



### Relazione in risposta alla clausola valutativa

**ATTO ASE N. 24** – “Relazione sull'attuazione degli interventi nell'ambito del **Fondo per la non autosufficienza – Anno 2017 e 2018 – 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 informativa, descrive lo stato d'attuazione della ex L.R. 9/2008 ora confluita nel testo unico 11/2016, ed in particolare prende in esame il contenuto della relazione inviata dalla Giunta regionale in risposta alla clausola valutativa e relativa all'anno 2017-2018.

Nell'introduzione della relazione, pervenuta in risposta alla clausola valutativa da parte della Giunta regionale, con deliberazione n. 1304 del 27/12/2019, si sottolinea come l'andamento demografico incida nelle politiche di programmazione per la non autosufficienza anziani, adulti e minori.

Questo perché ponendo l'attenzione all'indice di vecchiaia – rapporto tra la popolazione superiore a 65 anni e la popolazione 0-14 ( Fonte: Piano delle cronicità – Istat 2016 ) al fine di studiare i bisogni di salute della popolazione in condizioni di fragilità, l'indice colloca l'Umbria al terzo posto.

Si evince inoltre che nel corso degli ultimi anni si è verificato un assottigliamento delle classi di età più giovani e dall'altro un aumentare dei soggetti appartenenti alle fasce più anziane della popolazione.

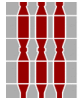
Aumenta ancora di più la popolazione anziana che sale al 25,2% al 2018 (tabella 4 Relazione) rispetto al 24% del 2014. Si è raggiunto dal 2017 un livello in cui vive in Umbria una persona anziana su quattro.

Questo incide in tema di risorse economiche in quanto la numerosità della popolazione residente risulta il **principio “guida”** del riparto per il quale a maggiore popolazione corrispondono maggiori risorse.

## L'impianto della L.R. 9/2008

**Il Fondo regionale per la non autosufficienza è disciplinato dal Testo Unico in Materia di Sanità e Servizi Sociali (l.r. 9 aprile 2015, n. 11 – artt. 317-327).**

Il Fondo finanzia prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, in favore in favore delle **persone non autosufficienti anziani, adulti e minori.**



**I destinatari delle prestazioni sono le persone che hanno subito una perdita permanente parziale o totale dell'autonomia delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, coerentemente con quanto previsto dalle indicazioni della Organizzazione mondiale della sanità.**

**La condizione di non autosufficienza si articola in diversi livelli di gravità:** la Giunta fissa i criteri di classificazione dei casi sottoposti a valutazione per categoria clinica e gravità della condizione, in maniera omogenea su tutto il territorio regionale (art. 320, comma 2, lett. a).

Il percorso assistenziale è caratterizzato da un **accesso unico alle prestazioni**, garantito dalla rete territoriale dei servizi socio-sanitari **attraverso i centri di salute dei distretti socio-sanitari e gli uffici della cittadinanza dei comuni**, che assicurano l'uniformità dell'informazione e l'accoglienza, confluendo in un punto unico rappresentato dal distretto socio-sanitario.

Il distretto sanitario o le Zone sociali provvedono alla **presa in carico della persona non autosufficiente** che comporta, attraverso l'attivazione di un'unità multidisciplinare di valutazione, la valutazione della condizione di non autosufficienza della persona e la successiva 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 (PAP)** che individua obiettivi ed esiti attesi in termini di mantenimento e miglioramento delle condizioni di salute, il pacchetto di prestazioni da assicurare alla persona non autosufficiente e alla famiglia, fissa i tempi e le modalità di erogazione delle prestazioni, nonché i criteri di verifica in itinere dei risultati raggiunti.

Le prestazioni socio-sanitarie e sociali sono orientate a favorire la permanenza nel proprio domicilio ed evitare il ricovero in strutture residenziali.

Il Fondo regionale per la non autosufficienza è alimentato da:

- risorse provenienti dal riparto del Fondo nazionale per la non autosufficienza;
- risorse provenienti dal finanziamento di parte corrente del Servizio sanitario regionale **specificatamente destinate;**
- **risorse proprie del bilancio regionale afferenti anche al Fondo sociale regionale di cui alla legge regionale 26/2009;**
- eventuali altre risorse di natura privata.

Alla realizzazione delle finalità della legge regionale concorrono anche i Comuni con risorse proprie **appositamente destinate nei bilanci annuali e pluriennali.**

## **Il Fondo regionale per la non autosufficienza**

La legge istituisce il Fondo per la non autosufficienza finanziato come già accennato sopra, con le risorse provenienti da:

**Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione**

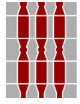
Sezione Analisi, Valutazione delle Politiche pubbliche e Assistenza al Collegio dei Revisori

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

Di seguito si riporta la tabella, allegata al DPCM 12 dicembre 2018, di riparto tra le Regioni del Fondo nazionale per le non autosufficienze

**TABELLA 2**  
**RISORSE REGIONALI PER L'ANNO 2018**

<b>REGIONI</b>	<b>Quota (%)</b>	<b>Risorse (€)</b>
<i>Abruzzo</i>	2,41%	10.777.520
<i>Basilicata</i>	1,09%	4.874.480
<i>Calabria</i>	3,49%	15.607.280
<i>Campania</i>	8,45%	37.788.400
<i>Emilia Romagna</i>	7,83%	35.015.760
<i>Friuli Ven. Giulia</i>	2,33%	10.419.760
<i>Lazio</i>	9,09%	40.650.480
<i>Liguria</i>	3,36%	15.025.920
<i>Lombardia</i>	15,87%	70.970.640
<i>Marche</i>	2,84%	12.700.480
<i>Molise</i>	0,67%	2.996.240
<i>Piemonte</i>	8,02%	35.865.440
<i>Puglia</i>	6,59%	29.470.480
<i>Sardegna</i>	2,84%	12.700.480
<i>Sicilia</i>	8,24%	36.849.280
<i>Toscana</i>	7,02%	31.393.440
<i>Umbria</i>	1,71%	7.647.120
<i>Valle d'Aosta</i>	0,25%	1.118.000
<i>Veneto</i>	7,90%	35.328.800
<b>TOTALI</b>	<b>100,00%</b>	<b>447.200.000</b>



---

**Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione**

Sezione Analisi, Valutazione delle Politiche pubbliche e Assistenza al Collegio dei Revisori

Il Fondo nazionale per la non autosufficienza è stato istituito nel 2006 con Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (art. 1, co. 1264), con l'intento di fornire sostegno a persone con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti al fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione, nonché per garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali. Tali risorse sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni nonché da parte delle autonomie locali e **sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria.**

Per quanto riguarda il Fondo nazionale, le Regioni utilizzano le risorse per la realizzazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi assistenziali previsti dal decreto ministeriale, destinando una quota non inferiore al 50% agli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer.

La quota del Fondo per le non autosufficienze assegnata al **Ministero del lavoro**, invece, è destinata al finanziamento di azioni di natura sperimentale volte all'attuazione del Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, adottato con decreto del Presidente della Repubblica del 12 ottobre 2017.

In particolare, i fondi serviranno ad attuare la linea di intervento n. 2 "Politiche, servizi e modelli organizzativi per la **vita indipendente** e l'**inclusione nella società**" e saranno attribuiti ai territori coinvolti nella sperimentazione per il tramite delle Regioni sulla base di linee guida adottate dal Ministero, d'intesa con le competenti strutture della Presidenza del Consiglio dei ministri in materia di disabilità.

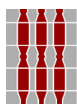
## **I Piani e il Programma**

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.
- I **Piani triennali attuativi** del PRINA redatti 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



---

**Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione**

Sezione Analisi, Valutazione delle Politiche pubbliche e Assistenza al Collegio dei Revisori

dalle risorse sociali informali (assistenti familiari, volontari etc).

**L'intervento pertanto si articola su tre livelli:**

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.

### **La Clausola valutativa**

**L'articolo 407, comma 3 del Testo Unico contiene la clausola valutativa relativa al Fondo per la non autosufficienza.** La clausola prevede l'invio da parte della Giunta regionale di una relazione annuale all'Assemblea legislativa contenente una serie di informazioni sull'attuazione degli interventi e delle prestazioni finanziate attraverso il Fondo e precisamente:

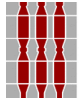
- a) il dato relativo alle persone non autosufficienti in Umbria distinto per tipologia e livelli di gravità;
- b) la situazione di ogni zona sociale e distretto che evidenzia le aree di intervento per gruppi di popolazione, tipologia di prestazioni e spesa relativa;
- c) il tempo medio di attesa intercorso 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 la DGR 1304/2019 (ATTO ASE N.24) la Giunta regionale ha approvato e inviato in Assemblea la



---

**Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione**

Sezione Analisi, Valutazione delle Politiche pubbliche e Assistenza al Collegio dei Revisori

relazione in risposta alla clausola valutativa contenente delle informazioni generali di contesto su:

- la popolazione residente in Umbria, suddivisa per Distretti sanitari (Tabella 1/Relazione);
- la composizione per classi di età della popolazione residente in Umbria, Centro Italia e in Italia negli anni 2014-18 (Tabella 2/Relazione);
- la composizione per classi di età della popolazione residente in Umbria, negli anni 2014, 2016 e 2018 (Tabella 3/Relazione)
- la popolazione di 90 e più anni suddivisa per Distretti Sanitari con valori riferiti alla popolazione residente al 1 gennaio 2018 (Tabella 5/Relazione);
- la previsione di popolazione al 1 gennaio 2020 e 2025 (Tabella 6);
- l'aspettativa di vita suddivisa secondo il sesso, alla nascita e a 65 anni, in Umbria, nel Centro Italia e in Italia negli anni 2002-2018 (Tabella 7);
- le risorse economiche e la sostenibilità del sistema sanitario regionale;
- l'analisi delle prestazioni erogate con il Fondo per la non autosufficienza anni 2017 e 2018

Ci viene invece riportata una panoramica approfondita in relazione alle richieste contenute nel comma 2 dell'articolo di clausola valutativa.

Di seguito quindi si riportano in breve le informazioni che si evincono dalla relazione:

**1)** In merito alle risorse del Fondo per la non autosufficienza viene chiesto in che modo hanno contribuito all'obiettivo del mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti.

Si afferma che per il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti il modello regionale di programmazione prevede il sostegno dell'assistenza diurna presso i centri semiresidenziali presenti in ciascun territorio.

**Strutture semiresidenziali Area Anziani**

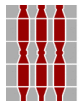
In Umbria sono 16 le strutture che offrono un servizio di assistenza agli anziani in regime semiresidenziale per un totale di 212 posti; 11 strutture presenti nella ASL 1 (118 posti) e 5 strutture nella ASL 2 (94 posti).

**Strutture semiresidenziali Area adulti - minori**

In Umbria sono 15 le strutture che offrono invece un servizio di assistenza agli adulti e ai minori in regime semiresidenziale per un totale di 249 posti; 9 strutture insistono nella ASL 1 (147 posti) e 6 nella ASL 2 (102 posti).

Il Mantenimento a domicilio si realizza grazie ad un sistema integrato e flessibile di interventi domiciliari assistenziali mirati. Ogni persona con disabilità viene presa in carico dalla rete, i servizi competenti redigono un Programma assistenziale personalizzato PAP che individua obiettivi e esiti attesi per il mantenimento e il miglioramento della salute.

All'obiettivo del mantenimento ha contribuito anche il ricorso alla semiresidenzialità per il supporto alla persona ma anche come sollievo alla famiglia e al caregiver.



**Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione**

Sezione Analisi, Valutazione delle Politiche pubbliche e Assistenza al Collegio dei Revisori

In Umbria i centri diurni sono attivi 8 ore al giorno e per casi non gestibili a domicilio, per assenza di rete familiare/sociale e per l'estrema complessità del quadro clinico.

Un altro sistema di sostegno della domiciliarità viene indicato nella relazione dall'introduzione nel 2017, dall'assistenza indiretta (contributi economici) e precisamente con gli atti DGR 207/2017; DGR 454/2017; DGR 639/2017.

La relazione segnala delle criticità soprattutto sulle "liste di attesa" perché l'assistenza indiretta è alimentata dal Fondo per la non autosufficienza del Ministero delle politiche sociali che ogni fine anno o i primi mesi del successivo anno ripartisce ed assegna alle regioni i fondi.

Si realizza quindi lo sfasamento temporale tra la ripartizione dei fondi a livello nazionale, e la necessità di garantire sul territorio la programmazione e la messa in campo delle azioni previste, e ciò comporta dei considerevoli ritardi, specie in alcuni territori, soprattutto nell'erogazione degli assegni mensili.

Uno strumento per i minori è rappresentato dallo sviluppo di "laboratori abilitativi" a supporto della domiciliarità.

Il Fondo nazionale non autosufficienza contiene una **quota destinata al Ministero del lavoro e delle politiche sociali per progetti sperimentali in materia di vita indipendente** (tabella 1 del DPCM 12 dicembre 2018) pari ad una quota di euro 15.000.000,00.

**Tabella 1** - Riparto generale delle risorse finanziarie del Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2018

Totale delle risorse finanziarie da ripartire:	€ 462.200.000,00
Fondi destinati alle Regioni	€ 447.200.000,00
Fondi destinati al Ministero del lavoro e delle politiche sociali per progetti sperimentali in materia di vita indipendente	€ 15.000.000

Proprio grazie a questa quota sono finanziate azioni di natura sperimentale per la promozione di diritti e l'integrazione delle persone con disabilità relativamente alla Linea di azione "*Politiche servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società*".

Dal 2013 ad oggi la Regione Umbria, ha presentato progetti in materia di Vita Indipendente finanziati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per l'80% e per il restante 20% cofinanziati con quota parte delle risorse regionale a disposizione.

Le Zone sociali selezionate di anno in anno sono state le seguenti: Terni, Assisi, Marsciano, Perugia, Città di Castello, Narni, Gubbio e l'Unione dei Comuni del Trasimeno.



**Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione**

Sezione Analisi, Valutazione delle Politiche pubbliche e Assistenza al Collegio dei Revisori

Le risorse relative a detti progetti ammontano, nel periodo 2013/2018, a complessivi € 1.700.000,00.

Le progettualità di competenza comunale rivestono un ruolo di primaria importanza nella gestione della cura del proprio familiare.

**2)** Per rispondere al quesito su come le risorse del Fondo hanno contribuito ad incrementare il sistema di protezione sociale e di cura delle persone non autosufficienti e le loro famiglie, nella relazione si afferma che in alcune zone per esempio l'Alto Tevere e l'Alto Chiascio si è intensificata la sinergia con i Servizi sociali della Zona del Comune capofila che ha reso possibile l'implementazione sia dei "progetti di vita indipendente" con accessi mirati nei centri diurni per disabili, sia interventi di assistenza domiciliare tutelare integrata con assistenza domiciliare-domestica, per anziani e adulti.

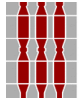
Tale sistema di protezione sociale associato alla rete dei servizi socio sanitari, ha reso anche possibile l'attivazione e lo sviluppo, soprattutto in Area Minori del potenziale evolutivo delle autonomie e della loro crescita.

**3)** Per rispondere alla domanda in che modo le risorse del Fondo per la non autosufficienza hanno inciso sulla spesa sanitaria, la relazione riporta in tabella, di seguito rappresentata, le risorse del Fondo assegnate al territorio negli ultimi 3 anni. Inoltre le risorse del Fondo, alimentato dal bilancio regionale – con destinazione ai Distretti e alle Zone sociali dei Comuni capofila - e dal Fondo nazionale del Ministero delle Politiche sociali e del lavoro, hanno permesso di potenziare le risorse delle Aziende sanitarie territoriali e delle Zone sociali, per l'assistenza a utenti disabili anziani, adulti e minori.

FNA Nazionale 2016	€ 6.786.000,00
FNA bilancio reg.le (ASL)2016	€ 2.200.000,00
FNA bilancio reg.le (Comuni)2016	€ 2.000.000,00
FNA Nazionale 2017	€ 7.580.920,00
FNA bilancio reg.le (ASL)2017	€ 1.100.000,00
FNA bilancio reg.le (Comuni) 2017	€ 2.000.000,00
FNA Nazionale 2018	€ 7.647.120,00
FNA Nazionale 2018 ulteriori risorse * <sup>1</sup>	€ 230.850,00
FNA bilancio reg.le (ASL) 2018	€ 2.000.000,00
FNA bilancio reg.le (Comuni) 2018	€ 2.000.000,00

<sup>1</sup>Con decreto direttoriale – Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali - n. 650 del 21 dicembre 2018 sono state ripartite alla Regione Umbria ulteriori risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze competenza 2018 per euro 230.850,00. (DGR 684 /2019).





---

**Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione**

Sezione Analisi, Valutazione delle Politiche pubbliche e Assistenza al Collegio dei Revisori

**4)** Sul contenimento dei tempi medi delle liste di accesso alle strutture residenziali vien riportato un monitoraggio delle stesse.

**Sulle strutture residenziali per anziani:** in Regione sono censite 59 strutture residenziali per anziani, per un totale di 2184 posti; 27 strutture presenti nella ASL 1 (985 posti) e 32 nella ASL 2 (1199 posti);

**Sulle strutture residenziali per adulti e minori:** in regione sono censite 11 strutture residenziali per adulti e minori, per un totale di 135 posti; 2 strutture nella ASL 1 (38 posti) e 9 nella ASL 2 (97 posti)

Nella relazione si afferma che le risorse economiche del Fondo assegnate alla Zona Sociale - con particolare riferimento all'area degli anziani e dei disabili adulti, dove maggiore è la richiesta di accesso alle strutture residenziali, sia quelle relative al POR FSE Umbria 2014-2020, destinate ai progetti di vita indipendente, alla non autosufficienza e agli interventi previsti dall'avviso Family Help - hanno sostenuto le famiglie umbre nel lavoro di cura, procrastinando e in alcuni casi evitando, la richiesta di inserimento in strutture residenziali.

Vengono segnalate alcune criticità nella:

- 1) mancanza di strutture intermedie in alcuni territori;
- 2) incertezza di risorse del Fondo nazionale;
- 3) aumento del numero delle persone disabili;
- 4) rilevazione dei dati del Fondo non sempre corretta e completa poiché non si dispone ad oggi di un flusso informatizzato che permette garanzia di qualità e controllo del dato.

Nell'ultima parte della relazione è stato inserito un paragrafo dedicato all'analisi dei dati del 2018 dove si afferma che dai dati accorpati per gruppi target, la spesa per gli anziani risulta preponderante, tutti i dettagli sono riportate nelle tabelle.

A conclusione vengono elencati **alcuni punti critici:**

Il Fondo nazionale, viene ripartito tra le Regioni, a seguito di Intesa e successivo Decreto interministeriale, a fine anno ovvero i primi mesi del successivo anno; ciò comporta uno sfasamento temporale (di cui sopra accennato) che si realizza tra la ripartizione dei fondi a livello nazionale e la necessità di garantire sul territorio la programmazione e la messa in campo delle azioni previste. Tale sfasamento infatti, comporta considerevoli ritardi, specie in alcuni territori, soprattutto nell'erogazione dell'assistenza indiretta.

Un'altra criticità sempre in relazione alla legge regionale istitutiva del Fondo, è rappresentata dal sistema della compartecipazione tra i Comuni e le Aziende sanitarie . Infatti nell'allegato 2 della



---

**Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione**

Sezione Analisi, Valutazione delle Politiche pubbliche e Assistenza al Collegio dei Revisori

DGR 1708/2009 “nomenclatore tariffario degli interventi e prestazioni a favore di persone non autosufficienti”, si evidenziano per ogni Area di intervento, le condizioni di compartecipazione secondo quanto disposto dall’art. 6 del Regolamento regionale n. 4/2009.

Ciò significa che ogni Distretto, con la sua rispettiva Zona sociale, nel piano operativo deve indicare tre fonti di finanziamento: Sanitario (bilancio sanitario) Sociale (bilancio sociale) e Fondo (risorse regionali e risorse nazionali).

In alcuni territori, la fonte di finanziamento relativa al bilancio Sociale risulta insufficiente o del tutto mancante, in termini di compartecipazione, ciò porta ad uno sbilanciamento su quei territori, derivante da un apporto maggiore di risorse sanitarie al fine di mantenere i livelli essenziali di assistenza LEA e non chiudere servizi essenziali alla collettività. Quindi la valutazione e il monitoraggio che gli Uffici regionali conducono annualmente evidenzia, soprattutto negli ultimi anni, che le risorse del Fondo rendicontate sono superiori rispetto a quelle assegnate dalla Regione alle Aziende sanitarie territoriali.

Inoltre si afferma che sul versante dell’ “assistenza indiretta”, che è stata introdotta in Umbria nel 2017 e che per il 2018 assorbe un’uscita di euro 4.567.557,42 per un totale di n. 630 cittadini, pari a circa 1/3 di tutto il Fondo non autosufficienza, in alcuni casi è a detrimento degli altri setting assistenziali.

Viene così sottolineato nella relazione che sarebbe necessario, anche in termini di equità e sostenibilità economica, rivedere alcuni criteri sull’”assistenza indiretta” introdotti dalle DGR citate.

**FIRME**

<i>Il Responsabile di Sezione</i>	<i>Maria Rita Francesconi</i>
<i>Il Dirigente</i>	<i>Simonetta Silvestri</i>