

**D.C.R. 11 novembre 2009, n. 69 (1).**

**Modifiche al piano integrato sociale regionale (PISR) 2007-2010 (2) relative alle politiche per la non autosufficienza degli anziani ed alle linee progettuali per l'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti in attuazione della legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66 (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza).**

(1) Pubblicata nel B.U. Toscana 2 dicembre 2009, n. 48, parte seconda.

(2) Il suddetto Piano è stato approvato con *Delib.C.R. 31 ottobre 2007, n. 113*.

Il Presidente mette in approvazione la seguente proposta di deliberazione:

### IL CONSIGLIO REGIONALE

Visto il piano integrato sociale regionale (PISR) 2007-2010 approvato con *Delib.C.R. 31 ottobre 2007, n. 113*;

Vista la legge regionale 24 gennaio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), in particolare l'articolo 27 che definisce il PISR, il suo iter di approvazione ed i suoi contenuti;

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

Considerato che l'entrata in vigore della sopracitata legge regionale istitutiva del fondo regionale per la non autosufficienza comporta l'aggiornamento del PISR 2007-2010, anche in considerazione dell'articolo 19 della stessa legge prevede che, in sede di prima applicazione, la programmazione degli interventi destinati al sostegno delle persone non autosufficienti sia disciplinata con apposita modifica al PISR 2007-2010;

Considerato che la *Delib.C.R. n. 113/2007* prevede che l'aggiornamento del PISR vada comunque effettuata ogni qualvolta si renda necessaria la modifica delle strategie del piano che ne comportino una variazione degli obiettivi e delle relative azioni e che, tra gli obiettivi strategici e priorità del PISR, già delineate dal piano regionale sanitario vi è "l'elaborazione di risposte adeguate al problema degli anziani non autosufficienti e, più in generale, di tutte le disabilità per fronteggiare gli effetti sociali dell'invecchiamento della popolazione ed estendere forme diverse di intervento e di assistenza ai soggetti non autosufficienti, con particolare attenzione al sostegno del lavoro di cura";

Vista la *legge regionale 11 agosto 1999, n. 49* (Norme in materia di programmazione), così come modificata dalla *legge regionale 15 novembre 2004, n. 61*, che definisce le finalità della programmazione e ne individua gli strumenti e modalità di attuazione;

Visto il regolamento emanato con *D.P.G.R. 2 novembre 2006, n. 51/R* (Regolamento di disciplina dei processi di valutazione integrata e di valutazione ambientale degli strumenti di programmazione di competenza della Regione, in attuazione dell'articolo 16 della *legge regionale 11 agosto 1999, n. 49* "Norme in materia di programmazione" e dell'articolo 11 della *legge regionale 3 gennaio 2005, n. 1* "Norme per il governo del territorio");

Vista la decisione della Giunta regionale 6 novembre 2006, n. 2, che approva il modello analitico per l'elaborazione e la valutazione dei piani e programmi regionali, le linee guida per la valutazione degli effetti attesi e le forme di partecipazione per la valutazione integrata di piani e programmi regionali;

Data la necessità di procedere alle modifiche del PISR 2007-2010, come risulta dall'allegato A parte integrante e sostanziale del presente atto, secondo i seguenti criteri:

1. Paragrafo 2.2.2 "Carattere universalistico dell'assistenza per i soggetti non autosufficienti e disabili (progetto per un Fondo)": è necessario sostituire le parti che prevedono la necessità di sviluppare un progetto integrato regionale per l'assistenza ed integrazione per la non autosufficienza con l'indicazione che la Regione Toscana, con propria *L.R. n. 66/2008* istituisce un fondo con il quale intende realizzare un insieme di servizi capace di rispondere ai bisogni accertati, per migliorare le condizioni di vita e l'autonomia delle persone non autosufficienti;

2. Paragrafo 3.4.1 "Il finanziamento integrato del fondo": è necessario aggiornare la parte relativa alle risorse dedicate al progetto indicando che il fondo regionale per la non autosufficienza, istituito con la *L.R. n. 66/2008*, prevede la destinazione di euro 80.000.000,00 per l'anno 2009 e garantisce, per l'anno 2010 una quota di pari importo, contemplando una modularità di destinazione nel tempo in relazione alle varie funzioni assistenziali;

3. Paragrafo 3.4.2 "Il patto interistituzionale e pluriennale per il sostegno dei livelli base di cittadinanza sociale": occorre sostituire le parti che prevedono la necessità di definire il predetto patto con la descrizione delle intese interistituzionali sottoscritte tra Regione toscana aziende USL ed Enti Locali che hanno realizzato il welfare locale previsto dal PISR 2007-2010, attraverso l'istituzione di un sistema di cura e protezione sociale per le persone non autosufficienti basato sui principi dell'universalità d'accesso alle prestazioni, dell'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e del sostegno alla domiciliarità;

4. Paragrafo 3.4.3 "I criteri di riparto dei trasferimenti agli Enti Locali": è necessario specificare la modalità di ripartizione ed attribuzione del fondo della non autosufficienza alle zone distretto, così come definite dall'*articolo 3 della L.R. n. 66/2008*;

5. Paragrafo 7.1 "Il Piano integrato di salute". La *L.R. n. 66/2008* individua le prestazioni sociosanitarie garantite dal sistema integrato di servizi territoriali creando la necessità di aggiornare il paragrafo laddove si prevedeva la costituzione di un atto a tale scopo;

6. Paragrafo 7.6 "Il sistema di accesso ai servizi socio sanitari": va aggiornato esplicitando i livelli di accesso, valutazione e programmazione e le relative modalità operative finalizzate all'erogazione delle prestazioni socio sanitarie assicurate dal fondo regionale per la non autosufficienza, come previsto dalla *L.R. n. 66/2008*;

7. Paragrafo 7.7.2: "Le politiche per la non autosufficienza" è necessario inserire gli obiettivi previsti dalla *L.R. n. 66/2008*, gli strumenti operativi e le risorse impiegate per il raggiungimento di tali obiettivi;

8. Allegato 3 "Prime linee sul progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti" viene completamente sostituito dal progetto "L'assistenza continua alla persona non autosufficiente" ove vengono descritte nel dettaglio le caratteristiche e le funzionalità del progetto stesso;

Ritenuto opportuno integrare l'allegato 4 del PISR con un Rapporto di valutazione che descriva le caratteristiche delle modifiche da apportare nel contesto delle valutazioni di coerenza, sia orizzontali che verticali effettuate rispetto agli altri livelli programmatori regionali e che rappresenti l'impatto previsto in termini di fattibilità finanziaria e di effetti socio economici attesi, come da allegato B parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Dato atto del parere positivo espresso in data 27 aprile 2009 dalla conferenza regionale delle società della salute, di cui alla *legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40* (Disciplina del servizio sanitario

regionale), articolo 11, così come modificato dalla *legge regionale 10 novembre 2008, n. 60*, in merito alle modifiche del PISR di cui al presente atto;

Visto il parere positivo del nucleo unificato regionale di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (NURV) per la Regione Toscana, espresso in data 21 luglio 2009;

Ritenuto necessario, altresì, in attuazione di quanto previsto dalla *L.R. n. 40/2005, articolo 142-bis, comma 5*, nelle more dell'approvazione del piano sanitario e sociale integrato regionale di cui all'articolo 8 della medesima legge regionale:

- disporre l'assegnazione alle società della salute delle funzioni di cui alla *L.R. n. 40/2005, articolo 71-bis, comma 3, lettera c)*, limitatamente a quelle relative alla non autosufficienza e alla disabilità;

- individuare le altre attività di assistenza sociale di cui alla *L.R. n. 40/2005, articolo 71-bis, comma 3, lettera d)*, in relazione agli interventi attivabili, coerentemente con quanto stabilito dall'*articolo 7 della L.R. n. 41/2005*, in corrispondenza di percorsi di assistenza conseguenti a procedure di valutazione del bisogno contenuti nell'allegato A alla Delib.G.R. 6 luglio 2009, n. 580 (Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali della Regione Toscana: approvazione dello strumento di classificazione e avvio del percorso di applicazione); da tali interventi sono esclusi quelli delle categorie IB7, LA, LB1 e LB2 in quanto riferiti ad interventi socio educativi o di altra natura;

#### Delibera

1. di approvare le modifiche al Piano integrato sociale regionale (PISR) 2007-2010 (3), così come riportate nell'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di approvare il Rapporto di valutazione, di cui all'allegato B, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

3. di disporre, in attuazione di quanto previsto dalla *L.R. n. 40/2005, articolo 142-bis, comma 5*, nelle more dell'approvazione del piano sanitario e sociale integrato regionale di cui all'articolo 8 della medesima legge regionale:

- l'assegnazione alle società della salute delle funzioni di cui alla *L.R. n. 40/2005, articolo 71-bis, comma 3, lettera c)*, limitatamente a quelle relative alla non autosufficienza e alla disabilità;

- l'individuazione delle altre attività di assistenza sociale di cui alla *L.R. n. 40/2005, articolo 71-bis, comma 3, lettera d)*, in relazione agli interventi attivabili, coerentemente con quanto stabilito dalla *L.R. n. 41/2005, articolo 7*, in corrispondenza di percorsi di assistenza conseguenti a procedure di valutazione del bisogno contenuti nell'allegato A alla Delib.G.R. n. 580/2009; da tali interventi sono esclusi quelli delle categorie IB7, LA, LB1 e LB2 in quanto riferiti a interventi socio educativi o di altra natura.

Il presente atto è pubblicato integralmente, compresi gli allegati A e B, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi dell'*articolo 5, comma 1, della L.R. n. 23/2007* e nella banca dati degli atti del Consiglio regionale ai sensi dell'articolo 18, comma 2, della medesima *L.R. n. 23/2007*.

IL CONSIGLIO APPROVA

con la maggioranza prevista dall'articolo 26 dello Statuto.

(3) Il suddetto Piano è stato approvato con *Delib.C.R. 31 ottobre 2007, n. 113*.

Allegato A

### **Modifiche al piano integrato sociale regionale 2007-2010**

**In attuazione della *legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66* (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza) (4)**

**Il paragrafo 2.2.2 è sostituito dal seguente:**

#### **2.2.2. Il carattere universalistico dell'assistenza per i soggetti non autosufficienti e disabili**

La non autosufficienza, tanto per gli aspetti legati alla pressione demografica quanto per le caratteristiche di perdita e/o di mancanza di autonomie, si connota come una problematica particolarmente complessa, in grande crescita ed in continua evoluzione.

Le problematiche dell'invecchiamento della popolazione dominano il dibattito politico ed economico: l'impegno pubblico nell'assistenza alle persone non autosufficienti è attualmente inadeguato.

Questi cittadini ricevono prestazioni sanitarie e assistenziali continuative, ma solo un terzo è oggetto di interventi "specifici", con un significativo contributo familiare a sostegno del costo e con una quantità di prestazioni assicurate dal servizio pubblico che è avvertita come inadeguata.

Con propria *L.R. 18 dicembre 2008, n. 66*, La Regione Toscana ha istituito il Fondo per la non autosufficienza, con il quale intende realizzare un insieme di servizi capace di rispondere ai bisogni accertati, per migliorare le condizioni di vita e l'autonomia delle persone non autosufficienti. Un sistema che si caratterizza per la certezza della prestazione, l'appropriatezza e la tempestività dell'intervento rivolto alla persona ed ai familiari, l'ampliamento della rete di servizi ed interventi, le procedure d'accesso facilitate e garantite, la definizione delle forme di assistenza e di compartecipazione alla spesa e la sottoscrizione di un patto interistituzionale per il governo integrato del Fondo.

Il Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, proprio a partire dalla complessità del percorso di accesso, valutazione e presa in carico, intende accompagnare la organizzazione di un sistema locale di welfare in grado di tutelare le persone non autosufficienti e le loro famiglie.

Nel 2008 si sono attivate le prime azioni di sistema necessarie a mettere a regime il progetto:

- diffusione dei punti unici di accesso, per un accesso unificato ai servizi in modo da evitare difficoltà nella richiesta d'assistenza o attivazioni duplicate d'intervento, e per identificare il luogo fisico dove segnalare il bisogno e ottenere la valutazione;

- riqualificazione delle unità di valutazione multidisciplinare presenti in ogni zona/distretto, per la definizione del programma assistenziale individuale e della verifica periodica degli esiti del percorso assistenziale;

- prevenzione della non autosufficienza, soprattutto nei confronti degli “anziani fragili” ed azioni di intervento relative al superamento di tutte le barriere all’accessibilità, in termini fisici, sensoriali e di conoscenza;

- continuità di assistenza tra ospedale e territorio;

- sviluppo di un sistema di risposte flessibili, in primo luogo territoriali, domiciliari e di sostegno alla cura familiare, e quindi residenziali, sulla base del principio di appropriatezza;

- gestione unitaria ed integrata delle risorse da parte di soggetti istituzionali territoriali.

Per i servizi domiciliari e semiresidenziali si prevede un forte potenziamento in ambito zonale sia per le prestazioni a carattere sanitario, sia per i servizi di cura alla persona. Questo determina anche la definizione dei contenuti e delle procedure per il Piano personalizzato di assistenza.

Vi è poi la necessità di favorire percorsi di emersione del lavoro di cura, di accesso alla formazione specifica, al sostegno pubblico all’incontro della domanda-offerta, alle funzioni di accompagnamento e di riferimento per le famiglie, attraverso forme di riconoscimento e di orientamento delle funzioni di cura alla persona, di accudimento a domicilio tramite familiari, caregiver, ovvero con “assistenti familiari”, sostenendo in particolare i percorsi che hanno portato ad un’uscita dal lavoro o comunque a minore capacità di produzione di reddito familiare.

Il progetto regionale per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente, che sarà oggetto di successiva Delib.G.R. Toscana, è finalizzato ad accompagnare l’organizzazione di un sistema locale di welfare in grado di tutelare le persone non autosufficienti e le loro famiglie.

## **Paragrafo 2.3 Obiettivi specifici**

### **Inserire al posto di:**

- “l’assistenza ai non autosufficienti e, in genere, a tutte le disabilità, per fronteggiare gli effetti sociali dell’invecchiamento della popolazione ed aumentare la copertura assicurata dalle diverse forme di intervento”.

### **Il seguente periodo:**

- l’avvio e sviluppo degli interventi di cui alla *legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66* “Istituzione del Fondo Regionale per la non autosufficienza” e la messa a regime delle azioni da essa proposte, in particolar modo:

1. Azioni di prevenzione della non autosufficienza soprattutto nei confronti degli anziani fragili.

2. Accesso unificato ai servizi in modo da evitare difficoltà nella richiesta di assistenza od attivazioni duplicate d’intervento e nell’identificazione del luogo fisico dove segnalare il bisogno.

3. Riqualificazione delle unità di valutazione multidisciplinare presenti in ogni zona distretto per la definizione di programmi assistenziali individuali.

4. Continuità assistenza tra ospedale e territorio.

5. Sviluppo di un sistema di risposte flessibili in primo luogo territoriali, domiciliari e di sostegno alla cura familiare e, quindi, residenziali, sulla base del principio di appropriatezza.

6. Gestione unitaria ed integrata, da parte dei soggetti istituzionali territoriali (società della salute), del fondo per la non autosufficienza composto di risorse derivanti dal fondo sanitario, fondo sociale, dalla spesa dei comuni e di altri soggetti locali.

7. Emersione del lavoro degli “assistenti familiari”.

8. Aumento dell'offerta residenziale (RSA).

9. La gestione integrata del fondo da parte delle Società della Salute.

10. Il monitoraggio e valutazione della motivazione degli operatori coinvolti nell'offerta dei percorsi assistenziali.

11. Il monitoraggio e la valutazione della soddisfazione dell'utente.

#### **Il punto 4 del paragrafo 3.4.1 è sostituito dal seguente:**

4. Il PIR “Assistenza e integrazione per la non autosufficienza” inserito nel Programma Regionale di Sviluppo 2006-2010 promuove un programma di generalizzata estensione della assistenza ai soggetti non autosufficienti e disabili anche con l’attivazione di risorse regionali che integrano l’attuale spesa del Fondo Sanitario per i livelli essenziali (LEA) per la non autosufficienza.

Relativamente al Fondo sanitario, le risorse indicate individuano la spesa attualmente accertata per i Livelli Essenziali di Assistenza sanitari per la non autosufficienza. Tali risorse saranno assegnate al Progetto per la non autosufficienza con un procedimento di tipo modulare e in particolare:

a) nel 2008 è stata destinata una quota di risorse al Progetto con riferimento al periodo della sua attivazione (modularità relativa al tempo);

b) in relazione al suo sviluppo annuale, saranno progressivamente ricondotte al Progetto le funzioni residenziali (nel 2008) e progressivamente vi sarà l’estensione alle funzioni semiresidenziali e domiciliari (nel 2009 e nel 2010) (modularità relativa alle funzioni assistenziali);

c) sarà ulteriormente implementabile la spesa relativa alla disabilità di soggetti con età inferiore ai 65 anni (modularità relativa ai soggetti fruitori).

#### **Risorse per la non autosufficienza (P.I.R. 2.5 del P.R.S. 2006-2010)**

La Regione Toscana ha previsto per il Fondo Regionale per la NON autosufficienza, istituito con l’entrata in vigore della *legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66*, un livello di spesa a regime a titolo di risorse libere regionali pari a Euro 80.000.000,00 l’anno, che - in aggiunta alla quota di fondo sanitario, relativo ai livelli essenziali per la non autosufficienza LEA prevista in Euro 180.000.000,00 per ciascuno degli anni 2009 e 2010 - garantisce un importo complessivo di risorse a disposizione (a partire dal 2010) di Euro 260.000.000,00, in stretta coerenza con quanto riportato per il P.I.R. 2.5 dal DPEF 2010.

Il punto 7 del paragrafo 3.4.1 è soggetto alla seguente modifica:

Riepilogo delle risorse che transitano dal bilancio regionale

<b>Tipologia risorse</b>	<b>2007</b>	<b>Di cui prenotati o impegnati</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
--------------------------	-------------	-------------------------------------	-------------	-------------	-------------

Libere regionali	23.030.000,00	438.000,00	22.780.000,00	22.430.000,00	23.550.000,00
Fondo sanitario	8.309.850,00	4.407.850,00	8.147.850,00	8.147.850,00	8.200.000,00
Fondo statale (stime)	74.225.000,00		82.300.000,00	82.300.000,00	82.300.000,00
Risorse per non autosufficienza			55.000.000,00	80.000.000,00	80.000.000,00
Fondo sanitario livelli essenziali per la non autosufficienza			180.000.000,00	180.000.000,00	180.000.000,00
Libere regionali per investimenti	4.887.872,72		4.487.872,72	4.487.872,72	4.700.000,00
totale	110.452.722,72	4.845.850,00	352.715.722,72	377.365.722,72	378.750.000,00
Totale complessivo	1.219.284.168,16				

La Regione Toscana ha previsto per il Fondo Regionale per la NON autosufficienza, istituito con l'entrata in vigore della *legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66*, di garantire un livello di spesa a regime, a titolo di risorse libere regionali, pari a Euro 80.000.000,00 per gli anni 2009 e 2010, che - in aggiunta alla quota di fondo sanitario relativo ai livelli essenziali per la non autosufficienza LEA, prevista in Euro 180.000.000,00 per ciascuno degli anni 2009 e 2010 - garantisce un importo complessivo di risorse a disposizione (a partire dal 2010) di Euro 260.000.000,00, in stretta coerenza con quanto riportato per il P.I.R. 2.5 dal DPEF 2010.

**Il paragrafo 3.4.2 è sostituito dal seguente:**

**3.4.2. Il patto interistituzionale e pluriennale per il sostegno dei livelli base di cittadinanza sociale e le intese interistituzionali per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente**

Nel quadro nazionale una delle specificità del sistema toscano è dato dal forte livello di partecipazione alla spesa sociale da parte dei Comuni. Pur con sensibili differenze nella spesa pro capite e nell'incidenza sulla spesa complessiva, i Comuni toscani rendono disponibili ben oltre il

50% della spesa sociale istituzionale. È evidente che la programmazione regionale così come la programmazione degli ambiti territoriali non possa svincolarsi da uno stretto rapporto, da una forte condivisione tra diversi livelli istituzionali.

Questo modello può vedere oggi una sua più avanzata definizione con la previsione di un “patto per il sostegno dei livelli di base di cittadinanza sociale” fra tutte le istituzioni. Questo patto impegna al sostegno delle politiche del welfare locale, con riferimento alla quantità delle risorse, alla loro durata pluriennale, al loro utilizzo per le finalità e le priorità stabilite dalla programmazione per il sostegno dei livelli essenziali.

Il patto per il sostegno dei livelli di base di cittadinanza sociale, che vede firmatari la Regione e gli altri soggetti istituzionali della zona, si pone l’obiettivo della realizzazione, durante il periodo di vigenza del piano, di livelli base di cittadinanza sociale omogenei con il fine di conseguire maggiore equità sociale e di contenere le disuguaglianze fra i diversi territori della regione.

Allo stesso tempo le dinamiche per la creazione e il sostegno al welfare locale richiedono un processo di coinvolgimento ed integrazione di tutte le istanze sociali di un territorio. Questo processo si consolida attraverso del “patto territoriale” da parte dei soggetti partecipanti alla Conferenza istruttoria.

Da ciò possono derivare anche ulteriori strumenti finalizzati alla costruzione di reti di solidarietà.

La partecipazione delle istanze locali alla predisposizione del Piano integrato di salute, agevola l’individuazione di strategie sociali e di obiettivi specifici sui quali far convergere le volontà e le azioni oggetto dei patti territoriali.

Per la rilevanza che ha assunto per la Regione Toscana l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, si prevede la sottoscrizione di intese interistituzionali, a livello zonale, tra Regione Toscana, ASL ed Enti Locali. Attraverso tali atti, viene definito un sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti sulla base dei principi generali di universalità nell'accesso alle prestazioni, di integrazione delle politiche sanitarie e sociali, di sostegno alla domiciliarità e di coinvolgimento delle comunità locali nell'attuazione degli interventi e nella valutazione degli esiti.

Le intese interistituzionali, contengono gli impegni dei diversi soggetti interistituzionali a garantire adeguati livelli di assistenza sociale di base e ad assicurare il complesso delle risorse già dedicate alle politiche di sostegno alla non autosufficienza.

### **Il paragrafo 3.4.3 è soggetto alle seguenti modifiche:**

#### **Aggiungere in fondo, alla fine del paragrafo:**

**Ripartizione ed attribuzione del fondo non autosufficienza alle zone distretto. *Art. 3 legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66.***

Il fondo è ripartito tra le zone distretto dalla Giunta Regionale sulla base delle indicazioni fornite dalla conferenza regionale delle società della salute. La ripartizione annuale viene effettuata sulla base di una valutazione della quantità delle prestazioni assistenziali effettivamente erogate e della loro efficacia in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale e territoriale. Le risorse, conferite con vincolo di destinazione e gestite con contabilità separata dalle società della salute, sono attribuite tenendo conto:

- a) indicatori di carattere demografico;

b) indicatori relativi all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;

c) indicatori relativi alle persone non autosufficienti, disabili anziani accolti nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Una quota pari al 10 per cento del fondo è finalizzata a sostenere lo sviluppo omogeneo del sistema in ambito regionale con particolare riferimento ai comuni di cui alla *legge regionale 27 luglio 2004, n. 39*, concernente norme a favore dei comuni montani e dei piccoli comuni in situazione di disagio.

Nelle zone dove non è costituita la società della salute, le risorse derivanti dal fondo, gestite con contabilità separata, sono assegnate, con vincolo di destinazione, ai soggetti indicati all'*articolo 3, commi 4 e 5 della legge regionale n. 66/2008*.

## **Il paragrafo 7.1 è sostituito dal seguente:**

### **7.1. Il piano integrato di salute**

La programmazione delle politiche socio-sanitarie integrate deve coniugare il governo dell'offerta assistenziale con la promozione dello stato di salute.

Il Piano integrato di salute, quale strumento strategico e unificato di programmazione integrata, deve essere orientato verso "obiettivi di salute" da promuovere, e politiche in grado di intervenire negli stili di vita, nella prevenzione della disabilità e della non autosufficienza, nelle risposte assistenziali di diversa intensità e nella prevenzione della malattia mentale.

Il piano sanitario e sociale integrato regionale di cui all'*articolo 8 della legge regionale n. 40/2005* diventa decisivo per identificare le strette connessioni e le reciproche dipendenze tra i servizi sanitari ed i servizi sociali e socio assistenziali, per assicurare compatibilità ed integrazione normativa e programmatica tra le disposizioni del piano sanitario regionale e quello sociale, ponendosi alcuni obiettivi fondamentali:

- la centralità del governo integrato territoriale dei percorsi socio-sanitari
- la completezza della rete degli interventi e dei servizi presenti nel territorio
- la più ampia partecipazione dei soggetti operanti a qualsiasi titolo nel settore.

## **Il paragrafo 7.6 è sostituito dal seguente:**

### **7.6. Il sistema di accesso ai servizi socio sanitari con particolare riferimento ai servizi relativi alla non autosufficienza**

Il criterio di accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari è il bisogno, riconosciuto in termini di appropriatezza nell'accesso alle prestazioni.

Le persone e le famiglie con situazioni di bisogno più acuto o in condizioni di maggiore fragilità devono essere messe in grado di poter accedere ai servizi rivolti a tutti, oltre che eventualmente a misure e servizi specificamente dedicati.

Coloro che hanno più bisogno, e perciò più titolo ad accedere al sistema integrato, devono essere agevolati nell'accesso ai servizi universalistici e agli interventi loro dedicati. In tal senso occorre sviluppare azioni informative capillari, miranti a facilitare ed incoraggiare l'accesso ai servizi ed alle misure disponibili. Tali azioni dovranno riguardare la messa a punto di strumenti di informazione adeguati, di modalità di lavoro attive e rispettose della dignità e delle competenze dei soggetti, di misure di accompagnamento che compensino le situazioni di fragilità e valorizzino le

capacità delle persone e delle reti sociali e familiari. Nella prospettiva di un modello universalistico di assistenza socio-sanitaria alla persona, dove l'accesso al servizio è subordinato all'accertamento dello stato del bisogno, l'individuazione di tali condizioni e la loro traduzione in adeguate offerte assistenziali, costituiscono il primo passo per arrivare alla piena specificazione dei diritti dei beneficiari.

Il sistema territoriale dei servizi sociosanitari per la non autosufficienza in Toscana delinea una articolazione organizzativa strutturata su due piani tra loro fortemente coordinati e che prevede, un livello di indirizzo e di governo costituito dalle Società della Salute ed un livello di coordinamento ed operativo articolato in: Il Punto Unico di Accesso, la rete dei Punti Insieme e le Unità di Valutazione Multidimensionali.

Le Società della Salute rappresentano il livello di governo dove si definiscono gli indirizzi di carattere generale, le priorità di intervento e le modalità di utilizzo del Fondo a livello territoriale.

La *L.R. n. 66/2008*, in coerenza con l'*art. 64 della L.R. n. 40/2005*, individua nel Responsabile di zona, ovvero nel direttore della SdS ove costituita, la responsabilità del livello di coordinamento operativo del sistema di accesso dei servizi territoriali, chiamato Punto Unico di Accesso (PUA), che deve assicurare al cittadino, in tempi certi e definiti, l'accesso, la valutazione e l'erogazione di prestazioni sulla base di un progetto di assistenza personalizzato.

Pertanto il responsabile di Zona distretto (ovvero il Direttore della SdS), mediante il PUA, assicura la presa in carico del cittadino attraverso la gestione e il coordinamento della rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza.

Il PUA è costituito da uno staff dove sono presenti le figure professionali ritenute necessarie alle connesse funzioni di regia e di coordinamento. Esso rappresenta il luogo dove, dal punto di vista operativo, professionale e gestionale, si realizza compiutamente l'integrazione sociosanitaria. I Punti Insieme sono presidi per l'accesso al sistema integrato territoriale e sono organizzati a livello di singola zona distretto. Essi garantiscono l'accoglienza e l'orientamento del cittadino, nonché la registrazione e trasmissione di tutte le informazioni utili all'unità di valutazione multidimensionale per l'attivazione, da parte di quest'ultima, dell'analisi del bisogno.

Presso ogni zona distretto viene costituita una Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), con atto del responsabile di zona o del direttore società della salute, che assegna il coordinamento della stessa ad uno dei suoi membri. Essa è costituita da un medico di distretto, un assistente sociale, un infermiere professionale ed è integrata, oltre che dal medico di medicina generale del paziente, anche, a seconda dei casi, da professionalità specialistiche, sociali, sanitarie e da operatori ritenuti necessari alla valutazione. L'UVM assicura la valutazione del livello di bisogno della persona non autosufficiente, la definizione di un progetto assistenziale personalizzato condiviso con la famiglia e gestito da un responsabile appositamente nominato e la verifica periodica della sussistenza dell'appropriatezza delle prestazioni previste dal progetto.

L'organizzazione degli interventi assistenziali dovrà essere orientata sulla base dei seguenti principi:

- la lettura tempestiva del bisogno al momento della presentazione della domanda di intervento, in modo da orientare la presa in carico e da assicurare le prime risposte;
- la valutazione delle condizioni di bisogno che orienta, in una logica di soddisfacimento dei diritti dei beneficiari, verso la risposta assistenziale più appropriata;
- la definizione di un progetto assistenziale personalizzato, con riferimento al criterio della unitarietà della gestione, cui concorrono apporti professionali sanitari e sociali in una condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse;
- l'individuazione della figura dell'operatore di riferimento che ne è il responsabile organizzativo;
- certezza della presenza delle figure professionali coinvolte nel programma assistenziale;

- individuazione delle fasi di diversa intensità di assistenza nell'ambito del percorso assistenziale: fase intensiva, caratterizzata da un impegno di tipo diagnostico e terapeutico di elevata complessità e di durata breve e definita; fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica e da un programma assistenziale di medio o prolungato periodo; fase di lungo assistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale ed a rallentare il suo deterioramento.

**Il paragrafo 7.7.2 è sostituito dal seguente:**

### **7.7.2. Le politiche per la non autosufficienza**

La rete dei servizi territoriali toscani, con riferimento al DPEF e con avvio nel 2008, si arricchirà, entro il 2010, del “sistema integrato dei servizi sociosanitari verso la persona non autosufficiente”, impiegando a tal fine un fondo integrato e mirato di risorse che riunifica e consolida quelle sociali (statali, regionali, comunali) e quelle sanitarie (regionali).

Gli strumenti della programmazione sociosanitaria toscana definiscono l’impianto del sistema integrato dei servizi sociosanitari verso la persona non autosufficiente, individuando alcuni strumenti e azioni fondamentali, che saranno oggetto di successivi atti normativi e gestionali:

- sottoscrizione di una Intesa Interistituzionale per la non autosufficienza. È un patto pubblico che viene sottoscritto tra Regione, Asl ed Enti Locali; indica la scelta di un rapporto di cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, nell’ambito delle rispettive competenze, con assunzione di responsabilità e di definizione delle risorse;

- riconoscimento del diritto del cittadino alla prestazione sociosanitaria integrata. Il fondo permette il rafforzamento del diritto di cittadinanza rendendo possibile il passaggio dal riconoscimento del “titolo alla prestazione, a quello del “diritto alla prestazione sociosanitaria integrata”;

- definizione dei livelli di risposta assistenziale da assicurare sulla base degli indici di gravità, che conferiscono al sistema dei servizi caratteristica di certezza (prestazione certa ed esigibile per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno) e si caratterizzano come tipologia di offerta commisurata all’indice di gravità del bisogno, nell’ambito delle risorse rese disponibili;

- individuazione dei destinatari delle offerte integrate: i destinatari delle offerte integrate alimentate con il Fondo per la non autosufficienza sono tutte le persone non autosufficienti, le cui condizioni di bisogno, indipendentemente dall’età e dalla patologia di riferimento, accertate con modalità multidimensionali che tengono conto di difficoltà organico-funzionali, cognitivo-comportamentali e socio-relazionali-ambientali, presentano indici di gravità di fronte ai quali viene attivato il fondo;

- configurazione e articolazione della mappa delle offerte integrate coperte e sostenute dal fondo: le offerte assistenziali integrate sono articolate in aree di intervento, sulla base dei progetti personalizzati che prevedono offerte miste nelle aree della residenzialità, della semiresidenzialità, della domiciliarità, anche attraverso forme di assistenza indiretta e/o integrativa;

- applicazione delle modalità di compartecipazione al costo delle prestazioni di cui all'*art. 14 della legge regionale n. 66/2008* “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”, come da atto d'indirizzo approvato dalla Giunta regionale con propria *Delib.G.R. n. 385/2009*.

Il sistema integrato dei servizi sociosanitari distrettuali si avvale del modello integrato di accesso già disegnato nelle grandi linee dalla *Delib.G.R. n. 402/2004* e poi riconfermato nella *L.R. n. 66/2008*, intorno ad alcuni strumenti e requisiti fondamentali:

- a) attivazione del livello di coordinamento dell'accesso al sistema dei servizi territoriali: PUA (punto unico di accesso) e Punti Insieme;
- b) valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno;
- c) protocolli di continuità assistenziale territorio-ospedale, territorio-medici di medicina generale, territorio-specialistica;
- d) quantificazione dei carichi assistenziali e la determinazione degli indici di isogravità;
- e) articolazione dei pacchetti assistenziali;
- f) quantificazione delle risorse.

#### Obiettivi:

- incrementare, in previsione dell'attivazione del Fondo per la non autosufficienza, i servizi domiciliari e semiresidenziali;
- completare la programmazione delle offerte “modulari” residenziali in tutte le Zone attraverso un percorso di concertazione tra i soggetti istituzionali (S.d.S od Articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci) ed i gestori;
- aggiornamento e formazione permanente del personale;
- piena funzionalità dei Punti Insieme, per garantire un accesso unificato ai servizi in modo da evitare difficoltà nella richiesta d'assistenza o attivazioni duplicate d'intervento, e per identificare il luogo fisico dove segnalare il bisogno e ottenere la valutazione;
- formazione e aggiornamento delle unità di valutazione multidisciplinare presenti in ogni zona/distretto, per la definizione del programma assistenziale individuale e della verifica periodica degli esiti del percorso assistenziale;
- piena realizzazione e funzionalità del PUA presso ogni zona distretto come struttura di coordinamento e di supporto al livello direzionale e di governo del territorio;
- sviluppo ed accompagnamento di azioni di prevenzione della non autosufficienza;
- continuità di assistenza tra ospedale e territorio;
- sviluppo di un sistema di risposte flessibili, in primo luogo territoriali, domiciliari e di sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia, e quindi residenziali, sulla base del principio di appropriatezza;
- gestione unitaria ed integrata, da parte di soggetti istituzionali territoriali (Società della Salute), del Fondo per la non autosufficienza, composto da risorse derivanti dal fondo sanitario, dal fondo sociale, dalla spesa dei Comuni e di altri soggetti locali;
- realizzazione del sistema informativo per la non autosufficienza coerentemente con i principi del sistema informativo regionale.

#### Strumenti:

- Intese interistituzionali;

- Atto deliberativo GRT di approvazione del “Progetto regionale per l’assistenza continua a persone non autosufficienti”;
- Atto deliberativo della GRT per approvare le nuove modalità ed i nuovi strumenti di valutazione della non autosufficienza;
- Legge e Regolamento attuativo relativi ai requisiti per l’accreditamento, distinti per tipologia di servizio e agli indicatori per la verifica dell’attività svolta e dei risultati raggiunti;
- Atto regionale di indirizzo per disciplinare la regolamentazione comunale in tema di “Modalità di compartecipazione al costo della prestazione”.

Risorse:

- risorse sociali e sanitarie ordinariamente destinate alla non autosufficienza;
- risorse provenienti dal fondo sanitario regionale destinate al sostegno dei servizi sociosanitari a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, secondo le indicazioni del piano sanitario e sociale integrato regionale;
- risorse provenienti dal fondo sociale regionale, comprese quelle aggiuntive previste dal DPEF 2008-2010;
- risorse provenienti dal fondo nazionale per l’assistenza alle persone non autosufficienti, nonché da eventuali ulteriori risorse nazionali trasferite per finalità coerenti con gli obiettivi della presente legge;
- risorse provenienti da lasciti o donazioni, compatibili con questa finalità sociosanitaria;
- risorse dei Comuni già impegnate per la spesa storica sostenuta a titolo di assistenza ai non autosufficienti così come risulta dai bilanci al 31 dicembre 2007.

L'allegato 3 del PISR è sostituito dal seguente:

Allegato 3

## **L’Assistenza continua alla persona non autosufficiente**

### **1) Il progetto regionale**

La non autosufficienza, tanto per gli aspetti legati alla pressione demografica quanto per le caratteristiche di perdita e/o di mancanza di autonomie, si connota come una problematica particolarmente complessa, in grande crescita ed in continua evoluzione.

Per far fronte a tale complessità, si prevede la definizione del progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, che sarà oggetto di una successiva Deliberazione della Giunta Regionale Toscana, finalizzato ad accompagnare l'organizzazione di un sistema locale di welfare in grado di tutelare le persone non autosufficienti e le loro famiglie.

Un impianto che si assume anche il compito di dare indicazioni sulle modalità organizzative e gestionali di una struttura composta da un "reticolo di organizzazioni".

Il Progetto regionale sulla non autosufficienza fornisce indicazioni ai servizi territoriali perché realizzino gli interventi mirati verso l'area della non autosufficienza, e quelli nell'area della prevenzione, in modo da ritardare situazioni di gravità. In sostanza le politiche regionali di assistenza verso le persone anziane devono affrontare, con respiro strategico, il tema del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana.

## **2) L'obiettivo del progetto regionale**

La crescita della responsabilità pubblica costituisce il nucleo della proposta, che si realizza tramite la crescita dei servizi pubblici e l'attivazione di livelli essenziali per i non autosufficienti come parte del processo di introduzione di livelli essenziali per il complesso di servizi e interventi sociali (Liveas).

L'impianto del progetto regionale si fonda sul carattere universalistico dell'assistenza, riconoscendo alla persona non autosufficiente il diritto alla garanzia della prestazione sociosanitaria appropriata, rafforzando ed estendendo il diritto di cittadinanza.

Tale obiettivo, coniugato al principio della valutazione del bisogno assistenziale e della presa in carico delle persone sulla base di progetti personalizzati ed integrati, deve avere caratteristica di certezza (prestazione certa per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno) e realizzarsi come tipologia di offerta appropriata.

## **3) L'intesa interistituzionale**

Il sistema dei servizi e di interventi a favore della non autosufficienza deve fondarsi su una Intesa interistituzionale tra Regione, Aziende USL ed Enti Locali, nella quale si indica la scelta di un rapporto di cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, nell'ambito delle rispettive competenze, con assunzione di responsabilità.

L'intesa definisce un sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti, sulla base dei principi generali di universalità nell'accesso alle prestazioni, di integrazione delle politiche sanitarie e di quelle sociali, di sostegno alla domiciliarità, di coinvolgimento delle comunità locali nella attuazione degli interventi e nella valutazione degli esiti.

Le intese interistituzionali, sottoscritte a livello di singolo territorio, contengono gli impegni dei diversi soggetti istituzionali a garantire adeguati livelli di assistenza sociale di base e ad assicurare il complesso delle risorse già dedicate alle politiche di sostegno della non autosufficienza.

In particolare:

- La Regione, al fine di assicurare risposte assistenziali certe ed omogenee in ambito regionale, si impegna a dedicare a questo progetto risorse già oggi impiegate per i servizi sanitari e socio sanitari per la non autosufficienza e risorse ulteriori determinate a seguito della definizione del progetto. La Regione inoltre assicura l'unitarietà del Fondo, anche a fronte dell'origine diversificata dei finanziamenti.

- Gli Enti Locali e le Aziende USL si impegnano a garantire il governo integrato del fondo anche attraverso il ruolo strategico delle Società della Salute, in grado di assicurare la realizzazione del sistema integrato dei servizi a livello territoriale. Nelle Zone dove non fosse costituita la Società

della Salute tali impegni devono essere definiti e concordati tra l'azienda sanitaria ed i comuni, in coerenza con il Piano Integrato di Salute.

Infine attraverso l'Intesa interistituzionale si individuano gli obiettivi e requisiti regionali di assistenza, che concorrono alla realizzazione di interventi adeguati (sia in termini qualitativi che quantitativi) ed appropriati, per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, nonché le relative risorse umane e finanziarie necessarie alla loro realizzazione.

#### **4) Il modello integrato**

Il sistema territoriale dei servizi per la non autosufficienza in Toscana delinea una articolazione organizzativa strutturata su due piani tra loro fortemente coordinati, che sono:

- La funzione di indirizzo, di governo e di programmazione costituita dalle società della salute. Il sistema dei servizi territoriali acquisisce un ruolo ed una funzione strategica se riesce a strutturare e a mantenere un carattere fortemente integrato. Tale possibilità è assicurata dal nuovo assetto che, in Toscana, si configura con l'introduzione delle Società della Salute, che rappresentano il livello di governo dove si definiscono gli indirizzi di carattere generale, le priorità di intervento e le modalità di utilizzo del Fondo a livello territoriale, ad esito del processo concertativo partecipativo, che trova compiuta attuazione nella sottoscrizione dei patti (istituzionali e territoriali).

Nello specifico, vengono attribuite alle Società della Salute:

- la funzione di indirizzo e di governo finalizzate alla definizione delle linee della programmazione operativa e attuativa di territorio;

- il controllo, il monitoraggio e la valutazione in rapporto agli obiettivi programmati;

- l'organizzazione e la gestione delle attività sanitarie e socio-sanitarie nell'area della non autosufficienza e della disabilità, così come previsto dall'*art.142-bis L.R. n. 40/2005*, modificata con *L.R. n. 60/2008*.

- La funzione di coordinamento operativo è così presidiata:

a) Il Punto Unico di Accesso: livello direzionale affidato al Responsabile di zona, ovvero al Direttore della Società della Salute ove costituita, composto da uno staff dove sono presenti le figure professionali, indicate nel punto 3.4.2.1 del P.I.S.R. e quelle ritenute necessarie alle connesse funzioni di regia e di coordinamento. Pertanto il PUA rappresenta il luogo dove dal punto di vista operativo, professionale e gestionale, si realizza compiutamente l'integrazione sociosanitaria. Il responsabile di Zona distretto, attraverso il PUA, presente in ogni Zona distretto, assicura la presa in carico del cittadino attraverso la gestione e il coordinamento della rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza. Il governo dell'accesso alle prestazioni integrate socio-sanitarie dovrà anche assicurare tempi certi per la valutazione e l'erogazione delle prestazioni, così come previsti dalla *legge regionale n. 66/2008*;

b) I Punti Insieme: costituiscono la porta di accesso al sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza e si caratterizzano per la loro elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella strutturazione. I Punti Insieme, la cui articolazione organizzativa viene definita a livello di singola zona-distretto, devono garantire l'accoglienza e la raccolta della segnalazione del bisogno, l'orientamento e l'informazione del cittadino, nonché l'avvio delle procedure relative alla presa in carico;

c) L'Unità di Valutazione Multidisciplinare: viene costituita presso ogni zona distretto. Individuata come un'articolazione operativa, è composta, così come previsto dall'*art. 11 della L.R. n. 66/2008*, da un medico di distretto, un assistente sociale ed un infermiere. È di volta in volta integrata dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione. In relazione ai casi in esame è anche integrata da professionalità specialistiche e dagli operatori coinvolti nella valutazione del caso e che si ritengono necessari ai fini della definizione del progetto di assistenza

personalizzato, con particolare attenzione alla professionalità geriatrica per i PAP dedicati alle persone >65enni. Alla Unità di Valutazione compete la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente, la individuazione dell'indice di gravità del bisogno, la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP), la sua condivisione con la persona e la famiglia e la individuazione e relativa nomina del responsabile del progetto.

## 5) L'offerta dei servizi

Al fine di orientare il modello toscano verso la priorità strategica della permanenza del soggetto non autosufficiente nel contesto familiare, attraverso l'incremento dell'ADI, definendo le necessarie risorse, ed il sostegno domiciliare, così come previsto nel P.S.R. 2008-2010, limitando i casi di inserimento in strutture residenziali, il progetto, in coerenza con le indicazioni contenute nell'*art. 7 della L.R. n. 66/2008*, definisce all'interno delle aree (domiciliare, semiresidenziale e residenziale) la diversa articolazione delle tipologie di intervento.

Fermo restando la necessità di garantire la circolarità e la flessibilità degli interventi, sinteticamente gli stessi possono essere suddivisi in:

1. Per l'area della domiciliarità gli interventi si riferiscono:

- agli interventi domiciliari sociali e sociosanitari forniti in forma diretta dal servizio pubblico (assistenza domiciliare sociosanitaria e integrata);

- agli interventi domiciliari in forma indiretta:

- tramite titoli per l'acquisto di servizi, che saranno disciplinati dopo l'adozione delle procedure di accreditamento;

- tramite il sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia che si avvale di figure di assistenza regolarmente assunte; tramite il sostegno della famiglia che si assume in proprio il carico assistenziale verso persone non autosufficienti con gravi forme di demenza senile. In questi casi non c'è l'obbligo di finalizzazione del contributo per la copertura di costi derivanti dall'instaurazione di un rapporto di lavoro.

2. Per l'area della semiresidenzialità gli interventi si riferiscono ad inserimenti nei centri diurni.

3. Per l'area della residenzialità gli interventi si riferiscono in via prioritaria agli inserimenti temporanei o di sollievo nelle RSA e, nei casi in cui non sia possibile attivare percorsi alternativi, agli inserimenti permanenti in RSA.

Nell'ambito del sistema accreditato, i soggetti titolari delle prestazioni definite nel PAP, potranno esercitare il diritto di scelta nell'accesso alle strutture ed ai servizi disponibili (vedi *articolo 8 L.R. n. 41/2005 e artt. 3 e 16 L.R. n. 40/2005*).

## 6) Le azioni di sistema

Al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi di progetto e di assicurarne l'omogeneità su tutto il territorio regionale, si delineano nel progetto le azioni di sistema, che non sono rivolte prioritariamente alle persone fisiche, ma sono tese a migliorare gli aspetti organizzativi, gestionali e di governo, affinché si sviluppino "un sistema integrato di servizi sociosanitari che dia al cittadino la certezza su tempi, quantità e qualità delle risposte assistenziali idonee per affrontare e risolvere il proprio bisogno".

Tali azioni ricomprendono:

- **La comunicazione** che è l'azione attraverso la quale i cittadini devono avere un'informazione chiara rispetto alle possibilità della risposta ai bisogni della persona non autosufficiente e della sua famiglia. È anche uno degli strumenti attraverso cui si promuove la domiciliarità.

- **La formazione** attraverso cui rendere il sistema nel suo insieme e tutti gli attori, pubblici e privati, più competenti, sia rispetto alla complessità delle problematiche che la non autosufficienza pone, sia nei confronti della necessità dell'agire integrato che la rete ed i servizi (formali e informali) debbono sviluppare per aggredire al meglio quella stessa complessità.

- **L'accompagnamento.** Il grado di innovazione e la complessità che il progetto regionale per la non autosufficienza porta con sé, implicano che siano previste azioni che seguano complessivamente tutte le zone distretto, evitando che ci siano disfunzioni e disallineamenti tra i diversi territori, tali da produrre poi diversità significative nelle risposte ai cittadini.

- **Il sistema informativo** per la non autosufficienza, parte integrante del sistema di monitoraggio e valutazione progettuale, ha l'obiettivo di portare ad unità le differenziazioni e soprattutto le incomunicabilità degli attuali sistemi applicativi e gestionali già in essere, di parte sociale e di parte sanitaria e di definire l'insieme di tutti gli elementi che permettono di rilevare i dati, di produrre informazioni e di rendere disponibili le stesse nei tempi e nei modi che possano consentire alla cabina di regia regionale e alle direzioni zonali, di avere le indicazioni necessarie per monitorare, verificare ed eventualmente intervenire nelle diverse fasi di progetto, avendo cura di poter controllare la sua sostenibilità, nel rispetto dell'universalismo e dell'equità del sistema.

- **L'accreditamento** è oggetto di una specifica proposta di legge, che in base all'*art. 25 della L.R. n. 41/2005*, disciplinerà le modalità di accreditamento dei servizi alla persona e delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private, ivi inclusi quelle che operano nelle aree dell'integrazione socio-sanitaria, al fine di erogare prestazioni per conto degli enti pubblici competenti.

- **Lo studio epidemiologico di popolazione** attraverso cui definire il bisogno di assistenza socio-sanitaria nella popolazione ultra65enne residente al domicilio.

- **Il monitoraggio e la valutazione.** Il monitoraggio ha lo scopo di registrare puntualmente l'andamento delle azioni progettuali. La valutazione ha lo scopo di proporre percorsi e soluzioni di modifica e miglioramento delle azioni progettuali. I basamenti informativi saranno quelli del monitoraggio, integrati con strumenti e metodologie specifiche.

## **7) Composizione, ripartizione e misure perequative del Fondo**

Risorse per la non autosufficienza (P.I.R. 2.5 del P.R.S. 2006-2010)

La Regione Toscana ha previsto per il Fondo Regionale per la NON autosufficienza, istituito con l'entrata in vigore della *legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66*, di garantire un livello di spesa a regime, a titolo di risorse libere regionali - in aggiunta alla quota di fondo sanitario relativo ai livelli essenziali per la non autosufficienza LEA - pari a Euro 80.000.000,00 l'anno per un totale complessivo (a partire dal 2010) di Euro 260.000.000,00, in stretta coerenza con quanto riportato per il P.I.R. 2.5 dal DPEF 2010.

Sono inoltre destinati alla non autosufficienza anche le risorse derivanti da eventuali lasciti e donazioni ed i trasferimenti nazionali, come le risorse del Fondo per le famiglie, che per il 2009 sono finalizzate agli interventi sulle assistenti familiari.

Tali risorse, così attribuite, sono trasferite con vincolo di destinazione e gestite con contabilità separata. Fermo restando che non sono soggette a compartecipazione le somme del Fondo NA eventualmente destinate alla copertura di prestazioni a carattere sanitario, per le prestazioni residenziali il concorso dei Comuni rimane determinato dalle norme della compartecipazione al costo delle prestazioni di cui all'*art. 14 della L.R. n. 66/2008*.

La Giunta Regionale, tenuto conto di quanto disposto nell'*art. 3 della L.R. n. 66/2008* e sulla base delle indicazioni fornite dalla conferenza regionale della società della salute, provvede annualmente a ripartire il Fondo valutando in particolare la quantità delle risposte assistenziali effettivamente

erogate e la loro efficacia con riferimento alla coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale e territoriale.

La Giunta Regionale provvederà con proprio atto deliberativo ad approvare il “Progetto per l'assistenza continua alla non autosufficienza” contenente, tra l'altro, la determinazione e dimensionamento delle risorse da destinare ai diversi livelli di gravità di valutazione della persona non autosufficiente, sulla base del fabbisogno determinato a livello regionale.

Ferma restando la definitiva determinazione del dimensionamento programmato delle risorse (pacchetti isorisorse) da destinare ai diversi livelli di gravità, le società della salute, laddove costituite, altrimenti le zone distretto, possono superare la soglia massima dell'isorisorsa prevista per un determinato livello di gravità solo se risulta essere soddisfatto completamente il fabbisogno della domanda (copertura assistenziale di tutte le segnalazioni pervenute senza la creazione di liste di attesa).

Il fondo regionale per la non autosufficienza è ripartito tra le zone-distretto dalla Giunta regionale, sulla base delle indicazioni fornite dalla conferenza regionale delle società della salute di cui all'*articolo 11 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40* (Disciplina del servizio sanitario regionale), modificata dalla *legge regionale 10 novembre 2008, n. 60*, facendo riferimento ai seguenti criteri generali:

a) indicatori di carattere demografico;

b) indicatori relativi all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;

c) indicatori relativi alle persone non autosufficiente, disabili ed anziane accolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Una quota pari al 10 per cento del fondo è finalizzata a sostenere lo sviluppo omogeneo del sistema in ambito regionale con particolare riferimento ai comuni di cui alla *legge regionale 27 luglio 2004, n. 39*, concernente norme a favore dei comuni montani e dei piccoli comuni in situazioni di disagio.

(4) Il suddetto Piano è stato approvato con *Delib.C.R. 31 ottobre 2007, n. 113*.

Allegato B

## **Rapporto di valutazione**

**Denominazione Piano/programma**

**Modifica Piano Integrato Sociale Regionale**

**Durata**

**2007-2010**

**Riferimenti normativi**

**L.R. 14 febbraio 2005, n. 41 / L.R. 18 dicembre 2008, n. 66**

**Assessore competente**

**Gianni Salvadori**

**Direzione Generale**

**Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà**

**Settore competente**

**Area di coordinamento Politiche sociali integrate e relativi settori di appartenenza**

**Dirigente responsabile**

**Patrizio Nocentini**

**Indice - Capitoli**

**1 Analisi di fattibilità**

**Paragrafi:**

**1a) Introduzione**

**1b) Processo di formazione delle modifiche al Piano**

**1c) Cronoprogramma**

**1d) Fasi del confronto istituzionale e generale**

**1e) Risorse**

**2. Modello di controllo e verifica preventiva**

**3. Valutazione di coerenza con gli altri livelli di programmazione regionale**

**4. Valutazione di fattibilità economico finanziaria**

**5. Valutazione degli effetti attesi**

**6. Monitoraggio degli effetti attesi dall'avvio e sviluppo delle azioni previste dalla *L.R. 18 dicembre 2008, n. 66***

**Capitolo 1. Analisi di fattibilità**

**1a) Introduzione**

La presente proposta di modifica al PISR si è resa necessaria a seguito dell'entrata in vigore della *legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66* istitutiva del fondo regionale per la non autosufficienza.

L'art. 19 prevede che, in sede di prima applicazione, la programmazione degli interventi destinati al sostegno delle persone non autosufficienti disabili ed anziane sia disciplinata con apposita modifica del piano integrato sociale regionale 2007-2010.

In particolare, l'Allegato 3 del PISR è stato completamente sostituito dal nuovo allegato riportante i contenuti del progetto "L'Assistenza Continua alla persona Non Autosufficiente", finalizzato ad esplicitare le funzioni dei nuovi presidi per l'accesso alle prestazioni erogate tramite il fondo regionale per la non autosufficienza, così come previsti dagli *articoli 9, 10, 11, 12, 13 della L.R. n. 66/2008*.

Analogamente, si è provveduto a dettagliare l'offerta dei servizi previsti dall'art. 7 della stessa legge, ovvero al tipologia delle prestazioni erogate dal fondo, nonché le azioni di sistema propedeutiche al raggiungimento degli obiettivi di progetto previsti ed all'assicurazione di omogeneità dei servizi attivati su tutto il territorio regionale.

A tale proposito è stato ritenuto necessario specificare sia, nell'Allegato 3 che nel paragrafo 7.6 "Il sistema di accesso ai servizi socio sanitari con particolare riferimento ai servizi relativi alla non autosufficienza", che il Punto Unico di Accesso è la funzione di governo che permette la gestione integrata di tale sistema di servizi socio sanitari, garantendo un presidio funzionale, organizzativo e programmatorio della rete nel suo complesso. Non si tratta quindi di un presidio di accesso come Punti Insieme e UVM riportati nella *L.R. n. 66/2008* all'articolo 10 ma di una funzione della zona distretto in grado di governare il sistema integrato dei servizi socio sanitari già previsto anche da precedenti atti di programmazione approvati dal consiglio Regionale, in particolare il Piano sanitario Regionale 2008-2010, approvato con *Delib.C.R. 16 luglio 2008, n. 53*.

All'interno del Rapporto di Valutazione di cui all'Allegato B della proposta di delibera al Consiglio è stato inoltre sottolineata, così come nel paragrafo 3.4.1 emendato, la variazione del quadro delle risorse destinate alla non autosufficienza, rispetto alle previsioni programmatiche del PISR 2007-2010.

Il quadro finanziario risulta parzialmente modificato rispetto alla quantificazione delle risorse previste per la non autosufficienza dalla *Delib.C.R. 31 ottobre 2007, n. 113* in ragione della mancata definizione delle risorse di provenienza nazionale che non garantiscono nessuna copertura per l'esercizio 2010 e registrano una forte decurtazione per il 2009 (da Euro 75.000.0000,00 ad Euro 28.000.000,00). Da parte della Regione Toscana, viene invece confermato pienamente l'impegno per il progetto per la non autosufficienza con la messa a disposizione di 80 milioni annui a regime, così come riportato nel Documento di Programmazione Economica e Finanziaria 2010 e senza ricorrere al prelievo fiscale. La Toscana ha, pertanto, fornito un servizio ulteriore ed importante ai propri cittadini senza prelevare ulteriormente dal loro reddito disponibile ma continuando ad assicurare servizi sociali su livelli elevati, qualificati e crescenti nonostante la riduzione del fondo sociale nazionale. Gli effetti attesi di tale modificato quadro finanziario sono rappresentati precipuamente dalla necessaria gradualità con cui sviluppare il modello, con una prima fase che preveda l'attivazione dei servizi nei confronti dei soggetti non autosufficienti anziani ed una seconda estesa ai soggetti disabili gravi, minori adolescenti ed adulti.

## **1b) Processo di formazione delle modifiche al Piano**

Le modalità di predisposizione delle modifiche al Piano Integrato sociale regionale sono conformi al contesto delineato dalla normativa regionale in materia di programmazione e, precisamente, alla *L.R. 11 agosto 1999, n. 49* "Norme in materia di programmazione regionale" e s.m.i ed al "Regolamento di disciplina dei processi di valutazione integrata e di valutazione ambientale degli

strumenti di programmazione di competenza della Regione” in attuazione dell'*art. 16 della L.R. n. 49/1999* e dell'*art. 11 della L.R. n. 1/2005*, emanato con *D.P.G.R. 2 novembre 2006, n. 51/R*, nonché alla decisione della G.R. 6 novembre 2006, n. 2 che approva il modello analitico per l'elaborazione e la valutazione dei piani e programmi regionali, le linee guida per la valutazione degli effetti attesi e le forme di partecipazione per la valutazione integrata di piani e programmi regionali.

Nel processo di formazione delle modifiche al piano si possono identificare le seguenti fasi principali:

1. Una prima fase di orientamento e ricognizione che ha portato ad individuare le sezioni del piano da sottoporre a modifica ed a stabilire con quale modalità contenutistica e strutturale apportare le variazioni.

2. L'elaborazione di un documento preliminare alla proposta di integrazione al PISR 2007-2010, descrittivo della materia e dell'oggetto della proposta, degli obiettivi e dell'analisi finanziaria relativa alle risorse per la non autosufficienza, sottoposto al CTD per ottenere indicazioni sulle successive fasi di confronto da adottare.

3. La trasmissione dei contenuti delle modifiche, comprensivi degli emendamenti ai paragrafi, del rapporto di valutazione integrata e della proposta di delibera al Consiglio Regionale, ai competenti uffici dell'Area di Coordinamento Programmazione e Controllo della Regione Toscana per acquisirne i relativi pareri (parere del NURV e parere del Settore Bilancio), propedeutici alla trasmissione delle modifiche definitive al CTD.

4. Acquisizione del parere favorevole del CTD alla proposta di modifica del piano.

5. Approvazione della proposta di modifica da parte della Giunta e trasmissione al Consiglio.

6. Approvazione del Consiglio Regionale.

### **1c) Cronoprogramma**

<b>Fase</b>	<b>operazione</b>	<b>tempistica</b>
1. Fase Unica	Predisposizione proposta di modifica	aprile 2009
	Esame da parte del NURV	21 luglio 2009
	Esame da parte del CTD	30 luglio 2009
	Approvazione della proposta finale della modifica al Piano da parte della Giunta e trasmissione al Consiglio Regionale	agosto 2009
	Approvazione del Consiglio regionale	settembre 2009

### **1d) Fasi del confronto istituzionale e generale**

Il processo di coinvolgimento delle organizzazioni sindacali e di tutti i portatori di interessi direttamente od indirettamente coinvolti nell'ambito delle politiche per la non autosufficienza, è stato ampiamente sviluppato durante la fase di elaborazione del testo della *legge regionale n.*

66/2008; nel marzo 2008 si sono infatti tenuti i tavoli di concertazione generale ed istituzionale sul documento preliminare alla proposta di legge con la presenza dei rappresentanti sindacali Cgil Cisl Uil, Confindustria, Confartigianato, Confcooperative, Coldiretti, Confesercenti, Confcommercio, Cispel Toscana, Anci, Upi, Uncem, Associazioni Ambientaliste, Legacoop, CNA, oltre al tavolo di concertazione istituzionale, nel luglio 2008 sull'articolato del progetto di legge condiviso da Anci Toscana, Uncem regionale ed Upi Toscana.

In sede di concertazione istituzionale sul documento preliminare, le cui linee guida erano già state ampiamente discusse e condivise dalle associazioni enti locali, Anci, Upi ed Uncem hanno condiviso l'impostazione generale del documento sottolineando l'importanza di un forte impegno pubblico su queste tematiche e la necessità di integrare i contenuti della legge con le previsioni in materia di istituzione e sviluppo delle società della salute. In tale sede è stato, inoltre, concordato di procedere, in parallelo all'istituzione del fondo unico per la non autosufficienza, alla predisposizione delle modifiche al PISR in conseguenza alle nuove disposizioni normative in materia.

In sede di concertazione generale, sempre sul documento preliminare alla proposta di legge, è stata concordata la necessità di definire con gradualità le disponibilità del fondo per la non autosufficienza, sia per rispettare la coerenza con gli strumenti di programmazione economico-finanziaria regionali, sia per l'impossibilità a stabilire con certezza e preventivamente ad una puntuale programmazione locale, le risposte ottimali a soddisfare la vasta gamma di bisogni afferente ai bisogni dei soggetti non autosufficienti, fermo restando che, una volta approvata la legge regionale istitutiva del fondo, questo avesse carattere di certezza e di continuità negli anni.

Infine, in sede di concertazione istituzionale sulla proposta di legge "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza", avvenuta il 7 luglio 2008, è stata ribadita la necessità di attribuire al PUA il ruolo funzionale di governo del sistema a garanzia della gestione integrata dei servizi socio sanitari e di istituire una UVM unica per ogni zona. È stato inoltre condiviso il meccanismo della compartecipazione quale strumento di equità, nonché l'importanza del coinvolgimento dei medici di medicina generale in tutto il processo assistenziale.

Pertanto il CTD, in sede di valutazione del documento preliminare alla proposta di integrazione al PISR non ha ritenuto procedere nuovamente al confronto istituzionale e generale in quanto le modifiche non avrebbero impattato sulle finalità e gli obiettivi generali del piano ma avrebbero comportato un mero aggiornamento dello stesso in termini di attualizzazione degli effetti attesi.

Tuttavia, si è ritenuto procedere alla comunicazione formale delle modifiche che la Giunta Regionale si apprestava ad attuare in sede di Conferenza Regionale della Società della salute del 27 aprile 2009, nel contesto della quale il nuovo Allegato 3 del PISR "Progetto per l'Assistenza Continua alla persona NON Autosufficiente", è stato approvato nella versione presentata.

## **1e) Risorse**

Nel processo di elaborazione e modifica del Piano integrato sociale regionale, reso necessario a seguito dell'entrata in vigore della *legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66*, sono state utilizzate le risorse umane dei Settori appartenenti all'Area di coordinamento Politiche sociali integrate della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà, oltre al personale di riferimento in materia sociale dello Staff Affari giuridici della medesima Direzione generale, della Direzione Generale Bilancio e dei competenti uffici dell'Area di Coordinamento Programmazione e controllo.

Il processo di elaborazione delle modifiche al PISR è stato effettuato, pertanto, interamente da personale interno alla Regione Toscana, con l'ausilio della consulenza esterna di professionisti che hanno collaborato alla redazione della *L.R. n. 66/2008*, per un impiego complessivo di circa trenta giorni lavorativi distribuiti durante le varie fasi del percorso di modifica. La valutazione di efficacia e degli effetti attesi sarà realizzata dai Settori appartenenti all'Area di coordinamento Politiche

sociali integrate della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà in collaborazione con ARS, IRS, Scuola superiore S. Anna ed Università di Firenze.

## Capitolo 2. MODELLO DI CONTROLLO E DI VERIFICA PREVENTIVA

di cui all'art. 12 del Regolamento di "Disciplina dei processi di valutazione integrata e valutazione ambientale degli strumenti di programmazione di competenza della Regione"

### SEZIONE 1 - Controllo su Piani e Programmi ai fini della valutazione ambientale

A.1 - Indicare se il piano/programma è elaborato per uno dei seguenti settori:

	SI	NO		SI	NO
AGRICOLO	x		DEI RIFIUTI	x	
FORESTALE	x		DELLE ACQUE	x	
DELLA PESCA	x		DELLE TELECOMUNICAZIONI	x	
ENERGETICO	x		DEL TURISMO	x	
INDUSTRIALE	x		DELLA PIANIFICAZIONE TERRITORIALE	x	
DEI TRASPORTI	x		DELLA DESTINAZIONE DEI SUOLI	x	

A.2 -

SI NO

Indicare se il piano/programma definisce il quadro di riferimento per l'autorizzazione di interventi i cui progetti sono sottoposti a VIA secondo la normativa vigente. [1] x

B -

NO

SI

Indicare se il piano/programma può avere effetti sui siti designati come zone di protezione speciale (ZPS) per la conservazione degli uccelli selvatici e quelli classificati come siti di importanza comunitaria (SIC) o proposti tali (pSIC) per la x

protezione degli habitat naturali e della flora e fauna selvatica. [2]

**Esito del controllo**

**SI NO**

Il piano/programma soddisfa contemporaneamente le condizioni di cui ai punti A.1 e A.2, o la condizione di cui al punto B, è quindi sottoposto a valutazione ambientale ai sensi della *Direttiva 2001/42/CE* e pertanto non si procede alla compilazione delle Sezioni 2 e 3. x

Il piano/programma soddisfa contemporaneamente le condizioni di cui ai punti A.1 e A.2, o la condizione di cui al punto B, ma determina l'uso di piccole aree a livello locale o consiste in una modifica di un piano/programma già sottoposto a valutazione ambientale, pertanto si avvia la procedura di verifica preventiva e si procede alla compilazione delle Sezioni 2 e 3. x

Il piano/programma non soddisfa né contemporaneamente le condizioni di cui ai punti A.1 e A.2, né la condizione di cui al punto B, ma definisce il quadro di riferimento per l'autorizzazione di progetti [3], pertanto si avvia la procedura di verifica preventiva e si procede alla compilazione delle Sezioni 2 e 3. x

Il piano/programma non soddisfa contemporaneamente le condizioni di cui ai punti A.1 e A.2, né la condizione di cui al punto B, né definisce il quadro di riferimento per l'autorizzazione di progetti, quindi non è sottoposto a valutazione ambientale ai sensi della *Direttiva 2001/42/CE* e pertanto non si procede alla compilazione delle Sezioni 2 e 3.

Firma del Dirigente

.....

[1] Il piano/programma contiene criteri o condizioni che orientano le autorità preposte all'approvazione di una domanda. Tali criteri potrebbero porre dei limiti in merito al tipo di attività o di progetto consentito in una determinata zona, oppure potrebbero includere condizioni che il richiedente deve soddisfare per ottenere l'autorizzazione.

[2] Il piano/programma può non essere direttamente connesso e necessario alla gestione dei siti ma si ritiene che potrebbe avere influenze significative nelle aree designate.

[3] Il termine 'progetto' dovrebbe essere interpretato in modo coerente rispetto all'uso che ne viene fatto nella direttiva sulla VIA dove è definito come:

- la realizzazione di lavori di costruzione o di altri impianti od opere;
- altri interventi sull'ambiente naturale o sul paesaggio, compresi quelli destinati allo sfruttamento delle risorse del suolo.

**SEZIONE 2 - Elementi conoscitivi per la verifica preventiva**

- (si possono allegare eventuali documenti tecnici giustificativi)

Caratteristiche del piano o programma:

**BASSO   MEDIO   ALTO**

In quale misura il piano/programma stabilisce un quadro di riferimento per progetti ed altre attività, o per quanto riguarda l'ubicazione, la natura, le dimensioni e le condizioni operative o attraverso la ripartizione delle risorse.

In quale misura il piano/programma influenza altri piani o programmi, inclusi quelli gerarchicamente ordinati.

Pertinenza del piano/programma per l'integrazione delle considerazioni ambientali, in particolare al fine di promuovere lo sviluppo sostenibile.

Significatività dei problemi ambientali pertinenti al piano/programma.

Grado di rilevanza del piano o del programma per l'attuazione della normativa comunitaria nel settore dell'ambiente (ad es. piani e programmi connessi alla gestione dei rifiuti o alla protezione delle acque).

Caratteristiche degli effetti e delle aree:

Probabilità, durata, frequenza e reversibilità degli effetti:

Carattere cumulativo degli effetti:

Natura transfrontaliera degli effetti:

Rischi per la salute umana o per l'ambiente (ad es. in caso di incidenti):

Entità ed estensione nello spazio degli effetti (area geografica e popolazione potenzialmente interessate):

Valore e vulnerabilità dell'area che potrebbe essere interessata a causa:

delle speciali caratteristiche naturali o del patrimonio culturale.

del superamento dei livelli di qualità ambientale o dei valori limite.

dell'utilizzo intensivo del suolo.

Effetti su aree o paesaggi riconosciuti come protetti a livello nazionale, comunitario o internazionale:

### **SEZIONE 3 - Esito della verifica preventiva alla luce degli elementi conoscitivi forniti nella Sezione 2**

- (barrare la casella corrispondente all'esito finale)

IL PIANO/PROGRAMMA PRESENTA EFFETTI SIGNIFICATIVI SULL'AMBIENTE QUINDI VIENE SOTTOPOSTO A VALUTAZIONE AMBIENTALE AI SENSI DELLADIRETTIVA 2001/42/CE

IL PIANO/PROGRAMMA NON PRESENTA EFFETTI SIGNIFICATIVI SULL'AMBIENTE QUINDI NON SI SOTTOPONE A VALUTAZIONE AMBIENTALE AI SENSI DELLADIRETTIVA 2001/42/CE

- Nel caso di esclusione dalla valutazione ambientale, l'esito della verifica preventiva e la relativa documentazione (il presente modello compilato e sottoscritto, gli eventuali documenti tecnici giustificativi) deve essere sottoposto alla consultazione delle autorità competenti in materia ambientale.

- In tal caso il dirigente responsabile adempie alla procedura indicata dall'art. 12 del Regolamento e presenta gli esiti della verifica preventiva e delle consultazioni effettuate al termine della prima fase della valutazione di cui all'art. 14.

- Le conclusioni della procedura di verifica preventiva sono messe a disposizione del pubblico, ai sensi dell'art. 4 del Regolamento.

Firma del dirigente

.....

### Capitolo 3. Valutazione di coerenza con gli altri livelli di programmazione regionale

Nelle tabelle di seguito riportate si segnalano gli elementi di integrazione tra gli obiettivi generali e specifici che le modifiche al Piano, rese necessarie a seguito dell'entrata in vigore della *legge regionale n. 66/2008*, intendono perseguire (riportati nella prima colonna delle tabelle) e le altre politiche regionali.

La prima attività di valutazione è quella di coerenza esterna, specificata in:

- coerenza verticale fra gli obiettivi generali e specifici della modifica al PISR di cui sopra con quelli degli atti di programmazione generale quali il PRS e il PIT;

- coerenza orizzontale fra gli obiettivi generali e specifici della modifica al PISR di cui sopra con quelli degli altri piani/programmi settoriali regionali.

Per quanto riguarda quest'ultima operazione, la valutazione di coerenza è stata effettuata dettagliatamente con tutti i piani/programmi settoriali fino ad ora approvati, mentre risulta ancora in fase di approvazione il Piano regionale per la Cittadinanza di Genere 2009-2010 con il quale gli obiettivi della modifica al PISR hanno forti elementi di legame e sinergia. Infatti tra gli obiettivi specifici del piano regionale per la cittadinanza di genere, vi è l'incentivazione all'equa distribuzione delle responsabilità familiari uomo-donna ed il progetto per l'assistenza continua alla non autosufficienza, ponendosi tra le finalità la promozione e sviluppo di percorsi assistenziali che realizzino la vita indipendente e la domiciliarità attraverso aiuti concreti alla famiglia, permette alle donne, storicamente preposte alla cura degli anziani e dei soggetti fragili all'interno dei nuclei familiari, di essere sollevate da tali gravose mansioni assistenziali e di non dover rinunciare alla propria carriera lavorativa in quanto vengono loro offerte le condizioni per poter conciliare la cura familiare con la vita lavorativa e sociale.

Un altro obiettivo del piano regionale per la cittadinanza di genere è lo sviluppo della sensibilizzazione ed attenzione alle diverse esigenze di genere degli anziani e dei soggetti con ridotta autosufficienza e la *legge regionale n. 66/2008*, promuovendo la realizzazione di un sistema improntato alla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità, ai sensi dell'*articolo 54, comma 1 lettera b) della L.R. n. 41/2005* e dello stesso piano sanitario e sociale integrato regionale, contribuisce ad arginare le situazioni di marginalità ed esclusione sociale che sono rappresentate dalle persone anziane di sesso femminile, generalmente ultra settantacinquenni vedove, in condizioni di solitudine e di indigenza proprio per la compresenza di tali fattori discriminanti dal punto di vista socio economica. In quest'ottica perequativa, infatti, la legge regionale istitutiva del fondo per la non autosufficienza, garantisce l'universalità dell'assistenza a tutti i soggetti bisognosi attraverso percorsi semplificati ed unitari di accesso ed attraverso la garanzia dell'equità dei livelli di prestazioni erogate grazie a strumenti di compartecipazione che tengano conto delle disponibilità economiche degli assistiti.

Per quanto riguarda il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, approvato con *Delib.C.R. 16 luglio 2008, n. 53*, va sottolineato che i contenuti della presente modifica al PISR denotano forte coerenza con le previsioni del suddetto piano in materia di accesso universalistico all'assistenza socio-sanitaria alla persona. Infatti la pianificazione regionale, a livello del suddetto PSR, prevede che le persone e le famiglie, con particolare riferimento a coloro che hanno situazioni di bisogno più acuto o in condizioni di maggiore fragilità, debbano essere messe in grado di accedere ai servizi rivolti a tutti, oltre che, eventualmente a misure e servizi specificatamente dedicati. Nell'intento di snellire al massimo la fornitura di prestazioni socio assistenziali e, visti i buoni risultati ottenuti nella sperimentazioni delle micro équipe composte dalle figure professionali maggiormente implicate nell'erogazione di tali prestazioni, tali modelli operativi di unità multidisciplinari, attivati attraverso i PUA (Punti Unici di Accesso), potranno diventare strumenti da utilizzare a livello territoriale in tutti i casi in cui si necessiti di organizzare l'assistenza socio sanitaria integrata (punto 5.3.2). L'Allegato 3, nella versione che va a modificare il PISR 2007-2010, intende, infatti, rispecchiare

l'impostazione fornita dal Piano Sanitario Regionale in materia di governo integrato dei servizi socio sanitari specificando che il PUA rappresenta il luogo dove, dal punto di vista operativo, professionale e gestionale, si realizza compiutamente l'integrazione socio sanitaria assicurando la presa in carico del cittadino, la gestione e coordinamento della rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza e la certezza nell'erogazione delle prestazioni attraverso la gestione integrata delle risorse (paragrafo 4, punto a).

### **Valutazione di coerenza esterna VERTICALE degli obiettivi generali e specifici con il Piano Regionale di Sviluppo 2006-2010 (P.R.S.)**

**Obiettivo generale e obiettivi specifici**      **P.R.S.**

**Carattere universalistico dell'assistenza per i soggetti non autosufficienti**

Si integra con i seguenti principi e priorità

programmatiche:

**costituzione Fondo non autosufficienza**

**la sfida sociale: un welfare solidale, efficiente, produttivo**

avvio e sviluppo degli interventi di cui alla *L.R. n. 66/2008*

**la sfida della governance: efficienza e**

messa a regime azioni di cui alla *L.R. n. 66/2008*

**semplificazione**

**la sfida dei servizi: più efficienza (nella risposta al bisogno)**

**la sfida dell'innovazione: investire in ricerca e alta formazione**

**i programmi strategici e progetti integrati regionali:**

**assistenza e integrazione per la non autosufficienza (2.5)**

### **Valutazione di coerenza esterna VERTICALE degli obiettivi generali e specifici con il Piano di Indirizzo territoriale 2005-2010 (P.I.T.)**

**Obiettivo generale e obiettivi specifici**      **P.I.T.**

**Carattere universalistico dell'assistenza**

**per i soggetti non autosufficienti**

**costituzione Fondo non autosufficienza** Si integra con i seguenti metaobiettivi e sistemi funzionali:

avvio e sviluppo degli interventi di cui **integrare e qualificare la “città” policentrica”**  
alla *L.R. n. 66/2008* **toscana**

**la Toscana della coesione sociale e**  
messa a regime azioni di cui alla *L.R. n. territoriale*  
*66/2008*

**articolazione territoriale del sistema: la salute**

**Valutazione di coerenza esterna ORIZZONTALE degli obiettivi generali e specifici in relazione al Piano Sanitario Regionale 2005-2007 (P.S.R.)**

**Obiettivo generale e obiettivi specifici** P.R.S.

**Carattere universalistico dell'assistenza per i soggetti non autosufficienti** Si integra con i seguenti principi e priorità programmatiche:

**costituzione Fondo non autosufficienza**

**obiettivi di salute:**

avvio e sviluppo degli interventi di cui **diritti uguali per tutti i servizi per le**  
alla *L.R. n. 66/2008* **persone anziane**

**progetti speciali di interesse regionale:**

messa a regime azioni di cui alla *L.R. n.*  
*66/2008* **la sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana**

**Valutazione di coerenza esterna ORIZZONTALE degli obiettivi generali e specifici in relazione al Piano di Indirizzo Generale Integrato 2006-2010**

**Obiettivo generale e obiettivi specifici** P.I.G.I.

**Carattere universalistico dell'assistenza per i soggetti non autosufficienti** Si integra con il seguente obiettivo:

**costituzione  
autosufficienza**

**Fondo**

**nonassicurare per tutti il diritto all'accesso**

avvio e sviluppo degli interventi di cui alla **all'educazione, all'istruzione scolastica  
universitaria, all'orientamento, alla  
formazione e ai servizi per il lavoro,  
intervenedo sui diversi fattori che possono  
liberare la domanda individuale**

*L.R. n. 66/2008*

messa a regime azioni di cui alla *L.R. n.  
66/2008*

**Valutazione di coerenza esterna ORIZZONTALE degli obiettivi generali e specifici in  
relazione al Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti 2007-2009**

**Obiettivo generale e obiettivi specifici**

**Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei  
consumatori e degli utenti**

**Carattere universalistico dell'assistenza per i soggetti non autosufficienti** Si integra con i seguenti obiettivi generali:

**costituzione  
autosufficienza**

**Fondo**

**nontutela della sicurezza e della qualità dei  
prodotti, dei servizi e dei processi produttivi,  
con particolare riguardo alle istanze dello  
sviluppo sostenibile e alla qualificazione dei  
prodotti:**

avvio e sviluppo degli interventi di cui alla

*L.R. n. 66/2008*

**elevare il livello di assistenza ai cittadini**

messa a regime azioni di cui alla *L.R. n. 66/2008*

**tutela dei diritti e degli interessi economici e  
giuridici dei consumatori e degli utenti,  
favorendo la correttezza e l'equità dei  
rapporti contrattuali e promovendo la  
soluzione delle controversie presso le sedi di  
conciliazione**

**Valutazione di coerenza interna VERTICALE**

**Scenari internazionali,Obiettivi  
nazionali e regionali digenerali  
riferimento**

**Obiettivi specifici**

**Livello di  
coerenza**

**Livello internazionale**

**Carattere**

**- adeguamento**

**1**

<p><b>Agenda sociale 2005 - 2010:</b> recepisce la Carta di Lisbona (2000): sostiene che la crescita economica deve andare di pari passo con la crescita sociale, intesa come crescita dei diritti di cittadinanza sociale.</p>	<p>universalistico dei diritti di cittadinanza</p>	<p>dell'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale;</p>	1
		<p>- sviluppo di programmi regionali a sostegno del sistema degli interventi e dei servizi</p>	2
		<p>- costituzione Fondo solidarietà istituzionale</p>	2
		<p>- abbattimento barriere architettoniche</p>	2
		<p>- sviluppo dei servizi e sostegno ai programmi di vita delle famiglie, minori, nuove coppie</p>	
<p><b>Livello nazionale</b></p>	<p>Costituzione Livelli base di</p>	<p>- sottoscrizione Patti interistituzionali e</p>	1
<p><i>L. 328/2000:</i> istituisce il Fondo sociale nazionale; definisce un nuovo assetto del sistema dei servizi e delle prestazioni sociali e socio-sanitari integrati; individua le materie riconducibili ai Livelli di assistenza sociale (LIVEAS);</p>	<p>cittadinanza sociale</p>	<p>pluriennali per il sostegno dei livelli e sottoscrizione Patti territoriali fra i soggetti pubblici e le parti sociali nelle Zone/S.d.S.</p>	1
<p>individua la dimensione territoriale della programmazione;</p>		<p>- servizio sociale professionale</p>	1
		<p>- segretariato sociale</p>	1
<p>determina le singole politiche settoriali inserendole in un contesto unitario;</p>		<p>pronto intervento sociale</p>	1
		<p>- Punto Unico di Accesso</p>	1
		<p>- percorso assistenziale personalizzato</p>	
<p>riordina le pensioni di carattere assistenziale.</p>			
<p><b>Quadro degli interventi sociali:</b> esistono molte leggi che si contraddistinguono per la materia disciplinata e per il tipo di utenza interessata: <i>L. 104/92</i> (inserimento scolastico delle persone disabili); <i>L. 68/2000</i></p>	<p>Difesa dei diritti di cittadinanza e non discriminazione</p>	<p>carta di cittadinanza sociale</p>	2
		<p>diritti di informazione</p>	1
		<p>- difesa civica</p>	2
		<p>- amministratore di sostegno e</p>	3

(inserimento lavorativo delle persone disabili); <i>L. 149/2001</i> (di modifica della <i>L. 184/83</i> su affidamento ed adozione e prevede la chiusura degli istituti); D.Lgs. 268/98 (norme sugli immigrati); <i>L. 269/98</i> (norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù); Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 - 2003 (contiene misure di contrasto alla povertà); <i>L. 228/93</i> (norme sulla tratta); <i>D.Lgs. 502/92</i> e <i>D.Lgs. 229/99</i> (introducono il concetto di integrazione socio-sanitaria); <i>D.Lgs. 77/2002</i> (norme sul servizio civile nazionale)		funzioni di pubblica tutela	
	-	cittadinanza allargata e accessibilità	2
	-	lotta alle discriminazioni e pari opportunità	1
	-	contrasto alla povertà	2
	-	le reti del volontariato e terzo settore	1
	-	servizio civile	1
	-	una Toscana per i giovani.	1
<b>Livello regionale</b>	Introduzione	accreditamento strutture e servizi	1
<i>L.R. n. 41/2005</i> e <i>L.R. n. 40/2005</i> : (rispettivamente disciplina del sistema di servizi e interventi sociali e sanitari integrati)	percorsi di qualità	regole per l'affidamento	1
<i>L.R. n. 43/2004</i> (norme in materia di trasformazione	Coesione e integrazione socio-sanitaria	sviluppo modello Società della Salute	1
delle IPAB in ASP); <i>L.R. n. 66/2003</i> (norme in materia di barriere architettoniche); <i>L.R. n. 31/2000</i> (norme relative all'Istituto Innocenti); <i>L.R. n. 35/2006</i> (norme in materia di servizio civile regionale); <i>L.R. n. 66/2008</i> (Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza)	Carattere di universalistico dell'assistenza per i soggetti in non autosufficienti	sviluppo della integrazione socio sanitaria	1
	-	costituzione Fondo non autosufficienza	1
	-	avvio e sviluppo degli interventi di cui alla <i>L.R. n. 66/2008</i>	1
	-	messa a regime azioni di cui alla <i>L.R. n. 66/2008</i>	2
	Una società plurale e coesa e inclusione delle persone	accesso ai diritti di cittadinanza	1

immigrate

**Legenda del livello di coerenza (commisurato sia alla componente temporale sia all'importanza):**

1: molto elevato

2: elevato

3: medio

**Valutazione di coerenza interna ORIZZONTALE**

<b>OBIETTI VI GENERA LI</b>	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<b>AZIONI</b>	<b>LIVELLO DI COEREN ZA</b>	<b>INDICATOR I</b>	<b>LIVELLO ATTUALE/RISULTATI ATTE</b>
Carattere universalis tico dell'assistenza per i soggetti non autosufficienti	Costituzione Fondo autosufficiente dell'assistenza per i soggetti non autosufficienti	Sottoscrizione attuazione intese interistituzionali	1	N° soggetti coinvolti nella concertazione e nella sottoscrizione delle intese	attuazione delle intese
		Definizione livelli di isogravità del bisogno	1	Indici di isogravità del bisogno definiti	di individuazione del percorso assistenziale
		Individuazione e articolazione offerta e domanda	1	ISO risorse calcolate	
		Compartecipazione	1	Livello / % di sostenibilità partecipativa dell'intervento	
Avvio sviluppo degli interventi messi a regime azioni di cui alla <i>L.R. n. 66/2008</i>	e Prevenzione e Continuità assistenziale delle azioni di cui alla <i>L.R. n. 66/2008</i>		1	N° anziani messi a regime e intercettati	interventi
			1	N° accessi programmati e seguiti dimissioni ospedaliere	attivazione e monitoraggio di percorsi assistenziali

Estensione e messa a regime degli interventi	1	N° annui	autenticopertura della domanda
Sviluppo flessibilità degli interventi	2	N° modificati durante l'anno	PAPadeguatezza del percorso assistenziale personalizzato

#### 4. Valutazione di fattibilità economico finanziaria

La Regione Toscana ha previsto per il Fondo Regionale per la non autosufficienza, istituito con l'entrata in vigore della *legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66*, un livello di spesa a regime, a titolo di risorse libere regionali - in aggiunta alla quota di fondo sanitario relativo ai livelli essenziali per la non autosufficienza LEA - pari a Euro 80.000.000,00 l'anno, per un totale complessivo (a partire dal 2010) di Euro 260.000.000,00, in stretta coerenza con quanto riportato per il P.I.R. 2.5 dal DPEF 2010.

Il quadro finanziario risulta parzialmente modificato rispetto alla quantificazione delle risorse previste per la non autosufficienza dalla *Delib.C.R. 31 ottobre 2007, n. 113* in ragione della mancata definizione delle risorse di provenienza nazionale che non garantiscono nessuna copertura per l'esercizio 2010 e registrano una forte decurtazione per il 2009 (da Euro 75.000.000,00 ad Euro 28.000.000,00). Da parte della Regione Toscana viene, invece, confermato pienamente l'impegno per il progetto per la non autosufficienza con la messa a disposizione di 80 milioni annui a regime, così come riportato nel Documento di Programmazione Economica e Finanziaria 2010 e senza ricorrere al prelievo fiscale. La Toscana ha, pertanto, fornito un servizio ulteriore ed importante ai propri cittadini senza prelevare ulteriormente dal loro reddito disponibile ma continuando ad assicurare servizi sociali su livelli elevati, qualificati e crescenti, nonostante la riduzione del fondo sociale nazionale.

La modifica del quadro finanziario comporta una necessaria gradualità con la quale sviluppare il modello, con una prima fase che preveda l'attivazione nei confronti dei soggetti non autosufficienti anziani ed una seconda che sia rivolta a soggetti disabili gravi, minori, adolescenti ed adulti, individuati al fine di approfondire i caratteri di progressiva estensione del progetto alle diverse aree di disabilità.

#### 5. Valutazione degli effetti attesi

Con l'avvio e lo sviluppo degli interventi ed azioni previsti dalla *L.R. n. 66/2008*, gli effetti attesi riguardano soprattutto gli ambiti sociali ed economici, in un'ottica di evoluzione del sistema del welfare nel suo complesso. I sistemi di welfare più avanzati si contraddistinguono infatti per la capacità di offrire risposte pubbliche alla richiesta di assistenza domiciliare, ampliando la libertà di scelta rispetto all'alternativa del ricovero nelle strutture residenziali.

Tale possibilità di scelta incide anche sulle disponibilità di reddito delle famiglie, offrendo importanti agevolazioni alle fasce economiche più deboli. La possibilità inoltre, di aiuti all'assistenza all'anziano non autosufficiente presso il domicilio, consente di non pregiudicare la posizione lavorativa delle donne che, storicamente, sono quelle preposte alla cura degli anziani in casa potendo, in tal modo, mantenere il proprio posto di lavoro e la potenzialità di crescita professionale, in un'ottica di sostegno delle pari opportunità che si inserisce nella pianificazione regionale in materia di "cittadinanza di genere".

L'aiuto alle famiglie ad affrontare il problema dell'assistenza all'anziano non autosufficiente ha inoltre ripercussioni positive sia sulla sfera economica, dati i forti costi economici da sostenere, sia su quella sociale e psicologica, dato che i familiari spesso si sentono soli e disorientati, se non emarginati, nell'intraprendere le scelte più adeguate. Quindi i benefici sono avvertibili sia a livello di assistenza dell'anziano che a livello di miglioramento della qualità della vita da parte dei familiari e del care giver, con indiscutibile miglioramento del benessere socio economico nel suo complesso.

Un altro fattore importante è l'emersione del lavoro di cura delle assistenti familiari straniere, che oggi ricoprono il ruolo di care giver nella maggioranza dei casi di anziani non autosufficienti e rappresentano un supporto significativo in questo ambito. In tal modo si garantisce sia il rispetto delle previsioni giuridiche in materia d'immigrazione, sia la piena integrazione di questi lavoratori all'interno della società toscana.

Non è da escludere l'importanza che il progetto regionale sulla non autosufficienza attribuisce alla prevenzione della fragilità degli anziani, poiché, un buon metodo di monitoraggio ed azione tempestiva sulla popolazione a rischio, comporta benefici sui costi sociali e sanitari che risultano essere ben maggiori nella gestione di situazioni patologiche cronico-degenerative. La promozione della salute, infatti, permette di ridurre la povertà, l'emarginazione ed il disagio sociale ed quindi di incrementare la produttività del lavoro e la crescita dell'economia nel suo complesso.

In tema di miglioramento dell'efficienza dei servizi alla popolazione (quindi miglioramento della qualità di vita sociale della comunità), si inserisce la prospettiva di realizzare reti di sostegno alla famiglia, rivolte all'informazione ed orientamento del cittadino oltre che e all'incontro tra la domanda di assistenza da parte delle famiglie e l'offerta di lavoro da parte delle assistenti familiari.

La legge regionale istitutiva del fondo per la non autosufficienza, aumentando le possibilità di usufruire di assistenza socio sanitaria, perseguendo l'obiettivo di migliorare la qualità, quantità ed appropriatezza delle risposte e garantendo la certezza delle stesse ai bisogni, si inserisce nella logica di sviluppo dell'equità di accesso ai servizi sanitari e di garanzia di standard qualitativi delle prestazioni per tutti i componenti della società civile.

L'integrazione socio sanitaria prevista dal sistema di accesso ed erogazione dei servizi per la non autosufficienza, infine, contribuisce allo sviluppo di quella che è la dimensione più idonea per l'attuazione delle politiche socio assistenziali, ossia la dimensione territoriale, perché è a questo livello che le istituzioni, le organizzazioni no profit, le associazioni rappresentative delle varie categorie sociali e lavorative e dell'imprenditoria privata, sono più vicine alle persone e possono costruire soluzioni efficaci ai fini tanto dello sviluppo sociale locale quanto della giustizia sociale.

## **6. Monitoraggio degli effetti attesi dall'avvio e sviluppo delle azioni previste dalla *L.R. 18 dicembre 2008, n. 66***

L'azione di monitoraggio e di accompagnamento intende definire e strutturare un percorso di supporto per tutte le zone nella programmazione territoriale, nella definizione di modelli organizzativi e nell'uso della strumentazione applicativa. Il monitoraggio pertanto non ha una funzione di controllo, quanto piuttosto quella di analizzare i diversi contesti operativi ed organizzativi, con lo scopo di individuare dei correttivi da introdurre per migliorare le performance degli interventi sul territorio.

Il monitoraggio si articola in una prima fase di raccolta e sistematizzazione degli atti formali predisposti a livello di singole zone (intese, progetti e delibere).

Successivamente si avvia la fase dell'intervista sul campo. Si tratta di incontri fatti sulle singole zone volti ad individuare, attraverso interviste di gruppo semi strutturate, i livelli organizzativi raggiunti e le criticità presenti.

L'intervista semi strutturata potrebbe esplorare in modo particolare tre aree che sono:

- l'area della programmazione, al fine di individuare le modalità strategiche attraverso cui si intendono realizzare gli interventi sul territorio;

- l'area della comunicazione (interna ed esterna), con lo scopo di comprendere se e come si è inteso attivare percorsi che dal punto di vista comunicativo facilitano il coinvolgimento attivo degli operatori e della rete dei servizi territoriali e come si è inteso facilitare i percorsi di accesso dei cittadini;

- l'area dell'organizzazione, analizzando il modello territoriale che si è messo in campo per il raggiungimento degli obiettivi di progetto.

In particolare, per l'area dell'accesso e della presa in carico, il monitoraggio sugli effetti attesi valuterà i seguenti elementi:

- efficacia esterna che misura il rapporto tra i servizi erogati ed i bisogni da soddisfare;

- efficacia interna che misura la capacità del sistema di trasformare gli input in output e di rispettare gli obiettivi stabiliti in tema di realizzazione degli interventi e dei servizi;

- efficienza gestionale e produttiva che misura i costi unitari di produzione e la produttività del personale;

- rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti;

- valutazione del livello di motivazione degli operatori.

Lo schema relativo ai criteri oggetto del monitoraggio, agli indicatori ed alle relative formule per il relativo calcolo sono riportati nelle tabelle seguente:

AREA	CRITERI	INDICATORI	FORMULA
<b>ACCESSO E PRESA IN CARICO</b>	<b>efficacia esterna</b>	tasso di copertura del servizio	$(\text{tot. assistiti}/\text{stima pop. NA RT}) \times 100$
	<b>efficacia interna</b>	tempi medi di attesa segnalazione e valutazione	$\text{tratempi di attesa}/\text{tot. assistiti}$
		tasso segnalazioni raccolte	$(\text{tot. segnalazioni}/\text{stima pop. NA RT}) \times 100$
	<b>efficienza gestionale e produttiva</b>	tasso casi presi in carico	$\text{tot. presi in carico}/\text{stima pop. NA RT}) \times 100$
		spesa media per assistito	$\text{tot. assistiti}/\text{spesa complessiva}$
<b>gradimento cittadini</b>	dei descrittori saranno definiti congiuntamente con il soggetto che sarà individuato per effettuare questa parte di indagine		

