



Welfare territoriale e non autosufficienza in Toscana

Il contributo del sindacato alla qualificazione
dei percorsi assistenziali

FNP CISL Toscana
Fondazione Emanuela Zancan onlus

GLI OBIETTIVI DELL'INDAGINE

Nello sviluppo dei sistemi di welfare territoriali la partecipazione degli attori sociali ha un ruolo cruciale, non solo nella rappresentazione dei bisogni e delle istanze dei soggetti deboli, ma anche nel concorso alla determinazione delle priorità, nella attuazione degli interventi e nella loro valutazione. Le politiche sociosanitarie e il sistema dei servizi si reggono sulla responsabilità congiunta di istituzioni e soggetti della società civile. E se le prime sono titolari delle funzioni di governo e di amministrazione, i secondi sono sempre più parte attiva nella ricerca di risposte ai bisogni del territorio. Per evitare che la partecipazione rimanga un fatto meramente formale, occorre che gli organismi espressione della società civile acquisiscano competenze tecniche rispetto ai temi legati al governo dei servizi sociosanitari, alla qualità e all'efficacia delle risposte, alla capacità di lettura dei bisogni delle fasce più deboli della popolazione. Queste sono le motivazioni che hanno spinto la *Fnp Cisl Toscana*, in collaborazione con la *Fondazione Zancan*, a realizzare un percorso sperimentale di formazione e ricerca, finalizzato al monitoraggio dei percorsi assistenziali praticati nelle zone-distretto della regione.

LE MODALITA' DELL'INDAGINE

Il percorso di ricerca si è articolato in tre fasi, ognuna delle quali ha avuto l'obiettivo di porre l'attenzione sui tre elementi fondanti il modello disegnato dalla Legge regionale sulla non autosufficienza: i *Punti Insieme*, che hanno la funzione di garantire ai cittadini l'accesso al sistema dei Servizi; le *Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)*, che rappresentano il punto di accoglienza ed elaborazione della risposta al bisogno; i *percorsi di presa in carico* per le persone anziane non autosufficienti, con particolare riferimento alle situazioni di emergenza-urgenza e di continuità assistenziale.

Sono stati esplorati i percorsi di accesso e presa in carico dei servizi sociosanitari territoriali rivolti agli anziani non autosufficienti residenti in 10 delle 34 zone-distretto della Toscana. I criteri di scelta delle zone oggetto di sperimentazione sono stati eterogenei e riconducibili a molti e diversi fattori (la qualità delle relazioni esistenti fra sindacato e istituzioni e/o l'interesse a crearne di nuove, la rilevanza della zona all'interno della provincia, la volontà della *Fnp Cisl Toscana* di valorizzare e investire sui gruppi dirigenti locali).

La rilevazione è stata condotta fra ottobre 2012 e maggio 2013. Per lo svolgimento delle attività di ricerca è stato coinvolto un gruppo di referenti territoriali della *FNP Cisl Toscana* che, utilizzando strumenti e modalità di indagine condivisi, hanno curato la rilevazione nelle proprie zone di residenza, interfacciandosi con i referenti istituzionali responsabili dei servizi.

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Relativamente ai modelli di governance, al momento in cui è stata realizzata l'analisi la Società della Salute risultava il modello prevalente, presente in 8 delle 10 zone indagate. Nel Valdarno e nella Piana di Lucca, le competenze in materia di programmazione e organizzazione dei servizi territoriali considerati sono affidate alla Conferenza zonale dei sindaci, ai Comuni e all'Azienda sanitaria locale.

Il sistema istituzionale è indubbiamente una variabile significativa di contesto, motivo per cui è considerata nell'analisi, unitamente alla dimensione organizzativa dei servizi. L'eventuale superamento delle Società della Salute, tuttavia, non incide sugli obiettivi del monitoraggio, che riguardano la ricognizione e la valutazione della capacità di risposta ai bisogni delle persone anziane non autosufficienti che risiedono nella nostra regione.

Modelli di *governance* e popolazione residente nelle zone-distretto oggetto di sperimentazione, 2011.

Zona-distretto	Prov.	Governance	Popolazione
Valdarno	AR	Conferenza zonale dei sindaci	95.647
Firenze	FI	Società della salute	371.282
Grossetana	GR	Società della salute	109.334
Bassa Val di Cecina	LI	Società della salute	82.971
Piana di Lucca	LU	Conferenza zonale dei sindaci	164.960
Lunigiana	MS	Società della salute	51.752
Pisana	PI	Società della salute	197.118
Val di Nievole	PT	Società della salute	122.074
Pratese	PO	Società della salute	249.775
Val di Chiana Senese	SI	Società della salute	64.378
<i>Totale popolazione</i>			<i>1.509.291</i>

Fonte: Istat, 2011

LA RILEVAZIONE SUI PUNTI INSIEME

La legge regionale sulla non autosufficienza assegna ai Punti Insieme una funzione strategica, quella cioè di garantire l'accesso al sistema dei servizi. I Punti Insieme dislocati sul territorio regionale devono garantire l'accoglienza e l'informazione alla persona che richiede la valutazione di non autosufficienza e assicurare che, entro trenta giorni dalla presentazione dell'istanza, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) presenti la risposta assistenziale ritenuta appropriata e la condivide con l'interessato e i suoi familiari.

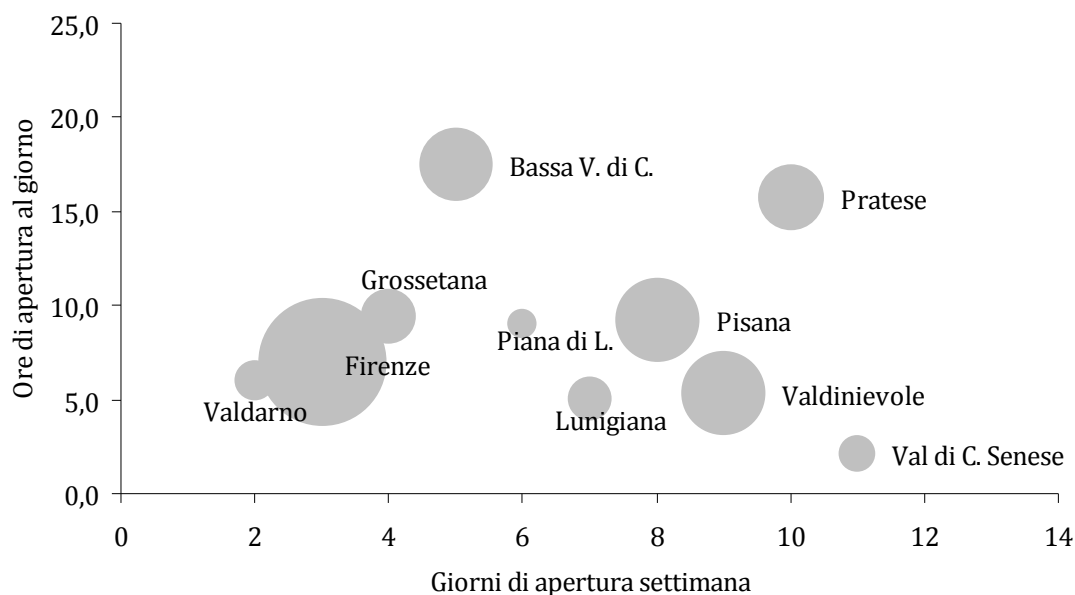
L'indagine evidenzia che i Punti Insieme si distribuiscono sul territorio in modo molto diverso: in alcune zone-distretto è presente un Punto Insieme per ciascuno

dei comuni in cui si articola la zona o, addirittura, più di uno; in altre i Punti Insieme sono presenti solo in alcuni dei comuni.

Il carico di utenti “potenziale” è molto diverso fra una zona e l'altra, come testimonia l'andamento del rapporto fra anziani over 75enni (che approssimano l'utenza potenziale) e i Punti Insieme sul territorio. I valori più contenuti si registrano nella Piana di Lucca (659 anziani per Punto insieme), in Val di Chiana Senese (910) e nel Valdarno (1.080). I valori più elevati si osservano nella zona Pisana (4.587 anziani per Punto insieme) e, soprattutto, a Firenze che ha un valore superiore alle 10 mila unità.

Anche il numero di ore settimanali in cui viene erogato il servizio è molto variabile: la distribuzione per classi orarie evidenzia che oltre il 44% dei Punti Insieme garantisce il servizio non oltre le 4 ore settimanali, con una media di giorni di apertura di 2,6 giorni a settimana e con quasi la metà dei Punti che garantisce il servizio di accoglienza un solo giorno alla settimana.

Fig. 6.1 - Punti Insieme: standard di funzionamento e popolazione di riferimento per zona.



Un aspetto indagato attraverso la visita diretta ai Punti Insieme riguarda la loro *accessibilità*, in termini di accessibilità fisica alla sede, collocazione, raggiungibilità.

Le sedi sono risultate complessivamente accessibili, anche se in 12 punti insieme è stata rilevata la presenza di barriere architettoniche o comunque di elementi (lunghezza del percorso, distanza dall'ingresso) che non facilitano l'accesso delle persone anziane.

L'indagine mette in luce alcune criticità relativamente alla disponibilità e alla fruibilità delle informazioni, soprattutto per quanto riguarda il canale telematico. È stata riscontrata una scarsa corrispondenza tra le informazioni fornite a livello regionale e le realtà territoriali, e un mancato aggiornamento delle sedi e degli orari

di apertura: in quattro zone su dieci i siti internet non contengono informazioni sui Punti Insieme (dove sono e a cosa servono) o all'interno del sito queste hanno una collocazione tale da renderle non facilmente accessibili.

Molto positivi i riscontri relativi all'attenzione alla privacy degli utenti, riscontrata in 69 punti insieme su 71.

Nella tabella seguente si riporta la situazione delle singole zone rispetto alla presenza dei requisiti sopra richiamati, ovvero l'accessibilità, la disponibilità di informazioni, la tutela della privacy. Come si vede, la valutazione delle zone è positiva (da discreto a ottimo) nella maggior parte delle dimensioni considerate.

Le criticità maggiori si segnalano in tema di disponibilità di informazioni, dove le rilevazioni hanno evidenziato la carenza di materiale informativo - in tutti o gran parte dei punti insieme - nelle zone della Piana di Lucca, della Bassa Val di Cecina e di Firenze.

Accessibilità e accoglienza delle sedi di punto insieme, confronto zonale.

Zona-distretto	Accessibilità	Disponibilità informazioni	Privacy
Valdarno	●●●●	●●●●●●	●●●●●●
Firenze	●●●●●	●●	●●●●●
Grossetana	●●●●●	●●●●	●●●●
Bassa Val di Cecina	●●●●●	●●	●●●●●●
Piana di Lucca	●●●●	●	●●●●●●
Lunigiana	●●●●●	●●●●●●	●●●●●●
Pisana	●●●●●●	●●●●	●●●●●
Val di Nievole	●●●●●●	●●●●●●	●●●●●●
Pratese	●●●●●	●●●●●●	●●●●●●
Val di Chiana Senese	●●●●●●	●●●●●●	●●●●●●

Livello di copertura:

● assente ●● scarso ●●● parziale ●●●● discreto ●●●●● buono ●●●●●● ottimo

Fonte: indagine FNP Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2012

L'INDAGINE SULLE UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

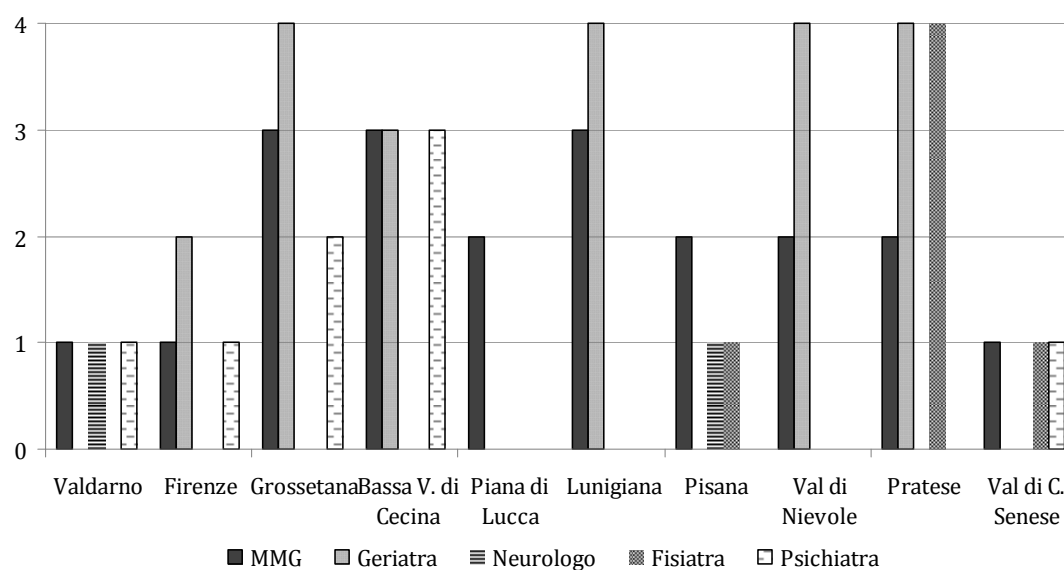
La ricognizione effettuata nelle dieci zone ha evidenziato come la composizione dell'UVM sia molto differenziata in termini di risorse professionali rappresentate e come la presenza dei medici di medicina generale vari molto da zona a zona.

Relativamente alla *composizione dell'UVM*, nell'ambito delle possibilità offerte dalle prescrizioni regionali e nel rispetto degli standard minimi, le scelte operative effettuate nelle zone sono assai diverse fra loro, per qualità e quantità del ricorso alle componenti 'facoltative'. Nella figura 3.1 sono indicati, per ciascuna zona-distretto, *i componenti aggiuntivi* che partecipano alle attività dell'UVM e l'intensità della loro partecipazione. Il grado di partecipazione è parametrato per valori numerici: 0 corrisponde a mai; 1 a raramente; 2 a talvolta; 3 a spesso; 4 a sempre.

I dati disponibili evidenziano modalità di funzionamento diverse: alcune UVM hanno strutture più leggere di altre, che invece possono contare su una maggiore varietà di figure professionali. Il medico di medicina generale è sempre presente, anche se l'intensità della sua partecipazione è molto variabile: partecipa 'spesso' alle attività di valutazione nella zona Grossetana, in Lunigiana e in Bassa Val di Cecina; 'talvolta' nella zona della Piana di Lucca, in Val di Nievole e nella zona Pratese; 'raramente' nel Valdarno, a Firenze e nella Val di Chiana Senese.

Le differenze nella presenza e nell'intensità di partecipazione riguardano anche gli altri professionisti: il geriatra partecipa sempre alle attività dell'UVM in Val di Nievole e nella zona Pratese (e, come si ricorderà, è il responsabile dell'UVM in Lunigiana e nella zona Grossetana); non è mai presente nella Piana di Lucca, nella zona Pisana, in Val di Chiana Senese e nel Valdarno. Il neurologo partecipa raramente alle attività dell'UVM nel Valdarno e nella zona Pisana, mentre è assente altrove. Il fisiatra è sempre presente nella zona Pratese; raramente nella Pisana e nella Val di Chiana Senese. Lo psichiatra partecipa spesso in Bassa Val di Cecina, talvolta nella zona Grossetana e raramente nel Valdarno, a Firenze e in Val di Chiana Senese. Nella zona Pisana, infine, si rileva come talvolta l'UVM, per lo svolgimento del proprio lavoro, sia integrata da personale amministrativo.

Presenza e partecipazione dei componenti aggiuntivi nelle UVM delle 10 zone-distretto, 2012.



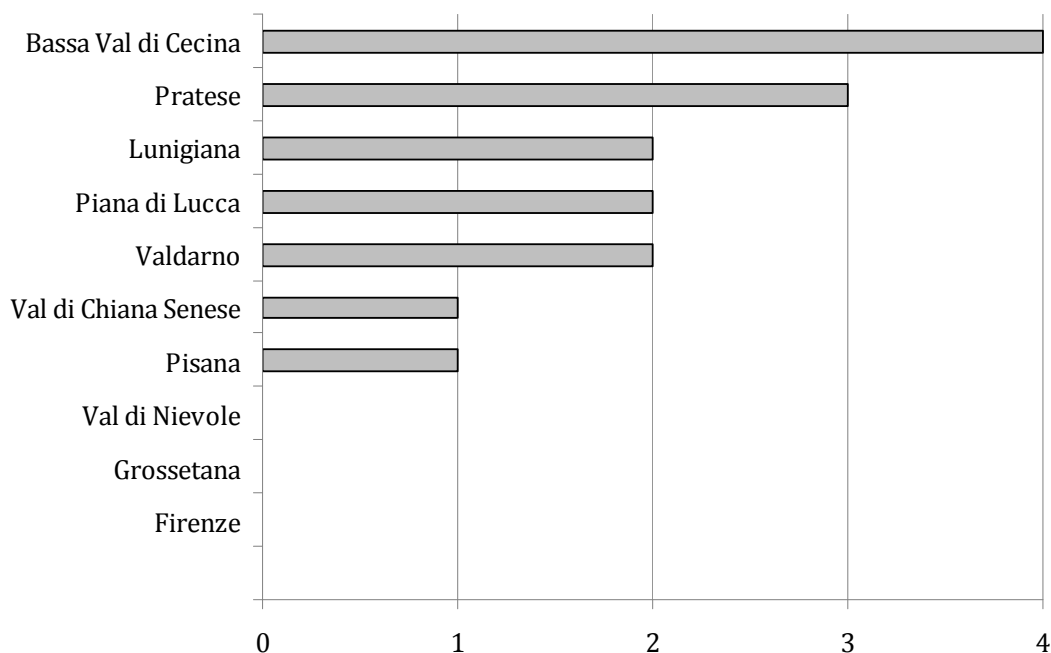
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

(*) Il Responsabile UVM nella zona Grossetana e in Lunigiana è un medico geriatra

Un altro elemento assai variabile riguarda *il coinvolgimento e la partecipazione dei familiari* alle attività dell'UVM. La legge regionale prevede che l'UVM possa "ascoltare, su richiesta, le persone oggetto della valutazione o i loro familiari e riceverne memorie scritte" (art. 11, co. 2), lasciando quindi alla singola unità di valutazione e ai soggetti interessati, in base alla specificità del singolo caso, la concreta determi-

nazione del livello di coinvolgimento del paziente e dei familiari. Anche in questo caso il grado di partecipazione rilevato è parametrato per valori numerici: 0 corrisponde a mai; 1 a raramente; 2 a talvolta; 3 a spesso; 4 a sempre. I familiari sono 'sempre' presenti in Bassa Val di Cecina; partecipano 'spesso' nella zona Pratese, 'talvolta' in Lunigiana, Piana di Lucca e Valdarno; 'raramente' in Val di Chiana Senese e nella zona Pisana. Non sono mai presenti alle attività di valutazione effettuate dalle UVM della zona di Firenze, della Grossetana e della Val di Nievole.

Presenza e partecipazione dei familiari alle attività dell'UVM delle 10 zone-distretto, 2012.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

L'indagine evidenzia che le domande hanno in genere una provenienza molto ampia. Se, infatti, si esclude il caso della Piana di Lucca, dove le domande provengono esclusivamente dal Punto Insieme e dall'Ospedale, nelle altre zone si osserva una maggiore distribuzione tra i diversi canali di accesso. Quanto alle probabilità più elevate, le domande provengono soprattutto dal Punto Insieme che mediamente, in una scala da 1= fonte più frequente a 5=fonte meno frequente, ottiene un punteggio pari a 1,6; seguono, a pari merito, il Servizio sociale (2,1) e l'Ospedale; chiude la graduatoria il medico di medicina generale (3,8). In alcune zone sono segnalate anche altre fonti: altri servizi, infermieri, caregivers e personale volontario che si reca presso il domicilio dell'anziano non autosufficiente.

Anche in questo caso, tuttavia, il dato relativo alle dieci zone non dice molto delle specificità locali e, come si evince dal prospetto, le differenze fra una zona e l'altra sono particolarmente significative. In primo luogo, non tutti gli attori considerati risultano attivi nelle dieci zone: in Piana di Lucca le fonti di provenienza delle domande sono esclusivamente i Punti insieme e l'Ospedale. In alcune zone vi sono si-

tuazioni di “pari merito” tra fonti diverse, come nel Valdarno, nella Lunigiana, nella Val di Nievole, nella zona Pratese.

Il Punto insieme è la prima fonte di provenienza delle domande in Valdarno, in Bassa Val di Cecina, in Lunigiana, in Val di Nievole e nella zona Pratese. Il Servizio sociale è al primo posto in Valdarno, in Lunigiana, nella zona Pisana e in Valdichiana Senese. L’Ospedale occupa la prima posizione in graduatoria nella zona Grossetana, nella Piana di Lucca e nella zona Pratese (unitamente al Punto Insieme). A Firenze il canale più frequente di provenienza delle domande risulta essere il PUA (indicato nella voce altro).

Infine, si rileva come ovunque il medico di medicina generale sia una delle fonti meno significative di attivazione delle UVM: ad eccezione della Val di Nievole, dove occupa la seconda posizione in graduatoria, si colloca sempre fra il terzo e il quinto posto.

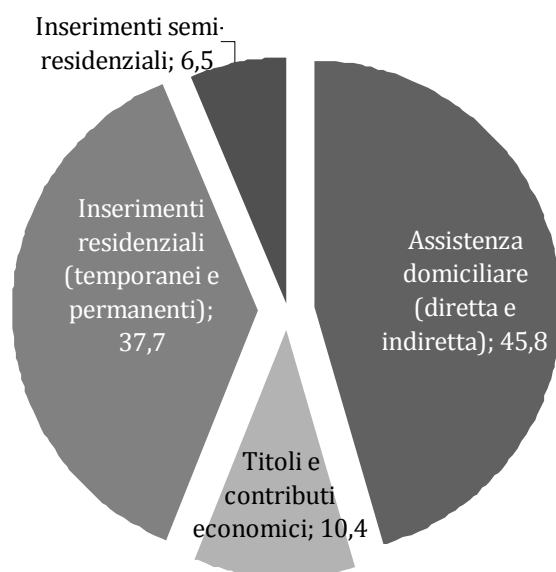
La legge regionale n. 66 del 2008 (art. 7) indica le prestazioni coperte dal fondo per la non autosufficienza individuando cinque ambiti di intervento:

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

Gli elementi raccolti attraverso l’indagine consentono di focalizzare l’attenzione su due aspetti interessanti: il primo riguarda la distribuzione delle risposte per tipologia di intervento; il secondo fa riferimento alle specificità di ciascuna zona in merito alle risposte ai bisogni degli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie.

Le risposte complessivamente erogate nel 2011 si polarizzano su due tipologie di intervento: da un lato gli interventi domiciliari (diretti e indiretti), che pesano per il 45,8% del totale; dall’altro le risposte residenziali (temporanee o permanenti) che rappresentano il 37,7%. I titoli d’acquisto e i contributi economici si attestano al 10,4%; gli inserimenti semiresidenziali rappresentano il 6,5%.

Risposte erogate in sede di PAP, totale dieci zone.



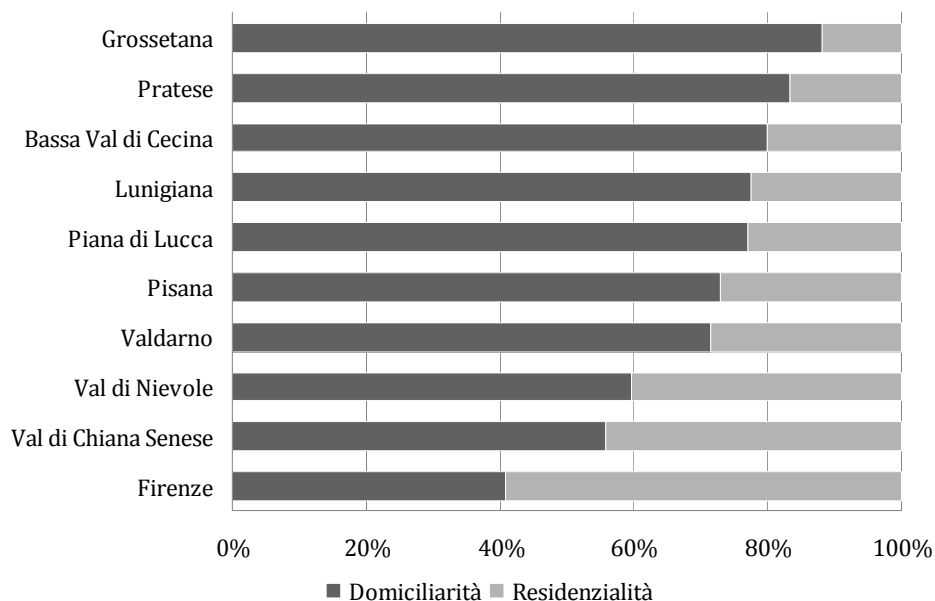
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

La ripartizione degli interventi può essere maggiormente dettagliata nell'ambito delle singole zone, così da evidenziare le diverse caratteristiche delle risposte erogate alla popolazione anziana non autosufficiente residente.

In particolare si è scelto di raggruppare gli interventi erogati in due macroaree: una assorbe tutte le tipologie di intervento che sostengono la persona e la famiglia al domicilio (interventi domiciliari diretti e indiretti, contributi economici, inserimenti semiresidenziali e di sollievo), l'altra rappresenta gli interventi di tipo residenziale permanente attivati.

Come si vede dal dettaglio della figura 3.6, la situazione è molto diversificata, con zone in cui l'intervento residenziale è marginale rispetto all'insieme degli interventi per la domiciliarità, e zone dove invece il ricorso agli inserimenti residenziali è molto più significativo.

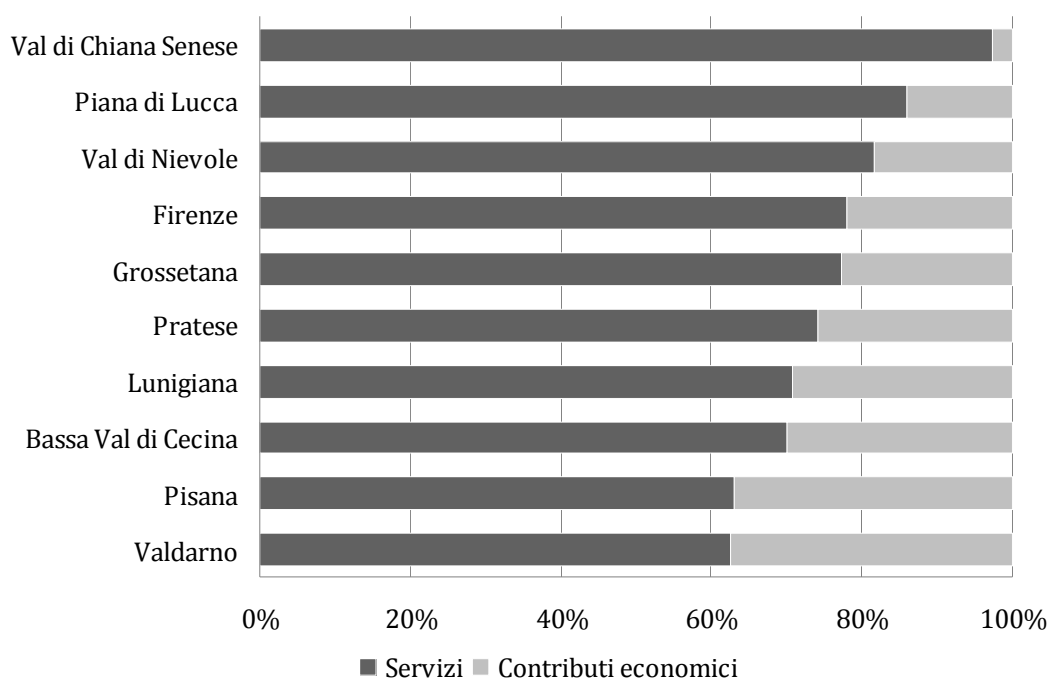
Risposte per la domiciliarità e inserimenti residenziali, dettaglio zone.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Un ultimo dettaglio disponibile riguarda la composizione degli interventi erogati in termini di erogazioni economiche e servizi riscontrata nelle zone. Come evidenzia il grafico, la prevalenza dell'erogazione dei servizi sulle erogazioni economiche è netta in tutte le zone, anche se con proporzioni molto diverse. Ancora una volta, le specificità locali sono particolarmente significative come evidenziano i due estremi dell'intervallo: da un lato la zona del Valdarno, dove la percentuale di servizi, seppure elevata, si ferma al 62,5%; dall'altro la Val di Chiana Senese, dove si attesta al di sopra del 97%.

Servizi ed erogazioni economiche, per zona.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

LA PRESA IN CARICO IN URGENZA-EMERGENZA E IN CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Una parte significativa delle attività di monitoraggio ha avuto ad oggetto il percorso di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti, distinguendo la presa in carico ordinaria, attraverso l'accesso ai Punti insieme e la presentazione di una domanda da parte degli interessati o degli altri soggetti deputati, dalla presa in carico in situazioni di emergenza-urgenza e in continuità assistenziale.

La presentazione dei risultati ha già evidenziato una tendenziale omogeneità nei percorsi di presa in carico ordinaria, a fronte di una maggiore eterogeneità nelle altre situazioni.

Dal monitoraggio è emerso come nelle dieci zone considerate questo tipo di presa in carico non sia sempre oggetto di atti regolativi o di procedure formalizzate: in particolare sono rare indicazioni o prassi zonali per la gestione delle emergenze, mentre per le urgenze esistono pratiche o indicazioni relative prevalentemente alla gestione di dimissioni ospedaliere "difficili" attraverso inserimenti temporanei in RSA o altre strutture residenziali (fattispecie che talvolta è inclusa anche nei protocolli per la continuità assistenziale, anche in questo caso in attuazione di indicazioni regionali intervenute in materia).

Un aspetto particolarmente critico riguarda la copertura oraria e settimanale dichiarata dalle zone: normalmente anche queste prese in carico sono gestite negli

orari di ufficio ordinari, nei cinque o sei giorni lavorativi settimanali, in orario diurno o mattutino, mentre risultano scoperti i giorni festivi e le fasce pomeridiane. Sembrano quindi mancare forme di risposta organizzata per le emergenze e le urgenze che si verificano al di fuori dell'orario di ufficio dei servizi.

Per quanto riguarda la continuità assistenziale, dalla rilevazione effettuata in tutte le zone che hanno risposto risulta presente un atto formale di regolazione della presa in carico e di definizione delle funzioni dei diversi centri coinvolti: si tratta prevalentemente di protocolli e disciplinari, approvati dal Direttore Generale delle aziende sanitarie competenti, che definiscono le procedure attivabili.

I servizi e le unità funzionali coinvolte sono i presidi ospedalieri (complessivamente intesi, oppure limitati a reparti specifici, in primis il pronto soccorso e i reparti di medicina) e i servizi distrettuali sociosanitari. In un unico caso, quello del Valdarno, è previsto il coinvolgimento dei medici di medicina generale.

Analogamente a quanto già riscontrato per la presa in carico in emergenza-urgenza, anche la copertura oraria indicata dalle zone per l'attivazione della continuità assistenziale è molto diversificata: si va dalle tre ore al giorno in Bassa Val di Cecina, ad una media di 7,5 ore nel grossetano, per cinque/ sei giorni la settimana. Il monte ore settimanale varia dalle 18 alle 36 ore.

DAL PARTICOLARE AL GENERALE...UNA VISIONE D'INSIEME

La ricerca ha avuto come finalità quella di misurare la capacità di risposta delle zone rispetto alla presa in carico delle persone anziane non autosufficienti. Dopo aver considerato gli aspetti singolarmente, abbiamo guardato in modo complessivo alla capacità delle zone di prendere in carico le persone anziane non autosufficienti del loro territorio. Abbiamo valutato globalmente ogni zona in modo da pervenire a una classifica generale (ranking) che determina il territorio più capace e quello meno capace di farsi carico delle persone anziane non autosufficienti.

A tal fine è stata utilizzata una metodologia sperimentale, che permette di considerare congiuntamente una pluralità di dimensioni e di creare un "punteggio" complessivo della capacità di presa in carico rilevata nelle zone. Tale punteggio è ottenuto attraverso una standardizzazione di alcune variabili considerate nel monitoraggio, e permette un confronto tra le zone interessate. È infatti possibile comparare gli indici zionali nel loro complesso, nonché verificare quale, tra i singoli aspetti considerati, ha "pesato" di più nel determinare il risultato complessivo. Si tratta di una metodologia versatile, che può essere progressivamente raffinata attraverso l'ampliamento delle variabili considerate o l'attribuzione di "pesi" diversificati alle singole componenti dell'indice.

In questa prima applicazione le variabili più significative nel determinare la capacità zonale sono state individuate con un panel di esperti. Nello specifico sono state selezionate 10 variabili che riguardano:

– i Punti Insieme (numero di utenti potenziali, copertura oraria, barriere architettoniche per l'accesso);

– l’Unità di Valutazione Multidimensionale (ore settimanali degli operatori, presenza del medico di medicina generale all’UVM, presenza del geriatra all’UVM, presenza dei familiari all’UVM, ore operatore per anziano non autosufficiente, numero di piani assistenziali per anziano non autosufficiente);

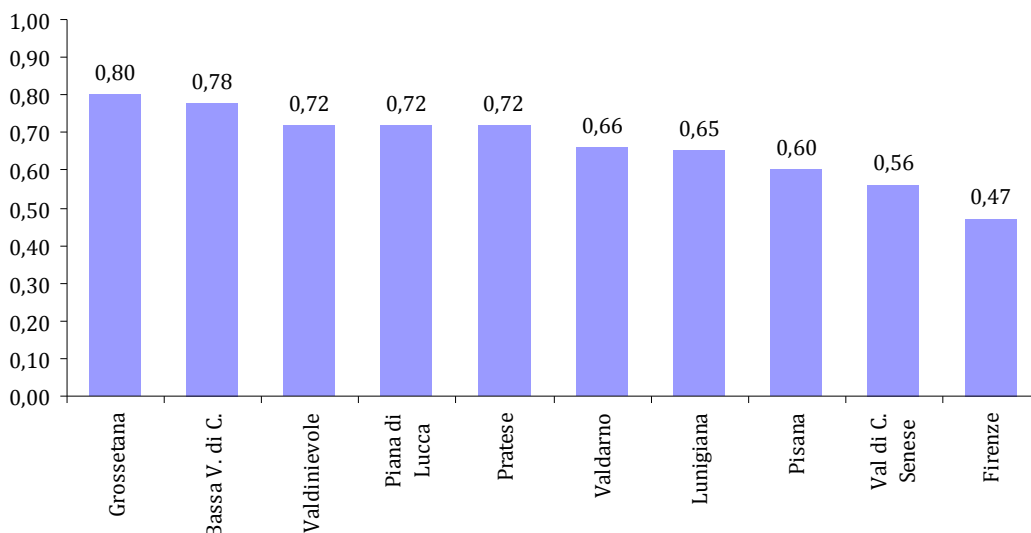
– la presa in carico in condizione di emergenza-urgenza (copertura oraria).

Le variabili si basano su scale di misurazione diverse (es. ore settimanali, anziani residenti). Per renderle confrontabili, e quindi consentire di realizzarne la lettura unitaria, sono stati standardizzati i valori, portandoli tutti a una stessa scala compresa tra 0 e 1. A ognuna delle 10 variabili considerate è stata attribuita la stessa importanza nel determinare la capacità della zona di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti, scegliendo quindi di non dare una priorità specifica a un criterio (variabile) rispetto agli altri.

Combinando le variabili identificate attraverso il metodo della “somma ponderata”, si ottiene un punteggio complessivo per ogni zona. Tale punteggio determina il ranking zonale rispetto alla capacità di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti.

In una scala tra 0 e 1 (dove 1 rappresenta il risultato migliore), la Grossetana è la zona con la maggiore capacità di presa in carico, arrivando ad un punteggio di 0,80, seguita dalla Bassa Val di Cecina (0,78) e da altre tre zone (Valdinievole, Piana di Lucca e Pratese) con lo stesso punteggio di 0,72. Le zone meno performanti risultano essere Firenze (0,47) e Val di Chiana Senese (0,56).

Fig. 6.2 - Ranking delle zone rispetto alla capacità complessiva di presa in carico.



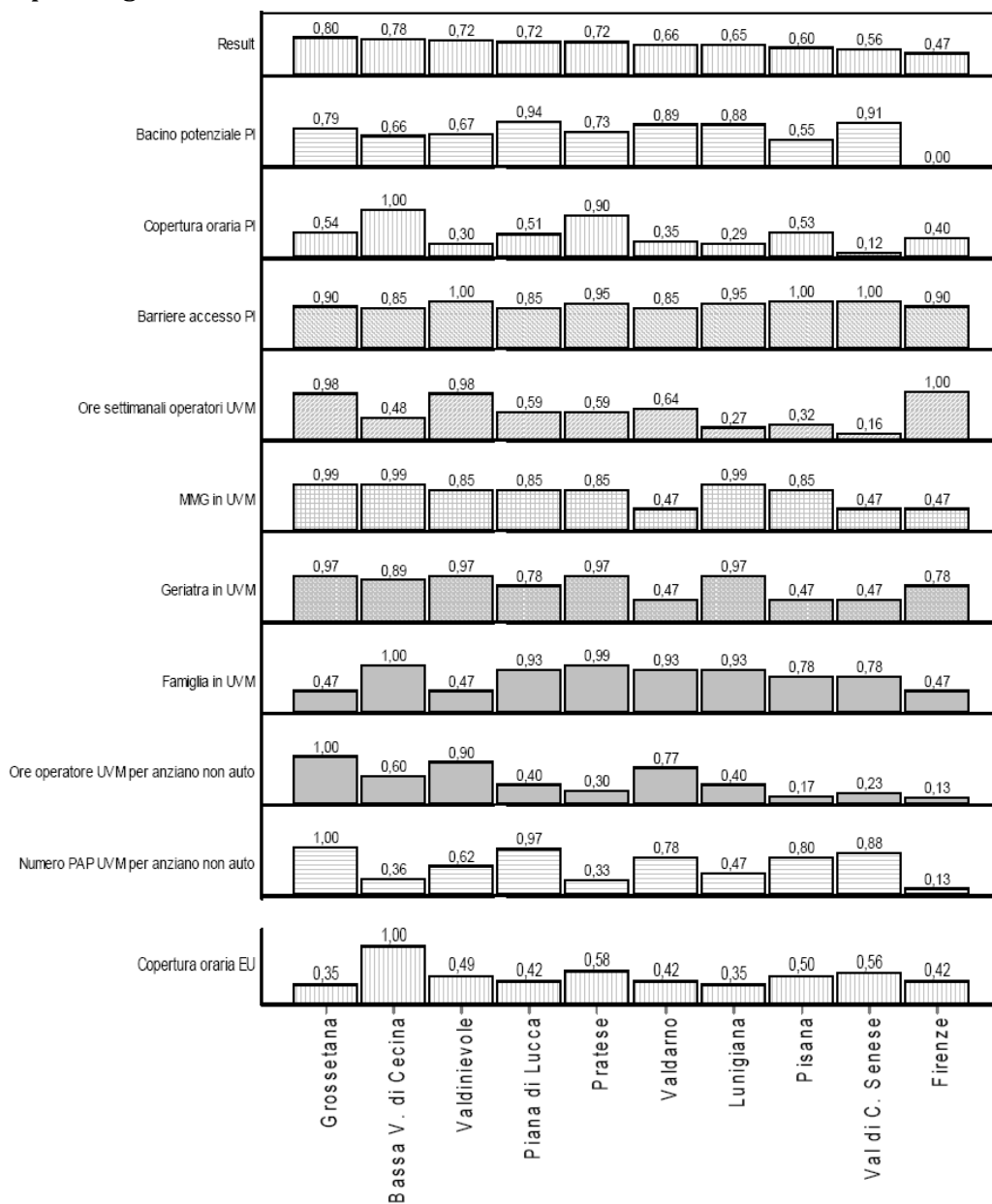
Per il metodo seguito, il punteggio finale è dato dall’apporto di ogni variabile selezionata.

Nel caso della Grossetana, ad esempio, incidono in modo positivo le ore - operatore dell’unità di valutazione per anziano non autosufficiente residente, la presenza molto frequente del medico di medicina generale alle riunioni dell’unità di valutazione, le ore settimanali che gli operatori destinano all’UVM, nonché la presenza

molto frequente del geriatra all'equipe dell'UVM. Incidono invece in modo negativo la copertura oraria della presa in carico in condizioni di emergenza-urgenza e la bassa frequenza dei familiari alle riunioni dell'unità valutativa.

Nel caso di Firenze il basso punteggio complessivo è determinato in modo particolare dal bacino potenziale di anziani che afferiscono ad ogni Punto Insieme, dalle ore di operatore di UVM per ogni anziano non autosufficiente residente e dal numero di piani assistenziali predisposti in un anno in rapporto agli anziani non autosufficienti residenti in città.

Ranking delle zone rispetto alla capacità di presa in carico, per valore complessivo e per singola variabile.



I risultati precedentemente ottenuti derivano anche dalla scelta di attribuire alle 10 variabili scelte la stessa importanza nel determinare la capacità della zone di farsi carico dei propri anziani non autosufficienti.

Il metodo applicato per generare la classifica finale delle zone (metodo della somma ponderata) è particolarmente utilizzato per facilitare il confronto di scenari diversi, per evidenziare punti di forza e di debolezza delle diverse alternative, e, infine, per scegliere quella “migliore”.

Nel nostro caso gli scenari sono rappresentati dai sistemi locali di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti. L’analisi realizzata di conseguenza ci restituisce:

- la classifica dei sistemi zonali, dal migliore al peggiore, in termini relativi;
- gli aspetti di forza e di debolezza di ogni sistema zonale nel determinare la posizione nella classifica.

Quest’ultimo aspetto è particolarmente significativo in quanto consente alle zone di trovare possibili soluzioni per attenuare l’incidenza dei punti di debolezza. Per esempio nel caso di Firenze, garantendo la presenza continua nell’UVM del medico di medicina generale (ora “raramente”) e del geriatra (ora “talvolta”) la zona migliorerebbe il proprio profilo di risposta, lasciando l’ultimo posto in classifica.

Pervenire a un indice complessivo in grado di pesare ogni zona, basato su un approccio metodologicamente rigoroso, è un ulteriore contributo offerto dalla ricerca rispetto alla verifica e valutazione dei welfare territoriali a supporto delle persone anziane in condizione di non autosufficienza.

Si tratta di una prima applicazione che, in quanto tale, ha carattere sperimentale e quindi perfettibile nel tempo. Ma indubbiamente facilita la logica partecipativa in quanto esplicita in modo chiaro i parametri valutativi, riconduce il risultato finale ad un unico punteggio facilmente comprensibile per tutti gli stakeholder, cittadini anziani in primis.