

## Premessa

Questo direttivo unitario del Sindacato Pensionati sul tema della non autosufficienza arriva dopo tre anni. Al direttivo dell'aprile 2015 aveva partecipato ai nostri lavori l'Assessore Augusto Ferrari, che era rimasto fino alla fine, raccogliendo le nostre istanze, insieme ad alcune delle associazioni di malati cronici, disabili. Allora la regione rientrava nei piani di rientro per il debito sanitario . **Oggi non è più così perché dallo scorso anno la regione è ufficialmente uscita dal rientro del debito. Poco però sembra essere cambiato e questo dato, per gli interessi che rappresentiamo, costituisce un fatto grave.** Proveremo oggi insieme ai relatori che abbiamo invitato, compresa la rete delle associazioni dei malati cronici del biellese, a fare, il punto su un tema come quello della non autosufficienza così strategico per un paese che invecchia come il nostro, ma sottovalutato da anni dai governi e con poche decisioni strutturali assunte. Come sindacato Pensionati lo affermiamo perché le leggi ci sono anche se complicatissime e poco trasparenti nelle informazioni essenziali.

Ma la realtà è tutta un'altra cosa : la disabilità e la non autosufficienza è tutelata in parte solo a parole , perché la politica non sa come sostenerla. Perché nelle nostre sedi che sono distribuite in modo capillare sul territorio sempre di più si rivolgono persone, persone che non conoscono i loro diritti , non sanno interpretare le leggi , non sanno più letteralmente dove sbattere la testa. Ci riferiamo a malati, a chi è stato colpito da menomazioni di varia natura, ovvero alle persone poste in situazioni di parziale godimento dei diritti/doveri ma anche ai lavoratori precari che non hanno particolari ragioni per sentirsi solidali verso gli altri, che non cercano necessariamente una loro rappresentazione nel lavoro. Sovente si tratta di persone che non sono accomunate da esperienze lavorative simili e che sono magari diverse per luoghi di provenienza, lingua, cultura. La malattia colpisce non solo la persona coinvolta dall'evento ma coinvolge spesso l'intero sistema di relazioni del nucleo familiare, che non sa più quali strategie adottare per la risoluzione dei problemi.

L'invecchiamento della popolazione, ha evidenziato un aumento delle patologie cronicodegenerative collegate all'età, al genere e spesso associate alla disabilità. La domanda di assistenza e di aiuto tende a divenire di natura diversa da quella tradizionale, le caratteristiche del bisogno sono di difficile rappresentazione per la complessità dei contesti di riferimento, sia familiari che relazionali. Di pari passo bisogna confrontarsi con un problema del costo delle prestazioni, sempre più onerose e che si rivelano spesso fonti di discriminazioni nelle possibilità di accesso ed aumentano i casi di povertà per le cure.

## Il percorso di confronto negoziale

Nell'accordo Stato e Regioni del 23 luglio 2003, ormai lontano, erano contenuti due obiettivi di particolare rilievo per i distretti. La prima priorità era quella delle **cure primarie** ( medici e pediatri di base); la seconda priorità era costituita dalla creazione di una “ **Rete integrata per i servizi sanitari e socio-sanitari per la non autosufficienza**, ne stiamo ancora parlando ma sono ancora lontani gli obiettivi di attuazione.

Allo stato attuale rispetto la costruzione della rete , permangono ancora nonostante vari Piani regionali **le seguenti criticità :**

- **le risorse** : nonostante le reiterate affermazioni di principio e la periodica riproposizione di principio del primato della prevenzione sulle cure, non si sono ancora raggiunti i livelli indicati dalla programmazione nazionale e gli investimenti territoriali sono stati deboli;
- **le disuguaglianze** : esistono importanti differenze sia dal punto di vista dei problemi di salute sia dal punto di vista dello stato organizzativo dei servizi;
- **la frammentazione delle attività:** non esiste se non in alcuni settori , una esplicita definizione degli obiettivi, di priorità delle pratiche all'interno di precise scelte di progettazione e di programmazione.
- **l'iniquità della spesa:** mancanza di criteri certi di riparto dei finanziamenti , più rispondenti di quelli reali , per renderli conseguenti al quadro epidemiologico e demografico .

Presenteremo molto sinteticamente le nostre considerazioni che abbiamo ricavato dagli incontri sia con i consorzi del socio-assistenziale del biellese IRIS e Cissabo che con i referenti dei due distretti sanitari di Biella e Cossato, coordinati dal dott. Michele Sartore. La disponibilità dell'ASL al confronto c'è stata; gli incontri sono stati : due riguardo la problematica ticket, due sulla funzionalità dei distretti, uno specifico sulla vigilanza socio-sanitaria ( per il 2017 ), ancora uno a febbraio 2018; la delegazione trattante era composta dai soli Pensionati. Con i due consorzi gli incontri hanno riguardato i bilanci di previsione e le prime applicazioni del WECARE( Welfare -Cantiere) relativo ai fondi europei. Con gli Enti Locali per l'anno 2017ci sono stati 30 incontri che si sono chiusi con verbali e accordi.

Il confronto con l'ASL e con i consorzi è stato per le parti sociali una presa d'atto dell'esistente, con poche possibilità di cambiamento in quanto le scelte erano già state fatte altrove ( a livello nazionale o regionale) e poiché le normative non sono state sufficientemente "cogenti", come per la definizione degli ambiti territoriali o per il distretto forte, le situazioni sono rimaste invariate. Ricordiamo che diversamente delle Associazioni e del Terzo settore, quella sindacale è una rappresentanza diffusa, generale, che esercita il proprio ruolo attraverso azioni concertative e/o rivendicative ed informative, che hanno caratteristiche confederali, quindi di trasversalità ed agite per l'interesse generale della cittadinanza. Concertazione e dialogo sociale, non sono affatto sinonimi. Non si tratta di una banale questione semantica. La concertazione si basa infatti sull'assunzione di obblighi e vincoli alle rispettive politiche, reciprocamente concordati e verificabili, in funzione del raggiungimento di obiettivi condivisi e formalizzati. Mentre il dialogo sociale può essere definito una sorta di clausola di stile nel rapporto tra le parti. Un'altra confusione che andrebbe evitata è quella tra concertazione e contrattazione. La concertazione è lo strumento (o la modalità) con cui affrontare e risolvere problemi che hanno implicazioni macroeconomiche e la cui soluzione dipende perciò dalla condotta di tutti i soggetti coinvolti (governo, sindacati ed imprese; da qui la necessità di accordi triangolari) ed ha lo scopo di distribuire, in modo equo e socialmente condiviso, i costi dell'aggiustamento economico. **Questa fase a livello regionale è mancata.** La programmazione sanitaria viene definita a livello nazionale, regionale e locale. I Livelli essenziali di assistenza ( LEA) hanno cercato di concretizzare il principio del diritto di cittadinanza per quanto riguarda l'erogazione uniforme dei servizi sanitari sul piano territoriale . Tuttavia permane una forte disomogeneità territoriale e sociale in termini di effettiva fruibilità degli stessi servizi sanitari.

## Le nostre preoccupazioni e criticità più rilevanti a livello regionale :

Il **Patto per il Sociale** (deliberazione del 19 ottobre 2015- Approvazione del **Patto per il sociale della Regione Piemonte 2015-2017. Un percorso politico partecipato**) avrebbe dovuto come è stato, sottolineato con forza, affrontare le criticità della presa in carico delle situazioni di non autosufficienza cronica, sempre più numerose e onerose per il bilancio regionale. Si era dato come obiettivo principale, visto il quadro socio economico della Regione Piemonte , quello di rivedere i modelli della programmazione , erogazione delle risorse degli interventi riguardo i servizi sociali e socio-sanitari. Si era attivato un percorso di confronto con l'istituzione di tavoli di confronto a livello locale che poi si è interrotto.

- Nei fatti per avere le mani più libere si è istituita una **cabina di regia socio-sanitaria solo regionale**, tagliando fuori sia Enti gli gestori dei servizi che le parti sociali. E' costituita da dirigenti , funzionari della direzione sanità e la direzione Coesione sociale e hanno lavorato da soli per rivedere il Progetto di tutela della salute mentale, la delibera n, 230 relativa alla residenzialità e comunità alloggio per disabili e molto altro ancora con l'obiettivo di razionalizzare, cioè tagliare sulle teste degli utenti. L'elenco potrebbe continuare.
- Per quanto attiene gli interventi è in fase di predisposizione un provvedimento relativo alla  **riforma degli interventi domiciliari in lungo-assistenza**, fino ad oggi finanziati sulla base delle D.G.R. 39-11190/2009 e 56-13332/2010. Queste due delibere erano state discusse e concordate con le OO.SS del sindacato dei Pensionati e con i Confederati sono delibere importantissime perché garantivano, a livello regionale, sul territorio, gli assegni di cura, la prima agli anziani non autosufficienti e ai disabili la seconda. L'assessorato dichiara già che si prevederà una nuova forma di intervento in collaborazione con la Direzione Sanità in "*grado di fornire risposte significative in un ambito particolarmente in sofferenza negli ultimi anni, tenendo anche presente che il nuovo D.P.C.M. LEA prevede un'interpretazione restrittiva della partecipazione del comparto sanitario a questo tipo di interventi*". Di queste modifiche non ne sanno nulla i direttori dei Consorzi. Vuol forse dire che saranno tagliati anche gli assegni di cura? O che saranno affidati in gestione ad associazioni del terzo settore o al volontariato?
- **RSA Aperte** : L'Assessorato dichiara dal proprio sito:.....*si è proceduto in maniera coordinata per l'emanazione degli atti attuativi del progetto sperimentale RSA Aperta, interventi sempre di carattere domiciliare ma indirizzati a persone con un progetto di residenzialità che intendono comunque restare a domicilio. Al momento è ancora prematuro procedere con una valutazione dei risultati ottenuti. a livello regionale .*Di queste risultanze i territori non hanno ricevuto nessuna comunicazione. La delibera (Dgr 34/2016) purtroppo prevede poche ore di assistenza infermieristica o di un operatore socio sanitario (20-30 ore al mese) per cui la persona potrà restare al proprio domicilio solo se si farà carico economicamente della propria assistenza (sborsando soldi per pagare terze persone o gravando sui bilanci dei familiari oltre che contare sul loro appoggio concreto 24 ore su 24).Riteniamo, a livello territoriale, anche con l'associazione CADIC, che la delibera sia inapplicabile e in alcune sue parti presenta delle palesi violazioni di legge.

- Il "**Distretto forte**" e i distretti Territoriali della salute e Coesione sociale. Per superare l'eccesso di disparità e di frammentazione territoriale avrebbero dovuto essere ridefiniti gli ambiti territoriali ottimali, facendo coincidere distretti sanitari con i consorzi del socio-sanitario, creando un unico comitato territoriale dei sindaci di distretto, per assumere il programma integrato degli interventi e decidere le modalità di utilizzo delle risorse finanziarie e decidere le modalità delle risorse finanziarie. Per ora la situazione non si è modificata ed è mancato il confronto con le organizzazioni sindacali e con le realtà locali compreso il volontariato e il terzo settore;
- **Le risorse umane** : le professionalità che operano nel settore socio sanitario, se si vogliono soddisfare i bisogni delle persone, sono obbligati per legge ad un lavoro di gruppo multidisciplinare. Alcune figure come le O.SS devono affrontare un carico di lavoro stressante, quasi a cottimo, sottopagato, altre figure come gli animatori nelle RSA sono quasi sparite, per non parlare delle figure che devono intervenire sui progetti riabilitativi come i fisioterapisti , i logopedisti ecc. ( Linee guida sulla riabilitazione anno 1998). Nonostante la forte caratterizzazione di gruppo, che contraddistingue il lavoro socio-sanitario, in cui vanno valorizzate e apprezzate le singole professionalità, si è pensato solo ad uno specifico ordine. Infatti si è predisposto un indirizzo di programmazione rivolto dalla Regione Piemonte alle Aziende sanitarie affinché ciascuna istituisca un *Servizio sociale professionale aziendale*, guidato da un dirigente assistente sociale, nel quale inserire tutti i professionisti assistenti sociali in servizio. Nel mentre è stata approvata a dicembre 2017 la legge che disciplina le professioni di educatore professionale socio-pedagogico, educatore professionale socio-sanitario e pedagogista” .La legge è ampiamente perfezionabile ma è molto importante che sia finalmente arrivata, in quanto da troppi anni queste professioni esistono senza un riconoscimento; una tutela in più non solo per gli operatori ma anche per gli utenti.
- l'integrazione e l'alleanza tra pubblico e privato sociale è continuata sia con assunzione di dipendenti di cooperative negli enti gestori sia con quelle di personale assunto con contratti a tempo determinato anche per i progetti di inserimento riguardo al SIA e con il REI ( reddito di inclusione). Occorrerebbe monitorare cosa è rimasto di welfare pubblico almeno come regia !
- In base a questo principio la regione aveva predisposto con tanto di delibera ( Assessore Monferrino Delibera del 21 febbraio 2013 ) le linee guida mediante concessione di servizi ( già previsto dalla legge quadro sull'assistenza ), per l'affidamento a soggetti del Terzo settore mediante forme di aggiudicazione volte a valorizzare la progettualità delle stesse organizzazioni no-profit ;
- attraverso il Patto per il sociale della Regione Piemonte 2015-2017 **è stato siglato un protocollo tra L'ANCI Piemonte**, il Coordinamento Regionale degli Enti Gestori dei servizi sociali del Piemonte, il Forum del Terzo settore , l'Alleanza delle Cooperative Settore Sociale del Piemonte , il Consiglio regionale del Volontariato in cui concordano di collaborare per dare attuazione agli obiettivi strategici contenuti nel patto;manca la partecipazione , delle parti sociali e delle associazioni.

- in questi atti **sono spariti**, a partire dai territori, quelli che vengono definiti i **portatori di interessi**, rispetto ai diritti di cittadinanza come previsto dal **D.lgs.502/1992** Titolo IV Partecipazione e diritti dei cittadini di cui all'art. 14 comma **2** : *Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie.* Dalla **Legge regionale 6 agosto 2007 n. 18.** : Art.1 Comma 3. *La programmazione socio sanitaria è basata sui seguenti principi:...partecipazione degli Enti locali , dei cittadini e degli operatori pubblici e privati e delle loro rappresentanze;*Art.10 comma 1. *La Regione prevede nella fase di elaborazione degli atti di programmazione, la partecipazione degli utenti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale.*
- Sempre grazie al Patto per il sociale della Regione Piemonte è stato approvato il **Protocollo d'intesa per il biennio 2016/2017** con La Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria (FIMIV), in associazione con la Società Mutua Pinerolese di Pinerolo, con la Società di Mutuo Soccorso del sociale Solidea di Torino e con il Consorzio Mutue Novara di Novara. Il programma di sviluppo di un welfare aziendale a modello mutualistico è stato presentato in alcuni seminari territoriali con la partecipazione dell'Assessore Augusto Ferrari e Gianna Pentenero Assessore all'istruzione. Per il Sindacato dei Pensionati è necessario definire e mantenere una struttura di welfare sostenibile in cui il pubblico abbia ancora un ruolo centrale. Si sta delineando, tra welfare aziendale e mutue sanitarie integrative, **una nuova universalità selettiva** da cui determinate fasce di popolazione, pensionati, disoccupati famiglie a basso reddito ecc. sono nei fatti escluse se non hanno i soldi per pagarsi la salute.

Per concludere la Giunta regionale, **in mancanza del Piano sociale** che invece è stato adottato dalla maggior parte delle regioni, non ha lavorato secondo un modello di programmazione di sistema integrato di interventi secondo quanto stabilito dalla **legge 8 gennaio 2004, n. 1**, ma ha predisposto atti settoriali, difficilmente componibili e comprensibili. Il **Piano di zona** doveva essere lo **strumento fondamentale e obbligatorio** per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali di competenza . La giunta regionale ha individuato le linee guida per la loro predisposizione solo fino al 2013, poi più nulla. In questo modo se la programmazione è a multi livello, multi professionale, con modalità operative definite, non avendo le linee guida non si sono potuti garantire degli accordi di programma tra sanità sociale con precisi indicatori di analisi del bisogno, di processo e di valutazione dei risultati.

## **Il Contesto territoriale e demografico**

**La provincia di Biella** al 31 dicembre 2016, risulta avere una popolazione di **178.551** con una variazione assoluta di -1.134 ab e una variazione percentuale di -0,63% e di cui 85.499 maschi(47,9%) e 93.052 femmine (52,1%). La popolazione over 65 anni è di 50.140 unità e rappresenta il 28,1%. Il **Piemonte** vede aumentare nel tempo **la quota di popolazione anziana** e ad aver contribuito a tale innalzamento sono state tutte le

province piemontesi, ma alcune più di altre ; infatti la **Provincia di Biella** , nel confronto con le altre mostra una quota di popolazione sopra i 65 anni, rispetto a quella in età 15-64 ancora più elevata arrivando al **43,6%** superando Alessandria e V.C.O. anche loro tra le più vecchie del Piemonte.

L' **Indice di vecchiaia** Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Per la Provincia di Biella nel 2017 è di **250,5** e raffrontato con altre mentre per le altre province in ordine decrescente, **è il più alto:**

➤ Biella	<b>250,5</b>	<u>la più vecchia</u>
➤ Alessandria	241,1,	
➤ V.C.O	225,3	
➤ Vercelli	224,9	
➤ Asti	204,7	
➤ Torino	192,0	
➤ Novara	171,1	
➤ Cuneo	171,1	

#### **Viene superato nei comuni:**

*Trivero,(269,7),Coggiola,(420,30),Crevacuore(281,8)Pray(285,5),Mezzana Mortigliengo(461,1), Portula (263,3) Mosso(266,3) Pettinengo(258,5) Lessona ( 273,2) Occhieppo Superiore(256,6) Cossato (257,6) Vigliano Biellese(273,3)*

L'indice di vecchia in **Piemonte** è di **197,6** e gli anziani over 65 anni rappresentano il 25,1% , mentre gli anziani nella provincia di Biella over 65 sono il **28,1 %** di cui 85.499 uomini (47,9%) e 93.052 donne (52,1%). La percentuale di genere femminile cresce con il crescere dell'età e tra i "grandi vecchi" tra i **90 e 94** anni che sono in totale 527 , le donne rappresentano il 77,1% con 432 persone , mentre i maschi sono 98 (18,0%). Ci sono poi 54 persone che hanno superato i 100 anni di cui 47 donne (87,0%) e 7 uomini (13,3%)

Rispetto quindi l'aspettativa di vita le donne sono le assolute protagoniste di questo primato: vivono più a lungo degli uomini, ma gli anni di vita guadagnata sono spesso trascorsi nella malattia. In questa situazione, a giocare un ruolo cruciale sono le disparità socio-economiche, come salari più bassi e minor occupazione, dalle evidenti ricadute sul benessere psico-fisico delle donne

Ma i dati mostrano anche un'altra, tutt'altra che positiva, differenza: molte malattie croniche sono a prevalenza femminile e le donne ne sono quindi più colpite, infatti **la non-autosufficienza ha una forte specificità di genere**. Ad avere 2 o più malattie sono il 72% delle over 75 e il 58% degli uomini. Una donna su 3 ha gravi limitazioni funzionali nelle attività della vita quotidiana e hanno gravi disabilità nel 37,8% dei casi contro il 22,7% degli uomini. Negli over 65 molte malattie croniche sono a prevalenza femminile come artrosi e artrite (59,4% donne e 38,9% uomini), cefalea ed emicrania ricorrente (14,6% vs 7,1%), osteoporosi (39,5% vs 8,1%), ansia e depressione (16,7% vs 9,0%) e Alzheimer e demenze senili (5,1% vs 3,1%). A ciò si aggiunge il più ampio consumo di farmaci a cui si associa un rischio più elevato di eventi avversi e di ospedalizzazioni per effetti collaterali.

**Gli stranieri** residenti in provincia di Biella al 1° gennaio 2016 sono **9.910** e rappresentano il **5,5%** della popolazione, lo scorso anno erano 10.488 e rappresentavano il 5,8% della popolazione residente, confermando quindi la diminuzione. La comunità straniera più

numerosa è quella proveniente dal **Marocco** con il 26,1 % di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla **Romania** (23,1%) dalle **Filippine** (5,6) e dall'**Albania** (5,15%).

**Il saldo migratorio risulta essere tra i più bassi del Piemonte**, altro segnale di scarsa attrattività del territorio. La maggior parte dei comuni del biellese sono comuni montani e le zone di montagna sono comprese nella classificazione di zone svantaggiate definite come zone minacciate di spopolamento e nelle quali è necessario conservare l'ambiente naturale ed infine, zone nelle quali ricorrono svantaggi specifici. In particolare la maggior parte di essi, in tema di trasporti e mobilità risultano essere completamente isolati e non solo in alcune fasce orarie della giornata e non si tengono conto dei collegamenti con i servizi.

## **Il contesto sfavorevole dei Servizi socio assistenziali dell'area di integrazione socio-sanitaria.**

L'Azienda Sanitaria di Biella (**ASL BI**) non ha la dimensione provinciale infatti comprende 73 comuni dei 79 della Provincia, e quindi riceve meno trasferimenti come quote capitarie in quanto 6 comuni dell'Unione Montana del Biellese Orientale fanno capo all'ASL di Vercelli; circa il 50% della popolazione è concentrata lungo l'asse Biella-Cossato e nell'immediato hinterland di Biella. L'ASL ricomprende inoltre due distretti, Biella e Cossato, e un presidio ospedaliero, l'Ospedale degli Infermi, collocato a Ponderano (BI).

Sono 5 gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali da considerare per le funzioni ad alta integrazione socio-sanitaria, **con diverse quote capitarie**, con riferimenti diversi per le ASL che hanno proprie commissioni di valutazione geriatriche, per la disabilità per il progetto materno infantile, per la salute mentale ecc; significa cioè che se un anziano deve essere valutato per l'accertamento dell'invalidità, o ha bisogno di ausili, per i ticket o altro deve obbligatoriamente rivolgersi ad un'altra ASL.

Di questi 5 :

Due sono i Consorzi in provincia di Biella che hanno come ambito quello dei distretti dell'ASL di Biella:

**Il Consorzio IRIS** il cui territorio del Consorzio è composto da **44** comuni che hanno scelto (seppure con modalità differenziate) la gestione consortile per assicurare, secondo quanto definito dalla vigente normativa e dallo Statuto del Consorzio, l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali. L'ambito territoriale consortile comprende i seguenti Comuni: Andorno Micca, Benna, Biella, Borriana, Camburzano, Campiglia Cervo, Candelo, Cerrione, Donato, Dorzano, Cavaglia, Gaglianico, Graglia, Magnano, Massazza, Miagliano, Mongrando, Muzzano, Netro, Occhieppo Inf., Occhieppo Sup., Piedicavallo, Pollone, Ponderano, Pralungo, Quittengo, Ronco Biellese, Roppolo, Rosazza, Sagliano Micca, Sala Biellese, Salussola, Sandigliano San Paolo Cervo, Sordevolo, Tavigliano, Ternengo, Tollegno, Torrazzo, Verrone, Villanova, Zimone, Zubiena, Zumaglia. Fa riferimento al distretto 1 di Biella con sede all'ospedale di Ponderano.

Il consorzio **Cissabo** che raggruppa n. **28** Comuni: Brusnengo, Callabiana, Camandona, Casapinta, Castelletto Cervo, Cerreto Castello, Cossato, Curino, Lessona, Masserano, Mezzana Mortigliengo, Mosso, Mottalciata, Pettinengo, Piatto, Quaregna, Selve Marcone, Soprana, Strona, Trivero, Valdengo, Vallanzengo, Valle Mosso, Valle San Nicolao, Veglio, Vigliano Biellese, Villa del Bosco.; fa riferimento al distretto 2 dell'ASL-BI con sede a Cossato e il Consorzio IRIS che è composto da 44 comuni e fa riferimento al distretto 1 di Biella con sede all'ospedale di Ponderano.

Terzo riferimento è la Comunità **Montana Valsesia** (per i comuni dell'ex ente comunità

montane convenzionate (Valsesia e Valsessera) con sede a Varallo; comprende 38 Comuni di cui Ailoche, Caprile, Coggiola, Crevacuore, Pray e Coggiola e l'Asl di riferimento è Vercelli; si applicano anche all'interno della comunità quote capitarie diverse : per i **6 Comuni del biellese** è di 36€, per gli altri 31 euro ad eccezione di Borgosesia 18€

Il Comune di **Viverone** che ha una importante struttura per anziani fa parte del Consorzio Intercomunale per la Gestione dei Servizi di Assistenza Sociale **C.I.S.A.S.** con sede a SANTHIA', ASL di riferimento TO.4 e comprende 24 comuni.

Infine il comune di **Sostegno** fa parte del Consorzio per l'Attività Socio - Assistenziale **C.A.S.A.** con sede a Gattinara.

## **La territorialità dei diritti : Il Distretto "Forte ?**

Il cuore della contrattazione della non-autosufficienza è il **Distretto** che comprende tutte le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base, all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche

**L'articolazione distrettuale è fondamentale** in quanto governa la domanda dei servizi, attraverso la valutazione dei bisogni socio-sanitari della comunità per poi definire le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi. La coincidenza tra ambito territoriale del distretto sanitario e quello di ciascun Ente gestore dei servizi sociali è strategica e fondamentale per la costruzione di programmi integrati di tutela di salute e di assistenza alla persona a fronte di bisogni complessi. La regione non ha però adottato un modello organizzativo che affronti con chiarezza le questioni a partire da: dalla coincidenza territoriale degli attuali ambiti tra Enti Gestori e Distretti sanitari; manca la direzione unica e i modelli previsti per costruire la rete integrata; non è chiaro il ruolo degli organismi elettivi all'interno del distretto e degli enti gestori ( doppioni che non comunicano sugli obiettivi), si è chiesto di affidare e molto altro.

## **L'accesso : gli sportelli unici socio-sanitari e la medicina di base**

Nel Biellese non esiste ancora un unico punto di accesso, definito come PUA ( punto unico di accesso). In base ai finanziamenti regionali, che derivavano dal Fondo Nazionale sulla Non Autosufficienza, si sono aperti nel 2009 due sportelli che fanno capo ai due consorzi. L'individuazione di un luogo unitario di accesso ( sportello unico sub-**distrettuale**) rappresenta indubbiamente un grosso passo avanti per i cittadini. Offre anche un buon servizio il centralino unico dell'Ospedale, rimangono attivi gli URP ma permangono ancora molte criticità compresi gli orari ( che sono difformi) e le difficoltà ad avere risposte chiare sui percorsi assistenziali che sono quasi una corsa ad ostacoli , all'interno di un sistema burocratico, con informazioni difformi anche tra le stesse Asl.

Il **Consorzio I.R.I.S.** si è dotato dello Sportello Informativo anziani "**Il filo d'Arianna**". Il Servizio è gestito dal Consorzio in collaborazione con l'Associazione di Volontariato Vincenziano San Giuseppe onlus, l'ASL BI di Biella, l'Associazione Centro Servizi per il Volontariato di Biella. All'interno dello Sportello operano un'assistente sociale del Consorzio IRIS, un'infermiera dell'ASL BI ed i volontari del Filo D'Arianna.



Lo **Sportello unico Socio sanitario del Cissabo** è un servizio nato dalla collaborazione tra il Consorzio CISSABO e l'Asl Bi Distretto 2 di Cossato, grazie ad un finanziamento della Regione Piemonte. Lo sportello ha iniziato la sua attività nell'ottobre 2009 e l'attività è gestita da tre professioniste appartenenti al Consorzio di Cooperative "Il Filo da tessere" (aggiudicatario della gara d'appalto), che accompagnano le persone all'utilizzo dei servizi.

Nell'incontro avuto con il responsabile dei due distretti sanitari ci è stato riferito che i PAT (Piani attuativi territoriali) su cui le ASL avevano lavorato in base alla delibera regionale per quasi un anno *sono stati dimenticati*. Si è cominciato a lavorare per **le Case della salute**. L'Assessore Saitta è venuto nel territorio biellese per le inaugurazioni dei nuovi servizi, e dalle sue dichiarazioni, la casa della salute, ha come **obiettivo principale** la creazione di una rete di punti di riferimento fuori dagli ospedali per i malati cronici, i pazienti non gravi, i cittadini che hanno necessità di una prestazione sanitaria o assistenziale che non richiede l'accesso al pronto soccorso. Entro il 2018 si dovranno aprire altre 33 nuove strutture, fra 13 potenziamenti e riconversioni e 20 nuove attivazioni. Quest'anno il piano ha portato nel 2017 all'apertura di 44 Case della Salute in tutto il Piemonte: 31 di queste attraverso il potenziamento o la riconversione di strutture esistenti, 13 con l'attivazione di nuove realtà. L'obiettivo della Regione è creare centri attrezzati e aperti lungo tutto il corso della giornata, in cui sono ospitati medici di base e pediatri, l'assistenza infermieristica, l'assistenza specialistica con percorsi di cura per patologie croniche, gli ambulatori vaccinali, i consultori familiari. Nel biellese se ne sono aperte finora 4; una a Biella al pianterreno dell'ospedale e al suo interno c'è già l'ufficio di coordinamento infermieristico per le cure domiciliari, sono presenti anche gli infermieri per le medicazioni e le iniezioni; ci saranno gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che aderiranno, un ambulatorio psichiatrico dedicato anche alle dipendenze e, la Guardia medica del Villaggio che si è trasferita nella casa della salute e che garantisce la notte e i giorni festivi. Sono state inaugurate quelle di Cavaglià e di Trivero (attive da giugno 2017) e ne saranno attivate altre 3: a Cossato a febbraio, poi Andorno e Mongrando. In particolare in quella di Biella, grazie alla collocazione in ospedale, sarà possibile definire percorsi assistenziali e di cura per i pazienti cronici più fragili potendo contare sulla vicinanza di tutti i servizi, anche specialistici, ospedalieri per chi soffre di scompenso cardiaco, di insufficienza renale, di ipotiroidismo o di diabete. Complessivamente i medici del biellese sono 126, ma che hanno aderito sono una trentina e garantiscono però un'apertura solo per un paio d'ore al giorno. L'adesione è però condizionata dal budget messo a disposizione dalla regione per ogni singolo progetto presentato dalle ASL. È stato siglato tra l'ASL di Biella e i Rappresentanti sindacali provinciali dei Medici di Medicina Generale, FIMMG e SNAMI, un accordo integrativo aziendale per la partecipazione dei Medici di Famiglia alla realizzazione del progetto. L'adesione è su base volontaria; ai professionisti che sceglieranno di partecipare sarà corrisposto un contributo di 50 euro orari lordi. Questo è quanto ci hanno comunicato negli incontri, nella realtà, da quanto abbiamo rilevato come pensionati, non ci sono state grosse variazioni, rispetto all'esistente o aumento dell'offerta dei servizi, in confronto a quanto si era prospettato sulle "case della salute".

### **Tempi di attesa**

Il confronto con il distretto sui tempi di attesa è appena partito. Il Direttore Michele Sartore ha precisato che in sanità i tempi di attesa vengono calcolati solo sulla prima visita. Il diritto ad accedere alle cure pubbliche in tempi certi, nonostante sia previsto da una serie di norme, nella realtà è ancora troppo poco conosciuto dai cittadini e ostacolato in pratica. Tra le cause c'è la scarsa trasparenza delle amministrazioni sui diritti dei cittadini. Ciò

alimenta le asimmetrie informative, che penalizzano ancora una volta i più deboli. Sul rispetto dei tempi di attesa, sul corretto esercizio dell'intramoenia e più in generale sul rispetto dei diritti dei cittadini c'è da migliorare ancora molto dal punto di vista dei controlli, troppo pochi e con molte criticità. Attendere mesi, se non anni, per una visita specialistica, un esame diagnostico o un intervento chirurgico è capitato a più di 7 italiani su 10, secondo il "Rapporto Italia 2017" di Eurispes. Non tutti sanno, però, che se le attese sono incompatibili con i propri bisogni di cura, si ha diritto a esigere la prestazione in tempi certi. Lo stabilisce il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa (Pngla) 2010-2012, tuttora in vigore. Asl e ospedali devono far rispettare i tempi massimi stabiliti per le 58 prestazioni elencate nel Pngla che vanno eseguiti entro 30 giorni o in base alle specifiche "classi di priorità" previste per le operazioni. Per la diagnostica e la specialistica i tempi massimi devono essere rispettati nel caso di prime visite o primi esami, non per i controlli. Infine, per ovviare ai tempi di attesa, le persone che hanno possibilità di reddito, ricorrono all'intramoenia che è diventato il mezzo non solo per garantirsi la continuità assistenziale, con lo stesso specialista, ma anche per superare le liste d'attesa ufficiali. Nel sito dell'ASL si trovano le regole formali, comprese quelle dell'intramoenia ma dai nostri sportelli si rileva un aumento delle disuguaglianze rispetto all'accesso: il problema dell'equità sanitaria continua ad essere considerato un problema secondario. Occorrerebbero interventi per superare i divari di salute nei settori a maggiore rischio: quello degli anziani poveri, degli stranieri e dei disabili.

## **Ticket**

I ticket compaiono alla fine degli anni '80 ; in un contesto di conti pubblici dissestati ci furono i primi decreti ministeriali che sono continuati attraverso le finanziarie fino ad oggi. Si sono così creati gruppi di cittadini **esenti** e **non esenti** alla partecipazione alla spesa sanitaria. Come sindacato abbiamo ribadito, da sempre, la nostra contrarietà ai ticket, in quanto intervento inefficace e iniquo che scarica sui cittadini le inefficienze del sistema sanitario, e ne rivendicano l'abolizione progressiva. L'art. 32 della Costituzione Italiana " *la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e dell'interesse della collettività* " afferma il diritto dei cittadini all'assistenza sanitaria pubblica che si finanzia con la fiscalità generale senza evadere o eludere le tasse.

La Regione Piemonte ha disposto, in aggiunta al ticket, una quota fissa per ricetta modulata in rapporto al valore economico della singola ricetta stessa. si può arrivare complessivamente a **66,15 €** Il **super-ticket** sanitario rappresenta un ostacolo all'accesso alle cure dei cittadini: è iniquo e per molti, una ragione per rinunciare alle cure. Non c'è solo l'aggravio economico. Le disparità regionali aumentano le disuguaglianze tra cittadini, che è una delle principali criticità rilevate dall'Ocse rispetto alla sanità italiana. Paradossalmente poi per alcuni esami è più conveniente rivolgersi al privato, in quanto il costo della prestazione è inferiore a quello del ticket. Anche solo orientarsi tra i costi e le esenzioni non è semplice. Insomma, con questo meccanismo diventa complicato anche sapere quanto costa il ticket. Molte persone rinunciano a curarsi e rimane molta disparità sulle esenzioni per reddito soprattutto per i disoccupati ( che vengono considerati occupati anche con una sola ora di lavoro ) e gli inoccupati esclusi del tutto. Nel solo Biellese sono state recapitate a più di **4000 utenti lettere raccomandate** in cui è richiesto il pagamento di prestazioni sanitarie relative all'anno 2014-15, a fronte di una situazione reddituale di riferimento relativa agli anni 2013-2014 che risultata non veritiera. Le informazioni sono state fornite preventivamente alle OO.SS dei Pensionati, dall'ASL che ha messo a disposizione un operatore, in grado di essere il punto di riferimento per chiarire eventuali problematiche ( riunione del 12 ottobre 2017). Purtroppo le ricette sono

documenti ufficiali che possono essere redatti ed eventualmente modificati solo ed esclusivamente dal medico che li compila e che ne è responsabile, pertanto non è stato possibile, ad oggi, da parte degli operatori intervenire a posteriori sulle ricette in oggetto modificando in alcun modo quanto indicato ed acquisto agli atti. Molte sono state le contestazioni ad es riferite a richieste di prestazioni sanitarie su cui è stata indicata esclusivamente l'esenzione per reddito, e non l'esenzione per patologia o di disoccupati che non sapevano di perdere il diritto anche per qualche ora di lavoro, pur avendo un reddito complessivamente inferiore agli 8 mila Euro. Ci è stato risposto dall' ASL BI che: l'azienda è tenuta a rendere conto della riscossione dei suddetti ticket al MEF attraverso una procedura informatizzata che consente esclusivamente di indicare, per ciascun nominativo fornito dal Ministero, se il ticket è stato pagato oppure no ; l'ASL non può sottrarsi all'obbligo di eseguire il recupero nei termini e nei confronti dei soggetti indicati dal MEF. Gli operatori del Distretto non hanno la possibilità di entrare nel Sistema Anagrafe Tributaria. Non si è riusciti nonostante anche le richieste del Sindacato dei Pensionati di Vercelli, concordate anche in riunioni unitarie, (alcuni comuni del biellese dipendono dall'ASL di V.C) riuscire ad intervenire a livello regionale.

### **L'accreditamento**

L'accreditamento è lo strumento per qualificare tutti i servizi che si rivolgono ai non autosufficienti e disabili, richiede precise garanzie sulla continuità e sulla gestione unitaria dei servizi. La finalità dovrebbe essere quella di assicurare un elevato standard qualitativo dei servizi e delle strutture e regolare i rapporti tra committenti pubblici e soggetti che li erogano. L'atto di accreditamento è rilasciato dal soggetto istituzionale (Comune/Consorzio di Comuni) competente per l'ambito distrettuale. Finora la Giunta regionale ha definito con la deliberazione del 14 settembre 2009 il processo di accreditamento di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali che operano nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, vale a dire i presidi ospitanti soggetti anziani, disabili, minori ed eroganti prestazioni assistenziali e sanitarie in regime di convenzione con il sistema pubblico e che, quindi, in tale contesto vengono remunerate dal Servizio Sanitario Regionale per le prestazioni a rilievo sanitario. **Questo processo però ha trascurato**, nono stante altri richiami normativi a partire da quelli nazionali e del Piano sanitario regionale, **i diritti degli utenti/personone** con la garanzia di uno standard minimo riguardo i progetti personalizzati ( Piano assistenziale individuale e PIC **-Percorsi integrati di cura**).Le raccomandazioni dell'Aress ( Agenzia Regionale per i servizi sanitari) erano state pubblicate nel 2007. In tutti gli accordi con i Comuni nel biellese a partire dal 2015 abbiamo chiesto la loro esigibilità, ma a cominciare dall'Assessore Monferino si va avanti a proroghe. Il primo slittamento dei tempi è quello della deliberazione della Giunta Regionale ,del 23 gennaio 2012, n. 16-3297 " Proroga dei termini per l'applicazione dei "Percorsi Integrati di Cura" e per la definizione di idonei requisiti gestionali e strutturali riferiti ad alcune tipologie di strutture residenziali per disabili". Tra le funzioni di competenza della Regione, la Legge regionale n. 1 del 8 gennaio 2004 annovera *"la definizione dei requisiti di qualità per i servizi, gli interventi e le prestazioni sociali,l'individuazione dei criteri per l'autorizzazione all'accREDITAMENTO dei soggetti erogatori di servizi ed interventi sociali..."* e in materia di accreditamento al punto 6) del dispositivo della D.G.R. n. 25-12129 del 14.9.2009" Requisiti e procedure per l'accREDITAMENTO delle strutture socio sanitarie era previsto che." *l'applicazione dei Percorsi Integrati di Cura (PIC)e Protocolli di attività relativi all'accoglienza in struttura (per l'area anziani) e alla umanizzazione della permanenza nelle residenze avvenisse in maniera graduale e, comunque, non prima del 01.07.2011, al termine di un percorso sperimentale"*.

Con il nuovo Piano e con i Piani attuativi territoriali si è scelta di utilizzare l'espressione di "*percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA)*" e rispetto ai termini utilizzati e ai contenuti, cercheremo unitariamente e con le associazioni, che oggi sono presenti, **di lavorare insieme ottenere la presa in carico attiva e totale -dalla prevenzione alla riabilitazione-della persona che ha un problema di salute.**

### **La presa in carico della persona non autosufficiente e disabile : il problema della valutazione**

Se l'attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficienti deve avvenire attraverso un **piano individualizzato di assistenza** per la gestione del Piano , diventano necessari interventi di valutazione e misurazione del bisogno, multi professionali e multidisciplinare rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità. Non esiste ad oggi una definizione univoca che riconosca anche giuridicamente la non autosufficienza e ogni regione ha il proprio sistema di valutazione. Da anni lo Stato italiano ha recepito la **convenzione ONU sui diritti della disabilità** , lo ha ricordato anche Nerina Dirindin nel seminario unitario del 13 febbraio 2017 sui nuovi LEA, di cui rimangono i principi ma non percorsi di assistenza adeguati. Con la giunta Bresso si era anche concordato di introdurre le scale di valutazione internazionali (**ICF** International Classification of Functioning, Disability and Health) che dovevano valutare le capacità funzionali; L'ICF descrive le **situazioni di vita quotidiana in relazione al loro contesto ambientale** evidenziando l'unicità di ogni persona piuttosto che mettere in risalto la sua salute o la sua disabilità; inoltre fornisce sia un linguaggio unificato e standard, sia un modello concettuale di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati

La classificazione è uno strumento importantissimo dalle molteplici funzioni:

- garantisce uno standard per la descrizione della salute e delle condizioni ad essa correlata. In questo modo la comunicazione tra i vari professionisti diventa univoca e sempre comprensibile;
- permette di produrre una reportistica e di raccogliere dati che possono essere scambiati;
- fornisce una base scientifica per la comprensione della salute intesa come interazione tra individuo e contesto.

Si sono applicate, nelle ASL, per i minori disabili, fino a 18 anni, poi si utilizzano scale diverse. Parte del fondo per la non-autosufficienza nazionale ( fondo sociale) è stato destinato anche a disabili gravissimi, ci sono 21 sistemi regionali diversi per valutare il " carico di cura" e permane, nelle valutazioni il discrimine per la persona disabile che compiuti i 65 anni diventa a tutti gli effetti un anziano. Ovviamente anche nella nostra regione la distinzione viene fatta probabilmente per motivi di risparmio in quanto se disabile ricoverato in struttura la quota è coperta al 70% dalla sanità poi a 65 anni compiuti solo al 50%. Una **valutazione multidimensionale** con l'obiettivo di integrare le diverse professionalità dei settori sociali e sanitari per la gestione del percorso assistenziale : valutazione del bisogno, definizione del Piano assistenziale individualizzato, monitoraggio degli interventi :queste richieste sono tra le nostre priorità.

## **ADI -Assistenza domiciliare integrata**

La delibera regionale sulla riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti , definisce questo servizio “scelta strategica dei Piani Sanitari Regionali e Nazionali, in cui si indica che l’obiettivo da raggiungere è quello di **“almeno il 3%”** della popolazione ultra65enne a livello di zona distretto.

Oggi il numero degli assistiti in ADI in Piemonte è lontano da quell’obiettivo (inferiore al 2%) e dal soddisfacimento della domanda, per cui l’implementazione di questo servizio è una priorità .**La qualità** del servizio è da migliorare. Dobbiamo inserire nella contrattazione parametri di qualità sui quali fare le verifiche come ad esempio: accesso, accompagnamento nella fase della malattia, rapporto tra utenti e personale che garantisca il servizio.

## **Assistenza infermieristica a domicilio**

Il percorso di assistenza è in linea con quanto previsto dalle norme e richiamato anche da una Direttiva regionale: *"Il materiale di medicazione viene garantito ai pazienti in carico ai servizi di cure domiciliari"*

### **I percorsi possono essere due:**

- Se la prescrizione di medicazione viene eseguita dal Medico di Medicina Generale (MMG, Medico di Famiglia) - **in caso di medicazioni semplici** - il paziente, o chi per lui, deve consegnare tale prescrizione presso una delle nove sedi distrettuali. Tutte le richieste consegnate entro le ore 14.00, sono evase nell’arco di due giorni lavorativi. Ciò significa che entro quest’arco temporale un infermiere dei Servizi territoriali dell’ASL BI si reca a casa del paziente per effettuare le medicazioni necessarie su richiesta del medico; in alternativa il paziente può sempre scegliere di recarsi in Ambulatorio.
- Qualora, invece, la prescrizione fosse stata redatta da un Medico Specialista - per **una medicazione complessa** - il paziente deve recarsi presso la Farmacia dell’Ospedale (dal lunedì al giovedì, dalle ore 08.30 alle 12.30 e dalle 13,30 alle 16,30; il venerdì, dalle ore 08.30 alle 12.30) dove gli viene consegnato il materiale necessario per il primo mese. Da quel momento l’utente entra ufficialmente nel percorso di presa in carico da parte dei Servizi territoriali.

## **Il contributo a sostegno della domiciliarità**

Nella rete dei servizi tra le priorità, su cui abbiamo indirizzato la contrattazione, è stata la **domiciliarità**, intesa come risposta al bisogno del soggetto debole, di mantenere il proprio ancoraggio alla famiglia ed all’ambiente in cui è vissuto. Solo la domiciliarità non basta per questo occorre promuovere tale scelta attraverso seri e concreti investimenti nel settore dei servizi territoriali :ampliamento dell’ADI, sviluppo dei Centri diurni, aumento degli Ospedali di Comunità, crescita del numero dei posti di sollievo nelle RSA.

Le delibere 39 e 56 del 2009 prevedevano il contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lunga assistenza di anziani non autosufficienti la prima e per i disabili la seconda. Sappiamo che queste delibere sono in discussione dopo la sentenza del Consiglio di Stato. Non vorremmo però perdere quello che si era conquistato come sindacato dei pensionati e **togliere alle famiglie il riconoscimento degli assegni di cura** ,come stabilito nel modello piemontese con erogazioni da 200 a 1800 euro al mese e buoni di servizio per l’acquisto di servizi accreditati. Le delibere prevedevano anche il

riconoscimento del lavoro di cura prestato dai familiari e/o conviventi ( care-giver), da volontari riconosciuti, attraverso lo strumento dell'affidamento (700 euro mensili), nonché da assistenti familiari( impropriamente definite badanti)in regola con i contratti di lavoro. Ribadiamo però che la permanenza nel proprio domicilio, per l'anziano non autosufficiente o il disabile, deve rappresentare una scelta e non un obbligo delle famiglie causato dai costi elevati dei servizi residenziali e/o dalla lunghezza delle liste d'attesa per l'accesso in RSA.

La stessa delibera 45 prevedeva la valutazione periodica per capire se le prestazioni fossero adeguate al perdurare delle condizioni di bisogno e per l'appropriatezza delle prestazioni. Il sindacato pensionati non ha mai ritenuto che le prestazioni residenziali dovessero essere interpretate come soluzioni definitive, ma si è sempre attivato per introdurre percorsi di flessibilità per la cura a partire dalle RA ( residenze assistenziali con anziani ancora parzialmente autonomi) RAF ( residenze assistenziali flessibili) RSA ( per anziani gravemente non auto).

## RESIDENZIALITA'

Le delibere da considerare per la residenzialità rivolta ad anziani non autosufficienti sono tre e non si possono disgiungere :

- La DGR n. **45-4248** del 2012 che individua i requisiti strutturali e gestionali delle RSA per l'autorizzazione al funzionamento;
- la DGR n. **14-5999/2013** che riorganizza il sistema di valutazione multidimensionale e l'organizzazione delle liste di attesa
- la DGR **85-8287/2013** che determina il Piano tariffario biennale prorogato fino ad ottobre del 2017,

La popolazione over 65 anni è di **50.140** unità e rappresenta il 28,1%

L'Asl di Biella ha **43** RSA con **1.667 posti letto accreditati** di RSA e NAT che sono calcolati in giornate, e 100 posti di centri diurni (2016) . **Su 1.667** posti letto accreditati l'ASL di Biella **ne convenziona circa un terzo : 557** al 31 dicembre 2017. In regione su 27.202 p.l. accreditati i posti letto convenzionati sono 14.776 pari al 54,3%. Convenzionati significa che il 50% del costo sanitario è coperto dalla ASL. Per differenza quindi vuol dire che per rimanenti posti accreditati, ma non convenzionati (quindi più di mille nel biellese) gli utenti pagano la retta intera. Gli obiettivi previsti dalla D.G.R 16/2013 per l'ASL di Biella sarebbero stati 610 posti letto per il 2012. Negli ultimi tre anni le quote sono passate a 537 nel 2016, 574 nel 2017 e attualmente nel 2018 si è arrivati a quota 572, grazie anche a risparmi, che ammontano a circa 500 mila euro. Si sono ricavati grazie al potenziamento del servizio di assistenza sul territorio con una gestione più diretta. Infatti il materiale di medicazione, utilizzato per la cura delle ferite croniche, non deve più essere ritirato dai pazienti in farmacia, ma viene consegnato direttamente in casa. Così come indicato nel Piano di Assistenza Territoriale, **i risparmi** derivanti da una maggiore appropriatezza prescrittiva, **sono stati reinvestiti sul territorio nell'area della non autosufficienza**. Nel medesimo fondo sono stati inseriti anche i risparmi dei farmaci equivalenti.

La media regionale è di **1,7** posti letto convenzionati per anziani over 65 anni. **Biella arriva a una media di 1,14** posti ed insieme ad **Asti (1,09)** sono tra le più basse del Piemonte. La più alta è l'area metropolitana di Torino con 1,54 posti letto accreditati. Urgente riorientare la residenzialità del biellese verso gli indici regionali. Rispetto alle liste

di attesa alleghiamo i dati che ci sono stati forniti dall'ASI nell'incontro del 22 febbraio 2018. Gli urgenti sono stati tutti inseriti ma occorre definire cosa si intende per urgenza e differibile. La delibera 45 ha rivisto la classificazione della gravità e prevede 6 livelli di intensità delle prestazioni, più i NAT ( Nuclei Alzheimer temporanei) sui quali è anche regolata la remunerazione della quota sanitaria. I LEA però mantengono una classificazione su tre fasce:alta, media e bassa intensità prevedendo la misurazione del coefficiente di carico di cura(non applicato in Piemonte). Nelle RSA, con questo sistema di punteggio,entrano solo i gravissimi( punteggio tutti di 19) quindi con un carico assistenziale che non dovrebbe più nemmeno essere così sbilanciato sul sociale.Infatti sono sempre più numerosi gli ospiti che presentano patologie gravemente invalidanti tali da dover essere messi a totale carico del servizio sanitario , ma che sono costretti invece a partecipare al pagamento delle rette al pari degli altri ospiti. Rimane una questione che si dovrà affrontare a livello regionale.

C'è da far rilevare che **per le persone non autosufficienti** i tempi per l'assegnazione della quota sanitaria sono molto lunghi ed erodono i risparmi degli anziani ricoverati in posti letto privati, anche delle famiglie che li hanno in carico a domicilio. Molti anziani hanno dovuto vendere il loro patrimonio immobiliare.

### **Zona grigia Alzheimer e demenze senili.**

La situazione dei malati cronici non autosufficienti colpiti dal morbo di Alzheimer e di ammalati psichiatrici gravi e con limitata autonomia è prevalentemente “ scaricata alle famiglie e alle relative associazioni. Franco Ferlisi ci illustrerà in dettaglio le problematiche. Le famiglie colpite da Alzheimer rappresentano una realtà in continua crescita . Le famiglie , in generale, sono chiamate a rispondere a numerose sfide legali, etiche, che questa forma di demenza, tra le più comuni tra gli anziani, impone. Il “ peso di carico di cura “ risulta enorme per le famiglie e per le assistenti familiari. Il coinvolgimento nella cura è totale, con forti ripercussioni psicologiche ed economiche perché l'assistenza è a ciclo continuo nelle 24 ore, con un quadro clinico destinato a peggiorare nel tempo.

Il tema della “**compartecipazione**” diventa una questione fondamentale che attraversa tutta la politica degli interventi, nell'ambito di un quadro normativo ambiguo e incerto. Rimangono molte incongruenze nell'applicazione dell'ISEE soprattutto quando gli interventi possono assumere come destinatario il singolo individuo e la sua personale situazione economica o il contesto familiare con riferimento il parametro famiglia.

**L'ISEE** è diventato un criterio che seleziona l'accesso alle cure e molti anziani non sanno più dove sbattere la testa.

Sulla scala di equivalenza si sono fatte varie ipotesi ma ad essa non può attribuirsi il compito di risolvere situazioni particolari, che debbono essere affrontate con politiche specifiche nel campo dei servizi e delle prestazioni monetarie. Le famiglie con un disabile, un malato cronico e non autosufficiente soffrono di problemi gravissimi che le istituzioni debbono concorrere a risolvere con interventi appropriati. Il reddito non può essere un criterio di accesso alle prestazioni sanitarie e non può determinare il punteggio per l'inserimento nelle graduatorie ( come invece è stabilito nelle D.G.R. 16 maggio 2016, n.34 RSA Aperte). **Il chiarimento che l'ISEE non incide sul diritto alla prestazione** era stato definito in una nota inviata, dalla direzione coesione sociale e firmata dall'assessore Augusto Ferrari, a tutti gli Enti Gestori in data 18 marzo 2015.

### **Centri Diurni.**

Questo servizio ha importanza rilevante nella realizzazione della domiciliarità. Occorre colmare il divario fra offerta e domanda, in particolare per i Centri diurni per Alzheimer.

### **Assistenti familiari**

Nel caso in cui un anziano, una persona disabile o malata, o la sua famiglia intendano assumere un assistente familiare, è stato istituito l'Albo degli Assistenti Familiari, gestito sul territorio per l' I.R. I.S dal "*Filo d'Arianna*" e sul territorio del CISSABO dallo Sportello Unico del distretto 2 per la parte dell'accoglienza delle richieste delle famiglie e da *Acli Biella* per l'iscrizione dei lavoratori. Le convenzioni sono ferme dal 2009 e l'abbinamento assistente familiare/anziano, non viene quindi fatto dal collocamento pubblico, ma da privato sociale. Con la crisi è aumentata la precarizzazione del mercato del lavoro e con una modalità di assistenza in cui un soggetto debole è assistito da un altro soggetto socialmente debole. Occorre superare il lavoro sommerso ed irregolare, fortemente presente nel settore, e promuovere un serio processo formativo in grado di qualificare l'insieme degli assistenti familiari ed inserirli nella rete dei servizi attraverso l'accreditamento e la creazione di un Albo regionale articolato nei territori. Dobbiamo impegnarci come a definire il percorso dei diritti come previsto nei LEA regionali, in particolare nella D.G.R. n. 39 e 56 **con strategie di contrattazione integrate**.

### **Dimissioni difficili**

Sono una specificità della continuità assistenziale ospedale- territorio.

Ci sono casi per i quali interventi di ADI possono non essere sufficienti, in particolare se non c'è una famiglia. Diventa allora necessario disporre della possibilità di ricoveri a bassa intensità assistenziale per il recupero delle funzioni e/o creare le condizioni per il ritorno al proprio domicilio sostenuto da protocolli socio/assistenziali definiti in stretto rapporto con le strutture socio/sanitarie territoriali.

**VIGILANZA** Il sindacato Confederale con il sindacato Pensionati aveva concordato gli indirizzi relativi all'attività di vigilanza e all'attività di controllo del rispetto delle convenzioni nelle strutture per anziani riportate nella circolare della Presidente della Giunta Regionale nell'aprile del 2007.

Vista la difformità territoriale dell'applicazione ci faremo come sindacato pensionati parte attiva , con le associazioni dei malati cronici, per concertare con i territori azioni di valutazione rispetto alle tutele evitando il più possibile l'autoreferenzialità delle strutture, ma che stimolino effettivamente la partecipazione degli utenti e dei loro familiari .

Ai sensi della DGR 18 ogni struttura si è dotata di un regolamento con indicati gli specifici requisiti. Nelle carte dei servizi, che dovrebbero essere state adottate , anche per le strutture non in regime di convenzione, dovevano essere specificati : l'orario settimanale dell'effettiva presenza medica, infermieristica, riabilitativa e di assistenza tutelare della persona ecc.; il rispetto del Decalogo degli ospiti il " Contratto di Ospitalità " nel quale devono essere esplicitate le prestazioni comprese nei Lea.

### **Conclusioni**

Questo direttivo unitario dei Pensionati si impegnerà, insieme alle associazioni dei malati cronici oggi presenti con noi, a lavorare, per la costruzione di una effettiva rete integrata, che permetta, di organizzare modelli standard e volumi di distribuzione dei servizi , in ambito socio sanitario, capaci di superare gli squilibri esistenti .Risulta difficile capire come si possano potenziare i servizi territoriali se non si predefiniscono obiettivi, standard



organizzativi, risorse e valutazioni della relativa efficacia. Si concorderanno progetti comuni per rafforzare forme di controllo a garanzia della qualità del lavoro e del benessere degli utenti inseriti nelle strutture per anziani e disabili. La **carta dei servizi** costituisce requisito necessario per l'accreditamento dei soggetti gestori di prestazioni sociali. Le leggi ci sono e non si possono comprimere ulteriormente i diritti sociali, gli utenti/persona devono avere la garanzia di uno standard minimo per i progetti personalizzati ( Piano assistenziale individuale e PIC -Percorsi integrati di cura), per mettere in "**sicurezza**" la soglia minima di cura da tutelare.

Ovviamente il nostro impegno territoriale non basta per risolvere tutti i problemi legati alla non autosufficienza in quanto, sempre di più aumentano casi non infrequenti di superamento della soglia di povertà o di gravi disagi economici , in un quadro di riduzione dei redditi da lavoro o da pensione rispetto al costo della vita. La sola contrattazione con i Comuni, per quanto importante e indispensabile non è più sufficiente e il confronto con i Consorzi e i Distretti ha evidenziato i limiti delle azioni sinora attivate a sostegno della non autosufficienza, che purtroppo si è continuata ad affrontare come "ordinaria" situazione . In realtà siamo all'emergenza e serve una svolta radicale. Per questo abbiamo voluto ai nostri lavori **Rosina Partelli**- Segretaria Generale dell'FNP-Cisl -Piemonte e **Raffaele Atti** della Segreteria Nazionale dello SPI-Cgil per costruire e rivendicare piattaforme che devono necessariamente comprendere il livello regionale e nazionale. Siamo però profondamente convinti che si debba partire dai territori a partire dall'analisi dei bisogni con le fasi di monitoraggio e di valutazione/verifica. Si tratta di valorizzare e praticare questa disponibilità politica anche trovando forme più efficaci di relazioni concertative, che sembrano mancare in questa fase.

Il Sindacato unitario dei pensionati è in grado di fornire attraverso le leghe, importanti risposte in tema di diritti di cittadinanza sia in termini di informazione che in termini di tutela e può assumere un ruolo importante nella rappresentanza dei bisogni complessi di cui sono portatori soggetti in particolari situazioni di fragilità, quali anziani non autosufficienti, cronici, spesso in situazioni di povertà culturale, materiale e familiare.

Il **problema della "rappresentanza dei deboli"** non segnala solo un ritardo o un'insufficiente estensione dei diritti di cittadinanza all'intera popolazione; esso non può essere considerato un problema marginale che, con l'andare del tempo sarà inevitabilmente risolto da una crescente razionalizzazione nell'impiego delle risorse; si tratta di un problema di tutti in quanto segnala carenze nel funzionamento del welfare in condizioni date (quelle della crisi attuale) che solo con l'autoattivazione degli interessati può essere risolto.

*Biella 28 Febbraio 2018*