

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

**RICERCA n° 4**  
del 12 gennaio 2010

**SOMMARIO**

SINTESI DELLE LEGGI REGIONALI E DELLE DELIBERE DI GIUNTA REGIONALE, DI INTERESSE DELLA FNP REGIONALE, E TERRITORIALI, APPROVATE NEL 2009, E PUBBLICATE SUL BOLLETTINO UFFICIALE REGIONALE (B.U.R.)

(*lunedì, mercoledì, venerdì, mattino*)

Giuseppe Fogliato

(*Responsabile Ufficio Studi*)

Segreteria Provinciale: Via Cascina Colombaro 33 – 12100 CUNEO Tel. 0171 321067 Fax 0171 321065 – E-mail [segreteria@fnpcuneo.it](mailto:segreteria@fnpcuneo.it)

**B.U.R. n° 15 del 16.04.2009**

## **D.G.R. 6.4.09 n° 38:**

### **Requisiti organizzativi, gestionali e strutturali dei Centri Diurni e dei Nuclei residenziali per persone affette da Morbo di Alzheimer e altre demenze.**

La delibera tiene conto di un primo adeguamento (DGR 1.3.2000 n° 38) dei criteri e requisiti per l'attivazione di nuclei speciali Alzheimer, nonché della DGR 30.3.2005 n° 17 che ha definito e approvato i Livelli Essenziali di Assistenza residenziale (L.E.A.) da garantire agli anziani non autosufficienti.

La DGR n° 38 stabilisce che le nuove strutture per l'assistenza Alzheimer sono:

**i CENTRI DIURNI (C.D.)**, autonomi o inseriti in un presidio, di carattere semiresidenziale, che hanno lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, onde consentire la permanenza della persona con demenza al proprio domicilio, offrendo sostegno al nucleo familiare.

**i NUCLEI ALZHEIMER TEMPORANEI (N.A.T.)** che hanno lo scopo di accogliere persone affette da demenze, che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità, provenienti dal proprio domicilio, dall'ospedale o da altre strutture sanitarie.

La rivalutazione del Progetto assistenziale individuale (P.A.I.) può essere richiesta anche dall'utente stesso o dal tutore, con richiesta diretta all' U.V.G. dell'ASL di residenza, con facoltà di farsi assistere da un medico di fiducia e/o da una associazione di tutela.

Tutti gli operatori debbono avere una formazione specifica .

Anche il volontariato potrà organizzare propri momenti formativi.

**Gli oneri (rette) a carico dell'utente, o del Comune, per la frequentazione ai Centri Diurni sono relativi alla copertura dei costi dei servizi alberghieri, e non devono superare il 30% della tariffa complessiva giornaliera, ivi compreso il costo degli eventuali trasporti da e per il proprio domicilio.**

Si ritiene congruo individuare nello 0,10% della popolazione anziana > 65 anni i **posti-**

**Letto** nei Nuclei Alzheimer Temporanei, salvo dotazioni territoriali già superiori. Tuttavia il convenzionamento non dovrà superare la percentuale dello 0,07 dei > 65enni.

L'**Allegato A**, in particolare, assegna ai **Centri Diurni** i seguenti obiettivi: riduzione dello stress; promozione del benessere psichico; mantenimento della salute fisica; miglioramento delle relazioni sociali; acquisizione di conoscenza sulla malattia e di capacità di gestire il paziente; miglioramento della relazione con il familiare o altra persona di riferimento.

Il modello organizzativo prevede due tipologie, rispetto alle ore settimanali e ai minuti giornalieri di assistenza ai singoli assistiti, garantiti dalle seguenti figure professionali:

- Medico geriatra, in interazione con i medici di medicina generale (di famiglia):  
7,5 ore settimanali, oppure 5 ore
- Psicologo: 5 ore settimanali, oppure 4 ore

- Infermieri: 8 ore giornaliere, per 24 minuti per ospite, oppure 3 ore per 9'/ospite
- OSS (Operatori socio-sanitari): 28 ore giornaliere per 84 minuti/ospite
- Educatori, Psico-motricisti, Terapisti occupazionali, fisioterapisti: 2,5 ore giornaliere per 7,5 minuti/ospite, oppure 2 ore per 6'/ospite.

La somma analitica dei costi dei C.D. (personale - servizi alberghieri - costi diversi e di tipo strutturale - trasporti) ammonta a € 405.944, relativi a 260 giorni di apertura annua, per 8 ore dei cinque giorni settimanali. Il valore unitario, giornaliero, per ciascuno dei 20 ospiti, ammonta a **€ 78,06 - tariffa intera**, sulla quale dedurre i costi alberghieri, che non debbono superare il 30% di essa, per ottenere la **retta a carico dell'utente, o del Comune in sua vece.**

**L'Allegato B** specifica che i **Nuclei Residenziali Temporanei** sono destinati a pazienti affetti da demenze con importante compromissione delle condizioni psicofisiche e con gravi disturbi comportamentali. Terminato il periodo di degenza temporanea in essi (circa 60 gg.?) sarà possibile il trasferimento in eventuali posti liberi nelle residenze socio-sanitarie (ex RSA-RAF), o, se attuabile, a domicilio.

Obiettivi dei N.A.T. sono: la riduzione e il controllo dei disturbi comportamentali; il sostegno alle condizioni generali e nutrizionali; il trattamento delle morbidità collaterali; il monitoraggio delle terapie psicofarmacologiche; la tutela dell'incolumità del paziente; la riabilitazione cognitiva, del comportamento e della abilità funzionale, con tecniche di comprovata efficacia.

L'inserimento è disposto dall'U.V.G. - geriatria anche su proposta dell'U.V.A. - Alzheimer, in conformità a quanto previsto dai L.E.A. delle residenze, per la bassa, la media e la medio-alta assistenza. Si applica pertanto anche ai N.A.T. il sistema tariffario che comporta il costo sanitario, pari al 50, 54 e 57% a carico delle ASL, e il restante costo della componente sociale a carico dell'utente o del Comune. Il valore unitario (**tariffa giornaliera**) per strutture di max 20 posti-letto è calcolata in **€ 130,26.**

#### Organico del personale:

- Direttore sanitario, per 5 ore settimanali,
- Medico responsabile, geriatra, per 10 Ore settimanali,
- Psicologo, per 10 ore settimanali,
- Infermieri, per 12 ore/die, pari a 210'/ospite,
- Tecnici vari (come per C.D.), per 21 ore/die, pari a 9'/ospite.

#### REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E GESTIONALI dei C.D. e dei N.A.T.

L'allegato C, molto complesso e dettagliato, detta i requisiti tecnici delle strutture e relativi vani, i requisiti igienici, quelli di superficie e altezza, e quelli di agibilità per i diversamente abili; la dotazione degli ausili occorrenti: letti a tre snodi, maniglioni di sostegno e attrezzi per la deambulazione, la rete per ossigenoterapia; i requisiti di protezione acustica, di sicurezza e accessibilità; locali di vita e svago in comune; le zone di passeggio, così dette "di wandering" tipico degli Alzheimer.

#### LE ATTUALI STRUTTURE ATTIVE IN PIEMONTE - C.D. e N.A.T.

L'annessa Tabella " riporta l'elenco completo delle singole strutture, CD e NAT, attive: denominazione, localizzazione, n° posti autorizzati, ASL di pertinenza.

Le tabelle 1 e 4, nell'affiancare i posti-letto NAT attivi, nelle singole ASL, alla corrispondente popolazione anziana >65enne, determina la percentuale esistente rispetto all'obiettivo dello 0,10%. In un solo caso si è già allo 0,15% (TO5). Nelle altre ASL si va dallo 0,003% (AL) allo 0,05 e 0,06% (BI - TO1 - TO-4), allo 0,07% (TO3 - VCO - CN1 - CN2), a 0,08, 0,09, 0,10% (AT - NO - TO2). La media regionale si assesta allo 0,07%.

### **D.G.R. 6.4.09 n° 39**

#### **Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria e istituzione del contributo a sostegno della domiciliarità per la lungoaassistenza di anziani non sufficienti (ASSEGNO DI CURA)**

Il finanziamento 2007 del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, pari a 100 milioni di Euro, ha assegnato al Piemonte una quota pari a € 7.797.985. Questa somma è stata destinata, con DGR 28.7.08 n° 55, alla attivazione e al rafforzamento degli Sportelli Unici socio-sanitari, quali porte unitarie di accesso degli anziani affetti da patologie di non auto-sufficienza nonché a minori e adulti affetti da patologie croniche invalidanti, ai servizi di ciascun Distretto socio-sanitario.

La Regione Piemonte ha ricevuto per il 2008 altri € 23.510.441 che ha impegnato per il potenziamento del sistema di protezione sociale e di cura delle persone e il loro mantenimento, ove possibile, a domicilio, essendo il Piemonte uno tra i territori "più anziani", con il 22,9% di >65enni. Il criterio nazionale di suddivisione prevedeva il 60% dedicato ai >75enni e il 40% alle altre politiche sociali per la non autosufficienza.

La DGR prende altresì atto che le pur lodevoli e molteplici sperimentazioni territoriali, diverse, hanno prodotto modalità di accesso ed erogative di servizi e prestazioni domiciliari fortemente disuguali per i cittadini piemontesi.

Con il particolare impegno di € 21.513.967 si intende favorire Accordi tra le ASL e gli Enti gestori socio-assistenziali (Comuni singoli e consorziati), in ambito distrettuale, anche al fine di assegnare il 50% dei costi domiciliari alla sanità-ASL e il restante 50% (componente sociale) all'utente o al Comune di residenza, in sua vece.

L'Allegato A chiarisce le seguenti tipologie di assistenza tutelare socio-sanitaria nelle cure domiciliari di lungo assistenza:

- **Assistenza domiciliare** con intervento di operatori OSS inviati a tempo,
- **Assistenza familiare**, tramite "badanza",
- **Cure familiari**, tramite parenti fino al 4° grado, o conviventi che, per ragioni lavorative, possono dedicare del loro tempo alla cura del congiunto.
- **Affidamento diurno o residenziale.**
- **Telesoccorso.**
- **Pasti a domicilio.**

Viene pertanto regolamentato il contributo economico - assegno di cura - a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza, che ha come base di partenza autorizzativa il Piano Assistenziale individuale (PAI) disposto dalla U.V.G.-U.V.A., come segue.

## **A - Assistenza con operatori OSS, con familiari, o badante**

I massimali erogabili sono:

- Fino a € 800 mens. a bassa assist. (punteggio UVG da 4 a 9)
- “ € 1.100 “ a media “ ( “ “ “ 10 a 15)
- “ € 1.300 “ a medio-alta “ ( “ “ “ oltre 15),  
elevabili
- a € 1.640, se l'assistito è senza alcune rete familiare.

Resta inteso l'accollo del 50%-costo sanitario all'ASL e del restante 50%-componente sociale all'utente o al Comune in sua vece.

L'indennità di accompagnamento eventualmente erogata all'assistito concorre al pagamento della sua retta per la componente sociale.

Per la regolare assegnazione del contributo occorre l'accettazione delle condizioni e dell'importo stabilito, da parte del soggetto destinatario, o del familiare, o dell'amministratore di sostegno, o del curatore o tutore, con impegno a corrispondere la quota loro dovuta. Và da sé che l'attività di un/una Assistente Familiare (Badante), deve essere regolarmente assunto/a con CCNL del lavoro domestico.

### **AVVERTENZA IMPORTANTE !**

Il ruolo di sola presenza, o di aiuto minimo (caregiver), in quanto intrinseco al legame di parentela, **non è monetizzato.**

## **B) - Cure familiari**

Se il P.A.I. prevede le attività di un familiare con disponibilità di tempo per le funzioni esclusive di cura, si riconosce al medesimo una delle seguenti quote mensili, per spese sostenute e per mancato lavoro:

- € 200 mens. per bassa assistenza
- € 300 “ per media “
- € 400 “ per medio-alta “

## **C - Affidamento diurno o residenziale:**

€ 200 mens. al caregiver con ruolo “più leggero,  
€ 400 e € 500 all'Affidatario che svolge anche compiti di cura, in bassa e media assist.

€ 600 in media-alta assist, in assenza di rete familiare, e con necessità di passaggi

Plurimi di presenza sia diurni che notturni.

## **D - Affidamenti residenziali**

€ 700 mens. nei casi di assistenza temporanea presso il domicilio dell'Affidatario, in

Assenza di rete parentale, al fine di ritardare il ricovero residenziale.

L'Allegato C richiama i criteri per la compartecipazione degli utenti anziani non autosufficienti e persone con grave handicap permanente, ai costi -componente sociale - delle prestazioni domiciliari: per requisito massimo di reddito si **valuta il solo reddito e patrimonio individuale dell'assistito.** La Regione conferma il proprio contributo, nella misura di € 2,00 per il numero di anziani >65enni dei singoli Enti gestori che adottino regolamenti conformi a questa interpretazione autentica regionale.

### **Nota a margine dell'Uff.Studi FNP cisl Cuneo e regionale.**

*Poiché sono già sorte rimostranze applicative locali, da parte di iscritti FNP e altri anziani, e loro familiari, nel merito delle quote mensili ricevute come Assegni di Cura, si ritiene di dover osservare quanto segue.*

*E' ben vero che la DGR, al punto 2.4 dell'Allegato A - Controversie - domanda alla Commissione Centrale per le rivalutazioni cliniche (DGR 2.8.99 n° 74) il livello di riferimento per la discussione e composizione delle controversie ASL-Enti gestori - utenti - familiari - associazioni rappresentative...ma "campa cavallo !"*

*Volendo essere omogeneizzante e omnicomprensiva dell'universo mondo regionale, questa regolamentazione "indicativa", per la pleora, giustissima, delle tipologie di assistenza domiciliare e relative quote mensili di contributo agli assistiti e loro caregiver, si presenta molto complicata, con indubbio rischio di incomprensione per gli ignari utenti e loro congiunti fuori dal giro delle conoscenze tecniche delle Istituzioni. Le mancate erogazioni del contributo, per le più svariate citate cause, trasformano il riconosciuto diritto in mere "elargizioni di carità pelosa", già ampiamente criticate.*

Ci resta il ruolo sindacale di informare capillarmente anziani e pensionati, e loro familiari, e di denunciare alla Regione comportamenti difformi di ASL ed Enti gestori alla Regione.

### **B.U.R. n° 23 del 11.06.2009**

#### **D.G.R. 25.5.09 n° 7**

**Sistema di esenzione della compartecipazione alla spesa farmaceutica (ticket) di cui alla DGR 10.12.07 n° 51: proroga attestati di esenzione.**

Gli attestati di esenzione in scadenza al 30 giugno 2009 sono prorogati fino al 31 dicembre 2009, fatta salva la possibilità di ulteriore proroga di altri sei mesi, al permanere delle medesime condizioni.

### **B.U.R. n° 26 del 2.07.2009**

#### **D.G.R. 15.06.09 n° 13**

**Progetti attuativi – Piano Sanitario Nazionale (P.S.N.) 2006-08. Approvazione delle schede di progetto per l'anno 2008.**

La DGR n° 13 prende atto del finanziamento di 60,5 milioni di Euro per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009, al fine di rimuovere gli squilibri sanitari connessi alla disomogenea distribuzione tra le varie realtà regionali nelle attività realizzative del PSN.

Si approvano pertanto i seguenti progetti regionali, per l'accesso al cofinanziamento per l'anno 2008:

- La sperimentazione del modello assistenziale "Case della Salute" nei distretti delle ASL Piemontesi, quali strutture di primo accesso a plurimi servizi di base: Gruppi di cure primarie, ambulatori, assistenza semiresidenziale e residenziale...

- Sviluppo e utilizzo dei percorsi diagnostico-terapeutici per malattie rare e relative attività consortili.
- Percorso diagnostico e assistenziale condiviso e di presa in carico dei pazienti affetti da linfedema primario.
- Prevenzione e cura delle lesioni midollari per la riabilitazione e l'inclusione sociale delle persone lese.
- Interventi di riabilitazione e reinserimento sociale delle persone dimesse dall'Ospedale Psichiatrico Generale (OPG) e in carico ai servizi territoriali.

### **B.U.R. n° 28 del 16.07.2009**

#### **D.G.R. 29.06.09 n° 26**

**Sperimentazione dell'organizzazione dell'attività chirurgica su cinque giorni (week surgery) nei presidi ospedalieri a diretta gestione delle Aziende sanitarie regionali, con specifiche modalità previste (omissis...)**

### **B.U.R. n° 35 del 3.09.2009**

#### **D.G.R. 04.08.09 n° 105**

**Approvazione Accordo Regionale della Medicina Generale (Medici generici e pediatri, di famiglia) per la definizione del "modello organizzativo" di sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie (G.C.P.) e Case della Salute.**

Durata della sperimentazione:

- Da agosto a dicembre 2009,
- Attivazione consulta regionale dei direttori dei distretti in cui sono attivati GCP/CS,
- Attivazione Gruppo Tecnico di monitoraggio dei risultati, con prima valutazione entro sei mesi,
- Si prevede l'avvio di GCP e CS in ogni distretto, con priorità per i GCP inclusi nelle CS,

Definizione e caratteristiche dei GCP e delle CS

In essi i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sviluppano nuove attività e si integrano con altre professionalità, con diversi livelli di assistenza, e con il sociale.

Il GCP e la CS forniscono tutti gli strumenti per una maggiore presa in carico del cittadino per i suoi problemi contingenti e cronici.

Attività qualificanti richieste ai Medici di Med.Gen. nei GCP

- Attività ambulatoriali tradizionali e per appuntamento negli ambulatori orientati,
- Assistenza coordinata e prolungata a tutta la popolazione iscritta ai medici associati, per indifferibilità clinica o burocratica dell'assistenza, per 7/8 ore giornaliere,
- Incremento delle ore di contattabilità del singolo medico associato per l'eventuale domiciliarietà, non inferiore a 2 ore giornaliere dal lunedì al venerdì, salvo i prefestivi,
- I medici del GCP si integrano con altro personale: segretaria, infermieri, personale dei servizi sociali, e gli specialisti ove individuati, e si rapportano

possibilmente con i servizi distrettuali: consultorio pediatrico e familiare, Antenna del Sert - tossicodipendenze, Centro Salute Mentale (CIM), servizio farmaceutico, Servizio di prevenzione, Sportelli unici di Accesso, delle ASL.

- Rientrano nelle spese remunerate del GCP le attività dei collaboratori di studio e relative a: reception, gestione delle agende dei medici associati, informazione al pubblico, preparazione di richieste e di ricette, teleprenotazioni ai CUP.

## **Supplemento n° 2 al B.U.R. n° 37 del 17.09.2009**

### **D.G.R. 14.09.09 n° 25**

#### **Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio-sanitarie.**

L'accreditamento ex DL 30.12.1992 n° 502 si applica sia alle strutture pubbliche che a quelle private.

I requisiti funzionali sono diversi e ulteriori a quelli già definiti con DPR 14.01.1997.

Le Regioni definiscono i criteri per l'accreditamento.

L'accreditamento è propedeutico all'autorizzazione, ancorché in deroga, al funzionamento delle strutture e ai servizi e prestazioni delle stesse.

Si distingue tra strutture sanitarie e strutture sociali a valenza sanitarie, e di cui si producono distinti elenchi e requisiti da rispettare.

Il Comune di pertinenza acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni edilizie, la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione.

Le funzioni di vigilanza sono di competenza delle ASL.

Il termine dei procedimenti di accreditamento è fissato in 90 giorni, salvo le prime applicazioni: al 31.12.09 per le strutture private e al 31.12.2010 per quelle pubbliche. Gli adeguamenti previsti per le strutture in autorizzazione provvisoria dovranno concludersi con le relative autorizzazioni al funzionamento entro il 31.12.2013, salvo revoche delle stesse.

Data la complessità e vastità delle tipologie delle strutture e dei relativi requisiti richiesti, citiamo soltanto la loro natura e scopo (Allegato B):

- Comunità terapeutiche per minori,
- Comunità Riabilitativa Psicosociale per minori,
- Residenze sanitarie assistenziali per anziani - tipologie diverse,
- C.D.I. Centro Diurno Integrato per anziani.
- C.D.A.A. Centro Diurno Alzheimer Autonomo,
- C.D.A.I., Centro Diurno Alzheimer Integrato,
- N.A:T., Centro Alzheimer Temporaneo, residenzial,
- Centro Diurno per disabili,
- Comunità Alloggio per Disabili, tipo A e B,
- Gruppi Appartamento per Disabili, tipo A e B, e per Gravi disabili motori fisici,
- Comunità familiari, e socio-assistenziali, per disabili gravi.

L'Allegato E, infine, descrive i percorsi integrati di cura e i relativi protocolli di attività per l'accoglienza: la **qualità** da sviluppare per gli accreditamenti e per la valorizzazione tariffaria da applicare:

- Percorsi della mobilità,

- Valutazione multi professionale (U.V...),
- Check list per una valutazione più complessa del disturbo di deambulazione,
- Percorso cognitivtà e valutazione multidimensionale,
- Valutazione del tono dell'umore,
- Valutazione disturbi comportamentali,
- Colloquio pre-accoglienza parenti,
- Visita a domicilio per ingresso nelle strutture, e relative valutazioni periodiche.

### **B.U.R. n° 38 del 24.09.2009**

#### **D.D. 17.7.09 n° 248 – Codice 1135**

**Erogazione acconto dei fondi ex L. 104/92 per l'attivazione dei piani progettuali rivolti alle persone disabili e alle loro famiglie.** L'Allegato annesso riporta i contributi ai singoli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, per un totale di €7.060.100, 07.

#### **D.D. 3.08.09 n° 262 – codice 1136**

**Erogazione ulteriore acconto alle ASL per incremento dei posti-letto convenzionati per l'assistenza residenziale a favore dei soggetti anziani non autosufficienti, ex DGR 19.11.07 n° 64.** L'allegato annesso riporta i contributi alle singole ASL, per un totale di € 2.562.197,65.

### **B.U.R. n° 40 del 8.10.2009**

#### **D.G.R. 5.10.09 n° 28**

**Approvazione linee-guida per la predisposizione dei Piani di Zona ex art. 17 L.R. 8.01.04 n° 1 – Triennio 2010-2012.**

Il Piano di Zona (PdZ) è lo strumento di programmazione locale fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei singoli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali (Comuni singoli o consorziati).

La successiva L.R. 6.08.07 n° 6 ha puntualizzato che, assumendo il concetto di salute, ci si deve rivolgere non soltanto all'area sanitaria ma anche all'area socio-sanitaria.

Anche per questo nuovo triennio di programmazione, 2010-2012, come per quelli precedenti 2005-2007/2008-2009, ancora in assenza del Piano Sociale Regionale, necessitano nuovi indirizzi e nuove linee-guida per la redazione dei PdZ, che debbono essere concluse entro il 31.12.2010 ai fini della ripartizione delle risorse regionali.

Secondo lo schematico Allegato D gli organi di programmazione da via via attivare, e il flusso della procedura di predisposizione del PdZ sono alquanto complessi:

- = L'assemblea dei Sindaci dell'Ente gestore
- = Il Tavolo politico Istituzionale,
- = L'Ufficio di Piano,
- = I Tavoli Tematici individuati dall'Ufficio di Piano,
- = Le modifiche, e la ratifica del Tavolo Politico Istituzionale,

- = L'approvazione dell'Assemblea dei Sindaci,
- = La successiva sottoscrizione degli Accordi di Programma, per l'attuazione del PdZ.

### **Sintesi delle Linee-guida**

2.1 - gli obiettivi regionali: il contesto sanitario, la scuola, la formazione, il lavoro, i trasporti, le politiche della casa, al fine di perseguire un rafforzamento delle politiche per l'inclusione sociale e i diritti di cittadinanza, in un sistema di welfare universalistico, capace di offrire a tutti gli individui in difficoltà percorsi di inclusione sociale e interventi per la rimozione del disagio e di contrasto alla povertà.

> Programmazione sociale basata su obiettivi di efficacia, verifica dei risultati ottenuti, miglioramento del sistema di offerta... servizi innovativi, implementazione di quelli esistenti, miglioramento della qualità....

> .. conoscenza dettagliata e affidabile del contesto: offerta dei servizi e degli interventi territoriali, dati quanti/qualitativi, ricerche e analisi mirate...

> .. basarsi su una miscela di partecipazione e concertazione, a responsabilità condivise tra attori di natura diversa...

> .. attenzione particolare ai problemi di accessibilità ai servizi, con grande importanza all'istituzione di sportelli unificati e multifunzione, e al segretariato sociale...

> .. monitoraggio e valutazione, elaborando indicatori appropriati...

### **Ambiti territoriali dei PdZ**

La Regione favorisce la realizzazione di Piani di Zona per ambiti territoriali coincidenti tra Enti gestori e distretti sanitari, per la integrazione socio-sanitaria.

Rimane comunque prioritaria l'indicazione di produrre un unico PdZ tra gli Enti gestori afferenti al medesimo distretto sanitario riunificato con il PSSR vigente.

### **Gli attori del PdZ**

Oltre agli attori Istituzionali(Enti gestori, Comuni, Comunità montane, Provincie, ASL), partecipano al processo di programmazione: i Sindacati confederali e di categoria, maggiormente rappresentativi, il Terzo Settore, e altri soggetti ex art.14 L.R. 1/2004.

Al punto 5.1 si prevede e si definisce il raccordo tra i PdZ e i PePS (Piani e Profili della Salute), ambedue a livello di distretto.

Segue, infine, il nomenclatore interregionale degli interventi e servizi sociali - versione 2009, per:

- Caratteristiche dell'utenza,
- I molteplici servizi sociali,
- La classificazione delle strutture assistenziali.

## **B.U.R. n° 41 del 15.10.2009**

### **D.G.R. 29.09.09 n° 2**

**Obiettivi economico-finanziari delle Aziende Sanitarie regionali per l'anno 2009**

Sono approvati gli obiettivi economici presentati dalle ASR, che comprendono al lordo e al netto gli accantonamenti per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato.

Gli obiettivi economici comprendono altresì i finanziamenti dei soggetti erogatori privati.

Si richiede alle ASR, che non riescono a contenere il Conto Economico preventivo nel limite delle risorse già assegnate, di presentare un piano integrativo di rientro e di riequilibrio economico nel biennio 2009-2010. Una ulteriore possibilità di riequilibrio oltre il 2010 potrà contemplare l'autorizzazione preventiva per le eventuali spese di gestione incompatibili, compresa l'assunzione di personale con qualsiasi forma contrattuale.

In ultima istanza la Regione costituirà un gruppo di lavoro che affiancherà un gruppo di lavoro che alle ASR per la individuazione degli interventi necessari onde perseguire l'equilibrio della gestione.

### **B.U.R. n° 43 del 29.10.2009**

#### **D.G.R. 12.10.09 n° 8**

**Potenziamento delle cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale con necessità di trattamento dialitico tramite “Contributo economico di sostegno alla Dialisi domiciliare”.**

Sarà istituito in via sperimentale per tre anni il Contributo in oggetto. Si definiscono composizione e compiti delle Commissioni Nefrologiche Aziendali, presso i Centri Dialisi, e si approva il Piano Assistenziale Individuale Dialisi Domiciliare (PAIDD).

Sarà quindi stabilito il contributo economico a sostegno della Dialisi Domiciliare, e le relative schede di valutazione.

Il contributo sarà a totale carico delle ASL.

### **B.U.R. n° 44 del 5.11.2009**

#### **DGR 2.11.09 n° 50**

**Linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e l'organizzazione del Servizio Sociale Aziendale all'interno delle Aziende Sanitarie del Piemonte.**

Le Aziende Sanitarie Regionali provvedono alla istituzione del proprio Servizio Sociale Aziendale.

Tra i compiti dello stesso si evidenziano, in particolare, i seguenti:

- Promuove l'innovazione e l'attuazione di modelli organizzativi assistenziali.
- Collabora all'individuazione di un sistema di indicatori sociali per l'analisi della qualità assistenziale.
- Partecipa a definire sistemi di valutazioni della qualità dei servizi.
- Individua le criticità organizzative...
- Collabora e concorre a informare gli utenti relativamente ai diritti di cittadinanza e alla fruizione dei servizi.
- Valuta i bisogni sociali e assistenziali dei cittadini nel contesto sanitario.

- Favorisce l'attivazione di percorsi finalizzati all'accompagnamento e alla tutela delle persone in difficoltà.
- Concorre alla presa in carico della persona, accompagnandola nel percorso socio-sanitario.
- Collabora con il Volontariato e il Terzo Settore.

Il Servizio Sociale Aziendale dovrà avvalersi di: Assistente sociale responsabile, risorse professionali adeguate, e risorse tecnico-strumentali e amministrative.

### **B.U.R. n° 50 del 17/12/2009**

#### **D.D. 18.9.09 n° 329**

**Assegnazioni ed erogazioni dei finanziamenti ex L.162/98, agli Enti gestori socio-assistenziali, relative all'handicap grave e gravissimo.**

Si eroga ai suddetti Enti gestori la somma di € 2.387.647,29=, come specificato per ciascun Ente, nell'allegato 1, con il loro impegno a presentare, entro luglio 2010 all'Assessorato regionale Politiche Sociali relazione illustrativa del piano progettuale approvato: azioni previste, numero dei destinatari, Enti coinvolti.

#### **D.D. 2.10.09 n° 353**

**Realizzazione del modello di assistenza residenziale socio-sanitaria e interventi integrati di natura domiciliare a favore delle persone anziane non autosufficienti.**

Si impegna la somma di € 2.435.031, 86= a favore degli Enti gestori socio-assistenziali per: sostegno alla domiciliarità, compresi gli assegni di cura, e incremento del numero complessivo dei posti-letto convenzionati nelle residenze per anziani non autosufficienti.

Con successivi atti dirigenziali l'Assessorato regionale Politiche Sociali ripartirà la suddetta somma a ciascun Ente.

#### **D.D. 5.10.09 n° 360**

**Ex L.67/88 art.20: Programma pluriennale di interventi per la realizzazione di Residenze Sanitarie Assistenziali – Primo triennio. Impegno di € 876.945.**

Con specifico atto dirigenziale si autorizzerà la erogazione dei contributi alle sottoelencate ASL e relative RSA in costruzione o ristrutturazione-adeguamento ai criteri stabiliti:

ASL TO4xRSA Varisella	ASL TO5xRSA Carignano	ASL ATxRSA Grana Monf.to
ASL ATx RSA Castelnuovo Belbo	ASL ALxRSA Castelnuovo.Scrivina	ASL AL x RSA Solero
ASL BixRSA Mezz.Mortigliengo	ASL CN1xRSA Busca	ASL CN1xRSA Caraglio
ASL CN1xRSA Mombasiglio	ASL CN1xRSA Racconigi	ASL CN2xRSA Alba

#### **D.D. n° 12/10/n° 374**

## **Ex L.104/92 - Assegnazione ed erogazione a saldo dei fondi per la attivazione di piani progettuali per le persone disabili e loro famiglie, agli Enti gestori socio-assistenziali.**

Sarà erogata la somma complessiva assegnata di € 3.801.592,35=, secondo la ripartizione ai singoli Enti gestori socio-assistenziali specificata nell'allegato al D.D.

Gli Enti beneficiari dovranno trasmettere all'Assessorato regionale Pol.Sociali, entro luglio 2010, specifica indicazione delle azioni previste, il numero dei destinatari e degli Enti coinvolti.

### **B.U.R. n° 51 del 24.12.2009**

#### **D.D. 30.09.09 n° 349**

**Erogazione agli Enti gestori degli incentivi, in base al numero degli anziani >75 anni residenti, che hanno modificato i loro regolamenti in applicazione delle indicazioni regionali per la erogazione delle provvidenze economiche a favore degli anziani non autosufficienti assistiti a domicilio, e nelle RSA, quale contributo integrativo per le rette sociali dovute.**

**L'attuale impegno di spesa, pari a € 7.050.765= rientra nell'impegno annuo complessivo di € 11.600.000.**

### **DGR 30.11.09 n° 35**

**Proroga dei criteri per la determinazione delle quote finanziarie assegnate alle Province per gli Uffici provinciali di pubblica tutela.**

I criteri di riparto, già approvati con DGR 47/30.11.2006, sono prorogati al 31.12.2010.

Le finalizzazioni riguardano il funzionamento degli Uffici provinciali di tutela, curatela e amministrazioni di sostegno.

Nel frattempo è scaduto il biennio sperimentale 2007-2008 in cui si sono reperiti i locali, il personale e le attrezzature. Attualmente tutti gli uffici provinciali sono operativi, e si è già registrato un forte incremento dei casi di persone soggette a queste misure di tutela.

La Provincia di Torino stà sperimentando un sistema di gestione associata delle misure di protezione e tutela delle persone prive del tutto, o in parte, della autonomia, in carico agli Enti gestori socio-assistenziali e alle ASL. La Regione è intenzionata a verificare la possibilità di estendere questa proposta ad altre realtà provinciali.

### **COMUNICATO DELLA REGIONE del 10.12.2009**

E' prorogata al 30.6.2010 la validità delle esenzioni dal ticket sui farmaci in Piemonte.

Com'è noto dal 1.1.2008 non sono più tenuti a pagare il ticket sui medicinali gli appartenenti a nuclei familiari il cui reddito fiscale sia inferiore a € 36.151, 68=, gli ultrasessantacinenni già in possesso del codice E11, nonché i disoccupati non in attesa di prima occupazione, gli iscritti nelle liste di mobilità e le persone in cadda di integrazione straordinaria, compresi i familiari a loro carico.

---

**RIFLESSIONI RIASSUNTIVE** sulle delibere di Giunta Regionale approvate per le politiche socio-sanitarie, di particolare interesse per le persone anziane e i pensionati e le loro famiglie.

*Gli atti della Regione, approvati nel biennio 2008-2009 hanno continuato a unificare le indicazioni regionali, con l'obiettivo di omogeneizzare le applicazioni territoriali del Piemonte. Due sono state le leggi regionali che hanno delegato questi atti di Giunta: l'applicazione della Riforma dell'Assistenza Sociale (L.R. 8.1.04 n°1) e l'approvazione del Piano Socio-sanitario regionale 2007-2010.*

*Nell'ambito sanitario si è affrontato il problema della **razionalizzazione della assistenza e della relativa spesa**:*

- **Riorganizzazione e diminuzione posti-letto di degenza ospedaliera ordinaria**
- **Incremento degenza ospedaliera diurna, medica e chirurgica**
- **Regolamentazione e riduzione liste di attesa: visite ed esami**
- **Servizi territoriali alternativi al ricovero: Gruppi Cure Primarie, con i medici di famiglia; sportelli unici distrettuali, di informazione e accesso ai servizi di base; case della salute distrettuali; la proroga delle esenzioni ticket-farmaci.**

*Nell'ambito socio-assistenziale, integrato con la sanità, si sono susseguite:*

- **Le verifiche semestrali sulla applicazione dei LEA-Livelli essenziali, approvati nel 2005, sull'assistenza residenziale degli anziani: incremento posti-letto convenzionati; contenimento tariffe, integrazione rette sociali a carico degli ospiti e/o dei Comuni.**
- **Previo un lungo percorso di sperimentazione, e di lavoro in un gruppo tecnico, si è approdati all'approvazione dei LEA per l'assistenza semi-residenziale (Centri Diurni), residenziale e domiciliare degli anziani affetti da morbo di Alzheimer.**
- **I criteri e gli strumenti per l'assistenza socio-sanitaria in lungo assistenza domiciliare, con sostegno alle famiglie interessate: Assegni di cura e tutela, attivazione posti-letto di sollievo; Centri diurni assistiti.**
- **Requisiti strutturali e organizzativi per l'accreditamento e convenzionamento delle strutture socio-sanitarie.**
- **Linee-guida per i Piani di Zona socio-sanitari distrettuali.**
- **I finanziamenti regionali impegnati ed erogati alle ASL, agli Enti Locali e agli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali.**

## **IL RUOLO DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI**

Anche su taluni di questi atti le OO.SS. CGIL-CISL regionali, e, per quanto riguarda la CISL, con la costante presenza della FNP-pensionati, sono state consultate preventivamente agli atti da approvare, giungendo normalmente a verbali e intese sottoscritte con gli Assessorati regionali. Per quanto riguarda i LEA socio-sanitari e il P.S.S.R. si è attivata la concertazione Regione-Enti Locali-Strutture private-OO.SS. confederali e pensionati.

Le segreterie confederali regionali hanno attivato la consultazione periodica dei propri territori, in ambito di quadrante, alla quale hanno partecipato i sindacati dei pensionati.

La FNP, in particolare, ha attivato il suo gruppo regionale e quelli territoriali coinvolgenti le leghe FNP.

(Giuseppe Fogliato)







