

IL MODELLO PIEMONTESE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

La Regione Piemonte non ha ancora provveduto a costituire un fondo specifico per la Non Autosufficienza, ma ha previsto dei finanziamenti a favore degli Enti Gestori che erogano i servizi di assistenza socio- sanitaria per gli anziani e disabili. inoltre, sono attivati interventi a sostegno della domiciliarità quali: il buono famiglia, nel caso in cui l'assistenza venga prestata da un familiare; l'assegno di cura, quando il sostegno venga fornito da personale regolarmente assunto dalla famiglia; il buono servizi, i letti di sollievo, le cure domiciliari in lungo assistenza e servizi di semiresidenzialità. Infine, per garantire la continuità dell'assistenza dopo la dimissione ospedaliera, è previsto l'inserimento per 30 gg. in RSA a totale carico del Servizio Sanitario Regionale, e i successivi 30 e oltre a (50%) compartecipazione dell'utente/comune (servizi di continuità assistenziale).

Normativa di riferimento

Con la **legge 1/2004** “ Norme per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento” Il Piemonte recepisce la legge nazionale 328/2000 e definisce le norme per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali anche per gli anziani.

Definisce compiti e funzioni della regione, dei comuni e delle aziende sanitarie. Individua gli ambiti territoriali e le forme gestionali. Prevede l'adozione di un piano triennale degli interventi e dei servizi sociali, indica le aree e le azioni prioritarie e come prevede art. 3 – quater comma 3, let. C d.lgs 502/1992 per quanto attiene alle attività di integrazione socio-sanitaria i comuni singoli o associati a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le ASL provvedono a definire il piano di zona ai sensi dell'art. 19 della legge 328/2000 che rappresenta lo strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza.

indicando all'art.18 i livelli essenziali, dall'assistenza economica, prestazioni domiciliari, domiciliare e semiresidenziale per le persone non autosufficienti.

Definisce le risorse e da chi viene finanziato, alle risorse provenienti dallo Stato vincolate a specifiche finalità, il sistema integrato degli interventi e servizi sociali è finanziato dai comuni, con il concorso della Regione e degli utenti, nonché dal fondo sanitario regionale per le attività integrate socio- sanitarie

Istituisce il fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali nel quale confluiscono le risorse proprie della regione, le risorse indistinte dello stato, dai comuni, dalle province e risorse provenienti da soggetti pubblici e privati. nonché dal fondo sanitario regionale per le attività integrate socio- sanitarie.

Le risorse annuali regionali devono essere almeno pari a quelle dell'anno precedente, incrementate del tasso di inflazione programmato, e ripartito agli enti gestori.

Capo IV “politiche per le persone anziane”

Art. 49 e 50:

- › interventi diretti a mantenere l'autonomia della persona anziana, prioritariamente in un contesto familiare, ad evitare i rischi della non autosufficienza;
- › diffusione omogenea dell'assistenza a domicilio su tutto il territorio;
- › potenziamento dei servizi di supporto alla famiglia, compresi contributi economici e assegni di cura per quelle famiglie che si fanno carico di garantire l'assistenza di un proprio anziano non autosufficiente;
- › realizzazione di servizi e strutture di sollievo

I piani di zona prevedono le forme di intervento attraverso la realizzazione dei seguenti servizi:

- › attività di prevenzione per il mantenimento dell'autonomia e per ridurre i rischi di non autosufficienza;
- › assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata;
- › contributi economici;
- › servizi di accoglienza residenziale e semiresidenziale anche temporanea;
- › servizi di sollievo alla famiglia e di affidamento familiare;
- › centri diurni di aggregazione sociale e di socializzazione:

la Regione Piemonte ha individuato nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei comuni

I servizi dedicati alle persone anziane sono realizzati dai Comuni in gran parte attraverso gli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali che sono 53 così divisi:

	37	<u>Consorzi ex art. 2 comma 2 del D. L.vo 267/2000</u>
	2	<u>Comunità Montane</u>
	3	<u>Convenzioni ex art. 30 del D. L.vo 267/2000</u>
	3	<u>Comuni capoluogo di provincia</u>
	5	<u>Unioni di Comuni</u>
	3	<u>Deleghe alle ASL</u>

Nel 2008 con la DGR 42 la “ Cartella geriatrica dell'unità di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale” mette al centro i bisogni dell'anziano non autosufficiente che, dopo essersi sottoposto ad UVG, deve avere un progetto concordato per un percorso che si confaccia alle proprie esigenze: se l'anziano in questione desidera restare nella propria abitazione, bisogna accontentarlo. È la prima cartella geriatrica in Italia.

Nel 2009 con la DGR 39 viene istituito il contributo economico a sostegno della domicilia-rità finanziato dal Fondo non autosufficienza nazionale.

Nel 2010 emanata legge 10 " norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”.

COME AVVIENE LA PRESA IN CARICO E COME SI SVILUPPANO I SERVIZI

Con i finanziamenti nazionali (politiche sociali e non autosufficienze) attivati i progetti per l'organizzazione di:

sportello unico socio – sanitario (presa in carico)

L'anziano non autosufficiente viene valutato dalla commissione (UVG)

progetto assistenziale individuale che prevede:

- Domiciliarità
- Semiresidenzialità
- Residenzialità

Le cure domiciliari in lungoassistenza rappresentano il rafforzamento di una modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza che integri le diverse componenti sanitaria, socio-sanitaria e sociale

attraverso

- servizi resi congiuntamente dalle Aziende Sanitarie e dai Soggetti Gestori delle funzioni socio assistenziali con gestione diretta o attraverso soggetti accreditati.
- titoli per l'acquisto, che si configurano come contributi non in denaro riconosciuti alla persona non autosufficiente, finalizzati all'acquisto di servizi da soggetti accreditati, da operatori socio sanitari, da persone in possesso dell'attestato di assistente familiare
- contributi economici

Interventi economici a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza

Le prestazioni comprendono :

- riconoscimento economico dovuto alle prestazioni di cura familiare e affidamento
- assunzione di un Assistente Familiare
- acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare del profilo professionale ADEST/OSS presso fornitori riconosciuti dalle ASL/EEGG
- acquisto del servizio di telesoccorso
- acquisto di pasti a domicilio

Valore economico degli interventi

Il P.A.I. domiciliare può contenere un mix di prestazioni di Assistenza Tutelare erogabili all'interno dei seguenti massimali:

- fino a 800 € mensili Bassa intensità assistenziale
- fino a euro 1.100 € mensili Media intensità assistenziale
- fino a euro 1.350 € mensili Medio–alta intensità assistenziale

La residenzialita'

La Regione Piemonte ha realizzato nel 2012, con Dgr 45 un modello di servizio residenziale per anziani non autosufficienti per il periodo 2013 – 2015 incentrato su quattro principi:

- **assegnazione di un budget definito di risorse a copertura della spesa sanitaria;**
- **contenimento della spesa per mezzo di una riduzione tariffaria media di circa il 3,3%;**
- **a seguito del piano di rientro, a cui è soggetta la Regione Piemonte, riduzione della percentuale in vigore (dal 54 al 57) a carico della sanità e applicazione della percentuale prevista dal DPCM del 2001 pari al 50%.**
- **reinvestimento delle risorse ottenute al fine di incrementare il numero di posti letto convenzionati con il SSR;**
- **applicazione di tariffe omogenee su tutto il territorio regionale.**

Letti di sollievo

Per ricoveri di sollievo si intendono ricoveri temporanei presso strutture residenziali previsti per garantire un periodo di riposo alle famiglie che scelgono di assistere l'anziano a casa e di non ricorrere al ricovero definitivo, oppure che improvvisamente non possono provvedere all'assistenza per motivi di salute o altri motivi contingenti.

Le dimissioni dall'ospedale e il percorso di continuità assistenziale

Se una persona non autosufficiente viene ricoverata in un ospedale e alla fine della fase acuta della malattia, giunto il momento delle dimissioni, necessita ancora di assistenza, i servizi ospedalieri attivano il percorso di continuità assistenziale, cioè organizzano con l'ASL il proseguimento delle cure nel luogo più appropriato, che può essere il domicilio, una struttura di ricovero per lungodegenza, oppure una residenza sanitaria assistenziale.

MODALITA' DI VALUTAZIONE

scheda di valutazione sociale, che analizza e valuta la situazione di bisogno connessa alla condizione socio-economica, ambientale ed assistenziale dell'anziano, anche in relazione alla sua famiglia

scheda di valutazione sanitaria, che valuta lo stato di salute e l'autosufficienza del soggetto anche con il supporto delle scale ADL, IADL, DISCO, DMI, SPMSQ

Il punteggio assegnato:

- sanitario (fino ad un massimo di 14 punti)
- sociale (fino ad un massimo di 14 punti)

L'Unita' di Valutazione Geriatrica (U.V.G.)

Per poter usufruire dei servizi per gli anziani non autosufficienti, con la compartecipazione dell'ASL per la quota sanitaria, occorre richiedere una valutazione all'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.). La valutazione geriatrica multidimensionale e multiprofessionale è finalizzata a:

- Riconoscere i bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane ultra 65enni e di persone con patologie invalidanti, assimilabili a quelle dell'anziano.
- Identificare le risposte più idonee al soddisfacimento dei bisogni rilevati, tenendo presente il diritto di scelta del cittadino.
- Predisporre il progetto individuale privilegiando, ove possibile, il mantenimento a domicilio del soggetto e predisporre il progetto socio-sanitario e assistenziale più idoneo.

Le Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.)

Le persone affette da disturbi cognitivi e della memoria possono rivolgersi all'Unità di valutazione Alzheimer (U.V.A.), un'équipe multidisciplinare che ha il compito di diagnosticare la malattia di Alzheimer e le altre demenze e di proporre un'idonea terapia farmacologica. Nel caso la persona necessiti di altre forme di assistenza, l'U.V.A. provvede a dare indicazioni al cittadino per attivare le soluzioni più adeguate (a domicilio, in centro diurno o in un nucleo demenze presso una residenza sanitaria assistenziale), indirizzandolo all'Unità di valutazione geriatrica di competenza.

NORMATIVA RELATIVA AI PRESIDI SOCIO-ASSISTENZIALI

La legge finanziaria del 1988 all'articolo 20 comma 2 F ha previsto la realizzazione di 140.000 posti in strutture residenze per anziani che non possono essere assistiti a domicilio prevedendo inoltre l'emanazione di un apposito atto di indirizzo per definire gli standard delle strutture.

Il DPCM del 1989 e vengono definiti requisiti strutturali dimensionali delle RSA. Nel 1992 il progetto obiettivo anziani disegna la rete pubblica sanitaria dei servizi territoriali residenziali destinati agli anziani.(ADI, ospedalizzazione domicilio, RSA) e attribuisce alle Unità di Valutazione Geriatrica (U V G) un ruolo centrale nell'individuare i bisogni e le soluzioni.

I presidi per anziani

Residenziali

- *R.S.A. - Residenza Sanitaria Assistenziale*
È una struttura a prevalente valenza sanitaria per persone non assistibili a domicilio e che richiedono un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa), integrato da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera.
- *R.A.F. - Residenza Assistenziale Flessibile*
È una residenza socio-assistenziale di ospitalità permanente, che può realizzare un sufficiente livello di assistenza sanitaria (infermieristica e riabilitativa), integrato da un livello medio di assistenza tutelare e alberghiera.
- *R.A. - Residenza Assistenziale*
È destinata ad anziani in condizioni psico-fisiche di parziale autosufficienza, in condizioni cioè di compiere con aiuto le funzioni primarie.
- *Comunità di tipo familiare per anziani autosufficienti*
È destinata ad anziani in condizioni di autosufficienza; la struttura deve possedere i requisiti della civile abitazione e deve essere accessibile a persone su sedia a ruote.

Questa struttura non necessita di autorizzazione al funzionamento.
Il gestore deve comunicare l'avvio del servizio alla Direzione Politiche Sociali del Comune.
La comunità per anziani è soggetta all'attività di vigilanza.

Diurni

- *Centro Diurno Integrato*
E' destinata ad anziani parzialmente non autosufficienti e non autosufficienti, che necessitano di prestazioni di carattere assistenziale, relazionale e sanitario.
Può essere inserito in una RSA (C.D.I.), oppure essere autonomo (C.D.I.A).
- *Centro Diurno Alzheimer*
E' destinata a persone affette da demenza, attuando programmi riabilitativi e socializzanti mediante l'insieme combinato di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali.
Può essere inserito in una RSA (C.D.A.I.), oppure essere autonomo (C.D.A.A).
- *Centro Diurno per anziani autosufficienti*
Fornisce un servizio di assistenza a carattere integrativo e di sostegno alla vita domestica e di relazione, può essere una struttura autonoma o all'interno di un presidio residenziale.

Molte le delibere adottate negli anni:

Nel **2012** viene approvata la **D.G.R. n. 45-12129**

"Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti"

Questa delibera, che **contiene 6 Allegati e 3 tabelle**, sostituisce il modello organizzativo e gestionale introdotto dalla D.G.R. n. 17-15226 del 30 marzo 2005.

- Scompare la RAF e rimangono due tipologie residenziali:
 - RSA
 - NAT Nucleo Alzheimer Temporaneo
- 4 tipologie diurne
 1. CDI Centro Diurno Integrato inserito in un presidio
 2. CDIA Centro Diurno Integrato Autonomo
 3. CDAI Centro Diurno Alzheimer Inserito in un presidio
 4. CDAA Centro Diurno Alzheimer Autonomo

Sono previste **7 fasce assistenziali**, con l'individuazione dei parametri di personale per ciascuna fascia

Continuità assistenziale

Le RSA possono concorrere al percorso di continuità assistenziale, per una durata massima di 60 gg.

Requisiti strutturali

Vengono modificati i requisiti strutturali indicati dalla DGR 38/1992, mediante una sensibile riduzione dei servizi generali, collettivi, ausiliari, a vantaggio di un aumento dei servizi di nucleo.

Autorizzazione

Le RAF autorizzate in regime definitivo sono riclassificate automaticamente come RSA, entro 60 giorni.

I POSTI LETTO AUTORIZZATI

Con Determina 29 settembre 2014 n° 802 si aggiorna la tabella dei PL autorizzati di RSA esclusi i PL Alzheimer (segue tabella allegata)

TABELLA 1

Assistenza Residenziale Anziani non autosufficienti (PL di RSA * esclusi PL Alzheimer) Aggiornamento al 31 luglio 2014 (ai sensi della D.G.R. 46-528 del 4 agosto 2010)										
ASL	Distretto	POPOLAZIONE ANZIANI (ultra 65) anno 2013	P.L. RSA autorizzati al funzionamento 2014	INDICE 1 P.L. autorizzati RSA su pop >65	P.L. RSA in costruzione finanziati da Dir.Politiche Sociali 2014	P.L. RSA pari positivi 8ter 2014	TOTALE P.L. (autorizzati + in costruzione + 8ter)	INDICE 2 P.L. TOTALI RSA su pop >65	3% distrettuale: P.L. ancora disponibili	
AL		119.562	3.660	3,06	60	89	3.809	3,19		
	ACQUI TERME	12672	386	3,05	0	0	386	3,05	-6	
	ALESSANDRIA	31872	1216	3,82	0	0	1216	3,82	-260	
	CASALE M.TO -TRINO	22619	676	2,99	20	21	717	3,17	-38	
	NOVI LIGURE	19542	529	2,71	0	36	565	2,89	21	
	OVADA	8119	90	1,11	0	32	122	1,50	122	
	TORTONA	16486	564	3,42	0	0	564	3,42	-69	
	VALENZA	8252	199	2,41	40	0	239	2,90	9	
AT		51.351	1.815	3,53	20	163	1.998	3,89		
	ASTI CENTRO	18741	432	2,31	0	113	545	2,91	17	
	ASTI NORD	17356	611	3,52	20	10	641	3,69	-120	
	ASTI SUD - NIZZA M.TO	15254	772	5,06	0	40	812	5,32	-354	
BI		46.218	1.716	3,71	0	0	1.716	3,71		
	BIELLA	30752	1169	3,80	0	0	1169	3,80	-246	
	COSSATO	15466	547	3,54	0	0	547	3,54	-83	
CN1		96.816	2.973	3,07	20	223	3.216	3,32		
	CEVA	6763	236	3,49	0	0	236	3,49	-33	
	CUNEO-BORGO S.DALMAZZO	28063	883	3,15	0	0	883	3,15	-41	
	DRONERO	8425	229	2,72	0	49	278	3,30	-25	
	SAVIGLIANO/FOSSANO	19292	546	2,83	0	80	626	3,24	-47	
	MONDOVI'	15634	568	3,63	0	34	602	3,85	-133	
	SALUZZO	18639	511	2,74	20	60	591	3,17	-32	
CN2		38.875	1.521	3,91	0	154	1.675	4,31		
	ALBA	24970	938	3,76	0	150	1088	4,36	-339	
	BRA	13905	583	4,19	0	4	587	4,22	-170	
NO		76.830	1.645	2,14	7	547	2.199	2,86		
	ARONA	18102	418	2,31	0	98	516	2,85	27	
	BORGOMANERO	16663	366	2,20	0	116	482	2,89	18	
	GALLIATE	12077	267	2,21	7	60	334	2,77	28	
	NOVARA	29988	594	1,98	0	273	867	2,89	33	
TO1 ***	DISTRETTI 1 - 2 - 3 - 8 - 9 - 10	126.266	1.757	1,39	0	402	2.159	1,71	1184**	
TO2 ***	DISTRETTI 4 - 5 - 6 - 7	99.102	1.500	1,51	0	548	2.048	2,07	575**	
TO3		136.627	2.767	2,03	40	988	3.795	2,78		
	COLLEGNO	20900	162	0,78	0	165	327	1,56	300	
	GIAVENO	6976	337	4,83	0	0	337	4,83	-128	
	ORBASSANO	21213	329	1,55	20	221	570	2,69	66	
	PEROSA ARGENTINA	5451	93	1,71	0	50	143	2,62	21	
	PINEROLO	22000	614	2,79	20	10	644	2,93	16	
	RIVOLI	14301	120	0,84	0	200	320	2,24	109	
	SUSA	20799	568	2,73	0	122	690	3,32	-66	
	TORRE PELLICE	6255	324	5,18	0	0	324	5,18	-136	
	VENARIA	18732	220	1,17	0	220	440	2,35	122	
TO4		120.291	3.936	3,27	0	972	4.908	4,08		
	CHIVASSO	17827	748	4,20	0	192	940	5,27	-405	
	CIRIÉ'	26961	788	2,92	0	275	1063	3,94	-254	
	CUORGNÉ'	18903	1032	5,46	0	30	1062	5,62	-495	
	IVREA	29002	687	2,37	0	345	1032	3,56	-162	
	SAN MAURO TORINESE	9467	136	1,44	0	130	266	2,81	18	
	SETTIMO TORINESE	18131	545	3,01	0	0	545	3,01	-1	
TO5		68.735	1.660	2,42	0	646	2.306	3,35		
	CARMAGNOLA	11218	407	3,63	0	106	513	4,57	-176	
	CHIERI	23077	818	3,54	0	224	1042	4,52	-350	
	MONCALIERI	17823	325	1,82	0	0	325	1,82	210	
	NICHELINO	16617	110	0,66	0	316	426	2,56	73	
VC		45.309	1.389	3,07	60	233	1.682	3,71		
	VALSESIA	19260	464	2,41	0	58	522	2,71	56	
	VERCELLI	26049	925	3,55	60	175	1160	4,45	-379	
VCO		42.988	882	2,05	60	357	1.299	3,02		
	DOMODOSSOLA	16323	308	1,89	60	124	492	3,01	-2	
	OMEGNA	10161	237	2,33	0	80	317	3,12	-12	
	VERBANIA	16504	337	2,04	0	153	490	2,97	5	
TOTALE REGIONALE		1.068.970	27.221	2,55	267	5.322	32.810	3,07		

* Con D.G.R. n. 46-4248 del 30/07/2012 la tipologia "Residenza Assistenziale Flessibile (RAF)" per anziani non autosufficienti è stata ricompresa nella tipologia "Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)" per anziani non autosufficienti.
** Il numero di posti letto ancora disponibili nella città di Torino, riportato in tabella, è già al netto dei 795 posti letto decurtati dalla disponibilità teorica delle ASL TO1 e TO2 e ripartiti fra le ASL TO4 e TO5, ai sensi della D.G.R. n. 46-528 del 4 agosto 2010 (pubblicata sul BURP del 26 agosto 2010)
*** fonte dati Comune di Torino

LE STRUTTURE E I POSTI LETTO ACCREDITATI IN PIEMONTE (2012)

STRUTTURE E POSTI LETTO ACCREDITATI PER ANZIANI IN PIEMONTE							
PROV					N° Strutture	+ IPAB	PL TOT accreditati per anziani
	RSA e RAF	NAT	CDI	TOT			
AL	96	1	5	102	82	17	3425
AT	52	1	1	54	42	8	1826
BI	52	2	3	57	37	5	1806
CN1	90	2					
CN2	44						
CN TOT	134	2	9	145	114	39	4188
NO	39		4	43	27	5	1590
TO 1 e 2	39			39			
TO3	38	2					
TO4	41						
TO5	40	2					
TO TOT	267	4	9	280	207	39	11125
VC	37	2	1	40	38	5	2133
VB	23		3	26	18	5	785
TOTALE	700	12	35	747	565	123	26878

I POSTI LETTO CONVENZIONATI

Deliberazione della Giunta Regionale 19 novembre 2013, n. 16-6690

Ripartizione alle ASL del budget previsto dalle D.G.R. 14-5999 del 25/06/2013 e 85-6287 del 2/08/2013 per le prestazioni residenziali per anziani non autosufficienti e definizione degli obiettivi tendenziali di servizio per gli anni 2013 -2014.

Nella delibera suddetta si individua il budget di Fondo Sanitario per la copertura delle quote per la residenzialità, sia in RSA che in NAT e centri diurni. Si allega tabella.

Tabella 1 **Obiettivi ASL**

a) Distribuzione del budget e assegnazione degli obiettivi di servizio alle ASL									
ASL	Giornate 2012	Stima P.I. 2012	% p.l su pop. >65 anni	Budget Assegnato	Stima giornate obiettivo	P.I. attesi	Indice su pop anziana		
TO 1 - TORINO	528.745,00	1.448,62	1,20	28.662.458	653.330	1.790	1,46		
TO 2 - TORINO	657.575,00	1.801,58	1,90	29.072.219	665.994	1.825	1,90		
TO 3 - COLLEGNO	665.943,00	1.824,50	1,49	33.913.633	773.791	2.120	1,61		
TO 4 - CHIVASSO	610.235,00	1.671,88	1,51	26.777.088	618.744	1.695	1,45		
TO 5 - CHIERI	308.593,00	845,46	1,39	16.617.504	370.749	1.016	1,53		
VC - VERCELLI	245.567,00	672,79	1,52	12.725.798	286.887	786	1,76		
BI - BIELLA	222.827,00	610,48	1,38	10.851.952	255.157	699	1,54		
NO - NOVARA	324.126,00	888,02	1,23	16.942.210	378.958	1.038	1,39		
VCO - OMEGNA	204.573,00	560,47	1,39	11.826.052	256.480	703	1,68		
CN 1 - CUNEO	587.391,00	1.609,29	1,74	26.330.283	619.862	1.698	1,79		
CN 2 - ALBA - BRA	274.497,00	752,05	2,03	10.638.698	259.424	711	1,86		
AT - ASTI	255.176,00	699,11	1,40	11.144.655	274.077	751	1,48		
AL - ALESSANDRIA	651.581,00	1.785,15	1,53	29.497.449	723.325	1.982	1,69		
Totale	5.536.829	15.169	1,51	265.000.000	6.136.777	16.813	1,61		

b) Ipotesi di distribuzione delle intensità assistenziali attese						
Intensità ass.	Giornate 2012	Stima giornate obiettivo	P.I 2012	Stima P.I. Ob	% 2012	%
NAT	59.873	69.716	164	191	1,08	1,14
Alta Liv. Incr.	82.334	202.111	226	554	1,49	3,29
Alta	2.160.553	2.316.303	5.919	6.346	39,02	37,74
Medio Alta	79.556	349.810	218	958	1,44	5,70
Medio	2.988.143	2.990.141	8.187	8.192	53,97	48,72
Medio Bassa	8.979	89.181	25	244	0,16	1,45
Bassa	157.391	119.515	431	327	2,84	1,95
Totale	5.536.829	6.136.777	15.169	16.813	100	100
			Diff	1.644		

Torino 09. 10. 2015

Per la Segreteria Spi Piemonte
Nunzia Fiorenza