



# 9 I servizi per le persone anziane non autosufficienti

L'inquadramento demografico	9.1
L'inquadramento normativo	9.2
La programmazione regionale: le politiche, il fabbisogno, gli utenti	9.3
Le risorse per la non autosufficienza	9.4



## 9. I servizi per le persone anziane non autosufficienti<sup>(\*)</sup>

I futuri sviluppi demografici chiederanno all'Europa di affrontare importanti sfide economiche, sociali e di bilancio. In particolare l'invecchiamento della popolazione determinerà un aumento della spesa pubblica per pensioni, per assistenza sanitaria e sociale, per altri servizi e interventi finalizzati a garantire una buona qualità di vita alle persone anziane.

L'aspettativa di vita è aumentata e le condizioni di salute degli anziani di oggi sono in generale buone e in continuo miglioramento. Gli interventi di prevenzione e di educazione sanitaria hanno contribuito a diffondere anche tra gli anziani la consapevolezza di investire nella propria salute, adottando stili di vita corretti e abitudini sane, così da ritardare gli effetti negativi dell'età. In Veneto gli anziani si ritengono molto o abbastanza soddisfatti del proprio stato di salute (il 68%) e quanti si percepiscono in buona salute superano coloro che dichiarano di stare male, più che a livello nazionale. Tra le persone di età 65-74 anni il 42% giudica di stare bene o molto bene contro il 16% che si dichiara in cattive condizioni di salute; il resto dice di sentirsi né bene né male. Con l'avanzare dell'età, dai 75 anni in poi, diminuisce la percentuale di chi si dichiara in buona salute (22%), mentre la maggior parte degli anziani preferisce non sbilanciarsi troppo, dicendo di non stare troppo bene ma neanche male (52%). Più spesso sono le donne ad avere una peggiore percezione della propria salute e il divario rispetto agli uomini aumenta all'elevarsi dell'età.

Anche se essere anziano, quindi, non significa necessariamente essere malato o disabile, esiste una certa associazione tra vecchiaia e insorgenza di malattie degenerative, condizione di non autosufficienza e disabilità, soprattutto a età molto avanzate. Ad esempio in Veneto il 68% degli anziani di 75 anni e oltre soffre di due o più patologie croniche-degenerative, vedendo peggiorare la qualità della propria vita in termini di riduzione o perdita di autonomia nelle abituali attività della vita quotidiana, mentre per le persone di età 65-74 anni la prevalenza della multicronicità è del 46%.

Pertanto, se è vero che la vita media si allunga, è vero anche che nell'ultima parte della vita l'anziano non sarà autosufficiente, anzi il periodo compreso tra l'insorgere della non autosufficienza e il decesso è destinato nel tempo a dilatarsi.

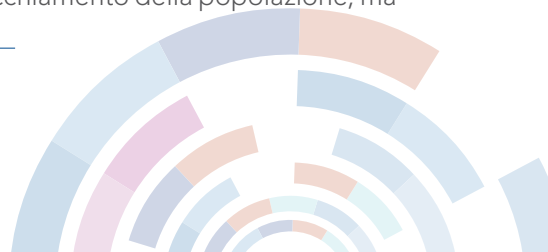
Alla luce di ciò, una buona programmazione sanitaria si preoccupa non solo di aumentare la speranza di vita della popolazione, ma anche di garantire agli anni di vita guadagnati buone condizioni di salute, impegnandosi a mantenere gli anziani in una condizione autonoma e attiva, anche per le positive ricadute in termini economici. Infatti, secondo una stima dell'Unione Europea<sup>1</sup>, nell'ottimistica ipotesi che l'aspettativa di vita in condizione di buona salute evolvesse come l'aspettativa di vita, si avrebbe un abbattimento significativo del previsto aumento della spesa sanitaria determinato dall'invecchiamento della popolazione, fino quasi a dimezzarsi. Tuttavia, dal momento che in futuro i più anziani, oltre gli ottant'anni, costituiranno la fascia di età della popolazione che aumenterà più in fretta, la spesa pubblica per l'assistenza a lungo termine sarà destinata a crescere sensibilmente. Si tenga anche conto che un'ampia quota della spesa sanitaria totale che una persona incontra nel corso della propria vita è legata alla fase finale dell'esistenza.

Quando le condizioni di salute limitano l'autosufficienza dell'anziano, attualmente sono di solito i figli a prendersene cura, anche compensando le carenze del sistema di welfare pubblico. Il modello italiano, infatti, è da sempre basato sulla disponibilità della famiglia a dare supporto concreto e affettivo ai soggetti più vulnerabili: la famiglia continua a essere il principale ammortizzatore sociale, proteggendo i suoi componenti da situazioni di fragilità e nei passaggi cruciali delle fasi del ciclo di vita. Ma se in passato gli anziani potevano contare sulla presenza di numerosi figli e delle donne di casa che non lavoravano, molti degli anziani di domani potrebbero soffrire la mancanza di una rete familiare allargata, specie nei casi di indebolimento della famiglia e di sfarinamento dei rapporti tra i componenti. È innegabile constatare, quindi, che la famiglia faticherà sempre di più a sostenere adeguatamente il carico assistenziale, cui dovrà sopperire il sistema di assistenza formale.

L'evoluzione della spesa sanitaria dipenderà quindi non solo dall'invecchiamento della popolazione, ma

<sup>(\*)</sup> A cura dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto.

<sup>1</sup> Rapporto del Comitato di politica economica dell'Unione Europea pubblicato nel 2006.





anche dall'incidenza della disabilità tra gli anziani, dal disequilibrio tra cure formali e informali, oltre che dalla tipologia di servizi che il sistema intende mettere a disposizione.

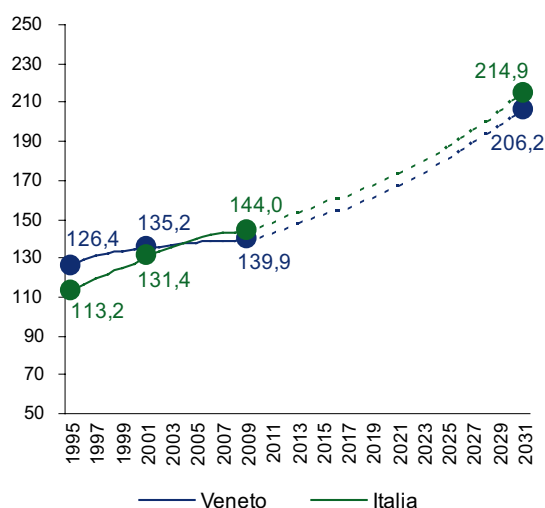
Residenziale, semiresidenziale o domiciliare, di natura economica o in forma di servizi. La rete assistenziale rivolta agli anziani non autosufficienti nel Veneto è frutto di politiche che negli anni hanno prodotto una molteplicità di interventi sempre più in grado di prendere in carico le persone in relazione alla complessità del loro bisogno sociale e sanitario. L'aumento della qualità e della quantità dell'offerta ha portato negli ultimi anni a incrementi della spesa regionale superiori al costo della vita e ai trend demografici. L'invecchiamento della popolazione sta perciò richiamando l'attenzione sul tema della sostenibilità delle politiche per la non autosufficienza rivolte agli ultrasessantacinquenni.

### 9.1 L'inquadramento demografico

In soli otto anni, dal 2001 al 2009, il Veneto è cresciuto di oltre 382.000 residenti. Di questi il 38,7% ha più di 65 anni, e rientra perciò nella classe demografica degli "anziani"; nelle età più avanzate, 75 anni e oltre, sono il 24%. Sono dati significativi perché gli over

65 in Veneto incidono oggi per quasi il 20% della popolazione e gli ultrasessantacinquenni per il 9,6%. C'è un ulteriore indicatore che ci dice quanto sta

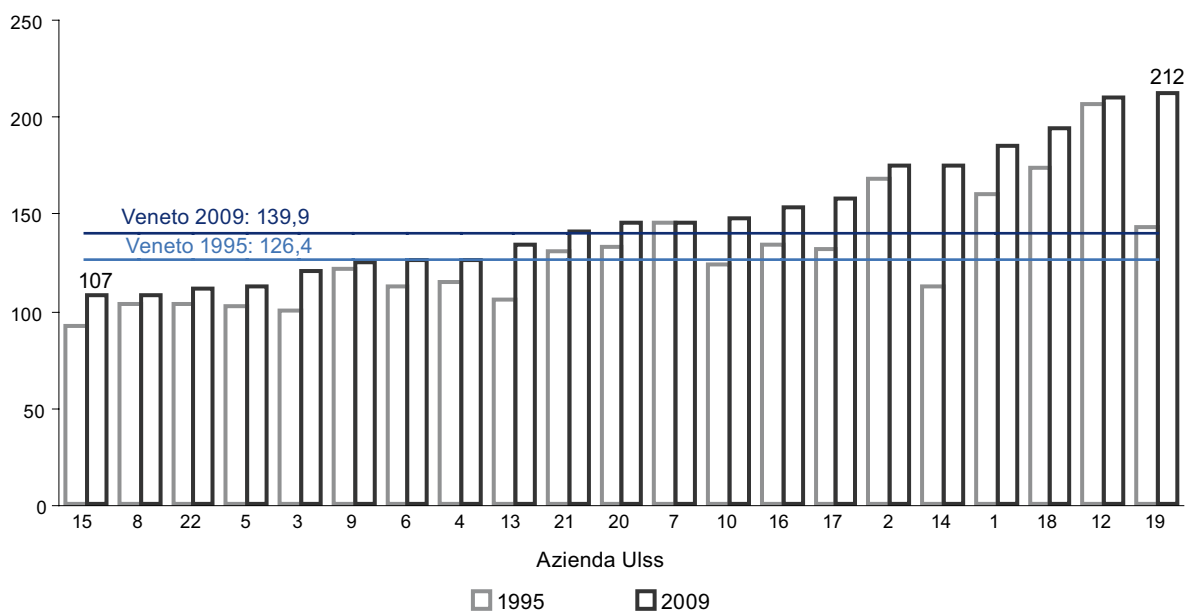
**Fig. 9.1.1 - Indice di vecchiaia. Veneto e Italia - Anni 1995:2009 e previsioni 2010:2031 (\*)**



(\*) L'indice di vecchiaia è calcolato come il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati e previsioni Istat

**Fig. 9.1.2 - Indice di vecchiaia per Azienda Ulss. Veneto - Anni 1995 e 2009**



Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati Istat

invecchiando la nostra popolazione. Si chiama indice di vecchiaia e si misura in percentuale dividendo il numero dei residenti over 65 con quello della popolazione di età tra 0 e 14 anni. In Veneto questo indice era di 126,4% nel 1995 e 135,2% nel 2001. Nel 2009 è pari a 139,9%, mentre in Italia è 144%.

Nei diversi territori delle Aziende Ulss del Veneto l'indice di vecchiaia varia significativamente. Sempre nel 2009 l'Ulss più giovane è la 15 dell'Alta Padovana, con un indice di vecchiaia del 107%, seguita dalla Ulss 8 di Asolo (107,5%), mentre la più anziana è l'Ulss 19 di Adria, con un indice di 212%, di poco superiore a quello dell'Ulss 12 Veneziana (208,7%).

Elaborando le previsioni demografiche dell'Istat, nel 2021 e nel 2031 l'incidenza della popolazione anziana nel Veneto sarà del 22,5% e del 26,5% rispettivamente. Nella popolazione del Veneto la quota di anziani continuerà perciò a crescere a causa dell'allungamento della speranza di vita. Inoltre è attesa una riduzione della quota di giovani. Pertanto la struttura della popolazione sarà sempre più sbilanciata verso l'età avanzata e ciò comporterà sfide sempre più complesse per il Sistema Socio Sanitario regionale. (Per un approfondimento sull'invecchiamento della popolazione si veda il capitolo 7).

### 9.2 L'inquadramento normativo

Le scelte legislative e amministrative regionali hanno sempre tenuto conto dell'incremento degli utenti dei servizi per la non autosufficienza. Non sono stati aumentati, però, solo gli stanziamenti a bilancio regionale, ma si è lavorato sull'organizzazione del sistema. È stato infatti confermato l'obiettivo dell'integrazione socio-sanitaria all'interno della programmazione regionale e della sua attuazione a livello locale attraverso i Piani di Zona. La migliore definizione normativa è contenuta nell'articolo 124 della LR 11/2001 che nel definire i servizi sociali afferma: *"La Regione, al fine di migliorare la qualità della vita e l'efficacia degli interventi volti alla conservazione dello stato di benessere e alla prevenzione e rimozione delle cause di nocività, disagio e malattia, persegue l'obiettivo dell'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari. La Regione tutela la salute, nel significato più ampio del termine, come fondamentale diritto della persona e interesse della comunità"*.

Più recentemente, con l'approvazione della legge regionale 30/2009 è stato completato il percorso istitutivo del Fondo regionale per la non autosufficienza, che ha lo scopo di assicurare alle persone non autosufficienti un sistema regionale di assistenza sociale e socio-sanitaria, nonché di protezione e tutela delle famiglie che le assistono.

Il Fondo riunisce le risorse del Fondo già costituito con l'articolo 3 della legge finanziaria regionale del 2008, quelle del Fondo per la domiciliarità di cui all'articolo 26 della LR 9/2005, quelle per i servizi di telesoccorso e telecontrollo e le risorse destinate al finanziamento dei centri diurni per persone con disabilità.

Nel Fondo confluiscono inoltre i finanziamenti derivanti dallo Stato o da altri soggetti pubblici destinati alla non autosufficienza. E proprio in funzione di una maggiore sostenibilità del sistema di offerta, l'articolo 7 della LR 30/2009 ha previsto ulteriori forme di entrata, tra le quali l'introduzione di una quota del gettito dell'addizionale regionale all'IRPEF. Per l'attuazione di questa norma non sono ancora state emanate specifiche disposizioni.

### 9.3 La programmazione regionale: le politiche, il fabbisogno, gli utenti

In questa analisi ci soffermiamo sulle politiche per la non autosufficienza che hanno come destinatari le persone anziane. Il sistema di intervento adottato è fondato sul binomio residenzialità-domiciliarità.

#### La residenzialità

Il più recente modello di assistenza alle persone in condizione di non autosufficienza e non assistibili a domicilio è stato definito nella nostra regione a partire dalla DGR 751/2000, un caposaldo che, in seguito all'ultima riforma del sistema sanitario nazionale, ha completato la programmazione regionale delle strutture di residenzialità che offrono assistenza sanitaria, medica, infermieristica e riabilitativa, e sociale di rilievo sanitario.

L'evoluzione delle politiche sanitarie ha teso a limitare i ricoveri ospedalieri alla sola fase dell'acuzie e del trattamento delle fasi immediatamente successive, rinviando alla rete territoriale dei servizi residenziali i trattamenti di lungo-assistenza e di riabilitazione prolungata. La modalità di assistenza



che convenzionalmente sta al di sotto delle tre ore di intervento sanitario sul singolo soggetto è definita "estensiva". È questo l'ambito nel quale si collocano le strutture della nostra rete di accoglienza extraospedaliera, che la DGR 751/2000 ha articolato in tre tipologie di servizi, caratterizzati dai livelli di assistenza sanitaria medio, oggi denominato di 2° livello, ridotto e minimo, oggi di 1° livello, con un rapporto di 1 posto di secondo livello ogni 3 di primo livello.

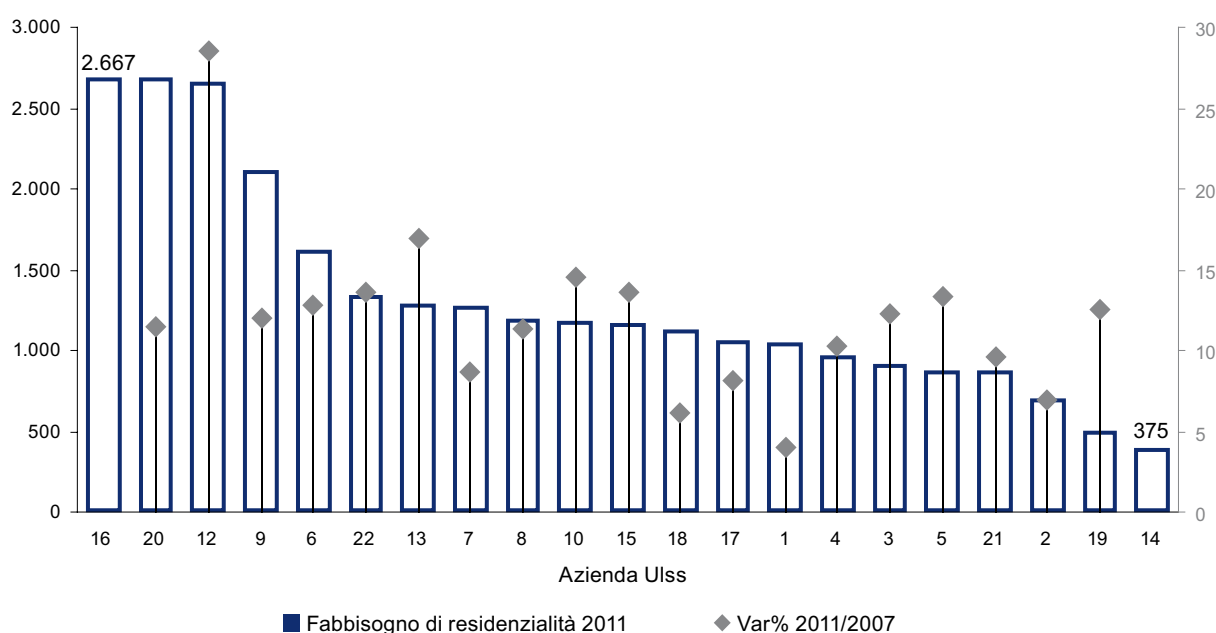
Tale assetto è stato confermato dalla DGR 464/2006, che ha aggiornato la programmazione regionale in materia di residenzialità. Tra le novità portate da questo provvedimento, sono stati ridefiniti i criteri per il calcolo del fabbisogno, che è un parametro teorico, da aggiornare annualmente, finalizzato

alla determinazione del numero di impegnative di residenzialità da assegnare, nonché del numero di posti letto autorizzabili, per Azienda Ulss. Questo numero fornisce in maniera unitaria il rapporto tra le classi di età e la specificità del territorio. Viene infatti determinato moltiplicando le classi di popolazione residenti nell'Ulss per i seguenti coefficienti:

- 0,06% per la popolazione residente compresa nella fascia 0-64 anni;
- 0,65% (+0,5% per i territori di montagna<sup>2</sup> e Venezia insulare) per la popolazione tra 65 e 74 anni;
- 4,40% (+1% per i territori di montagna e Venezia insulare) per la popolazione over 75 anni.

Il trend del fabbisogno è stato determinato a partire dal 2007; per il 2011 è stimato di 27.244 unità, aumentato in quattro anni del 12,8%.

**Fig. 9.3.1 - Fabbisogno di residenzialità per Azienda Ulss. Veneto - Anno 2011 e variazione percentuale 2011/2007 (\*)**



(\*) Dal 1 gennaio 2010, con la LR 22/2008, nove comuni dell'Azienda Ulss 14 sono stati trasferiti all'Azienda Ulss 16. Per queste due Aziende Ulss il fabbisogno di residenzialità del 2011 si riferisce ai nuovi territori, mentre il fabbisogno del 2007 riguarda la vecchia configurazione. I due dati non sono quindi confrontabili e per questo non è stata calcolata la variazione percentuale. I dati sono tratti dalle DGR 457/2007, DGR190/2011.

Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

Altra novità è l'introduzione dell'impegnativa di residenzialità<sup>3</sup>, titolo rilasciato direttamente al cittadino per l'accesso alle prestazioni residenziali e semiresidenziali, a garanzia di una maggiore libertà di scelta delle strutture di accoglienza da

parte dell'utente o dei suoi familiari. La nuova programmazione considera anche l'accoglienza nelle Sezioni Alta Protezione Alzheimer (SAPA), nei servizi per Stati Vegetativi Permanenti (SVP) e gli interventi temporanei di sollievo presso strutture residenziali.

<sup>2</sup> Come previsto dalla LR 1/2004.  
<sup>3</sup> DGR 464/2006.

## anziane non autosufficienti

È previsto che l'assegnazione delle impegnative di residenzialità avvenga sulla base della disponibilità del bilancio regionale e in rapporto al fabbisogno calcolato come abbiamo appenavisto. L'allineamento a quest'ultimo parametro viene condotto con gradualità temporale, perché l'assegnazione delle impegnative alle Ulss aveva tenuto conto in passato anche dei posti letto già esistenti nei singoli territori. In alcune Aziende perciò il numero di impegnative è superiore al parametro medio regionale, e in altre

è inferiore. Eventuali nuove impegnative saranno assegnate alle Aziende Ulss sotto parametro, in funzione del gap da colmare sulla media regionale. Questa evoluzione è rappresentata dalla tabella seguente, nella quale non è stato ancora preso formalmente atto dello spostamento di impegnative, a partire dal 1 gennaio 2010 dalla Ulss 14 alla Ulss 16 a seguito dell'entrata in vigore della LR 22/2008, che ha trasferito nove comuni della Saccisica dalla Ulss 14 alla Ulss 16.

**Tab. 9.3.1 - Assegnazioni delle quote di rilievo sanitario per le impegnative di residenzialità per Azienda Ulss. Veneto - Anni ante 2007, 2007, 2008, 2010 e 2011**

	ante 2007		2007		2008		2010		2011	
	Livello		Livello		Livello		Livello		Livello	
	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°
Ulss 1 - Belluno	719	48	788	48	776	48	795	48	852	48
Ulss 2 - Feltre	647	24	633	24	644	24	644	24	644	24
Ulss 3 - Bassano del Grappa	698	244	612	244	682	244	682	244	682	244
Ulss 4 - Alto Vicentino	757	219	684	219	760	219	760	219	760	219
Ulss 5 - Ovest Vicentino	746	48	677	48	694	48	701	48	701	48
Ulss 6 - Vicenza	1.478	270	1.322	270	1.411	337	1.411	337	1.411	337
Ulss 7 - Pieve di Soligo	971	192	977	192	973	192	977	192	977	192
Ulss 8 - Asolo	991	222	826	222	905	222	905	222	905	222
Ulss 9 - Treviso	1.617	192	1.667	192	1.609	240	1.621	240	1.621	240
Ulss 10 - Veneto Orientale	535	72	631	72	628	72	669	72	669	72
Ulss 12 - Veneziana	1.417	549	1.501	549	1.501	549	1.534	549	1.534	549
Ulss 13 - Mirano	586	96	725	96	697	96	737	96	737	96
Ulss 14 - Chioggia	389	72	392	72	430	72	444	72	444	72
Ulss 15 - Alta Padovana	623	216	647	216	653	216	675	216	675	216
Ulss 16 - Padova	1.609	360	1.661	360	1.678	360	1.695	360	1.695	360
Ulss 17 - Este	586	158	653	158	643	158	666	158	666	158
Ulss 18 - Rovigo	800	210	778	210	802	210	810	210	810	210
Ulss 19 - Adria	391	48	379	48	367	48	370	48	370	48
Ulss 20 - Verona	1.817	445	1.943	445	1.943	445	1.956	445	1.956	445
Ulss 21 - Legnago	748	48	712	48	725	48	729	48	729	48
Ulss 22 - Bussolengo	1.072	118	989	118	1.009	118	1.021	118	1.021	118
<b>Veneto</b>	<b>19.197</b>	<b>3.851</b>	<b>19.197</b>	<b>3.851</b>	<b>19.530</b>	<b>3.966</b>	<b>19.802</b>	<b>3.966</b>	<b>19.859</b>	<b>3.966</b>

(\*) Dal 1 gennaio 2010, con la LR 22/2008, nove comuni dell'Azienda Ulss 14 sono stati trasferiti all'Azienda Ulss 16. Per queste due Aziende Ulss i dati del 2010 e del 2011 si riferiscono ancora alla vecchia configurazione. I dati fanno riferimento alle DGR 457/2007, DGR 4200/2007, DGR 3903/2009 e DGR 2649/2010. La DGR 2649/2010 ha solo aggiunto 57 impegnative all'Azienda Ulss 1.

Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

Oggi la distribuzione delle impegnative di residenzialità per le persone non autosufficienti

nel Veneto, per tutti i profili assistenziali, è di 19.859 impegnative di 1° livello assistenziale, di 3.966 di 2°



## 9. I servizi per le persone

livello assistenziale, di 795 impegnative di 1° livello e 24 di 2° livello per religiosi, che non rientrano nel sistema di offerta alla residenzialità e non sono perciò parametrare al fabbisogno, 1.211 per centri

diurni per anziani, 150 per Sezioni Alta Protezione Alzheimer (SAPA), 165 per Stati Vegetativi Permanenti (SVP).

**Tab. 9.3.2 - Impegnative di residenzialità per tipologia di offerta e per Azienda Ulss. Veneto - Anno 2011 (\*)**

	Fabbisogno 2011	Impegnative di residenzialità							Totale posti
		1° livello	2° livello	1° livello per religiosi	2° livello per religiosi	Centri diurni per anziani	SAPA	SVP	
Ulss 1 - Belluno	1.022	852	48	0	0	49	10	0	959
Ulss 2 - Feltre	683	644	24	38	0	24	10	0	740
Ulss 3 - Bassano del Grappa	896	682	244	138	24	34	0	8	1.130
Ulss 4 - Alto Vicentino	942	760	219	46	0	35	10	6	1.076
Ulss 5 - Ovest Vicentino	860	701	48	18	0	26	10	6	809
Ulss 6 - Vicenza	1.606	1.411	337	110	0	98	0	10	1.966
Ulss 7 - Pieve di Soligo	1.247	977	192	54	0	110	10	10	1.353
Ulss 8 - Asolo	1.170	905	222	9	0	44	10	10	1.200
Ulss 9 - Treviso	2.087	1.621	240	57	0	108	15	12	2.053
Ulss 10 - Veneto Orientale	1.162	669	72	0	0	10	10	10	771
Ulss 12 - Veneziana	2.634	1.534	549	0	0	98	15	12	2.208
Ulss 13 - Mirano	1.272	737	96	36	0	63	0	4	936
Ulss 14 - Chioggia	375	444	72	0	0	65	0	6	587
Ulss 15 - Alta Padovana	1.152	675	216	35	0	46	20	16	1.008
Ulss 16 - Padova	2.667	1.695	360	39	0	162	0	24	2.280
Ulss 17 - Este	1.045	666	158	0	0	45	10	0	879
Ulss 18 - Rovigo	1.112	810	210	0	0	0	10	4	1.034
Ulss 19 - Adria	474	370	48	0	0	0	0	4	422
Ulss 20 - Verona	2.663	1.956	445	18	0	80	0	11	2.510
Ulss 21 - Legnago	851	729	48	6	0	8	10	0	801
Ulss 22 - Bussolengo	1.324	1.021	118	191	0	106	0	12	1.448
<b>Veneto</b>	<b>27.244</b>	<b>19.859</b>	<b>3.966</b>	<b>795</b>	<b>24</b>	<b>1.211</b>	<b>150</b>	<b>165</b>	<b>26.170</b>

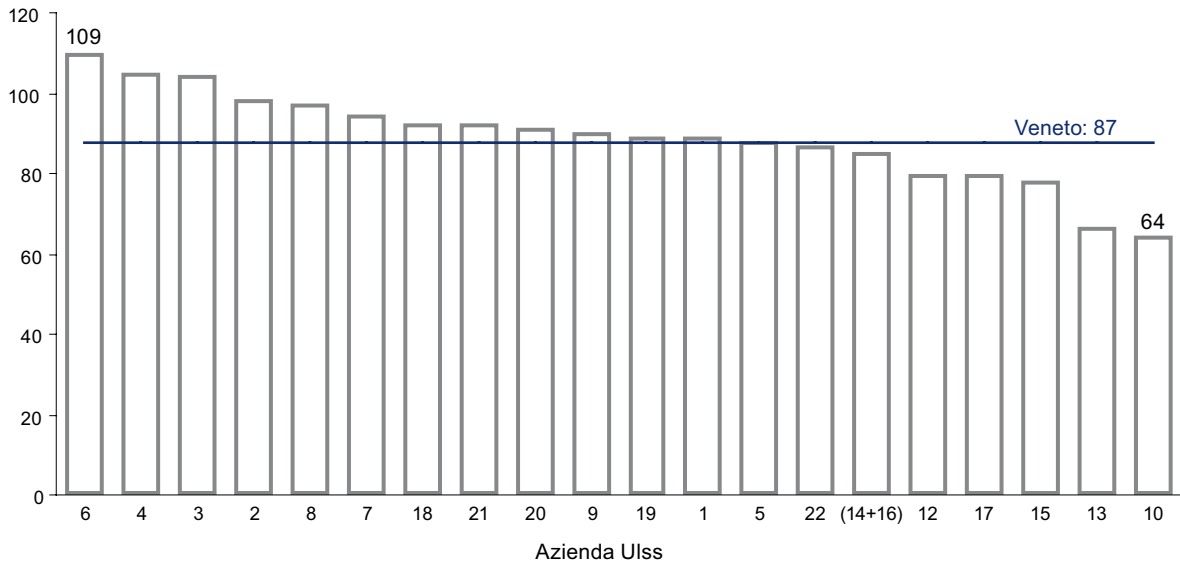
(\*) Dal 1 gennaio 2010, con la LR 22/2008, nove comuni dell'Azienda Ulss 14 sono stati trasferiti all'Azienda Ulss 16. Per queste due Aziende Ulss il fabbisogno di residenzialità del 2011 si riferisce ai nuovi territori, mentre il dato relativo alle impegnative di residenzialità riguarda la vecchia configurazione. I dati relativi alle impegnative di 1° e 2° livello sono tratti dalle DGR 3903/2009 e DGR 2649/2010, mentre i rimanenti dati derivano dall'Osservatorio regionale sulla condizione della popolazione anziana e disabile.

Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

Il rapporto tra impegnative di residenzialità e fabbisogno è mediamente di 87 impegnative ogni 100 unità di fabbisogno. Vi sono oggi 13 Aziende

Ulss che superano questo parametro e 8 che sono collocate al di sotto di esso.

**Fig. 9.3.2 – Numero di impegnative di residenzialità di 1° e 2° livello ogni 100 unità di fabbisogno di residenzialità per Azienda Ulss. Veneto - Anno 2011 (\*)**



(\*) Si propone l'indicatore per l'insieme dei territori della Ulss 14 e della Ulss 16 e non per le due Aziende distinte. Dal 1 gennaio 2010, con la LR 22/2008, nove comuni dell'Azienda Ulss 14 sono stati trasferiti all'Azienda Ulss 16. Al momento, per queste due Aziende Ulss si dispone del dato sul fabbisogno riferito alla configurazione attuale e del dato sulle impegnative riferito alla configurazione precedente. Pertanto non sarebbe corretto calcolare l'indicatore per le due singole Aziende Ulss. I dati relativi alle impegnative di 1° e 2° livello sono tratti dalle DGR 3903/2009 e DGR 2649/2010, mentre i dati sul fabbisogno da DGR190/2011.

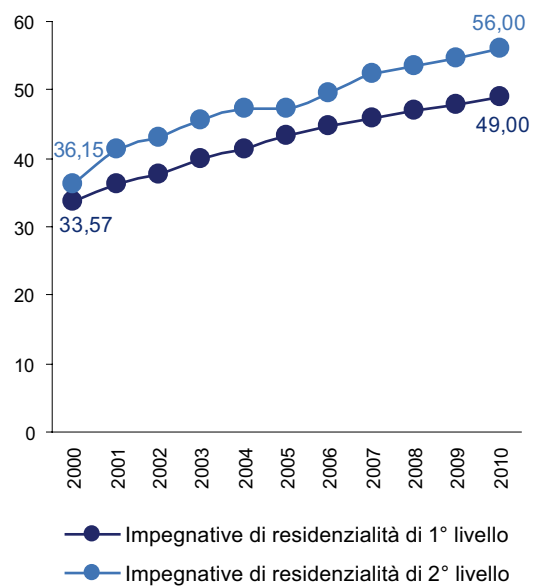
Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

Da ultimo vogliamo anche considerare il valore delle singole impegnative di residenzialità, che unitariamente si definiscono "quote di rilievo sanitario". Esse rappresentano una parte del valore della retta resa all'ente gestore per l'accoglienza della persona in una struttura residenziale autorizzata, in relazione alla tipologia del servizio e ai suoi bisogni assistenziali e coprono principalmente le spese per gli operatori socio-sanitari, per gli infermieri e per le attività sociali. L'altra parte della retta è costituito dalla cosiddetta "quota alberghiera" che viene pagata direttamente dall'utente o dal Comune nei casi previsti.

Le impegnative di residenzialità di 1° e 2° livello assistenziale sono quelle che assorbono la maggior parte della spesa regionale per la residenzialità extraospedaliera. Il loro valore dal 2001 al 2010 è aumentato rispettivamente del 46%, passando da 33,57 a 49 euro, e del 54,9%, da 36,15 a 56 euro.

Moltiplicato per 365 giorni, il valore pro capite dell'impegnativa di residenzialità nel 2010 è pari a 17.885 euro il 1° livello assistenziale e a 20.440 euro per il 2° livello.

**Fig. 9.3.3 - Valore in euro delle quote di rilievo sanitario per le impegnative di residenzialità per anziani non autosufficienti di 1° e 2° livello. Veneto - Anni 2000:2010**



Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto





### La domiciliarità

È sempre più considerata l'importanza di mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio ambiente familiare e nel proprio contesto abitativo e sociale. Perciò da alcuni anni l'orientamento delle politiche regionali sta assecondando la permanenza della persona anziana al proprio domicilio e riservando l'accoglienza residenziale alle persone non altrimenti assistibili. Anche in ambito domiciliare è necessario garantire la qualità e l'appropriatezza degli interventi, nonché l'accessibilità e la sostenibilità economica dei servizi.

L'insieme delle politiche a sostegno della domiciliarità è suddiviso in tre aree di intervento, come previste dalla DGR 39/2006, che ha definito il "Piano locale della domiciliarità". Si tratta di

- interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia, che devono impegnare almeno il 20% delle risorse della domiciliarità: assistenza domiciliare sociale (SAD), sanitaria, comprensiva della fornitura di protesi e ausili, e integrata socio-sanitaria (ADI), telesoccorso e telecontrollo, interventi delle reti solidaristiche della comunità locale.
- Interventi di supporto economico (almeno il 45 % delle risorse): assegni di cura rivolti alle persone e alle famiglie, differenti a seconda del carico di cura, delle tipologie e della modalità di assistenza fornita (utenti "base", utenti con Alzheimer, con badante, con Alzheimer e badante insieme) nonché, della situazione economica, che deve essere inferiore a circa 15.000 euro di ISEE per poter accedere al beneficio.
- Interventi di sollievo alla famiglia (almeno il 7% delle risorse): ricoveri temporanei, soggiorni climatici, ecc., per persone in stato di dipendenza assistenziale.

Nel corso del 2009 il numero di utenti equivalenti degli assegni di cura di età superiore ai 64 anni, ottenuto riportando a un anno gli utenti che hanno utilizzato il servizio per meno di 12 mesi, sono stati 18.270, mentre gli utenti dei servizi a domicilio sono stati complessivamente 15.808. Quest'ultimo dato non si riferisce solo agli anziani ma alla totalità degli utenti senza specificazione per età. Si tratta, comunque, prevalentemente di anziani: in linea generale, infatti, su 100 utenti, circa 88 hanno almeno 65 anni.

Per quanto riguarda i servizi erogati a domicilio, la

**Tab. 9.3.3 - Utenti dei servizi domiciliari per Azienda Ulss: assegno di cura (ADC) e servizio di assistenza domiciliare sociale e assistenza domiciliare integrata (SAD/ADI). Veneto - Anno 2009 (\*)**

	ADC	SAD/ADI	Totale
Ulss 1 - Belluno	308	607	915
Ulss 2 - Feltre	283	843	1.126
Ulss 3 - Bassano del Grappa	470	331	801
Ulss 4 - Alto Vicentino	437	792	1.229
Ulss 5 - Ovest Vicentino	491	469	960
Ulss 6 - Vicenza	797	724	1.521
Ulss 7 - Pieve di Soligo	794	666	1.460
Ulss 8 - Asolo	812	1.030	1.842
Ulss 9 - Treviso	1.246	717	1.963
Ulss 10 - Veneto Orientale	1.018	1.412	2.430
Ulss 12 - Veneziana	1.339	592	1.931
Ulss 13 - Mirano	1.178	593	1.771
Ulss 14 - Chioggia	527	101	628
Ulss 15 - Alta Padovana	1.340	503	1.843
Ulss 16 - Padova	1.594	876	2.470
Ulss 17 - Este	1.024	597	1.621
Ulss 18 - Rovigo	1.219	429	1.648
Ulss 19 - Adria	566	416	982
Ulss 20 - Verona	1.361	2.111	3.472
Ulss 21 - Legnago	711	1.165	1.876
Ulss 22 - Bussolengo	754	834	1.588
<b>Veneto</b>	<b>18.270</b>	<b>15.808</b>	<b>34.078</b>

(\*) Per l'assegno di cura (ADC) si contano gli utenti equivalenti di età superiore a 64 anni, numero ottenuto riportando a un anno gli utenti di 65 anni e oltre che hanno utilizzato il servizio per meno di 12 mesi. Gli utenti dei servizi di assistenza domiciliare (SAD/ADI) sono stati rilevati dalla DGR 3562/2010 senza specificazione di età.

Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

DGR 39/2006 fa esclusivamente riferimento ai servizi di carattere socio-assistenziale in senso stretto, che sono di competenza istituzionale e finanziaria dell'Ente locale, con possibilità di delega all'Ulss se previsto dal Piano di Zona. Sono servizi finalizzati alla prevenzione, al mantenimento o al recupero di potenzialità residue che permettono alla persona anziana non autosufficiente di permanere nel proprio domicilio e nel contesto di relazione, e di fornire un supporto al loro caregiver. Le prestazioni vengono erogate direttamente dal Comune, salvo

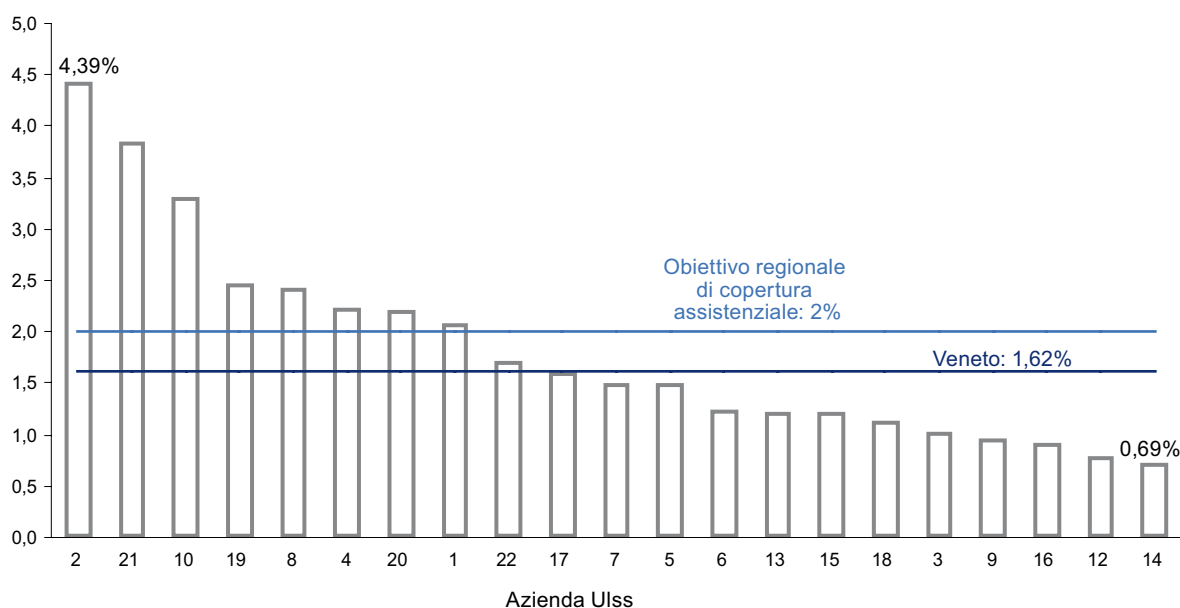
## anziane non autosufficienti

delega dell'Azienda Ulss, e in genere comprendono la fornitura pasti, l'aiuto domestico, il trasporto, il sostegno psico-sociale e di risocializzazione.

I servizi di assistenza domiciliare che offrono prestazioni di assistenza diretta alla persona attraverso l'assistenza tutelare e la collaborazione con figure infermieristiche rientrano nei livelli essenziali di assistenza regionali<sup>4</sup>. Sono stati

determinati gli obiettivi di questi interventi sia dal punto di vista degli utenti serviti che delle risorse umane per il loro conseguimento<sup>5</sup>. Per quanto riguarda gli utenti, l'obiettivo è quello di offrire copertura assistenziale ad almeno il 2% della popolazione ultrasessantacinquenne. Nel 2009 a livello regionale tale rapporto è stato del 1,62%.

**Fig. 9.3.4 - Tasso di copertura assistenziale SAD/ADI per Azienda Ulss. Veneto - Anno 2009 (\*)**



(\*) SAD/ADI: Servizio di assistenza domiciliare sociale e assistenza domiciliare integrata. Il tasso di copertura assistenziale è calcolato come rapporto tra gli utenti di SAD e ADI e la popolazione con 65 anni e più, moltiplicato per 100. I dati fanno riferimento alla DGR 3562/2010.

Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

Dal punto di vista del rapporto tra operatori e utenti, l'obiettivo è di disporre di 1 operatore di assistenza<sup>6</sup> equivalente a tempo pieno per un numero di utenti compreso tra 6 e 14. Il valore medio regionale nel

2009 è stato di 9,8 utenti per operatore, con un valore minimo di 2,3 utenti nella Ulss 12 e un valore massimo di 57,9 utenti nella Ulss 7.

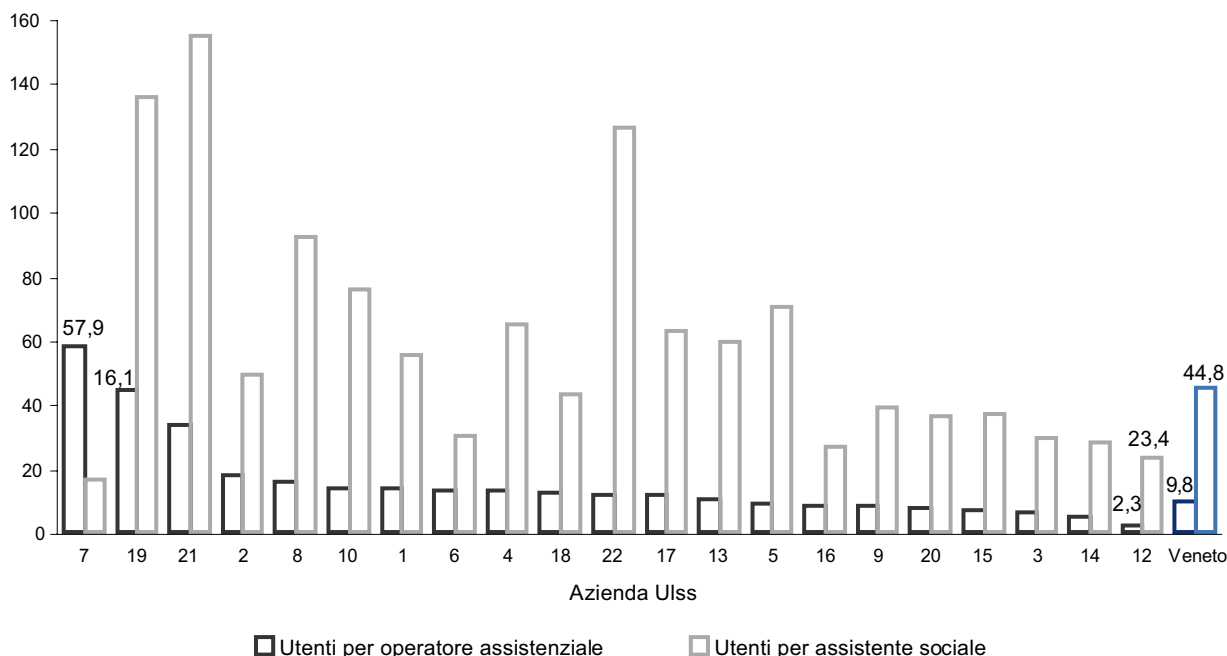
<sup>4</sup> Ai sensi della DGR 3972/2002.

<sup>5</sup> DGR 39/2006.

<sup>6</sup> Per operatore di assistenza si intende l'operatore addetto all'assistenza (OAA), l'operatore tecnico addetto all'assistenza (OTAA) e l'operatore socio-sanitario (OSS).



**Fig. 9.3.5 – Utenti in assistenza domiciliare (SAD/ADI) per operatore socio-assistenziale, per tipologia di operatore e per Azienda Ulss. Veneto - Anno 2009 (\*)**



(\*) SAD/ADI: Servizio di assistenza domiciliare sociale e assistenza domiciliare integrata. Per operatore assistenziale si intende l'operatore addetto all'assistenza, l'operatore tecnico addetto all'assistenza e l'operatore socio-sanitario. Il numero degli operatori assistenziali e degli assistenti sociali rappresenta il dato equivalente a tempo pieno per l'anno 2009. I dati fanno riferimento alle DGR 3562/2010.

Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

Per quanto riguarda l'Assegno di Cura (ADC), nel corso del 2009 il totale delle persone fisiche che ne hanno usufruito, anche per un arco temporale inferiore ai 12 mesi, sono state 23.431. Il numero degli utenti equivalenti, calcolato come se tutti gli utenti ne avessero usufruito per 12 mesi esatti, è di 18.270. Di questi, 3.747 hanno beneficiato del maggiore contributo perché portatori di Alzheimer o altre demenze con disturbi comportamentali, 2.661 perché hanno usufruito di badante, 1.190 perché con Alzheimer e badante insieme.

Il valore medio annuo dell'Assegno di Cura è stato di 2.822,41 euro; quello dell'ADC per i portatori di Alzheimer è stato di 4.527,44 euro, per chi ha usufruito di badante 3.257,27 euro, per chi, con Alzheimer, ha usufruito di badante 4.767,38 euro; è stato mediamente di 1.898,50 euro per i rimanenti utenti.

Anche per l'ADC è stato ricavato un indice di copertura – che tuttavia non costituisce un obiettivo, in quanto l'ADC non richiede la messa in campo di

particolari risorse organizzative di servizio – che è stato nel 2009 mediamente di 1,87 utenti equivalenti ogni 100 residenti ultrasessantacinquenni.

Per quanto riguarda il "sollevio", infine, questa misura è stata avviata sperimentalmente con la DGR 3960/2001, con lo scopo di introdurre particolari forme di sostegno a favore di famiglie impegnate nell'assistenza in casa di persone in condizione di non autosufficienza. Tali formule, qualificate come "buono servizio" e "buono sollevio", consentono alle famiglie di ricorrere a ricoveri temporanei del proprio congiunto assistito ovvero di fruire di servizi integrativi rispetto a quelli garantiti dal sistema assistenziale della domiciliarità.

Questa forma di intervento nasceva con la ratio di rispondere con tempestività a bisogni urgenti ed è oggi organizzata in maniera diversa da Ulss ad Ulss, anche secondo le diverse indicazioni dei Piani di Zona. È perciò difficile ricavarne una puntuale disamina circa l'utilizzo.

**Tab. 9.3.4 – Utenti equivalenti dell’assegno di cura (ADC), per tipologia di contributo e indice di copertura sulla popolazione anziana per Azienda Ulss. Veneto - Anno 2009 (\*)**

	Utenti base, senza badante	Solo Alzheimer	Solo badante	Alzheimer e badante	Utenti equivalenti ADC 2009	Indice di copertura
Ulss 1 - Belluno	154	57	68	29	308	1,04
Ulss 2 - Feltre	145	38	72	27	283	1,48
Ulss 3 - Bassano del Grappa	261	113	67	29	470	1,42
Ulss 4 - Alto Vicentino	249	76	83	30	437	1,21
Ulss 5 - Ovest Vicentino	274	137	52	29	491	1,53
Ulss 6 - Vicenza	425	170	130	71	797	1,33
Ulss 7 - Pieve di Soligo	417	173	132	72	794	1,74
Ulss 8 - Asolo	455	229	78	50	812	1,88
Ulss 9 - Treviso	671	284	197	93	1.246	1,61
Ulss 10 - Veneto Orientale	489	281	144	104	1.018	2,36
Ulss 12 - Veneziana	686	275	260	118	1.339	1,73
Ulss 13 - Mirano	682	268	156	72	1.178	2,37
Ulss 14 - Chioggia	371	90	60	6	527	2,03
Ulss 15 - Alta Padovana	849	217	208	67	1.340	3,14
Ulss 16 - Padova	845	312	292	145	1.594	1,80
Ulss 17 - Este	826	50	138	11	1.024	2,68
Ulss 18 - Rovigo	784	256	118	61	1.219	3,11
Ulss 19 - Adria	374	131	38	23	566	3,30
Ulss 20 - Verona	868	228	200	66	1.361	1,40
Ulss 21 - Legnago	416	189	59	47	711	2,33
Ulss 22 - Bussolengo	431	173	111	39	754	1,51
<b>Veneto</b>	<b>10.673</b>	<b>3.747</b>	<b>2.661</b>	<b>1.190</b>	<b>18.270</b>	<b>1,87</b>

(\*) Il numero di utenti equivalenti è ottenuto riportando a un anno gli utenti di 65 anni e oltre che hanno utilizzato il servizio per meno di 12 mesi.  
L'indice di copertura è calcolato come il rapporto tra il numero di utenti equivalenti dell'assegno di cura e la popolazione con 65 anni e più, moltiplicato per 100.

Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

## 9.4 Le risorse per la non autosufficienza

Quanto costa la non autosufficienza nel Veneto? Per la risposta a questa domanda l’Agenzia Regionale Socio Sanitaria sta conducendo un lavoro di analisi comparata tra il fabbisogno, il finanziamento regionale e i costi dei servizi rilevati dalla contabilità delle Aziende Ulss, costi che superano il finanziamento del Fondo per la non autosufficienza e che ricadono sulla spesa sanitaria. Questa analisi verrà portata a termine e pubblicata entro il 2011. In questo ambito possiamo riportare i dati di

finanziamento regionale, evidenziando alcuni trend storici con un focus sugli anni più recenti. È stata citata all’inizio la LR 30/2009, che ha istituito il Fondo regionale per la non autosufficienza, inglobando i fondi storici che ne sono venuti a far parte, in primis quello istituito con l’articolo 3 della LR 1/2008 (finanziaria regionale). Tale fondo viene ripartito annualmente, previo parere della competente Commissione del Consiglio regionale del Veneto, sulla base di criteri e indicatori che devono essere esplicitati da appositi provvedimenti attuativi emanati dalla Giunta regionale. Nel 2009 e nel 2010, i primi due esercizi finanziari



di vigenza del fondo ai sensi dell'art. 3 della LR 1/2008, il riparto è stato effettuato rispettivamente per 680 e 704 milioni di euro, dei quali per ciascuno degli anni 668,450 milioni di euro provenienti dal Fondo sanitario regionale e i rimanenti per lo più da finanziamenti statali per la non autosufficienza. La scomposizione del fondo rimane pressoché uguale nei due anni e nel 2010 il 65% è destinato alla residenzialità degli anziani, il 13% alla domiciliarità di anziani e disabili, l'11% ai centri diurni per disabili e il 7% alla residenzialità dei disabili. Il 4%, infine, proviene dal fondo nazionale per la non autosufficienza.

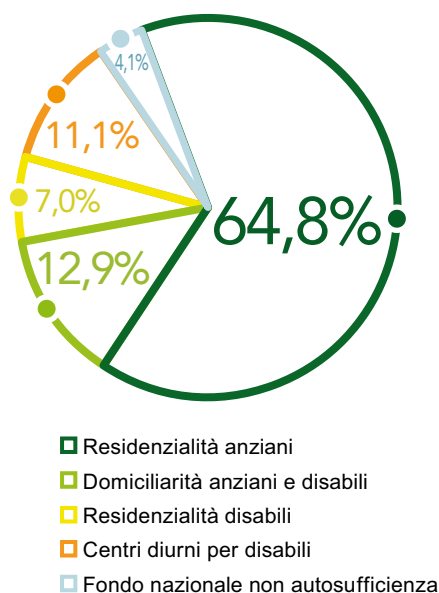
Il rapporto tra la parte del Fondo sanitario regionale (FSR) destinata alla non autosufficienza e il FSR stesso, dal 2001 al 2008 si attesta mediamente attorno al 6,4%. Tale percentuale aumenta poi in misura significativa e nel 2009 raggiunge l'8,7%, passando da 481 a 668 milioni di euro, perché l'art. 3 della LR 1/2008 ha portato nel Fondo per la non autosufficienza le risorse destinate ai centri diurni per disabili che precedentemente provenivano dal fondo sanitario indistinto e quelle destinate alla

domiciliarità, che facevano parte del fondo sociale regionale.

Rimanendo alle politiche per gli anziani non autosufficienti, il trend del finanziamento per i servizi residenziali dal 2001 al 2010 ha registrato un aumento complessivo del 62%, a fronte di un aumento della popolazione anziana ultrasessantacinquenne nel medesimo periodo pari al 18%.

Il dato va considerato assieme all'aumento del costo della vita oltre che alla crescita quantitativa dell'investimento nei servizi residenziali nell'ultimo decennio. Questo trend rallenta nell'ultimo biennio attendendosi al 2,4%. Il motivo è che le politiche regionali hanno inteso potenziare negli anni più recenti il finanziamento della domiciliarità, utilizzando a questo scopo anche tutto il fondo nazionale della

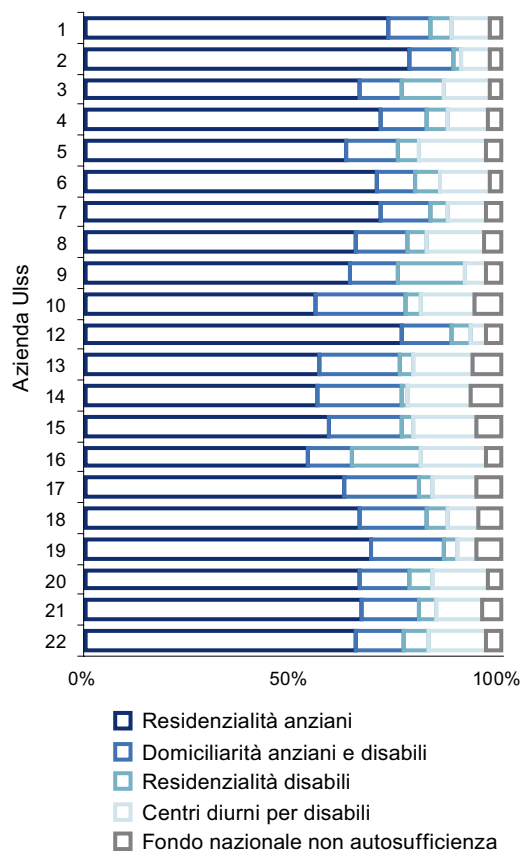
**Fig. 9.4.1 - Composizione percentuale del fondo regionale per la non autosufficienza per destinazione. Veneto - Anno 2010 (\*)**



(\*) I dati fanno riferimento alla DGR 3569/2010.

Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

**Fig. 9.4.2 - Composizione percentuale del fondo regionale per la non autosufficienza per destinazione e Azienda Ulss. Veneto - Anno 2010 (\*)**



(\*) I dati fanno riferimento alla DGR 3569/2010.

Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

Tab. 9.4.1 - Riparto del fondo regionale per la non autosufficienza per Azienda Ulss. Veneto - Anno 2010 e variazione percentuale 2010/2009 (\*)

	Anno 2010 (in migliaia di euro)			Var%2010/2009		
	Fondo regionale (sanitario + sociale) (a)	Fondo nazionale non autosufficienza (b)	Totale assegnato alle Aziende Ulss (a) + (b)	Fondo regionale (sanitario + sociale) (a)	Fondo nazionale non autosufficienza (b)	Totale assegnato alle Aziende Ulss (a) + (b)
Ulss 1 - Belluno	20.432	579	21.012	4,4	-11,8	3,9
Ulss 2 - Feltre	17.628	528	18.156	-0,4	109,0	1,1
Ulss 3 - Bassano del Grappa	31.202	959	32.160	1,1	92,7	2,6
Ulss 4 - Alto Vicentino	25.908	834	26.742	2,2	59,5	3,3
Ulss 5 - Ovest Vicentino	22.376	881	23.257	1,5	22,2	2,2
Ulss 6 - Vicenza	49.109	1.461	50.571	2,4	34,0	3,1
Ulss 7 - Pieve di Soligo	31.368	1.270	32.637	1,4	144,3	3,8
Ulss 8 - Asolo	32.277	1.361	33.638	5,7	16,2	6,1
Ulss 9 - Treviso	53.853	2.171	56.024	2,4	70,7	4,0
Ulss 10 - Veneto Orientale	22.582	1.613	24.195	8,6	-11,1	7,0
Ulss 12 - Veneziana	48.655	1.863	50.518	3,6	-1,9	3,4
Ulss 13 - Mirano	24.699	1.783	26.482	0,4	112,1	4,1
Ulss 14 - Chioggia	8.854	689	9.544	-	-	-
Ulss 15 - Alta Padovana	28.201	1.840	30.042	-0,3	93,5	2,7
Ulss 16 - Padova	75.840	2.726	78.566	-	-	-
Ulss 17 - Este	22.628	1.404	24.032	4,2	-0,9	3,9
Ulss 18 - Rovigo	26.990	1.603	28.593	6,0	-26,0	3,5
Ulss 19 - Adria	10.579	684	11.264	6,5	-26,6	3,6
Ulss 20 - Verona	64.647	2.256	66.903	1,2	111,6	3,0
Ulss 21 - Legnago	20.798	1.046	21.845	5,0	-15,5	3,8
Ulss 22 - Bussolengo	36.623	1.312	37.935	2,8	9,4	3,1
<b>Veneto</b>	<b>675.250</b>	<b>28.865</b>	<b>704.115</b>	<b>2,8</b>	<b>24,3</b>	<b>3,5</b>

(\*) Non sono state calcolate le variazioni percentuali 2010/2009 delle Aziende Ulss 14 e 16 a causa della variazione nella configurazione territoriale introdotta il 1 gennaio 2010 con la LR 22/2008 che ha reso non confrontabili i due anni.

Il valore del fondo regionale (a) viene ripartito per la residenzialità anziani, la domiciliarità anziani e disabili, la residenzialità disabili e i centri diurni disabili.

I dati fanno riferimento, rispettivamente, per il 2009 alla DGR 2584/2009 e per il 2010 alla DGR 3569/2010.

Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

non autosufficienza. Si sono potenziati sia i servizi che il sostegno economico diretto alle famiglie con l'assegnazione di cura, che ha unificato i contributi economici per coloro che assistono a domicilio persone anziane non autosufficienti, in particolare affette da disturbi comportamentali.

Le scelte future saranno chiamate a una molteplice sfida, dettata sia dall'invecchiamento della popolazione che dalla sostenibilità del sistema. Da un lato sarà opportuno, oltre che equo, ridurre

le differenze nell'offerta di servizi, in particolare residenziali, che ci sono tra le Aziende Ulss. A tale scopo potrà eventualmente essere compensato il sottodimensionamento della rete residenziale con una più mirata offerta di domiciliarità, nel suo mix di servizi e contributi economici diretti. Dall'altro andrà determinato un nuovo rapporto tra il finanziamento dei servizi residenziali e di quelli domiciliari. Questo calcolo sarà forse possibile anche dopo aver determinato l'entità delle risorse



**Tab. 9.4.2 - Fondo sanitario regionale per la non autosufficienza e incidenza sul fondo sanitario regionale. Veneto - Anni 2001:2010**

	(in migliaia di euro)		Incidenza %
	Fondo sanitario regionale per la non autosufficienza	Fondo sanitario regionale	
2001	318.067	4.913.075	6,5
2002	328.813	5.399.680	6,1
2003	348.521	5.559.492	6,3
2004	381.000	5.833.115	6,5
2005	393.100	6.408.826	6,1
2006	441.000	6.670.000	6,6
2007	456.000	7.053.369	6,5
2008	481.003	7.303.469	6,6
2009	668.450	7.712.882	8,7
2010	668.450	7.894.975	8,5

Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

del fondo sanitario che oggi integrano la spesa per la non autosufficienza, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza sia residenziale che domiciliare di tipo infermieristico, riabilitativo e medico per le persone non autosufficienti.

**Tab. 9.4.3 - Spesa per i servizi residenziali per anziani, per i servizi di assistenza domiciliare SAD/ADI e per il finanziamento di interventi economici alle famiglie. Valori in migliaia di euro e variazioni percentuali rispetto all'anno precedente. Veneto - Anni 2001:2010 (\*)**

	Residenzialità per anziani		SAD/ADI		Finanziamento degli interventi economici alle famiglie	
	Migliaia di euro	Var%	Migliaia di euro	Var%	Migliaia di euro	Var%
2001	281.903	-	12.911	-	23.641	-
2002	288.618	2,4	12.911	0,0	23.398	-1,0
2003	308.565	6,9	14.200	10,0	35.134	50,2
2004	338.694	9,8	14.900	4,9	36.500	3,9
2005	355.000	4,8	14.900	0,0	38.500	5,5
2006	400.000	12,7	14.900	0,0	40.200	4,4
2007	415.000	3,8	16.457	10,5	39.668	-1,3
2008	435.001	4,8	16.952	3,0	58.758	48,1
2009	445.875	2,5	18.447	8,8	58.758	0,0
2010	456.449	2,4	20.662	12,0	65.356	11,2

(\*) La spesa per SAD/ADI e i finanziamenti per interventi economici alle famiglie si riferiscono sia ad anziani che a disabili. Costituiscono le voci principali dell'assistenza domiciliare, ma non la esauriscono. L'assistenza domiciliare comprende, ad esempio, anche la spesa per interventi di sollievo e per altri interventi destinati esclusivamente ai disabili.

Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto



## I numeri raccontano

L'invecchiamento della popolazione sta richiamando l'attenzione sul tema della sostenibilità della spesa pubblica socio-sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza rivolte agli anziani. Le condizioni di salute degli anziani sono in generale buone e in miglioramento, tuttavia esiste una certa associazione tra vecchiaia e insorgenza di malattie degenerative o disabilità, soprattutto a età molto avanzate. Pertanto, se è vero che la vita media si allunga, è vero anche che nell'ultima parte della vita l'anziano non sarà autosufficiente, anzi il periodo compreso tra l'insorgere della non autosufficienza e il decesso è destinato nel tempo a dilatarsi.

Quando le condizioni di salute dell'anziano peggiorano, oggi sono di solito i figli a prendersi cura di lui, anche compensando le carenze del sistema di welfare pubblico. Ma se in passato gli anziani potevano contare sulla presenza di numerosi figli e delle donne di casa che non lavoravano, molti degli anziani di domani potrebbero soffrire la mancanza di una rete familiare allargata, specie nei casi di indebolimento della famiglia e di sfarinamento dei rapporti tra i componenti.

L'evoluzione della spesa sanitaria dipenderà quindi non solo dall'invecchiamento della popolazione, ma anche dall'incidenza della disabilità tra gli anziani, dal disequilibrio tra cure formali e informali, oltre che dalla tipologia di servizi che il sistema intende mettere a disposizione: residenziale, semiresidenziale o domiciliare.

In Veneto la rete assistenziale rivolta agli anziani non autosufficienti è frutto di politiche che negli anni hanno prodotto una molteplicità di interventi in relazione alla complessità del bisogno sociale e sanitario. Inoltre, considerando l'importanza di mantenere l'anziano nel proprio ambiente familiare, abitativo e sociale, l'orientamento delle politiche regionali sta assecondando la permanenza della persona anziana al proprio domicilio, riservando l'accoglienza residenziale alle persone non altrimenti assistibili. Sono previsti interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia, tra cui l'assistenza domiciliare sociale e integrata socio-sanitaria, interventi di supporto economico, come gli assegni di cura, e interventi di sollievo alla famiglia, quali i ricoveri temporanei e i soggiorni climatici per persone in stato di dipendenza assistenziale.

Nel 2010 il Fondo regionale per la non autosufficienza ammonta a oltre 704 milioni di euro, in aumento rispetto all'anno precedente. Anche se la maggior parte delle risorse è destinato alla residenzialità, le politiche regionali hanno inteso potenziare negli anni più recenti il finanziamento della domiciliarità.

	Anno	Veneto
Numero di anziani (persone con almeno 65 anni)	2009	975.726
Aumento percentuale previsto del numero di anziani	2031/2009	48,2
Percentuale di anziani che si dichiarano in buona salute	2009	32,5
Percentuale di anziani di 75 anni e oltre affetti da almeno due malattie croniche	2009	68,3
Fabbisogno di residenzialità (a)	2011	27.244
Variazione percentuale del fabbisogno di residenzialità	2011/2007	12,8
Indice di copertura del servizio di assegno di cura (ADC) (b)	2009	1,87
Indice di copertura del servizio di assistenza domiciliare sociale e assistenza domiciliare integrata (SAD/ADI) (c)	2009	1,62
Fondo regionale per la non autosufficienza (in migliaia di euro)	2010	704.115
Variazione percentuale del fondo regionale per la non autosufficienza	2010/2009	3,5
Percentuale del fondo regionale per la non autosufficienza destinato alla domiciliarità per anziani e disabili	2010	12,9

(a) Il fabbisogno è un parametro teorico finalizzato alla determinazione, per Azienda Ulss, del numero di posti letto autorizzabili, nonché del numero di impegnative di residenzialità da assegnare (DGR 464/2006).

(b) Indice di copertura ADC = (Utenti ADC) / (popolazione di 65 anni e oltre)\*100.

Si considerano gli utenti equivalenti di età superiore a 64 anni, calcolati riportando a un anno gli utenti anziani che hanno utilizzato il servizio per meno di 12 mesi.

(c) Indice di copertura SAD/ADI = (Utenti SAD/ADI) / (popolazione di 65 anni e oltre)\*100.

Gli utenti dei servizi di assistenza domiciliare (SAD/ADI) sono rilevati senza specificazione di età; si tratta comunque prevalentemente di anziani.

Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto e Istat