

DELIBERAZIONE 28 novembre 2011, n. 1044

Percorso di revisione del progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale", che all'art. 18 individua il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale quale strumento di programmazione con il quale la Regione definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale e i criteri per l'organizzazione del servizio sanitario regionale e dei servizi sanitari e sociali;

Vista la legge regionale n. 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale";

Dato atto che con decreto del Presidente della Giunta regionale 26 marzo 2008 n. 15/r, è stato approvato il regolamento attuativo dell'art. 62 della citata legge regionale 41/2005;

Visto il Piano Integrato Sociale Regionale approvato con delibera del Consiglio regionale del 31 ottobre 2007 n.113, così come modificato con Delibera del Consiglio regionale dell'11 novembre 2009 n. 69, ed in particolare l'Allegato 3 "Prime linee sul progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti";

Dato atto che il PISR 2007-2010 resta in vigore, ai sensi dell'art. 142 bis della L.R. 24 febbraio 2005, n. 40 e del comma 1 dell'art. 104 della L.R. 29 dicembre 2010 n. 65, fino al 31 dicembre 2011;

Vista la legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";

Visto l'art. 16 della predetta legge regionale n. 66/2008 "Monitoraggio sulla gestione del fondo", che prevede il monitoraggio sulla gestione del fondo per verificare, in particolare:

- a. le condizioni di sostenibilità finanziaria del fondo alla luce delle dinamiche demografiche, della ricognizione della domanda, e dei costi unitari delle prestazioni,
- b. le eventuali difformità nell'applicazione delle procedure e delle modalità di intervento adottate nelle zone-distretto,
- c. le modalità di gestione integrata del fondo,
- d. il soddisfacimento del debito informativo delle zone-distretto verso la Regione;

Vista la delibera di Giunta regionale del 22 marzo 2010, n. 370 che approva, in coerenza con l'Allegato

3, punto 1 del Piano Sociale Integrato Regionale 2007-2010, il "Progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente";

Dato atto che il "Progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" prevede al Capitolo 4 la verifica e la successiva precisazione dei Pacchetti di isorisorse per ogni livello di gravità;

Dato atto che il "Progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" prevede, al Capitolo 5 punto 8, il monitoraggio delle attività previste, al fine di registrarne l'andamento, e la valutazione delle stesse, allo scopo di proporre percorsi e soluzioni per il miglioramento delle azioni;

Considerato che l'Area di coordinamento Sistema socio-sanitario regionale della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale ha attivato un processo di valutazione interna allo scopo di evidenziare punti di forza e di debolezza del sistema sulla base delle evidenze emerse dal monitoraggio, effettuato ai sensi delle predette L.R. 18 dicembre 2008 n. 66 art. 16 e DGR 370/2010;

Vista la delibera di Giunta regionale del 26 aprile 2004 n. 402 "Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 di cui alla delibera del Consiglio regionale n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle R.S.A.", ed in particolare il punto 8, al quale si prevede l'istituzione di organismi di controllo e consultazione per promuovere e monitorare i processi di adeguamento delle RSA;

Dato atto che la Regione Toscana ha costituito nel corso dell'anno 2011 un Tavolo di lavoro sulla residenzialità per anziani non autosufficienti nella Regione Toscana composto, oltre che dai soggetti previsti al punto 8 della predetta DGR 402/2004, anche da referenti delle Società della Salute, delle Organizzazioni sindacali, delle cooperative e dell'associazionismo, allo scopo di condividere i risultati del lavoro di monitoraggio, analizzare le criticità emerse, proporre azioni operative e tradurle in strumenti concreti, così da procedere ad una eventuale revisione del percorso secondo una logica di sistema e sostenibilità;

Ritenuto opportuno approvare il documento "Percorso di revisione del progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente", allegato al presente atto di cui costituisce parte integrante e sostanziale (all. 1), quale documento di sintesi del lavoro del Tavolo stesso nonché sintesi delle proposte operative da esso scaturite allo scopo di assicurare il raggiungimento degli obiettivi suddetti;

Vista la delibera di Giunta regionale del 20 luglio 2004 n. 713 con la quale è stata attivata una collaborazione con la Scuola Superiore Studi Universitari e Perfezionamento S. Anna di Pisa per la formazione manageriale per le funzioni direzionali del Servizio Sanitario Nazionale e per attività di ricerca collegata alle tematiche di management ed organizzazione dei servizi sanitari;

Vista la delibera di Giunta regionale del 15 novembre 2004 n. 1150 che prevede l'attività di ricerca applicata e la formazione in ambito gestionale e manageriale tramite la costituzione, all'interno della Scuola S. Anna, di un Laboratorio focalizzato al settore sanità che operi con un approccio multidisciplinare e con ampie e consolidate relazioni internazionali;

Atteso che per le suddette finalità è stato costituito il Laboratorio denominato "Management e Sanità, Laboratorio di Ricerca e Formazione per il management dei servizi alla Salute" (Laboratorio MeS);

Ritenuto di avvalersi del supporto tecnico e metodologico del Laboratorio MeS della Scuola Superiore Studi Universitari e Perfezionamento S. Anna di Pisa nei processi di analisi delle determinanti della variabilità esistente nell'ambito della residenzialità per anziani e per l'individuazione di parametri di valutazione e indicatori mirati di realizzazione e di procedura;

Visti gli artt. 82 e 82bis della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale", che attribuiscono all'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) compiti di supporto e consulenza tecnico-scientifica al Consiglio regionale ed alla Giunta regionale nelle materie di propria competenza, in particolare per definire e sviluppare strumenti per l'analisi dei bisogni sanitari;

Ritenuto di avvalersi del supporto tecnico e metodologico di ARS per la revisione e precisazione dei Pacchetti di isorisorse per ogni livello di gravità;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare il documento "Percorso di revisione del progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente", allegato al presente atto di cui costituisce parte integrante e sostanziale (all. 1);

2. di dare mandato all'Area di coordinamento Sistema socio-sanitario regionale della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di provvedere al concreto avvio delle attività previste dal documento di cui al punto 1, attraverso l'utilizzo degli strumenti in esso indicati, in riferimento ad ogni singola area di analisi, attivando contestualmente il monitoraggio delle azioni progettuali a cura degli organismi regionali competenti;

3. di avvalersi del supporto tecnico e metodologico del Laboratorio MeS della Scuola Superiore Studi Universitari e Perfezionamento S. Anna di Pisa nei processi di analisi delle determinanti della variabilità esistente nell'ambito della residenzialità per anziani e per l'individuazione di parametri di valutazione e indicatori mirati di realizzazione e di procedura;

4. di avvalersi del supporto tecnico e metodologico di ARS per la revisione e precisazione dei Pacchetti di isorisorse per ogni livello di gravità.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul BURT ai sensi dell'articolo 5 comma uno lettera f) e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 18 comma 2 della medesima Legge Regionale 23/2007.

Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Antonio Davide Barretta

SEGUE ALLEGATO

**PERCORSO DI REVISIONE DEL PROGETTO PER L'ASSISTENZA CONTINUA
ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE
L.R. 66/2008 - Del. G.R. 370/2010 - Decreto Dir. 1354/2010**

Indice generale

PREMESSA.....
1) PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (UVM) E PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO (PAP).....
2) CALCOLO DELLA ISOGRAVITA' E PRESA IN CARICO DELL'ANZIANO
3) RESIDENZIALITA'.....
4) LISTE DI ATTESA
5) ACCREDITAMENTO E COMMISSIONI MULTIDISCIPLINARI.....
6) MONITORAGGIO FISICO E DELLA SPESA
7) SOLUZIONI ALTERNATIVE / BUONE PRASSI.....

PREMESSA

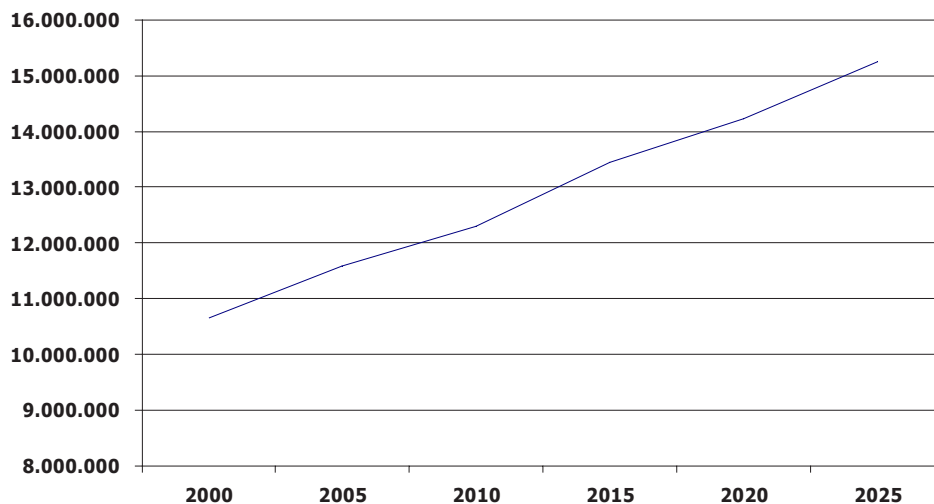
Nel marzo 2011 si è insediato il Tavolo di lavoro sulla residenzialità per anziani non autosufficienti nella Regione Toscana allo scopo di attivare un percorso di revisione dell'assistenza, garantita in Regione Toscana dalla L.R. 66/08 che istituisce e disciplina il Fondo per la non autosufficienza. Tale percorso si avvale di una base di partenza costituita dal monitoraggio quantitativo e qualitativo attuato dagli uffici regionali sul territorio, attraverso lo strumento delle "interviste strutturate" allo scopo di verificare se e come la Legge n. 66/08 ha modificato il sistema dell'offerta dei servizi in materia di non autosufficienza e di rilevarne relativi punti di forza e debolezza.

Al Tavolo sono invitati a partecipare gli attori del territorio, pubblici e privati: Società della Salute e Ausl che garantiscono le risposte al bisogno e gestiscono le risorse, gestori pubblici e privati, che rappresentano una realtà importante per la soddisfazione del paziente/utente, cooperative e organizzazioni sindacali che forniscono e tutelano la forza lavoro essenziale al funzionamento del sistema, associazionismo che fornisce un supporto indispensabile e prezioso in un momento di crisi economica e sociale.

La popolazione anziana ultra 65enne residente in Italia al 31/12/2009, secondo i dati pubblicati dall'ISTAT, è pari a 12.206.470 persone; alla data del 31/12/1999 erano presenti nel territorio nazionale 10.310.206 anziani ultra 65enni. Questo sta a significare che la popolazione anziana nel nostro Paese è aumentata del 18,4% in dieci anni.

Le previsioni demografiche fornite dallo stesso Istituto prevedono che al 31/12/2019 in Italia saranno residenti 13.887.788 anziani mentre al 31/12/2024 gli ultra 65enni diventeranno 14.795.681. In pratica ci sarà un aumento della popolazione anziana pari al 13,8% nei prossimi dieci anni e del 21,2% nei prossimi quindici.

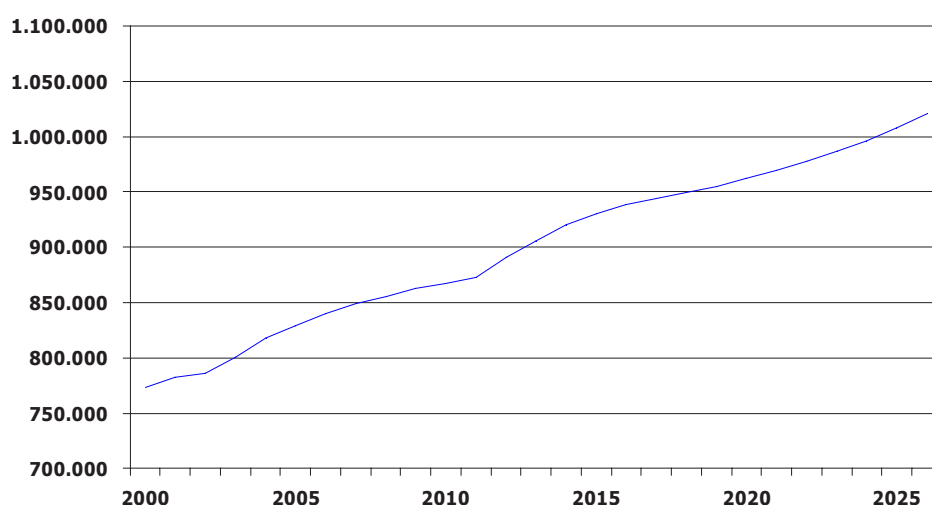
L'incremento della popolazione anziana in Italia



In Toscana, secondo i dati pubblicati dal Sistema Statistico Regionale, al 31/12/2009 erano residenti nel territorio regionale 867.010 anziani mentre al 31/12/1999 la popolazione ultra 65enne era pari a 773.430, con un incremento del 12% in dieci anni.

Al 31/12/2010 gli anziani residenti saliti a 872.766 e le previsioni demografiche stimate dal Sistema Statistico Regionale con una ipotesi previsionale di scenario centrale, indicano una popolazione pari a 969.792 anziani residenti al 31/12/2020 e 1.020.372 al 31/12/2025, vale a dire che si registrerà un incremento del 11,1% in dieci anni e del 16,9% in quindici.

L'incremento della popolazione anziana in Toscana



In materia di valutazione del fabbisogno, per quanto concerne l'assistenza a soggetti non autosufficienti in residenze sanitarie assistenziali ed in relazione agli ambiti territoriali di riferimento, la Regione Toscana, sulla base del numero di strutture sociosanitarie pubbliche e private presenti, dei volumi di attività complessivamente erogate, dei dati demografici rilevati, dei tempi medi di attesa rilevati e dei programmi di realizzazione di nuove strutture adottati in passato in sede regionale, attraverso gli atti normativi e programmatori storici, aveva determinato l'indice di copertura di posti residenziali per ciascun ambito territoriale di riferimento in 1,6% della popolazione ultrasessantacinquenne residente.

Il censimento condotto dagli uffici regionali al 31/12/2010 rileva che attualmente l'indice di copertura dei posti letto convezionati nelle strutture residenziali per anziani (ottenuto rapportando la popolazione anziana >65enne residente con l'offerta dei posti letto convezionati disponibili) si attesta sull'1,35% a livello regionale con punte anche molto superiori nelle zone socio-sanitarie con maggiori difficoltà gestionali (ad esempio tale indice è pari all'1,54% nell'area fiorentina).

L'obiettivo, in una filosofia di mantenimento dei principi del sistema, è quello di mettere in rete tutte le risorse disponibili e gli attori operanti sul territorio, in modo da supplire alla carenza di risorse derivanti dai tagli statali, nonché al crescente bisogno del territorio determinato dall'allungamento della vita e dal conseguente numero degli anziani cui garantire il diritto alla presa in carico da parte del sistema socio-sanitario toscano.

Lo strumento principe dell'azione regionale dovrà essere rappresentato dalla capacità delle Società della Salute e delle Ausl di ripensare la **programmazione** del proprio territorio ed i propri servizi in una logica di **sistema** e di **sostenibilità**. Gli elementi chiave di tale impostazione sono:

- Studio epidemiologico con una prospettiva di medio e lungo periodo
- "Compatibilità e funzionalità" quali concetti ispiratori della programmazione territoriale
- Governo di tutti gli elementi del sistema attraverso l'analisi dei costi
- Raccolta e sistematizzazione dei dati al fine avviare un'attività strutturata di monitoraggio e valutazione
- Condivisione con il livello regionale dei risultati
- Introduzione ragionata e condivisa con gli uffici regionali di eventuali correttivi.

I lavori del Tavolo regionale sono proseguiti con delle giornate di **ascolto**, focalizzate su esperienze e proposte operative presentate dai vari attori territoriali, con il supporto del Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (MeS) e dell'Agenzia Regionale di Sanità (ARS), ai quali viene chiesto di dare un contributo tecnico e metodologico per le diverse aree di competenza.

I soggetti coinvolti hanno espresso le problematiche secondo la loro esperienza territoriale, nonché secondo il loro punto di vista, determinato anche dal diverso ruolo ricoperto da ciascuno all'interno del sistema, mostrando comunque uno spirito di collaborazione ed un realistico approccio ai problemi contingenti, in un'ottica di sinergico sforzo per il relativo superamento.

Come considerazioni generali, si evidenziano alcuni elementi ricorrenti che appaiono in linea con gli esiti del monitoraggio condotto dagli uffici regionali nel corso del 2010:

- necessità di **rafforzare il ruolo delle Società della Salute** da un punto di vista giuridico ma anche "culturale", in quanto esse rappresentano il momento di sintesi e di integrazione del mondo sanitario e di quello sociale, costituendo dunque un nodo cruciale del sistema;
- estrema **variabilità nell'applicazione** della L.R. 66/08 sul territorio, determinata dal diverso modello organizzativo di partenza. In particolare:
 - disomogeneità nel livello di integrazione e quindi di gestione delle risorse socio sanitarie, che in taluni casi determina la scarsa conoscenza del budget disponibile da parte di chi lo deve gestire;
 - disomogeneità nell'applicazione delle regole di accesso al sistema nonché nelle modalità di applicazione delle regole della compartecipazione alle spese da parte

del cittadino/utente;

- esistenza all'interno del territorio regionale di zone "critiche", che necessitano di una particolare attenzione e di un monitoraggio attento e costante, anche allo scopo di evitare disparità di trattamento fra i cittadini della Regione;
- difficoltà nel reperire i dati relativi ai Progetti Personalizzati approvati nei tempi e nei modi previsti, anche per un problema culturale che non riconosce ai "dati" - quale indicatore di monitoraggio e valutazione - l'importanza strategica che essi hanno sia per chi li fornisce, sia per chi li riceve;
- necessità di migliorare e pianificare il sistema dei controlli sulle strutture residenziali, sia in quelle zone nelle quali le RSA sono quasi totalmente gestite dal settore privato, sia in quelle dove sono gestite dal pubblico;
- necessità di disciplinare meglio, anche a livello normativo e amministrativo quanto in essere sulle strutture residenziali e riabilitative.

Il documento si propone di analizzare le principali criticità emerse, aggregate per singola tematica, con l'indicazione, a seguire, dei relativi suggerimenti operativi tradotti in **azioni** con l'indicazione degli **strumenti** concreti da attivare per la loro realizzazione.

1) PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (UVM) E PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO (PAP)

Il Punto Insieme, previsto dall'art. 10 comma 1 della L.R. 66/2008, garantisce la "finestra" informativa sul territorio, attraverso la quale il cittadino accede al sistema socio-sanitario, chiedendo di fatto di essere preso in carico. La presa in carico avviene attraverso il Punto Unico di Accesso, che valuta le richieste, mentre attraverso la Unità di Valutazione Multidisciplinare viene formulato il Progetto Assistenziale Personalizzato (L.R. 66/2008, art. 12), offrendo ai cittadini una risposta effettiva al bisogno, sulla base appunto di una attenta valutazione dello stesso, anche in considerazione delle risorse disponibili.

CRITICITA' EMERSE:

1. Organizzazione Punti Insieme

Necessità di riorganizzare e/o diminuire e semplificare i Punti Insieme, allo scopo di ridurre i costi riuscendo a mantenere nello stesso tempo un servizio di front-office al cittadino che lo sappia guidare verso le risorse appropriate al proprio bisogno socio-sanitario.

2. Formazione

Necessità di far acquisire e/o perfezionare le competenze professionali e soprattutto di effettuare una formazione congiunta del personale PUA e UVM allo scopo di diffondere una cultura dell'integrazione socio-sanitaria.

3. Modalità organizzative delle UVM

L'unità di Valutazione Multidisciplinare è disciplinata dall'art. 11 della L.R. 66/2008. Di fatto costituisce il cardine della legge stessa in quanto rappresenta per il cittadino la garanzia della presa in carico e dell'assistenza sulla base delle proprie peculiari necessità, attraverso l'offerta di una risposta appropriata al bisogno. Tale organismo talvolta non risulta essere ben definito ed inquadrato all'interno del modello organizzativo del soggetto gestore - SdS o Ausl - e pertanto l'assunzione della responsabilità delle decisioni diviene problematica, soprattutto nei casi in cui il PAP non è condiviso con il paziente ed i suoi familiari, ovvero non vi sono risorse disponibili sulla base dei risultati della valutazione (Isorisorsa non sufficienti per la Isogravità rilevata).

4. Gestione separata valutazione bisogno / Budget disponibile

Mancata conoscenza del budget disponibile da parte della UVM, per cui, a fronte di un PAP sottoscritto, il paziente o il suo familiare si scontrano immediatamente con la difficoltà oggettiva di ottenere la prestazione cui l'anziano ha diritto, a causa di risorse insufficienti.

5. Collaborazione con i Medici di Medicina Generale

Il MMG non sempre partecipa alla UVM e ciò rappresenta un problema soprattutto in presenza di patologie particolari, come ad esempio Alzheimer e Parkinson, difficilmente gestibili dai familiari. In questi casi sarebbe auspicabile anche la presenza del geriatra.

AZIONI:

1. Organizzazione Punti Insieme

Semplificazione e razionalizzazione dei Punti Insieme già in essere. Ciò non deve significare necessariamente una loro riduzione, ma per esempio una loro riorganizzazione a livello di orario – orario continuativo, fasce orarie per appuntamenti con l'utenza, ecc. – anche sulla base del modello organizzativo territoriale. Non si tratta quindi di un'azione gestita a livello Regionale, ma a livello locale: è comunque fondamentale che la Regione mantenga il governo del sistema, sia nella fase iniziale, che tramite un attività di consulenza e monitoraggio, nelle fasi successive.

Strumenti: monitoraggio, tavoli dedicati

2. Formazione

Principalmente dovrà essere promossa la filosofia dell'approccio multidisciplinare e integrato, nonché la conoscenza e l'abitudine all'uso degli strumenti economici amministrativi e valutativi già esistenti. Si dovrà formare il personale allo scopo di favorire il lavoro di gruppo e l'interazione fra i soggetti provenienti da diverse realtà istituzionali e professionali, accomunati nella gestione del paziente, con l'obiettivo di fornire insieme una migliore e più appropriata risposta al bisogno valutato.

Allo stesso scopo potranno essere sensibilizzate le organizzazioni professionali, le Direzioni aziendali e quelle delle SdS, i Responsabili dei Servizi sociali dei Comuni, anche attraverso le rappresentanze territoriali.

Strumenti: attività formazione, tavoli dedicati

3. Modalità organizzative delle UVM

Definire meglio a livello amministrativo quali possono essere le diverse soluzioni organizzative che siano da un lato attinenti al modello applicato sul territorio, e dall'altro funzionali nel garantire l'operatività del sistema e la tutela del diritto alla presa in carico e alla definizione di un corretto PAP per il paziente.

Strumenti: tavoli dedicati, atti amministrativi

4. Gestione separata valutazione bisogno / Budget disponibile

Attraverso il rafforzamento del ruolo delle SdS sarà possibile governare e gestire in maniera integrata risorse umane e finanziarie e dunque riuscire a far avanzare


congiuntamente la definizione di una risposta appropriata al bisogno con le risorse effettivamente disponibili.

Strumenti: tavoli dedicati

5. Collaborazione con i Medici di Medicina Generale

Lavorare di più e meglio con i Medici di Medicina Generale. Il MMG o il geriatra devono partecipare alla UVM, soprattutto per patologie particolari (Alzheimer, Parkinson) difficilmente gestibili dai familiari. Il ruolo del MMG è essenziale sia nella fase di primo accesso al PUA/UVM, sia successivamente per la rivalutazione del paziente. Egli rappresenta l'interfaccia tecnico fra i bisogni del paziente e dei suoi familiari e il territorio che ne cura la presa in carico. Si prevede l'attivazione di momenti di confronto con i MMG anche attraverso gli strumenti di concertazione già in essere.

Strumenti: tavoli dedicati



Tutte le attività sopra descritte dovranno essere oggetto di condivisione con il territorio, allo scopo di analizzare le singole azioni proposte in relazione alla specifica realtà territoriale in cui dovranno essere applicate ed acquisire ulteriori parametri di valutazione e indicatori mirati di realizzazione e di processo, con il supporto di ARS e MeS. Successivamente, se necessario, sarà possibile intervenire dal punto di vista amministrativo e/o normativo.

2) CALCOLO DELLA ISOGRAVITA' E PRESA IN CARICO DELL'ANZIANO

Le procedure valutative, approvate con Decreto Dirigenziale n.1354/2010, costituiscono un insieme di scale e schede valutative afferenti alle aree clinico-funzionale, cognitivo-comportamentale e socio-ambientale. Le procedure nel loro insieme permettono di valutare la condizione di bisogno della persona al fine di predisporre una risposta appropriata al bisogno valutato e definire il Progetto Assistenziale Personalizzato.

Nel caso in cui sia ritenuto adeguato un percorso domiciliare, viene individuato, attraverso un algoritmo applicato ai punteggi di alcune delle scale valutative, il livello di isogravità del bisogno di assistenza alla persona, cui corrisponde un pacchetto di isorisorse del Fondo regionale per la non autosufficienza, che vengono messe a disposizione per la copertura dei pacchetti assistenziali previsti nel PAP.

CRITICITA' EMERSE

1.Semplificazione e perfezionamento definizione isogravità

Necessità di semplificare e migliorare il sistema di definizione del livello di isogravità del bisogno.

2.Criteri per percorso residenziale

Necessità di definire un criterio oggettivo di eleggibilità per il percorso residenziale piuttosto che domiciliare sulla base della valutazione sociale ma anche sanitaria dell'anziano.

3.Criteri per moduli specialistici

Necessità di determinare, all'interno del percorso residenziale, criteri guida per la scelta per moduli specialistici.

AZIONI

In materia di isogravità viene attivato un gruppo tecnico di lavoro per i livelli di isogravità, composto dai rappresentanti degli uffici regionali, ARS, coordinatore del gruppo tecnico infermieristico, del gruppo tecnico sociale, del gruppo geriatria e da un coordinatore UVM. Il gruppo, coordinato da ARS, in continuità con il gruppo precedente sullo stesso tema, avrà il compito di rivedere il percorso dell'isogravità del bisogno al fine di recuperare ulteriori margini di appropriatezza, omogeneità e sostenibilità anche e soprattutto sul versante sociale e della spesa a carico delle famiglie.

Obiettivo del lavoro del gruppo è definire algoritmi e criteri per la predisposizione del PAP allo scopo di risolvere le criticità emerse. In particolare:

1.Semplificazione e perfezionamento definizione isogravità

Perfezionamento dell'attuale algoritmo di calcolo del livello di isogravit  del bisogno all'interno del percorso domiciliare, con componenti sociali ma anche con componenti sanitarie ad oggi non contemplate.

2.Criteri per definire il percorso assistenziale

Elaborazione di criteri di eleggibilit  pi  obiettivi per il percorso residenziale o domiciliare, non limitandosi alla sola componente sociale.

3.Criteri per moduli specialistici

All'interno del percorso residenziale, individuare criteri oggettivi per guidare la scelta verso i moduli specialistici residenziali.

Per ognuno di questi punti dovr  essere effettuata una simulazione sulla base dei casi gi  in carico, al fine di valutare preventivamente come cambier  la domanda e la collocazione del bisogno al variare di tali criteri e valutarne poi la sostenibilit  economica, oltre che l'appropriatezza.

Probabilmente le UVM utilizzano gi  criteri che guidano queste scelte, ma occorre renderli in primo luogo **obiettivi**, in secondo luogo **omogenei** sul territorio.

Il lavoro del gruppo si confronter  con il percorso avviato con il Progetto di ricerca "Valutazione dell'efficacia e dell'equit  di modelli organizzativi territoriali per l'accesso e la presa in carico di persone con bisogni sociosanitari complessi", coordinato da AGENAS, di cui l'ARS   unit  operativa.

Si ritiene anche di effettuare un'attivit  di benchmarking con altre esperienze regionali.

Strumenti: tavoli dedicati, atti amministrativi

3) RESIDENZIALITA'

Parlare di RSA significa, in un certo qual modo, riassumere una serie di problematiche relative ai costi, alle modalità di presa in carico, alla variabilità territoriale, al monitoraggio, alla trasparenza delle liste di attesa. Considerato che nei singoli capitoli del presente documento vengono trattate in dettaglio le singole tematiche, ci concentreremo qui sulle criticità di livello generale, nonché sulle relative azioni di sistema da attivare, anche alla luce di quanto evidenziato dagli stessi attori territoriali.

CRITICITA' EMERSE

1.Regolamenti di accesso al fondo

Eccessiva variabilità sui criteri di accesso al fondo, determinata dai regolamenti di accesso che fissano, per i diversi territori, parametri e scale di valutazione.

2.Disomogeneità territoriale

Esistenza di una marcata variabilità sul territorio regionale in termini di offerta residenziale, sia per tipologia di offerta (residenziale, diurno, ricoveri di sollievo, cure intermedie..) che di proprietà delle strutture (pubbliche, private) sia, infine, di numero e dislocazione geografica.

È presente, inoltre, eterogeneità anche nella determinazione delle rette, soprattutto di parte sociale, sulle quali, fra l'altro, gli utenti sono chiamati a partecipare.

3.Continuità assistenziale

Scarsa conoscenza/applicazione degli strumenti previsti dalla normativa regionale (PAP, rivalutazione periodica ecc., modalità di accesso ai moduli specialistici) all'interno della struttura residenziale, che determina uno scollamento a livello territoriale in termini di gestione del bisogno del paziente.

4.Organizzazione interna RSA

Necessità di razionalizzare e disciplinare meglio l'organizzazione interna alle RSA, con particolare riferimento all'acquisto e distribuzione dei farmaci, all'accesso dei MMG, allo spostamento dell'anziano fra i diversi moduli a seguito di rivalutazione (la temporaneità dei moduli specialistici crea problematiche nella "ricollocazione" dell'anziano, in particolare per il Modulo 3 – Disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale).

AZIONI

1.Progetto mappatura e valutazione RSA

Attivazione di un progetto di mappatura e valutazione RSA in collaborazione con il MeS, allo scopo di analizzare le determinanti della variabilità attualmente esistenti sulla base dei seguenti fattori:

- tessuto sociale e strutturale;
- caratteristiche della domanda;
- tipologia e qualità dei servizi offerti;
- diverse modalità gestionali e della copertura dei servizi.

Le fasi progettuali saranno le seguenti:

- mappatura dell'attuale offerta regionale: dalla condivisione di un panel di dati si procederà all'analisi quali-quantitativa delle caratteristiche dell'offerta, delle sue potenzialità, del grado di appropriatezza anche in termini di coerenza fra prezzo e specifiche offerte del servizio, delle carenze da un lato e delle disponibilità presenti dall'altro, ivi compresi i servizi sostitutivi rispetto alle attuali modalità assistenziali presenti sul territorio;
- condivisione del processo con i referenti RSA, allo scopo di trasformare nel tempo la mappatura in uno strumento permanente di rilevazione e valutazione, volto a migliorare qualità del servizio, appropriatezza delle prestazioni, efficacia ed efficienza del servizio, equità in termini territoriali e socio-economici.

Le parole chiave del progetto sono **partecipazione** e **trasparenza**.

La **filosofia** del progetto è basata sulla condivisione dell'intero percorso con gli attori del sistema, ai quali sarà chiesto di collaborare alla definizione di un set di indicatori di valutazione, per misurare i risultati raggiunti, o di osservazione, per identificare le determinanti dei risultati. L'output prodotto, in linea con i principi guida della valutazione in Toscana, sarà trasparente e pubblico: sarà reso disponibile non solo agli attori del sistema, ma anche ai cittadini e potrà essere parte integrante del processo di accreditamento delle strutture.

La metodologia di lavoro si articola nelle seguenti fasi:

- condivisione del progetto con tutti gli attori del sistema. Il laboratorio MeS avrà un ruolo di terzietà e sarà garante della partecipazione in tutte le fasi;
- raccolta della bibliografia internazionale e identificazione di esperienze significative in Italia e all'estero;
- attivazione di un percorso di formazione-laboratorio che vedrà coinvolti i responsabili RSA allo scopo di affiancare il processo di ricerca e garantire contestualmente la costruzione, lo sviluppo e la diffusione di un linguaggio condiviso;
- raccolta dati relativi alle caratteristiche dell'offerta, partendo dalle indicazioni disponibili e integrandole con quelle fornite dalle stesse RSA;
- raccolta dei bilanci di esercizio 2010 e riclassificazione degli stessi;
- visite sul campo – in RSA – anche mediante squadre miste composte da operatori di altre RSA;
- attivazione indagine utenti e loro famiglie;
- attivazione indagine di clima interno presso il personale RSA;
- elaborazione mappa e proposta sistema di valutazione;
- condivisione e diffusione risultati;
- definizione azioni strategiche e linee di indirizzo per la programmazione strategica

regionale.

Si prevede di avviare il progetto nel 2011 e concludere la fase di pubblicazione dei dati relativi al 2011 nel luglio 2012.

Il progetto elaborato con la collaborazione del MeS, sulla base degli indicatori di valutazione e osservazione individuati, potrà essere, inoltre, uno strumento **complementare e trasversale rispetto a molteplici problematiche** trattate nel presente documento in altri capitoli, come l'accreditamento, i ricoveri per cure intermedie, i ricoveri in moduli specialistici, i ricoveri temporanei, il numero dei MMG con accesso in struttura, ecc.

2.Regolamenti di accesso al fondo

Attività di monitoraggio e verifica dei regolamenti di accesso al fondo da attuare anche attraverso la collaborazione del MeS, con lo scopo di:

- verificare la corretta attuazione dei parametri previsti dalla normativa;
- monitorare la variabilità e analizzare le buone prassi, anche in relazione ai dati di monitoraggio, in modo da eliminare elementi di debolezza e favorire l'introduzione di elementi di forza.

Anche in questo caso è opportuno che le azioni correttive seguano un processo bottom-up, ma essenziale che la Regione mantenga il governo del sistema.

Strumenti: monitoraggio, tavoli dedicati

3.Continuità assistenziale

Le problematiche riguardanti la continuità assistenziale interessano molteplici aspetti che sono tradotti nelle seguenti azioni operative:

Accesso e assistenza

Al momento dell'inserimento la struttura spesso non è a conoscenza del PAP predisposto dalla UVM né riceve una documentazione relativa alla valutazione (punteggio schede/scale compilate). Ciò faciliterebbe invece il lavoro degli operatori delle strutture, che devono altrimenti ripetere la valutazione dell'utente utilizzando strumenti e procedure diversi da quelli della UVM.

Strumenti: tavoli, amministrativi

Continuità ospedale/territorio – dimissioni protette – cure intermedie

Alla luce di una concezione del ricovero ospedaliero sempre più basata sull'alta intensità, si valuterà la predisposizione di un protocollo per definire l'accesso in RSA a seguito di dimissione protetta, quale setting idoneo ad assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza, in posti letto prioritariamente riservati a questa tipologia di ricovero.

Tale percorso può essere attivato sia presso il modulo base, sia presso il modulo 2,

Disabilità prevalentemente di natura motoria, per effettuare un periodo di riabilitazione a seguito di ictus, fratture, ecc.

Tale percorso costituirebbe anche un notevole risparmio in termini economici, in quanto i costi giornalieri per il SSR di un posto letto in RSA sono notevolmente inferiori rispetto ad un posto letto in ospedale o in Casa di Cura (circa il 60% in meno).

Sul tema Cure intermedie, costituisce un valido punto di riferimento il documento finale predisposto dal Consiglio Sanitario Regionale a seguito di richiesta di parere da parte della Giunta Regionale il quale, oltre a offrire una mappatura del territorio in materia, fornisce un importante supporto tecnico-scientifico per il percorso di revisione della residenzialità.

4. Organizzazione Interna RSA

Le criticità rilevate sono molteplici, così da prevedere una gamma di risposte articolate per tematica:

Distribuzione farmaci in RSA e presenza MMG

Si intende riflettere sulla possibilità di introdurre una modalità di erogazione diretta dei medicinali necessari al trattamento degli assistiti nelle strutture, come già previsto nel protocollo "Protocollo di Intesa per l'adeguamento della quota sanitaria nelle RSA tra: Regione Toscana, Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL, UIL, Direttori Generali Aziende USL coordinatori di Area vasta nord-ovest, Area vasta centro, Area vasta sud-est e le Rappresentanze dei gestori delle RSA" – DGR 818/2009 All. A punto 7. Ciò nell'ottica di un recupero di risorse da finalizzare alla migliore gestione del sistema residenziale toscano nell'area della non autosufficienza attraverso una redistribuzione delle stesse sul territorio. Oltre a questo aspetto sarebbe importante, sulla scorta del modello ospedaliero, superare la logica della personalizzazione del farmaco, con conseguente riduzione dei costi ma anche del rischio clinico.

La reingegnerizzazione del sistema di approvvigionamento e gestione dei farmaci e la contestuale organizzazione delle presenze dei MMG, opportunamente formati, determinerebbero minori costi per il sistema incrementandone la qualità.

Strumenti: tavoli, amministrativo

Moduli specialistici

Monitoraggio dell'effettiva temporaneità dei ricoveri nei moduli specialistici, anche verificando se la UVM che ha previsto nel PAP tale risposta assistenziale effettua la rivalutazione nei tempi previsti.

Strumenti: tavoli, amministrativi

Riabilitazione

Il tema della residenzialità è strettamente correlato a quello della riabilitazione. Allo

scopo di garantire degli standard minimi nei moduli motori, che diano omogeneità al sistema e consentano una verifica dei costi e delle rette gli uffici regionali avvieranno un'attività di monitoraggio delle strutture per la riabilitazione esistenti sul territorio e nello stesso tempo avvieranno tavoli specifici ai quali saranno chiamati a partecipare i soggetti rappresentativi di tale settore.

Strumenti: monitoraggio, tavoli

5. Residenze sociali assistite

Necessità di collocare la presenza residuale di strutture per anziani autosufficienti, previste dalla L.R. 41/2005, art. 21, comma 1, lett. b), all'interno del sistema dell'offerta residenziale contemplata dalla normativa vigente in materia di autorizzazione al funzionamento e accreditamento istituzionale, affrontando il problema in maniera realistica, anche alla luce del fatto che gli anziani definiti autosufficienti, richiedono spesso interventi sanitari e/o di supporto psicologico del tutto simili a quelli richiesti dai pazienti non autosufficienti.

Strumenti: normativo

4) LISTE DI ATTESA

L'argomento liste di attesa rappresenta la punta dell'iceberg in materia di non autosufficienza e residenzialità, anche perché i relativi numeri esemplificativi e di facile comprensione rappresentano un potente indicatore attraverso il quale i media denunciano le criticità del sistema.

Quando si parla di liste di attesa si pensa immediatamente alla residenzialità, ma tale fenomeno riguarda anche le altre offerte di servizi per la non autosufficienza: servizi domiciliari diretti e indiretti, ricoveri temporanei.

CRITICITA' EMERSE:

1. Gestione unitaria

La gestione delle liste talvolta è frazionata e non rispondente al livello di governo di zona.

2. Movimentazione da fuori Ausl/Regione

In alcune zone tale fenomeno pare acquistare dimensioni molto ampie: si tende a ricoverare il genitore anziano in residenze ove i familiari hanno, per esempio, una casa per le vacanze estive. In un primo momento il ricovero avviene privatamente, poi si chiede il cambio di residenza per l'anziano, dal vecchio al nuovo Comune ove la RSA ha sede.

3. Trasparenza

Non è sempre chiaro né possibile sapere quale è il posto in graduatoria; in particolare non esiste uno strumento consultabile che dia certezza e sicurezza in merito alla propria posizione in graduatoria, anche per problemi di privacy che devono essere affrontati.

AZIONI:

1. Gestione unitaria

Gestione unitaria delle liste di attesa a livello di Zona distretto/SdS con possibilità di ampliare la gestione (Area Vasta), ove i territori siano in accordo e le condizioni territoriali siano favorevoli.

Strumenti: tavoli, amministrativo

2. Movimentazione da fuori Ausl/Regione

Promuovere tavoli misti, con il coinvolgimento di ANCI, relativamente al problema della concessione della residenza all'anziano proveniente da fuori zona. È necessario attuare un monitoraggio dei flussi e stabilire le ricadute sulle sostenibilità del sistema.

Strumenti: amministrativo

3.Trasparenza

Si può ipotizzare, fra le diverse soluzioni, la consegna di un codice univoco di accesso ad un data base al familiare dell'anziano con cui è stato concordato un PAP residenziale: attraverso tale codice sarà possibile controllare, nel rispetto della normativa sulla privacy, la propria posizione all'interno della lista. Ciò appare di facile realizzazione e soprattutto ridurrebbe notevolmente il contenzioso che molto spesso è legato proprio alla mancanza di informazioni e di consocenza. Tale modalità operativa può essere discussa agli appositi tavoli e successivamente può essere offerto il supporto regionale per la gestione di una modalità informatizzata unitaria.

Strumenti: tavoli, amministrativo

5) ACCREDITAMENTO E COMMISSIONI MULTIDISCIPLINARI

L'istituto dell'accREDITAMENTO rappresenta per tutti gli attori coinvolti uno strumento di particolare interesse, anche in considerazione del fatto che la L.R. 82/2009 e il Regolamento di attuazione DPGR 29/R/2010 sono andati a regime in data 29 giugno 2011.

CRITICITA' EMERSE:

1.Strutture per anziani autosufficienti e strutture miste

Sul nostro territorio insistono oggi strutture per anziani autosufficienti (RA) e strutture che ospitano sia anziani non autosufficienti che anziani autosufficienti, autorizzate prima dell'approvazione del Regolamento 15/R/2008 e attualmente non più normate. Ciò crea notevole confusione, in particolar modo nel momento in cui devono essere rinnovate le convenzioni in scadenza, ovvero quando le Commissioni multidisciplinari devono effettuare i controlli, con particolare riferimento alla verifica degli standard qualitativi da rispettare.

2.Commissioni multidisciplinari

La Commissione multidisciplinare prevista dall'art. 20 comma 3 della L.R. 41/05 è disciplinata dal Regolamento 15/R del 26/03/2008, sia con riferimento al ruolo che alla composizione. Vengono rilevate tuttavia alcune criticità:

2.1.il numero dei membri della Commissione appare troppo numeroso e spesso ciò determina, paradossalmente, un controllo meno puntuale. Sarà necessario dare indicazioni o normare una Commissione o sotto Commissione specifica per quanto riguarda l'accREDITAMENTO;

2.2.la programmazione dei controlli e la calendarizzazione delle visite presso le strutture del territorio dovrebbe essere rivista anche in un'ottica unitaria, garantendo un livello omogeneo dei controlli sia nel numero che nella qualità, che prescindendo dalla natura pubblica o privata della struttura, nella consapevolezza che il servizio offerto è comunque un servizio pubblico sul quale è necessario vigilare;

2.3.le RSA pubbliche rappresentano una realtà importante in alcune zone della Toscana. Si sottolinea di prestare particolare attenzione al sistema dei controlli, allo scopo di garantire che controllore e controllato non coincidano.

ATTIVITA'

1.Strutture per anziani autosufficienti e strutture miste

L'esistenza sul territorio di strutture miste funzionanti è un elemento di partenza dal quale non si può prescindere. Il bisogno dell'anziano è, infatti, sanitario ma spesso anche sociale, per cui l'anziano può essere autosufficiente dal primo punto di vista

ma non esserlo con riferimento al secondo: le strutture con bassa soglia di isogravità costituiscono, di fatto, una sicurezza per il paziente fragile e per la sua famiglia e possono aiutare a contenere la domanda, soprattutto nelle zone urbane ove la capacità di presa in carico da parte del territorio è più difficoltosa. Resta ferma la necessità e volontà di mantenere gli standard qualitativi esistenti.

Strumenti: tavoli dedicati, atti amministrativi, normativi

2. Commissioni multidisciplinari

2.1. Normare il funzionamento delle Commissioni. Prevedere una modalità di funzionamento diversa per le Commissioni di valutazione multidisciplinari che, pur avendo una composizione multiprofessionale e dei compiti trasversali, potrebbero operare in maniera disgiunta, effettuando controlli per area tematica, alla presenza di sotto Commissioni composte dalle professionalità necessarie: la Commissione che verifica i requisiti di accreditamento può divenire un sottoinsieme della Commissione multidisciplinare per la verifica dei requisiti organizzativi, eventualmente integrata con altre figure.

2.2. Prevedere una programmazione dei controlli basata sui sistemi di qualità e sulla categorizzazione del rischio, che, partendo da un controllo più generalizzato, preveda poi la possibilità di:

- effettuare controlli a campione qualora non si siano rilevate incongruità o problematiche nei vari settori oggetto di controllo;
- intensificare i controlli, sulla base della valutazione delle incongruità rilevate e soprattutto in considerazione della scarsa capacità da parte dei gestori di porre rimedio alle irregolarità/incongruenze rilevate;
- prevedere un adeguato sistema sanzionatorio secondo i profili di rischio individuati che possa diventare un deterrente funzionale all'obiettivo dato;
- attivare un monitoraggio a livello locale dei controlli effettuati sulle strutture, allo scopo anche di proporre alla Regione eventuali ulteriori correttivi.

2.3. RSA pubbliche. Creazione di Tavoli a partecipazione mista, che prevedano la presenza di ANCI e delle rappresentanze dei gestori pubblici allo scopo di rilanciare tale importante realtà, che in alcune zone, costituisce oltre il 50% dell'offerta di posti in RSA e contestualmente strutturare un sistema di controlli idoneo e garantire il mantenimento degli standards previsti.

Strumenti: tavoli, normativo

3. Programmazione e libera scelta

Attivare a livello regionale, in collaborazione con MeS e ARS, una ricognizione puntuale dell'esistente per quanto riguarda le strutture residenziali, con riferimento anche alle modalità di gestione, in modo da mettere in essere precisi meccanismi

che, attraverso una accurata programmazione, indispensabile per la sostenibilità del sistema, permettano quanto più possibile la libera scelta dell'assistito.

Inoltre si propongono le seguenti attività integrative:

•**Monitoraggio.** Attivare a livello regionale un monitoraggio dei controlli effettuati nel territorio presso le strutture, basato sui dati forniti periodicamente (semestrale, annuale..) allo scopo di verificarne l'uniformità nel numero e nella procedura, nonché di rilevare le criticità emergenti sulle quali poter conseguentemente agire in modo tempestivo.

•**Attività formativa.** Commissioni. Attivare un programma formativo a livello regionale, allo scopo di formare il personale che opera all'interno delle Commissioni e contribuire così alla diffusione di una cultura omogenea e condivisa, creando contesualmente momenti di dibattito e scambio sulle prassi in uso.

•**Coordinamento regionale.** Creazione di un Tavolo regionale al quale sono chiamate a partecipare le Aziende usl attraverso i propri presidenti di commissione, ovvero altri soggetti rappresentativi di tale attività. Lo scopo del tavolo sarà quello di esaminare le criticità emerse dai monitoraggi, proporre e sperimentare nuove soluzioni, garantendo la tempestività dell'intervento e favorendo un processo di omogeneizzazione sul territorio, anche attraverso la diffusione delle buone pratiche.

Strumenti: monitoraggio, tavoli

•**Monitoraggio strutture e servizi accreditati.** Promuovere il trasferimento delle informazioni registrate a livello di SUAP in materia di accreditamento, allo scopo di mappare il territorio e favorire il governo dell'offerta. Attraverso il collegamento fra il sistema informativo regionale e quelli dei SUAP, cui i Comuni stanno trasferendo la gestione delle comunicazioni tra i soggetti istituzionalmente interessati relative al procedimento dell'accREDITAMENTO, sarà possibile avere informazioni di dettaglio, in tempo reale, circa le strutture accreditate per la residenzialità nonché per gli altri servizi territoriali.

Strumenti: informatico, amministrativo, tavoli

6) MONITORAGGIO FISICO E DELLA SPESA

In momenti di crisi, efficienza ed efficacia dell'azione pubblica diventano di vitale importanza. In questa materia tutti gli attori coinvolti hanno manifestato la necessità e l'interesse per la conoscenza dei dati relativi alla spesa, al costo delle rette, nonché dei dati di monitoraggio che quantificano le prestazioni effettuate e hanno auspicato la diffusione e il confronto periodico sui dati aggiornati relativi allo stato di attuazione del sistema.

In particolare si deve rilevare che dal 1 gennaio 2012 il Ministero della Salute ha reso obbligatorio, con il sistema del debito informativo che prevede tagli alle risorse in caso di inadempimento, l'utilizzo del sistema informatico NSIS, che rileva i dati relativi all'assistenza domiciliare, domiciliare integrata e alla residenzialità. Nel corso del presente anno sono state convocate diverse riunioni parallele al Tavolo sulla residenzialità allo scopo di sensibilizzare gli operatori, già informati e formati sul nuovo sistema, sull'importanza dell'utilizzo di tale strumento.

Analogamente, nella ripartizione delle risorse e nella loro assegnazione su fondi dedicati con vincolo di destinazione, si è ribadita l'importanza del monitoraggio della spesa e del controllo di gestione, fondamentali nella gestione di fondi ministeriali o comunque dedicati a finalità particolari.

CRITICITA' EMERSE

1.Sistema informativo NSIS

Scarso ed incompleto utilizzo del sistema di rilevazione dati NSIS a causa, talvolta, di ritardi nell'allineamento del sistema informatico.

2.Monitoraggio spesa

Necessità di perfezionare il sistema di monitoraggio della spesa ed il controllo di gestione allo scopo di avere il governo del territorio.

3.Compartecipazione e ISEE

Necessità di semplificare e dare risposte certe al territorio in materia di compartecipazione e applicazione di ISEE, con riferimento all'applicazione in materia di non autosufficienza della normativa nazionale e regionale attraverso i regolamenti territoriali.

AZIONI

1.Sistema informativo NSIS

Attività di informazione e di assistenza nei confronti degli operatori che gestiscono il sistema informativo NSIS allo scopo di spiegare le finalità e l'utilità del sistema, nonché di fornire il supporto tecnico e contenutistico necessario in questa fase di transizione.

2. Monitoraggio spesa

Semplificazione delle modalità di assegnazione e gestione delle risorse dedicate alla non autosufficienza, in una logica di efficienza ed efficacia, anche attraverso il potenziamento dello strumento del controllo di gestione.

Si ritiene, allo scopo di allineare la gestione del fondo con quella del bilancio annuale, di chiedere ai destinatari dei fondi (SdS e Ausl) una relazione finale al 31 dicembre di ogni anno, da far pervenire agli uffici entro febbraio dell'anno successivo, sia per adempiere nei termini alla predisposizione della relazione al Consiglio regionale sullo stato di attuazione del fondo (31 marzo) sia per conoscere lo stato di utilizzo delle risorse alla data di scadenza del bilancio ordinario. A regime tali risorse potrebbero confluire nei fondi assegnati alle Sds ed essere rendicontate secondo le procedure ordinarie di rendicontazione annuale, attraverso rendiconti analitici che prevedano voci di costo significative e omogenee per i diversi territori.

Strumenti: amministrativi

3. Compartecipazione e ISEE

In materia di regolamenti di compartecipazione, si ritiene altresì di attivare, attraverso il laboratorio MeS, una comparazione fra i regolamenti già raccolti dagli uffici, allo scopo in particolare di monitorare le modalità di accesso al sistema, il livello di accesso in RSA e la compartecipazione in materia di ISEE. Sarà altresì necessario avviare un'attività di rivalutazione circa l'applicazione del modello ISEE sulla non autosufficienza in un'ottica di semplificazione del sistema, alla luce delle recenti nonché delle eventuali future disposizioni regionali in materia.

Strumenti: amministrativi

4. Attività di benchmarking

Sarebbe utile effettuare un'attività sperimentale di benchmarking fra realtà territoriali simili per dimensioni e problematiche, ma anche e soprattutto con altre regioni. A tale scopo, anche con la collaborazione del MeS e di ARS, si ritiene di individuare le aree problematiche, scegliere significativi e realistici indicatori e attivare un monitoraggio che fornisca dati per un'attività di valutazione comparativa del fenomeno a livello nazionale.

Strumenti: tavoli, monitoraggio

7) SOLUZIONI ALTERNATIVE / BUONE PRASSI

Una delle finalità del Tavolo di lavoro attivato era quella di stimolare gli attori territoriali alla presentazione di contributi e proposte innovative capaci di migliorare il sistema e renderlo più efficace ed efficiente, permettendo anche l'individuazione di buone prassi. I contributi si inseriscono in una linea di continuità rispetto a quanto in essere, alle fondamenta del sistema; il loro scopo è suggerire miglioramenti nel rispetto della normativa vigente, al fine di aiutare la sostenibilità del sistema.

La partecipazione richiesta si lega strettamente al percorso "Partecia al Piano" attivato per la redazione del PSSIR 2011-2015 e alla necessità di creare una "rete" di attori capaci di interagire e contribuire al perfezionamento del sistema, anche presentando linee di intervento innovative e azioni che possano rappresentare buone prassi su cui lavorare.

AZIONI

Le proposte innovative e le azioni messe in atto dai territori, ritenute "buone prassi", devono coniugarsi alla programmazione territoriale e supportarla in una logica di sistema e sostenibilità.

Durante i lavori del Tavolo sulla residenzialità per anziani non autosufficienti nella Regione Toscana sono pervenuti spunti di riflessione interessanti, che potrebbero avere carattere di sperimentazione oppure, ove già in essere, costituire buone prassi da diffondere sul territorio attraverso tavoli dedicati. Di seguito i più rilevanti:

- fragili: creazione del Modulo "Fragili";
- affidi eterofamigliari per non autosufficienti, supportandoli con contributi e assistenza domiciliare;
- continuità RSA-domicilio: formazione famiglie;
- progetto riqualificazione delle strutture pubbliche;
- gestione, da parte delle RSA private, di servizi di assistenza domiciliare e altri servizi, come ad esempio la preparazione di pasti caldi, tramite convenzioni.

I progetti che arriveranno dal territorio saranno vagliati e, in caso di esito positivo e realizzazione, sottoposti a monitoraggio, sia finanziario che di risultato, alla luce del fatto che la diffusione di buone prassi deve essere sostenibile ed in linea con la programmazione, così da contribuire al raggiungimento dei risultati attesi/obiettivi.