





3.

Prendersi cura in una società che cambia: una responsabilità collettiva

VENETO
Persone anziane over 74
2025

13,1%

VENETO
Persone occupate
che lavorano
con orari disagiati
2024

39,4%

VENETO
Posti disponibili nei servizi
alla prima infanzia
ogni 100 bambini 0-2 anni
2023

35,6

Prendersi cura è un valore essenziale in ogni dimensione della vita e richiede impegno e responsabilità di ciascuno. Per garantire il benessere della comunità, è importante ridare alla cura centralità culturale, economica e politica, trasformandola da una responsabilità del singolo a una priorità sociale.

I profondi cambiamenti demografici e le persistenti insicurezze economiche stanno minando le capacità della famiglia di provvedere ai compiti di cura. Ciò rende necessario ripensare il modello di welfare, volto a ridefinire l'equilibrio delle responsabilità tra individui, famiglie, comunità e istituzioni. Occorre far fronte all'esplosione dei bisogni assistenziali di una popolazione anziana in crescita, senza sacrificare le giovani generazioni e le possibilità di sviluppare appieno il loro potenziale. Il riconoscimento della cura informale all'interno della famiglia richiede maggiore attenzione ai bisogni di conciliazione tra vita e lavoro; la presenza di servizi di cura accessibili e distribuiti nel territorio è fondamentale per il benessere individuale e collettivo.

La dimensione centrale della cura.

Il termine cura affonda le sue radici nel latino cura, un vocabolo che è legato a concetti quali attenzione, sollecitudine e amorevole preoccupazione. È intesa come l'atto di "prendersi a cuore" qualcuno, come luogo di prossimità, accoglienza e giustizia. La cura rappresenta un valore essenziale di ogni dimensione della vita, che coinvolge l'impegno e la responsabilità di ciascuno.

Superando la sfera privata e individuale, la pandemia di Covid-19 ha disvelato su scala globale e omnicomprensiva la centralità delle attività attinenti alla sfera medica e assistenziale, all'insegnamento, all'educazione, al lavoro familiare e domestico. In una parola, ha messo in luce quanto le attività di cura siano fondanti per il nostro benessere e qualità della vita e quanto sia necessario ridare centralità culturale, economica e politica ai bisogni della persona e del territorio.

Il "Manifesto della Cura"¹ va in questo senso: enfatizza la cura come pratica sociale, politica e comunitaria; un bene comune, qualcosa che riguarda la collettività e che deve essere sostenuto dallo Stato. Il manifesto suggerisce che, per garantire una vera uguaglianza sociale, la società deve prendere su di sé la responsabilità di assicurare la cura per tutti i cittadini, senza discriminazioni di classe, genere o etnia. Le forme di solidarietà paritaria, radicate nel territorio, danno vita a genuine "comunità di cura" che superano i vincoli familiari. Esse evidenziano l'urgenza di privilegiare i bisogni umani universali, per un benessere inclusivo e trasversale, che non lasci indietro nessuno.

La valorizzazione del lavoro di cura.

La cura è sempre stata una dimensione fondante di qualsiasi comunità umana e politica, tuttavia la sua invisibilizzazione e sottovalutazione ha caratterizzato le nostre società ed economie nei decenni: la nostra immagine dell'economia e della produzione non contempla il lavoro di cura.

Il 18 novembre 2025 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato la risoluzione sul "Contributo dell'economia della cura allo sviluppo sostenibile"², stabilendo in modo esplicito che la cura rappresenta un pilastro strutturale delle politiche di sviluppo. Viene collegata agli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 su povertà, salute, istruzione, uguaglianza di genere e lavoro dignitoso. L'ONU riconosce che il lavoro di cura, retribuito e non retribuito, è una condizione necessaria per il funzionamento dell'intero sistema economico e per la tenuta delle società. Inoltre, l'impatto economico del lavoro di cura non retribuito contribuisce al reddito nazionale, all'occupazione, all'incremento delle capacità umane e della produttività. L'ONU stima³ che potrebbe valere dal 10% al 39% del PIL dei singoli Paesi, superando spesso settori come manifatturiero, commercio, trasporti.

Le profonde trasformazioni economiche, demografiche e sociali richiedono un ripensamento del modello di welfare, come anche l'individuazione di nuovi equilibri fra i soggetti coinvolti nella cura: l'individuo, la famiglia, la comunità e le istituzioni. Come vedremo nei paragrafi seguenti, occorre far fronte all'esplosione dei bisogni assistenziali di una popolazione anziana in crescita, senza sacrificare le giovani generazioni e le possibilità di sviluppare appieno il loro potenziale. Il riconoscimento della cura informale all'interno della famiglia richiede maggiore attenzione ai bisogni di conciliazione tra vita e lavoro delle persone occupate; la presenza di servizi di cura accessibili e distribuiti nel territorio è fondamentale per il benessere individuale e collettivo.

¹ "The Care Manifesto: the politics of interdependence", redatto nel 2020 dal collettivo londinese The Care Collective.

² ONU, "Contribution of the care economy to sustainable development", 2025.

³ ONU - United Nations Economist Network, "New Economics for Sustainable Development - Purple Economy (Care Economy+)", 2023.

3.1

/ La demografia della cura

La famiglia in Italia, nonostante le numerose trasformazioni, continua ad avere un ruolo prioritario a livello sociale. Si conferma pilastro fondamentale e primo vero presidio del welfare, poiché provvede in modo significativo alle diverse esigenze di cura di bambini, anziani e persone malate, oltre a occuparsi dei lavori domestici o sostenere, spesso anche economicamente, i giovani che si affacciano con fatica al mondo del lavoro. Il dare e ricevere cura coinvolge tutti i membri, nelle diverse fasi della vita, rafforzando i legami familiari e concretizzando la solidarietà tra generazioni.

Il modello di welfare italiano poggia molto sul sostegno familiare; tuttavia, il riconoscimento di questo ruolo rimane in gran parte implicito, non essendo ancora adeguatamente supportato da politiche pubbliche strutturate e continuative. Inoltre, diversamente da quanto accade in altri contesti europei, sia diritti normativi che interventi pubblici, così come l'organizzazione del lavoro, manifestano ritardi nel rispondere alle nuove esigenze familiari; troppo spesso risultano ancorati a precedenti equilibri senza riuscire a cogliere le trasformazioni in atto.

Il quadro europeo in merito alle politiche familiari presenta approcci e filosofie diverse a seconda del ruolo culturale attribuito alla famiglia, politiche più o meno familiste, che si reggono molto sulle responsabilità familiari di welfare oppure ne riducono il peso. Nei Paesi scandinavi prevale un modello social-democratico, basato su un approccio individualista che mira a garantire diritti di cittadinanza universali. Lo Stato svolge un ruolo centrale, con un'ampia offerta di servizi pubblici e una ridotta dipendenza dal mercato. Viene sostenuto il modello *dual earner family*, in cui entrambi i partner partecipano al mercato del lavoro, grazie a politiche di uguaglianza di genere e di conciliazione tra vita familiare e lavorativa. Il sistema di welfare dell'Europa continentale è più familista: l'obiettivo è sostenere la famiglia senza sostituirla completamente. Emergono tuttavia differenze significative. Nei Paesi francofoni l'intervento pubblico è più strutturato, con politiche esplicite a favore delle famiglie che prevedono sostegni economici, servizi per l'infanzia e promozione della parità di genere. Meno incisiva la strategia dell'area tedesca, dove i servizi pubblici di cura risultano meno sviluppati e la conciliazione è sostanzialmente a carico delle famiglie.

Nei Paesi dell'Europa meridionale, tra cui l'Italia, il modello di welfare è fortemente familista e meno sviluppato sul piano dei servizi: gli interventi risultano frammentati e si fa ampio affidamento sulle risorse familiari.

In Italia, la famiglia principale ammortizzatore sociale, fino a quando?

I cambiamenti demografici, sociali e culturali, come le persistenti difficoltà economiche, stanno minando le capacità della famiglia di provvedere ai compiti di cura, con ripercussioni importanti sul welfare. Viviamo più a lungo e le famiglie sono sempre più piccole; due trasformazioni che stanno ridisegnando le nostre società in modi che nessuna generazione prima di noi aveva sperimentato. La maggiore longevità è sicuramente una conquista, tuttavia, inserita in un contesto di bassa natalità che perdura ormai da anni, ha portato l'Italia a essere uno dei Paesi più anziani al mondo, con forti squilibri tra le generazioni.

Non è da trascurare neanche l'impatto dei nuovi fenomeni migratori: molte ragazze e ragazzi, spesso con buoni titoli di studio, si trasferiscono all'estero in cerca di migliori opportunità, in modo permanente o prolungato. Questo incide non solo in termini quantitativi ma anche qualitativi sulle nostre comunità. Negli ultimi 10 anni, considerando il saldo tra espatri e rientri, il Veneto ha perso 37 mila giovani italiani fra i 18 e i 39 anni⁴.

L'invecchiamento della popolazione

In Veneto nel 2024 la speranza di vita è di 84,2 anni (83,4 Italia e 81,5 UE27) in aumento di circa 3 anni rispetto al 2004. Si pensi che nel 1974 era di 72,4. Nell'arco di vent'anni la percentuale di persone sopra i 65 anni è passata dal 19% nel 2005 al 25% nel 2025 e potrebbe diventare 35% nel 2050⁵. Allo stesso tempo ci saranno

⁴ Per approfondimenti si veda il paragrafo 2.6 "La popolazione".

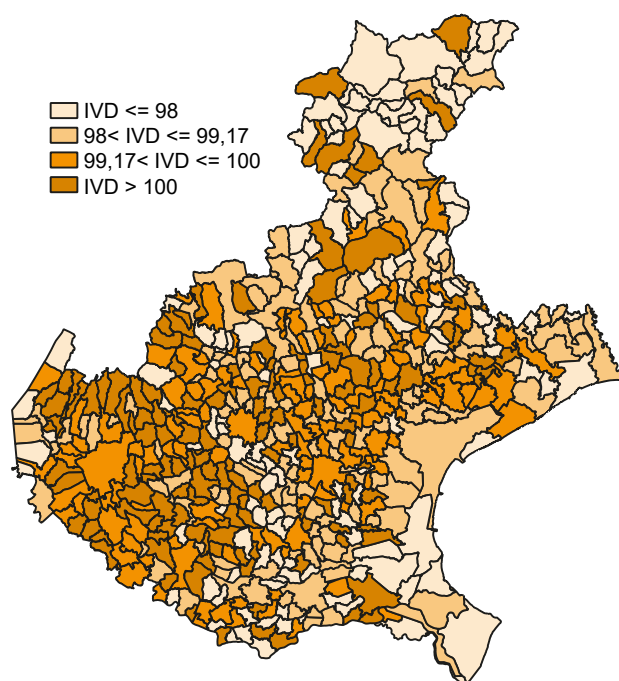
⁵ Previsione Istat con base 1.1.2024, scenario mediano.

sempre meno persone giovani e adulte, con forti conseguenze nel mercato del lavoro, per la sostenibilità economica del sistema pensionistico e dell'assistenza sanitaria.

L'invecchiamento è spesso associato allo spopolamento.

L'indice di vivacità demografica (IVD), considera entrambi queste dimensioni: la componente dinamica della popolazione (natalità, mortalità e migrazioni) e la struttura per età⁶. L'indice è proposto per gli ultimi 5 anni, un periodo tutto sommato breve ma che consente di cogliere i cambiamenti nei territori. Nel 2019 il Veneto presentava una vivacità demografica in linea con quella italiana, che però è andata diminuendo con maggiore intensità. Ciononostante, la nostra regione si conferma "virtuosa" rispetto ad altre; nell'area del centro-nord solo Lombardia, Trentino Alto-Adige ed Emilia-Romagna possono contare su una popolazione più dinamica ed equilibrata.

Fig. 3.1.1 - Indice di vivacità demografica (IVD) per comune. Veneto - Anno 2024 (*)



(*) Valore base Italia Anno 2019 (= 100).

Per la definizione di IVD si veda la nota 6.

Fonte: Elaborazione dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

La popolazione risulta più vivace nelle aree centrali del territorio regionale, dove vi è una maggiore presenza di servizi (istruzione, sanità e trasporti); subiscono un forte spopolamento e invecchiamento le zone periferiche e montane. Tuttavia, dal 2019 perdono in vivacità demografica anche i comuni più grandi e meglio serviti ("polo, polo intercomunale e cintura"⁷); resistono solo i comuni intermedi, non troppo lontani dai servizi essenziali (20-40 minuti), ma distanti dal caos dei centri urbani.

⁶ L'IVD è la sintesi di 8 indicatori: tassi di natalità, mortalità, immigrazione ed emigrazione (componente dinamica) e quota di giovani fino a 14 anni, di anziani con 65 anni e più, indice di struttura della popolazione attiva - 40-64 anni su 15-39, e di quella anziana - 85 anni e più su 65-84 (struttura per età). L'indice è compreso tra 0 (minimo teorico) e 200 (massimo teorico) ed è centrato attorno al valore 100 (dato medio Italia 2019). Valori più bassi indicano popolazioni tendenzialmente in declino e con una struttura per età che sta invecchiando rispetto all'anno base Italia 2019. (Cfr. Valentini A. Paradisi. F. 2024, "Statistica ufficiale ed esigenze informative del territorio. Buone pratiche dal protocollo d'intesa tra Istat, Regioni e province autonome, Anci e Upi", Roma: Istituto nazionale di statistica).

⁷ Si fa riferimento alla Strategia Nazionale per le Aree Interne che in primo luogo individua i centri, poli e poli intercomunali, secondo un criterio di capacità di offerta di alcuni servizi essenziali (Istruzione, salute e mobilità). I restanti Comuni sono classificati in base alla distanza da questi. I Comuni di cintura, hanno una distanza dal Centro compresa entro i 20 minuti di percorrenza in automobile, e i Comuni delle Aree Interne, suddivisi in: Comuni intermedi (fino a 40 minuti), Comuni periferici (fino a 75 minuti) e Comuni ultraperiferici (oltre 75 minuti).

**Tab. 3.1.1 - Indice di vivacità demografica (IVD) per
tipologia di comuni. Veneto - Anno 2024 (*)**

Tipologia comuni (Aree Interne - Strategia SNAI)	Numero Comuni	IVD	Variazione 2019-2024
A - Polo	21	99,4	-0,7
B - Polo intercomunale	7	99,2	-0,4
C - Cintura	419	99,1	-0,6
D - Intermedio	70	99,3	0,8
E - Periferico	36	97,4	-0,4
F - Ultraperiferico	7	96,6	-2,4

(*) Valore base Italia Anno 2019 (= 100).
Per la definizione di IVD si veda la nota 6.
Per la definizione di Aree Interne si veda la nota 7.
Fonte: Elaborazione dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

Si sposta in avanti l'età in cui si diventa anziani.

Con l'aumento della longevità sono migliorate anche le condizioni di vita. La speranza di vita in buona salute alla nascita sale a 60,5 anni nel 2024 rispetto a 57,9 nel 2009. Il dato per il Veneto è migliore rispetto alla media italiana (58,1), ma inferiore a quella europea (63,1 nel 2023). Sempre più persone raggiungono i 65 anni in buone condizioni di salute (41% dichiara di stare bene o molto bene e il 47% né bene né male), partecipano pienamente alla società e sono più attive; presentano in genere anche migliori competenze, grazie ai più alti titoli di studio posseduti. In questo contesto, l'invecchiamento demografico non può essere considerato solo un costo, ma rappresenta una risorsa da valorizzare per il contributo che la popolazione senior può dare alla società e per le ricadute positive sulla *silver economy*: le persone anziane assumono sempre più ruoli attivi, oltre che nella famiglia, come lavoratori, consumatori, e protagonisti nel volontariato e nel sociale.

La soglia dei 65 anni, tradizionalmente usata in demografia per definire il passaggio all'età anziana, appare oggi sempre meno adeguata. Il progressivo spostamento in avanti delle principali tappe che contraddistinguono i percorsi di vita coinvolge anche l'età in cui si diventa anziani. In questa prospettiva, l'Istat, nel suo Rapporto 2025, per la determinazione della soglia della vecchiaia, propone di superare il

criterio dell'età anagrafica fissa, presentando i risultati dell'approccio dinamico basato sulla speranza di vita residua. In Italia nel 1952 una persona di 65 anni poteva aspettarsi di vivere ancora 13 anni se uomo e 14 se donna. Applicando gli stessi anni residui alla popolazione di oggi, visto l'aumento della sopravvivenza, la soglia della vecchiaia si sposterebbe a 74 anni per gli uomini e 75 per le donne. Questo cambia sensibilmente la percezione dell'invecchiamento: al 1° gennaio 2025 in Veneto gli anziani e le anziane secondo la definizione tradizionale rappresentano il 24,9% della popolazione, se applichiamo la soglia dinamica si riducono al 13,6%. L'obiettivo di questo approccio non è negare le criticità legate all'invecchiamento, ma rileggere il fenomeno alla luce del miglioramento delle condizioni di salute. Anche in questa impostazione c'è tuttavia un limite, in quanto l'aumento della speranza di vita non sempre si accompagna a un analogo incremento degli anni vissuti in buona salute.

Anziani: giovani o grandi?

In linea con queste considerazioni, la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria suggerisce di innalzare a 75 anni l'età in cui si diventa anziani, individuando tre fasi della vita: l'anziano "giovane" (65-74 anni), l'anziano "vero" (75-85 anni) e il "grande anziano" (oltre gli 85 anni). Al di là di queste classificazioni e dell'età anagrafica, si parla di "terza età" quando la persona anziana mantiene buoni condizioni di salute, autonomia e risorse sociali, mentre la "quarta età" è caratterizzata da un deterioramento delle funzioni cognitive e dalla presenza di patologie croniche che limitano l'autonomia e richiedono maggiore assistenza.

E se domani...

Le previsioni demografiche stimano un ulteriore intensificarsi del processo di invecchiamento della popolazione. Da tempo, in Veneto la struttura per età ha abbandonato la tradizionale forma "a piramide": la base, un tempo ampia e composta da giovani, si è progressivamente ridotta, mentre risulta sempre più evidente lo squilibrio tra la popolazione in età attiva e quella non attiva. Nei prossimi anni l'invecchiamento della popolazione sarà alimentato soprattutto dal passaggio all'età anziana delle numerose generazioni

nate durante il baby boom (soprattutto negli anni '60). Ciò comporterà anche un'ulteriore riduzione della popolazione attiva. Colpisce soprattutto l'aumento della percentuale di persone con 85 anni e più, che secondo le stime è destinata a raddoppiare entro la metà del secolo, passando da circa il 4% di oggi all'8% nel 2050.

L'evoluzione della struttura per età della popolazione comporta anche una profonda trasformazione nella richiesta di cura da parte delle famiglie. In passato, il fabbisogno assistenziale riguardava maggiormente i minori, numericamente più consistenti degli anziani. Oggi, e soprattutto in prospettiva, con una quota di anziani sempre più numerosa rispetto ai minori, cresce la necessità di assistenza a lungo termine. Se in Veneto nel 1952 c'erano 3 bambini/ragazzi di 0-14 anni per ogni anziano di 65 anni e più, oggi il rapporto si è invertito: si contano 2 anziani per bambino e nel 2050 potrebbero arrivare a 3, uno scenario completamente rovesciato rispetto a quello di un secolo prima.

Un ruolo cruciale nell'assistenza alle persone anziane è svolto dai familiari, per lo più tra i 50-65 anni. L'evoluzione del rapporto numerico tra la popolazione in questa fascia di età e gli anziani più fragili, in particolare gli ultraottantenni, è utile per avere una prima valutazione circa la sostenibilità futura del sistema di cura informale e le ripercussioni sui servizi di welfare. Oggi in Veneto ci sono circa 390 mila persone ultraottantenni e quasi 1 milione e 200 mila nella fascia 50-64 anni; nel 2050 la situazione si presenta più complicata: poco più di 840 mila potenziali caregiver familiari a fronte di 670 mila over 80, con alto bisogno di assistenza.

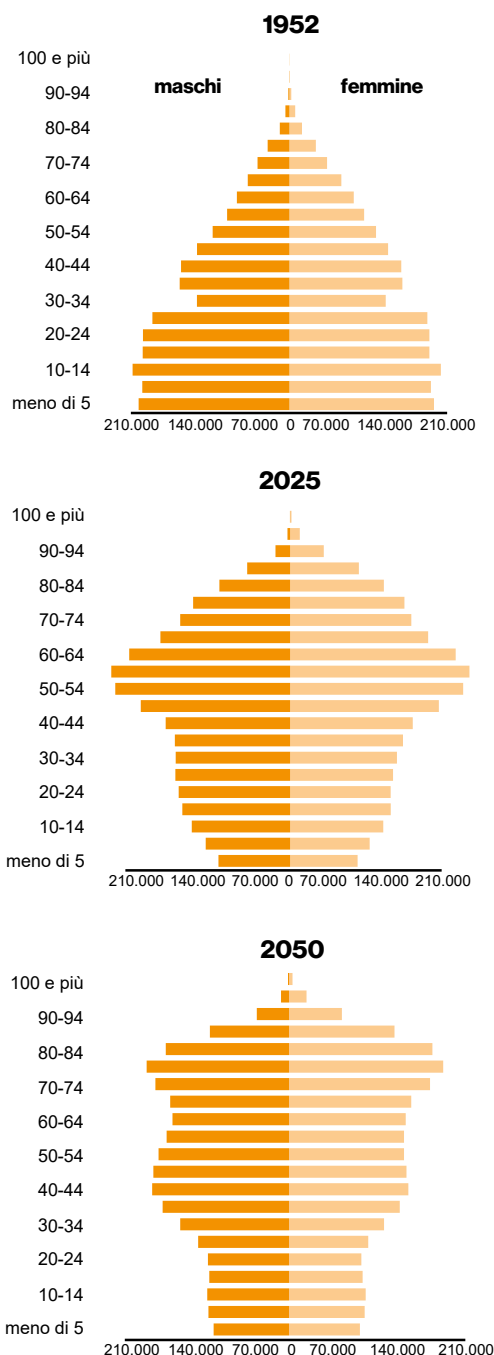
La potenzialità di cura alle persone anziane nei nostri territori.

Su questi temi, il programma di ricerca "AGE-IT⁸, conseguenze e sfide dell'invecchiamento", finanziato dal PNRR e guidato dalla Università di Firenze, ha elaborato un indicatore ad hoc: l'indice di criticità potenziale⁹

⁸ <https://ageit.eu/wp/>

⁹ L'indice di criticità potenziale considera: la popolazione anziana residente di 80 anni e più, la classificazione di "area interna" (distanza

Fig. 3.1.2 - Popolazione residente per fascia di età e genere al primo gennaio. Veneto - Anni 1952, 2025 e previsioni 2050 (*)



(*) Previsioni in base 1° gennaio 2024, scenario mediano
Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

nella domanda di assistenza alle persone anziane, con particolare attenzione alla popolazione di 80 anni e più. L'indicatore considera la disponibilità e l'accessibilità ai servizi di cura formale, ma anche il potenziale di assistenza informale, garantito dalla presenza di persone tra i 50 e i 64 anni. I territori con una più alta concentrazione di grandi anziani, quindi con elevata domanda di assistenza, maggiormente lontani dai servizi di cura e con ridotto supporto familiare sono quelli più critici. Le popolazioni delle Aree Interne⁷, soggette a un più forte invecchiamento e spopolamento, risultano particolarmente vulnerabili rispetto all'obiettivo di cura e assistenza agli anziani: la distanza di oltre 20 minuti dal più vicino centro di servizi, che supera anche l'ora per i territori periferici, è ben superiore ai tempi utili di salvataggio in casi critici (ad esempio problemi cardio respiratori), che richiedono un intervento tempestivo¹⁰. Viceversa, nelle comunità con una minore domanda di assistenza e una maggiore presenza di supporto familiare, le distanze dai centri di cura possono risultare più accettabili.

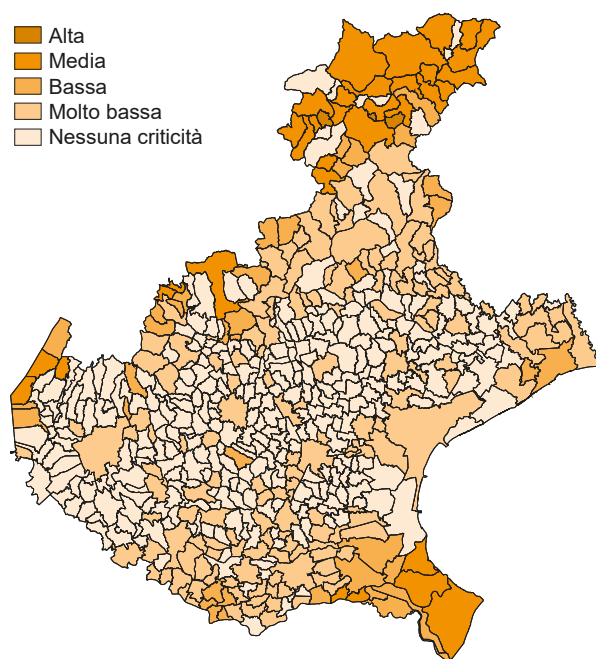
Nel contesto nazionale, il Veneto nel 2022 presenta una situazione complessivamente favorevole: si colloca al secondo posto tra le regioni italiane, dopo la Valle d'Aosta, per la minore presenza di comuni in condizioni di alta criticità¹¹ (0,5% contro una media nazionale del 6,9%). Il 6% dei comuni rientra nella fascia a media criticità, mentre ben il 59% non presenta alcuna criticità: sono questi i territori più solidi in termini di potenziale assistenza agli anziani, anche perché rispetto alla media italiana la domanda risulta minore, vista la più bassa incidenza di grandi anziani e una buona capacità di supporto familiare.

in auto superiore ai 20 minuti da un ospedale e da altri servizi) e la possibilità di avere a disposizione caregiver familiari (attraverso il rapporto percentuale tra la popolazione di 80 e più e quella 50 - 64, definito Parent Support Ratio-PSR).

¹⁰ "Come la demografia curva lo spazio ed il tempo - una proposta di indicatore", Carlo Lallo, Novembre 2024, Atti del Workshop "Aree interne, spopolamento e rigenerazione territoriale".

¹¹ La criticità è definita rispetto al contesto italiano. I comuni con alta criticità sono quelli ultraperiferici, con percentuale di grandi anziani o con Patient Support Ratio $\geq 1,5$ media nazionale. Ossia sono i comuni più distanti dai servizi, con la più alta domanda di cura o con il minore supporto familiare.

Fig. 3.1.3 - Assistenza alle persone anziane: indice di criticità potenziale per comune. Veneto - Anno 2022



Fonte: Elaborazione dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

L'evoluzione della famiglia: dai modelli tradizionali alle nuove pluralità.

All'invecchiamento e alla denatalità si aggiunge l'effetto del cambiamento dei tempi e dei modi di fare famiglia e le scelte di vita individuali. Le giovani generazioni investono maggiormente nei percorsi di studio, pertanto si innalza l'età in cui si inseriscono nel mondo del lavoro e riescono ad acquisire una vita autonoma; fattori che posticipano i progetti di formare una propria famiglia. Parallelamente, il ruolo delle donne si è evoluto: esse risultano stabilmente integrate nel mercato del lavoro, pur assumendo in prevalenza le responsabilità delle attività domestiche e della cura familiare. Si è altresì modificata la concezione della relazione di coppia: il matrimonio non costituisce più un passaggio obbligato per la formazione della famiglia o per la procreazione, né è percepito come vincolo necessariamente permanente.

Si osserva un incremento delle separazioni e dei divorzi, nonché delle convivenze more uxorio e delle nascite extra-matrimoniali.

Aumenta il numero di famiglie, ma sempre più piccole.

Questi cambiamenti nelle scelte e negli stili di vita hanno modificato la numerosità delle famiglie e le tipologie prevalenti. Nel 2024 le famiglie in Veneto sono 2.147.631, il 25% in più rispetto a inizio millennio. Tuttavia, soprattutto a causa della riduzione della natalità la dimensione familiare si riduce da 2,6 a 2,2 componenti. Allo stesso tempo, per effetto dell'allungamento della vita, assistiamo alla contemporanea presenza di più generazioni, tre o a volte anche quattro (nonni, padri, figli e nipoti) che si trovano a condividere lunghi periodi delle loro vite. Famiglie, quindi, lunghe e strette (*beanpole family*), che hanno preso il posto della tradizionale famiglia estesa, caratterizzata da numerosi fratelli, sorelle, cugini e zii, ma da un numero minore di generazioni in vita.

La partita doppia della cura tra generazioni.

Nell'ambito della cura familiare la compresenza di più generazioni porta con sé aspetti positivi, ma anche delle criticità. Sicuramente i nonni e le nonne sono un supporto valido nella gestione dei nipoti, sollevando in parte i genitori dai mille compiti della vita quotidiana. Ma se le loro condizioni di salute peggiorano all'aumentare dell'età, diventano essi stessi bisognosi di assistenza. Quindi, se al sostegno per i figli si aggiunge l'aiuto ai genitori anziani, il carico di cura può diventare molto gravoso. In sociologia si parla di "generazione sandwich" ovvero quel periodo della vita fra i 40 e i 60 anni in cui ci si trova simultaneamente impegnati in diverse responsabilità di cura, da conciliare con l'attività lavorativa; dall'assistenza materiale, sanitaria ed emotiva agli anziani al sostegno educativo, economico e psicologico ai figli nei loro percorsi di crescita, senza scordare il tempo richiesto per la gestione di pratiche amministrative, servizi digitali e relazioni con istituzioni,

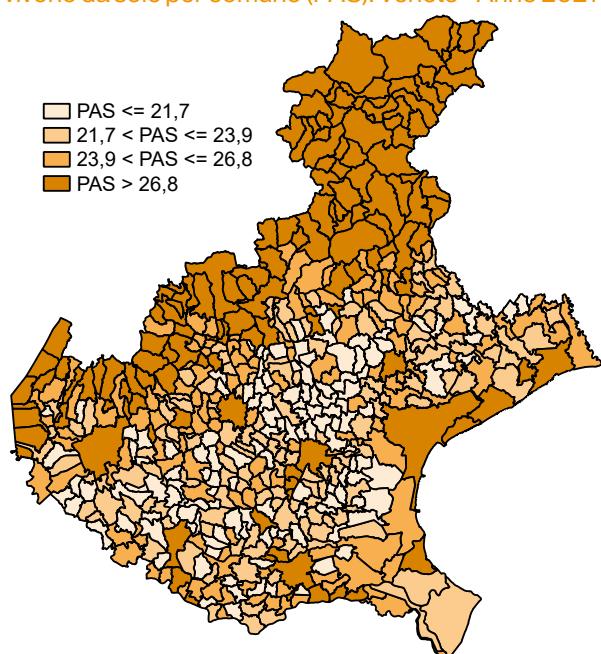
quali scuola, sanità e uffici pubblici. Superata la soglia dei 60 anni, se da un lato i figli tendono ad aver raggiunto una maggiore autonomia, dall'altro non è raro che le responsabilità di cura verso i genitori anziani diventino più gravose, determinando una prolungata esposizione al carico assistenziale anche in prossimità della pensione. Con l'avanzare dell'età non sono rari i casi di persone ultrasettantenni che si trovano a prendersi cura dei propri genitori o parenti particolarmente longevi, spesso ultranovantenni, prolungando così il ruolo di caregiver ben oltre le fasi tradizionalmente associate alla cura intergenerazionale.

In aumento persone che vivono da sole, coppie senza figli e famiglie monoparentali.

L'assottigliamento dei nuclei è confermato dall'aumento delle persone sole, che in Veneto nel 2024 rappresentano il 34,4% delle famiglie (36,8% in Italia). Continua la diminuzione delle coppie con figli, che ammontano a circa 680 mila, il 15% in meno rispetto al 2000; nel contempo aumentano le coppie senza figli (+30%), che si stimano attorno a 475 mila. In forte crescita il numero di monogenitori (+53% dal 2000): sono 218 mila, principalmente donne (81%) che si trovano a gestire da sole un figlio in seguito a separazioni, divorzi e scelte autonome. Se in presenza di figli minori, sono situazioni particolarmente fragili e vulnerabili, più esposte al rischio di povertà ed esclusione sociale.

La solitudine delle persone anziane in primis.

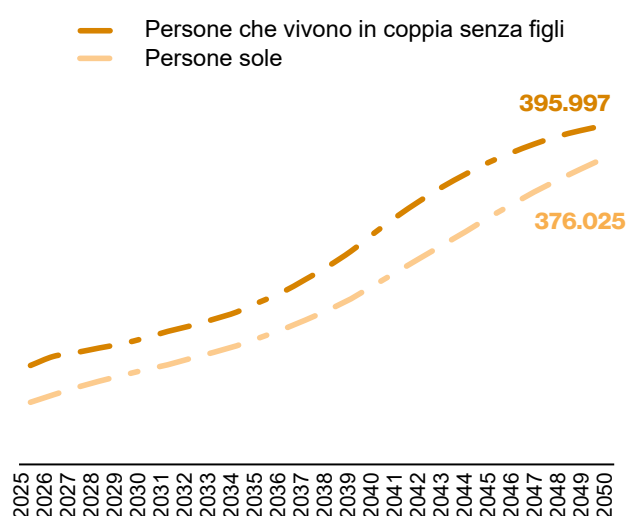
In Veneto nel 2024 il 49% delle persone sole ha più di 64 anni; una buona parte anche più di 74 (27%). Quest'ultimi sono 200 mila, in aumento dell'86% rispetto al 2000, per lo più donne (73%). Quasi un anziano su tre vive da solo (31%), incidenza che aumenta tra gli over 74 (34%), con delle differenze significative a livello territoriale: le percentuali più alte si riscontrano non solo nelle aree montane e periferiche ma anche nei comuni capoluogo.

Fig. 3.1.4 - Percentuale di persone di 65 anni e oltre che vivono da sole per comune (PAS). Veneto - Anno 2021

Fonte: Elaborazione dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat (Censimento permanente della popolazione)

La solitudine, specie a una certa età, non è soltanto una condizione emotiva, ma rappresenta anche un importante fattore di rischio per la salute. Quando manca una rete familiare, l'anziano può trascurare aspetti essenziali nella vita quotidiana come l'alimentazione, l'igiene personale e l'aderenza alle terapie farmacologiche, favorendo così un più rapido declino cognitivo e fisico. In caso di emergenze, come una caduta o un malore improvviso, la mancanza di un supporto immediato può tradursi nel rischio concreto che la persona resti senza aiuto per un tempo prolungato. La solitudine può portare ad un isolamento sociale se si perde l'abitudine alle relazioni.

Anche le persone anziane che vivono in coppia senza figli conviventi possono rappresentare situazioni bisognose di cura, soprattutto nel caso vi siano problemi di salute e di autosufficienza. Secondo le previsioni di Istat, si stima un aumento sia delle persone anziane sole che in coppia senza figli conviventi: considerando sempre gli over 74 al 2050 potrebbero diventare oltre 770 mila. La solitudine, e non solo abitativa, degli over 74, sia singoli che in coppia, potrà costituire una criticità strutturale per il sistema di welfare italiano.

Fig. 3.1.5 - Persone sole e in coppia senza figli di 75 anni e più. Veneto - Previsioni anni 2025:2050 (*)

(*) Previsione con base 1° gennaio 2024, scenario mediano.
Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

Alla luce delle trasformazioni demografiche e familiari, è necessario un ripensamento dei modelli assistenziali che prevedano un maggiore equilibrio e distribuzione dei carichi di cura fra famiglie, istituzioni e territorio. Le politiche per la famiglia, per l'infanzia e per la non autosufficienza di anziani e persone bisognose vanno pensate come investimenti sociali ad alto rendimento. Ad esempio, la spesa pubblica a favore dell'infanzia ripaga sia a breve che a lungo termine, aiutando i bambini a sviluppare appieno il loro potenziale¹²: ogni euro speso nei servizi per l'infanzia può generare un ritorno fino a 9 volte superiore nel lungo periodo, grazie al miglioramento dei risultati scolastici e dei futuri guadagni dei bambini. Sul versante degli anziani, come riportato nel report della Commissione Europea "Long-term care report 2024", la trasformazione dei modelli di cura, puntando su assistenza domiciliare, digitalizzazione e approcci integrati, può essere un investimento che genera risparmi netti sulla spesa sanitaria pubblica.

¹² Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Savelyev, P. A., & Yavitz, A. (2010). The rate of return to the HighScope Perry Preschool Program. *Journal of Public Economics*, 94(1-2), 114-128

3.2

/ Condizioni di vita e possibilità di cura

La cura come diritto sociale.

La cura coinvolge numerosi ambiti della vita quotidiana: l'educazione, l'assistenza all'infanzia, il sostegno alle persone anziane e con disabilità, la tutela del lavoro, il diritto alla casa, la protezione sociale e i legami di solidarietà nella comunità. Prendersi cura vuol dire, dunque, costruire una società in cui ogni persona possa vivere con dignità, benessere e piena partecipazione alla vita collettiva.

Il "Manifesto della cura"¹³ insiste proprio su questo punto, affermando che la cura debba essere considerata un diritto sociale fondamentale, da garantire a tutte e a tutti, e non affidata alla sola iniziativa privata o alle possibilità delle famiglie. Significa riconoscere che ogni persona ha il diritto di ricevere assistenza, sostegno e servizi adeguati, indipendentemente dalla propria condizione socio-economica o dal territorio in cui vive.

Lo Stato ha il dovere di creare le condizioni necessarie affinché questo diritto sia realmente accessibile, rimuovendo gli ostacoli economici, sociali e culturali che ne limitano o impediscono la piena fruizione. Solo così la cura può diventare il fondamento di una società più giusta, inclusiva e solidale. In assenza di tali garanzie, essa rischia di trasformarsi in un privilegio riservato a chi dispone di maggiori risorse economiche, familiari o sociali, contribuendo ad ampliare le disuguaglianze.

Cura e giustizia sociale: il peso delle disuguaglianze

La condizione economica e sociale della famiglia incide profondamente sui percorsi di vita e di cura fin dall'infanzia. In Veneto, nel 2024 tra le famiglie che non iscrivono il bambino al nido, il 12,6% indica come motivo il costo eccessivo del servizio.

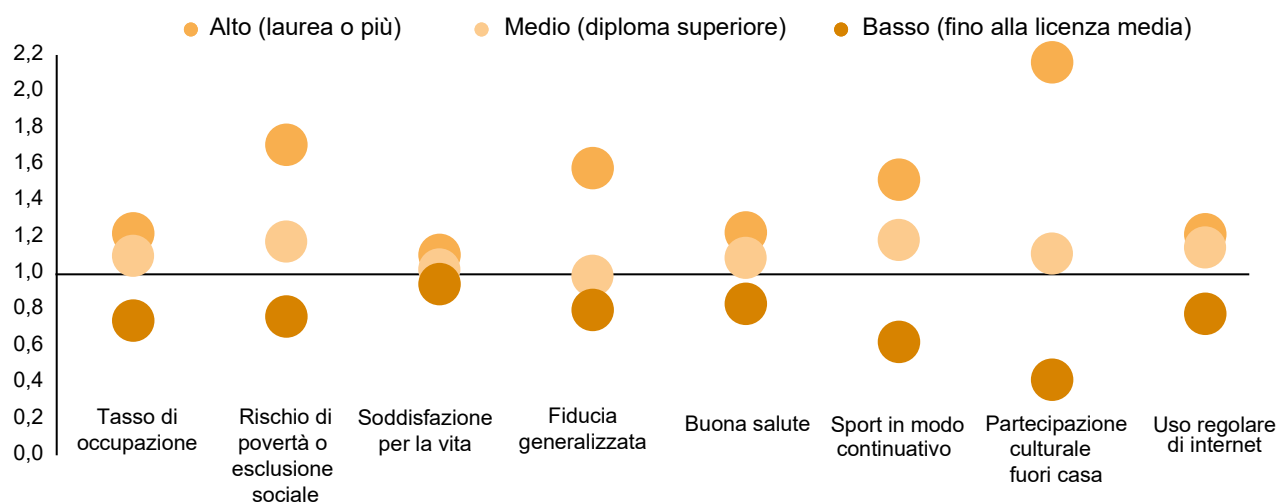
Le disuguaglianze familiari si manifestano anche nel percorso formativo, già a partire dalla scuola secondaria superiore, e possono limitare o addirittura precludere l'accesso all'università. I ragazzi e le ragazze provenienti da contesti socio-economici meno favorevoli frequentano più spesso gli istituti professionali rispetto ai licei, con possibili ricadute sui livelli di competenze acquisite. In Veneto, ad esempio, nel 2023, tra gli studenti di 15 anni si registra un divario significativo nei risultati delle prove INVALSI: i ragazzi con condizioni economiche familiari elevate ottengono punteggi, in media, superiori di 21 punti in italiano e di 17 punti in matematica rispetto ai coetanei appartenenti a contesti economicamente svantaggiati. Dopo il diploma queste differenze tendono a consolidarsi: chi proviene da famiglie meno abbienti ha minore probabilità di proseguire con gli studi universitari, confermando la persistenza della trasmissione intergenerazionale degli svantaggi economici, sociali e culturali.

Un livello di istruzione più elevato, infatti, aumenta le probabilità di occupazione. In Veneto, nel 2024, il tasso di occupazione raggiunge l'85,6% tra chi possiede una laurea e il 76,9% tra chi ha un diploma di scuola superiore, valori nettamente superiori alla media regionale del 70,2%; al contrario, tra le persone con un basso livello di istruzione scende al 51,9%. Ne consegue che l'istruzione costituisce anche uno dei principali fattori di protezione contro le difficoltà economiche. Se tra le persone di 25 anni e più il rischio di povertà o esclusione sociale è il 12,8%, tra i laureati la quota si riduce al 7,5%, mentre sale al 16,8% tra chi possiede al massimo la licenza media.

Le condizioni socio-economiche, di cui il livello di studio può essere considerata una proxy, hanno impatti importanti su numerose altre dimensioni del benessere individuale: dagli stili di vita e dallo stato di salute alle relazioni sociali, dalla partecipazione politica alla fruizione culturale, fino alle competenze digitali. Incidono inoltre in modo significativo sulla capacità di conciliare i tempi di vita e di lavoro. Lo svantaggio in termini di benessere e di qualità della vita risulta particolarmente evidente per chi possiede al massimo la licenza media, rispetto a chi consegue un diploma di scuola superiore o un titolo universitario.

¹³ *The Care Manifesto: the politics of interdependence*, redatto nel 2020 dal collettivo londinese *The Care Collective*.

Fig. 3.2.1 - Alcuni indicatori di benessere per titolo di studio relativi alla popolazione di 25 anni e più. Veneto - Anno 2024 (*)



(*) I dati si riferiscono al rapporto tra popolazione con titolo di studio alto, medio, basso e totale popolazione di 25 anni e più. L'indice tiene conto della polarità degli indicatori e quindi valori maggiori di 1 indicano un vantaggio in termini di benessere. Il tasso di occupazione si riferisce alla popolazione 15-64 anni. Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

Chi ha redditi più bassi e un livello di istruzione inferiore ha meno probabilità di vivere a lungo e sano.

In Italia i dati sulla sopravvivenza mostrano differenze significative per titolo di studio: nel 2022 la speranza di vita a 30 anni è di 49,9 anni tra gli uomini con basso livello di istruzione (fino alla licenza media), 4,2 anni in meno rispetto a quella dei laureati (54,1); tra le donne la differenza tra i due gruppi è di 2,8 anni, passando da 54,4 a 57,2. Queste disuguaglianze riflettono anche le abitudini quotidiane: una scolarizzazione inferiore si associa spesso a stili di vita meno sani (fumo, cattiva alimentazione e sedentarietà)¹⁴. In Veneto, ad esempio, nel 2024 il 35% degli adulti (25 anni e più) con al massimo la licenza media dichiara di non praticare alcuna attività

fisica, contro appena l'8% dei laureati e delle laureate. Inoltre, la differenza nella percezione della propria salute è di ben 25 punti percentuali: dichiara di stare bene o molto bene il 77,4% delle persone più istruite, rispetto al 52,6% di quelle con i minori titoli di studio.

Un basso livello di istruzione limita anche la capacità di comprendere le informazioni sanitarie e di orientarsi nei servizi, rendendo più difficile prendersi cura della propria salute in modo adeguato e consapevole.

Vivere a lungo non è uguale per tutti.

Le persone economicamente più svantaggiate tendono a presentare condizioni di salute peggiori anche in età avanzata. La prolungata esposizione, nel corso della vita, a fattori sfavorevoli, come lavori usuranti o precari, abitazioni inadeguate e contesti ambientali degradati, si traduce in un significativo svantaggio sul piano della salute e in una maggiore necessità di assistenza e cura. Le persone svantaggiate economicamente risultano più soggette alla multicronicità, che incide in modo significativo sull'autonomia e la qualità della vita.

¹⁴ L'uso di alcol cresce all'aumentare del titolo di studio.

In Veneto il 27,6%¹⁵ delle persone anziane che vive in famiglie con basse risorse economiche presenta gravi limitazioni funzionali di base (camminare, sentire/vedere, problemi cognitivi di memoria o concentrazione); la percentuale scende al 18% tra chi può godere di un reddito maggiore. Un divario simile si riscontra se si considerano le persone affette da gravi riduzioni nella capacità di prendersi cura della propria persona (vestirsi, lavarsi, usare i servizi igienici o mangiare da soli) o di svolgere attività domestiche quotidiane, quali prepararsi i pasti, fare la spesa o gestire le proprie risorse economiche, prendere le medicine.

Tab. 3.2.1 - Percentuale di persone di 65 anni e più, che vivono in famiglia, con gravi limitazioni nella vita quotidiana per condizione socio-economica. Veneto - Anno 2019

	Limitazioni funzionali di base	Limitazioni nella cura della persona o nelle attività domestiche
65 anni e oltre	22,9	22,3
Classe di età		
65-74 anni	10,5	7,6
75-84 anni	35,5	28,4
85 anni e oltre	61,6	59,4
Reddito		
1° e 2° quintile	27,6	25,7
4° e 5° quintile	18,1	16,8
Titolo di studio		
Diploma superiore o laurea	14,7	12,0
Licenza elementare	30,3	30,7

Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

Dal lato dell'assistenza, le persone anziane con maggiori risorse economiche possono contare su reti di supporto sia pubbliche che private, anche attraverso servizi acquistati sul mercato. Gli anziani più svantaggiati, invece, dipendono soprattutto dal sostegno pubblico, che in Italia presenta ancora diverse criticità. Le maggiori difficoltà nell'accesso a cure e servizi incidono negativamente sulla qualità della vita delle persone più fragili e aumentano il carico assistenziale dei caregiver familiari.

¹⁵ I dati si riferiscono al 2019, ultimo anno disponibile.

Contrastare le disuguaglianze socio-economiche per migliorare la salute.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sono determinanti per la salute *“le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano”*, oltre che l'accesso ai servizi di cura (disponibilità, economicità, qualità). Molti dei fattori che influenzano la salute sono perciò esterni al sistema sanitario stesso. Per l'Italia, si stima che la disparità nell'accesso ai servizi sanitari spieghi solo circa il 10% delle differenze di salute¹⁶; incidono soprattutto l'insicurezza del reddito (43%) e le condizioni di vita (22%), che riguardano la sicurezza alimentare, la qualità abitativa e dei contesti residenziali. Pertanto, per ridurre le disuguaglianze di salute non è sufficiente intervenire solo con politiche sanitarie, ma è necessario un approccio sistemico, coordinato tra i vari settori. Contrastare le disuguaglianze e agire *“a monte”* attraverso politiche educative, sostegno alle famiglie e lotta alla povertà, servizi per l'infanzia e inclusione sociale, consente di migliorare la qualità della vita e prevenire molte forme di malessere prima ancora che si trasformino in malattia.

Le persone più in difficoltà.

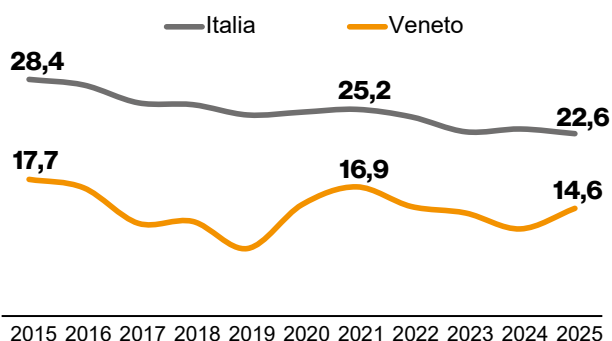
La crescita dell'inflazione pesa sul bilancio familiare, soprattutto delle fasce più deboli della popolazione: le famiglie a basso reddito, specie quelle con figli minori o le monoparentali, i disoccupati e i lavoratori precari, i giovani e gli stranieri. Nel 2024 in Veneto il 53,8% delle persone dichiara di arrivare a fine mese con facilità, tuttavia il 41,9% accusa difficoltà, il 4,3% addirittura gravi (5,8% Italia). Inoltre, il 25% dichiara che non sarebbe in grado di affrontare una spesa imprevista di 800 euro (30% Italia).

Nel 2025 il 14,6% della popolazione vive in condizioni di rischio povertà o esclusione sociale. Dopo il calo registrato nel 2024, la percentuale risulta nuovamente in crescita di circa 2 punti percentuali rispetto all'anno

¹⁶ World Health Organization, *“Una vita sana e prospera per tutti in Italia - Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia”, 2022*

precedente. Rimane superiore ai più favorevoli livelli raggiunti nel 2019 (10,3%). Seppur meno preoccupante rispetto alla situazione nazionale (22,6%) e di molte altre regioni, non va trascurata la portata del fenomeno in termini di cittadini coinvolti: si stimano circa 700 mila persone a rischio di povertà o esclusione sociale, che non riescono a vivere secondo gli standard della società attuale e che, nei casi più gravi, non sono in grado di provvedere ai bisogni fondamentali della vita.

Fig. 3.2.2 - Percentuale di persone a rischio di povertà o esclusione sociale. Veneto e Italia - Anni 2015-2025



Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Eurostat

Sul bilancio familiare pesano soprattutto le spese per l'abitazione, che assorbono gran parte delle risorse, per il 3,8% della popolazione perfino oltre il 40% del reddito familiare netto, risultando un peso eccessivo e insostenibile (5,1% Italia). Inoltre, il 5,9% delle persone vive in condizioni di grave deprivazione abitativa (6,6% Italia)¹⁷, il 12,8% in alloggi con problemi strutturali o di umidità e il 19,9% in situazioni di sovraffollamento, non potendosi permettere soluzioni più adeguate. Il 4,4% non riesce a scaldare adeguatamente l'abitazione in cui vive (8,6% in Italia). Cattive condizioni abitative possono portare a problemi di salute fisica; il sovraffollamento o la mancanza di spazi adeguati influenzano il benessere emotivo e la qualità delle relazioni.

L'elevata incidenza dei costi per la casa riduce le risorse per il risparmio e gli investimenti a lungo termine, come la formazione e la salute.

La spesa sanitaria delle famiglie

Uno dei principi cardini del Servizio Sanitario Nazionale italiano (SSN) è l'universalità, ossia l'accesso alle cure deve essere garantito a tutti cittadini, indipendentemente dalle condizioni economiche e sociali. Ciononostante, persistono ancora alcune disuguaglianze: il reddito e lo status sociale influenzano la possibilità di accedere a prestazioni tempestive e appropriate, alimentando disparità che si riflettono sugli esiti clinici e sulla qualità della vita delle persone più vulnerabili.

Le famiglie italiane spendono in un anno 160 euro a testa in più rispetto alla media europea.

In Italia nel 2023 la spesa sanitaria corrente complessiva è pari all'8,4% del PIL, 1,6 punti percentuali in meno rispetto alla media UE¹⁸. Dopo l'adeguamento al potere d'acquisto, la spesa sanitaria pro capite è pari a 3.086 euro, circa 750 euro in meno rispetto alla media europea.

Il sistema italiano si distingue per una minore incidenza della spesa pubblica, il cui finanziamento copre il 73% della spesa sanitaria totale, contro una media europea pari all'80%. Di conseguenza, il restante 27% è sostenuto da fonti private, ovvero direttamente dalle famiglie o da fondi sanitari e assicurazioni sanitarie volontarie. La spesa out-of-pocket delle famiglie in Italia rappresenta il 23,6% della spesa sanitaria totale, a fronte del 15,5% registrato mediamente nell'UE. Si tratta di un divario significativo, soprattutto alla luce delle indicazioni dell'OMS, secondo cui, per garantire equità e accesso alle cure, tale quota non dovrebbe superare il 15%. In termini concreti, ciò si traduce in un maggiore onere economico per le famiglie italiane, che sostengono per la salute una spesa annua superiore di circa 160 euro pro capite (a parità di potere d'acquisto) rispetto alla media europea.

¹⁷ Il dato sulla grave deprivazione abitativa si riferisce al 2025.

¹⁸ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, "Profilo della sanità 2025: Italia, State of Health in the EU", 2025

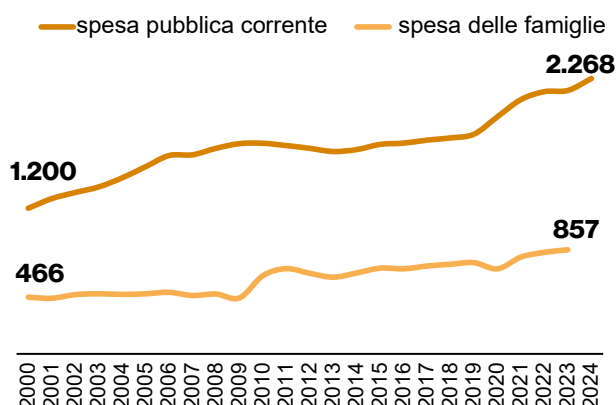
La spesa sostenuta dalle famiglie italiane è destinata in piccola parte al pagamento dei ticket obbligatori (7%), il 27% all'acquisto di farmaci, quasi la metà a visite specialistiche e interventi presso strutture private, con le prestazioni odontoiatriche che da sole rappresentano circa il 30% di questa categoria, vista la bassa copertura pubblica prevista per questo tipo di cure.

Nonostante un livello di finanziamento pubblico relativamente più contenuto rispetto ad altri Paesi europei, il Servizio Sanitario italiano si contraddistingue per ottimi risultati nella prevenzione delle morti premature e per i più bassi tassi di ricovero ospedaliero per malattie croniche. Emergono delle criticità per quanto riguarda le lunghe liste di attesa e le disparità territoriali.

Le famiglie in Veneto spendono all'anno 857 euro a persona.

Nel 2023, in Veneto la spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie ammonta a 857 euro a persona, un valore superiore alla media nazionale pari a 758 euro¹⁹. Dopo il rallentamento registrato nel 2020, la spesa raggiunge il livello più elevato negli ultimi 10 anni: nel periodo 2013-2023 registra, infatti, un incremento medio annuo del 3,1% (3,3% in Italia) e rispetto al 2019 è di circa 100 euro in più a testa. Nello stesso periodo anche la spesa sanitaria pubblica corrente pro capite risulta in aumento, ma a un ritmo più contenuto (+2,7% in media all'anno). Il dato più recente riferito al 2024 evidenzia un'ulteriore crescita della spesa pubblica pro capite (+4,5%), che si attesta a 2.268 euro a persona. La spesa sostenuta dalle famiglie rappresenta in Veneto il 28,4% della spesa sanitaria totale regionale, quando nel 2013 era il 27,5%.

Fig. 3.2.3 - Spesa sanitaria corrente pro capite. Veneto - Anni 2000-2024



Fonte: Elaborazione dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

La spesa *out-of-pocket* (OOP) è influenzata da molteplici fattori: la qualità e l'accessibilità dei servizi sanitari pubblici, la capacità economica delle famiglie, ma anche fenomeni di consumismo sanitario e di crescente medicalizzazione della società. Si stima che circa il 40% della spesa sostenuta direttamente dalle famiglie sia destinato a prestazioni e servizi con basso impatto sulla salute, come il sovrautilizzo della diagnostica e il ricorso a terapie inefficaci²⁰.

Si osserva anche che la spesa OOP pro capite risulta più alta nelle regioni che registrano le migliori performance nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), garantiti per legge. Questo evidenzia il ruolo determinante del reddito familiare.

Tuttavia, l'aumento della spesa privata riflette anche criticità strutturali legate alle lunghe liste di attesa e alla difficoltà del SSN di garantire prestazioni in tempi compatibili con i bisogni di salute dei cittadini. In presenza di carenze del servizio pubblico, chi dispone di adeguate risorse economiche tende a ricorrere alla sanità privata; al contrario chi non può sostenere i costi rischia di rinunciare alle cure. Ne deriva un sistema a doppia velocità, con il pericolo che la salute diventi un bene accessibile principalmente a chi possiede maggiori risorse, ampliando così le disuguaglianze tra le classi sociali.

¹⁹ Istat - Health for All Italia. Secondo il sistema Tessera Sanitaria del MEF la spesa privata pro-capite nel 2023 risulta per il Veneto pari a 847 euro per abitante e 730 euro per l'Italia.

²⁰ GIMBE, "8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale", 2025.

Nel 2024, in Veneto il 26,6% della popolazione dichiara di essersi rivolto a strutture sanitarie private, sostenendo interamente il costo dell'ultima prestazione specialistica ricevuta (visita o esame), senza rimborso da parte dell'assicurazione; cinque anni prima la quota era pari al 20,4%. Il rivolgersi alla sanità privata risulta inoltre più diffuso che in Italia (23,9%),

Nel 2024 in Veneto, il 7,9% della popolazione rinuncia alle cure sanitarie.

Nello stesso anno, circa 370 mila persone, ossia il 7,9% della popolazione, dichiara di aver rinunciato negli ultimi 12 mesi a visite o esami specialistici (sono escluse le visite odontoiatriche), principalmente a causa delle lunghe liste di attesa (5,5% vs 6,8% in Italia) o per motivi economici (3,9% vs 5,3% in Italia). La percentuale è inferiore alla media nazionale (9,9%), ma in crescita rispetto al 2019 di quasi 2,5 punti percentuali; aumenta, soprattutto, la motivazione legata alla difficoltà di prenotazione per le lunghe liste di attesa (+3 p.p). In Veneto, risulta che la rinuncia alle cure è più frequente tra le donne (9,2% vs 6,5%) e tra le persone di 65 anni e oltre (11,1%).

L'assistenza informale alle persone anziane: il ruolo di caregiver

Quando le politiche e i servizi sono insufficienti il peso dell'assistenza ricade sulle famiglie in termini di impegno relazionale, economico, materiale ed emotivo. I caregiver informali sono una risorsa indispensabile, ma troppo spesso invisibile: le politiche pubbliche a loro sostegno in Italia sono in generale insufficienti, frammentarie e poco in linea con gli standard europei.

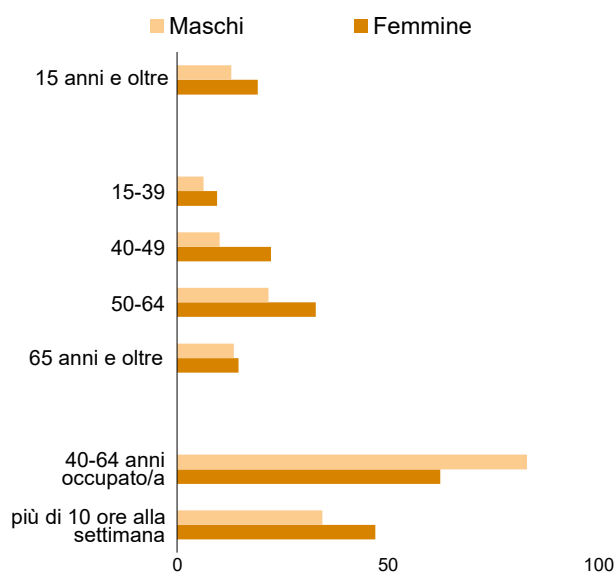
In Veneto sono circa 670 mila²¹ le persone di 15 anni e più che forniscono cura con regolarità a una o più persone con problemi di salute dovuti all'invecchiamento o a

patologie croniche. Si tratta del 15,9% della popolazione (15,4% in Italia) e l'assistenza è rivolta principalmente a un familiare (84% dei casi), per lo più non convivente (62%). Solitamente l'impegno rimane sotto le 10 ore alla settimana, ma il 24% dei caregiver è assorbito per 20 ore o più e il 18% tra le 10 e le 19 ore.

Sono soprattutto le donne a prendersi cura degli anziani (61% dei casi) e le persone con più di 50 anni (68%); una buona parte dei caregiver (23%) ha già compiuto i 65 anni. Non è quindi raro il caso di caregiver "anziani" che si prendono cura dei genitori ancora in vita o del partner con problemi di salute.

La distribuzione per età cambia a seconda del genere: i maschi sono coinvolti in attività di cura principalmente dopo i 50 anni, mentre le donne prima, in un buon numero già dopo i 40 anni. Lo sbilanciamento di genere è più evidente nelle classi centrali di età: il 22% delle donne tra i 40-49 anni presta assistenza regolare ad anziani, rispetto al 10% degli uomini nella stessa fascia di età, e il 33% tra le 50-64enni (il 22% dei maschi), mentre il divario si appiana tra le persone in pensione (13% circa per entrambi i sessi).

Fig. 3.2.4 - Persone di 15 anni e più che prestano assistenza a persone anziane per genere e alcune caratteristiche. Veneto - Anno 2019 (*)



(*) Per 100 persone con le stesse caratteristiche.
Fonte: Elaborazione dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

²¹ Il dato si riferisce al 2019, ultimo anno disponibile.

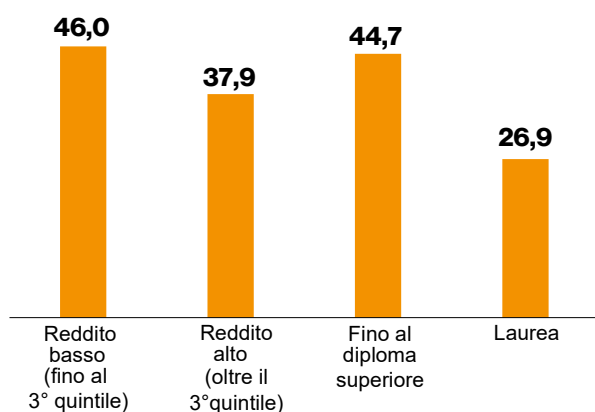
Si osserva inoltre una differenza nel carico di cura, in quanto le donne assistono più frequentemente l'anziano per oltre 10 ore settimanali rispetto agli uomini (47% contro 34%).

Le persone che svolgono il ruolo di caregiver hanno generalmente un lavoro, ma il livello di occupazione è minore tra le donne. Considerando la fascia di età 40-64 anni, quando la situazione lavorativa dovrebbe essere ormai consolidata, il 62% ha un impiego (l'82% degli uomini), con una maggiore incidenza tra le più giovani (71%) rispetto a quelle tra i 50-64 anni (58%), che nel 40% sono casalinghe o già in pensione.

Infine, chi ha un livello di istruzione basso o una minore disponibilità di reddito tende più frequentemente a offrire cure ad alta intensità (più di 10 ore alla settimana): il 46% dei caregiver con minori possibilità economiche rispetto al 38% tra chi sta meglio.

Questo si traduce in interventi più qualificati ma meno continuativi, come gestire la terapia, organizzare le visite, occuparsi di pratiche burocratiche o sanitarie, piuttosto che in un'assistenza fisica costante e intensiva²². Le condizioni economiche svantaggiate determinano, dunque, disuguaglianze non solo nella possibilità di ricevere cura ma anche nel maggiore carico di assistenza che i caregiver sono chiamati a sostenere, con riflessi negativi sulla loro qualità di vita.

Fig. 3.2.5 - Assistenza a persone anziane: caregiver di 15 anni e più con alto carico assistenziale per condizioni socio-economiche. Veneto - Anno 2019 (*)



(*) Per 100 persone con le stesse caratteristiche.

Fonte: Elaborazione dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

I caregiver con maggiori risorse economiche possono esternalizzare i compiti più onerosi e concentrarsi su attività meno impegnative quali piccoli lavori domestici o la spesa. Inoltre, le persone con un livello di istruzione più alto, avendo maggiori competenze, tendono a fornire forme di supporto di tipo cognitivo o di *knowledge support*.

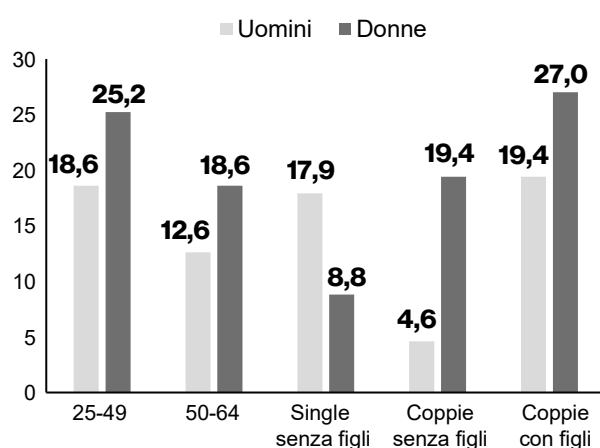
²² Francesca Zanasi, Eva Bei, Rebecca Graziosi e Carlo Lallo, "Curarsi di chi cura: le sfide per i caregiver informali in una società che invecchia", in "Age-It e la promessa di una demografia positiva", Associazione Neodemos, 2025.

3.3 / Conciliare vita professionale e vita privata

In Italia il 61% delle persone occupate ha difficoltà a conciliare lavoro e vita privata²³.

Nel 2022, in Italia, solo il 15,4% degli e delle occupate riferisce di non avere difficoltà a combinare la propria vita lavorativa con le responsabilità di cura, sia di anziani che di figli. È un dato che, confrontato con la media UE27 del 22,9%, fa riflettere poiché colloca l'Italia al penultimo posto dei Paesi europei dopo la Grecia. Al contrario, il 18,7% denuncia difficoltà quotidiane (15,6% nell'UE27), con una importante variabilità a seconda del genere, dell'età e della forma familiare.

Fig. 3.3.1 - Percentuale di persone in difficoltà quotidiana nel combinare lavoro e responsabilità di cura per genere, classe d'età e tipo di famiglia. Italia - Anno 2022



Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati EIGE

Il Parlamento europeo, dopo aver sancito la conciliazione vita-lavoro come diritto fondamentale di tutti²⁴ nel 2016, torna a ribadire l'importanza affermando che "Le politiche in materia di equilibrio tra attività professionale e vita familiare dovrebbero contribuire al conseguimento

della parità di genere promuovendo la partecipazione delle donne al mercato del lavoro e l'equa ripartizione delle responsabilità di assistenza tra uomini e donne, e colmando il divario di reddito e retributivo di genere. Tali politiche dovrebbero tener conto dei cambiamenti demografici, compresi gli effetti dell'invecchiamento della popolazione"²⁵.

Tuttavia, quello che osserviamo è il permanere di una diseguale distribuzione delle difficoltà tra uomini e donne. Balza agli occhi, infatti, un aspetto controintuitivo: la transizione dalla condizione di single a coppia convivente senza figli dovrebbe concretamente apportare un alleggerimento degli ostacoli alla conciliazione, nei termini di una condivisione dei carichi di cura per entrambi i partner. Si osserva invece che tale beneficio è tutto a favore degli uomini, mentre per le donne la transizione comporta una forte penalizzazione. Sembra che il modello novecentesco *male breadwinner/female caregiver* stenti ad aggiornarsi alle mutate condizioni demografiche, sociali e culturali anche a causa della ridotta condivisione del lavoro familiare tra i partner, della carenza di servizi pubblici adeguati e di condizioni economiche sufficienti per poter affidare almeno parte dell'indispensabile lavoro familiare a personale retribuito. Ciò comporta che, in presenza di figli, ben il 27,0% delle donne in coppia soffre quotidiane difficoltà di conciliazione contro il 19,4% degli uomini. Per farvi fronte, il 37,2% di queste donne è costretta a ridurre l'orario lavorativo, a lasciare il lavoro o a renderlo occasionale, cosa che deve fare anche il 21,9% degli uomini. Le conseguenze di carriere lavorative interrotte o intermittenti si riverberano lungo tutta l'esistenza con forti penalizzazioni di reddito, pensionistiche e, di conseguenza, di accesso ai servizi di welfare, ma anche con condizioni di dipendenza economica da un partner o dalla famiglia di origine. È quantomeno bizzarro dover parlare di dipendenza economica per persone che di fatto lavorano a pieno ritmo ancorché in modo non retribuito.

²³ Almeno una volta ogni settimana.

²⁴ Risoluzione del Parlamento europeo 0338 del 2016.

²⁵ Direttiva UE 2019/1158 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 giugno 2019, relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza.

Il riconoscimento del lavoro di cura familiare

Il lavoro di cura svolto all'interno delle famiglie permette a coloro che ne beneficiano di vivere in un ambiente sano, pulito, accogliente e sereno. Esso è fondamentale per il benessere delle persone e della società, sia quando è svolto in maniera retribuita sia quando, nella grande maggioranza dei casi, viene prestato dai componenti della famiglia senza alcuna retribuzione²⁶. L'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) ha inserito il lavoro di cura non retribuito, detto anche auto-produzione familiare, in una nuova definizione della voce "lavoro" allo scopo di promuovere linee guida per le statistiche nazionali che mirino a misurare tutte le forme di lavoro²⁷. L'ILO ha documentato come la maggior parte del lavoro di cura sia svolto da persone senza retribuzione, per lo più donne e ragazze, e che la loro attività sia considerata non qualificata e data per scontata, trasparente; invece, sebbene il lavoro di cura possa essere un'attività gratificante per chi la svolge, quando il carico è eccessivo e comporta un alto grado di fatica, ostacola le opportunità economiche e mina il benessere delle persone che lo svolgono. Le tante ore di lavoro per attività legate alle mansioni quotidiane, possono esporre a rischi fisici e psicologici; inoltre, isolamento sociale, stress cronico, mancanza di riconoscimento possono indurre depressione e ansia, amplificate dalla mancanza di tempo per sé e assenza di supporto adeguato. L'organizzazione stima per il 2022 che, in Italia, il lavoro di cura non retribuito conti, nel suo complesso, 1,5 volte il lavoro retribuito prodotto dall'intero sistema economico in termini di numero di ore lavorate. Sono le donne a svolgere il 67,5% di queste ore. Inoltre, il 35,7% di tale ammontare è generato da persone occupate, il 59,5% delle quali sono donne.

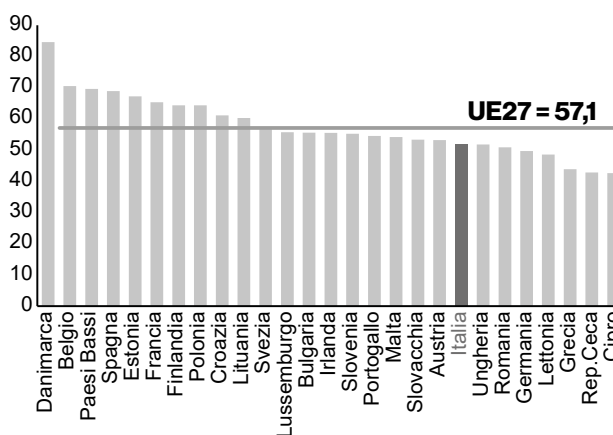
²⁶ T. Cappadozzi, G. Rosas, "Le condizioni del lavoro di cura in Italia", ILO, 2025.

²⁷ Secondo la nuova definizione, il termine lavoro comprende "qualsiasi attività svolta da persone di ogni sesso ed età per la produzione di beni o servizi ad uso proprio o di altri".

La distribuzione di genere nei compiti domestici e di cura è ancora ben lontana dalla parità.

Il Gender Equality Index medio europeo calcolato nell'ambito dei compiti domestici e di cura attesta questa situazione: è infatti ancora ben lontano dalla parità (100) attestandosi solo a 57,1 punti, e per l'Italia è ancora più basso (51,9).

Fig. 3.3.2 - Gender Equality Index per i lavori domestici e di cura. Ue27 - Anno 2025



Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati EIGE

Istat calcola che nelle coppie del Nord-est dove entrambi i partner sono occupati, il lavoro familiare continua a essere svolto per il 60,4% dalla donna (61,6% la media in Italia)²⁸.

Il coinvolgimento paritario di entrambi i partner nelle responsabilità domestiche e di cura costituisce senz'altro un fattore di giustizia sociale per garantire pari accesso ai diritti sociali, ma costituisce anche un positivo recupero da parte degli uomini dei diritti/doveri di cura e di tutte le competenze che necessitano, imprescindibili al pieno sviluppo dell'esistenza umana. La ricerca accademica ha messo in luce quanto gli ostacoli alla presenza maschile nei ruoli di cura sia dovuta principalmente a stereotipi

²⁸ L'indicatore è calcolato per le coppie con entrambi i partner occupati in cui la donna ha un'età tra 25 e 44 anni.

che tendono a metterne in dubbio la mascolinità, alla mancanza di modelli maschili in quei ruoli, al basso status che viene attribuito a queste competenze. Tale distacco socialmente appreso produce effetti negativi sulla salute e sul benessere degli uomini, rendendoli meno competenti nella cura di sé e nella gestione della vita quotidiana²⁹.

In Veneto il 69,2% delle persone pensa che gli uomini siano adatti quanto le donne a svolgere il lavoro familiare.

Oggi giorno trova sempre meno consenso lo stereotipo secondo il quale gli uomini sarebbero meno adatti ad occuparsi delle faccende domestiche e della cura dei figli; il 68% delle persone in Italia pensa che non sia così e in Veneto anche di più (69,2%)³⁰. Al tempo stesso, e al netto della responsabilizzazione maschile, è necessario che anche i servizi di welfare e gli strumenti di conciliazione vengano pensati abbandonando il presupposto che la conciliazione sia una questione femminile, non come strumenti per le donne, quindi, ma per alleggerire le famiglie di quel sovraccarico di fatica, di carico mentale e di spesa, che ne può minare la sostenibilità e il benessere di tutti i suoi componenti.

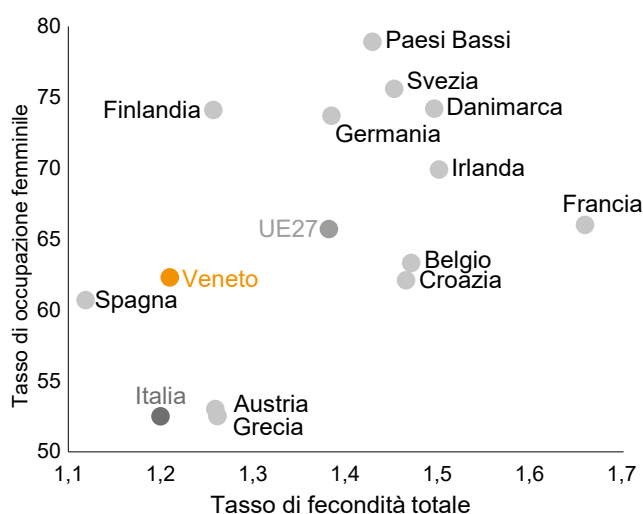
Cultura, servizi e strumenti per la conciliazione

Le ricadute sono importanti; nei Paesi dove ci sono più servizi e più strumenti di conciliazione, si soffrono meno difficoltà quotidiane, è alto il tasso di occupazione femminile e la fecondità è più elevata. D'altronde anche

in Italia *"le coppie che hanno più di frequente il primo e il secondo figlio sono quelle paritarie, ossia quelle dove sia lui che lei sono impegnati in misura consistente nel lavoro di cura, nel lavoro retribuito, e possono godere (entrambi) di un po' di tempo libero. Questo dovrebbe essere il riferimento e l'obiettivo delle politiche pro-nascite, mentre è sbagliato immaginare di "restaurare" il modello in auge sessant'anni fa, ai tempi del baby boom, con divisione rigida dei ruoli maschili (lavoro retribuito) e femminili (lavoro domestico)"*³¹.

In questo senso, nel panorama europeo l'Italia purtroppo non gode di una buona posizione: il tasso di occupazione femminile è di 13,2 punti percentuali sotto la media europea (52,5% contro il 65,7% dell'UE27) e nello stesso tempo è più basso anche il tasso di fecondità totale³², penultimo Paese europeo (1,20 contro 1,38). La situazione in Veneto è un po' migliore ma solo nel tasso di occupazione femminile (62,3%), con uno scarto di 3,4 punti percentuali rispetto alla media UE27. Al contrario, Paesi come Svezia, Danimarca, Paesi Bassi e Francia si caratterizzano per parametri migliori.

Fig. 3.3.3 - Tasso di occupazione e di fecondità delle donne. Veneto, Italia e alcuni Paesi europei - Anno 2023



Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Eurostat e Istat

²⁹ I. Comins-Mingol, "Refoundation of the equality agenda from the philosophy of caring" in "Convergencia - Revista de ciencias sociales" vol.29, 2022.

³⁰ Istat, 2018. I dati aggiornati al 2023 vedono aumentata la quota al 75% per l'Italia, purtroppo non si dispone ancora del dato Veneto.

³¹ G. Dalla Zuanna, "Le cicogne possono tornare. La bassa natalità non è un destino", Istituto Carlo Cattaneo, 2024.

³² Tasso di fecondità totale = numero medio di figli per donna.

Prendiamo ad esempio i Paesi Bassi: qui, le difficoltà quotidiane nel combinare impegni di lavoro e di cura riguardano il 9,6% delle persone e il 7,9% delle persone in coppia con figli. Un'indagine Eurobarometro³³ ha evidenziato come solo il 16% dei rispondenti olandesi lavori in aziende dove non ci sono forme di flessibilità nel regime di lavoro contro il 28% degli italiani.

Il 28% degli italiani lavora in aziende dove non sono previste forme di flessibilità.

Inoltre, solo il 19% degli uomini olandesi intervistati non ha preso né prenderà il congedo di paternità contro ben il 40% degli italiani³⁴. Per quanto riguarda i congedi parentali, che in Italia sono facoltativi e non indennizzati completamente, il fattore che più incoraggerebbe gli olandesi a prenderli è "avere il supporto dai superiori e colleghi" (44%), mentre per gli italiani (30%) è "avere più compensazioni economiche", segno che la questione retributiva è centrale.

Nel 2024, in Italia, il 64,8% dei lavoratori padri aventi diritto usufruisce del congedo di paternità (79% in Veneto), ma circa il 30% di loro utilizza meno della metà dei giorni a disposizione³⁵; d'altra parte, i congedi parentali sono stati utilizzati per il 70% dalle lavoratrici madri (72,7% in Veneto)³⁶. Inps certifica inoltre che, anche per quanto riguarda i permessi ex legge 104 per l'assistenza a familiari bisognosi, si registra un aumento delle richieste, dovuto alla maggiore longevità, e a un'incidenza maggiore tra le lavoratrici con un divario di genere crescente nel tempo³⁷.

In linea con l'aumento della longevità, crescono le richieste di permesso per assistenza a familiari bisognosi.

Su questo fenomeno incidono le norme di genere e gli stereotipi culturali, ma è forte anche l'influenza del gap salariale tra uomini e donne che fa sì che risulti più conveniente, nel bilancio familiare, che sia la donna a rinunciare a quote di salario.

Lavorare la sera, la notte, nei weekend

Le difficoltà si amplificano quando l'articolazione oraria lavorativa include la sera, la notte o i fine settimana. Ciò induce non solo una ulteriore complessità organizzativa, ma influisce anche sull'equilibrio relazionale della famiglia, visto che, soprattutto in presenza di figli, è proprio in quei momenti che si può trascorrere del tempo assieme. In Veneto, il 31,4% delle persone occupate lavora abitualmente in orari disagiati (33,7% in Italia), sostanzialmente senza differenze di genere. Se si aggiunge anche chi sostiene questi orari in modo meno assiduo, la percentuale sale al 39,4% (43,1% in Italia).

In Veneto il 39,4% delle persone occupate lavora in orari disagiati.

Il lavoro serale riguarda in modo abituale il 9,2% degli occupati, mentre il 4,7% lavora di notte, con una maggiore presenza degli uomini.

³³ Flash Eurobarometer 470, "Work-life balance", July 2018.

³⁴ In Italia, il congedo di paternità obbligatorio (10 giorni fruibili fino ai 5 mesi del neonato e retribuiti al 100%) spetta solo ai lavoratori dipendenti.

³⁵ INPS, XXIV Rapporto annuale.

³⁶ INPS, Rendiconto di genere, 2025.

³⁷ INPS, XXIII Rapporto annuale.

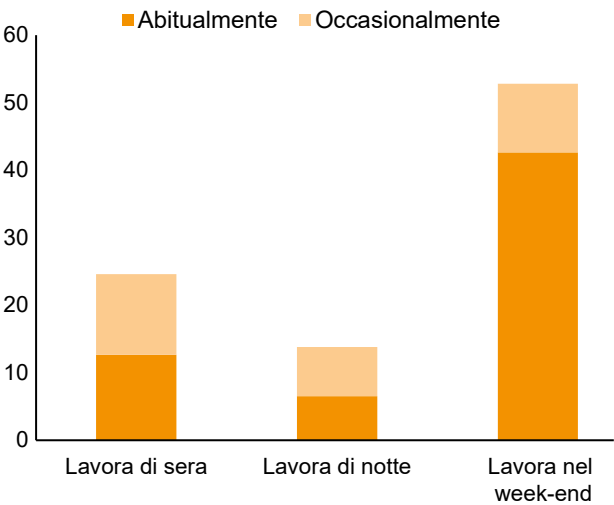
Tab. 3.3.1 - Percentuale di persone occupate che lavorano abitualmente in orari disagiati, per tipo di orario e genere. Veneto e Italia - Anno 2024

		Veneto	Italia
Lavoro serale	Uomini	10,4	11,3
	Donne	7,8	8,6
	Totale	9,2	10,1
Lavoro notturno	Uomini	5,6	6,1
	Donne	3,4	3,8
	Totale	4,7	5,1
Lavoro nei week-end	Uomini	28,4	31,8
	Donne	29,8	31,3
	Totale	29,0	31,6

Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

Ne consegue che, nelle famiglie dove entrambi i partner sono occupati, in 1 caso su 4 almeno uno dei due lavora la sera, nel 13,8% dei casi la notte; il lavoro nel fine settimana invece incide nella vita del 52,8% delle famiglie. Nel 10,5% delle coppie, inoltre, entrambi i genitori lavorano nei weekend, trovandosi a dover performare straordinarie capacità di gestione familiare.

Fig. 3.3.4 - Percentuale di coppie di genitori che lavorano in orari disagiati, per tipo di orario(*). Veneto - Anno 2024



(*) Almeno uno dei due partner, sul totale delle coppie di genitori occupati.
Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

Conciliazione fai-da-te

Per far fronte ad articolazioni di lavoro rigide, talvolta le persone sono portate a scegliere il lavoro a tempo parziale, un'opzione adottata molto più dalle donne che dagli uomini: in Veneto, su 100 contratti part-time in essere nel 2024, 81,6 sono di lavoratrici (76,2 in Italia, 74,6 nell'UE27). Tra tutte le occupate, il 34,9% lavora a tempo parziale contro il 4,9% degli occupati (20,9% e 7,0% rispettivamente in Italia). Analisi recenti³⁸ hanno tuttavia messo in luce quanto il tempo parziale sia sempre meno una scelta e sempre più una condizione dettata dall'assenza di altre possibilità; viene via via meno anche il beneficio rispetto alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro poiché, in Italia, l'orario effettivo può essere allungato discrezionalmente. In Veneto, il 32,4% di chi è occupato part-time nel 2024 vorrebbe lavorare a tempo pieno (51,3% in Italia, 18,3% nell'UE27); succede di più agli uomini (47,4% degli occupati a part-time) che alle donne (29,7%), ma il peso sulla totalità degli occupati è opposto (2,3% gli uomini, 10,4% le donne).

In Veneto il 18,1% delle lavoratrici più giovani sceglie il part-time per prendersi cura dei figli o di altri familiari.

Anche il part-time cosiddetto volontario non è sempre l'esito di una libera scelta ma una strategia orientata a gestire le incombenze contingenti e ineludibili del lavoro familiare, quindi per molti versi una necessità. In Veneto, le lavoratrici più giovani, tra i 25 e i 49 anni, nel 18,1% dei casi scelgono il tempo parziale per prendersi cura dei figli o di altri familiari, sopperendo anche all'assenza o all'inadeguatezza dei servizi di cura (24,3% di loro).

³⁸ Forum Disuguaglianze Diversità, "Da conciliazione a costrizione: il part-time in Italia non è una scelta. Proposte per l'equità di genere e la qualità del lavoro", 2024.

**Tab. 3.3.2 - Percentuale di occupate di 25-49 anni
a part-time e motivo. Veneto e Italia - Anno 2024**

	Veneto	Italia
Occupate a part-time	33,7	29,8
Motivo del part time:		
Per prendersi cura dei figli o altri familiari (a)	18,1	20,8
Perché i servizi di cura sono assenti o inadeguati (b)	24,3	15,4

(a) Percentuale sulle occupate part-time.
(b) Percentuale sulle occupate part-time per prendersi cura della famiglia.
Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

Quando anche queste strategie non sono sufficienti a garantire una buona gestione familiare, spesso l'unica possibilità è lasciare il lavoro retribuito. Questo accade in maggior misura dopo la nascita di un figlio, evento che comporta una profonda riorganizzazione della vita sul piano personale, familiare e lavorativo. In generale, in Italia nel 2024 il tasso di occupazione femminile tra i 25 e i 49 anni, pari a 74,1%, scende a 65,8% in presenza di 1 figlio, 56,9% con 2 figli e 36,6% con 3 o più figli. Nel 2024, in sostanziale stabilità negli ultimi anni, in Veneto si contano 8.824 dimissioni o risoluzioni consensuali di contratto da parte di lavoratrici madri o lavoratori padri, di cui il 60,0% riguarda le madri (69,5% in Italia), nel 77,5% dei casi per motivazioni inerenti alla difficoltà di conciliazione³⁹. Il divario dell'occupazione femminile in relazione ai carichi familiari è efficacemente descritto dal rapporto tra il tasso di occupazione delle donne con almeno un figlio in età prescolare e quello delle donne senza figli (per cento). La condizione di perfetta parità si ha quando tale indice vale 100, mentre quanto più ce se ne allontana, tanto più ampio è lo svantaggio delle donne con figli piccoli. Nel 2025 tale rapporto per il Veneto vale 79,8 (75,1 in Italia), in miglioramento rispetto agli anni precedenti.

³⁹ Per i padri, tale motivazione pesa per il 21,1%.

3.4

/ La sfida dei servizi: la rete

I servizi di cura svolgono un ruolo fondamentale nel sostenere un approccio che trasformi l'assistenza da carico puramente familiare e individuale a responsabilità collettiva e condivisa. Compito degli Stati e delle istituzioni è quello di ampliare i servizi sul territorio e renderli universali, cioè non discriminatori in base alle capacità economiche o altre caratteristiche individuali, in un'ottica di democrazia della cura che sempre più traghetta le nostre società in un nuovo paradigma etico e responsabile.

L'asilo nido, il buon inizio

I servizi socioeducativi per la prima infanzia rappresentano un servizio assistenziale e di sostegno al lavoro femminile da un lato e un importante stimolo pedagogico per i bambini dall'altro⁴⁰. Sottolinea infatti la Comunicazione della Commissione europea del 17/2/2011 che: *“Le primissime esperienze dei bambini gettano le basi per ogni forma di apprendimento ulteriore. Se queste basi risultano solide sin dai primi anni, l'apprendimento successivo si rivelerà più efficace e diventerà più probabilmente permanente, con conseguente diminuzione del rischio dell'abbandono scolastico precoce e maggiore equità degli esiti sul piano dell'istruzione”*. Proprio il loro dualismo funzionale fa di questi servizi un elemento cardine delle politiche di inclusione. Già nel 2002 il Consiglio europeo ha stabilito per tutti i Paesi europei l'obiettivo di offrire un posto all'asilo nido, o negli altri servizi alla prima infanzia, ad almeno il 33% dei bambini sotto i 3 anni entro il 2010, obiettivo aggiornato nel 2022 portando tale quota al 45% entro il 2030⁴¹. L'Italia, nel 2021, riconosce per la prima volta i servizi educativi per l'infanzia tra i livelli essenziali di prestazione (LEP), ossia i *servizi* e le *prestazioni* che lo Stato deve garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale, per consentire il pieno rispetto dei diritti sociali e civili di tutti i cittadini⁴². Lo Stato è, quindi, tenuto ad erogare agli Enti Locali le risorse necessarie per poterli garantire. È definito l'obiettivo di garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale posti ad almeno il 33% dei bambini 0-2 anni entro il 2027; le risorse messe a

disposizione sono da destinare al funzionamento, al personale da assumere e all'espansione del servizio e si integrano con quelle previste nel PNRR, destinate alla costruzione o alla riqualificazione degli edifici per i servizi per la prima infanzia.

35,6% il tasso di copertura dei posti negli asili nido nel 2023 in Veneto.

In Veneto nel 2023 i posti disponibili nei servizi per la prima infanzia sono 35,6 ogni 100 bambini di 0-2 anni, più che a livello nazionale (31,6%). La nostra regione supera l'obiettivo fissato dai LEP dal 2022, in gran parte per la diminuzione del numero di bambini 0-2 anni (-29% in dieci anni, a fronte di un aumento dei posti del 4,1%). Nel territorio regionale rimane consistente la prevalenza dei servizi a titolarità privata, per cui dei 35,6 posti disponibili ogni cento bambini, 23 sono relativi a servizi privati e solo 12,6 a servizi a titolarità pubblica (rispettivamente 16,8 e 14,8 in Italia). Il dato di copertura del servizio rappresenta una media regionale che sintetizza situazioni molto diverse sul territorio. Se nelle città l'offerta di servizi è più sviluppata, allontanandoci dai centri la presenza diminuisce: i comuni capoluogo di provincia hanno, nel complesso, una dotazione che supera di 10,5 punti percentuali quella media del resto dei comuni (41,8% vs 31,4%)⁴³. Va detto che, attraverso forme associative o accordi intercomunali, un comune che non ha posti sufficienti può offrire ai propri residenti l'accoglienza in una struttura di un comune limitrofo.

⁴⁰ I servizi alla prima infanzia includono, oltre ai nidi e ai micronidi: le sezioni primavera, gli spazi-gioco, i servizi in contesti domiciliari, i centri bambini-genitori.

⁴¹ Council Recommendation 8/12/2022, n. 2022/C 484/01.

⁴² Legge n. 234/2021 (Legge di bilancio per il 2022). I LEP introdotti per gli asili nido sono classificati come obiettivi di servizio.

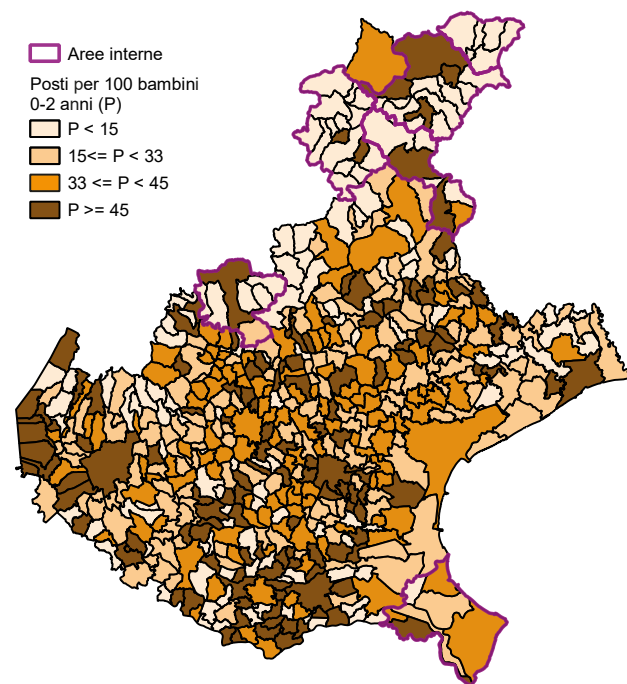
⁴³ Con l'eccezione del comune di Treviso, che ha una dotazione ben al di sotto e pari a 24,7%.

Solo 16,7% il tasso di copertura nelle Aree interne.

Ancora meno diffuso il servizio nelle Aree interne⁴⁴, ossia in quei territori distanti dai centri di offerta di servizi essenziali (salute, istruzione, mobilità) e caratterizzati da forte spopolamento e invecchiamento. Qui la domanda debole e dispersa ha storicamente limitato lo sviluppo di una rete di servizi. Nelle Aree interne del Veneto la dotazione di posti nei servizi per la prima infanzia rimane contenuta, varia tra 0 (Unione Montana Comelico) e 34,6 (Contratto di Foce Delta del Po), con una media complessiva di 16,7 posti ogni 100 bambini 0-2 anni. Nei comuni classificati come intermedi il tasso di copertura è in media il 25,5%, mentre in quelli periferici scende al 17,3%. Le Aree interne, proprio perché territori fragili e particolarmente svantaggiati, soggetti a declino demografico e distanti dai centri principali di offerta dei servizi essenziali, sono destinatarie di fondi ad hoc.

Dal lato della domanda si segnala una tendenza in forte crescita: nel 2023/24, il 55% delle strutture che erogano servizi alla prima infanzia dichiara di aver avuto un aumento delle richieste (59,5% in Italia). Oltre un servizio su due afferma inoltre di non essere riuscito ad accogliere tutte le richieste di iscrizione arrivate da parte delle famiglie a causa di insufficienza di posti, una percentuale che aumenta ad oltre il 60% per le sole strutture pubbliche⁴⁵.

Fig. 3.4.1 - Servizi socio-educativi per la prima infanzia: posti autorizzati per 100 bambini 0-2 anni, per comune. Veneto - Anno 2023



Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

Diffusa la consapevolezza del ruolo pedagogico del nido.

I genitori che scelgono di far frequentare al proprio figlio il nido hanno in genere una buona consapevolezza dell'importanza del suo ruolo educativo e socializzante: in Veneto nel 2024 queste due motivazioni sono indicate dal 58,1% dei genitori, dato inferiore alla media italiana (71,7%). Per il rimanente 41,9% la frequenza del nido attiene al sostegno alla genitorialità e al supporto alla cura ("Nessun familiare lo può accudire"). Per quei genitori che non scelgono il nido, invece, la mancata partecipazione viene spesso spiegata con la presenza di un'alternativa familiare per l'accudimento del piccolo (43,5%). Altre motivazioni oggettive indipendenti dalla famiglia, come il costo eccessivo o la domanda rifiutata, riguardano rispettivamente il 12,6% e il 3,3% circa dei

⁴⁴ Le Aree interne si definiscono in base alla distanza dalla città e dal centro maggiore: i comuni intermedi distano tra i 20 e i 40 minuti dal polo più vicino; i comuni periferici tra i 40 e i 75 minuti dal polo più vicino; i comuni ultraperiferici oltre i 75 minuti.

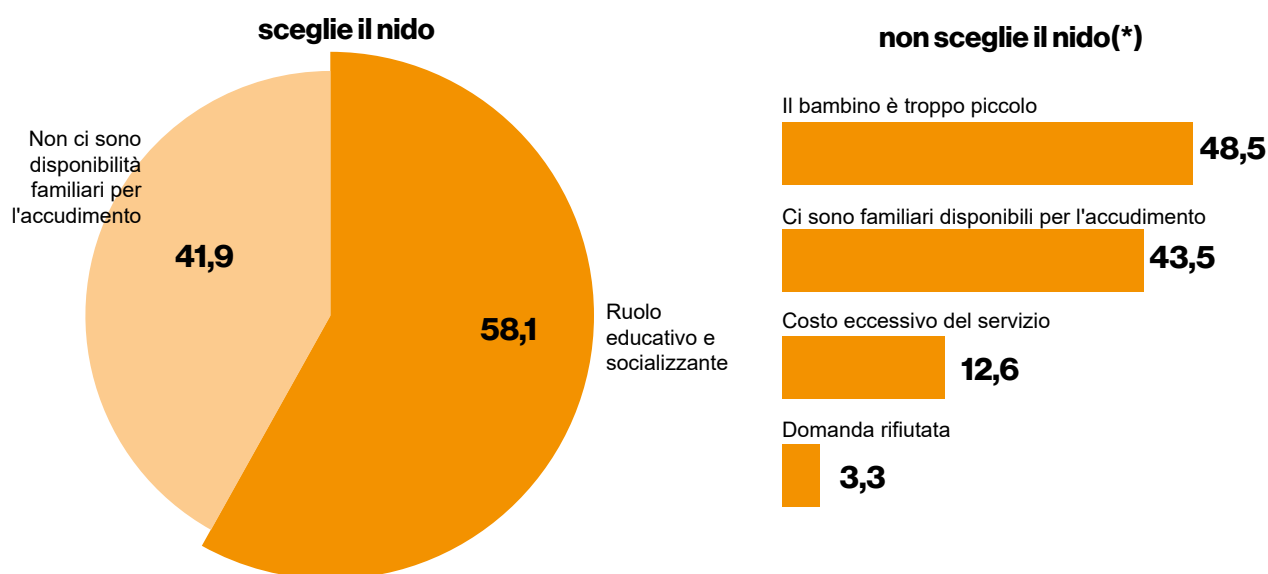
⁴⁵ Dipartimento per le Politiche della Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Istat e Università Ca' Foscari Venezia, "Indagine campionaria sui nidi e le sezioni primavera (anno 2023/24).

genitori (11,8% e 3,5% in Italia). Queste famiglie che individuano motivazioni materiali sono parte di quella domanda potenziale che non viene soddisfatta.

Come sottolinea l'ultimo report Istat-Università Ca' Foscari di Venezia⁴⁶: *"le disuguaglianze sociali si riflettono in modo marcato sull'accesso ai servizi educativi per l'infanzia: i bambini che vivono in famiglie a rischio di povertà ed esclusione sociale, con cittadinanza straniera o con la madre non lavoratrice registrano livelli di frequenza significativamente inferiori rispetto ai coetanei. In particolare, le analisi evidenziano che l'occupazione di entrambi i genitori (o dell'unico genitore in caso di nuclei monogenitoriali) rappresenta il requisito che più frequentemente determina la priorità di accesso nei servizi comunali, subito dopo la disabilità del bambino".* In Veneto, si stima che solo il 16,1% delle madri che non lavorano usufruiscono del nido contro il 44,2% delle madri che lavorano. Lo stesso report aggiunge: *"Questo orientamento rafforza la funzione dei nidi come strumenti di conciliazione vita-lavoro, ma fatica ad affermare pienamente il ruolo dei servizi come strumenti di equità e promozione dei diritti dell'infanzia".*

La spesa pubblica nazionale per le famiglie non pare essersi adeguata alle esigenze educative e di conciliazione familiare dei nostri tempi, così nel 2021 corrisponde solo all'1,4% del PIL, ponendo l'Italia in terzultima posizione tra i Paesi europei, quando in Francia e Germania supera il 2,6% e la media Ocse è del 2,3%. Considerando la spesa che i Comuni impiegano per interventi e servizi alla prima infanzia, nel 2022 in Veneto questa ammonta a 98,8 milioni, con un aumento dell'11,4% negli ultimi 5 anni, passando da 783 euro per bambino residente di 0-2 anni a 1.007 euro. Tale spesa complessiva include la quota a carico delle famiglie, pari al 23,1% della spesa complessiva nel 2022 (18,1% in Italia), con un aumento del 5,8% in 5 anni (4,9% in Italia). Alla spesa dei Comuni, si aggiungono 9,9 milioni di contributi e integrazioni regionali alle rette per gli asili nido del settore privato.

Fig. 3.4.2 - I motivi principali di chi sceglie il nido e di chi non lo sceglie. Veneto - Anno 2024



(*) La somma non dà 100 perché erano possibili più risposte.
Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

⁴⁶ Ibidem.

La centralità della persona: il sistema integrato dei servizi sociali⁴⁷

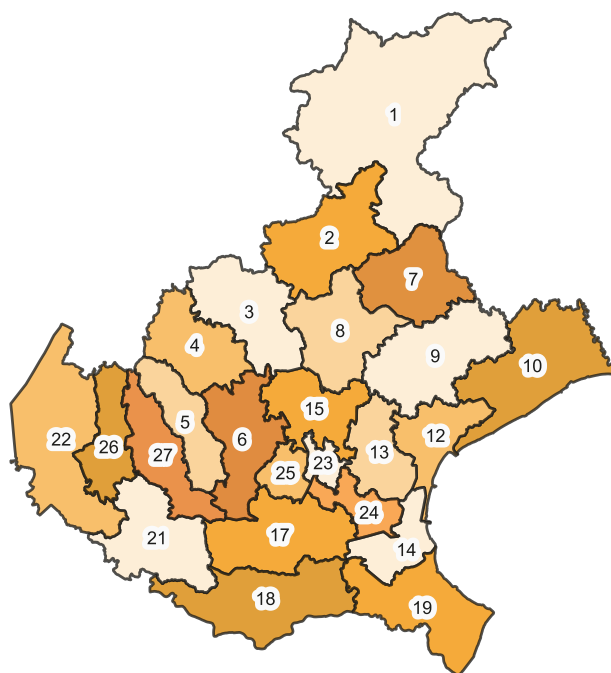
In Veneto, i servizi sociali hanno una tradizione storica basata sull'integrazione socio-sanitaria: la cooperazione tra amministrazioni locali e aziende sanitarie ha garantito una rete di assistenza diffusa. Per effetto delle recenti normative, l'organizzazione dei servizi si evolve per mettere a sistema le connessioni delle politiche sociali con altri ambiti che vanno oltre quello sanitario: politiche del lavoro e dell'istruzione, abitative, giudiziarie. Il fine è di superare la frammentazione, che rischia di offrire risposte parziali, per prendersi cura della persona, dei suoi bisogni e delle sue potenzialità, in modo organico e unitario. I nodi cardine della riforma sono gli Ambiti territoriali sociali (ATS), riconosciuti come i punti principali di riferimento per la pianificazione e la gestione delle funzioni socioassistenziali.

L'organizzazione dei servizi sociali in ATS.

L'origine degli ATS nel contesto regionale è strettamente connessa alle politiche di contrasto alla povertà e di inclusione sociale. A partire dal 2016, con l'introduzione del Fondo nazionale per la lotta alla povertà e della misura sperimentale "Sostegno per l'Inclusione Attiva" (SIA)⁴⁸, l'area della povertà ha rappresentato un elemento propulsivo per la riorganizzazione del sistema di welfare. Tale evoluzione ha progressivamente interessato l'intero sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, conducendo al riconoscimento dell'ATS quale sede necessaria per la programmazione, il coordinamento, la realizzazione e la gestione degli interventi e dei servizi, anche ai fini del raggiungimento di tutti i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS).

Con la legge 4 aprile 2024, n° 9, la Regione del Veneto ha dato piena attuazione al sistema integrato degli interventi sociali definendo il quadro istituzionale e organizzativo della funzione socioassistenziale a titolarità comunale. La normativa, al fine di garantire modalità uniformi di assistenza sociale su tutto il territorio regionale e tenendo conto delle esigenze dell'integrazione socio-sanitaria, ha reso obbligatorio l'esercizio associato della funzione che viene realizzato attraverso gli ATS⁴⁹. In Veneto ad oggi si contano 24 ATS⁵⁰, l'obiettivo è quello di far coincidere l'articolazione territoriale dei servizi sociali con quella dei distretti sanitari (attualmente 26).

Fig. 3.4.3 - Assetto degli Ambiti Territoriali sociali in Veneto - Anno 2026



Fonte: Elaborazione della Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto su dati Regione del Veneto

⁴⁷ A cura della Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto e di Banca Mondiale

⁴⁸ A questa misura hanno fatto seguito il Reddito di Inclusione (Re.I.), il Reddito di Cittadinanza e, più recentemente, l'Assegno di Inclusione.

⁴⁹ Gli ATS sono chiamati dalla legge ad individuare una delle forme associative previste dal TUEL, scegliendo preferibilmente la forma dell'azienda speciale consortile pubblica, facendo salva la facoltà, per i soli Comuni capoluogo, di continuare ad avvalersi della Convenzione ex art. 30.

⁵⁰ Deliberazione della Giunta Regionale n. 284 del 24 marzo 2025 – "Determinazione e aggiornamento degli Ambiti Territoriali Sociali di cui alla DGR n. 1191/2020".

La riorganizzazione punta a ottimizzare la gestione degli interventi dei servizi sociali, superando il precedente assetto alquanto frammentato. Nel 2024 gli enti attuatori dei servizi sociali erano sia i Comuni in forma singola che 48 forme associate, includendo prevalentemente convenzioni, unioni comunali, consorzi (comprese aziende speciali consortili) e deleghe alle A.ULSS. Inoltre, non sempre l'ente attuatore coincide con l'organizzazione che fornisce direttamente (quindi con proprio personale) gli interventi e i servizi sociali, in quanto è presente anche un consistente ricorso a modalità di gestione esternalizzata (in particolare affidata agli Enti del Terzo settore) o di gestione mista.

Il welfare generativo e di comunità.

La L.R. n. 9/2024⁵¹ richiama la necessità di promuovere partecipazione attiva, corresponsabilità e valorizzazione delle risorse delle persone e delle comunità, individuando nel welfare generativo e di comunità uno dei principi fondanti del sistema dei servizi sociali. Si punta a superare il concetto tradizionale di welfare assistenziale, non si vuole solamente soddisfare un bisogno immediato, ma generare un valore per l'intera comunità: le risorse impiegate secondo questa ottica non sono un costo ma rappresentano investimenti per un benessere a lungo termine.

In particolare, la legge promuove la partecipazione di enti pubblici, Enti del Terzo settore, formazioni sociali e parti sociali, estendendo il perimetro della collaborazione anche a soggetti quali società benefit e imprese for profit socialmente responsabili⁵². L'ATS si configura, pertanto, come il contesto entro cui i diversi attori del welfare sono chiamati a concorrere alla definizione e attuazione delle politiche di prevenzione, prossimità, protezione e promozione, secondo una logica interistituzionale e sussidiaria, orientata alla centralità della persona e dei suoi bisogni.

⁵¹ Si veda anche l'Atto di programmazione regionale 2024-2026 (DGR n. 1127/2025).

⁵² Sono aziende/società che fanno profitto ma al contempo creano un impatto positivo sulla società.

Contrastare le povertà: le misure regionali.

Gli interventi e le misure regionali di contrasto alla povertà e di promozione dell'inclusione sociale, destinati agli ATS, si collocano pienamente in questa prospettiva. La Regione del Veneto ha confermato per l'annualità 2026 la misura Reddito di Inclusione Attiva (R.I.A.)⁵³, alla quale nel tempo, anche grazie al costante confronto con i territori, si sono affiancati il Sostegno all'Abitare (So.A.) e gli interventi di contrasto alla povertà minorile. Si è giunti così alla dodicesima annualità di questa importante misura. Tali strumenti sono finalizzati a promuovere l'inclusione sociale e a contrastare le diverse forme di povertà economica, relazionale, sociale, lavorativa e abitativa, attraverso approcci riconducibili al welfare generativo e di comunità.

Reddito di Inclusione Attiva, Sostegno all'Abitare e Povertà minorile.

La misura R.I.A. si articola in azioni di sostegno e di inserimento. Il R.I.A. di sostegno prevede percorsi di reinserimento sociale rivolti a persone disponibili ad attivarsi in contesti pubblici e del privato sociale; è caratterizzato da un'elevata flessibilità, dall'assenza di stringenti condizionalità e dalla possibilità di attivazione anche in presenza di altre misure nazionali. I servizi sociali ne evidenziano la capacità di adattarsi ai bisogni complessi e di favorire percorsi di inclusione anche attraverso forme di presa in carico "leggera". Nel tempo, la misura è stata ulteriormente sviluppata, prevedendo anche l'attivazione di tirocini di inclusione sociale. Il R.I.A. di inserimento è invece orientato all'attivazione formativa e lavorativa, attraverso progetti personalizzati e tirocini di inserimento o reinserimento lavorativo.

Il Sostegno all'Abitare (So.A.) è finalizzato a supportare nuclei familiari in condizioni di precarietà abitativa,

⁵³ Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1130 del 22 settembre 2025.

fenomeno in crescita anche nel contesto regionale a causa dell'aumento dei costi degli affitti e delle spese connesse all'abitare, incluse quelle energetiche. Per quanto riguarda la povertà minorile, gli interventi sono orientati a promuovere l'inclusione dei minori in situazione di fragilità, contrastando condizioni di marginalità e favorendo il benessere e lo sviluppo di stili di vita sani. Tali azioni si caratterizzano per la loro flessibilità, anche in situazioni emergenziali, e per il forte orientamento al lavoro di rete.

STACCO, il trasporto sociale.

Il progetto STACCO ha come obiettivo la realizzazione di un servizio di trasporto sociale e accompagnamento rivolto alle persone più fragili, in particolare anziani, persone con disabilità e soggetti privi di una rete familiare e sociale di supporto. Il progetto, a regia regionale, vede il coinvolgimento attivo degli Enti del Terzo settore, che nel tempo hanno ampliato la rete dei partner pubblici e privati e la copertura territoriale, oggi estesa a gran parte del territorio regionale.

La rete degli Empori della Solidarietà.

Avviata nel 2013, la Rete degli Empori della Solidarietà⁵⁴ rappresenta uno degli interventi più significativi nel contrasto alla povertà a livello regionale. Nel 2025 l'iniziativa⁵⁵ sostiene con un contributo economico i 30 Enti del Terzo Settore ed Enti religiosi che realizzano le attività su tutto il territorio regionale. La misura è finalizzata alla riduzione degli sprechi alimentari e alla redistribuzione delle eccedenze a favore di persone e famiglie in difficoltà, garantendo il diritto al cibo e a una corretta alimentazione. Accanto al sostegno materiale, gli empori promuovono percorsi di inclusione sociale attraverso attività educative, laboratoriali e di accompagnamento, contribuendo a contrastare la solitudine e l'esclusione sociale e a rafforzare processi di empowerment individuale e comunitario.

Tab. 3.4.1 - Beneficiari delle misure R.I.A., STACCO ed Empori della Solidarietà. Veneto - Anni 2022:2024

Anno	R.I.A.	Stacco	Empori
2022	3.424	12.895	131.550
2023	3.500	21.039	101.079
2024	3.500	15.437	102.743

Fonte: Elaborazione della Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto su dati Regione del Veneto

In Veneto nel 2024 hanno beneficiato della misura R.I.A. 3.500 persone come nel 2023; del trasporto sociale hanno usufruito 15.437 persone mentre oltre 102 mila sono state supportate dagli empori solidali. Il monitoraggio intermedio⁵⁶ relativo all'annualità successiva per l'attività della rete degli empori evidenzia un dato in aumento: emerge il coinvolgimento di 111.936 persone, di cui 61.904 nella fascia di età 18–64 anni e 1.503 over 65.

Gli utenti dei servizi sociali.

Al 31 dicembre 2024, secondo la Fonte SIOSS - (Sistema Informativo dei Servizi Sociali)⁵⁷ i servizi sociali territoriali del Veneto risultavano avere in carico oltre 210 mila utenti, con un'incidenza sulla popolazione residente del 4,4%. Questo aggregato è la somma di tutti i beneficiari che si trovano in una delle seguenti macro-aree target: minori e famiglie, anziani auto e non autosufficienti, persone con disabilità, percettori di misure di inclusione sociale e di contrasto della povertà, destinatari di interventi di salute mentale, adulti in condizione di dipendenza, disagio e difficoltà varie. La macro-area più presidiata, ovvero quella che detiene il maggior numero di interventi e servizi risulta essere quella che si occupa di anziani non autosufficienti, benché vi siano differenziazioni a livello di ATS. Per contro, la macro-area del disagio adulto, dipendenze e salute mentale rimane quella che dispone di meno interventi e servizi.

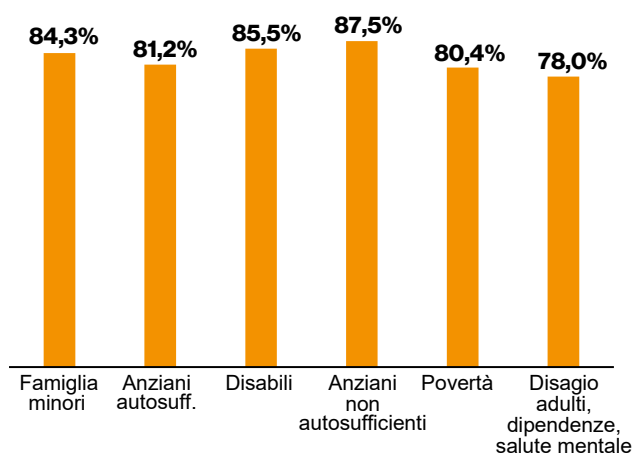
⁵⁴ Deliberazione della Giunta Regionale n. 1015/2024.

⁵⁷ Il SIOSS è il Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che raccoglie le informazioni relative ai servizi attivati dagli Ambiti territoriali e dalle Regioni e Province autonome, nonché le informazioni relative al personale impiegato nella gestione e nell'erogazione dei servizi sociali territoriali.

⁵⁴ L.R. n. 11 del 26 maggio 2011.

⁵⁵ È stata rinnovata per le annualità 2025-2026 con Deliberazione della Giunta Regionale n. 750 del 8 luglio 2025.

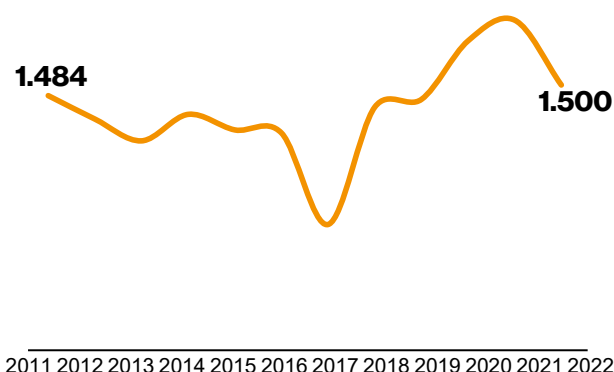
Fig. 3.4.4 - Presenza di interventi e servizi sul totale previsto dalla tassonomia SIOSS per macro-area di utenza. Veneto - Anno 2024



Fonte: Elaborazione della Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto su dati SIOSS

più per far fronte agli effetti causati dalla pandemia e all'aggravarsi dei bisogni sociali, la spesa deflazionata si attesta su valori poco superiori a quelli del 2019.

Fig. 3.4.5 - Spesa pubblica deflazionata per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati (valori in milioni di euro). Veneto - Anni 2011:2022 (*)



(*) Comprensiva della partecipazione SSN, al netto della contribuzione a carico degli utenti.

Fonte: Elaborazione dell'Ufficio Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

La spesa sociale dei Comuni⁵⁸.

Nel 2022⁵⁹ la spesa per i servizi sociali e socio-educativi dei Comuni del Veneto è stata di poco meno 1,6 miliardi di euro, di cui 900 milioni rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale e 70 milioni dalla contribuzione a carico degli utenti. La spesa pubblica al netto della compartecipazione dei privati è di 1,5 miliardi. A questi si aggiungono altri 16 milioni che la Regione del Veneto eroga direttamente ai beneficiari con le misure di contrasto alla povertà e per gli asili nido.

La spesa pubblica dei Comuni per i servizi sociali⁶⁰ nel 2022 è aumentata del 1,4% rispetto all'anno precedente. Dal 2011 risulta in crescita di circa 250 milioni ossia del 15,9%; tuttavia, se si tiene conto dell'effetto dell'inflazione, la variazione si riduce a 1,1%. Dopo il biennio 2020-2021, periodo nel quale è stato necessario investire di

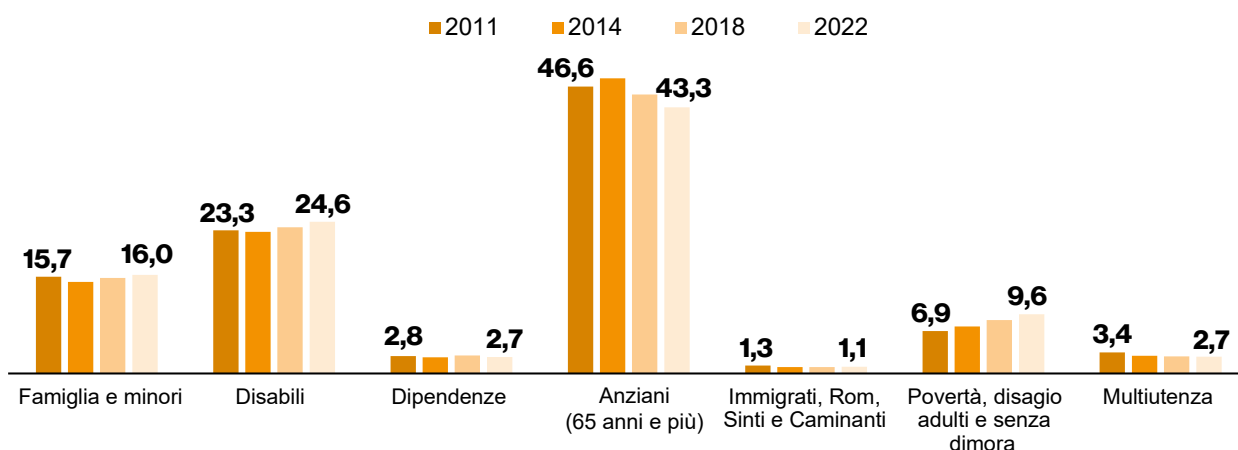
Guardando alla tipologia di utenza, in Veneto il 93,5% della spesa è assorbita dalle aree "famiglie e minori", "disabili", "anziani" e "povertà, disagio adulti e senza dimora". Nello specifico, l'incidenza della spesa destinata agli anziani è in calo rispetto agli anni precedenti, pur restando l'ambito che assorbe maggiori risorse (43,3%). In aumento, invece, la quota destinata all'area della disabilità e a quella della povertà. Pressoché stabile l'incidenza delle spese per "famiglie e minori" e per le "dipendenze".

⁵⁸ A cura dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto

⁵⁹ "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati" di Istat; ultimo anno disponibile.

⁶⁰ Comprensiva della partecipazione SSN, al netto della contribuzione a carico degli utenti.

Fig. 3.4.6 - Percentuale di spesa pubblica per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di intervento. Veneto - Anni 2011:2022 (*)



(*) Comprensiva della partecipazione SSN, al netto della contribuzione a carico degli utenti.
Fonte: Elaborazione dell'Ufficio Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

I servizi sanitari e la cura nel territorio: un cambio di paradigma⁶¹

Negli ultimi anni, l'evoluzione demografica e l'aumento delle condizioni di cronicità e fragilità hanno reso sempre più centrale il ruolo dei servizi sanitari territoriali nella risposta ai bisogni di cura della popolazione. In particolare, l'invecchiamento progressivo della popolazione ha determinato una crescita significativa della domanda di assistenza continuativa e personalizzata, soprattutto a domicilio. La Regione del Veneto ha avviato un percorso strutturato di riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali in attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale"⁶². Il Decreto ha introdotto un nuovo modello organizzativo fortemente innovativo per la realtà italiana, allineandosi con gli orientamenti europei e internazionali, volti al rafforzamento

dell'assistenza territoriale. In questo contesto il Distretto assume un ruolo centrale quale articolazione dell'Azienda ULSS deputata all'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, evolvendo da funzione prevalentemente amministrativa a luogo di governo della presa in cura territoriale. Il modello distrettuale deve assicurare una programmazione basata sui bisogni, l'erogazione dei servizi e il monitoraggio dell'equità e della qualità assistenziale. In tale assetto, le strutture previste dal DM 77 – 101 Case della Comunità, 49 Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità e servizi domiciliari – devono operare in modo integrato, secondo una logica di rete, per garantire continuità assistenziale e prossimità delle cure.

La cabina di regia: le Centrali Operative Territoriali.

Le Centrali Operative Territoriali svolgono funzione di coordinamento della presa in cura della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: ospedalieri, territoriali o di prossimità, domiciliari; il fine è garantire cure appropriate nel luogo più idoneo.

⁶¹ A cura della Direzione Programmazione Sanitaria della Regione del Veneto e di Azienda Zero - Servizio Epidemiologico Regionale.

⁶² Il Regolamento è stato recepito dalla Regione del Veneto con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 21/2023.

Le Case della Comunità: prossimità e integrazione.

Le Case della Comunità rappresenteranno il fulcro fisico e organizzativo del nuovo modello di assistenza territoriale. Esse costituiscono il punto di riferimento per l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari, favorendo l'integrazione tra professionisti, servizi e livelli di assistenza.

Le Cure Domiciliari: evoluzione e centralità.

In questo contesto, le Cure Domiciliari rappresentano uno degli strumenti principali attraverso cui il Sistema Socio-Sanitario Regionale garantisce la presa in cura delle persone anziane e fragili. Si configurano come una risposta strutturata ai bisogni di cura, attraverso interventi multiprofessionali erogati al domicilio secondo livelli di intensità e complessità differenziati. Nel Veneto, il modello organizzativo delle cure domiciliari è stato progressivamente consolidato e aggiornato, in coerenza con i Livelli Essenziali di Assistenza e con gli indirizzi nazionali e regionali.

Con il termine Cure Domiciliari possiamo identificare un servizio sanitario a valenza distrettuale rivolto all'erogazione a domicilio di interventi multiprofessionali (erogati da medici di assistenza primaria, geriatri, palliativisti, altri medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, operatori socio-sanitari e altri professionisti sanitari), caratterizzati da un livello di intensità di cure e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi e di piani personalizzati di assistenza.

Le Cure Domiciliari possono articolarsi in:

- cure domiciliare di base;
- cure domiciliari integrate (ADI);
- cure palliative domiciliari.

L'integrazione tra Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Cure Palliative domiciliari e altri servizi territoriali consente di garantire continuità assistenziale, appropriatezza degli interventi e supporto alla persona e alla famiglia, riducendo il ricorso improprio all'ospedale e favorendo il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita. Considerando tutta l'attività di Cure

Domiciliari, compresa quella relativa alle Cure palliative domiciliari, nel 2025 sono stati erogati a residenti in Veneto 2.174.275 accessi (448,0 ogni 1.000 residenti, in aumento rispetto ai 440,5 del 2024), di cui 1.841.361 (379,4 accessi ogni 1.000 residenti) effettuati da parte di operatori sanitari. L'infermiere risulta essere l'operatore che effettua più accessi (1.348.031, il 73%), seguito dai medici di medicina generale (259.223, il 14%) e dai medici palliativisti o specialisti (110.835 accessi, il 6%).

Il numero di persone prese in cura dalle Cure Domiciliari, con almeno un accesso domiciliare da parte di un operatore sanitario, nel 2025 è pari a 165.417, ossia 34,1 persone per 1.000 residenti, in aumento rispetto al 2024 (32,7). Il 90,3% ha 65 anni e più, una buona quota oltre 74 (77,6%).

Il numero di cittadini con età pari o superiore a 65 anni con una presa in cura di tipo sanitario a domicilio ha registrato negli ultimi anni un incremento costante, a testimonianza del rafforzamento del modello di cura territoriale e della crescente capacità del sistema di intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali complessi direttamente nel contesto di vita della persona. Già da alcuni anni il Veneto ha raggiunto il target nazionale previsto per il 2026, ossia la presa in cura di tipo sanitario da parte delle Cure domiciliari del 10% della popolazione over65⁶³: nel 2025 il tasso è di 12,3 persone anziane assistite ogni 100.

Fra le persone assistite a domicilio, 12.565 sono seguite dalle Cure palliative domiciliari (2,6 ogni 1.000 residenti, stabile rispetto al 2024), di cui 10.131 (2,1 ogni 1.000 residenti) con diagnosi oncologica e 2.434 (0,5 ogni 1.000 residenti) con diagnosi non oncologica.

⁶³ Decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022, n. 77.

Tab. 3.4.2 - Indicatori di attività delle Cure Domiciliari: presa in cura di tipo sanitario (ADI e Cure palliative domiciliari). Veneto - Anni 2020:2025 (*)

Indicatore	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Numero assistiti	139.785	143.239	133.150	145.487	158.848	165.417
Assistiti 65 anni e più	113.071	119.969	115.640	129.175	143.872	149.366
Percentuale di assistiti 65 anni e più	80,9	83,8	86,8	88,8	90,6	90,3
Tasso × 1.000 abitanti 65 anni e più	99,6	105	100,1	110,5	121,2	123,5
Assistiti 75 anni e più	96.462	101.410	99.427	110.039	123.751	128.342
Percentuale di assistiti 75 anni e più	69,0	70,8	74,7	75,6	77,9	77,6
Tasso × 1.000 abitanti 75 anni e più	164,9	174,8	166,7	181,4	199,3	202,5

(*) Dati calcolati come da Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto.

Fonte: Elaborazione della Regione del Veneto - Direzione Programmazione Sanitaria su dati Regione del Veneto - SER Azienda Zero.

I dati sull'attività domiciliare evidenziano il ruolo centrale della presa in cura territoriale, che per quanto riguarda le Cure palliative si concretizza nella Rete Locale di Cure Palliative, formata da un'integrazione di servizi domiciliari, ambulatoriali e residenziali, con specifici percorsi di presa in cura strutturati. Gli Hospice sono le strutture residenziali dedicate all'erogazione di Cure palliative, volte a garantire la migliore qualità di vita possibile a persone affette da malattie inguaribili in fase avanzata, quando le terapie a scopo curativo non sono più efficaci, nel rispetto della dignità del malato e dei suoi familiari. I ricoveri in Hospice nel 2025 sono 4.266, +3,5% (+146 ricoveri) rispetto al 2024.

Prospettive di sviluppo.

Le prospettive di sviluppo dei servizi sanitari territoriali nel Veneto sono orientate al rafforzamento della presa in cura domiciliare, all'integrazione tra servizi e all'innovazione organizzativa e tecnologica. In tale ambito, la telemedicina⁶⁴, rappresenta una leva strategica per ampliare l'accessibilità alle cure, migliorare il monitoraggio clinico a distanza e supportare i percorsi di assistenza domiciliare, contribuendo a rendere il sistema più sostenibile e vicino ai bisogni delle persone.

I servizi residenziali e semi residenziali nel territorio⁶⁵

Nodi essenziali della rete dei servizi socio-sanitari sono le strutture residenziali per le persone con disabilità o anziane non autosufficienti e i centri per l'accoglienza semiresidenziale. Nei casi in cui le cure a domicilio non risultino praticabili, per l'elevato livello assistenziale richiesto, per le difficoltà della famiglia o in caso di persone sole, senza un supporto familiare, la risposta del territorio è l'assistenza residenziale. I centri diurni svolgono un ruolo fondamentale nell'integrazione delle politiche territoriali, fornendo sostegno alle persone e alle loro famiglie. La finalità è quella di consentire alla persona anziana o con disabilità di restare nel proprio ambiente familiare e sociale, evitando o ritardando l'ingresso nelle strutture residenziali, e allo stesso tempo sollevare in parte le famiglie del carico assistenziale. I centri diurni offrono attività sanitaria, di socializzazione e di riabilitazione per ritardare il decadimento psico-fisico.

⁶⁴ Come delineata dalla DGR n. 775/2023.⁶⁵ A cura della Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto.

Le persone anziane non autosufficienti.

Ad oggi, nel contesto internazionale non è ancora stata codificata una definizione univoca per circoscrivere il concetto di “non autosufficienza”. Sebbene l’OMS non ne offra una descrizione specifica, il tema trova il suo naturale inquadramento all’interno dei concetti strettamente legati alla “disabilità” e alla “funzionalità” e all’interno della l’International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Tale classificazione considera la disabilità come una riduzione o perdita delle capacità funzionali, fisiche, psichiche, sensoriali o relazionali, limitando la partecipazione dell’individuo alla vita sociale e quotidiana. Nonostante la rilevanza del fenomeno, le recenti politiche di welfare non sono ancora riuscite a delineare un quadro normativo e concettuale del tutto organico e definitivo.

Il quadro normativo nazionale si è recentemente evoluto con l’intesa raggiunta il 18 marzo 2026 sul riparto del Fondo per le non autosufficienze (2025-2027). Resta tuttavia in fase di perfezionamento l’iter di approvazione del Piano nazionale per l’assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025-2027 con età superiore a 70 anni. Nelle more dell’approvazione del menzionato Piano rimane in vigore la precedente programmazione di cui al Piano Nazionale della Non Autosufficienza 2022-2024.

Sebbene la Legge delega 33/2023 non espliciti immediatamente il concetto di “non autosufficienza”, stabilisce l’intento di adottare una definizione unitaria di “popolazione anziana non autosufficiente”. Tale perimetro, in linea con gli standard OMS, deve integrare l’età anagrafica con lo stato di fragilità e le eventuali disabilità pregresse. Il percorso è stato intrapreso dal Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29 che identifica la “persona anziana non autosufficiente” come chi presenta gravi limitazioni o perdita di autonomia nelle attività quotidiane e nel funzionamento bio-psico-sociale, valutate con metodologie standardizzate. La definizione integra criteri oggettivi e metodologie per valutare il grado di non autosufficienza, considerando fragilità, multimorbilità e vulnerabilità sociale.

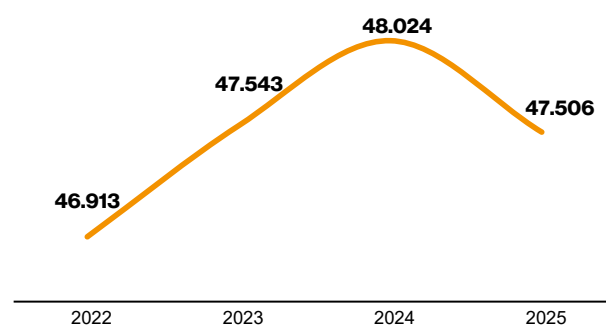
A livello regionale, la Regione ha consolidato un sistema di valutazione della non autosufficienza basato

su un approccio multidimensionale. Lo strumento cardine è la S.Va.M.A.⁶⁶, la scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane, aggiornata al 2026. Tale metodologia di valutazione permette di tracciare un profilo completo della persona, analizzando non solo il quadro clinico e funzionale, ma anche le potenzialità residue, il contesto socio-economico e le specifiche necessità relazionali.

In Veneto, 47.506 le persone anziane non autosufficienti accolte nei servizi residenziali o semiresidenziali.

Nel 2025 in Veneto gli utenti che hanno usufruito, con almeno un giorno di assistenza, delle strutture per persone anziane non autosufficienti sono 47.506: 44.391 sono stati accolti dai servizi residenziali e 3.115 da quelli semiresidenziali.

Fig. 3.4.7 - Persone anziane non autosufficienti accolte dai servizi residenziali e semiresidenziali. Veneto - Anni 2022:2025



Fonte: Elaborazione di Azienda Zero - Sistema Epidemiologico Regionale su dati Regione del Veneto (flusso FAR)

⁶⁶ Introdotta con DGR 1133/2008, recentemente aggiornata con le DGR n. 96/2025, n. 243/2025 e n. 22/2026

Le Unità di offerta (UDO) residenziali per anziani non autosufficienti in Veneto sono 407, mentre quelle semiresidenziali sono 139.

Le persone con disabilità.

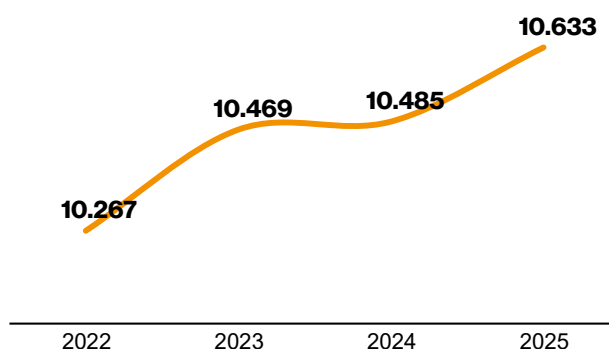
L'ordinamento italiano ha vissuto un'importante evoluzione del concetto di disabilità, avviata con la ratifica della Convenzione ONU (L. 18/2009) e culminata recentemente nella riforma introdotta dalla Legge Delega 227/2023 e dal D.Lgs. 62/2024. Quest'ultimo segna un superamento terminologico e concettuale di quanto precedentemente previsto dalla L. 104/1992, ridefinendo la "persona con disabilità" non più solo in base alla menomazione, ma attraverso l'interazione tra compromissioni funzionali di lunga durata, che interagendo con le barriere esterne ne limitano la partecipazione paritaria.

Il nuovo quadro normativo introduce il procedimento di valutazione di base unitario della disabilità affidato all'INPS che, superando la frammentazione tra prestazioni sanitarie e sociali, adotta lo strumento WHODAS (WHO Disability Assessment Schedule), che misura la salute e la condizione di disabilità, in coerenza con il modello ICF dell'OMS. Tale approccio unitario e globale trova la sua espressione nel "Progetto di Vita", un percorso multidimensionale e bio-psico-sociale centrato sulla persona, la cui elaborazione è affidata agli Ambiti Territoriali Sociali per garantire risposte adeguate al contesto di vita del richiedente. L'implementazione della riforma su scala nazionale è preceduta da una fase sperimentale che, per la Regione del Veneto, vede attualmente coinvolti i territori delle province di Vicenza (dal 30 settembre 2025), Treviso, Venezia e Verona (dal 1° marzo 2026). Questo passaggio si inserisce su un modello di presa in cura già strutturato. Dal 2014, infatti, il sistema regionale adotta la scheda S.Va.M.Di.⁶⁷, uno strumento multidimensionale precorritore rispetto le recenti innovazioni normative poiché già allineato ai parametri ICF. La sfida urgente a livello regionale sarà dunque il potenziamento del modello organizzativo per rendere operativo il nuovo "progetto di vita", garantendo una transizione fluida verso i nuovi standard ministeriali.

In Veneto 10.633 le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali o semiresidenziali.

Nel 2025 gli utenti che hanno avuto accesso, con almeno un giorno di assistenza, alle strutture per persone con disabilità sono state 10.633. Nelle UDO residenziali ne sono state accolte 4.286 e nei Centri Diurni 6.646⁶⁸. Inoltre, 975 persone hanno beneficiato di Progettualità sperimentali esterne al Centro Diurno (DGR 739/2015) e 569 sono state inserite in Progetti innovativi per l'accompagnamento all'inclusione e all'occupabilità (percorsi A e B - DGR 1375/2020).

Fig. 3.4.8 - Persone anziane non autosufficienti accolte dai servizi residenziali e semiresidenziali. Veneto - Anni 2022:2025



Fonte: Elaborazione di Azienda Zero - Sistema Epidemiologico Regionale su dati Regione del Veneto (flusso FAD)

Le UDO residenziali per persone con disabilità in Veneto sono 212 mentre i centri diurni sono 301.

⁶⁷ Deliberazione di Giunta Regionale n.1804 del 06 ottobre 2014.

⁶⁸ Una persona può usufruire di entrambi i servizi.