



DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI  
MASTER DI II LIVELLO IN MANAGEMENT DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

# **L'integrazione socio-sanitaria nell'ambito del Distretto Valli Taro e Ceno Analisi di contesto e prospettive di gestione del Fondo per la non autosufficienza**

**Relatore:**

Prof. Simone FANELLI

**Candidato:**

Alessia Agnesini

Anno Accademico 2020/2021

# L'Assistenza socio-sanitaria

Per **Assistenza socio-sanitaria** si intende l'insieme di attività atte a soddisfare bisogni di salute della persona, che richiedono **unitariamente** prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità e l'integrazione tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione



I principi fondamentali dell'assistenza socio-sanitaria sono:

- **Valutazione multidimensionale** del bisogno (sanitario e sociale)
- **Unitarietà dell'intervento e del percorso assistenziale**, con concorso professionale di personale medico, infermieristico, riabilitativo e di servizio sociale professionale
- **Progetto personalizzato** che tenga conto degli obiettivi di salute da raggiungere, del responsabile del caso (case manager), della verifica delle azioni compiute sotto il profilo della qualità (valutazione periodica) e degli esiti

# L'integrazione socio-sanitaria

L'assistenza socio-sanitaria è da intendersi come ambito dell'assistenza distrettuale, e comprende l'erogazione di **percorsi assistenziali integrati**

Le Regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali Comuni e AUSL garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni socio-sanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantirne la gestione integrata

La sede di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria è il  
**Distretto**



struttura operativa dell'AUSL, la cui funzione è la realizzazione di **un elevato livello di integrazione** tra i diversi servizi che erogano le **prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali**, in modo da consentire una **risposta coordinata e continuativa** ai bisogni sanitari della popolazione

# Il Distretto Valli Taro e Ceno

**16 Comuni** Albareto, Bardi, Bedonia, Berceto, Bore, Borgo Val di Taro, Compiano, Fornovo Taro, Medesano, Pellegrino P.se, Solignano, Terenzo, Tornolo, Varano Melegari, Valmozzola e Varsi

**1481 Km<sup>q</sup>**

**43.829 popolazione residente**, 51% montagna 49% collina

**Indicatori demografici:**

- indice di vecchiaia 253,8 (4 posto in Regione)
- indice di dipendenza senile: 48,5

**Anziani: 28,9% over 65 15,8% over 75**

**51%** delle famiglie unipersonali è composta da anziani soli

**Quadro socio-economico:** area rurale, attività legate al turismo non sono ancora un elemento di forte specializzazione (attività agrituristica in sviluppo)

Forza lavoro in gran parte occupata in realtà produttive fuori dal distretto

Pendolarismo molto presente

Reddito medio imponibile **sotto i 20.000 €** , **40%** contribuenti sotto 15.000 €

Offerta di servizi socio-sanitari:

- Anziani: 222 posti letto accreditati in CRA, 30 posti accreditati in CD, non previsti posti di sollievo
- Disabili: 8 posti accreditati in CSRR, 18 posti accreditati in CSR, non previsti posti di sollievo



# Fondo per la non autosufficienza

Composizione:

Fondo Regionale per la non autosufficienza – **FRNA**

si aggiungono:

- Fondo nazionale per la non autosufficienza (compresa quota Vita Indipendente) – **FNNA**
- Fondo Dopo di Noi
- Misure a sostegno dei Caregiver
- Fondo Sociale Locale

## FRNA in Emilia Romagna:

Prende avvio nel **2007** per finanziare i servizi socio-sanitari rivolti alle persone in condizioni di **non autosufficienza e a coloro che se ne prendono cura**

**Priorità:** sviluppo equilibrato della rete, in termini di consolidamento, ampliamento, articolazione, quantificazione e potenziamento degli interventi che sostengono le famiglie ed il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti

Il fondo assume **natura strutturale**, così facendo si è voluto fissare un finanziamento dedicato certo e vincolato e garantire sostenibilità nel tempo delle scelte dei servizi e degli interventi

## Criteri di utilizzo:

DGR 509/2007 definisce una serie di interventi divenuti nel tempo l'offerta storica a favore della popolazione non autosufficiente:

- Assegno di cura per anziani non autosufficienti, disabili gravi e gravissimi
- Assistenza domiciliare per anziani e disabili
- Strutture diurne: CD per anziani, centri socio-riabilitativi e socio-occupazionali diurni per disabili
- Strutture residenziali: CRA anziani, centri socio-riabilitativi residenziali per disabili, soluzioni residenziali per le gravissime disabilità acquisite

A tali ambiti si sono aggiunti negli anni:

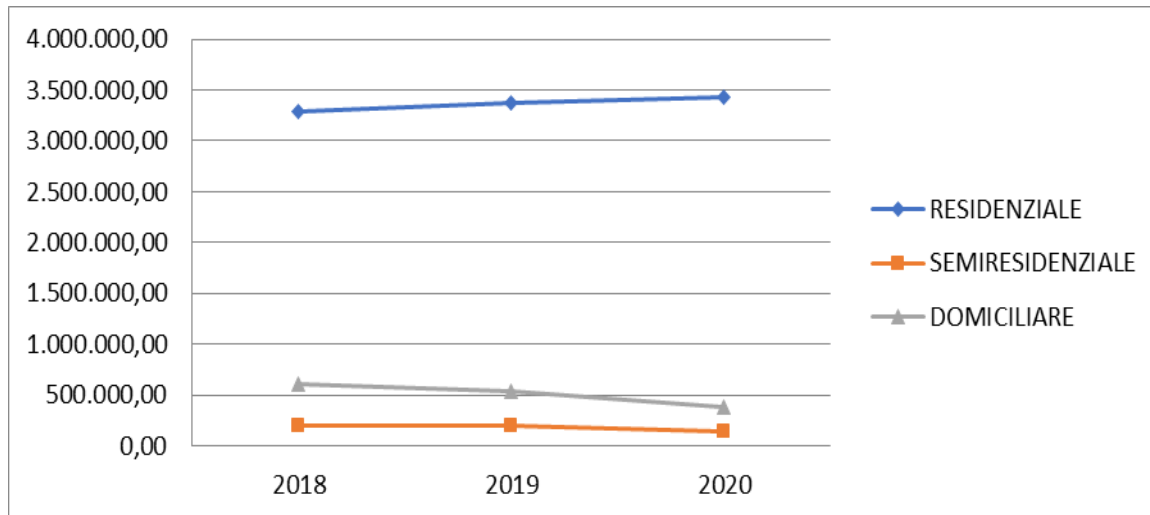
- Ricoveri temporanei di sollievo
- Iniziative di emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari (punti di ascolto, formazione e consulenza, tutoring)
- Servizi di E-Care (telesoccorso, teleassistenza)
- Iniziative di sostegno delle reti informali di solidarietà sociale
- Consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico



# Trend utilizzo Fondo per la non autosufficienza

## Area Anziani

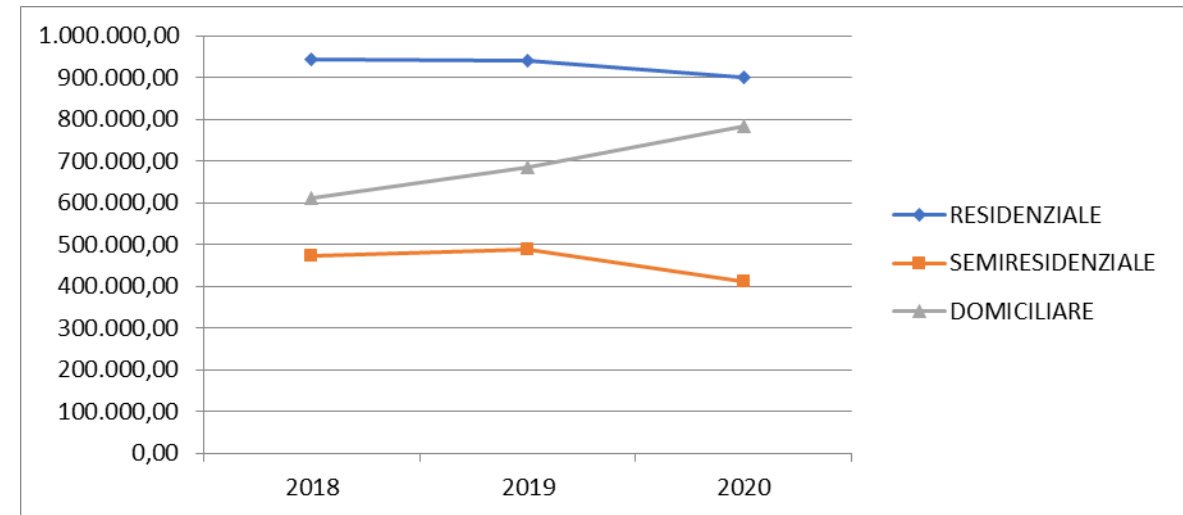
		2018		2019		2020	
ANZIANI	RESIDENZIALE	3.284.628,00	80%	3.368.913,04	82%	3.435.249,00	87%
	SEMIRESIDENZIALE	190.329,00	5%	195.277,00	5%	142.741,00	3%
	DOMICILIARE	603.259,00	15%	541.571,00	13%	385.185,88	10%
		4.078.216,00		4.105.761,04		3.963.175,88	



FNA destinato per più dell'80% a servizi di tipo residenziale  
Utilizzo limitato per quanto riguarda interventi a supporto domiciliarità

## Area Disabili

		2018		2019		2020	
DISABILI	RESIDENZIALE	942.365,00	47%	940.063,00	45%	899.809,00	43%
	SEMIRESIDENZIALE	472.461,00	23%	488.430,00	23%	410.568,00	20%
	DOMICILIARE	610.649,73	30%	684.218,67	32%	782.958,08	37%
		2.025.475,73		2.112.711,67		2.093.335,08	



FNA destinato ad interventi residenziali per oltre il 40%  
Utilizzo limitato per quanto riguarda interventi a supporto domiciliarità  
(crescita 2020 dovuto a SAD che compensa CSRD chiusi)

# Criticità

- Fondo per la non autosufficienza dovrebbe avere come **obiettivo primario il permanere delle persone al domicilio**. Di fatto, viene utilizzato per **oltre l'80% per interventi residenziali (anziani) , oltre 40% (disabili)**
- **Non previsti servizi «flessibili»:** ad es. posti sollievo, laboratori socio-occupazionali
- **Costi maggiori in montagna:** si stima che circa 1/3 del costo SAD è dovuto a trasferimento operatori
- **Parametri di riparto del FNA non tengono in considerazione le peculiarità del territorio**, non avviene alcun **riequilibrio territoriale**
- Offerta di servizi socio-sanitari è rappresentata da una **molteplicità di soggetti, non completamente messi a sistema e coordinati tra loro**
- Servizi spesso **frammentati e standardizzati**, che tengono poco conto **dell'evoluzione dei bisogni**

## BISOGNI IN CONTINUA EVOLUZIONE

L'aumento della popolazione anziana genera **la necessità di nuovi servizi**, anche in considerazione allungamento della vita e del cambiamento strutturale delle reti familiari.

Il mondo della non autosufficienza è fatto da anziani e disabili, **legati dalla fragilità ma con elementi di differenziazione**.

**Bisogni complessi**, non risolvibili con servizi rigidi e standardizzati offerti da diversi attori non completamente messi a sistema e coordinati tra loro.

# Proposte di miglioramento

- Individuare risposte più in linea con reali necessità, anche attraverso attivazione di servizi che **supportino la domiciliarità** ad oggi non presenti (posti sollievo, laboratori socio-occupazionali)
- Fornire servizi più **flessibili**, che tengano conto del contesto familiare
- **Apertura a servizi di telemedicina** (anche per monitoraggio paziente cronico)
- Avvio/consolidamento di **progetti di indagine e monitoraggio** anziani fragili
- Favorire maggiore **integrazione** fra attori coinvolti (figura di coordinamento)
- **Nuovi parametri di riparto** per favorire riequilibrio territoriale

Il **FRNA ANZIANI** viene assegnato dalla Regione Emilia Romagna agli ambiti provinciali, e affida il compito di ripartirlo ai vari distretti alla **CTSS**.  
Tra le sue funzioni **«approvare i criteri di riparto del FRNA con l'obiettivo di garantire il riequilibrio territoriale sia a livello finanziario sia nell'organizzazione delle reti dei servizi al fine di assicurare equità di accesso»**.

Ad oggi, le risorse vengono assegnate in funzione della popolazione over 75 residente nel distretto, senza tenere in considerazione alcun elemento che rifletta le peculiarità del territorio e il connesso bisogno di prestazioni socio-sanitarie.



# Indicatori di misurazione e riequilibrio

Proposta **set di indicatori** per **misurare** il bisogno di prestazioni socio-sanitarie, a cui si propone di legare il riparto di una parte del FRNA Anziani

**I bisogni sono differenti**, influenzati dal contesto di riferimento, opportuno quindi superare una logica puramente matematica e andare verso un **riparto «qualificato»**

**OBIETTIVO: Riequilibrare le risorse e garantire equità di accesso**

**4 macro-aree** in funzione della tematica oggetto di analisi

Ad ogni indicatore si può attribuire un **peso differente** in funzione all'importanza che ad esso si vuole attribuire in termini di riequilibrio

Da una prima ipotesi, si stima che l'applicazione di tali parametri possa assegnare al Distretto Valli Taro e Ceno risorse aggiuntive **per quasi 350.000 euro**

Indicatori reddituali	reddito imponibile medio	reddito imponibile numero contribuenti	(-) riparto inverso	Assegno maggiori risorse al distretto con la popolazione con reddito minore, in situazione quindi di svantaggio nell'accedere a prestazioni socio-sanitarie
	%contribuenti con reddito <15.000 euro	contribuenti con reddito <15.000 numero contribuenti	(+) riparto diretto	Assegno maggiori risorse al distretto con la maggior % di contribuenti con reddito sotto a una soglia limite, in situazione quindi di svantaggio nell'accedere a prestazioni socio-sanitarie
Indicatori demografici	indice di dipendenza senile (over 75)	popolazione over 75 popolazione 15-64	(+) riparto diretto	Assegno maggiori risorse al distretto che presenta un indice di dipendenza maggiore, in quanto la popolazione attiva ha "in carico" un numero maggiore di anziani e quindi in situazione di svantaggio
Indicatori socio territoriali	superficie distretto (Kmq)	superficie distretto (Kmq)	(+) riparto diretto	Assegno maggiori risorse al distretto con estensione territoriale maggiore, a fronte dei maggiori costi di trasporto e trasferimento
	% famiglie unipersonali over 75	famiglie unipersonali over 75 tot famiglie	(+) riparto diretto	Assegno maggiori risorse al distretto con maggior percentuale di anziani soli, in quanto potenzialmente più bisognosi di prestazioni socio-sanitarie
Indicatori di salute	Tasso di ospedalizzazione over 75	dimessi over 75 popolazione over 75	(+) riparto diretto	Assegno maggiori risorse al distretto con la popolazione con tasso maggiore, potenzialmente più bisognoso di prestazioni socio-sanitarie
	Indice di gravità del ricovero in strutture residenziali	ospiti non auto classificati liv. A in strutture residenziali totale ospiti	(+) riparto diretto	Assegno maggiori risorse al distretto con la popolazione con indice maggiore, potenzialmente più bisognoso di prestazioni socio-sanitarie
	Tasso over 75 assistiti in ADI	assistiti in ADI over 75 popolazione over 75	(+) riparto diretto	Assegno maggiori risorse al distretto con la popolazione con tasso maggiore, potenzialmente più bisognoso di prestazioni socio-sanitarie

# SWOT ANALYSIS

Le azioni proposte confluiranno in un piano di miglioramento, finalizzato alla riorganizzazione dell'offerta, con l'obiettivo di proporre servizi socio-sanitari in linea con i bisogni della popolazione di riferimento

		Punti di forza (S)	Punti di debolezza (W)		
Fattori interni		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competenza tecnica</li> <li>• Esperienza</li> <li>• Accesso a dati complessivi e informazioni su persone e organizzazione</li> <li>• Capacità di analisi del contesto e dei bisogni, conoscenza del territorio e delle sue caratteristiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficoltà di integrazione tra i diversi attori del processo e necessità di coordinamento</li> <li>• Difficoltà nel riconoscimento dei nuovi ruoli di coordinamento, soprattutto se appartenenti ad amministrazioni diverse</li> <li>• Resistenze al cambiamento</li> </ul>		Fattori interni
Fattori esterni		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza</li> <li>• Migliore equità di accesso ai servizi socio-sanitari e riequilibrio territoriale</li> <li>• Assicurare la sostenibilità economica dei nuovi servizi, caratterizzata da costi sempre più elevati</li> <li>• Rispondere in modo adeguato ai bisogni del cittadino, accrescendo qualità, efficacia ed efficienza</li> <li>• Necessità di assicurare una maggiore capillarità dei servizi</li> <li>• Governare la presa in carico di tutto il percorso di cura del paziente e garantire la continuità e la condivisione degli investimenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessità di rispondere a bisogni assistenziali sempre crescenti e in mutamento, e spesso non omogenei</li> <li>• Rispetto della programmazione socio-sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio</li> <li>• Emergenze sanitarie (es. COVID) che necessariamente cambiano la programmazione dei servizi offerti</li> </ul>		Fattori esterni
		Opportunità (O)	Minacce (T)		

# Costi e tempistiche

## Costi del piano di miglioramento:

- Risorse umane coinvolte nei gruppi di lavoro
- Adeguamento/implementazione sistemi informativi
- Formazione del personale

## Risorse aggiuntive:

- Da nuovi parametri di riequilibrio (prima stima 350.000 euro)
- Da PNRR

## Tempistiche:

Le tempistiche di realizzazione del progetto di fusione sono rappresentate in un diagramma di Gantt; trattandosi di un progetto di lungo periodo, si rende necessario un monitoraggio periodico dello stato di avanzamento

	Mar 2022	Giu 2022	Set 2022	Dic 2022	Gen 2023	Giu 2023	Dic 2023	Gen 2024
Analisi dei bisogni	x	x						
Avvio gruppi di lavoro per aree tematiche (anziani, disabili)		x	x	x				
Stesura dei Piani di Progetto per singola area con identificazione indicatori di verifica e croniprogramma			x	x				
Avvio dei progetti (fase sperimentale)					x	x		
Verifica intermedia e rendicontazione attività						x	x	x
Verifica conclusiva e valutazione impatto								x

# Resistenze al cambiamento, risultati attesi e indicatori

## Resistenze al cambiamento:

Da parte di istituzioni del territorio ed enti gestori, perché temono la riduzione dell'attività delle case di residenza anziani in cui si è investito molte risorse e dei correlati posti di lavoro

## Strategie per superarle:

Diffondo cultura del cambiamento: servizio riorganizzato non vuol dire diminuito, è necessario offrire prestazioni flessibili che utilizzino le strutture presenti senza necessariamente arrivare all'istituzionalizzazione (es: favorire rotazione posti sollievo, centri diurni)

Risultati attesi	Indicatori
Riequilibrio territoriale: aumentano le risorse disponibili e i servizi offerti	Implementazione dei nuovi criteri di riparto
Migliora equità di accesso Offerta di servizi in linea con bisogni	Indicatori di misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi (es: migliora % servizi a favore domiciliarità) Analisi di customer satisfaction

# Conclusioni



- **La pandemia e i mutamenti demografici e sociali** avvenuti negli ultimi decenni hanno fatto emergere nuovi problemi nella cura e nell'assistenza delle persone non autosufficienti
- **I bisogni sono differenti**, influenzati dal contesto di riferimento, e in crescita. **Si necessita di risposte diversificate**
- **Necessario cambiare focus:** da singolo bisogno all'intero **progetto di vita**, che riunisce le risposte in termini di obiettivi, sostegni, opportunità, offerte dal sistema sanitario, sociale, lavorativo, ambientale, definite in accordo con la persona e i suoi familiari. In esso confluiscono programmi e progetti individualizzati di cui sono titolari soggetti diversi
- **Il cambio di prospettiva** permetterà di costruire servizi realmente integrati
- La standardizzazione deve lasciare il posto alla **personalizzazione dei percorsi socio-sanitari**
- **Fondamentale incentivare le reti:** si necessita di una forte rete di attori, radicata nel territorio, fatta di servizi socio-sanitari, famiglia, comunità
- **Il sistema deve adattarsi nel tempo ai bisogni e al loro mutare**, attraverso un percorso di **miglioramento continuo**

# Bibliografia

## **Fonti normative:**

- Decreto legislativo n. 229/1999 - Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419;
- DPCM 14 febbraio 2001 - Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie;
- DPCM 29 novembre 2001 allegato 1 c): Lea sociosanitari, integralmente sostituito dal successivo DPCM 12 gennaio 2017 Nuovi Lea, Capo IV;
- Legge Regionale Emilia Romagna n. 2/2003 (legge quadro sui servizi sociali);
- Legge Regionale Emilia Romana n. 27/2004 (legge finanziaria regionale per il 2005) art. 51;
- Delibera di Giunta Regione Emilia Romagna n. 509/2007 - Fondo regionale per la non autosufficienza programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009;
- Delibera di Giunta Regione Emilia Romagna n. 1206/2007 - Fondo regionale per la non autosufficienza - indirizzi attuativi della DGR 509/2007;
- Delibera di Giunta Regione Emilia Romagna n. 1230/2008 - Fondo regionale per la non autosufficienza - programma 2008 e definizione degli interventi a favore delle persone adulte con disabilità;
- Delibera AUSL Parma n. 322/2019 - Adozione del bilancio d'esercizio anno 2018;
- Delibera AUSL Parma n. 328/2020 - Adozione del bilancio d'esercizio anno 2019;
- Delibera AUSL Parma n. 496/2021 - Adozione del bilancio d'esercizio anno 2020.

## **Documenti Aziendali/Regionali e altre pubblicazioni**

- Piano sociale e sanitario delle Regione Emilia Romagna 2017-2019, approvato con Deliberazione assembleare n. 120 del 12 luglio 2017 e Deliberazione di Giunta Regionale n. 1423 del 2 ottobre 2017 di attuazione del Piano stesso;
- Piano di zona per la salute e il benessere sociale triennio 2018-2020 approvato dal Comitato di Distretto Valli Taro e Ceno in data 30 luglio 2018 e programma attuativo per gli anni 2018-2019-2020;
- Anziani e disabili: un nuovo modello di assistenza. Rapporto a cura di Alberto Brugnoli e Antonello Zangrandi. Fondazione per la Sussidiarietà, Milano, novembre 2021.

## **Sitografia**

- <https://www.ausl.pr.it>
- <https://www.salute.gov.it>
- <https://www.regione.emilia-romagna.it>
- <https://www.regione.emilia-romagna.it/statistica>
- <https://sociale.regione.emilia-romagna.it>
- <http://www.cmtaroceno.pr.it>