

ATTO N. 1530

Relazione sull'attuazione degli interventi nell'ambito del **Fondo per la non autosufficienza – Anno 2016 – 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).

**Relazione in risposta alla clausola valutativa
Anno 2016**

IN EVIDENZA

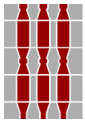
La Delibera della Giunta regionale n. 112 del 12 febbraio 2018 (Atto n. 1530) contiene la relazione in risposta alla clausola valutativa per l'anno 2016.

I dati disponibili, così come predisposti nella relazione, non permettono di ricostruire il quadro complessivo degli interventi locali, sociali e socio-sanitari relativamente al rapporto tra livello di copertura e di intensità dei servizi erogati, agli interventi domiciliari e di assistenza monetaria, così come di ricostruire i processi di innovazione avviati.

Per quanto sopra detto l'istruttoria predisposta da questo servizio non può essere esaustiva e approfondita in quanto risulta difficoltoso procedere ad un'analisi dei dati trasmessi per alcune incongruenze che si sono già rilevate negli anni precedenti. Si tratta infatti di dati rielaborati in modo molto aggregato e sintetico e non accompagnati da sufficienti commenti esplicativi (sia su come sono stati aggregati e calcolati, sia sulle conclusioni interpretative che se ne possono trarre) per poter interpretare e valutare i risultati.

La legge regionale

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 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.

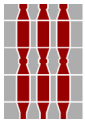
All'interno del Progetto individuale viene formulato il **Programma assistenziale personalizzato (PAP)** che individua obiettivi ed esiti attesi in termini di mantenimento e miglioramento delle condizioni di salute, il pacchetto di prestazioni da assicurare alla persona non autosufficiente e alla famiglia, 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 Nazionale per la non autosufficienza

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.**

Il Fondo viene ripartito tra le Regioni, con il criterio del numero di popolazione anziana residente nel territorio.

Al Fondo sono stati assegnati **100** milioni di euro per l'anno 2007, **300** milioni per il 2008, **400** milioni per il 2009, **400** milioni per il 2010, **100** milioni per il 2011 (centrati sugli interventi a favore della SLA) e **275** milioni per l'anno 2013.

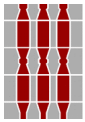
Nella Legge di stabilità per il 2014 le risorse ad esso assegnate ammontavano ad euro **350** milioni, ripartite alle Regioni con Decreto interministeriale e dopo un'intesa raggiunta fra Ministeri e Regioni, assieme alle associazioni delle persone con disabilità, il 40% delle risorse per il 2014 sono state destinate ad interventi a favore delle gravissime disabilità, inclusa la SLA.

Dal **2015 in poi la principale novità è che il fondo è individuato come strutturale** per gli anni a venire, portando a **400 milioni di euro la dotazione**, riportato quindi al suo massimo storico dell'anno 2009.

Il Fondo nel 2016 è stato ripartito tra le Regioni, con criteri basati su indicatori della domanda potenziale di servizi per la non autosufficienza:

- a) popolazione residente, per regione, d'età pari o superiore a 75 anni nella misura del 60%;
- b) criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'art. 20, comma 8, della l.328/2000, nella misura del 40%.

Una quota delle risorse del Fondo pari a 10 milioni sarà nella disponibilità del Ministero del lavoro



e delle Politiche sociali per i “Progetti sperimentali di vita indipendente” di cui all'articolo 6 del DM 26 settembre 2016.

E anche per il 2016¹ una quota di risorse non inferiore al 40% del Fondo sarà dedicata a servizi e interventi finalizzati a mantenere le persone con gravi disabilità, tra cui anche le persone con Sclerosi laterale amiotrofica, nel proprio contesto di vita.

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 presenti in Umbria distinto per livelli di gravità e tipologia (anziani, adulti, minori);
- b) gli interventi realizzati in ciascun Distretto e Zona sociale, nei diversi gruppi di popolazione, per tipologia delle prestazioni e relativa spesa;
- c) i tempi medi di attesa che intercorrono 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

¹ Nell'anno 2016 vi sono state importanti novità rispetto ai criteri di valutazione della condizione di disabilità gravissima. Nello specifico, per persone in condizione di disabilità gravissima si intendono le persone beneficiare dell'indennità di accompagnamento o comunque non autosufficienti e per le quali sussistano anche ulteriori condizioni di particolare severità.

Riportiamo qui di seguito le condizioni elencate nel Decreto e all'interno delle quali potrebbero rientrare le persone con sclerosi multipla:

- persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con punteggio alla “Expanded Disability Status Scale” EDSS ≥ 9 ;
- ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

E' il primo anno in cui nell'ambito della valutazione della condizione di disabilità gravissima vi è un chiaro riferimento all'EDSS (“Scala di Invalidità Espansa” che ha lo scopo di valutare i livelli di disabilità delle persone con SM) e quindi alla sclerosi multipla».



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.

La relazione di ritorno

La Delibera della Giunta regionale n. 112 del 12 febbraio 2018 (Atto n. 1530) contiene la relazione in risposta alla clausola valutativa per l'anno 2016.

Di seguito si presenta una sintesi di alcuni dati maggiormente significativi.

1) La consistenza del Fondo per la non Autosufficienza

La tabella che segue mostra la consistenza e la composizione del Fondo per la non autosufficienza, dal 2009 al 2016.

Tabella 1. Consistenza del Fondo per la Non Autosufficienza dal 2009 al 2016

Anno	Fondo Sanitario	Fondo Sociale	Fondo PRINA	TOTALE FNA
2009	56.086.851 €	18.958.936 €	3.949.778 €	78.995.565 €
2010	60.753.905 €	19.094.084 €	6.943.303 €	86.791.293 €
2011	57.651.984 €	13.612.274 €	8.807.942 €	80.072.200 €
2012	58.823.482 €	13.168.389 €	7.036.973 €	79.028.844 €
2013	51.426.600 €	12.577.186 €	8.458.592 €	72.462.378 €
2014	56.664.031 €	10.804.943 €	10.337.370 €	77.806.344 €
2015	61.851.587 €	11.630.757 €	10.501.419 €	83.983.762 €
2016	62.819.357 €	11.604.229 €	9.739.396 €	84.162.982 €

La Tabella 2 riporta il riparto del Fondo regionale per la non autosufficienza (DGR 1330 del 21 novembre 2016). Si rileva che il Finanziamento totale corrispondente a 8.986.000 dovrebbe corrispondere alla cifra riportata nella tabella 1 (Fondo PRINA – 9.739.396)

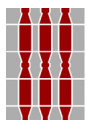


Tabella 2 Riparto del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze

Distretto Azienda sanitaria	% Ass. ponderata (50/50)	FINANZIAMENTO DA RIPARTO FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE € 6.786.000 (A)		FINANZIAMENT O DA RISORSE REGIONALI € 2.200.000 (B)	FINANZIAMENTO TOTALE € 8.986.000 (A+B)
		Anno 2016	di cui 40% per gravissime disabilità ivi inclusa la SLA	Anno 2016	Anno 2016
Distretto Alto Tevere	7,91%	536.773 €	214.709 €	161.364 €	698.137 €
Distretto Alto Chiascio	6,22%	422.089 €	168.836 €	126.888 €	548.977 €
Distretto Perugino	18,52%	1.256.767 €	502.706 €	377.808 €	1.634.575 €
Distretto Assisano	7,02%	476.377 €	190.551 €	143.208 €	619.585 €
Distretto Trasimeno	6,62%	449.233 €	179.693 €	135.048 €	584.281 €
Distretto Media Valle del Tevere	6,63%	449.912 €	179.965 €	135.252 €	585.164 €
Azienda USL Umbria 1	52,92%	3.591.151 €	1.436.460 €	1.079.568 €	4.670.719 €
Distretto Valnerina	1,58%	107.219 €	42.888 €	32.232 €	139.451 €
Distretto Foligno	13,26%	899.823 €	359.929 €	270.504 €	1.170.327 €
Distretto Spoleto	6,15%	417.339 €	166.936 €	125.460 €	542.799 €
Distretto Orvieto	5,23%	354.908 €	141.963 €	106.692 €	461.600 €
Distretto Narni -Amelia	5,93%	402.410 €	160.964 €	120.972 €	523.382 €
Distretto Terni	14,93%	1.013.150 €	405.260 €	304.572 €	1.317.722 €
Azienda USL Umbria 2	47,08%	3.194.849 €	1.277.940 €	960.432 €	4.155.281 €
Azienda Usi Umbria 2 Centro HUB regionale facilitatori della comunicazione	===	=====	=====	160.000 €	160.000 €
UMBRIA	100,00%	6.786.000 €	2.714.400 €	2.200.000 €	8.986.000 €

2) Classificazione della spesa per gruppi di popolazione e aree di intervento

La classificazione della spesa per gruppi target (Tabella 2) mostra una preponderanza della spesa in favore degli anziani, che rappresenta il 43% del totale delle risorse disponibili. La composizione della spesa per gruppi target risulta omogenea nelle due Aziende USL.

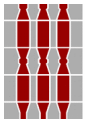
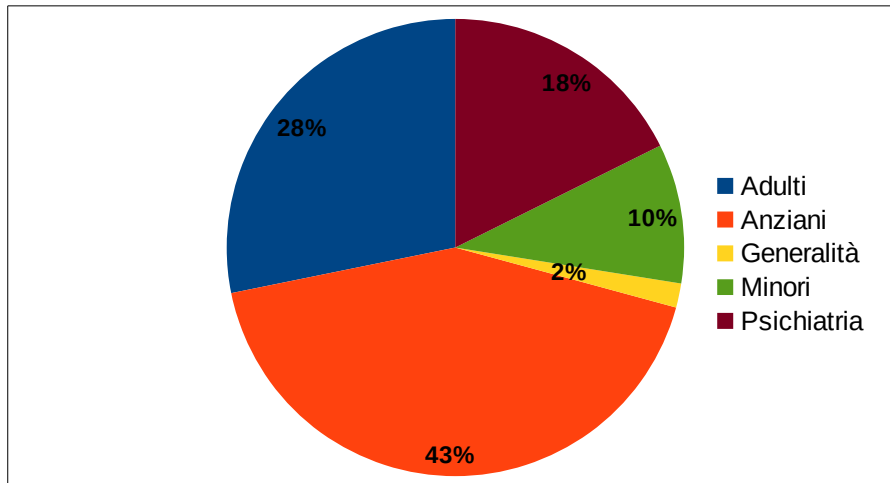


Tabella 2. Spesa prestazioni erogate con il FNA per gruppi target e USL – Anno 2016

GRUPPI TARGET	Azienda USL 1	Azienda USL 2	Totale Regione
Adulti	12.226.237 €	11.511.099 €	23.737.336 €
Anziani	19.045.668 €	16.785.531 €	35.831.199 €
Generalità	1.069.712 €	367.176 €	1.436.887 €
Minori	5.178.033 €	3.125.597 €	8.303.630 €
Psichiatria	8.416.253 €	6.437.677 €	14.853.929 €
Totale	45.935.902 €	38.227.080 €	84.162.982 €

Figura 1. Composizione della spesa per gruppi target – Anno 2016



Se si classifica la spesa per le maggiori aree di intervento (Tabella 3 e Figura , si nota come la la maggior parte delle risorse del fondo PRINA sono stanziare per interventi di assistenza domiciliare (50%), mentre il fondo sanitario finanzia interventi prevalentemente nell'area residenziale (70%). Il fondo sociale ha finanziato interventi che risultano più uniformemente distribuiti tra le diverse aree.

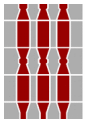


Tabella 3. Spesa del FNA per maggiori aree di intervento e provenienza del fondo – Anno 2015

	Fondo Sanitario	Fondo Sociale	Fondo PRINA	Totale FNA
Altri interventi	€ 172.563,00	€ 3.620.817,00	€ 536.193,00	€ 4.329.573,00
Assegno di sollievo	€ 0,00	€ 110.014,00	€ 396.462,00	€ 506.476,00
Assistenza domiciliare	€ 6.911.979,00	€ 3.541.692,00	€ 4.821.457,00	€ 15.275.128,00
Residenziale	€ 43.692.397,00	€ 2.262.571,00	€ 1.199.783,00	€ 47.154.751,00
Ricoveri di sollievo	€ 159.720,00	€ 284.544,00	€ 54.062,00	€ 498.326,00
Semi-residenziale	€ 11.882.698,00	€ 1.784.591,00	€ 2.731.438,00	€ 16.398.727,00
Totale	€ 62.819.357,00	€ 11.604.229,00	€ 9.739.396,00	€ 84.162.982,00

Se confrontiamo i dati delle aree di intervento e provenienza del fondo relative agli anni 2015-2016 notiamo che emergono, nella distribuzione, pochissimi scostamenti (Figure 2 e 3).

Figura 2. Spesa del FNA per maggiori aree di intervento e provenienza del fondo – Anno 2015

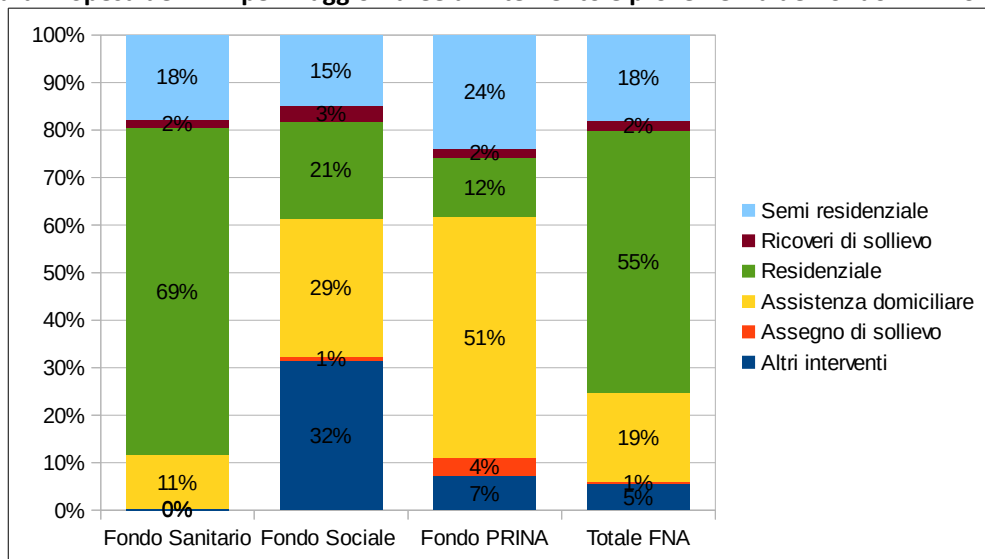
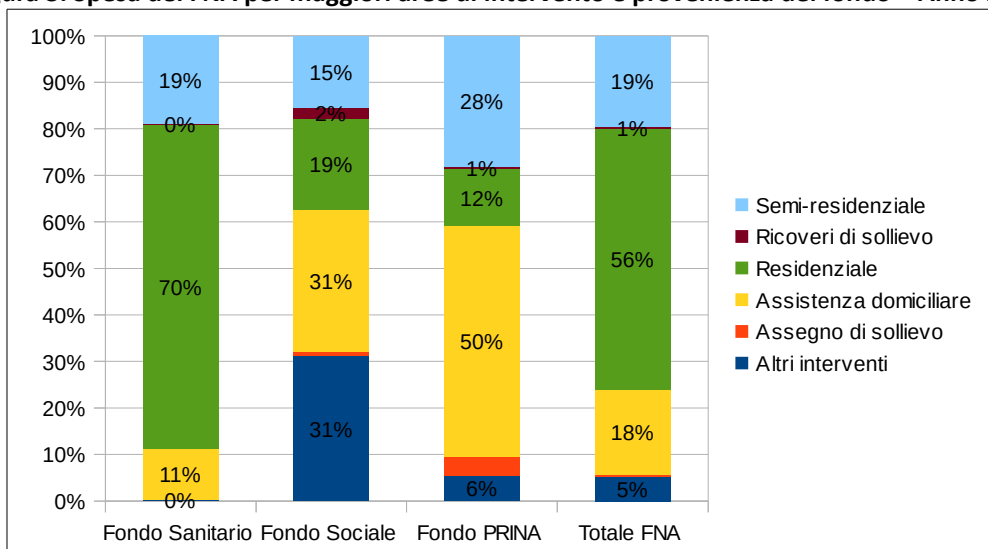
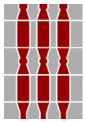


Figura 3. Spesa del FNA per maggiori aree di intervento e provenienza del fondo – Anno 2016





3) Il numero delle prestazioni e la spesa procapite

La relazione riporta il numero delle persone prese in carico nel corso dell'anno **2016, pari a 12600**, dato pressoché sovrapponibile a quelle del 2015 pari a 12.726.

Tenendo conto che la presa in carico rappresenta l'inizio del percorso assistenziale con la valutazione della condizione di non autosufficienza da parte dei distretti o delle zone sociali, probabilmente il dato fa piuttosto riferimento al numero di prestazioni erogate nel corso del 2016.

La relazione fa inoltre riferimento al dato sulla spesa pro-capite che è di 95 euro nel 2016 mentre nel 2015 era di 94 euro. A tal proposito non si riesce ad evincere dalla relazione di quali elementi tiene conto la cifra considerata.

Nella relazione dell'anno 2015 veniva riportata la distribuzione delle prestazioni secondo le aree di intervento e l'Azienda di riferimento. Nella relazione relativa al 2016 questi dati non sono stati inseriti.

Disabilità gravissime

La relazione riporta i dati dei gravissimi disabili in carico ai servizi sanitari al 31 dicembre 2016:

TABELLA Persone in condizione di disabilità gravissima D.M. 26 settembre 2016 Articolo 3, comma 2, lettere da a) ad i)

totale	Usl Umbria 1	Usl Umbria 2
4.882	1.999	2.883

E' riportato inoltre la spesa per di assistenza "indiretta" (contributo di natura economica) divisi tra Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e gravissima disabilità e USL di appartenenza.

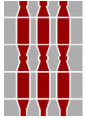
	Spesa SLA	Spesa disabilità gravissime
USL1	€ 262.336,02	€ 1.081.084,62
USL2	€ 540.320,20	€ 864.504,93
Totale	€ 802.656,22	€ 1.945.589,55

Interventi finanziati con il Fondo Sociale Europeo

Nella relazione la Giunta regionale rende conto degli interventi promossi nella programmazione FSE 2014-2020:

1. Potenziamento delle autonomie possibili – Sperimentazione di progetti di "Vita indipendente"

L'intervento finalizzato a garantire l'autodeterminazione e la promozione della massima autonomia possibile di persone con disabilità attraverso il riconoscimento di un contributo



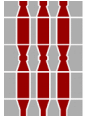
in esito ad avviso pubblico emanato dai Comuni e dietro presentazione di un progetto personale di “*Vita Indipendente*” ai sensi dell’art. 14 della L. 328/2000. L’importo massimo del contributo riconosciuto a **ciascun progetto è pari ad € 18.000,00** per una durata massima di **18 mesi**. In ogni caso, all’intervento nel suo complesso sono state destinate risorse provenienti dal PO FSE per un ammontare pari ad **€ 2.388.500,00**;

2. **Non autosufficienza – Progetti di domiciliarità per anziani non autosufficienti e riduzione della residenzialità**

Il **secondo** si configura come un intervento proteso a garantire la permanenza dell’anziano non autosufficiente (con invalidità pari o superiore al 75%) presso il proprio domicilio al fine di evitare l’inserimento dello stesso in strutture residenziali. Ciò attraverso il riconoscimento allo stesso di un contributo di **massimo € 3.000,00** per un progetto di durata non inferiore a **12 mesi**, per la retribuzione di un assistente personale previa presentazione di apposita domanda in esito ad avviso a sportello emanato dai Comuni. **Alla misura sono state destinate, complessivamente, risorse provenienti dal PO FSE per un ammontare pari ad € 3.000.000,00**

3. **Family Help – buoni servizio per prestazioni individuali di lavoro a domicilio per finalità di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di persone e famiglie.** L’ intervento, infine, si configura quale servizio finalizzato ad agevolare la conciliazione dei tempi di vita e lavoro di persone che hanno la necessità di coniugare il proprio diritto al lavoro con il lavoro di cura familiare. Nello specifico, l’intervento prevede l’attribuzione alla persona di un contributo pari a **massimo € 800,00** in esito ad avviso pubblico emanato dai Comuni per il ristoro delle spese sostenute per la retribuzione di prestazioni/servizi integrativi flessibili, erogate da un prestatore di lavoro a domicilio. **All’ intervento complessivamente sono state destinate risorse provenienti da PO FSE per un importo pari ad € 3.000.000,00.**

Le risorse del FSE vengono integrate anche i € 2.000.000,00 afferenti al Fondo regionale direttamente trasferite ai Comuni capofila di Zona sociale interamente vincolate a sostenere la domiciliarità.



APPROFONDIMENTI

Estratto dal Rapporto OASI 2017 (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano)*

Le risorse pubbliche coprono ancora il 95% della spesa ospedaliera, ma solo il 60% della spesa per prestazioni ambulatoriali e il 65% delle spese di assistenza di lungo termine nelle strutture residenziali.

E proprio il lungo termine e le cronicità si rivelano essere sempre più chiaramente il tallone d'Achille del sistema. I posti letto pubblici o privati **per i non autosufficienti coprono meno del 10%** del fabbisogno: **270.000 posti letto rispetto a 2,8 milioni di non autosufficienti.**

Le cure domiciliari sono, inoltre, largamente insufficienti a colmare il gap: si tratta, in media, di 17 ore per paziente preso in carico – ipotizzando pacchetti di due ore settimanali, l'intervento si riduce in poco più di due mesi.

Le soluzioni a cui ricorrono le famiglie sono il ricovero in regime di solvenza completa, l'impegno diretto nella cura del parente o il ricorso a una badante.

Mentre il sistema è, da qualche anno, in equilibrio economico in tutta Italia, il Rapporto evidenzia un allarmante e permanente divario tra Nord e Sud del paese in tema di salute della popolazione. La speranza di vita in buona salute è di 60 anni al Nord e 56 al Sud, con un divario di ben 20 anni tra i due estremi: i 70 anni di Bolzano e i 50 della Calabria. Anche l'auto-percezione del proprio stato di salute da parte degli ammalati cronici solleva lo stesso campanello d'allarme: al Nord il 49,6% di loro si percepisce in buona salute, al Sud solo il 36,6%.

*il volume del Cergas Bocconi che dal 2000 monitora e interpreta i cambiamenti in atto nelle politiche sanitarie e nel management delle aziende sanitarie pubbliche e private.