

Legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 - Istituzione del **Fondo regionale per la non autosufficienza** e modalità di accesso alle prestazioni

La relazione in risposta alla clausola valutativa

ATTO N. 1526 – Delib. Giunta regionale n. 373 del 7 aprile 2014 – Relazione relativa al triennio 2009-2011 e agli anni 2012/2013, in adempimento alla clausola valutativa di cui all'art. 18 della l.r. 9/2008”, che costituisce la prima relazione che la GR invia al Consiglio.

Facendo seguito al contenuto della nota informativa in cui si rappresentava lo stato di attuazione della legge 9/2008 a cinque anni dalla sua approvazione, con questa nota viene fornita un'analisi degli aspetti tecnici che caratterizzano la relazione di ritorno da clausola valutativa della Giunta, insieme ad alcuni dati di contesto utili ad inquadrare il fenomeno della non autosufficienza.

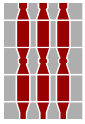
La legge regionale 9/2008 contiene, all'articolo 18, una clausola valutativa. La clausola prevede che, con cadenza annuale, la Giunta presenti al Consiglio una relazione che fornisca informazioni su quesiti specifici al fine di verificare l'attuazione della legge. Il secondo comma della clausola sancisce un altro obbligo di rendicontazione al Consiglio, questa volta con cadenza triennale, che contiene domande mirate che permettano all'Assemblea di poter valutare se la legge ha raggiunto gli obiettivi e/o abbia prodotto gli effetti che la *policy* si era prefissata.

Alcuni dati di contesto

L'Umbria è una delle regioni più longeve d'Italia. Il dato, che denota un'attenzione particolare agli stili di vita sani e ad un elevato sistema di protezione delle reti familiari e sociali, fa registrare una crescita esponenziale del **processo di invecchiamento della popolazione**.

Secondo i dati dell'ultimo Censimento della popolazione del 2011, la percentuale di popolazione di 65 anni e più è passata dal 18,7% (10.645.874 persone) nel 2001 al 20,8% nel 2011 (12.384.963 persone). L'aumento è stato sensibile anche per le età più avanzate: la popolazione di 75 anni e più è passata dall'8,4% del 2001 (4.762.414 persone) al 10,4% del 2011 (6.152.411 persone).

In Umbria la componente dei soggetti con più di 65% è il 23,6% della popolazione, mentre gli over 75 anni rappresentano l'11% della popolazione.



Servizio Lavori d'Aula e Legislazione

Sezione Analisi documentale, Controllo e Valutazione

Il progressivo invecchiamento che caratterizza la popolazione italiana risulta ancor più evidente attraverso l'analisi dell'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione con 65 anni e più e quella con meno di 15 anni (Figure 1 e 2) che è passato dal 46,1% del 1971 al 148,7% del 2011 (131,4% nel 2001), con il valore minimo (101,9%) registrato in Campania e il massimo (238,4%) in Liguria.

Figura 1 - Indice di vecchiaia ai censimenti dal 1971 al 2011. Fonte ISTAT

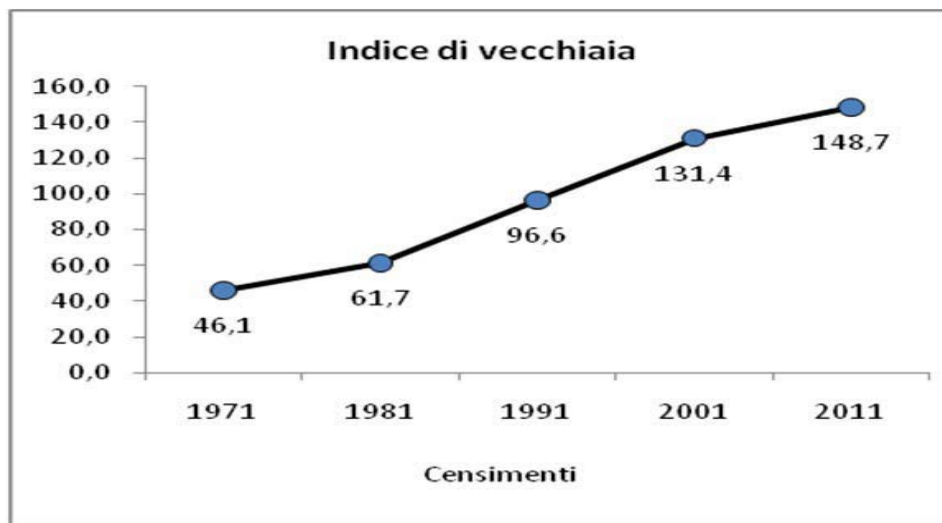
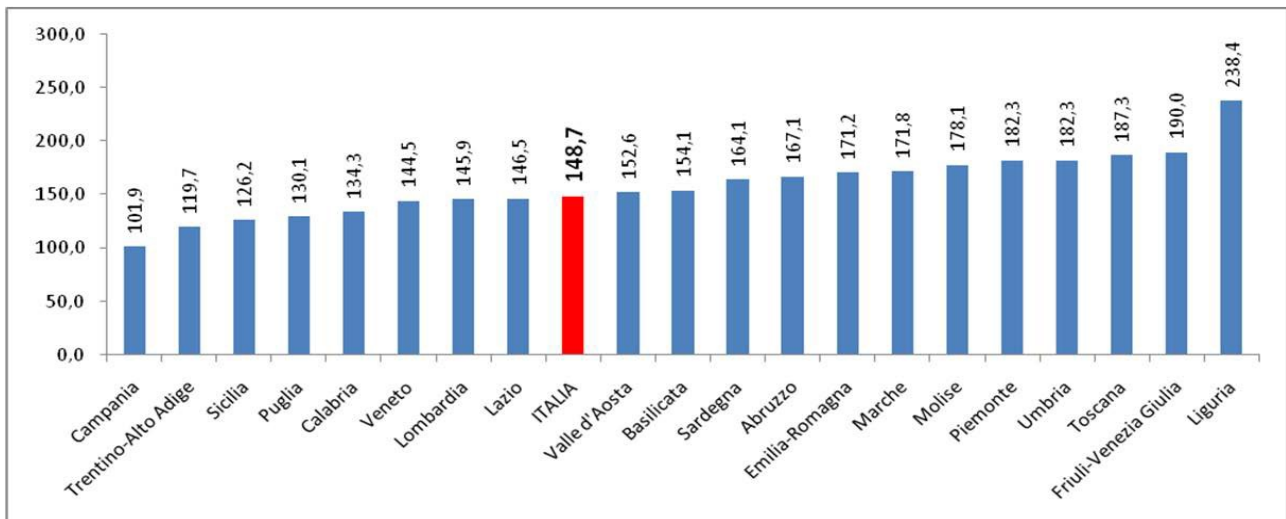
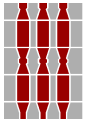


Figura 2 - Indice di vecchiaia della popolazione residente per regione. Censimento 2011





Servizio Lavori d'Aula e Legislazione

Sezione Analisi documentale, Controllo e Valutazione

Il **IV Rapporto sull'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia** (promosso da IRCCS-INRCA) ricostruisce il quadro informativo nel settore dell'assistenza continuativa per gli anziani non autosufficienti, basandosi tre categorie di interventi che appartengono al sistema del *Long term Care* (LTC):

1. Gli interventi di assistenza domiciliare, Assistenza domiciliare integrata, sia di natura socio-sanitaria (ADI) che sociale (Servizio di Assistenza Domiciliare – SAD);
2. Gli interventi di assistenza residenziale;
3. I trasferimenti monetari di natura assistenziale erogati sotto forma di indennità di accompagnamento per invalidità civile oppure sotto forma di assegni di cura, voucher, o altri trasferimenti erogati dai Comuni.

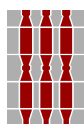
Con riferimento ai servizi domiciliari, l'offerta di assistenza a carattere sociosanitario da parte delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), all'interno della quale rientra l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), risulta molto eterogenea: dai dati disponibili, sembrerebbe che non tutte le regioni italiane abbiano recepito l'importanza strategica di investire nel settore della domiciliarità, nonostante alcuni studi sembrano dimostrare come i servizi di residenzialità incidano sulla spesa sanitaria in maniera molto più significativa rispetto ai servizi domiciliari¹.

Tali risultati rendono pertanto sempre più urgente la necessità di rafforzare la rete dei servizi territoriali – in Italia tradizionalmente poco diffusi rispetto ad altri paesi dell'Europa Settentrionale – per consentire ai pazienti di vivere il più a lungo possibile nella propria abitazione.

Il tempo dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) si aggira in Italia intorno alle 20 ore all'anno (Ministero della salute, 2013) e solo in alcune regioni italiane si registra un range compreso tra 16 e 26 ore annue di servizi erogati. In Umbria le ore annue erogate sono 13 per utente anziano. In ogni caso, si tratta di un'intensità del servizio molto bassa, soprattutto se confrontata con quella di altri Paesi europei (Garms-Homolova *et al.*, 2012).

Sul versante relativo ai servizi erogati dai comuni nel territorio, il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) si configura come il principale intervento a favore degli anziani con difficoltà nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana. Sulla base dei risultati dell'indagine su *Gli interventi e i servizi sociali dei comuni* dell'ISTAT (2013), anche in questo settore le regioni italiane sembrano comportarsi in modo eterogeneo; in Umbria, l'indicatore di presa in carico degli utenti anziani risulta essere **pari a 0,3 per 100 persone anziane**, contro una media italiana di 1,4% con una spesa media per utente anziano **di 2.632 euro** a fronte di una media italiana di 2.014 euro.

¹ Secondo il recente Dementia 2012 Report della Alzheimer's Society del Regno Unito (Lakey *et al.*, 2012), il costo per il welfare inglese dell'assistenza a domicilio per un anziano con demenza si aggira attorno ai 17.300 euro l'anno nel caso di patologia in fase iniziale, cifra che aumenta a circa 24.200 e 34.000 euro per le fasi intermedia e terminale. Nei casi in cui il paziente è costretto a trasferirsi presso una struttura residenziale, il costo dell'assistenza raggiunge i 37.200 euro l'anno. L'aggravio economico con il passaggio dal setting assistenziale domiciliare a quello residenziale è confermato anche per altre tipologie di persone non autosufficienti (Chappell *et al.*, 2004; Genworth, 2012).

**Servizio Lavori d'Aula e Legislazione**

Sezione Analisi documentale, Controllo e Valutazione

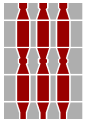
I trasferimenti monetari

Per quanto riguarda la copertura della prestazione nelle regioni, secondo i dati ISTAT su / beneficiari delle prestazioni pensionistiche, i beneficiari dell'indennità di accompagnamento nel 2010 ammontavano a più di 1,5 milioni di anziani. Tra gli over 65 il tasso di fruizione dell'indennità era pari al 12,5%, con un minimo di 8,4% in **Trentino-Alto Adige** ed un massimo di **19,5% in Umbria** (Tabella 1).

Tabella 1 - Numero beneficiari e tassi percentuali di fruizione indennità di accompagnamento nella popolazione anziana e generale delle regioni italiane

Regione	2010		2005-2010
	beneficiari 65+	% beneficiari su popolazione 65+	% beneficiari su popolazione 65+
Piemonte	95.296	9,4	+1,2
Valle d'Aosta	2.608	9,8	+0,4
Liguria	46.489	10,7	+0,4
Lombardia	195.745	9,9	+0,9
Trentino-Alto Adige	16.068	8,4	+0,4
Veneto	105.334	10,8	+1,3
Friuli-Venezia Giulia	32.871	11,4	+0,4
Emilia-Romagna	107.311	10,9	+0,6
Toscana	97.443	11,2	+0,8
Umbria	40.566	19,5	+2,6
Marche	48.762	13,9	+1,9
Lazio	151.347	13,5	+3,1
Abruzzo	41.893	14,7	+2,0
Molise	8.669	12,4	+3,8
Campania	159.537	17,2	+2,8
Puglia	114.117	15,3	+4,1
Basilicata	16.049	13,6	+2,4
Calabria	66.034	17,6	+2,1
Sicilia	133.442	14,4	+3,1
Sardegna	51.018	16,0	+1,9
Italia	1.530.599	12,5	+1,7

Fonte: ISTAT, *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I beneficiari delle prestazioni pensionistiche.*



Servizio Lavori d'Aula e Legislazione

Sezione Analisi documentale, Controllo e Valutazione

Il Rapporto sulla non autosufficienza analizza inoltre i profili di assistenza nelle regioni, elaborati attraverso un approccio cluster *analysis*², basata sugli indicatori dell'offerta servizi nell'area LTC come possibile metodo per leggere l'eterogeneità dei contesti regionali.

Differenze tra le regioni

Non esiste un modello nazionale di sostegno alla non autosufficienza,
ma differenti profili regionali.

Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta: residenzialità avanzata, con sviluppo delle soluzioni residenziali e dall'offerta comunale di servizi socio-assistenziali

Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia: elevata intensità assistenziale domiciliare

Calabria, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna: "cash-for-care" (soldi in cambio di assistenza): tanti beneficiari di indennità di accompagnamento, pochi ospiti di strutture residenziali

Umbria: tanti beneficiari dell'indennità di accompagnamento tra gli ultra 65enni (19,5%), tanti con ADI passati nel corso di due anni da 5,1% a 7,7% degli over 65 che si contrappone ad una scarsa offerta di servizi residenziali e di SAD (0,6% e 0,3% degli anziani).

Abruzzo, Basilicata, Lazio, Marche, Molise: diffusione media di ADI e SAD, orientamento verso cash-for-care

Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana e Veneto: diffusione media di ADI e SAD, orientamento verso residenzialità

Si noti che l'approccio interpretativo della *cluster analysis* non consente di considerare aspetti di tipo qualitativo, ma si limita ad identificare le similarità statistiche tra il set di indicatori considerati e non può tenere in considerazione la qualità dell'offerta erogata, ma solo l'intensità dell'offerta di prestazioni.

Per quanto riguarda l'aspetto della residenzialità, in Italia i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi al 31 dicembre 2011 sono 12.033 e dispongono complessivamente di 386.803 posti letto (6,5 ogni 1.000 persone residenti). Dal punto di vista territoriale, il quadro è molto eterogeneo: l'offerta raggiunge i più alti livelli nelle regioni del Nord dove si concentra il 67% dei posti letto complessivi (9,5 ogni mille residenti) e tocca i valori minimi nel Sud con il 7% dei posti letto (soltanto 3 posti letto ogni mille residenti). La Figura 3 riporta i dati regionali in sintesi.

²L'analisi dei cluster (o *cluster analysis*) è una tecnica statistica multivariata che ha l'obiettivo di rilevare nell'ambito di una popolazione la presenza di gruppi di casi simili tra loro (massima somiglianza) e allo stesso tempo il più possibile differenti dagli altri gruppi (diversità).

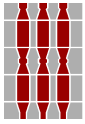
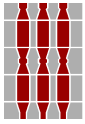


Figura 3. Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31/12/2011. Tassi per 1.000 residenti



Sul totale delle persone assistite nei presidi socio-assistenziali, oltre 279 mila (il 76%) hanno almeno 65 anni, quasi 73 mila (il 20%) un'età compresa tra i 18 e i 64 anni e poco più di 17 mila (il 5%) sono giovani con meno di 18 anni.



Analisi della struttura e dei contenuti della relazione

La legge regionale sulla non autosufficienza è stata approvata nel 2008 e la Giunta ha presentato quest'anno la prima relazione in risposta alla clausola. La relazione è basata sui risultati della programmazione 2009/2011 e gli anni 2012 e 2013.

Gli snodi principali relativi all'attuazione della legge, che corrispondono ai quesiti posti dal comma 1 della clausola valutativa, evidenziano che la "presa in carico" della persona non autosufficiente da parte del Distretti è risultato molto semplificato dal sistema del doppio accesso: Centri di salute e Uffici della e della cittadinanza; si evidenzia che in tutti i distretti è stato attivato il servizio e che ad ogni domanda di accesso al fondo porta ad una valutazione da parte delle Unità Multidisciplinari di valutazione con la stesura e la sottoscrizione del Patto per la cura e il benessere (PAP).

Tra il momento della domanda di accesso, la presa in carico e infine la sottoscrizione del PAP intercorrono dei tempi di attesa che variano da **5 o 6 giorni per le cure domiciliari, mentre per le cure intermedie la presa in carico è di 30 gg. Non viene rappresentato il dato che corrisponde ad un alto bisogno assistenziale e non si rende conto del tempo intercorrente per l'inserimento in una struttura residenziale sia Residenza Sanitaria Assistita (RSA) o Residenza protetta (RP)**³. Viene precisato comunque che in questi casi il Patto per la cura e il benessere prevede la presa in carico con progetti di domiciliarità.

Viene inoltre evidenziato nella relazione, che la non autosufficienza, in presenza di risorse mirate che coinvolgono sia la sanità che il sociale ha assunto una connotazione di welfare autonoma agendo come trascinarsi per un generale accrescimento delle prestazioni e degli interventi in tutte le zone/distretto soprattutto per l'area dei servizi rivolti alle persone disabili sia adulti che minori (non vengono forniti dati di lettura del fenomeno descritto).

I quesiti del comma 2

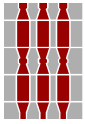
L'obiettivo della l.r. 9/2008 era quello dell'incremento del sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti e delle relative famiglie, favorire la permanenza nel proprio domicilio e accrescere le opportunità di sviluppo psicosociale della persona disabile.

La clausola valutativa al comma 2 poneva una serie di quesiti corrispondenti a:

a) *in che modo le risorse impiegate:*

- 1) *hanno contribuito all'obiettivo del mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti;*
- 2) *hanno contribuito ad incrementare il sistema di protezione sociale e di cura delle persone non autosufficienti e delle relative famiglie;*

³ Le RSA ospitano pazienti cronici non autosufficienti, non assistibili a domicilio, con necessità di elevata tutela sanitaria. Le RP ospitano pazienti cronici non autosufficienti, non assistibili a domicilio, a bassa tutela sanitaria. L'Hospice, è una residenza socio-sanitaria per pazienti terminali che ospita persone non assistibili presso il proprio domicilio, in fase avanzata/terminale di una malattia ad andamento irreversibile.



Servizio Lavori d'Aula e Legislazione

Sezione Analisi documentale, Controllo e Valutazione

3) hanno inciso sulla spesa sanitaria;

4) hanno contribuito a contenere i tempi medi delle liste di accesso alle strutture residenziali;

b) il grado di soddisfacimento dei bisogni delle persone non autosufficienti e dei familiari e conviventi nonché il livello di qualità delle prestazioni rese e degli interventi attuati.

Nella relazione viene rappresentata la spesa registrata nel triennio di vigenza del Piano evidenziando il numero degli interventi attivati e la spesa media per intervento:

Fondo Non Autosufficienza 2009/2011	€ 246.721.589
Interventi attivati	36.189
Spesa media per intervento	6.818

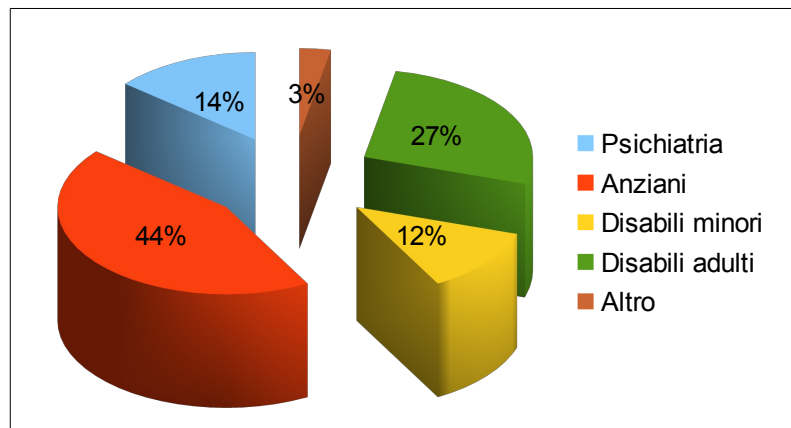
Si mette in evidenza inoltre, come risulta dalla tabella seguente, come l'incertezza derivata dai tagli del governo al Fondo Sociale nazionale e il rifinanziamento del Fondo per la non Autosufficienza abbiano portato portato ad una contrazione delle risorse spese con il permanere di fondi residui in alcune zone.

Azienda USL	Risorse impegnate	Risorse spese	Percentuale Spesa/Impegno
USL 1	€ 36.318.040	€ 32.968.775	91%
USL 2	€ 77.827.124	€ 77.117.423	99%
USL 3	€ 50.534.203	€ 47.125.592	93%
USL 4	€ 93.625.975	€ 89.509.800	96%
UMBRIA	€ 258.305.342	€ 246.721.590	96%

Si evidenzia inoltre come il quadro demografico diverso ma anche gli alti livelli di spesa consolidati negli anni precedenti l'istituzione del fondo abbiamo portato a differenze significative di spesa con le altre USL.

Figura 4. Suddivisione della spesa per gruppi di popolazione

Nella Figura 4 vengono forniti i dati relativi alla spesa per i gruppi di popolazione: si può vedere come la spesa per anziani sia preponderante (44%) rispetto agli altri gruppi di popolazione.



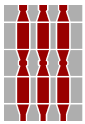
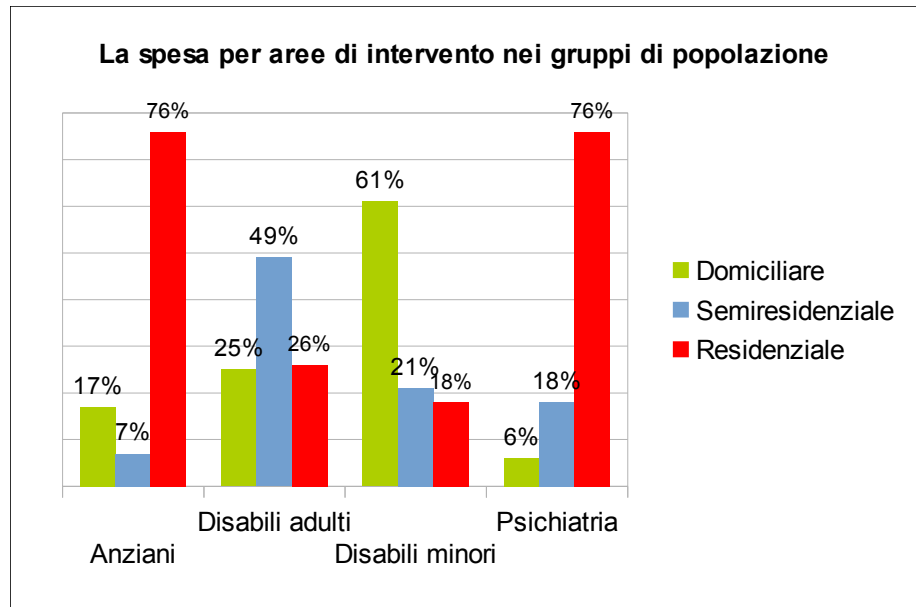


Figura 5

Il grafico 3 mostra come gli interventi nell'area anziani e e psichiatria si concentrino soprattutto nell'inserimento in **strutture residenziali**. La percentuale di spesa per interventi di cura e sollievo prestati presso il domicilio resta residuale rispetto al residenziale (17%).

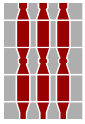
Si dichiara inoltre che i servizi erogati sono in buona parte riconducibili al welfare comunitario e semiresidenziale.



Conclusioni

La Giunta regionale evidenzia inoltre una serie di problematiche riconducibili alla disomogenea articolazione dei servizi nelle zone/distretto, alla omogeneizzazione del sistema nel suo complesso, problematiche sul fronte della domiciliarità e sottolinea come il welfare residenziale doveva essere residuale rispetto agli interventi a domicilio. In realtà l'uso abbondante di risorse per l'inserimento in strutture residenziali ha fatto sì che questo non sia avvenuto.

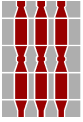
Vi sono inoltre una serie di criticità che permangono come la regolamentazione del sistema di compartecipazione alle prestazioni, ma sono in via di risoluzione, mentre permangono quelle di differenziazione tra azioni messe in atto dalle aziende e quelle connesse ad una netta separazione tra le risorse dei Comuni e quelle aziendali.



Spunti di riflessione

I dati presentati nella relazione, messi a confronto con quelli di contesto permettono di individuare alcuni spunti di riflessione sul tema della non autosufficienza:

- la relazione riporta i dati sulla spesa media per intervento che però non consentono di comprendere quali sono le tipologie di prestazioni erogate e né la tipologia di fabbisogno assistenziale;
- non si evince dalla relazione il motivo per cui si verifica la criticità della mancata compartecipazione dell'utente su molte prestazioni anche a fronte di una regolamentazione nazionale e regionale (lr. 4/2009);
- l'eterogeneità territoriale sull'erogazione dei servizi descritta dalla relazione non viene chiarita, per cui non è possibile capire dal documento quali siano le aree della regione in cui si manifesta una carenza di servizi assistenziali né la corrispondente tipologia;
- a fronte degli obiettivi della legge regionale di mantenere la persona al proprio domicilio dai dati emerge come la maggior parte delle risorse regionali sono destinate alla residenzialità piuttosto che ai servizi domiciliari;
- a fronte di un aumento crescente delle liste di attesa nelle residenze protette, viene specificato che il Patto per la cura e il benessere prevede comunque la presa in carico con progetti di domiciliarità, tuttavia non si hanno dati di lettura del fenomeno.



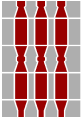
Regione Umbria

Assemblea legislativa

2° Nota informativa sull'attuazione
delle politiche regionali

Servizio Lavori d'Aula e Legislazione

Sezione Analisi documentale, Controllo e Valutazione



FIRME

<i>L'istruttore</i>	Susanna Rossi
<i>Il Responsabile di Sezione</i>	Maria Rita Francesconi
<i>Il Dirigente</i>	Juri Rosi
<i>Data</i>	12 giugno 2014