

## **Welfare territoriale e non autosufficienza in Toscana**

Il contributo della FNP CISL Toscana alla qualificazione dei percorsi assistenziali  
**Rapporto regionale 2017/2018**

### **LA NON AUTOSUFFICIENZA IN TOSCANA E IL NOSTRO IMPEGNO**

La non autosufficienza, tema sociale fortemente complesso e complicato, è da sempre oggetto d'interesse dell'attività politico sindacale della Fnp Cisl.

Secondo i dati ISTAT in Italia le speranze di vita alla nascita, dal 2008 a oggi, continuano ad essere in forte crescita: siamo passati da una media di 83.9 anni per le donne a 85 e da 78.7 per gli uomini a 80.6. Confermato anche l'aumento dei dati toscani: da 84.3 a 85.5 per il genere femminile e da 79.4 a 81.2 per il genere maschile. Inoltre, stando alle stime prodotte dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, disponibili dal 2009 ad oggi, la popolazione non autosufficiente con 65 anni e più è in continuo aumento. In 9 anni si è passati da 65.550 a 79.600 unità. Sul totale la ripartizione per livello di gravità risulta essere la seguente:

<b>Livello lieve</b>	<b>Livello medio</b>	<b>Livello grave</b>
24.950	20.300	34.150

Si registra una crescita sia per i casi di non autosufficienza lieve che moderata (+16% in 9 anni), ma soprattutto per i casi più gravi che hanno bisogno di assistenza in tutte le attività di base della vita quotidiana (+19%). Gli anziani non autosufficienti sono per quasi tre quarti femmine, perché più longeve, anche se negli ultimi anni la proporzione di maschi è leggermente in aumento, passando dal 26% al 28% del totale. La quota di anziani non autosufficienti in crescita è soprattutto quella degli over 85, passati da 35mila a 48mila unità (+26%).

Ecco perché le attenzioni verso le persone più anziane e più deboli non possono arrestarsi, ecco perché la responsabilità delle politiche sociosanitarie e del sistema dei servizi non deve ricadere soltanto sulle istituzioni e sugli enti locali ma deve coinvolgere anche le organizzazioni sindacali e il terzo settore. Tant'è che il 28 febbraio 2018 i sindacati dei pensionati hanno elaborato unitariamente una proposta nazionale per una legge quadro sulla non autosufficienza, affinché il problema sia affrontato concretamente con una maggiore organizzazione e omogeneità fra Stato, Regioni e Comuni.

Di non minore importanza e rilievo è l'interesse della Federazione Regionale che, assieme alla Cisl Toscana, si è costantemente spesa sul territorio - a partire dall'impegno profuso per l'approvazione della L.R. 66/2008 con l'istituzione di un fondo regionale per la non autosufficienza - affinché le necessità di una popolazione sempre più anziana fossero tutelate e soprattutto soddisfatte.

## **LE NOSTRE INDAGINI**

Nei successivi dieci anni, la Fnp Cisl Toscana in collaborazione con la Fondazione Zancan, ha continuato a impegnarsi su questo tema. Sono state realizzate attività di informazione, formazione e ricerca, volte al monitoraggio dei percorsi assistenziali intrapresi in Toscana con riferimento alla funzionalità e alla fruizione dei servizi offerti e alle forme di compartecipazione che le famiglie devono sostenere nei percorsi di cura dei propri cari.

Le attività di monitoraggio sono oggi alla quarta edizione. Il lavoro svolto offre, anche quest'anno, un contributo di conoscenza e analisi dei sistemi territoriali dei servizi sociosanitari. Gli obiettivi perseguiti sono infatti:

- evidenziare i margini di miglioramento e di valorizzazione dei territori;
- rendere effettiva l'accessibilità ai servizi territoriali con soluzioni capaci di garantire una tempestiva e appropriata presa in carico della domanda di assistenza;
- promuovere una reale condivisione delle responsabilità tra centri di cura, persone, famiglie, formazioni sociali.

Il rilevamento dei dati è stato condotto dai Coordinatori RLS e dai Coordinatori zone distretto delle FNP Cisl della Toscana, seguiti dai propri Segretari con delega al sociosanitario. La Federazione Regionale assieme alla Fondazione Zancan ha curato il percorso formativo degli stessi per una maggiore conoscenza del contesto territoriale locale e per un approfondimento del quadro normativo di riferimento.

## **L' ATTUALE ASSETTO LEGISLATIVO DI RIFERIMENTO**

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

Il rapporto di monitoraggio è stato realizzato nella fase di passaggio dalla vecchia alla nuova zonizzazione: i dati raccolti sono infatti relativi al 2016 e 2017, quindi nell'assetto istituzionale a 34 zone distretto, precedente alla riforma tuttora in fase di implementazione, che ne riduce il numero a 26. Nel nuovo assetto la prevalenza del modello Società della Salute è scesa a 15 zone distretto e interessa: Lunigiana; Pisana; Alta Val di Cecina - Val d'Era; Bassa Val di Cecina-Val di Cornia; Empolese - Valdarno Inferiore; Firenze; Fiorentina NO; Mugello; Pistoiese; Pratese; Vadinievole; Alta Val d'Elsa; Amiata Senese-Val d'Orcia; Valdichiana Senese; Senese; Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana. Le restanti 11 zone sono "governate" dalle Conferenze dei Sindaci: Apuane; Valle del Serchio; Versilia; Piana di Lucca; Livornese; Elba; Fiorentina SE; Valdichiana Aretina; Valdarno; Aretina-Casentino-Valtiberina; Colline dell'Albegna.

La scelta di mantenere la rappresentazione estesa delle zone, oltre a ragioni di tipo metodologico, risponde anche a una precisa volontà di evidenziare le differenze tra le zone preesistenti, soprattutto quelle destinate a "fondersi" nelle nuove: al passaggio istituzionale delineato dalla riforma regionale infatti segue un più complesso processo organizzativo di ridefinizione di infrastrutture, processi, strumenti, che avranno un impatto diretto sull'accesso alle cure da parte della popolazione. La stagione attuale richiede, quindi, di mantenere alta l'attenzione sui

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

## **IL RAPPORTO REGIONALE**

L'indagine mette a disposizione una fotografia ricca e composita della realtà regionale, con un doppio valore aggiunto: confrontare la capacità di risposta delle diverse zone distretto della regione e rilevare le dinamiche evolutive nel tempo, cioè se e in che misura i problemi evidenziati hanno trovato soluzione. Il *filo rosso* continua ad essere quello del fruitore dei servizi (le persone e le famiglie) con particolare attenzione ai profili dell'accessibilità delle risposte di welfare in tutte le sue accezioni.

Il rapporto si apre con una presentazione del contesto demografico e istituzionale attuale. Segue nei capitoli successivi la presentazione dei risultati dell'indagine con riferimento specifico alla situazione dei Punti Insieme (secondo capitolo) e delle Unità di Valutazione e dei percorsi di presa in carico (capitolo terzo). Il quarto capitolo descrive i risultati della rilevazione delle Case della Salute. L'ultimo capitolo del rapporto è dedicato alla lettura della situazione regionale con riferimento alla pluralità di ambiti di indagine, attraverso una rappresentazione sintetica delle peculiarità zonali e il loro confronto, proiettato dal vecchio al nuovo assetto zonale.

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

L'esperienza di monitoraggio realizzata dalla Fnp Cisl Toscana e dalla Fondazione Zancan, permette di conoscere e confrontare le infrastrutture organizzative esistenti e i processi di presa in carico praticati, con riferimento agli elementi di maggiore impatto sulla concreta e reale fruizione dei servizi da parte della popolazione anziana e dei care giver familiari. Risultati che assumono un valore ancor più fondamentale se consideriamo che in Toscana abbiamo oltre 79mila anziani non autosufficienti.

## **I PUNTI INSIEME**

Per i Punti Insieme si conferma, anche quest'anno, una diversa visibilità e connotazione regionale. In riferimento alle zone censite si è riscontrata una diminuzione numerica di questi presidi che ne ridimensiona la capacità di risposta, tenuto conto dell'aumento delle persone anziane non autosufficienti. Tendenzialmente, nelle zone con un maggior numero di comuni vi è un maggior numero di Punti Insieme. Considerando il rapporto fra questi e il numero dei comuni, le zone dove si registra una maggiore 'copertura territoriale' dei presidi sono: Firenze, zona mono-comunale con 7 Punti Insieme; Mugello e Apuane, con quasi 2 presidi per comune. Seguono Versilia, Casentino e Colline Metallifere. Le zone con la minore copertura sono la Val di Nievole (con un rapporto 2:11 tra Punti Insieme e numero di comuni) e la Val d'Era (4:14).

La distribuzione dei presidi, inoltre, varia da una zona all'altra indipendentemente dal numero di potenziali beneficiari presenti. Ad esempio, nelle due zone distretto di Val di Cornia e Valle del Serchio la domanda potenziale di accesso ai servizi per la non autosufficienza si attesta su valori simili (circa 9.000 abitanti over 75), ma il numero di Punti Insieme è ben diverso. La zona distretto della Val di Cornia si articola in 6 comuni e sono presenti 3 Punti Insieme,

con un bacino potenziale di 3.000 persone per presidio; la Valle del Serchio, invece, è frammentata in 19 comuni, con 9 Punti Insieme e un bacino potenziale di accesso di 944 utenti, pari a un terzo di quello della Val di Cornia.

Il numero di ore settimanali di apertura varia moltissimo da uno sportello all'altro: da un minimo di un'ora a un massimo di 52 ore a settimana con una media di 6,5 ore, mezz'ora in meno di quanto rilevato nel censimento del 2015.

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

### **LE UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (UVM)**

In merito al monitoraggio delle 29 UVM censite si confermano le notevoli differenze sia nella composizione che nell'organizzazione. Per tutte le categorie professionali obbligatorie (assistente sociale, infermiere, medico) la media oraria dedicata al lavoro in UVM è aumentata, anche se con andamenti differenti da zona a zona. Raffrontando i dati attuali con quelli del 2014 la variazione maggiore è stata in 13 zone, rispettivamente per ciascuna macro area:

<b>Toscana Nord Ovest</b>	<b>Toscana Sud Est</b>	<b>Toscana Centro</b>
Alta Val di Cecina, Luni-giana, Valle del Serchio, Bassa Val di Cecina	Casentino, Val di Chiana Aretina, Valdarno, Alta Val d'Elsa	Valdarno Inferiore, Fiorentina NO, Firenze, Val di Nievole, Pratese

Un'altra dimensione considerata nel monitoraggio è la partecipazione delle altre componenti a integrazione dell'UVM.

Nel 2017 i medici di medicina generale risultano partecipare sempre alle attività dell'UVM nelle zone distretto delle Colline Metallifere, della Valtiberina e della Piana di Lucca, mentre non sono mai presenti in Alta Val d'Elsa. Il confronto tra la situazione del 2014 e quella del 2017 mostra una sostanziale stabilità in un terzo delle zone, una diminuzione della partecipazione dei medici di famiglia in otto zone (Grossetana, Colline dell'Albegna, Valdarno Inferiore, Mugello, Livornese, Elba, Apuane, Pisana) e un aumento della partecipazione in quattro zone (Amiata Senese V. Orcia, Colline Metallifere, Valtiberina, Piana di Lucca).

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

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

Spingendoci oltre abbiamo rapportato le ore di lavoro delle UVM alla popolazione anziana non autosufficiente presente nella zona distretto e abbiamo costruito un indicatore per capire quanto queste risorse rispondono effettivamente alle domande di assistenza. Rispetto al 2015, il dato medio di lavoro in UVM è diminuito da 1,7 a 1,5 ore per anziano non autosufficiente. Alta Val d'Elsa e Bassa Val di Cecina sono le zone con i valori più elevati (6 e 5,9). Su 29 zone, 17

sono sopra la soglia regionale media, mentre i valori più bassi sono stati rilevati per le UVM di Val di Cornia, Aretina, Colline dell'Albegna, Pisana (tutte sotto lo 0,50), Piana di Lucca, Livornese, Val di Chiana Senese, Apuane, Pratese, Firenze (con valori compresi tra lo 0,52 e lo 0,78). Un altro indice di grandezza della capacità di risposta delle UVM è relativo al numero di istanze esaminate e di Piani di Assistenza Personalizzati che le UVM hanno realizzato nel corso del 2016 e del 2017. Le istanze valutate (primi accessi) per il 2016 risultano essere pari a 14.993, quelle del 2017 sono 13.437. Cala anche il numero di piani censiti, 21.761 nel 2016, 19.645 nel 2017. Firenze e Fiorentina Nord Ovest, Livornese, Pisana e Senese sono le zone distrette con i valori più alti. Le zone Firenze e Senese registrano un aumento del numero di PAP, mentre le altre zone con i valori più alti nel 2017 segnano una diminuzione del dato. Val di Chiana Aretina e Amiata Senese Val d'Orcia sono le zone con i valori più bassi nel 2016, cui si unisce nel 2017 anche la zona delle Colline Metallifere.

### **LE CASE DELLA SALUTE E LE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)**

L'approfondimento effettuato sulle Case della Salute (sono stati censiti 54 presidi in 20 zone) offre un primo quadro della loro distribuzione e delle loro caratteristiche. Le Case della Salute dovrebbero essere il punto di riferimento principale per l'accesso alle cure sanitarie di base e dovrebbero collegare la propria azione a quella delle Aggregazioni Funzionali Territoriali.

Nel complesso, considerando le zone per cui si hanno informazioni, le Case della Salute in Toscana garantiscono oltre 1.800 ore settimanali di apertura, con una media è di 46 ore a settimana. Circa una Casa della Salute su quattro non risulta integrare il monte orario minimo di 35 ore settimanali, previsto dalla delibera regionale per il modulo di Casa della Salute base. Una Casa della Salute su dieci rientra nel monte orario compreso tra le 35 e le 50 ore, in una posizione intermedia tra il modulo base e quello standard, un terzo dei presidi ha una copertura oraria compresa tra le 50 ore (del modulo standard) e le 72 ore (il minimo per il modulo complesso). Quattro presidi superano le 72 ore settimanali. Per oltre il 26% delle Case della Salute monitorate il dato non è disponibile.

Dei 27 presidi che hanno fornito il dato sulle risorse professionali, circa un terzo hanno tra i sei e i dieci operatori, la metà ha un numero di operatori compreso tra due (numero minimo rilevato) e dieci operatori. In cinque presidi si riscontra una situazione intermedia con equipe comprese tra gli undici e i venti operatori. I presidi che dichiarano numeri superiori ai venti sono Case della Salute dove è molto alta la presenza di medici specialisti, oppure dove vengono erogati servizi h24, per la presenza di strutture residenziali comunitarie. Superano i 40 operatori 4 presidi su 27. La maggiore numerosità di operatori si registra in due presidi complessi, dove lavorano rispettivamente 66 e 70 operatori.

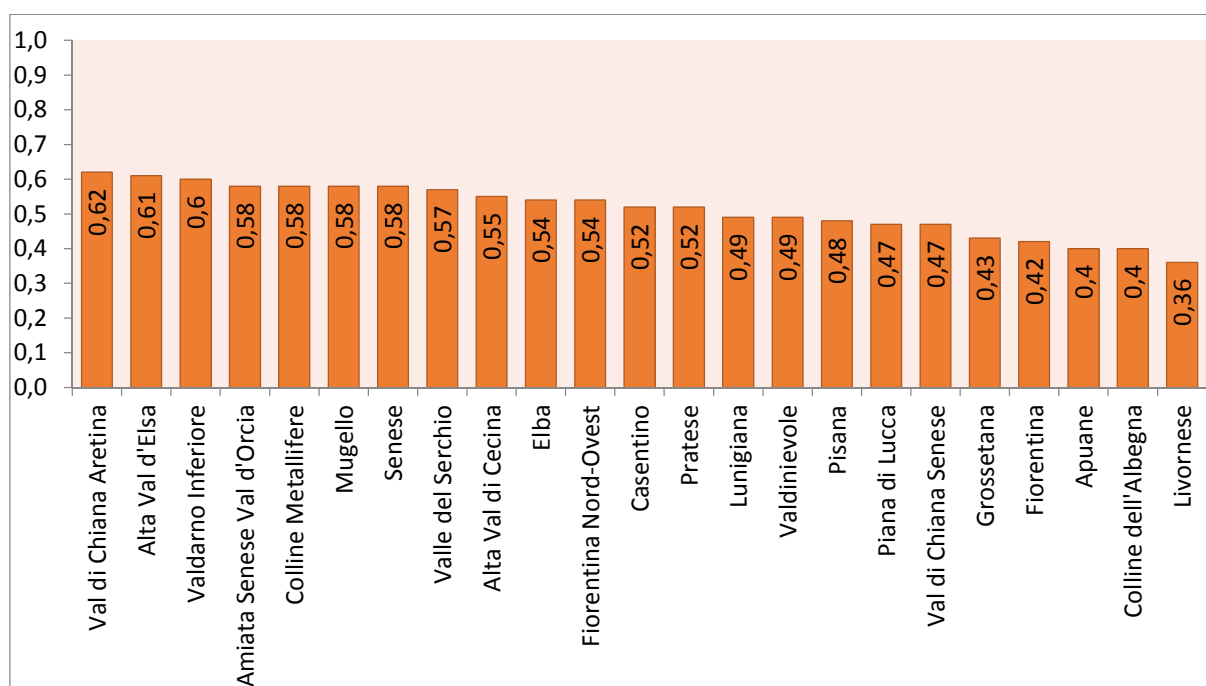
La componente professionale prevalente nelle Case della Salute oggetto del monitoraggio è quella degli infermieri: risultano presenti in 42 presidi, per un numero complessivo di 249 operatori. Seguono i medici di medicina generale, 246, che sono presenti all'interno di 46 Case della Salute. I 199 medici specialisti operano in 37 Case della Salute: tra le specialistiche più diffuse vi sono cardiologia, chirurgia, dermatologia, oculistica, ginecologia, ortopedia, urologia, neurologia, geriatria, diabetologia, pediatria. Le 106 figure amministrative sono presenti in 39 presidi, mentre gli assistenti sociali sono rilevati in 32 Case della Salute, con 61 operatori. Tra le 42 altre figure, presenti in 19 presidi, sono compresi fisioterapisti, operatori sociosanitari, educatori, ostetriche, terapisti della riabilitazione.

Le AFT - istituite come da indicazioni nazionali in tutto il territorio regionale - sono state oggetto di una rilevazione ad hoc, che ha dato risultati parziali non inclusi nel rapporto. Non avendo ancora tutte una sede fisica ben individuata, è stato complesso procedere alla loro in-

dividuaione e censimento territoriale, ma soprattutto, è emersa la grande difficoltà da parte del “cittadino” di comprenderne la funzione e la effettiva accessibilità.

## IL RANKING

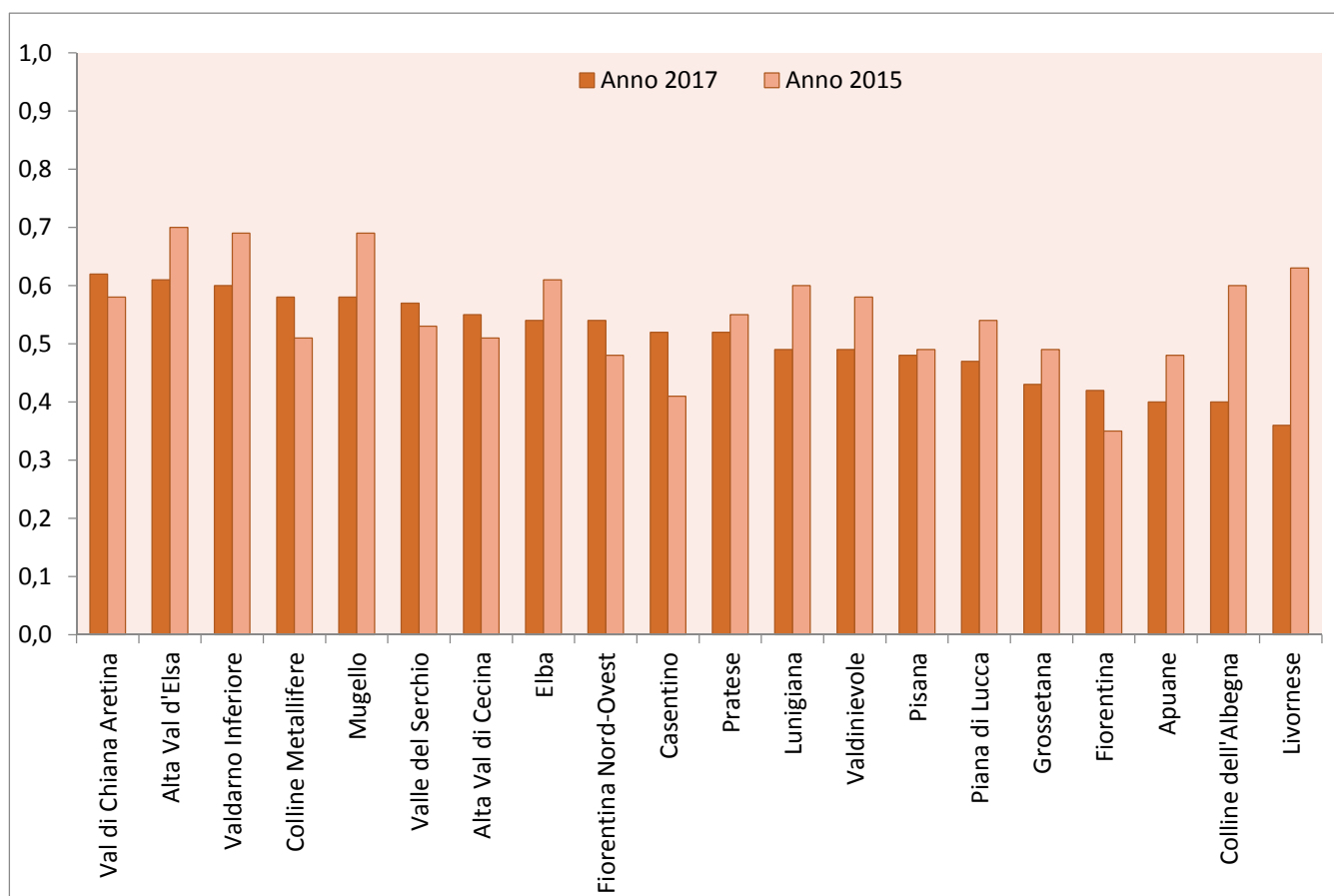
Il monitoraggio si chiude con una rappresentazione unitaria del sistema di accesso e presa in carico dei servizi per le persone non autosufficienti, che considera congiuntamente una pluralità di aspetti e permette un confronto tra le zone interessate. In termini generali, la zona con il miglior punteggio è la zona che presenta il miglior risultato possibile, aggregando le diverse variabili considerate. Con riferimento al 2017, è stato possibile includere nel ranking 23 zone, poiché complete di tutti i dati richiesti. La migliore posizione risulta quella della Val di Chiana Aretina, che raggiunge un punteggio di 0,62, seguita da Alta Val d’Elsa (0,61) e Valdarno Inferiore (0,6); il punteggio più basso si registra per la zona Livornese (0,36).



Grazie al confronto tra i ranking realizzati per le 20 zone distretto per le quali sono disponibili i dati sia nel 2015 che nel 2017, è possibile evidenziare le performance relative di ciascuna zona in termini di miglioramento, stabilità o peggioramento sul biennio 2015-2017.

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

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



Consapevoli di quanto è stato fatto sin qui vogliamo accogliere le sfide future convinti che la programmazione sociosanitaria regionale e locale può e deve assumere una prospettiva orientata a misurare la propria capacità di risposta e di accoglienza della domanda sociale, per una maggiore sistematicità del welfare territoriale che favorisca e faciliti sempre più la fruizione dei servizi per gli anziani e i non autosufficienti.