



A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*



I.R.I.S.

*Consorzio Intercomunale Servizi Socio Assistenziali
Biella*

CONSORZIO
INTERCOMUNALE
SERVIZI SOCIO
ASSISTENZIALI



PIANO DELLA RESIDENZIALITÀ

DEL TERRITORIO BIELLESE

**nell'ambito di un inquadramento strategico generale dei
servizi e degli interventi rivolti alla popolazione anziana
non autosufficiente**

Sommario	2
Elenco Allegati	3
Presentazione	4
Gli Obiettivi del Piano della Residenzialità	5
La Struttura del Piano	6
I dati che compongono il Piano	8
La domanda ed il bisogno nel territorio Biellese	9
Dati sulla popolazione anziana del territorio dell'ASL BI.....	9
Descrizione dell'offerta: contesto regionale e locale	16
L'ASL 12 e i Consorzi Intercomunali	16
I servizi domiciliari	16
I servizi residenziali a medio - lungo termine	17
Confronto tra Anziani inseriti in Struttura e Posti disponibili per ogni area	23
Liste d'attesa	26
Elementi di confronto nazionale e regionale	28
Utilizzo dei servizi domiciliari (sanitari, socio assistenziali ed integrati) e dei servizi residenziali a confronto.....	30
Altri interventi a supporto della domiciliarità	35
l'integrazione sociosanitaria	36
Integrazione istituzionale	36
Integrazione gestionale e professionale (presa in carico integrata).....	37
Dati economici	38
Anziani inseriti in struttura e Spesa sanitaria per i servizi residenziali.....	38
I nodi problematici del sistema residenziale	40
Le proposte	44
Indicazioni relative al sistema della residenzialità.....	44
La strategia di stabilizzazione/contenimento dell'offerta esistente	45
La strategia di riconversione dell'offerta esistente	45
La strategia di sviluppo e miglioramento degli strumenti di governo	47
Durata.....	49
Attesa	49
Decisione.....	49
Provenienza.....	49
Spesa	49
La strategia di riconversione delle risorse	51
L'articolazione per aree: i contenuti	55
Note sulla redazione del documento	57

- Distretto 1 – Area 1: Comuni di Andorno Micca, Campiglia Cervo, Miagliano, Piedicavallo, Pralungo, Quittengo, Ronco Biellese, Rosazza, Sagliano Micca, San Paolo Cervo, Tavigliano, Ternengo, Tollegno, Zumaglia
- Distretto 1 – Area 2: Comune di Biella
- Distretto 1 – Area 3: Comuni di Camburzano, Donato, Graglia, Magnano, Mongrando, Muzzano, Netro, Occhieppo Inferiore, Occhieppo Superiore, Pollone, Sala Biellese, Sordevolo, Torrazzo, Zubiena
- Distretto 1 – Area 4: Comuni di Benna, Borriana, Candelo, Cavaglià, Cerrione, Dorzano, Gaglianico, Massazza, Ponderano, Roppolo, Salussola, Sandigliano, Verrone, Villanova Biellese, Viverone, Zimone
- Distretto 2 – Area 1: Comuni di Callabiana, Camandona, Mosso, Soprana, Trivero, Vallanzengo, Valle San Nicolao, Vallemosso, Veglio
- Distretto 2 – Area 2: Comuni di Brusnengo, Casapinta, Castelletto Cervo, Crosa, Curino, Lessona, Masserano, Mezzana Mortigliengo, Strona, Villa Del Bosco
- Distretto 2 – Area 3: Comuni di Cossato, Mottalciata, Quaregna
- Distretto 2 – Area 4: Comuni di Bioglio, Cerreto Castello, Pettinengo, Piatto, Selve Marcone, Valdengo, Vigliano Biellese

Nel mese di novembre 2006, in seguito agli Accordi di Programma sottoscritti nell'ambito dei Piani di Zona Biellesi, sono stati avviati periodici momenti di confronto tra la Direzione Generale dell'ASL BI ed i Consorzi IRIS e CISSABO, in quel periodo rispettivamente presieduti da Vittorio Caprio e da Mariangela Franzoni.

Nel corso di tali incontri sono state meglio evidenziate le potenzialità e le criticità del sistema Biellese di assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti. E' chiaramente emersa la necessità di fare luce in un settore così complesso, soprattutto per poter offrire ai Sindaci Biellesi uno strumento di analisi che li assistesse nelle scelte di politica socio-sanitaria del loro territorio, in particolare quando ci si interroga sull'opportunità o meno di investire nella realizzazione di nuove strutture residenziali o nella riconversione delle medesime, evitando i possibili rischi derivanti dalla realizzazione di strutture in eccesso o in difetto rispetto ai reali bisogni della popolazione residente.

A partire dal marzo 2007, al tavolo di concertazione ha partecipato la Città di Biella e sono stati avviati periodici momenti di confronto con le Organizzazioni Sindacali CGIL CISL e UIL e con i Coordinamenti locali delle Strutture per Anziani (CCRB e GRAB).

I consorzi IRIS e CISSABO hanno quindi richiesto alle rispettive Assemblee Consortili, la delega per redigere una prima definizione della struttura del presente Piano (deliberazione n° 10 adottata dall'Assemblea del Consorzio IRIS il 26-07-2007 e deliberazione n° 6 adottata dall'Assemblea del CISSABO il 26-07-2007). Successivamente ASL e Consorzi hanno costituito un gruppo di professionisti incaricati dello svolgimento dello studio e ne hanno finanziato la realizzazione

Ben presto è diventato evidente quanto fosse necessario, per un'analisi più realistica della situazione esistente e delle prospettive di intervento, estendere lo studio verso un inquadramento strategico generale dei servizi e degli interventi rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente. Tale decisione lo ha reso indubbiamente più completo ma anche più impegnativo, richiedendo tempi di realizzazione maggiori di quelli previsti.

Nel frattempo, dopo gli avvicendamenti conseguenti alle elezioni amministrative del 2009, i nuovi Presidenti dei Consorzi hanno condiviso e sostenuto le scelte precedentemente assunte, assicurando continuità all'iniziativa.

Recentemente il lavoro è stato completato ed è stato condiviso nel tavolo di concertazione sopra citato. Esso contiene sostanzialmente due parti:

- 1) Un'analisi della situazione della popolazione anziana non autosufficiente, della rete dei servizi ad essa dedicati e delle principali potenzialità e criticità del sistema.
- 2) Una serie di indicazioni e proposte operative finalizzate a meglio orientare nel futuro le scelte strategiche in tale settore, da parte dei diversi decisori politici e istituzionali del territorio.

Ci auguriamo che il documento possa essere di interesse per i lettori e possa assolvere una funzione di indirizzo e di stimolo nel dibattito, sempre aperto, sulle soluzioni più idonee a garantire un'assistenza adeguata alla nostra popolazione anziana non autosufficiente.

Buona lettura.

Biella, 14 Maggio 2010

Pier Oreste Brusori
Direttore Generale ASL BI

Isabella Scaramuzzi
Presidente Consorzio IRIS

Roberto Tomat
Presidente CISSABO

Il presente Piano della Residenzialità vuole però essere una base da cui partire, iniziando a raccogliere e a sistematizzare quelle informazioni e quei dati necessari a meglio comprendere, e quindi ad affrontare, le problematiche che presenta il sistema delle strutture residenziali del biellese.

Gli interlocutori a cui si rivolge il Piano sono non solo gli operatori che hanno lavorato per gli enti sottoscrittori degli accordi e che hanno dato il via alla redazione del Piano stesso¹, ma anche e soprattutto i decisori politici e gli uffici tecnici degli enti locali del territorio biellese e gli altri possibili stake-holder, in modo da poter arrivare nel tempo ad un governo efficace ed efficiente dei servizi residenziali per gli anziani non autosufficienti.

L'obiettivo principale del Piano è quindi, in questa sua prima stesura, quello di fornire dei dati e delle considerazioni atte a definire con maggiore approssimazione possibile la reale necessità di strutture per anziani e di posti letto per le diverse intensità assistenziali.

Oltre al suo obiettivo principale, la stesura del Piano ha raggiunto un ulteriore risultato. La redazione del medesimo è stata anche l'occasione per riflettere sulla possibilità di definire canali di comunicazione dei dati tra ASL BI e Enti gestori dei servizi socio assistenziali, per la sperimentazione di una metodologia comune o almeno confrontabile di raccolta di tali dati, e per l'inizio di nuove collaborazioni, per esempio con la Provincia di Biella, Sistema Informativo Territoriale Ambientale (SITA), che ha curato la realizzazione delle mappe presenti nel Piano e le considerazioni sull'accessibilità territoriale alle strutture residenziali. Proprio grazie al contatto avvenuto per la stesura del Piano, si è deciso di avviare una collaborazione duratura e uno scambio di dati ed analisi tra il SITA, l'ASL BI e i Consorzi.

¹ Vedi nota 1, pag. 3.

Se l'obiettivo principale del Piano è la definizione della necessità di strutture per anziani e di posti letto per le diverse intensità assistenziali, tale risultato può essere raggiunto solo attraverso un inquadramento generale della tematica della popolazione anziana non autosufficiente nel biellese e del sistema dei servizi a questa rivolti ed un'analisi di dettaglio dell'offerta residenziale su aree territoriali definite.

Il Piano pertanto presenterà una descrizione delle caratteristiche demografiche e del bisogno della popolazione anziana e del sistema dei servizi ed interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali. Verranno forniti elementi di analisi economica e dei livelli di integrazione sociosanitaria. Infine verranno evidenziate le criticità che il sistema esprime e le proposte operative per farvi fronte. In allegato viene riportata l'analisi di dettaglio secondo un'**articolazione in 8 parti**, ognuna dedicata ad una sub-area distrettuale, così come definite dall'ASL BI e sovrapponibili a quelle dei Consorzi.

Tabella 1 – L'articolazione del piano per aree geografiche

DISTRETTO	AREA	Comuni appartenenti all'Area
1	1	ANDORNO MICCA, CAMPIGLIA CERVO, MIAGLIANO, PIEDICAVALLI, PRALUNGO, QUITTENGO, RONCO BIELLESE, ROSAZZA, SAGLIANO MICCA, SAN PAOLO CERVO, TAVIGLIANO, TERNENGO, TOLLEGGNO, ZUMAGLIA
	2	BIELLA
	3	CAMBURZANO, DONATO, GRAGLIA, MAGNANO, MONGRANDO, MUZZANO, NETRO, OCCHIEPPO INFERIORE, OCCHIEPPO SUPERIORE, POLLONE, SALA BIELLESE, SORDEVOLO, TORRAZZO, ZUBIENA
	4	BENNA, BORRIANA, CANDELO, CAVAGLIÀ, CERRIONE, DORZANO, GAGLIANICO, MASSAZZA, PONDERANO, ROPPOLO, SALUSSOLA, SANDIGLIANO, VERRONE, VILLANOVA BIELLESE, VIVERONE ² , ZIMONE
2	1	CALLABIANA, CAMANDONA, MOSSO, SOPRANA, TRIVERO, VALLANZENGO, VALLE SAN NICOLAO, VALLEMOSSO, VEGLIO
	2	BRUSNENGO, CASAPINTA, CASTELLETTO CERVO, CROSA, CURINO, LESSONA, MASSERANO, MEZZANA, STRONA, VILLA DEL BOSCO
	3	COSSATO, MOTTALCIATA, QUAREGNA
	4	BIOGLIO, CERRETO CASTELLO, PETTINENGO, PIATTO, SELVE MARCONE, VALDENGO, VIGLIANO

La scelta di sviluppare 8 documenti similmente strutturati per le 8 Aree che lo compongono, è stata fatta anche perché sono i singoli Comuni ad avere titolarità istituzionale sia per la costruzione di nuove strutture, sia per la gestione dei servizi socio assistenziali.

² Il comune di Viverone è servito dall'ASLBI per quanto attiene i servizi sanitari, e dal Consorzio CISAS di Santhià per la parte socio-assistenziale

Articolare il livello di analisi sui territori comunali aggregati in 8 aree omogenee è sembrata la modalità più congrua, in quanto tale soluzione permette al lettore di disporre dei dati per ogni singolo Comune e di raffrontare con facilità tali dati alla media dell'area, del distretto di riferimento e/o dell'intero territorio ASL BI.

Si è inoltre deciso di far precedere ognuno degli 8 documenti da una **SINTESI** che, oltre ad illustrare brevemente la situazione della popolazione anziana dell'Area, mettesse subito in evidenza:

- *Punti di forza*
- *Punti di debolezza*
- *Possibili interventi correttivi*

riguardanti l'offerta e l'utilizzo dei servizi residenziali di ogni area, in modo da fornire al lettore che non volesse inoltrarsi nella lettura di dettaglio di dati ed indicatori, un'idea complessiva della situazione dell'Area.

Per una visione di indicatori e dati riguardanti il territorio biellese nel suo insieme si rimanda il lettore alla parte del Piano intitolata "Una visione panoramica" che attraverso brevi testi, tabelle, grafici e soprattutto mappe³ offre la possibilità di individuare facilmente le Aree in cui sono presenti criticità.

³ Tali mappe sono state realizzate dal Sistema Informativo Territoriale Ambientale (SITA) della Provincia di Biella che ha utilizzato i dati e gli indicatori elaborati dagli autori del Piano.

I dati che hanno permesso la redazione del Piano della Residenzialità sono stati forniti da fonti diverse:

- L'**ASL BI**, per i dati relativi alla popolazione residente; ai posti e alle tipologie assistenziali delle strutture residenziali e/o semiresidenziali del territorio, sia riguardanti i posti autorizzati, che i posti iscritti all'Albo fornitori ASL BI; per i dati relativi agli anziani inseriti in struttura e in lista d'attesa; per i dati relativi agli accessi ai servizi domiciliari di tipo sanitario ed integrato.
- I **ConSORZI IRIS e CISSABO**, per i dati relativi all'utilizzo dei servizi domiciliari socio assistenziali e integrati e per i dati relativi alle strutture residenziali del territorio in fase di ampliamento o costruzione.
- I **Servizi Sociali del Comune di Biella**, per i dati relativi all'utilizzo dei servizi domiciliari socio assistenziali ed integrati.
- Il **Sistema Informativo Territoriale Ambientale (S.I.T.A.) della Provincia di Biella**, per la realizzazione delle mappe e per l'analisi dell'accessibilità alle strutture residenziali del territorio.

I dati, gli indicatori, le tabelle e i grafici presenti sul Piano si riferiscono generalmente al:

- 31/12/2007 - Popolazione residente citata nel presente capitolo
- 31/12/2008 – Popolazione residente utilizzata negli 8 allegati
- 31/12/2007 – Dati sui servizi residenziali e domiciliari in tutto il Piano
- Giugno 2008 – N°e tipo di posti letto delle strutture residenziali - nel primo capitolo.
- 1° gennaio 2009 – N°e tipo di posti delle strutture residenziali - negli 8 allegati territoriali.

Alcune parti del primo capitolo, di volta in volta specificate, riportano dati aggiornati al 31-12-2009.

La domanda ed il bisogno nel territorio Biellese

Questa sezione del Piano è composta principalmente da tabelle, grafici e mappe, in modo da permettere al lettore una facile e veloce acquisizione dei dati e delle informazioni generali relativi alla situazione degli anziani non autosufficienti e delle strutture ad essi rivolte nel territorio biellese. Per dati più dettagliati e per considerazioni più puntuali si rimanda alla lettura dei documenti relativi alle 8 Aree con cui il territorio dell'ASL BI è stato suddiviso al fine del presente Piano della Residenza.

Dati sulla popolazione anziana del territorio dell'ASL BI

Tabella 2 - Tabella riassuntiva la situazione della popolazione anziana del territorio dell'ASL Biella

Popolazione al 31/12/2007	Totale Abitanti		>=65			>=75		
	N°	Tasso annuale di crescita medio 2005-2007	N°	%	Tasso annuale di crescita medio 2005/2007	N°	%	Tasso annuale di crescita medio 2005/2007
ASL	178.248	0,01%	44.386	24,9	0,78%	21.933	12,3	3,40%
DISTRETTO 1	118.888	0,12%	29.552	24,9	0,63%	14.572	12,3	3,90%
DISTRETTO 2	59.360	-0,20%	14.834	25,0	1,08%	7.361	12,4	2,45%

La tabella evidenzia come negli ultimi due anni gli anziani con 65 o più anni siano cresciuti maggiormente (+0,78%) rispetto al totale della popolazione (che si mantiene praticamente stabile con un +0,01%) in tutti e due i Distretti del territorio ASLBI e, soprattutto nel Distretto 2 (+1,08%). Se ci si concentra sugli anziani ultrasessantacinquenni si nota, invece, che oltre ad essere cresciuti in percentuale molto di più degli anziani ultrasessantenni (in media + 3,40%), è il Distretto 1 a presentare un tasso di crescita molto più alto per questa fascia di età (+3,90%) rispetto a quello del Distretto 2 (+2,45%).

Tabella 3 – Situazione ultrasessantacinquenni Asl Biella e raffronto con dato regionale e nazionale

	Indice di vecchiaia (popolazione >=65 / popolazione 0-14 * 100)	Indice di dipendenza strutturale degli anziani (popolazione >=65 / popolazione 14-64 * 100)	% Anziani conosciuti dai servizi socio sanitari
ASL	207,8	39,5	9,76
DISTRETTO 1	205,9	39,4	8,54
DISTRETTO 2	211,7	39,5	12,17
Piemonte al 01/01/2007*	178,0	35,0	
Italia al 01/01/2007*	141,7	30,2	

*(Elaborazione da dati ISTAT)

La Tabella mostra come in generale il territorio biellese sia caratterizzato da un indice di vecchiaia (39,5) e da un indice di dipendenza strutturale degli anziani (207,8) molto più alti della media regionale e nazionale.

L'*indice di vecchiaia* è il rapporto tra popolazione anziana (con 65 o più anni) e popolazione giovane (da 0 a 14 anni) moltiplicato per 100, e fornisce una misura del ricambio generazionale: più l'indice è alto, più tale ricambio non è presente e la popolazione totale tende a divenire sempre più anziana.

L'*indice di dipendenza strutturale degli anziani* è un indicatore demografico rappresentato dal rapporto tra la popolazione con 65 e più anni e la popolazione in età attiva (15 - 64 anni), moltiplicato per 100. Un indice di dipendenza strutturale alto è sinonimo di un numero elevato di anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi.

L'ultima colonna della tabella mostra *la percentuale di anziani che sono seguiti dai servizi socio sanitari* (sia di tipo residenziale che domiciliare). Come si può notare è il Distretto 2 a presentare una percentuale di anziani seguiti dai servizi maggiore rispetto al Distretto 1. E' però da evidenziare il fatto che gli anziani in carico del Distretto 2 usufruiscono in misura molto maggiore di quelli del Distretto 1 dei servizi domiciliari piuttosto che residenziali.

Nella tabella successiva si riporta una simulazione del numero di anziani con ridotti livelli di autonomia che si stima essere presenti nel territorio dell'Asl.

Tabella 4 - Stima dei soggetti anziani con vario grado di disabilità nell'ASL di Biella 2008

Popolazione anziana (>65 anni) al 31.12.2007		43.936
Grado di disabilità	Numero anziani dipendenti	% su popolazione anziana
dipendenza in 3 IADL	4.481	10,2%
dipendenza in una ADL	3.032	6,9%
dipendenza in due ADL	439	1,0%
dipendenza in tre ADL	835	1,9%
Totale persone anziane dipendenti	8.787	20,0%

Fonte: elaborazione su dati contenuti in : "Dalla epidemiologia alle decisioni: un modello di studio per la programmazione dei servizi per gli anziani" di E. Buiatti e altri, 2001.

Si stima siano il 20% del totale, ovvero quasi 8.800 (dato 2007, in aumento), gli anziani che presentano una situazione di ridotta autonomia. Di questi, una parte viene assistita nelle strutture residenziali. Dai dati analizzati, è desumibile come gli anziani presenti in RAF (Residenze Assistenziali Flessibili) e RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) siano circa 1.500 e, di questi, circa la metà beneficino del finanziamento della spesa per la retta attraverso il contributo dell'Asl (quota sanitaria). Circa 700 anziani sono ospitati nelle strutture RA (Residenze Assistenziali) e RAA (Residenze Assistenziali Alberghiere): essi dovrebbero presentare una condizione di autosufficienza, ma non è possibile stabilire se per alcuni di essi si sia verificato un cambiamento di stato.

Sono pochi i dati relativi al profilo delle persone inserite nelle strutture di assistenza, anche tenendo conto del periodico cambiamento degli indicatori di stato di bisogno dell'utente. Non vengono effettuate, infatti, revisioni programmate delle caratteristiche dell'utenza: pertanto, una persona che ha avuto accesso ad una struttura con determinate componenti di servizio poiché presentava un profilo di bisogno di un certo tipo, potrebbe vedere quest'ultimo mutare senza che tale cambiamento si tramuti in una nuova destinazione di residenzialità.

Alcuni anziani sono in attesa della realizzazione di un progetto di sostegno, per quanto concerne l'impiego di una quota sanitaria, ma circa metà di essi (657 su 1300 circa) sono già inseriti in strutture di diverso genere.

Per quanto concerne i servizi domiciliari sanitari, socio assistenziali ed integrati, ne usufruiscono circa 2.600 anziani. E' probabile che parte di essi sia rappresentata da anziani non autosufficienti in attesa del progetto di cui sopra.

Il Consorzio CISSABO (dato 2008) sostiene complessivamente circa 833 utenti ultrasessantacinquenni, in relazione ai diversi servizi erogati, come riassunto nella seguente tabella:

Tabella 5 – Servizi erogati e numero utenti assistiti dal Consorzio Cissabo (anno 2008)

SERVIZIO EROGATO	numero assistiti
Servizio Sociale Professionale	833 (oltre 65 anni)
SAD	268 (anziani auto e non auto.)
ADI	64
Progetto Insieme a casa	70
Assegni di cura	96
Letti di sollievo	2
Telesoccorso	125
Assistenza economica	12 nuclei di persone anziane

Per quanto concerne il territorio del Consorzio IRIS (dato 2008) sono seguite 1.263 persone con un'erogazione di servizi che si può desumere dalla tabella successiva:

Tabella 6– Servizi erogati e numero utenti assistiti dal Consorzio Iris (anno 2008)

SERVIZIO EROGATO	numero assistiti
Servizio Sociale Professionale	1.263
SAD	661
ADI	71
Assegni di cura	113
Telesoccorso	69
Assistenza economica	75

Il Comune di Biella (IRIS) eroga inoltre altri servizi aggiuntivi, di seguito schematizzati:

Tabella 7 – Servizi erogati e numero utenti assistiti con ulteriori servizi dal Comune di Biella (anno 2008)

SERVIZIO EROGATO (Biella)	numero assistiti
Letti di sollievo	13
Casa di Giorno (Centro Diurno Integrato)	35
Cure Domiciliari in Lungo Assistenza (ambiente e quotidianità)	29

In conclusione, dai dati riportati, è possibile rilevare che esiste una percentuale di anziani con ridotti livelli di autonomia (potrebbero essere circa 3.000) sconosciuti dal sistema di cure territoriali per le quali è ragionevole supporre un importante impegno delle reti di cura informale, delle lavoratrici straniere della cura e del privato di mercato.

La mancanza di informazioni relative all'utenza, o perlomeno la scarsità di condivisione sistemica delle stesse, rappresenta una criticità emersa più volte durante lo sviluppo dei gruppi di lavoro. I Piani di Zona dei Consorzi segnalano anche la difficoltà da parte dell'utenza stessa o dei *caregivers* a raccogliere le informazioni utili, nonostante sul territorio del biellese sia ben presente

una rete di volontariato e di cooperazione sociale che fornisce servizi di vario genere, fra i quali la cura degli sportelli informativi (ad esempio: il Filo di Arianna, nato da una Convenzione tra Consorzio IRIS, ASL e Volontariato).

La consapevolezza di tale carenza informativa ha indotto i Piani di Zona a realizzare nel 2008 un prezioso strumento informativo locale in tema di Anziani: il **“Prontuario Unico Informatico dei diritti e dei servizi per gli Anziani”**, affidato in gestione alla sopra citata Associazione “Il Filo di Arianna.

Si tratta di uno strumento innovativo, consultabile online (www.bielleseanziani.it), utilizzato dai professionisti e dagli operatori (sia sanitari che sociali, sia pubblici che del 3° settore), dai patronati e dalle farmacie, utile per conoscere meglio il territorio e migliorare la collaborazione tra i vari soggetti che si occupano di anziani, ma soprattutto per agevolare la conoscenza e l’accesso ai servizi da parte dei cittadini.

Lo strumento rende facilmente accessibili i seguenti contenuti:

- Servizi socio assistenziali e sanitari forniti agli anziani sul nostro territorio.
- Associazioni di volontariato che si occupano di anziani a domicilio, presso strutture, ecc.
- Strutture residenziali e semiresidenziali: indirizzi, caratteristiche, posti liberi, tariffe.
- Alcuni argomenti di “vita quotidiana”, es.: Patronati, CAAF, riduzione di canoni ed utenze

Gli stessi contenuti sono accessibili attraverso un motore di ricerca per parole chiave (ricerca semplice) oppure inserendo sia alcune caratteristiche dell’utente (es. età, residenza), sia la tipologia del servizio-prestazione (ricerca avanzata).

Si tratta di uno strumento in continua evoluzione, anche grazie al contributo degli utilizzatori nel segnalare le esigenze di aggiornamento e miglioramento.

Descrizione dell'offerta: contesto regionale e locale

L'ASL 12 e i Consorzi Intercomunali

Il ventaglio delle opportunità in favore degli anziani non autosufficienti si snoda attraverso le seguenti tipologie di intervento, ordinate in base all'intensità assistenziale crescente:

Tabella 8 – Tipologie di intervento attivate sul territorio ASL BI

CONTESTO	INTERVENTO
Domiciliare	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) anche x Cure Palliative e x Riabilitazione
	ADI Lungoassistenza
	Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) del medico di fiducia
	Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)
	Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) dei Comuni e dei Consorzi
	Assegni di Cura, Telesoccorso e Altre iniziative di sostegno alla domiciliarità
Semiresidenziale	Centri Diurni Integrati (CDI)
	Centri Diurni Alzheimer (CDA)
Residenziale a breve termine	Struttura Cure Intermedie (SCI)
	Post Degenza
	Nucleo Residenziale Alzheimer
	Hospice
Residenziale a medio - lungo termine	Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) - Alta Intensità
	Residenza Assistenziale Flessibile (RAF) - Media Intensità
	Residenza Assistenziale Flessibile (RAF) - Bassa Intensità
	RSA x Pazienti Psichiatrici Anziani non autosufficienti
Ospedale	Trattamento evento patologico acuto, post-acuto, di riabilitazione e lungodegenza

Un ulteriore dettaglio è relativo alla composizione dei servizi domiciliari erogati sul territorio e alle strutture residenziali per il medio - lungo termine, come di seguito riportato.

I servizi domiciliari

Per quanto concerne le risorse professionali dedicate e i tipi di servizi domiciliari erogati, si ricorda che l'ASL dispone di circa cinquanta infermieri e 2 fisioterapisti che operano a tempo pieno a domicilio. In caso di necessità vengono coinvolti altri specialisti, quali dermatologi geriatri o fisiatri. Per quanto concerne le cure palliative domiciliari, vengono erogate da medici e infermieri della apposita Struttura Ospedaliera dedicata a tale attività.

Gli operatori quindi collaborano strettamente fra loro e con i Servizi Sociali, erogando numerose tipologie di servizio. Le principali forme di assistenza domiciliare, si possono riassumere in:

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) realizzata da Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), infermieri, specialisti, fisioterapisti, ecc. in integrazione, quando occorre, con i Servizi Domiciliari (SAD) dei Consorzi e dei Comuni;
- ADI Cure Palliative (gestite dallo specifico reparto Ospedaliero);
- Servizio Infermieristico Domiciliare (SID);

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) realizzata da MMG e PLS;
- Prestazioni Infermieristiche Estemporanee (PIE).

I servizi sanitari sono organizzati e gestiti completamente in modo diretto dall'ASL BI; per l'anno 2008 sono complessivamente oltre 25.500 gli interventi di cura domiciliare svolti dall'Azienda sanitaria.

Per quanto concerne i **Consorzi intercomunali**, la rete dei servizi sul territorio è ampia e si integra con gli interventi messi in atto dall'ASL.

Il Consorzio *C/SSABO* (dato 2008) dispone di 22 (Full Time Equivalent: FTE) addetti alla realizzazione di diversi interventi: si tratta di 16 Operatori Socio-sanitari (OSS) e di 6 Assistenti Sociali (AS) che operano, in cooperazione con il personale amministrativo e di struttura nelle diverse attività che compongono l'offerta sul territorio: Servizio Sociale Professionale, Servizio di assistenza domiciliare- ADI, Telesoccorso, assistenza economica, assegni di cura, assegnazione letti di sollievo e sostegno economico al pagamento delle rette. Per la gestione del Centro Diurno Alzheimer, si contano altri 6 operatori.

Simili servizi, con alcune variazioni e peculiarità territoriali, vengono svolti nell'area del Consorzio IRIS (dato 2008, escluso Comune di Roppolo): il distretto, di maggiori dimensioni territoriali e demografiche e composto da realtà istituzionali che svolgono anche in modo diretto alcuni servizi, conta nel complesso circa 41 operatori stabilmente impiegati con le seguenti competenze: 10 assistenti sociali, 24,5 Operatori Socio-sanitari (OSS), 4,5 operatori ADEST e 2 amministrativi.

Per il comprensorio direttamente gestito dal Consorzio, si contano anche 7 operatori (FTE) fra Centro diurno integrato e Telesoccorso.

I servizi residenziali a medio - lungo termine

Le strutture semiresidenziali e residenziali che erogano servizi per gli anziani sul territorio a seguito di convenzionamento con i Consorzi o l'ASL BI, sono molteplici. La maggiore parte di queste strutture fornisce diverse tipologie di servizi, come stabilito dalla normativa regionale (RSA, RAF, RA, CD, etc).

La dislocazione territoriale varia a seconda delle aree geografiche considerate, oltre che in relazione alla popolosità del territorio. In un sistema stressato dal punto di vista dell'accesso alle strutture come quello del biellese, non vi è sempre corrispondenza fra la provenienza dell'anziano e la localizzazione della struttura di accoglienza.

La tabella successiva rappresenta la disponibilità di posti letto suddivisi per tipologia in base alle aree geografiche considerate.

Tabella 9 – Tipologia di posti letto sul territorio

POPOLAZIONE ASLBI >= 65 anni		Strutture	Posti Letto													Posti x 100 anziani >=65 anni			
			RA	RAA	RAF media	RSA alta	CD	CDI	CDA	NAT	Hos- pice	PD	SCI	TOT. RAF + RSA	TOT. GEN	solo RAF	solo RSA	solo RSA e RAF	TUTTI
			N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°
ASL	44.386	42	569	168	1.192	328	76	70	25	20	10	26	6	1.520	2.490	2,7	0,7	3,4	5,6
DISTRETTO 1	29.552	30	465	103	871	210	51	65	15	20	10	20		1.081	1.830	2,9	0,7	3,7	6,2
Area 1	3.899	5	107		108		6	20						108	241	2,8		2,8	6,2
Area 2 BIELLA	12.547	8	142	25	250	100	10	20			10	20		350	577	2,0	0,8	2,8	4,6
Area 3	5.266	9	129	22	321	70	10		15	20				391	587	6,1	1,3	7,4	11,1
Area 4	7.840	8	87	56	192	40	25	25						232	425	2,4	0,5	3,0	5,4
DISTRETTO 2	14.834	12	104	45	321	118	25	5	10			6	6	439	640	2,2	0,8	3,0	4,3
Area 1	4.055	4	8		133	55			10				6	188	212	3,3	1,4	4,6	5,2
Area 2	2.746	5	54	34	140		15	5						140	248	5,1		5,1	9,0
Area 3	4.388	1	42		12									12	54	0,3		0,3	1,2
Area 4	3.645	2		11	36	63	10					6		99	126	1,0	1,7	2,7	3,5

Legenda RA: Residenza Assistenziale; RAA: Residenza Assistenziale Alberghiera; RAF: Residenza Assistenziale Flessibile; RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale; CD: Centro Diurno; CDI: Centro Diurno Integrato; CDA: Centro Diurno Alzheimer; NTA: Nucleo Alzheimer Temporaneo; PD: Post Degenza; SCI: Struttura Cure Intermedie.

L'ultima colonna della tabella mostra una certa disomogeneità nell'offerta dei posti letto in struttura tra i due Distretti del territorio biellese e, soprattutto, tra le aree che li compongono.

Tale disomogeneità, inoltre, potrebbe essere in realtà più accentuata se si considera il fatto che molti anziani cambiano la loro residenza nel momento in cui entrano in struttura residenziale, acquisendo quella del Comune in cui ha sede la struttura stessa.

Ad oggi non è possibile valutare esattamente l'entità di tale fenomeno, ma se risultasse un fenomeno diffuso questo farebbe sì che i Comuni sedi di strutture residenziali mostrino una percentuale di anziani superiore rispetto a quella dei Comuni dove non ci sono strutture residenziali e che, di conseguenza, il numero di posti disponibile ogni 100 anziani residenti risulti più basso di quello che si avrebbe se si considerassero solo gli anziani residenti da lungo tempo nel Comune.

Dai dati, però, risulta che tale fenomeno può essere effettivamente influente solo per i Comuni, sede di strutture residenziali, che presentano una popolazione anziana esigua (meno di 1.000 anziani), mentre per i Comuni sede di strutture residenziali che però presentano un numero di anziani residenti di per sé più nutrito, tale fenomeno non sembra influire particolarmente (per esempio, Occhieppo Inferiore, dove a sede la struttura residenziale "Cerino Zegna", non mostra un tasso di anziani residenti particolarmente alto: 24,7% contro i 24,9% della media del territorio ASLBI).

Il grafico della pagina successiva ripropone gli stessi dati in relazione alle aree di riferimento, evidenziando una certa disomogeneità nella distribuzione dei posti letto fra i distretti, dovuta a

diversi fattori, anche se mitigata dal fatto che le persone inserite in struttura tendono a modificare, dopo un certo periodo, la propria residenza.

Per un'analisi più dettagliata per ognuna delle 8 aree del territorio biellese della disponibilità di posti letto in struttura a seconda della tipologia assistenziale si rimanda il lettore alle sezioni del presente Piano dedicate ad ognuna delle aree.

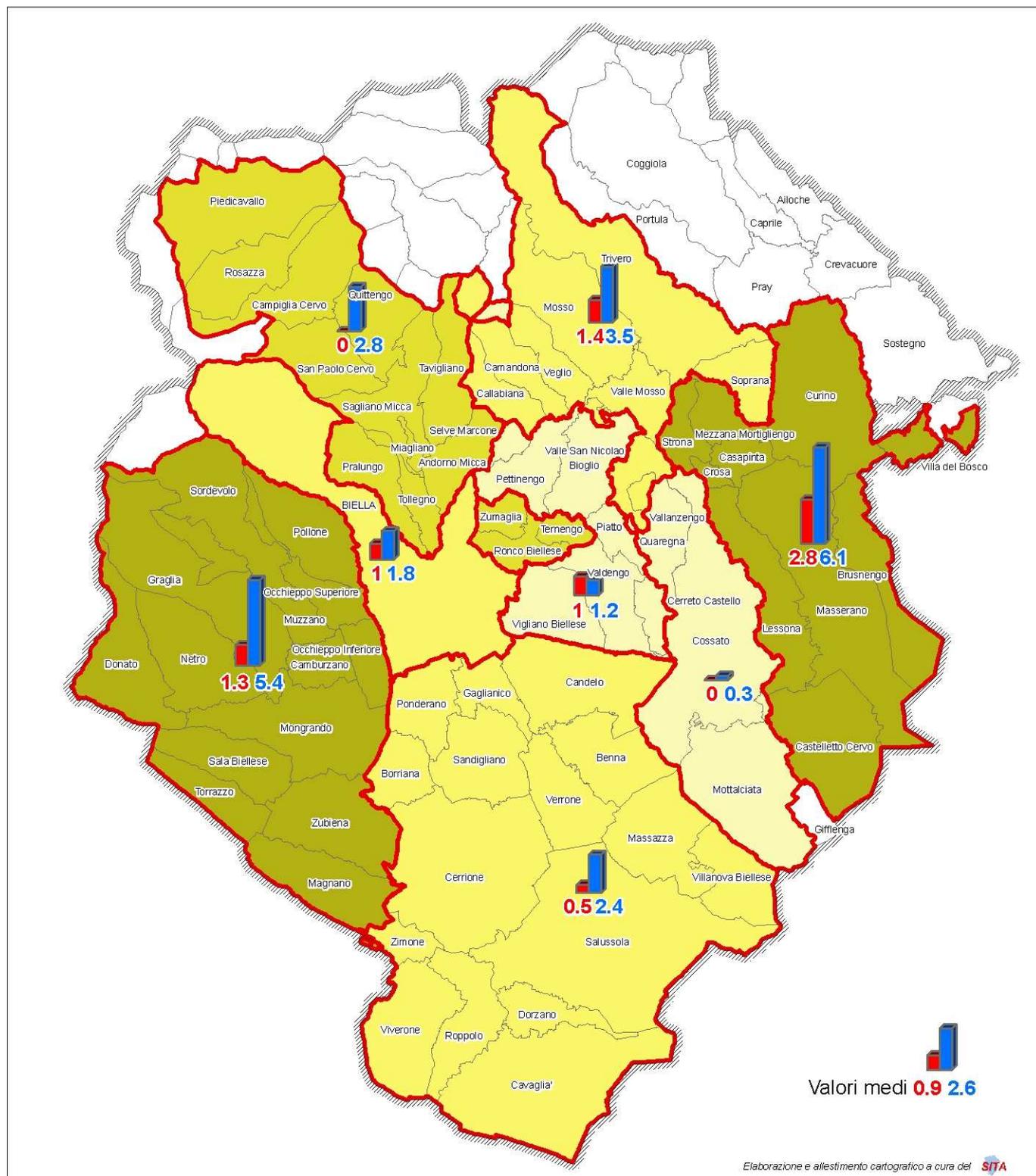
In questa sede è possibile ancora aggiungere un breve commento sulla disponibilità di Nuclei Temporanei per Alzheimer all'interno delle strutture residenziali del territorio e sulla presenza di Centri Diurni per Malati di Alzheimer.

Come si può osservare dalla tabella precedente, il territorio biellese dispone di un solo Nucleo Alzheimer Temporaneo (NAT) di 20 posti situato nella struttura residenziale di Occhieppo Inferiore "Cerino Zegna" e di due Centri Diurni specializzati per malati di Alzheimer (CDA), uno per ognuno dei due Distretti del territorio: 15 posti per quello del Distretto 1 e 10 posti per quello del Distretto 2. Il rapporto tra la popolazione anziana dei due Distretti è di circa 2 a 1 (29.552 anziani nel Distretto 1 e 14.834 anziani nel Distretto 2).

Tale offerta, che può apparire, e probabilmente di fatto lo è, insufficiente per rispondere alle necessità di assistenza residenziale e semiresidenziale degli anziani affetti da demenza o Alzheimer è, però, congrua con i parametri dettati dalla Regione Piemonte che prevedono 0,1 posti (sia residenziali che in Centro Diurno) ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni.

Gli anziani ultrasessantacinquenni del territorio biellese sono infatti 44.386 e i posti disponibili sono 45 (20 in Nucleo Alzheimer Temporaneo e 25 in CDA), corrispondenti proprio a 0,1 posti ogni 100 anziani.

Posti disponibili in struttura ogni 100 anziani residenti



Posti disponibili in struttura per ogni Area

- 1 - 3 posti disponibili ogni 100 anziani residenti
- 4 - 5 posti disponibili ogni 100 anziani residenti
- 6 posti disponibili ogni 100 anziani residenti
- 7 - 13 posti disponibili ogni 100 anziani residenti

Numero medio dei posti disponibili ogni 100 anziani residenti del territorio ASL BI: 5,9

Posti disponibili a seconda del livello di assistenza

- Posti RSA ad Alta Intensità ogni 100 anziani residenti nell'Area
Numero medio di posti RSA ad Alta Intensità ogni 100 anziani residenti per il territorio ASL BI: 0,9
- Posti RAF a Media Intensità ogni 100 anziani residenti nell'Area
Numero medio di posti RAF a Media Intensità ogni 100 anziani residenti per il territorio ASL BI: 2,6

Si riporta di seguito una tabellizzazione dei posti RSA-RAF esistenti e disponibili (ovvero utilizzabili dalla ASL previo convenzionamento con l'ente), nelle strutture residenziali dell'area biellese, nell'anno 2008, esclusi Nucleo Residenziale Alzheimer, CDA, CDI, ecc.. Alcune differenze nella disponibilità dei posti sul totale sono spiegabili con il fatto che le strutture sono dotate di posti letto cosiddetti "di emergenza", che sono stati qui inseriti nel computo, ma di fatto non sono disponibili in modo uniforme e continuativo. Si desume che le strutture citate convenzionino la quasi totalità dei posti esistenti in struttura; esistono altre strutture sul territorio (non inserite in tabella) che non convenzionano i propri posti disponibili e si regolano con una utenza di tipo "privato", ovvero che non prevede il contributo dell'ASL per il ristoro dei costi della retta.

Tabella 10: Anno 2008. Posti esistenti e disponibili e percentuale di utenti che usufruiscono della quota sanitaria

PRESIDIO	Posti esistenti		Posti disponibili		differenza		%		Anziani che beneficiano di quota sanitaria (anno 2008)						
	RAF	RSA	RAF	RSA	RAF	RSA	RAF	RSA	alta	% su tot	media	% su tot	bassa	% su tot	TOT
F. & C. Comotto	36	20	36	20	0	0	100,0	100,0	2,1	15,8	9,1	68,4	2,1	15,8	13,3
Borsetti Sella Facenda	30	20	32	20	-2	0	106,7	100,0	1,6	7,7	15,2	73,4	3,9	18,8	20,7
Casa Ospitaliera N.S. Oropa	45	0	45	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	28,7	95,0	1,5	5,0	30,2
Cerino Zegna	60	70	64	70	-4	0	106,7	100,0	4,8	7,1	54,4	80,4	8,5	12,6	67,7
Inf. Vercellone	40	0	40	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	26,3	94,6	1,5	5,4	27,8
Ist. Belletti Bona	63	80	63	80	0	0	100,0	100,0	4	12,3	21,5	66,4	6,9	21,3	32,4
La Baraggia (Rsa Candelo)	0	40	0	40	0	0	100,0	100,0	2,9	72,5	0,6	15,0	0,5	12,5	4
O.A.S.I.	40	40	40	40	0	0	100,0	100,0	2,4	6,4	28,7	76,7	6,3	16,8	37,4
Casa Del Sorriso	40	0	37	0	3	0	92,5	100,0	0	0,0	20,5	89,5	2,4	10,5	22,9
C.D.R. San Bernardo - Trivero	10	25	10	20	0	5	100,0	80,0	0,9	12,9	5	71,4	1,1	15,7	7
Res. Per Anziani Maria Grazia	20	0	21	0	-1	0	105,0	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
C.D.R Madonna Dorotea -Bioglio	0	43	0	43	0	0	100,0	100,0	1,9	100,0	0	0,0	0	0,0	1,9
Città Del Sole	60	0	62	0	-2	0	103,3	100,0	0	0,0	4,3	58,1	3,1	41,9	7,4
C.D.R Frassati	55	0	55	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	20,4	91,5	1,9	8,5	22,3
C.D.R Gallo	12	0	12	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	11,1	94,9	0,6	5,1	11,7
C.D.R Domus Tua	20	0	20	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	15,2	84,4	2,8	15,6	18
Infermeria San Carlo	40	0	41	0	-1	0	102,5	100,0	0	0,0	16,8	76,0	5,3	24,0	22,1
C.D.R Pozzo Ametis	36	0	12	0	24	0	33,3	100,0	0	0,0	9,1	78,4	2,5	21,6	11,6
Hotel Il Sole	11	0	11	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	0	0,0	5,2	100,0	5,2
Casa per Anziani Simonetti Onlus	40	0	40	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	17,5	94,1	1,1	5,9	18,6
Ass. Soggiorno Anziani Favaro Onlus	18	0	18	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	8,1	100,0	0	0,0	8,1
C.D.R di Graglia e Muzzano Onlus	40	0	40	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	18,1	77,4	5,3	22,6	23,4
Res. Anziani di Via Rolette - Ponderano	20	0	20	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	4,9	68,1	2,3	31,9	7,2
Soggiorno Il Giardino	10	0	10	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	6,4	70,3	2,7	29,7	9,1
C.D.R Santa Rita	89	0	60	0	29	0	67,4	100,0	0	0,0	5,3	76,8	1,6	23,2	6,9
Casa Albert	40	0	40	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	0	0,0	3,7	100,0	3,7
Opera Pia Luigi Ciarletti	20	0	20	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	4,3	44,3	5,4	55,7	9,7
C.D.R. Emilio Reda	40	10	40	10	0	0	100,0	100,0	0	0,0	12,8	87,1	1,9	12,9	14,7
Palazzina Speranza - Salussola	20	0	20	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	2,6	81,3	0,6	18,8	3,2
Associazione Pro C.D.R. Brusnengo	20	0	20	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	5,9	85,5	1	14,5	6,9
Villa Poma	20	0	21	0	-1	0	105,0	100,0	0	0,0	5,9	72,0	2,3	28,0	8,2
Cottolengo Biella	129	0	40	0	89	0	31,0	100,0	0	0,0	1	83,3	0,2	16,7	1,2
Mary Zegna	48	0	48	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	0,3	100,0	0	0,0	0,3
St. Eusebio Camburzano	20	0	20	0	0	0	100,0	100,0	0	0,0	0,5	83,3	0,1	16,7	0,6
Adele Mora Mezzana	0	36	0	36	0	0	100,0	100,0	0,2	66,7	0,1	33,3	0	0,0	0,3
TOT	1192	384	1058	379	134	5	88,8	98,7	20,8		380,6		84,3		485,7
TOT COMPLESSIVO	1576		1437		139		91,2		485,7						

Considerando il totale dei posti disponibili (1.437), si nota come la quota degli utenti che beneficia dell'integrazione della retta giornaliera da parte dell'ASL sia di molto inferiore a tale cifra: considerando il dato annuale, si tratta di 485,7 utenti, circa un terzo del complessivo.

Nella tabella sottostante (gennaio 2008), si denota come siano quasi 700 gli anziani inseriti complessivamente in strutture (RAF, RSA o altro: RA, RAA e altre tipologie specifiche).

Focalizzando nuovamente l'attenzione rispetto alle residenze per anziani non autosufficienti, si può evidenziare i dati più significativi: il 24,7 % della popolazione del biellese (al 31.12.2007) è definibile come anziana (>65 anni). I posti letto riservati agli anziani non autosufficienti (strutture definibili come RSA e RAF) sono aumentati nel tempo arrivando a rappresentare il 3,7% del totale nel 2008. Di questi, l'1,6% del totale si configura come posto letto "convenzionato", ovvero riservato a coloro che ricevono un finanziamento economico da parte delle Istituzioni.

Tabella 11 - Anziani inseriti in struttura in un posto con quota sanitaria allo 01/01/2008

	Popolazione anziana (>= 65 anni)	Numero Anziani inseriti in struttura con quota sanitaria	% sulla popolazione anziana
ASL	44.386	688	1,55
DISTRETTO 1	29.552	506	1,71
Area 1	3.899	72	1,85
Area 2 - BIELLA	12.547	210	1,67
Area 3	5.266	109	2,07
Area 4	7.840	115	1,47
DISTRETTO 2	14.834	182	1,23
Area 1	4.055	58	1,43
Area 2	2.746	36	1,31
Area 3	4.388	45	1,03
Area 4	3.645	43	1,18

Come già fatto notare in precedenza, è il Distretto 1 a presentare in percentuale un numero maggiore di anziani inseriti in struttura residenziale con quota sanitaria, anche se il Distretto 2 è quello che presenta una percentuale maggiore di domande di inserimento.

Se si osservano i valori della percentuale di anziani inseriti in struttura sulla totalità della popolazione anziana di ogni area, si nota come sia l'Area 3 del Distretto 1 a presentare la percentuale più alta (2,07%). Va specificato, però, che tali percentuali di area sono il risultato delle situazioni eterogenee dei Comuni che compongono le aree stesse.

Come illustra graficamente la mappa tematica nella pagina seguente, le varie aree possono essere al loro interno omogenee, come per esempio l'Area 4 del Distretto 1 (Area di Gaglianico, Candelo, Ponderano, etc.) i cui Comuni presentano quasi tutti 0-1 anziani inseriti in struttura ogni 100 anziani residenti, o estremamente eterogenee, come l'Area 3 del Distretto 1 (Area di Occhieppo Superiore, Sordevolo, Graglia, etc.) i cui Comuni presentano situazioni molto diverse tra loro: si passa dai circa 5 anziani inseriti ogni 100 residenti dei Comuni di Netro, Graglia, Magnano, ai 0-1 dei Comuni di Pollone, Donato, etc.

Confronto tra Anziani inseriti in Struttura e Posti disponibili per ogni area

La seguente tabella vuole facilitare il lettore nel confronto tra la percentuale di anziani inseriti in struttura per ogni area e la disponibilità di posti in struttura (di ogni tipologia assistenziale).

Tabella 12 – Anziani in struttura (%) su totale popolazione anziana e posti disponibili (%)

	Popolazione anziana (>= 65 anni)	Anziani inseriti in struttura con quota sanitaria ogni 100 anziani residenti	Posti in struttura ogni 100 anziani residenti
ASL	44.386	1,55	5,61
DISTRETTO 1	29.552	1,71	6,19
Area 1	3.899	1,85	6,18
Area 2 - BIELLA	12.547	1,67	4,60
Area 3	5.266	2,07	11,15
Area 4	7.840	1,47	5,42
DISTRETTO 2	14.834	1,23	4,31
Area 1	4.055	1,43	5,23
Area 2	2.746	1,31	9,03
Area 3	4.388	1,03	1,23
Area 4	3.645	1,18	3,46

Dalla tabella si può osservare come tendenzialmente le Aree che presentano più anziani inseriti in struttura tra i propri residenti siano anche quelle con una percentuali di posti disponibili maggiore (per es. l'Area 3 del Distretto 1).

Osservando l'andamento del numero di posti finanziati con quota sanitaria in RSA - RAF, misurato alla fine di ogni mese (vedi tabella successiva), si possono avanzare alcune considerazioni.

Tabella 13 – Posti finanziati mensilmente (RSA-RAF)

		ASL	Distr. 1	Distr. 2
2006	Giugno	535	420	115
	Luglio	535	416	119
	Agosto	540	422	118
	Settembre	547	427	120
	Ottobre	572	441	131
	Novembre	591	449	142
	Dicembre	588	446	142
2007	Gennaio	587	445	142
	Febbraio	589	448	141
	Marzo	582	441	141
	Aprile	583	440	143
	Maggio	584	438	146
	Giugno	606	453	153
	Luglio	649	486	163
	Agosto	678	504	174
	Settembre	677	501	176
	Ottobre	681	508	173
	Novembre	685	516	169
	Dicembre	687	511	176
2008	Gennaio	699	519	180
	Febbraio	701	519	182
	Marzo	713	524	189
	Aprile	712	520	192
	Maggio	726	527	199
	Giugno	724	523	201
	Luglio	732	529	203
	Agosto	729	526	203
	Settembre	731	528	203
	Ottobre	749	539	210
	Novembre	742	533	209
	Dicembre	757	549	208
2009	Gennaio	765	557	208
	Febbraio	767	553	214
	Marzo	772	551	221
	Aprile	773	551	222
	Maggio	775	548	227
	Giugno	771	543	228
	Luglio	778	547	231
	Agosto	774	537	237
	Settembre	780	541	239
	Ottobre	775	540	235
	Novembre	777	543	234
	Dicembre	778	542	236

Da questi dati si evince il costante incremento del numero di persone che accedono al finanziamento pubblico.

Si è infatti passati da 535 persone a fine giugno 2006, alle 778 persone a fine dicembre 2009

(+243 persone; +45,4 %).

La distribuzione dei finanziamenti tra i due distretti NON è omogenea. **Il Distretto di Biella, a fronte di una popolazione anziana circa doppia rispetto a quello di Cossato, utilizzava un numero di posti finanziati quasi triplo fino al 2008, poi nel corso del 2009 il divario si è ridotto.**

	media ASL	media Distr. 1	media Distr. 2
2006	558	432	127
2007	632	474	158
2008	726	528	198
2009	774	546	228

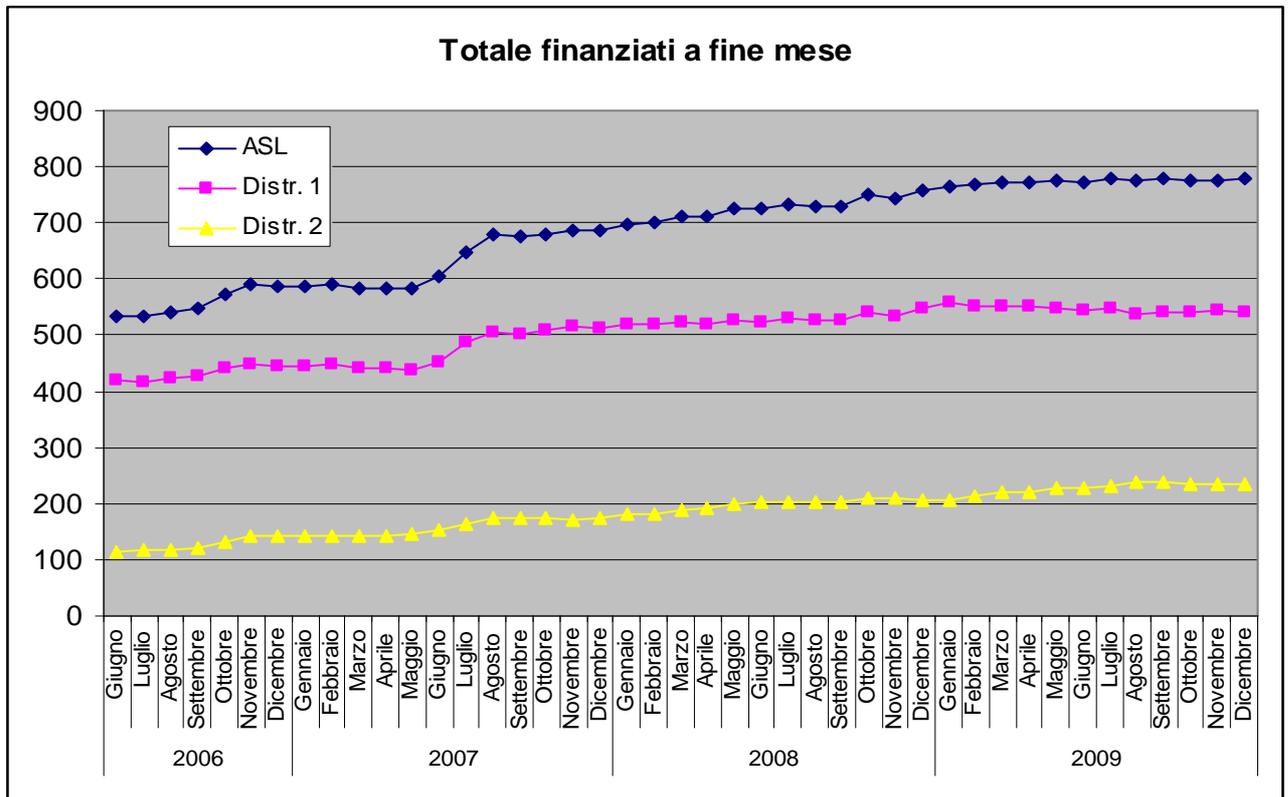


Tabella 14 – Distribuzione territoriale degli anziani in lista d’attesa per un progetto di sostegno e delle persone con finanziamento in corso presso una RSA o RAF, al 31-12-2009

	Popolazione anziana (>= 65 anni)	Persone in lista di attesa al 31-12-2009	% sulla popolazione anziana	Persone con finanziamento in atto al 31-12-2009	% sulla popolazione anziana
ASL	44.386	1.171	2,63	778	1,75
DISTRETTO 1	29.552	772	2,61	542	1,83
DISTRETTO 2	14.834	399	2,68	236	1,59

La tabella evidenzia un dato interessante: gli anziani residenti nel Distretto 2 tendono in misura leggermente maggiore ad avanzare domanda per un progetto rispetto a quelli del Distretto 1.

Il dato è significativo poiché, se confrontato con i dati degli anziani che hanno ottenuto il finanziamento, si nota che è invece il Distretto 1 a presentare una maggiore percentuale di anziani inseriti (1,75% sul totale degli anziani residenti) rispetto a quella del Distretto 2 (1,59%).

Questo fa supporre che gli anziani del Distretto 2 presentino in percentuale più domande per il finanziamento di un posto in struttura rispetto al Distretto 1, ma anche più rinunce all’inserimento una volta che il finanziamento della quota sanitaria del posto in struttura viene loro offerto.

Liste d’attesa

Si nota infine che il numero di richieste di valutazione UVG continua negli ultimi anni ad aumentare, determinando anche un incremento delle liste di attesa. Il **tempo medio di attesa** per ottenere il finanziamento della quota sanitaria quindi, seppure inferiore a quello registrato nel 2006-2007 (con picchi di oltre 1000 giorni di attesa), è sceso nel 2008 (toccando il minimo di 581 giorni nel mese di dicembre) per poi risalire gradualmente fino a 866 giorni nel dicembre 2009.

Di seguito il dato relativo al **numero di persone in attesa** di finanziamento:

Tabella 15 – Persone in “lista d’attesa” per il finanziamento del proprio progetto e conseguente accesso ai servizi

Data di rilevazione	31/12/2009	31/12/2008	31/12/2007	31/12/2006
Numero di persone in attesa	1.171	1.169	1.021	954

A maggio 2009 il dato aveva raggiunto il considerevole numero di **1.300 persone**, poi ridisceso a 1.171, grazie soprattutto agli interventi domiciliari finanziati dalla DGR 39-11190 “Riordino prestazioni assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione contributo economico a sostegno della domiciliarità”

Le 1.171 persone in attesa di finanziamento a fine 2009, al momento della presentazione della richiesta di valutazione UVG, risultavano trovarsi nella seguente situazione:

Tabella 16 – Condizione degli anziani al momento della formulazione della richiesta all’UVG

In Casa di Riposo a proprie spese		685	58,5%
A casa propria, da soli	123	363	30,9%
A casa propria, con altre persone	170		
Ospiti di parenti o conoscenti	32		
Altra condizione (ad es. con assistente familiare)	38		
Dato non disponibile		123	10,6%

Ancora una volta, il dato sottolinea come, a fronte di un oggettivo impegno, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, sempre maggiore profuso da parte delle Istituzioni, persista una quota rilevante di popolazione ancora non supportata da alcun tipo di servizio. Tuttavia nei primi mesi del 2009 le persone in attesa di finanziamento che risultavano essere in casa propria ammontavano a 609 (quasi il 47%). La diminuzione al 31% circa è probabilmente determinata in buona parte dagli interventi domiciliari messi in atto grazie alla DGR39, che sono andati ad incidere prevalentemente su tale quota di persone. Le persone in struttura a proprie spese ammontavano a 657 e sono sensibilmente cresciute. Di conseguenza la percentuale delle persone in struttura a proprie spese è salita dal 50% al 58 % circa.

La tabella seguente mostra come, tendenzialmente per tutti e due i Distretti, gli anziani in lista di attesa per un progetto di sostegno si distribuiscano abbastanza uniformemente nelle tre fasce di intensità assistenziale, così come assegnata loro dalla visita dell’UVG: circa 1/3 nella fascia a Bassa intensità, circa 1/3 nella fascia a Media intensità e circa 1/3 nella fascia ad Alta intensità.

Tabella 17 - Fasce di intensità assistenziale degli anziani in lista d'attesa per un progetto di sostegno al 31/12/2007

	Fasce di intensità assistenziale			
	BASSA	MEDIA	ALTA	TOTALE
ASL	219	265	227	711
DISTRETTO 1	142	173	118	433
DISTRETTO 2	77	92	109	278

Elementi di confronto nazionale e regionale

Si è visto nei paragrafi precedenti come la realtà socio-demografica Biellese non sia molto dissimile dalla maggior parte dei territori del Nord Italia. In particolare la struttura demografica della popolazione, seppur contrassegnata da un importante invecchiamento, non si discosta in maniera significativa dalle condizioni di altri territori regionali. A fronte di ciò risalta ancor di più il dato relativo al tasso di istituzionalizzazione, che si può considerare fra i più elevati in Italia (circa 5%).

Nella seguente tabella è indicata la percentuale di posti letto delle strutture residenziali per anziani.

Tabella 18 – ISTAT: L'Assistenza Residenziale e Socio Assistenziale in Italia. Anno 2005. Per un confronto più agevole con le tabelle successive è stata aggiunta la colonna con la percentuale calcolata ogni 100 persone anziane.

Territorio	Posti letto per 1.000 abitanti >= 65 aa	Posti letto per 100 abitanti >= 65 aa
TRENTINO ALTO ADIGE	45,45	4,55
FRIULI VENEZIA GIULIA	37,41	3,74
PIEMONTE	36,78	3,68
VALLE D'AOSTA	36,71	3,67
VENETO	32,15	3,22
LOMBARDIA	26,77	2,68
LIGURIA	26,53	2,65
EMILIA ROMAGNA	23,95	2,40
MOLISE	18,80	1,88
MARCHE	18,74	1,87
TOSCANA	15,87	1,59
SARDEGNA	14,33	1,43
ABRUZZO	12,99	1,30
LAZIO	12,02	1,20
UMBRIA	11,69	1,17
PUGLIA	8,02	0,80
SICILIA	7,09	0,71
CALABRIA	5,66	0,57
BASILICATA	4,60	0,46
CAMPANIA	4,53	0,45
NORD-OVEST	29,80	2,98
NORD-EST	30,39	3,04
CENTRO	14,30	1,43
SUD	7,10	0,71
ISOLE	8,86	0,89
ITALIA	19,81	1,98

Anche la tabella successiva, sintetizza in modo chiaro un dato storicamente conosciuto a livello locale e che rappresenta anche uno dei punti di criticità del sistema biellese di assistenza agli anziani: l'indicatore relativo al numero di posti letto disponibili per ogni 100 anziani nella ASL BI (4,05) è il doppio della media regionale del Piemonte (2,49) ed il più alto in Regione. Se riferito alla zona cittadina di Torino, l'indice è addirittura di quattro volte circa superiore. In presenza di un indicatore di tale portata, rimane comunque inalterata la richiesta di inserimento in struttura, con indici che aumentano di anno in anno.

Tabella 19 - Dotazione di Posti letto per Anziani non autosufficienti (autorizzati e di prossima autorizzazione) in Piemonte

ASL	N° posti letto	Popolazione > 65 Anni al 31.12.2007	N° Posti letto ogni 100 anziani
TO1	1.377	120.610	1,14
TO2	1.001	94.643	1,06
TO3	2.188	120.181	1,82
TO4	3.567	109.243	3,27
TO5	1.765	59.728	2,96
VC	1.374	43.951	3,13
BI	1.779	43.936	4,05
NO	1.497	71.668	2,09
VCO	792	40.027	1,98
CN1	2.451	92.243	2,66
CN2	1.532	37.104	4,13
AT	1.827	49.645	3,68
AL	3.795	116.997	3,24
REGIONE	24.945	999.976	2,49

Il dato relativo all'ASL BI è stato oggetto nel tempo di diversi approfondimenti e viene spiegato analizzando le diverse caratteristiche culturali, storiche e dei servizi dell'area.

In sintesi, dal confronto con altri contesti nazionali e regionali, si può affermare che il territorio del Biellese si connota come un territorio molto "dotato" dal punto di vista dei servizi residenziali ma dove pare sussistere una separazione tra logiche, risorse e strumenti della residenzialità e logiche, risorse e strumenti della domiciliarità. I due ambiti di risposta paiono porsi reciprocamente in termini competitivi piuttosto che cooperativi, seppure all'interno di un sistema integrato. Questa caratteristica potrebbe essere spiegabile come conseguenza di una impostazione normativa regionale contrassegnata da un approccio settoriale e dove si fatica a ricomporre i singoli interventi normativi ad una logica unitaria.

Lo sviluppo dei servizi di semiresidenzialità si caratterizza per una offerta variegata e diffusa, seppure non uniformemente, sul territorio.

Anche i servizi domiciliari si possono considerare ben sviluppati dal punto di vista dimensionale. Restano forse percorribili ulteriori sviluppi dal punto di vista dell'approccio organizzativo, gestionale

e professionale del servizio. Si può infatti ragionevolmente ipotizzare che questo territorio sia particolarmente adatto ad accogliere modelli organizzativi dell'assistenza domiciliare che si caratterizzino per il superamento di una dimensione prevalentemente prestazionale e si potenzino negli aspetti di proattività e di "intrecciamento" con le risorse informali.

Risulta infatti, come già accennato, molto sviluppato il cd. "terzo settore". Soprattutto nel volontariato si trovano realtà di grande valore (ad esempio l'importante esperienza del Filo d'Arianna), che valorizzano il ruolo degli anziani stessi e offrono agli anziani e alle loro famiglie (ma non solo) una rete di servizi accessibili ed un supporto informativo e di aiuto concreto costante e diffuso.

Utilizzo dei servizi domiciliari (sanitari, socio assistenziali ed integrati) e dei servizi residenziali a confronto

Pare utile inserire un confronto sull'utilizzo dei servizi domiciliari e sull'utilizzo dei servizi residenziali da parte degli anziani di ogni Comune dei due Distretti.

Il grafico nella pagina seguente mostra infatti i Comuni dei due Distretti del Biellese ordinati partendo da quelli che in percentuale presentano più anziani che usufruiscono del ricovero in struttura residenziale fino a quelli che in percentuale ne usufruiscono meno (barre arancioni). Per gli stessi Comuni viene inoltre presentato il dato percentuale degli anziani che, invece, usufruiscono dei servizi domiciliari sanitari, socio assistenziali o integrati (barre gialle).

Tali dati verranno riproposti con considerazioni più specifiche anche negli otto documenti dedicati ad ogni area del territorio e serviranno per mettere a confronto i dati dell'area con i dati medi dei due Distretti e dell'intero territorio ASLBI.

In questa sezione si è voluto procedere solo a qualche considerazione generale. Dal grafico notiamo infatti che:

- 1) Le barre gialle sono generalmente più alte di quelle arancio in quanto, vista la natura stessa dei servizi, quasi sempre sono molti di più gli anziani ad utilizzare i servizi domiciliari rispetto a quelli che usufruiscono dei servizi residenziali (va però detto che, in questo caso, i dati utilizzati per creare il grafico non tengono conto degli anziani inseriti in struttura senza quota sanitaria e quindi "privatamente").
- 2) La linea rossa e la linea blu del grafico, che esprimono rispettivamente la tendenza delle barre gialle relativa al numero di anziani che accedono ai servizi domiciliari e la tendenza delle barre arancio relativa al numero di anziani inseriti in struttura residenziale, mostrano due orientamenti opposti: mentre la linea rossa punta verso l'alto, quella blu punta verso il

basso. Ciò a significare che, considerando una visione complessiva del territorio, **dove il numero percentuale di anziani che usufruiscono dei servizi domiciliari è maggiore, minore è il numero di anziani inseriti in struttura residenziale.**

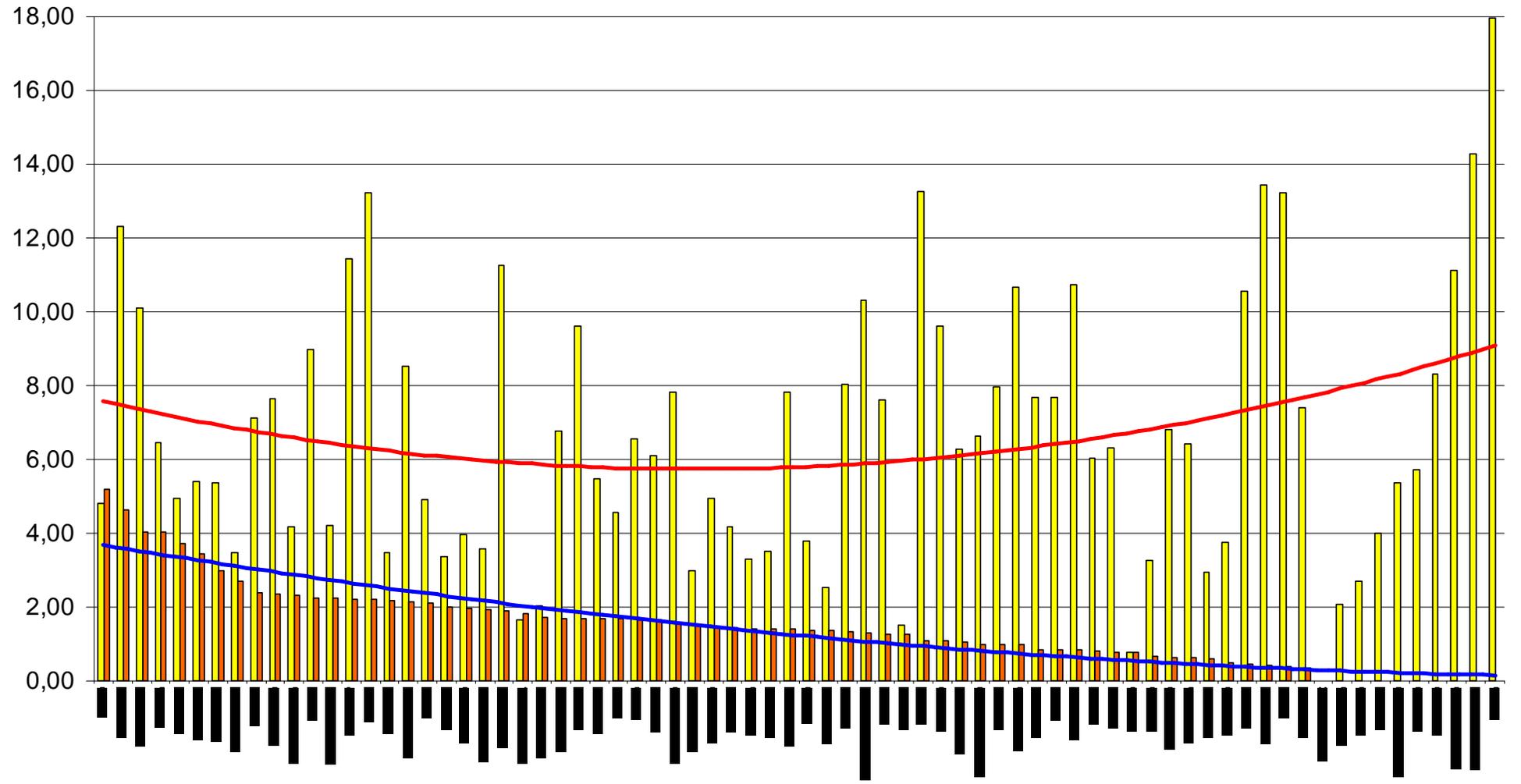
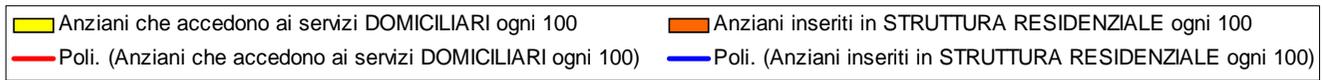
- 3) Soprattutto nella parte sinistra del grafico vi sono alcuni Comuni che sembrano andare contro la tendenza individuata al punto 1. In tali Comuni è alto sia il numero di anziani inseriti in struttura sia il numero di anziani che accedono ai servizi domiciliari.

Tali Comuni presentano delle caratteristiche condivise, sono cioè quasi tutti **Comuni montani piuttosto piccoli con indici di vecchiaia e di dipendenza strutturale abbastanza alti** rispetto alla media del territorio (con l'eccezione di Camandona) a significare la presenza di un'alta percentuale di anziani rispetto ad una bassa percentuale di adulti in età attiva che se ne possano prendere cura.

In questi Comuni la posizione montana rende difficoltoso sia lo spostamento degli anziani stessi per accedere ai servizi che permetterebbero loro di rimanere più a lungo nella propria casa (negozi, uffici pubblici, etc.), sia lo spostamento dei famigliari, che spesso hanno lasciato tali Comuni per vivere più vicino al luogo di lavoro e ai servizi, per dare ai loro anziani l'assistenza che necessitano.

Molto probabilmente in questi Comuni gli anziani, non potendo contare su famigliari vicini o che li possano raggiungere facilmente, tendono sia ad entrare in struttura residenziale sia a richiedere servizi domiciliari, anche presentando situazioni di salute e socioeconomiche per cui, in altre zone più agevoli, tale assistenza verrebbe prestata ancora dai famigliari.

Va notato inoltre che se nel grafico non si considerassero tali Comuni, le linee di tendenza diverrebbero molto più nette e lineari proprio perché tali Comuni, presentando i fattori sopraelencati, introducono degli elementi di anomalia.



Dopo aver confrontato il numero di anziani che accedono ai servizi domiciliari con il numero di anziani inseriti in struttura, ci concentreremo ora solo sui servizi domiciliari, considerando non più il numero di anziani che vi accedono, ma il numero di accessi/prestazioni. Durante l'anno, infatti, ogni anziano/a può usufruire di più o meno prestazioni di assistenza domiciliare da parte dei servizi sanitari e/o socio assistenziali.

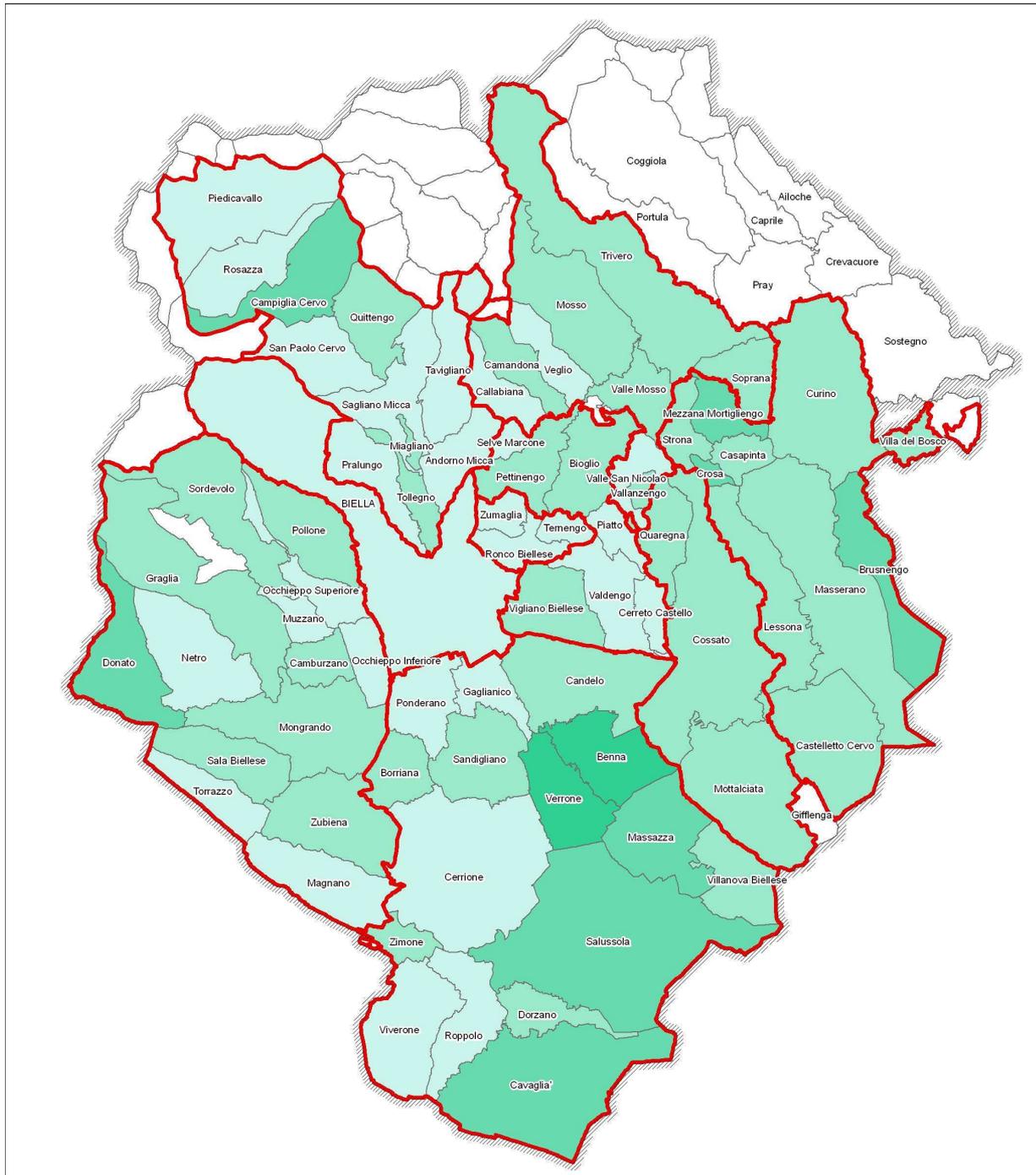
Se considerando il **numero di anziani** era il Distretto 2 a presentare in percentuale più anziani che accedono ai servizi domiciliari (8,31% del Distretto 2 rispetto al 4,77% del Distretto 1, come mostrato nella terza colonna della tabella seguente), considerando il **numero degli accessi** (cioè dei servizi/prestazioni erogati) si nota che in media è il Distretto 1 ad erogare più servizi domiciliari socio sanitari per ogni anziano in carico (23,78) rispetto al Distretto 2 (19,20).

Tabella 20 – Accessi ai servizi domiciliari

Popolazione ≥ 65 anni al 31/12/2007		Numero ANZIANI che usufruiscono di SERVIZI DOMICILIARI Sanitari, Socio Assistenziali e Integrati	% sulla popolazione anziana	Numero di accessi ai servizi domiciliari	Accessi ogni 100 anziani residenti	Numero medio accessi ogni anziano
ASL	44.386	2.644	5,96	57.230	128,94	21,65
DISTRETTO 1	29.552	1.411	4,77	33.554	113,54	23,78
DISTRETTO 2	14.834	1.233	8,31	23.676	159,61	19,20

Nella pagina seguente i dati sull'accesso ai servizi domiciliari vengono illustrati graficamente da una mappa tematica che mette in evidenza i Comuni di ogni area in cui il numero di servizi o prestazioni erogate (non il numero di persone che vi accedono come nel grafico a pag. 27) è più alto.

Accessi ai servizi DOMICILIARI ogni 100 anziani residenti
al 31/12/2007



Numero di accessi ai servizi domiciliari

- 0 - 100 accessi ogni 100 anziani residenti
- 101 - 250 accessi ogni 100 anziani residenti
- 251 - 400 accessi ogni 100 anziani residenti
- 401 - 521 accessi ogni 100 anziani residenti

Confine Area

Elaborazione e allestimento cartografico a cura del **SITA** della Provincia di Biella

Altri interventi a supporto della domiciliarità

Il 6 aprile 2009 è stata emanata la Deliberazione della Giunta Regionale Piemontese n° 39-11190 "Riordino prestazioni assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione contributo economico a sostegno della domiciliarità". A fronte di sperimentazioni territoriali diverse e diseguali per i cittadini, la Regione ha introdotto un sistema di prestazioni e servizi per il potenziamento della domiciliarità in favore degli di anziani non autosufficienti, al fine di superare la disomogeneità di erogazione dei servizi o la parziale erogazione, ridefinendo le prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria che non possono essere più ricondotte alla sola figura professionale dell'ADEST/OSS, ma che vengono estese al riconoscimento del lavoro di cura prestato da familiari, da volontari attraverso lo strumento dell'affidamento, e da Assistenti Familiari.

L'ASL BI ed i Consorzi hanno concordato che IRIS e CISSABO, nei rispettivi Distretti territoriali, gestissero l'assegnazione dei finanziamenti sulla base di specifici protocolli condivisi con l'ASL. Poiché il numero di domande pervenute è stato superiore a quelle realisticamente finanziabili con i fondi stanziati, è stata definita una prima graduatoria, sulla base delle indicazioni regionali, utilizzando come criterio principale quello della gravità (punteggio UVG) e, a parità di gravità, la data di presentazione della domanda.

Per la prima erogazione di fondi sono state quindi considerate tutte le domande pervenute entro il 31 agosto 2009 (Città di Biella e Distretto 2) ed il 30 settembre 2009 (Distretto 1 - Biella esclusa). I progetti individuali di assistenza domiciliare sono stati definiti nel contesto del percorso UVG. È stato stabilito che chi entra nella graduatoria DOMICILIARE esce da quella RESIDENZIALE e viceversa. Tuttavia chi decide di cambiare lista di attesa, conserva comunque la propria 'anzianità di attesa' (data della prima domanda UVG) e non subisce quindi penalizzazioni. Si è anche stabilito di ripartire le risorse economiche disponibili in due parti equivalenti (50% + 50%), destinandone la prima parte alle persone che richiedono un intervento domiciliare ma che non sono in graduatoria residenziale, e la seconda parte a persone che sono già in graduatoria residenziale ma ancora domiciliate in casa propria.

Ciò ha consentito in primis di dare una risposta ai casi in attesa di finanziamento residenziale ma che, per scelta personale o non potendosi permettere il pagamento della retta, sono rimasti in casa propria. Tale scelta ha anche consentito, come già evidenziato nei capitoli precedenti, di ridurre sensibilmente il numero di persone in lista di attesa residenziale. Tale cambiamento dovrebbe innescare, se mantenuto nel tempo, anche positivi effetti sui tempi di attesa per il finanziamento residenziale.

Dal punto di vista della gestione dell'offerta ed in relazione alle richieste provenienti dal territorio, è imprescindibile l'analisi del contesto di riferimento rispetto al grado di realizzazione dell'integrazione dei servizi sociosanitari: un alto livello di collaborazione fra gli attori coinvolti nella programmazione ed attuazione delle attività, permette di sviluppare un sistema di risposta più efficiente ed efficace.

Integrazione istituzionale

L'integrazione istituzionale fra ASL BI, Consorzi e Città di Biella rappresenta un punto di forza del sistema. La sottoscrizione di importanti accordi (ad esempio, recentemente, per l'applicazione della DGR 6.4.2009, n. 39-11190) segnala un approccio condiviso sul tema degli interventi a favore delle persone anziane non autosufficienti.

Tale collaborazione istituzionale si estende al raccordo anche con tutti gli attori presenti nel sistema: in particolare con le maggiori sigle sindacali ed i Coordinamenti delle Strutture per anziani, al fine sviluppare in modo congiunto azioni volte a migliorare l'erogazione dei servizi (ad esempio gli accordi sottoscritti il 29 maggio 2007, dai quali sono originati successivi periodici incontri di confronto e concertazione).

Si tratta di un punto di forza di notevole interesse, da utilizzare come risorsa per l'impegno e lo sviluppo di nuovi modelli di organizzazione nel lungo periodo.

Anche i Piani di Zona offrono interessanti spunti di programmazione integrata (*cfr. www.bielleseanziani.it*), anche se non affrontano l'importante nodo della residenzialità.

L'ASL coordina a livello di Direzione strategica e distrettuale le proprie strutture territoriali ed ospedaliere deputate alla gestione del settore anziani (Struttura Complessa di Geriatria, Strutture Semplici Cure Primarie, Struttura Complessa di Medicina Riabilitativa), in accordo con i Consorzi.

E' importante sottolineare che da tempo, e soprattutto nel 2009, la Direzione dell'ASL BI ha promosso un radicale cambiamento inerente la riorganizzazione territoriale, al fine di strutturare in modo più completo, efficiente e vicino ai cittadini le realtà distrettuali e garantire maggiore semplicità di accesso ai servizi, coordinamento delle risorse e presa in carico delle situazioni complesse. Ad esempio, la creazione della Struttura Semplice Cure Domiciliari in entrambe le sedi distrettuali e il decentramento distrettuale di diversi servizi e uffici; ad esempio: Centrale Unificata di Prenotazione (CUP), Cure Domiciliari, Unità di Valutazione Anziani e Handicap (UVG e UVH),

Sportelli Unici Socio Sanitari, etc. Ciò garantirà una sempre maggiore integrazione delle professionalità e delle attività svolte di concerto fra ASL e Servizi Sociali nei confronti dei cittadini.

Integrazione gestionale e professionale (presa in carico integrata)

La normativa regionale di recente approvazione, seppur a tratti scarsamente aderente alle possibilità reali dei contesti lavorativi, offre interessanti elementi per la definizione di regole locali per la costruzione di processi e l'adozione di strumenti per la presa in carico integrata sociosanitaria.

A tutt'oggi l'evoluzione del ruolo dell'Unità di Valutazione Geriatrica - UVG, da porta di accesso alla residenzialità a regista del progetto, avviene con fatica.

Il punto di ingresso al sistema è rappresentato dai Servizi Sociali e dal MMG, che valutano una prima necessità dell'anziano ed avviano il percorso di valutazione e progettazione degli interventi. Vi intervengono tutte le componenti professionali attive: l'UVG con la sua composizione multidisciplinare e specialistica, nonché i servizi domiciliari Sanitari e Sociali.

L'UVG è deputata alla valutazione del caso secondo i criteri prestabiliti e alla individuazione della soluzione più efficace per il singolo utente, anche in relazione alle condizioni di contesto della persona, delle condizioni economiche e della disponibilità dell'offerta.

Vanno meglio sviluppate le reali possibilità – da parte dell'UVG - di disporre degli strumenti alternativi alla residenzialità per la risposta ai bisogni riscontrati, al fine di diventare un reale "ordinatore di spesa" per i servizi sociali e sanitari.

Per quanto concerne i sistemi di gestione informatizzata, si nota come vengano raccolte moltissime informazioni, ma ci siano difficoltà ad ottenere sintesi di dati integrati (relativi sia ai servizi sociali che a quelli sanitari) per il governo e la gestione dei casi (Sistema Informativo). A causa di impedimenti legati perlopiù alla tipologia dello strumento informatico utilizzato, i dati operativi raccolti dalle strutture dell'ASL o sul territorio vengono difficilmente condivisi o resi disponibili a tutti gli operatori, perdendo in questo modo parte della loro funzionalità operativa e velocità di utilizzo.

Anziani inseriti in struttura e Spesa sanitaria per i servizi residenziali

Anche grazie ad appositi fondi regionali, l'impegno economico dell'ASLBI per gli interventi residenziali ha avuto un deciso incremento negli ultimi anni.

Tabella 21 – Confronto dati di spesa quota socio-sanitaria

STUTTURE RESIDENZIALI	Spesa quota sanitaria 2006	Spesa quota sanitaria 2007	Spesa quota sanitaria 2008
Post Degenza e Cure Intermedie	650.374	698.913	777.404
Nucleo Residenziale Alzheimer	320.762	351.640	353.798
Hospice di Biella	746.591	806.051	792.178
RSA e RAF (alta, media e bassa intensità)	8.134.481	9.952.820	10.420.536
TOTALE RESIDENZIALE	9.852.208	11.809.424	12.343.916

Nel caso in cui abbiano un reddito insufficiente, gli anziani in struttura a proprie spese e in lista di attesa per la quota sanitaria, possono eventualmente beneficiare dell'integrazione-retta da parte dei Servizi Socio Assistenziali senza attendere il pagamento della quota sanitaria. Per quanto concerne l'impegno economico da parte di ASL e Consorzi, si riportano alcuni dati di sintesi inerenti il totale della spesa per l'area anziani nel 2008 e la relativa suddivisione.

Tabella 22 – Totali di spesa per tipologia

STIMA SPESA ANZIANI 2008			TOTALE	ASL	Consorzi
DOMICILIARE E RESIDENZIALE			19.453.642	16.213.157	3.240.485
Domicilio	Assistenti Familiari	Quota per pagare contributi	108.000		108.000
		Assegni di cura x assumere	610.960		610.960
		Legge "Bindi" x formazione	30.000		30.000
	Supporto domiciliare	Telesoccorso	53.000		53.000
		Cure Domiciliari	4.603.939	3.343.017	1.260.922
Semi-residenziale		CDI	362.250	258.470	103.780
		CDA	387.754	267.754	120.000
Residenziale Temporaneo		Ricovero Temp. di Sollievo	25.000		25.000
		Post-Degenza e SCI	807.404	777.404	30.000
		Hospice	792.178	792.178	
		Nucleo Dementi	353.798	353.798	
Residenziale		RAF bassa		971.262	
		RAF media	11.319.359	5.080.300	898.823
		RSA alta			

Le risorse delle quote sanitarie, che finanziano i progetti di inserimento, sono così ripartite:

Tabella 23 – Distribuzione percentuale dell’impegno economico ASL BI 2008 per tipologia di fascia assistenziale

Fascia di intensità assistenziale	BASSA	MEDIA	ALTA
Percentuale	9,4 %	48,6 %	42,0 %

Caratteristico del sistema è l’investimento di risorse ingenti, ma non equamente distribuite sulla popolazione obiettivo:

- Per l’attività residenziale lungoassistenziale 2008 si sono investiti oltre 11 milioni di euro/anno per circa 700 persone (€ 15.714 pro/capite/anno)
- Per l’attività territoriale domiciliare circa 4.700.000 euro per oltre 2.600 persone (€ 1.778/pro capite/anno)
- Da notare, che le nuove forme di assistenza domiciliare (ad esempio: assistenti familiari) rappresentano un fenomeno non conosciuto, anche dal punto di vista economico.

Di seguito una anticipazione dei dati di spesa inerente al settore relativi al **1° semestre 2009** :

Tabella 24 – Dati relativi all’impegno economico ASL BI per tipologia di fascia assistenziale e giornate erogate

Intensità assistenziale	DISTRETTO 1			DISTRETTO 2			TOTALI
	Spesa in €	giornate	%	Spesa in €	giornate	%	Spesa in €
BASSA	543.246,00	16.389	17,5	183.682,00	4.780	12,5	726.928,00
MEDIA	1.773.905,00	47.523	50,6	676.738,00	18.077	47,2	2.450.643,00
ALTA	1.487.918,00	29.990	31,9	750.522,00	15.403	40,3	2.238.440,00
TOTALI	3.805.069,00	93.902		1.610.942,00	38.260		5.416.011,00

Per quanto concerne la quota sociale di integrazione della retta sostenuta dai Consorzi, *CISSABO* (dato 2008) integra 36 rette (14 alta intensità, 19 media intensità, 3 bassa intensità) per posti presso strutture convenzionate, con una spesa complessiva di € 76.245,31 e integra ulteriori 43 rette presso strutture non convenzionate, per un importo di ulteriori € 165.578,02. Il costo complessivo per il Consorzio è perciò pari a € 241.823,33.

Il Consorzio IRIS (dato 2008 riferito a tutti i Comuni, compresa Biella) integra 53 rette in strutture convenzionate, per una spesa totale di 209.893,35 € e sostiene ulteriori 85 rette in strutture non convenzionate, investendo altri 448.391,37 €. Il costo complessivo per il Consorzio è perciò pari a 658.284,72 €.

L'esigenza di dati più puntuali sulla situazione degli anziani non autosufficienti del territorio e sulle strutture residenziali ad essi dedicate deriva dalla presenza di alcuni nodi problematici relativi a tali servizi, evidenziati anch'essi negli accordi⁴ e qui brevemente riportati.

1) Il passaggio ad un sistema di convenzioni "aperto"

Il primo nodo è rappresentato dal fatto che il settore della residenzialità per gli anziani del territorio si trova in una fase di radicale cambiamento, dovuta principalmente al passaggio da un sistema di convenzioni "chiuso" ad un sistema "aperto".

Il sistema di convenzioni "chiuso" tra il servizio pubblico e le strutture, nel quale l'Azienda sanitaria riconosce la quota economica, in accordo con i Consorzi che eventualmente integrano la restante parte della retta, ad un numero predefinito di posti letto, collocati soltanto in un numero ristretto di strutture, è mutato in un sistema "aperto", in cui l'anziano/a che ha fatto domanda per l'inserimento in struttura residenziale e rientra nel suddetto numero di posti, può oggi scegliere tra tutte le strutture iscritte nell'Albo fornitori dell'ASL BI (o accreditate presso altre ASL) che abbiano i requisiti richiesti dalla valutazione dell'Unità Valutativa Geriatrica (UVG) sul suo caso. Generalmente, quindi, l'anziano/a non entra più nel posto letto che si è liberato presso una struttura convenzionata, ma tende a scegliere un posto più vicino alla propria residenza.

Tale cambiamento ha sollevato **questioni inerenti al potenziale accesso ai finanziamenti pubblici** da parte di strutture che in precedenza ne erano escluse e, viceversa, la perdita potenziale di finanziamenti da parte di quelle strutture che prima ne avevano garanzia.

Si è di conseguenza **"impennata" in breve tempo la richiesta di valutazioni UVG** per l'inserimento in struttura residenziale, in quanto hanno fatto richiesta della quota economica sanitaria anche anziani che erano già inseriti a proprie spese in strutture prima non convenzionate ma oggi iscritte all'Albo fornitori ASL BI, a seguito del sopraggiungere di problemi di non autosufficienza o anche semplicemente in previsione di essi (visti i tempi lunghi di attesa). Ciò ha comportato un **considerevole allungamento della lista d'attesa** per ottenere l'integrazione della retta e ha **evidenziato come i criteri per la definizione della lista stessa siano cruciali**.

⁴ "ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI. Accordi tra ASL 12, IRIS, CISSABO, Città di Biella, CGIL, CISL, UIL e Coordinamenti delle Strutture per Anziani", 29 maggio 2007, pagg. 5-7.

2) L'inadeguatezza del numero complessivo di posti letto "finanziati" che sono stati pertanto aumentati;

3) La scarsa conoscenza del fenomeno degli anziani non autosufficienti.

Il secondo nodo problematico consiste nell'esistenza di una **zona "grigia" di anziani non autosufficienti** che, in quanto non entrano in contatto con i servizi attraverso il percorso "domanda - valutazione UVG - inserimento in lista d'attesa", non sono conosciuti dal sistema pubblico. Tali anziani sono, nella migliore delle ipotesi, persone che possono provvedere con risorse proprie, economiche e relazionali, alla propria non autosufficienza e, nella peggiore delle ipotesi, sono anziani che vivono in solitudine una situazione altamente problematica.

La non conoscenza di tale zona grigia rende, inoltre, difficile una programmazione adeguata dei servizi che finiscono per essere erogati in maniera continua e sufficiente ad alcuni, e in maniera discontinua e non sufficiente ad altri.

4) La disponibilità disomogenea sul territorio del numero di posti letto e dei livelli di assistenza.

Ai nodi problematici precedentemente illustrati, si aggiunge il fatto che la distribuzione territoriale dei posti letto, di differenti tipologia (RSA, RAF, RAA, RA, Centri Diurni, Centri Diurno Alzheimer, Nuclei Alzheimer Temporanei) è disomogenea rispetto ai bisogni emergenti.

5) L'attivazione di strutture residenziali che non tiene conto dell'effettivo bisogno (domanda) di tale tipologia di struttura nel territorio di riferimento.

In alcune zone del territorio l'attivazione, da parte di alcune Amministrazioni Comunali, di nuove strutture, talvolta frutto di passate decisioni politiche anche sostenute dal Servizio Sanitario (regionale e/o locale), rischia oggi la non sostenibilità economica, ad esempio per la collocazione in un'area in cui vi è già un eccesso di offerta per quella tipologia assistenziale. Problemi analoghi si pongono con la nascita di strutture private. Occorre valutare cosa possa fare concretamente l'ente pubblico per "regolare" la distribuzione territoriale anche di queste strutture.

6) Un sistema di programmazione "storico" dei servizi per gli anziani centrato più sulle strutture che sui problemi dell'anziano.

Negli anni la programmazione dei servizi per gli anziani sembra aver tenuto sempre più conto di una visione orientata ai problemi delle strutture residenziali, piuttosto che una visione centrata sui problemi dell'anziano/a e sulla varietà di soluzioni possibili.

Il rischio di tale orientamento è quello di spostare impropriamente l'asse degli interventi da un ideale equilibrio tra le risposte ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali, a una posizione per cui la risposta dell'istituzionalizzazione, cioè dell'inserimento in struttura residenziale per un periodo indefinito, tende a diventare prevalente.

Altre **ulteriori criticità** e considerazioni possono essere sintetizzate come segue:

- Esiste nel territorio biellese una straordinaria dotazione di posti letto per anziani non autosufficiente (il quadruplo rispetto al torinese, il doppio rispetto alla media regionale);
- L'ASL (ed i Consorzi Socioassistenziali) stanziavano una quantità di fondi assai rilevante (tra le più alte in Piemonte) e finanziavano in tal modo un numero di posti in Casa di riposo anch'esso tra i più alti in Regione;
- Le rette riconosciute alle strutture Biellesi sono tra le più alte del Piemonte;
- Nonostante l'ingente investimento di risorse, sembra permanere nel Biellese una sorta di "corsa all'istituzionalizzazione";
- Molti anziani, preoccupati per il loro futuro (o forse non adeguatamente rassicurati, anche da parte dei servizi sanitari e sociali) rivolgono domanda per entrare in struttura a titolo cautelativo o precauzionale. Questa intuizione è confermata dal fatto che, ogni qualvolta si libera un posto per un finanziamento, si contattano le persone in testa alla lista ma, a meno che non siano già in struttura a proprie spese, se sono ancora in casa propria, molte rinunciano all'inserimento;
- Il risultato finale è rappresentato dal "rigonfiamento" delle liste di attesa in modo esagerato e non realistico.
- Negli ultimi anni è emersa con forza anche la criticità del sistema deputato alla Vigilanza delle Strutture per Anziani (e non solo), soggetta a un incremento difficilmente sostenibile del numero di valutazioni e ri-valutazioni necessarie. Un considerevole sforzo è stato messo in atto per avviare la trasformazione di questo settore in un sistema che, a fianco delle necessarie funzioni ispettive e sanzionatorie, inserisca funzioni di supporto e affiancamento

ai processi di miglioramento qualitativo e di riconversione delle strutture esistenti. Un ruolo importante in tale processo potrà essere svolto anche dagli specialisti geriatri dell'ASL che, a seguito di precise scelte della Direzione Aziendale, possono ora contare su una maggiore disponibilità di tempo da dedicare a tale settore (oltre che alle sedute UVG). Il processo di accreditamento delle strutture per anziani recentemente avviato dalla Regione Piemonte, nonostante sia indubbiamente necessario e positivo, costituisce tuttavia, al momento, anche un ulteriore considerevole aggravio di impegni per il sistema della vigilanza.

- Non esiste un sistema informatizzato che permetta la condivisione fra gli attori coinvolti (ASL, Consorzi e Strutture) di informazioni relative all'offerta e alla domanda: caratteristiche organizzative, strutturali e di servizio e dati relativi all'utenza e alle prestazioni non vengono censiti in una banca dati complessiva;
- Le risorse economiche disponibili sono limitate e la possibilità di impiego si sta progressivamente esaurendo, non solo in relazione al "consumo" delle risorse durante l'arco dell'anno, ma in relazione alla crescita delle richieste da soddisfare e degli investimenti destinati complessivamente alla gestione dell'area Anziani: negli anni le risorse economiche investite sono state sempre maggiori, ma non si sono prodotti significativi miglioramenti in termini di abbattimento delle liste di attesa o di aumento delle quote integrative della retta giornaliera. Tale situazione interessa sia l'ASL che i Consorzi ed è probabile che, nel medio periodo, porti ad un "blocco" forzato e non ragionato degli accessi al sistema.

Indicazioni relative al sistema della residenzialità

In termini generali, sulla scorta di quanto emerso nel presente documento, si può affermare che è necessario avviare un processo che conduca, con la necessaria gradualità, il settore delle residenze ad un “allineamento” con la strategia generale di intervento.

Più nello specifico gli interventi da prevedere si riferiscono prioritariamente alle esigenze di:

- riportare il sistema ad una maggiore equità nella distribuzione delle risorse che difficilmente si potranno espandere ulteriormente;
- garantire una maggiore correlazione del sistema di offerta con i reali bisogni del territorio;
- garantire coerenza tra condizioni delle persone ospiti delle strutture e le caratteristiche strutturali, organizzative e gestionali delle stesse;
- aumentare il livello di appropriatezza nel ricorso alle strutture residenziali;
- garantire maggior tempestività nel riconoscere – a chi ne ha diritto - il sostegno economico per far fronte ai problemi di non autosufficienza;

Per raggiungere questi obiettivi, il gruppo di lavoro tecnico ha evidenziato quattro strategie di intervento che innescano alcune indicazioni e macroazioni sui due assi portanti del sistema:

- l'asse strutturale dell'offerta (il numero, la tipologia delle strutture e dei posti letto e la loro distribuzione territoriale);
- l'asse gestionale dell'offerta (i meccanismi operativi e le regole di finanziamento che possono determinare maggior efficacia, efficienza e qualità ed equità nel governo del sistema).

Vengono proposte le strategie di:

- Contenimento dell'offerta esistente;
- Riconversione dell'offerta esistente;
- Sviluppo e miglioramento degli strumenti di governo;
- Riconversione delle risorse.

La strategia di stabilizzazione/contenimento dell'offerta esistente

E' stato ampiamente dimostrato in questo documento come la dotazione di posti letto nel biellese sia già sovradimensionata se riferita ad altri contesti simili a livello regionale e nazionale.

Si è visto anche come l'investimento di risorse economiche che l'ASL e i Comuni stanno impiegando sul sistema sia già molto elevato ed è bene sottolineare ancora come sia poco realistico pensare che, nel breve-medio periodo, tale investimento potrà essere ulteriormente incrementato in maniera significativa.

Dal punto di vista aziendale e dei Consorzi, inoltre, preme sottolineare come, qualora si realizzasse l'opportunità di modificare o incrementare le risorse investite nel sistema, esse verrebbero impiegate per il rafforzamento degli interventi di carattere domiciliare.

Per queste ragioni, la prima indicazione che si intende fornire con questa proposta di piano, è di considerare, almeno per il biennio 2010-2011, ampiamente coperto il fabbisogno di posti letto per strutture residenziali per anziani nel territorio dell'ASL di Biella.

Tale condizione impegna l'ASL a deliberare di conseguenza in caso di richieste di pareri da parte della Regione ai fini della valutazione di congruità ai sensi dell'art. 8ter del D. Leg.vo 229/99 per l'autorizzazione di nuove strutture per anziani non autosufficienti (RAF ed RSA).

Si ritiene di suggerire che tale condizione debba essere tenuta in considerazione dai Consigli Comunali che, nella propria autonomia, si trovano nella condizione di valutare l'integrazione di posti letto presso i propri territori di competenza. La condizione inerente le ingenti risorse economiche già investite sul territorio suggerisce la necessità di valutare l'impatto delle decisioni di ognuno sulla comunità sovralocale.

La strategia di riconversione dell'offerta esistente

Si è visto come la struttura dell'offerta residenziale per la popolazione anziana sia caratterizzata dalla presenza di una significativa componente di posti letto destinati ad ospitare anziani **autosufficienti** (circa 700). Anche se ad oggi non ci sono elementi certi per confermarlo, è ragionevole supporre che una rilevante quota degli anziani accolti in tali residenze sia andata incontro alla perdita totale o parziale dell'autosufficienza e che quindi richieda, per una corretta risposta ai nuovi bisogni, di essere ospitata in strutture con standard strutturali ed organizzativi adeguati. In questo caso, il raggiungimento di un maggior livello di appropriatezza negli interventi

residenziali, può essere garantito, laddove le condizioni dello specifico contesto lo consentano, attraverso la riconversione dei posti letto esistenti.

Al fine di definire con precisione la reale necessità e potenzialità di riconversione dei posti letto attualmente autorizzati per accogliere persone anziane autosufficienti, è necessario realizzare nel 2010 un processo di revisione dell'offerta residenziale per autosufficienti che comprenda:

- un approfondimento della conoscenza degli ospiti presenti in tutte le strutture residenziali per anziani autosufficienti dell'ASL;
- un approfondimento della conoscenza delle caratteristiche strutturali ed organizzative delle residenze per anziani autosufficienti dell'ASL al fine di valutare la dimensione e la sostenibilità di eventuali percorsi di riconversione.

Gli esiti della revisione dell'offerta residenziale per autosufficienti e degli altri interventi pianificatori previsti nella presente proposta di Piano, forniranno, al termine del primo biennio di vigenza, gli elementi necessari a riconsiderare la strategia di stabilizzazione e contenimento dell'offerta ed eventualmente stabilire, anche limitatamente ad alcuni territori, l'eventuale esistenza di un fabbisogno di posti letto per non autosufficienti.

In questo senso, anche in considerazione delle caratteristiche dei Comuni del territorio biellese (numerosi e di piccole o piccolissime dimensioni), si considera imprescindibile che la valutazione di un eventuale fabbisogno di nuove strutture venga effettuata in momenti di decisione sovracomunale deputati alla programmazione locale.

In tale senso, le norme attribuiscono un ruolo fondamentale al Comitato dei Sindaci di Distretto (e, in corrispondenza, all'Assemblea dei Sindaci dei Consorzi), che si configura come sede ideale per il citato confronto, così come previsto anche nelle Linee Guida alla redazione dei prossimi Piani di Zona. In tale percorso assume maggior rilievo, rispetto al passato, il ruolo della Provincia. Resta anche aperto in tale ambito la criticità, al punto di vista organizzativo, derivante dal fatto che uno dei Comuni assistiti dall'ASL di Biella (Viverone) fa capo ad un consorzio Comunale della provincia limitrofa di Vercelli.

E' molto importante, inoltre, che le decisioni da assumere, riguardo all'offerta residenziale, siano armonizzate con il resto degli interventi da programmare a favore delle persone anziane non autosufficienti del territorio ed avvengano assicurando logiche di partecipazione e concertazione dei diversi attori del welfare locale.

La strategia di sviluppo e miglioramento degli strumenti di governo

In più circostanze, nel presente documento, sono stati evidenziati gli obiettivi che ASL e Consorzi hanno identificato come prioritari per condurre le residenze per anziani non autosufficienti del biellese verso un sistema caratterizzato da maggiore efficacia, efficienza, qualità, appropriatezza ed equità. Per queste finalità è fondamentale poter disporre di un adeguato sistema di raccolta, passaggio, condivisione ed elaborazione delle informazioni. Si è visto come oggi la realtà presenti una importante produzione di informazioni sugli anziani e sulle strutture, ma tali indicazioni risultino difficilmente disponibili in forme sintetiche ed integrate. Non esistono infatti dei *database* condivisi tra ASL, Comuni e Strutture e lo sviluppo di procedure informatiche è ancora molto limitato.

Per queste ragioni è necessario **progettare e realizzare un sistema informativo della residenzialità** che comprenda:

- l'informatizzazione dei dati attualmente raccolti dai diversi attori del sistema (UVG, Uffici Amministrativi di ASL e Comuni, singole strutture per anziani, ecc.)
- definizione di procedure informatizzate per tutte le strutture (ad esempio sui movimenti degli ospiti: entrate, uscite, ricoveri...) anche ai fini della gestione delle pratiche amministrative;
- lo sviluppo – in particolare attraverso l'uso di piattaforme *web* - di strumenti di integrazione e di interfacciamento dei diversi *database*;
- la disponibilità di strumenti di *datawarehouse* utili alla redazione di reportistiche standard e dinamiche che consentano di definire un "cruscotto" per il monitoraggio del sistema.

La disponibilità di questi strumenti permetterà l'acquisizione di molti più dati (ad esempio, la ricostruzione dei "flussi" tra territori e strutture) utili alla definizione di una più precisa rappresentazione del fabbisogno dei singoli territori, elemento fondamentale ai fini di una corretta programmazione locale.

La strategia di miglioramento del governo non può prescindere da un rinnovato intervento in termini di promozione della qualità, anche attraverso la revisione e lo sviluppo della funzione di vigilanza, in precedenza descritto.

Un'importante occasione per rilanciare i temi della promozione della qualità nelle strutture è fornita dalla recentissima DGR che prevede **l'avvio dei processi di accreditamento istituzionale** anche per le strutture per anziani non autosufficienti. Sarà molto importante definire operativamente

l'assetto locale dell'accreditamento istituzionale per renderlo, quanto più possibile, funzionale alla strategia generale che è stata esposta in questo documento. L'accreditamento non può e non deve rappresentare solo un adempimento burocratico, ma deve rappresentare uno strumento centrale per il governo del sistema verso il miglioramento della qualità.

E' pensabile, ad esempio, definire in modo univoco gli step processuali dell'accreditamento, individuando degli indicatori di qualità (e i relativi strumenti di rilevazione) utili alla valutazione delle strutture e dei servizi erogati, al fine di incentivare, attraverso riconoscimenti di tipo economico e non solo, da parte di ASL e Consorzi, lo sviluppo di un circuito virtuoso di miglioramento.

Nei primi mesi del 2010 sono stati presi ulteriori accordi tra l'ASL, i Consorzi IRIS e CISSABO e la Città di Biella, che riguardano un **miglior utilizzo delle risorse dedicate al finanziamento della quota sanitaria degli interventi residenziali**.

Ferma restando l'intenzione, da parte dell'ASLBI, di mantenere l'attuale impegno economico a sostegno della residenzialità per anziani non autosufficienti e l'intenzione di utilizzare ogni eventuale risorsa disponibile per potenziare il sistema di assistenza domiciliare, si ritiene che il contenimento delle liste di attesa per l'assegnazione della quota sanitaria passi, non solo da un maggior sostegno della domiciliarità, ma anche da un diverso e più articolato utilizzo degli interventi residenziali. Infatti la disponibilità, in particolare, di interventi residenziali **temporanei**, può evitare il ricorso inopportuno a interventi residenziali **definitivi**, per far fronte a problemi passibili di soluzione a breve termine. Può trattarsi di interventi residenziali temporanei contraddistinti da caratteristiche di **urgenza** (ad esempio per far fronte ad un improvviso episodio clinico acuto con buone possibilità di recupero, oppure per un improvviso venire meno temporaneo del care-giver) oppure **programmabili** (ad esempio per una prevista assenza del care-giver che normalmente fa fronte adeguatamente all'assistenza domiciliare ma che ha necessità di un periodo di sollievo o di assenza per altri impegni).

Per quanto riguarda l'assegnazione della quota sanitaria in via definitiva, ci si riferisce a persone che abbiano i requisiti minimi per l'accesso a tale forma di finanziamento, in pratica almeno i 5 punti sanitari minimi per l'accesso alla BASSA intensità assistenziale. Si ritiene invece che, per i casi di assegnazione temporanea della quota sanitaria, essendo questi finalizzati al mantenimento della persona al proprio domicilio, possano valere gli stessi criteri adottati per gli interventi domiciliari: almeno 4 punti, di cui almeno 2 sanitari.

L'attuale modalità di finanziamento della quota sanitaria, per gli inserimenti nelle strutture RESIDENZIALI per anziani non autosufficienti, prevede l'impiego della quasi totalità delle risorse

per il finanziamento dei casi inseriti in lista di attesa. Somme di minore entità sono invece riservate, e impiegate con modalità di accesso diverse dalla lista di attesa, per alcuni casi o settori particolari, come si evidenzia dalla seguente tabella riferita all'anno 2009:

Durata	Attesa	Decisione	Provenienza	Spesa	P.L.	Descrizione
Definitivo	Media 2 anni	UVG	Varia	10.679.768	727	RSA-RAF per circa 780 persone, mediante lista di attesa
	Urgente	UVG	Ospedale	180.000 ⁵	9 circa	10 persone/anno, per cui l'Ospedale ritiene necessaria l'assegnazione urgente della quota sanitaria.
Temporaneo	Urgente	UVG D1	Varia	362.031	20	Nucleo residenziale Alzheimer , collocato presso una RSA della zona.
	Urgente	Ospedale	Ospedale	408.000 ⁶	23	Postdegenza e Continuità Assistenziale attivata dalla Geriatria e Fisiatria Ospedaliera in fase di dimissione
	Urgente	Altro	Varia	69.814	4	SCI di Trivero, assistiti dai MMG della zona (quindi riservati a tale zona), inseriti dal Distretto su proposta dei medesimi e dopo valutazione con MMG, Infermiera e A.S. Spesso utilizzati in fase di dimissione da Ospedali diversi
	Urgente	Ospedale	Varia	811.461	10	Posti citati per completezza di informazione (in quanto in buona parte anziani), attivati dal reparto ospedaliero di Cure Palliative.

Escludendo i casi particolari (Alzheimer, Hospice e SCI, quest'ultimo per via delle piccole dimensioni e del fatto che è circoscritto ad un piccolo ambito territoriale), emerge come i Distretti già ora finanzino un discreto numero (23) di posti letto residenziali temporanei collocati sul territorio, ma preferenzialmente riservati a percorsi di dimissione ospedaliera. Parimenti le assegnazioni definitive urgenti della quota sanitaria sono solo a provenienza ospedaliera.

Si sente in particolare la mancanza, per quanto attiene la quota sanitaria, di posti letto a provenienza territoriale, alternativi al ricovero inappropriato in ospedale e/o alternativi alla degenza in struttura a tempo indefinito, URGENTI e/o TEMPORANEI. Si intende quindi ripartire in modo più articolato le risorse disponibili per il pagamento della quota sanitaria in strutture residenziali, riservandone una parte anche alle degenze di provenienza territoriale, urgenti e/o temporanee, come descritto nello schema seguente (in **grassetto** sono riportate le quote di nuova individuazione):

⁵ Si tratta generalmente di casi gravi, ad alta intensità assistenziale. L'importo è stato stimato moltiplicando per 365 gg/anno la quota sanitaria di 49,43€, moltiplicando quindi il totale per 10 (il numero di casi/anno). La stima è molto approssimativa in quanto se da un lato i 10 casi non occupano i letti per tutto l'anno, dall'altro ogni anno porta con sé anche il pagamento di parte delle urgenze attivate negli anni precedenti.

⁶ Calcolo effettuato sulla base delle rette stabilite dalla Regione, in quanto la struttura è di proprietà ASL.

	URGENTE	NON URGENTE
DEFINITIVO	€ 180.000 per provenienza Ospedaliera. € 90.000 per provenienza Territoriale (60.000 x residenti nel D1 e 30.000 per D2)	€ 10.410.000 per Lista di attesa (occorre puntare gradualmente ad una distribuzione più omogenea tra i due distretti)
TEMPORANEO	€ 408.000 x 23 letti di Postdegenza in uscita dall'Ospedale. € 90.000 per provenienza Territoriale (60.000 x residenti nel D1 e 30.000 per D2) € 362.000 x Nucleo Residenziale Alzheimer € 70.000 per SCI di Trivero € 811.000 per Hospice	€ 90.000 per provenienza Territoriale (letti di sollievo) (60.000 x residenti nel D1 e 30.000 per D2)

Si ritiene opportuno, al termine di ogni anno, rivalutare l'adeguatezza della ripartizione, nel suo complesso, sulla base delle necessità emerse.

Nel monitoraggio dell'utilizzo dei fondi, occorre anche considerare un ulteriore cambiamento di recente insorgenza, riguardante il settore **semiresidenziale**. Vengono attualmente finanziati 45 posti in **Centro Diurno Integrato (CDI)**, collocati interamente presso il Distretto 1. Si tratta di 20 posti presso la Casa di Giorno di Biella e 25 posti presso il centro "Tut'l di" a Candelo. Recentemente sono tuttavia stati accreditati 20 posti presso la residenza Maria Grazia di Lessona (Distretto 2) oggetto di futuro contrattualizzazione da parte dell'ASL e 5 posti presso la "Domus Tua" di Tollegno (Distretto 1) già contrattualizzati.

Ciò determinerà una disponibilità di posti in Centri Diurni per anziani non autosufficienti, superiore a quella attuale e meglio distribuita sul territorio Biellese.

Poiché l'attivazione di un Posto in CDI viene stabilita all'interno dell'UVG con i criteri e le procedure definite dalla DGR 39 / 2009 per gli interventi a sostegno della domiciliarità, si confida che questa nuova disponibilità contribuisca ad un ulteriore contenimento del numero di persone in lista di attesa per l'assegnazione di una quota sanitaria residenziale.

Criteri per le assegnazioni URGENTI

L'assegnazione urgente di quote sanitarie, siano essi definitive o temporanee, a provenienza Ospedaliera o Territoriale, richiede una precisa definizione dei criteri da adottare da parte dell'UVG, per l'individuazione dei casi. Infatti, fino ad oggi, per i casi valutati durante la degenza Ospedaliera, viene ovviamente ridotta la possibilità di valutazione medica, sociale e infermieristica effettuata al domicilio del paziente. La valutazione è quindi, per forza di cose, 'sbilanciata' sul piano clinico specialistico e sul contesto 'protetto' ospedaliero.

Si è ritenuto opportuno individuare pochi criteri, i più chiari e sintetici possibili, piuttosto che elenchi di condizioni cliniche e socioassistenziali che finirebbero per essere interminabili e difficilmente esaustivi. Si tratta di criteri che, tra tutti i pazienti in lista di attesa, possano giustificare in modo evidente l'assegnazione urgente della quota sanitaria ad una determinata persona, a fronte di un'attesa media, per tutti gli altri, di circa 2 anni (nel 2009). Essi valgono per assegnazioni sia a tempo indefinito che temporaneo. Sono esclusi i casi indirizzati al nucleo residenziale per pazienti Alzheimer.

- 1) La persona deve avere un punteggio UVG di gravità sanitaria pari ad almeno 5 punti (requisito minimo per l'accesso alla Bassa Intensità) in caso di assegnazione definitiva, e di almeno 4 punti (sociali + sanitari) di cui almeno 2 sanitari, per le assegnazioni temporanee.
- 2) La persona NON può oggettivamente essere assistita adeguatamente in un contesto domiciliare (gravità clinica, inadeguatezza dell'abitazione e/o del care-giver) ed è quindi inevitabile il ricorso ad idonea struttura residenziale.
- 3) La persona non è in grado, economicamente, di farsi carico del pagamento della quota sanitaria (la quota alberghiera può comunque eventualmente essere integrata dai Servizi Sociali, sulla base delle risorse disponibili).
- 4) Se l'ingresso in struttura non avviene rapidamente (in caso di provenienza territoriale), oppure subito dopo la dimissione (in caso di provenienza ospedaliera) la persona rischia gravi danni o situazioni di pericolo per sé e/o per altri. NON si considerano invece le situazioni che provocano disagio, scomodità, impegno economico, ecc. per la persona o per i propri famigliari, in quanto queste sono problematiche comuni tra chi si trova in lista di attesa.
- 5) Tutti i 4 precedenti criteri devono essere CONTEMPORANEAMENTE PRESENTI.

La strategia di riconversione delle risorse

La strategia di riconversione delle risorse è forse la più ambiziosa e complessa. Per attuarla compiutamente è infatti necessario che si realizzino condizioni al di fuori delle competenze delle ASL e dei Comuni, per le quali è determinante il ruolo della Regione.

Si tratta di due possibili linee di intervento in forte correlazione tra di loro:

- promuovere lo sviluppo di interventi di domiciliarità da parte delle strutture residenziali;
- promuovere interventi regionali che consentano – anche in forma sperimentale - un utilizzo flessibile ed innovativo delle risorse legate alla non autosufficienza degli anziani biellesi.

La prima linea di intervento - *Promuovere lo sviluppo di interventi di domiciliarità da parte delle strutture residenziali* – muove dalla convinzione che nessuna strategia di contrasto all'istituzionalizzazione potrà essere realmente efficace se non riuscirà a superare un approccio che pone in termini alternativi la residenzialità e la domiciliarità.

Sono perdenti le strategie tese a ridurre il ricorso alle strutture residenziali che non siano in grado di valorizzare lo straordinario patrimonio di esperienza, competenze, risorse umane e strumentali che il sistema delle residenze è in grado di esprimere. Va anche di pari passo affermato con chiarezza e con realismo che non sono sostenibili interventi di contrasto all'istituzionalizzazione che non considerino gli impatti di tali interventi sugli assetti economico-finanziari delle residenze.

Per queste ragioni è necessario promuovere una cultura ed un sistema di regole che non alimentino una competizione tra le risorse in gioco a favore degli interventi per la domiciliarità delle persone anziane non autosufficienti e quelle per il ricorso alle strutture residenziali. Anzi, è necessario reinterpretare il ruolo delle residenze secondo logiche di partenariato con l'ASL ed i Comuni per costruire innovative modalità di presa in carico delle persone anziane, dove le strutture possono rivestire il ruolo di co-gestore dei progetti personalizzati a favore degli anziani, sia che questi vengano realizzati in struttura che a domicilio.

ASL e Consorzi si impegnano a definire i necessari accordi e atti amministrativi utili alla identificazione del percorso operativo da seguire, al fine di sottoporre tale meccanismo alla validazione della Regione Piemonte.

Per avviare questi percorsi innovativi è necessario che l'Amministrazione regionale, infatti, avalli specifiche sperimentazioni o preveda nuove regole per la gestione dei servizi domiciliari, come ricordato nella seconda linea di intervento individuata - *Promuovere interventi regionali che consentano – anche in forma sperimentale - un utilizzo flessibile ed innovativo delle risorse legate alla non autosufficienza degli anziani nel biellese-*.

Per quanto riguarda gli aspetti relativi agli interventi economici a garanzia dei livelli di assistenza nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti, l'Asl ed i Comuni del Biellese hanno

sistematicamente e rigorosamente applicato quanto previsto dagli indirizzi e dai provvedimenti normativi regionali in materia.

Il risultato, però, come già sottolineato, è un sistema dove circa 780 persone possono oggi beneficiare di un importante contributo pubblico per la garanzia dei livelli di assistenza, ma dove molte altre persone (almeno 1000), pur avendo condizioni di bisogno analoghe, non hanno lo stesso beneficio. La quota sanitaria (tra le più elevate del nord Italia), inoltre, essendo un LEA, non tiene conto del reddito della persona.

Sarà necessario riconsiderare a livello regionale l'assetto attuale e verificare la possibilità di introdurre alcuni elementi di flessibilità e di responsabilizzazione dei territori relativamente al tema.

Più in generale sarà importante approfondire la possibilità di pervenire – con la dovuta gradualità - ad un *Fondo unitario indistinto per il finanziamento degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti* del territorio.

Un Fondo dove confluiscono le risorse regionali oggi destinate alle varie tipologie di intervento previste (ad esempio è utile ricordare gli strumenti degli assegni di cura e della quota sanitaria) e le eventuali risorse locali.

La realizzazione di questo Fondo locale rappresenterebbe senz'altro una possibilità molto più incisiva di determinare la trasformazione del sistema verso gli obiettivi previsti.

L'ASL ed i Comuni dovranno farsi parte attiva per approfondire con la Regione la possibilità di realizzare gli interventi individuati.

Sempre riguardo ai fondi finanziari a favore delle persone anziane non autosufficienti, è noto che esiste un Fondo Nazionale a disposizione dei Comuni, vincolato all'utilizzo per l'assistenza agli anziani in condizione di non autosufficienza, ma tutti gli altri finanziamenti, dell'ASL e dei Comuni, non sono vincolati a particolari regole economiche di utilizzo (ad esempio nella ripartizione delle risorse tra interventi domiciliari, semiresidenziali o residenziali), rappresentando il permanere di una situazione di fatto storicamente accettata e la necessità operativa di garantire una continuità assistenziale per le persone inserite nel sistema. Il Fondo, pertanto, potrebbe essere rimodulato dall'ASL, ma ad oggi la volontà di mantenere alto il livello di assistenza anche proseguendo con l'erogazione di ingenti finanziamenti economici a favore degli interventi residenziali, rappresenta per l'Azienda sanitaria una scelta strategica.

Per questo, e tenuto conto di quanto sopraesposto, l'ASL ritiene, per il prossimo futuro, di non investire ulteriormente nell'incremento delle quote sociosanitarie già oggi garantite (fatte salve risorse aggiuntive vincolate dalla Regione a questo scopo), ma di estendere la platea dei beneficiari intervenendo prioritariamente nei confronti di coloro che non ricevono adeguati sostegni economici siano essi già accolti in strutture che assistiti a domicilio.

Il fulcro dell'attenzione si sposterà in modo progressivo sull'anziano non autosufficiente, si trovi esso in una struttura o a domicilio: la valutazione dell'ASL è quella di garantire a lui gli strumenti, economici e di assistenza, affinché possa scegliersi la destinazione più adeguata ed efficiente.

Chiaramente per poter fare delle considerazioni sul tema dei servizi residenziali rivolti agli anziani non sono sufficienti solo i dati relativi alla quantità e alla tipologia di posti letto autorizzati offerti dalle strutture sul territorio, ma è necessario presentare i dati relativi a quanti e quali di tali posti sono iscritti all'Albo fornitori ASL BI, al rapporto tra il posizionamento delle strutture e le effettive possibilità di accesso da parte dei famigliari degli anziani ospiti (viabilità, morfologia del territorio) e a quante e quali strutture sono in fase di ampliamento o di costruzione.

Inoltre, proprio per non rimanere intrappolati nella visione "orientata alle strutture" e non "orientata all'anziano" illustrata nel punto problematico n. 6, il Piano prende in considerazione anche alcuni dati di contesto sulla popolazione anziana delle Aree che compongono i due Distretti: ad esempio la percentuale di anziani residenti, gli indici di vecchiaia⁷ e di dipendenza strutturale degli anziani⁸, le tendenze di crescita, la percentuale di anziani che usufruiscono dei servizi socio sanitari (sia di tipo residenziale che domiciliare) e che, quindi, appartengono ad una fascia che ha una maggiore probabilità di essere o di diventare non autosufficiente.

Come sarà meglio spiegato all'interno di ognuno degli 8 documenti, tale dato non rappresenta la percentuale esatta di anziani non autosufficienti, ma solo una stima atta ad indicare i Comuni in cui il numero dei residenti che richiedono o sono destinatari di servizi è in percentuale maggiore.

Sempre seguendo tale prospettiva, si è voluto anche procedere ad una stima, per ogni Area, non solo dell'offerta di posti letto in struttura nelle varie tipologie assistenziali, ma anche della possibile domanda e, quindi, all'analisi della quantità e della situazione degli iscritti alla lista d'attesa per un progetto di sostegno da parte dei servizi socio sanitari.

Infine, visto che gli accordi dai quali prende vita il presente Piano si basano sul concetto che:

“La programmazione di una risposta adeguata ai principali problemi degli anziani non autosufficienti deve essere basata su una rete di servizi socio-assistenziali e sanitari, pubblici, privati e del terzo settore, che abbia come caposaldo l'obiettivo di mantenere l'anziano il più a

⁷ L'indice di vecchiaia è il rapporto tra anziani ≥ 65 anni e giovani 0 – 14 anni, moltiplicato per 100.

⁸ L'indice di dipendenza strutturale degli anziani è il rapporto tra la popolazione anziana di 65 e più anni e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100. Un indice di dipendenza strutturale alto è sinonimo di un numero elevato di anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente.

*lungo possibile e nel miglior modo possibile, nel proprio contesto abitativo e relazionale, privilegiando quindi, innanzitutto, il settore delle Cure Domiciliari, nella loro accezione più ampia*⁹,

è sembrato opportuno concludere ognuno degli 8 documenti con alcuni dati e alcune considerazioni relative all'utilizzo nell'Area dei servizi domiciliari, anche in confronto con i dati degli anziani dell'Area inseriti in struttura.

Le 8 parti che compongono il presente Piano sono state concepite come parti che potessero fare "vita a sé". Vorrà pertanto il lettore scusare fin da ora gli autori se, nel leggere di seguito tutte le 8 parti, ritroverà espressioni e considerazioni preliminari ripetute. Tale ripetizione è necessaria per fare in modo che, se anche un lettore decidesse di leggere solo il documento relativo all'Area di appartenenza del proprio Comune, sia in grado di confrontare e ricondurre i dati e le considerazioni ivi esposte ad una visione più generale.

⁹ "ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI. Accordi tra ASL 12, IRIS, CISSABO, Città di Biella, CGIL, CISL, UIL e Coordinamenti delle Strutture per Anziani", 29 maggio 2007, pag. 2.

Note sulla redazione del documento

Il documento è stato definito, nella forma e nei contenuti, attraverso periodici incontri di un gruppo di lavoro che ha visto la partecipazione, modificatasi nel tempo, delle seguenti persone:

Dott. Pier Oreste Brusori	Direttore Generale dell'ASL BI
Dott.ssa Isabella Scaramuzzi	Presidente del Consorzio IRIS
Dott. Vittorio Caprio.	Precedente Presidente del Consorzio IRIS
Dott. Roberto Tomat	Presidente del Consorzio CISSABO
Dott.ssa Mariangela Franzoni	Precedente Presidente del Consorzio CISSABO
Dott.ssa Annalisa Sala	Direttore del Consorzio IRIS
Dott.ssa Paola Pomati	Direttore del CISSABO
Dott.ssa Vanna Milani	Assessore ai Servizi Sociali della Città di Biella
Dott.ssa Nicoletta Favero	Precedente Assessore ai Servizi Sociali della Città di Biella
Dott.ssa Germana Romano	Dirigente Servizi Socio Assistenziali della Città di Biella
Dott.ssa Lorena Lucchin	Precedente Dirigente dei Servizi Socio Assistenziali della Città di Biella
Dott. Luigi Savoia	Direttore Distretto 1 di Biella – ASL BI
Dott. Michele Sartore	Direttore Distretto 2 di Biella – ASL BI
Dott. Ranieri Zuttion Dott.ssa Francesca De Luca	ASS n°5 – Bassa Friulana – Palmanova (UD) - Area Welfare di Comunità. In veste di consulenti esterni.
Dott. Carlo Peruselli	Direttore del Dipartimento Ospedale Territorio dell'ASL BI
Dott. Bernardino Debernardi	Direttore della Struttura Complessa Geriatria Postacuzie dell'ASL BI
Dott. Stefano Loss Robin	Dirigente Amministrativo Distretto 1

La stesura del documento è stata effettuata da:

Dott. Ranieri Zuttion Dott.ssa Francesca De Luca	ASS n°5 – Bassa Friulana – Palmanova (UD) - Area Welfare di Comunità
Dott.ssa Francesca Menegon	Prima come Consulente dei Consorzi e Città di Biella, quindi come dipendente della SC Formazione e Comunicazione dell'ASLBI
Dott. Stefano Loss Robin	Dirigente Amministrativo Distretto 1
Dott. Michele Sartore	Direttore Distretto 2 di Biella – ASL BI

Si ringraziano inoltre:

- Le **Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL** e con i **Coordinamenti delle Strutture Residenziali Biellesi CCRB e GRAB**, per le preziose considerazioni e contributi emersi durante periodici incontri, in merito ai contenuti del presente documento.
- Il **Dott. Carlo Prastaro**, Responsabile della Struttura Cure Primarie del Distretto 2 di Cossato dell'ASL BI, per i dati relativi alle Cure Domiciliari Sanitarie e Integrate
- La **Dott.ssa Lorella Masiero**, Assistente Sociale ASL BI, per le informazioni provenienti dal database delle liste di attesa, da lei gestito
- I collaboratori e le collaboratrici dei **Consorzi IRIS e CISSABO** e dei Servizi Socio Assistenziali della **Città di Biella**, per la fornitura dei dati e delle informazioni sull'utilizzo dei servizi domiciliari socio assistenziali e sulle strutture residenziali in ampliamento o costruzione
- I professionisti dell'**ASLBI**, a vario titolo impegnati nel settore dell'assistenza sanitaria alle persone anziane, per aver fornito dati e/o informazioni utili alla stesura del documento.

Un sentito ringraziamento va al Settore Pianificazione e Sicurezza - Sistema Informativo Territoriale Ambientale (SITA) della PROVINCIA DI BIELLA, per la realizzazione di tutte le mappe territoriali e tematiche presenti nel piano, in particolare nelle persone di:

- Arch. Maria Luisa Conti – Responsabile del Settore
- Dott. Mattia Ferrari
- Dott. Andrea Ardito
- Dott. Marco Baietto