

4 Confronto residenzialità-domiciliarità

4.1 La situazione in Veneto

Abbiamo ricostruito nei capitoli 2 e 3 le *grandezze* relative alle prestazioni, al finanziamento e ai costi di gestione dei servizi residenziali per le persone anziane non autosufficienti e della domiciliarità per le persone non autosufficienti, tra le quali anche persone disabili (di età inferiore ai 65 anni). Abbiamo misurato i valori ottenuti sul fabbisogno – parametro definito nella programmazione dei servizi residenziali, che abbiamo scelto di utilizzare anche per quelli domiciliari – in modo da tener conto allo stesso tempo delle caratteristiche demografiche e geografiche di ciascuna ULSS.

Proviamo in questo capitolo a confrontare i principali valori ottenuti.

4.1.1 Confronto sui servizi

Un primo risultato che otteniamo è quello di avere una **visione d'insieme sul dimensionamento dei servizi di ciascuna Azienda rispetto alla media regionale**.

Il Grafico 41 rappresenta, per ciascuna ULSS, il posizionamento delle impegnative di residenzialità esistenti e degli utenti ADI – misurati sul fabbisogno – rispetto al valore medio regionale identificato dall'incrocio di linee rosse. Le ULSS collocate nei riquadri a destra hanno un'offerta di residenzialità superiore al fabbisogno regionale. Quelle collocate nei riquadri in alto hanno un maggiore numero di utenti: per le ULSS 12 e 20, tuttavia, il dato sull'ADI non è attendibile, per un probabile difetto di alimentazione del datawarehouse regionale, come abbiamo visto nel capitolo 3.

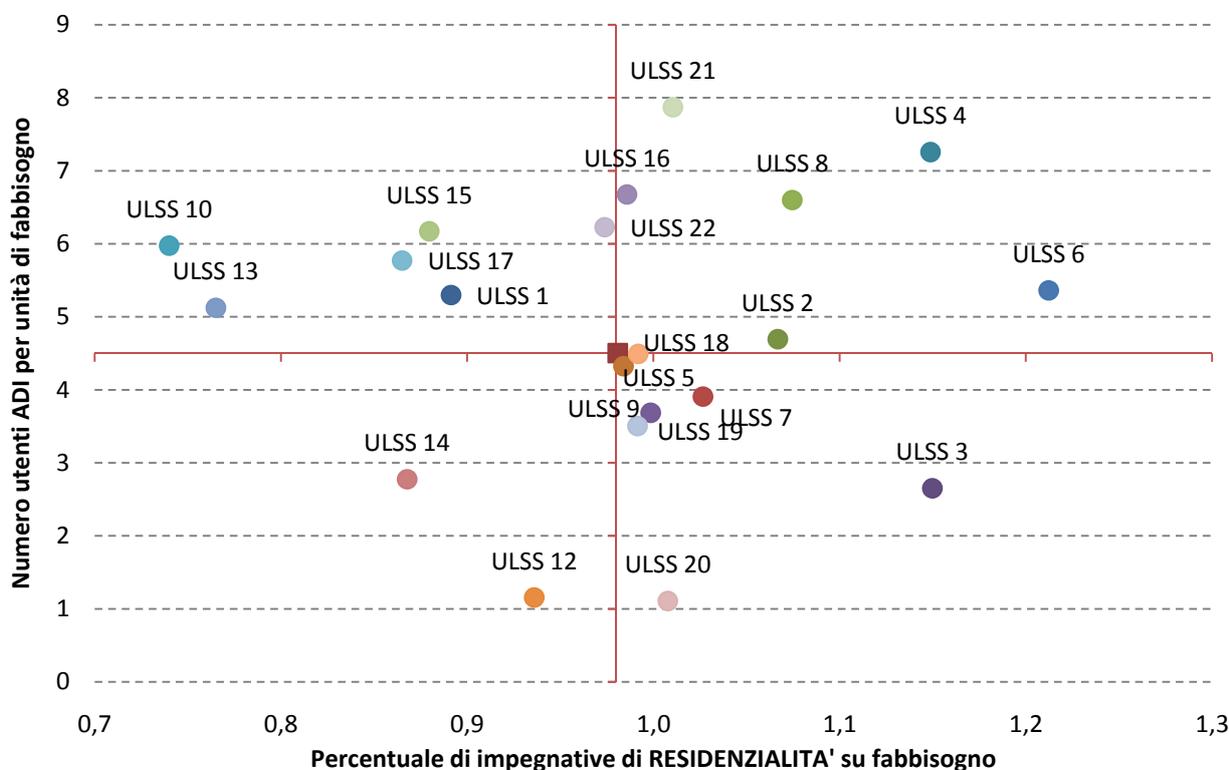


Grafico 41 – Confronto per ULSS tra totale impegnative di residenzialità (anno 2009, cfr. Tabella 15) e totale utenti assistenza domiciliare integrata (anno 2010, cfr. Tabella 71), rapportati al fabbisogno.

Abbiamo visto nel capitolo 3 che le misurazioni sulla domiciliarità non sono sommabili tra loro per quanto riguarda l'utenza: un utente può esserlo anche contemporaneamente per ADI, ADI-SAD e ADC e perciò l'utenza non è definibile come sommatoria dei destinatari dei servizi rilevati. Sarà necessario, in proposito coordinare i sistemi di rilevazione.

Il Grafico 42, propone un confronto analogo al precedente, evidenziando nell'asse verticale il numero di utenti equivalenti dell'Assegno di cura. Esprime perciò un rapporto – sempre ponderato sul fabbisogno – tra il servizio di residenzialità e la corresponsione di contributo economico. Si evince dal grafico che quest'ultima ha un maggiore sviluppo nelle Aziende ULSS dove la residenzialità è sottodimensionata (riquadro in alto a sinistra).

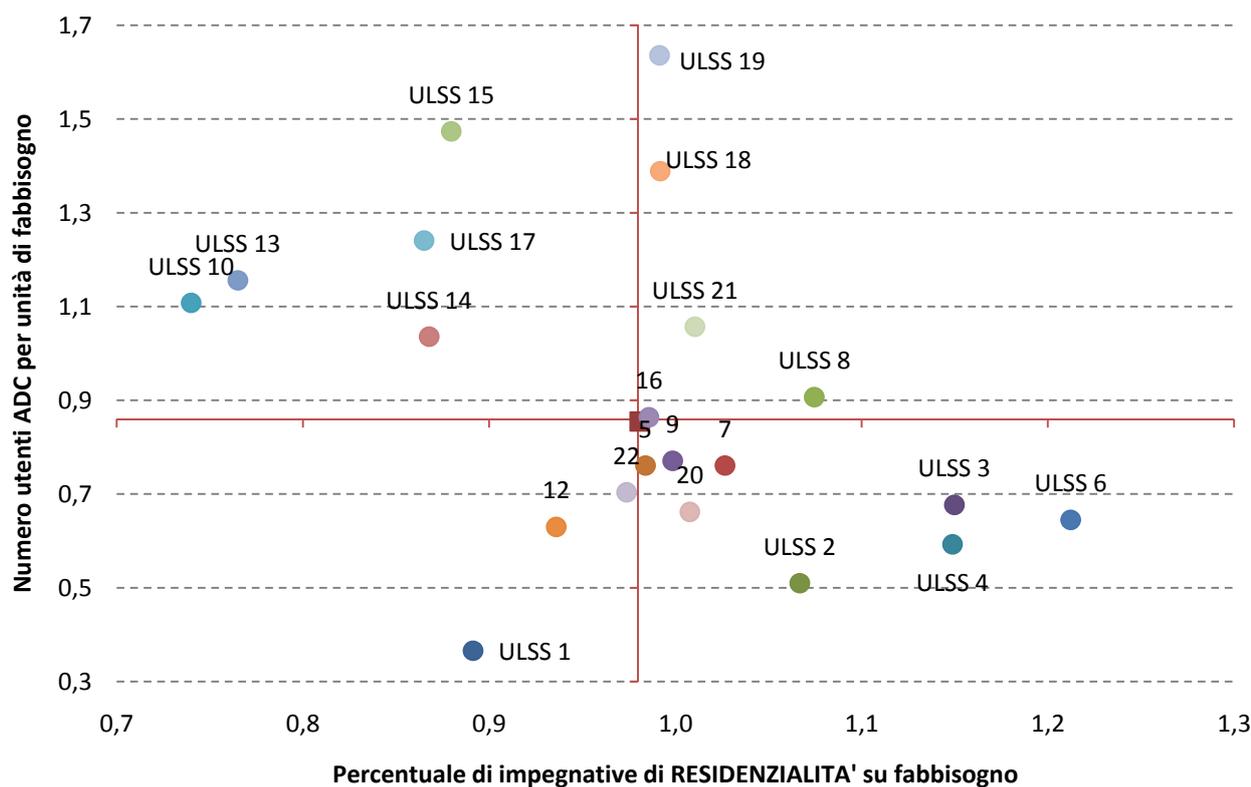


Grafico 42 – Confronto per ULSS tra impegnative di residenzialità (cfr. Tabella 15) e numero utenti equivalenti ADC (cfr. Tabella 80), rapportati al fabbisogno. Anno 2009.

4.1.2 Confronto sui finanziamenti e sui costi

I risultati dei precedenti capitoli ci consentono anche di pesare la sostenibilità delle politiche residenziali con quelle domiciliari tenendo conto di tutti i fattori impiegati.

Il Grafico 43 mette a confronto il finanziamento delle impegnative di residenzialità di 1° e 2° livello con il finanziamento dell'intera domiciliarità all'interno del riparto del Fondo regionale per la non autosufficienza. I valori sono sempre ponderati sul fabbisogno. Anche questo grafico evidenzia per le ULSS del quadrante in alto a sinistra una maggiore contribuzione finanziaria regionale nella domiciliarità per le Aziende sottodimensionate nella residenzialità. Tuttavia occorre rilevare che le scale sono diverse tra residenzialità e domiciliarità: mediamente a livello regionale per ogni unità di fabbisogno si impiegano poco più di 16mila € per la residenzialità e poco meno di 4.500€ per la domiciliarità.

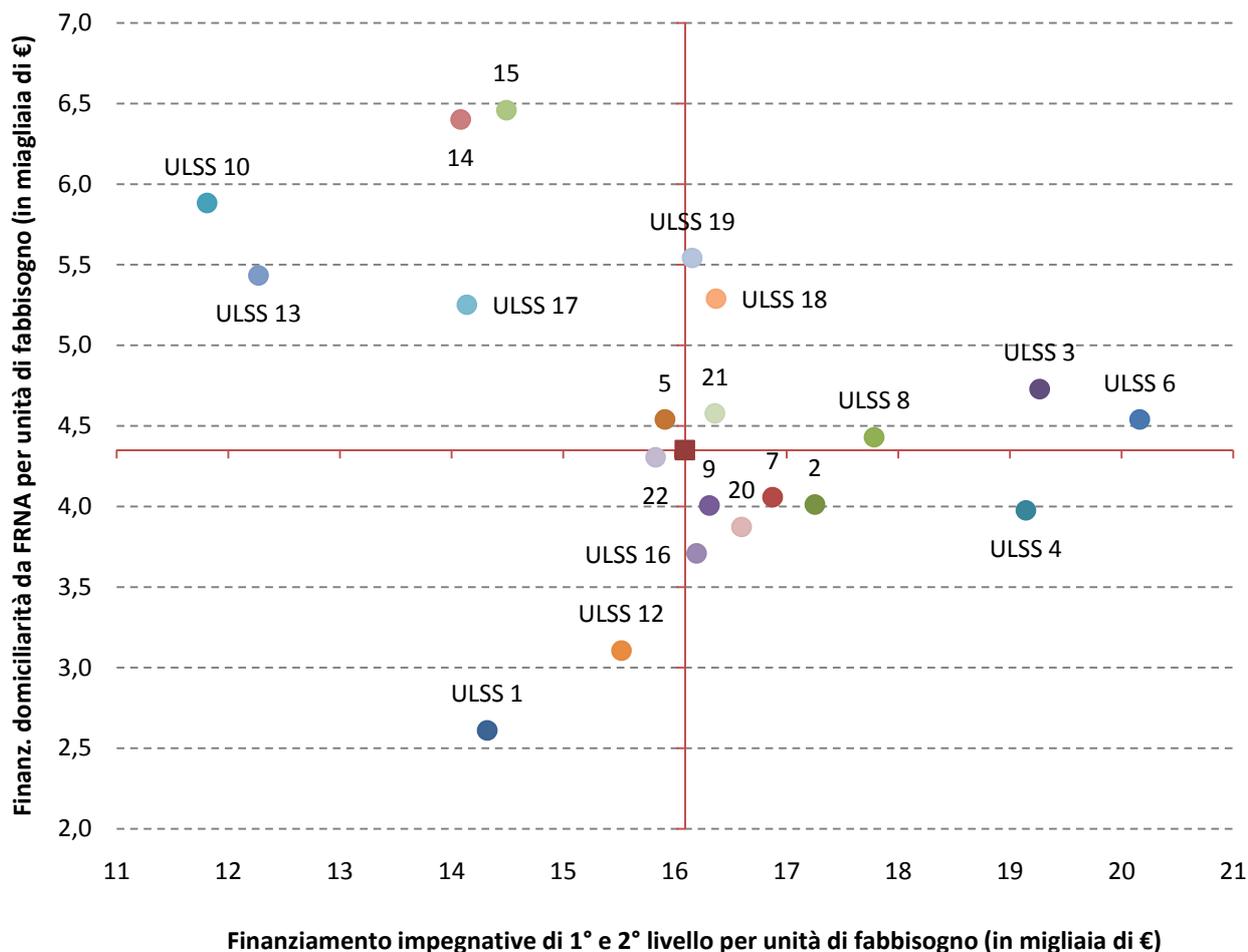


Grafico 43 - Confronto per ULSS tra finanziamento delle impegnative di residenzialità di 1° e 2° livello (cfr. Tabella 32) e finanziamento della domiciliarità con il FRNA (cfr. Tabella 88), ponderati sul fabbisogno. Anno 2009.

Per quanto riguarda i costi, prendiamo come riferimento per la residenzialità i costi totali rilevati dagli LA e per la domiciliarità il costo totale stimato: quest'ultimo è ricavato, come abbiamo definito nel capitolo 3, dalla sommatoria dei costi rilevati dai modelli LA (per i costi sanitari) con i costi rilevati dalle tavole FNA (per i costi relativi al FRNA)²¹.

Il Grafico 44 confronta i costi totali per unità di fabbisogno per la residenzialità e per la domiciliarità. Non si rilevano le ULSS che hanno i costi maggiori, ma quelle che hanno i maggiori costi per unità di fabbisogno. Le Aziende dov'è generalmente alto il costo della residenzialità tendono ad avere costi bassi per la domiciliarità, e viceversa.

²¹ Diversamente dal dato sui servizi domiciliari, abbiamo ritenuto che i costi rilevati nei due ambiti siano invece sommabili tra loro.

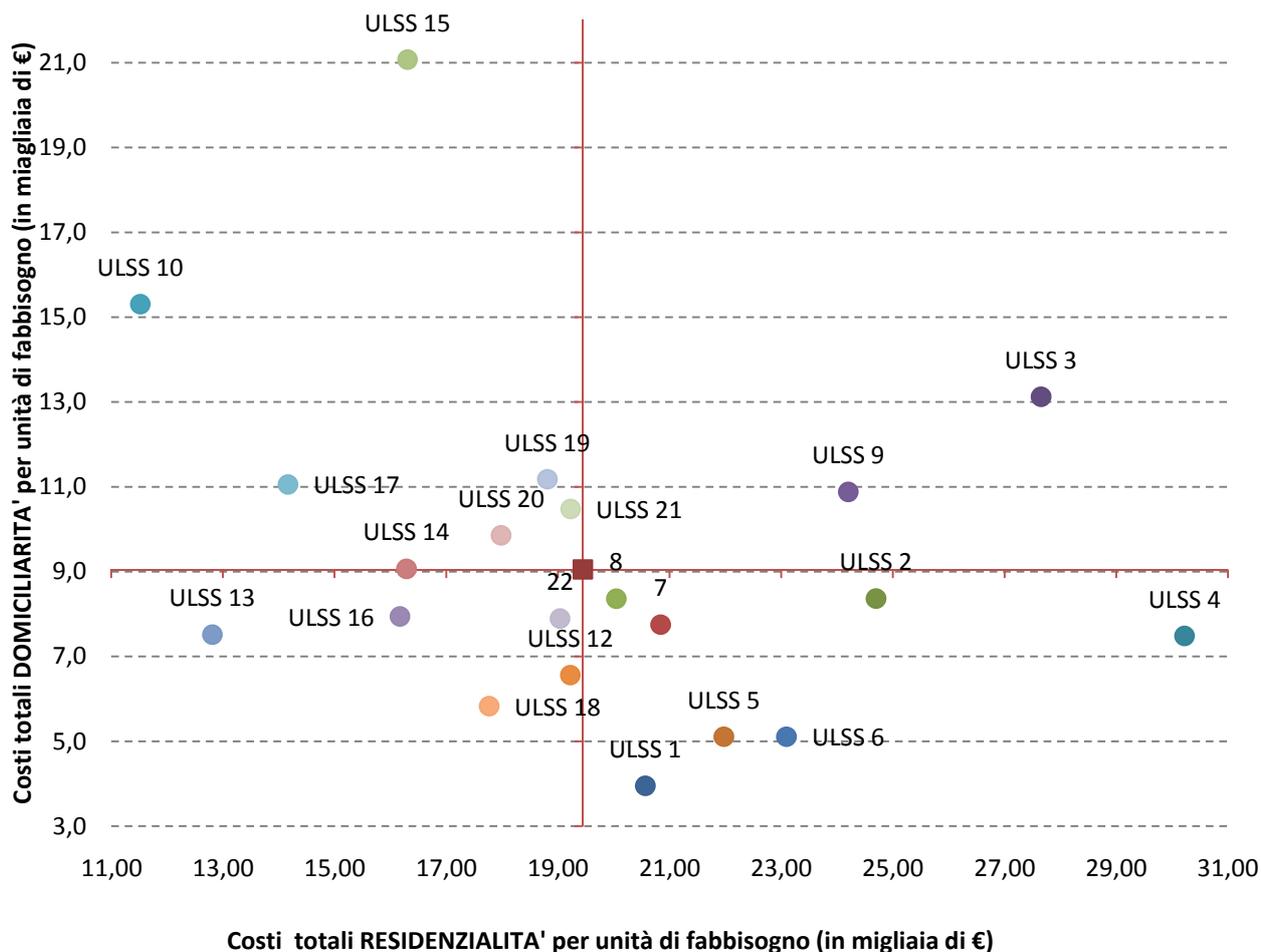


Grafico 44 - Confronto per ULSS tra costi totali della residenzialità (da modelli LA, cfr. Tabella 46 o Tabella 51) e costi totali della domiciliarità, (da modelli LA e tavole FNA, cfr. Tabella 94), ponderati sul fabbisogno. Anno 2009.

4.1.3 Confronto sulla produttività

Con i due grafici di questo paragrafo misuriamo e confrontiamo, invece, il rapporto tra i costi e i servizi prodotti.

Il Grafico 45 in orizzontale riporta i costi totali della residenzialità per unità di fabbisogno, stimati al netto dei religiosi, valori che abbiamo utilizzato nei grafici radiali del capitolo 2.

In verticale sono riportate le impegnative di residenzialità di 1° e 2° livello, sempre divise per il fabbisogno.

Il posizionamento delle ULSS è abbastanza regolare: ad alti volumi di produzione di servizi corrispondono maggiori costi (riquadro in alto a destra) e, viceversa, per minori volumi minori costi (in basso a sinistra).

Si tratta di risultati ragionevoli, anche per il fatto che, come abbiamo visto nel capitolo 2, i costi delle prestazioni sanitarie per gli utenti dei centri di servizio residenziali sono sostenuti (salvo rivalsa) dalle aziende presso le quali hanno sede i servizi stessi e non da quelle di provenienza degli utenti.

Interessante la situazione delle aziende del riquadro in alto a sinistra che rilevano minori costi pur in presenza di un lieve sovradimensionamento del numero delle impegnative.

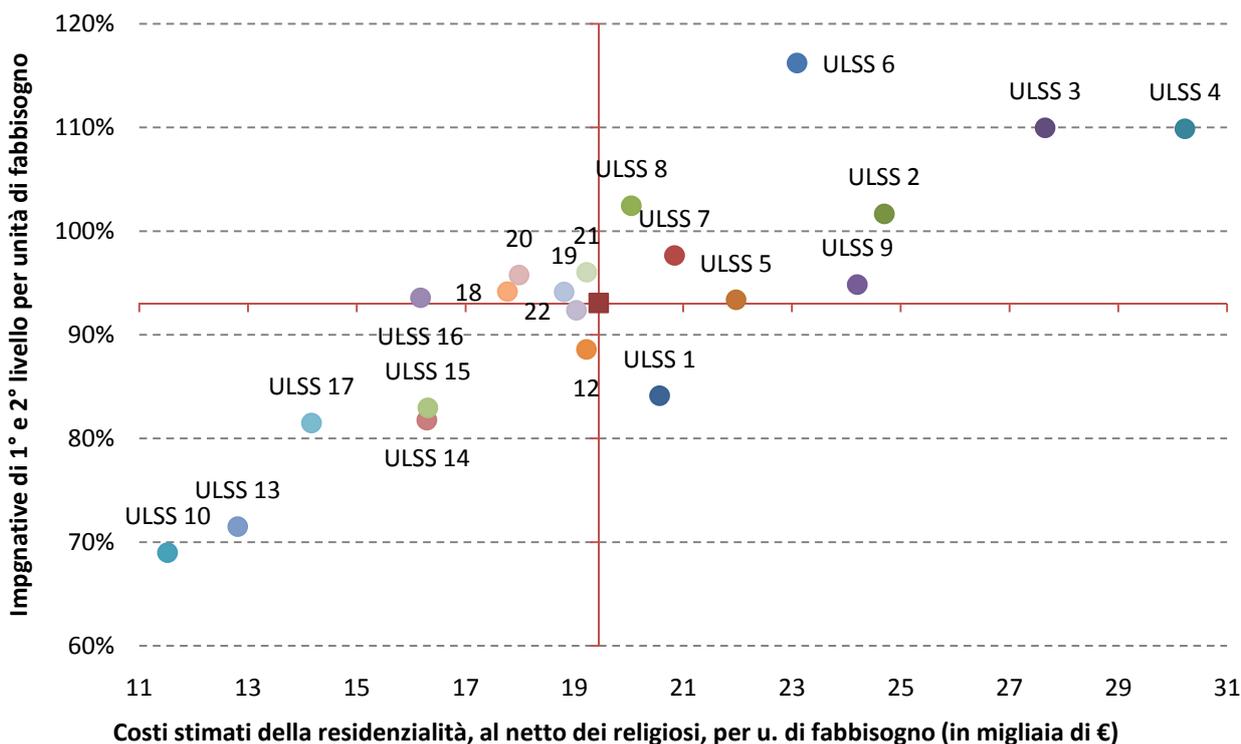


Grafico 45 – Confronto per ULSS tra i costi della residenzialità (stimati al netto dei religiosi, cfr. Tabella 59) e le impegnative di 1° e 2° livello (cfr. Tabella 57), ponderati sul fabbisogno. Anno 2009.

Da ultimo, confrontiamo i costi della domiciliarità con il numero di utenti, sempre per unità di fabbisogno. Nel Grafico 46 la distribuzione delle Aziende ULSS non segue un andamento lineare come nel Grafico 45.

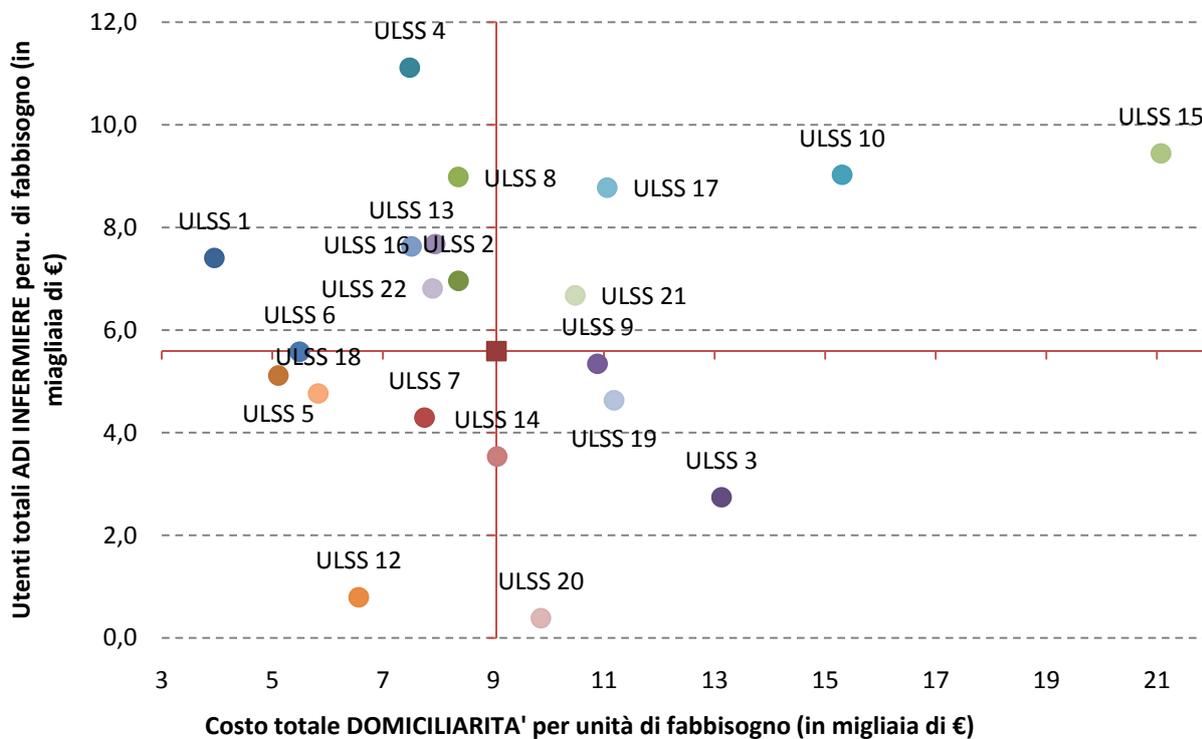


Grafico 46 – Confronto per ULSS tra i costi della domiciliarità (cfr. Tabella 97) e gli utenti ADI infermieristica (cfr. Tabella 96), per unità di fabbisogno. Anno 2009/2010.

Le ragioni vanno ricercate con maggiore probabilità nella necessità di migliorare le rilevazioni sia sui costi che sui numeri degli utenti della domiciliarità, che abbiamo meglio evidenziato nel capitolo 3.

4.2 Il Veneto in Italia

Il Grafico 41 è confrontabile con la Figura 1, dove la residenzialità e la domiciliarità sono espresse come percentuale di anziani utenti delle rispettive tipologie di servizio. Definito il punto di equilibrio tra le due categorie «le regioni italiane non confermano il trend internazionale, per cui alla crescita di una tipologia di assistenza corrisponde l'incremento dell'altra, e viceversa, ma si distribuiscono su quattro modelli»²².

I dati che citiamo provengono dal Rapporto 2009 sull'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia

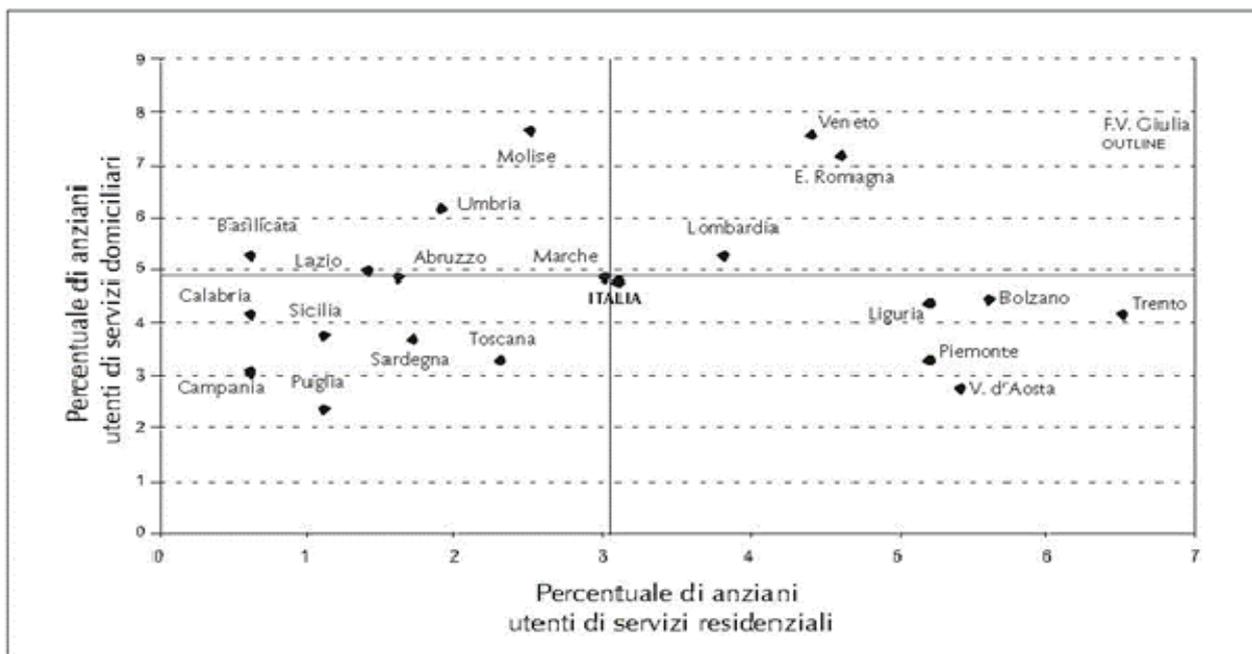


Figura 1 – Utenza di servizi domiciliari e residenziali nelle Regioni. % di anziani 2005-2007. Fonte: NNA. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009.

I quattro modelli individuati nel Rapporto 2009 sono:

- "lo sviluppo equilibrato", dove sia la domiciliarità sia la residenzialità si collocano sopra la media nazionale (quadrante in alto a destra), in particolare l'Emilia-Romagna e il Veneto;
- "la predominanza della domiciliarità", dove quest'ultima è superiore alla media e la residenzialità inferiore (quadrante in alto a sinistra); come l'Umbria e il Molise;
- "la predominanza della residenzialità", dove la situazione è opposta (quadrante in basso a destra); in particolare il Piemonte;
- "l'offerta debole", dove entrambe le percentuali sono inferiori alla media (quadrante in basso a sinistra); la maggior parte delle regioni meridionali.

²² "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009". A cura di N.N.A. Network Non Autosufficienza. Maggioli Editore, 2009. Il volume è scaricabile liberamente da <http://www.maggioli.it/rna/> dov'è disponibile anche il Rapporto 2010.

5 Approfondimenti

5.1 I livelli essenziali di assistenza in area socio-sanitaria

Le prestazioni del FRNA coprono i livelli essenziali di assistenza in area socio-sanitaria definiti in attuazione del DPCM 29 novembre 2001, sia quelli che devono essere garantiti a livello nazionale che quelli aggiuntivi definiti dalla programmazione regionale, che hanno trovato una prima enucleazione con le DGR 2227/2002 e 3972/2002.

Si riporta qui di seguito lo schema relativo alle aree della non autosufficienza contenuto nella DGR 3972/2002, con il quale si definisce per ciascun livello la fonte se si tratta di azioni da finanziare con la spesa sanitaria (di competenza regionale) o con la spesa sociale (di competenza comunale) e in che misura percentuale. L'ultima colonna a destra evidenzia quali prestazioni costituiscono un livello ulteriore regionale rispetto ai LEA definiti a livello nazionale, comunemente definite "Extra LEA".

Area Anziani			
PRESTAZIONI	SPESA SANITARIA	SPESA SOCIALE	LIVELLO ULTERIORE REGIONALE (c.d. extra LEA)
A) Prestazioni ambulatoriali di medicina generale, di medicina specialistica, di assistenza infermieristica, di riabilitazione e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti	100%	0	
B) Assistenza domiciliare integrata (ADI) e assistenza programmata, secondo il piano individualizzato:			
- prestazioni afferenti funzioni sanitarie	100%		
- prestazioni di assistenza diretta alla persona (assistenza tutelare e di collaborazione con le figure infermieristiche). <i>Non si tratta di prestazioni proprie dell'infermiere professionale, ma di prestazioni effettuate da operatori diversi che collaborano con l'infermiere professionale, di tipo socio-sanitario. La componente sanitaria può essere minima e deve essere individuata all'interno delle singole realtà territoriali.</i> <i>* Comprensivo del contributo ai Comuni di cui al capitolo 60043 (oggi colonna "ADI" nel riparto della domiciliarità, cap. 101176), che, se pure assegnato ai Comuni, viene alimentato dal Fondo sanitario.</i>	Fino al 60%*	Almeno il 40%	
- prestazioni educative organizzative fornite come sostegno all'organizzazione familiare e/o al contesto domiciliare (servizi di auto-aiuto, sostituzione a tempo dei familiari, disbrigo pratiche, fornitura pasti, aiuto domestico).		100 %	
- assegni di cura di cui alla LR 28/91 e all'art. 40 della LR 5/2001.	100%		Extra LEA
- iniziative di telesoccorso e teleassistenza <i>Salva la quota di compartecipazione dell'utente di cui alla DGR 2509/07</i>	100%		Extra LEA
C) assistenza domiciliare semplice (SAD)		100%	
D) prestazioni di semiresidenzialità socio-sanitaria presso i centri diurni (...) comprensive di prestazioni di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti anche quando attengono al sollievo della famiglia. La convenzione tra ULSS e strutture garantisce le prestazioni e le forniture sanitarie, secondo lo schema di convenzione approvato dalla Regione. <i>* Con riferimento al valore medio della retta regionale, definita sulla base</i>	50%*	50%*	

degli standard regionali, previo parere della conferenza regionale per la programmazione socio-sanitaria.

E) prestazioni di residenzialità socio-sanitaria comprensive delle prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative presso i centri di servizio autorizzati/accreditati.

La convenzione tra ULSS e strutture garantisce le prestazioni e le forniture sanitarie, secondo lo schema di convenzione approvato dalla Regione.

Per quanto riguarda gli SVP e i SAPA e le apposite sezioni delle grandi strutture (2537/2000 – IRE) si applicano le direttive di cui alle DGR 702/2000, 2208/2001 e 2537/2000)

* Con riferimento al valore medio della retta regionale, definita sulla base degli standard regionali, previo parere della conferenza regionale per la programmazione socio-sanitaria.

Tabella 98 - Livelli di assistenza: Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani e persone non autosufficienti – Fonte DGR 3972/2002.

Area Disabili fisici, psichici, sensoriali

PRESTAZIONI	SPESA SANITARIA	SPESA SOCIALE	LIVELLO ULTERIORE REGIONALE (c.d. extra LEA)
A) Prestazioni ambulatoriali di medicina generale, di medicina specialistica, di assistenza psicologica, infermieristica, di riabilitazione e recupero funzionale	100%		
B) Assistenza domiciliare integrata (ADI) e assistenza programmata, secondo il piano individualizzato			
- prestazioni afferenti funzioni sanitarie	100%		
- prestazioni di assistenza diretta alla persona (assistenza tutelare e di collaborazione alle figure infermieristiche	Fino al 60%*	Almeno il 40%	
Le prestazioni di assistenza diretta alla persona, erogate da operatori diversi dall'infermiere professionale, hanno un rilievo sia sanitario che sociale e la componente sanitaria può essere minima. Tale componente deve essere individuata all'interno delle singole realtà territoriali.			
* Comprensivo del contributo ai Comuni di cui al capitolo 60043 (oggi colonna "ADI" nel riparto della domiciliarità, cap. 101176), che, se pure assegnato ai Comuni, viene alimentato dal Fondo sanitario.			
C) assistenza domiciliare semplice (SAD)		100%	
D) Assistenza protesica	100%		
E) Rimborso spese a cura di programmi riabilitativi all'estero in centri di elevata specializzazione	100%		
F) Prestazioni dei centri e presidi di riabilitazione ex DPR 14.1.1997 e DGR 253/2000 (tempo pieno, diurno, ambulatoriale, domiciliare, extramurale, diurnato diagnostico, prima visita) sulla base del percorso individualizzato ed entro termini temporali definiti.	100%		
G) Prestazioni in regime semiresidenziale nella fase di lungo assistenza (CEOD, ora Centri Diurni)			
- prestazioni diagnostiche e terapeutiche	100%		
- prestazioni riabilitative, educative e di socializzazione anche quando attengono al sollievo della famiglia	67,5%	32,5%	Extra LEA
H) Prestazioni di residenzialità socio-sanitaria presso i centri di servizio accreditati, comprensive delle prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative.	50%*	50%*	L'onere del 10% di spesa sanitaria
* Con riferimento al valore medio della retta regionale, definita sulla base			

<i>degli standard regionali, previo parere della conferenza regionale per la programmazione socio-sanitaria.</i>			
HH) Prestazioni di residenzialità socio-sanitaria a superiore intensità lungoassistenziale presso le apposite sezioni delle grandi strutture di cui alla DGR 2537/2000. <i>* Con riferimento al valore medio della retta regionale, definita sulla base degli standard regionali, previo parere della conferenza regionale per la programmazione socio-sanitaria.</i>	70%	30%**	aggiuntivo rispetto al 40% previsto dal DPCM corrisponde ad un ulteriore livello regionale.
HHH) comunità alloggio.	30%	70%	
La convenzione tra ULSS e Strutture residenziali garantisce le prestazioni e le forniture sanitarie, secondo lo schema di convenzione tipo approvato dalla Regione.			
I) Assistenza sociale, scolastica ed educativa e programmi di inserimento sociale ed educativo		100%	

Tabella 99 - Livelli di assistenza: Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali – Fonte: DGR 3972/2002.

6 Appendice normativa

Legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 (BUR n. 19-1/2008) LEGGE FINANZIARIA REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2008

(...)

Art. 3 - Fondo regionale per la non autosufficienza.

1. Al fine di ampliare ed implementare il sistema regionale di assistenza sociale e di protezione per le persone non autosufficienti e di tutelare le loro famiglie, di potenziare la rete dei servizi e garantire le prestazioni attraverso la realizzazione di progetti individuali per le persone non autosufficienti, nonché di erogare titoli per la fruizione di prestazioni sociali e socio-sanitarie commisurati alla gravità del bisogno, a decorrere dal 1° luglio 2008 è istituito il fondo regionale per la non autosufficienza.

2. Nel fondo di cui al comma 1 confluiscono:

- a) le risorse del fondo per la non autosufficienza di cui all'articolo 43 della legge regionale 14 gennaio 2003, n. 3 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2003";
- b) le risorse del fondo per la domiciliarità di cui all'articolo 26 della legge regionale 25 febbraio 2005, n. 9 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2005";
- c) le risorse destinate al finanziamento del servizio di telesoccorso e telecontrollo a domicilio con sistemi telematici integrati;
- d) le risorse destinate al finanziamento dell'attività di assistenza semiresidenziale di tipo riabilitativo ed educativo nei centri diurni delle persone con disabilità, rientranti nell'ambito delle somme assegnate alle aziende ULSS per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 e alla deliberazione della Giunta regionale 3972/2002 e successive modificazioni ed integrazioni.

3. Nel fondo di cui al comma 1 confluiscono altresì le risorse derivanti dallo Stato o da altri soggetti pubblici o privati destinati alla non autosufficienza.

4. omissis

5. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo si fa fronte con le risorse allocate nell'upb U0243 "Fondo regionale per la non autosufficienza" del bilancio di previsione 2008 e pluriennale 2008-2010.

6. Ogni disposizione in contrasto con il presente articolo si intende implicitamente abrogata.

(...)

Legge regionale 18 dicembre 2009, n. 30 (BUR n. 104/2009) DISPOSIZIONI PER LA ISTITUZIONE DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER LA SUA DISCIPLINA

Art. 1 - Oggetto.

1. La Regione del Veneto, nel rispetto delle disposizioni del Titolo V della Costituzione, al fine di assicurare alle persone non autosufficienti un sistema regionale di assistenza sociale e socio-sanitaria e di protezione nonché di tutelare le famiglie o i soggetti che le assistono, istituisce e disciplina il fondo regionale per la non autosufficienza, di seguito denominato Fondo, ricomprendendo al suo interno il fondo per la non autosufficienza di cui dall'articolo 3 della legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008".

2. La presente legge individua i destinatari e disciplina le modalità di costituzione, di alimentazione e di gestione del Fondo, e le prestazioni a carico del Fondo stesso.

3. Il Fondo garantisce universalità di accesso al servizio e il diritto di scelta delle prestazioni da parte dei destinatari, nel rispetto dei criteri generali della programmazione regionale in materia socio-sanitaria.

Art. 2 - Destinatari.

1. Ai fini della presente legge sono non autosufficienti le persone che, solo con l'aiuto determinante di altri, possono provvedere alla cura della propria persona e possono mantenere una normale vita di relazione e le persone con disabilità che necessitano di interventi socio-riabilitativi e assistenziali in modo continuativo.

2. La Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, stabilisce:

a) i criteri per l'individuazione e l'accertamento della non autosufficienza, anche sulla base dei principi della "International classification of functioning, disability and health" (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS);

b) le procedure di valutazione del bisogno assistenziale da seguire nel progetto individualizzato approvato dall'Unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD);

c) i requisiti e le modalità di accesso alle prestazioni da erogare a favore della persona non autosufficiente;

d) lo schema-tipo dell'accordo che va stipulato tra l'azienda unità locale socio sanitaria (ULSS) di residenza della persona assistita e i fruitori delle prestazioni e l'ente locale, contenente le modalità di erogazione dei servizi.

3. Il parere della competente commissione consiliare di cui al comma 2 è reso entro trenta giorni dalla richiesta; decorso tale termine la Giunta regionale può prescindere. In sede di prima applicazione il provvedimento della Giunta regionale di cui al comma 2 è approvato entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

4. Le prestazioni sono erogate sulla base del progetto individualizzato approvato dall'Unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD) della azienda ULSS competente.

5. Le prestazioni a carico del Fondo sono liberamente scelte, a garanzia degli interessi della persona non autosufficiente; tale scelta avviene in seguito alla stipulazione di un accordo sottoscritto sulla base dello schema-tipo di cui al comma 2, lettera d).

Art. 3 - Finalità del Fondo.

1. Ferme restando le competenze del servizio sanitario regionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie acute e croniche da cui può derivare una condizione di non autosufficienza permanente, il Fondo ha le seguenti finalità:

a) potenziare la rete dei servizi e garantire le prestazioni assistenziali;

b) erogare contributi economici commisurati alla gravità del bisogno;

c) assicurare l'accesso ai centri di servizio di tipo residenziale o semiresidenziale, autorizzati ai sensi della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali" e successive modificazioni;

d) sviluppare iniziative di solidarietà, anche con l'intervento di soggetti pubblici e privati che erogano servizi a carattere sociale e socio-sanitario, finalizzate ad agevolare il mantenimento presso il domicilio della persona non autosufficiente.

Art. 4 - Prestazioni del Fondo.

1. Il Fondo finanzia l'accesso alle prestazioni e ai servizi sociali e socio-sanitari non sostitutivi di quelli sanitari, così come indicati nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie", e tenuto conto delle prestazioni aggiuntive regionali. Non sono a carico del Fondo le prestazioni sanitarie individuate dalla Giunta regionale in applicazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e successive modificazioni.

2. A carico del Fondo sono compresi:

a) prestazioni erogate a domicilio o contributi economici, anche sotto forma di assegni di cura;

- b) prestazioni di assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria, nell'ambito di programmi di intervento a favore di persone non autosufficienti;
- c) prestazioni in regime semiresidenziale, nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili, comprensive delle prestazioni riabilitative, educative e di socializzazione, anche quando attengono al sollievo della famiglia;
- d) prestazioni a carattere socio-sanitario in regime semiresidenziale, comprensive di azioni di recupero e di mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, anche quando attengono al sollievo della famiglia;
- e) prestazioni a carattere socio-sanitario rese in centri di servizio residenziali a favore di disabili fisici, psichici, intellettivi e sensoriali;
- f) prestazioni a carattere socio-sanitario rese in centri di servizio residenziali a favore di persone non autosufficienti;
- g) interventi di telesoccorso e telecontrollo;
- h) prestazioni a carattere previdenziale, quali oneri sociali e contributi figurativi per i soggetti che assistono persone non autosufficienti.

Art. 5 - Ripartizione e gestione del Fondo.

1. La Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, entro il 31 dicembre di ogni anno, provvede alla ripartizione del Fondo sulla base di criteri contestualmente fissati e concernenti:

- a) indicatori demografici e socio-economici;
- b) indicatori relativi alla incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;
- c) indicatori relativi alle persone disabili e non autosufficienti accolte nei centri di servizio residenziali e semiresidenziali;
- d) indicatori relativi alla consistenza della dotazione di servizi alla persona, di centri di servizio, della rete dei servizi per la prevenzione e cura, sia pubblici che privati.

2. Al fine di garantire l'applicazione dei principi di sussidiarietà e trasparenza amministrativa, la Giunta regionale assicura la più ampia partecipazione dei soggetti che operano nella gestione del sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali a favore delle persone non autosufficienti. Al fine della predisposizione dei criteri di ripartizione del Fondo, di cui al comma 1, la Giunta regionale consulta i soggetti maggiormente rappresentativi nel territorio regionale degli interessi delle persone non autosufficienti di cui all'articolo 2.

3. La Giunta regionale per la elaborazione dei criteri di cui al comma 1 acquisisce il parere della Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria, di cui all'articolo 113 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112" e successive modificazioni, da esprimersi entro trenta giorni, trascorsi i quali esso si intende espresso favorevolmente.

4. Le risorse appartenenti al Fondo vengono assegnate con vincolo di destinazione alle aziende ULSS competenti territorialmente e gestite con contabilità separata.

5. L'accesso al Fondo e la sua gestione esecutiva sono affidati alle aziende ULSS, tenuto conto dei livelli di programmazione approvati dalla conferenza dei sindaci ai sensi degli articoli 5 e 8 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modificazioni.

Art. 6 - Misura delle prestazioni.

1. La Giunta regionale definisce annualmente l'importo massimo mensile a carico del Fondo per le prestazioni di cui all'articolo 4, previo parere della competente commissione consiliare che si esprime entro trenta giorni, trascorsi i quali si prescinde dal parere.

2. Le prestazioni garantite dal Fondo non sono sostitutive bensì integrative di quelle sanitarie o di rilievo sanitario e sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata socio-sanitaria.

3. Per i beneficiari delle prestazioni a carico del Fondo, l'indennità di accompagnamento è considerata ai fini dell'approvazione del progetto individualizzato di cui all'articolo 2; **non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa per le prestazioni a carattere semiresidenziale erogate presso i centri diurni a favore dei soggetti disabili.**

4. Per i beneficiari delle prestazioni a carattere residenziale, l'importo di cui al comma 1 è ridotto in misura pari alle somme percepite a titolo di trattamento pensionistico, ferma restando la conservazione di una quota del medesimo non inferiore alla somma corrispondente al 25 per cento del trattamento minimo di pensione INPS per i lavoratori dipendenti.

5. Per le prestazioni a carattere residenziale di cui al comma 4 e per la parte di spesa non coperta dai livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) la Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, adotta un atto di indirizzo che stabilisce i criteri per la compartecipazione alla spesa al fine di assicurare uniformità ed omogeneità agli interventi sul territorio regionale.

6. Qualora le prestazioni erogate siano di natura mista, l'importo di cui al comma 1 è erogato in misura proporzionale alla tipologia degli interventi prestati.

7. Le prestazioni erogate direttamente dalle amministrazioni locali e dalle aziende ULSS fanno parte delle prestazioni a carico del Fondo e il relativo costo è detratto dall'importo massimo erogabile.

8. Le prestazioni a carico del Fondo sono ridotte proporzionalmente alla soddisfazione dei bisogni della persona e al mantenimento dei servizi in essere di cui la stessa usufruisce in caso di ricovero in struttura ospedaliera per un periodo superiore a trenta giorni e con decorrenza dal trentunesimo giorno.

Art. 7 - Dotazione del Fondo.

1. Il Fondo è alimentato dalle risorse finanziarie di seguito elencate:

- a) stanziamenti previsti dal bilancio della Regione del Veneto per gli interventi e le prestazioni relative al fondo regionale per la non autosufficienza di cui all'articolo 3 della legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 ;
- b) **assegnazioni dello Stato finalizzate agli interventi e alle prestazioni a carattere sociale e socio-sanitario;**
- c) contributi degli enti locali, comprensivi della quota per le prestazioni sociali delle quali sono titolari, secondo gli indirizzi stabiliti dalla Giunta regionale, previo parere della Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria di cui all'articolo 113 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 e successive modificazioni;
- d) eventuali risorse e contributi comunque disposti da soggetti pubblici o privati, anche sotto forma di lasciti e donazioni;
- e) interessi attivi e proventi derivanti dalla gestione del Fondo;
- f) quota del gettito dell'addizionale regionale IRPEF, da determinarsi annualmente con legge regionale finanziaria, nonché ulteriori entrate da determinarsi con successiva legge regionale.

Art. 8 - Monitoraggio, verifiche e controlli.

1. La Giunta regionale definisce le modalità di monitoraggio, verifica e controllo del sistema delle prestazioni erogate in base alla presente legge, nonché di gestione dei finanziamenti pubblici e dei risultati ottenuti.

Art. 9 - Abrogazioni.

1. Sono o restano abrogate le seguenti disposizioni:

- a) il paragrafo 4.3.1 dell'Allegato alla legge regionale 20 luglio 1989, n. 22 , "Piano sociale regionale per il triennio 1989-1991";
- b) l'articolo 34 della legge regionale 30 gennaio 2004, n. 1 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2004";

- c) l'articolo 26 legge regionale 25 febbraio 2005, n. 9 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2005" e l'articolo 1 della legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione";
- d) il comma 4 dell'articolo 3 della legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008".

Art. 10 - Dichiarazione d'urgenza.

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi dell'articolo 44 dello Statuto ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

Legge regionale 25 febbraio 2005, n. 9 (BUR n. 24/2005) LEGGE FINANZIARIA REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2005

(...)

Art. 26 - Istituzione del fondo per la domiciliarità – Testo storico

Articolo abrogato da lett. c) comma 1 art. 9 legge regionale 18 dicembre 2009, n. 30 ; in precedenza il comma 2 dell'art. 3 della legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 stabiliva che le risorse previste dal presente articolo confluissero nel fondo regionale per la non autosufficienza istituito e disciplinato dal medesimo articolo 3.

1. È istituito il fondo per la domiciliarità destinato al finanziamento di:

- a) interventi a favore delle persone anziane non autosufficienti;
- b) interventi a favore delle persone disabili in condizione di gravità.

2. Gli interventi con caratteristiche universalistiche di cui al comma 1, lettera a), sono destinati alle persone anziane non autosufficienti assistite a domicilio, alle famiglie che assistono persone non autosufficienti avvalendosi di assistenti familiari e agli interventi di sollievo, ai sensi della legge regionale 6 settembre 1991, n. 28 "Provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio e norme attuative delle residenze sanitarie assistenziali" e successive modificazioni, dell'articolo 40 della legge regionale 9 febbraio 2001, n. 5 "Provvedimento generale di rifinanziamento e di modifica di leggi regionali per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (Legge finanziaria 2001)", dell'articolo 13, comma 2, lettera e), della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5 "Piano sociosanitario regionale per il triennio 1996/1998", nonché delle deliberazioni della Giunta regionale 11 ottobre 2002, n. 2907 e 31 dicembre 2001, n. 3960.

3. Gli interventi con caratteristiche universalistiche di cui al comma 1, lettera b), sono destinati alle persone disabili in condizione di gravità, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" e successive modificazioni, della legge 28 agosto 1997, n. 284 "Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati", nonché della legge regionale 6 settembre 1991, n. 28 e dell'articolo 13 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5.

4. Per l'anno 2005 gli interventi di cui ai commi 2 e 3 sono attuati con le medesime modalità gestionali utilizzate nel 2004. La Giunta regionale con proprio provvedimento, sentita la competente Commissione consiliare, definisce, garantendo la prosecuzione degli interventi già assicurati, le linee guida per la predisposizione del piano locale della domiciliarità da parte delle conferenze dei sindaci, le modalità di sperimentazione ed i criteri per la programmazione locale, che avranno effetto dal successivo anno finanziario.

5. A partire dall'anno 2005 i servizi di assistenza personalizzata per la vita indipendente, destinati a persone con disabilità grave, sono finanziati con parte del fondo di cui al comma 1 lettera b) in misura non inferiore ad euro 4.000.000,00.
6. Per l'attuazione del presente articolo è autorizzata, per l'esercizio 2005, una spesa di euro 62.515.000,00 (upb U0152 "Servizi a favore delle persone disabili, adulte ed anziane").
7. Fatto salvo quanto previsto al comma 4, a decorrere dalla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto del provvedimento della Giunta regionale di cui al medesimo comma, sono abrogati:
- a) la legge regionale 6 settembre 1991, n. 28 "Provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio e norme attuative delle residenze sanitarie assistenziali" come novellata da:
 - 1) articolo 16 della legge regionale 27 gennaio 1993, n. 8 "Provvedimento generale di rifinanziamento e di modifica di leggi regionali per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (Legge finanziaria 1993)";
 - 2) articolo 70 della legge regionale 28 gennaio 2000, n. 5 "Provvedimento generale di rifinanziamento e di modifica di leggi regionali per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (Legge finanziaria 2000)";
 - b) il regolamento regionale 27 dicembre 1991, n. 9 "Determinazione delle procedure e delle modalità previste dall'articolo 3, comma 3 della legge regionale 6 settembre 1991, n. 28 per la gestione delle provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio";
 - c) l'articolo 40 della legge regionale 9 febbraio 2001, n. 5 "Provvedimento generale di rifinanziamento e di modifica di leggi regionali per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (Legge finanziaria 2001)", come modificato dall'articolo 6 della legge regionale 16 agosto 2002, n. 28 .
- (...)

Legge regionale 18 marzo 2011, n. 7 (BUR n. 23-1/2011)

LEGGE FINANZIARIA REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2011

(...)

Art. 8 - Fondo regionale di rotazione per la costruzione e ristrutturazione del patrimonio immobiliare destinato a servizi sociali e socio-sanitari.

1. È istituito un fondo regionale di rotazione per la concessione di finanziamenti in conto capitale a rimborso, senza oneri per interessi, destinato alla costruzione, ristrutturazione, acquisto arredi o ogni tipologia di manutenzione del patrimonio immobiliare pubblico e privato destinato a servizi sociali e socio-sanitari.
2. Sono destinatari degli interventi di cui al comma 1 i soggetti pubblici e privati di cui all'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112".
3. Il fondo può essere integrato con somme versate da istituti di credito, fondazioni bancarie, enti locali ovvero altri soggetti pubblici e privati, sulla base di specifiche convenzioni.
4. La Giunta regionale, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sentita la competente commissione consiliare che si esprime entro sessanta giorni decorsi i quali si prescinde, determina le modalità di presentazione delle domande per l'accesso al fondo e i criteri di erogazione delle somme a rimborso e senza oneri per interessi, sulla base delle seguenti prescrizioni:
 - a) erogazione di somme in conto capitale sulla base di una convenzione con i soggetti beneficiari che erogano servizi sociali e socio-sanitari, che preveda specifici obblighi di garanzia ed eventuali altri accessori a loro carico;
 - b) obbligo per i beneficiari degli interventi previsti dal presente articolo a non mutare la destinazione degli immobili per la durata della convenzione e comunque per un periodo non inferiore a cinque anni previa

autorizzazione della Giunta regionale e, comunque sempre nel rispetto delle destinazioni previste dal comma 1, salvo quanto previsto dal comma 5;

c) possibilità di prevedere la durata del finanziamento a rimborso per un massimo di venticinque anni;

d) indicazione nell'autorizzazione all'esercizio delle strutture o nel rinnovo di autorizzazione che l'opera è stata realizzata con il contributo regionale;

e) corrispondenza alla previsione normativa di cui alla legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali".

5. La Giunta regionale e la struttura regionale competente per i servizi sociali svolgono attività di monitoraggio e controllo sullo stato di attuazione degli interventi e in particolare sulla puntuale osservanza delle clausole delle convenzioni previste al comma 4. In caso di violazione della convenzione, fatto salvo specifico nullaosta da parte della Giunta regionale, nel caso permanga l'interesse socio-economico dell'operazione in essere, si fa valere la garanzia, con la eventuale revoca dell'intervento e restituzione della somma già erogata.

6. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, quantificati in euro 50.000.000,00 per l'esercizio 2011, si fa fronte con le risorse allocate nell'upb U0154 "Interventi strutturali a favore delle persone disabili, adulte ed anziane" e le somme derivanti dalle quote rimborsate dai soggetti titolari degli interventi vengono introitate nell'upb E0056 "Rimborso di crediti da enti del settore pubblico" del bilancio di previsione 2011.

7. I commi 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 dell'articolo 36 della legge regionale 30 gennaio 2004, n. 1 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2004" e successive modificazioni, sono abrogati.

(...)

Legge regionale 30 gennaio 2004, n. 1 (BUR n. 12/2004) – Testo storico LEGGE FINANZIARIA REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2004

Art. 36 – Contributi per l'adeguamento e la realizzazione di strutture, impianti e arredi nel settore socio-sanitario. – Testo storico

Commi da 1 a 7 abrogati da art. 8, comma 7, legge regionale 18 marzo 2011, n. 7

1. Al fine di garantire gli standard di cui all'articolo 10 della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali", la Giunta regionale è autorizzata a concedere contributi in conto capitale una tantum fino all'ottanta per cento della spesa riconosciuta, nonché contributi in conto capitale a rimborso in quote annuali costanti senza oneri per interessi per la durata di dieci anni, per l'intero ammontare della spesa riconosciuta, per l'adeguamento e la realizzazione delle strutture, degli impianti tecnologici e degli arredi del settore socio-sanitario, dei disabili e dei minori, con esclusione degli asili nido.

2. Sono destinatari degli interventi di cui al comma 1 i soggetti pubblici e privati no profit di cui all'articolo 128, comma 1, della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 .

3. La Giunta regionale, in attuazione degli atti di programmazione socio-sanitaria regionale, determina, sentita la competente Commissione consiliare, i criteri e le modalità per la presentazione delle domande nonché per l'erogazione dei contributi di cui al comma 1, nel rispetto dei seguenti indirizzi:

a) ripartizione dei contributi per ambiti territoriali omogenei coincidenti con quelli delle Aziende ULSS, in applicazione dei criteri di programmazione;

b) concessione dei contributi nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" e successive modifiche.

4. La Giunta regionale, con cadenza triennale, sulla base degli atti di programmazione socio-sanitaria, determina la ripartizione annuale delle risorse disponibili per i settori relativi agli anziani non

autosufficienti, ai disabili e ai minori, con esclusione degli asili nido, riservando una quota fino al 10 per cento della disponibilità, a favore delle strutture innovative o per situazioni di emergenza.

5. Alla realizzazione degli interventi nonché alle procedure relative alla concessione ed erogazione dei contributi si applica la legge regionale 7 novembre 2003, n. 27 "Disposizioni generali in materia di lavori pubblici di interesse regionale e per le costruzioni in zone classificate sismiche".

6. L'autorizzazione all'esercizio delle strutture o il rinnovo di autorizzazione per strutture già autorizzate devono indicare che l'opera è stata realizzata con il contributo regionale e che, in caso di modificazione d'uso della struttura nei dieci anni successivi al rilascio dell'autorizzazione, è necessario il nullaosta preventivo della Giunta regionale.

7. In applicazione del presente articolo è autorizzata la spesa di euro 20.000.000,00 per ciascuno degli esercizi del triennio 2004-2006, nell'u.p.b. U0154 "Interventi strutturali a favore delle persone disabili, adulte ed anziane" del bilancio di previsione 2004, distinta in:

a) contributo una tantum fino all'ottanta per cento della spesa per l'adeguamento e la realizzazione delle strutture, degli impianti tecnologici e degli arredi del settore anziani non autosufficienti, della disabilità e dei minori, con esclusione degli asili nido;

b) fondo di rotazione per l'adeguamento e la realizzazione delle strutture, degli impianti tecnologici e degli arredi del settore anziani non autosufficienti, della disabilità e dei minori, con esclusione degli asili nido.

8. Sono abrogati: (omissis)

7 Tabelle

Riparto del Fondo per la Non Autosufficienza – 2009-2010

ANNO 2009

Azienda ULSS	Residenzialità anziani	Domiciliarità anziani e disabili	Residenzialità disabili	Centri diurni per disabili	TOTALE RIPARTIZIONE	Parte del fondo non vincolata per linee di intervento	TOTALE ASSEGNATO ALLE ULSS
A	B	C	D	E	B+C+D+E	G	F+G
1	14.714.415,42	1.959.418,34	1.044.376,16	1.846.757,88	19.564.967,79	656.809,19	20.221.776,98
2	13.828.027,85	2.383.601,29	259.553,77	1.232.050,00	17.703.232,92	252.586,34	17.955.819,26
3	20.729.233,15	3.483.774,15	3.196.296,68	3.447.755,60	30.857.059,58	497.696,59	31.354.756,18
4	18.513.821,93	3.019.778,61	1.254.261,93	2.570.882,45	25.358.744,93	522.818,32	25.881.563,25
5	14.288.366,52	2.920.568,30	1.146.052,10	3.683.321,10	22.038.308,02	720.550,68	22.758.858,70
6	34.565.422,10	4.684.105,38	2.925.154,97	5.795.943,18	47.970.625,63	1.090.583,10	49.061.208,73
7	22.705.083,30	4.337.404,37	959.091,79	2.923.300,00	30.924.879,46	519.753,49	31.444.632,95
8	21.365.468,22	3.701.262,63	963.097,24	4.504.106,25	30.533.934,33	1.171.523,00	31.705.457,34
9	34.634.749,96	6.588.447,41	8.741.844,82	2.643.475,00	52.608.517,19	1.271.399,76	53.879.916,95
10	13.075.946,89	4.503.204,56	789.046,45	2.419.000,00	20.787.197,91	1.815.536,21	22.602.734,11
12	37.516.553,02	5.402.680,89	2.137.520,62	1.888.050,00	46.944.804,52	1.899.120,62	48.843.925,15
13	14.574.298,97	5.489.933,77	782.982,43	3.757.569,03	24.604.784,19	840.513,17	25.445.297,37
14	9.612.442,54	3.022.661,24	248.652,50	3.437.850,00	16.321.606,29	1.016.426,69	17.338.032,98
15	17.130.447,69	5.985.775,72	803.276,29	4.378.223,95	28.297.723,64	951.120,96	29.248.844,61
16	36.815.216,95	6.171.511,05	12.572.622,29	10.278.607,75	65.837.958,04	1.973.499,72	67.811.457,75
17	14.588.491,45	3.893.884,34	730.624,62	2.507.150,00	21.720.150,41	1.415.828,59	23.135.979,00
18	18.393.432,33	3.562.533,96	1.445.451,14	2.057.885,44	25.459.302,88	2.166.017,28	27.625.320,16
19	7.539.654,12	1.528.550,91	361.818,75	507.959,07	9.937.982,86	932.123,69	10.870.106,54
20	42.996.363,54	8.643.630,59	3.749.804,18	8.501.183,95	63.890.982,26	1.066.192,62	64.957.174,88
21	14.182.305,33	2.464.900,46	869.909,45	2.292.328,09	19.809.443,32	1.238.322,70	21.047.766,02
22	24.105.258,72	4.109.189,21	2.168.561,81	5.226.652,33	35.609.662,06	1.199.709,03	36.809.371,09
TOT.	445.875.000,00	87.856.817,20	47.150.000,00	75.900.051,05	656.781.868,25	23.218.131,75	680.000.000,00

Tabella 100 – Riparto del Fondo della Non Autosufficienza per l'anno 2009. DGR 2584 del 4 agosto 2009.

ANNO 2010

Ulss	Residenzialità anziani	Domiciliarità anziani e disabili	Residenzialità disabili	Centri diurni per disabili	TOTALE RIPARTIZIONE	Fondo nazionale non autosufficienze	TOTALE ASSEGNATO ALLE ULSS
A	B	C	D	E	B+C+D+E	G	F+G
1	15.304.090,00	2.164.770,00	1.070.490,00	1.892.930,00	20.432.280,00	579.370,00	21.011.650,00
2	14.135.880,00	1.963.240,00	266.040,00	1.262.850,00	17.628.010,00	527.840,00	18.155.850,00
3	21.174.470,00	3.216.880,00	3.276.200,00	3.533.950,00	31.201.500,00	958.820,00	32.160.320,00
4	18.926.080,00	3.061.390,00	1.285.620,00	2.635.150,00	25.908.240,00	834.100,00	26.742.340,00
5	14.605.830,00	2.820.480,00	1.174.700,00	3.775.400,00	22.376.410,00	880.850,00	23.257.260,00
6	35.309.610,00	4.860.720,00	2.998.280,00	5.940.840,00	49.109.450,00	1.461.440,00	50.570.890,00
7	23.216.470,00	3.871.630,00	1.283.070,00	2.996.380,00	31.367.550,00	1.269.620,00	32.637.170,00
8	21.849.040,00	4.233.990,00	1.577.580,00	4.616.710,00	32.277.320,00	1.360.760,00	33.638.080,00
9	35.599.210,00	6.584.100,00	8.960.390,00	2.709.560,00	53.853.260,00	2.170.850,00	56.024.110,00
10	13.426.240,00	5.240.960,00	808.770,00	3.105.670,00	22.581.640,00	1.613.380,00	24.195.020,00
12	38.368.540,00	6.160.510,00	2.190.960,00	1.935.250,00	48.655.260,00	1.862.870,00	50.518.130,00
13	14.944.790,00	5.099.890,00	802.560,00	3.851.510,00	24.698.750,00	1.782.800,00	26.481.550,00
14	5.324.520,00	1.921.200,00	133.500,00	1.475.080,00	8.854.300,00	689.430,00	9.543.730,00
15	17.553.310,00	5.337.040,00	823.360,00	4.487.680,00	28.201.390,00	1.840.370,00	30.041.760,00
16	42.097.750,00	8.149.160,00	13.008.300,00	12.584.290,00	75.839.500,00	2.726.160,00	78.565.660,00
17	14.950.360,00	4.359.100,00	748.890,00	2.569.830,00	22.628.180,00	1.403.580,00	24.031.760,00
18	18.834.110,00	4.564.840,00	1.481.590,00	2.109.330,00	26.989.870,00	1.603.340,00	28.593.210,00
19	7.724.890,00	1.963.010,00	370.860,00	520.660,00	10.579.420,00	684.481,78	11.263.901,78
20	43.956.010,00	8.133.480,00	3.843.550,00	8.713.710,00	64.646.750,00	2.255.880,00	66.902.630,00
21	14.510.240,00	3.046.760,00	891.660,00	2.349.640,00	20.798.300,00	1.046.230,00	21.844.530,00
22	24.637.300,00	4.405.220,00	2.222.780,00	5.357.320,00	36.622.620,00	1.312.350,00	37.934.970,00
TOT.	456.448.740,00	91.158.370,00	49.219.150,00	78.423.740,00	675.250.000,00	28.864.521,78	704.114.521,78

Tabella 101 – Riparto del Fondo della Non Autosufficienza per l'anno 2010. DGR 3569 del 30 dicembre 2010.