



**UFFICIO STUDI E RICERCHE
FNP CISL CUNEO e REGIONALE**

RICERCA n° 13

del mese di giugno 2011

SOMMARIO

LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA

**I LIVELLI ESSENZIALI DI
ASSISTENZA
DOMICILIARE E RESIDENZIALE
DEGLI
ANZIANI IN PIEMONTE**

**I COSTI DELL'ASSISTENZA
RESIDENZIALE IN
PIEMONTE - TARIFFE E RETTE
SOCIALI**

**I CONTENUTI, I COSTI E GLI ASSEGNI DI CURA
NELL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA**

INTEGRATA DOMICILIARE DEGLI ANZIANI, DAL 2005 IN POI, PIEMONTE

Presenza in sede: lunedì, mercoledì, venerdì, al mattino

Giuseppe Fogliato
(Responsabile Ufficio Studi)

Segreteria Provinciale: Via Cascina Colombaro 33 – 12100 CUNEO Tel. 0171 321068 Fax 0171 321065 – E-mail :ufficiostudi@fnpcuneo.it

I N D I C E

ARGOMENTI	PAGINA
*OBIETTIVO DELLA RICERCA.....	3
*LA RIFORMA NAZIONALE DELL'ASSISTENZA E IL SUO RECEPIMENTO IN PIEMONTE.....	5
*IL NUOVO MODELLO INTEGRATO DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA IN PIEMONTE.....	6
*I LIVELLI ESSENZIALI di ASSISTENZA RESIDENZIALE (LEA) – D.G.R.17/2005 IN PIEMONTE.....	7
-Il percorso della revisione organizzativa regionale dei servizi socio-sanitari Integrati.....	8
-Le fasce di intensità assistenziale nelle residenze per anziani.....	9
*I CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLE TARIFFE RESIDENZIALI....	
-Premessa.....	10
-Le prestazioni erogabili nelle residenze degli anziani.....	11
-Le attività alberghiere (vitto, lavanderia, pulizie).....	“”
*RIEPILOGO FATTORI DI COSTO E VALORI TARIFFARI.....	12
-La determinazione regionale al 2005 delle tariffe giornaliere, e delle rette sociali a carico degli assistiti, delle residenze per anziani.....	13
*LE UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG).....	15
*IL RUOLO DELLA FAMIGLIA CON GLI OSPITI DELLE RESIDENZE PER ANZIANI.....	16
*LA TRANSITORietà' E LA GRADUALITA' APPLICATIVA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE....	17
*PIANO CONCLUSIVO PER L'OMOGENEA APPLICAZIONE DEL MODELLO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE DEGLI ANZIANI.....	18
(Gli aumenti e le nuove tariffe al 31.12.2009).	
-Incrementi percentuali e monetari, mensili, delle tariffe nel 2008 e 2009-Tab.n°5..	20
*GLI ULTERIORI AUMENTI DELLE TARIFFE PER GLI INTERVENUTI RINNOVI DEI CONTRATTI COLLETTIVI NAZIONALI DI LAVORO	
-DGR N° 64 del 22.3.2010.....	22
*IL REGOLAMENTO DELLE RESIDENZE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI, ACCREDITATE CON IL SERVIZIO PUBBLICO.....	25
-I contributi della Regione Piemonte per la realizzazione e l'adeguamento di posti-letto per anziani non autosufficienti.....	26
-Requisiti e procedure per l'esercizio delle strutture socio-sanitarie.....	“”
*L'ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-SANITARIA – Premessa.....	27
*I CONTENUTI PRIORITARI DELLA DGR n° 39/2009 PER	

L'ASSISTENZA DOMICILIARE.....	28
*LA COMPARTICIPAZIONE DEGLI ASSISTITI AL COSTO DELLE PRESTAZIONI DI NATURA DOMICILIARE – All. B-C a DGR 39/2009.....	“”
*GLI ASSEGNI DI CURA: i massimali erogabili e le relative quote mensili....	29
*SINTESI DELLE PRIORITA' – Abstract.....	30

OBIETTIVO DELLA RICERCA

L'assistenza socio-sanitaria assistenziale integrata erogata dalle Istituzioni Locali competenti, con il concorso economico dello Stato e della Regione Piemonte, come già rilevato con la nostra ricerca n° 9 – Lo stato di salute degli anziani e le risposte assistenziali – luglio 2009 – interessa il 35% degli anziani piemontesi oltre 65 anni. Sono infatti autosufficienti il 65% di essi.

Sintetizzando una nostra tabella di quella ricerca, relativa alle stime nazionali di invalidità e non-autosufficienza, e secondo i tre livelli assistenziali stabiliti, gli anziani assistibili nelle otto Province piemontesi sono così suddivisi:

Tab. 1 – Anziani >65 anni -2009- e anziani da assistere (quantità numeriche arrotondate alle centinaia più prossime) nelle tre fasce di intensità assistenziale

PROVINCIE e TOTALE ANZIANI	NON AUTOSUFF. LIEVI BASSA ASSIST. 17,8%	NON AUTOSUFF. PARZIALI MEDIA ASSIST. 11,2%	NON AUTOSUFF. TOTALI ALTA ASSIST. 6,1%
ALESSANDRIA: 113.100	20.100	12.600	6.800
ASTI-----: 52.700	9.300	5.900	3.200
BIELLA-----: 46.800	8.300	5.200	2.800
CUNEO-----: 129.600	23.000	14.500	7.900
NOVARA-----: 77.300	13.700	8.600	4.700
TORINO-----: 504.600	89.800	56.500	30.700
V.C.O.----- : 37.800	6.700	4.200	2.300
VERCELLI-----: 44.200	7.800	4.900	2.600
TOT.PIEMONTE: 1.006.100	178.700	112.400	61.000

L'assistenza e la cura residenziale degli anziani, al pari delle persone minori e adulte, avviene, oltretutto negli ospedali – esclusivamente sanitari -, anche nelle strutture socio-sanitarie integrate a loro specificatamente dedicate.

Le prestazioni sanitarie, ospedaliere e ambulatoriali, di prevenzione, diagnostiche, di cura e riabilitazione, sono gratuite, tranne che siano soggette a ticket farmaceutico, diagnostico e per visite e ambulatoriali.

Sono a pagamento, inoltre, i ricoveri e le altre prestazioni di libera scelta personale presso gli ospedali e le case di cura private.

Anche le prestazioni sanitarie, ambulatoriali e domiciliari, dei medici generici di famiglia, di libera scelta, singoli o associati, sono gratuite, mentre l'accesso ai medici ospedalieri in libera professione è a pagamento, con tariffe ridotte e regolamentate.

Nelle strutture ospedaliere sono state ridotte notevolmente le giornate di degenza per i singoli ricoveri, di norma a pochi giorni - al massimo a una decina - e si pratica il ricovero giornaliero con il day hospital e il day surgery per interventi chirurgici minori, anche solo ambulatoriale...

Il ricovero post-ospedaliero, nelle strutture di recente attivazione relative alla degenza post-acuzie o per il sollievo ai famigliari che assistono a domicilio i loro congiunti, ma che l'attuale Giunta Regionale del Piemonte intende ridurre, rinviando alle residenze convenzionate per anziani (con retta sociale a carico dei ricoverati), è gratuito, ma è limitato a non oltre 60 giornate di degenza. Questo limite vale anche per i ricoveri nelle strutture di ricovero per riabilitazione. Un caso a parte è rappresentato dai casi più gravi, al limite dello stato vegetativo, per i quali non ci sono, di norma, limiti alle giornate di degenza, qualora non sia proprio possibile assisterli a domicilio.

Anche le giornate di degenza nelle case di cura private convenzionate sono limitate a 60 giornate di degenza, ma, dopo i primi 30 giorni, viene diminuita la retta di ricovero rimborsata dal Servizio Sanitario, per cui è a rischio il ricovero in corso (il paziente viene dimesso, se non varia la diagnosi o la causa del ricovero stesso).

Sul versante **SOCIO-SANITARIO ASSISTENZIALE INTEGRATO**, per minori, adulti e anziani non autosufficienti, all'occorrenza, e in base alle disponibilità delle strutture adibite a cura e assistenza, si ricorre all'assistenza domiciliare, sanitaria e assistenziale-domestica istituzionale, a quella semiresidenziale (centri diurni assistiti) e a quella residenziale nelle ex case di riposo e nelle varie comunità alloggio.

Ma queste prestazioni presuppongono il pagamento, a carico dell'assistito, della quota-retta "sociale" se i posti occupati e le prestazioni sono convenzionate-autorizzate dalla ASL.

Se i posti occupati e le prestazioni necessarie non sono disponibili in convenzione-autorizzazione sanitaria, il costo a carico dell'assistito è totale.

In altre nostre precedenti ricerche si è già evidenziata la carenza dei posti-letto convenzionabili nelle residenze debitamente autorizzate. Essi non raggiungono ancora in Piemonte il 2% di posti sul numero complessivo degli anziani oltre 65 anni. Risulta inoltre che anche questo parametro non sia sufficiente rispetto al numero degli anziani non autosufficienti da assistere nelle residenze, impossibilitati a essere curati al proprio domicilio dai propri famigliari, giacché si è scoperto, dai "DATI DELL'ASSISTENZA 2008 della Regione, che oltre il 70% degli anziani da assistere non riceve alcuna prestazione socio-sanitaria integrata gratuita, né l'integrazione prevista delle rette di ricovero ai pensionati con redditi medio-bassi.

Obiettivo di questa ricerca è quindi quello di ricordare, ripercorrere e sintetizzare i provvedimenti nazionali, e regionali del Piemonte, di indirizzo e applicazione della tutela socio-sanitaria integrata.

In particolare sarà nostra cura commentare le scelte piemontesi relative alle caratteristiche, autorizzative, di accreditamento e di convenzionamento, delle strutture residenziali per anziani, nonché le caratteristiche e le condizioni dell'assistenza domiciliare.

Si elencheranno poi i criteri adottati per il calcolo, e l'aggiornamento periodico, delle tariffe e rette di ricovero nelle residenze per anziani non autosufficienti e Alzheimer, e delle condizioni degli assistiti a domicilio.

LA RIFORMA NAZIONALE DELL'ASSISTENZA E IL SUO RECEPIMENTO A LIVELLO PIEMONTESE

Dal 1890 al 2000: dopo 110 anni circa dalla legge “Crispi” sulla beneficenza e le IPAB, il Governo e il Parlamento hanno ragionato, proposto e approvato l'aggiornamento, innovativo, degli indirizzi nazionali sugli obiettivi e sugli strumenti attuativi della tutela e della assistenza sociale.

La nuova **Legge 8.11.2000 n° 328** ha preso il nome di **“RIFORMA DELL'ASSISTENZA”**.

I principi fondamentali dettati dalla legge sono:

-Il diritto alla tutela, e quindi alla cura e assistenza delle persone in difficoltà, compreso il contesto familiare e sociale, e di quelle cagionevoli di salute e non autosufficienti, sovvertendo l'indirizzo caritatevole, privato, precedente;

-Gli indirizzi generali degli strumenti assistenziali, con il privilegio per quelli domiciliari, per quanto possibili, al fine di preservare il radicamento degli assistiti nel loro abitato e contesto sociale;

-La riconferma e il sostegno dell'auto-aiuto e dell'auto-organizzazione familiare, del vicinato di prossimità e del volontariato associativo, e quindi del privato non sostitutivo dell'intervento pubblico, per la cura non specialistica e l'assistenza domestica alla persona bisognosa. In questo concetto si ricomprende il contributo sociale, economico, richiesto agli assistiti e ai loro familiari in grado di provvederlo;

-La delega alle Regioni, alle ASL e ai Comuni, singoli o associati, a recepire gli indirizzi nazionali e a programmare e attuare gli strumenti attuativi e di controllo necessari.

Un successivo decreto nazionale, su proposta del Ministro alla Sanità SIRCHIA, nel normare la previsione e definizione dei **LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA – LEA** – da parte delle Regioni, stabilì che, per le prestazioni socio-sanitarie integrate a livello distrettuale, **i costi delle stesse dovessero essere suddivisi in parti uguali: il 50% sia per quelle esclusivamente sanitarie che per quelle socio-assistenziali e di natura domestica e di cura personale.**

Qualora ciascuna Regione avesse ritenuto opportuno e necessario fissare un costo maggiore per gli aspetti sanitari di cura e assistenza, notoriamente non a carico degli assistiti, avrebbero dovuto

provvedere con proprie risorse regionali e comunali. **Questa indicazione nazionale inserita nel citato decreto “SIRCHIA” si inquadrebbe nei primi provvedimenti nazionali di decentramento amministrativo e finanziario (delega forzata), ma ancora senza il federalismo fiscale, e quindi con un aumento del carico fiscale medesimo, poi avvenuto con l’aggravio delle aliquote regionali e comunali addizionali IRPEF.**

Il recepimento della Riforma dell’Assistenza in Piemonte.

Avendo presenti i due provvedimenti nazionali ricordati, ancora in assenza del Piano triennale Sociale Nazionale, già reiterato più volte quello per la Sanità, dopo la relativa Riforma degli anni ’80, e degli indirizzi nazionali per i **LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIALE – LIVEAS** – la Regione Piemonte recepì e mise in moto la **Riforma regionale dell’Assistenza con la L.R. n° 1 del 2004**, quattro anni dopo quella nazionale.

IL NUOVO MODELLO INTEGRATO DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA IN PIEMONTE

La Legge Regionale n°1/2004, oltre a recepire e rafforzare gli obiettivi nazionali nel merito della integrazione socio-sanitaria, introducendo il principio e gli strumenti utili alla continuità assistenziale tra competenze esclusivamente sanitarie e quelle socio-sanitarie e domiciliari, integrate, elencò le proprie deleghe attuative a successive delibere di Giunta Regionale – DGR.

La ridefinizione attuativa del **modello integrato di assistenza socio-sanitaria in Piemonte**, era già avviata con le anticipazioni sperimentali locali del 1993 (DGR n° 41 “Articolazione dell’assistenza residenziale socio-sanitaria in Residenze di base (RA), flessibili (RAF), sanitarie-assistenziali (RSA)”, e del 2003 (DGR 51 “ Aree di disabilità e cure domiciliari, con l’adeguamento della rete dei servizi ai bisogni delle persone assistite”).

L’applicazione della Riforma nazionale in Piemonte ha, in particolare, tenuto conto della **necessità di promuovere e favorire una maggiore omogeneità di tutela socio-sanitaria, e quindi della qualità e quantità assistenziale tra le varie realtà territoriali provinciali e territoriali nei bacini integrati tra i distretti sanitari e gli Enti Gestori socio-assistenziali intercomunali.**

Il confronto, a volte aspro, delle Organizzazioni Sindacali Unitarie CGIL-CISL-UIL, con quelle degli operatori sanitari e assistenziali, **e dei pensionati**, confederali, ha infine convinto la Regione, tramite gli Assessori alla Sanità e all’Assistenza, ad attivare **la concertazione**, allargata a tutte le parti in causa: Regione, Sindacati, Rappresentanti: delle Provincie, dei Comuni e Comunità Montane (UPI – ANCI – UNCEM), dei Consorzi socio-assistenziali e altri Enti gestori, del Volontariato Associato, delle proprietà e delle responsabilità di gestione delle strutture residenziali ex-ECA-IPAB-UNEBA-COOPERATIVE e PRIVATE.

Per quanto riguarda la gestione socio-assistenziale venne attivato un sistema informativo di rilevazione annuale dei dati relativi agli Enti Gestori socio-assistenziali: una ASL (Casale), tre Comuni singoli (Torino, Asti, Novara) e circa altre 55 associazioni di Comuni, tra i Consorzi, le unioni o meno con le Comunità montane, pochissime Unioni intercomunali.

La pubblicazione annuale dei **“DATI DELL’ASSISTENZA DELLA REGIONE”** così raccolti nel merito delle prestazioni fornite ai soggetti disarticolati per età e tipologie assistenziali, e delle entrate e spese, cessò nel 2009.

Altra importante iniziativa sollecitata alla Regione nel merito della disarticolata e disomogenea realtà delle ex-case di riposo, fù dedicata all'iniziativa "CASE DI RIPOSO APERTE" che culminò con il primo, e per ora anche unico, censimento-elenco unificato di tutte le strutture di ricovero residenziale di lungo-degenza per adulti e anziani, suddivise per ciascuna provincia piemontese. **Questa pubblicazione fù distribuita nel 2005.** (*Nostra ricerca n°8 – marzo 2010*).

In quella occasione si censirono anche alcune caratteristiche interne delle residenze, quali: i posti-letto per le tipologie assistenziali (RA-RAF-RSA-ALZHEIMER), la sala comune con eventuale TV, le attività socializzanti, la lavanderia, l'accoglienza, il taglio-capelli, pedicure, area verde, terrazzo, palestra di riabilitazione, luogo e assistenza di culto). Furono anche rilevate le tariffe giornaliere di degenza, ma non tutte le strutture risposero nel merito. **Risultarono già allora richieste tariffe giornaliere (24 ore) di € 70 per i non autosufficienti, e di € 120-130 per gli affetti da Alzheimer, e si confermò l'ampia disuguaglianza, tra le varie aree territoriali, delle tariffe e rette a carico degli assistiti per la stessa tipologia assistenziale dei nuclei di degenza.**

Nota: Per Tariffa si intende il costo totale giornaliero, tra sanità e assistenza, mentre per Retta si intende la quota sociale a carico del ricoverato, eventualmente integrata dai Servizi Sociali..

LA DGR n° 17 del 2005 IN PIEMONTE: I LEA RESIDENZIALI PER GLI ANZIANI

Con i primi provvedimenti applicativi, delegati, della Riforma dell'Assistenza in Piemonte (L.R. n°1 del 2004) si affrontò e si approvò la **DGR n° 17 del 30.5.2005**, relativa all'assistenza socio-sanitaria integrata residenziale in lungodegenza delle persone anziane non autosufficienti.

Prima ancora di esaminare i contenuti degli allegati e delle tabelle della delibera regionale, relativi alle caratteristiche strutturali e organizzative delle residenze e alle tariffe di degenza, occorre chiarire che le disposizioni approvate sono vincolanti per tutte le residenze piemontesi ai fini dell'autorizzazione all'esercizio delle loro funzioni. Per quanto riguarda le tariffe e rette esse sono vincolanti in relazione ai posti-letto singolarmente convenzionati, mentre prima erano determinate dalle singole residenze in base ai nuclei interni, diversificate per tipologia di ricovero.

Il vincolo del rispetto delle determinazioni regionali delle tariffe e rette per i posti-letto convenzionati è giustificato rispetto ai finanziamenti in parte regionali (fondi sanità e assistenza) redistribuiti ai vari Enti Gestori socio-assistenziali dei Comuni singoli e associati.

Per quanto riguarda le strutture, o i singoli posti-letto non convenzionate/i, le tariffe regionali sono puramente indicative. Ancora oggi in parecchi casi sono superiori, mentre in qualche realtà territoriale, soprattutto nelle residenze dei comuni minori, si stanno adeguando faticosamente, essendo state molto inferiori, come evidenziato dal censimento 2005, in particolare per i degenti in bassa assistenza per lieve non auto-sufficienza e per persone anziane sole autosufficienti. Tuttavia si registra quà e là la pratica della integrazione delle rette, da parte dei Comuni, ai propri residenti ricoverati in condizioni economiche tali da non essere in grado di pagarle.

A questo proposito, per avere un quadro di massima sulle attività della sanità piemontese e degli Enti Locali-Enti gestori socio.ass.li, a sostegno degli ospiti bisognosi ricoverati nelle residenze, si riporta un estratto dei DATI DELL'ASSISTENZA –ultima pubblicazione regionale del 2008.

Tab.2 – Totale residenze per anziani e relativi posti-letto. Totale anziani ricoverati in posti-letto convenzionati e totale anziani con integrazione della retta.

PROVINCIE	Tot.residenze e Post-letto	Anziani assistiti in Posti-letto convenz.	Anziani ricoverati con integr. rette
ALESSANDRIA	115 = 6.681	862	359

ASTI	68 = 3.621	336	65
BIELLA	41 = 2.729	122	125*
CUNEO	158 = 8.443	480	616*
NOVARA	38 = 2.367	425	168
TORINO	277 = 18.454	2.936	2.128
V.C.O.	23 = 1.363	72	49
VERCELLI	43 = 1.997	485	46

**Nota: Nelle Provincie di Biella e Cuneo figurerebbero anche le integrazioni delle rette ad anziani bisognosi ricoverati in posti-letto non convenzionati.*

Note sulla tab. n° 2 – Nel 2006 (Dati Assistenza 2008 della Regione Piemonte) gli anziani piemontesi assistiti in posti-letto residenziali convenzionati, con quota sanitaria a carico delle ASL, (5.718), sono risultati il 12,5% sul totale dei posti-letto (45.655) censiti nelle 763 residenze piemontesi. Gli anziani bisognosi con integrazione della retta sociale da parte dei Comuni e altri Enti gestori socio-assist.li (3.556) furono il 7,78% sul totale dei posti-letto(45.655) e il 62,17% su quelli convenzionati (5.718). Gli anziani ricoverati nelle residenze, che hanno usufruito della integrazione della retta sociale (3.555), sono risultati soltanto lo 0,35% sul totale dei ricoverati (45.655), mentre i ricoverati in posti-letto convenzionati non superarono mediamente lo 0,57% sul numero totale degli anziani piemontesi oltre 65 anni.

Qualche anno dopo l'Assessorato Regionale alle Politiche Sociali, a margine dell'impegno sottoscritto con le OO.SS. per l'aumento dei posti-letto convenzionati con le ASL, verso il 2% sul totale degli anziani oltre 65 anni a fronte della diminuzione di circa 700 posti-letto negli ospedali, comunicò che gli stessi, mediamente, non superavano l'1,5%.

A oggi, 2011, la Giunta Regionale del Piemonte intende ridurre i posti-letto residenziali, senza alcun costo per i 60 giorni massimi di degenza, nelle strutture di recente attivate per i decorsi post-ospedalieri degli anziani (post-acuzie), e per i ricoveri temporanei tesi ad alleviare gli impegni 24 ore su 24 dei famigliari che assistono, nonché per le prestazioni riabilitative per non-autosufficienti fisici, temporanei. In compenso gli anziani (circa 1.800 in Piemonte) potranno essere ricoverati nelle residenze per anziani, con il totale costo (sanitario e sociale) della tariffa a loro carico. Ciò avverrà poiché tuttora si verificano tempi di attesa per il ricovero in posti-letto convenzionati, anche superiori a sei mesi, e per la constatazione che, anche per effetto dell'azzeramento del fondo nazionale per la non-autosufficienza, che non sarà più finanziato nel 2011, diminuiranno addirittura gli attuali posti convenzionati.

Il percorso della revisione organizzativa regionale dei servizi socio-sanitari

La DGR n° 17/2005 stabilisce che la riorganizzazione dei servizi socio-sanitari assistenziali integrati sia improntata alla flessibilità quali-quantitativa degli interventi, tramite le prescrizioni dei **Piani assistenziali individuali (P.A.I.)**, e loro revisioni, concordate con gli assistibili e/o con i loro famigliari e i medici di famiglia, e definiti dalle Commissioni Valutative dei bisogni assistenziali delle ASL (UVG ecc...).

Sono perciò prioritarie, come si è già evidenziato, le cure e l'assistenza domiciliare, al fine di riportare la persona e i suoi bisogni al centro del sistema e della rete dei servizi. Per questo

obiettivo, si ricorda che il dibattito in Piemonte fù molto acceso tra i fautori della necessità dei ricoveri degli anziani nelle residenze “attrezzate”, oppure della sperimentazione della loro ospedalizzazione sanitaria a domicilio, e quelli della cura e assistenza domiciliare integrata, per quanto possibile, anche dall’opera dei famigliari, loro collaboratori, e del volontariato.

Il percorso riorganizzativo si è posto poi anche l’obiettivo di ridefinire e adeguare gli standard organizzativi e gestionali, nonché delle prestazioni da erogare, e relative tariffe-rette omogenee per tutte le residenze per anziani già: ex-ECA e IPAB, poi divenute RSA-RAF-RA, non dimenticando che i provvedimenti nazionali hanno previsto la conversione della loro ragione sociale in Aziende speciali o in Fondazioni, già previste dalla Riforma delle Autonomie Locali. In questo disposto rientrerebbero anche i Consorzi socio-assistenziali, non compresi, e trasformabili in Unioni e Associazioni dei Comuni in quanto responsabili in prima istanza delle tutele sociali e sanitarie territoriali. **Nel frattempo i Consorzi socio-assistenziali delegati, attivati in Piemonte, hanno assunto l’amministrazione di non poche residenze nel loro ambito territoriale.**

Le fasce di intensità assistenziale nelle residenze per anziani.

Con la riorganizzazione approvata nel 2005, si passa, in Piemonte, da una rete di residenze con nuclei interni (con circa 10, 20, 30 posti-letto ciascuno) suddivisi in **RSA** (Residenza Sanitaria assistenziale per anziani non autosufficienti) – **RAF** (Residenza Assistenziale Flessibile per i parzialmente non autosufficienti e disabili) – **RA** (Residenza assistenziale per lievi non autosufficienti) , predefiniti, a un sistema individualizzabile, per tutti i posti-letto autorizzati e convenzionabili, rispetto alle valutazioni dei bisogni di cura e assistenza socio-sanitaria.

Vengono pertanto abolite le precedenti classificazioni dei nuclei RSA-RAF-RSA i cui posti-letto possono essere occupati da anziani individuati secondo i gradi di **BASSA ASSISTENZA** (lieve non autosufficienza), **MEDIA ASSISTENZA** (non auto-sufficienti parziali), e **ALTA ASSISTENZA** (non autosufficienti totali). E’ previsto anche l’**INCREMENTO DELLA ALTA ASSISTENZA**, identificabile indicativamente negli aggravamenti delle condizioni psico-fisiche derivanti dal Morbo di Parkinson e Alzheimer, e da altre demenze senili.

Il numero dei posti-letto convenzionabili, nel sistema integrato socio-sanitario, sono stabiliti dalle autorizzazioni regionali, su proposte degli organismi delle ASL e degli Enti Gestori sociali, che, di regola, dovrebbero far parte dei programmi annuali e dei **PIANI di ZONA (PdZ)** triennali definiti a livello distrettuale ASL integrato con gli Enti Gestori. Nella realtà essi sono condizionati dalle risorse, nazionali, regionali e locali (quote capitarie annue dei Comuni singoli e associati), dalle quote dei fondi indistinti (per tutte le variegiate prestazioni socio-sanitarie) sommate a quella dedicata all’assistenza residenziale, e che vengono destinate annualmente ai livelli periferici deputati alla gestione dei servizi sanitari e assistenziali-sociali integrati.

Come è già noto, queste risorse pubbliche, per le più svariate ragioni (crisi, stress finanziario ai vari livelli, spostamento delle somme stanziare ad altre destinazioni: manovre finanziarie e decreti mille proroghe...), sono in pericolosa diminuzione. L’effetto prodotto scarica, finchè può, gli oneri di risanamento del bilancio pubblico, e assistenziali, dagli altisonanti obiettivi pubblici sui temi “sociali”, su quelli sempre meno sostenibili dal privato: i singoli assistiti obbligati a sopportare cure e costi assistenziali sempre più cari, a fronte di salari famigliari concorrenti a cure e assistenza , e pensioni percepite, con gravi perdite del loro potere di acquisto. A una conseguente diminuzione dei servizi e prestazioni pubbliche erogati, si accompagna quindi una inesorabile diminuzione delle tutele e del livello sociale e di vita.

I CRITERI PER LA DETERMINAZIONE REGIONALE DELLE TARIFFE RESIDENZIALI SOCIO-SANITARIE INTEGRATE

PREMESSA

Dopo aver dato conto delle sperimentazioni piemontesi ante-Riforma 2000 dell'Assistenza, e dei capisaldi ispiratori della stessa e del suo recepimento 2004 in Piemonte, e prima ancora di elencare e commentare gli allegati e le tabelle della DGR 17/2005 sui LEA residenziali degli anziani, comprese tariffe e rette sociali a carico degli assistiti, nonché ulteriori DGR applicative, si precisa che gli argomenti rivisitati e commentati saranno improntati esclusivamente alle attenzioni e aspettative degli anziani e loro familiari.

Essi riguardano soprattutto:

- l'accessibilità, la quantità (rispetto a liste di attesa e lontananza) e la dislocazione periferica dei servizi sanitari e socio-sanitari integrati;
- le modalità e qualità delle prestazioni residenziali e domiciliari da erogare;
- i sistemi ispettivi e di controllo: i Comuni per le caratteristiche di edificazione e ristrutturazione delle strutture; le ASL per le norme igieniche e le modalità di erogazione delle prestazioni, i NAS (carabinieri specializzati) nei casi-limite su segnalazione e denuncia;
- la sostenibilità delle tariffe e rette sociali a carico degli assistiti, e la loro eventuale integrazione da parte dei Comuni singoli o associati.

Tralascieremo pertanto le indicazioni regionali e i dispositivi locali relativi all'assetto degli Enti Gestori socio-assistenziali (già rilevato nell'ultimo capoverso di pagina 8), e quelli propriamente collegati ai compiti dirigenziali e della organizzazione degli operatori in servizio.

Ne approfittiamo anche per indicare nelle **pagine bianche centrali – con bordi colorati – degli elenchi telefonici provinciali**, l'offerta di tutte le notizie di recapito viario, telefonico e di sito Internet, delle strutture sanitarie e socio-sanitarie integrate, cui rivolgersi, dopo la prima istanza

informativa e prescrittiva dei medici di famiglia, per accedere ai servizi e relativi adempimenti di autorizzazione e prenotazione.

Con ciò diamo per scontato che non sono mai state esaustive le **Guide dei Servizi** pubblicate e distribuite saltuariamente dai Comuni e dai Servizi socio-assistenziali, soggetti, a ogni piè sospinto, a frequenti e repentine riorganizzazioni, innovazioni, dislocazioni, tali da renderle obsolete dopo poco tempo dalla loro realizzazione.

Ritornando alle premesse per il calcolo dei costi residenziali, indispensabili per la definizione delle tariffe-tipo, omogenee in tutto il Piemonte e relative alle tre fasce di assistenza, è necessario elencare, e descrivere sommariamente, le prestazioni da erogare.

Questa materia, completata dal peso economico assegnato alle prestazioni, nonché dal calcolo delle quote, sanitarie e sociali, per la determinazione delle tariffe totali e la loro suddivisione percentuale in quote sanitarie e in quote sociali (rette a carico degli assistiti), è stata inclusa nell'Allegato 1 della DGR n° 17/2005.

Le prestazioni erogabili nelle residenze per anziani in base alle fasce di Assistenza – Allegato 1 DGR 17/2005.

Assistenza medica

E' garantita dai medici di medicina generale (di base, o di famiglia) con orari settimanali prestabiliti e pubblicizzati, concordati con la Direzione sanitaria o con la Direzione del Distretto di pertinenza.

I relativi costi non concorrono alla determinazione delle tariffe residenziali in quanto i medici di base sono individualmente retribuiti tramite i periodici rinnovi delle convenzioni con il Ministero della Sanità ed eventuali progetti e integrazioni regionali.

Assistenza infermieristica e tutelare della persona

Deve essere garantita con le figure professionali previste: eventuale coordinamento (capo-sala), infermiere/i professionali, operatori socio-assistenziali ADEST, OSS, OTA, tecnici della riabilitazione, commisurati ai tempi medi giornalieri (minuti di assistenza giornaliera per ciascun ricoverato) stabiliti in apposita tabella e alle turnazioni diurne e notturne necessarie.

Attività di animazione

In base alle necessità individuate con il **PAI** (Piano assistenziale individuale) con le figure professionali: animatore ed educatore professionale, terapeuta occupazionale.

Attività di riabilitazione, mantenimento psico-fisico, supporto psicologico

Può essere dispensata nella sede della residenza, oppure in altri servizi esterni della ASL, secondo le necessità e i tempi medi stabiliti nel **PAI**, da operatori professionali della riabilitazione psico-fisica-motoria e di supporto psicologico (psicologi).

Altre attività sanitarie

Assistenza specialistica, diagnostico-terapeutica, farmaceutica e protesica, nonché il trasporto autorizzabile in autoambulanza.

Altri aspetti gestionali

Vitto

La quantificazione del costo della giornata alimentare è stata stimata mediamente in € 9,00 per utente, nel 2005.

Lavanderia

Il costo, compreso un operatore a tempo pieno, è stato quantificato in € 2,60 ut/g per il lavaggio e stiro della biancheria piana (letto, mensa...) e in € 2,00 ut/g per quella personale del ricoverato.

Parrucchiere

Include le attività connesse con l'igiene personale, quantificate indicativamente in 8 ore settimanali.

Pulizia

Il costo è stato quantificato in € 5,00 ut.g.

Altri oneri gestionali, assicurazioni, manutenzione, ammortamenti

Il costo medio è stato quantificato in € 2,5 per mille del valore complessivo della struttura.

Altre attività non incluse nella tariffa, quindi a totale carico dell'utente:

- parrucchiere: quelle in eccedenza a quelle previste dalla tariffa
- lavanderia, eccedenti il valore già quantificato in tariffa
- cure estetiche, escluse quelle prescritte nel PAI, o dal medico per esigenze sanitarie (es. pedicure)
- trasporti e accompagnamento per esigenze personali, non per esigenze sanitarie e socio-assistenziali.

E' quindi opportuno che l'assistito, o i suoi famigliari, chiariscano con la direzione le modalità di richiesta, e il relativo costo aggiuntivo, delle predette, e altre eventuali, attività integrative, compresa la camera singola.

L'Allegato 1 affronta inoltre:

- Lo sviluppo del percorso assistenziale, e il suo monitoraggio-adequamento, indicato dalle valutazioni multi-professionali –UVG- Unità di valutazione geriatrica, e UVA (...Alzheimer), nonché dalla UVH (...Handicap), le cui funzioni saranno meglio approfondite nel seguente Allegato 1.A
- La funzione del **DISTRETTO SANITARIO** di riferimento per la tutela dell'utente: attuazione del PAI; presa in carico della persona anziana; ambito territoriale in cui avviene la continuità assistenziale socio-sanitaria e il raccordo con le attività socio-assistenziali gestite dai Comuni singoli e associati (Enti Gestori – Consorzi – Unioni...)

RIEPILOGO FATTORI DI COSTO E VALORI TARIFFARI

TABELLA D – Riepilogo fattori di costo e percentuale a carico della sanità

Il risultato finale percentuale della suddivisione dei costi tra competenza sanitaria e socio-assistenziale, per le tre intensità di assistenza (alta, media, bassa, e relativi incrementi) è stato analiticamente raffigurato nella Tab. D della DGR 17/2005.

Essa, in relazione alla facilitazione rappresentativa e comprensibile per gli assistiti e loro famigliari, può essere riassunta nella nostra seguente

Tab. n° 3 – Riassunto componenti sanitaria e socio-assistenziale delle tariffe residenziali

COMPONENTI	ALTA INTENSITA'		MEDIA INTENS.		BASSA INTENS.	
	LIV.BASE	- INCREMENT	LIV.BASE	- INCREMENT	LIV.BASE	- INCREMENT
QUOTA A CARICO Del S.S.R. - ASL	54%	57,7%	50%	50%	50%	50%
QUOTA SOCIALE A carico utente/ Ente Gestore	46%	42,3%	50%	50%	50%	50%

Come si può notare la quota sanitaria, in Piemonte, previo confronto con le parti coinvolte nella concertazione regionale, è stata elevata rispetto alle indicazioni del Ministro Sirchia per i LEA nazionali della sanità. Il maggiore esborso per la Regione è derivato dai proventi dei ticket della specialistica e degli esami diagnostici, e dall'incremento delle addizionali IRPEF regionale.

In questo modo la retta sociale, pari al 50%, a carico dell'utente, ed eventualmente integrata dagli Enti Gestori, si è abbassata in chiave solidaristica per le tariffe, più care, nell'alta assistenza convenzionata, al 46 e 42,3%. In questa fascia è compreso circa il 60% degli anziani assistiti.

Purtroppo questa apprezzabile agevolazione non vale per i ricoverati in posti-letto residenziali non convezionati, ai quali è richiesto il pagamento della tariffa intera.

La determinazione regionale al 2005 delle tariffe giornaliere, e delle rette sociali a carico degli assistiti, delle residenze per anziani, in Piemonte

La somma dei fattori di costo, riepilogati nella Tab. D della DGR 17/2005 (riassunta nella nostra Tab. n° 3 di pag. 12) consente di calcolare le tariffe complessive delle tre fasce assistenziali, e le relative rette sociali a carico degli assistiti, o dei Comuni/Enti gestori di residenza, in applicazione delle quote percentuali a carico del Servizio Sanitario Regionale per il livello di bassa assistenza (50%); alta assistenza, liv. Base = 54% e incremento = 57,7%; media assistenza= 50% sulle due tariffe differenziate = liv.base € 73; incremento € 83.

Riportiamo quindi la tabella D, originale, allegata alla DGR n° 17/2005.

Tab. D – DGR n° 17/2005 – Valori tariffari giornalieri per utente, delle tariffe e rette sociali, delle residenze per anziani, in Piemonte.

FASCE ASSISTENZIALI	LIV.BASE TARIFFA TOTALE	TARIFFA INCREM. TOTALE	QUOTA SSR LIV.BASE	QUOTA SSR INCREM.	RETTE SOCIALI A CARICO UTENTE
ALTA ASSISTENZA	€ 90	€ 98	(54%) € 48,60	(57,7%) € 56,50	(44,%) € 41,50
MEDIA ASSISTENZA	€ 73	€ 83	(50%) € 36,50	(50%) € 41,50	(50%) € 36,50 - € 41,50
BASSA ASSISTENZA	€ 68		(50%) € 34,00		(50%) € 34,00

In base alla precedente tabella D – DGR 17/2005 si possono calcolare le tariffe e rette sociali mensili, nei seguenti riquadri.

1)ALTA ASSISTENZA CON INCREMENTO – Anziani affetti da Alzheimer, Parkinson e altre demenze senili

A-Tariffa intera giornaliera € 98	Id. su mese di 28 gg. € 2.744	Id. su mese di 29 gg. € 2.842	Id. su mese di 30 gg. € 2.940	Id. su mese di 31 gg. € 3.038
B-Quota S.S.R. giornaliera € 56,50	“ € 1.582	“ € 1.638	“ € 1.695	“ € 1.751
C-Retta sociale giornaliera € 41,50	“ € 1.162	“ € 1.203	“ € 1.245	“ € 1.286

Seguono a pag. 14----->

2)ALTA ASSISTENZA – Livello base – Anziani totalmente non autosufficienti

A-Tariffa intera giornaliera € 90	Id. su mese di 28 gg. € 2.520	Id. su mese di 29 gg. € 2.610	Id. su mese di 30 gg. € 2.700	Id. su mese di 31 gg. € 2.790
B-Quota S.S.R. giornaliera € 48,60	“ € 1.360	“ € 1.409	“ € 1.458	“ € 1.506
C-Retta sociale giornaliera € 41,50	“ € 1.162	“ € 1.203	“ € 1.245	“ € 1.286

3)MEDIA ASSISTENZA CON INCREMENTO – Anziani parzialmente non autosufficienti

A-Tariffa intera giornaliera € 83	Id. su mese di 28 gg. € 2.324	Id. su mese di 29 gg. € 2.407	Id. su mese di 30 gg. € 2.490	Id. su mese di 31 gg. € 2.573
B-Quota S.S.R. giornaliera € 41,50	“ € 1.162	“ € 1.203	“ € 1.245	“ € 1.286
C-Retta sociale giornaliera € 41,50	“ € 1.162	“ € 1.203	“ € 1.245	“ € 1.286

4)MEDIA ASSISTENZA – Livello base – Anziani parzialmente autosufficienti

A-Tariffa intera giornaliera € 73	Id. su mese di 28 gg. € 2.044	Id. su mese di 29 gg. € 2.117	Id. su mese di 30 gg. € 2.190	Id. su mese di 31 gg. € 2.263
B-Quota S.S.R. Giornaliera € 36,50	“ € 1.022	“ € 1.058	“ € 1.095	“ € 1.131
C-Retta sociale giornaliera	“ “	“ “	“ “	“ “

€ 36,50	€ 1.022	€ 1.058	€ 1.095	€ 1.131
---------	---------	---------	---------	---------

5) BASSA ASSISTENZA- Anziani autosufficienti, perlopiù soli

A-Tariffa intera giornaliera € 68	Id. su mese di 28 gg. € 1.904	Id. su mese di 29 gg. € 1.972	Id. su mese di 30 gg. € 2.040	Id. su mese di 31 gg. € 2.108
B-Quota S.S.R. giornaliera € 34	“ € 952	“ € 986	“ € 1.020	“ € 1.054
C-Retta sociale giornaliera € 34	“ € 952	“ € 986	“ € 1.020	“ € 1.054

Il livello di base e con incremento, nel graduare la più o meno complessità delle prestazioni, è determinato in riferimento alle risorse professionali impiegate, e indicate dal Piano Assistenziale individuale, in relazione al bisogno assistenziale della persona.

Nel merito delle tariffe intere (A) e delle rette sociali (C) a carico degli anziani ricoverati e loro famigliari, o eventualmente integrate dai Comuni singoli o associati, si precisa quanto segue:
 1-La tariffa intera (A) è a totale carico dell'anziano ricoverato e dei suoi famigliari se il posto occupato nella residenza non è convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale Piemontese;
 2-Se il posto-letto è convenzionato con il S.S.R. la relativa quota (B) è a carico delle ASL, mentre la retta sociale (C) è a carico, di norma, dell'anziano ricoverato;
 3-L'intervento sostitutivo, per il pagamento parziale o totale della tariffa intera o della quota sociale, è tuttora delegato ai Comuni singoli o associati con proprio regolamento. Esso è perlopiù limitato a favore degli assistiti con reddito proprio, o compresi i famigliari, non in grado di far fronte a quanto dovuto. Deve comunque essere garantito alla famiglia dell'anziano ricoverato il sostegno economico quando insorgano difficoltà per deprivazione del reddito residuo del coniuge al pagamento della retta sociale dovuta. Anche per questa evenienza, compresa la somma minima di € 100 mensili da lasciare a disposizione dell'utente per spese personali, intervengono gli Enti gestori socio-assistenziali, con il concorso delle risorse regionali.

LE UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA - UVG

Prima di riprendere la questione delle tariffe e rette sociali delle residenze per anziani, nella loro evoluzione prevista dalla Regione con il piano conclusivo di omogenea applicazione del modello assistenziale e tariffario, presentiamo una sintesi dell' **Allegato 1.A** alla DGR n° 17/2005. Questo documento specifica gli obiettivi, i compiti e la organizzazione-accesso delle **Unità di Valutazione Geriatrica-UVG**, poi estesa in **UVA** per gli affetti da Alzheimer, e in **UVH** per i diversamente abili.

Composizione

L'UVG è una équipe multidisciplinare-professionale composta dai seguenti medici: geriatra, medico esperto in organizzazione dei servizi socio-sanitari territoriali, medico fisiatra; il medico di famiglia che lo richieda può partecipare alle riunioni per i propri assistiti.

E' altresì composta da due assistenti sociali, una/o dell'ASL e una/o dell'Ente Gestore socio-ass.le, da una infermiera professionale dei servizi domiciliari, e da un segretario-amministrativo.

Compiti

La UVG è il nucleo centrale indispensabile per accedere ai diversi servizi rivolti agli anziani bisognosi di cura e assistenza socio-sanitaria-assistenziale. Essa provvede alla valutazione globale della persona *“per la definizione del programma preventivo, curativo e riabilitativo atto a garantire la continuità assistenziale, e i successivi aggiornamenti, al mutare delle condizioni originarie”*.

Individuerà quindi i bisogni sanitari e sociali delle persone anziane, e indicherà le risposte più idonee al loro soddisfacimento, privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento presso il loro domicilio.

A questo scopo identificherà altresì la fascia assistenziale (bassa, media, alta e incremento), e predisporrà la documentazione necessaria per ottenere l' **assegno di cura** nell'assistenza a domicilio, oppure l'**integrazione della retta sociale di ricovero residenziale** da parte del comune o dell'Ente Gestore socio-assistenziale.

Modalità della richiesta della valutazione

Il medico curante, o gli operatori dei servizi sociali, presso l'ASL, il distretto sanitario, o presso gli Enti Gestori (Comune singolo, Consorzio o Associazione-Unione di più comuni) potranno fornire le indicazioni necessarie, e la relativa documentazione, per la richiesta di valutazione UVG per il primo **Piano assistenziale individuale** e il suo aggiornamento successivo.

Poiché le risorse a disposizione consentono raramente di soddisfare immediatamente le indicazioni UVG, sono compilate le **prenotazioni-liste di attesa** separate per le cure domiciliari e per le singole residenze, convenzionate o meno. Gli accessi ai servizi convenzionati con ASL ed Enti Gestori si attueranno con graduatorie distinte per tipologie di intervento più o meno urgente, o grave, e in base a punteggi assegnati dalla commissione valutativa, oltre alla precedenza di iscrizione nella relativa lista-prenotazione.

La dislocazione delle UVG

La Regione ha stabilito che l'ambito di intervento delle UVG debba coincidere con le ASL di riferimento (il bacino territoriale coincidente con gli assistiti di libera scelta dei medici di famiglia dei comuni facenti parte).

Le sue operatività sono invece organizzate con riferimento agli **ambiti distrettuali**. Con ciò è sottinteso che le ASL e gli Enti GESTORI debbono predisporre équipes socio-sanitarie operanti in ciascun distretto, mentre la sede della commissione UVG sia unica per tutta l'ASL.

Purtroppo, con i susseguenti accorpamenti di USSL e ASL, con inevitabili allargamenti dei bacini territoriali dei distretti, rispetto ai rispettivi Enti Gestori, con minore estensione, dialoganti in integrazione di cura e assistenza, si presuppone la necessità di decentrare saltuariamente, quanto meno, le riunioni valutative delle UVG anche nelle sedi distrettuali più distanti.

IL RUOLO DELLA FAMIGLIA CON GLI OSPITI DELLE RESIDENZE PER ANZIANI

L'ALLEGATO n° 1.C ALLA DGR n° 17/2005

Il ruolo della famiglia

L'obiettivo perseguito dalla Regione Piemonte nel 2005, in questo allegato, è stato improntato alla valorizzazione del rapporto degli anziani, ricoverati nelle residenze di lungo-degenza, con i loro

famigliari. Questo legame assume una *“forte valenza terapeutica”* in quanto in essa *“possono essere soddisfatti i fondamentali bisogni di attenzione, protezione, sicurezza e appartenenza”*.

In questo senso gli operatori tutti, medici e non medici, fissi e occasionali, si debbono coinvolgere nell'evitare l'isolamento tra l'anziano e il mondo, apparentemente chiuso, della struttura residenziale. In sintesi, il loro costante impegno è determinante nel facilitare la collaborazione tra la famiglia e il personale di assistenza, soprattutto nella fase iniziale del ricovero, migliorando la comunicazione tra il personale e i famigliari visitatori nonché coadiuvanti volontari nell'assistenza.

Il ruolo del volontariato

Le relative organizzazioni, iscritte nello specifico albo regionale, operano con propri soci, non retribuiti tranne i rimborsi documentati alle proprie associazioni, e in possesso dei requisiti professionali richiesti (corsi di base e di aggiornamento periodico), principalmente nelle attività promozionali di sostegno, promozione e supporto all'autonomia degli ospiti.

Nello specifico i loro interventi sono diretti:

- “1-Alla tutela e promozione dei loro diritti,*
- 2-All'intrattenimento e al supporto nell'attività animatoria,*
- 3-All'ascolto e al conforto”*

Le informazioni scritte tra le direzioni e gli ospiti e i loro famigliari

Nel prescritto **REGOLAMENTO INTERNO** di ciascuna struttura spiccano le molteplici informazioni da rendere note agli ospiti e loro famiglie, quali: l'ufficio per le informazioni, gli orari di apertura al pubblico, quelli del personale su appositi schemi aggiornati delle presenze, quelli di accesso dei visitatori (non inferiori a 8 ore giornaliere), nonché le procedure per le uscite e rientri degli ospiti dalle e nelle strutture residenziali.

Fondamentale è anche la **CARTA DEI SERVIZI** che è indispensabile per l'accreditamento, secondo le normative nazionali e regionali.

Essa riepiloga i numerosi **DIRITTI DEGLI OSPITI**: alla vita – alla cura e assistenza – alla prevenzione – alla protezione fisica e contro speculazioni e raggiri – diritto alla parola e all'ascolto – alla informazione – alla partecipazione e alla espressione – diritto di critica – di rispetto e del pudore – di riservatezza – di pensiero e di religione.

Non stà scritto espressamente ma è implicito che la direzione della residenza, all'atto della prenotazione o del ricovero, dovrebbe ottemperare all'informazione prescritta anche con la consegna di copia della Carta dei Servizi agli ospiti o ai loro famigliari.

Rispetto alle prestazioni aggiuntive richiedibili ma non comprese nei costi di natura sociale-personale delle tariffe e rette, già richiamate a pag. 12, occorre richiedere alla direzione le modalità di accesso e i relativi costi aggiuntivi dovuti.

Per quanto riguarda invece le informazioni relative alle integrazioni delle tariffe e rette, nonché tutte le controversie e reclami non sciolti nei rapporti con le direzioni, ci si dovrà rivolgere ai Presidenti delle residenze, compresi quelli degli Enti Gestori di riferimento, ai Sindaci-Assessori sociali dei Comuni per i problemi assistenziali, e ai Direttori dei distretti per quelli sanitari.

Le organizzazioni confederali sindacali dei pensionati CISL, nonché le Associazioni del volontariato possono essere interpellate per un eventuale sostegno nei casi di “difficili o controversi rapporti” con le direzioni delle residenze.

**LA TRANSITORIETA' E LA GRADUALITA'
ATTUATIVA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO**

DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE

L'ALLEGATO n° 2 alla DGR n° 17/2005

La Regione Piemonte si è impegnata, dal 2005 in poi, *“a supportare il processo di realizzazione del nuovo modello assistenziale per la residenzialità socio-sanitaria delle persone anziane... attraverso il Fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali.”*...”””” Tale fondo è finalizzato esclusivamente a concorrere alla copertura, nella misura del 50%, della maggiore spesa degli Enti Gestori per la copertura della tariffa giornaliera (di ricovero) a carico dei cittadini non in grado di farvi fronte.””””

Abbiamo potuto verificare annualmente, consultando settimanalmente il Bollettino Ufficiale della Regione, le delibere di Giunta adottate per autorizzare gli anticipi e i saldi, sulla base delle autocertificazioni, corrisposti agli Enti Gestori che abbiano provveduto alla integrazione, parziale o totale, della retta dovuta.

Come abbiamo già riferito precedentemente, il requisito di reddito massimo posseduto per il diritto alla integrazione della retta è tuttora regolamentato dai singoli Enti Gestori, ed è variabile da € 6.000 a € 10.000 circa, certificati ISEE. A questo proposito le Organizzazioni sindacali avevano richiesto e ottenuto dalla Regione che si considerasse il solo reddito familiare dell'ospite **“ai soli fini fiscali”**. La Regione si era altresì impegnata a promuovere, con contributi aggiuntivi, l'applicazione di questa “omogenea” interpretazione da parte degli Enti Gestori.

L'Allegato n° 2, tra le gradualità attuative, prescrive le seguenti ulteriori indicazioni incidenti nel rapporto tra le Direzioni delle strutture e i loro ospiti:

- La messa in opera di tutti gli interventi, strutturali e organizzativi, necessari al rispetto dei PAI (Piani Assistenziali individuali) definiti dalle UVG in base alle tre fasce di assistenza.
- Le procedure per il definitivo accreditamento delle strutture, previo accertamento dell'attuazione dei parametri relativi agli obiettivi, alla struttura fisica, e alla organizzazione per la cura e assistenza, stabiliti dalla Regione.

Onde perseguire a tappe successive la omogeneizzazione delle tariffe e rette sociali in tutte le strutture residenziali, con priorità obbligatoria per quelle convenzionate e tenendo conto della necessità di omogeneizzare gli stipendi degli operatori, tuttora diversi rispetto ai vari contratti di lavoro rispetto alla ragione sociale delle residenze, furono decise le seguenti possibilità di incremento delle tariffe nella fase transitoria:

1)-incremento pari a €7,00 sulla tariffa giornaliera in essere dal 31.12.2003;

1a e b)-per le tariffe ex RSA e RAF le rispettive tariffe non avrebbero dovuto superare le cifre giornaliere indicate dalla Regione, in particolare gli € 70,00 per le ex-RAF.

3)-nel caso di tariffe giornaliere già superiori, al 31.12.2003, ai valori massimi, la quota a carico dell'ospite o Ente Gestore non avrebbe dovuto superare le percentuali di compartecipazione previste.

**PIANO CONCLUSIVO PER L'OMOGENEA
APPLICAZIONE DEL MODELLO DI ASSISTENZA
RESIDENZIALE DEGLI ANZIANI**

(Gli aumenti e le nuove tariffe al 31.12.2009)

La DGR n° 39/2008

Terminato il periodo transitorio 2006/2007, il monitoraggio della Regione ha verificato il graduale sviluppo degli incrementi tariffari che, *“partendo dalle eterogenee tariffe esistenti nel 2006, dovevano accompagnare il processo di attivazione degli standard quantitativi e qualitativi del modello di assistenza residenziale: ristrutturazioni ambientali, incremento, anche professionale, degli operatori, adeguamento dei contenuti assistenziali...”*

La verifica regionale ha rilevato, a metà 2008, che:

-Il 75% delle strutture aveva raggiunto i livelli assistenziali previsti dalla normativa a regime, mentre erano ancora sensibilmente inferiori al 60% le strutture allineate ai valori tariffari ex DGR n° 17/2005, da noi riepilogati a pagg. 13 e 14.

-Il 25% delle strutture erogava prestazioni ancora inferiori agli standard previsti, e con valori tariffari ancora inferiori a quanto previsto.

-Il 15% erogava gli standard assistenziali previsti, ma applicava ancora tariffe minori, a tutto danno del personale impegnato (Inapplicazione, o applicazione al ribasso, dei contratti di lavoro).

L'Allegato 1 alla DGR 39/2008 specifica pertanto le indicazioni necessarie a concludere l'omogenea applicazione del modello di assistenza residenziale per gli anziani, entro il 31.12.2009.

Nel determinare gli aumenti tariffari per l'anno 2008 si stabilì tassativamente, previa concertazione tra tutte le parti in causa, che gli stessi non fossero applicabili alle strutture che non avessero ancora presentato il progetto di progressione 2007/2008, relativo al raggiungimento dei livelli assistenziali ex-DGR n° 17/2005, ivi compresa la valorizzazione dei costi del personale sulla base dei Contratti collettivi nazionali siglati con le OO.SS. maggiormente rappresentative.

Gli incrementi tariffari convenuti tra le parti per l'anno 2008 e per i due semestri 2009, riepilogati nella tabella A della DGR n° 39/2008, variano da un minimo di € 4,00 a € 6,00 g/Ut (giornalieri per Utente), comprendenti la quota percentuale di adeguamento al tasso di inflazione annua ISTAT per le tariffe già a regime.

L'applicazione dei predetti aumenti mirati, intesi non superabili, come dimostrato nella nostra seguente tabella n° 4, avrebbe consentito alle strutture la possibilità di raggiungere i valori tariffari a regime già riepilogati a pagg.13 e 14, entro il 31.12.2009.

Tab. n° 4/a,b,c – Aumenti giornalieri per utente delle tariffe g/Ut residenziali per anziani, autorizzati dalla Regione Piemonte per il 2008 e 2009, ex tab. A della DGR n° 39/2008

Tab. 4/a = Fascia assistenziale **ALTA ASSISTENZA** (Base e incremento)

Tariffa g/Ut al 31.12.2007	Incremento MAX dal 1.8.2008	Incremento MAX 1° sem. 2009	Incremento MAX II° sem. 2009	Tariffa a regime nel 2009
Base > 75 €	€ 6,00	€ 6,00	Quanto manca alla Tariffa a regime	€ 90,00
Base 75/80 €	€ 5,00	€ 5,00	Quanto manca alla Tariffa a regime	€ 90,00
Incres. 80/87 €	€ 4,00	€ 4,00	Quanto manca alla Tariffa a regime	€ 98,00
Incres. 87/90 €	Tariff.a regime con adeguamento tasso Inflazione Istat	- - - - -	- - - - -	€ 98,00

Tab. 4/b = Fascia assistenziale **MEDIA ASSISTENZA** (Base e incremento)

Tariffa g/Ut al 31.12.2007	Incremento MAX dal 1.8.2008	Incremento MAX 1° sem. 2009	Incremento MAX II° sem. 2009	Tariffa a regime nel 2009
Base 60/65 €	€ 5,00	€ 6,00	Quanto manca a Tariffa a regime	€ 73
Base 65/70 €	€ 4,00	€ 5,00	Quanto manca a Tariffa a regime	€ 73
Incres. 70/73	Tarif. a regime con Adeguamento tasso Inflazione Istat	- - - - -	Quanto manca a Tariffa a regime	€ 83

Tab. 4/c = Fascia assistenziale BASSA ASSISTENZA (Base)

Tariffa g/Ut al 31.12.2007	Incremento MAX dal 1.8.2008	Incremento MAX dal 1.1.2009	Tariffa a regime nel 2009
Base 60/65 €	€ 5,00	Quanto manca a Tariffa a regime	€ 68,00
Base 65/70 €	€ 3,00	Quanto manca a Tariffa a regime	€ 68,00

Dalle precedenti tabelle si ricavano gli incrementi percentuali e monetari, mensili, sugli scaglioni tariffari rilevati nel I° semestre 2008.

INCREMENTI PERCENTUALI E MONETARI, MENSILI, NEL 2008 e 2009, DELLE TARIFFE RESIDENZIALI RILEVATE NEL I° SEM. 2008

Tab. 5 – Incrementi percentuali e monetari-mensili sulle tariffe residenziali, nel 2008 e 2009, sui valori rilevati nel I° sem.2008, convenuti per omogeneizzarle ai valori a regime nel 2009.

	Incremento percentuale su tariffe giornaliere	Incremento monetario su tariffe mensili di 31 giorni
ALTA ASSISTENZA	€ 6 su € 75 = 8% su 17 mesi € 5 “ € 80 = 6,25% “ € 4 “ € 87 = 4,60% “	€ 6 x 31 gg. = € 186/2008 + € 186/2009 = + € 372 € 5 x 31 gg. = € 155/2008 + € 155/2009 = + € 310 € 4 x 31 gg. = € 124/2008 + € 124/2009 = + € 248
MEDIA ASSISTENZA	€ 5 su € 65 = 7,6% “ € 4 “ € 70 = 5,7% “	€ 5 x 31 gg. = € 155/2008 + € 6x31gg. = € 186= + € 341 € 4 x 31 gg. = € 124/2008 + € 5x31gg. = € 155= + € 279
BASSA ASSISTENZA	€ 5 su € 65 = 7,6% “ € 3 “ € 70 = 4,2% “	€ 5 x 31 gg. = Dal 1.8.2008..... + € 155 € 3 x 31 gg = “ “ + € 93

Nota sindacale FNP CISL

In sede concertativa con la Regione, nel calcolare l'entità sopradescritta, degli aumenti tariffari proposti da alcune rappresentanze, la **FNP CISL** regionale non mancò di protestare con veemenza. Gli incrementi, tutti superiori al doppio dei tassi annui della inflazione programmata ISTAT, si abbattevano pesantemente, ed esclusi-

vamente, sugli anziani pensionati bisognosi di cura e lungo-assistenza residenziale.

Solo il 30% di essi riceveva, nel 2007, l'integrazione della retta sociale secondo i regolamenti comunali, o delegati agli Enti gestori socio-assistenziali. Tutti gli altri, purtroppo, non beneficiando di un posto-letto convenzionato con la sanità, avrebbero subito per intero gli esorbitanti aumenti della tabella n° 5. Essi sono variati da un + 4,2% minimo ad un massimo del + 8%. Gli aumenti mensili delle tariffe sono saliti, tra il 2008 e il 2009, da un minimo di € 93 a un massimo di € 372, di cui circa il 50%, nei posti letto convenzionati, di retta sociale a carico dei ricoverati senza integrazione.

Ricordiamo ancora che il 70% degli anziani con una sola pensione, in Piemonte, non supera i 700 €uro al mese. In Provincia di Cuneo salgono all'80%. Il 35% dei medesimi sono non autosufficienti, tra parziali e totali. Le tariffe intere, ma anche quelle sociali a loro carico, sono state sempre più al di fuori di qualsiasi loro possibilità. Anche con il contributo di figli e nipoti, anch'essi in difficoltà. I redditi dei lavoratori dipendenti e pensionati, come abbiamo già certificato con la nostra ricerca n° 12/2010, si sono visti diminuire il loro potere di acquisto di circa il 30% negli ultimi dodici anni.

Gli aumenti proposti per il 2008/2009, esecrabili per il loro incredibile aumento, tutto di un colpo all'1.1.2008 e all' 1.1.2009, dovevano peraltro coprire i maggiori costi delle strutture ristrutturata, e del personale aumentato di numero per garantire la qualità assistenziale prevista. Era anche inevitabile il provvedere alla applicazione e al rinnovo, anche economico, dei contratti collettivi nazionali del personale.

Anche la rappresentanza dei Comuni (ANCI regionale) si preoccupò rispetto alla maggiorazione dei loro costi per la integrazione delle rette agli anziani-ospiti non in grado di pagarle.

La FNP CISL propose, unitariamente, alla Regione di incrementare le proprie risorse socio-assistenziali, allo scopo di promuovere e incentivare questo beneficio economico agli aventi diritto secondo i diversi regolamenti comunali.

La Regione fu disponibile. Provvide perciò con la stessa DGR n° 39 del 1.8.2008.

Si impegnò anche nell'incentivare, con specifici contributi, gli Enti gestori **che** avessero considerato come requisito massimo per accedere alla integrazione delle rette, il reddito familiare esclusivamente "ai fini fiscali". Si escludeva l'obbligatorietà del contributo dei famigliari conviventi non a carico del ricoverato.

Nel 2007 si indicava un reddito ISEE massimo tra gli 8.000 e i 10.000 €uro annui.

A comprova dell'impegno richiesto alla Regione, e ottenuto, si riproduce la tabella B della DGR n° 39/2008 relativa alla misura dei contributi elargiti agli Enti gestori socio-assistenziali per la integrazione delle rette sociali agli anziani ricoverati nelle residenze.

Tab. B - DGR 39/2008 - Contributo regionale per la integrazione delle rette per Anziani non autosufficienti inseriti in strutture RAF o RSA

Tipologia autorizzativa Ex DGR n° 41/95	Tipologia organizzativa Ex DGR n° 17/2005	Contributo (€/giornal./Utente)
RAF (ass.flessibile)	Bassa intensità	€ 2,00
RAF "	Media intensità	€ 3,50
RAF "	Livello incrementato	€ 4,00
RSA(ass.sanit.)	Alta intensità - liv. Base	€ 4,00
RSA "	Alta intensità - liv.increm.	€ 4,50

GLI ULTERIORI AUMENTI DELLE TARIFFE PER GLI INTERVENUTI RINNOVI CONTRATTUALI DEL PERSONALE - DGR n° 64 del 22.3.2010

A seguito della applicazione del rinnovo dei Contratti collettivi nazionali di lavoro, compresi gli eventuali contratti integrativi locali, per i dipendenti delle residenze piemontesi assistenziali, in sede del Tavolo concertativo Regione-Territorio ex LEA residenziali, si sono indicati gli aumenti tariffari con decorrenza 1.6.2010, a valere sui valori tariffari all' 1.1.2010.

La Regione li approvò con la DGR n° 64 del 22.3.2010.

Riteniamo pertanto utile riprodurre la relativa tabella 1 allegata alla DGR 64, che riepiloga anche la rideterminazione delle tariffe, tra quota sanitaria e quota sociale, giornaliera.

Tab. 1 – Adeguamenti tariffari applicabili sull'assistenza residenziale degli anziani non autosufficienti, con decorrenza 1.6.2010, ex DGR 64/2010

Fasce assist.li	A	D	E	F
	Incremento €/giorn./Utente	Rideterminazione Tariffa €/g/Ut.	Quota a carico Fondo sanitario	Quota sociale a carico Utente o del Comune
Bassa intensità	€ 3,00	€ 74,00	€ 37,00 – 50%	€ 37,00
Media " base	€ 4,00	€ 80,00	€ 40,00 - 50%	€ 40,00
Media " increm.	€ 6,00	€ 88,00	€ 44,00 – 50%	€ 44,00
Alta " base	€ 6,00	€ 98,00	€ 53,46 – 54,0%	€ 45,54
Alta " increm.	€ 7,00	€ 108,00	€ 62,46 – 57,3%	€ 45,54

Gli incrementi sono comprensivi del tasso di inflazione programmata Istat.

La Regione si accollò l'onere finanziario dei predetti incrementi, quantificati in € 6.485.000,00, di cui € 4.500.000,00 per la parte di competenza sanitaria, da devolvere alle ASL, e € 1.985.000,00 di competenza socio-assistenziale, da devolvere agli Enti gestori per i Comuni associati. Naturalmente sia le ASL che gli Enti gestori utilizzano i predetti fondi per la integrazione delle rette sociali, per i posti-letto convenzionati, agli anziani non in grado di pagarle.

Nota: *Il contributo regionale agli Enti Gestori è inferiore a quello sanitario in quanto le funzioni sociali sono cofinanziate anche dalle quote capitarie dei comuni associati.*

Con la tabella 2 allegata alla DGR 64/2010 si determinò altresì il nuovo contributo aggiuntivo per la integrazione delle rette con l'adozione del parametro di reddito massimo ISEE del nucleo familiare dell'assistito/a ai fini esclusivamente fiscali.

Tab. 2 – DGR n° 64/ 2010 – Rideterminazione contributo aggiuntivo g/ut per integraz. rette

Fascia assistenziale	Contributo ex DGR 39/2008	Nuovo Contributo 2010
Bassa intensità	€ 2,00	€ 2,20
Media intensità	€ 3,50	€ 3,75
Media intensità incrementata	€ 4,00	€ 4,50
Alta intensità	€ 4,00	€ 4,50
Alta intensità incrementata	€ 4,50	€ 4,80

Rilevata la rideterminazione delle tariffe giornaliere a seguito degli ultimi incrementi 2010, è possibile ricalcolare i nuovi valori tariffari mensili. Essi, raffrontati con quelli previsti a regime al 31.12.2007, **evidenziano l'aumento monetario e percentuale** convenuto al Tavolo di concertazione Regione-Territorio, **negli anni trascorsi dal 2007 al 2010.**

Evidenziamo il tutto con le nostre nuove tabelle n° 6-a,b,c,d,e,.

Tab. n° 6-a. ALTA ASSISTENZA con INCREMENTO

A-Tariffa intera Giornaliera	Id. su mese di 28 gg.	Id. su mese di 29 gg.	Id. su mese di 30 gg.	Id. su mese di 31 gg.	Aumento
2007 = € 98	€ 2.744	€ 2.842	€ 2.940	€ 3.038	
2010 = € 108	€ 3.024	€ 3.132	€ 3.240	€ 3.348	
+ € 10	+ € 280	+ € 290	+ € 300	+ € 310	+ 10,2%
B – Quota Sanitaria	Id. su mese di 28 gg.	Id. su mese di 29 gg.	Id. su mese di 30 gg.	Id. su mese di 31 gg.	
2007 = € 56,50	€ 1.582	€ 1.638	€ 1.695	€ 1.751	
2010 = € 62,46	€ 1.748	€ 1.811	€ 1.873	€ 1.936	
+ € 5,96	+ € 166	+ € 173	+ € 178	+ € 185	+ 10,5%
C – Retta sociale a carico utente	Id. su mese di 28 gg.	Id. su mese di 29 gg.	Id. su mese di 30 gg.	Id. su mese di 31 gg.	
2007 = € 41,50	€ 1.162	€ 1.203	€ 1.245	€ 1.286	
2010 = € 45,54	€ 1.275	€ 1.320	€ 1.366	€ 1.411	
+ € 4,00	+ € 113	+ € 117	+ € 121	+ € 125	+ 9,7%

Tab. n° 6-b. ALTA ASSISTENZA – liv. BASE

A – Tariffa intera Giornaliera 2007 = € 90,00 2010 = € 99,00	Id. su mese di 28 gg. € 2.520 € 2.772	Id. su mese di 29 gg. € 2.610 € 2.871	Id. su mese di 30 gg. € 2.700 € 2.970	Id. su mese di 31 gg. € 2.790 € 3.069	Aumento
+ € 9,00	+ € 252	+ € 261	+ € 270	+ € 279	+ 10%
B – Quota Sanitaria 2007 = € 48,60 2010 = € 53,46	Id. su mese di 28 gg. € 1.360 € 1.496	Id. su mese di 29 gg. € 1.409 € 1.550	Id. su mese di 30 gg. € 1.458 € 1.603	Id. su mese di 31 gg. € 1.506 € 1.657	
+ € 4,86	+ € 136	+ € 141	+ € 145	+ € 151	+ 10%
C – Retta sociale A carico utente 2007 = € 41,50 2010 = € 45,54	Id. su mese di 28 gg. € 1.162 € 1.275	Id. su mese di 29 gg. € 1.203 € 1.320	Id. su mese di 30 gg. € 1.245 € 1.366	Id. su mese di 31 gg. € 1.286 € 1.411	
+ € 4,04	+ € 113	+ € 117	+ € 121	+ € 125	+ 9,7%

Tab. 6-c. MEDIA ASSISTENZA – con INCREMENTO

A – Tariffa intera giornaliera 2007 = € 83 2010 = € 88	Id. su mese di 28 gg. € 2.324 € 2.464	Id. su mese di 29 gg. € 2.407 € 2.552	Id. su mese di 30 gg. € 2.490 € 2.640	Id. su mese di 31 gg. € 2.573 € 2.728	Aumento
+ € 5,00	+ € 140	+ € 145	+ € 150	+ € 155	+ 6,00%
B – Quota Sanitaria 2007 = € 41,50 2010 = € 44,00	Id. su mese di 28 gg. € 1.162 € 1.232	Id. su mese di 29 gg. € 1.203 € 1.276	Id. su mese di 30 gg. € 1.245 € 1.320	Id. su mese di 31 gg. € 1.286 € 1.364	
+ € 2,50	+ € 70	+ € 73	+ € 75	+ € 78	+ 6,00%

Nota: Poiché la quota sanitaria è Calcolata al 50% della tariffa intera giornaliera, le **rette sociali** a carico dell'utente/o del Comune sono uguali alla quota sanitaria.

Tab. 6-d. MEDIA ASSISTENZA – livello BASE

A – Tariffa intera giornaliera 2007 = € 73 2010 = € 80	Id. su mese di 28 gg. € 2.044 € 2.240	Id. su mese di 29 gg. € 2.117 € 2.320	Id. su mese di 30 gg. € 2.190 € 2.400	Id. su mese di 31 gg. € 2.263 € 2.480	Aumento
+ € 7,00	+ € 196	+ € 203	+ € 210	+ € 217	+ 9,5%
B – Quota Sanitaria	Id. su mese di 28 gg.	Id. su mese di 29 gg.	Id. su mese di 30 gg.	Id. su mese di 31 gg.	

2007 = € 36,50	€ 1.022	€ 1.058	€ 1.095	€ 1.131	
2010 = € 40,00	€ 1.120	€ 1.160	€ 1.200	€ 1.240	
+€ 3,50	+€ 98	+€ 102	+€ 105	+€ 109	+ 9,5%

Nota: come per tab. 6-d le quote sanitarie e le rette sociali sono uguali, al 50% della tariffa intera

Tab. 6-e – BASSA ASSISTENZA

A – Tariffa intera Giornaliera	Id. su mese di 28 gg.	Id. su mese di 29 gg.	Id. su mese di 30 gg.	Id. su mese di 31 gg.	Aumento
2007 = € 68	€ 1.904	€ 1.972	€ 2.040	€ 2.108	
2010 = € 74	€ 2.072	€ 2.146	€ 2.220	€ 2.294	
+ € 6,00	+€ 168	+€ 174	+€ 180	+€ 186	+ 8,8%
B – Quota Sanitaria	Id. su mese di 28 gg.	Id. su mese di 29 gg.	Id. su mese di 30 gg.	Id. su mese di 31 gg.	
2007 = € 34	€ 952	€ 986	€ 1.020	€ 1.054	
2010 = € 37	€ 1.036	€ 1.073	€ 1.110	€ 1.147	
+ € 3,00	+€ 84	+€ 87	+€ 90	+€ 93	+ 8,8%

Nota: come per le tab. 6-c e d le quote sanitarie e le rette sociali sono uguali, al 50% della tariffa

Si specifica che le quote percentuali dei tassi annuali di inflazione programmata ISTAT compresi negli aumenti sono stati rispettivamente: del + 1,7% nel 2008, del + 3,2% nel 2009, e del + 0,7% nel 2010, per un totale del + 5,6% nel triennio, rispetto agli aumenti tariffari complessivi tra il 6% e il 10,5% delle varie fasce assistenziali.

IL REGOLAMENTO DELLE RESIDENZE, PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI, ACCREDITATE CON IL SERVIZIO PUBBLICO

Con l' **Allegato B alla DGR n° 64 del 22.3.2010** la Regione Piemonte ha approvato le linee-guida per la predisposizione del **Regolamento** delle singole strutture residenziali per anziani non autosufficienti.

Esso *“costituisce lo strumento fondamentale per definire e rendere trasparenti i rapporti e i reciproci diritti/doveri con gli utenti, i loro familiari e/o chi li rappresentano”*.

Nel regolamento, oltre alle prestazioni e modalità di erogazione, il decalogo dei diritti degli ospiti, e le prestazioni a richiesta non incluse nelle tariffe, già ricordate alle pagg. 11, 12 e 17 di questo lavoro sintetico, sono specificate altre situazioni e questioni di particolare interesse dei ricoverati e dei loro famigliari.

Ne sintetizziamo alcune tra quelle incluse nel costo delle tariffe.

.....

5: ALTRE PRESTAZIONI COMPRESSE NELLA QUOTA SANITARIA

.....

> **Pannoloni:** rientrano tra i presidi forniti dal Servizio Sanitario Regionale (S.R.R.) nella quantità giornaliera indicata dal medico di famiglia. Sarà possibile richiedere la possibilità di adeguare la fornitura giornaliera alle reali esigenze dei singoli ospiti, nella corretta applicazione dei protocolli

riguardanti l'incontinenza, in base al Contratto di servizio stipulato dalla struttura con l'ASL e gli Enti gestori socio-assistenziali.

> **Trasporti**: i trasferimenti in autoambulanza per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche, qualora non erogabili direttamente nell'ambito delle strutture residenziali, sono garantiti dall'ASL; quelli da e per l'ospedale e/o strutture sanitarie e socio-assistenziali sono ricompresi nella tariffa giornaliera.

.....

> **Vitto**: la somministrazione dei pasti, anche a letto, all'ospite comprende l'inboccamento alle persone non in grado di provvedere autonomamente dalle stesse, secondo le tabelle dietetiche e nutrizionali prestabilite e approvate dal competente Servizio dell'ASL.

> **Le modalità di pagamento da parte degli ospiti, e chi per essi**:

-in convenzione senza integrazione della retta da parte dei Servizi socio-assistenziali;

-in convenzione con integrazione della retta;

-gli ospiti o chi per essi in forma privata della tariffa intera, per mancanza di un posto-letto libero in convenzione, con possibilità di essere iscritto in lista di attesa di una o più strutture residenziali.

.....

> **Cauzione all'ingresso**: l'eventuale cauzione richiesta non potrà superare l'importo mensile della retta a carico dell'utente. Non potrà essere richiesta per gli ospiti con retta integrata dall'Ente gestore. La cauzione è fruttifera e verrà restituita entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui viene lasciato il posto occupato.

I CONTRIBUTI DELLA REGIONE PIEMONTE PER LA REALIZZAZIONE E L'ADEGUAMENTO DI POSTI-LETTO PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.

Onde favorire il riequilibrio tra le diverse aree territoriali in termini della disponibilità di posti-letto per anziani non autosufficienti, con obiettivo il 2% sulla popolazione anziani oltre 65 anni, e per proseguire l'omogeneo adeguamento delle strutture ai requisiti strutturali prescritti dalle norme nazionali e regionali, la Regione Piemonte, con propria **DGR n° 37 del 1.12.2008**, regolamentò le norme di ammissione e di accesso ai contributi a ciò destinati per le exRSA e exRAF richiedenti.

Successivamente, e con ulteriori DGR, la Regione Piemonte diede conto dei contributi corrisposti alle singole strutture negli anni 2009 e 2010.

REQUISITI E PROCEDURE PER L'ESERCIZIO DELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE.

La regolamentazione dei procedimenti per l'esercizio delle strutture socio-sanitarie per minori, adulti e anziani non autosufficienti, compete alle singole regioni e province autonome, su indicazione nazionale: D.L. 7.12.93, DPR 14.1.1997, DL 19.6.1999 n° 229.

Nello specifico il DL 229/1999 distingue i tre successivi procedimenti/adempimenti indispensabili per il funzionamento delle suddette strutture socio-sanitarie:

- 1)- **AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO**, con la constatazione della realizzazione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi prescritti;
- 2)- **ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**, sulla base degli aspetti di natura funzionale e qualitativa per la cura e l'assistenza;

3)- **CONVENZIONAMENTO**, tramite accordo contrattuale con la ASL di riferimento territoriale, per il pagamento delle prestazioni sanitarie erogate nelle strutture autorizzate e accreditate: le quote percentuali sanitarie sono state indicate dalla Regione Piemonte al 50% in bassa e media assistenza, e al 54% e 57,7% in alta assistenza e ulteriore incremento (Alzheimer, altre demenze senili, gravi disabilità e non autosufficienze), con risorse proprie oltre al 50% unico dettato dal Ministro Sirchia.

L'accreditamento, propedeutico all'eventuale convenzionamento, si applica, allo stesso titolo, alle strutture sanitarie sia pubbliche che private.

Come già più volte evidenziato anche nelle nostre ricerche, il convenzionamento è dipendente dal possesso, per i singoli posti-letto inseriti nei nuclei residenziali, dei requisiti fisici e di qualità assistenziale, nonché dalla disponibilità delle risorse economiche provenienti dai finanziamenti sanitari, secondo gli stanziamenti annuali, destinate ai contratti di convenzionamento. In conseguenza di questa variabile è prevista la prenotazione/iscrizione in apposite liste di attesa territoriali.

La Regione Piemonte ha riepilogato le procedure e i requisiti richiesti per i tre procedimenti, e per ogni singola tipologia assistenziale, residenziale e semi-residenziale, per i minori, gli adulti e gli anziani non autosufficienti, con propria DGR 17/9/2009 n° 25 e relativi allegati. La predetta DGR ha anche specificato le **funzioni di vigilanza e di ispezione periodica, per la verifica del perdurare dei requisiti accertati all'atto dell'accreditamento provvisorio e definitivo.**

La vigilanza ispettiva compete ai Comuni per gli aspetti strutturali derivanti dalla licenza edilizia, e alle ASL per quelli relativi alla qualità assistenziale indicata. Specifiche DGR e D.Ministeriali riepilogano, per ciascuna tipologia assistenziale, i relativi requisiti strutturali e organizzativi-gestionali.

Sappiamo già che, in assenza delle adeguate e previste ispezioni delle ASL, in presenza di denunce esterne, sono intervenuti i Nuclei antisofisticazioni (NAS) dell'Arma dei Carabinieri.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-SANITARIA

PREMESSA

Anche in questa seconda parte intendiamo mettere in risalto l'attenzione e il commento delle parti dei provvedimenti nazionali e della Regione Piemonte che più incidono nell'accesso, nella qualità e nel sostegno alle famiglie degli anziani, e agli stessi, nonché dei minori e gli adulti invalidi e non autosufficienti assistiti a domicilio.

La **DGR del Piemonte n° 39-11190 del 6.4.2009** è stata discussa e approvata, nella sua complessità e interconnessione con altre DGR precedenti, anche per la istituzione del Fondo nazionale per le non autosufficienze, reclamato a lungo anche dalla FNP CISL unitamente a CGIL e UIL pensionati e confederali.

Com'è noto, le politiche socio-sanitarie assistenziali, per la parte sociale, pur attingendo a risorse economiche nazionali, regionali e dei Comuni, beneficiano tuttora di una quota minima rispetto a quella imponente (circa l'80% del bilancio regionale) destinata al settore sanitario.

L'assistenza domiciliare ha avuto il favore e il seguito per la minore spesa rispetto a quella residenziale, ma soprattutto per l'alto valore di integrazione sociale e familiare, che incide positivamente sullo stato di salute delle persone debilitate. Si è già scoperto che gli anziani ultra 75enni ricoverati in lungo assistenza muoiono prima di quelli assistiti a domicilio o in comunità, per circa l'80% di essi.

Quindi gli stanziamenti del Fondo nazionale per le non autosufficienze, in aumento graduale, dei 100 mil. di € nel 2007, dei 200 nel 2008, dei 300 nel 2009 e dei 400 nel 2010, nella loro ripartizione alle Regioni e Provincie autonome, hanno consentito le decisioni in merito anche per il Piemonte.

PURTROPPO NEL 2011 IL GOVERNO NON HA STANZIATO ALCUNCHE' PER LE NON AUTOSUFFICIENZE, IN ATTESA DI PROPORRE UNA LEGGE APPOSITA. PER ORA NON SE NE PARLA. CHISSA' CHE FINE FARANNO, NEL FRATTEMPO, LE BUONE PRASSI REGIONALI APPRONTATE NEI RIGUARDI DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA RESIDENZIALE E DOMICILIARE ?

Ritornando ai provvedimenti piemontesi, sia la precedente DGR n° 37/23.7.2007, che ha esteso i criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni per l'assistenza residenziale, anche a quella domiciliare, come vedremo in seguito, quanto la DGR 39/2009, ambedue susseguenti **alla n°17/2005** (LEA socio-sanitari), sono state ampiamente partecipate e condivise, prima della loro approvazione in Giunta, da tutte le rappresentanze, istituzionali e sociali, presenti al Tavolo unico di concertazione realizzato con la Regione.

Ci si augura quindi che, nonostante la mancanza dei circa 21 milioni di Euro incassati nel 2010, poi scomparsi nel 2011, come ultima trince del Fondo per le non autosufficienze, in Piemonte, e con il contestuale dimagrimento delle risorse dei Comuni (Manovre finanziarie e Milleproroghe governative), si possa intavolare una ulteriore proposta regionale positiva in grado di evitare l'annullamento dei benefici assistenziali e di sostegno alle famiglie già prodotti.

Ne sono già un segno preoccupante il prolungamento delle prenotazioni e dei tempi di attesa sia per l'assistenza residenziale che per quella domiciliare, convenzionate nella integrazione socio-sanitaria. Tant'è che si stanno già aggravando le condizioni assistenziali dei minori, adulti e anziani in condizioni di salute critiche insuperabili.

I CONTENUTI PRIORITARI DELLA DGR 39/2009 PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE

La prima attività di base per lo sviluppo del progetto della domiciliarità è stata ancorata alla istituzione, in ciascun **distretto sanitario** dello **Sportello unico** come porta di accesso alla informazione, cui rivolgersi, dei cittadini. Si indicò poi un **Protocollo di intesa tra le ASL e gli Enti Gestori** delle funzioni socio-assistenziali dello stesso ambito distrettuale, con un Ente capofila con il compito di provvedere al coordinamento e alla gestione delle risorse disponibili.

Il potenziamento del sistema di protezione e cura per le persone non autosufficienti, e in particolare di quelle anziane, fù giustificato dalla *“constatazione che il Piemonte è tra i territori più anziani ultra65enni, pari al 22,69% nel 2007”*

Nel 2008, con DGR 46/11.2.2008 e 37/22.9.2008 furono promossi **progetti e interventi per la qualificazione del lavoro delle assistenti famigliari e badanti**, nelle reti formatesi nelle associazioni sindacali e del volontariato. Questa prassi reiterata favorisce anche i servizi di ricerca e sostituzione delle assistenti stesse.

Anche per l'assistenza domiciliare, tanto più se in lungo assistenza, si accede attraverso la valutazione UVG-UVA-UVH, che definisce il PAI (Piano assistenziale individuale), concordato anche con la famiglia e il medico di base.

In mancanza dello Sportello unico distrettuale ci si può rivolgere alla sede del distretto o dell'Ente Gestore (Comune singolo o associati) per le informazioni sulle procedure per avviare il processo valutativo e assistenziale.

Le UVG... definiscono anche le varie condizioni in cui erogare i contributi alle famiglie, o a chi per esse, graduati rispetto alle modalità assistenziali a domicilio: le varie quote degli **ASSEGNI DI CURA**.

**LA COMPARTECIPAZIONE DEGLI ASSISTITI AL
COSTO
DELLE PRESTAZIONI DI NATURA DOMICILIARE
Allegati B e C alla DGR 39/2009**

Già il disposto della DGR 39 fissa il principio che, sulle prestazioni socio-sanitarie domiciliari la Regione assume, tramite le ASL, a proprio carico il 50% del costo (quota sanitaria), mentre il restante 50% (componente sociale) è a carico dell'utente o degli Enti Gestori delegati.

Con questa decisione se ne deduce che la tesi del 50%, uguale sia per la sanità che per il socio-assistenziale, ripercorre la suddivisione, anch'essa al 50%, per la bassa e media assistenza di base già disposta per l'assistenza residenziale.

Quindi, in caso di aggravamento, resta il diritto dell'assistito a domicilio ad accedere ai Dipartimenti di Emergenza e al ricovero ospedaliero per limitate giornate di degenza. Resta poi anche la possibilità/opportunità, finché perdurerà, del ricovero alternativo, gratuito, nelle strutture residenziali con posti-letto per la post-acuzie, o di sollievo ai famigliari assistenti a domicilio, per non più di 60 giornate di degenza. Altre alternative, con integrazione o meno delle tariffe e rette sociali, sono relative al ricovero in residenze con posti-letto adibiti ad alta assistenza e relativo livello di incremento.

L'allegato B stabilisce l'obiettivo della erogazione a domicilio delle prestazioni a rilievo sanitario entro 60 giorni dalla data di presentazione della domanda, ed entro 90 giorni quelle a rilievo sociale.

L'allegato C, invece, ribadisce, in assonanza con le norme per l'assistenza residenziale, la prassi adottata dalla Regione di valutare il solo reddito e patrimonio individuale ai fini fiscali per il calcolo dei redditi massimi entro cui beneficiare sia della assistenza economica delle Istituzioni comprese le integrazioni delle rette sociali delle residenze, oppure degli assegni di cura a domicilio.-

Tuttavia la DGR 39 conferma che l'eventuale **Indennità di accompagnamento** disposta dalla **Commissione di invalidità civile** ed erogata dall'**INPS**, è utilizzata per la copertura della quota sociale a carico dell'assistito in regime residenziale o domiciliare convenzionato.

**GLI ASSEGNI DI CURA: i massimali erogabili
e le relative quote mensili
Allegato "A" alla DGR n° 39/2009**

L'erogazione degli **ASSEGNI DI CURA**, a sostegno della domiciliarità in lungo-assistenza, sono a beneficio delle persone anziane non autosufficienti per la copertura, totale o parziale, del costo dei servizi di assistenza tutelare socio-sanitaria, o per un contributo per il mancato guadagno dei familiari o parenti che prestano assistenza.

Le quote mensili assolvono quindi, e soprattutto:

- <al riconoscimento delle prestazioni di cura familiare e di affidamento;
- <all'assunzione di assistenti familiari regolarmente assunte/i e retribuite/i;
- <all'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare di operatori socio-sanitari OSS;
- <all'acquisto del servizio di telesoccorso;
- <all'acquisto di pasti a domicilio.

I suddetti contributi **mensili** sono commisurati ai seguenti massimali graduati in base alla intensità assistenziale definita dal PAI – Piano Assistenziale Individuale definito dalla UVG-UVA:

- = **BASSA ASSISTENZA** (da 4 a 9 punti) – fino a € 800,00;
- = **MEDIA ASSISTENZA** (da 10 a 15 punti) – fino a € 1.100,00;
- = **MEDIO-ALTA ASSISTENZA** (oltre 15 punti) – fino a € 1.350,00, e fino a € 1.640 in assenza di rete familiare.

Ai familiari che svolgono funzioni di cura, con comprovata disponibilità di tempo e capacità, come specificato nel P.A.I, sono erogate le seguenti quote mensili, non come remunerazione delle attività di assistenza, ma soltanto per le spese sostenute e per l'eventuale mancato guadagno:

- = € **200,00 per anziano non autosufficiente a BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE,**
- = € **300,00** “ “ “ “ **a MEDIA** “ “ ,
- = € **400,00** “ “ “ “ **a MEDIA-ALTA** “ “ .

Segue.....%

Agli affidatari con un ruolo assistenziale “più leggero”, in bassa e media intensità assistenziale, spettano €. **200,00** mensili.

Se l'affidatario svolge anche compiti di cura, il contributo mensile è così diversificato:

- = € **400,00 in BASSA ASSISTENZA**, in assenza di rete familiare attivabile;
- = € **500,00 in MEDIA ASSISTENZA**, “ “ “ “ “ “ ,
- = € **600,00 in MEDIA-ALTA** “ “ , con previsione di passaggi plurimi durante l'arco della giornata e, all'occorrenza, con passaggi di copertura notturna.

Agli affidatari con accoglienza temporanea o definitiva presso il domicilio dell'affidatario; in situazioni di maggiore necessità, senza rete familiare o parentale attivabile, spetta il contributo mensile di € **700,00**.

SINTESI DELLE PRIORITA' (Abstract)

Riforma dell'Assistenza: anziani da assistere con reddito previdenziale Inferiore a 1.000 Euro mensili

L'epocale riforma dell'Assistenza sociale, integrata con la Sanità, approvata nel 2000 (L. n° 328), su raccolta delle firme dei Sindacati unitari dei pensionati, fù recepita dalla Regione del Piemonte nel 2004 con Legge del Consiglio n° 1 e relative Delibere di Giunta attuative.

Essa interessa, con la definizione dei LEA (Livelli essenziali di assistenza) nel 2005 in Piemonte (DGR n° 17/2005), il 35% degli anziani ultra 65enni non autosufficienti. Il 65%, infatti, secondo i Rapporti nazionali sullo stato della Salute, sono mediamente autosufficienti, sia che siano soli o conviventi con familiari o parenti.

Riportiamo, in proposito, una tabella sugli anziani da assistere nelle otto Provincie Piemontesi, e con reddito previdenziale inferiore a € 1.000 mensili, che sono il 70%; i due terzi di essi, in maggioranza donne, hanno un reddito inferiore a € 500 mensili.

Anziani da assistere (35%)		Anziani con reddito prev.le
N°	Provincia	Inferiore a € 1.000 mens. (70%)
39.600	Alessandria	27.700 - AL
18.500	Asti	12.900 - AT
16.400	Biella	11.400 - BI
45.500	Cuneo	31.800 - CN
27.100	Novara	18.900 - NO
177.100	Torino	123.900 - TO
13.200	V.C.O.	9.200 - V.C.O.
15.500	Vercelli	10.800 - VC
352.900	Piemonte	247.000 - Piemonte

Si ricorda che i redditi previdenziali subirono, dal 1994 al 2010, per mancati e ridotti aumenti annui ISTAT (*inflazione programmata*) e altri provvedimenti riduttivi dei Governi, una perdita del potere di acquisto (*inflazione reale-percepita*) pari al -12% fino a 1.200 € mensili, e superiore al -48 e -49% per le pensioni medio-basse e medie e al -43% per quelle alte oltre € 4.600 mensili.

Il 70% circa di questi anziani poveri si confronta ora con tariffe e rette sociali a loro carico ben superiori ai loro redditi qualora debbano essere ricoverati nelle residenze per anziani.

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA: AUMENTO QUALITA' DELLA ASSISTENZA RESIDENZIALE IN LUNGOASSISTENZA E GLI AUMENTI DELLE RELATIVE TARIFFE E RETTE.

Onde omogeneizzare la qualità assistenziale in strutture adeguate e con la dotazione minima di operatori medici e non, con contratti collettivi di lavoro da rinnovare periodicamente, al tavolo concertativo istituito dagli Assessori regionali Sanità e Assistenza, si convennero gli aumenti 2008, 2009 e 2010 dei costi e relative tariffe giornaliere di ricovero calcolate nel 2005.

Tra luglio 2008 e gennaio 2009 gli aumenti tariffari, tra il 10,5% e il 6%, contro una inflazione programmata non superiore al 5,6%, salirono in breve tempo dai 93 € mensili di 31 giorni per la bassa assistenza, ai 341 € in media assistenza, e ai 372 € in alta assistenza.

Questi aumenti indicati dalla Regione risultarono applicati nel 70% delle 763 residenze del Piemonte. In Provincia di Cuneo sono 158. Nel 2010 gli ulteriori aumenti, da € 3,00 a € 7,00 al giorno, del 2010, furono del + 4-7%. L'inflazione programmata fu dello 0,7%.

Le tariffe mensili, per 31 giorni, variarono "tutto di un colpo", nel 2010, da € 2.294 in bassa assistenza, a € 2.248-2.278 in media assistenza, e a € 3.069-3.348 in alta assistenza, con relativi incrementi. Su di esse la quota sanitaria convenzionata fu determinata al 54% per l'alta assistenza di base e al 57% per il relativo incremento (Alzheimer e altre demenze senili).

Le rette sociali mensili, di 31 giorni, a carico degli assistiti, o dei Comuni singoli o associati in loro vece, risultarono di € 1.054, in bassa assistenza, di € 1.131-1.286 in media assistenza, e di € 1.286 in alta assistenza.

Su richiesta dei Sindacati e della rappresentanza dei Comuni ed Enti Gestori si ottenne uno stanziamento suppletivo della Regione per valutare i redditi massimi, ai soli fini fiscali, degli anziani aventi diritto alla integrazione delle tariffe e rette sociali, non contemplando quindi i redditi di altri familiari e parenti. Si convenne anche di garantire comunque un reddito al coniuge del ricoverato, se deprivato di reddito proprio, e di defalcare dal pagamento della retta sociale, un minimo di € 200 per piccole spese personali dell'utente.

Le tariffe giornaliere, su cui calcolare quelle mensili, risultarono, nel 2010, di € 74 in bassa assistenza, di € 80-88 in media assistenza, e di € 99-108 in alta assistenza e relativi incrementi.

NOTE SUI REGOLAMENTI DELLE RESIDENZE ASSISTENZIALI PER ANZIANI

Tra i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio, all'accreditamento e al convenzionamento con le ASL delle residenze, il **Regolamento**, da rendere noto alle persone anziane, e loro familiari o chi per essi, all'atto dell'ingresso, è *"lo strumento fondamentale per definire e rendere trasparente i rapporti e i reciproci diritti/doveri con i ricoverati e chi li tutelano"*.

Il regolamento-tipo predisposto dalla Regione, in particolare, precisa le **"altre prestazioni comprese nella quota sanitaria"**, quali: i pannoloni, i trasporti in ambulanza per visite specialistiche ed esami diagnostici, ricoveri anche diurni ospedalieri, l'imboccamento a letto dei pasti, i termini del pagamento e il rimborso della cauzione richiesta all'ingresso.

LA DOMICILIARITA' IN LUNGOASSISTENZA DEGLI ANZIANI

Per quanto riguarda la domiciliarità in lungo assistenza delle persone anziane non autosufficienti, con gli allegati B e C alla DGR n° 39/2009, la Regione, nel regolamentare obiettivi e condizioni di cura e assistenza socio-sanitaria, stabilì in sintesi prioritaria quanto segue:

= la centralità dell'ambito distrettuale sanitario, integrato con i reciproci Enti gestori socio-assistenziali (Comuni singoli o associati), con lo **Sportello unico** di accesso alle valutazioni UVG (geriatriche) e UVA (Alzheimer) per la definizione del P.A.I. (piano assistenziale individuale);

= la compartecipazione degli assistiti, o di chi per essi, ai costi delle prestazioni sociali domiciliari in convenzione, al 50% con la sanità, alle stesse condizioni (limiti di reddito individuale ai soli fini fiscali) di quelle residenziali;

= la istituzione del contributo a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza spettante all'assistito o a chi lo assiste: familiari, senza o con assistenti familiari/badanti regolarmente assunte/i e formati, per acquisto di prestazioni presso privati autorizzati, affidatari.

GLI ASSEGNI DI CURA

Il contributo, meglio conosciuto come **Assegno di cura, mensile**, varia rispetto: alle tre fasce di intensità assistenziale; se sia un familiare, con o senza altro assistente retribuito a prestare assistenza, oppure un affidatario a domicilio proprio, oppure dell'anziano non autosufficiente.

I valori mensili, molto variegati e complessi per i non addetti, comunque stabiliti e comunicati dalle UVG-UVA con i P.A.I., su determinazione mensile della Regione, variano da 200-300-400 €uro mensili, oppure da 400-500-600-700 €uro, e, in particolari casi, da 800 a 1640 €uro come massimali erogabili.

In conclusione: valgono le preoccupate considerazioni sindacali e degli Enti Locali relative all'ulteriore, più che probabile, diminuzione del numero dei posti-letto residenziali in convenzione, e le integrazioni delle relative rette sociali, e del numero di assegni di cura erogabili, a causa dell' **azzeramento del Fondo nazionale per le non autosufficienze e dei minori trasferimenti di risorse ai Comuni. Oltre all'aumento delle addizionali regionali e comunali, aumenterà di certo il già enorme 70% di anziani e loro familiari, pure tartassati, che già oggi non ricevono alcun sostegno economico per la loro lunga e costosa assistenza (rette e badanti).**

Per un altro verso, ugualmente critico, anche in Piemonte si riscontrano già situazioni di criticità di tenuta dei conti delle strutture residenziali. Per quanto sappiamo, solo nella Provincia di Cuneo, oltre cinque di esse hanno più volte avuto l'onore della cronaca, anche per l'interessamento delle comunità e autorità locali, nonché per le vertenze sindacali per mancati o tardati pagamenti degli stipendi.

Le cause: assenti o diminuiti posti-letto convenzionati con le ASL, altrettanti posti-letto non convenzionati vuoti per impossibilità di pagamento delle intere tariffe per la maggior parte degli anziani e loro familiari con minori risorse.

Ne sono seguite quindi dichiarazioni e minacce di bancarotta e chiusura.

E' inconcepibile, pena la rottura della completa interruzione dei rapporti con i familiari degli anziani ricoverati, la chiusura delle residenze più periferiche, obbligando gli ospiti a trasferirsi in altri comuni lontani dal loro contesto sociale.

(Per la documentazione consultata si rimanda ai testi delle leggi e delibere citate)