



Segreterie Regionali del Veneto

MIGLIORARE I SERVIZI E LE PRESTAZIONI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI NELLA REGIONE DEL VENETO

Documento unitario

Premessa

Il Rapporto annuale 2020 dell'ISTAT evidenzia come "l'aumento della popolazione anziana in Italia costituisca un vincolo e una risorsa, un processo ineludibile per la programmazione delle politiche e la sostenibilità dello stato sociale nel futuro. Un vincolo, per le implicazioni che il carico di malattia comporta in termini di fabbisogno di cura e assistenza; una risorsa perché le persone anziane sono un valido supporto per le famiglie, alle quali spesso forniscono aiuto per la cura dei figli e per il ruolo redistributivo di natura intergenerazionale che svolgono con i loro redditi da pensione nei casi di disoccupazione o di perdita del lavoro dei più giovani, contrastando così il rischio di povertà, soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno. Tale risorsa è garantita solo se caratterizzata da un guadagno di longevità accompagnata anche da buone condizioni di salute".

L'invecchiamento costante della popolazione italiana e veneta e ciò che ne consegue sotto l'aspetto sociale, economico e politico è ritornato alla ribalta e diventato argomento di discussione soprattutto per le ricadute drammatiche dovute alla pandemia.

L'Istituto Superiore di Sanità ha certificato che in Italia, dall'inizio della pandemia (3 Febbraio 2020) al 14 Luglio 2021, i decessi causati dal Covid 19 sono stati complessivamente 127.028.

Di questi 13.112 (10,3%) appartenevano alla fascia d'età 60/69 anni, 32.062 a quella 70/79 (25,5%), 51.251 a quella 80/89 (40,3%) ed infine 24.586 a quella superiore ai 90 anni.

In estrema sintesi: il 95,5% dei deceduti avevano un'età superiore ai 60 anni!

Una recente indagine Istat certifica un abbassamento della speranza di vita rispetto al 2019 che scende a 82 anni (79,7 per gli uomini e 84,4 per le donne).

Per quanto riguarda le strutture residenziali per anziani, la Regione Veneto ha reso noto (27 maggio 2021) che circa il 35% dei deceduti totali (11.546) erano loro ospiti.

Come afferma il recente rapporto del Network Non autosufficienza bisognerebbe leggere le vicende legate al Covid-19 ".....come una lente d'ingrandimento puntata sulla normalità..." considerando ".... la crisi dovuta al Covid-19 uno stress-test estremo sull'abituale realtà dei servizi per gli anziani, che permette di coglierne – con una nitidezza che la normalità non consente – aspetti positivi e criticità.....".

SPI CGIL Veneto

Via Peschiera, 7 30174 Mestre VE
Tel. 041 5497 888 Fax 041 5497 851
e-mail: spi@veneto.cgil.it

FNP CISL Veneto

Via Piave, 7 30171 Mestre VE
Tel. 041 5330 819 Fax 041 5330 824
e-mail: pensionati.veneto@cisl.it

UILP UIL

Via Bembo, 2/B 30172 Mestre VE
Tel. 041 2905 375 Fax 041 2905 590
e-mail: veneto@uilpensionati.it

Per quanto riguarda le criticità, in maniera molto sintetica, si può affermare che sono tre i problemi di fondo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: la frammentazione delle risposte, l'inadeguatezza dei modelli d'intervento e il ridotto finanziamento dei servizi ⁽¹⁾.

Rafforzare il sistema integrato di assistenza ai non autosufficienti significa prima di tutto approvare rapidamente una legge quadro nazionale.

Dare vita a un simile sistema significherebbe compiere ciò che in sanità è avvenuto nel 1978, con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, e nella lotta alla povertà nel biennio 2017/2019, con l'introduzione del Reddito d'Inclusione e del Reddito di Cittadinanza. Verrebbe così riconosciuto che – nella società di oggi – il rischio di non autosufficienza non ha rilievo inferiore a quelli di vecchiaia (previdenza), di malattia (sanità) e di povertà (Rdc) e che, pertanto, bisogna dedicarvi un nuovo pilastro dello stato sociale con pari dignità.

Mettere il sistema in grado di rispondere meglio alle esigenze delle persone e delle famiglie coinvolte permetterebbe anche – seppure in misura non stimabile – di ridurre varie tipologie d'interventi inappropriati nel più ampio welfare sanitario e sociosanitario: il ricorso eccessivo al pronto soccorso, l'ospedalizzazione impropria e il ricovero non necessario in strutture residenziali. ⁽¹⁾

Per l'assistenza agli anziani in Italia la spesa pubblica è del 20% circa inferiore alla media del continente e solo il 17,7% è destinato alla domiciliarità. ⁽²⁾

Sempre in ambito europeo e da sottolineare come l'Italia mantenga il primato nella graduatoria decrescente dell'indice di vecchiaia (168,9) e, insieme alla Spagna, di quello del tasso di fecondità.

Nella nostra Regione, grazie alla mobilitazione del Sindacato Pensionati di Cgil Cisl e Uil, è stata emanata una legge regionale sulla non autosufficienza (L.R. n.30/2009).

Il fondo creato con quella legge nel 2021 ammontava a 832.862.110,00 euro (di cui 60.268.660,00 provenienti dal fondo nazionale) e così sommariamente suddiviso:

Destinazione	Importo
Residenzialità anziani	529.485.710,00
Residenzialità e semiresidenzialità disabili	170.482.700,00
Impegnative di cura domiciliare	109.051.500,00
Altri interventi e somme accentrate a livello regionale	23.842.200,00

Come si può ben notare la cifra destinata alle impegnative di cura domiciliare (anziani e disabili) è pari al 13,10% dell'intero fondo. Una piccola quantità di risorse che contraddice palesemente quanto viene affermato da anni dalla Regione (compreso l'ultimo PSSR) e cioè che "la domiciliarità è la strategia regionale che si intende perseguire", senza peraltro soddisfare pienamente le esigenze di posti letto residenziali.

Il nuovo piano socio sanitario regionale (L.R. n. 41/2018) ha evidenziato, con i numeri, l'impatto sociale, sanitario ed economico delle patologie croniche:

- il 65% delle prestazioni mappate dal sistema ACG (costo complessivo circa 3,25 mld. di euro) riguarda il 38,9% della popolazione veneta con multimorbilità e patologie multiple;
- L'Istat ha stimato che il 18,5% della popolazione anziana presenta quadri patologici che richiedono cure continuative di lungo periodo; per il Veneto circa 197.000 persone.

Il 13 Luglio 2021 è stato definitivamente approvato dal Consiglio europeo il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) italiano nel quale vengono definiti, in relazione a ciascun investimento e riforma, precisi obiettivi e traguardi cadenzati temporalmente, al cui conseguimento si lega l'assegnazione di importanti risorse.

Alla missione 5, componente 2 è prevista l'adozione, entro la Primavera del 2023, di una legge delega sulla non autosufficienza finalizzata alla individuazione formale dei livelli essenziali delle prestazioni e per rafforzare gli interventi in favore degli anziani non autosufficienti (semplificazione degli accessi, riconoscimento della non autosufficienza, introduzione della valutazione multidimensionale, promozione della deistituzionalizzazione).

Nella missione 6 (riforma dell'assistenza sanitaria territoriale) ci sono ulteriori investimenti che possono interessare direttamente gli anziani non autosufficienti: la creazione delle Case della Comunità, il potenziamento delle cure domiciliari (ADI) e della telemedicina, il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia (ospedali di comunità).

Le ricadute concrete del PNRR nel territorio regionale andranno, nei prossimi anni, monitorate attentamente anche rispetto alle proposte contenute nel presente documento.

La delicata situazione psichica, fisica ed economica in cui si trova la persona non autosufficiente e le pesanti ricadute in ambito familiare hanno bisogno dunque di risposte efficaci e tempestive per una reale presa in carico del paziente, per l'equità nell'accesso ai servizi, per un controllo serrato della qualità dei servizi erogati, per una attenzione particolare per le fasce economicamente più deboli della popolazione.

SPI CGIL Veneto

Via Peschiera, 7 30174 Mestre VE
Tel. 041 5497 888 Fax 041 5497 851
e-mail: spi@veneto.cgil.it

FNP CISL Veneto

Via Piave, 7 30171 Mestre VE
Tel. 041 5330 819 Fax 041 5330 824
e-mail: pensionati.veneto@cisl.it

UILP UIL

Via Bembo, 2/B 30172 Mestre VE
Tel. 041 2905 375 Fax 041 2905 590
e-mail: veneto@uilpensionati.it

INTERVENTI GENERALI

1. Integrazione socio-sanitaria

Considerando il Paese nel suo insieme, l'offerta pubblica di assistenza continuativa resta – in netta prevalenza – assai parcellizzata.

Le conseguenze sono note: è impossibile fornire ai singoli anziani pacchetti unitari di risposte coerenti in quanto gli interventi vengono erogati da diversi soggetti, non coordinati tra loro, con logiche e criteri di accesso differenti.

A ciò si aggiunga il fatto che se non è l'attore pubblico a farlo, l'onere di cercare di ricomporre questi interventi in un quadro unitario ricade sulle famiglie.

Si basa infatti su interventi sanitari e interventi sociosanitari erogati da Regioni e Asl, servizi sociali assicurati dai Comuni e l'indennità di accompagnamento a carico dello Stato.

E' dunque prioritario unire i passaggi per accedere all'insieme delle misure – ricomponendo così l'attuale caotica molteplicità di enti, sedi e percorsi differenti – e far confluire le diverse prestazioni ricevute dalle persone in progetti personalizzati unitari⁽¹⁾.

Ciò significa incentivare (anche economicamente) tutte le azioni che portino ad una regia unica della in presa in carico del cittadino sia esso auto o non autosufficiente (delega all'Azienda Ulss e/o consorzi di Comuni appartenenti ad un'area vasta).

Va poi riconsiderata la gestione di diversi servizi a soggetti terzi (non profit e profit) che ha frammentato e reso ancora più problematico il coordinamento degli interventi e la piena garanzia dei diritti dei lavoratori.

Nell'ambito dell'integrazione socio sanitaria, due sono gli argomenti che vanno sicuramente potenziati: la prevenzione e le politiche di genere.

Per quanto riguarda la prevenzione l'Istat (dati 2019) ha fotografato la preoccupante situazione di circa 7 milioni di ultrasessantacinquenni che soffrono di patologie croniche (per uno su cinque si tratta di una malattia cardiaca).

A partire dal piano di zona vanno maggiormente indagati i bisogni di genere modulando risposte ed interventi nei confronti della popolazione femminile. Fragilità e violenza nei confronti delle donne anziane sono alcune delle priorità da affrontare.

Il progetto che da anni la Regione afferma di voler metter in pratica e cioè quello di raggruppare tutte le normative riguardanti gli interventi socio-sanitari in un testo unico, sembra essere stato definitivamente accantonato. Limitarsi al tema specifico della non autosufficienza potrebbe facilitare questo percorso di regolamentazione ed orientamento.

Proposte:

- realizzare un Testo Unico sulla non autosufficienza;
- incentivare la delega dei servizi rivolti agli anziani al Distretto Sanitario e/o attivare dei consorzi in area vasta;
- attivare un sistema di monitoraggio dei servizi e degli interventi per gli anziani non autosufficienti.

SPI CGIL Veneto

Via Peschiera, 7 30174 Mestre VE
Tel. 041 5497 888 Fax 041 5497 851
e-mail: spi@veneto.cgil.it

FNP CISL Veneto

Via Piave, 7 30171 Mestre VE
Tel. 041 5330 819 Fax 041 5330 824
e-mail: pensionati.veneto@cisl.it

UILP UIL

Via Bembo, 2/B 30172 Mestre VE
Tel. 041 2905 375 Fax 041 2905 590
e-mail: veneto@uilpensionati.it

2. Accesso ai servizi

Risulta strategico intervenire sulle procedure di accesso ai servizi rivolti alla non autosufficienza al fine di favorirne l'accessibilità e l'equità.

Per questo è necessario:

- creare percorsi unitari per accedere alla rete degli interventi pubblici, con riferimento al primo contatto e alla valutazione iniziale della condizione di non autosufficienza;
- ricomporre l'attuale frammentazione tra enti, sedi e percorsi differenti.

Risulta fondamentale rafforzare i Punti unici di accesso (PUA), in modo che svolgano effettivamente le seguenti funzioni: garantire informazioni sull'intera gamma di misure disponibili, ricevere le domande, orientare famiglie e anziani nella rete degli interventi e accompagnare alla valutazione e all'erogazione delle prestazioni ⁽¹⁾.

Proposte:

- vanno rafforzati e qualificati i punti di accesso unici (PUA) garantendo una diffusione capillare nei distretti sanitari;
- semplificare le procedure per quanto riguarda gli interventi da parte dell' Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, dei servizi di Assistenza domiciliare integrata e di assistenza domiciliare comunale.

3. Domiciliarità

Il bisogno di assistenza domiciliare in Italia è stimato in almeno il doppio se non il triplo dell'attuale offerta⁽²⁾.

Nel 2018 il numero di anziani veneti non autosufficienti che vivevano in famiglia era stimato in 149.000 persone, cui andavano aggiunti 31.197 ospiti delle strutture residenziali. Il totale dei non autosufficienti era quindi pari a 180.197 unità ⁽³⁾.

Buona parte degli interventi economici del fondo regionale per la non autosufficienza sono concentrati nella residenzialità degli anziani (più di 529 mln.).

Agli interventi domiciliari (ICD) è riservato un ottavo dell'intero fondo (circa 109 mln.).

Di conseguenza, solo una minima parte di queste ultime risorse sono a favore degli anziani non autosufficienti accuditi a livello domiciliare da parenti e assistenti familiari.

Proposte:

- elevare gli stanziamenti per l'assistenza domiciliare (aumentando lo stanziamento totale del fondo);
- individuare per ogni utente un case manager;
- superare la frammentazione istituzionale delle competenze e dei finanziamenti attraverso la costruzione di un budget di cura omnicomprensivo;
- integrare l'offerta di servizi domiciliari con tutto ciò che possa servire a garantire la permanenza a casa dell'anziano, attraverso pacchetti di servizi (es. pasti caldi, servizio di lavanderia e stireria, trasporto

SPI CGIL Veneto

Via Peschiera, 7 30174 Mestre VE
Tel. 041 5497 888 Fax 041 5497 851
e-mail: spi@veneto.cgil.it

FNP CISL Veneto

Via Piave, 7 30171 Mestre VE
Tel. 041 5330 819 Fax 041 5330 824
e-mail: pensionati.veneto@cisl.it

UILP UIL

Via Bembo, 2/B 30172 Mestre VE
Tel. 041 2905 375 Fax 041 2905 590
e-mail: veneto@uilpensionati.it

sociale, tutoring, fornitura farmaci, agenda farmaci, supporto nello svolgimento di pratiche amministrative, ecc.);

- potenziare la teleassistenza e la tecnologia domotica;
- garantire l'adeguato personale per le centrali operative territoriali individuando una sezione specifica per i servizi domiciliari.
- garantire il raccordo degli interventi ospedalieri con quelli territoriali, per rendere possibile il rientro a domicilio dell'anziano in modo protetto;
- valorizzare e/o favorire la nascita reti informali di vicinato e comunitarie;
- regolare l'offerta di servizi domiciliari privati che favoriscano l'accesso a ore, part-time, nel weekend, per periodi limitati, ecc.;

SPI CGIL Veneto

Via Peschiera, 7 30174 Mestre VE
Tel. 041 5497 888 Fax 041 5497 851
e-mail: spi@veneto.cgil.it

FNP CISL Veneto

Via Piave, 7 30171 Mestre VE
Tel. 041 5330 819 Fax 041 5330 824
e-mail: pensionati.veneto@cisl.it

UILP UIL

Via Bembo, 2/B 30172 Mestre VE
Tel. 041 2905 375 Fax 041 2905 590
e-mail: veneto@uilpensionati.it

INTERVENTI SPECIFICI

1. Caregiver

I numeri parlano chiaro. La cura delle persone anziane non autosufficienti nel nostro Paese, pur con enormi differenze tra regioni del nord e del sud, rimane in maniera preponderante a carico delle loro famiglie. Poche beneficiano delle prestazioni domiciliari (Sad e Adi), mentre ai servizi residenziali si arriva sempre più tardi.

Le definizioni del *caregiver* o del *caregiver* familiare sono diverse. Quella abitualmente usata da Eurocarers (la federazione europea delle organizzazioni che rappresentano i *caregiver*) è la seguente: "I *caregiver* sono persone di qualsiasi età che forniscono assistenza (in genere senza remunerazione) a chi è colpito da malattie croniche, disabilità o altra necessità sanitaria o di cure continuative, al di fuori di un rapporto di lavoro formale o professionale".

In Italia non esiste ancora una legge nazionale in materia, pur essendoci diversi progetti di legge in discussione al Parlamento.

E' stata invece già approvata la sola definizione del *caregiver* familiare con la legge di bilancio 2018. La norma stabilisce che "si definisce *caregiver* familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge..., di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata...".

A mancare in questa definizione è uno degli elementi caratterizzanti della definizione di Eurocarers: il *caregiver* familiare fornisce assistenza in forma gratuita, non remunerata.

Si stima che i *caregiver* familiari in Italia siano almeno 7.293.000, soprattutto donne (57%) e abbiano un'età compresa tra i 45 e i 64 anni (3.884.000 pari al 53% del totale).

Da notare che una percentuale non trascurabile è rappresentata anche dai *caregiver* familiari con più di 65 anni (1.362.000 pari al 18,6%).

Ipotizzando tre tipologie di presenza del *caregiver* rapportate al numero di ore settimanali dedicate all'assistenza (meno di 10 ore settimanali, fra 10 e 20 ore e oltre le 20 ore settimanali) e che gli stessi prestino mediamente 5, 15 e 30 settimanali, avremmo un dato complessivo di circa 5,98 miliardi di ore annue di assistenza fornita in modo informale.

In attesa della legge nazionale, la Regione Emilia-Romagna ha voluto comunque misurarsi con questo tema ed ha approvato nel 2014 la prima legge regionale sul riconoscimento e il sostegno del *caregiver* familiare anche se l'ampio spettro delle materie di interesse ricadono su competenze legislative sia nazionali che regionali.

Negli anni successivi anche l'Abruzzo, la Campania e la Provincia autonoma di Trento hanno approvato la loro legge regionale riprendendo ampiamente quella dell'Emilia-Romagna. Stesso comportamento ha avuto la Regione Molise che però ha utilizzato lo strumento della deliberazione di Giunta per adottare delle "Linee guida regionali per il riconoscimento ed il sostegno del *caregiver* familiare".

La legge regionale dell'Emilia-Romagna e le altre che da questa sono state ispirate, prevedono interventi in quasi tutti i campi che sono di loro competenza. In particolare, affrontano il tema del riconoscimento del *caregiver* familiare, dei servizi da garantire all'assistito (seppur nei limiti delle risorse disponibili), dell'informazione, della formazione del *caregiver* e delle altre misure per tutelarne la salute ⁽²⁾.

SPI CGIL Veneto

Via Peschiera, 7 30174 Mestre VE
Tel. 041 5497 888 Fax 041 5497 851
e-mail: spi@veneto.cgil.it

FNP CISL Veneto

Via Piave, 7 30171 Mestre VE
Tel. 041 5330 819 Fax 041 5330 824
e-mail: pensionati.veneto@cisl.it

UILP UIL

Via Bembo, 2/B 30172 Mestre VE
Tel. 041 2905 375 Fax 041 2905 590
e-mail: veneto@uilpensionati.it

Con Dgr 295 del 16 marzo 2021, la Regione Veneto ha approvato gli indirizzi per l'attuazione degli interventi di sollievo e sostegno destinati ai *caregiver* familiari al fine di utilizzare le risorse messe a disposizione dal Ministero delle Pari Opportunità per gli anni 2018 - 2019 e 2020.

Al Veneto sono stati assegnati 3.529.957,18 per gli anni 2018 e 2019 ed euro 1.894.226,98 per l'anno 2020.

La Dgr in questione si limita a definire le priorità nell'erogazione delle risorse statali e ripartire il fondo per tipologia di beneficiari (in particolare per i *caregiver* che assistono le disabilità gravi), senza minimamente prendere in considerazione la necessità di regolare in maniera complessiva l'intera materia.

Proposte:

- **approvare in tempi rapidi, in analogia con altre Regioni, una legge regionale che: riconosca la figura del *caregiver* familiare; garantisca l'accesso agevolato ai servizi sociali, sociosanitari e sanitari; promuova la conciliazione dei tempi di vita, lavoro, assistenza; preveda adeguati sostegni economici; preveda un'ampia informazione e formazione; tuteli la salute fisica e psicologica del *caregiver* familiare.**

2. Assistenti familiari

Secondo l'Inps, alla fine del 2019, le persone regolarmente occupate come badanti in Italia erano 407.000, di cui il 92% donne e per tre quarti straniere.

Si calcola che le badanti regolarmente assunte rappresentino circa il 40% del totale. Si tratta di una stima cauta che utilizza fonti diverse e una lunga attività di ricerca sul campo.

Si delinea pertanto un insieme di altre 600.000 persone impegnate senza un contratto regolare per un totale di circa 1 milione di addetti ⁽²⁾.

Una recente ricerca della Università Bocconi di Milano ha stimato in circa 80.000 le badanti presenti nel Veneto ⁽⁵⁾.

Sul piano nazionale gli unici interventi a favore del lavoro di cura riguardano solo poche agevolazioni fiscali: la detrazione d'imposta per gli addetti all'assistenza di persone non autosufficienti e la deduzione dal reddito per i contributi previdenziali di colf e per gli addetti all'assistenza.

In Italia, a livello regionale, due sono le aree di intervento rivolte alle assistenti familiari: i sostegni economici e i servizi dedicati all'incontro domanda/offerta.

Per quanto riguarda i sostegni economici il Veneto, nel passato, prevedeva un importo maggiorato dell'assegno di cura per l'assistente familiare regolarmente assunta. Tale incentivo è stato cancellato dall'introduzione dell'impegnativa di cura.

In diverse regioni (Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Toscana e Valle d'Aosta) sono attualmente previsti sostegni economici in base a soglie di reddito Isee con entità del contributo assai variabili.

Nella vicina Regione del Friuli Venezia Giulia, per esempio, la soglia di reddito Isee per accedere al beneficio è di 30.000 euro a cui corrisponde un contributo che varia da 230 a 910 euro mensili in base alla gravità, alla condizione economica dell'anziano ed alle ore di lavoro dell'assistente familiare.

SPI CGIL Veneto

Via Peschiera, 7 30174 Mestre VE
Tel. 041 5497 888 Fax 041 5497 851
e-mail: spi@veneto.cgil.it

FNP CISL Veneto

Via Piave, 7 30171 Mestre VE
Tel. 041 5330 819 Fax 041 5330 824
e-mail: pensionati.veneto@cisl.it

UILP UIL

Via Bembo, 2/B 30172 Mestre VE
Tel. 041 2905 375 Fax 041 2905 590
e-mail: veneto@uilpensionati.it

Diverse regioni poi, tra cui il Veneto, hanno previsto di sostenere le famiglie nella ricerca del lavoratore, nella gestione del rapporto di lavoro e qualificazione attraverso Sportelli e Registri dedicati.

Alle attività di sportello e ai registri sono in genere collegati percorsi formativi ad hoc su base regionale.

Proposte:

- definire specifici contributi regionali che premiano la regolarizzazione contrattuale dell'assistente familiare;
- aumentare il numero di corsi specifici sulle competenze assistenziali rivolti all'assistente familiare;
- attivare l'elenco regionale da cui le famiglie e/o persone con limitazioni possono attingere per individuare gli assistenti familiari in possesso di competenze adeguate;
- creare delle agenzie pubbliche, a livello distrettuale, che sostengano le seguenti azioni: sportelli rivolti all'incontro domanda/offerta, formazione, registri o albi delle assistenti accreditate, aiuti economici, tutoraggio, interventi nelle emergenze.

3. Impegnativa di cura domiciliare

L'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) è un contributo economico della Regione Veneto destinato alle persone non autosufficienti anziane o disabili assistite al proprio domicilio e ai loro familiari. Serve ad acquisire prestazioni di supporto e assistenza nella vita quotidiana a casa, ad integrazione delle attività di assistenza domiciliare dei Comuni e dell'ULSS.

Sono previste 6 tipologie di ICD:

- Impegnativa ICDB: per utenti con basso bisogno assistenziale, con ISEE socio-sanitario inferiore a 16.700,00€ (e una seconda soglia di 23.900,00€ applicata in caso di possesso di prima abitazione e pertinenze come da conteggio precisato nell'allegato A della DGR n. 1047/2015). Il contributo mensile è di 120,00 €;
- Impegnativa ICDm: per utenti con medio bisogno assistenziale, con presenza di demenze di tutti i tipi accompagnate da gravi disturbi comportamentali o con maggior bisogno assistenziale rilevabile dal profilo SVaMA, con ISEE socio-sanitario inferiore a 16.700,00€ (e una seconda soglia di 23.900,00 € applicata in caso di possesso di prima abitazione e pertinenze come da conteggio precisato nell'allegato A della DGR n. 1047/2015). Il contributo mensile è di 400,00€;
- Impegnativa ICDmgs: per utenti affetti da decadimento cognitivo accompagnato da gravi disturbi comportamentali, in condizione di disabilità gravissima riguardante una perdita dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana (ADL). Sono inclusi i profili 16 e 17 della SVAMA e un punteggio all'Indice di Barthel-Mobilità ≥ 15 e un punteggio all'Indice di Barthel-Attività di base ≥ 15 . La soglia ISEE socio-sanitario di accesso è di € 50.000,00. Il contributo mensile è di 400,00€;
- Impegnativa ICDA: per utenti con alto bisogno assistenziale, con disabilità gravissime e in condizione di dipendenza vitale che necessitano di assistenza continua domiciliare nelle 24 ore, con ISEE socio-sanitario inferiore a 60.000,00 € (*).
- Impegnativa ICDp: per utenti con grave disabilità psichica e intellettive, in precedenza definiti come interventi di promozione dell'autonomia personale e di aiuto personale (*).

SPI CGIL Veneto

Via Peschiera, 7 30174 Mestre VE
Tel. 041 5497 888 Fax 041 5497 851
e-mail: spi@veneto.cgil.it

FNP CISL Veneto

Via Piave, 7 30171 Mestre VE
Tel. 041 5330 819 Fax 041 5330 824
e-mail: pensionati.veneto@cisl.it

UILP UIL

Via Bembo, 2/B 30172 Mestre VE
Tel. 041 2905 375 Fax 041 2905 590
e-mail: veneto@uilpensionati.it

- Impegnativa ICDF: per utenti con grave disabilità fisico-motoria: persone in età adulta, con capacità di autodeterminazione e grave disabilità fisico-motoria, (in precedenza denominati progetti di vita indipendente) (*).

Dal 2017 è stata introdotta l'ICD a favore delle persone malate di SLA.

Nel 2018 hanno beneficiato del contributo mensile di Impegnativa di Cura Domiciliare 33.390 persone, con una frequenza media mensile di 28.442 beneficiari, o utenti equivalenti (calcolato dividendo per 12 il numero totale di mensilità erogate) ⁽⁴⁾.

Il 75,5% delle impegnative (25.209) era di tipo b), il 13,9% (4.644) era di tipo m) e solo il 2,2% (747) era di tipo a).

() Per queste ICD gli importi del contributo sono variabili in funzione del reddito o del progetto assistenziale.*

Proposte:

- **elevare in maniera consistente sia la quantità che il valore delle impegnative, in particolare, per quelle di tipo b) e m);**
- **aumentare il contributo regionale ICD in presenza di un assistente familiare regolarmente contrattualizzata.**

4. Assistenza domiciliare

Il servizio di assistenza domiciliare (Sad) è un servizio socio-assistenziale finalizzato al mantenimento e recupero delle potenzialità della persona, alla cura della persona e dell'ambiente in cui vive.

È un servizio erogato dal Comune e pertanto soggetto a regolamentazione autonoma che non garantisce una uniformità ed equità di trattamento.

Nel 2006 la percentuale di anziani over 65 anni che usufruivano del Sad era solo dell'1,85%, diminuita nel 2017 fino all'1%.

Nello stesso periodo, la spesa media per utente è invece passata da 1.646 euro del 2006 a 2.037 euro nel 2017 con un incremento del 23,7%. Alla riduzione del valore medio della copertura si è accompagnata, dunque, una crescita di quello dell'intensità ⁽²⁾.

Le differenze a livello territoriale, anche di carattere macroscopico, riguardano: il numero di ore garantito, la compartecipazione, le prestazioni.

Andrebbe monitorato, in questo ambito, anche la qualità del servizio, spesso appaltato a privati.

Proposte:

- **mappare i servizi esistenti, analizzare i bisogni e adeguare l'offerta;**
- **semplificare l'accesso (criteri selettivi e stringenti; iter burocratici complessi; costi elevati);**
- **incentivare la delega dei servizi rivolti agli anziani al Distretto Sanitario e/o attivare dei consorzi in area vasta;**

- **regolamentare in area vasta le prestazioni, i servizi, il numero delle ore per persona presa in carico, la qualità degli appalti, la compartecipazione collegata all'Isee.**

5. Assistenza domiciliare integrata

In Italia l'assistenza domiciliare agli anziani continua ad essere sottodimensionata rispetto ai bisogni di una popolazione che invecchia, con un carico crescente di cronicità, disabilità e non autosufficienza.

Nel 2030, si stima saranno 8 milioni gli anziani con almeno una malattia cronica grave, di questi 5 milioni saranno disabili. Eppure, ad oggi, sono assistiti a domicilio solo 3 over-65 su 100, a fronte di 3 milioni di persone affette da multi-cronicità e disabilità severe che necessitano di cure continuative, da effettuarsi a domicilio attraverso l'ADI.

Gli anziani, pochi, curati tra le mura domestiche – riportano le indagini – ricevono in media, 20 ore di assistenza domiciliare ogni anno, a fronte di Paesi europei che garantiscono le stesse ore in poco più di un mese.

In prevalenza l'Adi non segue il paradigma del *care* multidimensionale, bensì quello del *cure* clinico-sanitario: erogazione di prestazioni per rispondere a singole patologie.

La logica del *care* si articola nel riconoscimento di una fragilità complessiva, che implica un'azione multidimensionale e il miglior accompagnamento possibile durante il naturale progressivo peggioramento delle condizioni; quella fatta propria dal *cure*, al contrario, consiste nell'identificazione di una determinata patologia e nella conseguente erogazione di una prestazione mirata a risolverla. Parole inglesi con traduzioni italiane quasi identiche, la cura (*care*) e le cure (*cure*), dunque, identificano paradigmi ben diversi ⁽¹⁾.

Sia la relazione sanitaria 2019 del Veneto che la Dgr. 782/2020 hanno fatto emergere diverse criticità, tra le diverse Aziende Ulss e tra gli stessi Distretti Sanitari, relative alla enorme difformità nella copertura oraria del servizio, nel personale esternalizzato e nel numero di accessi.

Una recente ricerca dell'Ires Veneto ⁽³⁾ ha messo in evidenza due ulteriori dati negativi:

- il 52% di tutti i casi trattati in ADI riguardano cure domiciliari di livello base (prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo) contro un 12% di pazienti seguiti nel 3° livello (persone con patologie che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati);

- il totale delle ore per caso trattato nel Veneto nel 2018 era pari a 5 ore per gli anziani (il più basso tra tutte le regioni italiane) e di 12 ore per i malati terminali.

Proposte:

- **Aumentare le prese in carico ADI dei casi più gravi;**
- **aumentare nel Veneto la spesa per assistenza domiciliare (più bassa rispetto alla media nazionale) e quella per caso effettivamente assistito - spesa per Pic (la più bassa d'Italia) ⁽²⁾;**
- **Rendere ancor più omogenee le valutazioni delle UVMD tra le varie Aziende Ulss;**
- **Garantire l'ADI 7 gg su 7 h 24, l'internalizzazione del personale e la cartella Adi informatizzata;**
- **Sviluppare le tecnologie digitali, i servizi di teleassistenza e di telemedicina e degli altri strumenti nell'erogazione degli interventi a domicilio.**

6. Co-housing e le diverse forme dell'abitare

Negli ultimi anni in Italia si è assistito a una proliferazione di iniziative e sperimentazioni diverse dalle classiche strutture residenziali, incentrate su una presa in carico dell'anziano proattiva e di comunità. Tali esperienze si sono diffuse a macchia di leopardo, con obiettivi, implementazioni e target differenti.

Le esperienze che vanno in questa direzione si possono distinguere in tre gruppi.

Il primo comprende politiche volte alla riqualificazione delle abitazioni per renderle idonee alla vita degli anziani sia sotto il profilo strutturale, sia con riferimento all'introduzione di specifiche tecnologie. In tale contesto l'anziano è guidato e agevolato in un percorso consapevole di trasformazione della propria abitazione in funzione dei bisogni attuali, e soprattutto futuri, connessi all'invecchiamento.

Il secondo raggruppamento include soluzioni o strutture per la vita indipendente di cui fanno parte, ad esempio, abitazioni protette, appartamenti in condivisione, *co-housing*, case albergo. Si tratta di normali abitazioni con accorgimenti architettonici, arricchite da servizi di portineria sociale o di coordinamento locale e da altri interventi di ridotta intensità, disponibili anche solo a richiesta (governo della casa, spesa, trasporti, socializzazione, bagno assistito). Le persone possono condividere spazi e servizi comuni come la cucina e la lavanderia, ma sono autonome nella gestione delle proprie esigenze quotidiane. Queste strutture sono utilizzate prevalentemente da anziani con fragilità sociali o difficoltà abitative specifiche. L'età di accesso è generalmente vicina ai 70 anni, le limitazioni funzionali sono minime, la durata dell'accoglienza normalmente è pluriennale.

Il terzo raggruppamento si riferisce alle strutture o ai servizi di vita assistita che riuniscono, sempre a titolo esemplificativo, comunità alloggio o residenze sociali. Solitamente sono organizzate in forma comunitaria, ma l'unità di accoglienza può anche essere un vero e proprio appartamento oppure una camera, spesso singola, ampia e con bagno. I servizi accessori sono espressamente mirati a supportare riduzioni delle autonomie più consistenti e l'assistenza – svolta da operatori professionali – è normalmente estesa alle 24 ore. Gli anziani accolti hanno solitamente un'età più avanzata, oltre gli 80-85 anni, le loro limitazioni funzionali interessano anche la scala Adl (Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana) e la durata dell'accoglienza dipende soprattutto dalle caratteristiche della rete familiare. In Italia, dove questa è più solida, si limita in genere a pochi mesi, durante i quali viene garantito il sostegno necessario alla persona o alla famiglia per superare temporanei problemi assistenziali⁽²⁾.

Noi pensiamo che ristrutturare parte dell'enorme patrimonio pubblico in possesso degli enti locali in mini appartamenti per destinarlo ad anziani soli/in coppia auto/parzialmente sufficienti sia una scelta importante per la qualità della vita dei cittadini.

In città con forte presenza di studenti universitari (Venezia, Padova, Verona) e non solo, si potrebbero sperimentare, come in altre città italiane, forme di co-housing generazionale che potrebbero positivamente contaminarsi.

Proposte:

- promuovere politiche volte alla riqualificazione delle abitazioni per renderle idonee alla vita degli anziani sia sotto il profilo strutturale, sia con riferimento all'introduzione di specifiche tecnologie;
- incentivare l'esperienza del co-housing anche attraverso il partenariato con gli enti locali definendo, nel contempo, standard regionali a cui far riferimento;
- utilizzare lo strumento dell'Isee per i contributi rivolti alla riqualificazione delle abitazioni, alla definizione degli affitti e alle situazioni di "sollievo";

- favorire la creazione di sportelli distrettuali/comunali in grado di fornire informazioni e consulenza nella ristrutturazione delle abitazioni degli anziani;
- costituire a livello distrettuale, in collaborazione con gli enti locali, un gruppo di lavoro che favorisca le politiche di cohousing intercettando, così, anche le risorse messe a disposizione dall'Europa.

7. Affidamento familiare

La Dgr1487/2017 prevedeva la possibilità di affidare anziani alle cure di privati cittadini.

Il servizio affidamento poteva riguardare tre diverse tipologie di attività: piccolo affidamento, affidamento di supporto e affidamento di convivenza. Chi doveva presentare i progetti erano soggetti appartenenti al terzo settore. La delibera conteneva diversi aspetti preoccupanti per la tutela dell'anziano: la non chiarezza sui controlli, l'entità della compartecipazione, la mancanza di specifici requisiti dei soggetti affidatari.

La sperimentazione doveva durare un anno, ma non si conoscono ancora gli esiti.

A nostro giudizio lo strumento dell'affidamento familiare, così come è oggi regolamentato, non garantisce in maniera adeguata la tutela dell'anziano tanto più se fragile.

Proposte:

- rendere noti gli esiti della sperimentazione, in particolare verificando la qualità dell'assistenza erogata;
- regolamentare in maniera severa il servizio, nel caso di proseguimento della sperimentazione, attraverso controlli periodici, per evitare che si verificano casi di maltrattamento.

8. Semiresidenzialità e residenzialità

Nel corso degli ultimi 50 anni, gli ospiti delle strutture residenziali sono profondamente cambiati: sempre più gli ospiti hanno bisogno di prestazioni sanitarie e sempre meno di quelle sociali.

Negli anni Settanta, i ricoverati autosufficienti iniziarono velocemente a diminuire; negli anni Ottanta la gran parte delle strutture operavano come enti di ricovero per non autosufficienti, per i quali intanto era cresciuta la domanda, soprattutto nel nord Italia. Le Regioni emanarono regolamenti e leggi che fissavano standard gestionali e strutturali per fronteggiare questa nuova domanda.

A partire dagli anni Novanta e poi ancora nel nuovo millennio, man mano che cresceva la consapevolezza dell'importanza della cura medico-infermieristica per supportare l'autonomia dei residenti, il problema più grande e sfidante è diventato la presenza delle demenze e in generale dei problemi psichici, associati a quelli fisici ⁽²⁾.

Con Dgr 84/2007 la Regione Veneto ha definito gli standard per rilasciare l'autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dei servizi sociali e di alcuni servizi socio sanitari.

Il sito della Regione Veneto Extraospedaliero contempla, per l'area anziani, le seguenti tipologie di strutture (a fianco di ciascuna vengono segnalati i posti accreditati alla data del 30.12.2020):

Tipologia	Posti letto
Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale	24.497
Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale	5.818
Centro diurno per persone anziane non autosufficienti	1.729
Casa per persone anziane autosufficienti	938
Struttura per religiosi di 1° livello	837
Stati Vegetativi Permanenti (SVP)	175
Sezione Alta Protezione Alzheimer (Sapa)	145
Struttura per religiosi di 2° livello	54
Comunità alloggio per persone anziane	25
Casa Albergo/Mini alloggi per anziani	0
Centro diurno per anziani autosufficienti	0

L'offerta totale di posti letto (30.12.2020) risulta essere pari a 34.218 posti letto di cui 17.023 pubblici e 17.195 privati.

In totale risultano presenti nel territorio regionale 382 strutture di cui 143 pubbliche e 239 private.

Nel pubblico prevale la presenza di strutture giuridicamente classificate Ipab (104) nel privato quelle di società di capitale (63) e Fondazioni (58).

L'offerta complessiva di posti letto, rapportata al numero di ultrasessantacinquenni, non appare distribuita in maniera omogenea nel territorio.

La recente ricerca dell'Ires Veneto ⁽³⁾ prendendo in esame il numero degli anziani soli ultra 65enni (35.760), i non autosufficienti soli sopra i 75 anni (36.645) e i non autosufficienti privi di assistente familiare (114.112) ha stimato un fabbisogno di posti letto pari a 51.232.

Servirebbero circa 14.500 posti letto in più rispetto all'esistente!

Sono da segnalare, inoltre, ulteriori criticità nell'esigua offerta di posti letto per persone con maggior bisogno assistenziale (5.872 di cui 54 religiosi) e per quelli riservati alle Sezioni Alta Protezione Alzheimer (145).

Il nuovo PSSR certifica che l'età media degli ospiti dei centri servizi è di 85 anni, e in maniera esplicita, afferma che il bisogno di prestazioni sanitarie nelle strutture è aumentato e che il costo risulta più alto di quello di un'assistente familiare.

Sotto l'aspetto strutturale è interessante notare come in Germania, dal 2019, in alcuni Lander le residenze sono obbligate ad avere tutte stanze singole (Baden-Wuerttemberg) o ad averne almeno l'80% (North Rhine-Westphalia). In altri Stati, come nella British Columbia canadese, per ottenere l'autorizzazione al funzionamento i servizi residenziali per anziani devono avere il 95% dei posti in camere singole con bagno, di almeno 8 m², escludendo dal computo il bagno stesso e tutte le superfici coperte da mobili fissi (come armadi e letti) o interessate dal raggio di apertura delle porte ⁽²⁾.

Proposte:

- rilanciare il ruolo delle Ipab (Apsp) così come proposto nel documento unitario di riforma attraverso:
 - la trasformazione delle strutture residenziali pubbliche per anziani in Centri Servizi organicamente inseriti nella filiera dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali a livello territoriale, dando attuazione a quanto previsto dalla più volte citata Legge Regionale n. 48/2018 (“...L’intervento persegue, altresì, l’obiettivo di riqualificazione del posizionamento dei Centri di Servizi pubblici nella rete assistenziale al fine di aprirli al territorio integrandoli e rendendoli punto di riferimento della comunità locale nel settore dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari. Nell’ambito della programmazione locale dovrà essere considerata la possibilità di riconversione e diversificazione della gamma delle prestazioni da essi erogabili: dalla residenzialità alla domiciliarità, qualificando, in termini di presa in carico, l’attuale sistema delle impegnative di cura domiciliari con la possibilità di destinarle all’acquisto di prestazioni dai medesimi Centri di Servizi...”);
 - modificando gli standard di personale previsti dalla Dgr n. 84/2007 – Allegato A, adeguandoli ai nuovi e crescenti bisogni, in particolare per le figure sanitarie, a partire dagli infermieri e dagli OSS, e per tutte le altre figure professionali necessarie, fisioterapisti, logopedisti, etc.. La presenza del medico, che potrebbe assolvere anche alle funzioni di Direttore Sanitario, va garantita attraverso l’assunzione diretta da parte delle strutture residenziali, dando preferenza a figure specialistiche quali il geriatra, predisponendo un incremento del presidio orario e garantendo la completa copertura economica da parte della Regione.
 - costituendo, come per le autonomie locali, un organismo/tavolo di confronto stabile tra Regione e rappresentanze degli enti, dei lavoratori, dell’utenza con l’obiettivo di monitorare costantemente la qualità e la quantità dei servizi offerti agli anziani ospiti delle strutture residenziali;
- ridistribuire in ambito territoriale i posti letto sia nella quantità che nella loro tipologia;
- aumentare la dotazione di posti letto per le persone con maggior bisogno assistenziale e, specialmente, per quelli riservati Alle Sezioni Alta Protezione Alzheimer;
- rivedere gli standard strutturali previsti dalla soprarichiamata Dgr n. 84/2007, con l’obiettivo di garantire una maggiore sicurezza e qualità della vita agli ospiti, al personale ed ai parenti. Ciò significa rivedere sia l’ampiezza degli spazi abitativi (incentivando la dotazione di camere singole), che di quelli destinati alla relazione con i familiari e di quelli sanitari (gestione di emergenze sanitarie). I nuovi standard strutturali e di personale devono valere per tutte le strutture pubbliche e private ed essere vincolanti per il rilascio di nuovi accreditamenti e autorizzazioni e monitorati periodicamente;
- migliorare l'accoglienza nelle strutture (non solo redigere all'ingresso la lista delle malattie e dei farmaci, ma valorizzare anche la persona e le sue relazioni);
- garantire ai parenti l'accessibilità piena in termini di orari e di giorni un'adeguata informazione a scadenze ravvicinate (non solo, dunque, in caso di problemi);
- assicurare una videosorveglianza delle strutture sia interna che esterna;

9. Impegnative di residenzialità

L'impegnativa di residenzialità rappresenta il titolo rilasciato al cittadino per l'accesso alle prestazioni rese nei servizi residenziali e semiresidenziali della Regione Veneto, autorizzati all'esercizio e accreditati ai sensi della L.R. 22/2002.

Da alcuni anni è evidente come il numero dei beneficiari del Fondo rispetto alla platea delle persone non autosufficienti si è decisamente ridotto.

A livello regionale emerge come il numero dei beneficiari del fondo rappresenti solo il 6,3% dei percettori dell'indennità di accompagnamento.

Questa differenza sembra dovuta all'incapacità del fondo di poter, a causa dei generici criteri di riparto dello stesso, rappresentare adeguatamente il bisogno assistenziale della popolazione non autosufficiente. Se a questo si somma, a cascata, un criterio di riparto del FRNA tra le varie A-ULSS fermo al 2009 e non più adeguato a rappresentare il bisogno assistenziale della popolazione target nei vari territori, emerge in maniera preponderante la differenza tra il numero dei posti letto disponibili, autorizzati e accreditati e il numero di impegnative erogate.

Un primo tentativo di sollevare, almeno in parte, le famiglie gravate dal costo della retta di residenzialità, è stato attuato nel 2015 (L. R. n. 6 del 27 Aprile 2015) attraverso le cosiddette "mini-quote". Le "mini quote" prevedevano che i soggetti che intendevano accedere ad un Centro di Servizi, ma ancora privi di impegnativa di residenzialità, ricevessero un contributo dalla Regione avente lo scopo di alleggerire l'onere della retta mensile. Nel corso degli anni 2015, 2016 e 2017 si è potuto constatare come tale previsione non fosse idonea allo scopo predetto e neppure a favorire l'accesso ad un numero sufficiente di anziani rispetto al costante aumento della domanda.

Si è, per questo, recentemente avanzata la proposta sperimentale (scadenza 31.12.2022) di inserire, nell'ambito del livello assistenziale per non autosufficienti in regime di residenzialità, una contribuzione "quota sanitaria di accesso al servizio residenziale" avente un valore economico giornaliero di 30 euro (DGR n. 1304 del 8/9/2020)⁽³⁾.

È utile evidenziare, secondo quanto riportato nella recente Ricerca Ires Veneto, che il numero delle impegnative tra il 2009 e il 2018 invece che aumentare è diminuito del 3,47% passando da 23.768 a 22.944⁽³⁾.

Infine, visto che sia la quantità delle impegnative, che il loro valore (49,00 € per il 1° livello e 56,00 € per il secondo livello), sono fermi dal 2010, risulta quanto mai urgente e necessario un loro aggiornamento.

Proposte:

- Incrementare il numero delle impegnative di residenzialità (almeno 30.000 da aggiornarsi a scadenza biennale) e il loro valore;
- Introdurre una nuova impegnativa (3° livello: alta intensità) il cui valore economico giornaliero dovrebbe essere quantomeno lo stesso di quello previsto per le degenze nell'ospedale di comunità. Considerato l'elevato grado di assistenza sanitaria necessaria e l'obiettivo, indicato nella L.R. n. 28/2018, di "valorizzare il ruolo dei nuovi enti Apsp qualificandoli come partner privilegiati nei processi di razionalizzazione dell'offerta sociale, socio-sanitaria e sanitaria", i posti letto accreditabili per questo tipo di impegnative di 3° livello, per quelle Sapa e SVP vanno assegnati esclusivamente alle Apsp;

- Definire una o più rette tipo da applicarsi in modo omogeneo in tutte le strutture residenziali finalizzate a garantire una quota "equa" a carico dell'utente, rapportandola necessariamente alle condizioni socio-economiche e patrimoniali dell'ospite.

10. Detrazioni fiscali

La normativa fiscale nazionale per le persone anziane, disabili e le loro famiglie, prevede di poter dedurre o detrarre dalla dichiarazione dei redditi parte delle spese sostenute per la cura presso strutture di assistenza.

I costi degli istituti di ricovero danno diritto a una riduzione della somma dovuta sia nel caso in cui siano stati sostenuti per un **familiare a carico** che per un **familiare non a carico**. E per i soggetti disabili la detrazione si trasforma in **deduzione**.

In ogni caso è detraibile solo la **parte di spesa** che riguarda i **servizi strettamente connessi all'assistenza**; sono da escludere dalla fattura complessiva gli importi che riguardano le altre prestazioni rese.

Nel Veneto il calcolo del costo dei servizi sanitari che danno diritto alla deduzione/detrazione varia tra struttura e struttura, anche in maniera considerevole.

Alcune regioni (Emilia Romagna, Lazio e Lombardia) hanno adottato provvedimenti che offrono agevolazioni fiscali sulle rette alberghiere uniformandone così l'applicazione in tutto il territorio:

- Emilia Romagna: con la DGR 273/16, la regione ha determinato (esclusivamente per i servizi accreditati) le spese per l'assistenza specifica. Le spese sono individuate dal soggetto gestore del servizio accreditato conteggiando, (al netto di eventuali contribuzioni e/o compartecipazione del Comune), il 50% della retta a carico dell'utente (anche nel caso di accoglienza temporanea di sollievo) per la casa residenza per anziani, per il centro diurno e il 90% per l'assistenza domiciliare. Pertanto i soggetti gestori di CRA (casa residenziale anziani) e CD (centri diurni) accreditati, per i soli utenti che hanno occupato posti accreditati con utilizzo del FRNA (Fondo regionale Non autosufficienza), sono tenuti a rilasciare la dichiarazione annuale delle spese di assistenza specifica e di assistenza medica generica nel rispetto delle percentuali sopra indicate.

- Lazio: con la delibera 17 maggio 2016 n° 255 la regione determina le spese per l'assistenza specifica e di assistenza generica e dà agli enti gestori dei servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari accreditati indirizzi vincolanti ai fini dell'attestazione delle spese di assistenza specifica e di assistenza medica generica fiscalmente deducibili/detraibili conteggiando al netto di eventuali contribuzioni e/o compartecipazioni da parte del Comune, il 50% della retta corrisposta dall'utente per i servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari resi da parte delle strutture accreditate.

- Lombardia: con la delibera n° XI/1298 si prevede, a partire dalle dichiarazioni da rilasciare per l'anno fiscale 2018, di fornire nei limiti della propria competenza, ai gestori delle Unità d'Offerta socio sanitarie, indicazioni coerenti con la normativa nazionale e i pareri dell'Agenzia delle Entrate per determinare i costi delle spese mediche e di assistenza specifica sostenute dagli ospiti o loro familiari. Ai fini della deducibilità/detraibilità, individua la percentuale del 58% da applicare alle rette di ricovero presso le unità d'offerta socio sanitarie.

SPI CGIL Veneto

Via Peschiera, 7 30174 Mestre VE
Tel. 041 5497 888 Fax 041 5497 851
e-mail: spi@veneto.cgil.it

FNP CISL Veneto

Via Piave, 7 30171 Mestre VE
Tel. 041 5330 819 Fax 041 5330 824
e-mail: pensionati.veneto@cisl.it

UILP UIL

Via Bembo, 2/B 30172 Mestre VE
Tel. 041 2905 375 Fax 041 2905 590
e-mail: veneto@uilpensionati.it

Proposte:

- **fissare una percentuale non inferiore al 50% della retta corrisposta dall'utente per la deducibilità/detraibilità da utilizzare in sede di dichiarazione dei redditi.**

11. Strutture intermedie

Recentemente la Regione Veneto con la DGR N. 1107/2020 ha ridefinito il potenziamento di queste strutture, classificate come sanitarie, dagli attuali 846 posti letto a 2089.

Ne sarebbero interessati sia gli ospedali di comunità con l'attivazione di 1.436 posti letto, che le Unità riabilitative territoriali con 345 che gli Hospice con 308.

Tra i posti letto programmati e quelli effettivamente realizzati però emerge una enorme differenza.

Nel 2019 erano programmati 925 posti letto di ospedale di Comunità e ne erano stati realizzati 446, programmati 230 posti letto di URT e realizzati 166, programmati 245 posti letto di Hospice e realizzati 234⁽³⁾.

Da tener conto che le recenti schede ospedaliere (Dgr 614/2019) hanno cancellato di fatto i posti letto per la lungodegenza, che complessivamente sono passati da 587 (2013) a 49 (2019).

Negli Ospedali di Comunità e nelle Urt è prevista una compartecipazione nella seguente misura (Dgr 1887/2019): 25,00 € dal 61° al 90° giorno e 45,00 € dal 91° giorno negli ospedali di Comunità; 25,00 € dal 16° al 60° giorno, 45 € dal 61° giorno per l'URT.

Questi posti letto rischiano di essere occupati per buona parte dell'anno da cittadini anziani considerato il fatto che, come detto sopra, non esistono più negli ospedali i reparti di lungodegenza.

Proposte:

- **definire un rigido cronoprogramma per l'attivazione di tutti i posti letto programmati;**
- **eliminare la quota fissa di compartecipazione sia per gli Ospedali di Comunità che per le Unità riabilitative territoriali e in subordine prevedere che la quota a carico dell'assistito sia collegata a fasce di reddito Isee progressive, con una prima fascia di esenzione a 15.000 €.**

Mestre, Dicembre 2021

(1) Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti - Una proposta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Network Non Autosufficienza - 6 Marzo 2021

(2) L'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 7° Rapporto 2020/2021 - Network Non Autosufficienza - Dicembre 2020

(3) Integrazione organizzativa e integrazione dei Servizi socio-sanitari nella Regione Veneto - Ires Veneto - Febbraio 2021

(4) Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto - Anno 2019

(5) Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia - Università Bocconi - Febbraio 2021
