

Relazione al Consiglio Regionale ai sensi dell'Art. 20, primo comma, della legge Regionale 18 dicembre 2008, n. 66.

Introduzione

La presente relazione contiene informazioni e valutazioni, con riferimento all'esercizio 2018, in ordine al raggiungimento degli obiettivi di cui alla legge regionale in oggetto, "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza", nonché allo stato di avanzamento del progetto di assistenza continua della persona anziana non autosufficiente, di cui, nella parte operativa e di dettaglio, alla deliberazione della Giunta regionale 370/2010 e ai decreti dirigenziali 1354/2010 e 2259/2012.

Premessa

I notevoli progressi della sopravvivenza e la contestuale riduzione della fecondità in Italia hanno rivoluzionato la struttura demografica della popolazione, posizionando il nostro paese tra i primi al mondo per invecchiamento della popolazione. In ambito europeo l'Italia ha il più elevato indice di dipendenza (rapporto tra la popolazione in età non attiva e la popolazione in età attiva), con una quota molto bassa di giovani e una quota di anziani tra le più elevate.

All'inizio degli anni Ottanta, l'entrata delle coorti più numerose nella popolazione in età di lavoro e la riduzione di quelle di giovani fa diminuire notevolmente l'indice di dipendenza. Questo torna però ad aumentare già dal 1990, fino a circa il 55%, per l'espansione della componente anziana da meno del 20% fino a quasi il 35%, mentre quella giovanile si mantiene poco sopra il 20%.

L'invecchiamento della popolazione, quale tratto caratteristico della dinamica demografica dei decenni a venire può essere opportunamente colto grazie alla lettura di alcuni indicatori molto performanti:

- la popolazione residente in Italia attesa per il prossimo futuro sarà caratterizzata da una composizione per età significativamente invecchiata: se nel 2015 le persone fra 0 e 14 anni rappresentano il 13,8% della popolazione, nel 2065 (secondo lo scenario centrale) si attesteranno al 12,7%. La popolazione di 65 anni e più, di converso, fra il 2015 e il 2065 crescerà dal 21,7% al 32,6%. La popolazione di 85 anni e più, ancora, che nel 2015 rappresenta il 3,2% della popolazione, nel 2065 si dovrebbe attestare al 10,0%. La popolazione in età attiva (fra i 15 e i 64 anni), infine, si contrarrà dal 64,6% del 2015 al 54,7% del 2065
- il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva fra i 15 e i 64 anni (l'indice di dipendenza degli anziani), nel 2015 pari al 33,7%, raggiungerà il 37,9% già nel 2025 e il 59,7% nel 2065, serrando con forza ancora maggiore i nodi tuttora non sciolti della sostenibilità del Sistema Paese
- l'indice di vecchiaia della popolazione, ossia il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni), tra il

- 2015 e il 2065 si incrementerà da 157,7 a 257,9. Tale indicatore verrà sospinto verso l'alto, nei prossimi decenni, dalla variazione in senso opposto del numeratore e del denominatore, esaltando l'effetto dell'invecchiamento della popolazione
- anche l'età media della popolazione subirà un ulteriore incremento nell'arco temporale previsionale considerato, passando dai 44,4 anni del 2015 agli attesi 49,7 al 2065
 - la speranza di vita alla nascita e la speranza di vita a 65 anni, che già hanno raggiunto livelli altissimi in termini assoluti e comparativi, continueranno a crescere ancora nei prossimi cinquanta anni. La speranza di vita alla nascita delle donne passerà dagli 85 anni del 2014 agli attesi 91,5 del 2065 (+7,6%), mentre quella degli uomini da 80,3 anni a 86,6 (+7,8%). La speranza di vita a 65 anni passerà da 22,3 anni a 27,6 per le donne (+23,7%) e da 18,9 a 23,5 per gli uomini (+24,3%).

Tabella 1 – Toscana (Fonte Istat 2018):

Indice di dipendenza strutturale (numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età ≤ 14 e età ≥ 65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (età 15-64) - **Indice di dipendenza anziani** (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100) - **Indice di vecchiaia** (indicatore statistico dinamico usato nella statistica demografica per descrivere il peso della popolazione anziana).

Provincia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Massa-Carrara	60,7	42,6	236,1	48,1
Lucca	60,2	40,7	209,7	47,2
Pistoia	60,5	40,3	199,2	46,8
Firenze	61,1	40,5	196,9	46,7
Prato	57,0	34,8	156,0	44,8
Livorno	63,0	43,6	224,1	47,8
Pisa	59,3	38,6	185,8	46,1
Arezzo	60,3	40,3	201,6	46,7
Siena	62,2	42,0	207,0	47,1
Grosseto	62,7	44,1	237,8	48,2
Toscana	60,7	40,6	201,4	46,8

Nel nostro paese, la speranza di vita a 65 anni (18,9 anni per gli uomini e 22,2 per le donne nel 2015) è più elevata di un anno per entrambi i generi rispetto alla media Ue, ma dopo i 75 anni gli anziani in Italia vivono in condizioni di salute peggiori.

Per le patologie croniche, nel confronto con i dati europei, emergono in generale migliori condizioni degli italiani tra i meno anziani (65-74 anni), con prevalenze più basse per quasi tutte le patologie e, all'opposto, condizioni peggiori oltre i 75 anni. Circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multicronico, con quote tra gli ultraottantenni rispettivamente di 59,0% e 64,0%.

Il 23,1% degli anziani ha gravi limitazioni motorie, con uno svantaggio di soli 2 punti percentuali sulla media Ue, principalmente dovuto alla maggiore quota di donne molto anziane in Italia.

Le donne riportano meno frequentemente malattie croniche gravi ma più multicronicità e limitazioni motorie o sensoriali. Lamentano più degli uomini dolore fisico da moderato a molto forte (45,4% contro 27,6%). Tra le ultraottantenni la percentuale arriva al 58,6% a fronte del 39,2% degli uomini.

L'aumento del fabbisogno apre una nuova fase nell'assistenza continua alla persona non autosufficiente con la necessità di un'ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi, per raggiungere una maggiore omogeneità nell'erogazione delle risposte in tutto il territorio regionale, anche attraverso la messa a regime di nuove forme di tutela.

1) Lo stato di attuazione della legge in relazione agli strumenti della programmazione evidenziando le modalità di raccordo tra i vari soggetti preposti ad essa, ai sensi dell'articolo 20, comma 1, lettera a)

Nel corso del 2018, le azioni di rilievo intraprese, coerentemente con l'impostazione dell'anno precedente, sono state rivolte al miglioramento della qualità dei servizi e del livello di appropriatezza delle prestazioni.

a. Revisione del sistema della residenzialità toscana per anziani non autosufficienti e attuazione del principio della libera scelta

Dal 2017 è operativa la cosiddetta "libera scelta", ovvero la possibilità per i cittadini di scegliere liberamente la struttura residenziale per anziani non autosufficienti (RSA).

L'assistito in possesso del Progetto Assistenziale Personalizzato, dal momento della comunicazione del diritto al titolo d'acquisto da parte dei competenti servizi sociosanitari territoriali, ha 10 giorni lavorativi di tempo per indicare la struttura prescelta tra quelle accreditate e firmatarie dell'accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per anziani non autosufficienti, riportate nel Portale regionale delle RSA, e per comunicare la scelta ai servizi competenti.

Il portale, accessibile dal seguente link: <http://www.regione.toscana.it/-/residenze-sanitarie-assistenziali>, è costantemente aggiornato e implementato dall'Agenzia Regionale di Sanità, in collaborazione con gli uffici regionali.

Il portale, garantisce la fruibilità delle informazioni al fine di rappresentare l'offerta residenziale toscana ai cittadini che si trovano nella situazione di dover scegliere la struttura per se stessi o per un proprio familiare in modo da poterne confrontare le caratteristiche strutturali e organizzative, l'ubicazione territoriale e la disponibilità dei posti letto. Inoltre un'icona a forma di letto di colore verde, distinto uomo/donna, o rosso, a seconda che vi siano o meno posti letto liberi, mostra la disponibilità per il modulo base.

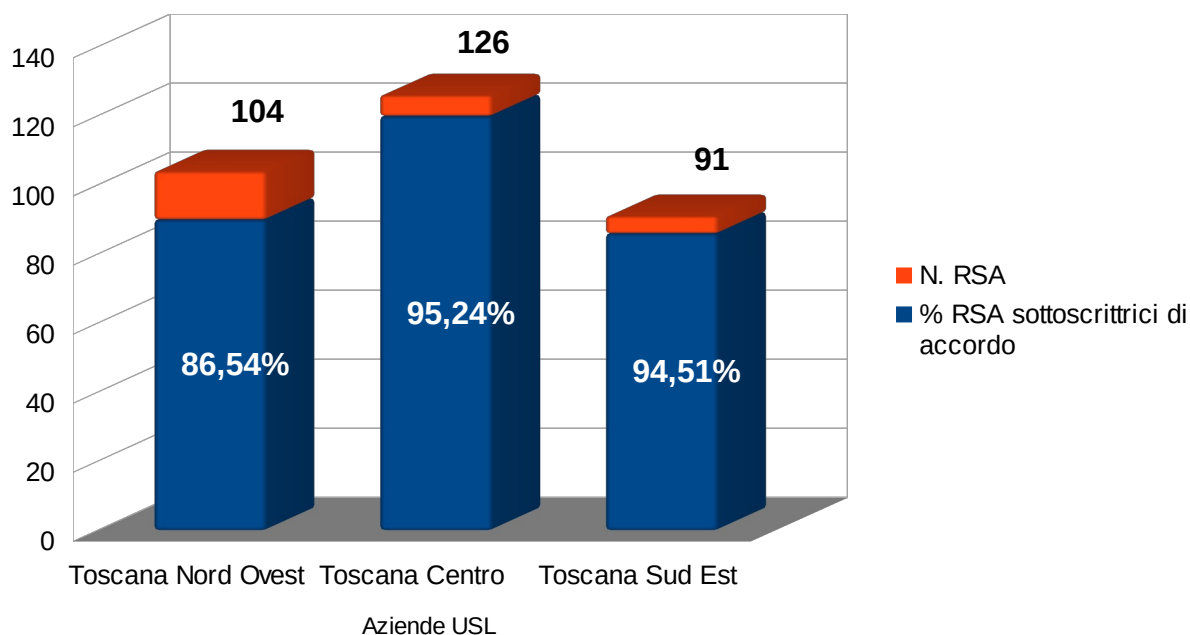
L'assistito ha 10 giorni lavorativi di tempo per indicare la struttura prescelta tra quelle accreditate e firmatarie dell'accordo, riportate nel Portale regionale dell'offerta residenziale toscana, e per comunicare la scelta ai servizi territoriali competenti, i quali, ricevuta la comunicazione della struttura prescelta da parte dell'assistito o suo legale rappresentante, autorizzano l'ospitalità presso la stessa entro i successivi 2 giorni lavorativi.

La data di ingresso viene concordata tra assistito, servizi competenti e struttura prescelta e deve essere fissata entro e non oltre 5 giorni lavorativi dalla comunicazione all'assistito della disponibilità del titolo di acquisto da parte dei servizi competenti.

La struttura non potrà rifiutare l'inserimento di un assistito che esercita il diritto di scelta, in relazione al quale sia stato autorizzato il titolo di acquisto, compatibilmente con la disponibilità di genere nelle camere plurime.

Al 31 dicembre 2018 su 321 strutture presenti in Toscana, 296 risultano sottoscrittrici di accordo.

Tabella 2 - % RSA sottoscrittrici di accordo su N. totale RSA



b. la cura e l'assistenza alle persone affette da demenza e il sostegno ai familiari.

Alla luce della recente approvazione con Delibera di Giunta Regionale n. 1402 dell'11/12/2017 del Piano Regionale Demenze e del documento "Indicazioni per l'organizzazione di una rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari", con particolare riferimento alla strutturazione dei CDCD (Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze) e dei requisiti di funzionamento della rete stessa, nel corso del 2018 è stata attivata una rilevazione regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari per le demenze con l'obiettivo di aggiornare i dati disponibili.

Nell'ambito di tale rilevazione si è reso necessario, considerato il recente processo di riordino degli assetti del servizio sanitario regionale, condurre una **mappatura dei CDCD** nell'ambito di una complessiva azione di ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici e dei percorsi socio-assistenziali relativi alla demenza.

La mappatura sarà finalizzata anche all'aggiornamento dei dati pubblicati sul portale dell'Istituto Superiore di Sanità dedicato all'Osservatorio Demenze che offre una mappa online dei servizi per le demenze in Italia, suddivisi per regione (<https://www.demenze.it/PUB/Centri.aspx>) che ad oggi risultano ancora riferiti al precedente assetto organizzativo.

Successivamente è stata effettuata una indagine conoscitiva finalizzata alla verifica dello stato dell'arte del recepimento da parte delle Aziende sanitarie di quanto previsto dall'atto regionale sopra richiamato con particolare riferimento alla implementazione della rete nelle

diverse fasi della malattia andando a verificare le relazioni funzionali e le modalità di collegamento tra i diversi attori coinvolti nel percorso di cura e assistenza.

Partendo dal Piano Nazionale Demenze, la Regione Toscana attraverso il Piano Regionale Demenze e il documento Indicazioni per l'organizzazione di una rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari approvati con DGR n. 1402 dell'11/12/2017, ha inteso fornire indicazioni strategiche per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore, non soltanto con riferimento agli aspetti terapeutici specialistici e organizzativi, ma anche soprattutto al sostegno e all'accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura.

A questo proposito infine, sulla base di quanto disposto dalla DGR n. 1402/2017 sopra richiamata, è stato avviato un monitoraggio finalizzato a verificare se:

- sia stato formalmente recepito da parte delle Aziende sanitarie il documento Indicazioni per l'organizzazione di una rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari, di cui all'Allegato B, con particolare riferimento alla strutturazione dei CDCD (Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze) e dei requisiti di funzionamento della rete stessa;
- sia stato istituito e formalizzato un gruppo di lavoro aziendale multiprofessionale con il compito di:
 1. elaborare il documento aziendale Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze (PDTA), sulla base delle Linee di indirizzo Nazionali, come da allegato D della DGR n. 1402/2017;
 2. definire una proposta di strutturazione dei requisiti di funzionamento della rete aziendale dei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), sulla base dell'allegato B della DGR n. 1402/2017 Indicazioni per l'organizzazione di una rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari;
 3. seguire e monitorare l'applicazione a livello aziendale del Piano Regionale Demenze.

Inoltre con Deliberazione di Giunta Regionale n. 224 del 06/03/2018 è stato approvato l'Avviso pubblico a presentare progetti per l'attivazione di azioni innovative e sperimentali ad integrazione dei percorsi assistenziali per la demenza che pone le basi su cui costruire il prossimo Avviso a valere sulle risorse del POR FSE 2014-2020 – attività B.2.1.3.A) del PAD "Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia" che sarà rivolto a persone con demenza e alle loro famiglie.

L'avviso pubblicato con DGR n. 224/2018, al fine di dare risposte a tutte le problematiche legate alla malattia, ha offerto la possibilità al territorio di presentare progetti, nell'ambito dei servizi della rete, relativi a sostegni specifici per pazienti e familiari, interventi di stimolazione cognitiva e altre opportunità per la socializzazione e il mantenimento delle capacità residue, gruppi di sostegno e auto-aiuto, corsi di formazione e informazione per i familiari, consulenze specialistiche, incentivando le esperienze dei "Caffè Alzheimer" e degli "Atelier Alzheimer".

I Caffè e gli Atelier Alzheimer rappresentano servizi a bassa soglia e ad alta capacità di contatto; sono luoghi informali (il bar del paese, della parrocchia), dove pazienti e familiari possono trascorrere insieme momenti di socializzazione alla presenza di esperti (medici, psicologi, e così via). Si collocano in uno spazio non coperto della rete formale svolgendo interventi di supporto dove altri servizi non arrivano. Possono essere anche elementi che, in modo del tutto naturale, si integrano con quelle iniziative comunitarie di prossimità che si sviluppano a livello territoriale (come ad esempio le Botteghe della Salute).

I progetti sperimentali, in ordine alla loro ammissibilità, sono stati valutati secondo i criteri di qualità/coerenza e innovatività progettuale previsti dall'avviso.

La Regione Toscana ha cofinanziato i progetti approvati con un contributo massimo di euro 15.000,00.

Il contributo assegnato a ciascun progetto non poteva superare, in ogni caso, l'importo massimo di complessivi euro 15.000,00 per un finanziamento totale di euro 202.555,00.

Sono pervenuti 20 progetti e ne sono stati ammessi al finanziamento 15 che sono stati tutti avviati formalmente nel corso del 2018. Attualmente sono attivi 29 servizi: 10 Atelier e 19 Caffè Alzheimer.

c. Interventi per la disabilità

La legge regionale 66/2008 istitutiva del fondo regionale per la non autosufficienza, sostiene ed estende il sistema pubblico dei servizi sociosanitari integrati alle persone non autosufficienti sia anziane che disabili. Già il PISR 2007-2010 forniva indicazioni sullo sviluppo delle politiche per la disabilità e il PSSIR 2012-2015 riprende l'orientamento stabilendo la necessità di garantire una dimensione unitaria delle strategie di intervento verso la persona con disabilità. E' infatti necessario assicurare livelli efficaci di governo e di coordinamento territoriale articolando una gamma di risposte in base alla prevalenza delle caratteristiche riabilitative e/o socio-assistenziali degli interventi da attuare nell'ambito della disabilità.

Attenzione particolare è stata posta agli interventi innovativi, alla partecipazione, alla informazione e alla creazione di reti stabili.

In coerenza con le Decisioni di Giunta n. 11/2015 e 28/2015, al fine di una capillare e diffusa informazione sulle tematiche, gli interventi e le politiche sulla disabilità in ambito regionale, si è provveduto a mantenere ed aggiornare il portale www.toscana-accessibile.it

Lo strumento primario con cui si è provveduto a mantenere una cabina di regia e un aggiornamento costante dei contenuti è il Tavolo interdirezionale nel quale sono rappresentate tutte le Direzioni regionali che a vario titolo si occupano di disabilità. Il tavolo si è costituito nel 2015 e annualmente ha contribuito, attraverso incontri mirati e tematici per sottogruppi, all'organizzazione e alla realizzazione della Conferenza regionale sulla disabilità.

E' proseguita inoltre l'attività del Tavolo delle federazioni e dei coordinamenti delle associazioni delle persone con disabilità, con l'obiettivo di confronto e condivisione sui diversi temi inerenti la disabilità. Con l'approvazione della L.R. 60/2017, che ha previsto la costituzione del Forum delle Associazioni delle persone con disabilità e della Consulta regionale per la disabilità, all'interno di questi due nuovi e più rappresentativi strumenti, peraltro formalizzati appunto da una legge regionale.

A fine 2018, con la DGR 1446 è stato messo a regime il progetto Adattamento Domestico per l'Autonomia (ADA). La consulenza di professionisti esperti in materia di accessibilità all'interno delle UVM territoriali e del percorso di presa in carico e definizione del progetto di vita delle persone con disabilità può dal 2019 essere richiesta al CRA (Centro Regionale per l'Accessibilità) da parte dei territori (zd o SdS) ogni qualvolta le equipe multidisciplinari ne valutino la necessità. A tal fine sono state messe a disposizione risorse pari a €. 100.000,00 per due annualità all'Azienda USL Toscana Centro in qualità di soggetto gestore del CRA.

La consulenza, che può essere parzialmente coperta da un contributo economico che varia secondo fasce ISEE, ha l'obiettivo di accrescimento dell'autonomia della persona nel luogo in cui vive, attraverso strumenti di facilitazione tecnologica, domotici, teleassistenza o attraverso interventi e soluzioni tecniche e strutturali.

Nel 2018 sono stati avviati i Tavoli di lavoro previsti con DGR 1449 del 19/12/2017 "Percorso di attuazione del modello regionale di Presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di vita". Si tratta di tre tavoli operativi con i professionisti aziendali e zonali e ANCI che stanno tuttora confrontandosi per giungere a definire quali sono le tappe, gli attori, le procedure, gli strumenti, i ruoli e le responsabilità chiamate in causa nel percorso di presa in carico della persona con disabilità durante tutto l'arco della sua vita. Le persone prese in carico nel 2018 sono state 819, con un assegno medio di 1.000 euro (da 800 a 1800 euro).

d. Vita Indipendente

Per quanto riguarda il Progetto regionale Vita Indipendente la Regione Toscana, in continuità con le annualità precedenti, nel 2018 ha finanziato progetti, per un importo di € 9.000.000,00 (vedi dettaglio tabella n. 4), presentati da persone con disabilità, di età superiore ai 18 anni, con capacità di esprimere la propria volontà, in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92. I progetti sono finalizzati a realizzare percorsi di vita individuale attraverso la conduzione delle principali attività quotidiane, compresi l'esercizio delle responsabilità genitoriali nei confronti di figli a carico, e/o attività lavorative in essere o in progetto, e/o attività scolastico-formative.

Inoltre nel settembre 2018 sono state avviate le azioni finanziate dal Fondo del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, DGR 572/2018, finalizzato all'attivazione e implementazione dei progetti in materia di Vita Indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità ai sensi del Decreto Direttoriale n. 808 del 21 ottobre 2016. La proposta progettuale Toscana prevede la sperimentazione di modalità integrate di intervento nell'ambito della disabilità per stimolare e potenziare attitudini e capacità della persona, oltre a valorizzare la rete di relazioni significative per il pieno inserimento nel contesto sociale di riferimento; gli ambiti territoriali ammessi al finanziamento ministeriale sono stati 13 (Zone distretto Piana di Lucca, Aretina Casentino Valtiberina, Valdarno, Fiorentina Sud Est, Valdichiana Aretina, Livornese, Colline dell'Albegna e Società della Salute Fiorentina Nord Ovest, Valdinievole, Lunigiana, Alta Valdelsa, Valdera e Alta Val di Cecina, Pratese) per un ammontare complessivo di Euro 1.271.036,00 di cui il finanziamento relativo da parte ministeriale corrisponde complessivamente ad Euro 1.008.921,00.

2) L'ammontare del Fondo per la non autosufficienza, la sua composizione e la ripartizione tra le zone/distretto, ai sensi dell'articolo 20, comma 1, lettera b)

Le risorse, per l'annualità 2018, del Fondo per la non autosufficienza sono state assegnate dalla Giunta regionale alle Società della Salute/Zone Distretto con la Delibera della Giunta Regionale n. 1369 del 4 dicembre 2017.

Per l'anno 2018 la Giunta Regionale ha stanziato complessivamente la somma di € 63.878.676,00, di cui € 48.181.956,00 provenienti dal Fondo sanitario regionale ed € 15.696.720,00 provenienti dal riparto delle risorse finanziarie del Fondo per le non

autosufficienze 2018, di cui al DPCM 12 dicembre 2018. Le risorse suddette sono state così utilizzate:

Fondo Non Autosufficienza art.3 LR 66/2008	€ 54.878.675,00
Vita Indipendente	€ 9.000.000,00
TOTALE	€ 63.878.676,00

La ripartizione delle risorse è stata effettuata secondo le previsioni dell'art. 3 della L.R. n. 66/2008 "ripartizione e attribuzione del fondo alle zone distretto" che prevede l'assegnazione alle Zone distretto, attraverso l'applicazione dei seguenti criteri generali:

- indicatori di carattere demografico;
- indicatori relativi all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;

Di seguito il dettaglio delle tabelle di ripartizione delle risorse:

Tabella 3 – Fondo regionale per la non autosufficienza: riparto agli ambiti territoriali – Anno 2018

ZONA-DISTRETTO	IMPORTO
Lunigiana	1.019.422,00
Apuane	2.017.675,00
Valle del Serchio	936.786,00
Piana di Lucca	2.329.977,00
Alta Val di Cecina - Valdera	1.899.830,00
Pisana	2.861.835,00
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	2.239.998,00
Elba	443.059,00
Livornese	2.588.261,00
Versilia	2.369.122,00
Val di Nievole	1.674.727,00
Pistoiese	2.538.537,00
Pratese	3.192.268,00
Firenze	6.148.393,00
Fiorentina Nord-Ovest	2.844.615,00
Fiorentina Sud-Est	2.777.215,00
Mugello	890.558,00
Empolese Valdarno Inferiore	3.305.450,00
Alta Val d'Elsa	897.254,00
Amiata Senese e Val d'Orcia - Valdichiana senese	1.370.236,00
Senese	2.003.394,00
Aretina – Casentino - Valtiberina	2.952.082,00
Valdarno	1.325.304,00
Val di Chiana Aretina	753.185,00
Colline dell'Albegna	825.625,00
Amiata Grossetana Colline Metallifere Grossetana	2.673.867,00
T O T A L E	54.878.675,00

Tabella 4 – Vita Indipendente: riparto agli ambiti territoriali – Anno 2018

ZONA-DISTRETTO	IMPORTO
Lunigiana	194.893,10
Apuane	308.890,80
Valle del Serchio	163.480,79
Piana di Lucca	422.645,53
Alta Val di Cecina - Valdera	214.530,35
Pisana	363.866,52
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	488.862,36
Elba	70.944,72
Livornese	354.648,00
Versilia	407.009,89
Val di Nievole	363.239,57
Pistoiese	545.286,61
Pratese	486.133,92
Firenze	1.099.815,60
Fiorentina Nord-Ovest	488.400,00
Fiorentina Sud-Est	466.990,18
Mugello	195.964,30
Empolese Valdarno Inferiore	410.400,00
Alta Val d'Elsa	124.680,00
Amiata Senese e Val d'Orcia - Valdichiana senese	199.462,10
Senese	289.268,12
Aretina – Casentino - Valtiberina	447.975,19
Valdarno	249.073,17
Val di Chiana Aretina	134.349,80
Colline dell'Albegna	112.080,00
Amiata Grossetana Colline Metallifere Grossetana	397.109,38
T O T A L E	9.000.000,00

2.1) Utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza

Le risorse trasferite alle Zone/distretto, sono state utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste dal piano di assistenza personalizzato (PAP), nell'ambito delle seguenti tipologie:

- a)** interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico;
- b)** interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale;
- c)** inserimenti in strutture semi-residenziali;
- d)** inserimenti temporanei o di sollievo in residenza;
- e)** inserimenti permanenti in residenza.

Le 26 Zone distretto hanno completato la rendicontazione delle risorse assegnate per l'anno 2018. La nuova modalità di assegnazione e di rendicontazione attuata dal 2017 ha permesso agli uffici regionali di avere a febbraio 2019 il quadro completo dell'utilizzo delle risorse assegnate nel 2018 alle Zone distretto/Società della Salute.

Tabella 4 – Fondo regionale per la non autosufficienza: utilizzo risorse Anno 2018 (tipologie prestazionali previste dall'articolo 7 della L.R. n.66/2008)

Azione	Risorse utilizzate	% su risorse assegnate
Interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico	20.160.346,50	36,67%
Interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale	18.553.194,14	33,75%
Inserimenti in strutture semiresidenziali	7.649.671,65	13,92%
Inserimenti temporanei o di sollievo in residenza	6.576.034,06	11,96%
Inserimenti permanenti in residenza	2.033.361,64	3,70%
T O T A L E	54.972.607,99	100,00%

Tabella 5– Numero Progetti Assistenziali Personalizzati attivati nel 2018 grazie sia alle risorse del Fondo per la Non Autosufficienza che alle risorse del Sistema Sanitario Regionale (fondo ordinario di gestione Aziendale). I dati, riferiti al 2018, sono elaborati dal Sistema Informativo AD-RSA.

Azione	Numero di PAP attivati
interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico	3.830
interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale	1.759
inserimenti in strutture semiresidenziali	456
inserimenti temporanei o di sollievo in residenza	1.968
inserimenti permanenti in residenza	1.766
interventi misti in forma diretta e residenziale	3.736
T O T A L E	13.515

3) Il livello di estensione territoriale dei presidi previsti dalla legge, quali i Punti Insieme e le UVM, ai sensi dell'articolo 20, comma 1 lettera c)

Per quanto riguarda i presidi previsti dalla L.R. 66/2008, si conferma anche nel 2018, l'assetto organizzativo costituito dal 2009.

Gli sportelli "Punto Insieme" risultano essere n. 255 tutti operativi nei 26 ambiti territoriali.

Altrettanto operative risultano le Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), presenti e formalmente costituite in tutte le 26 Zone.

Sul sito internet di Regione Toscana il cittadino può trovare l'elenco degli sportelli Punti Insieme con relativi giorni e orari di apertura per accesso al pubblico all'indirizzo <http://www.regione.toscana.it/-/sportelli-puntoinsieme-per-zona> oppure al numero verde regionale 800 860070. Tale elenco viene costantemente aggiornato dagli uffici regionali grazie alle segnalazioni delle Zone distretto.

4) Gli esiti dell'applicazione dei nuovi criteri per la compartecipazione economica e per l'individuazione dei livelli di gravità del bisogno, ai sensi dell'articolo 20, comma 1 lettera d)

A seguito dell'entrata in vigore del D.P.C.M. 05.12.2013, n. 159 "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)", con legge regionale n. 37/2015 è stato modificato l'articolo 14 "Modalità di compartecipazione ai costi della prestazione" della legge regionale n. 66/2008 (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza). Nello specifico, è stato sostituito il comma 1 stabilendo che, fatto salvo il principio dell'accesso universalistico di tutte le persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza alle prestazioni appropriate indicate nel PAP, in via transitoria e in attesa della definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) e del loro relativo finanziamento, sono previste forme di compartecipazione da parte della persona assistita ai costi delle prestazioni non coperti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria, ai sensi del regolamento adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013 n. 159, secondo fasce economiche e di contribuzione differenziate, disciplinate dagli enti erogatori. A tali fini la Giunta regionale può, con deliberazione, formulare appositi indirizzi. Al tempo stesso viene abrogato al successivo comma 2 relativo all'atto di indirizzo di cui alla DGR n. 385/2009.

5) I tempi medi di attesa per la risposta assistenziale previsti dall'articolo 10, comma 1 e dall'articolo 10 comma 3, (ai sensi dell'articolo 20, comma 1, lettera e)

I dati elaborati sono stati raccolti tramite il Sistema informativo AD-RSA. Il sistema di alimentazione a eventi e di consolidamento dei dati sul basamento informativo regionale è stato reso disponibile alle Aziende dalla metà del 2010.

L'operazione di popolamento iniziale richiesto contestualmente all'avvio del nuovo sistema informativo ad eventi è stato completato da tutte le Aziende sanitarie; l'alimentazione di tale flusso risulta ad oggi completo e omogeneo per tutte le zone distretto, pertanto l'obbligo del debito informativo è conforme ai criteri previsti dal Ministero.

5.1) Tempi di attesa tra data segnalazione e data presa in carico di servizi valutati dalla UVM come bisogni complessi. (Art. 10, comma 1, L.R. 66/2008)		5.2) Tempi di attesa tra data segnalazione e data di erogazione di servizi domiciliari, a seguito di valutazione UVM di bisogno complesso. (Art.11, comma 5, lettera e, art. 12, comma 3 L.R. 66/2008)	
GIORNI	%	GIORNI	%
0 giorni	22,70	0 giorni	7,83
fino a 15	26,97	fino a 15	23,74
entro 1 mese	25,01	entro 1 mese	17,57
entro 3 mesi	22,27	entro 2 mesi	20,43
oltre 3 mesi	3,01	entro 3 mesi	9,72
Non calcolabile	0,05	oltre 3 mesi	20,10
TOTALE	100,0	Non calcolabile	0,61
		TOTALE	100,0
5.3) Tempi di attesa tra data segnalazione e data di ammissione in RSA temporanea. (Art.11, comma 5, lettera e, art. 12, comma 3 L.R. 66/2008)		5.4) Tempi di attesa tra data segnalazione e data di ammissione in RSA permanente (art.11, comma 5, lettera e, art. 12, comma 3 L.R. 66/2008)	
GIORNI	%	GIORNI	%
0 giorni	3,78	0 giorni	2,82
fino a 15	31,50	fino a 15	14,16
entro 1 mese	14,27	entro 1 mese	12,66
entro 2 mesi	16,36	entro 2 mesi	18,05
entro 3 mesi	10,77	entro 3 mesi	13,53
oltre 3 mesi	23,24	oltre 3 mesi	38,53
Non calcolabile	0,08	Non calcolabile	0,25
TOTALE	100,0	TOTALE	100,0

Dalla prima tabella si può osservare che il 79,08% dei casi rispetta quanto previsto dall'art. 10, comma 1, L.R. 66/2008 ovvero la UVM presenta la risposta assistenziale ritenuta appropriata entro 30 giorni dalla presentazione dell'istanza.

Per quanto riguarda invece l'erogazione della prestazione domiciliare, nel 69,57% dei casi viene rispettato quanto previsto dall'art.11, comma 5, lettera e) ovvero la risposta viene data entro 60 giorni dalla presentazione dell'istanza.

L'inserimento temporaneo in RSA avviene per il 65,91% dei casi entro 60 giorni e per il 34,01% entro i 90 giorni dalla data di segnalazione del bisogno al Punto Insieme.
L'inserimento permanente in RSA avviene per il 47,69% dei casi entro 60 giorni e per il 52,06% entro i 90 giorni dalla data di segnalazione.

5.5) Evoluzione della lista di attesa per l'inserimento in RSA.

Dal 2017, all'interno delle azioni intraprese per garantire su tutto il territorio regionale livelli uniformi di prestazioni offerte dalle RSA, la libera scelta dei cittadini e, al contempo, fornire una cornice di regole e condizioni certe all'interno delle quali i gestori delle strutture possano svolgere la loro attività e il sistema pubblico programmare e controllare le azioni di governance è stato individuato per ciascuna azienda UU.SS.LL. un budget da utilizzarsi per l'erogazione di prestazioni residenziali (RSA e Centri Diurni) in favore di anziani non autosufficienti.

La ripartizione alle Aziende UU.SS.LL. è stata determinata tenendo conto delle quote sanitarie utilizzate dalle varie SdS/Zone Distretto (Quote sanitarie storiche + quote sanitarie aggiuntive), dalla popolazione ultra 65enne residente e dalla riparametrazione dei posti convenzionati nel rispetto dell'indice di copertura medio regionale di 1,14 posti letto ogni 1.000 residenti ≥ 65 anni.

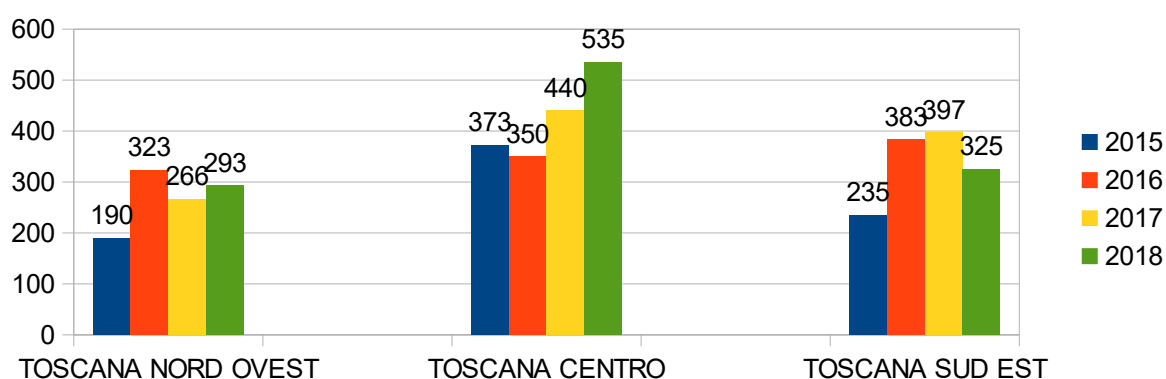
Alla spesa così determinata sono stati aggiunti circa 12 milioni di euro, portando il budget regionale per la residenzialità a 202 milioni annui:

Azienda Sanitaria	Budget residenzialità anziani non autosufficienti
Azienda USL Toscana Nord Ovest	€ 50.000.000,00
Azienda USL Toscana Centro	€ 101.000.000,00
Azienda USL Toscana Sud Est	€ 51.000.000,00
Totale regionale	€ 202.000.000,00

Per l'anno 2018 la cifra complessiva di 202 milioni è stata assegnata alle tre Aziende UU.SS.LL. con DGR n. 1369 del 4 dicembre 2017, per l'inserimento di persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti, in possesso di PAP a seguito di valutazione UVM, in RSA e Centri Diurni.

Il grafico seguente evidenzia il numero di persone in lista di attesa al 31 dicembre, dal 2015 al 2018.

Tabella 6 - Numero anziani in lista di attesa per l'inserimento in RSA: trend 2015-2018



6) I risultati raggiunti in merito all'incremento del numero delle persone assistite, ai sensi dell'articolo 20, comma 1, lettera f)

I dati risultanti dai flussi informativi evidenziano, dopo un forte incremento percentuale avvenuto in seguito all'attivazione del Fondo per la non autosufficienza, un trend, negli anni successivi, più graduale a conferma della stabilizzazione della presa in carico della popolazione anziana ultrasessantacinquenne e della copertura del bisogno presente sui territori.

Da notare che tali flussi rilevano dati relativi a risposte assistenziali, servizi e prestazioni socio-sanitari finanziati dal Fondo per la non autosufficienza e dal Sistema Sanitario (Fondo ordinario di gestione aziendale). Nello specifico:

Tabella 7 – Ammissioni in RSA ed erogazioni AD: trend 2016-2018

Ammissioni in RSA			Erogazioni Assistenza Domiciliare		
2016	2017	2018	2016	2017	2018
6.796	6.768	6.736	2.088.648	2.029.465	2.156.269

Per l'anno 2018 ai Punti Insieme sono state effettuate complessivamente 115.626 segnalazioni, corrispondenti al 12,26% della popolazione residente toscana ultra sessantacinquenne.

Da tali segnalazioni sono derivate 76.539 prese in carico corrispondenti al 8,11% della popolazione residente toscana ultra sessantacinquenne.

Delle 76.539 prese in carico l'1,53% sono caratterizzate da un bisogno socio sanitario complesso che ha portato ad una valutazione da parte della Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) con relativa stesura di un Piano Assistenziale Personalizzato (PAP), per un totale di 14.426 PAP redatti. Le restanti prese in carico hanno portato ad una risposta assistenziale di tipo sociale o sanitario semplice.

Gli impegni per il 2019

Per il 2019 si intende portare avanti le azioni intraprese con gli atti di indirizzo citati nella presente Relazione. Nello specifico:

a.1 Le risorse del Fondo Sociale Europeo per la demenza

Nel corso dei primi mesi del 2019 sarà portato a termine il lavoro di stesura del il prossimo Avviso a valere sulle risorse del **POR FSE 2014-2020 – attività B.2.1.3.A) del PAD "Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia"** che sarà rivolto a persone con demenza e alle loro famiglie. Gli interventi finanziabili a mezzo delle risorse dell'Avviso regionale saranno finalizzati a favorire, accompagnare e sostenere, nell'ambito della presa in carico della persona con demenza, la permanenza presso il proprio domicilio della persona anziana, con una diagnosi di demenza lieve o moderata nella fase iniziale della malattia, anche attraverso il potenziamento e consolidamento dei servizi specialistici dedicati, con la messa a disposizione di interventi integrativi a sostegno della domiciliarità.

L'intervento previsto dall'Avviso nasce nella consapevolezza che la gestione del problema è ancora spesso affrontata in momenti e con "percorsi distinti": come in tutte le patologie cronico-degenerative nelle quali l'approccio farmacologico non è risolutivo nel modificarne la storia naturale, occorre prevedere un insieme articolato ed organico di percorsi assistenziali, secondo una filosofia di gestione integrata della malattia.

L'obiettivo è quello di diffondere la cultura di un approccio multidisciplinare e quindi olistico della demenza e della persona intesa non più come persona-patologia, ma come persona-sistema prevedendo interventi finalizzati ad aumentare le conoscenze della popolazione e dei familiari, nonché dei professionisti, che possano essere in grado di promuovere la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento più efficace.

Una nuova modalità di presa in carico tempestiva dunque, integrata e proattiva dei pazienti affetti da patologia cognitiva, tesa ad intercettare quanto più precocemente possibile i segni relativi all'insorgenza della sindrome di demenza, si propone di costituire modello di riferimento territoriale per i pazienti, i familiari e i caregivers con conseguente:

- a. riduzione di accessi al P.S.;
- b. riduzione delle complicanze più gravi della malattia;
- c. riduzione dei tempi di attesa per la patologia più complessa di esclusiva pertinenza specialistica;
- d. soddisfazione dei familiari e dei caregivers;
- e. maggior soddisfazione dei professionisti che beneficiano di una gestione integrata di una patologia così complessa;
- f. riduzione dei costi per il SSR;
- g. integrazioni di iniziative spesso scollegate tra loro e gestite da onlus, associazioni di malati, enti, che, se coordinate e messe in sinergia, possono ovviamente dare risultati migliori.

a.2 Il coinvolgimento della Medicina Generale

Contestualmente il Gruppo di Lavoro previsto dalla D.G.R. n. 1402/2017 con funzioni di supporto alla Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale laddove siano necessarie competenze specifiche in materia di demenza e di monitoraggio dei tempi e della modalità di applicazione, nelle diverse realtà territoriali, di quanto disposto nel documento Piano regionale demenze, Allegato C alla stessa deliberazione, formalizzato con Decreto Dirigenziale n. 976/2018 e 11686/2018, provvederà a monitorare il recepimento e l'implementazione del Piano Regionale Demenze e a dare avvio ad un lavoro sistematico su questo ambito.

In particolare sono state pianificate azioni specifiche finalizzate alla sensibilizzazione della medicina generale partendo dalla consapevolezza che fare diagnosi di demenza all'insorgere dei primissimi sintomi della malattia è indispensabile per rendere il paziente consapevole del problema quando ancora è in grado di fare scelte rispetto al proprio futuro. Ciò consente di supportarlo in alcune importanti decisioni che dovrà prendere per sé e per i propri familiari, come, ad esempio, la possibilità di individuare un amministratore di sostegno. Inoltre una diagnosi precoce significa la possibilità di vedere aumentata di molto l'efficacia delle terapie farmacologiche ma soprattutto non farmacologiche oggi disponibili.

Per raggiungere questo risultato, risulta particolarmente strategico il ruolo dei Medici di Medicina Generale. Questi attori, infatti, possono individuare i primi segnali della malattia, anche quelli la cui conoscenza è meno diffusa rispetto al deficit di memoria, quali, ad esempio, i disturbi comportamentali (ad es. depressione e manie di persecuzione), così da

informare ed indirizzare per tempo le famiglie al CDCD. Inoltre, coinvolgere maggiormente i Medici di Medicina Generale (o meglio le AFT) è fondamentale per ottenere un quadro preciso della prevalenza ed incidenza delle demenze sul territorio di riferimento: condizione essenziale per le scelte programmatiche dell'Azienda Sanitaria e della Zona distretto/SdS insistenti sul territorio.

La definizione dei rapporti di comunicazione e collaborazione condivisi tra la rete dei servizi e i medici di medicina generale costituisce un presupposto fondamentale per una efficace gestione della persona con demenza all'interno del contesto familiare di appartenenza.

La definizione di un chiaro rapporto di collaborazione all'interno di un percorso condiviso può migliorare la gestione della persona con demenza e della sua famiglia.

Infine, nell'ambito dell'elaborazione e dell'implementazione degli interventi di supporto alla realizzazione del Piano Regionale Demenze, è emersa la necessità di prevedere e sistematizzare le azioni di **monitoraggio, formazione e affiancamento** che nella sostanza dovranno condurre al conseguimento delle finalità del Piano stesso che sono: lo sviluppo della rete integrata dei servizi territoriali per le demenze e la promozione di azioni orientate a rafforzare gli interventi domiciliari; l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici e socio assistenziali; la tempestività dell'intervento e l'appropriatezza del progetto di cura; lo sviluppo di interventi che coinvolgano in modo attivo e consapevole i familiari e/o i caregiver del paziente e le comunità locali.

Si prevede quindi di coinvolgere i Medici di Medicina Generale e i loro organi istituzionali e rappresentativi sia nella pianificazione del percorso, sia nelle varie azioni previste in qualità di operatori coinvolti direttamente nel processo assistenziale.

a.3 La costruzione di una Comunità Consapevole e Solidale verso la Demenza.

Dall'esperienza fatta in Toscana con progetti volti alla sensibilizzazione delle comunità alle problematiche sociali della Demenza, si sono desunte alcune indicazioni che possono essere utili per la definizione di **linee di indirizzo per il Progetto Regionale "Solidarietà per la Demenza"**.

Obiettivo generale del percorso è la costruzione di una **comunità consapevole e solidale verso la demenza attraverso la sottoscrizione di un accordo di collaborazione** tra Regione Toscana e Associazione Italiana Malattia di Alzheimer – AIMA Firenze, Associazione Nazionale Comuni Italiani – ANCI Toscana **finalizzato alla costruzione di una Comunità consapevole e solidale verso la Demenza**.

Uno degli obiettivi principali che il Piano Nazionale si pone e che è stato pienamente recepito nel Piano Regionale Demenze (approvato con DGR n. 1402 dell'11 dicembre 2017) che ne ha conservato, pur nella dovuta distinzione di obiettivi, azioni e strumenti, le stesse priorità, è l'aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita della persona affetta da questa patologia e della sua famiglia.

A tal fine è stato previsto di supportare le persone con demenza e i loro familiari fornendo loro corrette informazioni sulla malattia e sui servizi disponibili per facilitare un accesso ad essi quanto più tempestivo possibile, di migliorare la qualità di vita e della cura e promuovere la piena integrazione sociale per le persone con demenze anche attraverso strategie di coinvolgimento personale e familiare, di favorire tutte le forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento delle famiglie e delle Associazioni, sviluppando non solo l'empowerment delle persone ma anche quello della comunità con il coinvolgimento anche delle Associazioni locali.

La demenza presenta bisogni di cura della persona e bisogni di sostegno della famiglia, per i quali è molto difficile predisporre risposte adeguate. In Toscana si è fatto, e si continua a fare, un percorso di potenziamento e innovazione dei servizi specifici per la demenza, ma molti bisogni sono solo parzialmente accolti. La malattia ha, tra l'altro, pesanti ripercussioni sulle relazioni sociali del nucleo familiare, che si riducono progressivamente negli anni. Rendere la comunità consapevole e accogliente nei confronti delle famiglie può contribuire a migliorarne la qualità della vita. L'obiettivo è quello di promuovere la conoscenza della malattia e l'autonomia dei malati nonché rompere l'isolamento delle famiglie anche aiutandole a frequentare luoghi di socializzazione.

Le finalità e le azioni:

1. ridurre lo stigma sociale nei confronti delle persone con demenza e accrescere la conoscenza della malattia in tutta la popolazione, coinvolgendo anche le istituzioni scolastiche;
2. rendere partecipi del processo di mutamento sociale le persone con demenza e i loro familiari in tutte le fasi di attuazione, coinvolgendoli e tenendo sempre conto del loro punto di vista;
3. offrire attività ricreative, culturali, sociali facilmente accessibili ed appropriate che favoriscano il mantenimento delle relazioni sociali e della propria identità;
4. offrire supporto pratico per le attività quotidiane negli spazi di vita pubblici;
5. promuovere un ambiente urbano familiare ed accogliente e favorire una mobilità sicura e semplificata;
6. promuovere il rispetto e le capacità di comprensione delle difficoltà e dei bisogni da parte degli operatori di servizi pubblici e privati per poter fornire risposte adeguate e congrue;
7. promuovere la cultura della diagnosi precoce e una facile e rapida accessibilità a informazioni e servizi di supporto.

Il percorso prevede la realizzazione, in collaborazione con uno o più comuni della Toscana, di un programma di eventi aderente alle specifiche risorse e vocazioni del territorio.

Il programma, spalmato sull'arco di tempo che va da due settimane a un mese, è rivolto a diversi destinatari:

- Familiari dei malati
- Rete Sociale, composta da Cittadini e Organizzazioni Sociali
- Scuole: studenti, insegnanti, famiglie
- Addetti ai lavori: Operatori Sanitari, Operatori addetti all'assistenza, pubblici e privati, Operatori addetti ai Servizi Sociali

Gli eventi hanno diverse tipologie:

- a. Convegni e Tavole Rotonde sui bisogni della Demenza e sull'organizzazione dei servizi pubblici;
- b. Eventi culturali e artistici, come mostre, presentazioni di libri, spettacoli teatrali, proiezione di film;
- c. Programmi Educativi sul tema della "Diversità" rivolti agli studenti delle scuole;
- d. Incontri sugli Stili di Vita per il mantenimento delle funzioni fisiche e intellettive nell'invecchiamento, rivolti a cittadini, con particolare attenzione ai frequentatori di Centri Sociali per Anziani;
- e. Conduzione di "Gruppi di Narrazione", per la raccolta dei vissuti di malattia dei familiari dei malati;

- f. Presenza nelle strade con punti di attrazione (Clown, Musicisti, ecc.) per la diffusione di materiale informativo.

La qualità e l'efficacia dell'intervento saranno misurati qualitativamente attraverso:

1. indicatori di partecipazione agli eventi
2. analisi dei Gruppi di Narrazione
3. impatto sulla comunità, attraverso la raccolta e l'analisi della rassegna stampa.

A conclusione del programma, dopo la valutazione di qualità, tutti i soggetti pubblici e privati che hanno partecipato attivamente al progetto riceveranno un attestato di partecipazione al percorso.

b. Progetto persona – La buona cura

Prosegue, anche nel 2019 il Progetto “Progetto Persona – La Buona Cura”, approvato con DGR 953/2017, e realizzato in collaborazione con il CRRCR, in collaborazione con GRGRC, ARS, MeS e AIMA. Nei primi mesi del 2018 sono stati proposti, da parte del gruppo di progetto, e condivisi con gli uffici regionali e i direttori dei servizi sociali delle tre Aziende UU.SS.LL., i criteri di eleggibilità per le strutture destinatarie dell'intervento

Il progetto prevede, per ciascuna struttura selezionata, un intervento consulenziale e formativo, osservazione sul campo e follow-up, incontri con i residenti e i loro familiari. Per la parte di analisi dei dati vengono utilizzate interviste semi strutturate e un questionario sul benessere organizzativo. I destinatari sono tutti gli operatori della struttura.

Gli obiettivi generali del progetto sono:

- Dotare la Regione di uno strumento di formazione e sostegno per le RSA che consenta di potenziare le risorse interne, orientandole al miglioramento del benessere personale e organizzativo e alla qualità della cura della persona.
- Definire una strategia di sostegno, consulenza e formazione che possa rispondere ai bisogni del sistema.
- Fornire strumenti e metodi tesi al miglioramento delle relazioni tra tutti i soggetti e i gruppi presenti nelle RSA nei termini di qualità dell'assistenza e della vita nella residenza, condizioni di lavoro e benessere organizzativo, applicazione delle pratiche per la sicurezza e appropriatezza delle cure.
- Promuovere una cultura di attenzione agli aspetti psicologico-relazionali connessi all'attività di cura e sicurezza del paziente nell'ambito delle LTC (Long Term Care).

c. Percorso di attuazione del modello regionale di Presa in carico della persona con disabilità: *il Progetto di vita*

L'obiettivo da raggiungere nel corso di circa 24 mesi, attraverso tavoli di confronto, nonché attraverso la conoscenza approfondita dei modelli esistenti, è quello di definire livelli e strumenti di programmazione e governo, organizzativi e gestionali comuni ed efficaci, da implementare gradualmente e/o attraverso sperimentazione su alcuni territori, affinché quanto già normato possa trovare piena attuazione.

Le fasi di lavoro, successivamente all'approvazione di atti regionali, aziendali e zonali, laddove necessari, comprendono anche il supporto e il monitoraggio dei territori per la piena implementazione e messa a regime di quanto previsto negli stessi.