



FONDAZIONE
EMANUELA ZANCAN ONLUS

Welfare territoriale e non autosufficienza in Toscana

Il contributo del sindacato alla qualificazione
dei percorsi assistenziali

Rapporto regionale
2014

FNP CISL Toscana
Fondazione Emanuela Zancan onlus

Gruppo di ricerca Fondazione E. Zancan:

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

Gruppo di ricerca FNP Cisl Toscana:

Francesca Ricci e Caterina Zaccara (Ufficio Studi Fnp Cisl Toscana)

Silvia Romoli (Scuola di Formazione Permanente Fnp Cisl)

Carlo Salvadori (zona-distretto Bassa Val di Cecina); Angiolo Cignoni (zona-distretto Isola d'Elba); Roberta Pagni e Giovanni Schiano (zona-distretto Livornese); Divo Cerbai e Lucia-no Bisso (zona-distretto Val di Cornia); Sandra Ferretti e Sebastiana Pia Giliberto (zona-distretto Piana di Lucca); Mario Bonaldi (zona-distretto Valle del Serchio); Massimo Santoni e Attilio Puppo (zona-distretto Versilia); Guerrino Baldi, Ilio Bongi e Claudio Tarantola (zona-distretto Lunigiana); Giorgio Nani e Gianfranco Ravenna (zona-distretto Apuane); Carla Scuto e Dino Tamburini (zona-distretto Pisana); Claudio Ciraulo e Eraldo Nari (zona-distretto Alta Val di Cecina); Luciano Dionisi e Franco Fulceri (zona-distretto Val d'Era); Giuseppe Bartolini e Dario Ceccanti (zona-distretto Valdarno Inferiore); Vittorio Vannucci (zona-distretto Pistoiese); Enrico ORSani (zona-distretto Valdinievole); Nello Baglioni (zona-distretto Firenze); Alessio Rigatti (zona-distretto Empolese); Stefano Nuti e Maria Grazia Viganò (zona-distretto Fiorentina Nord-Ovest); Augusto Pancrazi, Giovanni Reggioli e Giuseppe Vignini (zona-distretto Fiorentina Sud-Est); Carlo Adini e Marcello Brillì (zona-distretto Mugello); Michele Boccardi (zona-distretto Pratese); Giovanna Rossi e Graziella Sorchi (zona-distretto Aretina); Antonio Ciabattini e Dino Gori (zona-distretto Casentino); Marco Bruni e Giancarlo Pietri (zona-distretto Valdichiana Aretina); Paola Conti (zona-distretto Valdarno); Franco Nespoli e Raffaello Rossi (zona-distretto Valtiberina); Natale Butini e Pasquale Fucile (zona-distretto Alta Val d'Elsa); Iose Coppi e Ronaldo Fabbrini (zona-distretto Amiata Val d'Orcia); Paolo Gradi e Natale Marchetti, (zona-distretto Senese); Roberto Giomarelli e Severino Mignoni (Valdichiana Senese); Mario Carlini (zona-distretto Amiata Grossetano); Rolando Caproni e Amorino Mariotti (zona-distretto Colline dell'Albegna); Alfredo Conti e Germano Pasquinelli (zona-distretto Colline Metallifere); Luciano Nardi (zona-distretto Grossetana)

Rapporto scritto da Elena Innocenti e Francesca Ricci

Firenze, maggio 2014

Copyright © 2014

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

Centro Studi e Ricerca Sociale

ISBN 978-88-88843-80-3

INDICE

PRESENTAZIONE	p. 5
INTRODUZIONE	» 7
CAPITOLO 1. MODELLI DI GOVERNANCE E CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE	» 9
CAPITOLO 2. LA RILEVAZIONE SUI PUNTI INSIEME	» 15
La diffusione territoriale dei Punti Insieme	» 16
La copertura oraria	» 19
L'accessibilità	» 22
L'informazione dentro e fuori i Punti Insieme	» 23
L'attenzione alla persona e la tutela della riservatezza	» 26
Le risorse umane dedicate	» 26
CAPITOLO 3. LE UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (UVM) E LA PRESA IN CARICO ORDINARIA	» 31
L'istituzione delle UVM	» 31
La composizione delle UVM	» 33
L'attività delle UVM	» 38
La provenienza delle domande	» 41
Le risposte ai bisogni: istanze valutate, piani di assistenza realizzati, interventi erogati	» 43
I tempi di risposta	» 49
CAPITOLO 4. LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA	» 51
La casistica	» 51
Le procedure e i servizi competenti	» 53
La copertura oraria	» 55
La provenienza delle richieste	» 57
Le risposte attivate	» 58
Il passaggio alla presa in carico ordinaria	» 59

CAPITOLO 5. LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	p. 63
Le procedure e i servizi competenti	» 63
La casistica	» 66
La copertura oraria	» 67
La provenienza delle richieste	» 68
CAPITOLO 6. DA UNA VISIONE FRAMMENTATA A UNA VISIONE GLOBALE	» 71
Questioni metodologiche	» 71
Primo scenario valutativo	» 77
Secondo scenario valutativo	» 80
CONCLUSIONI	» 85

PRESENTAZIONE

L'attenzione al tema degli interventi a sostegno delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie rimane un impegno prioritario dell'azione della Fnp, anche in un periodo complesso e di profonda transizione quale quello che stiamo attraversando.

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

Negli anni Duemila, la Federazione dei pensionati della Cisl ha svolto anche in Toscana un ruolo di primo piano nel promuovere il dibattito culturale e politico che ha condotto all'approvazione della legge regionale n. 66 del 2008 e, nel corso degli anni, l'impegno della nostra Federazione non è mai venuto meno. Il sostegno alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie continua a rappresentare uno degli obiettivi strategici, che si declina non solo nel rappresentare i bisogni e i diritti delle persone e nel continuare a stimolare il confronto culturale e politico sul tema della non autosufficienza, ma anche nel verificare come l'istituzione del fondo regionale e il conseguente impulso allo sviluppo di servizi mirati per la risposta a questo tipo di bisogno abbia trovato attuazione a livello territoriale.

Il perdurare della crisi, in Toscana come nel resto di Italia, ha determinato conseguenze importanti nel finanziamento dei servizi alla persona e, contestualmente, ha aggravato le condizioni di vita delle famiglie, in cui la presenza di una persona anziana non autosufficiente acuisce le difficoltà economiche, oltre a quelle sociali e personali. In questo contesto di crisi, il mantenimento del Fondo regionale per la non autosufficienza è quindi una condizione fondamentale per sostenere le tante famiglie che si occupano dei propri familiari anziani non autosufficienti e per garantire risposte adeguate anche a chi è privo di una rete familiare.

È evidente, tuttavia, che le risorse sono inadeguate per rispondere ai bisogni dei cittadini non autosufficienti, che nella nostra regione sono circa 72 mila, di cui 31 mila in condizioni gravi. A livello regionale continueremo a impegnarci per dare sostegno adeguato alle famiglie che assistono i non autosufficienti, senza le quali il problema avrebbe risvolti e contorni ben più drammatici. In questa direzione la Fnp Toscana si è impegnata in prima persona, attraverso un'intensa attività di informazione, formazione e monitoraggio, di cui anche questo rapporto è un significativo e importante frutto.

Le pagine che seguono, ricche di contenuti, di stimoli e di indicazioni utili per il confronto con le istituzioni, danno conto solo in parte dell'enorme lavoro svolto.

Per questo, desideriamo ringraziare la Fondazione Zancan, con cui abbiamo condiviso l'idea e la realizzazione di questo progetto; le istituzioni locali, che con spirito di collaborazione ci hanno fornito gli elementi e i dati su cui abbiamo fondato l'analisi; ma soprattutto i coordinatori di zona-distretto, le Segreterie territoriali e tutti i quadri della Fnp Toscana che hanno aderito con entusiasmo al progetto, partecipando attivamente al percorso di formazione e collaborando fattivamente alla raccolta e all'analisi dei dati.

La battaglia per la non autosufficienza è una battaglia di dignità. E 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

Alla luce dei risultati ottenuti con l'esperienza avviata nel biennio 2012-2013, la *Fnp Cisl Toscana*, in collaborazione con la *Fondazione Zancan*, ha esteso e consolidato il progetto di formazione e di ricerca finalizzato a monitorare i percorsi di accesso e di presa in carico dei cittadini anziani non autosufficienti residenti nelle zone-distretto della Toscana. Coerentemente con l'esperienza 'pilota' – che aveva coinvolto una zona-distretto per ogni provincia della regione – il percorso realizzato nel biennio 2013-2014 ha coinvolto pressoché tutte le zone della regione e ha mantenuto la struttura validata nel corso della sperimentazione.

Il monitoraggio è articolato in fasi, ognuna delle quali ha avuto l'obiettivo di porre l'attenzione sulle modalità di declinazione territoriale del modello di presa in carico disegnato dalla Legge regionale sulla non autosufficienza.

Il primo step ha esplorato le caratteristiche e le modalità di funzionamento dei *Punti Insieme* che, secondo quanto previsto dalla normativa regionale, garantiscono ai cittadini non autosufficienti e alle loro famiglie l'accesso al sistema dei servizi. L'analisi si è quindi concentrata sulle *Unità di Valutazione Multidisciplinari (UVM)*, che rappresentano la sede della valutazione della situazione di bisogno e dell'elaborazione delle risposte. Le informazioni raccolte ne hanno indagato la composizione, le modalità di funzionamento, l'assetto organizzativo, il lavoro svolto e la tipologia di risposte offerte ai cittadini anziani non autosufficienti.

Infine, sono stati esplorati i *percorsi di presa in carico* per le persone anziane non autosufficienti, anche con riferimento alle situazioni di emergenza-urgenza e di continuità assistenziale.

Per lo svolgimento delle attività di monitoraggio, i referenti territoriali della Fnp Toscana – almeno due per ogni zona-distretto – sono stati suddivisi in tre gruppi, uno per area vasta (Nord Ovest, Centro e Sud Est). Gli oltre 70 referenti hanno partecipato ad un percorso di formazione sulla normativa e sull'architettura dei servizi per le persone anziane non autosufficienti, hanno condiviso gli strumenti di indagine e, infine, hanno curato la rilevazione dei dati nelle proprie zone di residenza, interfacciandosi con i referenti istituzionali responsabili dei servizi, senza la cui fattiva collaborazione non sarebbe stato possibile realizzare la fase di indagine relativa alle UVM e ai percorsi di presa in carico non ordinaria.

La rilevazione è stata avviata nel mese di ottobre 2013 e si è conclusa ad aprile 2014.

Il quadro restituito dall'indagine – e presentato nelle pagine che seguono – descrive la capacità di risposta territoriale, evidenzia le differenze e le specificità locali e, ultimo ma non meno importante, offre al sindacato e ai cittadini informazioni necessarie per partecipare in maniera più consapevole e più attiva alle scelte e ai

processi decisionali che a livello locale riguardano il sistema dei servizi per le persone anziane non autosufficienti.

Il rapporto di ricerca è articolato per capitoli, che ripercorrono le fasi del percorso di indagine. Dopo una prima ricostruzione del contesto territoriale di riferimento, delle caratteristiche sociodemografiche e del sistema di governance delle zone-distretto della Toscana, presentata nel primo capitolo, il rapporto contiene i risultati dell'indagine sui Punti Insieme (nel secondo capitolo), sulle Unità di Valutazione e sulla presa in carico (capitolo terzo), sulla risposta alle situazioni di emergenza-urgenza (capitolo quarto), sulla continuità assistenziale (capitolo quinto), utilizzando come chiave di lettura la dimensione territoriale.

L'ultimo capitolo, infine, è dedicato al confronto fra le zone, attraverso la considerazione globale e unitaria di una pluralità di dimensioni, in grado di offrire una rappresentazione sintetica della capacità di presa in carico riscontrata nelle zone-distretto.

Capitolo 1

MODELLI DI GOVERNANCE E CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE

Il progetto di ricerca sulla capacità di presa in carico degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie da parte del sistema dei servizi è stato esteso all'intero territorio regionale, coinvolgendo le zone-distretto che non erano state oggetto di analisi nel corso della prima edizione¹.

Le pagine che seguono, dunque, fotografano la situazione rilevata nella nostra regione e, per quanto riguarda le dieci zone "senior"², offrono un aggiornamento sulla capacità di presa in carico rilevata nella prima edizione del monitoraggio.

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

Come abbiamo osservato nel rapporto precedente, il sistema istituzionale è indubbiamente una variabile significativa di contesto, motivo per cui è considerato nell'analisi, unitamente alla dimensione organizzativa dei servizi. Tuttavia, gli assetti istituzionali e gestionali – e, nel caso in specie, l'eventuale superamento delle Società della Salute – non incidono sugli obiettivi del monitoraggio realizzato dalla Fnp Cisl Toscana in collaborazione con la Fondazione Zancan, ovvero la ricognizione e la valutazione della capacità di risposta ai bisogni delle persone anziane non autosufficienti che risiedono nella nostra regione.

Relativamente alla governance, al momento in cui abbiamo effettuato il monitoraggio, la Società della Salute risultava il modello largamente prevalente, presente in 25 delle 34 zone-distretto della Toscana.

All'Isola d'Elba, nella Piana di Lucca, nella Valle del Serchio, nelle Apuane, nella zona Aretina, in Valdichiana Aretina, nel Valdarno, in Valtiberina e nelle Colline dell'Albegna, le competenze in materia di programmazione e organizzazione dei servizi territoriali considerati erano invece affidate alla Conferenza zonale dei sindaci, ai Comuni e all'Azienda sanitaria locale.

¹ La zona-distretto Pistoiese non ha partecipato all'indagine. Per la zona-distretto dell'Isola d'Elba, per la Senese e per la zona-distretto Empolese non è stato possibile rilevare le informazioni relative all'UVM e ai percorsi di presa in carico non ordinaria (quelli cioè in continuità assistenziale e in emergenza-urgenza).

² Nel 2012-2013 le zone-distretto della Toscana coinvolte nella sperimentazione del percorso di ricerca sono state: Valdarno; Firenze; Grossetana; Bassa Val di Cecina; Piana di Lucca; Lunigiana; Pisana; Val di Nievole; Pratese; Val di Chiana Senese.

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

Zona-distretto	Prov.	Governance
Bassa Val di Cecina	LI	Società della Salute
Isola d'Elba	LI	Conferenza zonale dei sindaci
Livornese	LI	Società della salute
Val di Cornia	LI	Società della salute
Piana di Lucca	LU	Conferenza zonale dei sindaci
Valle del Serchio	LU	Conferenza zonale dei sindaci
Versilia	LU	Società della salute
Apuane	MS	Conferenza zonale dei sindaci
Lunigiana	MS	Società della salute
Alta Val di Cecina	PI	Società della salute
Pisana	PI	Società della salute
Val d'Era	PI	Società della salute
Valdarno Inferiore	PI	Società della salute
Pistoiese	PT	Società della salute
Valdinievole	PT	Società della salute
Empolese	FI	Società della salute
Firenze	FI	Società della salute
Fiorentina Nord-Ovest	FI	Società della salute
Fiorentina Sud-Est	FI	Società della salute ³
Mugello	FI	Società della salute
Pratese	PO	Società della salute
Aretina	AR	Conferenza zonale dei sindaci
Casentino	AR	Società della salute
Valdichiana Aretina	AR	Conferenza zonale dei sindaci
Valdarno	AR	Conferenza zonale dei sindaci
Valtiberina	AR	Conferenza zonale dei sindaci
Alta Val d'Elsa	SI	Società della salute
Amiata Val d'Orcia	SI	Società della salute
Senese	SI	Società della salute
Valdichiana Senese	SI	Società della salute
Amiata Grossetana	GR	Società della salute
Colline Albegna	GR	Conferenza zonale dei sindaci
Colline Metallifere	GR	Società della salute
Grossetana	GR	Società della salute

Fonte: Consiglio Regionale della Toscana, Il processo di costituzione delle Società della Salute, settembre 2012.

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

³ La Società della Salute è cessata al 31 marzo 2014.

In Toscana gli over 65enni rappresentano una fascia di popolazione molto ampia, corrispondente al 24,2% della popolazione complessiva e pari, in termini assoluti, a oltre 892 mila unità.

Nelle 34 zone-distretto in cui si articola la nostra regione, la situazione si presenta piuttosto eterogenea: Prato e il Valdarno Inferiore sono le zone più “giovani”, con i valori percentuali più bassi degli over 65enni sul totale della popolazione (rispettivamente il 21% e il 21,3%); le zone-distretto a maggiore incidenza di ultrasessantacinquenni sono l’Amiata Grossetano (30,1%), la Lunigiana e l’Alta Val di Cecina (il 29,4% in entrambi i casi).

Per quanto riguarda la percentuale di ultrasessantacinquenni, che rappresentano la fascia di popolazione a più alta domanda di servizi sociosanitari e a maggior rischio di perdita di autosufficienza, a fronte di un dato relativo all’intera regione del 12,4%, i valori percentuali più elevati si rilevano nella zona dell’Amiata Grossetano (17,5%), della Lunigiana (16,5%) dell’Amiata Val d’Orcia (16,2%). La percentuale più contenuta di over75enni, per contro, si registra nel Valdarno Inferiore (10,8%), in Val d’Era (10,7%) e nella zona Pratese, che chiude la graduatoria con il 10,4% di over 75enni residenti sul totale della popolazione.

Tab. 1.2 - Over 65enni e over 75enni residenti nelle zone-distretto della Toscana. Anno 2013, valori assoluti e incidenza percentuale sul totale della popolazione.

Zona-distretto	Over 65enni	% Over 65enni	Over 75enni	% Over 75enni
Bassa Val di Cecina	20.706	25,5	10.501	12,9
Isola d’Elba	7.702	24,1	3.641	11,4
Livornese	43.115	24,8	21.265	12,2
Val di Cornia	16.535	28,0	8.240	14,0
Piana di Lucca	38.484	23,1	19.316	11,6
Valle del Serchio	15.463	26,8	8.143	14,1
Versilia	39.762	24,2	19.677	12,0
Apuane	35.038	23,6	17.501	11,8
Lunigiana	14.903	29,4	8.351	16,5
Alta Val di Cecina	6.072	29,4	3.270	15,8
Pisana	46.998	24,2	23.423	12,1
Val d’Era	26.239	21,5	13.005	10,7
Valdarno Inferiore	14.096	21,3	7.169	10,8
Pistoiese	41.132	24,3	21.059	12,5
Valdinievole	27.272	23,0	14.043	11,9
Empolese	39.330	22,8	20.541	11,9
Firenze	96.692	26,4	51.798	14,2
Fiorentina Nord Ovest	51.056	23,8	24.923	11,6
Fiorentina Sud Est	41.541	24,4	21.083	12,4
Mugello	14.467	22,6	7.439	11,6
Pratese	52.065	21,0	25.706	10,4
Aretina	29.785	22,9	15.269	11,7
Casentino	8.850	24,6	4.859	13,5
Valdichiana Aretina	11.885	22,8	6.402	12,3
Valdarno	21.846	22,9	11.065	11,6
Valtiberina	8.100	26,4	4.472	14,6

Zona-distretto	Over 65enni	% Over 65enni	Over 75enni	% Over 75enni
Alta Val d'Elsa	4.333	22,7	7.542	12,0
Amiata Val d'Orcia	6.151	27,8	3.590	16,2
Senese	29.801	24,9	16.291	13,6
Valdichiana Senese	16.519	26,5	9.016	14,5
Amiata Grossetana	5.724	30,1	3.324	17,5
Colline dell'Albegna	13.498	26,5	6.890	13,5
Colline Metallifere	12.017	26,7	6.158	13,7
Grossetana	25.626	24,2	12.926	12,2
Toscana	892.803	24,2	457.898	12,4

Fonte: elaborazioni su dati Istat, 2013.

Le stime prodotte dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana relative numero di persone di 65 anni e più in condizione di non autosufficienza, suddivisi per livello di gravità⁴ permettono di fotografare con maggiore precisione la situazione della nostra regione nel dettaglio delle 34 zone-distretto (tabella 1.3).

La stima regionale valuta la presenza in Toscana di oltre 72mila anziani non autosufficienti, di cui quasi 31mila in condizioni di non autosufficienza grave. A livello zonale, la presenza maggiore di anziani non autosufficienti, in termini assoluti, si registra a Firenze (quasi 8.700 persone); il valore più contenuto si registra in Alta Val di Cecina (circa 490 anziani). Accanto 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. L'Amiata Grossetana, la Lunigiana e l'Amiata Val d'Orcia occupano le prime posizioni della graduatoria, con una percentuale di non autosufficienti sul totale degli anziani che si attesta al 9,2% (oltre un punto in più rispetto alla media regionale). I valori più contenuti si osservano in Val di Cornia (7,6%), nella Fiorentina Nord-Ovest (7,5%) e all'Isola d'Elba (7,2%).

Spostando l'attenzione dall'insieme dei non autosufficienti a quelli in condizione di gravità, i dati riportati nell'ultima colonna della tabella 1.3 confermano il quadro delineato sin qui. La situazione più complessa si registra in Lunigiana e nell'Amiata Grossetana, dove l'incidenza percentuale raggiunge il 4,1%; segue l'Amiata Val d'Orcia e il Senese (4,0% in entrambi i casi) e la zona-distretto di Firenze (3,9%). Dal lato opposto, chiudono la graduatoria la Fiorentina Nord-Ovest e l'Isola d'Elba (3,1% in entrambi i casi).

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

Tab. 1.3 - Anziani non autosufficienti. Valori assoluti e incidenza su >65enni, 2013.

Zona-distretto	Livelli di non autosufficienza			Totale Non Autosuff.	% Non Autosuff.>65enni	% Non Autosuff. Gra-vi> 65enni
	Lieve	Medio	Gra-ve			
Bassa Val Cecina	519	418	692	1.629	7,9	3,3
Isola d'Elba	180	239	236	555	7,2	3,1
Livornese	1.084	877	1460	3.421	7,9	3,4
Val di Cornia	400	321	528	1.249	7,6	3,2
Piana di Lucca	970	789	1.319	3.078	8,0	3,4
Valle del Serchio	401	331	557	1.289	8,3	3,6
Versilia	963	776	1.285	3.024	7,6	3,2
Apuane	858	697	1.158	2.713	7,7	3,3
Lunigiana	419	353	605	1.377	9,2	4,1
Alta Val di Cecina	153	126	209	488	8,0	3,4
Pisana	1.173	947	1.580	3.700	7,9	3,4
Val d'Era	642	515	856	2.013	7,7	3,3
Valdarno Inferiore	343	276	454	1.073	7,6	3,2
Pistoiese	1.052	856	1.435	3.343	8,1	3,5
Valdinievole	688	558	931	2.177	8,0	3,4
Empolese	1.008	822	1.356	3.186	8,1	3,4
Firenze	2.667	2.230	3.794	8.691	9,0	3,9
Fiorentina Nord Ovest	1.227	973	1.606	3.806	7,5	3,1
Fiorentina Sud Est	1.051	849	1.402	3.302	7,9	3,4
Mugello	378	309	516	1.203	8,3	3,6
Pratese	1.296	1.045	1.726	4.067	7,8	3,3
Aretina	752	611	1.010	2.373	8,0	3,4
Casentino	242	204	340	786	8,9	3,8
Val di Chiana Aretina	308	256	421	985	8,3	3,5
Valdarno	550	442	734	1.726	7,9	3,4
Valtiberina	213	179	299	691	8,5	3,7
Alta Val d'Elsa	369	303	501	1.173	8,2	3,5
Amiata Val d'Orcia	172	148	247	567	9,2	4,0
Senese	833	695	1.181	2.709	9,1	4,0
Valdichiana Senese	442	366	610	1.418	8,6	3,7
Amiata Grossetana	161	135	232	528	9,2	4,1
Colline Albegna	333	269	443	1.045	7,7	3,3
Colline Metallifere	307	251	415	973	8,1	3,5
Grossetana	643	520	859	2.022	7,9	3,4
Totale	22.797	18.686	30.997	72.380	8,1	3,5

Fonte: stime ARS Toscana 2013; dati Istat 2013.

Capitolo 2

LA RILEVAZIONE SUI PUNTI INSIEME

I Punti Insieme devono garantire l'informazione e l'accoglienza nel sistema dei servizi per la non autosufficienza presenti nel territorio.

La normativa⁵ prevede in particolare che il Punto Insieme sia il riferimento principale per la persona che richiede la valutazione di non autosufficienza, e che spetti al Punto Insieme assicurare che entro trenta giorni dalla presentazione dell'istanza, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) presenti la risposta assistenziale ritenuta appropriata e la condivida con l'interessato e i suoi familiari.

Il Punto Insieme è quindi la "porta d'ingresso dedicata" al sistema dei servizi per le persone anziane non autosufficienti, attivata in modo da garantire la massima accessibilità alle risposte territoriali.

Proprio per questo motivo, sin dalla prima edizione, l'indagine realizzata dalla FNP Cisl in collaborazione con la Fondazione Zancan ha dedicato particolare attenzione alla presenza e al funzionamento dei Punti Insieme nel territorio, per verificarne la loro accessibilità e funzionalità.

In questa edizione del monitoraggio, è possibile dare una fotografia complessiva della distribuzione e delle caratteristiche dei Punti Insieme su pressoché tutto il territorio regionale⁶.

Analogamente a quanto realizzato nella prima edizione, si è proceduto a verificare e aggiornare le informazioni sui Punti Insieme in termini di sedi, indirizzi, recapiti telefonici e indirizzi mail, orari e giorni di apertura.

Per ogni sede, sono state rilevate le principali caratteristiche del presidio in termini di accessibilità, attenzione alla persona e tutela della riservatezza, disponibilità di materiale informativo sulle modalità di accesso e sugli interventi disponibili, risorse umane dedicate (il numero di operatori, i profili professionali, la formazione specifica realizzata).

I dati presentati nelle pagine che seguono fotografano la situazione riscontrata al momento dell'indagine (ottobre-dicembre 2013).

I dati relativi alle zone senior sono riportati con una grafica differenziata, così da distinguerle dalle zone coinvolte per la prima volta quest'anno nell'attività di monitoraggio.

⁵ Legge regionale n. 66 del 2008, articolo 10 comma 1.

⁶ I dati disponibili sono riferiti a 33 zone su 34: la zona-distretto Pistoiese non ha partecipato alla rilevazione.

LA DIFFUSIONE TERRITORIALE DEI PUNTI INSIEME

Nel quadro sintetizzato in tabella 2.1 per ognuna delle 23 zone-distretto coinvolte nell'indagine realizzata nel 2013 è indicato il numero di comuni che compongono la zona, il numero di Punti Insieme presenti sul territorio e il rapporto fra Punti Insieme e over 75enni.

La situazione regionale si presenta molto eterogenea. I Punti Insieme censiti nel 2013 sono 250 per 33 zone distretto, per una media di un presidio ogni 1.747 abitanti ultrasessantacinquenni.

Nelle 23 zone distretto censite in questa seconda rilevazione i Punti Insieme sono 178 e si distribuiscono in modo molto diverso sul territorio. Nella maggior parte delle zone, è presente un Punto Insieme per ogni comune o, in certi casi, più di un Punto per comune. In dettaglio, il numero di presidi è superiore a quello dei comuni nelle zone-distretto Livornese, Versilia, Apuane, Valdarno Inferiore, Firenze, Mugello, Casentino, Valtiberina e Colline Metallifere, Piana di Lucca e Pratese.

Il numero di comuni coincide con quello dei Punti Insieme in Alta Val di Cecina, Empolese, Fiorentina Nord-Ovest, Aretina, Amiata Grossetana e Colline dell'Albegna, Valdarno e Val di Chiana Senese.

Infine, i Punti Insieme sono organizzati a livello sovra comunale e presenti solo in alcuni dei comuni: all'Isola d'Elba, in Val di Cornia, in Bassa Val di Cecina, nella Valle del Serchio, in Lunigiana, in Valdera e nella zona Pisana, nella Fiorentina Sud-Est, in Valdinievole, in Val di Chiana Aretina, in Alta Val d'Elsa, nell'Amiata Val d'Orcia e nella zona Senese, nella zona Grossetana.

Considerando il rapporto fra Punti Insieme e numero di comuni, le zone dove si registra una maggiore 'copertura territoriale' dei presidi sono Firenze, zona monocomunale con 6 Punti Insieme, le Apuane e il Mugello (in entrambi i casi 2 Punti Insieme per comune); le zone meno coperte sono la Val di Cornia e la Valle del Serchio (0,5 Punti Insieme per comune in entrambi i casi), la Val d'Era e la Bassa Val di Cecina (0,3).

Il quadro si presenta altrettanto eterogeneo spostando l'attenzione dalla distribuzione sul territorio al rapporto fra anziani over 75enni e Punti Insieme, che costituisce un buon indice di approssimazione per quantificare la domanda potenziale di accesso al sistema dei Servizi.

Come sintetizzato nella tabella 2.1, i valori più contenuti dell'indicatore si registrano nell'Amiata Grossetana (416 anziani per Punto insieme), nel Mugello (413) e, soprattutto, nel Casentino (374).

Valori più elevati nella domanda di accesso potenziale ai servizi si registrano nelle zone già censite nella prima edizione del monitoraggio (Firenze, Pisana, Valdinievole) e nella zona Livornese, dove gli anziani over 75enni residenti per Punto Insieme sono oltre 4.200; seguono la Valdera (3.251 anziani per Punto Insieme) e la Fiorentina Nord Ovest (3.115 anziani per Punto Insieme).

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

Tab. 2.1 - Diffusione e grado di copertura dei Punti Insieme per zona-distretto, 2013.

Zona-distretto	Numero Comuni	Numero Punti Insieme	Over 75enni Residenti Per Punto Insieme
AREA VASTA NORD OVEST			
<i>Bassa Val di Cecina</i>	10	4	3.500
Isola d'Elba	8	6	607
Livornese	3	5	4.253
Val Di Cornia	6	3	2.747
<i>Piana di Lucca</i>	7	11*	1.756
Valle del Serchio	21	10	814
Versilia	7	8	2.460
Apuane	4	8	2.188
<i>Lunigiana</i>	13	7	1.193
Alta Val Di Cecina	4	4	818
<i>Pisana</i>	9	5	4.685
Valdarno Inferiore	4	5	1.434
Val d'Era	15	4	3.251
AREA VASTA CENTRO			
Empolese	11	11	1.867
Fiorentina Nord Ovest	8	8	3.115
Fiorentina Sud Est	15	13	1.622
<i>Firenze</i>	1	6**	8.633
Mugello	9	18	413
<i>Pistoiese</i>	-	-	-
<i>Valdinievole</i>	11	3	4.681
<i>Pratese</i>	7	9	2.856
AREA VASTA SUD EST			
Aretina	6	6	2.545
Casentino	11	13	374
<i>Valdarno</i>	10	10	1.107
Val Di Chiana Aretina	5	6	1.067
Valtiberina	7	8	559
Alta Val d'Elsa	5	4	1.886
Amiata Val d'Orcia	6	5	718
Senese	15	10	1.629
<i>Val di Chiana senese</i>	10	10	902
Amiata Grossetana	8	8	416
Colline Albegna	8	8	861
Colline Metallifere	6	7	880
<i>Grossetana</i>	6	7**	1.847
Totale	277	250	1.846

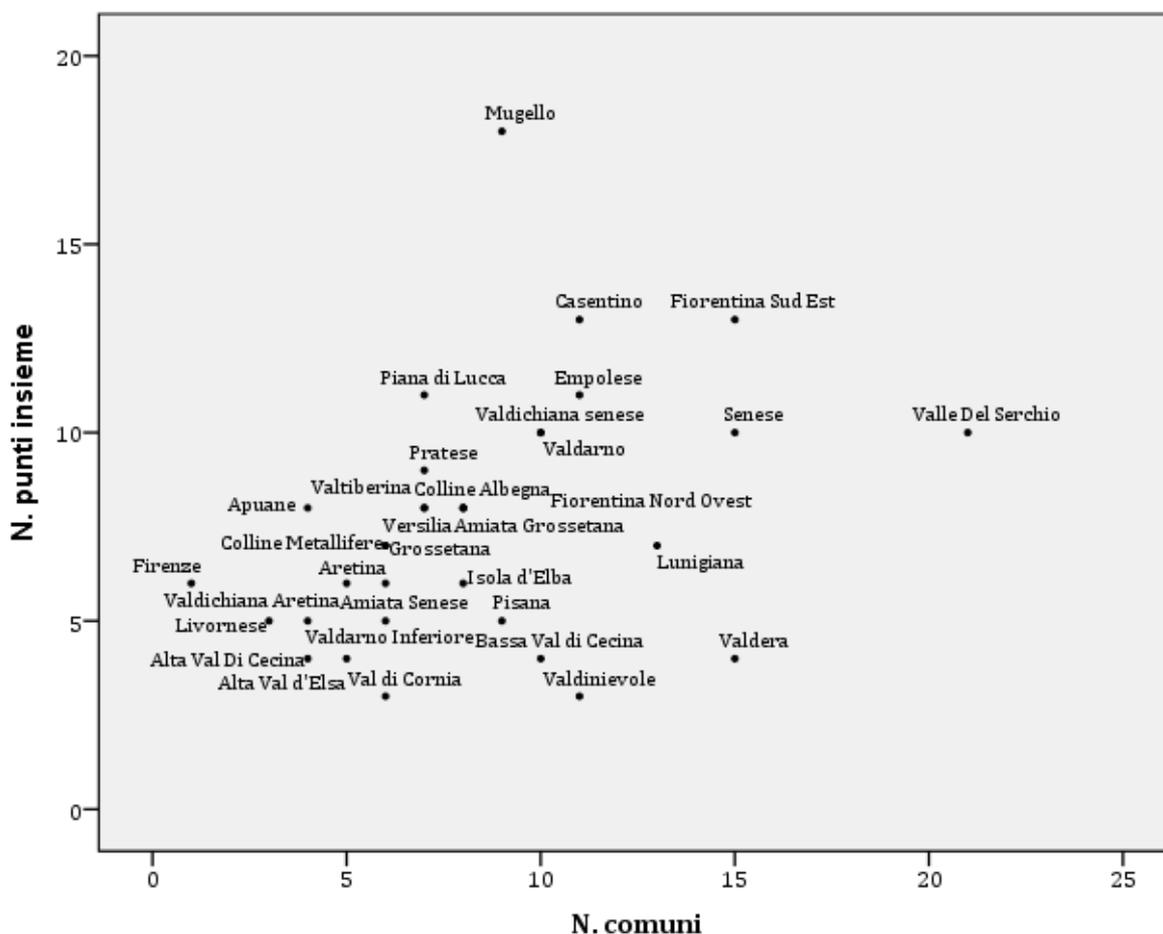
Fonte: elaborazioni su dati Istat e indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2014.

* Il numero di punti insieme è diminuito di due unità rispetto alla rilevazione precedente.

** Il numero di punti insieme è aumentato di una unità rispetto alla rilevazione precedente.

Come si vede nella figura, esiste una correlazione positiva tra il numero di Punti Insieme e il numero dei comuni per zona: nelle zone con un maggior numero di comuni (ad esempio la Valle del Serchio, la Fiorentina Sud Est) vi è tendenzialmente un maggior numero di punti insieme, anche se non mancano situazioni in cui si riscontra il contrario (ad esempio in Mugello o in Valdera).

Fig. 2.1 – Numero di comuni e punti di insieme, per zona, 2013.

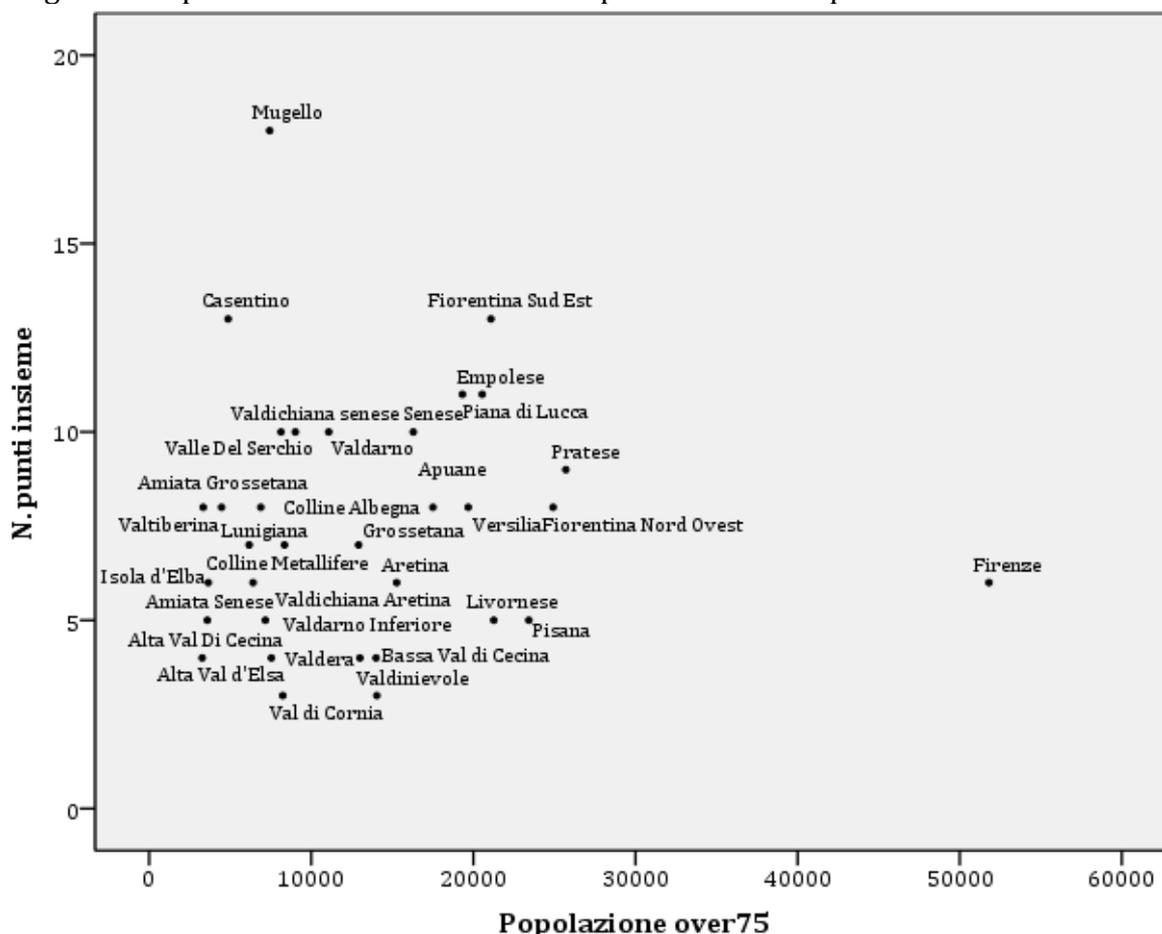


Il numero di Punti Insieme esistente in una zona non risulta invece associato alla popolazione over75 che vi risiede. Il numero di Punti Insieme varia da una zona all'altra, indipendentemente dal numero di potenziali beneficiari presenti.

Un fattore da tenere presente nell'interpretare questi dati riguarda l'estensione territoriale delle zone e la conseguente distribuzione della popolazione: ad esempio, la zona Livornese e la zona Fiorentina Sud Est hanno una popolazione anziana ultrasettantacinquenne analoga (intorno alle 21mila persone). Per contro, le due zone hanno una numerosità di Comuni e Punti Insieme nettamente diverse: la Livornese è una zona con tre comuni, di cui uno insulare, con una popolazione concentrata in contesto prevalentemente urbano, mentre la zona Fiorentina Sud Est presenta un numero elevato di comuni, di varie dimensioni demografiche e collo-

cati su un territorio abbastanza ampio. La prima zona ha cinque Punti Insieme per tre comuni, concentrati prevalentemente nell'area urbana, mentre la seconda ha tredici punti insieme per 15 comuni, ognuno in comuni diversi.

Fig. 2.2 – Popolazione over75 e numero di punti di insieme per zona.



LA COPERTURA ORARIA

In 176 Punti Insieme dei 178 oggetto di questa rilevazione il *numero di ore settimanali* in cui viene erogato il servizio è compreso fra 1 e 55, per una media di 6 ore settimanali. Due dei Punti Insieme funzionano solo su appuntamento.

La distribuzione per *classi orarie* evidenzia che quasi il 62% dei Punti Insieme è aperto fino a 4 ore settimanali; il 21% da 5 a 8 ore settimanali; il 9,1% da 9 a 15 ore e l'87% oltre 15 ore settimanali.

Tab. 2.2 - Punti Insieme per numero di ore di apertura settimanali(*). Valori assoluti e composizione percentuale, 2013.

Fasce orarie di apertura	Punti Insieme	Valore %
Fino a 4 ore settimanali	109	61,9
5-8 ore settimanali	37	21,0
9-15 ore settimanali	16	9,1
Oltre 15 ore settimanali	14	8,0
<i>Totale</i>	<i>176</i>	<i>100,0</i>
<i>PI su appuntamento</i>	<i>2</i>	
Dato medio	6 ore	

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

(*) Due Punti Insieme sono aperti solo su appuntamento.

Relativamente al numero di giorni di apertura, al momento in cui abbiamo realizzato l'indagine il 54% dei Punti Insieme era aperto un solo giorno alla settimana, il 26,7% due giorni, il 2,3% tre giorni, l'1,7% 4 giorni, il 6,3% 5 giorni. Il 9,1% dei Punti Insieme, infine, garantiva una copertura di sei giorni alla settimana.

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

Tab. 2.3 - Punti Insieme per numero di giorni di apertura settimanali(*). Valori assoluti e composizione percentuale, 2013.

Giorni di apertura	Punti Insieme	Valore %
1 giorno alla settimana	95	54,0
2 giorni alla settimana	47	26,7
3 giorni alla settimana	4	2,3
4 giorni alla settimana	3	1,7
5 giorni alla settimana	11	6,3
6 giorni alla settimana	16	9,1
<i>Totale</i>	<i>176</i>	<i>100,0</i>
Dato medio	2,1	

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

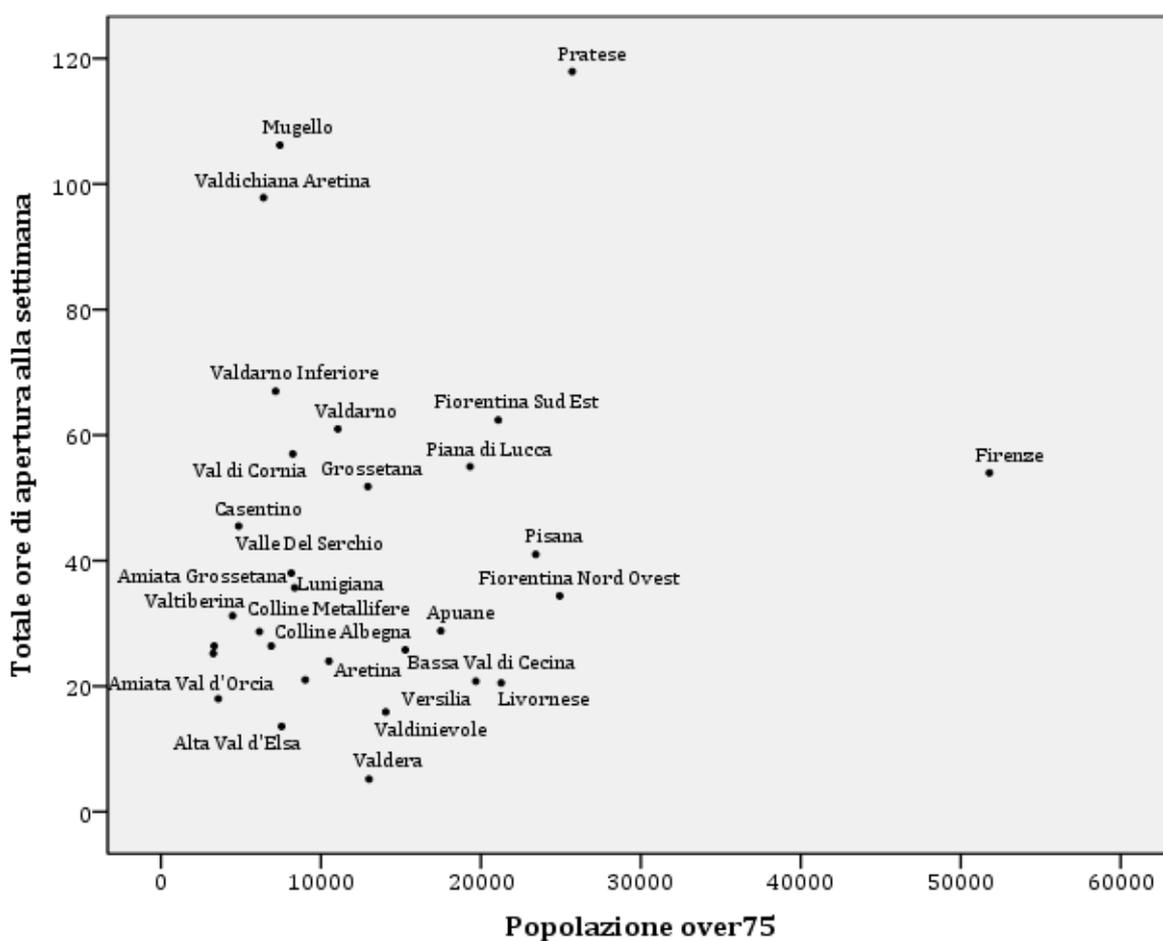
(*) Due Punti Insieme sono aperti solo su appuntamento.

La copertura oraria dei punti insieme in una zona (calcolata come somma delle ore di apertura in tutti i punti insieme della zona) varia molto da zona a zona, da un minimo di 5 ore a settimana nella Valdera a un massimo a un massimo di 118 ore di apertura nella zona Pratese, considerando tutti i suoi 9 punti insieme.

Come si evince dalla figura successiva, la copertura oraria non dipende dal numero di over75enni residenti nella zona. Non risulta nemmeno correlata con la proporzione di anziani over75enni presenti nella popolazione.

In conclusione, il numero di punti insieme presenti in una zona e la copertura oraria non dipendono né dal numero di anziani residenti né da quanto gli anziani incidono sul totale della popolazione.

Fig. 2.3 – Popolazione over75 e copertura oraria dei punti insieme per zona.



I PUNTI INSIEME TELEFONICI

La rilevazione sui Punti Insieme ha messo in evidenza la presenza dei *Punti Insieme telefonici*, che svolgono funzioni prevalentemente informative e sono presenti nelle zone-distretto del Valdarno Inferiore, di Empoli e della Val di Cornia. In realtà, per la zona del Valdarno e dell'Empolese, il Punto Insieme telefonico è unico, in quanto il bacino di utenza del servizio è quello della Asl e gli operatori dedicati al servizio sono gli stessi.

Indagandone le modalità di funzionamento è emerso che nel caso dell'Empolese e del Valdarno gli operatori forniscono informazioni e, se richiesto, spediscono la documentazione agli interessati. Nel Punto Insieme telefonico della Val di Cornia, invece, l'operatore rileva telefonicamente le segnalazioni qualora il familiare o l'anziano non autosufficiente non possa recarsi direttamente allo sportello.

I Punti Insieme telefonici garantiscono un orario di apertura più ampio rispetto ai presidi 'tradizionali'. Entrambi i Punti Insieme (Valdarno Inferiore-Empoli e Val di Cornia), infatti, erogano il servizio per 6 giorni alla settimana, valore questo decisamente più elevato rispetto al dato medio relativo alle zone indagate, pari a 2,1 giorni).

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 all'accesso e possibilità di raggiungere i presidi con mezzi pubblici e/o con mezzi privati. Già nella scorsa edizione questa dimensione è risultata fondamentale per garantire l'effettiva funzionalità dei Punti Insieme.

Per quanto riguarda la *localizzazione*, dei 178 Punti Insieme censiti in questa rilevazione, 169 (quasi il 95%) si trovano in zone centrali o comunque nei pressi di centri abitati; solo 9 (poco più del 5%) sono in aree periferiche (quali, ad esempio, zone commerciali, industriali ecc.). All'interno degli edifici, 124 Punti Insieme (oltre il 69%) si trovano al piano terra, 54 (il 30,3%) sono collocati ai piani superiori. Si ricorda che dei 71 Punti Insieme censiti nell'edizione 2012, 62 si trovavano in centro, 9 in periferia, 33 al piano terra e 38 ai piani superiori.

Tab. 2.4 - Localizzazione territoriale e ubicazione dei Punti Insieme censiti nel 2013. Valori assoluti e composizione percentuale.

	Punti Insieme	Valore percentuale
Localizzazione territoriale		
Centro	169	94,9
Periferia	9	5,1
<i>Totale</i>	<i>178</i>	<i>100,0</i>
Ubicazione		
Piano terra	124	69,7
Piani superiori	54	30,3
<i>Totale</i>	<i>178</i>	<i>100,0</i>

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

L'indagine rileva la presenza di barriere fisiche all'accesso nel 10,7% dei Punti Insieme (in termini assoluti, in 19 dei 178 presidi). Analoghe difficoltà di accesso sono state riscontrate anche in 12 dei 71 Punti insieme censiti nel 2012. In dettaglio, le barriere sono determinate dall'assenza di ascensore o di rampe di accesso.

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

Tab. 2.5 - Punti Insieme per presenza/assenza di barriere architettoniche. Valori assoluti e composizione percentuale, 2013.

	Punti Insieme	Valore percentuale
Si	19	10,7
No	159	89,3
<i>Totale</i>	<i>178</i>	<i>100,0</i>

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

Per quanto riguarda infine la *raggiungibilità*, quasi la totalità dei Punti Insieme si raggiunge con i mezzi privati ed è presente un parcheggio nelle vicinanze, dove è possibile lasciare l'auto. In genere si tratta di parcheggi a pagamento o dove è possibile la sosta con disco orario.

La percentuale di Punti Insieme raggiungibili con i mezzi pubblici si abbassa lievemente, ma si mantiene comunque su valori elevati (intorno al 91%).

In generale, la distanza dalla fermata più vicina è relativamente contenuta, non andando oltre i 200 metri (anche se si segnalano problemi soprattutto per le persone anziane).

Analogamente a quanto già riscontrato nella scorsa edizione, l'indagine evidenzia non tanto un problema di distanza fra la fermata e il presidio, quanto una più generale difficoltà di utilizzo dei trasporti locali, dovuta all'incompatibilità degli orari delle corse con gli orari di apertura al pubblico del Punto Insieme.

L'INFORMAZIONE DENTRO E FUORI I PUNTI INSIEME

Se i Punti Insieme devono garantire l'accesso al sistema dei Servizi, allora è fondamentale che abbiano la massima visibilità.

Un ruolo importante nel processo di comunicazione, diretto o mediato da servizi di segretariato sociale esterni ai servizi sociosanitari, in primis i patronati, è svolto dai siti istituzionali, sia quello della Regione Toscana che quello delle Società della Salute e/o delle Asl.

Le informazioni contenute all'interno del sito della Regione Toscana – all'indirizzo <http://regione.toscana.it/puntoinsieme> – hanno rappresentato il punto di partenza per la realizzazione della nostra rilevazione⁷.

⁷ Il confronto è stato effettuato con le informazioni presenti sul sito della Regione Toscana nell'ottobre 2013, quando è stata avviata la rilevazione sui Punti Insieme.

L'indagine nelle 23 zone-distretto della Toscana ha confermato quanto già evidenziato nella prima edizione del monitoraggio con riferimento alle prime dieci zone considerate, cioè che non sempre c'è corrispondenza tra le informazioni fornite a livello regionale e la situazione sul territorio.

Le difformità riscontrate sono di due tipi e riguardano da un lato l'esistenza dei presidi segnalati online, dall'altro i giorni e gli orari di apertura degli sportelli al pubblico.

In dettaglio, non sempre i Punti Insieme segnalati sul sito della Regione esistono ancora e talvolta ne sono stati istituiti di nuovi che non risultano. Un altro problema riscontrato riguarda la difformità fra giorni e orari di apertura segnalati sul sito della Regione e l'effettiva organizzazione dei servizi sul territorio.

Un altro canale importante per informare sulle modalità di accesso al sistema dei servizi e sui percorsi previsti per i cittadini non autosufficienti è rappresentato dai siti istituzionali locali. In merito, tutte le zone dispongono di un sito internet - quello della Società della Salute o quello della Asl - ma non è scontato che le informazioni sui Punti Insieme siano presenti o che abbiano una buona visibilità all'interno del sito.

Come sintetizzato nella tabella 2.6, in circa metà delle zone-distretto censite quest'anno (12 su 23), le informazioni sui Punti Insieme sono ben visibili: in home page (o con link ben segnalati) è spiegato in maniera dettagliata a cosa servono, dove sono, quando sono aperti. Ad eccezione della Valle del Serchio, dove non sono riportate, in tutti gli altri casi le informazioni sono contenute nel sito, ma hanno una collocazione tale da renderle non facilmente accessibili. Relativamente alle zone senior, rispetto alla situazione fotografata nella precedente indagine, la zona Pisana ha aggiornato il proprio sito internet e ad oggi le informazioni sui Punti Insieme risultano non solo presenti, ma anche di immediata visibilità. Per quanto riguarda, infine, la presenza e la disponibilità di materiale informativo all'interno dei Punti Insieme, l'indagine realizzata evidenzia che il materiale risulta disponibile nel 69,1% dei presidi territoriali.

In dettaglio, si tratta di totem informativi, opuscoli e brochure realizzati a livello locale o dalla Regione. Soltanto in sette delle 23 zone-distretto oggetto di indagine si rileva una situazione coerente, nel senso che il materiale informativo è disponibile o all'interno di tutti i presidi o in nessuno (nella scorsa edizione, in cinque zone su dieci era presente in tutti i presidi, in una zona in nessuno, in quattro zone solo in alcune sedi). In nessuno dei Punti Insieme dell'Alta Val d'Elsa e della Versilia era disponibile materiale informativo al momento in cui è stata realizzata l'indagine. Nell'Alta Val di Cecina, nella zona Aretina, nell'Empolese e nel Senese il materiale informativo è invece disponibile in tutti i Punti Insieme.

Più spesso (in 17 zone su 23), si riscontra una situazione eterogenea fra Punti Insieme che appartengono alla stessa zona e il materiale informativo è disponibile solo in alcuni presidi della zona-distretto.

Tab. 2.6 - Informazioni sui Punti Insieme sui siti istituzionali e disponibilità di materiale informativo nelle sedi, 2013.

Zona-distretto	Informazioni online	Materiale informativo
<i>Bassa Val di Cecina</i>	Sì	33**
Isola d'Elba	Non accessibile *	83
Livornese	Non accessibile	80
Val di Cornia	Non accessibile	67
<i>Piana di Lucca</i>	<i>Non accessibile</i>	-
Valle del Serchio	No	40
Versilia	Sì	-
Apuane	Non accessibile	100
<i>Lunigiana</i>	Sì	100**
Alta Val di Cecina	Sì	100
<i>Pisana</i>	<i>Si</i>	60**
Valdera	Sì	50
Valdarno Inferiore	Sì	60
Empolese	Sì	100
Fiorentina Nord Ovest	Sì	25
Fiorentina Sud Est	Sì	92
<i>Firenze</i>	<i>Si</i>	20**
Mugello	Non accessibile	83
<i>Valdinievole</i>	<i>Non accessibile</i>	100**
<i>Pratese</i>	<i>Non accessibile</i>	100**
Aretina	Non accessibile	100
Casentino	Non accessibile	85
<i>Valdarno</i>	<i>Si</i>	100**
Val di Chiana Aretina	Non accessibile	83
Valtiberina	Non accessibile	75
Alta Val d'Elsa	Sì	-
Amiata Val d'Orcia	Sì	40
Senese	Sì	100
<i>Valdichiana Senese</i>	<i>Si</i>	100**
Amiata Grossetana	Sì	25
Colline dell'Albegna	Non accessibile	88
Colline Metallifere	Sì	27
<i>Grossetana</i>	<i>Si</i>	67**

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

(*) La codifica "non accessibile" si riferisce a quelle situazioni in cui le informazioni sono presenti sul sito, ma non sono immediatamente visibili. (**) Il dato fotografa la situazione al 2012.

L'ATTENZIONE ALLA PERSONA E LA TUTELA DELLA RISERVATEZZA

L'indagine, dopo aver esplorato il grado di accessibilità dei Punti Insieme, si è soffermata ad analizzare il modo in cui viene curata la relazione con gli utenti, con riferimento all'attenzione prestata alla persona e alla tutela della privacy e della riservatezza di coloro che si rivolgono allo sportello.

Nel 91,6% dei Punti Insieme, la zona di attesa è separata da quella di ricevimento (163 casi su 178) e si riscontra un livello elevato di attenzione alla privacy degli utenti: in 167 Punti Insieme, infatti, sono presenti misure per tutelarne la riservatezza.

Questo risultato è in linea con quanto già riscontrato nell'edizione precedente, in cui quasi la totalità dei punti insieme (69 su 71) presentava entrambe le misure considerate.

La separazione fisica degli spazi di attesa da quelli in cui si svolgono i colloqui attraverso con stanze diverse dedicate è la forma di tutela della riservatezza più diffusa. Ove questo non è possibile, viene comunque segnalata la presenza di barriere di insonorizzazione, pannelli o comunque la predisposizione di modalità che garantiscono il rispetto della distanza di cortesia.

Tab. 2.7 - Punti Insieme per presenza di misure a tutela della privacy, 2013.

Misure considerate	Valore assoluto	Valore percentuale
Zona di attesa separata dalla zona ricevimento		
Sì	163	91,6
No	15	8,4
<i>Totale</i>	<i>178</i>	<i>100,0</i>
Presenza di misure per la tutela della privacy		
Sì	167	93,8
No	11	9,2
<i>Totale</i>	<i>178</i>	<i>100,0</i>

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

LE RISORSE UMANE DEDICATE⁸

L'ultima dimensione esplorata attraverso il questionario riguarda la dotazione dei Punti in termini di quantità e qualità delle risorse umane.

Per quanto riguarda la dimensione quantitativa, in 122 Punti Insieme (pari al 68,5%) è presente un solo operatore, in 40 (22,5%) sono presenti due operatori, in 11 (6,2%) tre operatori. In 5 Punti Insieme (2,8%) sono presenti quattro o più operatori. Dei 71 Punti Insieme scrutinati nel 2012, 34 presentavano un solo operatore, 19 ne avevano due, 10 ne avevano tre e i restanti 8 contavano da quattro a otto operatori.

⁸ Come abbiamo ricordato in apertura, i dati fotografano la situazione al momento della rilevazione (ottobre-dicembre 2013).

La maggior parte dei Punti Insieme presenta quindi una dotazione di risorse professionali limitata ad uno, massimo due operatori.

Occorre specificare che in numerosi presidi, il Punto Insieme costituisce sostanzialmente un'articolazione del servizio sociale (prevalentemente comunale), e non un servizio separato e dedicato. Analogamente, molta utenza si rivolge al Servizio sociale territoriale per richiedere informazioni e accesso ai servizi per anziani non autosufficienti, anche al di fuori degli orari di funzionamento dei Punti Insieme.

Tab. 2.8 - Punti Insieme per numero di operatori presenti⁹ (*). Valori assoluti e composizione percentuale, 2013.

Numero operatori	Punti Insieme	Valore percentuale
1 operatore	122	68,5
2 operatori	40	22,5
3 operatori	11	6,2
4 operatori e più	5	2,8
<i>Totale</i>	<i>178</i>	<i>100,0</i>
Dato medio	1,4	

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

Accanto alla dimensione quantitativa, l'indagine ha rilevato informazioni sul profilo professionale degli operatori impegnati nei Punti Insieme.

Dei 259 operatori presenti al momento dell'indagine, gli assistenti sociali sono 166 (il 64,1%). Il 17,4% degli operatori è rappresentato da personale amministrativo; segue il personale sanitario (infermieri e OS), che pesa per il 15,4%, e, infine, le altre tipologie, che coprono il 3,1% del totale. Per quanto riguarda questi ultimi, oltre ai volontari e ai lavoratori socialmente utili, si segnala in alcune zone-distretto il ricorso all'affidamento esterno del servizio (in genere a cooperative) e la presenza di profili quali educatori professionali e psicologi. Nella rilevazione precedente, i 146 operatori attivi nei punti insieme delle dieci zone considerate sono risultati per il 56,8% assistenti sociali (83 unità), per il 19,2% amministrativi (28 unità), per il 17,8% personale sanitario (26 unità), altre figure per le restanti 8 unità.

Tab. 2.9 - Operatori presenti nei Punti Insieme per profilo professionale. Valori assoluti e composizione percentuale, 2013.

Profili professionali	Valore assoluto	Valore percentuale
Assistenti sociali	166	64,1
Personale amministrativo	45	17,4
Personale sanitario (infermieri, OS ecc.)	40	15,4
Altro (es. volontari, lsu ecc.)	8	3,1
<i>Totale</i>	<i>259</i>	<i>100,0</i>

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

⁹ In alcune zone-distretto sono state adottate soluzioni organizzative che prevedono la presenza, in turnazione, di un pool di operatori. In questo caso il numero di operatori segnalato è stato tradotto in operatori 'teorici' in fase di compilazione del questionario.

Incrociando numero e tipologia di operatori, si evidenzia che il 78,7% dei Punti Insieme è mono-professionale, ovvero presenta un'unica tipologia di figura professionale tra quelle sopra richiamate. Nel 21% dei casi, invece, all'interno dei Punti convivono profili e competenze diverse.

Nelle dieci zone-distretto considerate nell'edizione precedente la situazione sembrava più equilibrata, con 34 Punti Insieme mono-professionali e 37 Punti Insieme multi-professionali.

Tab. 2.10 - Punti Insieme per composizione professionale. Valori assoluti e composizione percentuale, 2013.

	Valore assoluto	Valore percentuale
Mono-professionali	140	78,7
Multi-professionali	38	21,3
<i>Totale</i>	<i>178</i>	<i>100,0</i>

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

L'ultimo elemento su cui soffermare l'attenzione riguarda la formazione del personale impegnato nei Punti Insieme.

L'indagine ha rilevato un'attenzione alla formazione degli operatori piuttosto diffusa: in 140 Punti Insieme su 178 (78,7%), infatti, sono stati realizzati interventi formativi specifici per facilitare l'ascolto e l'accoglienza degli utenti.

Si rileva tuttavia come in un Punto Insieme su cinque tra quelli considerati dall'indagine non è stata realizzata alcuna formazione per gli operatori. Nell'edizione precedente del monitoraggio, solo in 6 Punti Insieme su 71 non era riscontrabile alcuna attività formativa.

Tab. 2.11 - Punti Insieme che hanno realizzato interventi formativi per i propri operatori. Valori assoluti e percentuali, 2013.

	Valore assoluto	Valore percentuale
Nessuna formazione	38	21,3
Formazione specifica (ascolto e accoglienza utenti)	140	78,7
<i>Totale</i>	<i>178</i>	<i>100,0</i>

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

Per quanto concerne il tipo di formazione, nel 45,7% dei Punti Insieme gli interventi formativi sono stati realizzati soltanto in fase di avvio del servizio; nel 54,3% dei casi, per contro, la formazione destinata agli operatori è permanente o ha previsto aggiornamenti periodici, analogamente a quanto riscontrato nelle dieci zone monitorate nel 2012.

Tab. 2.12 - Tipologia di formazione realizzata per gli operatori dei Punti Insieme. Valori assoluti e percentuali, 2013.

	Valore assoluto	Valore percentuale
Solo in fase di avvio del servizio	64	45,7
Formazione permanente e/o con aggiornamenti periodici	76	54,3
<i>Totale</i>	<i>140</i>	<i>100,0</i>

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

Capitolo 3

LE UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE E LA PRESA IN CARICO ORDINARIA

All'interno dell'architettura delineata dalla legge regionale sulla non autosufficienza l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) svolge un ruolo cruciale. La normativa regionale, infatti, prevede che il bisogno dei cittadini e dei loro familiari trovi accoglienza in un luogo deputato alla valutazione e alla predisposizione delle risposte necessarie. Secondo quanto previsto dall'art. 11 della legge regionale n. 66 del 2008, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare ha come compiti la *valutazione* del bisogno del richiedente e la verifica dell'esistenza delle condizioni per l'attivazione del fondo; la definizione e la condivisione del *piano di assistenza personalizzato* con l'interessato e i suoi familiari e la verifica degli obiettivi ivi contenuti, procedendo, se necessario, alla rivalutazione delle condizioni di bisogno.

Dopo aver indagato i Punti Insieme, la ricerca si è focalizzata sulle caratteristiche e sulle performance delle Unità di Valutazione Multidisciplinari presenti nelle zone-distretto oggetto dell'indagine¹⁰.

Nei primi mesi del 2014 è stato somministrato ai responsabili delle Unità di Valutazione un questionario che ha indagato la genesi, le caratteristiche strutturali e le modalità di funzionamento delle UVM. I risultati sono presentati nelle pagine che seguono. Anche questa volta, come nel precedente Rapporto, abbiamo scelto di utilizzare come chiave di lettura dei dati il confronto territoriale, con la consapevolezza che le differenze che emergono devono essere lette tenendo conto delle diversità esistenti fra le zone in termini di composizione socio-demografica, domanda potenziale ed effettiva di assistenza e di accesso al sistema dei Servizi e, ultimo ma non meno importante, degli assetti organizzativi e gestionali.

L'ISTITUZIONE DELLE UVM

Nei casi in cui l'informazione è stata rilevata, le UVM delle zone-distretto che hanno partecipato all'indagine sono state istituite nell'ambito di un intervallo compreso fra il 2006 (Grossetana) e il 2014 (zona Aretina), andando spesso oltre i tempi di attuazione previsti dalla legge regionale.

Per quanto riguarda il tipo di atto istitutivo, la legge regionale n. 66 del 2008, all'articolo 11 secondo comma, stabilisce che "la UVM è costituita con atto del responsabile di zona di cui all'art. 10, comma 2, sulla base delle competenze previste

¹⁰ Non hanno partecipato alla seconda e alla terza fase di rilevazione (UVM e presa in carico 'non ordinaria') le zone-distretto dell'Isola d'Elba, di Empoli e Senese. Si ricorda, inoltre, che la zona-distretto Pistoiese non ha partecipato a nessuna fase dell'indagine.

dall'articolo 64 della l.r. 40/2005". Come si vede dalla tabella 3.1, laddove indicato, l'UVM è stata istituita in quasi tutte le zone considerate dal Direttore della Società della Salute/dal Responsabile di zona, ad eccezione di alcuni casi, in cui l'atto istitutivo e le successive modifiche sono state adottate dalla Giunta esecutiva della Sds (Amiata Grossetana) o dal Direttore Generale dell'azienda sanitaria locale.

Tab. 3.1 - UVM per tipo di atto e data di istituzione, 2014.

Zona-distretto	Data di istituzione	Tipo di atto
<i>Bassa Val di Cecina</i>	2009	<i>Atto Responsabile di zona</i>
Isola d'Elba	n.d.	n.d.
Livornese	n.d.	n.d.
Val Di Cornia	n.d.	n.d.
Piana di Lucca	2009	Delibera Direttore Generale ASL
Valle Del Serchio	n.d.	n.d.
Versilia	2013	Delibera Società della Salute
Apuane	n.d.	n.d.
<i>Lunigiana</i>	2009	<i>Delibera Giunta Società della Salute</i>
Alta Val Di Cecina	2010	Delibera Direttore Generale ASL.
<i>Pisana</i>	2009	<i>Atto Direttore Società della Salute</i>
Valdarno Inferiore	n.d.	n.d.
Val d'Era	n.d.	n.d.
Empolese	n.d.	n.d.
Fiorentina Nord Ovest	2009	<i>Atto Direttore Società della Salute</i>
Fiorentina Sud Est	2010	n.d.
<i>Firenze</i>	2009	<i>Atto Direttore Società della Salute</i>
Mugello	2006	Delibera Giunta Società della Salute
Pistoiese	n.d.	n.d.
<i>Valdinievole</i>	2009	<i>Atto Direttore Società della Salute</i>
<i>Pratese</i>	2009	<i>Delibera Giunta Società della Salute</i>
Aretina	2014	Atto Responsabile di zona
Casentino	2011	Atto Direttore Società della Salute
<i>Valdarno</i>	2009	<i>Atto Responsabile di zona</i>
Val Di Chiana Aretina	2012	Atto Responsabile di zona
Valtiberina	2010	Atto Responsabile di zona
Alta Val d'Elsa	2013	Delibera Direttore generale ASL.
Amiata Val d'Orcia	n.d.	n.d.
Senese	n.d.	n.d.
<i>Val di Chiana senese</i>	2009	<i>Delibera Direttore generale ASL</i>
Amiata Grossetana	2009	Delibera Giunta Società della Salute
Colline Albegna	2007	Delibera
Colline Metallifere	n.d.	n.d.
<i>Grossetana</i>	2006	<i>Delibera Direttore Generale ASL.</i>

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

LA COMPOSIZIONE DELLE UVM

La normativa regionale – all’articolo 11 comma 1 – stabilisce la composizione minima dell’Unità di valutazione multidisciplinare, prevedendo la partecipazione alle attività di un medico di distretto, di un assistente sociale e di un infermiere professionale. Il responsabile di zona deve assegnare il coordinamento dell’Unità di valutazione ad uno dei membri (art. 11, comma 3).

Il quadro relativo alle zone-distretto oggetto dell’indagine realizzata nel biennio 2013-2014 è sintetizzato nella tabella 3.2: in 13 delle 20 zone distretto, la responsabilità dell’UVM è affidata ad un medico; in quattro zone è incaricato l’assistente sociale: nella zona Livornese, in Alta Val di Cecina, in Val d’Era e in Alta Val d’Elsa. Val di Cornia e Amiata Val d’Orcia, infine, non hanno indicato la qualifica professionale del responsabile.

Per quanto riguarda la *specializzazione dei medici* presenti all’interno delle UVM, si rileva da un lato la presenza di specializzazioni in medicina territoriale, di comunità e igiene pubblica; dall’altro la presenza tutt’altro che marginale di zone-distretto – Val di Cornia, Mugello, Valdichiana Aretina e Colline dell’Albegna – in cui il medico responsabile dell’UVM è un geriatra e, dunque, ha una specializzazione attinente alle tematiche della non autosufficienza¹¹. Questo aspetto era già stato rilevato nella prima edizione del monitoraggio, quando nelle dieci zone considerate solo uno dei 9 medici responsabili di UVM risultava avere una specializzazione in geriatria.

Tab. 3.2 - Qualifica professionale del Responsabile dell’UVM per zona distretto, 2013.

Zona-distretto	Qualifica	Specializzazione
Livornese	Assistente Sociale	-
Val di Cornia	Medico	Geriatra
Valle del Serchio	Medico	Igiene e Sanità Pubblica
Versilia	Medico	Igiene e medicina preventiva
Apuane	n.d.*	n.d.
Alta Val di Cecina	Assistente Sociale	-
Val d’Era	Assistente Sociale	-
Valdarno Inferiore	Medico	Medicina di base e organizzazione servizi sanitari di base
Fiorentina Nord Ovest	Medico	Geriatra
Fiorentina Sud Est	Medico	Medico chirurgo
Mugello	Medico	Geriatra
Aretina	Medico	Attività sanitaria di comunità
Casentino	Medico	Attività sanitaria di comunità

¹¹ Il Progetto per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente (DGRT n. 370 del 2010) individua nel geriatra una figura professionale fondamentale per la presa in carico della persona anziana: il geriatra “è in grado di orientare e facilitare la valutazione multidimensionale e di garantire l’inquadramento complessivo delle condizioni di bisogno attraverso la definizione delle reciproche relazioni di tutte queste variabili”, tanto da prevedere che “è necessario che in ogni Azienda USL sia attivata una struttura organizzativa di Geriatria, che possa esplicare la propria funzione di raccordo fra Ospedale e Territorio”.

Zona-distretto	Qualifica	Specializzazione
Valdichiana Aretina	Medico	Igiene e sanità pubblica
Valtiberina	Medico	n.d.
Alta Val d'Elsa	Assistente Sociale	-
Amiata Val d'Orcia	n.d.	n.d.
Amiata Grossetana	Medico	n.d.
Colline Albegna	Medico	Geriatra
Colline Metallifere	Medico	n.d.

*Nella zona il responsabile dell'UVM coincide con il responsabile di zona-distretto, ma non ne è indicata la qualifica.

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

Relativamente alla *composizione dell'UVM*, la normativa regionale stabilisce che “la UVM è di volta in volta integrata dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione” e prevede che “in relazione ai casi in esame, è inoltre integrata dalle professionalità specialistiche, sociali e sanitarie, e dagli operatori coinvolti nella valutazione che sono ritenuti necessari; la UVM può ascoltare, su richiesta, le persone oggetto della valutazione o i loro familiari e riceverne memorie scritte”.

Nell'ambito delle possibilità offerte dalle prescrizioni regionali e nel rispetto degli standard minimi di composizione, le scelte operative effettuate nelle zone-distretto sono assai diverse fra loro, per qualità e quantità del ricorso alle componenti ‘facoltative’. L'eterogeneità emersa nella prima edizione del monitoraggio è confermata anche nell'estensione dell'indagine alle restanti zone-distretto in cui si articola la regione.

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

Il grado di partecipazione è parametrato per valori numerici: 0 corrisponde a mai; 1 a raramente; 2 a talvolta; 3 a spesso; 4 a sempre. La disponibilità delle informazioni aggiornate relative alle zone senior consente di avere la fotografia completa e aggiornata della nostra regione.

Il quadro che emerge dall'indagine evidenzia come, nell'ambito delle prescrizioni regionali, le zone abbiano fatto scelte e adottato modalità di funzionamento diverse fra loro: alcune UVM hanno strutture leggere, altre possono contare sul contributo di una maggiore varietà di figure professionali.

Il medico di medicina generale è sempre presente, anche se l'intensità della sua partecipazione alle attività varia in maniera sensibile fra una zona e l'altra: partecipa ‘sempre’ alle attività di valutazione in Versilia, nelle Apuane, in Valtiberina; ‘spesso’ in Bassa Val di Cecina, Lunigiana, Grossetana, Val di Cornia, in Valdichiana Aretina, nell'Amiata Grossetana, nelle Colline Metallifere; ‘talvolta’ nella zona della Piana di Lucca, della Valle del Serchio, nella zona Pisana, in Alta Val di Cecina, in Val d'Era, nel Valdarno Inferiore, nella Fiorentina Nord-Ovest, nella zona Aretina, in Casentino, nell'Amiata Val d'Orcia, nelle Colline dell'Albegna, nella zona Pratese; ‘raramente’ nella zona Livornese, nella Fiorentina Sud-Est, nel Mugello, nella zona

di Firenze, in Valdinievole, nel Valdarno, in Valdichiana Senese; non partecipa 'mai' alle attività di valutazione dell'UVM in Alta Val d'Elsa.

Le differenze nella presenza e nell'intensità di partecipazione riguardano anche gli altri professionisti: il geriatra partecipa 'sempre' alle attività dell'UVM in Versilia, in Lunigiana e, come abbiamo precedentemente osservato, è il responsabile dell'UVM in Val di Cornia, nella Fiorentina Nord-Ovest, nel Mugello e nelle Colline dell'Albegna; partecipa 'spesso' in Bassa Val di Cecina, nella zona Livornese e in Valdichiana Aretina, 'talvolta' a Firenze, in Alta Val di Cecina, nel Valdarno Inferiore, in Valtiberina e nelle Colline Metallifere.

Le altre figure che sono coinvolte nelle attività dell'UVM, seppure con diverso grado di partecipazione a seconda delle diverse zone-distretto, sono lo psichiatra e il neurologo. Il primo viene coinvolto nelle attività di valutazione dalle UVM di 17 zone-distretto; il secondo nelle attività di 11 zone.

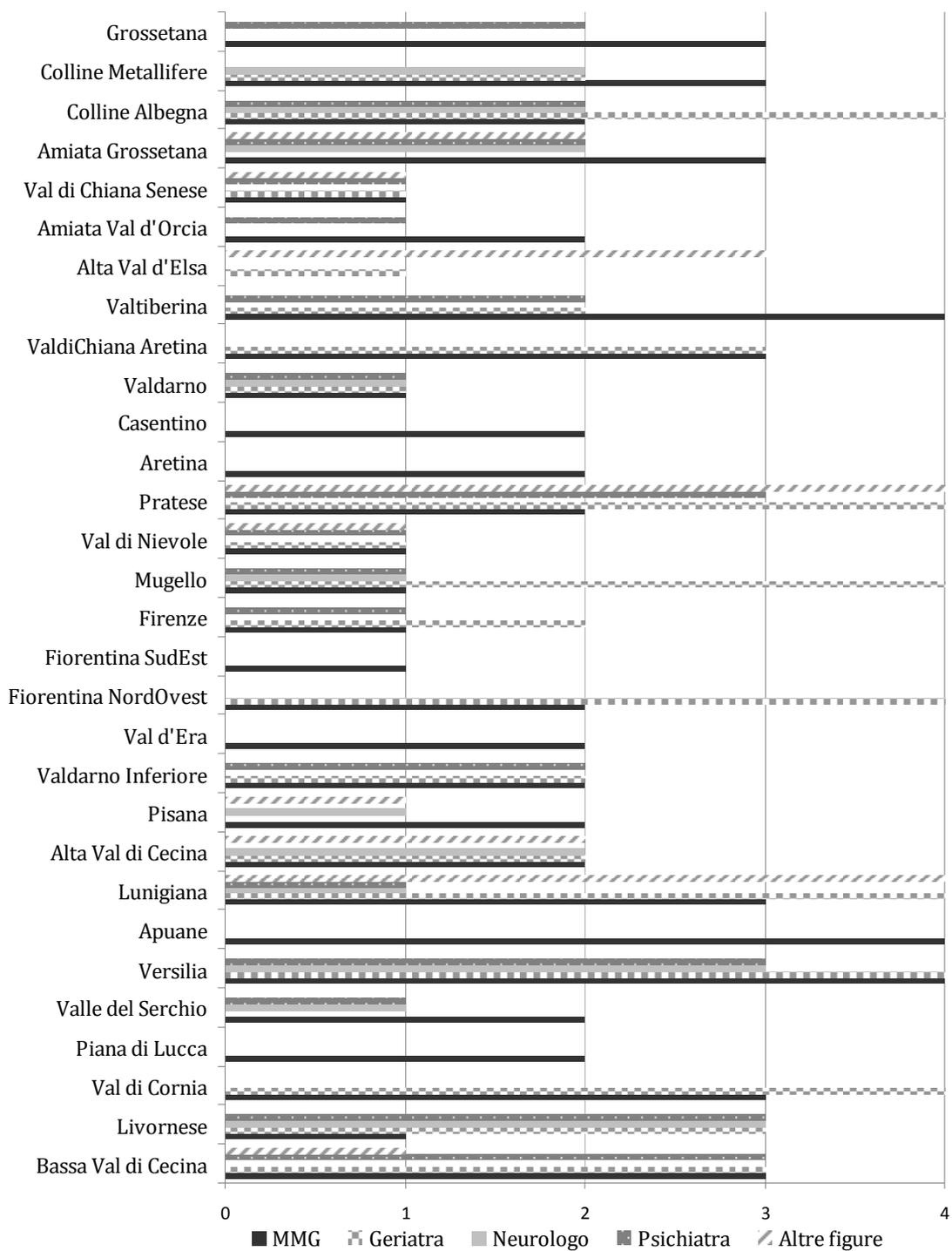
In 9 zone-distretto, infine, l'UVM, per lo svolgimento del proprio lavoro, è integrata da altre figure professionali: fisioterapisti, fisiatristi, personale amministrativo, assistenti sociali territoriali. In Alta Val di Cecina, l'UVM si avvale di personale amministrativo e della collaborazione degli assistenti sociali dei presidi; nel Valdarno Inferiore del fisioterapista; nella Fiorentina Sud-Est degli assistenti sociali territoriali; in Alta Val d'Elsa del fisioterapista.

Un altro elemento interessante da mettere in evidenza riguarda il diverso grado di *coinvolgimento e di partecipazione dei familiari* alle attività dell'UVM. In merito, la legge regionale assume una concezione di partecipazione dei familiari abbastanza circoscritta, poiché prevede che l'UVM possa "ascoltare, su richiesta, le persone oggetto della valutazione o i loro familiari e riceverne memorie scritte" (art. 11, co. 2). La singola Unità di valutazione, in base alla specificità del singolo caso, è quindi tendenzialmente autonoma nel determinare concretamente il livello di coinvolgimento del paziente e dei familiari.

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

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

Fig. 3.1 - Presenza e partecipazione dei componenti aggiuntivi (*) nelle UVM nelle zone-distretto, 2013.

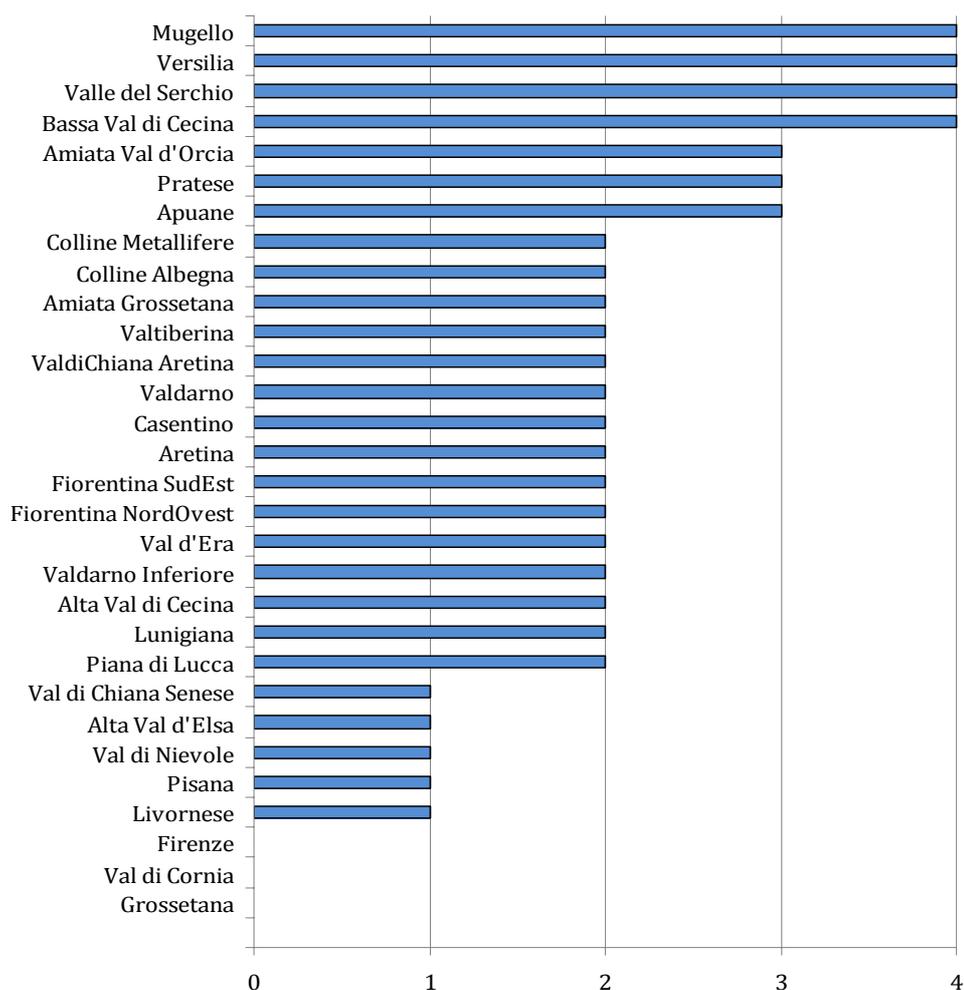


Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2014.

(*) Il Responsabile UVM in Val di Cornia, nella Fiorentina Nord Ovest, nel Mugello e nella zona delle Colline dell'Albegna è un medico geriatra.

I risultati relativi al livello di coinvolgimento dei familiari nelle attività delle Unità di Valutazione sono riportati nella figura 3.2. Anche in questo caso il grado di partecipazione rilevato nelle zone-distretto oggetto di indagine è parametrato per valori numerici: 0 corrisponde a mai; 1 a raramente; 2 a talvolta; 3 a spesso; 4 a sempre. I familiari sono 'sempre' presenti in Mugello, in Versilia, nella Valle del Serchio e in Bassa Val di Cecina; partecipano 'spesso' nella zona Pratese, nell'Amiata Val d'Orcia e nella zona delle Apuane; 'talvolta' nelle Colline Metallifere, nelle Colline dell'Albegna, nell'Amiata Grossetana, in Valtiberina, in Valdichiana Aretina, nel Valdarno, in Casentino, nella zona Aretina, nella Fiorentina Sud-Est, nella Fiorentina Nord-Ovest, nel Valdarno Inferiore, in Val d'Era, in Alta Val di Cecina, in Lunigiana e nella Piana di Lucca. I familiari partecipano raramente alle attività dell'Unità di valutazione in Valdichiana Senese, in Valdinievole, nella zona Pisana, nell'Alta Val d'Elsa e nella zona Livornese. Da segnalare, infine, che nelle zone di Firenze, Grossetana e Val di Cornia non si rileva coinvolgimento dell'interessato e/o dei familiari da parte dell'UVM.

Fig. 3.2 - Partecipazione dei familiari alle attività dell'UVM delle zone-distretto, 2013.



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

L'ATTIVITÀ DELLE UVM

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

In tabella 3.3 è fotografata la situazione nelle 20 zone-distretto coinvolte nel monitoraggio 2013-2014 e la situazione nelle zone senior è aggiornata rispetto alla precedente indagine.

In primo luogo, considerando i valori medi relativi alle zone-distretto oggetto di indagine, i professionisti più impegnati all'interno delle UVM sono gli assistenti sociali (19,9 ore settimanali); seguono gli infermieri (17,5 ore settimanali) e, infine, i medici (15,6 ore settimanali). Tuttavia, possiamo osservare come l'intervallo sia piuttosto contenuto – 19,9 ore l'estremo superiore, 15,6 ore l'estremo inferiore – e le differenze non siano particolarmente significative.

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

Come si rileva dal prospetto, l'equivalenza nell'impegno orario delle tre tipologie professionali impegnate nell'attività di rilevazione si registra in Più della metà delle zone-distretto (18 su 30) e interessa la Bassa Val di Cecina (18 ore), la Lunigiana (10 ore), la Pisana (12 ore), la zona Livornese (15 ore), la Valle del Serchio (12 ore), la Versilia (7 ore), l'Alta Val di Cecina (3 ore), la Val d'Era (6 ore), il Valdarno Inferiore (6 ore), Firenze (47,5 ore), il Mugello (13 ore), la zona Pratese (22 ore), la zona Aretina (6 ore), la Valdichiana Aretina (12 ore), il Valdarno (24 ore), la Valtiberina (12 ore), l'Amiata Grossetana (4 ore), le Colline dell'Albegna (3 ore).

Nelle altre zone il numero di ore dedicate alle attività valutative nelle UVM da parte dei tre professionisti non è omogeneo. In Val di Cornia, nella Piana di Lucca, in Alta Val d'Elsa e nell'Amiata Val d'Orcia, si osserva una polarizzazione sulla figura degli assistenti sociali, che risultano impegnati per una quantità di ore significativamente superiore a quelle degli altri professionisti. Nella zona delle Apuane e nella Fiorentina Nord-Ovest, le ore dedicate alle attività valutative sono sbilanciate verso la figura professionale dell'infermiere.

Un ultimo elemento da mettere in evidenza riguarda il numero di ore complessive di lavoro delle UVM, ottenuto sommando i valori dedicati dai singoli professionisti, che varia sensibilmente fra una zona e l'altra. Se, in media, le ore di lavoro settimanali sono 50, le zone-distretto che si collocano al di sopra della media sono l'Alta Val d'Elsa (140 ore), Firenze (112,5), la Fiorentina Sud-Est, Valdinievole, Valdichiana Senese, Grossetana (110 ore), Piana di Lucca e Valdarno (72 ore), la Val di Cornia (94 ore), la Fiorentina Nord-Ovest (74 ore) e la Pratese (66 ore). La zona della Bassa Val di Cecina (54 ore) è in linea con il dato medio; tutte le altre si collocano al di sotto. Il valore più contenuto si registra nell'Amiata Grossetana (12 ore),

nella zona-distretto dell'Alta Val di Cecina e delle Colline dell'Albegna (in entrambi i casi, le ore dedicate all'attività valutativa sono 9 per settimana).

Tab. 3.3 - Numero di ore settimanali dedicate dai componenti delle UVM e ore totali, 2013.

Zona-distretto	Assistente sociale	Infermiere	Medico	Totale ore UVM
<i>Bassa Val di Cecina</i>	18	18	18	54
Livornese	15	15	15	45
Val di Cornia	60	20	14	94
<i>Piana di Lucca</i>	36	24	12	72
Valle del Serchio	12	12	12	36
Versilia	7	7	7	21
Apuane	13	17	12	42
<i>Lunigiana</i>	10	10	10	30
Alta Val di Cecina	3	3	3	9
<i>Pisana</i>	12	12	12	36
Val d'Era	6	6	6	18
Valdarno Inferiore	6	6	6	18
Fiorentina Nord-Ovest	18	38	18	74
Fiorentina Sud-Est	36	36	38	110
<i>Firenze(*)</i>	37,5	37,5	37,5	112,5
Mugello	13	13	13	39
<i>Valdinievole</i>	36	36	38	110
<i>Pratese</i>	22	22	22	66
Aretina	6	6	6	18
Casentino	6	4	6	16
<i>Valdarno</i>	24	24	24	72
Valdichiana Aretina	6	6	6	18
Valtiberina	12	12	12	36
Alta Val d'Elsa	75	40	25	140
Amiata Val d'Orcia	18	12	6	36
<i>Valdichiana Senese</i>	6	6	6	18
Amiata Grossetana	4	4	4	12
Colline Albegna	3	3	3	9
Colline Metallifere	10	10	7	27
<i>Grossetana</i>	36	36	38	110
<i>Dato medio</i>	18,9	16,5	14,6	50,0

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

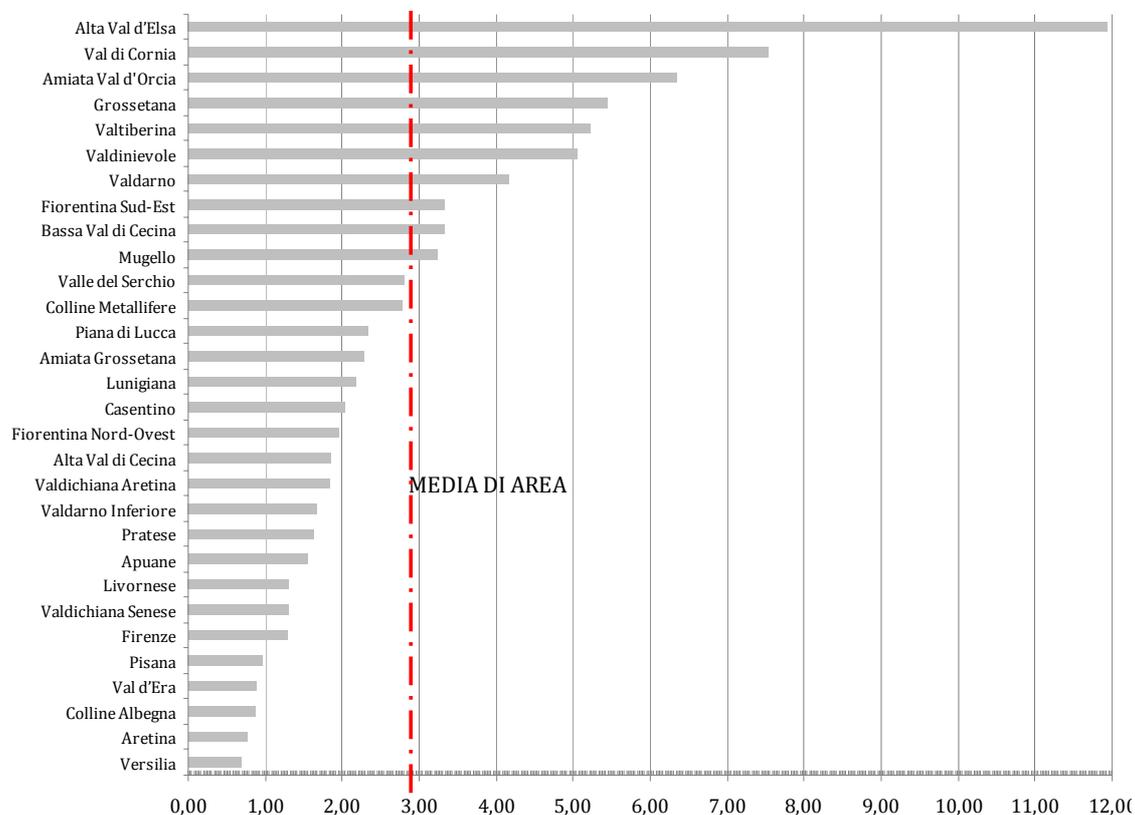
(*) Il dato è una media delle ore segnalate nel primo semestre (45) e nel secondo semestre (30).

Per comprendere a pieno le differenze, tuttavia, occorre relativizzare il dato che, naturalmente, risente delle dimensioni della domanda di assistenza che si rivolge ai servizi e dal numero di casi da trattare. Al fine di ridurre l'influenza determinata

dalla diversa pressione esercitata sui servizi dalla componente socio-demografica, è stato costruito un indicatore che misura, seppure in maniera approssimativa, il carico di lavoro delle UVM, ottenuto rapportando le ore di lavoro alla popolazione anziana non autosufficiente presente nella zona-distretto (e moltiplicando per 100). L'indicatore così costruito consente di approssimare il tempo 'teorico' che l'UVM potrebbe dedicare ad ogni potenziale utente.

Il carico di lavoro teorico delle UVM nelle zone-distretto oggetto dell'indagine è sintetizzato nella figura 3.3, che evidenzia come le differenze fra le zone siano piuttosto consistenti. A fronte di un dato medio pari a 2,9 i valori più elevati si osservano in Alta Val d'Elsa (11,9), in Val di Cornia (7,5), nell'Amiata Val d'Orcia (6,4) e in Valtiberina (5,2). Chiudono la graduatoria le Colline dell'Albegna (0,9), la zona Aretina (0,8) e la Versilia (0,7).

Fig. 3.3 - Ore lavoro delle UVM nelle zone-distretto per popolazione non autosufficiente anziana residente, 2013.



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

Per quanto riguarda le modalità di lavoro, un po' più della metà delle UVM si riunisce con cadenza settimanale (11 su 20). Otto UVM si riuniscono più volte alla settimana, talvolta due volte e, in alcuni casi, addirittura tre. L'UVM del Casentino, infine, si riunisce al bisogno. I dati sono coerenti con quanto già riscontrato nella prima edizione del monitoraggio con riferimento alle prime dieci zone considerate: in quel caso in 9 casi su 10 l'UVM risultava riunirsi settimanalmente, in una zona le sessioni di lavoro avvenivano al bisogno.

Tab. 3.4 - Con quale cadenza si riunisce l'UVM? Dati relativi al 2013.

Zona-distretto	Cadenza
Livornese	Più volte a settimana
Val di Cornia	Ogni settimana
Valle del Serchio	Più volte a settimana
Versilia	Più volte a settimana
Apuane	Ogni settimana
Alta Val di Cecina	Ogni settimana
Val d'Era	Ogni settimana
Valdarno Inferiore	Ogni settimana
Fiorentina Nord Ovest	Più volte a settimana
Fiorentina Sud Est	Più volte a settimana
Mugello	Più volte a settimana
Aretina	Ogni settimana
Casentino	Al bisogno
Valdichiana Aretina	Più volte a settimana
Valtiberina	Più volte a settimana
Alta Val d'Elsa	Ogni settimana
Amiata Val d'Orcia	Ogni settimana
Amiata Grossetana	Ogni settimana

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

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. A questo scopo è stato chiesto agli intervistati di classificare le voci proposte secondo una scala di frequenza composta da valori da uno a cinque, dove 1 indica la fonte più frequente e 5 quella meno frequente.

L'indagine evidenzia che le domande hanno in genere una provenienza molto ampia (Tab. 3.5). Se, infatti, si esclude il caso del Mugello, dove le domande provengono esclusivamente dal Punto Insieme, nelle altre zone si osserva una distribuzione piuttosto diversificata tra i diversi canali di accesso.

Facendo una media relativa alla situazione rilevata nelle venti zone-distretto (si veda, in proposito, l'ultima riga del prospetto contenuto in Tab. 3.5), si può osservare che le domande provengono soprattutto dal Punto Insieme che mediamente, in una scala da 1= fonte più frequente a 5=fonte meno frequente, ottiene un punteggio pari a 2,0; seguono gli altri canali (2,1), il Servizio sociale (2,3), l'Ospedale (2,6) e, per ultimo, il medico di medicina generale (3,0). Per quanto concerne le altre fonti, sono segnalati gli altri servizi, gli infermieri e i caregiver.

Anche in questo caso, tuttavia, il dato medio relativo all'insieme delle zone non dice molto delle specificità locali e, come si evince dal prospetto (Tab. 3.5), le differenze fra una zona e l'altra sono particolarmente significative. Da un lato, non tutti gli attori considerati risultano attivi nelle zone-distretto indagate: nel Mugello, ad

esempio, le domande provengono esclusivamente dai Punti Insieme; nel Valdarno Inferiore, nessuna domanda rivolta all'UVM ha come fonte di provenienza il medico di medicina generale.

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 14 delle venti zone-distretto. Il Servizio sociale è al primo posto in 5 delle 20 zone-distretto, in due casi condividendo la prima posizione con il Punto Insieme (Livornese e Val di Cornia). L'Ospedale occupa la prima posizione in graduatoria nella zona-distretto delle Apuane, nella zona Aretina, in Valdichiana Aretina e nelle Colline dell'Albegna. Nella zona dell'Amiata Grossetana, il canale più frequente di provenienza delle domande sono i conoscenti, segnalati nella voce altro.

Infine, si rileva come ovunque il medico di medicina generale sia una delle fonti meno significative di attivazione delle UVM: ad eccezione della Val di Cornia, della zona Aretina, della Valdichiana Aretina e delle Colline dell'Albegna, dove occupa la seconda posizione in graduatoria, si colloca sempre fra il terzo e il quinto posto.

Tab. 3.5 - Fonte e frequenza di provenienza delle domande alle UVM delle zone-distretto, 2013.

Zona-distretto	Punto Insieme	Servizio sociale	Medico medicina generale	Ospedale	Altro
Livornese	1	1	3	2	-
Val di Cornia	5	4	2	3	2
Valle del Serchio	1	1	4	5	4
Versilia	1	3	3	2	-
Apuane	1	3	3	1	-
Alta Val di Cecina	1	2	3	4	5
Val d'Era	2	2	3	2	-
Valdarno Inferiore	1	2		3	3
Fiorentina Nord-Ovest	1	1	5	4	-
Fiorentina Sud-Est	1	2	5	4	4
Mugello	1				
Aretina	1	3	2	1	5
Casentino	1	1	5	3	-
Valdichiana Aretina	5	5	2	1	-
Valtiberina	5	3	3	5	4
Alta Val d'Elsa	1	3	5	2	4
Amiata Val d'Orcia	1	1	4	3	-
Amiata Grossetana	5	2	3	4	1
Colline Albegna	3	4	2	1	5
Colline Metallifere	1	3	3	2	5
<i>Dato medio</i>	<i>2,0</i>	<i>2,4</i>	<i>3,3</i>	<i>2,7</i>	<i>3,8</i>

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

I dati del 2012, relativi alle dieci zone-distretto oggetto della fase sperimentale di monitoraggio, mostravano già una forte diversità territoriale: nella metà delle zone il Punto Insieme risultava la fonte principale di domande di valutazione, spesso affiancato dal Servizio sociale; l'ospedale era considerato tra le principali fonti di provenienza delle domande in 8 zone su 10 (la principale, in due delle 8 zone citate). Infine, per quanto riguarda il medico di medicina generale, in una sola delle dieci zone risultava essere una fonte rilevante di provenienza delle domande, a fronte di scarse indicazioni da parte delle altre zone.

LE RISPOSTE AI BISOGNI: ISTANZE VALUTATE, PIANI DI ASSISTENZA REALIZZATI, INTERVENTI EROGATI

L'indagine sulle Unità di Valutazione, infine, si è soffermata ad esplorare la quantità e la tipologia di risposte ai bisogni, raccogliendo informazioni sul numero delle istanze valutate, sui piani di assistenza (PAP) realizzati e, infine, sul numero e sulla tipologia di interventi proposti in risposta ai bisogni degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie.

Il quadro presentato nel paragrafo si fonda sui dati relativi al 2012 e al 2013 anche se non tutte le zone sono state in grado di fornire le informazioni.

La tabella 3.6 contiene, salvo diversa indicazione, le istanze valutate dalle UVM nel biennio in termini di primi accessi: il dato è misurato come valore assoluto e parametrato alla popolazione anziana non autosufficiente. L'indicatore così calcolato approssima la capacità di 'emersione' della domanda di assistenza espressa dagli anziani non autosufficienti e dalle loro famiglie.

La domanda che si rivolge ai servizi varia in maniera considerevole da una zona all'altra: a fronte di un valore medio di casi valutati nel corso del 2013 pari a 359, il campo di variazione è compreso fra i 74 casi dell'Amiata Grossetana e gli oltre 1.000 della Versilia e della Fiorentina Nord Ovest. Nel 2012 il dato più basso è registrato nelle Colline Metallifere (90 istanze), il più alto in Versilia (1.024).

Considerando il rapporto fra istanze e domanda potenziale di accesso ai servizi, il dato medio si attesta a 22,6 nel 2012 e a 22,0 nel 2013. Nel 2013, il valore più contenuto si registra sulle Colline Metallifere (11,4), quello più elevato nella zona-distretto delle Colline dell'Albegna (45,9).

Tab. 3.6 - Numero di istanze (primi accessi). Valori assoluti e incidenza su popolazione anziana non autosufficiente, 2012 e 2013.

Zona-distretto	Numero istanze		Numero istanze/anziani non autosufficienti residenti (*100)	
	2012	2013	2012	2013
Livornese	609	577	17,8	16,9
Val di Cornia	n.d.	n.d.	-	-
Valle del Serchio	389	369	30,2	28,6
Versilia	1.024	791*	33,9	33,9
Apuane	363	379	13,4	14,0

Zona-distretto	Numero istanze		Numero istanze/anziani non autosufficienti residenti (*100)	
	2012	2013	2012	2013
Alta Val di Cecina	117	106	24,0	21,7
Val d'Era	n.d.	n.d.	-	-
Valdarno Inferiore	n.d.	n.d.	-	-
Fiorentina Nord Ovest	910	1.030	23,9	27,1
Fiorentina Sud Est	n.d.	n.d.	-	-
Mugello	241	224	20,0	18,6
Aretina	461	527	19,4	22,2
Casentino	211	282	26,8	35,9
Valdichiana Aretina	212	252	21,5	25,6
Valtiberina	136	n.d.	19,7	-
Alta Val d'Elsa	244	261	20,8	22,3
Amiata Val d'Orcia	n.d.	102**	-	18,0
Amiata Grossetana	106	74	20,1	14,0
Colline Albegna	421	480	40,3	45,9
Colline Metallifere	90	111	9,2	11,4
<i>Dato medio</i>	369	359	22,6	19,1

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

(*) dato gennaio-settembre (**) dato gennaio-novembre.

La tabella 3.7 riporta il numero di Piani di assistenza personalizzati elaborati nel corso del 2012 nelle 20 zone-distretto coinvolte in questa edizione e nelle dieci zone coinvolte precedentemente, che hanno aggiornato le informazioni al 2012. In media, i piani realizzati sono stati 729, con valori compresi fra i 79 dell'Amiata Grossetana e i 2.375 di Firenze.

Per permettere il confronto tra le zone, il dato è stato parametrato alla popolazione non autosufficiente residente. Tale operazione consente di avere una misura approssimativa del livello di risposta delle zone ai bisogni della popolazione anziana non autosufficiente residente. I valori più elevati si registrano nella zona Aretina (72,1) e nelle Colline dell'Albegna (76,6). Chiudono la graduatoria la zona delle Apuane (10,5) e l'Amiata Grossetano (14,9).

Tab. 3.7 - Numero di piani di assistenza personalizzati (PAP) realizzati nel 2012. Valori assoluti e incidenza su popolazione anziana non autosufficiente.

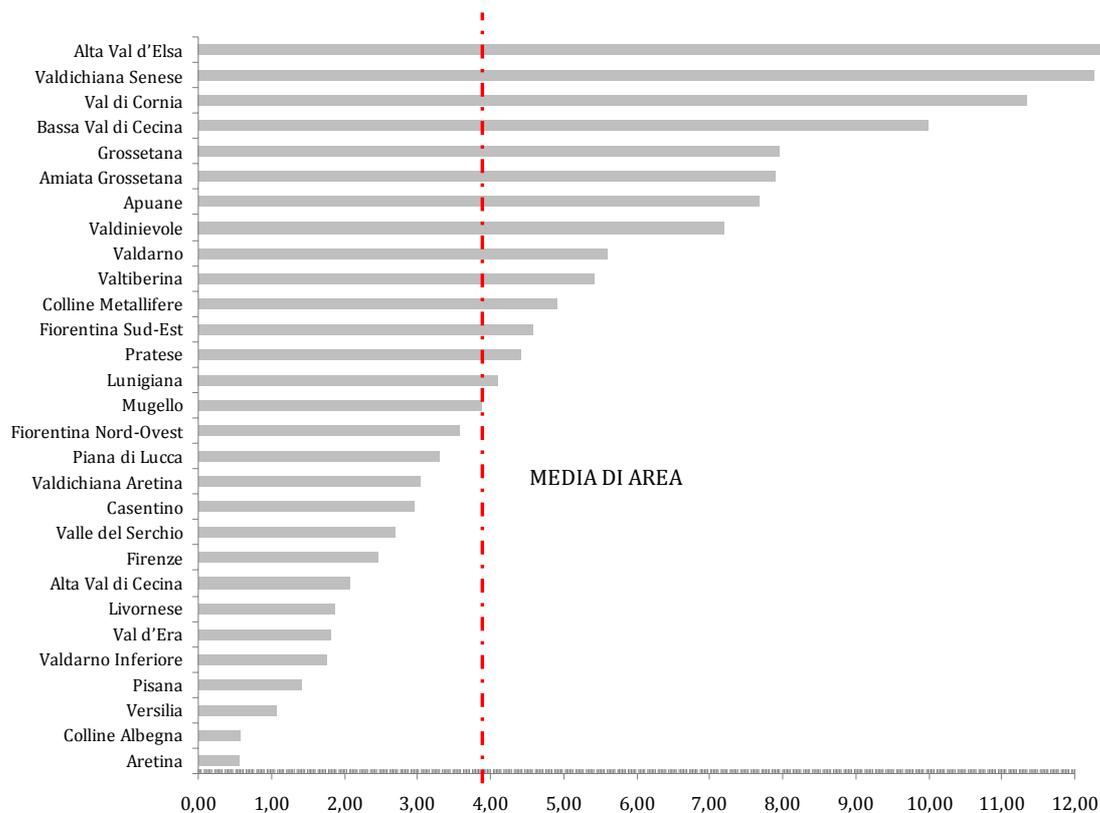
Zona-distretto	Numero PAP	Anziani non auto residenti	Valore
<i>Bassa Val di Cecina</i>	281	1.629	17,2
Livornese	1.256	3.421	36,7
Val di Cornia	431	1.249	34,5
<i>Piana di Lucca</i>	1.136	3.078	36,9
Valle del Serchio	696	1.289	54,0
Versilia	1024	3.024	33,8
Apuane	285	2.713	10,5

Zona-distretto	Numero PAP	Anziani non auto residenti	Valore
<i>Lunigiana</i>	380	1.377	27,6
Alta Val di Cecina	225	488	46,1
<i>Pisana</i>	1.319	3.700	35,6
Valdera	518	2.013	25,7
Valdarno Inferiore	532	1.073	49,6
Fiorentina Nord Ovest	1.079	3.806	28,3
Fiorentina Sud Est	1.250	3.302	37,8
<i>Firenze</i>	2.375	8.691	27,3
Mugello	523	1.203	43,5
<i>Valdinievole</i>	795	2.177	36,5
<i>Pratese</i>	779	4.067	19,2
Aretina	1.712	2.373	72,1
Casentino	282	1.173	24,0
<i>Valdarno</i>	669	1.726	38,8
Valdichiana Aretina	308	985	31,3
Valtiberina	346	691	50,1
Alta Val d'Elsa	584	1.173	49,8
Amiata Val d'Orcia	n.d.	567	n.d.
<i>Val di Chiana Senese</i>	466	1.418	32,89
Amiata Grossetana	79	528	14,9
Colline dell'Albegna	801	1.045	76,6
Colline metallifere	286	973	29,4
<i>Grossetana</i>	719	2.022	35,6
<i>Dato medio</i>	729	2.099	36,4

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

Per avere un altro indicatore *proxy* del carico di lavoro delle UVM è stato rapportato il numero di ore lavoro annue delle UVM nell'anno al numero di PAP realizzati. Il numero medio di ore lavoro delle UVM per la realizzazione di un Piano di assistenza personalizzato risulta pari a 3,9. Come rappresentato in figura 3.4, i valori oscillano fra le 12,5 ore della Alta Val d'Elsa e le 0,5 della zona Aretina.

Fig. 3.4 - Ore lavoro (*) delle UVM per numero di PAP realizzati nelle zone-distretto, 2012.



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

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

Un ultimo ambito di indagine riguarda il tipo di risposte proposte nei PAP per rispondere ai bisogni dei cittadini anziani non autosufficienti.

Gli elementi raccolti attraverso l'indagine consentono di focalizzare l'attenzione su due aspetti: il primo riguarda la distribuzione delle risposte per tipologia di intervento; il secondo fa riferimento alle specificità di ciascuna zona in merito alle risposte ai bisogni degli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie.

GLI INTERVENTI PER LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

La legge regionale n. 66 del 2008 (art. 7) specifica le prestazioni coperte dal fondo per la non autosufficienza individuando cinque tipologie di intervento:

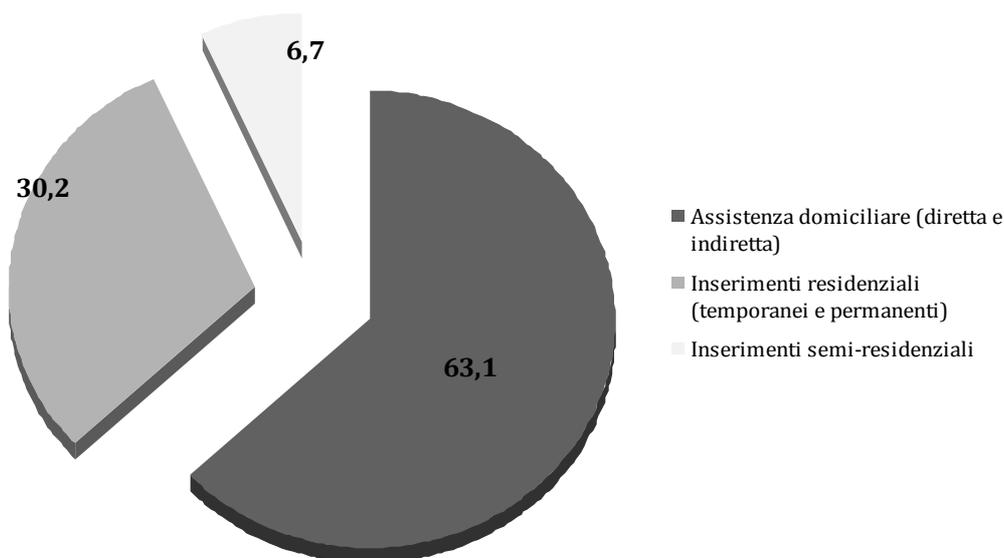
- a) gli interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico;
- b) gli interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali;
- c) gli inserimenti in strutture semiresidenziali;
- d) gli inserimenti temporanei o di sollievo in residenza;
- e) gli inserimenti permanenti in residenza.

La delibera regionale DGRT n. 370 del 2010 ha individuato una "mappa" dell'offerta per le persone non autosufficienti organizzata in base a tre livelli di gravità della persona, cui corrispondono tre combinazioni di interventi assistenziali diversamente graduati, composti da interventi domiciliari, contributi economici, inserimenti in strutture semiresidenziali (centri diurni) e inserimenti in strutture residenziali.

Per maggiori approfondimenti, si rimanda alla DGRT n. 370 del 2010, "Regione Toscana, Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente".

Come sintetizzato in figura 3.5, le risposte complessivamente erogate nel 2013 si polarizzano su due tipologie di intervento: da un lato gli interventi domiciliari (diretti e indiretti), che pesano per il 63,1% del totale; dall'altro le risposte residenziali (temporanee o permanenti) che rappresentano il 30,2%. Gli inserimenti semi-residenziali, infine, rappresentano il 6,7% delle risposte offerte.

Fig. 3.5 - Risposte erogate in sede di PAP, totale zone-distretto.



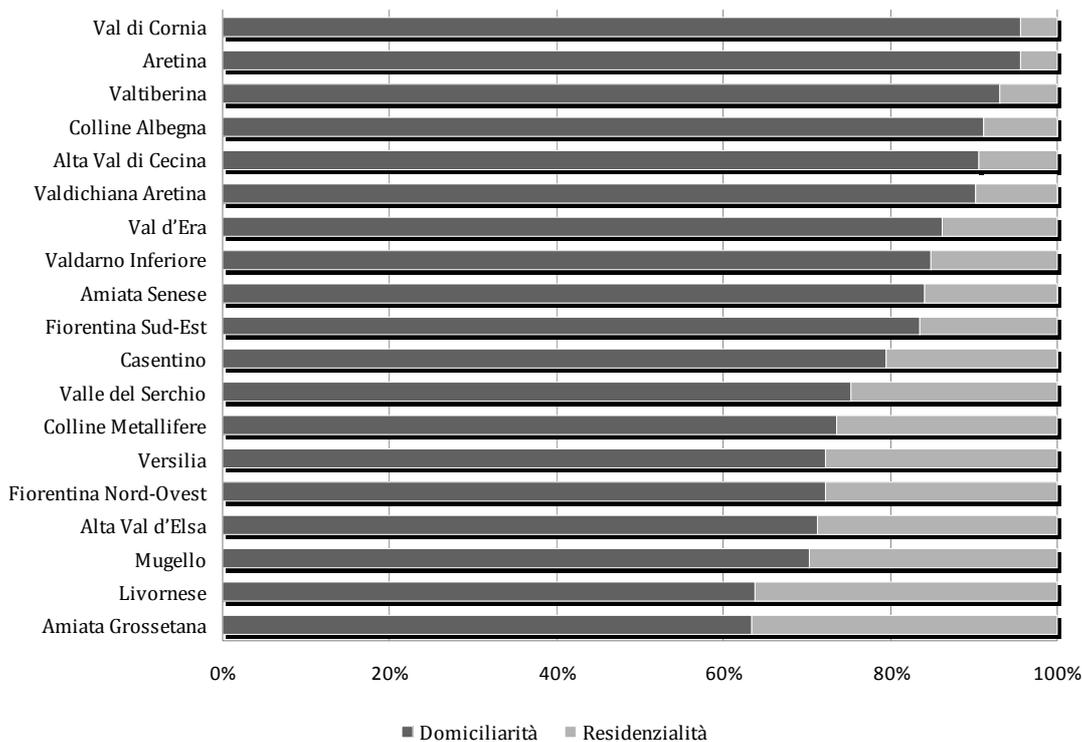
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2014.

La ripartizione degli interventi può essere maggiormente dettagliata nell'ambito delle singole zone, così da evidenziare le diverse caratteristiche delle risposte erogate alla popolazione anziana non autosufficiente residente.

In particolare gli interventi erogati sono stati raggruppati in due macroaree: una assorbe tutte le tipologie di intervento che sostengono la persona e la famiglia al domicilio (interventi domiciliari diretti e indiretti, contributi economici, inserimenti semiresidenziali e di sollievo), l'altra raggruppa gli interventi di tipo residenziale permanente attivati in forma permanente.

Come si vede dal dettaglio della figura 3.6, la situazione è molto diversificata, con zone in cui l'intervento residenziale è marginale rispetto all'insieme degli interventi per la domiciliarità (è il caso, ad esempio, della Val di Cornia e della zona Aretina) e zone dove invece il ricorso agli inserimenti residenziali è più significativo, in termini di incidenza percentuale sul totale delle risposte offerte (Mugello, Livornese e Amiata Grossetana).

Fig. 3.6 - Risposte per la domiciliarità e inserimenti residenziali, dettaglio zone.



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

(*) Il dato relativo alla Valtiberina fa riferimento al 2012.

(**) Per la zona delle Apuane non è stato possibile valutare la composizione perché il dato relativo agli interventi erogati distingue soltanto fra interventi domiciliari e residenziali.

I TEMPI DI RISPOSTA

L'ultimo elemento preso in esame riguarda i tempi di risposta ai cittadini. L'indagine si è soffermata sui tempi di presentazione dei "piani di assistenza personalizzati", sui tempi di attivazione delle risposte e, infine, sulla frequenza media di rivalutazione dei casi.

Per quanto riguarda i tempi di presentazione dei PAP (piani di assistenza personalizzati), in tutte le zone si registra il rispetto di quanto previsto dalla normativa regionale, secondo cui "i punti insieme assicurano, altresì, che entro trenta giorni dalla presentazione dell'istanza di cui all'art. 9, la UVM presenti la risposta assistenziale ritenuta appropriata e la condivide con la persona interessata e i suoi familiari" (art. 10, comma 1). Fanno eccezione la Fiorentina Nord-Ovest e le Colline Metallifere, che segnalano un periodo di tempo superiore ai 30 giorni. La zona Livornese, l'Alta Val di Cecina e le Colline dell'Albegna segnalano un periodo inferiore: entro due settimane nei primi due casi; entro una settimana nell'ultimo caso.

Relativamente ai tempi medi di attivazione delle risposte, quasi tutti i territori si collocano nella fascia 'entro 60 giorni'. Anche in questo caso si rileva la coerenza con quanto previsto dalla normativa regionale, che stabilisce che "la UVM condivide il PAP con la persona assistita o i suoi familiari fissando in sessanta giorni dalla prestazione dell'istanza di cui all'articolo 9 il tempo massimo per l'erogazione della prestazione" (art. 11, comma 5). In merito, 10 delle 20 zone-distretto coinvolte nell'indagine segnalano tempi medi di attivazione compresi entro 30 giorni. Va precisato che alcune zone indicano tempi di attivazione differenziati per alcune tipologie di servizi: ad esempio la Versilia diversifica gli interventi di urgenza dagli interventi ordinari e, tra questi, l'inserimento in RSA, che ha tempi superiori. La questione delle liste di attesa, e quindi dello sfioramento dei sessanta giorni previsti dalla normativa per l'inserimento in RSA è presente e segnalata in cinque zone sulle venti considerate.

I tempi medi di rivalutazione dei casi, infine, delineano una situazione più eterogenea. Come sintetizzato in tabella 3.12, infatti, i casi vengono rivalutati ogni trimestre nella Fiorentina Nord-Ovest, in Valtiberina, nell'Amiata Grossetana e nelle Colline dell'Albegna. La cadenza di rivalutazione è semestrale nella zona-distretto Livornese, in Versilia, in Alta Val di Cecina, in Val d'Era, nel Valdarno Inferiore, nella Fiorentina Sud-Est, nella zona Aretina, in Valdichiana Aretina, nell'Amiata Val d'Orcia e nelle Colline Metallifere. La rivalutazione viene fatta con cadenza annuale in Val di Cornia, nella Valle del Serchio, in Casentino.

In due zone si prevede una valutazione personalizzata in base a quanto previsto nel PAP (è il caso delle Apuane e della Valle del Serchio); in una zona i tempi di valutazione sono differenziati in base al tipo di intervento erogato (nella zona dell'Alta Val d'Elsa il tempo di rivalutazione è un anno per gli interventi domiciliari, sei mesi per gli interventi semiresidenziali, tre mesi per i ricoveri).

I dati delle zone censite nella prima edizione del monitoraggio, riferiti al 2011, evidenziavano una prevalenza netta di valutazioni a cadenza semestrale (riscontrate in sei zone sulle nove monitorate).

Tab. 3.10 - Frequenza media di rivalutazione dei casi nel 2013.

Zona-distretto	Tempi medi di rivalutazione
Livornese	Ogni semestre
Val di Cornia	Ogni anno
Valle del Serchio	Ogni anno
Versilia	Ogni semestre
Apuane	Indicato nel PAP, in base alla situazione
Alta Val di Cecina	Ogni semestre
Val d'Era	Ogni semestre
Valdarno Inferiore	Ogni semestre
Fiorentina Nord-Ovest	Ogni trimestre
Fiorentina Sud-Est	Ogni semestre
Mugello	In media dopo 9 mesi
Aretina	Ogni semestre
Casentino	Ogni anno
Valdichiana Aretina	Ogni semestre
Valtiberina	Ogni trimestre
Alta Val d'Elsa	In relazione alla tipologia di intervento
Amiata Val d'Orcia	Ogni semestre
Amiata Grossetana	Ogni trimestre
Colline Albegna	Ogni trimestre
Colline Metallifere	Ogni semestre

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

Capitolo 4

LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA

La perdita dell'autosufficienza pone la persona in una condizione di vulnerabilità del tutto peculiare: nel suo manifestarsi, che può essere determinato da un evento improvviso o dal progredire di condizioni di malattia cronicizzanti e nella sua gestione quotidiana, in cui eventi improvvisi di varia natura, possono incidere sulla salute e sul benessere della persona non autosufficiente (il venir meno del caregiver, ma anche il determinarsi di condizioni di inagibilità/impossibilità a permanere nel proprio alloggio ecc.).

In tali situazioni il sistema dei servizi è chiamato a rispondere tempestivamente, non solo in termini sanitari, dimostrando la capacità di attivare risposte immediate, in sinergia con diversi attori del sistema sociosanitario complessivamente inteso. Per circoscrivere le fattispecie considerate in questa parte dell'indagine e assumere una definizione unitaria delle diverse tipologie di presa in carico, sono state concordate delle definizioni di 'emergenza urgenza' e di 'continuità assistenziale' di seguito specificate.

Ai fini della ricerca si considerano di emergenza quelle situazioni gravi, impreviste e imprevedibili che possono interessare persone anziane non autosufficienti e mettere a repentaglio l'incolumità fisica e psichica (ad esempio, una situazione improvvisa di inagibilità dell'abitazione). Abbiamo definito come di urgenza quelle situazioni che, per gravità e acuzie, richiedono tempi e modalità di intervento derogatorie rispetto all'accesso ordinario agli interventi (ad esempio, l'aggravamento dei disturbi comportamentali, o il venir meno del caregiver familiare).

Le situazioni di emergenza o di urgenza possono riguardare sia persone già in carico ai servizi, sia persone non ancora in carico.

Le caratteristiche principali utili a qualificare la capacità di risposta nelle zone oggetto di indagine sono state rilevate attraverso la somministrazione di questionari strutturati ai responsabili delle UVM e la raccolta della documentazione amministrativa che regola i percorsi praticati (regolamenti, protocolli, accordi ecc.).

La rilevazione è stata realizzata fra gennaio e marzo 2014.

LA CASISTICA

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

- situazioni di anziani soli e impossibilitati a rientrare a domicilio;
- situazioni in cui il disagio sociale si somma a quello sanitario al punto da rendere difficoltosa la gestione a domicilio;

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

Diverse zone hanno sottolineato come le situazioni di emergenza e urgenza presentino una pluralità di problematiche sociali, economiche e sanitarie compresenti, che spesso determinano l'aggravarsi di situazioni già critiche. Alcune zone sono state in grado di rilevare il numero complessivo dei casi di emergenza-urgenza trattati tra il 2012 e il 2013, anche se sono pochi i casi in cui è stato possibile distinguere tra situazioni di emergenza vera e propria e urgenze. Per questo motivo i dati rilevati sono presentati in forma aggregata.

Tab. 4.1 - I casi presi in carico in emergenza-urgenza, valori per zona distretto, 2012-2013.

Zona-distretto	Totale Emergenza Urgenza	
	2012	2013
Livornese	n.d.	n.d.
Val di Cornia	n.d.	n.d.
Valle del Serchio	20	11
Versilia	753	805
Apuane	16	21
Alta Val di Cecina	19	19
Valdera	10	2

Zona-distretto	Totale Emergenza Urgenza	
	2012	2013
Valdarno Inferiore	67*	20
Fiorentina Nord Ovest	82	50
Fiorentina Sud Est	140	155
Mugello	304	335
Aretina	10	10
Casentino	n.d.	n.d.
Valdichiana Aretina	10	10
Valtiberina	11	10
Alta Val d'Elsa	n.d.	n.d.
Amiata Val d'Orcia	n.d.	n.d.
Amiata Grossetana	13	8
Colline dell'Albegna	n.d.	n.d.
Colline Metallifere	12	18

* dato aggregato per Valdarno ed Empolese.

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

LE PROCEDURE E I SERVIZI COMPETENTI

Un ulteriore obiettivo del monitoraggio è stato quello di verificare se e come siano definite specifiche procedure per la presa in carico delle persone anziane non autosufficienti in situazioni di emergenza e urgenza. Già nella precedente edizione la situazione è risultata molto differenziata, con metà delle zone distretto che risultavano avere un atto formale per le procedure di emergenza-urgenza e l'altra metà che invece aveva elaborato prassi condivise tra servizi.

Nella tabella seguente si rappresenta la descrizione della situazione esistente nelle 19 zone distretto che hanno fornito dati. Sulle 19 zone considerate, 11 dichiarano di avere prassi consolidate tra servizi, 7 hanno atti di vario tipo (protocolli e regolamenti) in cui sono disciplinate le modalità di intervento in casi di emergenza e urgenza, 3 zone non hanno codificato nessun iter o pratica per questo tipo di situazioni.

Tab. 4.2 -La formalizzazione delle procedure di gestione della presa in carico in emergenza- urgenza nelle zone-distretto, 2013.

Zona-distretto	Atto	Prassi	Soggetti coinvolti
Livornese	No	Sì	Unità organizzativa dei servizi sociali dei Comuni associati, UVM Asl 6
Val di Cornia	n.d.	n.d.	
Valle del Serchio	Sì	Sì	PUA, Ospedale, Servizi sociali Territoriali, Medico di Medicina Generale
Versilia	Sì	No	Ricovero temporaneo Urgente: PUA, UF Strutture, Medico di Medicina Generale, Assistenti Sociali Territoriali Percorso dimissioni: Ospedale, PUA, Servizi territoriali; Codice Rosa: Assistenti Sociali del Territorio, MMG, Ospedale
Apuane	Sì	No	n.d.

Zona-distretto	Atto	Prassi	Soggetti coinvolti
Alta Val di Cecina	No	Sì	Assistenti Sociali, OSS, Infermieri, Coordinatori Infermieri, Coordinatori Servizi Domiciliari, Gruppo PUA
Valdera	No	Sì	Pronto soccorso, Forze dell'Ordine
Valdarno Inferiore	Sì	Sì	Servizio Sociale Sds e Servizio Sociale USL 11, Medici di medicina Generale, Ospedale di Empoli, Comando Carabinieri, Polizia Municipale dei vari Comuni, Associazioni del Terzo Settore
Fiorentina Nord Ovest	Sì	No	n.d.
Fiorentina Sud Est	Sì	No	VDS- Regolamento
Mugello	Sì	No	Asl, Sds
Aretina	No	Sì	Medici di medicina generale, Unità Funzionale Alta Integrazione, Ospedale (Agenzia delle dimissioni ospedaliere difficili)
Casentino	No	No	n.d.
Valdichiana Aretina	No	Sì	Unità Funzionale Alta Integrazione Asl, Dipartimento salute mentale, Ospedale
Valtiberina	No	Sì	Ospedale, ASC, Unità Funzionale Alta Integrazione
Alta Val d'Elsa	No	Sì	Unità di cure primarie (ospedale di comunità), servizi sociali aziendali e comunali, ospedale di zona, salute mentale
Amiata Val d'Orcia	No	No	n.d.
Amiata Grossetana	No	No	n.d.
Colline dell'Albegna	No	Sì	Ufpsa, Unità funzionale infermieristica, 118
Colline Metallifere	No	Sì	Unità di cure primarie, UVM, Servizio sociale territoriale

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

Le reti di soggetti coinvolti indicate dalle zone sono tendenzialmente composte da servizi territoriali (di carattere sociale o sociosanitario) e presidi residenziali (ospedale in primis). Alcune zone hanno una collaborazione molto ampia, poiché coinvolgono anche forze dell'ordine e associazioni del terzo settore (Valdarno Inferiore), oppure prevedono percorsi specifici diversificati a seconda delle risposte da attivare (Versilia). I medici di medicina generale sono coinvolti in solo quattro zone sulle 19 considerate (nella rilevazione precedente, su dieci zone considerate, il medico di medicina generale risultava parte attiva in un solo caso).

Nella tabella seguente sono riportati i servizi/uffici competenti in caso di richieste di attivazione per situazioni di emergenza e urgenza.

Non esiste un modello unitario di riferimento: solo in quattro zone è competente un unico servizio, in tutte le altre l'attivazione sembra essere conferita ad una pluralità di strutture, come UVM, PUA, Unità Funzionale di servizio sociale, Punti Insieme, che possono essere titolati in via esclusiva o in concorso tra loro per l'attivazione delle risposte in emergenza-urgenza. I sistemi più articolati sono quelli di Colline metallifere e Alta Val d'Elsa. Solo in un caso, nel Valdarno Inferiore, esiste un servizio dedicato alla gestione delle emergenze urgenze.

Tab. 4.3 - Servizio/ufficio competente per emergenze-urgenze per zona distretto, 2013.

Zonea-distretto	Servizio o ufficio competente
Livornese	Unità organizzativa dei servizi sociali dei Comuni associati
Val di Cornia	n.d.
Valle del Serchio	PUA
Versilia	PUA e/o UVM
Apuane	PUA
Alta Val di Cecina	Punto Insieme, PUA, Servizi Sociali
Valdera	Servizio Pronto Intervento Sociale
Valdarno Inferiore	Servizio di emergenza/urgenza Sds Valdarno Inferiore Centrale telefonica e Operativa del SEUS - Servizio emergenza urgenza sociale
Fiorentina Nord Ovest	Servizi competenti
Fiorentina Sud Est	UVM, Servizio sociale
Mugello	Punto Insieme, PUA, UVM
Aretina	PUA o Agenzia Dimissioni Ospedaliere
Casentino	UVM
Valdichiana Aretina	U.F. Alta Integrazione Socio Sanitaria
Valtiberina	Asc; U.F. Alta Integrazione Socio Sanitaria
Alta Val d'Elsa	Cure primarie (ospedale di comunità), servizi sociali aziendali e comunali, ospedale di zona, salute mentale o chiunque ne rilevi l'urgenza
Amiata Val d'Orcia	Servizio sociale
Amiata Grossetana	n.d.
Colline dell'Albegna	PUA in quanto cabina di regia (Medico geriatra, AA. SS., infermieri e amministrativi)
Colline Metallifere	PUA, Punto Insieme, Responsabile Cure Primarie, Servizio Sociale Territoriale

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

LA COPERTURA ORARIA

Il dato della copertura oraria è disponibile per la quasi totalità delle zone toscane, 30 su 34. La copertura oraria per la presa in carico di situazioni di emergenza-urgenza è molto variabile da zona a zona: a fronte di dato medio di 7,5 ore per 5,6 giorni la settimana, si distingue un gruppo di 13 zone, in cui la copertura oraria è compresa tra le 5 e le 6 ore giornaliere, un secondo gruppo di dieci zone in cui la fascia oraria giornaliera varia da 7 a 8 ore, due zone con una copertura garantita per l'intera fascia diurna (11-12 ore).

In Valdarno Inferiore, dove esiste un servizio dedicato alle emergenze-urgenze, la copertura indicata è massima, 24 ore sui sette giorni settimanali. Altre due zone, Pratese e Valdera, assicurano una copertura del servizio 7 giorni su 7, mentre nelle altre zone il servizio è attivo 6 giorni su 7 (13 zone) o 5 giorni su 7 (12 zone).

La copertura oraria settimanale di conseguenza varia dalle 25 ore settimanali rilevate in Lunigiana e nella zona Grossetana alle 168 del Valdarno Inferiore. Nella fascia medio alta si collocano la Valdera e la Bassa Val di Cecina, con una copertura di 77 e 72 ore settimanali rispettivamente, mentre in cinque zone il servizio è assicu-

rato tra le 40 e le 48 ore settimanali. Dodici zone hanno una copertura compresa tra le 34 e le 36 ore settimanali, mentre sei zone si collocano nella fascia di copertura oraria più bassa, compresa tra le 25 e le 30 ore settimanali.

In sintesi, su 30 zone scrutinate, solo tre garantiscono un servizio attivo su tutta la settimana almeno nelle ore diurne, mentre oltre la metà delle zone gestisce la presa in carico delle emergenze urgenze solo in orario ordinario di servizio, dal lunedì al venerdì o al sabato e prevalentemente nella fascia oraria della mattina.

Tab. 4.4 – Copertura oraria assicurata nelle zone-distretto, 2013.

Zona-distretto	Ore/giorno	Giorni/settimana	Ore settimanali
<i>Bassa Val di Cecina</i>	12	6	72
Livornese	6	6	36
Val di Cornia	n.d.	n.d.	n.d.
<i>Piana di Lucca</i>	6	5	30
Valle del Serchio	7	5	35
Versilia	8	6	48
Apuane	6	6	36
<i>Lunigiana</i>	5	5	25
Alta Val di Cecina	8	6	48
<i>Pisana</i>	7,2*	5	36
Valdera	11	7	77
Valdarno Inferiore	24	7	168
Fiorentina Nord Ovest	n.d.	n.d.	n.d.
Fiorentina Sud Est	7	5	35
<i>Firenze</i>	6	5	30
Mugello	5	6	30
<i>Val di Nievole</i>	7,2*	5	36
<i>Pratese</i>	6	7	42
Aretina	7,2*	5	36
Casentino	6	6	36
<i>Valdarno</i>	6	5	30
Valdichiana Aretina	6	6	36
Valtiberina	6	6	36
Alta Val d'Elsa	n.d.	n.d.	n.d.
Amiata Val d'Orcia	6,8*	5	34
<i>Val di Chiana Senese</i>	8	5	40
Amiata Grossetana	n.d.	n.d.	n.d.
Colline dell'Albegna	7,3*	6	44
Colline Metallifere	6	6	36
<i>Grossetana</i>	5	5	25
Dato medio	7,5	5,6	43,7

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

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

LA PROVENIENZA DELLE RICHIESTE

Le fonti di provenienza delle domande di presa in carico delle situazioni di emergenza e urgenza permettono di evidenziare i canali più ricorrenti di attivazione del servizio nelle zone.

Nella prima edizione del monitoraggio, 9 zone su 10 hanno indicato una pluralità di fonti, almeno tre in media, tra quelle indicate nel questionario, con una prevalenza, in termini percentuali, di Ospedale e servizi territoriali.

Delle venti zone scrutinate nel 2014, cinque non sono state in grado di quantificare le domande di attivazione per fonte di provenienza, mentre le quindici che hanno fornito il dato, hanno indicato una media di quattro fonti di provenienza. Solo una zona, l'Alta Val di Cecina, ha indicato una unica fonte, l'Ospedale.

Le domande di intervento provenienti dall'interessato o dai familiari sono fonte di attivazione della presa in carico in emergenza-urgenza in 12 zone e costituiscono il 5% del totale delle attivazioni in Alta Val d'Elsa e nelle Colline dell'Albegna, sono quantificate tra il 10 e il 20% in Mugello, Valdichiana Aretina, Valtiberina, Versilia, si collocano al 40% in Amiata Grossetana, al 50% nelle Colline Metallifere e al 60% in Casentino. I valori più alti si riscontrano nelle Apuane, con l'80% e nella zona Fiorentina Sud Est con il 93%.

L'intervento del medico di medicina generale è rilevato in 14 zone: la percentuale di segnalazioni varia dal 1% rilevato nella zona Fiorentina Sud Est al 40% nella zona Aretina. In 5 zone su 14 le segnalazioni del MMG non superano il 5%, si attestano al 10% in due zone e al 19-20% in altre quattro. Raggiungono il 25% in Versilia e il 30% nelle Colline dell'Albegna.

L'ospedale è la fonte prevalente di attivazioni per situazioni di emergenza e urgenza in sette zone su quindici, dove risulta copre dal 40 al 100% delle segnalazioni. Il valore minimo, pari al 2%, è registrato nella zona Fiorentina Sud Est, il massimo, il 100%, in Alta Val di Cecina. Copre l'80% delle segnalazioni in Valle del Serchio, il 60% nella Valdichiana Aretina, il 50% in Mugello e nelle Colline dell'Albegna. Si attese al 10% nelle Apuane, e nelle altre zone oscilla tra il 30 e il 40% delle segnalazioni complessive.

I servizi territoriali arrivano al massimo a coprire il 50% delle segnalazioni in Alta Val d'Elsa. Nelle altre quindici zone in cui il dato è rilevato, salvo in Versilia, dove arriva al 30%, il valore riferito ai servizi territoriali non supera il 20% del totale.

Tab. 4.5 - Ripartizione percentuale per fonti di provenienza delle domande di presa in carico, per zona distretto, 2013.

Zona-distretto	Domanda	Segnalazione			Altro	Totale
		MMG	Ospedale	Servizi territoriali		
Livornese	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Val di Cornia	50,0	5,0	35,0	10,0	0,0	100,0
Valle del Serchio	0,0	10,0	80,0	10,0	0,0	100,0
Versilia	15,0	25,0	30,0	30,0	0,0	100,0
Apuane	80,0	5,0	10,0	5,0	0,0	100,0

Zona-distretto	Domanda	Segnalazione			Altro	Totale
		MMG	Ospedale	Servizi territoriali		
Alta Val di Cecina	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Valdera	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Valdarno Inferiore	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Fiorentina Nord Oves	x		x			
Fiorentina Sud Est	93,0	1,0	2,0	4,0	0,0	100,0
Mugello	15,0	19,0	50,0	16,0	0,0	100,0
Aretina	0,0	40,0	40,0	20,0	0,0	100,0
Casentino	60,0	2,0	30,0	8,0	0,0	100,0
Valdichiana Aretina	10,0	20,0	60,0	10,0	0,0	100,0
Valtiberina	20,0	20,0	40,0	20,0	0,0	100,0
Alta Val d'Elsa	5,0	2,0	40,0	50,0	3,0	100,0
Amiata Val d'Orcia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Amiata Grossetana	40,0	20,0	30,0	10,0	0,0	100,0
Colline dell'Albegna	5,0	30,0	50,0	15,0	0,0	100,0
Colline Metallifere	50,0	10,0	30,0	10,0	0,0	100,0

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

LE RISPOSTE ATTIVATE

Le tipologie di risposta attivate per rispondere a situazioni di emergenza e urgenza presenti nel territorio sono rappresentate nella tabella seguente.

Analogamente a quanto riscontrato nella prima edizione con riferimento alle prime dieci zone censite, il completamento dell'indagine mostra che la risposta residenziale è la risposta più praticata, segnalata in tutte le zone, sotto forma di ricovero in RSA o in ospedale di comunità. Le risposte domiciliari sono attivate in quattordici zone su diciannove, sotto forma di assistenza domiciliare integrata e di Assistenza domiciliare sociale. In Versilia si rileva la presenza di modalità di intervento specifiche per le urgenze, di carattere residenziale, domiciliare e intermedio.

Tab. 4.6 - Gli interventi attivati in casi di emergenza-urgenza, per zona distretto, 2013.

Zona-distretto	Tipologia di risposta attivata
Livornese	Ricovero in RSA temporaneo
Val di Cornia	n.d.
Valle del Serchio	Inserimenti temporanei in RSA, Assistenza domiciliare
Versilia	Ricovero temporaneo urgente in RSA (RITU), Servizio di Assistenza Domiciliare Urgente (SADU); inserimento in Centro Diurno in Urgenza (CDU)
Apuane	Inserimento in RSA
Alta Val di Cecina	Inserimento in RSA, cure intermedie

Zona-distretto	Tipologia di risposta attivata
Valdera	Collocamento in struttura
Valdarno Inferiore	Interventi di natura economica, di natura socio-assistenziale, ricoveri presso strutture protette, consulenza psicosociale, tutela (giuridica-procura)
Fiorentina Nord Ovest	Interventi di assistenza domiciliare, ricovero di sollievo, inserimento in RSA
Fiorentina Sud Est	Pronto Sociale, Servizio di assistenza domiciliare, ricovero temporaneo e/o definitivo, inserimento diurno
Mugello	Casa Stenone- Pronto Sociale- Percorsi di lungodegenza/cure intermedie/RSA Temporanea- Percorsi letti sanitari- Attivazione servizi territoriali monoprofessionali (infermieristico/sociale)
Aretina	Ricoveri Temporanei in RSA, Ricoveri in Mo.di.Ca, Servizio di assistenza domiciliare
Casentino	Inserimenti in RSA o cure intermedie
Valdichiana Aretina	Interventi di Adi, inserimento in ospedale di comunità
Valtiberina	ADI-RSA-Ospedale di Comunità
Alta Val d'Elsa	Ricovero in ospedale di comunità, ore di assistenza domiciliare, inserimento temporaneo in RSA
Amiata Val d'Orcia	Inserimento temporaneo, assistenza integrata o ospedale di comunità
Amiata Grossetana	Inserimento in RSA, inserimenti in ospedale di comunità, attivazione assistenza domiciliare
Colline dell'Albegna	Ricovero di sollievo- servizio infermieristico- assistenza domiciliare-allerta del 118
Colline Metallifere	Assistenza Domiciliare Infermieristica, sociosanitaria, socioassistenziale, ricovero di sollievo in RSA

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

IL PASSAGGIO ALLA PRESA IN CARICO ORDINARIA

Il monitoraggio ha infine considerato due aspetti specifici per una prima rilevazione qualitativa del percorso di presa in carico di situazioni connotate da eccezionalità e tempestività di intervento, quali le emergenze e le urgenze.

In particolare è stato verificato se, anche in casi di emergenza e urgenza, fossero garantite forme di progettazione personalizzata dell'intervento e venisse comunque individuato un responsabile o referente del caso, a garanzia della continuità della presa in carico e dell'erogazione degli interventi.

Come rappresentato in tabella, in quindici zone su diciannove considerate viene predisposto un progetto di assistenza personalizzato provvisorio anche per la gestione delle emergenze urgenze. La nomina di un responsabile o referente del caso nella fase di urgenza-emergenza è prevista in tutte le zone salvo che in Valdarno Inferiore, dove il servizio esistente invia immediatamente ai servizi per la presa in carico ordinaria (v. tabella 4.8).

Tab. 4.7 - Predisposizione di un PAP provvisorio e nomina di un responsabile/referente del caso, per zone distretto, 2013.

Zona-distretto	PAP provvisorio	Responsabile /Referente del caso
Livornese	sì	sì
Val di Cornia	n.d.	n.d.
Valle del Serchio	sì	sì
Versilia	sì	sì
Apuane	sì	sì
Alta Val di Cecina	no	sì
Valdera	no	sì
Valdarno Inferiore	no	no
Fiorentina Nord Ovest	sì	sì
Fiorentina Sud Est	sì	sì
Mugello	sì	sì
Aretina	sì	sì
Casentino	sì	sì
Valdichiana Aretina	sì	sì
Valtiberina	sì	sì
Alta Val d'Elsa	no	sì
Amiata Val d'Orcia	sì	sì
Amiata Grossetana	sì	sì
Colline dell'Albegna	sì	sì
Colline Metallifere	sì	sì

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

Il passaggio dalla presa in carico in emergenza-urgenza alla gestione ordinaria avviene con modalità diverse: la più diffusa è il passaggio in UVM con la predisposizione del PAP, rilevata in dodici zone. Altre modalità previste sono l'attivazione diretta del servizio sociale territoriale competente, in alcuni casi con il coinvolgimento dei familiari e del medico di medicina generale. I tempi in cui avviene il passaggio alla presa in carico ordinaria differisce notevolmente da zona a zona: in Valdera e in Valdarno Inferiore il passaggio risulta avvenire in uno, massimo due giorni. Valtiberina, Valdichiana Aretina, Fiorentina Nord Ovest, Alta Val d'Elsa, Casentino dichiarano durate medie pari o inferiori alla settimana; due settimane è il tempo indicato in Amiata Grossetana; un mese in Mugello, Valle del Serchio, Fiorentina Sud Est e Apuane; tra uno e due mesi in Versilia; tre mesi, il tempo più lungo, nella zona livornese. Quattro zone non hanno dato tempi certi, sottolineando in alcuni casi come ogni situazione richieda tempi potenzialmente diversi.

Tab. 4.8 - Durata media della presa in carico in emergenza urgenza e modalità di passaggio alla presa in carico ordinaria, per zona distretto, 2013.

Zona-distretto	Durata media	Passaggio alla presa in carico ordinaria
Livornese	massimo 3 mesi	Predisposizione del PAP da parte del Case Manager e passaggio in UVM

Zona-distretto	Durata media	Passaggio alla presa in carico ordinaria
Val di Cornia	n.d.	n.d.
Valle del Serchio	tempo massimo 30 giorni	Passaggio in UVM e/o attivazione dei servizi territoriali (AS o MMG)
Versilia	1-2 mesi	Se il caso è conosciuto gli operatori del PUA-UVM contattano per continuità e per confronto gli operatori del Punto Insieme e MMG. Se il caso non è conosciuto i familiari o i caregiver vengono inviati al Punto Insieme per l'avvio delle pratiche necessarie al percorso per il servizio ordinario di continuità
Apuane	30 giorni	Passaggio da gruppo Progetto a UVM
Alta Val di Cecina	variabile	L'UVM definisce il Piano Assistenziale Personalizzato per la gestione appropriata della situazione
Valdera	1 giorno	Colloquio con assistente sociale di riferimento in ambito territoriale
Valdarno Inferiore	massimo 2 giorni	L'operatore che effettua la presa in carico tempestiva compila una scheda di segnalazione/registrazione dell'intervento che viene poi trasmessa al referente territoriale competente per la immediata presa in carico ordinaria
Fiorentina Nord Ovest	massimo una settimana	n.d.
Fiorentina Sud Est	1 mese	Attivazione dei servizi territoriali e coinvolgimento della rete familiare nell'organizzazione dell'assistenza
Mugello	30 giorni	Segnalazione al servizio sociale- infermieristico e riabilitativo di competenza territoriale
Aretina	variabile da pochi giorni ad alcune settimane	Passaggio diretto all'AS che prende in carico il paziente in ospedale o nel territorio al collega competente per la zona di riferimento (procedura in fase di ridefinizione)
Casentino	dai 3 ai 7 giorni	Definizione del PAP in Uvm
Valdichiana Aretina	1 settimana	Passaggio in UVM
Valtiberina	7 giorni	Passaggio in UVM
Alta Val d'Elsa	massimo 7 giorni	Gli operatori territoriali coinvolti (infermieri, medico asc, AS) nell'emergenza sono gli stessi che l'avrebbero preso in carico in tempi ordinari. Valutazione del caso ai sensi della normativa vigente e stesura del PAP con programmazione/prosecuzione degli interventi ritenuti appropriati
Amiata Val d'Orcia	variabile	n.d.
Amiata Grossetana	2 settimane	Verifica e adeguamento del PAP in UVM
Colline dell'Albegna	variabile	Passaggio in UVM con definizione del piano assistenziale definitivo
Colline Metallifere	variabile	Rimodulazione del Piano Assistenziale in UVM sulla base delle esigenze rilevate

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

Capitolo 5

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Il Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente (DGRT n. 370 del 2010) prevede che il PUA e l'UVM assicurano la continuità della presa in carico sulla base di protocolli operativi di "continuità assistenziale". Le forme di continuità assistenziale esplicitamente considerate nel provvedimento regionale riguardano la continuità tra ospedale e territorio, tra diversi servizi territoriali e le dimissioni ospedaliere difficili. Si tratta quindi di un aspetto fondamentale della qualità assistenziale dei servizi rivolti alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie. Per continuità assistenziale si intende quindi l'insieme delle azioni e dei servizi che permettono il procedere corretto e tempestivo di un programma assistenziale per la persona non autosufficiente anche prolungato, attraverso il lavoro di équipe, il coordinamento e l'organizzazione tra le diverse unità coinvolte.

Si tratta quindi di un aspetto che dovrebbe qualificare la capacità di presa in carico del sistema, qualunque sia la situazione ordinaria o eccezionale, che richiede una risposta sociosanitaria complessa. La continuità del percorso di cura e assistenza è un elemento fondamentale per tutelare la persona non autosufficiente quando è trattata da più unità operative: da ospedale a domicilio, da ospedale a residenza, da residenza a domicilio ecc.

Per tale motivo, sin dalla precedente edizione del monitoraggio sono state approfondite le modalità attivate nei territori per garantire la continuità assistenziale delle persone anziane non autosufficienti prese in carico dai servizi.

La rilevazione nelle zone non coperte dal monitoraggio precedente è stata realizzata fra gennaio e marzo 2014.

LE PROCEDURE E I SERVIZI COMPETENTI

Dalla prima rilevazione effettuata, nelle nove zone che hanno risposto è risultato presente un atto formale di regolazione della presa in carico e di definizione delle funzioni dei diversi centri coinvolti, principalmente i presidi ospedalieri e i servizi distrettuali sociosanitari. In un unico caso è previsto il coinvolgimento dei medici di medicina generale.

Come si vede dalla tabella seguente, su diciannove zone che hanno fornito i dati, diciassette hanno un atto formale in materia di continuità assistenziale. I servizi coinvolti sono descritti con dati di dettaglio diversi: in alcuni casi sono specificate le singole unità funzionali coinvolte, in altri si fa riferimento alle organizzazioni complessivamente intese (ospedale e servizi territoriali). Si segnala come in tre zone sia previsto il coinvolgimento diretto del medico di medicina generale (Valti-

berina, Valle del Serchio e Alta Val d'Elsa), e come in una zona sia previsto il coinvolgimento di un soggetto esterno al sistema dei servizi, la Caritas (Mugello).

Tab. 5.1 - Esistenza di un atto o di una prassi recante la disciplina della continuità assistenziale e servizi coinvolti per zona, 2013.

Zona-distretto	Atto	Prassi	Servizi coinvolti
Livornese	No	Sì	Primario ospedaliero, Agenzia di continuità ospedale territorio dell'Azienda Asl 6- UVM
Val di Cornia	Sì	No	Ospedale-territorio
Valle del Serchio	Sì	No	PUA, Ospedale e Medico di Medicina Generale
Versilia	Sì	No	UF Distretto, Direzione Sanitaria Ospedaliera
Apuane	Sì	No	ASC
Alta Val di Cecina	Sì	No	n.d.
Valdera	Sì	No	Servizio Sociale, Ospedale
Valdarno Inferiore	Sì	No	Servizi Territoriali, Direzione Professioni Sanitarie e Specialistica, Servizio Sociale e Servizio Sociale SdS
Fiorentina Nord Ovest	Sì	No	Servizio sociale, servizio infermieristico, riabilitazione, centro dimissioni complesse
Fiorentina Sud Est	Sì	No	
Mugello	Sì	No	Caritas, Azienda Sanitaria, Società della Salute
Aretina	Sì	No	
Casentino	Sì	No	Ospedale, Servizi Territoriali, UVM
Val di Chiana Aretina	Sì	No	Direzione medica del presidio ospedaliero, Asl, Distretto, Unità Funzionale Alta Integrazione, Assistenza Infermieristica Ospedaliera, Assistenza Infermieristica Territoriale
Valtiberina	Sì	No	Medici di Medicina Generale, Reparti Ospedalieri della Zona Asl8 e altre Aziende, Strutture Private
Alta Val d'Elsa	No	Sì	Ospedale, ospedale di comunità, servizi sociali dei comuni e dell'Asl, UVM, Medico di Medicina Generale
Amiata Val d'Orcia	Sì	No	Ospedale, PUA, UVM
Amiata Grossetana	n.d.	n.d.	
Colline dell'Albegna	Sì	No	
Colline Metallifere	Sì	No	Cure Primarie, UVM, Servizio Sociale Territoriale, Ospedale

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

Nell'individuare il servizio o ufficio competente per la attivazione della continuità assistenziale, sono confermate le due modalità organizzative principali emerse nella prima edizione del monitoraggio, ovvero:

- l'organizzazione di un servizio specifico per la gestione della continuità assistenziale, con riferimento alla continuità tra ospedale e territorio (riscontrato in tre zone nell'edizione precedente e in due zone in questa edizione, la Aretina e la Valtiberina);

- l'attribuzione delle funzioni in merito ai servizi esistenti, con un iter specifico (riscontrato in tutte le altre 23 zone che hanno fornito i dati nelle due edizioni).

In questo secondo caso, non si rileva un modello organizzativo unitario: in molte zone è competente il PUA, in altre l'UVM, in altre il servizio sociale territoriale. Diversamente da quanto riscontrato nella prima edizione del monitoraggio, nelle 19 zone esaminate nel 2013 è prevalente l'attribuzione al singolo ufficio o servizio della competenza in materia di continuità assistenziale, con una prevalenza del PUA. In sole tre zone si citano come servizi competenti una pluralità di organismi (Val di Chiara Aretina, Mugello e Casentino).

Tab. 5.2 - Servizio competente ad attivare la continuità assistenziale, per zona, 2013.

Zona-distretto	Nuovi casi	Casi già in carico
Livornese	Unità organizzativa dei servizi sociali dei Comuni Associati	Unità organizzativa dei servizi sociali dei Comuni Associati
Val di Cornia	n.d.	n.d.
Valle del Serchio	PUA	PUA
Versilia	PUA	PUA
Apuane	PUA	PUA
Alta Val di Cecina	PUA	Servizio Sociale
Valdera	PUA	PUA
Valdarno Inferiore	PUA per interventi territoriali	PUA per interventi territoriali
Fiorentina Nord Ovest	Servizio sociale- UVM	Servizio sociale- UVM
Fiorentina Sud Est	Cdc- PUA	Cdc- PUA
Mugello	PUA (riceve le segnalazioni)	Servizio Infermieristico- Servizio Sociale-Servizio fisioterapico-MMG
Aretina	Agenzia per la continuità ospedale territorio	Agenzia per la continuità ospedale territorio
Casentino	UVM	UVM, Servizio Sociale, Servizio Infermieristico
Val di Chiana Aretina	Ospedale	A seconda del caso specifico Ospedale, MMG, Asl, UFAI, DSM
Valtiberina	Agenzia per la continuità ospedale territorio	Agenzia per la continuità ospedale territorio
Alta Val d'Elsa	n.d.	n.d.
Amiata Val d'Orcia	PUA	PUA
Amiata Grossetana	Direzione Distretto tramite cure primarie	Direzione Distretto tramite cure primarie
Colline dell'Albegna	PUA in quanto cabina di regia	PUA in quanto cabina di regia
Colline Metallifere	PUA	PUA

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

LA CASISTICA

Un aspetto interessante dell'indagine riguarda la casistica riscontrata, ovvero le tipologie di bisogno che più frequentemente hanno richiesto l'attivazione della continuità assistenziale. Tutte le zone che hanno fornito i dati hanno anche specificato quali siano nel loro territorio le situazioni più significative, che sono state riportate nella tavola seguente, insieme al numero di persone non autosufficienti anziane che sono state assistite in continuità assistenziale nel 2013. Come si vede dalla tabella, le situazioni considerate riguardano situazioni gravi, dal punto di vista sanitario e clinico (polipatologie, esiti invalidanti di eventi acuti ecc.) e complesse, dal punto di vista sociosanitario e sociale, per l'intensità di assistenza necessaria e per la carenza di risorse familiari e informali attivabili per la cura della persona anziana.

Si tratta prevalentemente di percorsi assistenziali che si attivano a seguito di dimissioni ospedaliere e che prevedono l'inserimento in strutture residenziali o, meno frequentemente un rientro assistito a domicilio.

Il numero degli anziani presi in carico varia dai 14 rilevati nel 2012 e nel 2013 nella zona Fiorentina Nord Ovest ai 1927 e 1365, censiti in Versilia rispettivamente nel 2012 e nel 2013.

Anche le zone Aretina, Mugello, Valle del Serchio e Colline dell'Albegna presentano dati significativi: queste ultime tre zone infatti, pur non avendo una popolazione interessata molto numerosa, hanno realizzato un significativo numero di interventi.

Tab. 5.3 - Numero di anziani non autosufficienti presi in carico in continuità assistenziale e casistica più frequente, per zona distretto, 2012, 2013.

Zona-distretto	Anziani non autosufficienti presi in carico		Casistica
	2012	2013	
Livornese	n.d.	n.d.	Dimissioni ospedaliere programmate
Val di Cornia	160	262	Dimissioni complesse (pluripatologie, personale con scarsa rete assistenziale)
Valle del Serchio	406	482	Pazienti che necessitano di continuità di cure e di assistenza extra-ospedaliera (bisogni complessi sanitari e bisogni complessi socio-assistenziali)
Versilia	1.927	1.365	Ospedale-domicilio, ospedale-strutture intermedie, ospedale-RSA
Apuane	145	123	Anziani non autosufficienti privi o con scarsissima assistenza
Alta Val di Cecina	141	90	Dimissioni protette, casi sanitari semplici, casi complessi socio-sanitari, casi sociali semplici
Valdera	n.d.	n.d.	Cure intermedie
Valdarno Inferiore	159*	179*	Dimissioni ospedaliere e trasferimento in modulo riabilitativo, RSA o rientro a domicilio

Zona-distretto	Anziani non autosufficienti presi in carico	Casistica
Fiorentina Nord Ovest	14	14 Anziani o adulti inabili che hanno necessità di assistenza domiciliare o di lungodegenza in attesa di organizzarsi per rientro al domicilio
Fiorentina Sud Est	148	137 Pronto sociale da dimissioni complesse nel rientro a domicilio. Lungodegenze da territorio e lungodegenze provenienti da ospedale fuori Asl
Mugello	764	971 1. Casi di continuità ospedale-territorio 2. Casi previsti dai regolamenti
Aretina	1.111	1.189 Tutti i casi complessi con dimissione difficile ospedaliera
Casentino	278	307 Grave situazione socio-sanitaria
Val di Chiana Aretina	190	280 Dimissioni difficili di pazienti affetti da pluripatologie con bisogni complessi socio-sanitari e assistenziali
Valtiberina	190	190 Pluripatologie
Alta Val d'Elsa	249	202 Dimissioni ospedaliere
Amiata Val d'Orcia	n.d.	41 n.d.
Amiata Grossetana	84	88 Dimissioni difficili, quali neoplasie, gravi fratture dell'anziano fragile, ictus cerebrale
Colline dell'Albegna	600	580 Dimissioni ospedaliere, dimissioni da ospedale di comunità, dimissioni da RSA, cessazione di assistenza di personale privato
Colline Metallifere	160	110 Dimissioni ospedaliere

(*) dati riferiti alla sola assistenza domiciliare tutelare.

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

LA COPERTURA ORARIA

La copertura oraria indicata dalle zone per l'attivazione della continuità assistenziale è molto diversificata: si va dalle tre ore al giorno della Val di Chiana Aretina alle 24 ore del Valdarno Inferiore. La copertura giornaliera varia dai due giorni alla settimana della Val di Chiana Aretina ai sei giorni alla settimana, dato riscontrato nella maggioranza delle zone che hanno fornito dati (11 su 15).

Il monte ore settimanale varia dalle 6 ore della Val di Chiana Aretina alle 144 ore del Valdarno Inferiore, anche se la maggior parte delle zone si attesta su valori compresi tra le 26 e le 38 ore. Alcune zone offrono una copertura diurna pressoché completa per sei giorni la settimana, con un monte ore compreso tra le 48 ore della Versilia e le 72 ore settimanali (Valtiberina, Amiata Grossetana, l'Alta Val di Cecina è in posizione intermedia con 60 ore settimanali).

Tab. 5.4 - Copertura oraria e settimanale, per zona, 2013.

Zona-distretto	Ore/giorno	Giorni/settimana	Ore settimanali
Livornese	5,2*	5	26
Val di Cornia	3	4	12
Valle del Serchio	7	5	35
Versilia	8	6	48
Apuane	6	6	36
Alta Val di Cecina	10	6	60
Valdera	Orario del PUA	Orario del PUA	-
Valdarno Inferiore	24	6	144
Fiorentina Nord Ovest	n.d.	n.d.	n.d.
Fiorentina Sud Est	7,2	5	36
Mugello	5	6	30
Aretina	n.d.	6	n.d.
Casentino	6	6	36
Val di Chiana Aretina	3	2	6
Valtiberina	12	6	72
Alta Val d'Elsa	Orario di servizio operatori	Orario di servizio operatori	-
Amiata Val d'Orcia	6,3	6	38
Amiata Grossetana	12	6	72
Colline dell'Albegna	n.d.	n.d.	n.d.
Colline Metallifere	6	6	36

(*) servizio attivo 4 ore per 3 giorni e 7 per altri 2.

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

LA PROVENIENZA DELLE RICHIESTE

L'attivazione della presa in carico in continuità assistenziale avviene esclusivamente (100%) o prevalentemente (90%) dall'ospedale in cinque zone sulle 14 che hanno fornito dati quantitativi, ed è comunque il primo soggetto attivatore in altre cinque zone, dove si attesta su valori compresi tra il 40% e il 70% delle attivazioni. Diversamente dall'edizione precedente, in alcune zone censite nel 2013 rivestono un importante ruolo di attivatori anche i diretti interessati (Colline Metallifere) e i Medici di Medicina Generale (Amiata Grossetana).

I servizi territoriali, rilevati in 9 zone su 14, non superano il 30% delle attivazioni complessive. In ogni caso, la rilevazione di almeno tre soggetti attivatori in 16 delle 18 zone che hanno compilato la scheda evidenzia una discreta articolazione del sistema di presa in carico in continuità assistenziale.

Tab. 5.5 - L'attivazione della presa in carico, per zona, 2013.

Zona-distretto	Domanda	Segnalazione			Totale
		MMG	Ospedale	Servizi territoriali	
Livornese			x	x	-
Val di Cornia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-
Valle del Serchio	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Versilia	10,0	25,0	40,0	25,0	100,0
Apuane	5,0	5,0	90,0	0,0	100,0
Alta Val di Cecina	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Valdera	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-
Valdarno Inferiore		x	x	x	-
Fiorentina Nord Ovest	x		x		-
Fiorentina Sud Est	0	0	70,0	30,0	100,0
Mugello	26,0	0	70,0	4,0	100,0
Aretina	0	0	100,0	0,0	100,0
Casentino	4,0	1,0	90,0	5,0	100,0
Val di Chiana Aretina	0	0	100,0	0,0	100,0
Valtiberina	10,0	10,0	50,0	30,0	100,0
Alta Val d'Elsa	10,0	0,0	70,0	20,0	100,0
Amiata Val d'Orcia	x	x	x	x	-
Amiata Grossetana	0,0	45,0	35,0	20,0	100,0
Colline dell'Albegna	5,0	30,0	50,0	15,0	100,0
Colline Metallifere	50,0	10,0	30,0	10,0	100,0

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

Il passaggio alla presa in carico ordinaria avviene in tutte le zone attraverso il passaggio in UVM, con la rivalutazione del caso e la predisposizione del PAP o il suo aggiornamento, salvo che nella Aretina, dove invece il passaggio è curato dall'agenzia per la continuità ospedale territorio (Acot).

Un aspetto che cambia notevolmente da zona a zona sono i tempi minimi di rivalutazione: nei casi in cui il dato è stato fornito, si va da una settimana indicata in Val di Chiana Aretina ai 6 mesi delle Colline Metallifere.

Tab. 5.6 - Tempi minimi di rivalutazione del caso per zona distretto, presenza e quantificazione, 2013.

Zona-distretto	Tempi minimi	
Livornese	Sì	-
Val di Cornia	n.d.	-
Valle del Serchio	No	-
Versilia	Sì	Variabili a seconda del caso

Zona-distretto	Tempi minimi	
Apuane	Sì	21 giorni
Alta Val di Cecina	Sì	Tempi correlati alla situazione specifica (il caso può essere rivalutato anche dopo pochi giorni)
Valdera	Sì	Specificati dal PAP
Valdarno Inferiore	n.d.	-
Fiorentina Nord Ovest	Sì	Trimestralmente o secondo le necessità
Fiorentina Sud Est	Sì	Entro 30 giorni (dall'accesso ai servizi)
Mugello	Sì	In relazione al bisogno del caso e secondo i regolamenti dei progetti e delle prestazioni attivate
Aretina	No	-
Casentino	No	-
Val di Chiana Aretina	Sì	1 settimana
Valtiberina	Sì	Da 30 giorni a 3 mesi
Alta Val d'Elsa	No	-
Amiata Val d'Orcia	Sì	Massimo 30 giorni
Amiata Grossetana	Sì	Ogni 3 mesi e al bisogno.
Colline dell'Albegna	Sì	Rivalutazione a distanza di 3 mesi
Colline Metallifere	Sì	6 mesi

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

Capitolo 6

DA UNA VISIONE FRAMMENTATA A UNA VISIONE GLOBALE

QUESTIONI METODOLOGICHE

Quanto analizzato fino ad ora ha permesso di realizzare confronti tra territori sulla base di singoli aspetti che riguardano l'accesso, la presa in carico in condizioni ordinarie e quella in condizioni di emergenza-urgenza.

Come già evidenziato nella precedente edizione del rapporto è necessario passare da una analisi, e conseguente valutazione, basata su parametri singoli, a una fondata su una visione complessiva del sistema di accesso e presa in carico dei servizi per le persone non autosufficienti.

A tal fine è stata utilizzata una metodologia che considera congiuntamente una pluralità di aspetti, crea un "punteggio" unitario della capacità di presa in carico rilevata e permette un confronto tra le zone interessate.

Nella prima edizione del monitoraggio sono state individuate le variabili più significative nel determinare la capacità zonale, riguardanti l'accesso (cioè i Punti Insieme), la presa in carico ordinaria (attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale) e quella in emergenza-urgenza. Nello specifico erano state selezionate 10 variabili (tab. 6.1). Per consentire una rappresentazione regionale del livello di capacità di risposta delle zone coinvolte (30 su 34), coerente con quanto realizzato nella prima edizione, sono state mantenute le stesse variabili.

Il giudizio di valutazione comparativa che sarà ottenuto si basa su un modello che prevede che ogni variabile sia associabile a "beneficio" – valori alti corrispondono a risultati migliori – o a "costo" – valori alti corrispondono a risultati peggiori.

In generale, per tutte le variabili considerate abbiamo assunto che valori più alti corrispondono a condizioni migliori per gli anziani assistiti, ad eccezione della variabile "Bacino di utenza potenziale per Punto Insieme" per la quale si presume che valori più alti corrispondono a situazioni peggiori.

Dalla visione di insieme richiamata all'inizio, deriva l'esigenza di adottare un approccio che legga in modo unitario le variabili selezionate, producendo una sintesi finale. La soluzione è stata individuata nel metodo della somma pesata, che è il metodo comunemente più usato nei problemi di ottimizzazione, cioè quelli in cui si tratta di massimizzare o minimizzare una funzione che misura le performance di quanto osservato.

Tab. 6.1 – Variabili selezionate per la valutazione delle zone.

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

Ogni zona rappresenta una soluzione alternativa per l'accesso e la presa in carico, contraddistinta da valori diversi delle dieci variabili assunte per descriverla. Questi valori vengono aggregati (attraverso una somma pesata) per ottenere un punteggio unitario finale. L'alternativa alla quale corrisponde il punteggio finale più elevato si qualifica come la migliore del ranking.

Ai fini della presente valutazione sono stati utilizzati i dati del 2013. Nel caso di non disponibilità del valore, sono stati usati i dati del 2012. Le successive tabelle (6.2-6.4) rappresentano la matrice in base alla quale sono state valutate le alternative corrispondenti ai sistemi zonal di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti.

Come già evidenziato nel rapporto precedente, le variabili si basano su scale di misurazione diverse (es. ore settimanali, anziani residenti). Per renderle confrontabili, e quindi consentire di realizzarne la lettura unitaria, sono stati standardizzati i valori, portandoli tutti a una stessa scala, compresa tra 0 e 1.

Nella fig. 6.1, i punteggi di ogni variabile sono standardizzati e vengono rappresentati da grafici a barre. La colonna più elevata per ogni variabile indica un punteggio migliore, indipendentemente se la variabile è beneficio o costo. Per esempio, rispetto al bacino potenziale del Punto insieme il punteggio più alto si registra nel Casentino, mentre per la copertura oraria del Punto insieme (ore medie settimanali di apertura del servizio) la colonna più alta si ha in corrispondenza della Val di Cornia.

Tab. 6.2 - Variabili selezionate per la valutazione: denominazione, unità di misura, valori per zona Area Vasta Nord Ovest, 2013.

	Punto Insieme			UVM						Emerg.- Urgenza
	Bacino u- tenza po- tenziale	Copert. oraria	Barriere architett. accesso	Dispon. operatori base	Presenza medico medicina generale	Presenza geriatra	Presenza famiglia	Operat. per anz. non auto res.	Pap per anziano non auto res.	Copertura oraria
Zona- distretto	Anziani >75 anni	Ore settim.	Presenza (1-2)	Ore settimana	Frequenza (0-4)	Frequenza (0-4)	Frequenza (0-4)	Ore operatore	Numero piani	Ore settimana
<i>Bassa V. di Cecina .</i>	3.500,3	6,0	1,7	54,0	3,0	3,0	4,0	1,7	17,2	72,0
Livornese	4.253,0	4,1	1,8	45,0	1,0	3,0	1,0	0,7	36,7	36,0
Val di Cornia	2.746,7	19,0	2,0	94,0	3,0	4,0	2,0	3,9	34,5	0,0
<i>Piana di Lucca</i>	1.756,0	5,0	1,7	72,0	2,0	0,0	2,0	1,2	36,9	30,0
Valle del Serchio	814,3	3,8	1,8	36,0	2,0	0,0	4,0	1,5	54,0	35,0
Versilia	2.459,6	2,6	2,0	21,0	4,0	4,0	4,0	0,4	33,9	48,0
Apuane	2.187,6	3,6	1,9	42,0	4,0	0,0	3,0	0,8	10,5	36,0
<i>Lunigiana</i>	1.193,0	5,1	1,9	30,0	3,0	4,0	2,0	1,1	27,6	25,0
Alta Val di Cecina	817,5	6,3	2,0	9,0	2,0	2,0	2,0	1,0	46,1	48,0
<i>Pisana</i>	4.684,6	8,2	2,0	70,0	0,0	0,0	1,0	1,0	35,6	36,0
Valdera	3.251,3	1,3	2,0	18,0	2,0	0,0	2,0	0,5	25,7	77,0
Valdarno Inferiore	1.433,8	13,4	1,8	18,0	2,0	2,0	2,0	0,9	49,6	168,0

Nota: in corsivo le zone considerate nel precedente monitoraggio.

Tab. 6.3 - Variabili selezionate per la valutazione: denominazione, unità di misura, valori per zona Area Vasta Centro, 2013.

Zona- distretto	Punto Insieme			UVM						Emerg- Urgenza
	Bacino u- tenza po- tenziale	Copert. oraria	Barriere architett. accesso	Dispon. operatori base	Presenza medico medicina generale	Presenza geriatra	Presenza famiglia	Operat. per anz. non auto res.	Pap per anziano non auto res.	Copertura oraria
	Anziani >75 anni	Ore settim.	Presenza (1-2)	Ore settimana	Frequenza (0-4)	Frequenza (0-4)	Frequenza (0-4)	Ore operatore	Numero piani	Ore settimana
<i>Valdinievole</i>	<i>4.681,0</i>	<i>5,3</i>	<i>2,0</i>	<i>110,0</i>	<i>2,0</i>	<i>4,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,6</i>	<i>36,5</i>	<i>36,0</i>
<i>Firenze</i>	<i>8.633,0</i>	<i>9,0</i>	<i>1,8</i>	<i>112,5</i>	<i>1,0</i>	<i>2,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,7</i>	<i>27,3</i>	<i>30,0</i>
Fiorentina Nord Ovest	3.115,4	4,3	2,0	74,0	2,0	4,0	2,0	1,0	28,3	0,0
Fiorentina Sud Est	1.621,8	4,8	1,9	110,0	1,0	0,0	2,0	1,7	37,9	35,0
Mugello	413,3	5,9	1,9	39,0	1,0	4,0	4,0	1,7	43,5	30,0
<i>Pratese</i>	<i>2.856,0</i>	<i>13,1</i>	<i>1,9</i>	<i>66,0</i>	<i>2,0</i>	<i>4,0</i>	<i>3,0</i>	<i>0,8</i>	<i>19,2</i>	<i>42,0</i>

Nota: in corsivo le zone considerate nel precedente monitoraggio.

Tab. 6.4 - Variabili selezionate per la valutazione: denominazione, unità di misura, valori per zona Area Vasta Sud Est, 2013.

	Punto Insieme			UVM						Emerg- Urgenza
	Bacino u- tenza po- tenziale	Copert. oraria	Barriere architett. accesso	Dispon. operatori base	Presenza medico medicina generale	Presenza geriatra	Presenza famiglia	Operat. per anz. non auto res.	Pap per anziano non auto res.	Copertura oraria
Zonea- distretto	<i>Anziani >75 anni</i>	<i>Ore settim.</i>	<i>Presenza (1-2)</i>	<i>Ore settimana</i>	<i>Frequenza (0-4)</i>	<i>Frequenza (0-4)</i>	<i>Frequenza (0-4)</i>	<i>Ore operatore</i>	<i>Numero piani</i>	<i>Ore settimana</i>
Aretina	2.544,8	4,3	2,0	18,0	2,0	0,0	2,0	0,4	72,1	36,0
Casentino	373,8	3,5	1,8	16,0	2,0	0,0	2,0	1,1	35,9	36,0
Valdichiana Aretina	1.067,0	16,3	1,9	18,0	3,0	3,0	2,0	1,0	31,3	36,0
Valdarno	1.106,5	6,1	1,7	72,0	1,0	1,0	2,0	2,2	38,8	30,0
Valtiberina	559,0	3,9	1,8	36,0	4,0	2,0	2,0	2,7	50,1	36,0
Alta Val d'Elsa	1.885,5	3,4	1,8	140,0	0,0	1,0	1,0	1,1	49,8	0,0
Amiata Val d'Orcia	718,0	3,6	1,6	36,0	2,0	0,0	3,0	3,3	34,9	34,0
<i>Valdichiana Senese</i>	<i>901,6</i>	<i>2,1</i>	<i>2,0</i>	<i>18,0</i>	<i>1,0</i>	<i>1,0</i>	<i>1,0</i>	<i>0,7</i>	<i>32,9</i>	<i>40,0</i>
Amiata Gros- setana	415,5	3,3	1,8	12,0	3,0	0,0	2,0	1,2	15,0	0,0
Colline dell'Albegna	861,3	3,3	2,0	9,0	2,0	4,0	2,0	0,5	76,7	44,0
Colline Metallifere	879,7	4,1	2,0	27,0	3,0	2,0	2,0	1,4	29,4	36,0
<i>Grossetana</i>	<i>1.846,6</i>	<i>7,4</i>	<i>1,7</i>	<i>110,0</i>	<i>3,0</i>	<i>4,0</i>	<i>0,0</i>	<i>2,8</i>	<i>35,6</i>	<i>25,0</i>

Nota: in corsivo le zone considerate nel precedente monitoraggio.

PRIMO SCENARIO VALUTATIVO

La valutazione della capacità di ogni zona di prendersi carico delle persone anziane non autosufficienti dipende dalle variabili selezionate e dal peso attribuito a ciascuna di esse.

Ci sono variabili che più di altre determinano la capacità della zona? È più importante la presenza della famiglia nell'Unità di Valutazione Multidimensionale o quella del medico di medicina generale? È più importante la copertura oraria del Punto Insieme o la presenza di barriere architettoniche per accedervi?

In un primo scenario valutativo, si è deciso, in linea con quanto fatto nel precedente rapporto, di attribuire alle dieci variabili considerate la stessa importanza nel determinare la capacità della zona di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti¹², senza dare una priorità specifica a un criterio (variabile) rispetto agli altri.

Come già accennato nel precedente paragrafo, 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*).

Attribuendo alle variabili uguale peso, in un primo scenario valutativo (fig. 6.2) risulta che zone che si collocano ai primi posti sono la Val di Cornia (0,76), il Valdarno Inferiore (0,69), la Valtiberina (0,65), la Valdinievole (0,65) e la Valdichiana Aretina (0,64). Sono le zone in cui, per le variabili scelte e per il peso attribuito a ciascuna, risulta una maggiore presa in carico delle persone anziane non autosufficienti.

Per il metodo seguito, il punteggio finale è dato dall'apporto di ogni variabile selezionata. Nel caso della Val di Cornia, ad esempio, incidono in modo positivo le ore - operatore dell'Unità di valutazione per anziano non autosufficiente residente, la copertura oraria di apertura del Punto Insieme e l'assenza di barriere architettoniche per accedere ai Punti Insieme. Incidono invece in modo negativo la copertura oraria della presa in carico in condizioni di emergenza-urgenza e la bassa frequenza del geriatra alle riunioni dell'unità valutativa.

Va precisato che il posizionamento è dato dal confronto relativo tra le zone. Estendendo il confronto ad altre zone, il posizionamento nel ranking può cambiare, perché cambiano i valori osservati e le proporzioni tra le grandezze rilevate.

La collocazione nel ranking cambia anche perché, tra un anno e l'altro, sono aumentati o diminuiti, a volte in maniera significativa altre meno, alcuni valori delle variabili (tab. 6.5). Per tale motivo, le 10 zone che sono state valutate lo scorso anno¹³ cambiano il loro posizionamento nel ranking. In particolare Valdinievole (che lo scorso anno era al terzo posto e quest'anno è la prima delle 10 zone), Pratese (da quinta a terza), Lunigiana (da settimana a quinta) e Valdichiana Senese (da nona a ottava) migliorano la loro posizione, mentre la peggiorano Grossetana (dal

¹² Per l'attribuzione dei pesi è stato adottato il metodo diretto in base al quale la somma dei pesi attribuiti alle variabili è pari a 1.

¹³ Bassa Val di Cecina, Firenze, Grossetana, Lunigiana, Piana di Lucca, Pisana, Pratese, Val di Chiana Senese, Valdarno, Valdinievole.

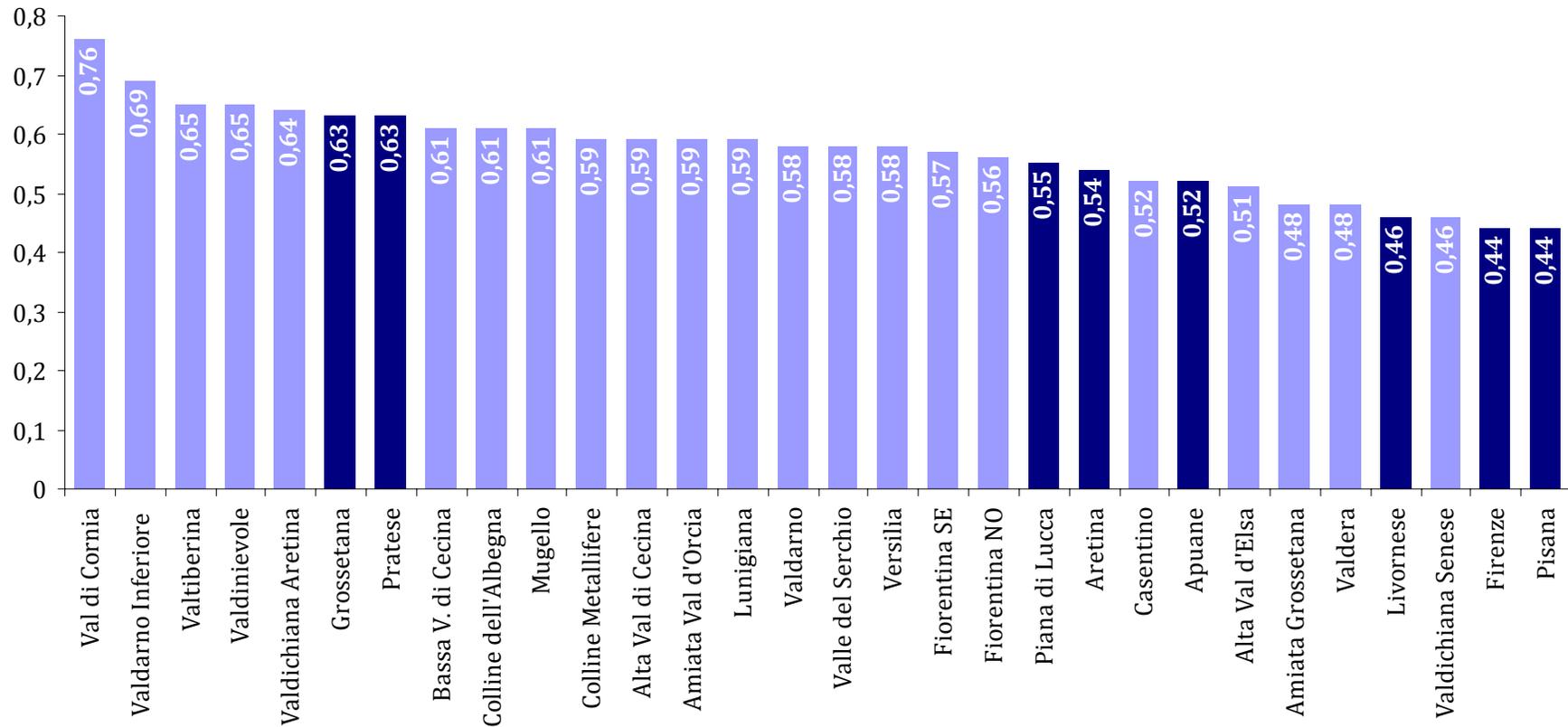
primo passa al secondo posto), Bassa Val di Cecina (da seconda a quarta), Piana di Lucca (da quarta a settima) e Pisana. Resta invariata la posizione di Valdarno e Firenze.

Tab. 6.5 – Variazione dei valori delle variabili, per le zone senior.

	Valdarno	Firenze	Grossetana	Bassa V. di Cecina	Piana di Lucca	Lunigiana	Pisana	Vadimivole	Pratese	Valdich. Senese
Bacino utenza potenziale Punto Insieme	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Copertura oraria Punti Insieme	→	↗	↘	↘	↘	→	↘	→	↘	→
Barriere architettoniche accesso Punto Insieme	→	→	↘	→	→	→	→	→	→	→
Disponibilità operatori base UVM	→	→	→	→	↗	→	↗	↘	→	→
Presenza Mmg in UVM	→	→	→	→	→	→	↘	→	→	→
Presenza geriatra in UVM	↗	→	→	→	→	→	→	→	→	↗
Presenza famiglia in UVM	→	→	→	→	→	→	→	↗	→	→
Disponibilità operatori UVM per anziani non auto	↘	→	↘	↘	→	↘	↗	↘	↘	→
PAP per anziani non auto	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Copertura oraria presa in carico emergenza	→	→	→	→	→	→	→	↗	→	→

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

Fig. 6.2 - Ranking delle zone rispetto alla capacità complessiva di presa in carico, primo scenario: pesi uguali per variabile considerata.



Nota: con barra più scura le zone con città capoluogo di provincia.

SECONDO SCENARIO VALUTATIVO

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

In particolare, ai referenti territoriali di FNP è stato chiesto di attribuire delle priorità agli indicatori, attraverso un questionario individuale e un successivo approfondimento in gruppo.

Ogni referente ha assegnato il punteggio massimo (10) all'indicatore che dal suo punto di vista risultava prioritario nel determinare la capacità della zona di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti. Valori decrescenti sono stati attribuiti agli altri indicatori, fino a valore minimo (1) assegnato al criterio meno importante.

Per realizzare questa pesatura degli indicatori sono stati coinvolti 44 referenti territoriali, organizzati in dieci gruppi territoriali di approfondimento.

L'indicatore che è stato considerato prioritario dalla netta maggioranza dei referenti coinvolti è la presenza del medico di medicina generale durante la valutazione del caso in UVM, seguito dalla presenza del familiare nell'Unità di Valutazione (tab. 6.6). Minore importanza è stata assegnata, invece, al bacino potenziale di utenza del Punto Insieme e alla presenza di barriere architettoniche. In questo modo vengono premiate le zone con valori più alti per le variabili a cui è stata assegnata più importanza, e, viceversa, vengono penalizzate quelle con valori più bassi.

Tab. 6.6 – Pesi attribuiti alla variabili.

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

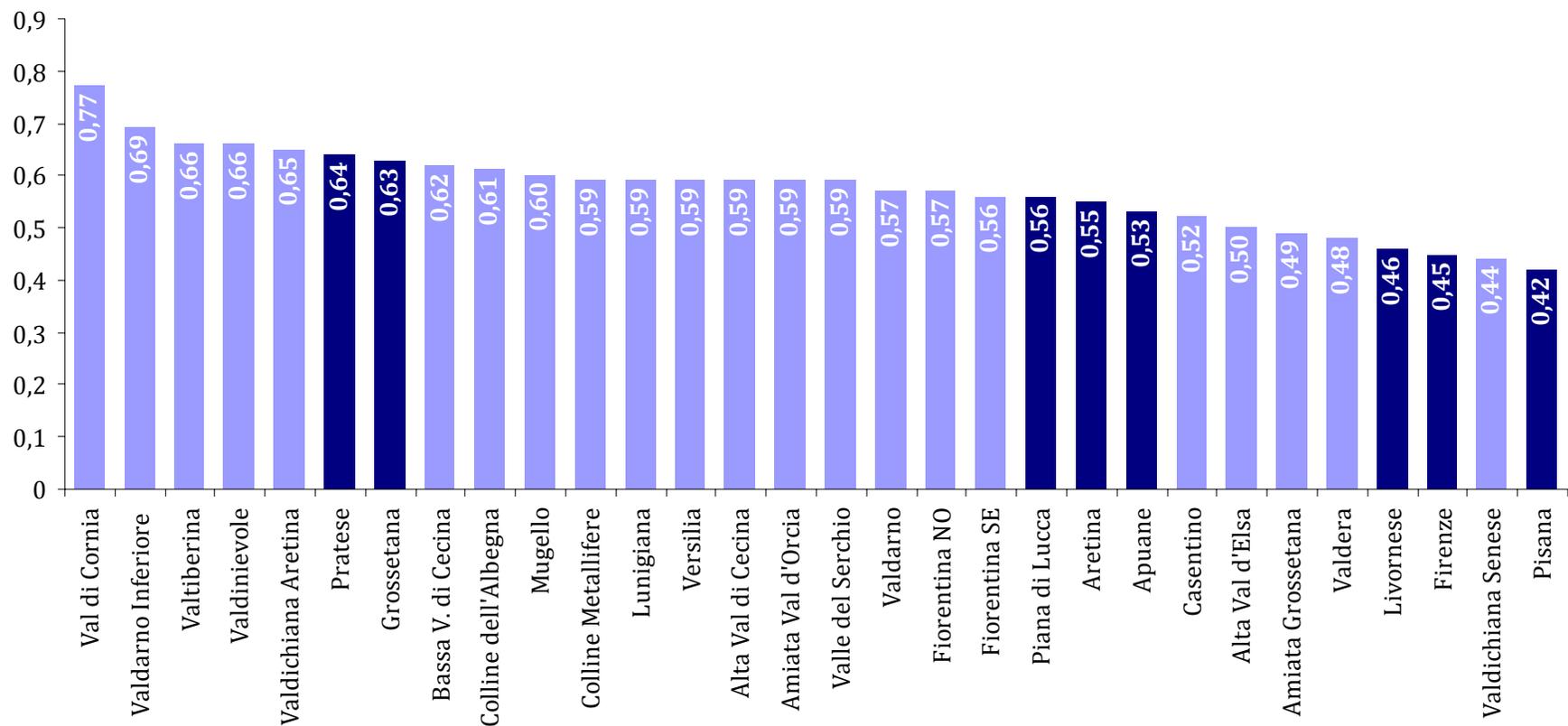
Il risultato del ranking tuttavia non varia in modo significativo. Ai primi 5 posti restano le stesse zone (Val di Cornia, Valdarno Inferiore, Valtiberina, Valdinievole e Valdichiana Aretina). Si modificano leggermente, invece, le posizioni delle ultime zone: Firenze passa al 27esimo posto, prima di Valdichiana Senese e Pisana.

La figura 6.4 evidenzia come si modifica il punteggio di ogni zona a seconda dello scenario valutativo adottato.

La sperimentazione di scenari alternativi e l'individuazione di pesi diversi per gli indicatori ritenuti più significativi dai referenti territoriali coinvolti mostra la versatilità di un metodo che permette di valorizzare la partecipazione dei portatori di interesse al processo di costruzione del sistema valutativo, adattandolo a priorità e contesti precisi.

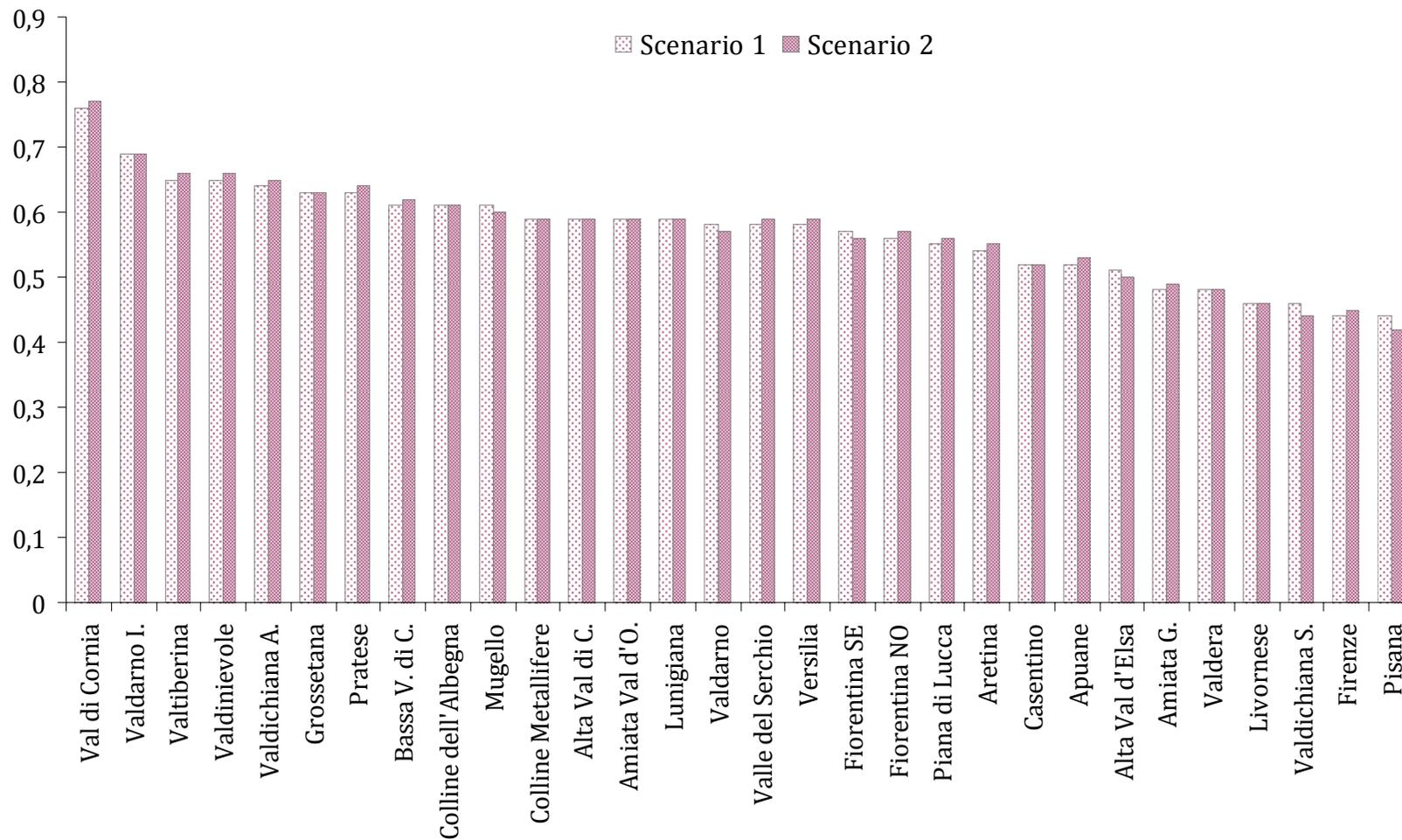
Ogni zona emerge dal confronto con le altre nei suoi aspetti di forza e di debolezza, ed è quindi messa in condizione di trovare possibili soluzioni per attenuare l'incidenza dei punti di debolezza e per migliorare i propri punti di forza.

Fig. 6.3 – Ranking delle zone rispetto alla capacità complessiva di presa in carico, secondo scenario: pesi differenziati per variabile considerata.



Nota: con barra più scura le zone con capoluogo di provincia.

Fig. 6.4 – Ranking delle zone rispetto alla capacità complessiva di presa in carico, confronto tra primo e secondo scenario.



CONCLUSIONI

L'investimento della Fnp Cisl – realizzare un sistema di monitoraggio della capacità di presa in carico dei servizi per la non autosufficienza nelle zone distrette della Toscana –, ha dato gli esiti auspicati. Dopo l'esperienza 'pilota' del biennio 2012-2013, l'indagine è stata estesa all'intero territorio regionale, fornendo una fotografia quasi completa della situazione del sistema dei servizi per le persone non autosufficienti in Toscana.

La rilevazione delle informazioni sulle caratteristiche e sul funzionamento dei Punti Insieme, delle Unità di Valutazione e dei percorsi di presa in carico attivati a favore dei cittadini anziani non autosufficienti ha permesso di ampliare la conoscenza dei sistemi locali e di consolidare il rapporto dell'organizzazione sindacale con i responsabili dei servizi, così da attivare processi condivisi di qualificazione della capacità di risposta esistente e di rafforzare il ruolo dei quadri e dei dirigenti che operano sul territorio.

Il rapporto 2013 concludeva dicendo del confronto interzonale: *“si tratta di una prima applicazione che, in quanto tale, ha carattere sperimentale e quindi perfettibile nel tempo. Ma indubbiamente facilita la logica partecipativa in quanto esplicita in modo chiaro i parametri valutativi, riconduce il risultato finale ad un unico punteggio facilmente comprensibile per tutti gli stakeholder, cittadini anziani in primis”*. L'edizione 2014 ci mette a disposizione parametri di confronto per capire l'affidabilità dei criteri e per procedere ad una ponderazione definitiva, che possa essere utilizzata su base corrente.

Questa metodologia è sensibile ai cambiamenti, come si vede nei modi con cui sono evidenziate le zone che hanno cercato di migliorarsi; ed è in grado di facilitare forme di valutazione partecipata dei servizi: i risultati ottenuti possono facilitare il dibattito e il confronto tra portatori di interesse così da cercare soluzioni migliorative.

L'attività di monitoraggio realizzata permette di conoscere e confrontare le infrastrutture organizzative esistenti e i processi di presa in carico praticati. Nella progettazione e nella realizzazione del percorso di monitoraggio è stata posta particolare attenzione agli aspetti del sistema che hanno il maggiore impatto sulla concreta fruizione dei servizi da parte della popolazione anziana: la localizzazione, l'accessibilità e il funzionamento dei Punti Insieme, le risorse professionali e organizzative delle UVM e la loro capacità di risposta, le caratteristiche principali dei percorsi di accesso al sistema, soprattutto nei casi di maggiore fragilità e complessità assistenziale. Sono gli aspetti che consentono alla Fnp di agire la propria funzione di tutela della popolazione anziana e delle famiglie.

L'indagine restituisce una fotografia ricca e composita della realtà regionale, fatta di punti di luce e di zone d'ombra. Pur nell'ambito di una comune cornice di riferi-

mento, ogni zona ha attuato gli indirizzi regionali secondo modalità e soluzioni organizzative proprie e con esiti diversi; per questo il valore aggiunto dell'attività di monitoraggio realizzata sta nel mettere a confronto il livello di assistenza garantito ai cittadini non autosufficienti che risiedono nelle diverse zone della nostra regione. La lettura dei dati nel contesto attuale suggerisce alcune sollecitazioni, che si propongono a chiusura del rapporto come spunto per la riflessione comune e per il lavoro futuro.

L'architettura del sistema dei servizi per la non autosufficienza è stata pensata oltre 6 anni fa, in una fase di maggiore disponibilità di risorse ed in una situazione sociale ed economica molto diversa dalla attuale. L'impatto della crisi sul sistema sociosanitario è un tema cruciale, su cui si gioca la tenuta delle risposte attualmente esistenti per le persone non autosufficienti.

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

È quindi necessario individuare soluzioni per affrontare queste sfide, facendo sintesi delle esperienze e, nello stesso tempo, individuando strategie in grado di potenziare il rendimento delle risorse a disposizione e la loro efficacia.

Un ulteriore spunto di riflessione viene dalla struttura dell'accesso ai servizi. I Punti Insieme, che dovevano rappresentare la porta di accesso al sistema, non sono stati molto valorizzati dopo il loro "lancio" nel 2008. I dati disponibili mostrano una loro diminuzione e un loro depotenziamento (in termini di orario di apertura al pubblico e di risorse professionali dedicate). La presenza di altre modalità di accesso al sistema (i servizi sociali territoriali) e, in generale, di una interscambiabilità di sedi e di operatori ha depotenziato la vocazione del Punto Insieme a divenire la porta unitaria ai servizi sociosanitari territoriali. Lo stesso progetto regionale di revisione del percorso di assistenza continua per le persone non autosufficienti prevede una riduzione dei Punti Insieme esistenti (che peraltro sono già in numero inferiore a quanto risulta dalle cifre ufficiali). In merito, dunque, occorre chiedersi se il loro ruolo abbia ancora un senso e se siano effettivamente in grado di aumentare l'accessibilità dei servizi, soprattutto nelle zone più disagiate e a maggiore domanda assistenziale, oppure se non sia necessario un rilancio della loro funzione.

Infine, l'esperienza di monitoraggio conferma la necessità di investire di più nella cultura della valutazione e, più in generale, nell'importanza della documentazione e della rendicontazione delle azioni pubbliche in generale e dei servizi sociosanitari per la non autosufficienza in particolare.

La documentazione e la sistematizzazione della raccolta di dati organizzativi e di funzionamento dovrebbero essere prassi comune e diffusa, fondamentale per valorizzare il lavoro svolto e il rendimento sociale prodotto, mentre stentano ancora oggi a essere praticate.

La scommessa di Fnp Cisl è quella di sollecitare i territori a misurare la propria capacità di risposta e a valorizzarne le caratteristiche principali di accessibilità e di presa in carico, componenti fondamentali per qualificare l'azione di cura e di accompagnamento e renderla più rispondente alle esigenze della popolazione interessata. Questo rapporto, unitamente a quello dello scorso anno, va in tale direzione.