

Welfare territoriale e non autosufficienza in Toscana

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

Rapporto regionale 2017/18

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



Welfare territoriale e non autosufficienza in Toscana

Il contributo della FNP CISL Toscana
alla qualificazione
dei percorsi assistenziali

Rapporto regionale
2017/2018

Fnp Cisl Toscana
Fondazione Emanuela Zancan onlus

Gruppo di ricerca Fondazione E. Zancan:

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

Gruppo di ricerca Fnp Cisl Toscana:

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

Ennio Bartoli, Giuseppe Bartolini, Liliana Bassi, Alberto Bertolucci, Luciano Bisso, Michele Boccardi, Mario Bonaldi, Ilio Bongi, Tullio Boricchi, Marcello Brillì, Gabriella Brognoli, Paolo Cappelletti, Claudio Certini, Paolo Checcacci, Antonio Ciabattini, Palmiro Cianchetta, Paolo Colzi, Sergio Del Testa, Luciano Dionisi, Ronaldo Fabbrini, Gaetano Falcone, Ubaldo Fedi, Vincenzo Fenu, Enzo Fossati, Fabio Fruzzetti, Pasquale Fucile, Angela Ghignola, Sebastiana Pia Giliberto, Giorgio Ignesti, Maria Raffaella Lambardi, Nemesio Marchesini, Walter Meconcelli, Severino Mignoni, Lorenzo Minucciani, Massimo Mori, Eraldo Nari, Graziella Paggetti, Roberta Pagni, Carlo Papi, Fernando Papini, Germano Pasquinelli, Guido Petreni, Donatella Pretini, Anna Maria Puccinelli, Attilio Puppo, Alessio Rigatti, Giovanna Rossi, Raffaello Rossi, Gilda Schibeci, Carla Scuto, Sergio Tempestini, Maria Grazia Viganò, Alessandro Vivarelli.

Si ringraziano per la collaborazione i Presidenti delle Conferenze zonali dei sindaci, i Direttori delle Società della Salute, i Responsabili delle zone-distretto.

Rapporto scritto da Elena Innocenti, Miriam Batà e Francesca Ricci
Firenze, maggio 2018

Copyright © 2018

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

ISBN 978-88-88843-79-7

INDICE

PRESENTAZIONE	p. 5
INTRODUZIONE	» 7
CAPITOLO 1. IL CONTESTO	» 9
Il welfare toscano per gli anziani non autosufficienti	» 9
Tendenze demografiche ed epidemiologiche	» 12
CAPITOLO 2. I PUNTI INSIEME IN TOSCANA	» 18
La copertura territoriale	» 18
La copertura oraria	» 23
L'accessibilità	» 26
Le risorse professionali	» 29
CAPITOLO 3. LE UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE E LA PRESA IN CARICO	» 31
La composizione delle UVM	» 32
La partecipazione di medici di medicina generale e familiari	» 35
L'attività delle UVM	» 38
Le modalità organizzative	» 45
La provenienza delle domande	» 47
La capacità di risposta	» 49
CAPITOLO 4. I SERVIZI PER LA SALUTE DI NON AUTOSUFFICIENTI E CARE GIVER	» 57
I servizi sanitari territoriali considerati	» 57
Metodo e strumenti	» 61
I risultati della rilevazione	» 63
Orari e giorni di apertura	» 63
L'accessibilità, tutela della riservatezza, informazioni	» 64
Le risorse professionali	» 66
CAPITOLO 5. UNO SGUARDO DI INSIEME	» 69
Il ranking	» 69
Il confronto tra risultati	» 77
CONCLUSIONI	» 83

PRESENTAZIONE

La non autosufficienza, tema sociale fortemente complesso e complicato, rappresenta da sempre un punto cardine dell'attività politico sindacale della Fnp Cisl.

Il 28 febbraio 2018 i sindacati dei pensionati hanno elaborato unitariamente una proposta nazionale per una legge quadro sulla non autosufficienza, affinché il problema sia affrontato concretamente con una maggiore organizzazione e omogeneità fra Stato, Regioni e Comuni.

Di non minore importanza e rilievo è l'interesse della Federazione Regionale. Negli anni duemila la Fnp Cisl Toscana si è fortemente impegnata per l'approvazione della legge regionale sul fondo per la non autosufficienza e, consapevole del fatto che la LR66 non costituisca un punto d'arrivo ma di partenza, ha continuato in questi anni a promuovere - su tutto il territorio regionale - iniziative volte alla difesa e al sostegno dei diritti dei cittadini anziani.

E' dal 2012 che l'Ufficio Studi della Fnp Toscana in collaborazione con la Fondazione Zancan ha avviato un'attività di monitoraggio per indagare sullo "stato di salute" dei servizi sociosanitari territoriali, dapprima in maniera sperimentale partendo da 10 zone distretto, poi estendendo l'analisi a tutta la realtà toscana. Infatti, in un contesto di bisogni crescenti è fondamentale che le risorse vengano utilizzate nel migliore dei modi possibili garantendo accessibilità e fruibilità al sistema dei servizi, da qui l'importanza di un'osservazione costante.

L'attività di informazione, formazione e monitoraggio della Fnp Toscana non si arresta e oggi siamo alla quarta edizione. Il lavoro svolto, oltre che essere ricco di contenuti e informazioni utili, vuole essere da stimolo per il confronto con le istituzioni e gli enti locali.

Per questo desideriamo ringraziare la Fondazione Zancan, con cui continuiamo a condividere questo percorso; le istituzioni locali che ci hanno messo a disposizione i dati su cui abbiamo fondato il rapporto; la Fnp Nazionale e la Cisl Toscana da sempre sensibili a questi temi e fortemente interessate agli sviluppi che di anno in anno attuano in Toscana; ma soprattutto i Coordinatori di zona distretto, le Segreterie territoriali e tutti i quadri della Fnp Toscana che anche quest'anno hanno aderito con entusiasmo al progetto, partecipando attivamente al percorso di formazione e impegnandosi fattivamente alla raccolta dei dati.

Siamo sempre più convinti che la battaglia per la non autosufficienza è una battaglia di dignità. Continuiamo a ripetere con forza che 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

La collaborazione della Fnp Cisl Toscana con Fondazione Zancan anche quest'anno offre un contributo di conoscenza e analisi dei sistemi territoriali dei servizi socio-sanitari, con l'obiettivo di stimolare il confronto tra istituzioni, organizzazioni e cittadini su un tema centrale nel dibattito sul futuro dei sistemi di welfare: l'assistenza agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie.

Il punto di vista assunto nell'indagine continua ad essere quello del fruitore dei servizi (le persone e le famiglie) con particolare attenzione ai profili dell'accessibilità, delle risposte di welfare in tutte le sue accezioni. È il filo rosso con il quale sono stati impostate e realizzate le rilevazioni e i risultati qui documentati. Anche in questa occasione le informazioni sono state raccolte dai quadri della Fnp Cisl Toscana, che con un processo di *learning by doing*, hanno approfondito le novità introdotte dalla normativa sanitaria e sociosanitaria regionale e nazionale, per poi "toccare con mano" attraverso la visita ai diversi presidi e la rilevazione degli indicatori di monitoraggio, il loro stato di attuazione.

L'obiettivo del monitoraggio si è infatti concentrato sull'attuazione territoriale della presa in carico delle persone e delle famiglie che vivono la condizione di non autosufficienza di uno o più dei propri componenti. Da qui il confronto tra le zone distretto, in un'ottica di *benchmarking* e di potenziali di miglioramento complessivo del sistema e della capacità di risposta, a partire dai bisogni di salute dei cittadini più fragili.

Anche per questo motivo la Fnp Cisl Toscana ha scelto di estendere il monitoraggio ad un nuovo ambito di osservazione, i punti di accesso alle cure primarie territoriali: le Case della Salute. Si tratta di luoghi e servizi fondamentali per garantire la salute e il benessere degli anziani non autosufficienti, ma anche dei loro familiari, in particolare di coloro che si fanno carico di gravosi impegni di assistenza.

Il rapporto di monitoraggio è stato realizzato nella fase di passaggio dalla vecchia alla nuova zonizzazione: i dati raccolti sono infatti relativi al 2016 e 2017, quindi nell'assetto istituzionale a 34 zone distretto, precedente alla riforma in fase di implementazione, che ne riduce il numero a 26. La scelta di mantenere la rappresentazione estesa delle zone, oltre a ragioni di tipo metodologico, risponde anche a una precisa volontà di evidenziare le differenze tra le zone preesistenti, soprattutto quelle destinate a "fondersi" nelle nuove: al passaggio istituzionale delineato dalla riforma regionale infatti segue un più complesso processo organizzativo di ridefinizione di infrastrutture, processi, strumenti, che avranno un impatto diretto sull'accesso alle cure da parte della popolazione. Una maggiore diversità negli assetti di partenza comporterà presumibilmente una maggiore complessità nel definire i nuovi. La stagione attuale, di ridefinizione degli assetti istituzionali e organizzativi del sistema sociosanitario toscano, richiede quindi di mantenere alta l'attenzione sui

profili dell'effettivo accesso alle cure e all'assistenza, e al tempo stesso di informare i cittadini sui cambiamenti in corso.

Il rilevamento dei dati è stato condotto dai Coordinatori RLS e dai Coordinatori zone-distretto delle FNP CISL della Toscana, seguiti dai propri Segretari con delega al socio-sanitario. La Federazione Regionale assieme alla Fondazione Zancan ha curato il percorso formativo degli stessi per una maggiore conoscenza del contesto territoriale locale e per un approfondimento del quadro normativo di riferimento. I referenti sono stati poi supportati in tutta la fase del monitoraggio, effettuata da ottobre 2017 a maggio 2018.

Il rapporto si apre quindi con una presentazione del contesto demografico e istituzionale attuale. 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). Il quarto capitolo descrive i risultati della rilevazione delle Case della Salute. L'ultimo capitolo del rapporto è dedicato alla lettura della situazione regionale con riferimento alla pluralità di ambiti di indagine, attraverso una rappresentazione sintetica delle peculiarità zonali e il loro confronto, proiettato dal vecchio al nuovo assetto zonale.

La disponibilità di più serie annuali di rilevazione permette di rappresentare la capacità di risposta territoriale nel tempo, così da evidenziare le differenze e le specificità nel confronto temporale e territoriale.

Lo studio offre al sindacato, alle istituzioni e ai cittadini elementi utili a partecipare in maniera più consapevole e attiva ai processi decisionali che a livello regionale e locale riguardano il sistema sociosanitario e in particolare il futuro dei servizi per le persone anziane non autosufficienti.

Capitolo 1

IL CONTESTO

IL WELFARE TOSCANO PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

A dieci anni dalla legge regionale sulla non autosufficienza il panorama istituzionale toscano è cambiato notevolmente nei suoi confini territoriali e nelle competenze.

Gli interventi di riforma che si sono succeduti negli ultimi anni a livello nazionale e regionale hanno inciso sulla configurazione degli assetti territoriali dei servizi, con la nuova ripartizione delle zone distretto, degli assetti istituzionali, con il passaggio alle attuali tre aziende sanitarie, degli strumenti di programmazione, con la riconfigurazione del sistema di programmazione sociosanitario regionale e territoriale, degli assetti organizzativi, con la riconfigurazione della rete dei servizi e l'introduzione di nuove forme di organizzazione delle cure primarie e di comunità.

Il recente aggiornamento dei livelli essenziali sanitari e sociosanitari realizzato con il dpcm del 12 gennaio 2017 ha contribuito a specificare la centralità dei processi di presa in carico e di modelli organizzativi integrati per le cure primarie e per l'assistenza delle persone con bisogni sociosanitari complessi, come le persone non autosufficienti. Dal punto di vista professionale e operativo si consolida infatti una sorta di modellizzazione del processo di presa in carico: si prevede la realizzazione di punti unici di accesso ai percorsi sociosanitari di cura, la valutazione multidimensionale e la progettazione personalizzata come elementi qualificanti tutto i percorsi sociosanitari. Continuità delle cure e della presa in carico, rafforzamento della domiciliarità, interdisciplinarietà e multiprofessionalità dei presidi territoriali di base sono le "parole chiave" degli interventi di riforma nazionale.

In Toscana, con le leggi regionali n. 44 e 45 del 2014 sono state introdotte importanti modifiche alla legge 40 del 2005, soprattutto con riferimento alla struttura e ai livelli di governance sanitaria, alla nuova programmazione sociosanitaria territoriale, agli strumenti e le modalità di gestione associata sociale e sociosanitaria. Dal 1° gennaio 2016 sono costituite le tre grandi nuove Aziende Usl, una per ciascuna area vasta, che accorpano le 12 precedenti (legge regionale n. 84 del 2015): l'Azienda Usl Toscana Centro (Pistoia, Prato, Firenze, Empoli), l'Azienda Usl Toscana Nord Ovest (Massa e Carrara, Lucca, Pisa, Livorno, Viareggio), l'Azienda Usl Toscana Sud Est (Siena, Arezzo, Grosseto). Successivamente la legge regionale 11 del 2017 ha designato la nuova zonizzazione, disponendo la fusione delle Società della Salute che insistono sullo stesso territorio. Con lo stesso provvedimento è stata estesa a tutti gli enti locali che esercitano la funzione sociale, non solo i comuni, la facoltà di partecipare al consorzio Società della Salute. La Società della Salute è confermata quale modello organizzativo attraverso il quale "la Regione attua le proprie strategie di intervento per l'esercizio delle attività territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate" (art.7). Spetta all'Assemblea della Società della Salute o dove non presente alla Conferenza zonale dei sindaci esercitare le funzioni di indirizzo, definire

gli obiettivi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati di livello locale, emanare gli indirizzi e approvare il Piano integrato di salute (PIS) e il Piano di inclusione zonale (PIZ), tenuto conto del profilo di salute e delle risorse a disposizione. Il PIS in particolare diventa lo strumento con cui definire gli obiettivi di salute e benessere, i relativi standard quantitativi e qualitativi, e le modalità attuative; la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio; la distribuzione sul territorio dei presidi sanitari, e il fabbisogno di strutture residenziali e semi residenziali.

Nel PIS si promuove l'integrazione delle cure primarie con il livello specialistico attraverso reti cliniche integrate e si individuano le priorità di allocazione delle risorse provenienti dal fondo sanitario regionale e di quelle dei comuni.

Gli strumenti di programmazione territoriale devono trovare una loro coerenza, soprattutto con riferimento agli ambiti di integrazione sociosanitaria. Se infatti il PIS interviene sui contenuti sopra evidenziati, altri strumenti di programmazione intervengono in tema di non autosufficienza. Secondo la legge regionale del 2017 infatti sono definiti:

- nel PIZ i servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale; i servizi per favorire la permanenza a domicilio;
- nel Programma operativo delle cure primarie i programmi attuativi delle cure primarie, della sanità d'iniziativa, dei presidi distrettuali, delle unità complesse e delle forme associate della medicina generale, i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali delle cronicità e le relative modalità di lavoro interprofessionale;
- nell'Atto per l'integrazione i programmi attuativi dei servizi ad alta integrazione sociosanitaria e il relativo budget di livello zonale (risorse sanitarie e risorse sociali) e i percorsi di valutazione multidimensionale delle non autosufficienze e delle fragilità e le relative modalità di lavoro interprofessionale.

Questa rapida disamina dei cambiamenti istituzionali in atto mostra come nel nuovo assetto, a fronte di una semplificazione istituzionale e "geografica" permanga una grande varietà di strumenti e sedi decisionali da presidiare per comprendere il presente e il futuro dei servizi rivolti agli anziani non autosufficienti.

In questo contesto resta ferma l'identificazione della zona distretto come sede privilegiata di osservazione, in quanto struttura deputata a organizzare e gestire la continuità assistenziale e le risposte territoriali dell'integrazione sociosanitaria, compresi i servizi per la non autosufficienza, attraverso la Società della Salute o mediante la stipulazione delle Convenzioni socio-sanitarie fra l'azienda sanitaria e i comuni.

Dal primo gennaio 2018 è entrata in vigore la nuova ripartizione delle zone distretto: le 34 zone distretto sono state portate a 26, con un processo di accorpamento tuttora in corso che sta interessando oltre un terzo delle zone (Tab. 1).

In particolare vengono accorpate le zone Alta Val di Cecina e Val d'Era, Bassa Val di Cecina e Val di Cornia nella Asl Toscana Nord Ovest, il Valdarno Inferiore confluisce nell'Asl Toscana Centro e viene fuso con l'Empolese, mentre la Asl Toscana Sud Est passa dalla precedente configurazione di 13 zone alle 8 attuali. Nel nuovo assetto a 26 la prevalenza del modello Società della Salute è ridimensionato: molte delle zone con Società della Salute sono state accorpate, così il numero di Società della Salute attive è sceso a 15, a fronte di 11 zone "governate" dalle Conferenze dei Sindaci.

Tab. 1.1 – Modelli di governance e nuovo assetto delle zone distretto, 2018

Zona distretto	Provincia	Governance
Toscana Nord Ovest		
Apuane	MS	Conferenza dei Sindaci
Lunigiana	MS	Società della Salute
Valle del Serchio	LU	Conferenza dei Sindaci
Versilia	LU	Conferenza dei Sindaci
Piana di Lucca	LU	Conferenza dei Sindaci
Pisana	PI	Società della Salute
Alta Val di Cecina - Val d'Era	PI	Società della Salute
Livornese	LI	Conferenza dei Sindaci
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	LI	Società della Salute
Elba	LI	Conferenza dei Sindaci
Toscana Centro		
Empolese - Valdarno Inferiore	FI	Società della Salute
Firenze	FI	Società della Salute
Fiorentina Nord Ovest	FI	Società della Salute
Fiorentina Sud Est	FI	Conferenza dei Sindaci
Mugello	FI	Società della Salute
Pistoiese	PT	Società della Salute
Pratese	PO	Società della Salute
Val di Nievole	PT	Società della Salute
Toscana Sud Est		
Alta Val d'Elsa	SI	Società della Salute
Amiata senese e Val d'Orcia - Val di Chiana Senese	SI	Società della Salute
Senese	SI	Società della Salute
Val di Chiana Aretina	AR	Conferenza dei Sindaci
Valdarno	AR	Conferenza dei Sindaci
Aretina - Casentino - Valtiberina	AR	Conferenza dei Sindaci
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	GR	Società della Salute
Colline dell'Albegna	GR	Conferenza dei Sindaci

Fonte: Regione Toscana.

Fig. 1.1 – La nuova zonizzazione in Toscana



Fonte: www.regionetoscana.it.

LE TENDENZE DEMOGRAFICHE ED EPIDEMIOLOGICHE

La tabella 1.2 riporta il numero di abitanti over 65enni e over 75enni nelle zone-distretto della Toscana e la loro incidenza percentuale sul totale della popolazione residente. Gli over 65enni rappresentano una fascia di popolazione molto ampia, corrispondente a un quarto della popolazione complessiva e pari, in termini assoluti, a quasi 940 mila unità. In 9 anni sono aumentati del 10%.

Nelle 34 zone distretto la situazione si presenta piuttosto eterogenea: Pratese, Valdarno Inferiore e Val d’Era sono le zone più “giovani”, con i valori percentuali più bassi degli over 65enni sul totale della popolazione (22%). Le zone distretto a maggiore incidenza di ultrasessantacinquenni sono invece l’Alta Val di Cecina, la Lunigiana e l’Amiata Grossetana (30%).

Gli ultrasessantacinquenni, che rappresentano la fascia di popolazione a più alta domanda di servizi sociosanitari e a maggior rischio di perdita di autosufficienza, in Toscana sono quasi 500mila, pari al 13,3% dell’intera popolazione. I valori percentuali più elevati si rilevano nelle zone più “vecchie” nominate in precedenza: Amiata Grossetana (17,4%), Alta Val di Cecina (17,3%) e Lunigiana (17,1%). Le tre zone più “giovani” - Pratese, Val d’Era e Valdarno Inferiore - hanno invece una quota percentuale di over75enni pari all’11%.

Tab. 1.2 – Popolazione over 65enni e over 75enni residenti nelle zone-distretto della Toscana, anno 2017. Valori assoluti e incidenza percentuale sul totale della popolazione

Zona distretto	Over 65enni	% Over 65enni	Over 75enni	% Over 75enni
Alta Val d'Elsa	15.066	23,8	8.173	12,9
Alta Val di Cecina	6.178	30,6	3.495	17,3
Amiata Grossetana	5.609	29,9	3.272	17,4
Amiata Val d'Orcia	6.093	28,1	3.498	16,1
Apuane	36.834	25,0	19.298	13,1
Aretina	32.230	24,6	16.797	12,8
Bassa Val di Cecina	21.725	26,7	11.402	14,0
Casentino	9.340	26,4	4.996	14,1
Colline dell'Albegna	14.324	28,1	7.506	14,7
Colline Metallifere	12.666	28,4	6.677	14,9
Elba	7.944	24,8	4.060	12,7
Empolese	41.550	23,7	22.205	12,7
Firenze	98.674	25,8	55.062	14,4
Fiorentina Nord-Ovest	54.644	24,5	28.662	12,9
Fiorentina Sud-Est	44.009	25,8	22.993	13,5
Grossetana	27.578	25,4	14.279	13,2
Livornese	45.467	25,8	23.187	13,2
Lunigiana	14.913	30,1	8.484	17,1
Mugello	15.243	23,8	7.884	12,3
Piana di Lucca	40.827	24,2	21.084	12,5
Pisana	49.492	24,9	25.457	12,8
Pistoiese	43.767	25,5	23.131	13,5
Pratese	56.212	22,1	28.978	11,4
Senese	30.820	25,4	17.077	14,1
Val d'Era	28.255	22,6	14.464	11,5
Val di Chiana Aretina	12.661	24,4	6.695	12,9
Val di Chiana Senese	17.278	27,8	9.529	15,3
Val di Cornia	17.137	29,3	9.245	15,8
Val di Nievole	28.960	24,1	15.236	12,7
Val Tiberina	8.442	27,9	4.629	15,3
Valdarno	23.123	24,2	12.040	12,6
Valdarno Inferiore	14.973	22,3	7.778	11,6
Valle del Serchio	15.849	28,0	8.496	15,0
Versilia	41.766	25,4	21.784	13,2
Toscana	939.649	25,1	497.553	13,3

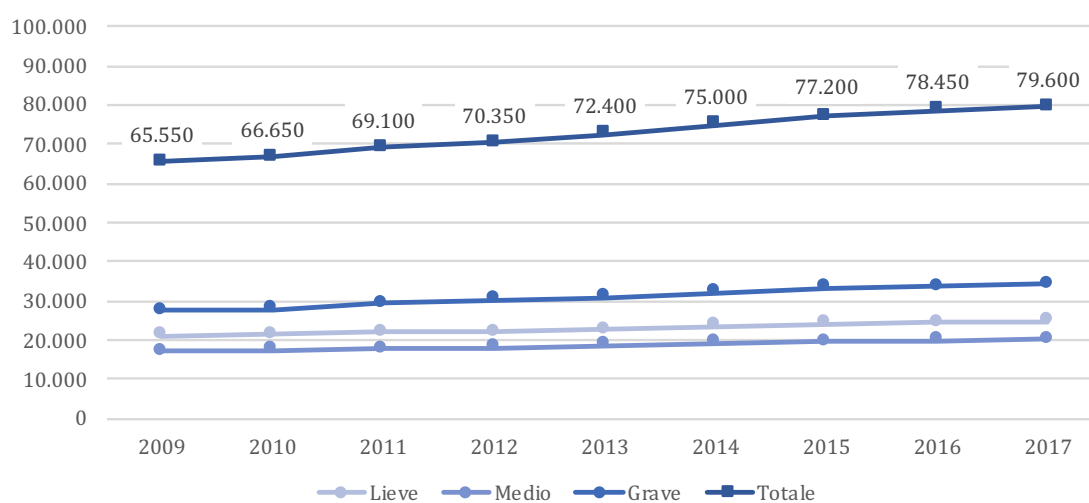
Fonte: elaborazioni su dati Istat, 2017.

Le stime prodotte dall’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana¹, disponibili dal 2009 ad oggi, evidenziano un continuo aumento della popolazione non autosufficiente con 65 anni e più (figura 1.1 e successive). In 9 anni sono passati da 65mila a 79.600 unità. Sono in crescita sia i casi di non autosufficienza lieve sia moderata (+16% in 9 anni), ma soprattutto i casi più gravi che hanno bisogno di assistenza in tutte le attività di base della vita quotidiana (+19%).

Gli anziani non autosufficienti sono per quasi tre quarti femmine, perché più longeve, anche se negli ultimi anni la proporzione di maschi è leggermente in crescita, passando dal 26% al 28% del totale (figura 1.2).

4 In 9 anni sono passati da 35mila a 48mila unità (+26%).

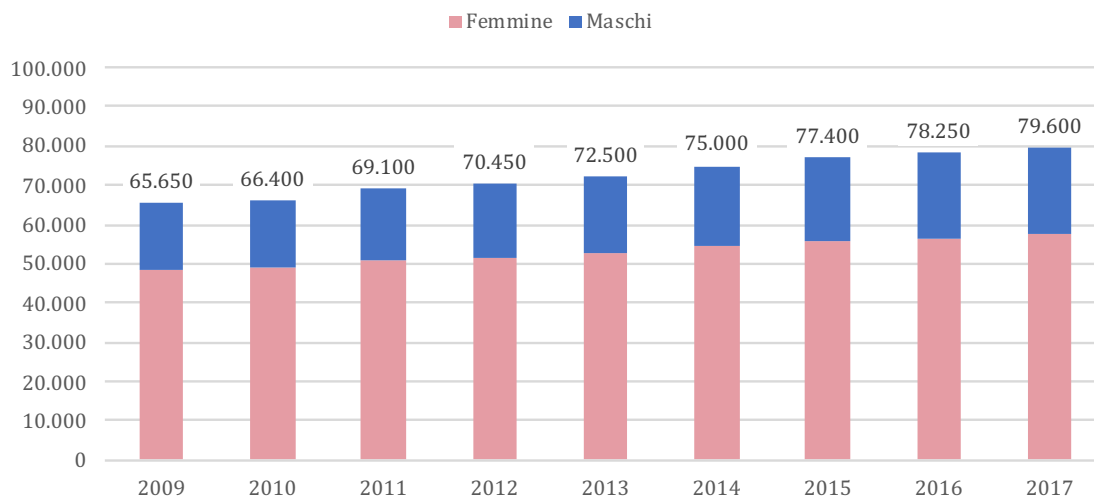
Fig. 1.2 – Popolazione non autosufficiente per livello di gravità, Toscana, 2009-2017



Fonte: elaborazioni su stime ARS Toscana.

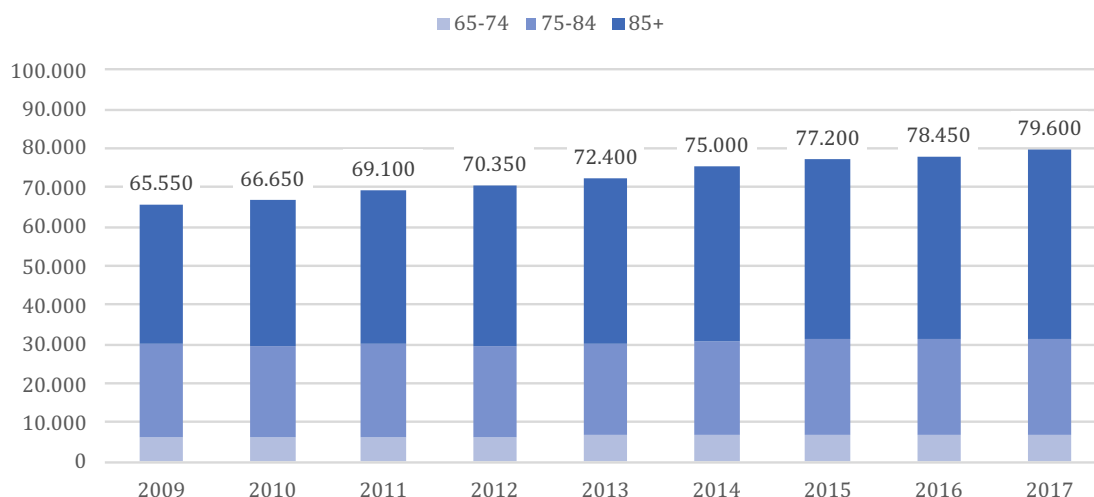
¹ Le prevalenze sono stimate dai dati dell’indagine campionaria Bi.S.S. (Bisogno Socio Sanitario dell’anziano), svoltasi nel 2009 sull’intero territorio regionale, con il coinvolgimento di tutte le 34 zone. È stata utilizzata la scala ADL che valuta la necessità di assistenza dell’anziano rispetto a 7 attività: vestirsi, igiene personale, uso del WC, spostamenti in casa, trasferimenti, mobilità nel letto, alimentazione. Gli anziani sono stati classificati in tre livelli di non autosufficienza nelle attività di base della vita quotidiana: lieve, moderata e grave.

Fig. 1.3 – Popolazione non autosufficiente per genere, Toscana, 2009-2017



Fonte: elaborazioni su stime ARS Toscana.

Fig. 1.4 – Popolazione non autosufficiente per fascia d'età, Toscana, 2009-2017



Fonte: elaborazioni su stime ARS Toscana.

Nella tabella 1.3 sono riportate per ogni zona-distretto le stime prodotte dall'Agenda Regionale di Sanità della Toscana relative al numero di persone di 65 anni e più in condizione di non autosufficienza, suddivise per livello di gravità. La stima regionale valuta la presenza in Toscana di oltre 79mila anziani non autosufficienti, di cui oltre 34mila in condizioni di particolare gravità. A livello zonale, la presenza maggiore di anziani non autosufficienti, in termini assoluti, si registra a Firenze (9.300 persone). I valori più contenuti si registrano in Alta Val di Cecina, Amiata Grossetana, Elba, Amiata Senese e Val d'Orcia, dove non si superano i 600 anziani. Oltre al valore assoluto, 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 2017 è pari all'8,5%, proporzione in aumento rispetto a quella osservata 9 anni prima (erano 7,7% nel 2009), proprio perché è aumentata in modo significativo la popolazione dei grandi anziani (85 anni e più) che sono più a rischio di disabilità e richiedono maggiore assistenza.

Il dettaglio delle singole zone permette di focalizzare l'attenzione sulle situazioni più critiche. L'Amiata Grossetana e l'Amiata Senese Val d'Orcia occupano le prime posizioni della graduatoria, con una percentuale di non autosufficienti sul totale degli anziani che si attesta rispettivamente al 9,8%, oltre un punto in più rispetto alla media regionale. La percentuale di anziani non autosufficienti supera il 9% anche a Firenze, nella Lunigiana, nel Senese e in Casentino. I valori più contenuti si osservano nella Val d'Era e all'Isola d'Elba (7,6%).

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. Le situazioni più complesse si registrano nell'Amiata Grossetana, a Firenze, nella Val Tiberina, nell'Amiata Senese Val d'Orcia e nel Senese, dove i non autosufficienti gravi rappresentano oltre il 4% della popolazione di 65 anni e più.

Tab. 1.3 – Stima anziani non autosufficienti per livello di gravità. Valori assoluti e incidenza sugli over 65enni, 2017

Zona distretto	Livello di gravità			Totale	% totale su pop 65+	% gravi su pop 65+
	Lieve	Medio	Grave			
Alta Val d'Elsa	400	350	550	1.300	8,6	3,7
Alta Val di Cecina	150	150	250	550	8,9	4,0
Amiata Grossetana	150	150	250	550	9,8	4,5
Amiata Val d'Orcia	200	150	250	600	9,8	4,1
Apuane	950	750	1.300	3.000	8,1	3,5
Aretina	850	700	1.150	2.700	8,4	3,6
Bassa Val di Cecina	550	450	750	1.800	8,3	3,5
Casentino	250	200	350	850	9,1	3,7
Colline dell'Albegna	350	300	500	1.150	8,0	3,5
Colline Metallifere	350	250	450	1.050	8,3	3,6
Elba	200	150	250	600	7,6	3,1
Empolese	1.100	900	1.550	3.550	8,5	3,7
Firenze	2.850	2.400	4.100	9.300	9,4	4,2
Fiorentina Nord Ovest	1.400	1.100	1.850	4.350	8,0	3,4
Fiorentina Sud Est	1.150	950	1.550	3.650	8,3	3,5
Grossetana	700	550	950	2.250	8,2	3,4
Livornese	1.200	950	1.600	3.750	8,2	3,5
Lunigiana	450	350	600	1.400	9,4	4,0
Mugello	400	350	550	1.300	8,5	3,6
Piana di Lucca	1.050	850	1.450	3.400	8,3	3,6
Pisana	1.300	1.050	1.750	4.100	8,3	3,5
Pistoiese	1.150	950	1.600	3.700	8,5	3,7
Pratese	1.450	1.150	1.950	4.600	8,2	3,5
Senese	900	750	1.250	2.850	9,2	4,1
Val d'Era	700	550	900	2.150	7,6	3,2

Zona distretto	Livello di gravità			Totale	% totale su pop 65+	% gravi su pop 65+
	Lieve	Medio	Grave			
Val di Chiana Aretina	350	300	450	1.100	8,7	3,6
Val di Chiana Senese	500	400	650	1.550	9,0	3,8
Val di Cornia	450	350	600	1.400	8,2	3,5
Val di Nievole	750	600	1.050	2.450	8,5	3,6
Val Tiberina	250	200	350	750	8,9	4,1
Valdarno	600	500	800	1.900	8,2	3,5
Valdarno Inferiore	400	300	500	1.200	8,0	3,3
Valle del Serchio	400	350	600	1.350	8,5	3,8
Versilia	1.050	850	1.450	3.400	8,1	3,5
Totale	24.950	20.300	34.150	79.600	8,5	3,6

Fonte: elaborazioni su stime ARS Toscana e dati Istat, 2017.

Si tratta di numeri importanti, che richiedono strategie adeguate di governo della domanda di assistenza proveniente da diversi territori e infrastrutture in grado di accogliere e fornire risposte appropriate alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie.

Capitolo 2

I PUNTI INSIEME IN TOSCANA

Sin dalla prima edizione 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 legge regionale n. 66 del 2008 prevede infatti che il Punto Insieme sia il riferimento principale per la persona che richiede la valutazione di non autosufficienza. Spetta 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 condivide con l'interessato e i suoi familiari.

Come evidenziato nei rapporti precedenti, il Punto Insieme ha una diversa visibilità e connotazione a livello territoriale: vi sono zone dove questa "porta" è la struttura prevalente per la gestione delle domande di accesso al sistema di interventi e servizi per non autosufficienti, altre zone dove invece il Punto Insieme è uno dei diversi punti di accesso e informazione rivolti ad anziani e famiglie.

LA COPERTURA TERRITORIALE

Il censimento 2017 dei Punti Insieme ha raccolto informazioni dettagliate da 32 zone, per un totale di 239 presidi sul territorio toscano. Di questi, due risultano chiusi per ristrutturazione al momento della rilevazione (uno ad Arezzo e l'altro a Rio Marina nell'isola d'Elba), mentre sono temporaneamente sospese le attività dello sportello Q5 di Firenze. Dall'elenco regionale risultano presenti inoltre altri 11 Punti Insieme (in Bassa Val di Cecina e Amiata Grossetana), di cui però non sono pervenute informazioni aggiornate.

Nel 2015 erano stati censiti 264 Punti Insieme, uno ogni 1.794 abitanti over 75. Tale valore è in aumento nel 2017, perché si conta un Punto Insieme ogni circa 2.000 abitanti over 75. Oltre ad essere diminuito il numero di Punti Insieme, è aumentato il numero di anziani con 75 anni e più (vedi grafici capitolo 1), quindi l'offerta per persona risulta più limitata.

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 censiti e il rapporto fra Punti Insieme e popolazione residente di 75 anni e più.

La situazione regionale si presenta decisamente eterogenea. In 13 zone distretto il numero di presidi è superiore a quello dei comuni. Tale situazione si rileva nelle

zone: Alta Val d'Elsa, Apuane, Colline Metallifere, Firenze, Grossetana, Lunigiana, Mugello, Piana di Lucca, Pratese, Val di Chiana Aretina, Valdarno Inferiore, Versilia. Il numero di comuni coincide con quello dei Punti Insieme nelle zone: Alta Val di Cecina, Aretina, Colline dell'Albegna, Livornese, Val di Chiana Senese, Val Tiberina, Valdarno.

I Punti Insieme, infine, sono organizzati a livello sovra comunale e presenti solo in alcuni dei comuni in 13 zone: Amiata Senese e Val d'Orcia, Elba, Empolese, Fiorentina Nord Ovest, Fiorentina Sud Est, Pisana, Pistoiese, Senese, Val d'Era, Val di Cornia, Val di Nievole, Valle del Serchio.

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 7 Punti Insieme; Mugello e Apuane, con quasi 2 presidi per comune. Seguono Versilia, Casentino e Colline Metallifere.

Le zone con la minore copertura sono la Val di Nievole (con un rapporto 2:11 tra Punti Insieme e numero di comuni) e la Val d'Era (4:14).

Il quadro regionale si presenta altrettanto eterogeneo spostando l'attenzione al rapporto fra anziani over 75enni e Punti Insieme, che costituisce un indicatore utile per quantificare la domanda potenziale di accesso al sistema dei servizi. I valori più bassi si confermano, come nel monitoraggio 2015, nel Mugello (563) e, soprattutto, nel Casentino (384). Viceversa, le zone in cui c'è un rapporto più elevato tra popolazione over75 e Punti Insieme sono: Firenze, Livornese e Val di Nievole dove è attivo un presidio ogni 7.800 anziani.

Tab. 2.1 – Diffusione e grado di copertura dei Punti Insieme per zona distretto, 2017

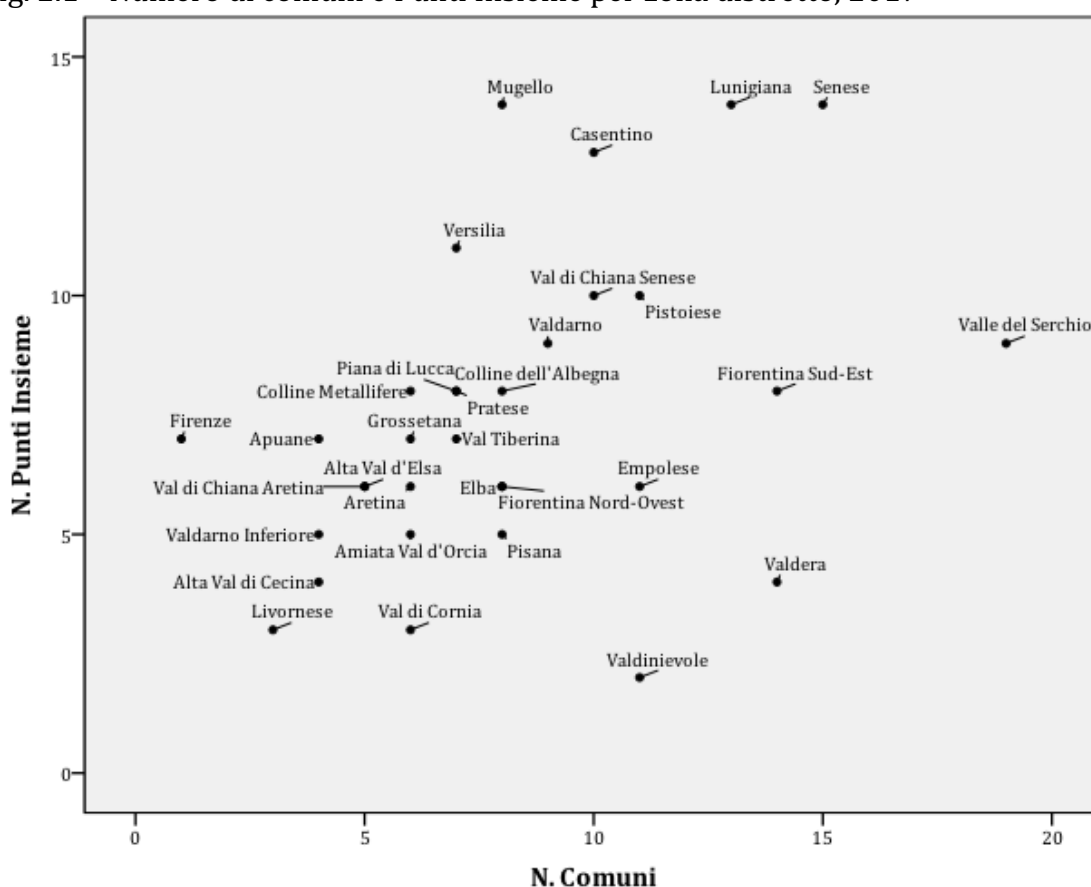
Zona distretto	Numero di comuni	Numero di Punti Insieme	Over 75enni residenti per Punto Insieme
Alta Val d'Elsa	5	6	1.362
Alta Val di Cecina	4	4	874
Amiata Grossetana	8	-	
Amiata Val d'Orcia	6	5	700
Apuane	4	7	2.757
Aretina	6	6	2.800
Bassa Val di Cecina	10	-	
Casentino	10	13	384
Colline dell'Albegna	8	8	938
Colline Metallifere	6	8	835
Elba	8	6	677
Empolese	11	6	3.701
Firenze	1	7	7.866
Fiorentina Nord Ovest	8	6	4.777
Fiorentina Sud Est	14	8	2.874
Grossetana	6	7	2.040
Livornese	3	3	7.729
Lunigiana	13	14	606
Mugello	8	14	563
Piana di Lucca	7	8	2.636
Pisana	8	5	5.091
Pistoiese	11	10	2.313
Pratese	7	8	3.622
Senese	15	14	1.220
Val d'Era	14	4	3.616
Val di Chiana Aretina	5	6	1.116
Val di Chiana Senese	10	10	953
Val di Cornia	6	3	3.082
Val di Nievole	11	2	7.618
Val Tiberina	7	7	661
Valdarno	9	9	1.338
Valdarno Inferiore	4	5	1.556
Valle del Serchio	19	9	944
Versilia	7	11	1.980
Totale	279	239	2.020

Fonte: elaborazioni su dati indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan e dati Istat, 2017.

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 (figura 2.1), come già osservato nel censimento del 2015, 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 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 Val d’Era e la Val di Nievole. La Val d’Era ha 14 comuni e soltanto 4 presidi territoriali; analogamente, la Val di Nievole conta 11 comuni e soltanto 2 Punti Insieme dedicati all’accesso al sistema dei servizi.

Fig. 2.1 – Numero di comuni e Punti Insieme per zona distretto, 2017



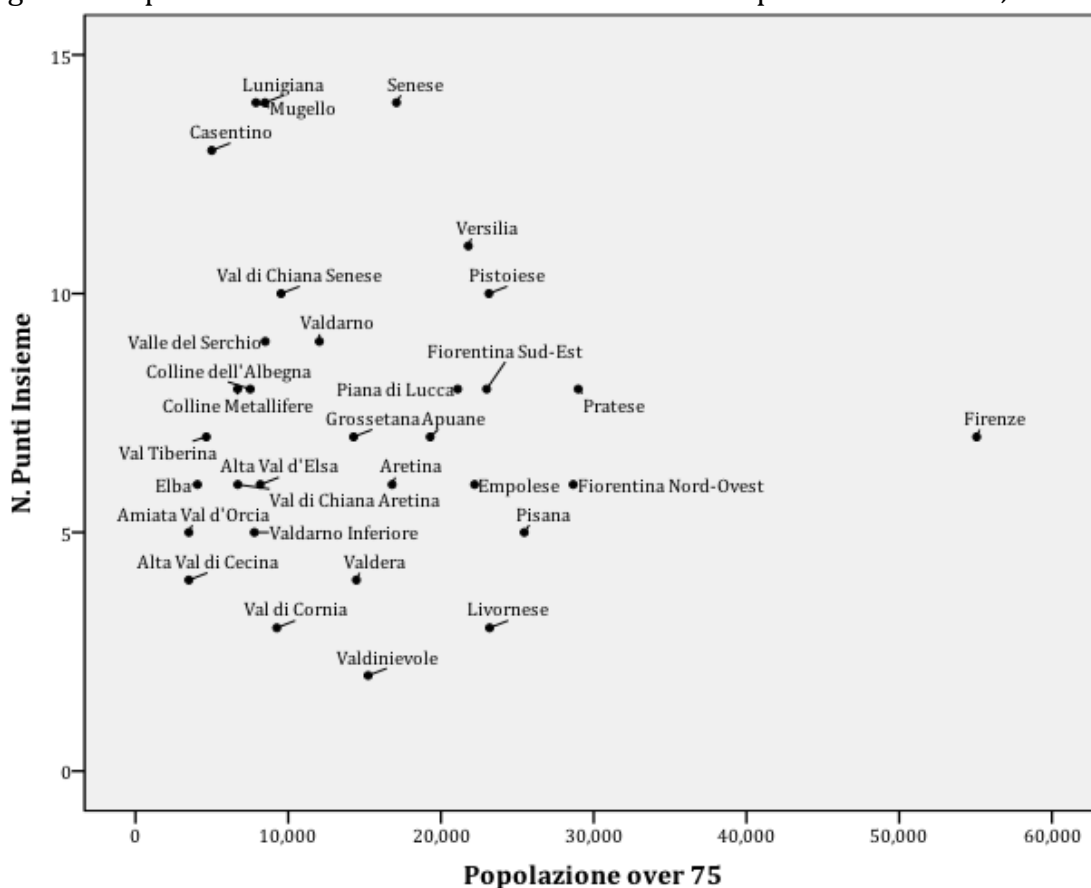
Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Come negli anni passati (2015-16), anche nel 2017 non vi è correlazione tra il numero di Punti Insieme nella zona e la popolazione anziana residente con 75 anni e oltre. La distribuzione dei presidi varia da una zona all'altra indipendentemente dal numero di potenziali beneficiari presenti. Ad esempio, nelle due zone distretto di Val di Cornia e Valle del Serchio la domanda potenziale di accesso ai servizi per la non autosufficienza si attesta su valori simili (circa 9.000 abitanti over 75), ma il

numero di Punti Insieme è ben diverso. La zona distretto della Val di Cornia si articola in 6 comuni e sono presenti 3 Punti Insieme, con un bacino potenziale di 3.000 persone; la Valle del Serchio, invece, è frammentata in 19 comuni, con 9 Punti Insieme e un bacino potenziale di accesso di 944 persone, pari a 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 simile (circa 23mila persone con 75 anni e più), ma il numero di comuni e Punti Insieme è nettamente diverso. La Livornese è una zona con tre comuni, di cui uno insulare, con una popolazione concentrata in un contesto prevalentemente urbano; la 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, concentrati prevalentemente nell'area urbana; la seconda ha 13 presidi territoriali disseminati in 14 comuni.

Fig. 2.2 – Popolazione over75 e numero di Punti Insieme per zona distretto, 2017



Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2017.

LA COPERTURA ORARIA

Il numero di ore settimanali di apertura varia moltissimo da uno sportello all'altro: da un minimo di un'ora a un massimo di 52 ore a settimana. La media è di 6,5 ore a settimana, mezz'ora in meno di quanto rilevato nel censimento del 2015. Funzionano soltanto su appuntamento i presidi di Forte dei Marmi nella Versilia e di San Giovanni nel Valdarno.

La maggior parte dei Punti Insieme in Toscana (63%) è aperta da una fino a quattro ore settimanali; il 17% da 5 a 8 ore settimanali; il 10% da 9 a 15 ore; l'11%, oltre 15 ore settimanali. Rispetto alle percentuali rilevate nelle precedenti edizioni, è leggermente aumentata la quota di Punti Insieme aperti più di nove ore settimanali.

Tab. 2.2 –Punti Insieme per numero di ore di apertura settimanali. Valori assoluti e composizione percentuale, 2017

Fasce orarie di apertura	Punti Insieme	Valore %
Fino a 4 ore settimanali	144	62,6
5-8 ore settimanali	38	16,5
9-15 ore settimanali	22	9,6
Oltre 15 ore settimanali	26	11,3
<i>Totale risposte</i>	<i>230</i>	<i>100,0</i>
Dato medio	6,5 ore	

Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2017.

Per quanto riguarda il numero di giorni di apertura (Tab. 2.3.), la metà dei Punti Insieme risulta aperto un solo giorno alla settimana, mentre in 5 casi non è garantito neanche un giorno settimanale, alternando l'apertura ogni due settimane. Sono aperti due giorni a settimana 51 presidi (il 22% del totale), 12 tre giorni (5%), 19 sono aperti tutti i giorni (8%) e 18 anche il sabato (8%).

In media, i Punti Insieme presenti sul territorio regionale sono aperti due giorni alla settimana.

Tab. 2.3 – Punti Insieme per numero di giorni di apertura settimanali. Valori assoluti e percentuali, 2017

Giorni di apertura	Punti insieme	Valore %
Da 1 a 3 giorni al mese	5	2,1
1 giorno alla settimana	121	52,6
2 giorni alla settimana	51	22,2
3 giorni alla settimana	12	5,2
4 giorni alla settimana	4	1,7
5 giorni alla settimana	19	8,3
6 giorni alla settimana	18	7,8
<i>Totale risposte</i>	<i>230</i>	<i>100,0</i>

Fonte: elaborazioni su dati indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione-E. Zancan, 2017.

Per comprendere meglio la copertura oraria e settimanale dei Punti Insieme in ogni zona, abbiamo calcolato la somma delle ore di apertura in tutti i presidi presenti nel territorio, in questo modo si ottiene un indicatore complessivo della capacità di risposta dei presidi nelle zone-distretto (tabella 2.4). A fronte di un totale complessivo di oltre 1.500 ore di apertura in tutti gli sportelli della Toscana, e di una media di 47 ore a settimana per ogni zona, si celano profonde differenze tra territori. La massima copertura oraria si verifica nella Pistoiese in cui, sommando tutte le disponibilità orarie dei 10 Punti Insieme presenti nel territorio, si ottiene un totale di 232 ore di apertura a settimana. Seguono la Valdarno Inferiore (125 ore complessive a settimana), la Val di Chiana Aretina (97) e il Mugello (92). Viceversa, le zone per cui si riscontra una copertura oraria più bassa sono la Livornese e la Val d’Era. La prima ha 3 Punti Insieme, aperti ognuno un giorno alla settimana, per un totale di 4,5 ore. La seconda ha 4 Punti Insieme, aperti uno o due giorni a settimana per un’ora ciascuno, per un totale di 5 ore settimanali.

Nella tabella 2.4 (terza colonna) abbiamo calcolato per ogni zona il rapporto tra bacino di utenza potenziale, ovvero il numero di anziani over75 residenti, e le ore totali di apertura degli sportelli. Si ottiene un indice di copertura assistenziale territoriale che tiene conto della dimensione demografica della zona.

Ad esempio, per la Pistoiese, che presenta la massima copertura oraria di tutta la regione (232 ore a settimana), rapportando questo valore al bacino di utenza potenziale, risulta un’ora di apertura dello sportello ogni 100 anziani residenti. Ma vi sono zone in cui questo indice è ancora più elevato, perché la copertura oraria è elevata e il numero di anziani residenti è invece più contenuto. Sono le zone di Valdarno Inferiore (in cui si calcola un’ora di apertura ogni 62 ultrasessantacinquenni), la Val di Chiana Aretina (1 ora ogni 69 anziani) e il Mugello (1:86).

L’indice di copertura per anziano residente raggiunge invece livelli molto bassi nella zona Livornese, in cui a fronte di 23mila over75 ci sono 3 Punti Insieme aperti in totale 4 ore e mezza a settimana, con un rapporto di un’ora di copertura ogni 5mila anziani. Nella Val d’Era ci sono oltre 14mila abitanti con 75 anni e più, e in proporzione è garantita un’ora di apertura ogni 2.800. Nella Fiorentina Nord Ovest il rapporto è di un’ora ogni 744 e nella Versilia un’ora ogni 1000 anziani.

Tab. 2.4 – Ore di apertura settimanale dei Punti Insieme per zona e popolazione 75 +, 2017

Zona distretto	N. ore settimanali di apertura	Popolazione 75+	N. anziani 75+ per ora apertura PI
Alta Val d'Elsa	22,8	8.173	358
Alta Val di Cecina	15	3.495	233
<i>Amiata Grossetana</i>	-	3.272	-
Amiata Senese e Val d'Orcia	12,5	3.498	280
Apuane	28	19.298	689
Aretina	35	16.797	480
<i>Bassa Val di Cecina</i>	-	11.402	-
Casentino	42	4.996	119
Colline dell'Albegna	22	7.506	341

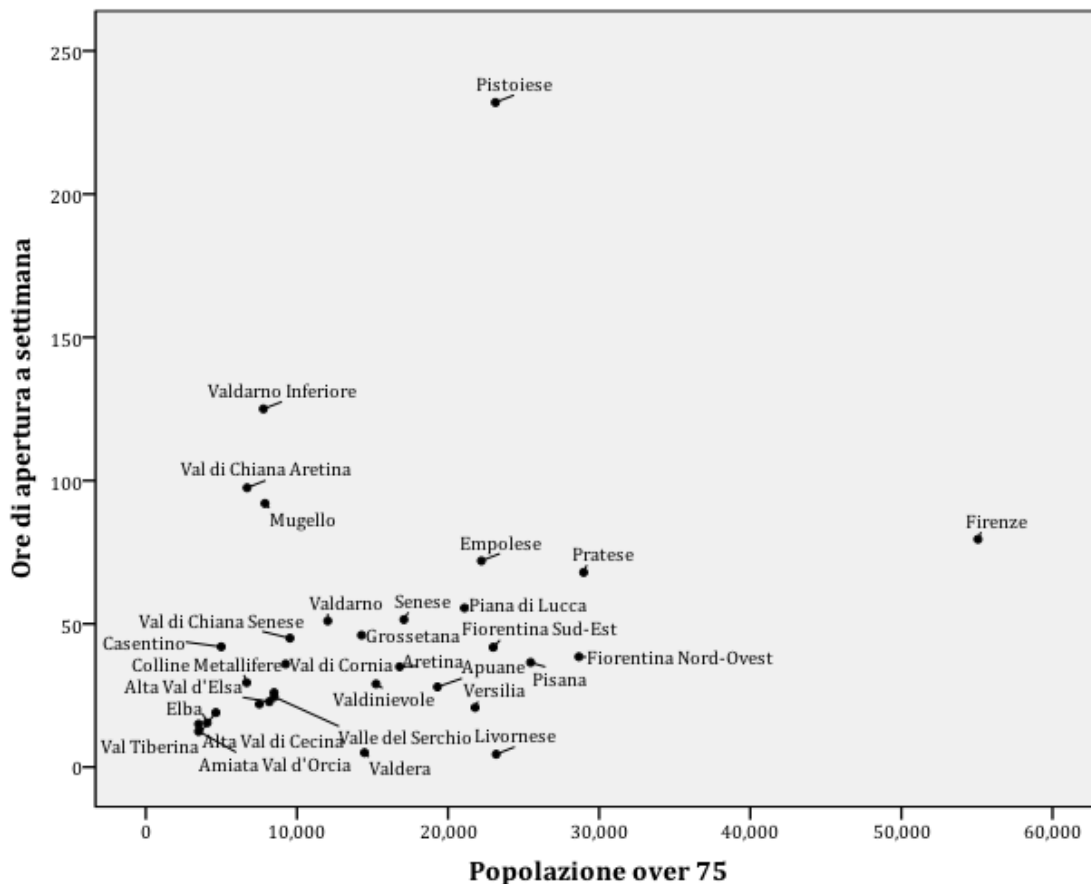
Zona distretto	N. ore settimanali di apertura	Popolazione 75+	N. anziani 75+ per ora apertura PI
Colline Metallifere	29,5	6.677	226
Elba	15,5	4.060	262
Empolese	72	22.205	308
Firenze	79,5	55.062	693
Fiorentina Nord Ovest	38,5	28.662	744
Fiorentina Sud Est	41,8	22.993	550
Grossetana	46	14.279	310
Livornese	4,5	23.187	5.153
Lunigiana	26	8.484	326
Mugello	92	7.884	86
Piana di Lucca	55,5	21.084	380
Pisana	36,5	25.457	697
Pistoiese	232	23.131	100
Pratese	68	28.978	426
Senese	51,5	17.077	332
Val d'Era	5	14.464	2.893
Val di Chiana Aretina	97,5	6.695	69
Val di Chiana Senese	45	9.529	212
Val di Cornia	36	9.245	257
Val di Nievole	29	15.236	525
Val Tiberina	19	4.629	244
Valdarno	51	12.040	236
Valdarno Inferiore	125	7.778	62
Valle del Serchio	24,5	8.496	347
Versilia	20,8	21.784	1.047
Totale	1.518,7	497.553	328

Nota: per le zone Amiata Grossetana e Bassa Val di Cecina non sono pervenute informazioni.

Fonte: elaborazioni su dati indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan e dati Istat, 2017.

La copertura oraria non risulta dunque correlata alla domanda potenziale di accesso ai servizi espressa dal territorio, come si evince anche dalla figura 2.3. La zona di Firenze, che ha la maggiore pressione in termini di domanda potenziale di accesso ai servizi, ha una copertura oraria di circa 80 ore a settimana. È poco più dell'ammontare di ore previsto per le zone Empolese e Pratese che in proporzione hanno un numero di abitanti molto più contenuto. Viceversa, spicca la zona Pistoiese, che a fronte di una pressione in termini di domanda potenziale pari a 23 mila persone di 75 anni e più, si caratterizza per una copertura oraria decisamente elevata, che si colloca intorno alle 230 ore settimanali.

Fig. 2.3 – Popolazione over75 e copertura oraria dei Punti Insieme per zona di distretto, 2017



Fonte: elaborazioni su dati indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione-E. Zancan, 2017.

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 19 dei 239 presidi censiti 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: erano il 16,9% nel 2013 (nelle dieci zone censite), il 10,7% nel 2014, il 6,4% nel 2015. Nel 2017 la proporzione torna a salire (7,9% su 32 zone censite).

Tab. 2.5 – Punti Insieme per presenza/assenza di barriere architettoniche. Valori percentuali, anni 2013, 2014, 2015, 2017

	2013(*)	2014	2015	2017
Si	16,9	10,7	6,4	7,9
No	83,1	89,3	93,6	92,1
<i>Totale risposte</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2013-2017.

(*) Nota: Si ricorda che nel 2013 l'indagine ha avuto carattere sperimentale (una zona per ogni provincia) e i punti insieme censiti sono stati 71.

Le barriere architettoniche si concentrano in alcune zone (Tab. 2.6): nella Lunigiana, ad esempio, in 5 dei 14 Punti Insieme dislocati nel territorio sono presenti ostacoli all'accesso. In Alta Val d'Elsa ci sono difficoltà in 2 presidi su 6 (33%). Le altre zone sono: Valdarno, Valdarno Inferiore, Senese, Grossetana, Mugello, Fiorentina Sud Est, Valle del Serchio, Versilia, Casentino.

Tab. 2.6 – Presenza di barriere architettoniche nei Punti Insieme per zona distretto, 2017

Zona distretto	N. Punti Insieme	N. Punti con barriere	% Presenza barriere
Alta Val d'Elsa	6	2	33,3
Alta Val di Cecina	4	0	0,0
<i>Amiata Grossetana</i>	-	-	-
Amiata Val d'Orcia	5	0	0,0
Apuane	7	0	0,0
Aretina	6	0	0,0
<i>Bassa Val di Cecina</i>	-	-	-
Casentino	13	1	7,7
Colline dell'Albegna	8	0	0,0
Colline Metallifere	8	0	0,0
Elba	6	0	0,0
Empolese	6	0	0,0
Firenze	7	0	0,0
Fiorentina Nord Ovest	6	0	0,0
Fiorentina Sud Est	8	1	12,5
Grossetana	7	1	14,3
Livornese	3	0	0,0
Lunigiana	14	5	38,5
Mugello	14	2	14,3
Piana di Lucca	8	0	0,0
Pisana	5	0	0,0
Pistoiese	10	0	0,0
Pratese	8	0	0,0
Senese	14	2	15,4
Val d'Era	4	0	0,0
Val di Chiana Aretina	6	0	0,0
Val di Chiana Senese	10	0	0,0
Val di Cornia	3	0	0,0
Val di Nievole	2	0	0,0
Val Tiberina	7	0	0,0

Zona distretto	N. Punti Insieme	N. Punti con barriere	% Presenza barriere
Valdarno	9	2	25,0
Valdarno Inferiore	5	1	20,0
Valle del Serchio	9	1	11,1
Versilia	11	1	9,1
Totale	239	19	7,9

Fonte: elaborazioni su dati indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan e dati Istat, 2017.

Nota: per le zone Amiata Grossetana e Bassa Val di Cecina non sono pervenute informazioni.

Tutti i Punti Insieme della Toscana sono raggiungibili con mezzi privati, nella maggior parte dei casi con disponibilità di parcheggio nelle vicinanze, e nell'86% dei casi si può accedere anche con mezzi pubblici.

Per quanto riguarda l'attenzione alla persona e la tutela della riservatezza, dal censimento 2017 emerge che nell'89% dei Punti Insieme è presente una zona di attesa separata dalla zona di ricevimento. Nel 79% dei casi inoltre sono presenti misure per la tutela della privacy, come ad esempio distanza di cortesia, pannelli di protezione visiva, una stanza chiusa separata.

Nel 60% dei Punti Insieme vi è disponibilità di materiale informativo in sede, ad esempio depliant dei servizi, fogli di accoglienza, totem all'ingresso.

Nella tabella 2.7 sono sintetizzate le varie caratteristiche dei Punti Insieme, riguardo all'accessibilità e alla tutela della persona, aggregate per zona-distretto.

Tab. 2.7 – Presenza di altre caratteristiche nei Punti Insieme per zona distretto, 2017

Zona distretto	Raggiungibile con mezzi pubblici	Zona di attesa	Tutela riservatezza	Materiale informativo
Alta Val d'Elsa	✓	✓	✓	✓
Alta Val di Cecina	✓	✓	✓	✓
<i>Amiata Grossetana</i>				
Amiata Val d'Orcia	✓	✓	✓	✓
Apuane	✓	✓	✓	✓
Aretina	✓	✓	✓	✓
<i>Bassa Val di Cecina</i>				
Casentino	✓	✓	✓	✓
Colline dell'Albegna	✓	✓	✓	✓
Colline Metallifere	✓	✓	✓	✓
Elba	✓	✓	✓	✓
Empolese	✓	✓	✓	✓
Firenze	✓	✓	✓	✓
Fiorentina Nord Ovest	✓	✓	✓	✓
Fiorentina Sud Est	✓	✓	✓	✓
Grossetana	✓	✓	✓	✓
Livornese	✓	✓	✓	✓
Lunigiana	✓	✓	✓	✓
Mugello	✓	✓	✓	✓
Piana di Lucca	✓	✓	✓	✓

Zona distretto	Raggiungibile con mezzi pubblici	Zona di attesa	Tutela riservatezza	Materiale informativo
Pisana	✓	✓	✓	✓
Pistoiese	✓	✓	✓	✓
Pratese	✓	✓		
Senese	✓	✓	✓	✓
Val d'Era	✓	✓	✓	✓
Val di Chiana Aretina	✓	✓	✓	✓
Val di Chiana Senese	✓	✓	✓	✓
Val di Cornia	✓	✓	✓	✓
Val di Nievole	✓	✓	✓	
Val Tiberina	✓	✓	✓	✓
Valdarno	✓	✓	✓	✓
Valdarno Inferiore	✓	✓	✓	✓
Valle del Serchio	✓	✓	✓	✓
Versilia	✓	✓	✓	✓

Fonte: elaborazioni su dati indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan e dati Istat, 2017.

Nota: per le zone Amiata Grossetana e Bassa Val di Cecina non sono pervenute informazioni.

LE RISORSE PROFESSIONALI

Le risorse professionali impegnate nei Punti Insieme censite con il monitoraggio ammontano complessivamente a circa 400 operatori, tra amministrativi, assistenti sociali e infermieri.

Il numero e la composizione del personale nei Punti Insieme varia molto da zona a zona. La maggior parte dei Punti Insieme ha un unico operatore, la quasi totalità dei presidi censiti ha un numero di operatori compreso tra 1 e 3. Venti dei Punti Insieme censiti hanno da quattro a più operatori. In media per ogni Punto Insieme ci sono 1,8 operatori, con un lieve aumento del valore rilevato nel 2014 su 179 punti insieme (1,4).

Tab. 2.8 – Punti Insieme per numero operatori presenti, valori assoluti e percentuali, 2017

Numero operatori	Punti Insieme	Valore percentuale
1 operatore	123	56%
2 operatori	53	24%
3 operatori	24	11%
4 operatori	11	5%
Oltre 4 operatori	9	4%
Totale risposte	220	100%
<i>Dato medio</i>	<i>1,8</i>	

Fonte: elaborazioni su dati indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan e dati Istat, 2017.

Le componenti professionali presenti sono l'amministrativo, l'assistente sociale, l'infermiere e, in via residuale altre figure come educatori, operatori sociosanitari (OSS), medici.

In termini percentuali il 60% del personale impegnato nei Punti Insieme è assistente sociale, la seconda componente, quasi il 20%, è quella degli amministrativi (Tab.2.9). Rispetto alla rilevazione precedente risulta aumentata in proporzione la componente degli amministrativi a discapito degli assistenti sociali, mentre è stabile la quota di personale sanitario.

Tab. 2.9 – Operatori presenti per profilo professionale, valori assoluti e percentuali, 2017

Profili	Valore assoluto	Valore percentuale
Amministrativo	77	20%
Assistente sociale	245	63%
Infermiere	50	13%
Altro	16	4%
Totale risposte	388	100%

Fonte: elaborazioni su dati indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

La ripartizione tra Punti Insieme monoprofessionali e multiprofessionali mostra una prevalenza dei presidi con un'unica componente professionale (Tab. 2.10).

Tab. 2.10 – Operatori presenti per profilo professionale, valori assoluti e percentuali, 2017

	Valore assoluto	Valore percentuale
Monoprofessionale	120	50%
Multiprofessionale	61	26%
N.i.	58	24%
Totale risposte	239	100%

Fonte: elaborazioni su dati indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Circa due Punti Insieme su tre tra i censiti ha svolto una formazione specifica per gli operatori impegnati nell'accoglienza, uno su cinque non ha svolto alcuna formazione. Le informazioni di dettaglio sul tipo di formazione realizzata sono state raccolte in poco più della metà dei punti insieme. La formazione è permanente (con aggiornamenti) circa uno su tre, in avvio in un punto insieme su cinque, sia in avvio che permanente in 8 su 100.

Tab. 2.11 – Formazione specifica, valori assoluti e percentuali, 2017

	Valore assoluto	Valore percentuale
Sì	159	67%
No	45	19%
N.i.	35	15%
Totale	239	100%

Fonte: elaborazioni su dati indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Tab. 2.12 – Formazione per tipologia, valori assoluti e percentuali, 2017

	Valore assoluto	Valore percentuale
In avvio	44	18%
Permanente	86	36%
Entrambe	18	8%
N.i.	91	38%

Totale	239	100%
---------------	------------	-------------

Fonte: elaborazioni su dati indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

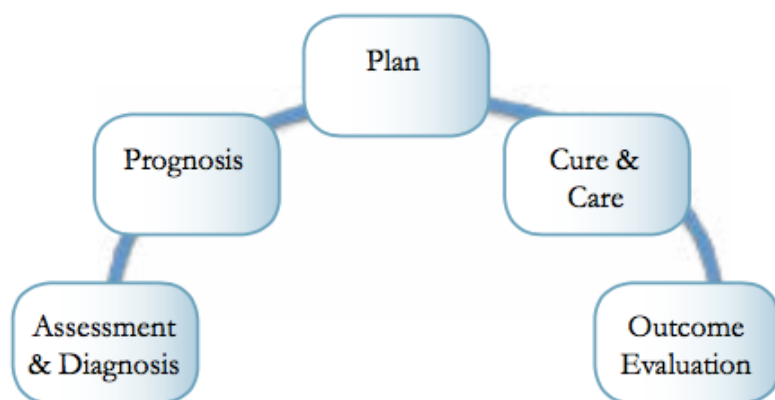
Capitolo 3

LE UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE E LA PRESA IN CARICO

La legge regionale sulla non autosufficienza attribuisce all'unità di valutazione multidisciplinare funzioni fondamentali per la presa in carico della domanda di assistenza e la definizione del percorso assistenziale: 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 sua *verifica*, la *rivalutazione* delle condizioni di bisogno e la eventuale ridefinizione del piano di intervento².

L'UVM è l'infrastruttura professionale e organizzativa in cui le diverse funzioni e componenti professionali concorrono nella realizzazione dei principi di appropriatezza e personalizzazione delle risposte di cura posti a fondamento dell'intervento legislativo. Nell'ambito dell'UVM dovrebbero trovare attuazione processi professionali capaci di affrontare i problemi complessi legati alla non autosufficienza, integrando in un processo unitario le funzioni di analisi, prognosi, decisione, azione, valutazione, secondo una prospettiva presa in carico efficace³ (Fig. 3.1).

Fig. 3. 1 – Arco terapeutico (Assessment and diagnosis, Responsiveness, Cure and care, Outcome)



Fonte: Fondazione Zancan, 2015.

Il monitoraggio regionale ha indagato negli anni le caratteristiche professionali, organizzative e operative delle UVM presenti nelle zone distretto, così da offrire una rappresentazione delle diverse realtà locali, della loro capacità di risposta in termini

² Art. 11 della legge regionale n. 66 del 2008.

³ T. Vecchiato, L'arco terapeutico, in Studi Zancan 4, 2015, p.5.

di istanze valutate e piani realizzati, risposte attivate, tempi di intervento. Come mostrano i risultati dell'indagine, relativi a 29 zone su 34⁴, le infrastrutture di UVM presenti nel territorio regionale si differenziano notevolmente nei diversi ambiti di osservazione considerati, malgrado la legge regionale disegni un modello unitario di funzionamento.

LA COMPOSIZIONE DELLE UVM

Con il monitoraggio sono state rilevate le diverse dimensioni strutturali delle UVM: nella composizione "minima" prevista dalla normativa, nelle scelte di integrazione dell'Unità di Valutazione con le altre professionalità ritenute necessarie "in relazione ai casi in esame", nella partecipazione dei familiari.

La normativa regionale stabilisce infatti 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). Questa struttura può essere integrata "dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione" e "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".

I margini di differenziazione delle zone distretto in merito alla composizione minima dell'UVM si concentrano sulla individuazione del responsabile, sulle specializzazioni dei medici, sul tempo lavoro dedicato alle funzioni di UVM.

Oltre i due terzi delle UVM censite hanno come responsabile il medico. I responsabili di UVM assistenti sociali sono presenti in poco meno di un terzo delle zone censite: in cinque zone della Asl Toscana Nord Ovest e in tre zone della Asl Toscana Sud Est. La specializzazione più frequente dei medici incaricati di far parte dell'UVM è Igiene e medicina preventiva. In cinque zone su 29 il componente medico dell'UVM è un geriatra (Tab. 3.1).

Tab. 3.1 – Responsabile dell'UVM e specializzazione del medico per zona distretto, 2017

Zona distretto	Responsabile	Specializzazione medico
TOSCANA NORD OVEST		
<i>Alta Val di Cecina</i>	<i>Assistente Sociale</i>	<i>Geriatria</i>
<i>Val d'Era</i>	<i>Assistente Sociale</i>	<i>n.i.</i>
Pisana	Assistente Sociale	n.i.
Lunigiana	Medico	Attività sanitaria di comunità
Apuane	Medico	n.i.
Valle del Serchio	Medico	Igiene e sanità pubblica
Piana di Lucca	Assistente Sociale	Igiene e medicina preventiva
Livornese	Assistente Sociale	Geriatria, Neurologia, Attività di comunità
<i>Bassa Val di Cecina</i>	<i>Medico</i>	<i>Attività sanitaria di comunità</i>

⁴ Non sono pervenute le schede delle zone distretto: Versilia, Amiata Grossetana, Fiorentina Sud Est, Pistoiese ed Empolese.

Zona distretto	Responsabile	Specializzazione medico
<i>Val di Cornia</i>	<i>Medico</i>	<i>Igiene e medicina preventiva, oncologia</i>
Elba	Medico	Igiene e medicina preventiva
TOSCANA CENTRO		
Val di Nievole	Medico	Igiene e medicina preventiva
Mugello	Medico	n.i.
Pratese	Medico	Attività sanitaria di comunità
Firenze	Medico	Igiene e sanità pubblica
Fiorentina Nord Ovest	Medico	Attività sanitaria di comunità
Valdarno Inferiore	Medico	Igiene e medicina preventiva
TOSCANA SUD EST		
Alta Val d'Elsa	Assistente Sociale	Attività sanitaria di comunità
<i>Amiata Senese Val d'Orcia</i>	<i>Assistente sociale</i>	<i>Attività sanitaria di comunità</i>
<i>Val di Chiana Senese</i>	<i>Assistente Sociale</i>	<i>Igiene e medicina preventiva</i>
Senese	Medico	Geriatría
Valdarno	Medico	Igiene e medicina preventiva
<i>Aretina</i>	<i>Medico</i>	<i>Attività sanitaria di comunità</i>
<i>Casentino</i>	<i>Medico</i>	<i>Attività sanitaria di comunità</i>
<i>Valtiberina</i>	<i>Medico</i>	<i>Geriatría</i>
Val di Chiana Aretina	Medico	Igiene e sanità pubblica
<i>Grossetana</i>	<i>Medico</i>	<i>Geriatría</i>
<i>Colline Metallifere</i>	<i>Medico</i>	<i>Attività sanitaria di comunità</i>
Colline dell'Albegna	Medico	Geriatría

In corsivo le zone distretto interessate da accorpamento nella nuova zonizzazione

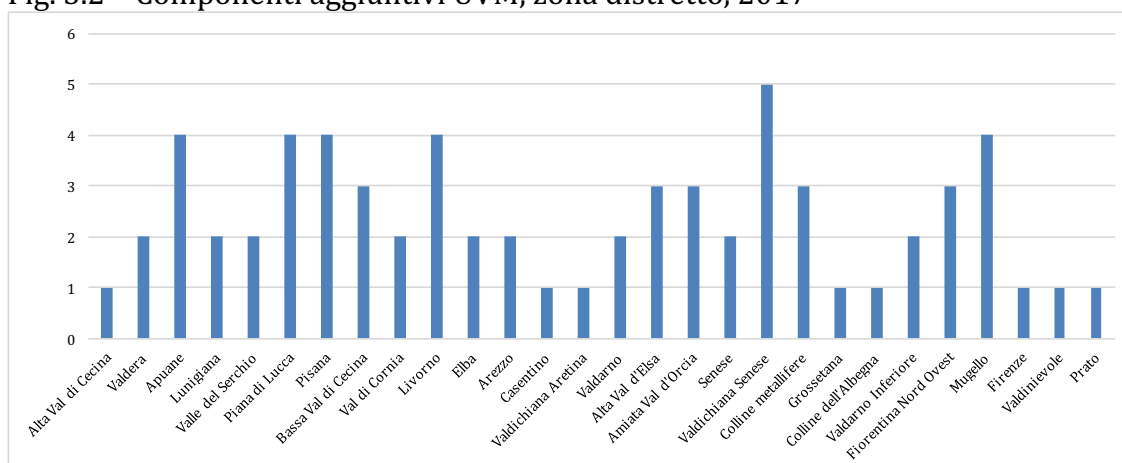
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

Secondo la legge regionale, la composizione minima delle UVM può essere integrata da altre professionalità sanitarie e sociali.

È stato quindi richiesto ai responsabili zonali di indicare *i componenti aggiuntivi* che partecipano alle attività dell'UVM e l'intensità della loro partecipazione. Il loro grado di partecipazione è stato quantificato sulla base di una scala numerica: 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.

Tutte le 29 UVM censite hanno componenti aggiuntive, in media 2,3 professionalità cadauna. In otto zone è rilevata la presenza di un solo componente aggiuntivo, in sette zone sono indicati due componenti, in quattro zone i componenti aggiuntivi sono tre, in sette zone risultano quattro componenti, in Val di Chiana Senese si arriva a indicarne cinque.

Fig. 3.2 – Componenti aggiuntivi UVM, zona distretto, 2017



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

La legge regionale parla di integrazione di professioni *sanitarie e sociali*, ma dall'indagine risulta prevalente l'integrazione delle UVM con componenti sanitari, prevalentemente medici specialisti. Solo nelle zone distretto della Val di Serchio e della Piana di Lucca si prevede come componente aggiuntivo l'assistente sociale competente per territorio. È registrata solo in Mugello la presenza di personale amministrativo.

Le specialità mediche che integrano più frequentemente le UVM sono: geriatria (presente in 21 zone su 29), psichiatria (16 zone), neurologia (13 zone), fisiatria (8 zone), neuropsichiatria (1 zona), anestesologia (1 zona), oncologia (1 zona). In una zona, l'Alta Val d'Elsa, è previsto l'intervento del fisioterapista.

La frequenza della partecipazione varia molto tra zone e profili professionali: lo specialista più diffuso nelle UVM, il geriatra, partecipa *sempre* in due sole UVM sulle 21 che lo indicano tra i propri componenti (Pisana e Val d'Era), nella metà delle UVM in cui è presente partecipa *talvolta*, in due zone (Firenze e le Apuane) *raramente*. Lo psichiatra partecipa *talvolta* alle attività di dodici delle sedici UVM di cui è componente integrativo, analoghe proporzioni e forme di utilizzo si riscontrano anche per le altre due figure più ricorrenti, il neurologo e il fisiatra.

Fig. 3.3 – Profili professionali dei componenti aggiuntivi più frequenti, per livello di partecipazione e UVM di zona distretto 2017



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

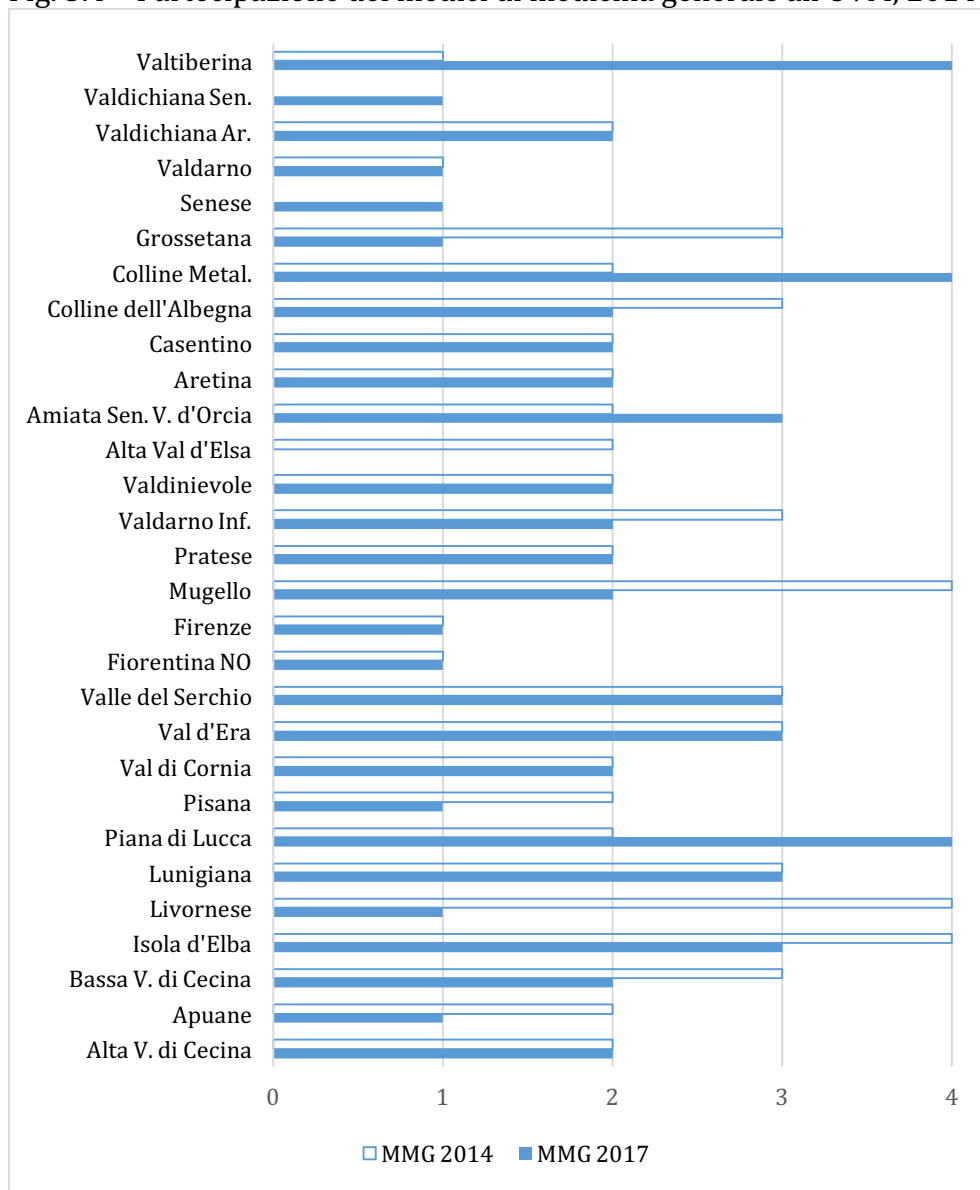
LA PARTECIPAZIONE DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E FAMILIARI

Un'altra dimensione considerata nel monitoraggio è la partecipazione dei familiari e dei medici di medicina generale alle sedute dell'UVM.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei medici di medicina generale, nel 2017 risultano partecipare *sempre* alle attività dell'UVM nelle zone distretto delle Colline Metallifere, della Valtiberina e della Piana di Lucca, mentre non sono *mai* presenti in Alta Val d'Elsa. In nove zone distretto partecipano *raramente*, in undici *talvolta*.

Il confronto tra la situazione del 2014 e quella del 2017 mostra una sostanziale stabilità in un terzo delle zone, una diminuzione della partecipazione dei medici di famiglia in otto zone, un aumento della partecipazione in quattro zone (Fig. 3.4). Sin dall'inizio delle rilevazioni, nel 2012, la scarsa partecipazione dei medici di medicina generale è uno degli elementi di maggiore criticità rilevato dalle famiglie e dagli anziani stessi. Proprio la persistente contraddizione tra la affermata centralità del ruolo del medico di medicina generale nella presa in carico dei pazienti cronici e non autosufficienti e la scarsa partecipazione di queste figure alle attività dell'UVM ha motivato l'approfondimento delle modalità di accesso e fruizione dei servizi di medicina di base e assistenza primaria territoriale, con una rilevazione dedicata, i cui risultati sono presentati nel capitolo seguente del report.

Fig. 3.4 – Partecipazione dei medici di medicina generale all'UVM, 2014-2017

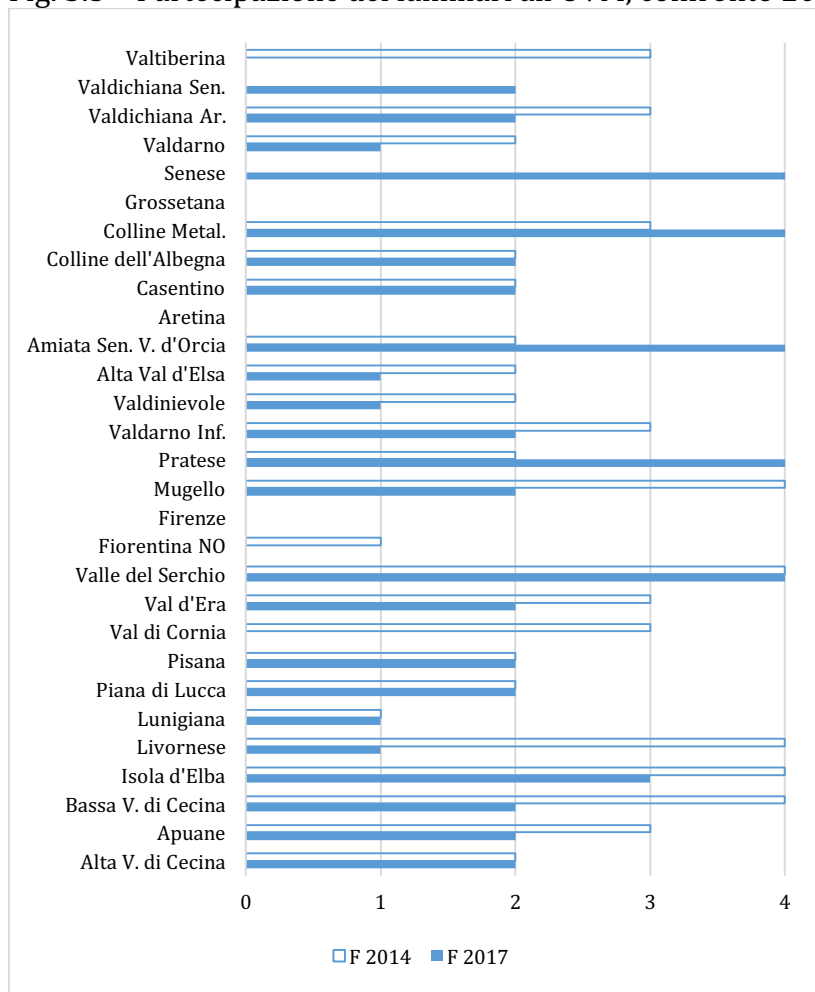


Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

La partecipazione dei familiari dell'interessato nel 2017 avviene *sempre* in sei zone sulle 29 censite: Valle del Serchio, Pratese, Amiata Senese Val d'Orcia, Colline Metallifere e Senese. Non è *mai* prevista in Val di Cornia, Fiorentina Nord Ovest, Firenze, Aretina, Grossetana, Valtiberina. In quasi la metà delle zone avviene *talvolta*, sulla base di specifiche esigenze rilevate dagli operatori.

Come già evidenziato nel rapporto 2015 con riferimento al confronto tra il 2013 e il 2014, esiste una notevole variabilità tra zone e tra annualità. Tra il 2014 e il 2017 (Fig. 3.5) solo otto UVM hanno mantenuto stabile la prassi precedente, mentre in sette zone distretto la partecipazione è aumentata e in ben dodici ha subito ridimensionamenti. Negli approfondimenti realizzati con gli operatori in edizioni precedenti del monitoraggio l'aspetto della partecipazione dei familiari alle attività di UVM è stato oggetto specifico di confronto. Per alcuni operatori la partecipazione è da escludere a priori, in ragione della alta conflittualità che tale partecipazione determina, per lasciare ai professionisti la responsabilità delle scelte più appropriate per l'interessato. Per altri invece è da favorire, così da creare maggiore adesione al piano predisposto, avviare un rapporto di collaborazione tra servizi e familiari sin dall'avvio della presa in carico, raccogliere le domande dei familiari alle prese con un cambiamento radicale della vita quotidiana propria e del congiunto non autosufficiente.

Fig. 3.5 – Partecipazione dei familiari all'UVM, confronto 2014, 2017



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

Si tratta di un tema delicato, su cui il dibattito professionale e scientifico, fortemente orientato alla valorizzazione del coinvolgimento diretto dei pazienti e delle loro famiglie, collide spesso con realtà operative che faticano a trovare spazi e soluzioni adeguate. Si tratta di un tema che esemplifica la necessità di investire in strumenti e pratiche professionali nuove, in grado di superare le criticità evidenziate, creare tra servizi e famiglia una relazione positiva improntata alla reciproca fiducia e collaborazione, promuovere il concorso di responsabilità tra operatori e familiari per la presa in carico e la cura delle persone con malattie croniche e degli anziani non autosufficienti.

L'ATTIVITÀ DELLE UVM

Ogni zona distretto ha una composizione minima analoga per tipologia di funzioni professionali sociali e sanitarie previste dalla legge, ma differisce notevolmente per le ore che ogni singola componente professionale impegna nelle attività specifiche di valutazione e presa in carico, per le modalità organizzative, per la capacità di risposta rispetto alla domanda potenziale e reale del territorio.

Ogni zona può quindi leggere la propria situazione generale e riferita alle singole componenti professionali:

- rispetto alle singole zone,
- rispetto alla media di area aziendale,
- rispetto alla media di area regionale,
- rispetto alla propria situazione pregressa.

Nel 2017 le ore di lavoro dedicate alle attività di pertinenza dell'UVM sono poco più di 57 a settimana, con valori massimi registrati in Bassa Val di Cecina (198 ore), Alta Val d'Elsa (150 ore), Firenze (140 ore), Grossetana, Fiorentina Nord Ovest e Val di Nievole (110 ore). I valori più bassi sono rilevati in Val di Cornia (5 ore), Colline dell'Albegna (9 ore), Val di Chiana Senese (15 ore).

Già nel 2014 erano state evidenziate delle differenze notevoli: a fronte di una media di 65 ore settimanali, vi erano zone distretto che si collocavano nettamente al di sopra della media (Pistoiese con 464 ore, l'Alta Val d'Elsa con 140 ore, Firenze 112,5, la Grossetana 110 ore, la Val di Nievole 108) e altre con valori nettamente più bassi (Amiata Grossetana 12 ore, Alta Val di Cecina e delle Colline dell'Albegna 9 ore).

Con riferimento alle 29 zone distretto censite in questo monitoraggio, tra il 2014 e il 2017 a livello medio, si passa dalle 54 ore di lavoro settimanale rilevate nel 2014 alle 57 del 2017 (Tab. 3.2). In dettaglio, l'aumento delle ore settimanali riguarda 13 zone su 29, mentre si verifica una diminuzione del dato in altre 10 zone. Resta stabile la situazione nelle zone Grossetana, Colline Metallifere e Albegna. Per tre zone non è stato possibile verificare la variazione dei dati: Val d'Era, Senese, Val di Chiana Senese.

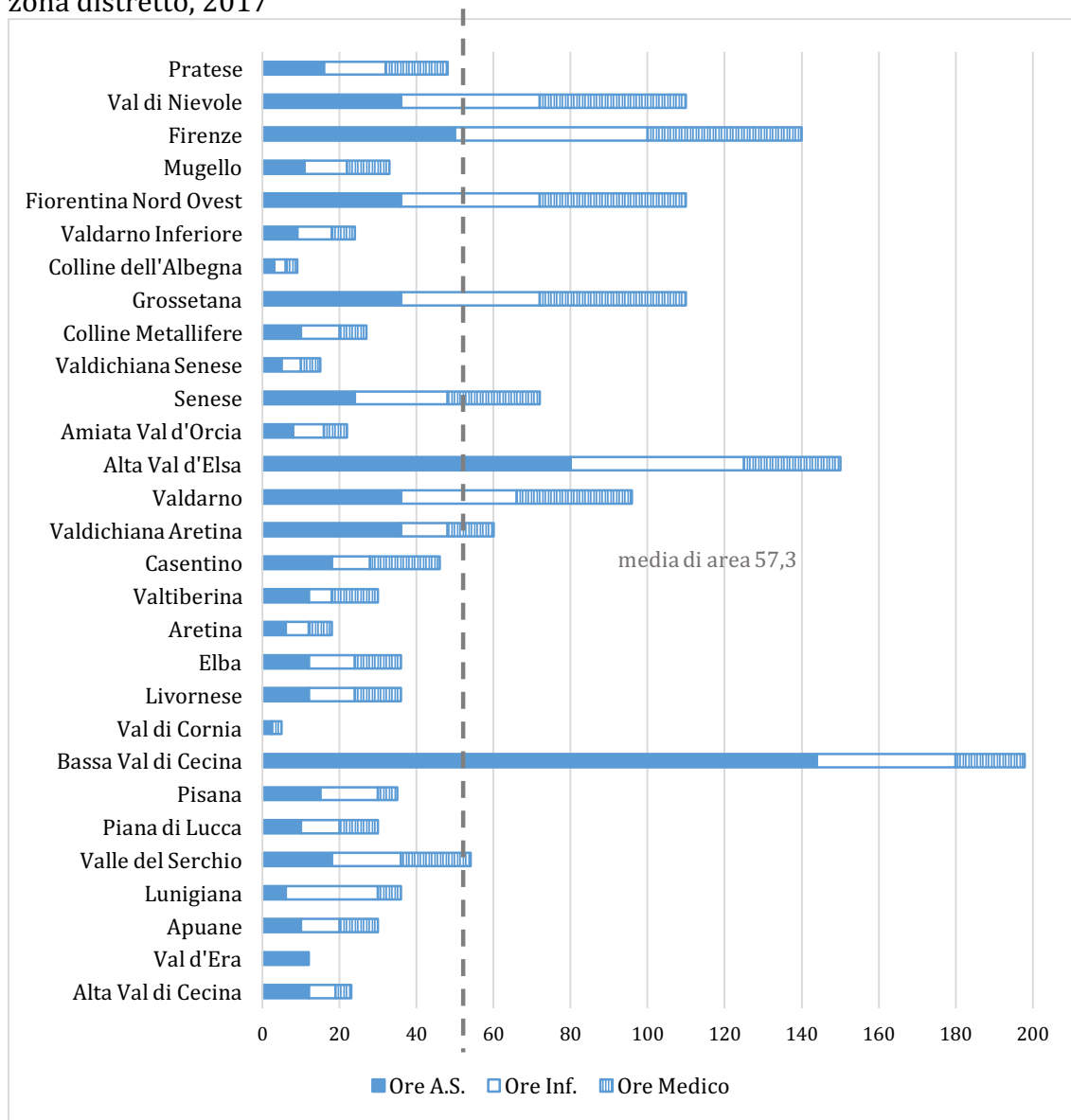
Tab. 3.2 – Numero di ore settimanali dedicate dai componenti delle UVM, ore totali, variazione, 2014- 2017 (29 zone distretto).

Zona distretto	Assistente Sociale		Infermiere		Medico		Totale		Var.
	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	
TOSCANA NORD OVEST									
Alta Val di Cecina	12	3	7	3	4	3	23	9	↗
Val d'Era	12	6	n.i.	6	n.i.	6	n.i.	18	n.i.
Apuane	10	16	10	18	10	15	30	49	↘
Lunigiana	6	10	24	10	6	10	36	30	↗
Valle del Serchio	18	12	18	12	18	12	54	36	↗
Piana di Lucca	10	60	10	24	10	12	30	96	↘
Pisana	15	54	15	18	5	18	35	90	↘
Bassa Val di Cecina	144	18	36	18	18	18	198	54	↗
Val di Cornia	2,5	60	n.i.	20	2,5	14	5	94	↘
Livornese	12	25	12	22	12	10	36	57	↘
Elba	12	18	12	18	12	18	36	54	↘
TOSCANA SUD EST									
Aretina	6	10	6	6	6	6	18	22	↘
Valtiberina	12	12	6	12	12	12	30	36	↘
Casentino	18	6	10	4	18	6	46	16	↗
Val di Chiana Aretina	36	6	12	6	12	6	60	18	↗
Valdarno	36	24	30	24	30	24	96	72	↗
Alta Val d'Elsa	80	75	45	40	25	25	150	140	↗
Amiata Val d'Orcia	8	18	8	12	6	6	22	36	↘
Senese	24	n.i.	24	n.i.	24	n.i.	72	n.i.	n.i.
Val di Chiana Senese	5	n.i.	5	n.i.	5	n.i.	15	n.i.	n.i.
Colline Metallifere	10	10	10	10	7	7	27	27	→
Grossetana	36	36	36	36	38	38	110	110	→
Colline dell'Albegna	3	3	3	3	3	3	9	9	→
TOSCANA CENTRO									
Valdarno Inferiore	9	6	9	6	6	6	24	18	↗
Fiorentina N. Ovest	36	18	36	36	38	18	110	72	↗
Mugello	11	13	11	13	11	13	33	39	↘
Firenze	50	37,5	50	37,5	40	37,5	140	112,5	↗
Val di Nievole	36	36	36	36	38	36	110	108	↗
Pratese	16	15	16	15	16	15	48	45	↗
VALORI MEDI DI AREA									
	23,64	22,50	18,41	17,24	15,45	14,61	57,25	54,35	↗

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2015 e 2017.

In tutte e tre le categorie professionali la media di ore dedicate al lavoro in UVM tra il 2014 e il 2017 è aumentata (Fig. 3.6).

Fig. 3.6 – Monte ore settimanali di lavoro professionale in UVM, per componente e zona distretto, 2017



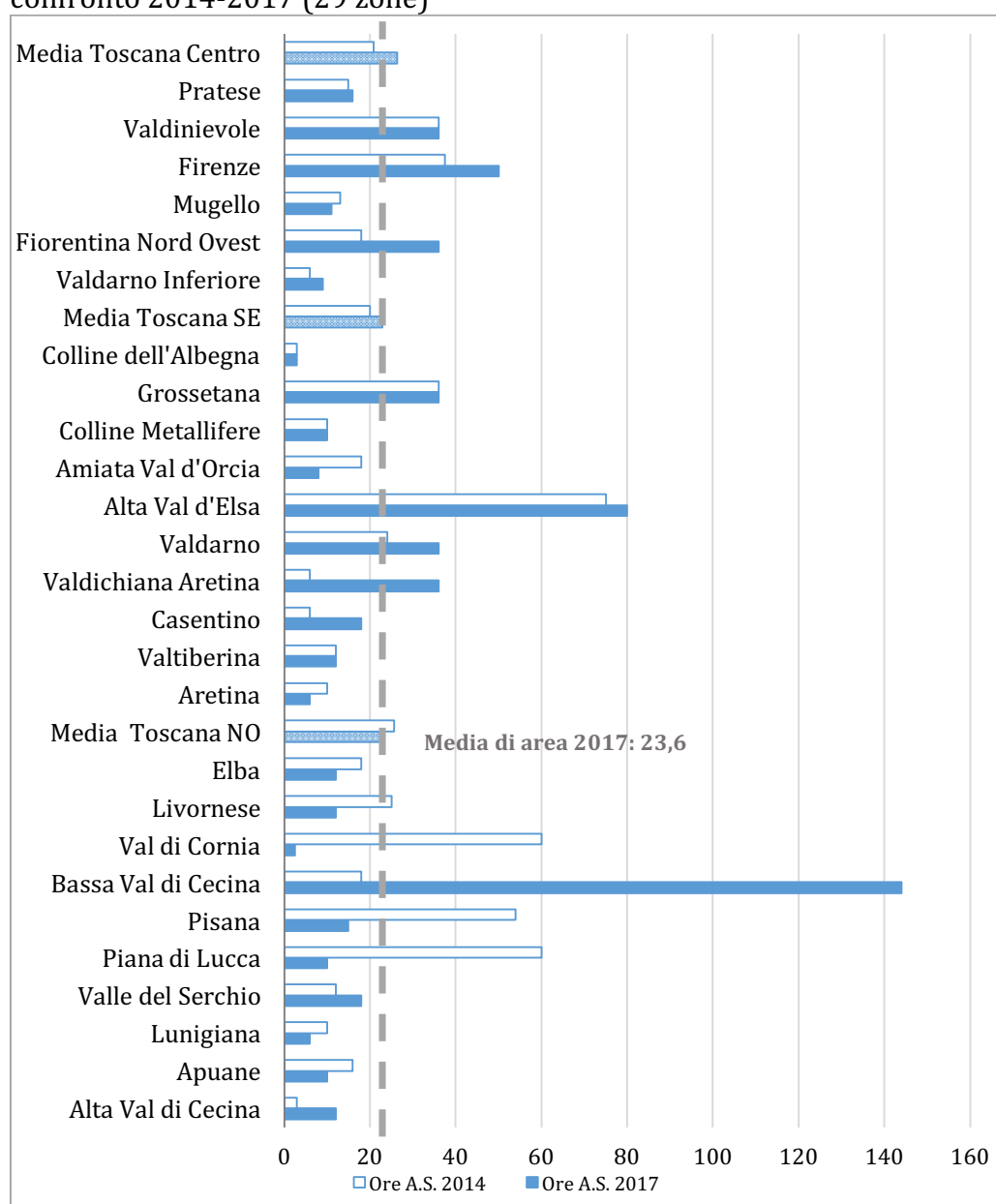
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

La componente professionale degli assistenti sociali è quella che risulta in termini assoluti la più impegnata in termini di ore lavorate (685 ore), seguita dagli infermieri (497 ore) e dai medici (432,5 ore). L'Alta Val d'Elsa e la Bassa Val di Cecina sono le zone distretto con il maggior numero di ore dedicate da assistenti sociali (in entrambe le zone è presente in UVM più di un assistente sociale). Lunigiana, Val di Cornia, Val di Chiana Senese e Colline dell'Albegna sono le zone con il numero di ore più basso. La situazione nelle singole zone e per azienda sanitaria mostra tendenze territoriali diverse.

Se infatti nelle zone distretto delle aziende Toscana Centro e Sud Est le ore medie di assistente sociale per UVM sono passate rispettivamente dalle 21 del 2014 alle 26 del 2017 per la Centro e dalle 20 a quasi 23 per la Sud Est, le zone distretto della

Toscana Nord Ovest hanno ridotto le ore dalle oltre 25 del 2014 alle 23 del 2017. Sono state riscontrate contrazioni significative in sette zone sulle undici censite (in particolare le zone Pisana, Livornese, Val di Cornia, Piana di Lucca), malgrado l'incremento netto di ore registrato in Bassa Val di Cecina (dalle 18 del 2014 alle 144 del 2017). A parte quest'ultima zona, tutte le altre della Toscana Nord Ovest hanno un numero di ore di assistente sociale inferiore alla media regionale. Tra le zone della Toscana Centro superano il valore medio regionale le zone di Firenze, Fiorentina Nord Ovest e Val di Nievole, mentre nella Toscana Sud Est sono cinque le zone sopra soglia: oltre all'Alta Val d'Elsa, il Valdarno, la Val di Chiana Aretina, la Grossetana e la Senese.

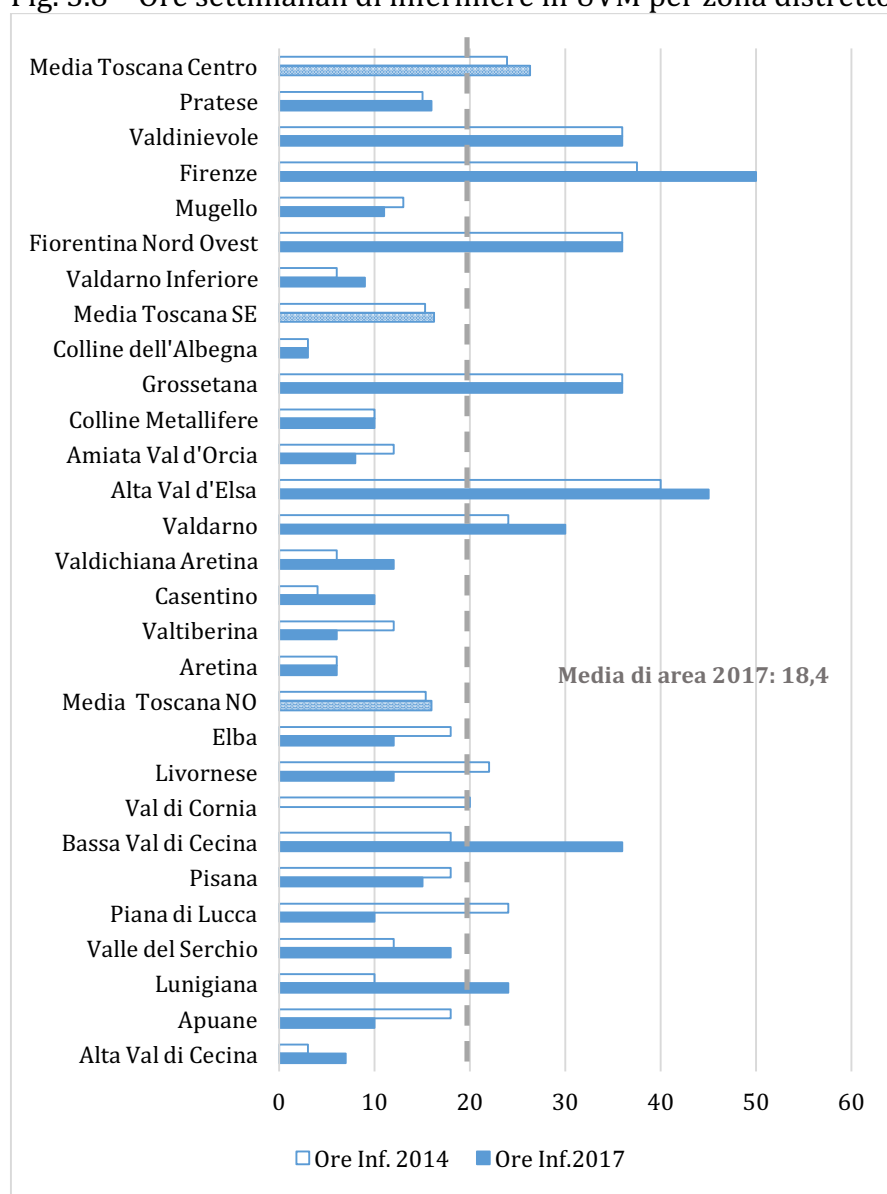
Fig. 3.7 – Ore settimanali di assistente sociale in UVM, per zona distretto, media Asl, confronto 2014-2017 (29 zone)



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

La componente infermieristica ha avuto un incremento di ore meno evidente in termini medi rispetto a quello degli assistenti sociali (da 17,2 ore del 2014 a 18,4 nel 2017) (Fig. 3.8). In otto zone il numero di ore disponibili ha subito una contrazione: Mugello, Amiata Val d'Orcia, Valtiberina, Elba, Livorno, Pisana, Piana di Lucca, Apuane. Colline dell'Albegna e Val di Chiana Senese il numero più basso. Sono sopra la media regionale dieci zone, tre nella Toscana Centro e nella Toscana Nord Ovest, quattro nella Toscana Sud Est. Firenze e Alta Val d'Elsa hanno il numero maggiore di ore disponibili. Le zone distretto della Toscana Centro continuano ad avere valori medi più alti rispetto alla media regionale e alle altre due aziende: dalle 24 ore settimanali del 2014 sono passate alle 26 del 2017, mentre nelle altre due realtà l'incremento è stato minore, dalle 15 ore del 2014 alle 16 ore.

Fig. 3.8 – Ore settimanali di infermiere in UVM per zona distretto e Asl, 2014-2017

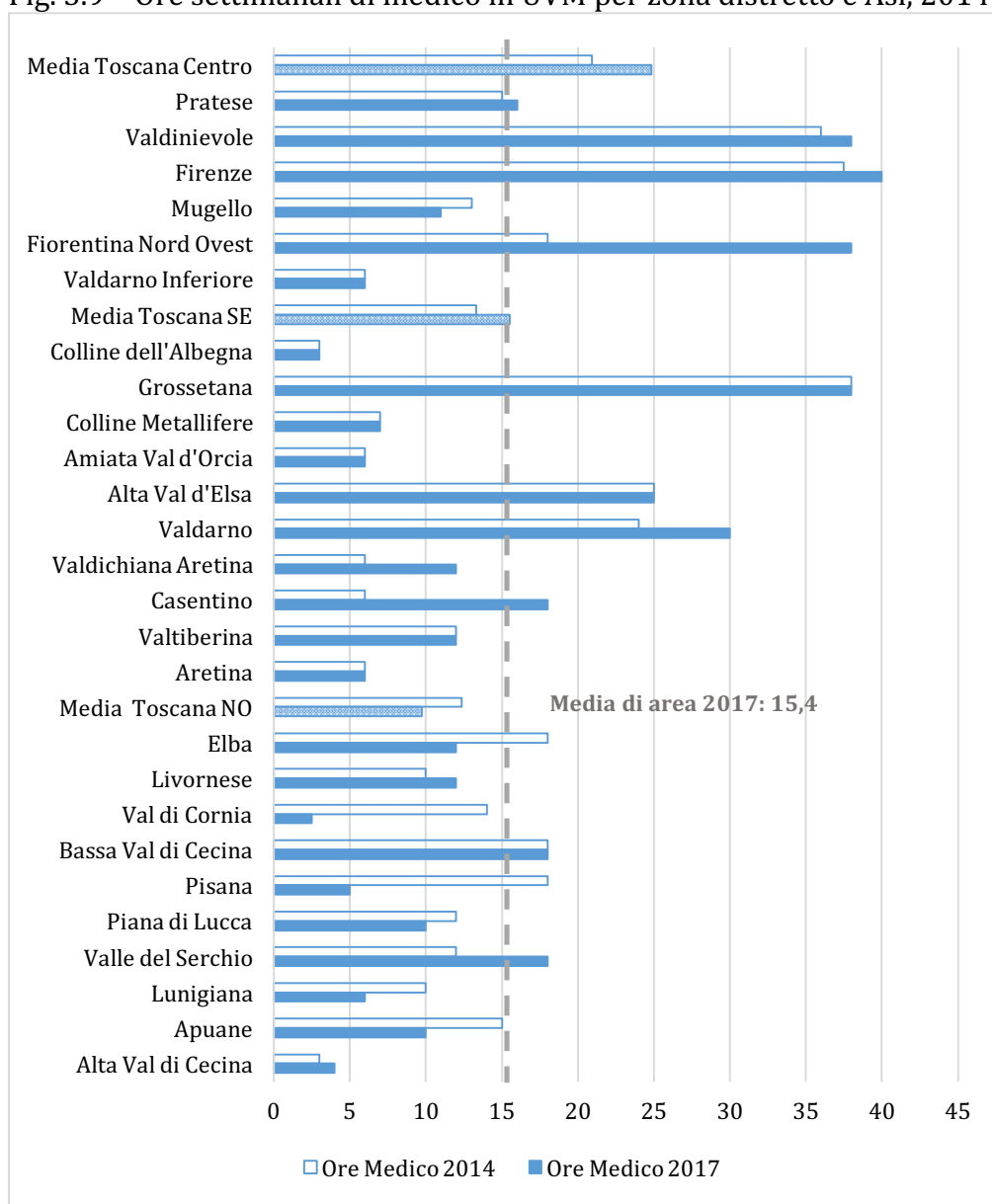


Fonte: Indagine FNP Cisl Toscana, Fondazione Zancan, 2017.

La componente medica ha avuto l'aumento medio di ore settimanali più ridotto: dalle 14,6 ore del 2014 alle 15,4 del 2017.

Occorre ricordare che la componente medica "minima" dell'UVM viene regolarmente integrata da medici specialisti in tutte le zone distretto, e che il contributo orario di queste componenti aggiuntive non è computato nella rilevazione ma è comunque significativo. Le ore disponibili sono aumentate in dieci zone: gli aumenti più significativi sono stati rilevati nelle zone Fiorentina Nord Ovest (da 18 a 38 ore settimanali), Casentino (da 6 a 18 ore). Hanno subito un deciso ridimensionamento le ore disponibili in Val di Cornia, Lunigiana, Apuane, Pisana, tutte zone distretto afferenti alla azienda Toscana Nord Ovest, che presenta infatti il dato medio più basso, inferiore alla media regionale.

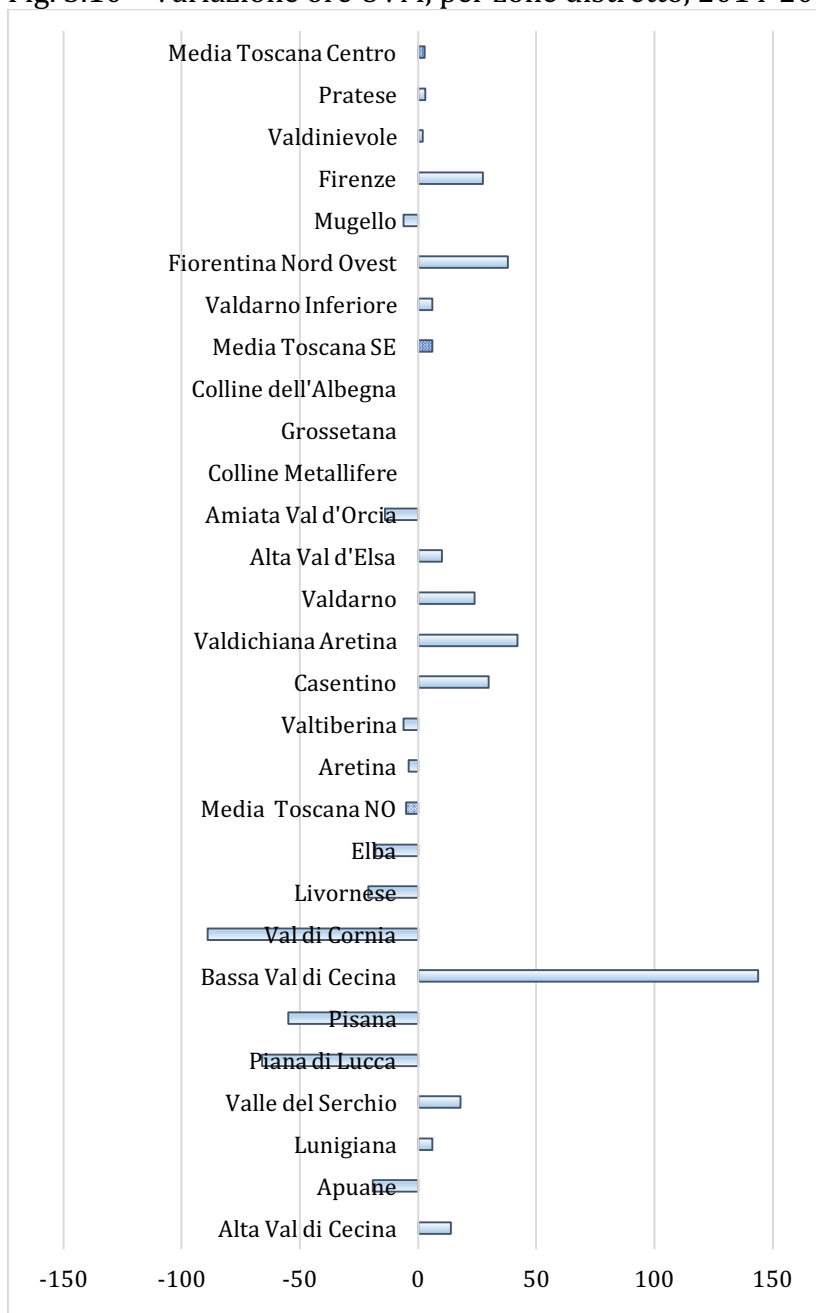
Fig. 3.9 – Ore settimanali di medico in UVM per zona distretto e Asl, 2014-2017



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

La situazione complessiva registrata nelle zone distretto non sembra comunque avere un andamento unitario: vi sono zone dove si registra un aumento di ore disponibili e zone che hanno avuto diminuzioni significative di ore lavoro. Aggregando le zone per area vasta, risultano più omogenee negli andamenti le zone distretto della Toscana Centro, quasi tutte con valori positivi, e dalla Toscana Sud Est, caratterizzata da situazioni di stabilità, miglioramento dei valori rilevati, lievi diminuzioni delle ore disponibili. Il quadro più eterogeneo è quello della Toscana Nord Ovest, dove sei zone su dieci hanno avuto una netta contrazione delle ore disponibili, tre un lieve aumento, una zona, la Bassa Val di Cecina, con valori fuori media.

Fig. 3.10 – Variazione ore UVM, per zone distretto, 2014-2017



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2015 e 2017.

LE MODALITÀ ORGANIZZATIVE

Su 29 UVM censite, sette risultano avere articolazioni territoriali: nel Valdarno, nell'Alta Val d'Elsa e nel Grossetano l'UVM ha articolazioni territoriali corrispondenti ai presidi territoriali distrettuali, nelle altre zone distretto sono rilevate in media due articolazioni territoriali. Negli altri casi la UVM è unica e ha sede presso la zona distretto. Poco meno dei due terzi delle UVM (18 su 29) si riunisce mediamente una volta a settimana, sette UVM (Apuane, Lunigiana, Val di Serchio, Pisana, Livornese, Bassa Val di Cecina, Valtiberina) si riuniscono mediamente due volte la settimana, tre UVM hanno dichiarato di riunirsi quotidianamente (Firenze, Fiorentina Nord Ovest, Senese). L'UVM della zona dell'Elba ha invece riunioni quindicinali.

Tab. 3.3 – Modalità organizzative: sedi territoriali e frequenza di convocazione, 2017

Zona Distretto	Articolazioni territoriali	Frequenza di convocazione
TOSCANA CENTRO		
Fiorentina Nord Ovest	No	Ogni giorno
Mugello	No	Ogni settimana
Pratese	Sì	Ogni settimana
Firenze	No	Ogni giorno
Val di Nievole	No	Ogni settimana
Valdarno Inferiore	No	Ogni settimana
TOSCANA NORD OVEST		
Apuane	No	Altro (due volte settimana)
Lunigiana	No	Altro (due volte settimana oltre urgenze)
Valle del Serchio	No	Altro (due volte la settimana)
Piana di Lucca	No	Ogni settimana
Pisana	No	Altro (tre volte la settimana)
Alta Val di Cecina	No	Ogni settimana
Val d'Era	No	Ogni settimana
Livornese	No	Altro (tre volte la settimana)
Bassa Val di Cecina	Sì	Altro (due, tre volte la settimana)
Val di Cornia	Sì	Ogni settimana
Elba	No	Ogni quindici giorni
TOSCANA SUD EST		
Aretina	Sì	Ogni settimana
Casentino	No	Ogni settimana
Val di Chiana Aretina	No	Ogni settimana
Valdarno	No	Ogni settimana
Valtiberina	No	Altro (due volte la settimana)
Alta Val d'Elsa	Sì	Ogni settimana
		(sedute aggiuntive in base al numero dei casi e urgenze)
Amiata Senese Val d'Or- cia	No	Ogni settimana
Senese	No	Ogni giorno
Val di Chiana Senese	No	Ogni settimana
Grossetana	Sì	Ogni settimana
Colline Metallifere	No	Ogni settimana
Colline dell'Albegna	Sì	Ogni settimana (riunione aggiuntiva in caso di bisogno)

In corsivo le zone in corso di accorpamento

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan 2017.

Altre informazioni interessanti riguardano i tempi medi di funzionamento, con particolare riferimento alla presentazione dei PAP, ai tempi medi di attivazione degli interventi e alla frequenza di rivalutazione media dei casi. Pur in presenza di termini previsti per legge in merito alle prime due attività, sin dall'inizio del monitoraggio è emersa una diversità di prassi nelle singole UVM meritevole di essere evidenziata. In termini positivi, è infatti indice della capacità di abbreviare i tempi di attesa delle persone interessate, in termini di criticità, laddove il rispetto formale dei termini non è concretamente possibile o vi sono complessità organizzative delle risposte che richiedono tempi supplementari di attesa, come nel caso di alcuni degli interventi segnalati nella tabella di sintesi delle risposte (Tab. 3.4).

La frequenza media dei tempi di rivalutazione è rilevata per capire se e quando la persona che fruisce degli interventi viene nuovamente valutata nella sua condizione di bisogno, così da verificare la necessità di un'eventuale modifica del piano assistenziale. È un elemento importante per realizzare quella personalizzazione degli interventi e appropriatezza delle risposte che sono poste a fondamento della legge regionale. In generale, i termini di valutazione sono i sei mesi per poco più di un terzo delle zone, quasi altrettante valutano annualmente. Il terzo restante si divide tra zone che valutano ogni tre mesi (Lunigiana, Piana di Lucca, Albegna) e zone che usano termini diversi (Amiata Val d'Orcia 7/8 mesi, Mugello 9 mesi), oppure differenziati per tipo di caso. In Alta Val d'Elsa i casi di interventi a supporto della domiciliarità vengono valutati almeno una volta all'anno; i casi per i quali è prevista la frequentazione del centro diurno vengono esaminati ogni semestre, per i casi per i quali è previsto un ricovero nel nucleo per le demenze cognitivo-comportamentali è prevista la verifica ogni 3 mesi. Pratese, Val di Nievole e Firenze valutano in base ai tempi previsti dal PAP o su richiesta.

Tab. 3.4 – Tempi medi di presentazione del PAP, di attivazione delle risposte e di rivalutazione dei casi, per zona distretto, 2017

Zona distretto	Tempi medi di presentazione	Tempi medi di attivazione	Frequenza media di rivalutazione casi
TOSCANA CENTRO			
Firenze	Entro trenta giorni	Entro sessanta giorni	Altro
Fiorentina NO	Oltre trenta giorni	Entro sessanta giorni	Ogni anno
Mugello	Entro trenta giorni	Entro sessanta giorni per domiciliare e contributi, oltre per ricoveri	Altro
Pratese	Entro trenta giorni	Interventi urgenti nelle 24/48 ore, il resto entro sessanta giorni o lista attesa	Ogni anno
<i>Valdarno Inferiore</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro sessanta giorni</i>	<i>Ogni semestre</i>
Val di Nievole	Entro trenta giorni	Altro (per assistenza domiciliare anche il giorno stesso; per ricoveri e inserimenti dipende da lista di attesa)	Altro
TOSCANA SUD EST			
Alta Val d'Elsa	Entro trenta giorni (quindici per casi provenienti da ospedale)	Entro trenta giorni	Altro

Zona distretto	Tempi medi di presentazione	Tempi medi di attivazione	Frequenza media di rivalutazione casi
<i>Amiata Val d'Orcia Senese</i>	<i>Entro una settimana</i> <i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro trenta giorni</i> <i>Entro trenta giorni</i> <i>liste attese per RSA, CD</i>	<i>Altro</i> <i>Ogni semestre</i>
<i>Val di Chiana Senese</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro sessanta giorni</i>	<i>Ogni semestre</i>
<i>Aretina</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Altro</i> <i>(da pochi giorni ai 30/60)</i>	<i>Altro</i>
<i>Casentino</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro sessanta giorni</i>	<i>Ogni anno</i>
<i>Valtiberina</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro trenta giorni</i> <i>Salvo RSA: lista attesa</i>	<i>Ogni semestre</i>
<i>Val di Chiana Aretina</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro sessanta giorni</i>	<i>Ogni semestre</i>
<i>Valdarno</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Ogni anno</i>
<i>Grossetana</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro sessanta giorni</i>	<i>Ogni anno</i>
<i>Colline Metallifere</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro sessanta giorni</i>	<i>Ogni semestre</i>
<i>Colline dell'Albegna</i>	<i>Entro una settimana</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Ogni trimestre</i>
TOSCANA NORD OVEST			
<i>Apuane</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro sessanta giorni</i>	<i>Ogni semestre</i>
<i>Lunigiana</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro sessanta giorni</i>	<i>Ogni trimestre</i>
<i>Alta Val di Cecina</i>	<i>Entro due settimane</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Ogni semestre</i>
<i>Val d'Era</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Altro</i> <i>liste di attesa</i>	<i>Ogni semestre</i>
<i>Pisana</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro trenta giorni, salvo i ricoveri (60 gg)</i>	<i>Ogni semestre/ogni anno</i>
<i>Valle del Serchio</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Ogni anno</i>
<i>Piana di Lucca</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro trenta giorni per AD diretta e indiretta, entro sessanta giorni per RSA e CD</i>	<i>Ogni trimestre</i>
<i>Livornese</i>	<i>Entro una settimana</i>	<i>Entro trenta giorni per AD diretta e indiretta, oltre 60 gg per CD e RSA</i>	<i>Ogni anno</i>
<i>Bassa Val di Cecina</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Trenta giorni per CD e ADI demenze, sessanta giorni per RSA urgenti e SAD, oltre per RSA e contributi</i>	<i>Altro</i>
<i>Val di Cornia</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro sessanta giorni</i>	<i>Ogni semestre</i>
<i>Elba</i>	<i>Entro trenta giorni</i>	<i>Entro sessanta giorni</i>	<i>Ogni anno</i>

In corsivo le zone in fase di accorpamento

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan 2017.

LA PROVENIENZA DELLE DOMANDE

Un altro elemento indagato riguarda la provenienza delle domande che arrivano all'Unità di Valutazione e la loro ripartizione per fonte di provenienza. In questo modo è possibile rappresentare e confrontare le diverse vie di accesso che le persone utilizzano più frequentemente per chiedere assistenza.

I canali di accesso previsti sono stati classificati secondo una scala di frequenza composta da valori da uno a cinque, dove 1 indica la fonte più frequente e 5 quella meno

frequente. Rispetto alle indagini precedenti, permane una grande diversità nelle zone, con una distribuzione piuttosto diversificata tra i diversi canali di accesso e una polarizzazione delle posizioni delle diverse fonti (Tab. 3.5). Se infatti in media si conferma come nelle edizioni precedenti la prevalenza del Punto insieme come fonte di provenienza delle domande, con un punteggio medio di 2, seguito dal servizio sociale (2,3), dall'ospedale (2,6) e, come fonte meno frequente, il medico di medicina generale (2,9), le differenze tra zone sono ancora più rilevanti.

Il Punto Insieme, che nell'architettura delineata dalla normativa regionale dovrebbe essere la porta di accesso al sistema, è la prima fonte di provenienza delle domande in 20 delle 29 zone-distretto censite, ma è la meno frequente in ben 6 zone (Livornese e Val di Cornia nella Toscana Nord Ovest, Senese, Colline Metallifere, Val di Chiana Aretina e Valdarno nella Toscana Sud Est).

Il servizio sociale è la prima fonte di raccolta delle domande in dieci zone, nelle altre rivela la maggiore variabilità di posizione e di funzione: è tra le fonti meno frequenti in sei zone, in otto zone è in posizione intermedia (3), nelle altre cinque è la seconda fonte di raccolta delle domande.

L'ospedale è il principale canale di invio delle domande in sei zone: Val d'Era e Val di Cornia nella Toscana Nord Ovest, Grossetana, Colline dell'Albegna e Aretina nella Toscana Sud Est, Val di Nievole nella Toscana Centro. In altre sette è invece la fonte meno frequente di invii: Lunigiana e Valle del Serchio, Alta Val di Cecina e Livornese nella Toscana Nord Ovest, Senese nella Sud Est, Firenze e Prato nella Toscana Centro. Nelle altre zone si attesta su posizioni intermedie.

Il medico di medicina generale, che nelle rilevazioni precedenti risultava la fonte meno significativa di attivazione delle UVM, risulta invece più attivo: è la fonte principale di invio di domande in Val di Cornia, nel Senese, nella Val di Chiana Aretina e nelle Colline dell'Albegna, occupa la seconda posizione in graduatoria nelle zone Lunigiana, Livornese, Valdarno e Pratese, si colloca nelle altre fra il terzo e il quinto posto.

In alcune zone emerge una "classifica" vera e propria delle fonti di accesso, dalla più frequente alla meno frequente, come in Alta Val d'Elsa e nella Grossetana. In altre invece coesistono più fonti in posizioni analoghe, come nella Valle del Serchio o nella Val di Cornia, in altre vi sono fonti di accesso che non sembrano essere attive, come nelle Apuane o in Mugello, dove tutta la domanda passa dai Punti Insieme.

Tab. 3.5 – Fonte e frequenza di provenienza delle domande, 2017

Zona distretto	Punto Insieme	Servizio sociale	Medico medicina generale	Ospedale	Altro
TOSCANA NORD OVEST					
Apuane	1	-	-	-	-
Lunigiana	1	2	2	4	4
Valle del Serchio	1	1	5	5	-
Piana di Lucca	1	5	3	3	3
Pisana	1	1	4	2	-
Alta Val di Cecina	1	1	4	5	3
Val d'Era	1	1	3	1	4
Livornese	5	4	2	4	4
Bassa Val di Cecina	1	3	4	2	5

Zona distretto	Punto Insieme	Servizio sociale	Medico medi- cina generale	Ospedale	Altro
<i>Val di Cornia</i>	5	1	1	1	1
Elba	1	3	4	3	-
TOSCANA SUD EST					
Alta Val d'Elsa	1	3	5	2	4
<i>Amiata Senese V. d'Orcia</i>	1	1	4	3	5
<i>Senese</i>	5	3	1	4	-
<i>Val di Chiana Senese</i>	1	1	4	3	-
<i>Grossetana</i>	2	4	3	1	5
<i>Colline Metallifere</i>	5	3	3	3	1
Colline dell'Albegna	2	3	1	1	5
<i>Aretina</i>	1	1	3	1	-
<i>Casentino</i>	1	2	5	3	-
Val di Chiana Aretina	5	3	1	3	1
Valtiberina	1	2	5	3	2
Valdarno	5	5	2	3	-
TOSCANA CENTRO					
Fiorentina NO	1	1	3	3	5
Firenze	1	4	5	5	-
Mugello	1	-	-	-	-
Pratese	4	4	2	4	-
Val di Nievole	1	1	3	1	4
Valdarno Inferiore	1	3	-	3	-
<i>Dato medio</i>	2	2,3	2,9	2,6	2,2

In corsivo le zone in fase di accorpamento

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

LA CAPACITÀ DI RISPOSTA

Per affinare l'analisi e comprendere le differenze fra le zone occorre relativizzare i dati assoluti di attività disponibili, parametrandoli alle dimensioni della domanda di assistenza che si rivolge ai servizi e al numero di casi da trattare.

Un primo indicatore che permette di "pesare" le risorse disponibili in UVM rispetto alla domanda di assistenza è dato dal rapporto tra le ore di lavoro delle UVM e la popolazione anziana non autosufficiente presente nella zona-distretto (e moltiplicando per 100). L'indicatore così costruito consente di approssimare il tempo che l'UVM potrebbe dedicare ad ogni potenziale utente.

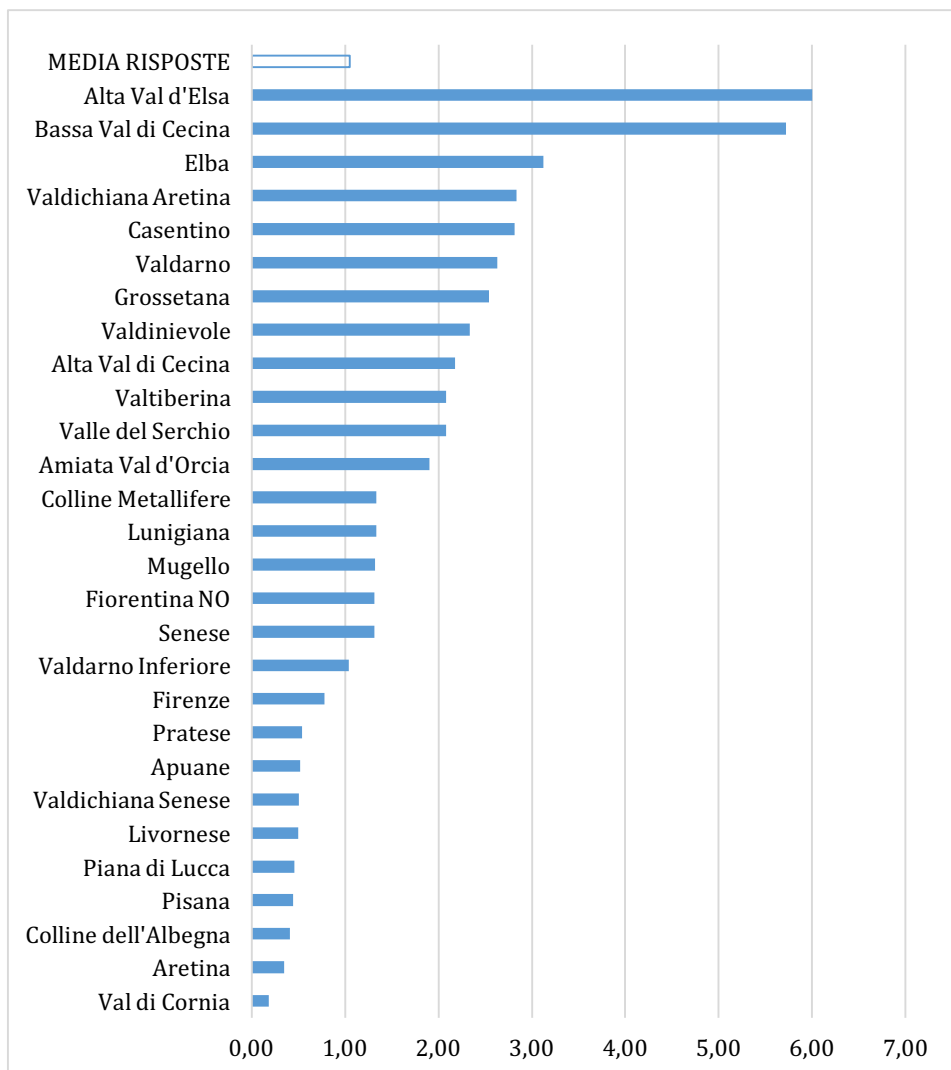
Il carico di lavoro teorico delle UVM nelle zone-distretto oggetto dell'indagine è sintetizzato nella figura 3.11, che evidenzia come le differenze fra le zone si confermino piuttosto consistenti. Rispetto al 2015, il dato medio è passato da 1,7 a 1,05 ore per anziano non autosufficiente. Alta Val d'Elsa e Bassa Val di Cecina sono le zone con i valori più elevati (6 e 5,9). Su 29 zone, 17 sono sopra la soglia regionale media, mentre i valori più bassi sono stati rilevati per le UVM di Val di Cornia, Aretina, Colline dell'Albegna, Pisana (tutte sotto lo 0,50), Piana di Lucca, Livornese, Val di Chiana Senese, Apuane, Pratese, Firenze (con valori compresi tra lo 0,52 e lo 0,78).

Tab. 3.6 – Rapporto tra ore lavoro annue UVM e anziani non autosufficienti, per zona distretto, 2017

Zona distretto	Ore annue UVM	Anziani non autosufficienti	Ore/anziano non autosufficiente
Alta Val di Cecina	1.196	550	2,17
Apuane	1.560	3.000	0,52
Bassa Val di Cecina	10.296	1.800	5,72
Elba	1.872	600	3,12
Livornese	1.872	3.750	0,50
Lunigiana	1.872	1.400	1,34
Piana di Lucca	1.560	3.400	0,46
Pisana	1.820	4.100	0,44
Val di Cornia	260	1.400	0,19
Val d'Era	n.d.	2.150	n.i.
Valle del Serchio	2.808	1.350	2,08
Alta Val d'Elsa	7.800	1.300	6,00
Amiata Val d'Orcia	1.144	600	1,91
Aretina	936	2.700	0,35
Casentino	2.392	850	2,81
Colline dell'Albegna	468	1.150	0,41
Colline Metallifere	1.404	1.050	1,34
Grossetana	5.720	2.250	2,54
Senese	3.744	2.850	1,31
Valdarno	4.992	1.900	2,63
Val di Chiana Aretina	3.120	1.100	2,84
Val di Chiana Senese	780	1.550	0,50
Valtiberina	1.560	750	2,08
Fiorentina Nord	5.720	4.350	1,31
Ovest			
Firenze	7.280	9.300	0,78
Mugello	1.716	1.300	1,32
Pratese	2.496	4.600	0,54
Valdarno Inferiore	1.248	1.200	1,04
Val di Nievole	5.720	2.450	2,33
Totale risposte	83.356	79.600	1,05

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

Fig. 3.11 – Ore lavoro delle UVM nelle zone distretto per popolazione non autosufficiente anziana residente, 2017.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Un altro indice di grandezza della capacità di risposta delle UVM è relativo al numero di istanze esaminate e di Piani di Assistenza Personalizzati che le UVM hanno realizzato nel corso del 2016 e del 2017. Anche per questa edizione del monitoraggio, si conferma la difficoltà per alcune zone distretto (5 su 29 rispondenti) di fornire il dato relativo a queste due grandezze.

Le istanze valutate (primi accessi) per il 2016 risultano essere pari a 14.993, quelle del 2017 sono 13.437. Per il 2016 i valori massimi in termini assoluti si registrano a Firenze, Piana di Lucca, Livornese, Fiorentina Nord Ovest, i più bassi in Alta Val di Cecina, Amiata Senese Val d'Orcia, Val di Chiana Aretina, Elba, Valle del Serchio. Nel 2017 restano massimi i valori di Firenze (in aumento rispetto al 2016), Fiorentina Nord Ovest e Piana di Lucca, questi ultimi con valori in diminuzione. Sono in aumento i valori minimi registrati ancora nelle zone dell'Alta Val di Cecina, Amiata Senese Val d'Orcia, Valle del Serchio, mentre diminuisce il dato già basso dell'Isola

d'Elba. Cala anche il numero di piani censiti, 21.761 nel 2016, 19.645 nel 2017. Firenze e Fiorentina Nord Ovest, Livornese, Pisana e Senese sono le zone distretto con i valori più alti. Firenze e la zona Senese registrano un aumento del numero di PAP, mentre le altre zone con i valori più alti nel 2017 segnano una diminuzione del dato. Val di Chiana Aretina e Amiata Senese Val d'Orcia sono le zone con i valori più bassi nel 2016, cui si unisce nel 2017 anche la zona delle Colline Metallifere, che passa dai 433 PAP del 2016 ai 123 del 2017.

Tab. 3.7 – Istanze e piani di assistenza realizzati (PAP), 2016-2017, per zona distretto, 2016 e 2017

Zona distretto	Istanze valutate 2016	Istanze valutate 2017	PAP 2016	PAP 2017
Alta Val di Cecina	112	117	228	249
Apuane	399	386	727	892
Bassa Val di Cecina	456	219	689	255
Elba	162	120	289	229
Livornese	1.423	666	1.912	1.508
Lunigiana	229	210	857	914
Piana di Lucca	1.579	1.203	1.029	817
Pisana	474	546	1.779	1.732
Val di Cornia	326	316	201	167
Val d'Era	402	380	389	350
Valle del Serchio	126	154	974	543
Alta Val d'Elsa	284	306	734	795
Amiata Senese Val d'Orcia	118	124	194	179
Aretina	648	n.i.	1.444	n.i.
Casentino	247	250	639	373
Colline dell'Albegna	540	429	320	282
Colline Metallifere	392	123	433	123
Grossetana	405	317	678	577
Senese	649	683	1.145	1.178
Valdarno	686	748	n.i.	n.i.
Val di Chiana Aretina*	122	232	122	232
Val di Chiana Senese	n.i.	547	n.i.	547
Valtiberina	969	484	384	n.i.
Fiorentina Nord Ovest	1.380	1.360	1.380	1.360
Firenze	1.716	2.047	3.029	3.582
Mugello	206	210	605	598
Pratese	n.i.	n.i.	722	663
Valdarno Inferiore	n.i.	354	n.i.	676
Val di Nievole	943	906	858	824
Totali	14.993	13.437	21.761	19.645

* il dato PAP è riferito solo alle nuove istanze

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Per permettere il confronto tra le zone, il dato relativo a istanze e PAP 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. Il dato medio rilevato conta 21 istanze esaminate e 30 PAP realizzati ogni 100 anziani non autosufficienti residenti, con una estrema variabilità delle singole situazioni zonali. Mentre il dato riferito alle istanze considera i nuovi accessi al sistema, il dato sui PAP è complessivo dei nuovi casi e dei casi in carico e risente quindi molto anche delle modalità di presa in carico e di rivalutazione dei casi, che differiscono da zona a zona.

Tab. 3.8 – Numero di istanze e Piani di Assistenza Personalizzati (PAP) realizzati, 2017. Valori assoluti e incidenza sulla popolazione anziana non autosufficiente.

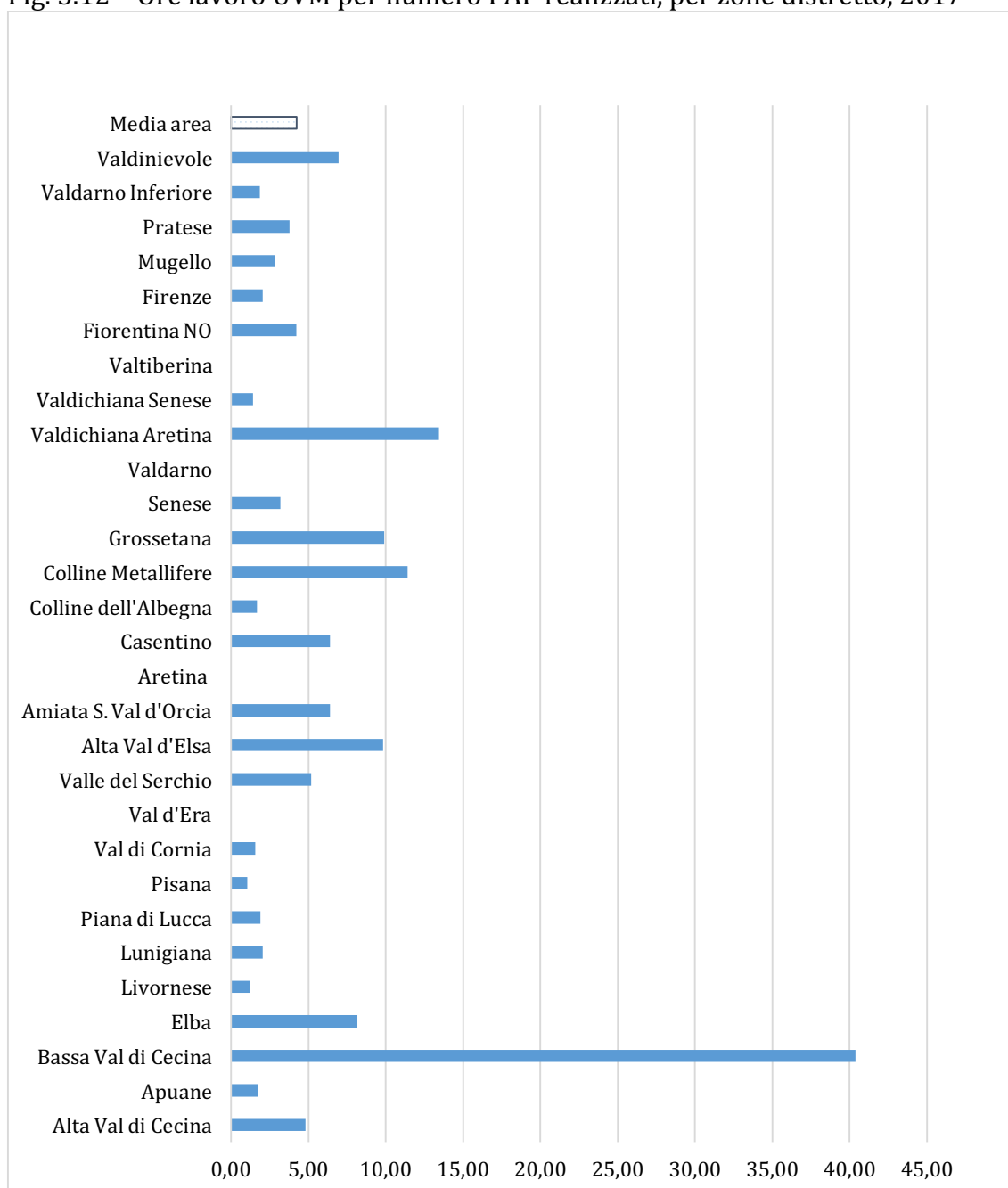
Zona distretto	Anziani non autosufficienti	Istanze/anziani non autosufficienti	PAP/anziani non autosufficienti
Alta Val di Cecina	550	21	45,27
Apuane	3.000	13	29,73
Bassa Val di Cecina	1.800	12	14,17
Elba	600	20	38,17
Livornese	3.750	18	40,21
Lunigiana	1.400	15	65,29
Piana di Lucca	3.400	35	24,03
Pisana	4.100	13	42,24
Val di Cornia	1.400	23	11,93
Val d'Era	2.150	18	16,28
Valle del Serchio	1.350	11	40,22
Alta Val d'Elsa	1.300	24	61,15
Amiata Val d'Orcia	600	21	29,83
Aretina	2.700	n.i.	n.i.
Casentino	850	29	43,88
Colline dell'Albegna	1.150	37	24,52
Colline Metallifere	1.050	12	11,71
Grossetana	2.250	14	25,64
Senese	2.850	24	41,33
Valdarno	1.900	39	n.i.
Val di Chiana Aretina	1.100	21	21,09
Val di Chiana Senese	1.550	35	35,29
Valtiberina	750	65	n.i.
Fiorentina Nord Ovest	4.350	31	31,26
Firenze	9.300	22	38,52
Mugello	1.300	16	46,00
Pratese	4.600	n.i.	14,41
Valdarno Inferiore	1.200	30	56,33
Val di Nievole	2.450	37	33,63
Totali	64.750	21	30,34

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Un altro indicatore *proxy* del carico di lavoro delle UVM è calcolato rapportando il numero di ore lavoro annue delle UVM nell'anno al numero di PAP realizzati.

Nel 2015 il numero medio di ore lavoro delle UVM per la realizzazione di un Piano di Assistenza Personalizzato risultava pari a 4,7, con valori oscillanti fra le 21,7 ore e le 0,6. Nel 2017 il valore medio è sceso a 4,2. Sono aumentati i valori minimi (1,05 rilevati nella zona pisana e di 1,24 nella livornese) e il numero delle zone distretto sopra la media regionale, 10 sulle 29 censite. Il valore massimo rilevato sono le 40 ore della Bassa Val di Cecina. Gli altri valori nettamente sopra la media riguardano le zone distretto di Val di Chiana Aretina (13,5), Colline Metallifere (11,4), Alta Val d'Elsa (9,8) (Fig. 3.12).

Fig. 3.12 – Ore lavoro UVM per numero PAP realizzati, per zone distretto, 2017



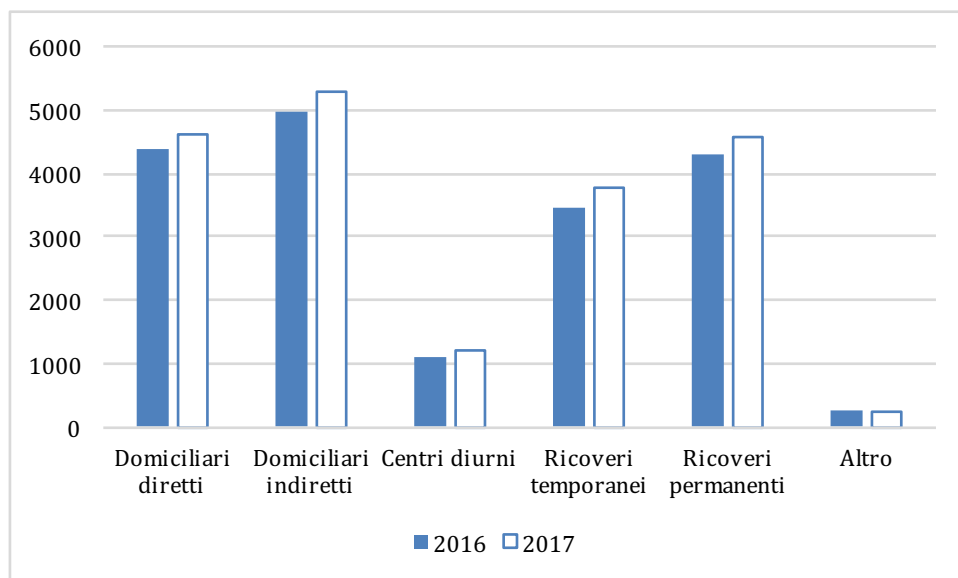
Non sono disponibili dati per Val d'Era, Aretina, Valdarno, Valtiberina.

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Secondo la legge regionale, gli interventi disposti in sede di PAP possono essere di tipo domiciliare, erogato direttamente tramite operatori oppure in forma indiretta tramite titoli di acquisto o contributi economici, oppure di inserimento in strutture semiresidenziali o residenziali. In quest'ultimo caso si distinguono i ricoveri temporanei o di sollievo dagli inserimenti permanenti (art.7).

Nei precedenti rapporti era emersa una ripartizione tra interventi di sostegno alla domiciliarità, che nel 2013 coprivano il 63% delle risposte rilevate, e gli interventi residenziali temporanei o permanenti, che ricorrevano nel 30% dei casi. Il ricorso agli inserimenti in diurno risultava marginale. Nel 2016 e 2017, dai dati forniti dalle zone distretto censite⁵ si rileva un maggiore ricorso agli interventi residenziali, che arrivano a rappresentare il 41% degli interventi complessivi, mentre gli interventi domiciliari, diretti e indiretti, sono scesi a poco più del 51% delle risposte erogate. Il ricorso agli interventi semiresidenziali risulta stazionario.

Fig. 3.13 – Interventi erogati in sede di PAP, totale zone distretto, confronto 2016-2017



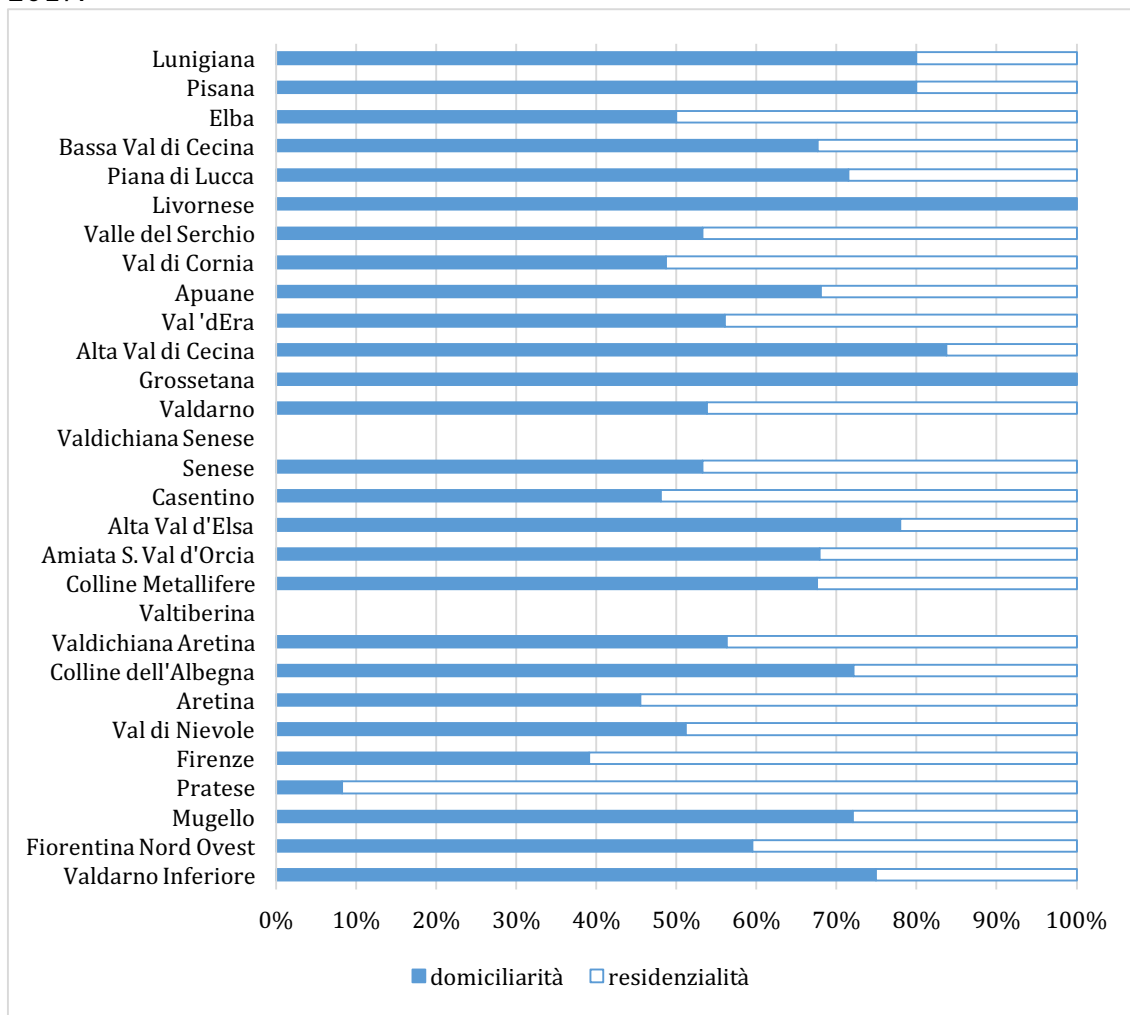
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Il dettaglio zonale mostra la diversa composizione degli interventi predisposti dalla UVM: il confronto è stato fatto classificando congiuntamente tutti gli interventi di sostegno alla domiciliarità, includendovi tutte le forme di assistenza domiciliare e il ricorso a diurni, distinti dal ricorso ai ricoveri in struttura residenziale. Va specificato che in due zone distretto, Livornese e Grossetana, il dato riferito agli interventi riportato nelle schede di rilevazione esclude gli interventi residenziali, gestiti all'esterno dell'operato delle UVM e non computabili, per cui risultano presenti solo interventi di sostegno alla domiciliarità.

⁵ Delle 29 zone distretto che hanno restituito le schede UVM, , Pisana, Valdarno Inferiore, Val di Chiana Senese, Grossetana e Valtiberina hanno fornito dati parziali.

In tutti gli altri casi si riscontrano due tendenze: la maggior parte delle zone (18 sulle 25 di cui sono disponibili dati) vede prevalere il ricorso a interventi di sostegno alla domiciliarità. In un gruppo di zone, in particolare Aretina, Firenze e Pratese, prevale invece nettamente il ricorso agli interventi residenziali (Fig. 3.14).

Fig. 3.14 – Risposte per la domiciliarità e interventi residenziali, dettaglio zone, 2017.



Per Valtiberina e Valdichiana Senese non sono disponibili dati riferiti al 2017.

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Capitolo 4

I SERVIZI PER LA SALUTE DI NON AUTOSUFFICIENTI E CARE GIVER

La scelta di includere nella rilevazione di quest'anno anche i principali servizi sanitari di base deriva dalla necessità di includere nell'indagine anche presidi che, pur non essendo oggetto della legge regionale sulla non autosufficienza, incidono sostanzialmente sulla qualità delle cure degli anziani non autosufficienti e dei loro care giver familiari.

Nelle indagini qualitative realizzate negli ultimi anni⁶ il tema della salute e del benessere degli anziani non autosufficienti è fortemente legato alla salute dei care giver familiari e alla loro qualità di vita: sia le famiglie coinvolte che gli operatori sentiti nel corso di queste indagini concordano nel sottolineare come la presa in carico dell'anziano non autosufficiente implica anche la presa in carico del suo nucleo familiare, e soprattutto della persona che si fa carico dei principali compiti di assistenza. La condizione di care giver porta con sé importanti conseguenze sullo stato di salute, sia per lo stress e l'affaticamento legato allo svolgimento dei compiti di cura, sia per il minore tempo a disposizione per accedere a servizi diagnostici e di cura per sé.

I SERVIZI SANITARI TERRITORIALI CONSIDERATI

La disponibilità dei servizi sanitari di base, facilmente accessibili per localizzazione e apertura, è fondamentale per garantire risposte appropriate e tempestive sia agli anziani non autosufficienti, spesso anche malati cronici, sia ai familiari.

Negli ultimi anni l'attenzione istituzionale ai temi dell'assistenza primaria e di base è cresciuta notevolmente, anche in ragione delle innovazioni introdotte in tema di sanità territoriale dalla così detta Riforma Balduzzi (decreto legge n. 158 del 2012) e dal successivo Patto per la Salute 2014-2016.

Questi atti introducono e definiscono a livello nazionale due modelli di riferimento:

- le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali), definite come “forme organizzative mono professionali, composte da Medici di medicina Generale (e Pediatri di libera scelta), che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi”. In Toscana, l'accordo regionale del 2012 prevede la presenza di 20 Medici per AFT e un bacino di riferimento di 30.000 abitanti;

⁶ Fnp Cisl Toscana, Fondazione Zancan, 2015, Welfare territoriale e non autosufficienza in Toscana: il punto di vista degli anziani e delle loro famiglie; Fnp Cisl, Fondazione Zancan, 2017, La spesa delle famiglie toscane per la non autosufficienza. Entrambi i report sono disponibili online <https://www.pensionaticisl Toscana.it/ufficio-studi/>.

- le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), ovvero “forme organizzative multi professionali, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria”. Questi presidi sono organizzati come poliambulatori territoriali, dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere del territorio.

Le funzioni principali delle due articolazioni introdotte sono:

- assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali: medicina generale, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto;
- garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana;
- garantire la continuità dell'assistenza prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera.

Già prima di questi interventi del legislatore nazionale, la ricerca di modelli organizzativi per realizzare forme di integrazione professionale e di continuità assistenziale aveva prodotto risultati significativi, come la Casa della Salute, un modello di assistenza primaria finalizzato all'integrazione dei servizi territoriali in un'unica sede, che ha anticipato le UCCP e che oggi si trova a “convivere” con il modello introdotto dalla legislazione nazionale sopra citata.

Il modello della Casa della Salute viene introdotto in sede nazionale con una sperimentazione a valere sulla legge finanziaria 2007 (Legge 27 dicembre 2006 n. 296): viene infatti istituito fondo per il cofinanziamento di progetti regionali su temi di particolare interesse sanitario, fra cui rientra anche la sperimentazione delle Case della salute.

Il successivo decreto ministeriale del 10 luglio 2007 e l'Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007 stabiliscono criteri e modalità di realizzazione di tali progetti. La Casa della Salute viene definita come “la sede pubblica dove trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale”.

La Toscana è una delle regioni che ha dato avvio alle sperimentazioni: con delibera regionale n.139 del 2008, vengono approvati i progetti pilota per la sperimentazione del modello assistenziale “Casa della Salute” in tre aziende sanitarie e negli anni successivi numerosi atti regionali promuovono l'implementazione del modello su tutto il territorio regionale (Tab.4.1).

Tab. 4.1 – Delibere regionali in tema di Case della Salute

Atto	Contenuto
DGR n. 625 del 28 giugno 2010 <i>Oggetto: assegnazione risorse per iniziative nazionali "Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute". Cofinanziamento 2007.</i>	Il presidio territoriale Casa della Salute è descritto come un sistema di erogazione di servizi in rete che permette di intercettare capillarmente le richieste socio-assistenziali dei cittadini e di soddisfarle in modo appropriato.
DGR n. 1235 del 28 dicembre 2012 <i>Oggetto: "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale". Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo</i>	Le Case della Salute sono definite quale modello di presidio territoriale che può ospitare i professionisti in forma integrata, insieme alle UCCP ed ai Distretti Socio Sanitari Integrati, o come forme alternative di un unico modello di rinnovamento delle cure primarie.
DGR n. 47 del 29 gennaio 2013 <i>Oggetto: Approvazione criteri di riparto e modalità di erogazione delle risorse per l'avvio delle azioni di riordino del SSR.</i>	Approva i criteri di riparto e le modalità di erogazione delle risorse per l'avvio delle azioni di riordino del servizio sanitario regionale previste dalla DGR n. 1235 del 2012. Tra le azioni prioritarie è indicata anche la promozione della presa in carico globale del cittadino sul territorio attraverso l'implementazione del modello Casa della Salute.
DGR n. 334 del 06 maggio 2013 <i>Oggetto: Approvazione progetti delle aziende USL della Toscana relativi all'implementazione del modello assistenziale Casa della Salute e assegnazione quota di finanziamento aggiuntiva</i>	Approva i progetti delle aziende sanitarie della Toscana relativi all'implementazione del modello assistenziale Casa della Salute, sono assegnate le quote di finanziamento per un totale di 54 Case della Salute previste.
DGR n.117 del 16 febbraio 2015 <i>Oggetto: Approvazione delle linee di indirizzo alle aziende sanitarie sulle Case della Salute</i>	Approva le Linee di indirizzo alle aziende sanitarie sulle Case della Salute per dare attuazione alla programmazione regionale sulle Case della Salute sia per quelle già operanti sia per quelle in programmazione.

Fonte: Barsanti, Bonciani, Roti, 2016.

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) prevede che nella rete territoriale "le Case della Salute saranno il supporto fisico, non esclusivo, affinché l'assistenza trovi una risposta multidisciplinare e multiprofessionale organizzata e di facile accesso da parte del cittadino" (punto 1.5, paragrafo 13, deliberazione del Consiglio Regionale n.91 del 5 novembre 2014).

Il piano regionale dedica poi una sezione specifica alle Case della Salute (paragrafo 2.3.6.2 "Un punto di riferimento certo per il cittadino: la Casa della Salute"), definite come "un punto di riferimento certo per il cittadino" che "risponde alle esigenze di ricomposizione ed organizzazione nel territorio di una comunità locale, delle attività per la promozione della salute e del benessere sociale, in uno stesso spazio fisico, i

servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali per una popolazione programmata, secondo una logica di continuità assistenziale e di presa in carico". La Casa della Salute "si configura quindi come una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare le cure primarie, garantire la continuità assistenziale".

Tra le azioni previste dal piano si prevede di adottare linee di indirizzo per l'organizzazione e le funzionalità delle Case della Salute in Toscana, di definire un piano pluriennale di sviluppo della rete delle Case della Salute nel territorio Regionale, definendone lo sviluppo in coerenza con quanto previsto dalla DGR 1235/2012 e attivando "nell'ambito delle Case della Salute le sperimentazioni delle Unità Complesse di Cure Primarie" (UCCP). In Toscana quindi le Case della Salute diventano "il contenitore" all'interno del quale contestualizzare le sperimentazioni dei modelli introdotti dalla legislazione nazionale.

Con la delibera n. 117 del 16 febbraio 2015 la Casa della Salute è dichiarata "parte fondamentale ed essenziale della rete dei servizi aziendali delle Cure Primarie, permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale. È strutturata in sedi fisiche ben riconoscibili e presenti in maniera omogenea sul territorio regionale e i cittadini saranno presi in carico per i loro problemi assistenziali da team multi professionali coordinate clinicamente dai MMG titolari della scelta del singolo paziente, garantendo la fluidità dei percorsi ed i necessari raccordi con gli altri servizi aziendali attraverso la medicina di comunità."

Il nuovo modello organizzativo della Sanità Territoriale prevede la presenza di una Casa della Salute per ogni Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT).

Nella delibera, in base ai servizi erogati vengono individuate tre tipologie di Casa della Salute:

- Casa della Salute *Base*: si prevede la presenza dei MMG, degli infermieri secondo gli standard della sanità di iniziativa, il personale di studio. L'integrazione con la specialistica attraverso forme di telemedicina, diagnostica di I livello, CUP gestito dal personale di segreteria, presenza di personale sociale e/o delle associazioni del volontariato. Orario minimo apertura giornaliera della struttura, indipendentemente dal servizio presente: lunedì-venerdì, 7 ore.
- Casa della Salute *Standard*: oltre ai requisiti della Base, presenza fisica degli specialisti, presenza di personale amministrativo di provenienza aziendale, diagnostica, presenza dei servizi sociali, medici a rapporto orario, punto prelievi. Presenza di almeno tre dei seguenti servizi: pediatria, riabilitazione, prevenzione, assistenza ostetrica, punto insieme, prelievi. Orario minimo di apertura giornaliera della struttura indipendentemente dal servizio presente: lunedì-venerdì, 10 ore.
- Casa della Salute *Complessa*: oltre ai requisiti della Standard, anche tutti i servizi che hanno un preciso riferimento territoriale. Devono essere presenti almeno quattro di questi servizi: pediatria, riabilitazione, consultorio, primo soccorso, diagnostica, neuropsichiatria infantile, e altri servizi tra residenziali, cure intermedie, centri diurni. Orario minimo di apertura giornaliera

della struttura indipendentemente dal servizio presente: lunedì-venerdì, 12 ore.

Dal primo report regionale di monitoraggio⁷, a dicembre 2015 risultano attive 52 Case della Salute, in 11 aziende sanitarie toscane. Il numero di presidi all'interno delle Aziende e la loro distribuzione tra le zone-distretto è molto diversificata. Le Case della Salute risultano più concentrate nella Area Vasta Nord Ovest (21 presidi), rispetto all'Area Vasta Centro (15) ed all'Area Vasta Sud-Est (16). A regime, si prevede l'attivazione di 120 Case della Salute sul territorio regionale, corrispondenti al numero delle Aggregazioni Funzionali Territoriali dei medici di medicina generale della regione.

METODO E STRUMENTI

La rilevazione è stata impostata secondo quanto già sperimentato per i Punti Insieme, attraverso il coinvolgimento diretto dei referenti Fnp Cisl Toscana: a una fase di formazione specifica è seguita la condivisione dello strumento di lavoro, una scheda di rilevazione per la raccolta di informazioni sulla dislocazione dei presidi, la loro copertura oraria e settimanale, la loro accessibilità per gli utenti, la disponibilità di risorse informative, le soluzioni adottate per il rispetto della dignità e riservatezza delle persone, il personale dedicato.

La rilevazione delle Case della Salute/UCCP è stata realizzata tra i mesi di novembre 2017 e marzo 2018 presso le sedi territoriali dei presidi, a partire dall'elenco regionale dei presidi disponibile online, consultato come prima mappa di riferimento e integrato con le informazioni reperite presso i servizi territoriali (Tab.4.3).

Sono stati censiti nel monitoraggio 54 presidi presenti in 20 zone, 19 delle 24 che risultano avere anche da elenco regionale Case della Salute sul proprio territorio, e una che non risulta in elenco (la Fiorentina Sud Est).

Nella tabella seguente sono riportate in grigio le zone e i presidi per i quali non è disponibile alcun dato, in nero i presidi e le zone censite. Rispetto all'elenco regionale sono stati censiti 13 presidi in più nelle zone Lunigiana, Pistoiese, Val di Chiana Aretina, Valdarno, Firenze, Fiorentina Sud Est, Empolese, Valdarno Inferiore.

⁷ Sara Barsanti, Manila Bonciani, Lorenzo Roti, 2016, Il quaderno delle case della salute, Firenze, Laboratorio Mes Istituto di Management, Scuola Superiore di Studi Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna.

Tab. 4.3 – Elenco delle Case della Salute, per zona distretto, 2017

Zona distretto	N. Cds	Elenco regionale	N. CdS	Sedi in più da rilevazione
Alta Val di Cecina	2	CdS Volterra, CdS Pomarance Castelnuovo		
Amiata Grossetana	1	CdS Castel del Piano		
Amiata Val d'Orcia	2	CdS Montalcino, CdS Abbadia San Salvatore		
Apuane	3	CdS Montignoso, CdS Carrara Centro, CdS Massa Centro		
Aretina	3	CdS Subbiano, CdS Badia al Pino (Civitella), CdS Arezzo Guadagnoli		
Bassa Val di Cecina	3	CdS Donoratico, CdS Guardistallo		
Casentino	2	CdS Castel Focognano (Rassina), CdS Poppi		
Colline dell'Albegna	2	CdS Pitigliano, CdS Manciano		
Empolese	5	CdS Sant'Andrea Empoli, CdS Certaldo, CdS Castelfiorentino, CdS Cerreto, CdS Montaione	1	Capraia e Limite in più
Fiorentina NO	2	CdS Calenzano, CdS Scandicci		
Firenze	1	CdS Le Piagge	1	Fiorentina Sud Est, Pelago
Lunigiana	2	CdS Villafranca, CdS Aulla	4	Morgagni e altre tre sedi su Q4 e Q5
Piana di Lucca	2	CdS Marlia, CdS Campo di Marte	1	Pontremoli
Pistoiese	3	CdS Viale Adua Pistoia, CdS Agliana, CdS PIOT S. Marcello Pistoiese	3	Fornaci, Montale, Quarrata
Val d'Era	2	CdS La Rosa, CdS Pontedera		
Val di Chiana Aretina	2	CdS Castiglion Fiorentino, Cds Foiano	1	Camucia (Cortona)
Val di Cornia	1	CdS San Vincenzo		
Val di Nievole	2	CdS Lamporecchio, CdS Pescia		
Val Tiberina	2	CdS Pieve S. Stefano e Caprese Michelangelo, Anghiari-Monterchi		
Valdarno	1	CdS Bucine	1	Terranova
Valdarno Inferiore	2	CdS R. Mosoni Montopoli, CdS Galleno	1	Castelfranco
Val di Chiana Senese	1	CdS Chiusi		
Valle del Serchio	1	CdS Piazza al Serchio		
Versilia	6	CdS Viareggio, CdS Pietrasanta, CdS Forte dei Marmi, CdS Querceta, CdS Torre del lago, CdS Seravezza		
Totale	52		13	

Fonte: Regione Toscana e rilevazione Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

I RISULTATI DELLA RILEVAZIONE

La delibera regionale 117 del 2015 detta indicazioni precise con riferimento alla copertura oraria e settimanale che qualifica il modello toscano di Casa della Salute.

La rilevazione offre l'occasione per verificare se e quanti presidi sono effettivamente conformi al modello regionale. Le informazioni raccolte in questa prima rilevazione non sono complete per tutti i presidi: per ogni variabile viene evidenziato il numero di risposte disponibili sul totale delle Case della Salute monitorate.

ORARI E GIORNI DI APERTURA

Con riferimento ai giorni di apertura settimanale, l'87% dei presidi integra i requisiti regionali, poiché è aperto almeno cinque giorni alla settimana: solo due presidi risultano aperti due giorni alla settimana, mentre due Case della Salute su tre sono aperte dai cinque ai sei giorni settimanali. Un gruppo di Case della Salute, probabilmente quelle rispondenti al modello complesso delineato dalla delibera regionale, risultano aperte 7 giorni su 7. Per cinque presidi non è disponibile il dato (Tab.4.4).

Tab. 4.4 – Case della salute per giorni di apertura settimanale, numero presidi, 2017

Giorni apertura	Numero presidi	Valore percentuale
2 giorni	2	4%
5 giorni	21	39%
6 giorni	17	31%
7 giorni	9	17%
n.i.	5	9%
Totale	54	100%

Fonte: rilevazione Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

Con riferimento al numero di ore settimanali di apertura le Case della Salute mostrano una maggiore diversificazione: i singoli presidi sono stati classificati usando i parametri orari della delibera 117 del 2015 per i diversi moduli di Casa della Salute introdotti. Circa una Casa della Salute su quattro non risulta integrare il monte orario minimo di 35 ore settimanali previsto per il modulo di Casa della Salute *base*. Una Casa della Salute su dieci rientra nel monte orario compreso tra le 35 e le 50 ore, in una posizione intermedia tra il modulo base e quello standard, un terzo dei presidi ha una copertura oraria compresa tra le 50 ore (del modulo standard) e le 72 ore (il minimo per il modulo complesso). Quattro presidi superano le 72 ore settimanali. Per oltre il 26% delle Case della Salute monitorate il dato non è disponibile. La media è di 46 ore a settimana. Nel complesso, considerando le zone per cui si hanno informazioni, le Case della Salute in Toscana garantiscono oltre 1.800 ore settimanali di apertura.

Si tratta certamente di una sottostima perché mancano all'appello alcune zone, che sarà opportuno rendere più precisa nelle successive rilevazioni.

Tab. 4.5 – Case della Salute per ore settimanali di aperture, numero presidi, 2017

Ore settimanali apertura	Numero presidi	Valore percentuale
Meno di 35 ore (modulo base)	13	24%
Tra 35 e 50 ore (modulo standard)	6	11%
Tra 50 e 72 (modulo complesso)	17	31%
Sopra 72	4	7%
	n.i.	14
Totale	54	100%

Fonte: rilevazione Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

L'ACCESSIBILITÀ, TUTELA DELLA RISERVATEZZA, INFORMAZIONI

Analogamente ai Punti Insieme, anche per le Case della Salute sono state rilevate quelle variabili che indicano l'effettiva accessibilità dei presidi da parte degli utenti. La localizzazione, la presenza di barriere architettoniche, la raggiungibilità delle sedi sono quindi oggetto di specifica attenzione.

Il quadro che emerge da questo primo monitoraggio è tendenzialmente positivo sotto questo punto di vista: l'85% dei presidi è localizzato in centro, il 96% risulta essere privo di barriere architettoniche (Tab. 4.6), tutte le sedi sono raggiungibili liberamente con i mezzi privati, e quasi la totalità con i mezzi pubblici, solo per un terzo dei presidi risulta essere disponibile un parcheggio (Tab. 4.7).

Tab. 4.6 – Case della Salute per localizzazione e barriere architettoniche, numero presidi, 2017

	Numero presidi	Valore percentuale
Localizzazione		
Centro	46	85%
Periferia	7	13%
	n.i.	1
Totale	54	100%
Barriere architettoniche		
Sì	0	0%
No	52	96%
	n.i.	2
Totale	54	100%

Fonte: rilevazione FNP Cisl Toscana, Fondazione Zancan, 2017

Tab. 4.7- Case della Salute per raggiungibilità, numero presidi, 2017

	Numero presidi	Valore percentuale
Parcheggio		
Sì	18	33%
No	0	0%
	n.i.	36
Totale	54	100%

	Numero presidi	Valore percentuale
Raggiungibilità con i mezzi pubblici		
Sì	52	96%
No	0	0%
	n.i.	2
		4%
Totale	54	100%

Fonte: rilevazione Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

Un altro aspetto importante per l'utenza è la presenza di forme di tutela della riservatezza degli utenti dei servizi. Per monitorare questa dimensione sono stati considerati due elementi: la presenza di zone di attesa separata nei locali del presidio e di altri elementi a tutela della riservatezza nei locali di accesso e di richiesta di prime informazioni o assistenza.

I primi risultati sono abbastanza positivi: nell'87% dei presidi esistono zone di attesa separata e nel 76% dei presidi vi sono altre forme di tutela della riservatezza, come zone di accoglienza separate da pannelli, distanze di cortesia (Tab.4.8).

Anche la disponibilità di materiale informativo è abbastanza diffusa: in quasi il 90% dei presidi si trovano informazioni relative ai servizi sanitari e sociosanitari tramite monitor informativi, materiali esposti in bacheca, brochure (Tab.4.9).

Tab. 4.8 – Case della Salute e tutela della riservatezza

	Numero presidi	Valore percentuale
Zona di attesa separata		
Sì	47	87%
No	1	2%
	n.i.	6
		11%
Totale	54	100%
Altre soluzioni di tutela della riservatezza		
Sì	41	76%
No	5	9%
	n.i.	8
		15%
Totale	54	100%

Fonte: rilevazione FNP Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

Tab. 4.9 – Presenza di materiale informativo, per numero presidi, 2017

Materiale informativo	Numero presidi	Valore percentuale
Sì	47	87%
No	1	2%
	n.i.	6
Totale	54	100%

Fonte: rilevazione Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

LE RISORSE PROFESSIONALI

La Casa della Salute è pensata come sede fisica in cui promuovere prioritariamente la continuità assistenziale e l'integrazione professionale: tra componenti sanitarie e sociali, nei casi di bisogno sociosanitario, tra componenti sanitarie di diverso tipo per la gestione integrata dei percorsi di cura, tra componenti professionali e amministrative.

Una sezione della scheda di rilevazione è stata quindi dedicata ad approfondire quanti e quali operatori sono impegnati nelle Case della Salute: in merito non vi sono indicazioni specifiche da parte degli atti regionali, come invece esistono ad esempio per le UVM, che hanno una composizione minima "obbligatoria". Ogni Casa della Salute aggrega quindi risorse professionali diverse, per numero e qualifica. Incidono su questo aspetto la numerosità e la complessità dei servizi che sono ospitati dal presidio, e che sono esemplificati nella modellizzazione adottata con la delibera 117 del 2015 più volte citata. Si può quindi ragionevolmente presumere che le Case della Salute *Base* abbiano meno tipologie e numerosità di operatori rispetto alle altre, in termini teorici. In pratica non è stato possibile confermare questa relazione, poiché i dati reperiti sugli operatori professionali coprono circa la metà dei presidi oggetto di monitoraggio con riferimento al dato numerico (Tab.4.10), mentre è più alta la risposta sulle componenti professionali (Tab.4.11).

In termini numerici, dei 27 presidi che hanno fornito il dato complessivo, circa un terzo hanno tra i sei e i dieci operatori, la metà ha un numero di operatori compreso tra due (numero minimo rilevato) e dieci operatori. In cinque presidi si riscontra una situazione intermedia con equipe comprese tra gli undici e i venti operatori. I presidi che dichiarano numeri superiori ai venti sono Case della Salute dove è molto alta la presenza di medici specialisti, oppure vengono erogati servizi h24, per la presenza di strutture residenziali comunitarie. Superano i 40 operatori quattro presidi su 27. La maggiore numerosità di operatori si registra in due presidi complessi, dove lavorano rispettivamente 66 e 70 operatori.

Tab. 4.10 – Operatori professionali presenti per numero di presidi, 2017

Operatori	Numero presidi	Valore percentuale
Sotto i cinque	5	9%
Tra sei e dieci	10	19%
Tra undici e venti	5	9%
Tra ventuno e trenta	2	4%
Tra trenta e quaranta	1	2%
Oltre i quaranta	4	7%
	n.i.	27
Totale	54	100%

Fonte: rilevazione Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

La componente professionale prevalente nelle Case della Salute oggetto del monitoraggio è quella degli infermieri: risultano presenti in 42 presidi, per un numero complessivo di 249 operatori.

Seguono i medici di medicina generale, 246, che sono presenti all'interno di 46 Case della Salute. I 199 medici specialisti operano in 37 Case della Salute: tra le specialistiche più diffuse vi sono cardiologia, chirurgia, dermatologia, oculistica, ginecologia, ortopedia, urologia, neurologia, geriatria, diabetologia, pediatria.

Le 106 figure amministrative sono presenti in 39 presidi, mentre gli assistenti sociali sono rilevati in 32 Case della Salute, con 61 operatori.

Tra le 42 altre figure, presenti in 19 presidi, sono compresi fisioterapisti, operatori sociosanitari, educatori, ostetriche, terapisti della riabilitazione.

Tab. 4.11 – Operatori per componente professionale e presidio, 2017

Operatori	Numero presidi	Numero operatori
Amministrativi	39	106
Assistenti sociali	32	61
Infermieri	42	249
Medici di medicina generale	46	246
Medici specialisti	37	199
Altre figure	19	42
Totale operatori		903

Fonte: rilevazione Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

Nel quadro sintetizzato in tabella 4.12, per ognuna delle zone-distretto è indicato il numero di Case della Salute censite e il rapporto fra presidi e popolazione residente di 65 anni e più, ipotizzando questa fascia di età come quella che maggiormente ha necessità di recarsi presso servizi sanitari di base.

La situazione regionale si presenta decisamente eterogenea: a Firenze, con una popolazione anziana di quasi centomila persone risultano 5 Case della Salute, 6 in Versilia per meno della metà della popolazione target considerata. Fiorentina Sud Est, Piana di Lucca e Firenze sono le zone dove il rapporto tra popolazione anziana e Case della Salute attive è più alto, con una Casa della Salute per gli oltre 40mila over

65 nella prima zona e per ventimila over 65 nelle altre due. Decisamente più basso il rapporto nelle zone della Val di Chiana Aretina (con un rapporto 1:2.500 circa), in Alta Val di Cecina e Amiata Senese Val d'Orcia (1:3.000).

Tab. 4.12 - Diffusione e grado di copertura delle Case della Salute per zona distretto, 2017

Zona distretto	N. Case d. Salute	Pop65_oltre	Pop/CDS
Alta Val di Cecina	2	6.178	3.089
Amiata S. Val d'Orcia	2	6.093	3.047
Aretina	3	32.230	10.743
Casentino	2	9.340	4.670
Empolese	5	41.550	8.310
Fiorentina Sud-Est	1	44.009	44.009
Firenze	5	98.674	19.735
Lunigiana	3	14.913	4.971
Piana di Lucca	2	40.827	20.414
Pistoiese	5	43.767	8.753
Val di Chiana Aretina	5	12.661	2.532
Val di Chiana Senese	1	17.278	17.278
Val Tiberina	2	8.442	4.221
Valdarno	2	23.123	11.562
Valdarno Inferiore	3	14.973	4.991
Val d'Era	2	28.255	14.128
Val di Nievole	2	28.960	14.480
Valle del Serchio	1	15.849	15.849
Versilia	6	41.766	6.961
Totale	54	528.888	9.794

Fonte: rilevazione Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

Capitolo 5

UNO SGUARDO DI INSIEME

IL RANKING

Il monitoraggio si chiude con una rappresentazione unitaria del sistema di accesso e presa in carico dei servizi per le persone non autosufficienti, che considera congiuntamente una pluralità di aspetti 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 - e la presa in carico - attraverso l'unità di valutazione multidisciplinare (Tab.5.1). 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 un "costo" - valori alti corrispondono a risultati peggiori. Per quasi tutte 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, un 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. 5.1 - Variabili selezionate per la valutazione delle zone

Fase	Servizio	Variabili	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 Multidisciplinare	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

Fonte: rilevazione Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

Ogni zona rappresenta una soluzione alternativa per l'accesso e la presa in carico. I valori rilevati nelle dimensioni considerate sono stati aggregati attraverso la somma pesata in modo da ottenere un punteggio unitario finale. Punteggi più alti sono indicativi di situazioni migliori.

Per rendere possibile il confronto è necessario disporre dei dati (2017) per ciascuna delle variabili considerate in ciascuna zona: rispondono a questo requisito 23 zone (Tab. 5.2). Per gran parte di queste è stato possibile anche realizzare un confronto con la corrispondente situazione rilevata nel 2015.

Tab. 5.2 – Zone distretto incluse nel ranking per azienda sanitaria, 2017

Zone distretto incluse nel ranking		
TOSCANA NORD OVEST	TOSCANA CENTRO	TOSCANA SUD EST
Valle del Serchio	Valdarno Inferiore	Val di Chiana Aretina
Alta Val di Cecina	Mugello	Alta Val d'Elsa
Elba	Pratese	Senese
Pisana	Val di Nievole	Amiata Senese Val d'Orcia
Lunigiana	Fiorentina Nord-Ovest	Colline Metallifere
Piana di Lucca	Firenze	Casentino
Apuane		Val di Chiana Senese
Livornese		Grossetana
		Colline dell'Albegna

Fonte: rilevazione Fnp Cisl Toscana - Fondazione Zancan, 2017.

Le successive tabelle 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 (Tab. 5.3, 5.4, 5.5).

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 figura 5.1, i punteggi vengono rappresentati da grafici a barre per ognuna delle variabili. 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.

Come evidenzia il grafico, ci sono variabili in cui la situazione delle zone è abbastanza omogenea: in senso positivo, ad esempio, con riferimento alla assenza di barriere architettoniche, in senso negativo per le disponibilità di operatori UVM per anziani residenti. In altre variabili la situazione invece è più variegata, ad esempio nei valori relativi alla partecipazione di famiglia, geriatra e medico di medicina generale in UVM, oppure nel numero PAP per anziani non autosufficienti.

Nella figura 5.2 viene rappresentato il punteggio complessivo ottenuto dalla singola zona distretto sulla base delle diverse variabili considerate unitariamente.

In termini generali, la zona con il miglior punteggio è la zona che presenta il miglior risultato possibile, aggregando le diverse variabili considerate.

Con riferimento al 2017, tra le 23 zone inserite la migliore posizione risulta quella della Val di Chiana Aretina, che raggiunge un punteggio di 0,62; il punteggio più basso si registra per la zona Livornese (0,36).

La forcina tra la posizione più alta e la più bassa è relativamente ridotta: le zone si differenziano abbastanza poco le une dalle altre, con scarti minimi tra una posizione e l'altra del grafico.

Il dettaglio delle singole variabili permette di evidenziare i punti di forza di ciascuna zona: prendendo ad esempio le due posizioni estreme, la Val di Chiana Aretina ha come elemento di criticità il numero di PAP per anziani residenti, che è tra i più bassi, mentre ha registrato valori alti in tutti gli altri indicatori. La zona Livornese, pur essendo quella con il punteggio più basso, vanta una buona presenza di geriatri in UVM e l'assenza di barriere di accesso, ma sconta valori piuttosto bassi nelle variabili relative alla copertura oraria dei punti insieme e alla disponibilità oraria degli operatori professionali delle UVM, in assoluto e rispetto all'utenza. Per tutte le altre zone sono possibili considerazioni analoghe, che possono aprire a ulteriori approfondimenti, anche qualitativi, su quanto evidenziato dai dati.

Tab. 5.3 – Variabili selezionate per la valutazione: denominazione, unità di misura, valori per zona, Toscana Nord Ovest, 2017

Zona distretto	Bacino utenza po- tenziale P. Insieme	Copertura oraria P. Insieme	Barriere ar- chitettoni- che accesso P. Insieme	Disponibi- lità opera- tori base UVM	Presenza MMG in UVM	Presenza geriatra in UVM	Presenza famiglia in UVM	Disponibi- lità opera- tori UVM per anziani non auto	PAP per an- ziani non auto
	<i>Anziani ≥ 75 anni</i>	<i>Ore setti- mana</i>	<i>Presenza (1-2)</i>	<i>Ore setti- mana</i>	<i>Frequenza (0-4)</i>	<i>Frequenza (0-4)</i>	<i>Frequenza (0-4)</i>	<i>Ore opera- tore</i>	<i>Numero di piani</i>
Alta Val di Cecina	874	15,0	2,0	23,0	2	3	2	4,2	45,3
Apuane	2.757	28,0	2,0	30,0	1	1	2	1,0	29,7
Elba	677	15,5	2,0	36,0	3	0	3	6,0	38,2
Livornese	7.729	4,5	2,0	36,0	1	3	1	1,0	40,2
Lunigiana	606	26,0	1,6	36,0	3	0	1	2,6	65,3
Piana di Lucca	2.636	55,5	2,0	30,0	4	0	2	0,9	24,0
Pisana	5.091	36,5	2,0	35,0	1	4	2	0,9	42,2
Valdarno Inferiore	1.556	125,0	1,8	24,0	2	2	2	2,0	56,3
Val di Nievole	7.618	29,0	2,0	110,0	2	3	1	4,5	33,6
Valle del Serchio	944	24,5	1,9	54,0	3	0	4	4,0	40,2

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Tab. 5.4 – Variabili selezionate per la valutazione: denominazione, unità di misura, valori per zona, Toscana Centro, 2017

Zona distretto	Bacino utenza po- tenziale P. Insieme	Copertura oraria P. Insieme	Barriere accesso P. Insieme	Disponibi- lità opera- tori UVM	Presenza MMG in UVM	Presenza geriatra in UVM	Presenza famiglia in UVM	Operatori UVM per anziani non auto	PAP per anziani non auto
	<i>Anziani ≥ 75 anni</i>	<i>Ore setti- mana</i>	<i>Presenza (1-2)</i>	<i>Ore setti- mana</i>	<i>Frequenza (0-4)</i>	<i>Frequenza (0-4)</i>	<i>Frequenza (0-4)</i>	<i>Ore opera- tore</i>	<i>Numero di piani</i>
Firenze	7.866	79,5	2,0	140,0	1	1	0	1,5	38,5
Fiorentina Nord-Ovest	4.777	38,5	2,0	110,0	2	3	2	2,5	31,3
Mugello	563	92,0	1,9	33,0	2	2	2	2,5	46,0
Pratese	3.622	68,0	2,0	48,0	2	2	4	1,0	14,4

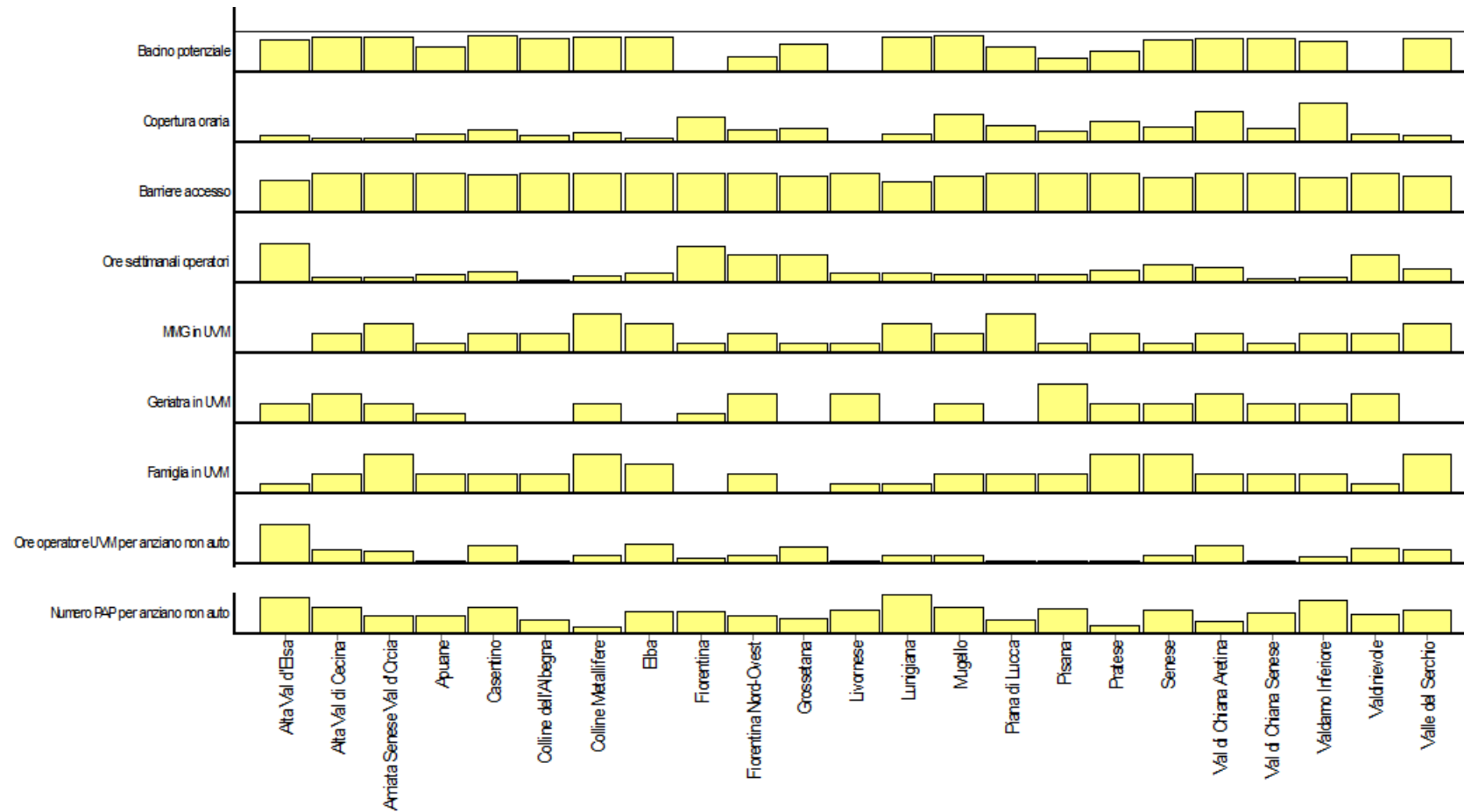
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Tab. 5.5 - Variabili selezionate per la valutazione: denominazione, unità di misura, valori per zona, Toscana Sud Est, 2017

Zona distretto	Bacino utenza po- tenziale P. Insieme	Copertura oraria P. Insieme	Barriere accesso P. Insieme	Disponibi- lità opera- tori UVM	Presenza MMG in UVM	Presenza geriatra in UVM	Presenza famiglia in UVM	Operatori UVM per anziani non auto	PAP per anziani non auto
	<i>Anziani ≥ 75 anni</i>	<i>Ore setti- mana</i>	<i>Presenza (1-2)</i>	<i>Ore setti- mana</i>	<i>Frequenza (0-4)</i>	<i>Frequenza (0-4)</i>	<i>Frequenza (0-4)</i>	<i>Ore opera- tore</i>	<i>Numero di piani</i>
Alta Val d'Elsa	1.362	22,8	1,7	150,0	0	2	1	11,5	61,2
Amiata Senese Val d'Orcia	700	12,5	2,0	22,0	3	2	4	3,7	29,8
Casentino	384	42,0	1,9	46,0	2	0	2	5,4	43,9
Colline dell'Albegna	938	22,0	2,0	9,0	2	0	2	0,8	24,5
Colline Metallifere	835	29,5	2,0	27,0	4	2	4	2,6	11,7
Grossetana	2.040	46,0	1,9	110,0	1	0	0	4,9	25,6
Senese	1.220	51,5	1,8	72,0	1	2	4	2,5	41,3
Val di Chiana Aretina	1.116	97,5	2,0	60,0	2	3	2	5,5	21,1
Val di Chiana Senese	953	45,0	2,0	15,0	1	2	2	1,0	35,3

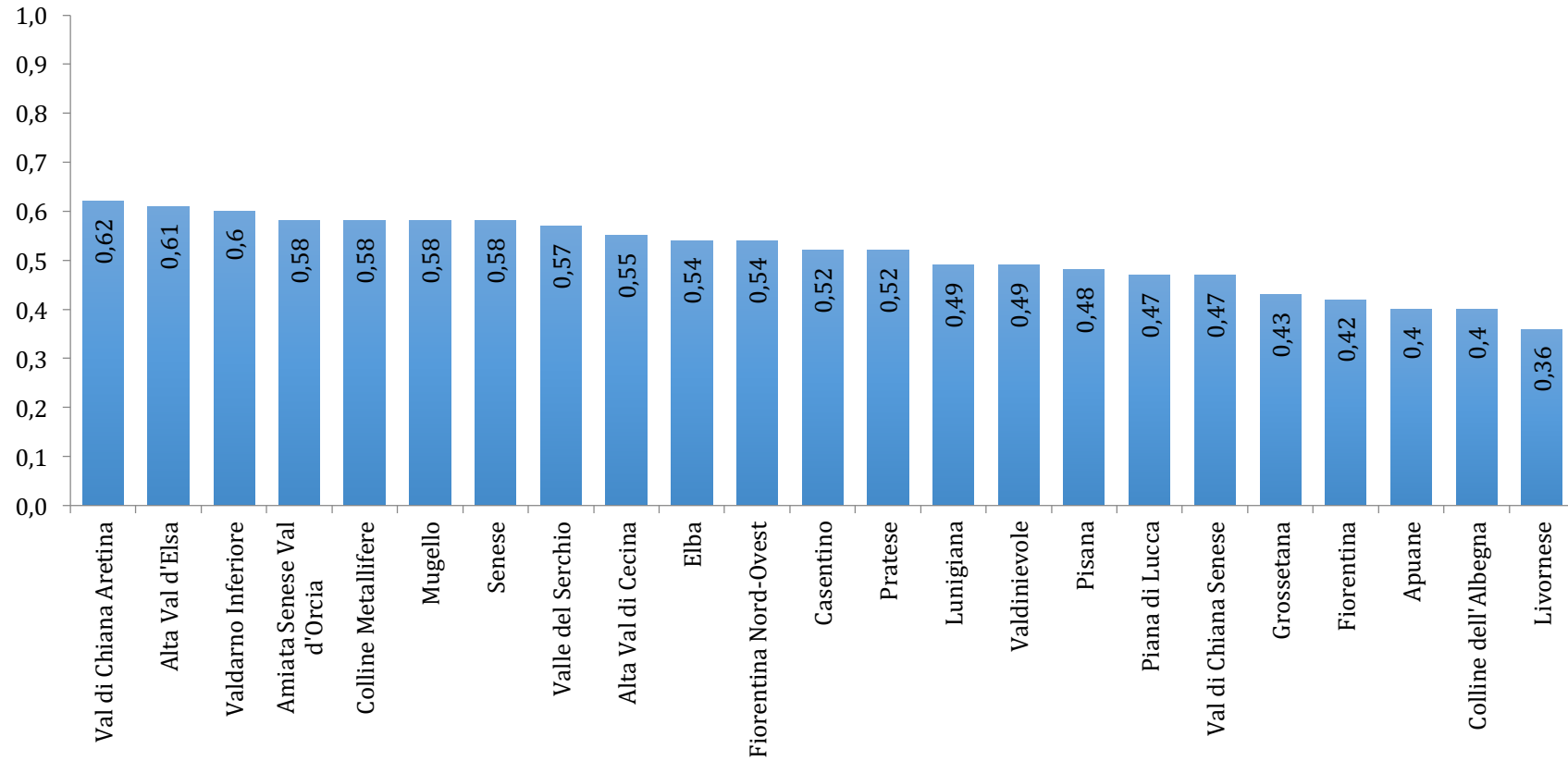
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Fig. 5.1 – Zone per ciascuna variabile, valori standardizzati (0-1), 2017



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Fig. 5.2 – Ranking delle zone rispetto alla capacità complessiva di presa in carico, 2017



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

IL CONFRONTO TRA RISULTATI

Uno degli aspetti più interessanti del monitoraggio è rappresentato dalla possibilità di osservare le variazioni temporali avvenute nelle zone-distretto.

Grazie al confronto tra i ranking realizzati per le 20 zone distretto per le quali sono disponibili i dati sia nel 2015 che nel 2017, è possibile evidenziare le performance relative di ciascuna zona in termini di miglioramento, stabilità o peggioramento sul biennio 2015-2017. Per ogni zona, tra un anno e l'altro, sono aumentati o diminuiti, a volte in maniera significativa, alcuni valori – sia in assoluto, sia in rapporto ai valori delle altre zone. Per tale motivo, le zone da un anno all'altro possono cambiare posizione nel ranking.

La disponibilità del ranking consente di guardare al confronto tra zone in una prospettiva territoriale, oppure con un'ottica più orientata a considerare il tipo di variabile che subisce i maggiori cambiamenti.

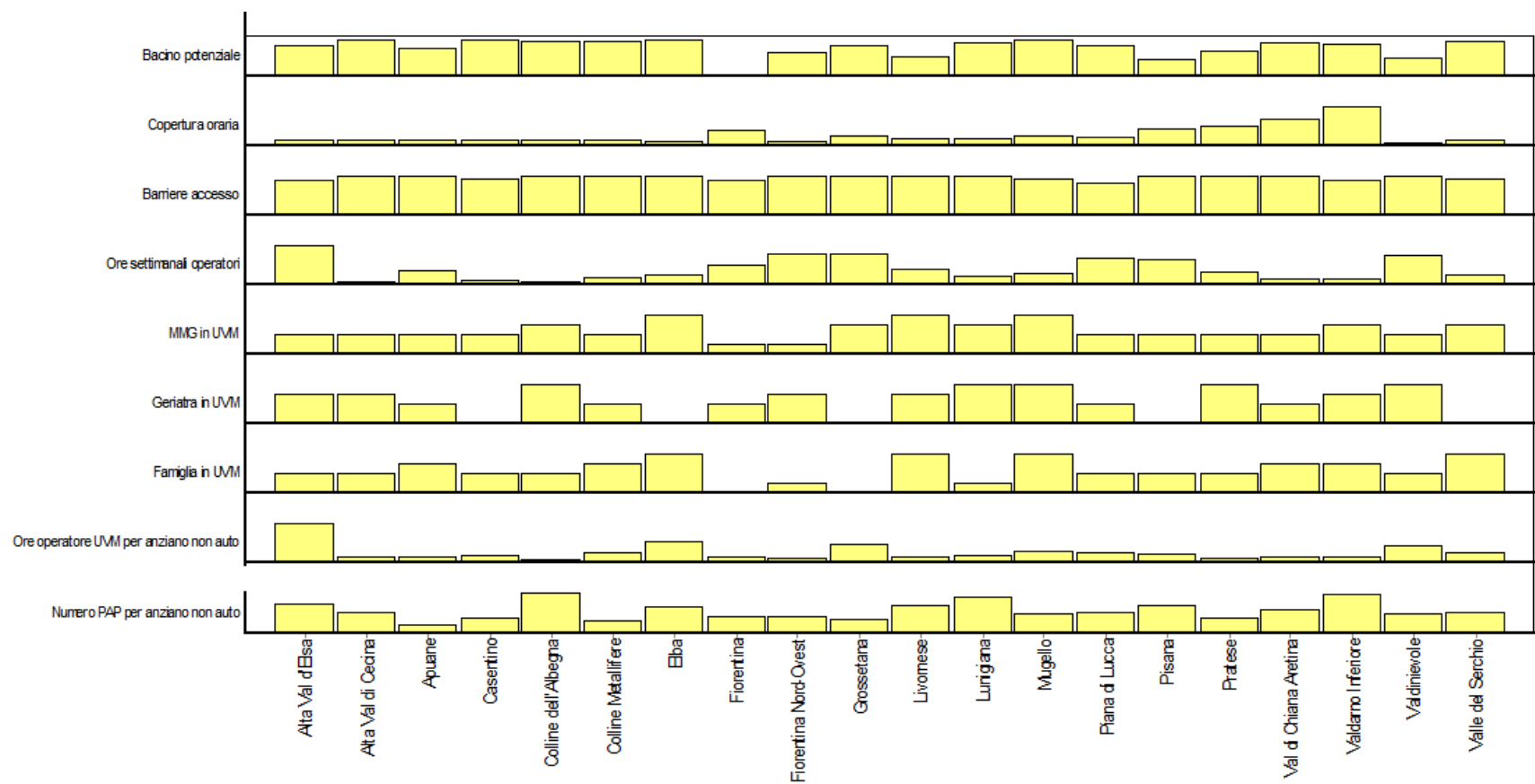
Nel 2015 le variabili in cui la maggior parte delle zone evidenziava un andamento negativo erano la copertura oraria dei Punti Insieme e la disponibilità di operatori per anziani residenti. Nelle altre dimensioni la variabilità delle posizioni era maggiore.

Il confronto tra i risultati del 2015 e quelli di quest'anno mostrano un notevole cambiamento negli indici aggregati (Fig. 5.4): al di là del risultato di classifica, Livornese e Colline dell'Albegna hanno ridimensionato molto i loro punteggi (e le loro posizioni nel ranking) precedenti, altre ancora (Firenze, Casentino, Colline Metallifere) hanno migliorato la loro posizione, altre ancora sono rimaste stabili (Pratese, Pisana) o con variazioni relativamente ridotte. Tra il 2015 e il 2017 ben 11 zone distretto subiscono una riduzione rilevante del punteggio di ranking: Livornese, Colline dell'Albegna, Lunigiana, Mugello, Alta Val d'Elsa, Valdarno Inferiore, Val di Nievole, Apuane, Piana di Lucca, Elba, Grossetana.

Il bacino di utenza dei Punti Insieme continua a essere una variabile critica: in quasi tutte le zone tra il 2015 e il 2017 il dato è peggiorato, in ragione dell'aumento della popolazione interessata a cui non ha fatto seguito un aumento dei punti insieme esistenti. Per contro, la copertura oraria è aumentata in quasi tutte le zone considerate, con aumenti anche significativi delle ore di apertura dei Punti Insieme nei diversi territori. Stabile la situazione delle barriere architettoniche.

Le maggiori variazioni si rilevano con riferimento agli indici relativi alle risorse professionali disponibili e ai livelli di partecipazione delle diverse figure coinvolte in UVM. Sia i valori assoluti riportati nelle tabelle che la rappresentazione grafica di sintesi mostrano i diversi andamenti registrati, soprattutto con riferimento alle ore settimanali di operatori disponibili, in assoluto e in rapporto agli anziani, e al numero di PAP realizzati. Vi sono zone, come le Apuane, in cui quest'ultimo dato è quasi raddoppiato nei due anni, altre, come il Valdarno Inferiore o la Pratese, in cui lo stesso dato è nettamente diminuito (Tab. 5.6, 5.7, 5.8).

Fig. 5.3 – Zone per ciascuna variabile, valori standardizzati (0-1), 2015



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Tab. 5.6 – Confronto tra variabili considerate nel ranking, anno 2017 e 2015, zone distretto Toscana Nord Ovest

Zona distretto	Apuane		Lunigiana		Valle del Serchio		Piana di Lucca		Pisana		AV Cecina		Livornese		Elba	
	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015
Bacino potenziale	2756,9	2497,7	606,0	1120,6	944,0	827,3	2635,5	1823,9	5091,4	4988,4	873,8	482,0	7729,0	4454,8	676,7	624,5
Copertura oraria	28,0	3,9	26,0	4,4	24,5	3,6	55,5	5,4	36,5	11,0	15,0	3,5	4,5	4,1	15,5	2,8
Barriere accesso	2,0	2,0	1,6	2,0	1,9	1,9	2,0	1,7	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Ore settimanali operatori	30,0	49,0	36,0	30,0	54,0	36,0	30,0	96,0	35,0	90,0	23,0	9,0	36,0	57,0	36,0	36,0
MMG in UVM	1	2	3	3	3	3	4	2	1	2	2	2	1	4	3	4
Geriatra in UVM	1	2	0	4	0	0	0	2	4	0	3	3	3	3	0	0
Famiglia in UVM	2	3	1	1	4	4	2	2	2	2	2	2	1	4	3	4
Ore operatore UVM per anziano non auto	1,0	0,9	2,6	1,1	4,0	1,4	0,9	1,6	0,9	1,2	4,2	0,9	1,0	0,8	6,0	3,3
Numero PAP per anziano non auto	29,7	17,1	65,3	69,9	40,2	39,3	24,0	39,0	42,2	53,4	45,3	40,1	40,2	53,8	38,2	50,1

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Tab. 5.7 – Confronto tra variabili considerate nel ranking, anno 2017 e 2015, zone distretto Toscana Centro

Zona distretto	Firenze		Fiorentina NO		Mugello		Val di Nievole		Valdarno Inferiore		Pratese	
	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015
Bacino potenziale	7.866,0	8.834,8	4.777,0	3.281,3	563,1	426,3	7618,0	4788,0	1555,6	1494,2	3622,3	3004,8
Copertura oraria	79,5	9,5	38,5	2,6	92,0	6,0	29,0	2,0	125,0	24,5	68,0	12,1
Barriere accesso	2,0	1,8	2,0	2,0	1,9	1,9	2,0	2,0	1,8	1,8	2,0	2,0
Ore settimanali operatori	140,0	72,0	110,0	112,5	33,0	39,0	110,0	108,0	24,0	18,0	48,0	45,0
MMG in UVM	1	1	2	1	2	4	2	2	2	3	2	2
Geriatra in UVM	1	2	3	3	2	4	3	4	2	3	2	4
Famiglia in UVM	0	0	2	1	2	4	1	2	2	3	4	2
Ore operatore UVM per anziano non auto	1,5	0,9	2,5	0,7	2,5	1,6	4,5	2,5	2,0	0,8	1,0	0,5
Numero PAP per anziano non auto	38,5	32,9	31,3	32,9	46	38,1	33,6	37,6	56,3	75,5	14,4	29,3

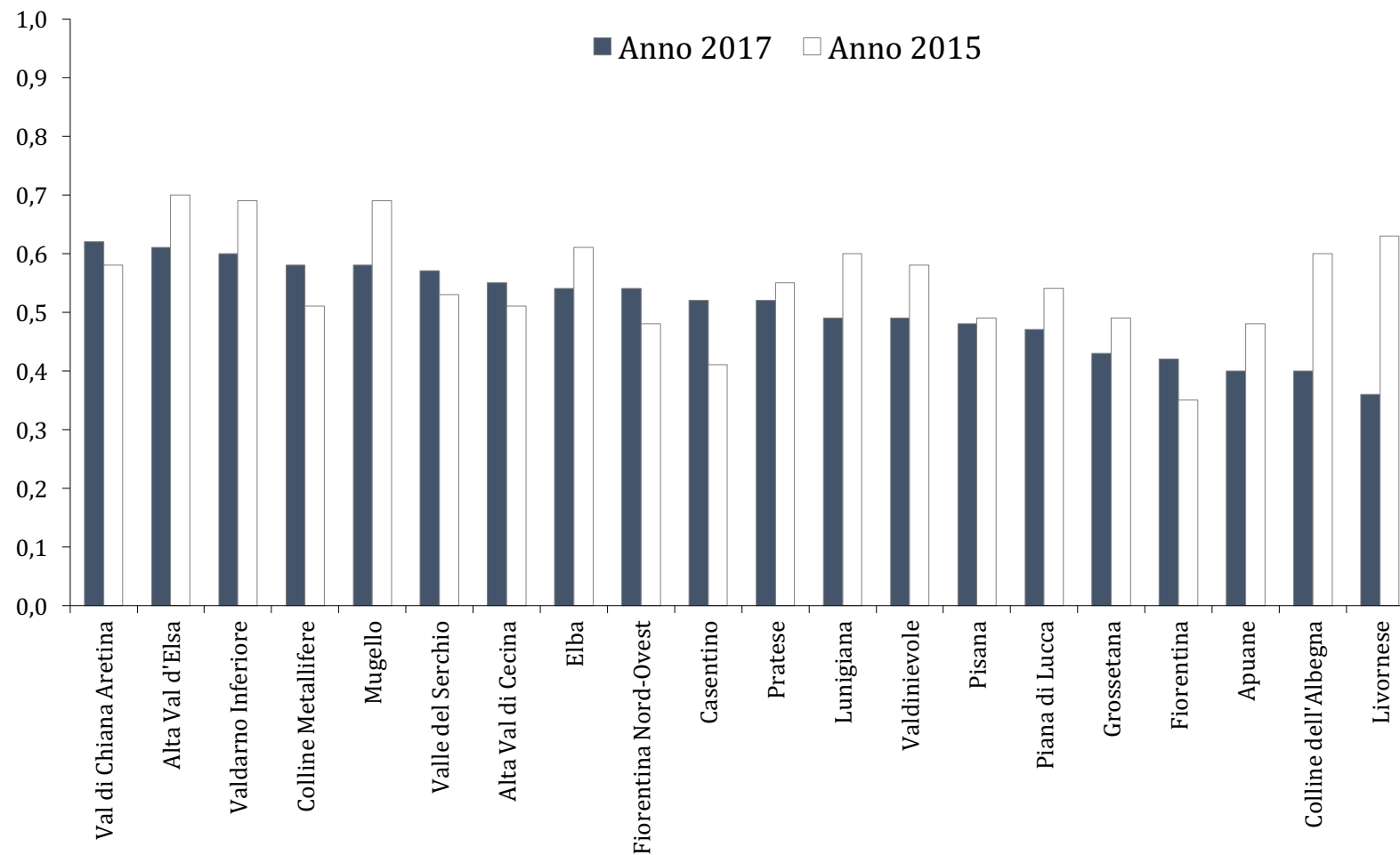
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Tab. 5.8 – Confronto tra variabili considerate nel ranking, anno 2017 e 2015, zone distretto Toscana Sud Est

Zona distretto	Alta Val d'Elsa		Casentino		Val di Chiana Aretina		Grossetana		Colline Albegna		Colline Metallifere	
	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015
Bacino potenziale	1362,2	1955,3	384,3	378,2	1115,8	1083,2	2039,9	1919,9	938,3	894,1	834,6	791,4
Copertura oraria	22,8	3,8	42,0	3,5	97,5	16,8	46,0	6,6	22,0	3,3	29,5	3,6
Barriere accesso	1,7	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Ore settimanali operatori	150,0	140,0	46,0	16,0	60,0	18,0	110,0	110,0	9,0	9,0	27,0	27,0
MMG in UVM	0	2	2	2	2	2	1	3	2	3	4	2
Geriatra in UVM	2	3	0	0	3	2	0	0	0	4	2	2
Famiglia in UVM	1	2	2	2	2	3	0	0	2	2	4	3
Ore operatore UVM per anziano non auto	11,5	6,0	5,4	1,0	5,5	0,9	4,9	2,7	0,8	0,4	2,6	1,4
Numero PAP per anziano non auto	61,2	55,1	43,9	30,1	21,1	46,5	25,6	27,6	24,5	76,3	11,7	24,0

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

Fig. 5.4 – Ranking delle zone rispetto alla capacità complessiva di presa in carico, confronto tra 2015 e 2017 (andamento decrescente per valori 2017)



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2017.

CONCLUSIONI

L'esperienza di monitoraggio realizzata dalla Fnp Cisl Toscana e dalla Fondazione Zancan, anche in questa quarta edizione, offre risultati utili per ampliare la conoscenza dei servizi sociosanitari nel territorio regionale. Favorisce processi condivisi di possibile qualificazione della capacità di risposta esistente e per rafforzare il ruolo e le competenze dei quadri e dei dirigenti Fnp che operano sul territorio.

L'attività di monitoraggio che hanno realizzato 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 e reale fruizione dei servizi da parte della popolazione anziana e dei caregiver familiari.

La scelta di includere nella rilevazione di quest'anno anche i presidi sanitari di recente introduzione regionale, come le Case della Salute, ha impegnato notevolmente il gruppo di lavoro coinvolto ma ha portato a risultati importanti, soprattutto in termini di identificazione, accessibilità e fruibilità dei servizi esistenti. Questo aspetto spiega il valore sociale del lavoro di monitoraggio: coniugare la raccolta accurata dei dati con la effettiva esigibilità dei diritti dei cittadini nei confronti dell'offerta socio-sanitaria.

La lettura di questi dati assume poi un valore ancora più fondamentale se consideriamo che in Toscana abbiamo oltre 79mila anziani non autosufficienti, con il dato più alto registrato a Firenze (9.300).

Per i Punti Insieme si conferma, anche quest'anno, una diversa visibilità e connotazione regionale. In riferimento alle zone censite si è riscontrata una diminuzione numerica di questi presidi che ne ridimensiona la capacità di risposta, tenuto conto dell'aumento delle persone anziane non autosufficienti. La situazione più problematica resta a Firenze, seguita dalla Val di Nievole e dall'area Pisana.

In merito al monitoraggio sulle UVM si confermano le notevoli differenze sia nella composizione che nell'organizzazione. È da apprezzare il fatto che per tutte le categorie professionali obbligatorie (assistente sociale, infermiere, medico) la media oraria dedicata al lavoro in UVM sia aumentata, anche se con andamenti differenti da zona a zona; tuttavia il dato medio per carico di lavoro delle UVM nelle zone distrette è sceso da 1.7 a 1.05 ore per anziano non autosufficiente.

L'approfondimento realizzato sulle Case della Salute offre un primo quadro della distribuzione e delle caratteristiche di questi presidi, che dovrebbero essere il punto di riferimento principale per l'accesso alle cure sanitarie di base e collegare la propria azione a quella delle Aggregazioni Funzionali Territoriali: queste ultime forme organizzative, istituite come da indicazioni nazionali, sono state oggetto di una rilevazione ad hoc, che ha dato risultati parziali. Non avendo ancora tutte una sede fisica ben individuata, è stato complesso procedere alla loro individuazione e censimento territoriale, ma soprattutto, è emersa la grande difficoltà da parte del "cittadino" di comprenderne la funzione e la effettiva accessibilità.

L'indagine mette a disposizione una fotografia ricca e composita della realtà regionale, con un doppio valore aggiunto: confrontare la capacità di risposta delle diverse zone distretto della regione e rilevare le dinamiche evolutive nel tempo, cioè se e in che misura i problemi evidenziati hanno trovato soluzione.

Nell'ultimo decennio il quadro legislativo e gli assetti istituzionali, sia a livello nazionale che regionale, sono profondamente mutati. E' sufficiente pensare alla riforma Balduzzi (DL n. 158/2012) che ha introdotto importanti novità sul servizio sanitario nazionale, anche per la riorganizzazione della medicina territoriale con l'istituzione delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e delle UCCP (unità complesse di cura primaria) e alle leggi regionali n. 84/2015 e n.11/2017 che hanno ridotto il numero delle Aziende USL (da 12 a 3, una per ciascuna area vasta) e hanno ridefinito la geografia delle zone distretto (da 34 a 26).

All'interno di un simile scenario in continuo cambiamento per effetto delle tante riforme varate, occorre continuare a presidiare sul territorio la capacità dei servizi di rispondere, con la loro azione, alla tutela delle fasce più fragili della popolazione.

Il monitoraggio realizzato dimostra come sia possibile, necessario e qualificante investire nella valutazione e, più in generale, nella rendicontazione dei risultati delle azioni dei servizi sociosanitari.

Secondo i dati ISTAT in Italia le speranze di vita alla nascita, dal 2008 a oggi, continuano ad essere in forte crescita: siamo passati da una media di 83.9 anni per le donne a 85 e da 78.7 per gli uomini a 80.6. Confermato anche l'aumento dei dati toscani: da 84.3 a 85.5 per il genere femminile e da 79.4 a 81.2 per il genere maschile. Ecco perché le attenzioni verso le persone più anziane e più deboli non possono arrestarsi, ecco perché la responsabilità delle politiche sociosanitarie e del sistema dei servizi non deve ricadere soltanto nelle istituzioni e negli enti locali ma deve coinvolgere anche le organizzazioni sindacali e il terzo settore.

La futura stagione della programmazione sociosanitaria regionale e locale può e deve assumere una prospettiva orientata a misurare la propria capacità di risposta e di accoglienza della domanda sociale. Il primo obiettivo del monitoraggio non è infatti "giudicare" ma "evidenziare i margini di miglioramento" e di valorizzazione dei territori. Il secondo obiettivo è di rendere effettiva l'accessibilità ai servizi territoriali con soluzioni capaci di garantire una tempestiva e appropriata presa in carico della domanda di assistenza. Il terzo è di promuovere una reale condivisione delle responsabilità tra centri di cura, persone, famiglie, formazioni sociali che, come abbiamo visto, hanno potenzialità che richiedono investimenti professionali, gestionali, strategici.

La Fnp Cisl Toscana ha sempre avuto un vivo interesse e posto una particolare attenzione sul welfare territoriale e la non autosufficienza. Assieme alla Cisl Toscana si è costantemente impegnata sul territorio affinché le necessità di una popolazione sempre più anziana fossero tutelate e soprattutto soddisfatte.

Nel 2008 la Regione Toscana, grazie al nostro costante impegno e alle nostre continue richieste, ha istituito la L.R. 66/2008 creando un fondo regionale per offrire maggiori servizi socio-sanitari ad anziani, disabili e non autosufficienti sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo.

Nei successivi dieci anni, anche in collaborazione con la Fondazione Zancan, abbiamo continuato nel nostro impegno su questo tema, realizzando diversi progetti di ricerca volti al monitoraggio dei percorsi assistenziali intrapresi nella nostra regione, alla funzionalità e alla fruizione dei servizi offerti, al grado di compartecipazione alle spese sanitarie che le famiglie devono sostenere nei percorsi di cura dei propri cari. Tutte indagini che sono state di grande aiuto e supporto nel confronto con le amministrazioni e gli enti locali, contribuendo a continui spunti di riflessione e alla formulazione di nuove proposte.

Consapevoli di quanto è stato fatto sin qui vogliamo accogliere le sfide future per una maggiore sistematicità del welfare territoriale che favorisca e faciliti sempre più la fruizione dei servizi per gli anziani e i non autosufficienti.



Segreteria organizzativa

Via Benedetto Dei 2/A

50127 Firenze

tel. 0554392218 - fax 0554392253

pensionati.toscana@cisl.it

www.pensionaticisltoscana.it



CISL PENSIONATI
Toscana