

Relazione in risposta alla clausola valutativa

ATTO N. 335 – “Relazione sull'attuazione degli interventi nell'ambito del **Fondo per la non autosufficienza – Anno 2014 – Adempimento alla clausola valutativa** di cui all'art. 407 – comma 3 della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 (Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali)”.

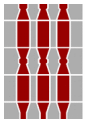
Questa nota, facendo seguito alle precedenti dell'anno 2014, descrive lo stato d'attuazione della ex L.R. 9/2008, ed in particolare prende in esame il contenuto della relazione inviata dalla Giunta regionale in risposta alla clausola valutativa e relativa all'anno 2014.

IN EVIDENZA

L'assistenza sanitaria e socio-assistenziale agli anziani non autosufficienti rappresenta una delle grandi sfide che la società italiana si trova ad affrontare. **In un Paese come il nostro, in cui ben 2,5 milioni di anziani hanno limitazioni funzionali di qualche tipo (mobilità, autonomia, comunicazione, ecc.)** e sono parzialmente o totalmente non autosufficienti, la questione di come lo Stato possa garantire un'appropriate assistenza continuativa (*Long-term Care, LTC*) deve rappresentare una priorità dell'agenda politica.

Implicitamente, il sistema di LTC si è retto finora per buona parte sul contributo delle famiglie dei non autosufficienti, sia come assistenza diretta in termini di cure personali prestate all'anziano che come esposizione finanziaria verso l'acquisto di beni e servizi sanitari e socio-sanitari (inclusi l'assunzione di assistenti familiari e il pagamento delle rette di strutture residenziali). **Tuttavia, la disponibilità di caregiver familiari non riuscirà a sopperire alle carenze strutturali dei servizi formali di assistenza, sia per l'aumento previsto – in termini assoluti e percentuali – del segmento di popolazione ultrasessantacinquenne** bisognosa di cura, sia per la progressiva diminuzione del numero di caregiver familiari, anche in seguito ai mutamenti sociali nella struttura delle famiglie e della società.

L'Assistenza agli non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto



L'impianto della L.R. 9/2008

Il percorso assistenziale

Un'innovazione prevista dalla legge è la previsione di un percorso assistenziale strutturato in tutte le sue fasi fino all'introduzione del Patto per la cura e il benessere sottoscritto dal soggetto non autosufficiente e dai suoi familiari con il responsabile del Programma assistenziale personalizzato. Nel percorso assistenziale è previsto un **accesso unico alle prestazioni**, che deve avvenire nei Centri di salute, negli Uffici della Cittadinanza a cui segue la **presa in carico** del soggetto non autosufficiente che avviene sia **nel Distretto** socio-sanitario che negli uffici comunali preposti. Viene poi attivata l'**unità multidisciplinare di valutazione**, che accerta e valuta la condizione di non autosufficienza.

La presa in carico della persona non autosufficiente comporta la formulazione di un Progetto individuale finalizzato a realizzare la piena inclusione della persona nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi di istruzione scolastica o professionale e del lavoro.

All'interno del Progetto individuale viene formulato il **Programma assistenziale personalizzato**

Il Fondo regionale per la non autosufficienza

La legge istituisce il Fondo per la non autosufficienza finanziato con le risorse provenienti da:

- Fondo nazionale per la non autosufficienza;
- Risorse provenienti dal servizio sanitario regionale;
- Risorse del Fondo sociale regionale;
- Risorse proprie dei Comuni.

I piani e il programma

La programmazione si articola su 3 livelli:

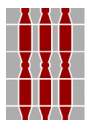
- Il **Piano regionale per la non autosufficienza (PRINA)** adottato dalla Giunta regionale e approvato dal Consiglio (DCR DCR 3 marzo 2009 n. 290 (PRINA 2009-2011) – (DGR 1524/2013 – relativo all'anno 2013) e DCR 381 del 9 dicembre 2014 relativa alla programmazione 2014.¹
- I **Piani triennali attuativo** del PRINA redatto dall'Azienda USL e gli ambiti territoriali sociali ricompresi nel suo territorio e approvato dall'ATI. Il piano acquista efficacia dopo il parere di congruità della Giunta regionale;
- infine i Distretti socio-sanitari e gli ambiti territoriali sociali predispongono il **programma operativo del PRINA**.

La domiciliarità ed il sostegno all'assistenza familiare

Si fonda sul presupposto della permanenza della persona nel proprio contesto di vita e nella rete di relazioni affettive e sociali garantita dalla presenza di servizi territoriali, dall'apporto dei familiari e dalle risorse sociali informali (assistenti familiari, volontari etc).

L'intervento pertanto si articola su tre livelli:

¹ Una quota pari al 40% delle risorse del Fondo sono vincolate per interventi di assistenza domiciliare diretta ed indiretta, in favore delle disabilità gravissime, ivi inclusa la sclerosi laterale amiotrofica (SLA).



Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione

Sezione Controllo, Valutazione e Assistenza al Collegio dei Revisori

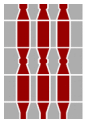
1. servizi di Assistenza Domiciliare (tutelare e domestica);
2. interventi di sostegno alla famiglia (sostegno al *care giver*, assistenza psicologica ecc.);
3. interventi di sollievo alla famiglia (interventi per brevi periodi anche in regime residenziale per fronteggiare le emergenze o le necessità di sollievo per le famiglie impegnate nel lavoro di cura della persona non autosufficiente).

I servizi residenziali e semiresidenziali (permanente e/o temporanei) concorrono allo sviluppo di una rete di servizi socio assistenziali e sanitari, con l'intento di mantenere la persona non autosufficiente, il più a lungo e nel miglior modo possibile, nel proprio contesto.

L'intervento è articolato in base al seguente schema

LIVELLI DI GRAVITÀ DEL BISOGNO	PACCHETTI DI SERVIZI/PRESTAZIONI	MISURE ECONOMICHE
Basso assistenziale bisogno	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza domestica 1° livello* • Assistenza tutelare 1° livello • Misure di sollievo (spesa a domicilio, consegna farmaci ecc.) • Residenziale e semiresidenziale temporaneo (per brevi periodi anche di sollievo/emergenza per la famiglia) • Trasporto 	<p>Assegno di sollievo alla famiglia che si assume il carico assistenziale al domicilio (sottoscrizione del patto). È un contributo variabile in base alla gravità e alle necessità assistenziali che potrebbe essere integrato attraverso un contributo mensile supplementare per chi ricorre all'assistenza familiare regolarizzata.</p> <p>(Es. di assegno: Regione Emilia 9,50 e 19,50 € giornalieri - Es. di contributo mensile Regione Emilia 160,00 €/mese)</p>
Basso assistenziale con assoluta inadeguatezza del contesto ambientale bisogno	Inserimento in "residenza servita" (servizi di comunità socio-assistenziali con lieve integrazione sanitaria)	Non previste
Moderato assistenziale bisogno	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza domestica 2° livello • Assistenza tutelare 2° livello • Misure di sollievo (spesa a domicilio, consegna farmaci ecc.) • Residenziale e semiresidenziale temporaneo (per brevi periodi anche di sollievo/emergenza per la famiglia) • Trasporto 	<p>Assegno di sollievo alla famiglia che si assume il carico assistenziale al domicilio (sottoscrizione del patto). È un contributo variabile in base alla gravità e alle necessità assistenziali che potrebbe essere integrato attraverso un contributo mensile supplementare per chi ricorre all'assistenza familiare regolarizzata.</p>
Alto bisogno assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza domestica 3° livello • Assistenza domestica 3° livello • Misure di sollievo (spesa a domicilio, consegna farmaci ecc.) • Residenziale e semiresidenziale temporaneo (per brevi periodi anche di sollievo/emergenza per la famiglia) • Trasporto 	<p>Assegno di sollievo alla famiglia che si assume il carico assistenziale al domicilio (sottoscrizione del patto). È un contributo variabile in base alla gravità e alle necessità assistenziali che potrebbe essere integrato attraverso un contributo mensile supplementare per chi ricorre all'assistenza familiare regolarizzata.</p>
Alto bisogno assistenziale con assoluta inadeguatezza ambientale	<ul style="list-style-type: none"> • Inserimento in Residenza Protetta 	Non previste

* cure domiciliari di I° livello che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sino a 5 giorni; di II° livello con continuità assistenziale ed interventi programmati articolati su 6 giorni; di III° livello con continuità assistenziale ed interventi programmati articolati su 7 giorni



La valutazione

Nel PRINA è inserito un capitolo dedicato alla valutazione

Il processo valutativo riguarderà il programma attuativo e quello operativo, a partire da una analisi dei dati sulle azioni previste.

Gli uffici regionali competenti svolgeranno funzione di “cabina di regia” nel predisporre un sistema di monitoraggio e controllo, tale da consentire, alla scadenza del PRINA, di valutare in che modo le risorse impegnate hanno:

- **consentito di conseguire l’obiettivo del mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti;**
- **contribuito ad incrementare il sistema di protezione sociale per le persone non autosufficienti e per le loro famiglie;**
- **inciso sulla spesa sanitaria e sociale;**
- **contribuito a contenere i tempi medi di attesa per l’accesso alle prestazioni del fondo ed in particolare all’accesso alle strutture residenziali.**

Inoltre il sistema dovrà consentire di effettuare una valutazione di tipo qualitativo riferita al:

- **grado di soddisfacimento dei bisogni delle persone non autosufficienti e dei familiari;**
- **livello di qualità delle prestazioni rese e degli interventi attuati.**

Il Testo Unico

Gli articoli relativi alla legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 – Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni sono confluiti nel Capo I del Titolo V del Testo Unico della Sanità e Servizi sociali (L.R. 11/2005) e nell'occasione l'articolo relativo alla clausola valutativa è stato modificato come segue:

La Clausola valutativa

Art. 407

3. La Giunta regionale, entro il 30 giugno di ogni anno presenta all'Assemblea Legislativa una relazione in cui sono contenute le informazioni sull'attuazione degli interventi nell'ambito del Fondo per la non autosufficienza di cui all' articolo 317 e precisamente:

a) il dato relativo alle persone non autosufficienti in Umbria distinto per tipologia e livelli di gravità;

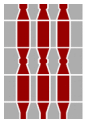
b) la situazione di ogni zona sociale e distretto che evidenzi le aree di intervento per gruppi di popolazione, tipologia di prestazioni e spesa relativa;

c) il tempo medio di attesa intercorso tra il momento della presa in carico della persona non autosufficiente e la sottoscrizione del Patto per la cura e il benessere.

La Giunta regionale con cadenza triennale presenta altresì una relazione all'Assemblea Legislativa per rispondere dettagliatamente alle seguenti domande:

a) in che modo le risorse del fondo per la non autosufficienza 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) 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.

I contenuti della relazione

Con l'invio della DGR 1556/2015 (atto n. 335) la Giunta regionale ha inviato la seconda relazione in risposta alla clausola valutativa in particolare quelli del comma 3 lett. a), b) e c).

La relazione inviata analizza i dati relativi all'anno 2014 mettendo in evidenza soprattutto dati relativi alle risorse spese. Infatti abbiamo:

- la **spesa complessiva** a livello regionale 78.000.000 di euro;
- la **spesa pro-capite** 87 euro (100 euro per ASL 1 e 77 ASL 2);

La diversa **composizione del Fondo nelle due ASL**, in particolare la maggior spesa sanitaria dell'USL 2: **73,7%** Fondo sanitario contro il **55,1%** dell'USL 1.

La spesa per gli anziani che risulta preponderante rispetto agli altri gruppi target di popolazione: 32 milioni di euro (42% delle risorse spese). La spesa pro-capite per gli anziani NA che ammonta a 1.400 euro.

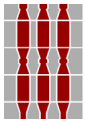
Troviamo inoltre il numero delle prestazioni erogate: che non rende conto del tipo di prestazione/pacchetto servizi-prestazione. **Totale interventi: 11.969 di cui il 42%** per anziani.

La spesa per area di intervento mette invece in evidenza che il **37%** pari a euro delle risorse del Fondo PRINA sono stanziati per **l'assistenza domiciliare**, contribuendo in modo significativo (così è commentato nella relazione) a riequilibrare lo sbilanciamento del **Fondo sanitario verso l'area residenziale (66% pari a circa 37 milioni per l'area residenziale e 12 milioni pari al 22% per il semiresidenziale)**. Di fatto dall'analisi dei dati risulta che la maggior parte delle risorse del PRINA sono destinate alla domiciliarità ma risultano assolutamente insufficienti a riequilibrare quello che il Fondo sanitario destina all'area residenziale e semiresidenziale.

Completezza dei dati della relazione

Questi dati, tuttavia, non rendono dell'effettivo fenomeno della Non Autosufficienza nella Regione, infatti non ci sono stati trasmessi i dati relativi ai non autosufficienti in Umbria distinto per tipologia e livelli di gravità; né tanto meno la situazione di ogni zona sociale e distretto che evidenzia le aree di intervento per gruppi di popolazione, tipologia di prestazioni e spesa relativa.

La relazione non riporta il tempo medio di attesa intercorso tra il momento della presa in carico *della persona non autosufficiente e la sottoscrizione del Patto per la cura e il benessere*.



Approfondimenti

Considerato la frammentarietà dei dati forniti non è possibile offrire un approfondimento adeguato che possa giungere a considerazioni sulle scelte fatte dalla politica in questi anni. Tuttavia ci preme sottolineare come il problema della non autosufficienza e l'impiego delle risorse ad essa destinate debba essere valga la pena di essere ulteriormente indagato.

Ad oggi, oltre il 21% della popolazione italiana ha 65 anni o più, ben 13,2 milioni di anziani in termini assoluti, di cui la metà (6,6 milioni) **con più di 75 anni** (ISTAT 2015a). Si stima che la componente di ultrasettantacinquenni raggiungerà il suo picco (intorno al 20-26% sulla popolazione totale nelle singole regioni italiane) non prima della decade 2050-2060. Una conseguenza diretta di questo scenario è certamente l'aumento (almeno in termini assoluti) di quel segmento di anziani con bisogni sanitari e socio-assistenziali che **necessitano assistenza di tipo continuativa (Long-term Care, LTC)**. Un recente lavoro dell'ISTAT (2014a) ha prodotto stime aggiornate del numero di anziani con limitazioni funzionali che necessitano di cure e assistenza. Nel 2013, si stima che circa 2,5 milioni di anziani avessero limitazioni funzionali, con picchi significativi al Sud (Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia) e tassi più bassi nel Nord Italia.

Introdotta nel 2007, il Fondo nazionale per la Non Autosufficienza ha sinora seguito un percorso altalenante: i 100 milioni previsti per la sua prima annualità divennero 400 nel 2009 e nel 2010, per poi tornare a 100 nel 2011 e venire azzerati nel 2012. Il Fondo ricomparve nel 2013, con uno stanziamento di 275 milioni, divenuti poi 350 nel 2014.

Il Fondo nazionale si è assestato, a **400 milioni di euro annui, importo del 2015 e confermato anche per il 2016.**

Il Fondo rappresenta la principale risorsa per enti locali a cui attingere per finanziare interventi sociali e socio-sanitari nella comunità, compresi servizi **di assistenza domiciliare (SAD)**, assegni di cura, servizi di prossimità e, solo per citarne alcuni. A livello finanziario, la definitiva revisione dei parametri dell'ISEE nel novembre 2014 ha portato diverse novità, tra cui nuovi livelli di detrazioni fiscali per le persone non autosufficienti e l'equiparazione di alcune prestazioni assistenziali (quali ad esempio la pensione di invalidità civile e l'indennità di accompagnamento) a veri e propri redditi che contribuiscono ad alzare l'indicatore. La conseguenza indiretta di tale provvedimento è quella di obbligare gli utenti a pagare quote più elevate di compartecipazione alle spese per sanità e servizi sociali locali.

L'**Assistenza domiciliare integrata (ADI)**, è fornita dalle Aziende sanitarie locali (ASL) e ha l'obiettivo di assicurare un insieme integrato di trattamenti sanitari e socio-sanitari, erogati a casa della persona non autosufficiente. La copertura del servizio, benché teoricamente assicurata su tutto il territorio nazionale, risente ancora di una forte frammentazione territoriale, non solo ascrivibile a dimensioni geografiche, quanto piuttosto a politiche regionali e locali. Nel 2012, il 4,3% degli italiani over 65 anni ha avuto accesso all'ADI, con diverse regioni al Nord, Centro e Sud



Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione

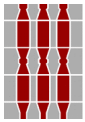
Sezione Controllo, Valutazione e Assistenza al Collegio dei Revisori

che si mantengono in linea con questa media. Tuttavia, esistono regioni con tassi molto più bassi e inferiori al 3% (Campania, Piemonte, Puglia, Toscana, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta), così come più alti (Basilicata, Friuli-Venezia Giulia) e **Umbria 7,9%**, fino al caso dell'Emilia-Romagna, da considerarsi la regione più generosa (11,9%).

Copertura dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) per utenti anziani (65+ anni) (% su popolazione 65+) (anni 2005-2012) e intensità per utente anziano (media ore annuali per utente 65+)

Regioni	2005	2008	2011	2012	Δ 2005-2012	Δ 2011-2012	Ore ADI annuali per utente 65+ (2012)
Piemonte	1,8	1,9	2,0	2,1	0,3	0,1	15
Valle d'Aosta	0,1	0,4	0,4	0,4	0,3	=	37
Liguria	3,2	3,3	3,8	3,5	0,3	-0,3	28
Lombardia	3,3	4,0	4,1	3,9	0,6	-0,2	18
Trentino-Alto Adige	0,6	0,5	2,1	2,0	1,4	-0,1	n.d.
P.A. Bolzano	0,3	n.d.	0,4	0,4	0,1	=	n.d.
P.A. Trento	0,8	1,0	3,6	3,5	2,7	-0,1	13
Veneto	5,0	6,0	5,4	5,5	0,5	0,1	10
Friuli-Venezia Giulia	8,0	7,4	6,0	6,2	-1,8	0,2	6
Emilia-Romagna	5,4	6,1	10,6	11,8	6,4	1,2	18
Toscana	2,1	2,0	2,4	2,0	-0,1	-0,4	22
Umbria	4,2	5,1	7,3	7,9	3,7	0,6	22
Marche	3,4	4,1	3,4	3,0	-0,4	-0,4	25
Lazio	3,3	3,6	4,9	4,1	0,8	-0,8	21
Abruzzo	1,8	4,3	4,7	4,9	3,1	0,2	34
Molise	6,1	2,2	3,5	3,9	-2,2	0,4	81
Campania	1,4	1,8	2,4	2,8	1,4	0,4	29
Puglia	2,0	1,9	2,0	2,2	0,2	0,2	37
Basilicata	3,9	4,0	5,9	5,4	1,5	-0,5	43
Calabria	1,6	2,6	2,9	3,1	1,5	0,2	20
Sicilia	0,8	1,0	2,1	3,6	2,8	1,5	30
Sardegna	1,1	2,0	3,8	4,6	3,5	0,8	36
ITALIA	2,9	3,4	4,1	4,3	1,4	0,2	21

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2015b) e Ministero della salute (2015).



Per quanto riguarda l'intensità di ADI (Ministero della salute, 2015), esiste molta variabilità rispetto al numero medio di ore del servizio fornite durante l'anno per ciascun utente anziano. **Se la media italiana si attesta a 21 ore** (in linea con gli anni precedenti), ci sono regioni del Nord che si attestano a livelli molto più bassi (Friuli-Venezia Giulia, Liguria, P.A. Trento), mentre altre nel Mezzogiorno che riportano un numero di ore largamente superiore (Basilicata, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia). **In Umbria il dato si attesta poco sopra la media nazionale: 22 ore annue.**

Conclusioni

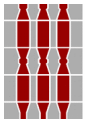
Allo stato attuale il lavoro presentato riporta dei dati di contesto ed elaborazioni statistiche che non possono essere esaustivi per il decisore politico ai fini di una valutazione dell'efficacia della legge regionale.

Ed è a questo scopo che si propone alla III Commissione uno studio di valutazione (missione valutativa) sul fenomeno della Non Autosufficienza nella nostra Regione, che oltre ad reperimento dei dati necessari alla comprensione del fenomeno e alla rilevazione puntuale degli interventi messi in campo dalle varie amministrazioni territoriali, si occupi di un aspetto che difficilmente viene preso in considerazione, ma che rappresenta proprio in questo settore lo snodo cruciale cui le scelte di policy future dovrebbero tener conto. Infatti su questa tematica che interessa il benessere delle persone non si può prescindere da un'indagine di tipo qualitativo che consideri il grado di soddisfacimento dei bisogni delle persone non autosufficienti e dei familiari e la qualità delle prestazioni rese e degli interventi attuati.

Perugia, 16 giugno 2016

FIRME

<i>L'istruttore</i>	<i>Susanna Rossi</i>
<i>Il Responsabile di Sezione</i>	<i>Maria Rita Francesconi</i>
<i>Il Dirigente</i>	<i>Simonetta Silvestri</i>



Regione Umbria

Assemblea legislativa

3° Nota informativa sull'attuazione
delle politiche regionali

Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione
Sezione Controllo, Valutazione e Assistenza al Collegio dei Revisori