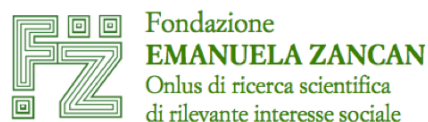


# La spesa delle famiglie toscane per la non autosufficienza

2017



Indagine realizzata nell'ambito del progetto  
*il contributo del sindacato alla qualificazione dei percorsi assistenziali*



Progetto di collaborazione scientifica  
“Il contributo del sindacato alla qualificazione  
dei percorsi assistenziali”

La spesa delle persone anziane non  
autosufficienti e delle loro famiglie

FNP CISL Toscana  
Fondazione Emanuela Zancan Onlus

**Gruppo di ricerca Fondazione E. Zancan:**

Giulia Barbero Vignola, Maria Bezze, Elena Innocenti, Tiziano Vecchiato.

**Gruppo di ricerca FNP Cisl Toscana:**

Miriam Batà e Francesca Ricci.

Si ringraziano per la preziosa collaborazione i Coordinatori RLS e i Segretari delle Federazioni territoriali della FNP Cisl in Toscana, i Presidenti delle Conferenze zonali dei sindaci, i Direttori delle Società della Salute, i Responsabili delle zone-distretto.

Rapporto scritto da Elena Innocenti e Francesca Ricci  
Firenze, febbraio 2017

Copyright © 2017

Federazione Nazionale Pensionati FNP Cisl Toscana, Fondazione «E. Zancan» Onlus  
Centro Studi e Ricerca Sociale

ISBN 978-88-88843-93-3

# INDICE

<b>Presentazione</b>	p.	5
<b>Introduzione</b>	»	7
<b>Prima parte. L'esperienza delle famiglie: persone e risorse per la cura e l'assistenza agli anziani non autosufficienti</b>		
1.1. L'indagine con le persone anziane e le loro famiglie: obiettivi e metodo	»	9
1.2. Il profilo delle persone anziane interessate dall'indagine	»	9
1.3. Componenti e caratteristiche generali dell'assistenza fruita	»	12
1.4. L'assistenza pubblica agli anziani non autosufficienti: gli interventi fruiti e la compartecipazione al loro costo	»	14
1.5. L'assistenza dei caregiver familiari: le persone coinvolte, le cure prestate, l'intensità e la frequenza assistenziale	»	16
1.6. Il ricorso alle badanti e ad altri operatori sociosanitari privati	»	18
1.7. Il ruolo delle risorse non professionali	»	19
1.8. Alcune riflessioni sulla spesa e sul valore economico dell'assistenza informale	»	20
<b>Seconda parte. La risposta istituzionale: spesa e compartecipazione nei servizi per anziani non autosufficienti</b>		
2.1. Obiettivi dell'indagine e percorso di lavoro	»	23
2.2. Il quadro normativo regionale e nazionale	»	23
2.3. Gli atti regolamentari considerati	»	26
2.4. La compartecipazione alla spesa per gli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti: le soglie di esenzione e di non esenzione	»	27
2.5. Le modalità di determinazione della compartecipazione	»	32
2.6. La capacità informativa su utenza, spesa e entrate da compartecipazione	»	35
2.7. La spesa per l'assistenza agli anziani non autosufficienti: modelli di gestione, entità, distribuzione per tipologia di risposta	»	38
<b>Terza parte. Prospettive e proposte</b>		
3.1. I punti di forza e le criticità del sistema	»	42
3.2. Le potenzialità non valorizzate	»	44
3.3. Le priorità di intervento: indicazioni per la futura programmazione regionale	»	45
<b>Proposte per (non) concludere</b>	»	47



## PRESENTAZIONE

Il sostegno ai cittadini non autosufficienti e alle loro famiglie rappresenta da sempre un obiettivo prioritario per la Fnp Toscana. La presenza di una persona anziana non autosufficiente aggrava la vulnerabilità delle famiglie, spesso travolte dal punto di vista organizzativo, economico ed emotivo dalla perdita di autonomia di un loro caro.

Oggi in Toscana gli over 65enni in condizione di non autosufficienza sono quasi 79 mila e di questi 34 mila sono in condizioni di gravità. Nonostante la creazione e la diffusione sul territorio di un'infrastruttura regionale per la presa in carico degli anziani e delle loro famiglie, il bisogno di assistenza spesso rimane insoddisfatto e le reti familiari - pur mostrando una notevole capacità di attivazione di risposte autonome - rischiano, se non adeguatamente sostenute, di deteriorarsi.

Da alcuni anni la Fnp Toscana è impegnata in un'attività di monitoraggio costante della capacità di risposta complessiva dell'infrastruttura regionale, osservando da un lato le caratteristiche, le modalità di organizzazione e la capacità di risposta dei servizi territoriali e dall'altro i bisogni dei cittadini anziani non autosufficienti e delle loro famiglie.

Quest'anno l'indagine ha approfondito il tema della spesa a carico delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie nei percorsi di cura. Gli aspetti messi sotto la lente della ricerca hanno riguardato la nuova regolamentazione della valutazione economica e della compartecipazione alla spesa per i servizi rivolti alle persone anziane non autosufficienti nelle zone-distretto toscane dopo l'entrata a regime del nuovo Isee; la quantificazione delle soglie e del livello di compartecipazione nei diversi territori; la composizione e la tipologia di spesa privata sostenuta dalle famiglie per la cura delle persone anziane non autosufficienti, ad integrazione o in sostituzione dei servizi erogati dal sistema sociosanitario territoriale.

Come di consueto, l'indagine è stata possibile grazie alla collaborazione degli anziani e dei loro familiari, degli operatori e dei responsabili dei servizi territoriali per la non autosufficienza, dei quadri e dei dirigenti sindacali territoriali della Fnp Toscana. A tutti loro, che hanno partecipato con grande entusiasmo e disponibilità, va il nostro ringraziamento, così come alla Fondazione Zancan, con cui abbiamo condiviso l'idea e la realizzazione di questo progetto, e alla Fnp Nazionale, che da tempo ci sostiene nel cammino intrapreso.

L'indagine, pur confermando la solidità e la capacità di risposta del sistema regionale, evidenzia tuttavia come la spesa privata per l'assistenza agli anziani non autosufficienti sia consistente, non solo nei casi in cui le famiglie scelgono di organizzarsi in modo autonomo, ma anche in termini di compartecipazione quando scelgono di rivolgersi al sistema pubblico dei servizi. E non sempre gli anziani, pur disponendo di un reddito proprio, sono in grado di pagare o

compartecipare alle spese di assistenza, che mediamente si aggirano intorno ai mille euro mensili.

In questo contesto, il mantenimento del fondo regionale continua ad essere una condizione essenziale per sostenere le famiglie che si occupano dei propri familiari e per garantire risposte adeguate a chi è privo di una rete familiare di sostegno. Ma il mantenimento del fondo - pur indispensabile - non è più sufficiente. Da un lato occorre potenziare le risorse pubbliche, utilizzando in modo aggiuntivo le risorse del fondo nazionale, la cui dotazione annuale è stata stabilizzata con la legge di stabilità 2016. Dall'altro è indispensabile avviare un confronto fra organizzazioni sindacali, datoriali e Regione per l'istituzione di un "fondo territoriale regionale", aperto all'adesione volontaria di tutti i cittadini e che si rapporti anche con i fondi che sempre più si diffondono nei rinnovi dei contratti di lavoro. Solo così sarà possibile superare l'attuale sistema, che copre solo parzialmente i bisogni di assistenza, presenta forti differenze territoriali ed è compensato da una quota consistente di spesa privata delle famiglie.

Mauro Scotti  
Segretario Generale  
Fnp Cisl Toscana

## INTRODUZIONE

Con questa pubblicazione FNP Cisl Toscana continua nella propria azione di approfondimento e di analisi dei sistemi locali di assistenza alle persone anziane non autosufficienti.

Sinora i monitoraggi realizzati<sup>1</sup> hanno permesso di conoscere e confrontare le infrastrutture organizzative esistenti e i processi di presa in carico praticati nelle zone distretto toscane, con riferimento agli elementi di maggiore impatto sulla concreta fruizione dei servizi da parte della popolazione anziana: la localizzazione, le risorse professionali disponibili, la capacità di risposta in situazioni ordinarie, di emergenza, di particolare fragilità delle persone coinvolte.

Un passaggio successivo è stato quello di ascoltare la voce delle famiglie, per comprendere se e quanto ricorrono al sistema dei servizi territoriali per la non autosufficienza, come lo valutano e quanto questo risponde ai loro bisogni di assistenza. L'indagine, realizzata nel 2015, ha coinvolto più di 400 famiglie con persone anziane non autosufficienti. Tra i risultati più interessanti è emerso che su 100 situazioni di bisogno potenziale, sono soltanto 42 gli anziani che concludono il percorso di presa in carico e accedono al sistema sociosanitario pubblico. Una parte consistente di anziani non beneficia delle risposte del sistema pubblico di assistenza, per mancanza di informazioni, ma soprattutto perché la famiglia decide di organizzarsi in maniera autonoma: si preferisce "fare da soli" e si cercano "soluzioni alternative", che in genere si traducono nel ricorso agli assistenti familiari. Esiste una discreta capacità di attivazione di risposte autonome all'interno delle reti familiari, che spesso si sostanziano nell'individuazione di un caregiver informale supportato dal ricorso a forme di aiuto a pagamento. Questa soluzione 'organizzativa' caratterizza soprattutto le fasi iniziali della non autosufficienza, quando il livello di gravità non è particolarmente accentuato, e i casi in cui nella rete familiare dell'anziano è disponibile un caregiver.

Per sostenere le famiglie e migliorare la loro capacità di attivazione, è fondamentale intercettare il bisogno nella fase iniziale, dare informazioni corrette, monitorare, sostenere e valorizzare l'apporto delle reti familiari e delle risorse professionali e informali che si prendono cura della persona anziana non autosufficiente. Il sostegno alle famiglie, in particolare, richiede una riflessione attenta sull'attuale modalità di allocazione delle risorse, orientate prevalentemente

---

<sup>1</sup> Fnp Cisl Toscana, Fondazione Zancan, *Welfare territoriale e non autosufficienza in Toscana: il punto di vista degli anziani e delle loro famiglie*, Firenze-Padova, 2016; Fnp Cisl Toscana, Fondazione Zancan, *Welfare territoriale e non autosufficienza in toscana. il contributo del sindacato alla qualificazione dei percorsi assistenziali*, Firenze-Padova 2015, 2014, 2013, disponibili al seguente url <http://fnp.cisltoscana.it/le-nostre-indagini.html>.



a fornire risposta ai casi gravi e alle emergenze, rendendo marginale l'intervento per la prevenzione e il sostegno delle situazioni non ancora compromesse.

Approfondire quali e quante risorse sono impegnate nell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti e per quali interventi diventa quindi fondamentale: l'indagine realizzata nel 2016 ha approcciato questo tema, assumendo ancora una volta il punto di vista delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie.

Grazie all'importante supporto degli associati di FNP Cisl Toscana è stato infatti possibile conoscere le esperienze di cura di anziani non autosufficienti residenti nelle diverse zone distretto della regione, approfondire la composizione e la tipologia dell'assistenza fruita e della spesa sostenuta dalle famiglie, ad integrazione o in sostituzione dei servizi erogati dal sistema sociosanitario territoriale.

La prima sezione del rapporto restituisce così una rappresentazione delle modalità e le forme di aiuto che supportano quotidianamente gli anziani non autosufficienti, rendendo possibile evitarne o ritardarne al massimo il ricovero in struttura. Dalle interviste realizzate emerge l'importanza dei familiari e dei caregiver professionali, l'entità delle risorse economiche e personali necessarie alla cura di una persona anziana non autosufficiente, il ruolo dei servizi pubblici, dell'assistenza privata, della componente non professionale nello svolgimento delle principali attività di cura.

La seconda sezione approfondisce il contesto istituzionale e normativo in cui si collocano le esperienze raccolte nelle interviste: in particolare si riportano i risultati relativi all'analisi della regolamentazione in materia di compartecipazione alla spesa, resa disponibile dalle zone distretto o reperita online.

Sono stati approfonditi l'entità e la composizione della spesa pubblica per l'assistenza domiciliare, intermedia e residenziale per gli anziani non autosufficienti, grazie alla disponibilità di alcune zone a fornire dati di dettaglio sulla spesa sociosanitaria, sui dati di utenza e sulla compartecipazione al costo dei servizi.

A chiusura del rapporto si propone la sintesi di un approfondimento realizzato con alcuni direttori e responsabili di zona distretto, relativo alle criticità, potenzialità e priorità di intervento regionale emergenti.

L'auspicio è che questo lavoro, al pari dei precedenti, fornisca elementi conoscitivi in grado di stimolare una riflessione condivisa in tema di qualificazione del sistema dei servizi per la cura degli anziani non autosufficienti e il sostegno alle famiglie impegnate nei compiti di assistenza.

## **Prima parte**

# **L'ESPERIENZA DELLE FAMIGLIE: PERSONE E RISORSE PER LA CURA E L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

### **1.1. L'indagine con le persone anziane e le loro famiglie: obiettivi e metodo**

Per fare luce sulla composizione e sull'entità della spesa privata sostenuta dalle famiglie toscane per far fronte alle esigenze di cura delle persone anziane non autosufficienti è stata realizzata un'indagine campionaria, che ha previsto la somministrazione di un questionario a risposta chiusa ad un campione di over 65enni residenti in Toscana.

La ricerca ha coinvolto un gruppo di anziani non autosufficienti che, al momento dell'intervista, percepivano l'indennità di accompagnamento, così da focalizzare l'attenzione sulle situazioni di maggiore gravità e, dunque, di maggiore necessità di assistenza. Gli intervistati sono stati individuati fra gli iscritti alla Fnp Cisl Toscana, fra coloro che si rivolgono al sistema dei servizi Cisl e fra coloro che fruiscono dei servizi offerti sul territorio dall'associazione di volontariato Anteas.

In fase di progettazione è stato individuato un campione rappresentativo di 330 unità, proporzionale alla distribuzione degli anziani non autosufficienti per provincia, con quote per genere e per gruppi di età. Le interviste effettivamente realizzate sono state 267. Le difficoltà a raggiungere il numero di interviste-obiettivo sono riconducibili da un lato all'individuazione di anziani in possesso dei requisiti richiesti (over 65enni percettori di indennità di accompagnamento); dall'altro al riserbo di molti a fornire le informazioni richieste, pur apprezzando le finalità dell'indagine.

Le interviste sono state realizzate con modalità face to face nel periodo settembre 2016 - gennaio 2017. Il questionario ha consentito di raccogliere informazioni sul profilo degli anziani (età, genere, durata della condizione di non autosufficienza, composizione del nucleo familiare e luogo di vita, fonti di reddito e capacità economica), sulla natura e sulla tipologia dei servizi assistenziali utilizzati e sulla spesa sostenuta. Attraverso l'indagine si è fatto luce sul ruolo giocato dalle famiglie degli anziani non autosufficienti in termini di contributo fattivo di assistenza e di sostegno economico. Una parte del questionario, infine, è stata dedicata ad esplorare il complesso degli aiuti informali forniti all'interno delle comunità di appartenenza, misurando il contributo di assistenza offerto dagli amici, dal vicinato e dal mondo del volontariato.

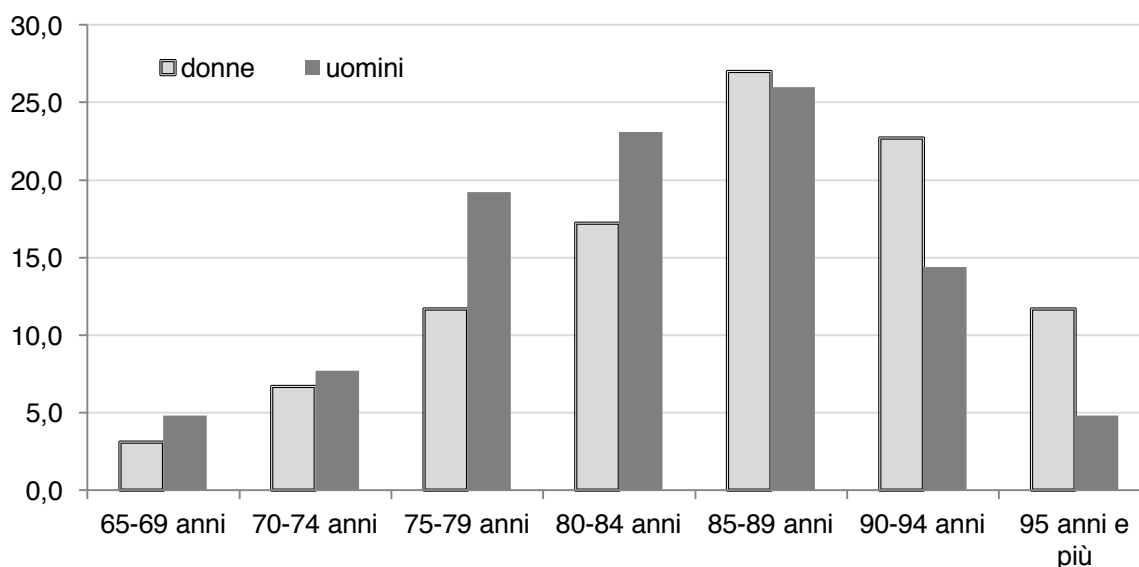
### **1.2. Il profilo delle persone anziane interessate dall'indagine**

Le 267 interviste sono state fatte direttamente agli anziani nel 33% dei casi, nel restante 67% hanno risposto i caregiver familiari.

Gli anziani non autosufficienti coinvolti nella ricerca hanno in media 84 anni e si concentrano in corrispondenza del gruppo di età 85-89, che rappresenta il 26,6% del totale.

Relativamente al genere, le donne rappresentano poco più del 61% del campione; gli uomini si fermano al 39%. A conferma della differenza nelle aspettative di vita, le donne sono maggiormente rappresentate nelle coorti di età più anziane: come si rileva dal grafico, infatti, il 22,7% delle donne ha un'età compresa fra i 90 e i 94 anni (rispetto al 14,4% degli uomini) e l'11,7% ha un'età superiore ai 95 anni (contro il 4,8% degli uomini).

**Fig. 1.1. Anziani non autosufficienti per genere e classi di età (valori percentuali)**



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

Oltre il 56% degli anziani è in condizione di non autosufficienza da oltre tre anni; il 31,1% da un periodo di tempo compreso fra uno e tre anni; il 12,7%, infine, da meno di un anno. Coerentemente con la distribuzione per età, la percentuale di donne in condizione di non autosufficienza da tre anni e più si attesta al 59,5% rispetto al 51% degli uomini.

La maggior parte degli anziani coinvolti nell'indagine, seppure gravemente non autosufficiente, vive presso il proprio domicilio o presso quello di un familiare, anche se con forme e modalità diverse. La quota più consistente degli intervistati, quasi un terzo del campione (il 32,7%), vive 'solo' con la badante; il 17,5% vive in coppia con il coniuge; l'8,7% vive con il coniuge e con la badante.

Risultano tutt'altro che marginali (pari al 22%) le situazioni in cui l'anziano è inserito in nuclei familiari composti da più persone: il 12,9% vive con altri familiari e il 9,1% con altri familiari e con la badante. La percentuale di anziani non autosufficienti che vivono all'interno di residenze assistite si attesta al 14,4%.

**Tab. 1.1. Distribuzione degli intervistati per condizione/tipologia “familiare” (valori percentuali)**

Condizione/tipologia “familiare”	Valore percentuale
Anziano non auto + badante	32,7
Anziano non auto + coniuge	17,5
Anziano non auto + coniuge + badante	8,7
Anziano non auto + altri familiari	12,9
Anziano non auto + altri familiari + badante	9,1
Anziano non auto in RSA	14,4
Anziano solo	4,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

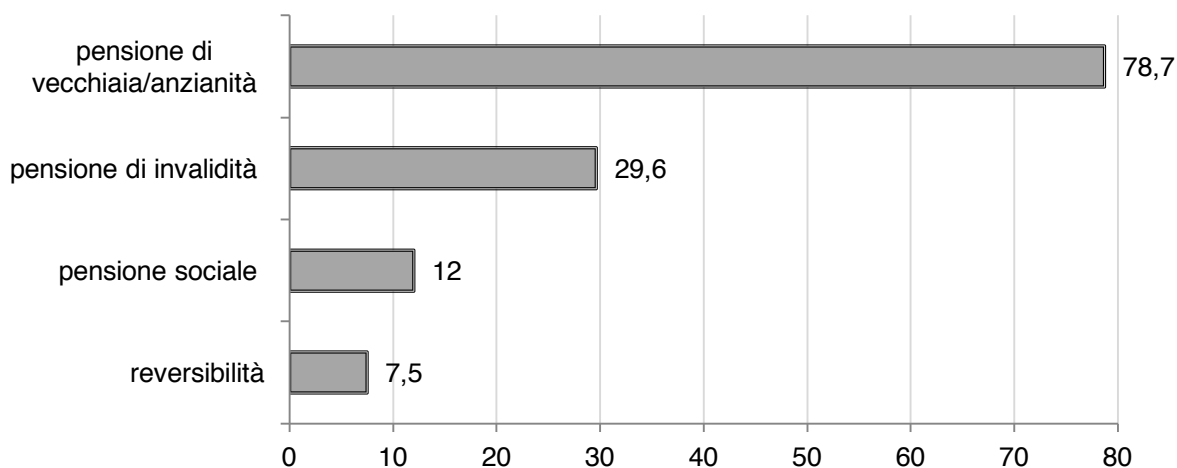
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

Uno degli aspetti indagati attraverso il questionario riguarda la capacità economica degli intervistati, misurata attraverso tre elementi: il titolo di godimento dell’abitazione, le principali fonti di reddito e l’ammontare di reddito mensile di cui dispone l’anziano non autosufficiente.

Per quanto riguarda il primo aspetto, il 71% degli intervistati vive nella propria casa; la quota di anziani che vivono in affitto, per contro, si ferma al 3%.

Relativamente alle fonti di reddito, il 78,7% percepisce una pensione di vecchiaia/anzianità, il 29,6% una pensione di invalidità, il 12% una pensione sociale; il 7,5%, infine, percepisce una pensione di reversibilità.

**Fig. 1.2. Anziani non autosufficienti per fonte di reddito (valori percentuali)**



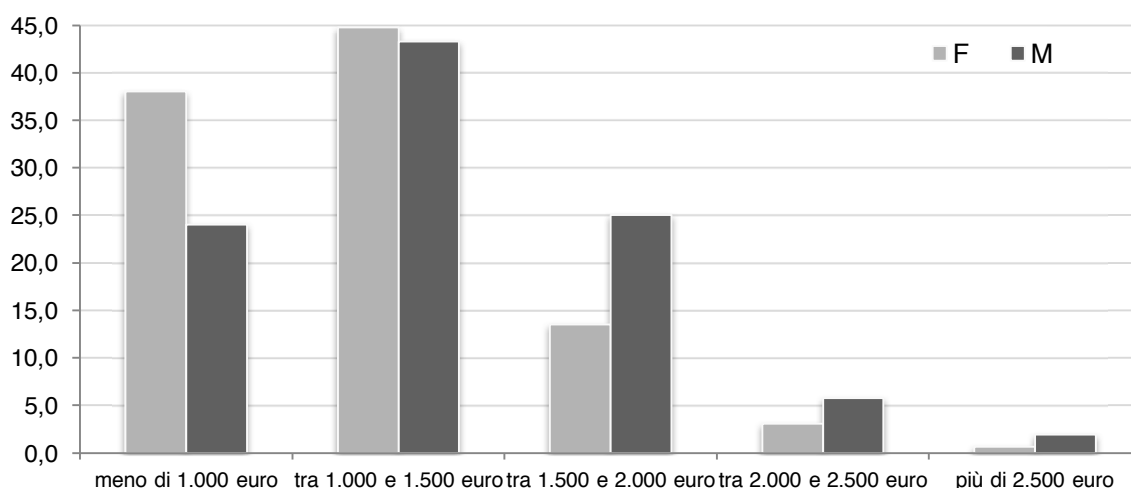
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

Per quanto riguarda le disponibilità economiche, la maggioranza degli intervistati (il 44,2%) può contare su un reddito mensile compreso fra i 1.000 e i 1.500 euro. Quanto agli altri, poco meno di un terzo dispone di meno di mille euro, il 18% di una cifra compresa fra i 1.500 e i 2.000 euro. Il 5,2%, infine, ha un reddito mensile superiore ai 2.000 euro.

Le differenze di genere relativamente alle disponibilità economiche sono sintetizzate nel grafico seguente: le donne sono percentualmente più numerose nelle fasce di reddito più basse, quelle fino a 1.500 euro mensili; il loro peso percentuale si riduce in maniera significativa in corrispondenza delle classi di reddito superiori.

Al reddito mensile dichiarato dagli intervistati si aggiunge l'indennità di accompagnamento che, come abbiamo ricordato nel paragrafo precedente, rappresentava uno dei requisiti necessari per poter partecipare all'indagine.

**Fig. 1.3. Anziani non autosufficienti per genere e reddito mensile al netto dell'indennità di accompagnamento (valori percentuali)**



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

### 1.3. Componenti e caratteristiche generali dell'assistenza fruita

La ricerca ha consentito di ricostruire la composizione e le caratteristiche dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti, facendo luce sul ricorso al ventaglio delle opzioni disponibili e, soprattutto, sul modo in cui queste si combinano fra loro.

Il primo aspetto su cui soffermare l'attenzione riguarda il ricorso da parte degli anziani coinvolti nell'indagine e dei loro familiari alle diverse forme di assistenza che possono essere ricondotte a quattro grandi macro-aree: il supporto assistenziale da parte dei familiari (coniuge, figli e/o altri parenti); gli interventi pubblici; il ricorso al 'mercato' privato (badanti, operatori socio-sanitari, infermieri); il sistema degli aiuti 'gratuiti' e non professionali (amici, vicini, volontari).

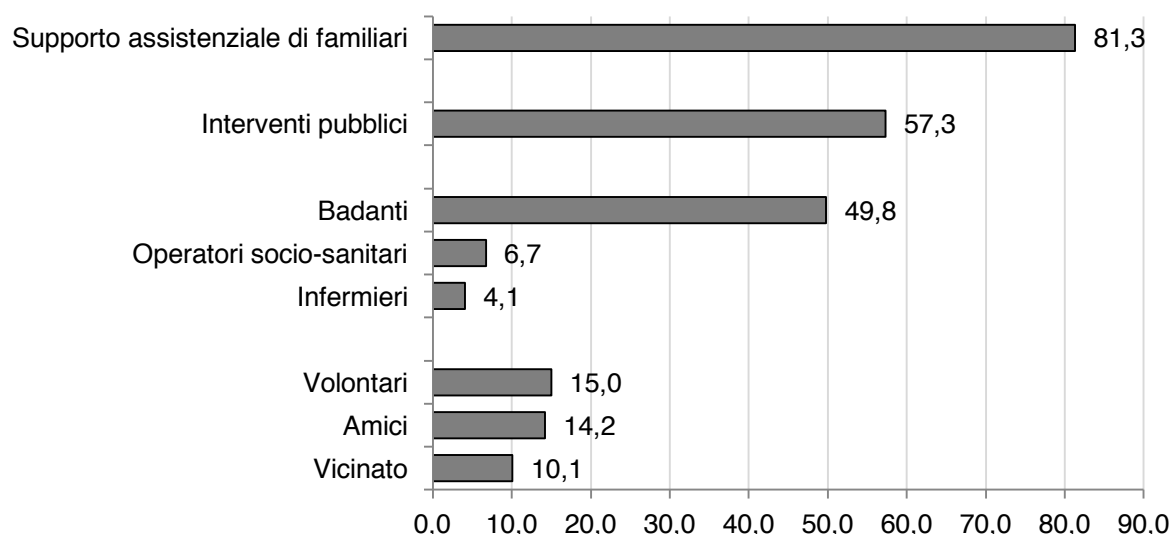
Oltre l'81% degli anziani coinvolti nell'indagine riceve supporto assistenziale dai propri familiari, a conferma del ruolo cruciale che le famiglie giocano nell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti.

Il ricorso agli interventi pubblici, seppure più contenuto, risulta consistente. Il 57,3% si avvale di almeno un intervento offerto dal sistema dei servizi pubblici per la non autosufficienza.

Per quanto riguarda il ricorso al sistema degli aiuti privati, il ruolo principale nell'assistenza è giocato dalle badanti, a cui ricorre quasi la metà del campione. Il contributo all'assistenza da parte di operatori socio-sanitari a pagamento e di infermieri in forma privata risulta per contro residuale, attestandosi rispettivamente al 6,7% e al 4,1%.

È interessante, infine, osservare il ruolo giocato dalla rete di aiuti in gratuità: il 15% degli anziani riceve sostegno dalla rete del volontariato, il 14,2% dagli amici e il 10,1% dal vicinato.

**Fig. 1.4. Anziani non autosufficienti per tipo di assistenza fruita (valori percentuali)**



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

Nella tabella 1.2 abbiamo riportato la composizione percentuale degli intervistati per tipologia di supporto assistenziale raggruppando gli interventi in tre grandi macro-aree: famiglia, interventi pubblici e interventi privati.

In merito, è interessante osservare come siano largamente diffuse le soluzioni in cui si combinano le diverse tipologie di interventi disponibili. Nel 70% dei casi, infatti, l'assistenza agli anziani non autosufficienti è caratterizzata dall'intervento dei familiari in combinazione con il ricorso a forme di assistenza pubblica e/o privata.

In dettaglio, il 26,4% degli anziani può contare sulla famiglia e su interventi privati; il 22,3% su famiglia, interventi privati e interventi pubblici; il 20,8% su famiglia e interventi pubblici.

Risultano più contenute, ma non marginali, le situazioni in cui l'assistenza si fonda su un unico pilastro: solo la famiglia nel 12,5% dei casi, solo gli interventi pubblici nell'8,7%, solo interventi privati nel 3,4% dei casi.

**Tab. 1.2. Distribuzione degli intervistati per tipologia di assistenza fruita**

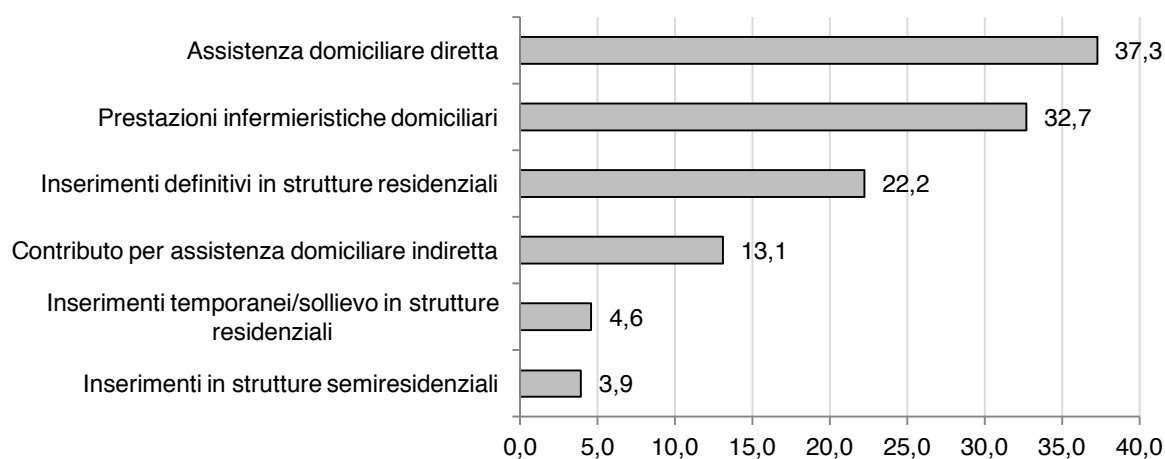
Tipologia di supporto assistenziale	Valore percentuale
Famiglia + interventi privati	26,4
Famiglia + interventi privati + interventi pubblici	22,3
Famiglia + interventi pubblici	20,8
Solo famiglia	12,5
Solo interventi pubblici	8,7
Solo interventi privati	3,4
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

#### **1.4. L'assistenza pubblica agli anziani non autosufficienti: gli interventi e la compartecipazione al loro costo**

Come abbiamo osservato, il 57,3% degli intervistati fruisce di interventi pubblici. Considerando la platea degli anziani che usano i servizi pubblici di assistenza, i più diffusi sono l'assistenza domiciliare diretta (37,3%) e le prestazioni infermieristiche domiciliari (32,7%). Seguono gli inserimenti definitivi in strutture residenziali (22,2%) e il contributo per l'assistenza domiciliare indiretta (13,1%). Gli inserimenti temporanei o di sollievo e gli inserimenti in strutture semiresidenziali risultano residuali all'interno del campione, con valori che si attestano rispettivamente al 4,6% e al 3,9%.

**Fig. 1.5. Anziani non autosufficienti per tipologia di interventi pubblici (valori percentuali)**



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

A coloro che hanno dichiarato di avvalersi di interventi pubblici, è stato chiesto di indicare se compartecipano al costo del servizio e a quanto corrisponde la compartecipazione mensile.

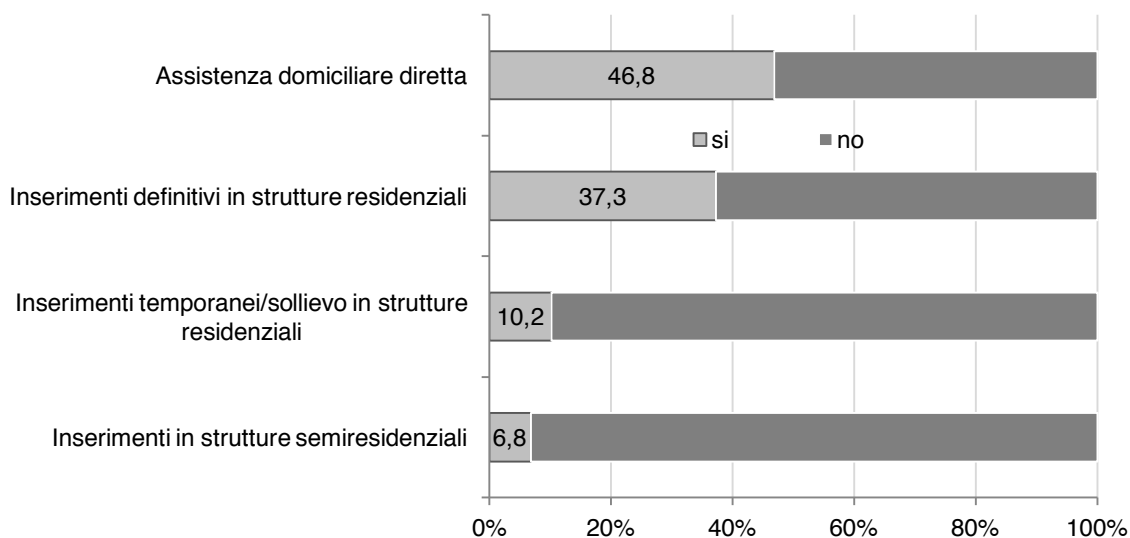
Relativamente al primo aspetto, le percentuali più elevate di anziani che compartecipano al costo si riscontrano per l'assistenza domiciliare diretta (46,8%) e

per gli inserimenti definitivi in strutture residenziali (37,3%). Più contenuti i valori registrati per gli inserimenti di sollievo (10,2%) e per gli inserimenti in strutture semiresidenziali (6,8%). Nel complesso, tuttavia, la compartecipazione al costo dei servizi risulta piuttosto contenuta rispetto alle attese, anche in considerazione della distribuzione degli anziani per classi di reddito.

In merito, come verrà approfondito nella seconda sezione del report, si possono fare due considerazioni. Per quanto concerne l'area della domiciliarità, la ricognizione sugli atti ha evidenziato chiaramente come il territorio regionale sia caratterizzato da forti eterogeneità nella regolazione della compartecipazione, in termini di soglie di esenzione, modalità di calcolo, tariffe applicate.

Per quanto riguarda la residenzialità, ed in particolare gli inserimenti definitivi, le elevate quote di compartecipazione sembrano rappresentare un deterrente all'accesso per molte famiglie, che optano per soluzioni alternative e in genere economicamente più vantaggiose, come già evidenziato nello studio realizzato nel 2015. A tale tipo di servizio, in presenza dei requisiti richiesti, finiscono per accedere gli anziani a cui non è richiesta la compartecipazione o che sono chiamati a compartecipare con cifre più contenute.

**Fig. 1.6. Distribuzione degli intervistati per tipologia di interventi pubblici e compartecipazione al costo (valori percentuali)**



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

La tabella seguente contiene le quote indicate dagli intervistati per la compartecipazione ai servizi pubblici. Per ognuno dei servizi attivati è indicata la spesa minima, la spesa massima e il valore medio dichiarato dagli anziani non autosufficienti coinvolti nell'indagine. Il ricorso agli interventi pubblici determina in media per le famiglie una spesa di poco superiore ai 600 euro, con valori che si attestano intorno ai 300 euro mensili per l'assistenza domiciliare diretta, gli inserimenti nelle strutture semiresidenziali e per gli inserimenti temporanei. L'inserimento definitivo in RSA comporta una spesa media di compartecipazione pari a 1.115 euro mensili.



**Tab. 1.3. Distribuzione degli intervistati per tipologia di assistenza fruita e quota di compartecipazione: minimo, massimo e valore medio**

Tipologia di servizio	min	max	media
Assistenza domiciliare diretta	75,00	700,00	301,67
Inserimenti in strutture semiresidenziali	150,00	450,00	283,33
Inserimenti temporanei	130,00	800,00	292,00
Inserimenti definitivi	24,30	2.000,00	1.115,54

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

### **1.5. L'assistenza dei caregiver familiari: le persone coinvolte, le cure prestate, l'intensità e la frequenza assistenziale**

Come abbiamo osservato in precedenza, i familiari rappresentano un pilastro essenziale nell'assistenza agli anziani non autosufficienti, fornendo supporto nell'81% dei casi. In pochi casi (12,5%) il ruolo di assistenza dei familiari è di natura esclusiva; più spesso il loro intervento si accompagna al ricorso ai servizi pubblici (20,8%), agli interventi privati (26,4%) o a entrambi (22,3%). L'indagine evidenzia che i familiari impegnati nelle attività di cura e di assistenza agli anziani non autosufficienti sono mediamente 2, anche se il loro numero oscilla fra un minimo di 1 e un massimo di 8.

Nel 46,2% dei casi l'assistenza dei familiari è un'assistenza continua, 24 ore su 24. Il ruolo di supporto e di sostegno fornito dai familiari, tuttavia, è continuo e costante anche nei casi in cui non vi è convivenza con l'anziano non autosufficiente. Come indicato in tabella, infatti, nel 23,1% dei casi i familiari offrono un'assistenza quotidiana che si attesta su un numero di ore giornaliere pari 3,5 e nel 30,7% dei casi offrono un'assistenza periodica, che supera in media le 10 ore settimanali.

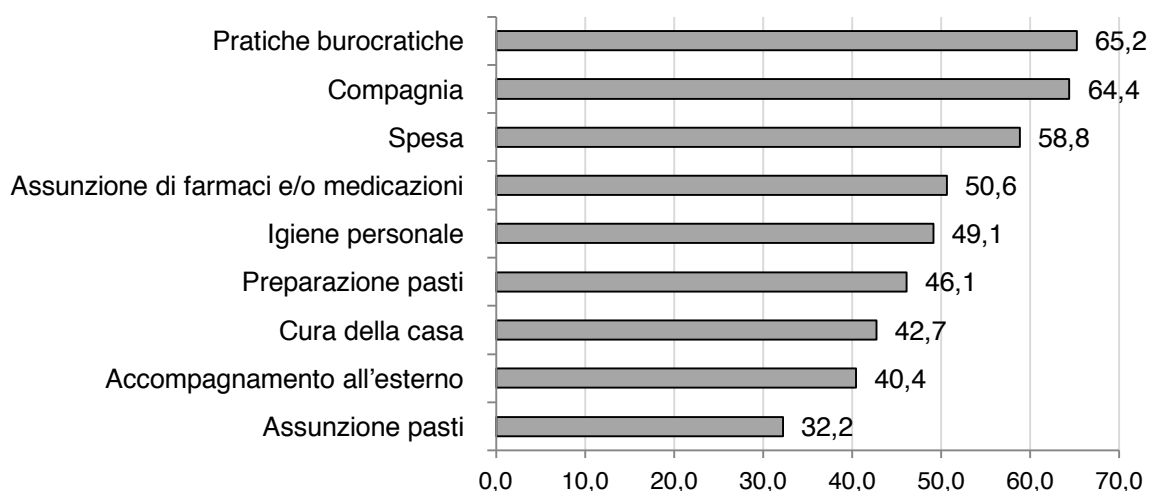
**Tab. 1.4. Distribuzione degli intervistati per tipologia di supporto assistenziale proveniente dai familiari (valori percentuali)**

Tipologia di supporto assistenziale	Valore percentuale
Convivenza h24	46,2
Giornaliera (dato medio: 3,5 ore al giorno)	23,1
Periodica (dato medio: 10,8 ore alla settimana)	30,7
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

Le principali attività di assistenza in cui sono impegnati i familiari sono riportate nel grafico seguente. Quelle più frequenti riguardano il disbrigo di pratiche burocratiche (65,2%), la compagnia (64,4%) e la spesa (58,8%). I familiari sono impegnati tuttavia anche nelle attività di assistenza alla persona, quali l'assunzione di farmaci e/o medicazioni (50,6%), l'igiene personale (49,1%) e la preparazione dei pasti (46,1%).

**Fig. 1.7. Le attività di cura garantite dai familiari (valori percentuali)**

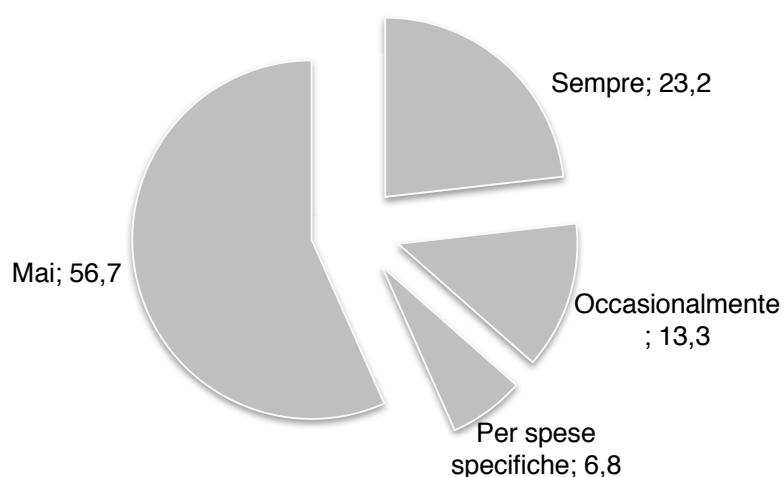


Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

Il supporto proveniente dai familiari non si limita ad aiuti concreti nello svolgimento delle attività quotidiane.

Il 44% dei familiari, infatti, ha dichiarato di essere impegnato nel sostegno economico alla persona anziana non autosufficiente. Si tratta di un sostegno continuo nel 23,2% dei casi, occasionale nel 13,3% e per spese specifiche nel 6,8%. Relativamente a quest'ultima tipologia, i familiari intervengono economicamente per pagare la badante, la retta della RSA, l'acquisto di farmaci non mutuabili e per alcune spese legate alla casa, quali il riscaldamento e le spese di manutenzione.

**Fig. 1.8. Il supporto economico alla persona non autosufficiente da parte dei familiari, frequenza (valori percentuali)**



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

Il sostegno economico dei familiari risulta evidentemente correlato al reddito dell'anziano non autosufficiente e particolarmente elevato fra gli anziani con minori disponibilità economiche.

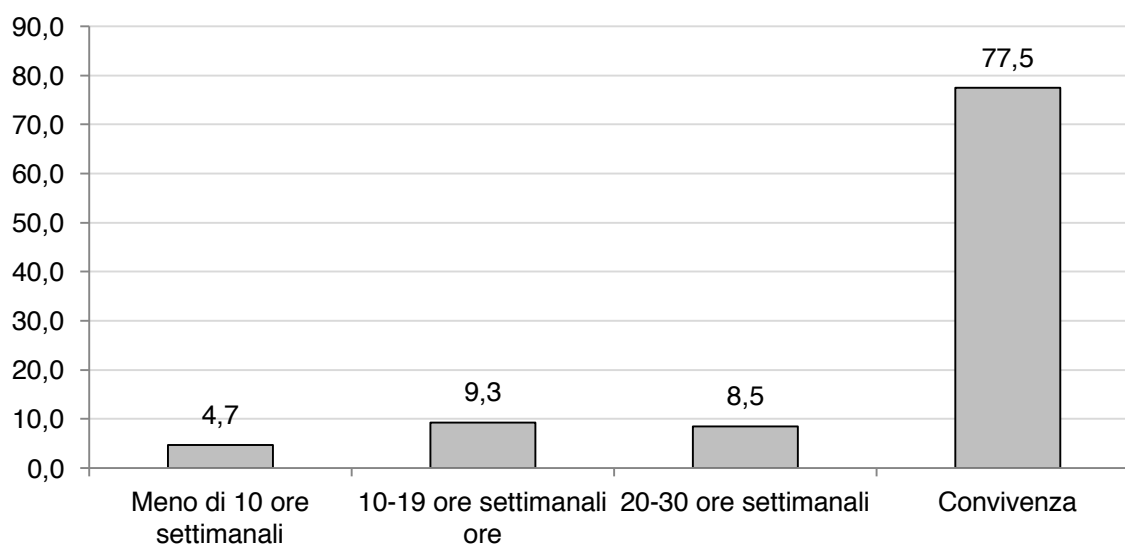
L'intervento dei familiari interessa oltre la metà degli anziani non autosufficienti con un reddito inferiore ai mille euro mensili e il 38,1% degli anziani che percepiscono un reddito fra i 1.000 e i 1.500 euro.

### 1.6. Il ricorso alle badanti e ad altri operatori sociosanitari privati

Il ricorso alle badanti per la cura della persona risulta largamente diffuso all'interno del campione e interessa quasi il 50% degli anziani non autosufficienti intervistati. Come abbiamo ricordato in precedenza, il 32,7% degli anziani coinvolti nell'indagine vive solo con la badante; negli altri casi il ricorso alla badante avviene in presenza del coniuge e/o di altri familiari conviventi.

Nel 77,5% dei casi, le badanti sono impiegate "in convivenza", ovvero per un'assistenza quotidiana e continuativa all'anziano h24. All'interno del campione, tuttavia, si osservano anche situazioni in cui si ricorre alle prestazioni assistenziali fornite dalle badanti per periodi di tempo minori: nel 4,7% dei casi fino a 10 ore settimanali, nel 9,3% fra 10 e 19 ore settimanali, nell'8,5% dei casi fra 20 e 30 ore settimanali.

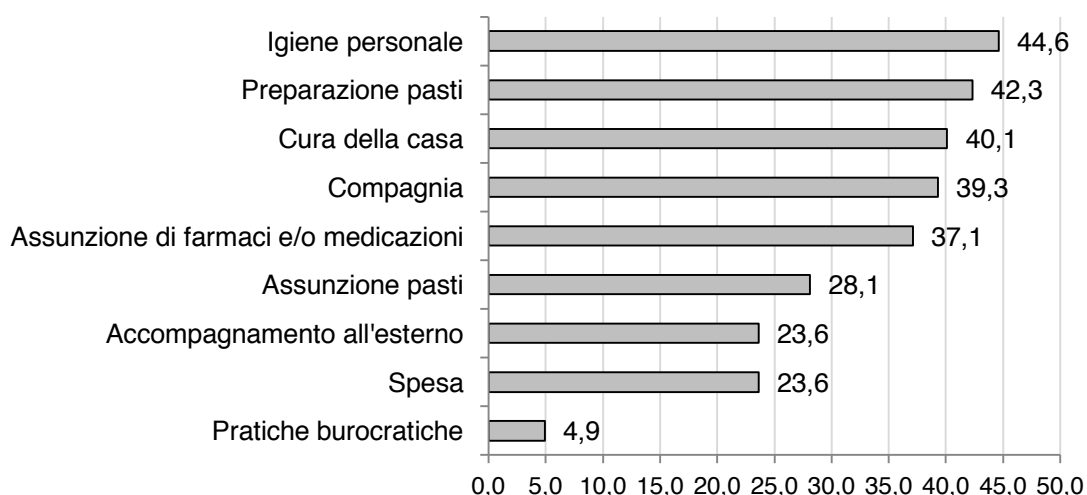
**Fig. 1.9. Le ore di assistenza fornite dalla badante (valori percentuali)**



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

Le attività in cui sono impegnate le badanti sono sintetizzate nel grafico riportato di seguito. Le più diffuse riguardano l'igiene personale dell'anziano (44,6%), la preparazione dei pasti (42,3%) e la cura della casa (40,1%). Le attività meno diffuse riguardano l'aiuto nel disbrigo delle pratiche burocratiche (4,9%).

**Fig. 1.10. Le attività di cura garantite dalle badanti (valori percentuali)**



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

La spesa che le famiglie sostengono per le badanti dipende, ovviamente, dal numero di ore coperte da tale servizio. Relativamente al campione considerato la spesa media si attesta sui 1.100 euro mensili.

Per completare il quadro sulla spesa sostenuta dalle famiglie, l'indagine ha considerato il peso che nella nostra regione ha il ricorso ad altre forme di assistenza privata, di natura sociosanitaria e sanitaria. Fra gli intervistati, il ricorso agli operatori sociosanitari privati interessa il 6,7% del campione. In media l'impegno è pari a 3,5 ore settimanali. La spesa media mensile sostenuta per questo tipo di servizio risulta di poco superiore ai 220 euro.

Il 4,1% ricorre agli infermieri privatamente, per una media di 1,8 ore settimanali. La spesa media è di 138,89 euro.

**Tab. 1.5. Distribuzione degli intervistati per tipologia di supporto assistenziale, ore settimanali di assistenza e spesa sostenuta (valori percentuali e dati medi)**

Tipologia di supporto assistenziale	Incidenza percentuale	Ore settimanali (dato medio)	Spesa (dato medio)
Operatore sociosanitario	6,7%	3,5 ore	224,67 euro
Infermiere	30,7%	1,8 ore	138,89 euro

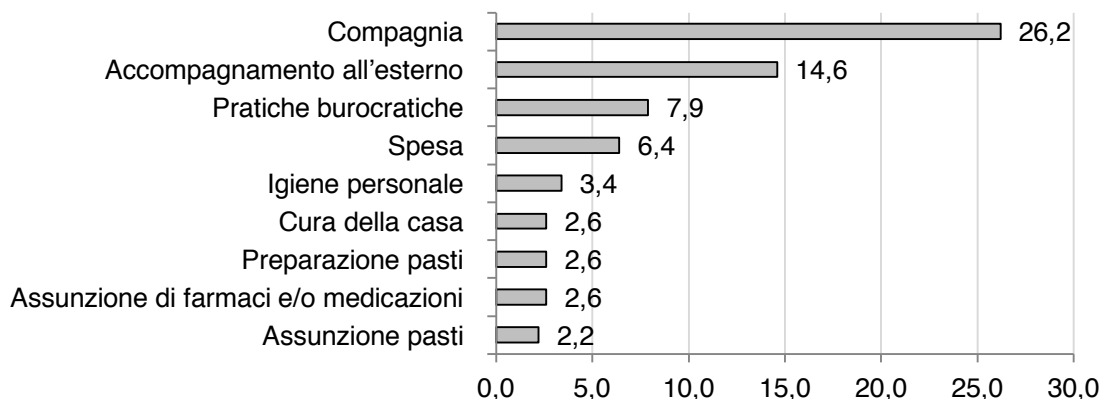
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

## 1.7. Il ruolo di altre risorse non professionali

L'ultimo aspetto esplorato attraverso l'indagine riguarda il ruolo giocato nell'ambito dell'assistenza dall'aiuto offerto gratuitamente dagli amici, dal vicinato e dagli operatori del mondo del volontariato. L'indagine evidenzia che il 32,6% degli anziani coinvolti nell'indagine riceve aiuti gratuiti da persone esterne alla propria rete familiare. L'assistenza arriva dai volontari, dagli amici e dal vicinato.

Il ruolo delle risorse non professionali nell'assistenza agli anziani non autosufficienti si declina essenzialmente nell'attività di compagnia, segnalata nell'80,5% dei casi. Seguono l'accompagnamento all'esterno (44,8%) e l'assistenza per la gestione di pratiche burocratiche (24,1%).

**Fig. 1.11. Quali attività di cura sono garantite? (valori percentuali)**



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

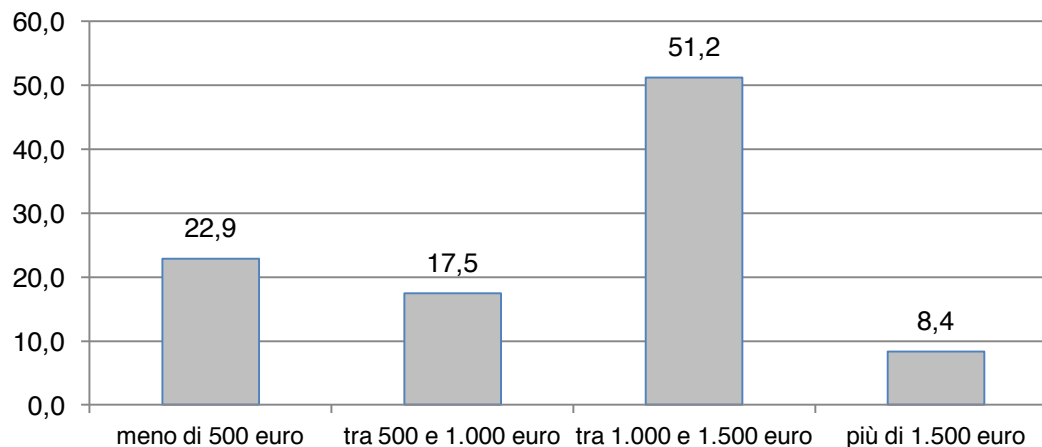
In media, gli anziani non autosufficienti ricevono 10 ore settimanali di assistenza da parte di volontari, amici e vicini. Degli 87 anziani che hanno dichiarato di ricevere questo tipo di assistenza, 35 ricevono aiuto informale continuativamente, per più ore al giorno o alla settimana. Nello specifico, 17 persone ricevono assistenza giornaliera, con una media di 2,44 ore al giorno a testa, mentre le altre 18 persone ricevono assistenza periodica: in media 3,71 ore alla settimana a testa. Complessivamente, i 35 anziani ricevono quindi 353 ore di assistenza informale alla settimana, pari a poco più di 10 ore a testa alla settimana. Si tratta di un dato significativo, che può essere valorizzato anche in termini economici, attribuendo un valore sostitutivo convenzionale all'attività non professionale, ad esempio di 10 euro orarie. Annualmente, le 520 ore di assistenza informale offerte agli anziani non autosufficienti hanno così un valore di 5.200 euro per anziano, una cospicua "dote" integrativa al sostegno familiare e all'assistenza professionale.

### **1.8. Alcune riflessioni sulla spesa e sul valore economico dell'assistenza informale**

L'indagine evidenzia che la spesa delle famiglie per i servizi di assistenza agli anziani non autosufficienti in termini di compartecipazione ai servizi pubblici, badanti e altre forme a pagamento si attesta in media intorno ai mille euro mensili, anche se il dato medio nasconde differenze particolarmente significative fra una situazione e l'altra. In dettaglio, il 22,9% delle famiglie spende meno di 500 euro al mese, il 17,5% fra i 500 e i 1.000 euro. Oltre la metà del campione (il 51,2%) sostiene una spesa

compresa fra i 1.000 e i 1.500 euro mensili. L'8,4% delle famiglie, infine, spende oltre 1.500 euro mensili.

**Fig. 1.12. Distribuzione degli intervistati per classi di spesa (valori percentuali)**



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

La spesa mensile sostenuta dipende dalla tipologia di servizi attivati, dal loro mix e dal ruolo giocato dai familiari nell'assistenza. Il confronto fra classe di reddito e classe di spesa sostenuta per l'assistenza, riportato nel prospetto, suggerisce una coerenza fra reddito disponibile, soluzioni di assistenza e, dunque, spesa sostenuta. Nel 36,2% dei casi si osserva l'esistenza di una perfetta corrispondenza fra classe di reddito e classe di spesa (si tratta dei casi osservati in corrispondenza della diagonale). L'area al di sotto della diagonale evidenzia le situazioni di relativa tranquillità, quelle in cui il reddito dell'anziano non autosufficiente è superiore alla spesa mensile sostenuta per l'assistenza (44% dei casi). Al di sopra della diagonale, per contro, si osservano i casi di maggiore sofferenza, quelli per cui le disponibilità economiche dell'anziano non autosufficiente sono inferiori alla spesa sostenuta mensilmente per i servizi di assistenza. Tale area di "sofferenza economica" caratterizza il 20,5% del campione.

**Tab. 1.6. Distribuzione degli intervistati classe di reddito e classe di spesa sostenuta per l'assistenza (valori percentuali)**

Classe di reddito	Classe di spesa				Totale
	< 1.000 euro	1.000-1.500 euro	1.500-2.000 euro	> 2.000 euro	
< 1.000 euro	13,9	12,7	1,2	0,6	28,3
1.000-1.500 euro	19,3	21,7	4,8	0,6	46,4
1.500-2.000 euro	6,6	13,3	0,6	0,6	21,1
> 2.000 euro	1,2	3,6	-	-	4,8
<b>Totale</b>	<b>41,0</b>	<b>51,2</b>	<b>6,6</b>	<b>1,8</b>	<b>100,6</b>

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

In questo contesto, che apporto può fornire l'assistenza informale erogata gratuitamente da persone appartenenti alla rete amicale e comunitaria dell'anziano? È possibile tentare una quantificazione di questo apporto tornando a prendere in considerazione le 35 persone anziane che hanno dichiarato di ricevere assistenza informale continuativamente.

A partire dalle singole esperienze di assistenza viene costruito un profilo medio di spesa delle 17 persone che ricevono quotidianamente anche 2,44 ore in media di assistenza informale, che risulta composto dalle seguenti voci:

- interventi pubblici domiciliari e semiresidenziali, con una compartecipazione media sostenuta per il loro costo quantificabile in 423,53 euro a testa all'anno;
- l'assistente familiare, con una spesa media quantificabile in 5597,65 euro all'anno;
- il ricorso a operatori socio-sanitari privati, con un esborso pari a 35,29 euro all'anno;
- il ricorso a infermieri professionali privati, per un compenso medio di 282,35 euro.

A questo tipo di profilo assistenziale corrisponde quindi una spesa annua pari a 6.338,82 euro per assistenza professionale, cui vanno ad aggiungersi le 2,44 ore quotidiane di aiuto non formale ricevute, pari a 890,6 ore annue, corrispondenti ad un valore economico equivalente pari a 8.906 euro a persona.

Anche la simulazione condotta con riferimento alle 18 persone che ricevono assistenza periodica (in media 3,71 ore alla settimana a testa) offre risultati interessanti. Per questo gruppo, il profilo medio di spesa è composto da:

- la compartecipazione al costo di interventi pubblici di assistenza domiciliare diretta: in media 200 euro;
- il compenso per assistenti familiari, pari a un importo medio di 5.946,67 euro all'anno;
- il compenso per operatore socio-sanitario: in media 133,33 euro all'anno;
- il compenso per infermiere in media 200 euro all'anno.

A questo tipo di profilo corrisponde una spesa di 6.480,00 euro a testa all'anno per assistenza professionale, cui vanno ad aggiungersi le 3,71 ore di supporto informale settimanale, pari a un valore economico sostitutivo di 1.929,20 euro a testa all'anno.

Al di là del valore economico sostitutivo, queste esemplificazioni vogliono sottolineare la rilevanza che l'assistenza informale riveste nella vita quotidiana delle persone assistite e il valore sociale ed economico che queste attività producono nella rete sociale territoriale.

## **Seconda parte**

# **LA RISPOSTA ISTITUZIONALE: SPESA E COMPARTECIPAZIONE NEI SERVIZI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

### **2.1. Obiettivi dell'indagine e percorso di lavoro**

Parallelamente all'approfondimento su composizione e entità della spesa sostenuta dalle famiglie per la cura degli anziani non autosufficienti, sono stati considerati gli strumenti regolativi della compartecipazione al costo e l'ammontare della spesa a livello locale.

In questo modo è stato completato il quadro della spesa sostenuta per far fronte ai bisogni di cura e assistenza nella vita quotidiana per le persone anziane non autosufficienti, permettendo così di meglio contestualizzare quanto emerso nella prima sezione del report. Nello specifico, l'approfondimento ha riguardato:

- la regolamentazione adottata nelle zone dopo l'entrata in vigore del nuovo ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente), in modo da verificare lo stato di attuazione e i criteri di compartecipazione;
- la rilevazione dell'utenza, della spesa sostenuta e delle entrate da compartecipazione, per gli interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali erogati nelle zone distretto a favore delle persone anziane non autosufficienti nel 2015.

Le informazioni sono state raccolte attraverso:

- l'invio tra maggio e giugno 2016 alle direzioni di zona distretto/società della salute delle 34 zone di una specifica scheda di rilevazione;
- un'attività di sollecitazione e affiancamento delle zone per supportarle nella raccolta dei dati richiesti;
- una ricerca integrativa degli atti di regolamentazione presso i siti internet di aziende sanitarie, società della salute, comuni capofila.

Complessivamente sono pervenute 18 schede da parte di altrettante zone distretto.

### **2.2. Il quadro normativo regionale e nazionale**

La disciplina regionale della compartecipazione alla spesa per interventi rivolti alle persone non autosufficienti è dettata dall'art. 14 della legge regionale n. 66 del 2008. Per gli interventi di tipo domiciliare e semiresidenziale la valutazione della capacità economica tiene conto della situazione reddituale e patrimoniale del solo beneficiario della prestazione, determinata secondo la normativa nazionale in materia di ISEE. Per le prestazioni residenziali si prevede che, oltre alla situazione reddituale e patrimoniale della persona assistita, siano computate le indennità di natura previdenziale e



assistenziale percepite per il soddisfacimento delle esigenze di accompagnamento e di assistenza e che la quota di compartecipazione dovuta dalla persona assistita ultrasessantacinquenne venga calcolata tenendo conto anche della situazione reddituale e patrimoniale del coniuge e dei parenti in linea retta entro il primo grado.

La disciplina è stata dettagliata con atto di indirizzo regionale (DGRT n. 385 del 2009), in cui si distinguono due regimi di compartecipazione:

- per le prestazioni di tipo domiciliare e semiresidenziale viene fissata la soglia di esenzione totale, che esclude la compartecipazione dell'assistito, corrispondente ad un valore ISEE pari al 125% dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS (pari ad Euro 7.445,59 per il 2009);
- per le prestazioni residenziali non è prevista alcuna soglia di esenzione, in ragione della particolare natura "onnicomprensiva" della presa in carico, ma deve essere garantita agli assistiti una quota di denaro per spese personali, quantificata in almeno un sesto dell'ammontare minimo annuo della pensione INPS.

L'atto di indirizzo prevede poi delle soglie ISEE di non esenzione, oltre le quali è dovuto il 100% del costo della prestazione:

- 4 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS per i servizi domiciliare e semiresidenziale, esclusi i progetti di vita indipendente (per il 2009 pari a Euro 23.826,40)
- 6,7 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS per escludere limitazioni alla compartecipazione al costo del coniuge e dei parenti di primo grado per i servizi residenziali (per il 2009 pari a Euro 39.909,22).

Per il coniuge e per i parenti in linea retta di primo grado di persone ultrasessantacinquenni inserite in strutture residenziali, la compartecipazione loro imputabile viene calcolata tenendo conto dell'ISEE estratto del familiare obbligato, secondo un sistema a scaglioni che indica per ogni fascia soglie di esenzione specifiche.

Per il calcolo della compartecipazione l'atto di indirizzo prevede due modalità: l'utilizzo di un coefficiente di corrispondenza fra i singoli ISEE e le relative quote di compartecipazione, oppure l'applicazione di scaglioni di ISEE (almeno 21).

Le amministrazioni locali hanno quindi la possibilità di intervenire:

- a. elevando le soglie di esenzione totale, di esenzione parziale e di non esenzione dalla compartecipazione
- b. determinando le specifiche modalità di calcolo della quota di compartecipazione da richiedere ai fruitori degli interventi.

Già nel 2012<sup>2</sup> era stata promossa una prima ricognizione dei provvedimenti di attuazione locale degli indirizzi regionali, finalizzata a verificare se e quanto le zone sociosanitarie incluse nell'indagine (10) avessero dato applicazione all'atto del 2009. L'analisi aveva evidenziato una maggiore omogeneità della regolamentazione in materia rispetto ad altri ambiti in cui manca un inquadramento regionale della materia. Nello specifico: nessuna zona aveva innalzato le soglie di esenzione o di non esenzione, e solo alcune erano intervenute modulando le soglie di compartecipazione

---

<sup>2</sup> FNP Cisl Toscana, Fondazione Zancan, *Welfare territoriale e non autosufficienza in toscana. il contributo del sindacato alla qualificazione dei percorsi assistenziali*, 2013.

all'interno dei range regionali oppure prevedendo riduzioni per il computo della quota di compartecipazione o per la valutazione della situazione economica.

La riforma dell'ISEE, introdotta con il dpcm n.159 nel 2013 e poi oggetto di numerosi interventi giurisprudenziali e normativi di "aggiustamento", susseguitisi fino all'entrata a regime della misura "rivista" avvenuta nel 2016<sup>3</sup>, segna un'ulteriore tappa nella definizione della disciplina in materia di valutazione economica e compartecipazione alla spesa.

Rispetto alla compartecipazione alla spesa per prestazioni sociosanitarie da parte di anziani non autosufficienti, la nuova normativa prevede un *ISEE* specifico, denominato *sociosanitario*, applicabile a tutte

“le prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria rivolte a persone con disabilità e limitazioni dell'autonomia, ovvero interventi in favore di tali soggetti:

- 1) di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio;
- 2) di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali, incluse le prestazioni strumentali ed accessorie alla loro fruizione, rivolte a persone non assistibili a domicilio;
- 3) atti a favorire l'inserimento sociale, inclusi gli interventi di natura economica o di buoni spendibili per l'acquisto di servizi”

(art. 1, comma 1, lett. f), dpcm n. 159 del 2013)

L'ISEE sociosanitario può essere calcolato con riferimento ad un nucleo familiare ristretto (composto solo dal beneficiario, dal coniuge e dai figli).

Relativamente alle “prestazioni sociosanitarie erogate in ambiente residenziale a ciclo continuativo”, la nuova normativa prevede alcune disposizioni specifiche per il calcolo di una componente aggiuntiva di ISEE per i figli non conviventi (art. 6 e all.to 2, dpcm n. 159 del 2013).

L'ISEE riformato diventa lo strumento “obbligato” di determinazione della situazione economica dei richiedenti le prestazioni, che i soggetti erogatori devono applicare su tutto il territorio nazionale in quanto livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m) della Costituzione. Residua a favore dei soggetti erogatori la facoltà di prevedere, oltre all'ISEE, “criteri ulteriori di selezione volti ad identificare specifiche platee di beneficiari, tenuto conto delle disposizioni regionali in materia e delle attribuzioni regionali specificamente dettate in tema di servizi sociali e socio-sanitari” (art. 2, comma 1, dpcm n. 159 del 2013).

Come si vede, la normativa nazionale va ad incidere solo sullo strumento di “misurazione” della situazione economica, mentre non entra nel merito delle altre componenti la regolazione della compartecipazione economica, che invece sono oggetto dell'atto di indirizzo regionale: la definizione delle soglie (di accesso,

---

<sup>3</sup> A seguito delle pronunce del Tar Lazio, sentenze nn. 2454 – 2458- 2459/2015, confermate dal Consiglio di Stato nel febbraio 2016 (sentenza Sez. IV n. 842 del 2016) sono state dichiarate illegittime le previsioni del dpcm che introducevano nel computo della situazione reddituale le indennità a qualunque titoli percepite anche se escluse dall'imponibile Irpef e che prevedevano l'applicazione di detrazioni differenziate in base all'età e allo stato di gravità dei componenti con disabilità presenti nel nucleo. Con l'art. 2-sexies della legge 26 maggio 2016, n. 89 sono state adeguate le disposizioni in materia di ISEE alle pronunce sopra richiamate.

esenzione, non esenzione) e delle modalità di calcolo della quota di compartecipazione. Su questi aspetti gli enti deputati all'erogazione dei servizi hanno facoltà di introdurre meccanismi regolativi della compartecipazione alla spesa più o meno improntati a principi di equità e in grado di produrre effetti redistributivi e solidaristici.

### **2.3. Gli atti regolamentari considerati**

Come già anticipato, il lavoro di reperimento e analisi degli atti ha preso avvio da quanto dichiarato dalle zone nelle schede di rilevazione e si è concluso con un'attività integrazione di la ricerca online dei provvedimenti sui siti istituzionali.

In questo modo è stato possibile rilevare 48 provvedimenti vigenti in 25 zone distretto (al 30 aprile 2016). Si tratta di delibere di:

- Giunta e di Assemblea delle Società della Salute (39 atti);
- Azienda Usl (5 atti);
- Conferenza dei sindaci (4 atti).

Le 25 zone hanno da 1 a 5 atti che regolamentano la compartecipazione; 11 zone ne hanno più di uno; 2 zone hanno 5 provvedimenti.

Si tratta di atti che regolamentano la compartecipazione alla spesa per l'intera zona distretto, con riferimento alla generalità degli interventi sociosanitari o a singole tipologie di intervento (interventi domiciliari, ricoveri in Rsa).

Degli atti censiti, la maggior parte è stato adottato tra il 2015 e il 2016. Solo un provvedimento risulta anteriore al 2013, anno di entrata in vigore della nuova normativa ISEE, mentre per tre atti non è stato possibile rilevare la data di approvazione.

A fronte di 48 atti censiti, è stato possibile procedere all'analisi dei contenuti su 30 testi, reperiti online o forniti dalle zone, con una copertura di 20 zone distretto.

La difficoltà a reperire i testi dei provvedimenti, presso gli uffici o sui siti istituzionali degli enti, evidenzia come sia ancora necessario investire sul tema dell'accessibilità alle informazioni in merito alle condizioni e alle modalità di fruizione dei servizi da parte dei cittadini. Questo aspetto era già emerso nei monitoraggi realizzati negli scorsi anni. Nel 2012 era stata riscontrata la scarsa disponibilità di informazioni aggiornate e pertinenti online, e in alcuni casi anche in loco, sulle modalità di funzionamento, sull'ubicazione e sugli orari dei punti insieme<sup>4</sup>.

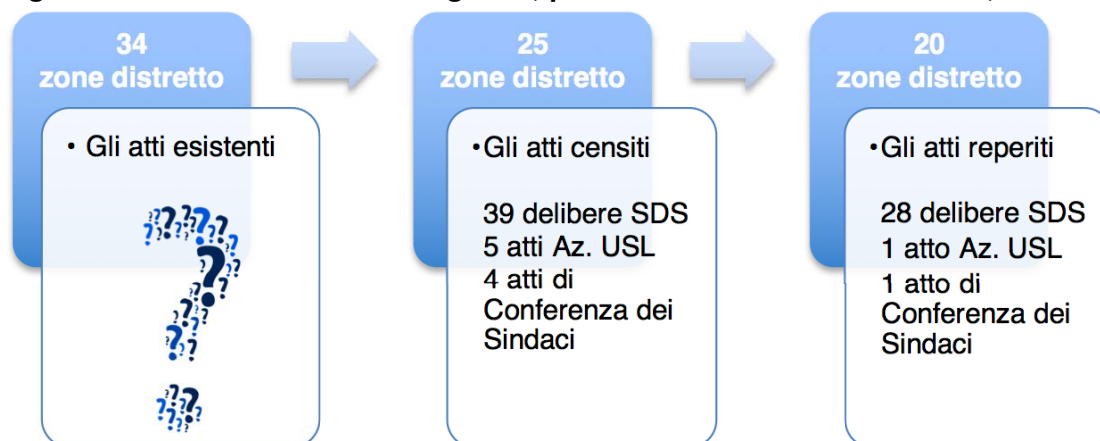
Pur trattandosi in questo caso di informazioni tecnicamente più complesse, sembra comunque opportuna una maggiore trasparenza e pubblicità in merito alle modalità di valutazione e di determinazione della compartecipazione alla spesa per i servizi, così da meglio orientare anche l'accesso al sistema. L'indagine realizzata nel 2015 ha infatti evidenziato come una quota consistente di famiglie che hanno richiesto i servizi ha poi rinunciato a fruirne, una volta conosciute le condizioni di compartecipazione<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> FNP Cisl Toscana, Fondazione Zancan, 2013, cit., p. 16ss.

<sup>5</sup> FNP Cisl Toscana, Fondazione Zancan, 2016, op. cit., p. 22 ss.

**Fig. 2.1. Rilevazione e analisi degli atti, per numero atti e zone distretto, 2017**



#### **2.4. La compartecipazione alla spesa per gli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti: le soglie di esenzione e di non esenzione**

Come è noto, la legge n. 66 del 2008 istitutiva del fondo regionale per la non autosufficienza prevede che siano erogati: a) interventi domiciliari sociosanitari di aiuto alla persona, forniti in forma diretta; b) interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente; c) inserimenti in strutture semiresidenziali; d) inserimenti temporanei o di sollievo in residenza; e) inserimenti permanenti in residenza.

A fronte di questa classificazione, gli atti evidenziano una notevole eterogeneità di interventi sottoposti alla valutazione della situazione economica. Prendendo ad esempio 4 zone (tab. 2.1), oltre al diverso numero di interventi previsti, variano anche le tipologie di intervento.

**Tab. 2.1. Confronto tra tipologie di interventi per anziani non autosufficienti presenti in quattro zone distretto della Toscana**

Zona 1	Zona 2	Zona 3	Zona 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio di assistenza domiciliare</li> <li>- Pasti a domicilio</li> <li>- Pedicure</li> <li>- Contributi</li> <li>- Telesoccorso</li> <li>- Interventi semiresidenziali</li> <li>- Ricovero in Rsa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio di assistenza domiciliare</li> <li>- Lavanderia a domicilio</li> <li>- ADI</li> <li>- Assistenza domiciliare indiretta</li> <li>- Telesoccorso</li> <li>- Trasporto</li> <li>- Interventi semiresidenziali</li> <li>- Ricovero in Rsa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio di assistenza domiciliare</li> <li>- Contributi</li> <li>- Interventi semiresidenziali</li> <li>- Ricovero in Rsa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cure prossimità 1 livello</li> <li>- Cure prossimità 2 livello</li> <li>- Cure prossimità 3 livello</li> <li>- ADI diretta e indiretta</li> <li>- Interventi semiresidenziali</li> <li>- Ricovero in Rsa</li> </ul>

Questa eterogeneità di risposte va tenuta presente nel mettere a confronto le situazioni delle singole zone distretto.

Un primo aspetto che emerge dall'analisi degli atti è la diversità riscontrata in merito alla definizione delle soglie minime, di esenzione/ massime, di non esenzione: come già sottolineato, la determinazione delle soglie è uno dei due ambiti di esercizio dell'autonomia locale nella disciplina della compartecipazione alla spesa.

L'atto di indirizzo regionale dava come riferimento per l'esenzione l'ammontare ISEE pari a 1,25 volte il minimo INPS per i servizi domiciliari e semiresidenziali, mentre escludeva soglie di esenzione per i servizi residenziali, fatto salvo l'obbligo di lasciare nella disponibilità del ricoverato un importo annuo pari a un sesto del minimo INPS per le spese personali.

Con riferimento ai servizi domiciliari e semiresidenziali, si conformano testualmente all'indirizzo regionale 6 zone sulle 20 considerate, mentre altre 3 assumono soglie di ISEE corrispondenti al valore economico per il 2009 della formula indicata dall'atto regionale (7.445,59 euro). Le altre 11 zone presentano situazioni molto diversificate: per l'assistenza domiciliare le soglie di esenzione variano dai 3.500 euro ai 9.000 euro, per il telesoccorso il range va dai 5.000 ai 7.747 euro, per i servizi semiresidenziali dai 3.500 ai 9.000 euro.

Con riferimento alle soglie di non esenzione, oltre le quali è esclusa qualsiasi forma di agevolazione o integrazione pubblica al costo dei servizi, le 6 zone coerenti con l'atto di indirizzo per il valore minimo confermano il limite massimo di 4 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS per i servizi domiciliare e semiresidenziale, così come le 3 che avevano assunto il valore economico 2009 confermano il ricorso a tale parametro numerico (pari a 23.826,40).

Le 11 zone che definiscono soglie autonome presentano una maggiore varietà di soglie massime, rispetto a quelle di esenzione. Per il telesoccorso, ad esempio, previsto in tre zone, le soglie di non esenzione vanno dai 12.912 ai 26.000 euro di ISEE. Più ampi i *range* dei valori rilevati con riferimento all'assistenza domiciliare, dove si rilevano soglie massime che vanno dai 16.000 ai 45.000 euro di ISEE. Per i servizi semiresidenziali si passa dai 23.500 euro ai 45.000 euro di ISEE.

**Tab. 2.2. Le soglie di compartecipazione alla spesa per interventi domiciliari e semiresidenziali, valori minimi e massimi**

	Valore minimo	Valore massimo
Atto di indirizzo regionale	1,25*Importo minimo pensione INPS	4*importo minimo pensione INPS
Variazioni zonali:		
Interventi domiciliari	ISEE 3.500-9.000 euro	ISEE 16.000-45.000 euro <i>ISPE 75.000 euro</i>
Interventi semiresidenziali	ISEE 3.500-9.000 euro	ISEE 23.550-45.000 euro <i>ISPE 75.000 euro</i>

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

I margini di differenziazione sono rappresentabili in forma grafica: per confrontare le diverse situazioni presenti nelle zone distretto, sono stati scelti due interventi specifici

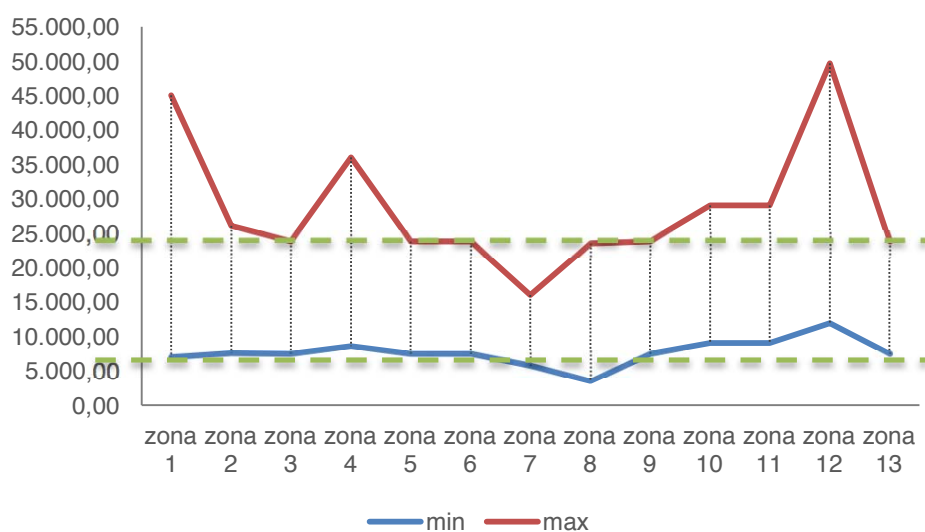
rivolti agli anziani non autosufficienti, l'assistenza domiciliare diretta e gli interventi semiresidenziali in centro diurno.

Come si vede dalle figure seguenti, la situazione rilevata nei provvedimenti è molto diversificata: vi sono zone allineate al valore regionale (la retta tratteggiata), altre che invece sono intervenute innalzando in modo significativo la soglia di non esenzione, soprattutto con riferimento all'assistenza domiciliare.

Il range compreso tra i due valori, di esenzione dalla compartecipazione (valore minimo) e di esclusione da forme di agevolazione (valore massimo), costituisce lo spazio di intervento della seconda leva che i soggetti erogatori possono utilizzare per regolare la compartecipazione, ovvero la modalità di calcolo della quota a carico degli utenti.

Maggiore è la forcilla disponibile, maggiore è lo "spazio" in cui sarà possibile distribuire e graduare la compartecipazione, con conseguenze significative in merito alla capacità redistributiva delle formule di computo della compartecipazione utilizzate.

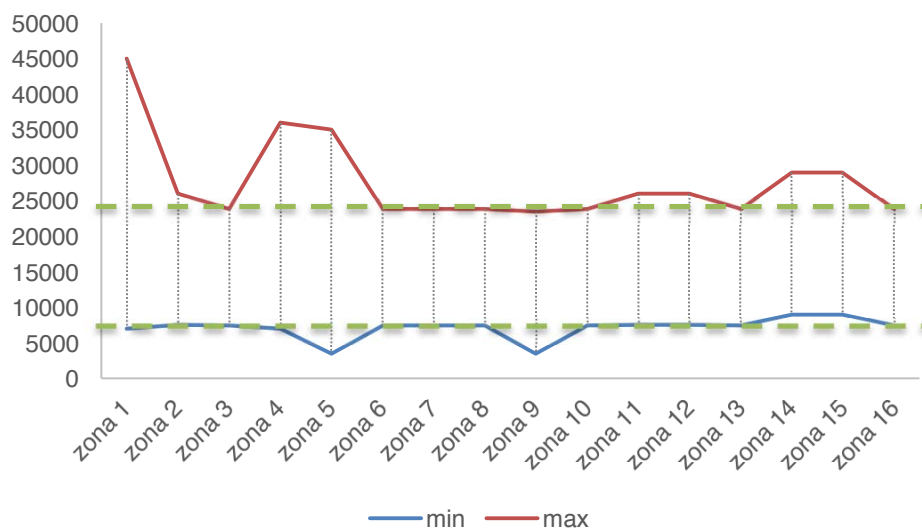
**Fig. 2.2. Valori minimi e massimi di ISEE per la compartecipazione al costo dei servizi, assistenza domiciliare diretta, confronto tra zone, 2016 (con linee tratteggiate le soglie regionali)**



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

Nell'ambito dei servizi semiresidenziali si rileva in generale una minore variabilità dei range di ISEE considerati ai fini della determinazione della compartecipazione al costo del servizio. Soprattutto con riferimento al valore minimo di esenzione, la soglia più frequentemente utilizzata è in linea con il valore soglia dato dall'atto di indirizzo regionale.

**Fig. 2.3. Valori minimi e massimi di ISEE per la compartecipazione al costo dei servizi, servizi semiresidenziali, confronto tra zone, 2016 (con linee tratteggiate le soglie regionali)**



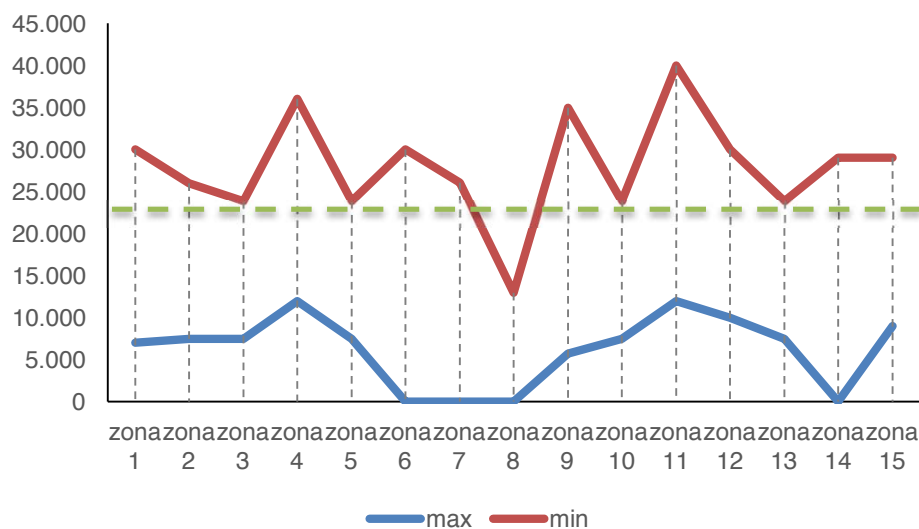
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

Vanno infine considerate a parte le soglie previste per l'erogazione di contributi economici finalizzati all'assistenza, oggetto di disciplina negli atti di 15 zone. Vi sono ricondotte le forme di assistenza domiciliare indiretta, i contributi per gli assistenti familiari o i caregiver, e ogni altro contributo finalizzato al sostegno e alla cura delle persone anziane non autosufficienti.

In questo caso, la lettura delle soglie è inversa: la soglia minima coincide con il valore ISEE al di sotto del quale viene erogato il massimo possibile di contributo, mentre la soglia massima prevista dalla regolamentazione locale coincide con la soglia di accesso alla misura, poiché il possesso di un ISEE superiore alla soglia massima ne preclude l'erogazione.

I valori minimi ISEE previsti vanno da 0 a 12.000 euro: garantiscono l'erogazione del massimo di contributo ammissibile. I valori soglia di ISEE oltre i quali è esclusa l'erogazione del contributo vanno dai 13.000 ai 40.000 euro. In questo caso la variabilità delle soglie meriterebbe un approfondimento specifico, poiché oltre a risultare ancora più marcata rispetto agli altri interventi considerati, incide direttamente sulla fruibilità dell'intervento: nella stessa regione 1000 euro di ISEE fanno la differenza tra aver diritto al contributo nella sua interezza (nella zona con soglia minima di 12.000 euro) e vedersi esclusi dalla misura (nella zona con soglia massima di 13.000 euro). Si tratta di differenze di trattamento difficilmente comprensibili.

**Fig. 2.4. Le soglie ISEE per l'erogazione degli interventi economici, valori minimi e massimi, confronto tra zone, 2016 (con linee tratteggiate le soglie regionali)**



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione Zancan, 2017.

Per quanto riguarda gli interventi residenziali, l'atto di indirizzo regionale non prevede soglie massime per la compartecipazione degli utenti, introducendole invece solo per limitare la compartecipazione dovuta dai familiari entro il primo grado. In questo secondo caso, viene previsto come valore massimo l'ISEE che supera di 6,7 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS (per il 2009 pari a Euro 39.909,22).

Nelle zone considerate, si riscontra in alcuni casi una diversa regolamentazione della compartecipazione in caso di ricoveri di sollievo/temporanei e ricoveri definitivi: nel primo caso si introducono soglie di esenzione e di non esenzione, secondo modalità analoghe ai servizi semiresidenziali. I valori rilevati vanno dai 7.000 ai 9.000 euro di ISEE per la soglia di esenzione, dai 26.000 ai 36.000 euro per la soglia massima oltre la quale è prevista la totale compartecipazione al costo da parte dell'utente.

Negli altri casi, la compartecipazione per i ricoveri definitivi è regolata in termini di determinazione delle modalità di integrazione della quota sociale della retta.

Un ultimo aspetto relativo alla questione delle soglie riguarda la previsione, accanto a soglie ISEE, di ulteriori valori soglia considerati ai fini della determinazione delle soglie massime per la concessione di agevolazioni alla compartecipazione.

In alcune zone infatti, oltre all'ISEE, viene preso in considerazione anche il valore dei patrimoni posseduti dall'assistito, attraverso il ricorso all'ISPE (Indicatore della situazione patrimoniale equivalente) o al valore del patrimonio disponibile come risultante dalla DSU (Dichiarazione sostitutiva unica). Anche in questi casi sono assunti dei valori soglia (dai 60.000 ai 75.000 euro per l'ISPE, 20.000 euro per il patrimonio disponibile) oltre i quali si esclude ogni forma di integrazione a carico dell'ente pubblico per i costi di fruizione dei servizi.



## 2.5. Le modalità di determinazione della compartecipazione

La scelta della modalità di calcolo della compartecipazione incide sostanzialmente sulla possibilità di redistribuire il carico della spesa sociale sulla popolazione interessata. La questione è molto complessa: nella scelta delle formule da adottare entrano variabili legate alla finalità perequativa dell'intervento, alla sostenibilità dei costi del servizio, alla effettiva accessibilità del sistema, alla comprensibilità e trasparenza dei criteri di compartecipazione adottati, all'impatto che le scelte redistributive possono avere sul rischio di uscita dal sistema delle fasce (le più deboli vs le più ricche) poste alle estremità delle fasce reddituali considerate.

Come già ricordato, l'atto di indirizzo regionale prevede due opzioni in merito: utilizzare un coefficiente di corrispondenza fra i singoli ISEE e le relative quote di compartecipazione o applicare degli scaglioni di ISEE. In particolare, l'atto specifica che nel caso in cui si usi il metodo degli scaglioni, questi "devono essere improntati a criteri di equità, gradualità e proporzionalità/progressività, tenendo conto del diritto all'accesso universalistico ai servizi".

Negli atti censiti si trovano applicazioni di entrambi i metodi: il metodo a scaglioni è utilizzato in dieci zone, prevalentemente per regolare la compartecipazione a servizi domiciliari e semiresidenziali e per determinare l'entità di contributi economici. Gli scaglioni vanno da un minimo di tre a un massimo di 22, anche se il numero più frequente di fasce va da 5 a 8. Gli esempi riportati nella tabella seguente mostrano come anche nell'ambito della stessa modalità di computo delle quote a carico dei cittadini, gli effetti redistributivi sono diversi.

**Tab. 2.3. Confronto tra zone distretto, esempi di compartecipazione per scaglioni, assistenza domiciliare, 2016**

Zona 1		Zona 2		Zona 3	
Scaglioni	Quota	Scaglioni	Quota	Scaglioni	Quota
0,00-8.500	0	0,00-6.500	0	0,00-7.000	0,00
8.501- 15.000	4,50	6.500,01- 9.500	10%	7.000,1- 10.000	3,00
15.001-24.000	9,00	9.500,01- 12.500	25%	10.000,1-13.000	5,00
24.001-36.000	13,50	12.500,01- 15.815	40%	13.000,1-16.000	7,00
≤36.001	18,00	15.815,01 -19.130	55%	16.000,1- 19.000	9,00
		19.130,01- 22.445	70%	19.000,1-22.000	11,00
		22.445,01- 25.761,67	85%	22.000,1-24.000	13,00
		≤25.761,68	100%	24.000,1- 26.000	15,00
				26.000,1-28.000	17,00
				28.000,1- 30.000	19,00
				30.000,1-45.000	21,00
				≤45.000,1	21,50

Una soglia ISEE medio bassa (ad esempio di 5.700 euro) rientra in tutti e tre i casi nella soglia di esenzione, un ISEE pari a 14.000 euro si trova a pagare per la stessa ora di assistenza domiciliare 4,50 euro nella prima zona, 8 euro nella seconda, 7

euro nella terza. Ancora, un ISEE di fascia medio alta, pari a 35.000 euro, si vede applicare una tariffa di 13,50 euro nella zona 1, di 20,10 euro nella zona 2, di 21 euro nella zona 3. Queste esemplificazioni fanno capire che la differenza non deriva dal metodo, che in questi casi è identico, ma dalla scelta combinata della distribuzione delle soglie, delle quote di compartecipazione e dall'entità delle tariffe applicate.

Il metodo del coefficiente di corrispondenza è utilizzato in quindici zone. Nei casi in cui nella stessa zona coesistano entrambi i metodi, il coefficiente è utilizzato prevalentemente per determinare le quote di compartecipazione per i servizi residenziali e, in quota minore, per quelle semiresidenziali, mentre il metodo a scaglioni riguarda gli interventi economici e gli interventi domiciliari.

I coefficienti di corrispondenza permettono una maggiore proporzionalità tra situazione economica e quota di compartecipazione.

Negli atti si trovano prevalentemente due modalità di calcolo della compartecipazione con coefficiente.

Il metodo più semplice e diffuso nella determinazione delle quote a carico dell'utente ricoverato in RSA, fa corrispondere la quota utente annua al valore dell'ISEE sociosanitario dell'utente. In diverse zone, in caso di percezione di indennità da parte del ricoverato la quota è maggiorata da una diaria fissa del valore di 16 euro. L'intervento integrativo pubblico viene determinato sottraendo alla quota sociale della struttura il valore della quota utente così determinata.

Un altro coefficiente abbastanza diffuso mette in rapporto la differenza tra l'ISEE sociosanitario del beneficiario e la soglia ISEE minima con la differenza tra le due soglie massima e minima di esenzione applicata nella zona. Il coefficiente così determinato è poi moltiplicato per la tariffa/retta. Un elemento che, come si vedrà, incide sostanzialmente sugli effetti delle modalità di calcolo prescelte, è proprio la tariffa di riferimento: ai fini della determinazione della compartecipazione, in alcuni casi è applicata in forma integrale, in altri pro quota.

Infine non mancano le soluzioni "ibride", in cui ad esempio su una ripartizione per scaglioni delle situazioni economiche viene innestato un sistema di esenzioni a scalare per regolare la percentuale di compartecipazione all'interno delle diverse fasce di ISEE, oppure un calcolo con coefficiente per determinare la compartecipazione dovuta all'interno dello scaglione.

Altre soluzioni che introducono maggiore flessibilità allo strumento degli scaglioni prevedono l'applicazione incrociata delle soglie di ISEE e dei livelli di gravità, così da graduare la compartecipazione, o l'entità del contributo, non solo alla valutazione economica ma anche alla condizione della persona interessata. Questo tipo di soluzione trova frequente attuazione nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata diretta e indiretta.

Rispetto alle diverse tipologie di calcolo, va rilevato come la compartecipazione agli interventi residenziali sia probabilmente l'ambito che mostra maggiori indici di omogeneità, o almeno coerenza, tra le modalità di computo utilizzate.

Risultano invece molto eterogenee le modalità di calcolo applicate a due interventi sociosanitari specificamente rivolti agli anziani non autosufficienti assistiti al proprio domicilio: l'ADI (assistenza domiciliare indiretta) e gli inserimenti in centro diurno.

Come mostrano le esemplificazioni che seguono, la combinazione delle diverse

componenti che determinano la quota di compartecipazione alla spesa degli assistiti può determinare trattamenti molto diversi tra zona e zona, in riferimento a una stessa situazione.

Dopo aver ricostruito i regimi di compartecipazione vigenti in tre zone della regione con riferimento all'assistenza domiciliare integrata diretta, questi sono stati applicati a 4 situazioni tipo, di uguale gravità ma con ISEE differenti. I risultati sono evidentemente molto diversi, soprattutto per gli ISEE medi e medio alti: per uno stesso intervento una persona con ISEE medio compartecipa per 4, 52 euro se vive nella zona A, per 8 euro se vive nella zona B, con un aumento della differenza tra gli importi all'aumentare del valore ISEE. In questo caso, la differenza tra trattamenti è dovuta soprattutto dalla scelta di una delle zone considerate di parametrare la massima compartecipazione al 50% della tariffa oraria.

**Tab. 2.4. Confronto tra zone per la compartecipazione a interventi domiciliari (ADI)**

	zona A	zona B	zona C
Esenzioni	Sì	Sì	Sì
Tariffe agevolate	Sì	Sì	Sì
Determinazione della compartecipazione	Coefficiente proporzionale	Scaglioni per livello di gravità (18)	Coefficiente proporzionale
Strumento di valutazione	Isee	Isee	Isee
Soglia di esenzione	7.445,59	9.000,00	10.000,00
Soglia di compartecipazione massima	23.826,40	29.000,00	30.000,00
Valore massimo di compartecipazione	10,50 euro (50% costo orario del servizio)	20,10 euro (100% costo orario del servizio)	23,00 euro (100% costo orario del servizio)
ISEE assistito pari a 8.500 euro Isogravità 4	0,68 euro/h	esente	esente
ISEE assistito pari a 14.500 euro Isogravità 4	4,52 euro/h	8 euro/h	5,18 euro/h
ISEE assistito pari a 22.000 euro Isogravità 4	9,33 euro/h	14,07 euro/h	13,8 euro/h
ISEE assistito pari a 30.000 euro Isogravità 4	10,50 euro/h	20,10 euro/h	23,00 euro/h

Nella simulazione relativa alla compartecipazione per il centro diurno riportata sotto, invece, a fronte di tariffe sostanzialmente analoghe, la diversa entità della compartecipazione è dovuta alla combinazione di soglie e modalità di calcolo

prescelte nelle tre zone. La scelta di una soglia di esenzione molto bassa, presente in due zone, penalizza gli ISEE medio bassi, in forma più evidente nella zona B, dove si introduce una modalità di calcolo mista, composta da una quota fissa e una variabile. La zona B, per la combinazione dei diversi elementi che concorrono alla determinazione della compartecipazione, è la zona più “costosa”. Per contro, la zona C, con una soglia di esenzione elevata e un computo della quota utente con coefficiente personalizzato, tutela maggiormente gli ISEE medio bassi, per poi incrementare progressivamente l’onere a carico degli ISEE più alti.

**Tab. 2.5. Confronto tra zone per la compartecipazione a interventi semiresidenziali (Centro diurno)**

	zona A	zona B	zona C
Esenzioni	Sì	Sì	Sì
Tariffe agevolate	Sì	Sì	Sì
Determinazione della compartecipazione	Scaglioni (9)	Coefficiente + quota fissa (5,00 euro/die)	Coefficiente
Strumento di valutazione	ISEE	ISEE	ISEE
Soglia di esenzione	3.500 euro	3.500 euro	7.445,59 euro
Soglia di compartecipazione massima	35.000 euro	23.500 euro	23.826,40 euro
Valore massimo di compartecipazione ISEE assistito pari a 8.500 euro	n.i. <i>ipotesi 26 euro</i>	26,6 euro (100% tariffa die)	550,00 euro (max compart. mensile)
Isogravità 4 ISEE assistito pari a 14.500 euro	<i>5,2 euro (20%)</i>	10,4 euro	1,61 euro
Isogravità 4 ISEE assistito pari a 22.000 euro	<i>7,8 euro (30%)</i>	17,42 euro	10,70 euro
Isogravità 4 ISEE assistito pari a 30.000 euro	<i>14,3 euro (55%)</i>	24,98 euro	22,21 euro
Isogravità 4	<i>18,2 euro (70%)</i>	26,6 euro	25 euro/die 550,00 euro mensili

## 2.6. La capacità informativa su utenza, spesa e entrate da compartecipazione

Per quanto riguarda la rilevazione sul numero di anziani non autosufficienti utenti dei servizi sociosanitari, le conseguenti spese e entrate da compartecipazione è emersa una notevole eterogeneità nella capacità delle zone distretto di fornire le informazioni. Delle 18 zone che hanno restituito la scheda, solo 4 sono riuscite a compilare tutti i campi richiesti.

Con riferimento al numero di utenti serviti per tipologia di intervento, 10 zone su 18 sono state in grado di fornire il dato per tutti gli interventi previsti (domiciliari, intermedi, residenziali temporanei e definitivi). L'intervento su cui è stata riscontrata maggiore difficoltà nel reperimento del dato è l'inserimento definitivo in residenza.

**Tab. 2.6. Capacità informativa sul numero di utenti: numero zone per livello di risposta**

Risposta	Val. assoluto	Percentuale	Dettaglio zone
Sì per tutti gli interventi	10		Firenze, Alta Val d'Elsa, Alta Val di Cecina, Colline Metallifere, Valle del Serchio, Pistoiese, Grossetana, Valdera, Valdinievole, Lunigiana
Sì per alcuni interventi	7		Fiorentina NO, Fiorentina SE, Mugello, Aretina, Amiata Grossetana, Colline dell'Albegna, Valdarno Inferiore
No	1		Piana di Lucca

In merito alla spesa corrente impegnata 10 zone hanno fornito il dato per tutti gli interventi, mentre una sola zona non ha fornito informazioni. I casi di risposta parziale riguardano prevalentemente gli interventi residenziali permanenti e in quota minoritaria gli interventi di sollievo e semiresidenziali.

**Tab. 2.7. Capacità informativa sulla spesa corrente impegnata: numero zone per livello di risposta**

Risposta	Val. assoluto	Percentuale	Dettaglio zone
Sì per tutti gli interventi	10		Firenze, Alta Val d'Elsa, Alta Val di Cecina, Colline Metallifere, Valle del Serchio, Pistoiese, Grossetana, Valdera, Valdinievole, Lunigiana
Sì per alcuni interventi	7		Fiorentina NO, Fiorentina SE, Mugello, Aretina, Amiata Grossetana, Colline dell'Albegna, Valdarno Inferiore
No	1		Piana di Lucca

Per quanto riguarda le entrate da compartecipazione, 7 zone sono state in grado di fornire il dato per tutti gli interventi, mentre 10 zone hanno fornito informazioni parziali e una zona non è stata in grado di rispondere.

La diversa capacità informativa in questo caso risente fortemente dell'assetto istituzionale e organizzativo presente nel territorio: in quasi tutte le zone che hanno

fornito dati parziali o non ne hanno fornito alcuno la gestione della compartecipazione non avviene in forma unitaria, o almeno non per tutti i servizi.

Le motivazioni che le zone hanno portato circa l'indisponibilità delle informazioni infatti fanno capo a caratteristiche del sistema dei servizi:

- a. in diversi casi, la compartecipazione, pur essendo regolata a livello unitario, va direttamente alle strutture erogatrici dei servizi: tipico il caso delle rette di ricovero per le RSA, che salvo nei territori in cui esistono ancora RSA a gestione diretta, spesso non vengono rilevate dal sistema pubblico;
- b. in altre zone, dove la compartecipazione è gestita dai singoli comuni, il dato richiede di essere rilevato presso ciascuna amministrazione; fanno capo a questa tipologia di situazioni prevalentemente le zone dove non è presente la Società della salute.

Vi sono comunque alcune zone che, pur essendo presenti la Società della salute e un unico soggetto gestore delle entrate da compartecipazione, non sono state in grado di fornire i dati in modo dettagliato, per intervento. Anche in questo caso, le lacune riguardano soprattutto gli inserimenti residenziali, paradossalmente proprio gli interventi che seppure numericamente più circoscritti, assorbono maggiori risorse.

**Tab. 2.8. Capacità informativa sulle entrate da compartecipazione: numero zone per livello di risposta**

Risposta	Val. assoluto	Percentuale	Dettaglio zone
Sì per tutti gli interventi	7		Firenze, Alta val d'Elsa, Alta Val di Cecina, Valle del Serchio, Piana di Lucca*, Valdera, Lunigiana
Sì per alcuni interventi	9		Fiorentina NO, Fiorentina SE, Mugello, Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Pistoiese, Grossetana, Valdinevole, Colline dell'Albegna, Valdarno Inferiore°
No	1		Aretina

\*dato fornito in forma aggregata per tutte le prestazioni

° risulta 0 la compartecipazione per ricoveri temporanei e semiresidenziale

In conclusione, appare preoccupante la forte frammentazione ancora presente nei sistemi territoriali e la difficoltà a reperire dati minimi utili a rappresentare la capacità di risposta delle zone distretto con riferimento all'area specifica oggetto dell'indagine. Al di là delle ragioni contingenti dello studio, la disponibilità di queste informazioni è fondamentale per poter impostare una strategia di governo del sistema basata sulla valorizzazione delle buone pratiche esistenti e orientata a garantire di pari opportunità di accesso ai servizi per le persone a parità di condizioni di bisogno.

## 2.7. La spesa per l'assistenza agli anziani non autosufficienti: modelli di gestione, entità, distribuzione per tipologia di risposta

Quanto in precedenza evidenziato non consente di pervenire a una ricostruzione esaustiva né della spesa pubblica per la non autosufficienza né della compartecipazione da parte dei beneficiari. È possibile però fare alcuni confronti che esemplificano le diversità presenti nelle zone distretto.

Un primo confronto considera i singoli interventi previsti dalla legge 66 del 2008: l'assistenza domiciliare diretta, i centri diurni, le RSA, i contributi economici per l'assistenza indiretta. Per ogni intervento sono considerate le zone che sono state in grado di fornire i dati di utenza, compartecipazione e spesa impegnata.

L'assistenza domiciliare diretta è la voce per la quale sono disponibili informazioni per la quasi totalità delle zone (17 su 18).

Per confrontare le diverse realtà zonali sono stati calcolati i valori per utente delle entrate per compartecipazione e della spesa impegnata. Come si vede dalla tabella, si tratta di grandezze molto diverse: con riferimento al dato della compartecipazione, si registrano valori che vanno dai 510 ai 57 euro per utente, a fronte di valori di spesa che oscillano dai 1.728,52 ai 5.572,78 euro.

**Tab. 2.9. Assistenza domiciliare diretta, confronto tra zone distretto, dati di utenza, compartecipazione e spesa impegnata, 2015**

	Utenti	Compartecipazione	Spesa	Comp. media per utente	Spesa media per utente
zona 1	116	59.184	425.690	510,21	3.669,74
zona 2	163	33.015,61	672.323,89	202,55	4.124,69
zona 3	93	32.300,00	365.000,00	347,31	3.924,73
zona 4	600	112.720	1.771.274	187,87	2.952,12
zona 5	200	48.965,00	345.703,00	244,83	1.728,52
zona 6	37	9.375,65	167.760,55	253,40	4.534,07
zona 7	142	35.000,00	336.712,60*	246,48	2.371,22*
zona 8	98	n.d.	328.178,43°	n.d.	3.348,76°
zona 9	148	27.242,00	394.581,27	184,07	2.666,09
zona 10	23	3.061,14	75.015,09	133,09	3.261,53
zona 11	103	n.d.	390.649,84	n.d.	3.792,72
zona 12	452	26.139,14	1017745,88	57,83	2.251,65
zona 13	228	54.588,17	1.052.500,43	239,42	4.616,23
zona 14	156	0,00	869.353,59	0,00	5.572,78
zona 15	197	44.826,51	566.011,32	227,55	2.873,15
zona 16	269	50.247,49	604.260,45	186,79	2.246,32
zona 17	95	20.094,43	284.837,11	211,52	2.998,29

\* solo spesa sociale ° solo spesa sanitaria

Per quanto riguarda i contributi per l'assistenza domiciliare indiretta, i valori disponibili riguardano 9 zone. In questo caso non rileva ovviamente la

compartecipazione, quanto la spesa impegnata: anche in questo caso i valori sono molto diversi, vanno dai 1788,97 ai 4.117,58 euro annui per utente, con una media di spesa impegnata per utente pari a circa 2.460 euro. Va precisato che questo tipo di intervento, più di tutti gli altri considerati, risente nella sua quantificazione non solo delle soglie ISEE ma anche dei livelli di isogravità riconosciuti alla persona interessata.

**Tab. 2.10. Contributi per assistenza domiciliare indiretta, confronto tra zone distretto, dati di utenza e spesa impegnata, 2015**

	Utenti	Spesa	Spesa media per utente
zona 1	868	1.552.825,00	1.788,97
zona 2	433	601.628,71	1.389,44*
zona 3	160	658.812,00	4.117,58
zona 4	335	766.271,10	2.287,38
zona 5	113	301.819,13	2.670,97
zona 6	118	240.811,00	2.040,77
zona 7	5	9.820,00	1.964,00
zona 8	99	212.889,80	2.150,40
zona 9	15	55.935,70	3.729,05
media		488.979,00	2.459,84

\*solo sanitario

I dati relativi ai centri diurni sono riferiti a 9 zone e presentano alcune peculiarità: in 5 zone distretto sono presenti centri diurni con moduli Alzheimer, di maggior intensità assistenziale; una delle zone non possiede il dato disaggregato riferito ai soli centri diurni, ma un dato complessivo che include anche il trasporto sociale; un'altra ha riportato il solo dato riferito alla spesa di parte sociale dell'intervento.

A fronte di queste specifiche, considerando soli i dati "puliti", la quota di compartecipazione per l'utente pesa in un anno dai 902 agli oltre 2700 euro, a fronte di una spesa per utente che varia almeno dai 3.870 ai 15.533 euro. Il dettaglio sulle zone che hanno evidenziato la presenza di nuclei Alzheimer mostra comunque differenze notevoli di spesa: i due valori minimo massimo sopra citati infatti si riferiscono a due delle cinque zone che hanno questo tipo di intervento.



**Tab. 2.11. Centri diurni, confronto tra zone distretto, dati di utenza, compartecipazione e spesa impegnata, 2015**

	Utenti	Compartecipazione	Spesa	Comp. media per utente	Spesa media per utente
zona 1°	29	50.500	635.000	1.741,38	21.896,55
zona 2	183	497.465	1.382.151	2.718,39	7.552,74
zona 3*	34	30.670,00	237.361,00	902,06	6.981,21
zona 4	9	11.580,00	22.287,18#	1.286,67	2.476,35
zona 5*	10	13.560,45	38.708,25	1.356,05	3.870,83
zona 6	91	103.692,09	978.170,08	1.139,47	10.749,12
zona 7*	72	98.786,15	510.275,63	1.372,03	7.087,16
zona 8*	39	109.829,23	605.806,41	2.816,13	15.533,50
zona 9*	10	9.591,30	78.379,17	959,13	7.837,92

°voce unitaria: trasporto sociale e centro diurno

\*presenza di modulo Alzheimer

#solo spesa sociale

Per quanto riguarda la situazione degli interventi residenziali, i dati disponibili per 6 zone mostrano una situazione ancor più diversificata, in riferimento sia alla compartecipazione media per utente che alla spesa media. La compartecipazione media incide per valori compresi tra i 3.824 e i 13.520 euro annui, mentre la spesa media va da poco più di 16.000 euro agli oltre 53.000.

Le recenti modifiche introdotte a livello regionale in tema di accesso alle RSA e di definizione di quote sociali omogenee per zona, potranno presumibilmente portare ad una minore diversità nei valori di spesa media. Il peso della compartecipazione media per utente risente invece in modo più diretto delle scelte in materia compiute dalle zone distretto.

**Tab. 2.12. RSA, confronto tra zone distretto, dati di utenza, compartecipazione e spesa impegnata, 2015**

	Utenti	Compartecipazione	Spesa	Comp. media per utente	Spesa media per utente
zona 1	2.580	22.611.122	41.348.320,00	8.764,00	16.026,48
zona 2	199	2.690.431	5.634.527	13.519,75	28.314,21
zona 3	135	1.769.246,46	7.172.906,95	13.105,53	53.132,64
zona 4	293	1.120.387,00	6.487.030,11	3.823,85	22.140,03
zona 5*	85	772.048,28	2.707.284,54*	9.082,92*	31.850,41*
zona 6	154	658.374,04	3.721.194,92	4.275,16	24.163,60

\*RSA e CD

Un secondo confronto considera il dato complessivo di utenza seguita, spesa e compartecipazione per alcune zone. Per ogni zona è riportato il dettaglio degli interventi erogati nel 2015, il dato di utenza, compartecipazione e spesa rilevato, la

compartecipazione media per utente e l'incidenza della compartecipazione sulla spesa.

Con riferimento alle 4 zone che hanno fornito i dati più completi, si osserva che l'incidenza della compartecipazione sulla spesa complessivamente sostenuta varia dal 52% della zona A al 15,7% della zona C. Nella prima zona pesa in modo significativo la compartecipazione per i servizi semiresidenziali e residenziali, che incide sulla spesa rispettivamente per il 36% e quasi il 55% sulla spesa pubblica sostenuta, mentre nella seconda zona è l'ADI il secondo intervento dopo i ricoveri definitivi in RSA per incidenza della compartecipazione sulla spesa. Nelle ultime due zone considerate invece l'incidenza della compartecipazione sulla spesa è decisamente più bassa, sia come valore aggregato che in riferimento ai singoli interventi: nella terza zona il valore più alto (17,3%) riguarda il residenziale, mentre nell'ultima zona la compartecipazione ha l'incidenza più alta (18,1%) con riferimento al centro diurno per malati di Alzheimer.

**Tab. 2.13. Confronto tra zone: tutti gli interventi**

Zona	Intervento	Utenti	Compartecipazione (a)	Spesa pubblica (b)	Comp. media per utente	Incidenz a di (a) su (b)
A	Assistenza domiciliare	600	112.720	1.771.274	187,87	6,4%
	Pasti a domicilio	110	9.672,00	265.088,00	87,93	3,6%
	Centri Diurni	183	497.465,00	1.382.151,00	2.718,39	36,0%
	Rsa	2.580	22.611.122,00	41.348.320,00	8.764,00	54,7%
	<i>Totale</i>	<i>3.473</i>	<i>23.230.979,00</i>	<i>44.766.833,00</i>	<i>6.689,02</i>	<i>51,9%</i>
B	ADI	200	48.965,00	345.703,00	244,83	14,2%
	Centro diurno	34	30.670,00	335.329,00	902,06	9,1%
	Rsa definitivo	199	2.690.431,00	5.634.527,00	13.519,75	47,7%
	Rsa temporaneo	77	93.038,00	1.747.806,00	1.208,29	5,3%
	<i>Totale</i>	<i>510</i>	<i>2.863.104,00</i>	<i>8.063.365,00</i>	<i>5.613,93</i>	<i>35,5%</i>
C	Adi diretta	228	54.588,17	1.052.500,43	239,42	5,2%
	Adi indiretta	113	0,00	301.819,13	0,00	0,0%
	Trasporti sociali	30	4.024,71	58.601,70	3.823,85	6,9%
	Centri diurni anziani	91	103.692,09	978.170,08	1.139,47	10,6%
	Rsa	293	1.120.387,00	6.487.030,11	134,16	17,3%
	<i>Totale</i>	<i>755</i>	<i>1.228.103,80</i>	<i>7.825.621,02</i>	<i>1.626,63</i>	<i>15,7%</i>
D	Adi	197	44.826,51	566.011,32	227,55	7,9%
	Centri diurni Alzheimer	39	109.829,23	605.806,41	2.816,13	18,1%
	Residenziali	154	658.374,04	3.721.194,92	4.275,16	17,7%
	<i>Totale</i>	<i>390</i>	<i>813.029,78</i>	<i>4.893.012,65</i>	<i>2.084,69</i>	<i>16,6%</i>

## PROSPETTIVE E PROPOSTE

Come di consueto, una parte dell'indagine è stata dedicata ad esplorare il punto di vista degli "addetti ai lavori". Questa volta sono stati coinvolti alcuni direttori di Società della Salute e responsabili di zona-distretto in un brainstorming a distanza nell'ambito del quale sono state affrontate tre questioni.

La prima riguarda i punti di forza e le criticità del sistema. In dettaglio, ai partecipanti è stato chiesto quali sono i punti di forza e le criticità riscontrate nella loro zona-distretto con riferimento al governo della spesa per gli anziani non autosufficienti e alla compartecipazione al costo dei servizi da parte delle persone utenti.

Il secondo aspetto riguarda le potenzialità non valorizzate. L'obiettivo è stato quello di effettuare una prima ricognizione per comprendere se sul territorio regionale esistono prassi o strumenti in uso per valorizzare il concorso non economico delle famiglie che si impegnano nella cura dei propri anziani non autosufficienti.

L'ultimo aspetto riguarda l'individuazione e la segnalazione delle priorità di intervento che, secondo i direttori e i responsabili di zona-distretto, dovrebbero trovare spazio all'interno della nuova programmazione regionale.

Di seguito si riportano i punti di vista dei partecipanti, ringraziando i direttori e i responsabili che si sono resi disponibili.

### 3.1. I punti di forza e le criticità del sistema

Alla domanda su "quali sono i punti di forza riscontrati nella sua zona-distretto con riferimento al governo della spesa per gli anziani non autosufficienti" i referenti interpellati hanno messo l'accento in prima battuta sul tema delle risorse e sui meccanismi di governo unitario della spesa per la non autosufficienza:

"aver riunito in un unico soggetto il governo della spesa (FNA, risorse USL e risorse comunali per socio sanitario)."

"[i punti di forza] derivano sostanzialmente dalle risorse destinate alla non autosufficienza che si ricavano sia dal finanziamento regionale che dalle risorse comunali e ultimamente anche grazie alla partecipazione al progetto home care premium dell'INPS."

"la verifica con periodicità almeno trimestrale del budget assegnato al settore che si occupa di non autosufficienza; ciò permette di monitorare la spesa sostenuta per i servizi e di fare una previsione sull'anno in corso, andando eventualmente a fare variazioni di bilancio se necessarie. Inoltre il controllo costante delle risorse impedisce che ad un certo punto dell'anno siano ridotti o addirittura interrotti i servizi rivolti agli anziani per mancanza di disponibilità economica."

Altri punti di forza riguardano più strettamente l'organizzazione dei servizi, ed in particolare l'impulso dato agli interventi di supporto alla domiciliarità. Questo se da un lato ha permesso di qualificare la capacità di risposta territoriale, dall'altra ha creato

una sorta di cortocircuito nel meccanismo di finanziamento del sistema, come ben esplicitato dal contributo di uno dei direttori interpellati:

“la SdS (...), fin dalla sua costituzione, ha potenziato i servizi domiciliari, credendo fermamente che l’anziano debba vivere nel proprio ambiente familiare, riservando la risposta residenziale a persone prive di rete familiare. Ciò rappresenta senz’altro un punto di forza, ma ha fatto sì che le quote sanitarie assegnate alla nostra società della salute non siano mai aumentate nel tempo; questo ha determinato una lista d’attesa per l’inserimento in RSA.”

Una domanda indagava poi in forma specifica i punti di forza riscontrati con riferimento al tema della compartecipazione al costo dei servizi da parte degli utenti. In merito un primo elemento su cui diverse voci hanno concordato è l’adozione di un regolamento unitario della compartecipazione degli utenti al costo dei servizi, così da rendere trasparente e condivisa tra gli enti interessati e nei confronti dei cittadini la definizione dei criteri di valutazione della situazione economica e la determinazione delle forme e delle quote di compartecipazione.

“il regolamento unico di accesso ai servizi e relativa compartecipazione che garantisce maggiore equità di trattamento per tutti i cittadini.”

Nel merito, è stato poi sottolineato come la gestione da parte di un unico soggetto della valutazione della situazione economica e della compartecipazione renda possibili soluzioni di pronto intervento a tutela delle persone più fragili:

“Per gli anziani privi di rete familiare, divenuti non autosufficienti, nel caso in cui si renda necessario un inserimento in struttura residenziale e sia pertanto impossibile, in quel momento, provvedere al calcolo della quota di compartecipazione alla retta di parte sociale per mancanza di ISEE in corso di validità, la retta sociale viene congelata provvedendo al calcolo successivamente. Molto spesso infatti viene effettuata istanza al Giudice Tutelare per la nomina di un Amministratore di Sostegno (ADS) che entri in possesso di tutte le informazioni necessarie al calcolo della quota di compartecipazione a carico dell’anziano, che in questo modo può contribuire per quanto di sua competenza.”

Le criticità riscontrate fanno capo in primo luogo al tema della ripartizione dei finanziamenti, come già evidenziato in merito al meccanismo di assegnazione delle quote sanitarie e più in generale con riferimento ai criteri utilizzati per definire le assegnazioni economiche, sentiti “lontani” dalle peculiarità territoriali:

“l’assegnazione economica è corrispondente alle valutazioni epidemiologiche regionali e si tratta di un finanziamento importante ma indivisibile e vincolato nello specifico settore.”

Un’area di criticità condivisa riguarda il tema della compartecipazione alla spesa come deterrente all’accesso ai servizi. Si tratta di un tema già emerso lo scorso anno nell’approfondimento con gli operatori e i familiari delle persone non autosufficienti.

Viene ancora sottolineato come la richiesta di presentazione dell'ISEE e, più in generale, la richiesta di compartecipazioni troppo alte faccia rinunciare ai servizi parte dei potenziali fruitori, con effetti pregiudizievoli per la tenuta del sistema:

“i benefici conferiti con PAP (piani assistenziali personalizzati) non sono usufruiti, in numero anche significativo, in quanto l'assistito e/o i familiari rinunciano per la presenza di compartecipazione ancorché tabellata su scheda ISEE. Di fatto la piena accettazione si verifica solo nelle fasce di reddito in cui non è prevista la compartecipazione.”

“le criticità riguardano essenzialmente le nuove disposizioni ISEE che hanno prodotto da un lato maggiori compartecipazioni ai servizi e dall'altro il fenomeno dell'uscita degli utenti dagli stessi.”

“talvolta dobbiamo insistere molto perché il cittadino provveda ad effettuare l'ISEE, che viene vissuto come intromissione nella vita personale, soprattutto nel caso in cui si renda necessario l'inserimento in struttura e debba essere presentato non solo l'ISEE dell'anziano, ma anche dei figli, come prevede la normativa.”

### **3.2. Le potenzialità non valorizzate**

Dalle interviste è emerso come il ruolo dei caregiver familiari e degli aiuti informali nell'ambito delle reti di prossimità sia fondamentale per la cura e l'assistenza degli anziani. Spesso si tratta di un patrimonio di interventi non adeguatamente conosciuto e valorizzato dal sistema dei servizi. Ecco che una delle questioni su cui sono stati interpellati direttori e responsabili di zona distretto ha riguardato l'esistenza di prassi o strumenti in uso per valorizzare il concorso non economico delle famiglie che si impegnano nella cura dei propri anziani non autosufficienti. Alcuni interlocutori hanno escluso l'esistenza di prassi strutturate, altri hanno riportato il tema nell'ambito della valutazione professionale e della progettazione dei percorsi assistenziali dei singoli utenti:

“la valorizzazione del concorso non economico delle famiglie è affidata alla valutazione fatta dai professionisti componenti l'UVM e ne viene tenuto conto nella progettazione del PAP. Non esistono prassi o strumenti particolari, diversi da quelli previsti dalla Regione per la non autosufficienza.”

Altri ancora hanno dato alla valorizzazione del concorso non economico delle famiglie una lettura più comunitaria, sottolineando non tanto l'apporto dei singoli all'assistenza di propri familiari, quanto il contributo che le associazioni dei familiari possono dare al sostegno di altri malati e altri familiari impegnati nella cura:

“la SdS (...) collabora con le associazioni locali rivolte ad anziani, fra cui la Associazione Italiana Malati di Alzheimer (AIMA) nell'attività da esse svolta a sostegno dei malati e dei familiari stessi nel complesso compito di cura.”

“esistono varie attività di natura solidaristica come il caffè Alzheimer, il percorso Mise SOS, l’emporio solidale... Non è però quantificata la corrispondenza in valore economico.”

Si tratta di un tema indubbiamente ancora poco frequentato a livello regionale e locale, anche se prioritario da affrontare in una prospettiva di valorizzazione e qualificazione degli apporti informali al sistema di assistenza, vista anche l’importanza che questo concorso di cura riveste nella vita di molti anziani non autosufficienti, in termini di ore erogate e di attività realizzate.

### **3.3. Le priorità di intervento: indicazioni per la futura programmazione regionale**

L’ultimo tema affrontato guarda alle prospettive future e alle priorità che dovrebbero trovare spazio nella nuova programmazione regionale, in materia di compartecipazione e governo delle risorse per gli interventi a favore delle persone non autosufficienti.

Le priorità individuate dai responsabili interpellati riguardano aspetti regolativi riferiti all’implementazione di soluzioni per realizzare maggiore uniformità in tema di compartecipazione alla spesa,

“occorre identificare linee guida per la uniformità di scaglioni ISEE per la compartecipazione degli utenti.”

Sono sollecitati anche interventi strutturali, legati alla gestione delle risorse,

“certezza annuale delle risorse in tempi utili.”

“implementare le risorse economiche per i contributi alle famiglie.”

allo sviluppo e al potenziamento dei sistemi territoriali e dei percorsi assistenziali:

“è necessaria una maggiore flessibilità sull’assistenza.”

“potenziamento che possa prevedere la differenziazione dei servizi domiciliari e delle cure intermedie con circolarità delle risposte di tipo residenziale e domiciliare.”

“assegnazione alla gestione diretta delle SdS/ZD dell’alta integrazione sociosanitaria, comprensiva dei servizi di salute mentale e dipendenze.”

“considerare meglio l’accesso alle RSA dato che il numero di quote disponibili per zona è insufficiente e la attività della UVM è esasperata nel tentativo di rinforzare la domiciliarità. La libera scelta non ha prodotto altro che difficoltà operative.”

alla realizzazione di interventi in grado di rispondere tempestivamente all’evoluzione dei bisogni di assistenza e tutela delle persone anziane e dei loro caregiver familiari, anch’essi portatori di situazioni di fragilità da non sottovalutare in sede di programmazione e di erogazione degli interventi,

“In questo momento storico vi sono figli ultrasessantenni con genitori molto anziani affetti da pluripatologie e, per questo, non autosufficienti, ma i figli non possono assisterli completamente perché devono ancora lavorare per cui si rivolgono ai servizi segnalando la loro difficoltà assistenziale. Per questo motivo potrebbe essere importante dare ai figli che assistono nel proprio contesto di vita i genitori divenuti non autosufficienti e non fanno richiesta di inserimento in RSA, un assegno di cura, per poter provvedere all’assistenza dei propri congiunti.”

## Proposte per (non) concludere

Con questo nuovo approfondimento, FNP Cisl Toscana continua a mettere a disposizione di istituzioni, attori sociali e cittadini elementi qualitativi e quantitativi inediti, utili ad alimentare la riflessione condivisa su quali possano essere le soluzioni adottabili a livello locale e regionale per qualificare i sistemi di welfare e in particolare i servizi per le persone anziane non autosufficienti.

Le storie presentate nella prima parte del rapporto, al di là dei dati numerici, raccontano di famiglie fortemente impegnate nell'assistenza ai propri congiunti, di soluzioni di assistenza "costruite su misura", che attraverso la combinazione di vari tipi di risposta possano rispondere alle esigenze di cura dell'anziano e di sostegno alla famiglia.

Come già emerso anche nell'approfondimento dello scorso anno, è proprio la famiglia, ed in particolare il care giver familiare che si occupa dell'anziano, è l'elemento di "tenuta" del sistema. I dati ci aiutano a conoscere e valorizzare il ruolo dei familiari, il loro concorso ai percorsi di assistenza e cura. È la premessa necessaria da cui partire per promuovere politiche di sostegno e di accompagnamento per le famiglie che decidono di farsi carico dei propri familiari. In questo ambito, un ruolo fondamentale può essere svolto dai supporti non professionali presenti nel territorio: reti di prossimità e organizzazioni di volontariato.

La fruizione degli interventi pubblici è un pezzo fondamentale ma non unico del mosaico di interventi che compongono l'assistenza alla persona non autosufficiente. Al tempo stesso, proprio questa constatazione chiede al servizio pubblico di esercitare la propria funzione istituzionale per: ridurre le disuguaglianze territoriali, sociali ed economiche che precludono alle persone in condizione di bisogno l'accesso alle risposte più appropriate, offrire opportunità di cura e assistenza qualitativamente adeguate, valorizzare le iniziative solidaristiche promosse e realizzate dalle organizzazioni sociali e della cittadinanza a supporto delle fasce più fragili della popolazione.





## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

via Benedetto DEI 2/a - FI  
tel. 055/4392218 fax 055/4392253  
[pensionati.toscana@cisl.it](mailto:pensionati.toscana@cisl.it)  
[fnp.cisl Toscana.it](http://fnp.cisl Toscana.it)