

dossier

PDL
n. 357

**Piano
Socio
Sanitario
regionale
2019-2023**

**Alcune
informazioni di
riferimento**

- 1. Lo scenario epidemiologico e sociale e l'impatto sulla domanda di servizi socio-sanitari*
- 2. La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio*
- 3. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto*
- 4. La salute della donna e del bambino*
- 5. Il percorso del paziente in ospedale*
- 6. La presa in carico della cronicità e della multimorbilità*
- 7. Le malattie rare*
- 8. La salute mentale*
- 9. L'integrazione socio-sanitaria*



CONSIGLIO
REGIONALE
DEL VENETO

Consiglio regionale

Servizio attività e rapporti istituzionali del Consiglio

Questo dossier è stato realizzato in collaborazione con l'Università Ca' Foscari di Venezia,
Dipartimento di Economia

Edizione 1 del 14 dicembre 2018

Stampato a cura della Stamperia del Consiglio Regionale



Il Presidente della Quinta Commissione consiliare

"IL PSSR l'ultima tappa della grande riforma socio sanitaria veneta"

Il Piano socio sanitario regionale si colloca come ulteriore e finale punto di arrivo, dal quale discenderà con apposito provvedimento, l'approvazione delle schede di dotazione ospedaliera e di dotazione territoriale, di un percorso iniziato nel 2016 con la legge di Riforma Sanitaria del Veneto, che ha portato alla riduzione delle Aziende Ulss da 21 a 9 e l'istituzione dell'ente per il governo della sanità denominata Azienda Zero.

L'attività di Azienda Zero sostiene l'eccellenza di una sanità, già ad altissimo livello, cercando al contempo nuova linfa, a fronte dei tagli nazionali operati sui riparti dei fondi sanitari regionali dal 2010 ad oggi, quantificabili in circa 14 miliardi di euro, più dell'8% dei quali sono stati tagliati al Veneto. Cionostante la Regione Veneto ha una grande responsabilità verso i 5 milioni di cittadini, che sono curati bene e si aspettano una sanità di eccellenza anche per il futuro e questa nuova struttura di gestione, nata per sgravare le aziende sanitarie dall'espletamento delle procedure amministrative liberando energie per l'erogazione dei servizi sanitari e socio sanitari, produrrà un efficientamento dell'intera macchina socio sanitaria e al conseguimento di notevoli economie di spesa in tutti i settori non prettamente sanitari, sinergie di scala, da riversare negli investimenti in tecnologie e ricerca, acquisizione e mantenimento di professionalità sanitarie d'eccellenza.

L'istituzione di un ente come Azienda Zero ha posto la Regione Veneto nel campo dell'avanguardia a livello nazionale, i cui risultati sono sotto gli occhi di tutti, cosa che ha permesso di essere confermati dal Governo come Regione benchmark in Italia per la qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza. Anche in questo caso rispondiamo al ruolo che ci è stato riconosciuto e assegnato. Il Servizio socio sanitario veneto è una grande macchina il cui core business è erogare assistenza. Con l'accorpamento territoriale e riduzione delle Aziende Ulss ci siamo messi nelle condizioni di ridurre le spese per la governance e liberando risorse per organizzare le cure.

Il tema principale legato al nuovo Piano socio sanitario è quello dell'autonomia del Veneto. L'integrale applicazione dei costi standard, grazie all'autonomia, potrebbe liberare più di un miliardo di euro da investire in infrastrutture e tecnologie, ma soprattutto per l'assunzione di personale medico e infermieristico risolvendo così il problema della carenza del personale sanitario, causata dal blocco del turnover che perdura dal 2004, attraverso l'assunzione diretta, estesa ai giovani laureati che saranno stipendiati e si specializzeranno lavorando nei nostri ospedali. Questo in accordo con le Università del Veneto, Padova e Verona in questo modo si potranno garantire ai veneti servizi sanitari e socio sanitari sempre migliori.

L'obiettivo principe di questo nuovo Piano è la medicina delle 4P: predittiva, preventiva, personalizzata e partecipativa. Da cui ne consegue il passaggio dalla medicina che si basa sulla cura, alla medicina che previene l'insorgenza della patologia attraverso gli screening mirati, a tutto vantaggio del cittadino e della sostenibilità del servizio sanitario. Con la riduzione delle spese sanitarie e sociali, la medicina sarà sempre più tarata sugli specifici bisogni dell'individuo e sulle sue patologie, permettendo di incrociare dati e informazioni che contribuiranno ad individuare la terapia più adatta alle specifiche esigenze del suo patrimonio genetico per una migliore qualità di vita.

Un focus particolare del nuovo Piano è sulle malattie rare e sulle patologie croniche, come l'alzheimer o le malattie reumatiche. Malattie che in passato erano associate quasi esclusivamente ad una popolazione anziana ma che ormai insorgono sempre più precocemente, arrivando a colpire anche i giovani, con la conseguenza che l'impatto sociale e i costi sociosanitari derivanti stanno diventando molto rilevanti e devono quindi essere attentamente monitorati, qualificando il momento della prevenzione come strumento fondamentale.

Un esempio: la SMA (sclerosi multipla), una patologia un tempo considerata rara ma che in realtà presenta un'alta incidenza in Veneto, pari a 180 casi ogni 100.000 abitanti (circa 300 nuovi pazienti ogni anno), un'incidenza seconda solo alla Sardegna, con oltre 2.000 pazienti in cura a Verona, quasi 9.000 nella Regione, in maggioranza donne, che comporta alti costi di cura, per un ammontare medio di 20.000 euro all'anno per paziente. Il dato più rilevante è sicuramente quello dell'incidenza della malattia sulle donne, in particolare giovani tra i 15 e i 25 anni. Ma l'aspetto che in questo Piano è stato preso in considerazione è la possibilità di agire sul piano della prevenzione: dalla ricerca infatti è emersa la possibilità di diagnosticare l'insorgere della patologia attraverso l'analisi di una particolare 'sequenza' nel contesto di una normale risonanza magnetica. Uno screening anticipato e mirato, indirizzato verso particolari fasce d'età della popolazione, quelle maggiormente colpite dalla Sclerosi Multipla, consentirebbe non solo di valutare con anticipo l'esistenza della malattia, ma anche di individuare cure precise e personalizzate, che consentirebbero un risparmio di spesa, la restituzione di nuova vita agli ammalati e una speranza alle famiglie tenendo conto dell'aspetto sociale che circonda la persona affetta da grave patologia, i suoi costi per il SSN ma anche i costi che subisce la famiglia e gli attori coinvolti nel percorso di cura e assistenza.

Va sottolineata infine un'innovazione, dalla quale ci si aspettano ricadute positive soprattutto nella gestione della cronicità semplice, consistente nell'attivazione di team multiprofessionali di assistenza primaria nelle seguenti differenti accezioni:

1. forme di aggregazione che coinvolgono medici convenzionati opportunamente organizzate e dimensionate con riferimento alle specifiche caratteristiche del contesto;

2. team di assistenza primaria che coinvolgono medici dipendenti del SSN nella gestione dell'assistenza medico-generica, anche in conformità a quanto stabilito dalla Legge n.833/1978;

3. team di assistenza primaria la cui gestione è affidata ad un soggetto privato accreditato con riferimento ad uno specifico bacino di riferimento.

Il cittadino potrà scegliere a quale tipologia di team rivolgersi. Inoltre sulla base dei principi sopra descritti, analoghe tipologie organizzative potranno essere sviluppate anche nell'ambito della pediatria.

Il Presidente della Quinta Commissione consiliare

Fabrizio Boron



Indice

Premessa

10. *Lo scenario epidemiologico e sociale e l'impatto sulla domanda di servizi socio-sanitari:*

- a. *Lo scenario istituzionale e socio-demograficopag. 3*
- b. *Alcuni macro indicatori relativi alla salute dei cittadini veneti pag. 9*
- c. *Le risorse organizzative e finanziariepag. 14*
- 11. *La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio ...pag. 17*
- 12. *La programmazione socio sanitaria della Regione del Venetopag. 27*
- 13. *La salute della donna e del bambinopag. 28*
- 14. *Il percorso del paziente in ospedalepag. 31*
- 15. *La presa in carico della cronicità e della multimorbiditypag. 35*
- 16. *Le malattie rarepag. 37*
- 17. *La salute mentalepag. 40*
- 18. *L'integrazione socio-sanitaria:*
 - a. *Long term carepag. 43*
 - b. *Le dipendenzepag. 45*
 - c. *Infanzia, adolescenza, famigliapag. 47*
 - d. *Marginalità e inclusione: la spesa sociale dei Comunipag. 48*
 - e. *Sostegno agli anzianipag. 50*



CONSIGLIO
REGIONALE
DEL VENETO



Università
Ca' Foscari
Venezia

[PAGINA VUOTA]



Premessa e nota metodologica

Il presente documento vuole fornire un supporto ai Consiglieri regionali nel percorso di discussione e approvazione in aula del **Piano Socio-Sanitario** della Regione del Veneto **2019-2023**.

Il campo degli interventi socio-sanitari e sanitari è uno dei più studiati e dispone di moltissimi dati e indicatori che, spesso, non è facile conoscere e considerare nelle analisi.

Il presente lavoro vuole offrire una chiave di lettura agile, in grado di fornire delle suggestioni o curiosità che potranno essere in futuro maggiormente approfondite attraverso la piattaforma di supporto che il SARI sta mettendo a punto in collaborazione con l'Università Ca' Foscari e che conterrà molti più indicatori analizzati sempre a livello territoriale e, ove possibile, secondo l'evoluzione degli ultimi anni (trend).

Il documento segue l'articolazione della prima parte della bozza del Piano Socio-Sanitario veneto che verrà discussa in aula. Per facilità di lettura si sono utilizzati dei colori di riquadro delle pagine differenti a seconda dei diversi capitoli del piano (omogenei a quelli ripresi nell'indice):

- 1) Lo scenario epidemiologico e sociale e l'impatto sulla domanda di servizi socio-sanitari
- 2) La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio
- 3) La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto
- 4) La salute della donna e del bambino
- 5) Il percorso del paziente in ospedale
- 6) La presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e di assistenza
- 7) Le malattie rare
- 8) La salute mentale
- 9) L'integrazione socio-sanitaria
 - a) Long term care
 - b) Le dipendenze
 - c) Infanzia, adolescenza, famiglia
 - d) Marginalità e inclusione sociale: la spesa sociale dei Comuni
 - e) Sostegno agli anziani

Il presente documento non presenta quindi una elaborazione complessiva delle tematiche in oggetto ma propone una selezione ragionata di elementi che possano aiutare a orientarsi nell'area delle politiche socio-sanitarie a partire da dati pubblicati e condivisi dal sistema.

(segue)



I sistemi informativi, raggiungibili ai rispettivi indirizzi web, utilizzati per la realizzazione del presente documento sono:

- Bersaglio Sant'Anna: sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali elaborato dalla Scuola superiore Sant'Anna di Pisa (performance.sssup.it/netval/start.php);
- Datawarehouse di Istat (dati.istat.it);
- Datawarehouse Health For All di Istat (istat.it/it/archivio/14562);
- Sorveglianza Okkio alla Salute (epicentro.iss.it/okkioallasalute);
- Sorveglianza PASSI (epicentro.iss.it/passi).

E inoltre, sono stati tratti dati dai seguenti documenti:

- ALLEGATO A del DGR nr. 1158 del 07 agosto 2018;
- Documentazione relativa al Piano Socio Sanitario depositata dalle Strutture regionali in Commissione V del Consiglio Regionale del Veneto (cartella del PDL 357 nel sistema DOCS del Consiglio), tra cui: dati sull'Assistenza Domiciliare Integrata; dati dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sanitarie sull'assistenza agli anziani non autosufficienti;
- MonitoRare "IV Rapporto sulla condizione della persona con malattia rara in Italia", 2018, Federazione UNIAMO F.I.M.R.);
- Relazione socio sanitaria 2017 Veneto – Ser;
- Relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia depositata in Senato il 14 settembre 2018 (Anno 2017);
- Report sull'attività vaccinale 2017 – Dipartimento prevenzione.

1. Lo scenario epidemiologico e sociale e l'impatto sulla domanda di servizi socio-sanitari

1.1 Lo scenario istituzionale e socio-demografico

La popolazione del Veneto è cresciuta dal 2000 a oggi più rapidamente del resto d'Italia, anche se in maniera differenziata nei territori delle nove ULSS: le ULSS Dolomiti e Polesana, rispettivamente corrispondenti alle province di Belluno e Rovigo, sono caratterizzate da una popolazione residente in decrescita a causa della minore natalità e della minore attrattività per gli stranieri. Queste due ULSS assieme alla ULSS Serenissima, presentano l'indice di vecchiaia più alto della Regione, con evidenti importanti conseguenze sulla domanda di servizi socio-sanitari da parte della popolazione.

Con la Legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 è stato istituito l'ente regionale di governance della sanità del Veneto denominato Azienda Zero. Inoltre, all'articolo 14, viene ridefinito l'assetto organizzativo delle Aziende ULSS con decorrenza dal 1° gennaio 2017.

La seguente mappa (Fig. 1) riassume visivamente la nuova aggregazione: le nuove aziende seguono generalmente i confini delle province, ad esclusione della Provincia di Venezia che si suddivide nelle ULSS 3 - "Serenissima" e ULSS 4 - "Veneto Orientale" e della Provincia di Vicenza che si suddivide nelle ULSS 7 - "Pedemontana" e ULSS 8 - "Berica".

Restano inoltre confermate le tre aziende autonome già previste in precedenza: Azienda Ospedaliera di Padova, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e Istituto Oncologico Veneto.

Fig. 1



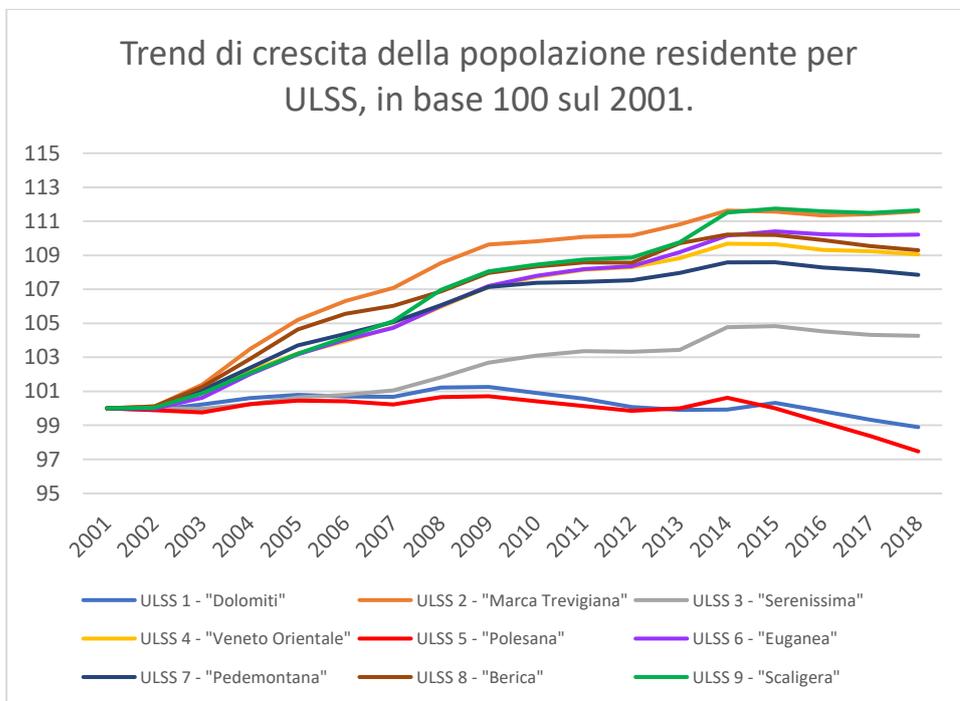


Popolazione residente

Al primo gennaio 2017 in Veneto risiedevano 4.907.529 persone, una **popolazione globalmente in crescita** dal 2000 a oggi dato che al 31 dicembre 2000 risiedevano in Veneto 4.526.674 persone (+8,4%) con un trend leggermente superiore a quello registrato in tutta Italia dove dal 2000 a oggi i residenti passano da 56.993.742 a 60.483.973 (+6,1%).

Il Veneto dunque è una **regione "attrattiva", ma non lo sono in maniera omogenea tutti i suoi territori** come mostra il grafico sottostante (Fig. 2) da cui si evince che le ULSS 2 "Marca Trevigiana" e ULSS 9 "Scaligera" – corrispondenti ai territori delle province, rispettivamente, di Treviso e Verona – sono quelle maggiormente cresciute in termini di popolazione negli ultimi 17 anni: ogni 100 abitanti nel 2001, oggi ce ne sono per entrambe 112. Al contrario, le ULSS 1 "Dolomiti" e ULSS 5 "Polesana" presentano un trend in leggera decrescita: ogni 100 abitanti nel 2001 oggi ce ne sono, rispettivamente, 99 e 97.

Fig. 2



Fonte: ISTAT

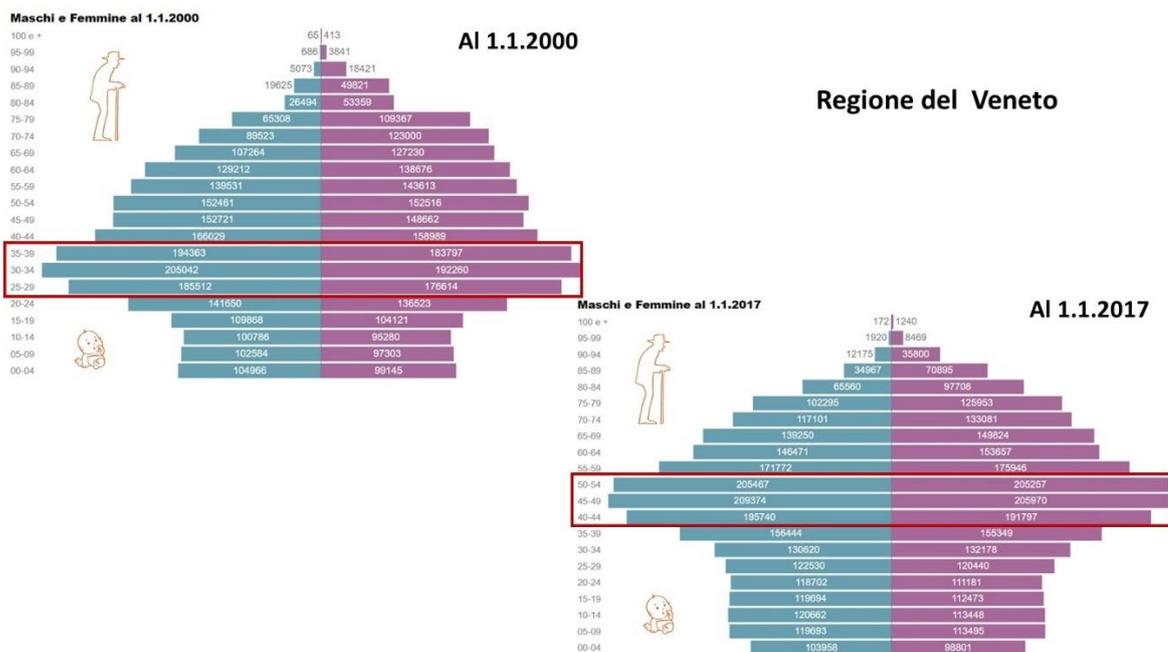
Anche le dimensioni, in termini di popolazione residente delle diverse ULSS è molto diverso tanto che si va da circa 200.000 persone nelle ULSS Veneto Orientale e Dolomiti al quasi un milione di persone per l'Euganea. In termini percentuali, fatto 100 il totale veneto, la popolazione si distribuisce percentualmente come nella tabella seguente (Fig. 3; Fonte: Dati ISTAT).

Fig. 3

| Azienda ULSS di residenza | Residenti al 1° gennaio 2017 - valore assoluto | Residenti al 1° gennaio 2017 - % sul totale |
|----------------------------|--|---|
| ULSS 01 - DOLOMITI | 205.781 | 4,2% |
| ULSS 02 - MARCA TREVIGIANA | 885.972 | 18,1% |
| ULSS 03 - SERENISSIMA | 639.043 | 13,0% |
| ULSS 04 - VENETO ORIENTALE | 215.232 | 4,4% |
| ULSS 05 - POLESANA | 241.108 | 4,9% |
| ULSS 06 - EUGANEA | 933.754 | 19,0% |
| ULSS 07 - PEDEMONTANA | 367.351 | 7,5% |
| ULSS 08 - BERICA | 497.731 | 10,1% |
| ULSS 09 - SCALIGERA | 921.557 | 18,8% |
| VENETO | 4.907.529 | 100,0% |

Un altro elemento che ha caratterizzato la popolazione veneta dal 2000 ad oggi è il forte **cambiamento di composizione per età** (Fig. 4): se all'inizio del secolo le classi modali (quelle dove si registra il più alto numero di persone) erano quelle dai 25 ai 39 anni, nel giro di appena 17 anni le presenze maggiori si registrano nelle classi 40-54 ad indicare un veloce e progressivo invecchiamento della popolazione.

Fig. 4





Anche rispetto alla composizione per età e all'indice di vecchiaia si registrano notevoli differenze tra le ULSS come mostra la tabella sottostante.

Infatti, la distribuzione per ULSS dei residenti per tre principali classi d'età (0-14 anni, 15-64 anni e 65 e oltre), con l'indice di vecchiaia, permette di evidenziare come vi siano delle Aziende con una minore presenza di bambini in età pediatrica e, per contro, con una maggiore presenza di anziani (Tabella estratta dalla Relazione sociosanitaria 2017; Fonte: Dati ISTAT):

Fig. 5

| Azienda ULSS di residenza | Residenti al 1° gennaio 2017 | 0-14 anni Valori % sul totale | 15-64 anni Valori % sul totale | 65+ anni Valori % sul totale | Indice di vecchiaia |
|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| ULSS 01 – DOLOMITI | 205.781 | 12% | 62% | 26% | 215 |
| ULSS 02 - MARCA TREVIGIANA | 885.972 | 14% | 64% | 21% | 148 |
| ULSS 03 – SERENISSIMA | 639.043 | 13% | 63% | 24% | 195 |
| ULSS 04 - VENETO ORIENTALE | 215.232 | 13% | 64% | 23% | 175 |
| ULSS 05 – POLESANA | 241.108 | 11% | 64% | 25% | 223 |
| ULSS 06 – EUGANEA | 933.754 | 14% | 64% | 22% | 161 |
| ULSS 07 – PEDEMONTANA | 367.351 | 14% | 64% | 22% | 151 |
| ULSS 08 – BERICA | 497.731 | 14% | 65% | 21% | 147 |
| ULSS 09 – SCALIGERA | 921.557 | 14% | 64% | 22% | 152 |
| VENETO | 4.907.529 | 14% | 64% | 22% | 164 |

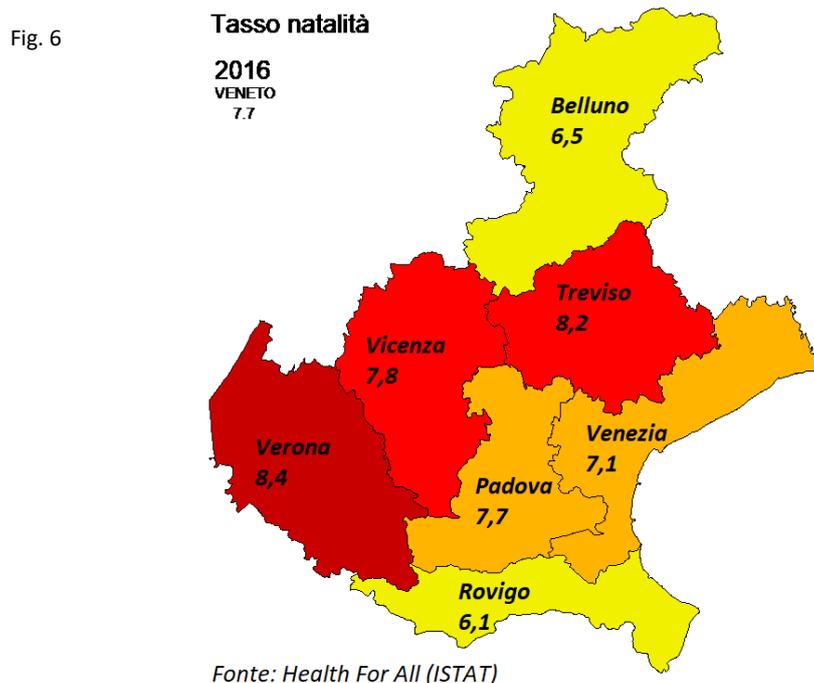
L'indice di vecchiaia ci dice quante persone sopra i 65 ci sono in un territorio ogni 100 sotto i 14 anni. Dalla tabella (Fig. 5) emerge come questo valore raggiunga **punte elevatissime in alcuni territori**, dove per ogni 100 ragazzi ci sono 223 o 215 anziani (Polesana e Dolomiti) ed altre in cui il valore è nettamente inferiore come nell'ULSS Berica dove per ogni 100 ragazzi ci sono 147 anziani. Da notare che comunque il Veneto è una delle regioni con l'indice di vecchiaia più basso del nord Italia: al 1° gennaio 2017, infatti, il valore nazionale è pari a 165,3; la media per il Nord è di 173,9; il valore per il Nord-Est è pari a 170,2.

Dalla tabella precedente si mostra inoltre come si possano distinguere tre "gruppi" di ULSS a seconda del numero di residenti serviti: il gruppo delle ULSS "piccole", intorno a 200.000 residenti nel 2018 (ULSS 1, 4 e 5); il gruppo delle ULSS "medie", tra i 300.000 e i 700.000 residenti nel 2018 (ULSS 3, 7 e 8); il gruppo delle ULSS "grandi", intorno a 900.000 residenti nel 2018 (ULSS 2, 6 e 9). Il gruppo delle ULSS "grandi" si caratterizza inoltre, come abbiamo visto, per il trend di crescita della popolazione residente più forte, seguendo ormai una tendenza storica dei paesi sviluppati di concentrazione della popolazione nelle grandi città.

Analizzando le principali classi d'età (dati evidenziati in rosso), nella ULSS 01 – "Dolomiti" si osserva il 26% di residenti di età uguale o superiore ai 65 anni e una percentuale di bambini sotto i 14 anni del 12%; nella ULSS 05 – "Polesana", le percentuali sono rispettivamente del 25% per i più anziani e dell'11% per i bambini;

nella ULSS 03 – “Serenissima”, infine, la percentuale di anziani si attesta al 24% con una fetta di popolazione in età pediatrica vicina alla media regionale. Per le altre ULSS, invece, le percentuali non si discostano significativamente dalla media regionale: il 14% dei residenti in età pediatrica, il 64% tra i 14 e i 64 anni e il 22% con 65 o più anni.

Un altro importante indicatore dell’andamento demografico di un territorio è il **tasso di natalità** (Fig. 6) ovvero il numero di nati vivi ogni 1.000 abitanti. Anche in relazione a questo indicatore si registrano delle differenze tra le province del Veneto: in particolare le province di Belluno e Rovigo presentano nel 2016 un tasso di natalità decisamente inferiore alla media regionale (7,7) e alla media nazionale (7,8) dello stesso periodo.



Per completare questo veloce inquadramento del Veneto da un punto di vista demografico, un ultimo elemento da considerare ancora di forte diversità tra i territori del Veneto è relativo alla **presenza di stranieri residenti** nelle 9 ULSS come riportato nella tabella sottostante (Fig. 7; Dati ISTAT):

Fig. 7

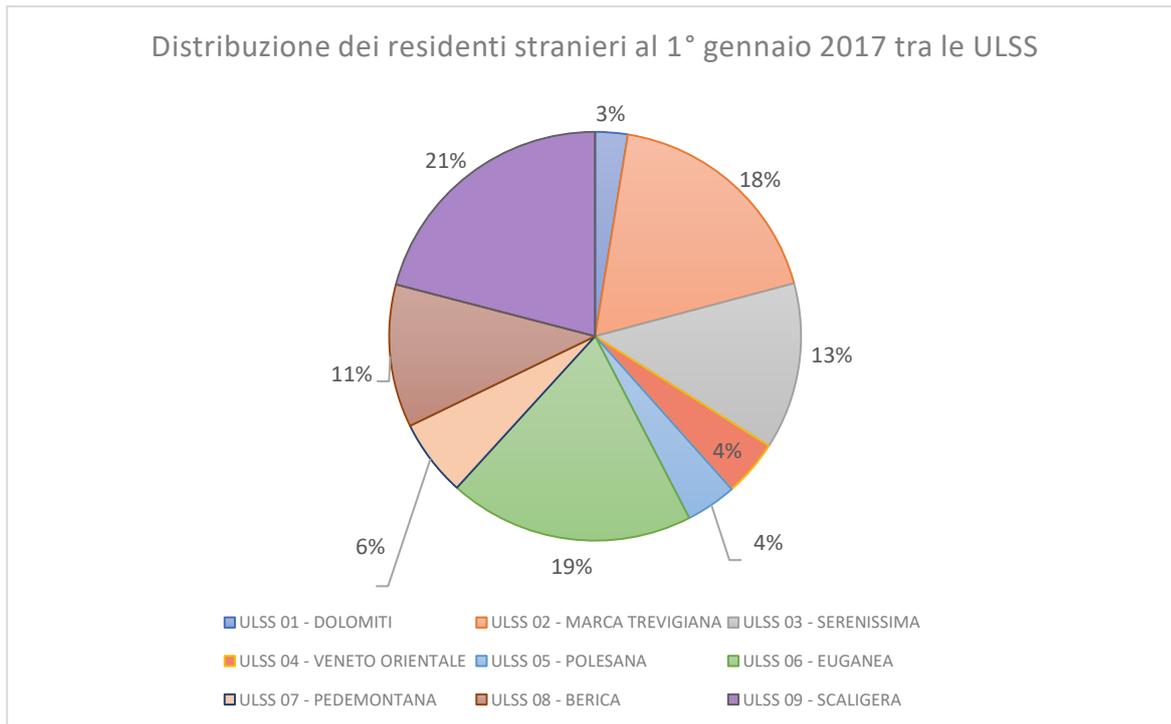
| Azienda ULSS di residenza | Numero di stranieri residenti al 1° gennaio 2017 | % di stranieri residenti sul totale della popolazione |
|-----------------------------------|--|---|
| ULSS 01 – DOLOMITI | 12.347 | 6% |
| ULSS 02 - MARCA TREVIGIANA | 88.597 | 10% |
| ULSS 03 - SERENISSIMA | 63.904 | 10% |
| ULSS 04 - VENETO ORIENTALE | 21.523 | 10% |
| ULSS 05 – POLESANA | 19.289 | 8% |
| ULSS 06 – EUGANEA | 93.375 | 10% |
| ULSS 07 - PEDEMONTANA | 29.388 | 8% |
| ULSS 08 – BERICA | 54.750 | 11% |
| ULSS 09 – SCALIGERA | 101.371 | 11% |
| VENETO | 490.753 | 10% |



I territori montani e la Provincia di Rovigo hanno una percentuale inferiore alla media di stranieri residenti. Sono, come abbiamo visto, le tre ULSS con il numero più basso di cittadini residenti, con la popolazione più vecchia e con la minore presenza di stranieri.

Andando ad analizzare la distribuzione dei residenti stranieri (Fig. 8), si osserva come nelle ULSS 2 - "Marca Trevigiana", 6 - "Euganea" e 9 - "Scaligera" si concentri il 58% degli stranieri residenti in Veneto. Queste tre ultime ULSS, come abbiamo visto, sono quelle con la popolazione più elevata e con il trend di crescita della popolazione residente più forte.

Fig. 8



Fonte: ISTAT

1.2. Alcuni macro indicatori relativi alla salute dei cittadini veneti (Esito)

La speranza di vita in Veneto è superiore alla media nazionale, più alta per le donne che per gli uomini e in crescita negli ultimi anni, pur permanendo significative differenze tra i territori delle ULSS.

Alcune importanti cause di decesso sono in decrescita dal 2000: in particolare, il tumore al polmone e gli incidenti stradali nell'uomo e le cardiopatie ischemiche in ambo i sessi.

Le due cause prevalenti di decesso rimangono i tumori, in particolare negli uomini, e le malattie del sistema circolatorio, in particolare nelle donne.

Non è facile parlare degli esiti del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale. Sicuramente alcuni indicatori che in qualche maniera possono ritornarci un legame tra salute e sistema sanitario possono essere collegati alla speranza di vita e alla mortalità per cause. È evidente che questi sono indicatori molto distanti dall'operato del sistema e sono influenzati da molti altri fattori come gli stili di vita, l'inquinamento, la salubrità degli ambienti, ecc... ma possono essere una cartina tornasole macro del livello di salute della popolazione.

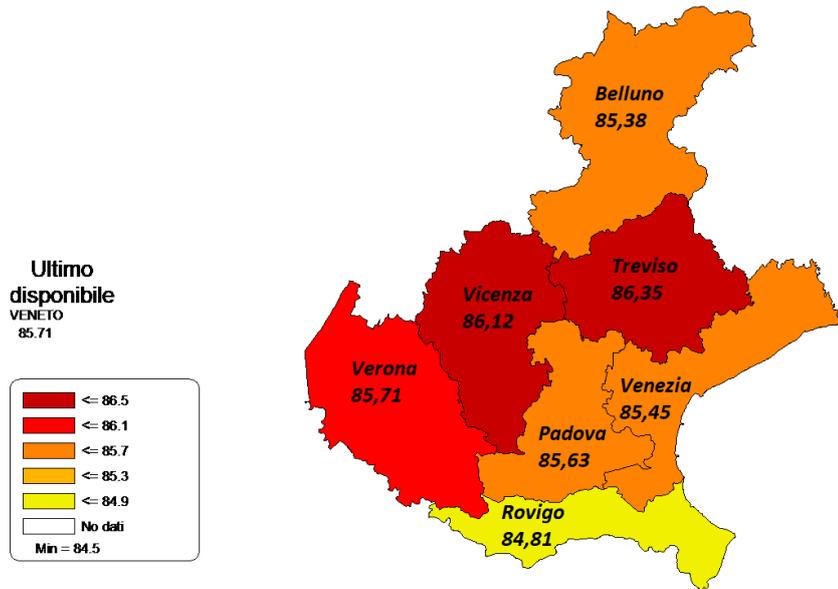
Speranza di vita

La **speranza di vita in Veneto è superiore alla media nazionale**: per il 2016 infatti ISTAT calcola una speranza di vita alla nascita per le donne pari a 85,04 anni per l'Italia contro gli 85,71 per la Regione Veneto. La speranza di vita in Veneto per le donne è anche leggermente superiore alla media del Nord-Est (85,57 anni). Per gli uomini, il valore medio nazionale della speranza di vita è 80,56 anni, contro una media regionale di 81,01. Il valore per il Nord-Est è pari a 81,05. È quindi possibile affermare il Veneto è, mediamente, una tra le Regioni in cui si vive più a lungo.

La popolazione femminile (Fig. 9) registra nel 2016 (ultimo dato disponibile da ISTAT) una speranza di vita alla nascita pari a 85,71 anni, seppur con alcune differenze tra province dove Rovigo registra il dato minimo pari a 84,81 anni (pari a 328,5 giorni in meno della media regionale) mentre Treviso il dato massimo pari a 86,5 anni (pari a 288,35 giorni in più della media regionale). In sintesi, tra le due province di Treviso e Rovigo c'è oltre un anno e mezzo di differenza.

Fig. 9

Speranza di vita 0 F

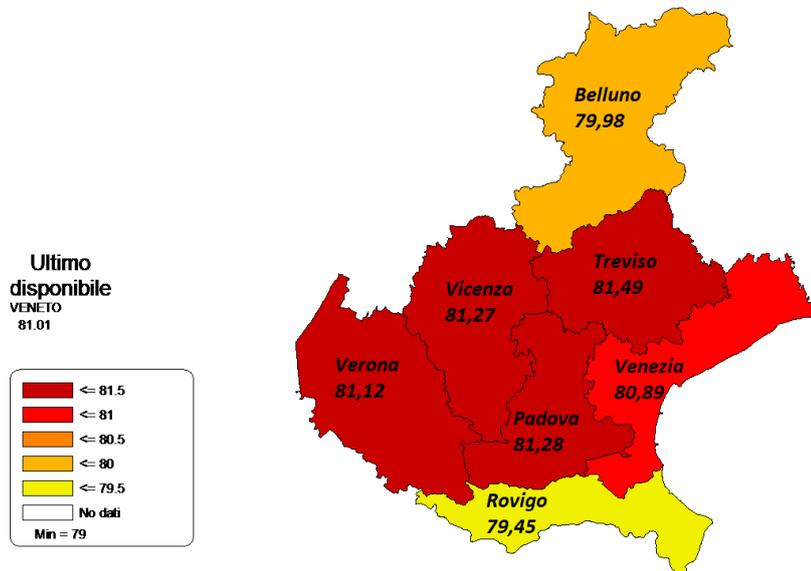


Fonte: ISTAT

La speranza di vita alla nascita per la popolazione maschile è, in generale, inferiore a quella femminile (Fig. 10): nel 2016 essa si attesta in media a 81,01 anni. Anche qui ci sono differenze tra Province: a Rovigo, il dato minimo, il valore è pari a 79,45 anni (569,4 giorni in meno della media regionale) mentre a Treviso, il dato più alto, il valore è pari a 81,49 anni (175,2 giorni in più rispetto alla media regionale). La differenza tra le due province è quindi di due anni di vita in media su tutta la popolazione.

Fig. 10

Speranza di vita 0 M



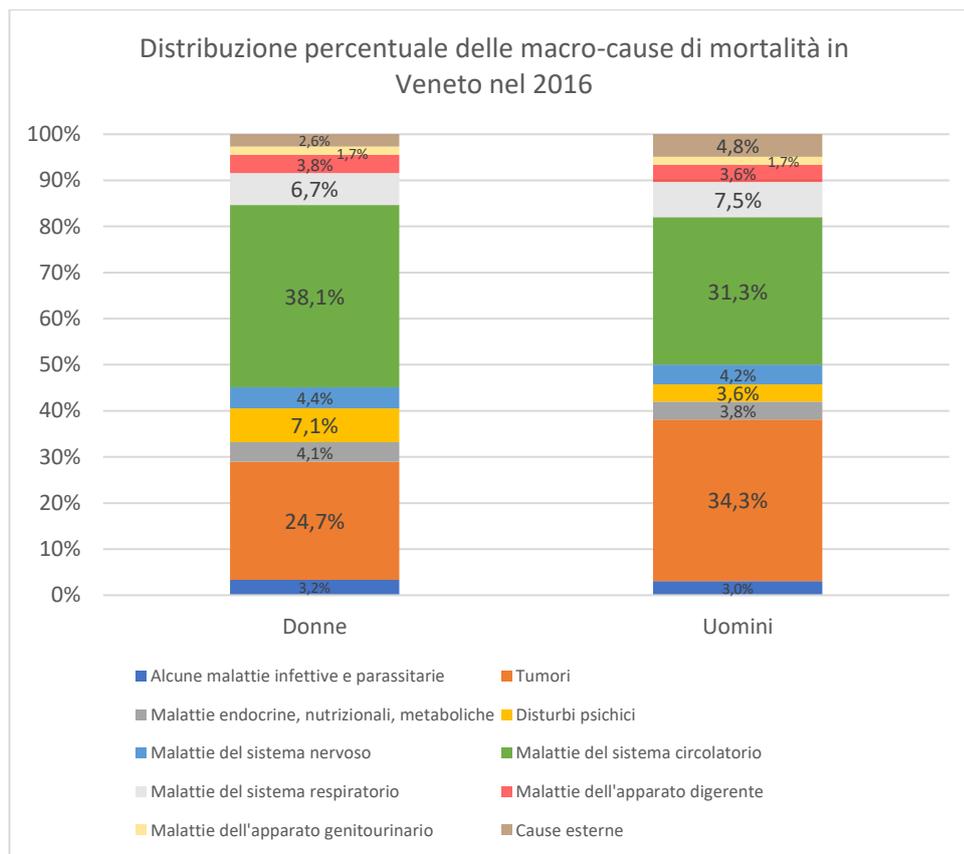
Fonte: ISTAT

Mortalità per cause

Le **cause principali di decesso** (Fig. 11) sono diverse per i due sessi: per la popolazione femminile in Veneto nel 2016 sono state: le malattie del sistema circolatorio (38,1%), i tumori (24,7%) e i disturbi psichici, tra cui in particolare la demenza (7,1%).

Per la popolazione maschile, invece, le cause principali di decesso nello stesso periodo sono state: i tumori, tra cui in particolare quelli alla trachea, bronchi e polmoni (34,3%), le malattie del sistema circolatorio (31,3%) e le malattie del sistema respiratorio (7,5%). Inoltre, le cause esterne di decesso sono state 1,8 volte più comuni per gli uomini rispetto alle donne.

Fig. 11



Fonte: Relazione socio sanitaria 2017 Veneto

Il tasso osservato di mortalità per le cause principali per 100.000 abitanti varia a seconda del sesso: per le donne, si sono osservati 374,9 decessi ogni 100.000 abitanti per malattie del sistema circolatorio e 243,5 per tumori; per gli uomini, 318,9 decessi ogni 100.000 abitanti per tumori e 291,2 per le malattie del sistema circolatorio.

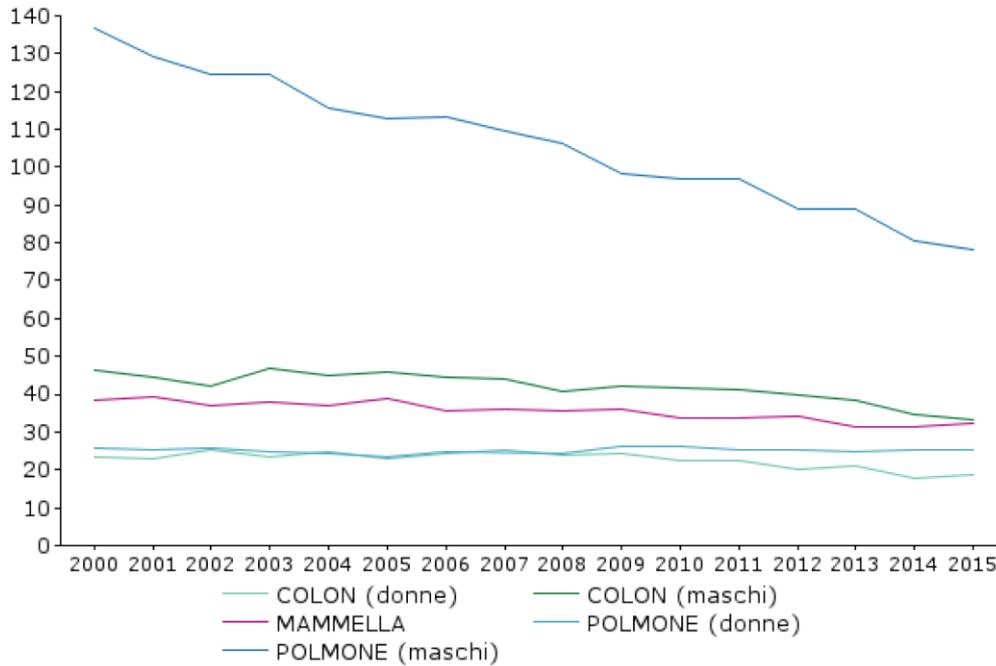
Alcuni trend della mortalità per cause

Nella Relazione socio sanitaria 2017 sono inoltre presenti i trend dell'andamento della mortalità per alcune delle cause principali.

I tumori sono nel 2016 una delle cause principali di decesso: il 24,7% nelle donne e il 34,3% negli uomini. In questi ultimi, in particolare, la tipologia di tumore prevalente è quello alla trachea, bronchi e polmoni. Dal grafico sottostante (Fig. 2.6) si evince come il tumore al polmone, pur restando tra le più comuni cause di morte negli uomini, sia una causa di decesso con trend costantemente decrescente nel quindicennio 2000-2015.



Figura 2.6 – Mortalità per tumore al polmone, colon-retto e mammella: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, 2000-2015, stand. diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007



Fonte: Relazione socio sanitaria 2017 Veneto

Le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari rappresentano un'altra importante causa di decesso: nel grafico (Fig. 2.7) si osserva come il trend della mortalità sia decrescente negli anni.

Figura 2.7 – Mortalità per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, 2000-2015, stand. diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007

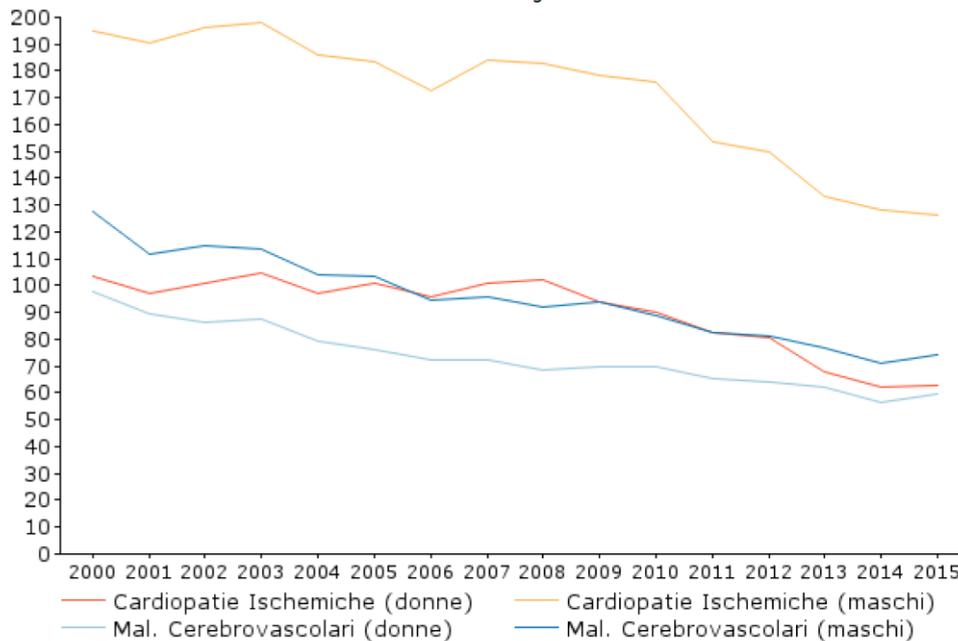
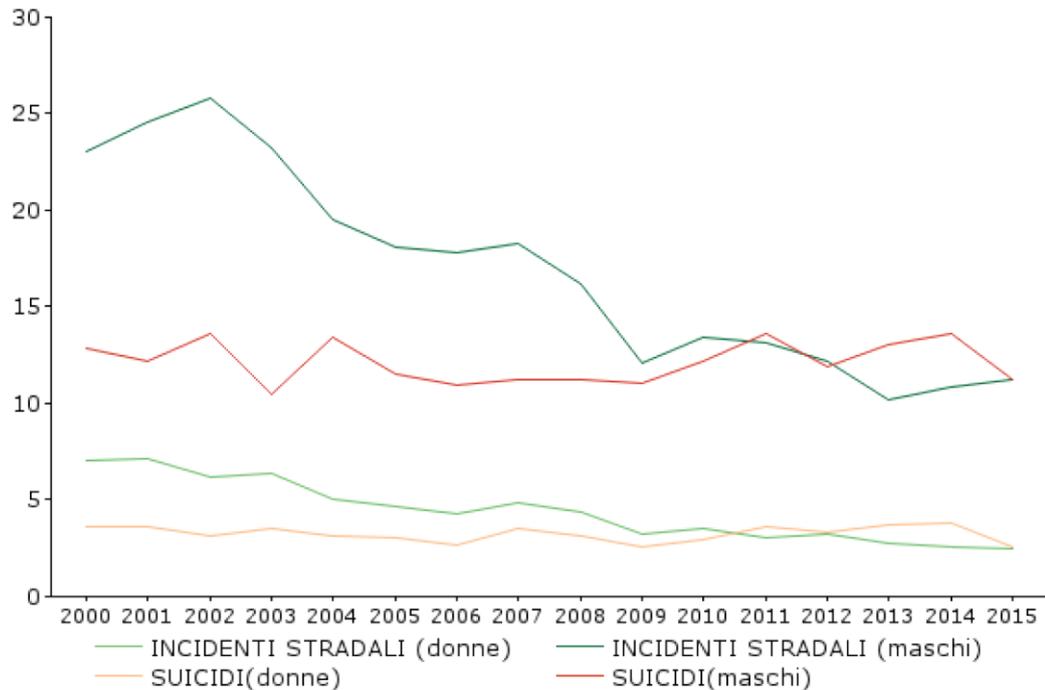


Figura 2.8 – Mortalità per incidenti stradali e suicidi: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, 2000-2015, stand. diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007

Fonte: Relazione socio sanitaria 2017 Veneto

Per quanto riguarda le cause esterne di decesso, la Relazione sociosanitaria 2017 prende in considerazione due importanti cause: gli incidenti stradali e i suicidi. Ciò che si osserva (Fig. 2.8) è che la mortalità per incidenti stradali, seppur più elevata per gli uomini che per le donne, segue un trend decrescente. Diverso è il discorso per i suicidi, che rimangono sostanzialmente costanti negli anni: intorno a 13 decessi ogni 100.000 uomini e 4 decessi ogni 100.000 donne, in linea con il dato nazionale ed europeo.

Figura 2.8 – Mortalità per incidenti stradali e suicidi: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, 2000-2015, stand. diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007



Fonte: Relazione socio sanitaria 2017 Veneto



1.3 Risorse organizzative e finanziarie

Come assodato da moltissimi sistemi di valutazione delle performance sanitarie e socio-sanitarie, il Veneto risulta sistematicamente tra le Regioni con un più alto livello di qualità della cura e dell'assistenza. A questo si associa anche una spesa sanitaria pubblica pro capite tra le più contenute delle Regioni italiane il che porta il Veneto al top delle regioni italiane anche sotto il profilo dell'efficacia e dell'efficienza. Infatti nel 2016 la spesa sanitaria pubblica pro-capite In Veneto è stata di 1.772€ rispetto ad una media nazionale pari a 1.845€. La spesa sanitaria privata pro capite è invece più elevata: nel 2015 pari a 700€ pro capite, superiore alla media nazionale nello stesso anno pari a 588€. Da numerosi lavori di ricerca emerge come questo dato sia legato soprattutto alla capacità di spesa dei cittadini e non dalla diversità nei profili di salute o dalla qualità del sistema sanitario regionale.

Sia la spesa pubblica che privata pro capite in Veneto sono in crescita negli ultimi anni.

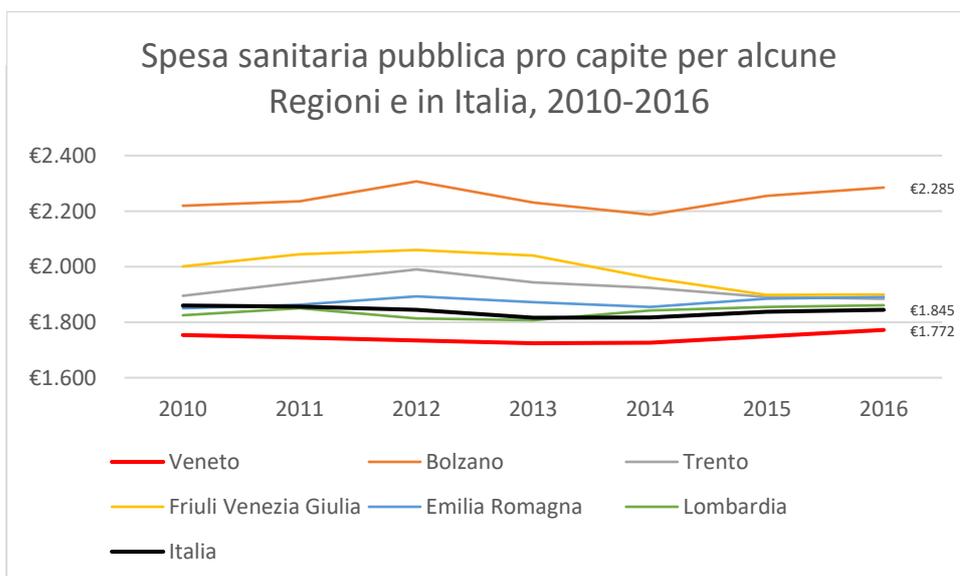
La spesa corrente in dispositivi di consumo ospedalieri, una tra le voci che assorbono maggior spesa insieme ai farmaci, è – tra le regioni analizzate dal Bersaglio di S. Anna – una delle più contenute.

La spesa sanitaria pro capite

Il Datawarehouse HEALTH4ALL di Istat contiene una sezione dedicata alla **spesa sanitaria complessiva pubblica pro capite** nelle Regioni e in Italia. Dalla lettura dei dati emerge che il Veneto nel 2016 è una delle Regioni con la spesa pubblica pro capite più contenuta. Considerando le performance generali del Sistema Sanitario Regionale che in questi anni ha sempre collocato la Regione tra le top anche attraverso l'analisi dei punteggi LEA, si può affermare che questi valori indicano un'**elevata efficienza della spesa**. La Provincia Autonoma di Bolzano rappresenta invece la realtà dove la spesa pro capite è più elevata.

Il trend di spesa pubblica pro-capite delle regioni del nord confinanti con il Veneto (ad eccezione della Provincia Autonoma di Bolzano) mostra come la spesa pubblica pro-capite in sanità si stia allineando nel tempo ai valori medi nazionali (Fig. 12). In questo senso il Veneto si sta avvicinando alla media, con un tasso medio composto annuo di **crescita della spesa** tra il 2010 e il 2016 pari a 0,17, in controtendenza rispetto alla media nazionale dello stesso periodo pari a -0,13.

Fig. 12



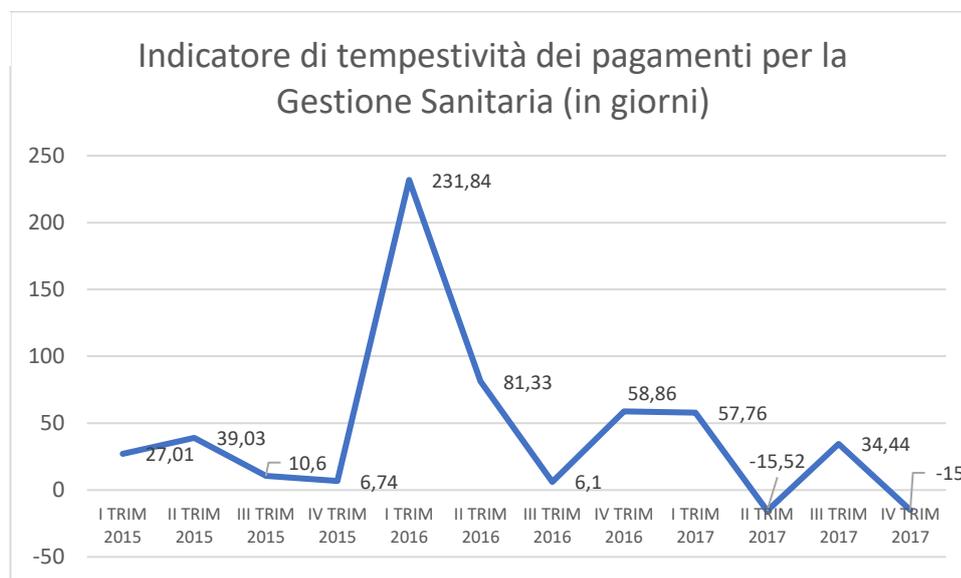
Fonte: Istat HEALTH4ALL

Gli ultimi dati disponibili sulla **spesa privata pro capite** per la salute rilevano come nel 2015 (ultimo dato disponibile) la spesa annua media per ogni cittadino del Veneto si attesti a 700,2€, in lieve crescita rispetto al 2002 con un tasso medio composto annuo di crescita pari a 1,3. Rispetto alla media nazionale, la spesa privata è più elevata (la media nazionale nel 2015 è infatti pari a 588,1€) ma con un tasso di crescita inferiore (il tasso medio composto annuo di crescita per l'Italia nello stesso periodo si attesta a 1,8). Le regioni in cui la spesa privata è più elevata sono Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia, entrambe sopra i 900€ pro capite nel 2015 e in forte crescita; la Campania è invece la regione con la spesa più contenuta: 387,8€ nel 2015, questo a indicare come la spesa privata in sanità è più legata alla capacità di spesa che non alla qualità della cura e dell'assistenza.

La tempestività nei pagamenti

In attuazione dell'art. 33 del D.Lgs n. 33/2013, le strutture regionali calcolano l'indicatore di tempestività dei pagamenti relativo agli acquisti di beni, servizi e forniture (Fig. 13) elaborato secondo le modalità definite con D.P.C.M. 22 settembre 2014. L'indicatore di tempestività dei pagamenti è stato calcolato, come indicato dal comma 3 dell'art. 9 del citato D.P.C.M., come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento.

Fig. 13



Fonte: <https://www.regione.veneto.it/web/ragioneria/indicatore-tempestivita-pagamenti>

Il termine massimo per il pagamento delle fatture per gli enti del servizio sanitario è fissato a 60 giorni: ciò significa che, ad esempio, nell'ultimo trimestre del 2017, in media, pesata per gli importi, il pagamento delle fatture è avvenuto a 45 giorni: infatti, si scosta di -15 giorni dai previsti 60.



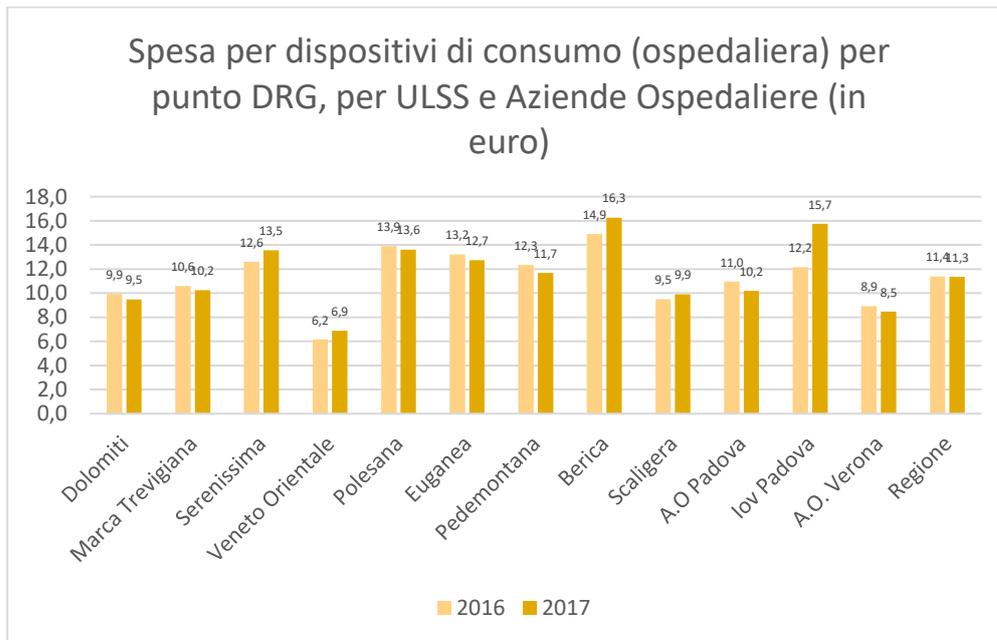
La spesa per dispositivi di consumo negli ospedali

Questo indicatore (Fig. 14), elaborato dalla Scuola Sant'Anna e inserito nel Bersaglio, misura la spesa in euro per dispositivi di consumo negli ospedali. In particolare, l'indicatore misura la spesa totale sostenuta per siringhe, guanti e dispositivi di assorbimento in regime di ricovero per punto DRG medico-chirurgico (Diagnosis Related Group). È una misura indiretta della capacità di massimizzare il costo-efficacia nell'utilizzo dei dispositivi di consumo: l'avanzamento tecnologico solo in parte può difatti spiegare l'ampiezza di offerta e i crescenti costi dei dispositivi medici utilizzati negli ospedali. Per questo l'indicatore è spesso preso come elemento di riferimento per la valutazione dell'efficienza della spesa.

L'indicatore, ancora in fase sperimentale, non copre molte Regioni, ma tra quelle coperte, il Veneto presenta una tra le spese più contenute del 2017, con 11,3€ in dispositivi di consumo per punto DRG. La Provincia Autonoma di Bolzano, la più alta, ha una spesa che nello stesso periodo si attesta a 17,4€ in dispositivi di consumo per punto DRG.

Anche tra le ULSS e le Aziende Ospedaliere Autonome del Veneto si osservano delle differenze anche significative: la spesa in Veneto Orientale, la più contenuta con 6,9€ nel 2017, è meno della metà della spesa nell'ULSS Berica, a 16,3€ nello stesso periodo.

Fig. 14



Fonte: Bersaglio Sant'Anna

Queste differenze dovrebbero essere superate nel tempo con la **centralizzazione degli acquisti** avvenuta con l'avvio di Azienda Zero.

2. La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio

2.1 Stili di vita

I dati della Sorveglianza PASSI per il Veneto sulla popolazione tra i 18 e i 69 anni d'età evidenziano una prevalenza di fumatori superiore alla media nazionale, elevata in particolare tra i giovani. Proprio questa classe d'età (18-34 anni) è anche quella dove la prevalenza di bevitori a rischio è più elevata e in forte crescita nell'ultimo decennio, raggiungendo nel 2018 la proporzione di un bevitore a rischio ogni due giovani. Le ULSS Dolomiti e Pedemontana sono quelle con la più elevata prevalenza di bevitori a rischio su tutte le classi d'età.

Il Veneto, al pari delle altre regioni del Nord-Est, è una regione dove si conduce uno stile di vita attivo e meno sedentario rispetto alla media nazionale. Circa una persona su cinque conduce uno stile di vita sedentario. Anche la prevalenza di persone obese e sovrappeso è inferiore alla media nazionale.

Il sistema di **Sorveglianza PASSI** monitora, con modalità omogenee su tutto il territorio nazionale, ormai da anni gli stili di vita delle persone residenti in modo da individuare le aree su cui si stanno modificando gli stili di vita evidenziando dove è necessario investire di più in promozione della salute. Questo sistema di sorveglianza è rivolto alla **popolazione tra i 18 e i 69 anni d'età**. Le dimensioni considerate in questo contesto sono quattro, ossia la prevalenza sulla popolazione di riferimento di:

- fumatori
- bevitori a rischio
- persone sedentarie
- persone obese e sovrappeso

Tutte e quattro queste dimensioni hanno infatti importanti ripercussioni sulla salute delle persone. Ad esempio, è noto come il fumo di sigaretta, ad ogni boccata, durante la combustione, sprigiona più di 4.000 sostanze chimiche. Tra le più pericolose c'è il catrame che contiene sostanze cancerogene che si depositano nel polmone e nelle vie respiratorie e sostanze irritanti, che favoriscono infezioni, bronchite cronica ed enfisema. Come sottolinea il Ministero della Salute, il fumo è "la prima causa di morte facilmente evitabile" in quanto fortemente correlato all'insorgere di molteplici patologie quali cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie. Esso è inoltre dannoso per la salute dei non fumatori che respirano passivamente le sostanze sprigionate nell'aria.

La sedentarietà, invece, è una condizione predisponente al sovrappeso e obesità e a diverse malattie, tra cui spiccano le malattie cardiovascolari, il diabete di tipo 2 e l'ipertensione.

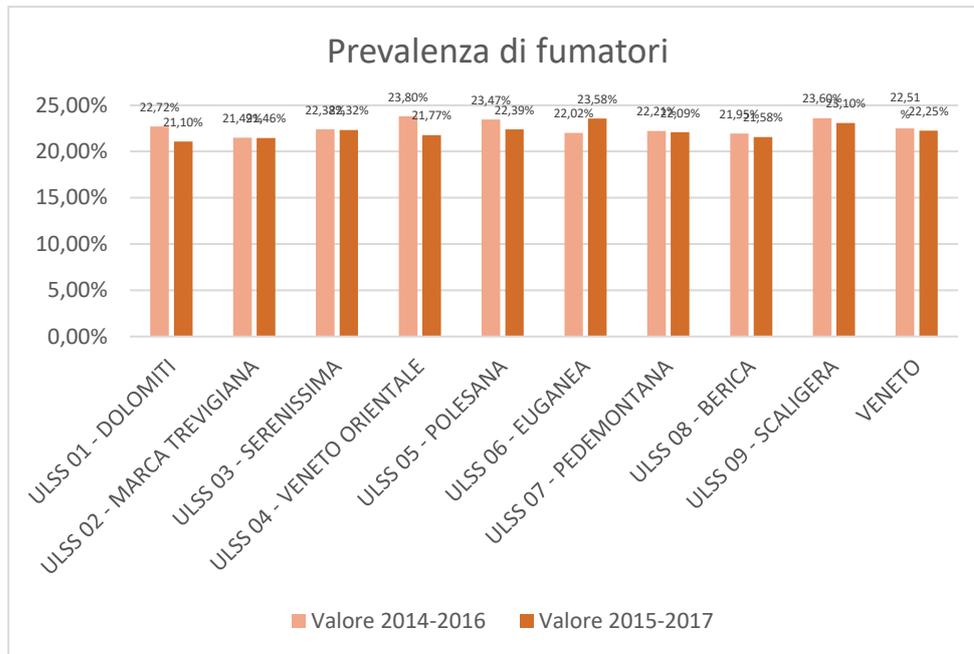
L'abuso di alcol, infine, oltre ad essere tossico per l'organismo, può creare dipendenza e distruggere diverse funzioni – come quella epatica – può rappresentare anche un problema sociale nei soggetti maggiormente esposti.

Fumatori

L'obiettivo del Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 è ridurre del 10% il numero dei fumatori entro il 2018 e possiamo dire che l'Italia, nel suo complesso, va nella direzione giusta. Secondo i dati di Osservasalute2017, nel 2013 era fumatore il 20,9% della popolazione italiana con più di 14 anni, mentre nel 2016 siamo scesi al 19,8%.

Il Veneto si mantiene al di sopra della media nazionale, con una prevalenza di fumatori nel 2016 pari al 22,5%, sostanzialmente stabile nel 2017 con il 22,2%. La situazione nelle ULSS non è omogenea (Fig. 15): nonostante tutte siano al di sopra della media nazionale, nel 2017 per la ULSS 6 Euganea si osserva un picco massimo del 23,6%; nella ULSS 1 Dolomiti si osserva invece il minimo regionale: 21,1%.

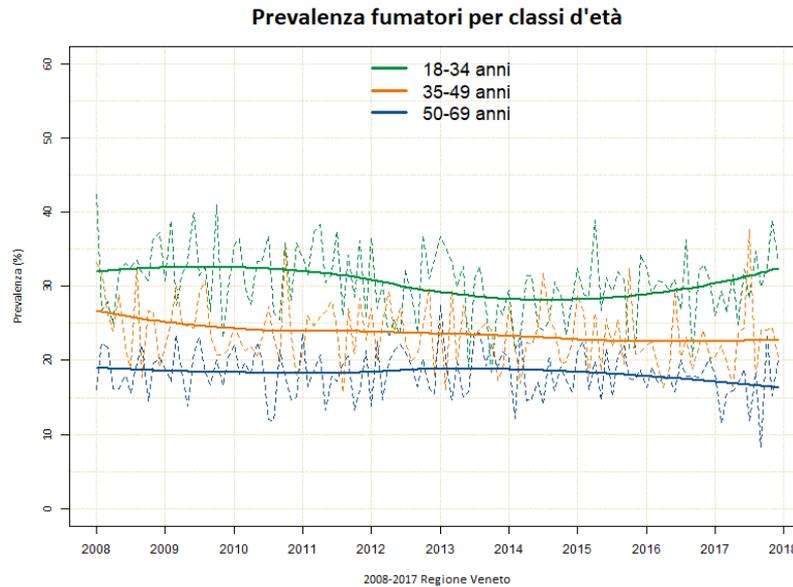
Fig. 15



Fonte: Bersaglio Sant'Anna

Sugli obiettivi del Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 e, più in generale, sul trend della prevalenza di fumatori, si può affermare che **il Veneto non ha significativamente ridotto il numero di fumatori**: anzi, dal 2014 al 2018, a fronte di una lieve decrescita delle classi d'età più avanzate, si è registrato un aumento della prevalenza di fumatori tra i 18 e i 34 anni, passati da circa 28% a oltre il 32% di fumatori in questa classe d'età (Fig. 16).

Fig. 16



Elaborazione su dati PASSI

Bevitori a rischio

Questo secondo paragrafo analizza la prevalenza di bevitori a maggior rischio: si tratta cioè di chi dichiara un consumo abituale elevato, consumo episodico eccessivo (binge), o consumo fuori pasto di alcolici. La media regionale per il 2017 è 22,2% ossia poco più di uno su cinque.

Nei territori delle ULSS si osservano situazioni molto differenti (Fig. 17): le **ULSS Dolomiti e Pedemontana hanno una prevalenza di bevitori a maggior rischio nettamente più elevata**. I valori più bassi si registrano invece nelle ULSS Serenissima e Polesana.

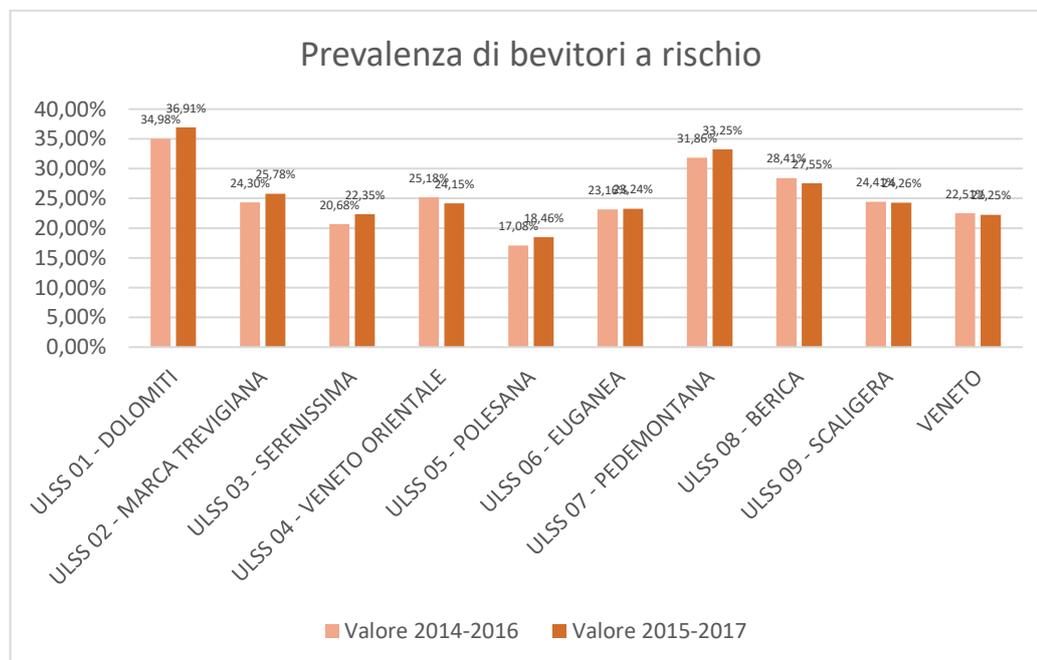


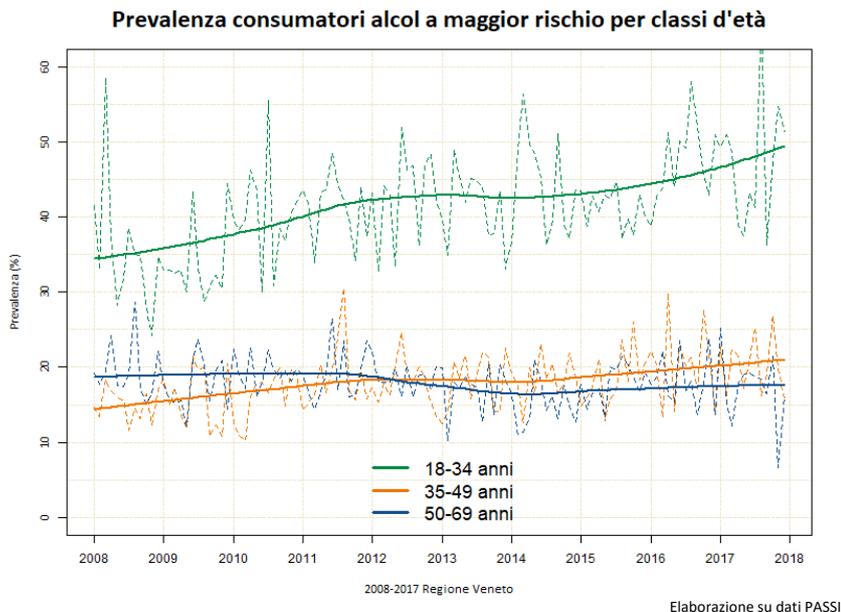
Fig. 17

Fonte: Bersaglio Sant'Anna

Anche per quanto riguarda il consumo di alcol a maggior rischio, si osserva come la classe d'età 18-34 sia quella più esposta (Fig. 18), con un consumo a maggior rischio che interessa quasi **il 50% dei giovani del Veneto nel 2018** e, soprattutto, con un trend di forte e inequivocabile crescita negli ultimi 10 anni.



Fig. 18

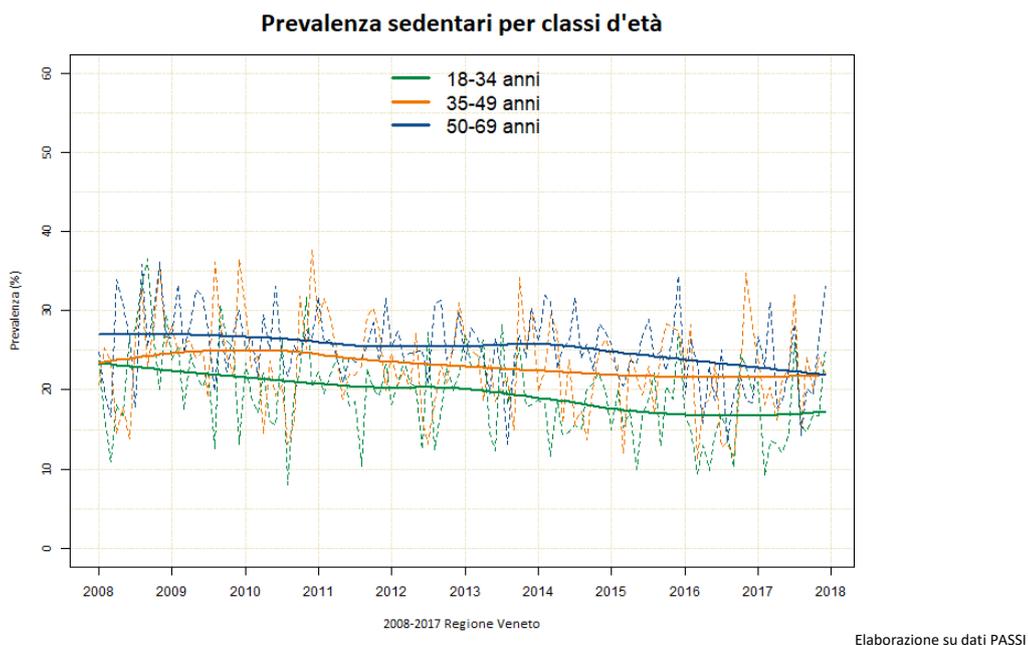


Personae sedentarie

Le persone classificate come sedentarie non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero, né svolgono un lavoro pesante. Al fine di essere classificate come fisicamente attive, le persone devono dichiarare di praticare attività fisica secondo le indicazioni Oms, ovvero: 30 minuti di attività fisica moderata per almeno 5 giorni alla settimana, o almeno 20 minuti al giorno di attività intensa per almeno 3 giorni a settimana; oppure svolgono un'attività lavorativa che richiede un importante sforzo fisico. Le persone definite parzialmente attive sono coloro che non svolgono un lavoro pesante ma praticano attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati.

Le elaborazioni sul tema della sedentarietà mostrano risultati più omogenei, ma comunque con importanti differenze per età (Fig. 19).

Fig. 19



L'elemento positivo è che il grosso lavoro di promozione di stili di vita sani collegati al movimento ha portato in questi ultimi 10 anni alla diminuzione in tutte le fasce di età della popolazione sedentaria.

Si osserva, omogeneamente a quanto accade a livello nazionale, che la sedentarietà rimane maggiore nelle classi d'età più avanzate, che dovrebbero invece mantenere uno stile di vita attivo per i benefici alla salute che esso porta.

Persone obese e sovrappeso

L'indice di massa corporea (abbreviato IMC o BMI, dall'inglese body mass index) è un dato biometrico, espresso come rapporto tra peso e quadrato dell'altezza di un individuo ed è utilizzato come un indicatore dello stato di peso forma. L'Organizzazione mondiale della Sanità ha stabilito che il valore-soglia oltre il quale una persona adulta è considerata "obesa" è pari a 30. L'obesità è oggi uno dei fattori di rischio più importanti per le malattie cardiovascolari, il diabete, i disordini muscolo-scheletrici e alcuni tipi di cancro. Inoltre, al crescere del grado di obesità, cresce il rischio e cresce anche l'Indice di massa corporea (IMC): in tal senso la prevalenza di persone obese è una misura indiretta della percentuale di popolazione soggetta a rischio per tutte le malattie anzidette. **La prevalenza di persone obese in Veneto nel 2017 (9,8%) è inferiore alla media nazionale (10,7%).** Il dato è abbastanza omogeneo negli ultimi quattro anni tra le ULSS, salvo Serenissima e Polesana, dove la prevalenza di persone obese e sovrappeso è superiore alla media (Fig. 20).

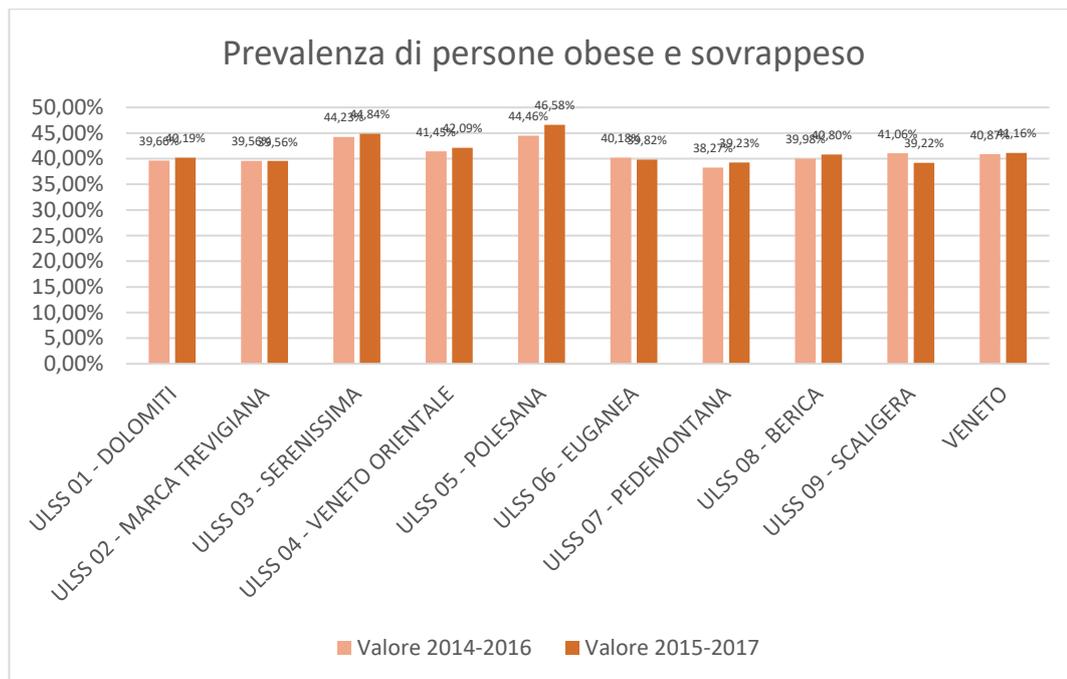


Fig. 20

Fonte: Bersaglio Sant'Anna



2.2 Copertura vaccinale e screening

La copertura vaccinale a 24 mesi in Veneto sui nati dal 2001 al 2015 si attesta intorno all'obiettivo nazionale del 95% sia per la esavalente – di poco superiore, al 95,5% – che per la MRP – di poco inferiore, al 94,7%. Vi sono delle differenze nei tassi di copertura tra le ULSS, dove Polesana, Veneto Orientale e Serenissima sono le più virtuose nell'ultimo anno (2017, su coorte del 2015).

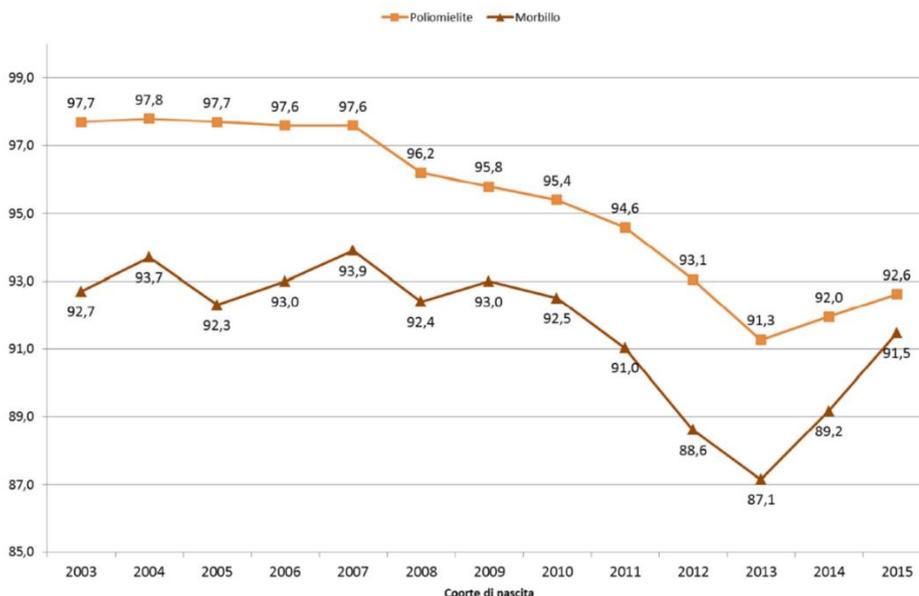
Il vaccino antinfluenzale, rivolto in particolare ad anziani e operatori sanitari, non raggiunge invece i livelli ottimali, salvo in alcune ULSS, tra cui Polesana che presenta i tassi di copertura più elevati nel 2017.

Il Report sull'attività vaccinale 2017 pubblicato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione Veneto tratta il tema della copertura vaccinale a 24 mesi. Le elaborazioni, tratte dal Report, sulla copertura vaccinale a 24 mesi sono aggiornate a fine 2017 e si riferiscono alla coorte dei nati fino a 24 mesi prima (2015).

La copertura complessiva per i soggetti di età compresa tra i 2 ed i 16 anni (cioè i nati dal 2001 al 2015) si attesta a fine 2017 al 95,5% per la terza dose di Poliomielite (rappresentativo anche per le altre vaccinazioni comprese nel vaccino esavalente: Difterite, Tetano, Pertosse, Hib ed Epatite B tra le quali le variazioni di coperture sono contenute) e al 94,7% per la prima dose di Morbillo (rappresentativo anche per Rosolia e Parotite - MRP). Si ricorda inoltre che **l'obiettivo di copertura fissato con il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale è del 95% per entrambe le tipologie di vaccino.**

Il tasso di copertura annuale presenta delle fluttuazioni e, tra il 2011 (nati nel 2009) e il 2015 (nati nel 2013), è in decrescita costante. Negli anni più recenti si è osservata una ripresa, probabilmente dovuta anche all'effetto della Delibera della Giunta Regionale n. 1935 del 29 novembre 2016 recante "Misure straordinarie per il recupero delle coperture vaccinali in età pediatrica nella Regione del Veneto" e a tutto il lavoro di motivazione e informazione capillare realizzato dai Dipartimenti di Prevenzione.

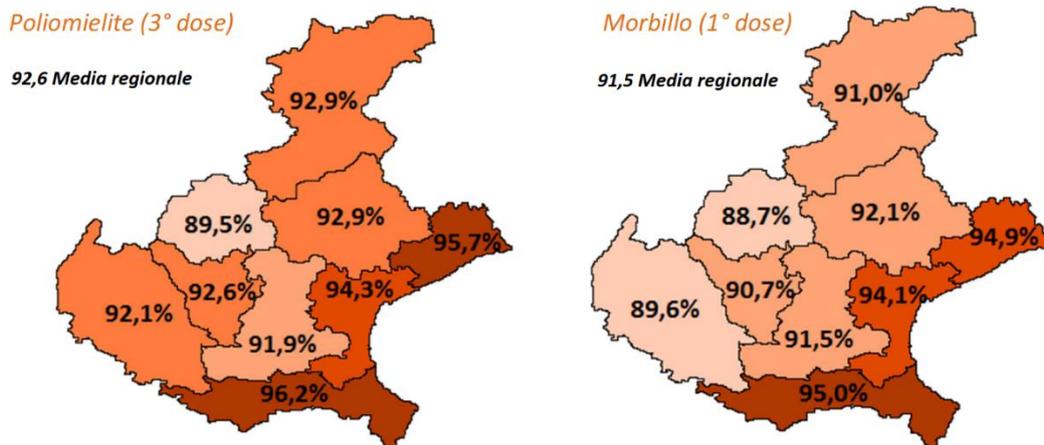
Figura 3: Andamento delle coperture vaccinali aggiustate per Poliomielite (3° dose) e Morbillo (1° dose) a 24 mesi di vita. Regione Veneto, coorti di nascita 2003-2015. Ogni dato è aggiornato al corrispettivo anno di rilevazione.



Fonte: Report sull'attività vaccinale 2017

Il tasso di copertura per il 2017 (nati nel 2015) evidenzia delle differenze anche sostanziali tra le ULSS del Veneto. La ULSS 5 Polesana presenta nell'ultimo anno i tassi di copertura più elevati raggiungendo completamente la soglia del 95%, seguita dalle ULSS 4 Veneto Orientale e ULSS 3 Serenissima. L'ULSS 07 Pedemontana è quella invece con i tassi di copertura più bassi nell'ultimo anno analizzato: 89,5% per l'esavalente e 88,7% per l'MRP.

Figura 5: coperture vaccinali aggiustate per Poliomielite (3° dose) e Morbillo (1° dose) per Azienda Ulss. Coorte 2015 dati al 31/12/2017.



Fonte: Report sull'attività vaccinale 2017

Vi sono diversi altri vaccini di importanza strategica: tra questi sicuramente è importante menzionare il **vaccino antinfluenzale**. Il vaccino antinfluenzale si riceve dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della azienda sanitaria ed è consigliato, per la stagione invernale, ad alcune tipologie di soggetti a rischio come, ad esempio, anziani, persone con malattie croniche e familiari di soggetti ad alto rischio, categorie professionali a rischio ecc... I residenti di età pari o superiore ai 65 anni sono, comunque, considerati il target prioritario per la vaccinazione.

I primi dati del Bersaglio, riferiti all'anno 2017, mostrano che nessuna delle ULSS del Veneto raggiunge l'obiettivo di copertura ideale, enunciato dal Bersaglio, per gli ultra 65 pari al 75%. La media regionale è infatti 55,13% e, anche in questo caso, le ULSS Polesana, Veneto Orientale e Serenissima sono le più virtuose. La ULSS 1 Dolomiti ha il tasso di copertura più basso pari a 48,7%.

2.3 L'adesione ai programmi di screening oncologici

L'adesione agli screening oncologici in Veneto è molto alta, tra le più alte d'Italia.

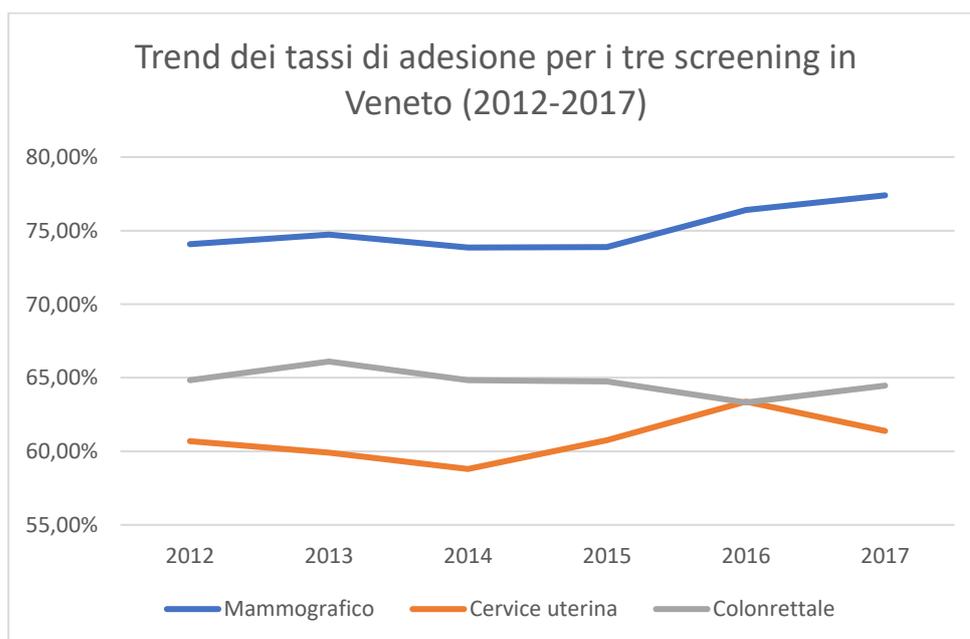
In particolare, lo screening mammografico supera nel 2017 in tutte le ULSS il tasso di adesione obiettivo del 70%. Anche per lo screening alla cervice uterina si raggiunge in media nello stesso anno il tasso di adesione obiettivo del 60%, seppur con alcune differenze tra i territori dove Serenissima, Euganea e Scaligera presentano tassi al di sotto dell'obiettivo. L'adesione allo screening colonrettale, rivolto a entrambi i sessi, non raggiunge l'obiettivo del 70% nel 2017, pur restando tra i più alti in Italia.

La Relazione socio sanitaria 2017 conferma come i tre programmi di screening oncologici di riconosciuta efficacia (colon, cervice uterina, mammella) previsti nei LEA sono attivi presso tutte le Aziende ULSS del Veneto e come nel 2016 l'estensione degli inviti sia stabile su livelli ottimali e si confermino i livelli elevati dei tassi di adesione corretta all'invito.

Il Bersaglio Sant'Anna presenta tre indicatori, rispettivamente dedicati alle tre tipologie di screening oncologici nominate, che esplicitano il tasso di adesione ai programmi di screening, ossia il numero di persone che hanno partecipato allo screening a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione.

Il trend regionale degli ultimi anni (Fig. 21) conferma che lo screening mammografico e quello alla cervice uterina presentano tendenzialmente un tasso di adesione al di sopra dell'obiettivo che è, rispettivamente, 70% per il mammografico e 60% per quello alla cervice uterina. Lo screening colonrettale, pur essendo in Veneto quello con la più alta adesione rilevata dal Bersaglio Sant'Anna, si attesta comunque al di sotto dell'obiettivo ideale del 70%. In ogni caso è possibile affermare che in Veneto c'è molta attenzione dei cittadini al tema degli screening oncologici, come testimoniato dai livelli di adesione che sono tra i più alti del Paese.

Fig. 21



Fonte: Bersaglio Sant'Anna

Volendo analizzare la situazione per le nove ULSS, viene offerto dal Bersaglio un set di tre indicatori che misurano il tasso di adesione per la singola ULSS: emergono così, nell'ultimo biennio, alcune differenze tra i territori.

Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate. Per questo indicatore, in tutte le ULSS si è raggiunto nel 2017 l'obiettivo del 70% (Fig. 22). Soltanto nella ULSS 08 Berica nell'anno precedente (2016), il tasso di adesione si attestava al 68,7%, lievemente al di sotto dell'obiettivo.

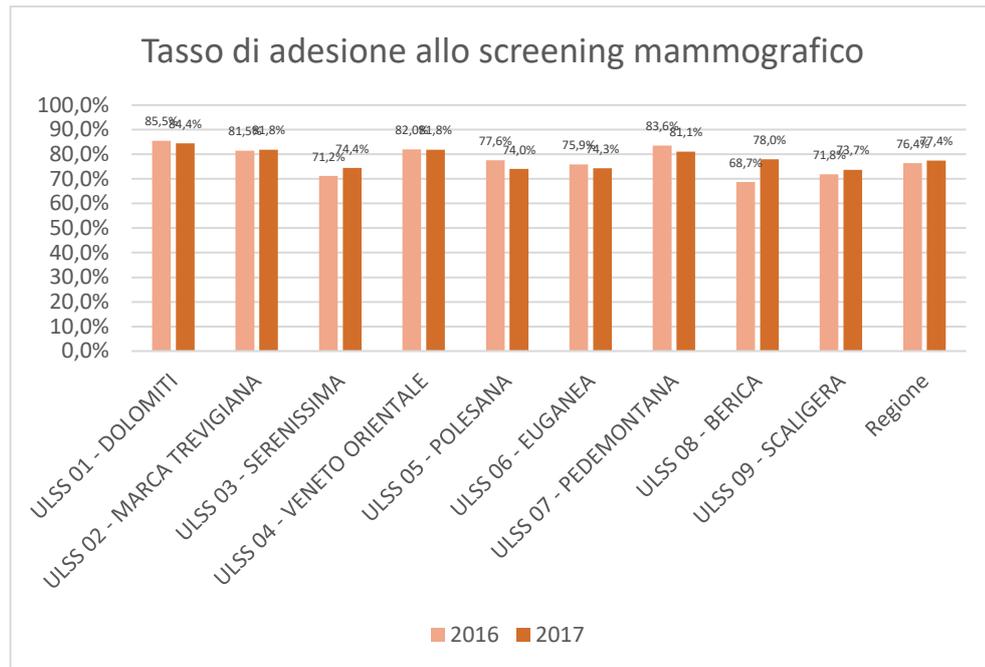


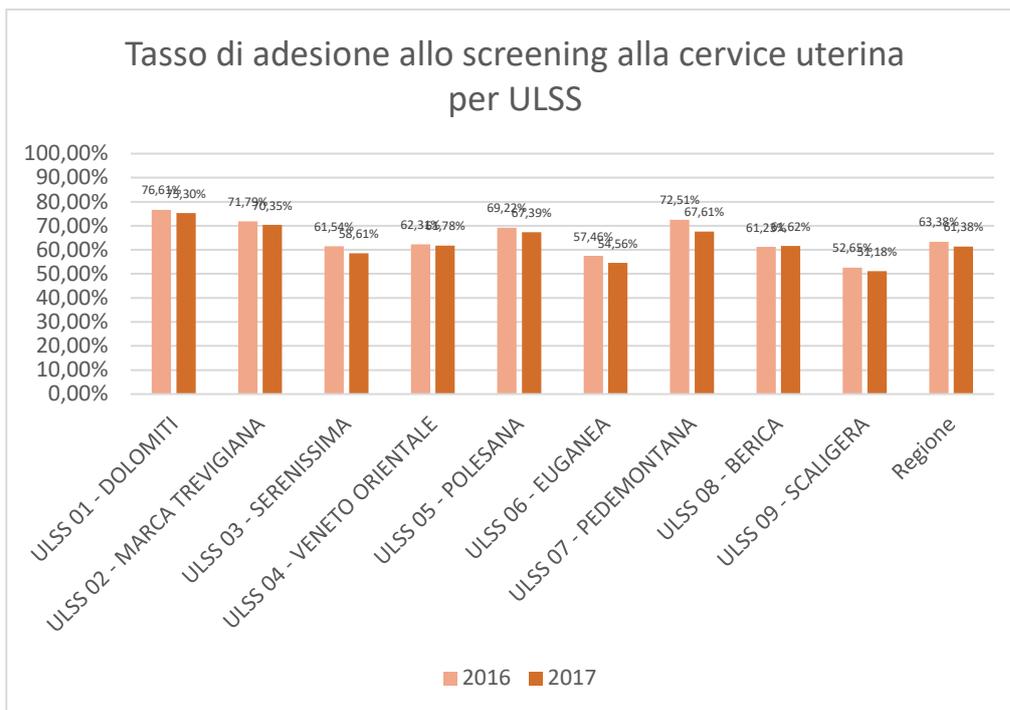
Fig. 22

Fonte: Bersaglio Sant'Anna

Lo screening della cervice uterina (Fig. 23) è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate. Rispetto a quanto osservato per lo screening mammografico, c'è più variabilità nei tassi di adesione (Fig. 23): nel 2017, pur superando il 50% di adesione, nella ULSS 3 Serenissima, ULSS 6 Euganea e ULSS 9 Scaligera i tassi non hanno raggiunto il valore obiettivo del 60%. In altre ULSS, invece, come Dolomiti, Marca Trevigiana, Polesana e Pedemontana i tassi di adesione sfiorano o addirittura superano il 70%.



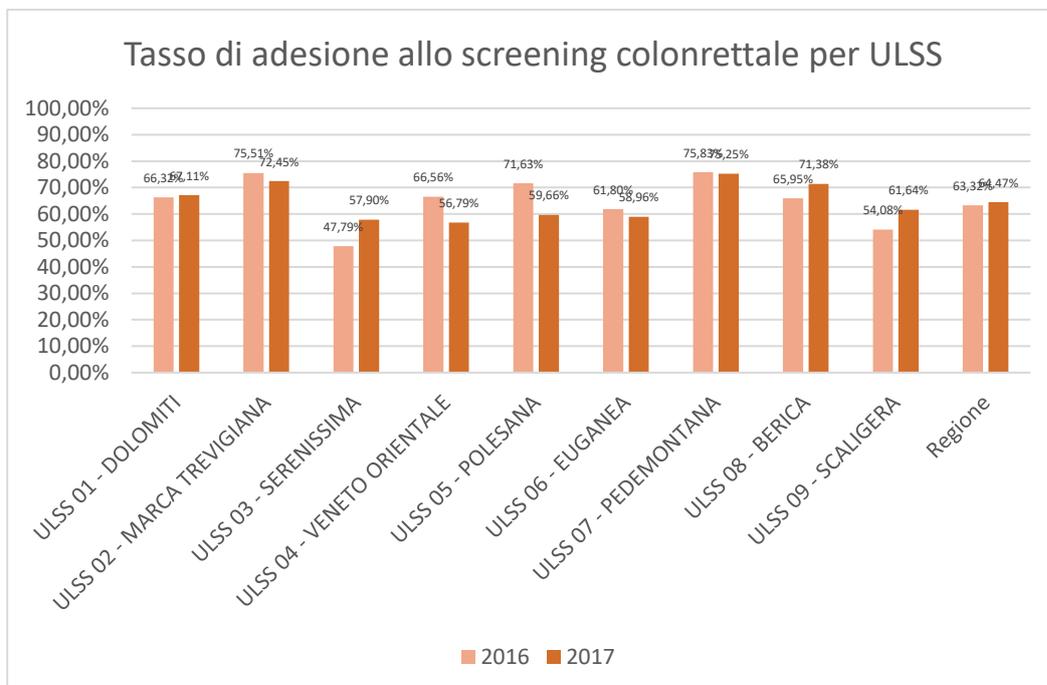
Fig. 23



Fonte: Bersaglio Sant'Anna

Lo screening colorettole (Fig. 24) è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'adesione misura quanti hanno partecipato allo screening rispetto agli invitati. Solo in tre ULSS nel 2017 si è raggiunto l'obiettivo del 70%: Marca Trevigiana, Pedemontana e Berica. Salvo la ULSS 01 Dolomiti, dove il tasso di adesione è del 67,1%, nel resto dei territori i tassi di adesione restano intorno al 60%.

Fig. 24



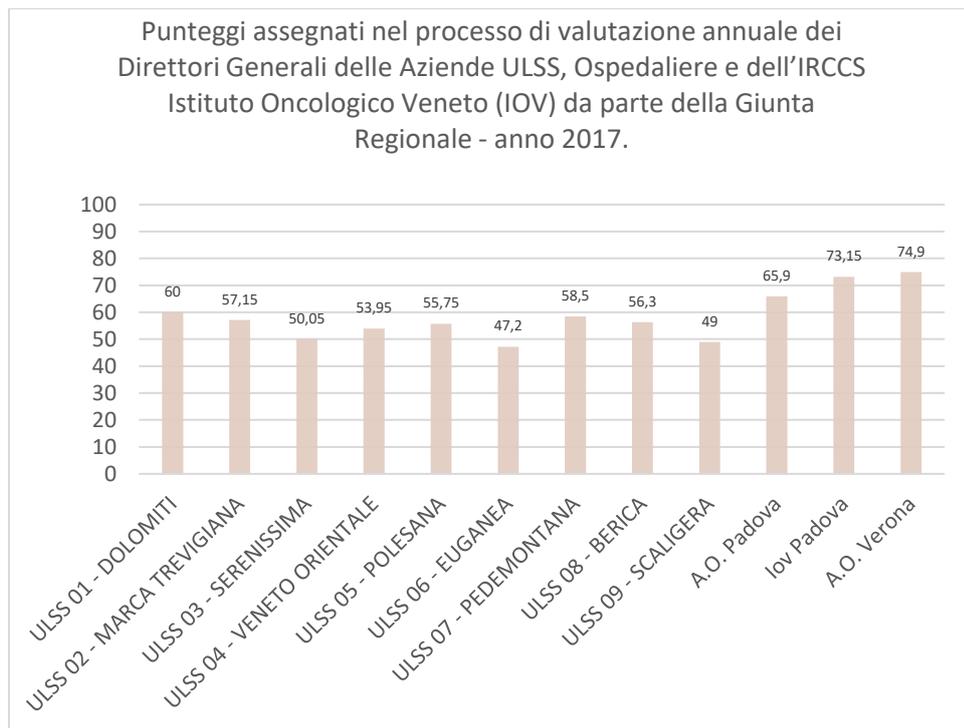
Fonte: Bersaglio Sant'Anna

3. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto

La valutazione annuale 2018, per il 2017, dei direttori generali delle ULSS e delle altre Aziende sanitarie della Regione Veneto conferma l'elevata capacità di garantire i LEA in tutti i territori della Regione del Veneto, rispettare i vincoli di bilancio, rispettare la programmazione regionale di competenza della Commissione Quinta e organizzare i servizi sul territorio di concerto coi Sindaci, seppur con non trascurabili differenze tra territori.

La Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016" ha apportato, tra le altre cose, modifiche alla L.R. 56/1994 con la previsione che "I direttori generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale ed in relazione all'azienda specificamente gestita". Tale valutazione – le cui modalità sono indicate all'art. 13 della citata legge – si basa su:

- garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio (di competenza della Giunta Regionale), pesato al 60%;
- rispetto della programmazione regionale (di competenza della competente Commissione Consiliare), pesato al 20%;
- qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio delle Aziende ULSS (di competenza delle rispettive Conferenze dei Sindaci), pesato al 20%. Quest'ultimo criterio di valutazione non si applica alle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e all'Istituto Oncologico Veneto e pertanto il 20% della pesatura confluisce nel primo criterio – rispetto del LEA.



Fonte: ALLEGATO A del DGR nr. 1158 del 07 agosto 2018

Dalla lettura del grafico si osserva come i direttori delle ULSS con il punteggio più elevato nel 2017 siano Dolomiti e Pedemontana, due tra le ULSS, come abbiamo visto nel primo capitolo, più piccole; inoltre i direttori delle Aziende Ospedaliere e l'IOV – non valutate sull'organizzazione territoriale – hanno tutte punteggi molto elevati. Di contro, i direttori di due delle ULSS più grandi, Euganea e Scaligera, hanno ricevuto i punteggi più bassi nel 2017, forse evidenziando la maggiore difficoltà di gestione delle aziende vicine al milione di utenti (ma non è una regola generale!).



4. La salute della donna e del bambino

Il tasso di fecondità in Veneto nel 2016 è 1,38 – leggermente più alto del tasso nazionale – ma con differenze tra province: a Rovigo e Belluno si fanno meno figli.

Un parto su quattro, in media, è di tipo cesareo, più alto della percentuale ideale del 15% fissata dall'OMS ma più contenuto di diverse altre Regioni italiane.

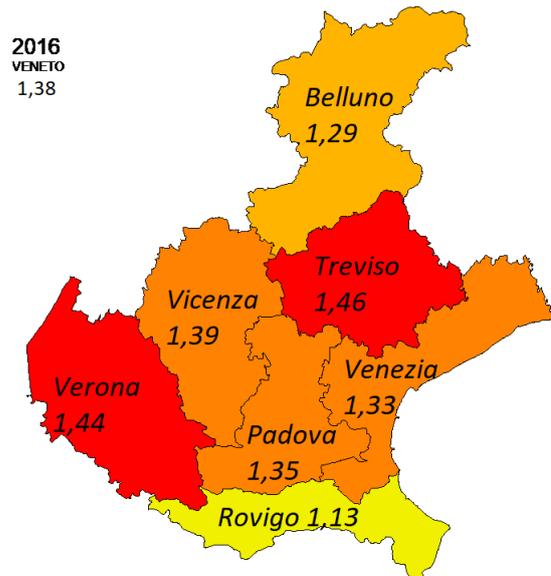
Il tasso di concepimento per le donne minorenni è in calo negli ultimi anni, passando dal 2,12% nel 2011 al 1,56% nel 2017 (-26,4%).

Il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica in Veneto (5% nel 2017) è tra i più bassi in Italia e simile a quello di altre Regioni del Nord Europa.

ISTAT ha calcolato per il 2016 un tasso di fecondità totale per il Veneto pari a 1,38: esso indica il numero medio di figli per ogni donna in età fertile residente in Veneto nell'anno. Il tasso di fecondità in linea con quello nazionale (1,34) ma con differenze tra le province (Fig 25).

Fig. 25

Tasso fecondità totale (TFT)



Fonte: ISTAT

Nel 2016, in Veneto, un parto su quattro è stato di tipo cesareo, seppur con importanti differenze tra province: a Rovigo un parto su tre, mentre a Belluno circa un parto su cinque è stato di tipo cesareo. La percentuale ideale fissata dall'OMS è del 15% di parti cesarei: poco più di uno ogni sette: ne consegue che il valore regionale è elevato. Il Veneto rimane comunque tra le regioni italiane con la percentuale di parti cesarei più contenuta.

Il 23,6% sono inoltre parti indotti: mentre la ULSS 01 – "Dolomiti" registra una percentuale di parti indotti del 19,1%, tale percentuale cresce al 31,0% nella ULSS 05 – "Polesana". L'induzione del travaglio dovrebbe essere riservata solo a quelle situazioni in cui vi sono specifiche indicazioni mediche, secondo le raccomandazioni dell'OMS (1985): *in nessuna regione geografica è giustificata una percentuale di travagli indotti più alta del 10%.*

Il tasso di concepimento per le donne minorenni

Il tasso di concepimento per 1.000 residenti donne minorenni in Veneto nel 2017 è stato pari a 1,56, con tasso di variazione rispetto al 2016 pari a -9% (Fig. 26). Il trend mostra un calo del tasso di concepimento in Veneto: dal 2011 al 2017 la variazione è del -26,4%.

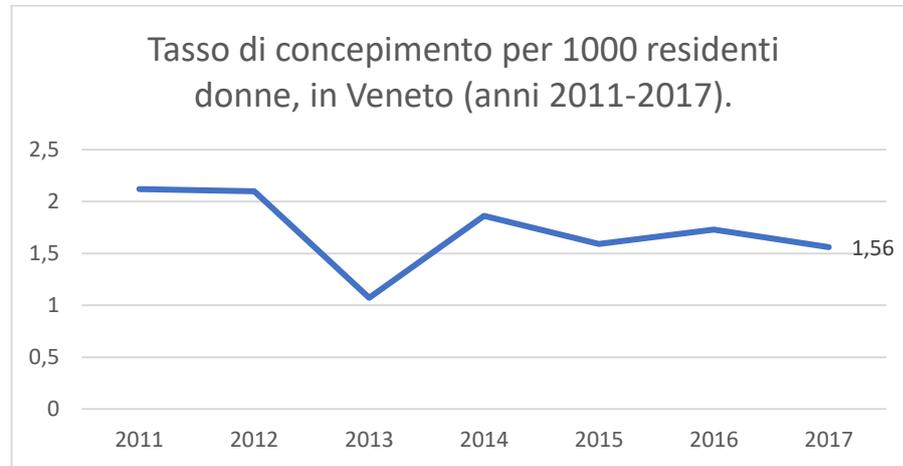


Fig. 26

Il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica

Il Veneto ha, tra le Regioni analizzate dalla rete regionale del Sant'Anna, il sistema sanitario con il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica più basso nel 2017 (Fig. 27). Il tasso medio della rete è infatti nel 2017 pari al 6,5%, contro un tasso in Veneto del 5,0%. Il valore osservato in Veneto è vicino a quello di altre regioni del Nord: 5,2% per il Friuli Venezia Giulia, 5,5% per la Lombardia, 5,5% per la Provincia Autonoma di Trento e 5,8% per la Provincia Autonoma di Bolzano.

Fonte: Bersaglio Sant'Anna

Anche relativamente a questo indicatore troviamo delle notevoli differenze tra le ULSS del Veneto che variano dal 5,8% della ULSS pedemontana all'8,77% della Polesana (Fig. 27).

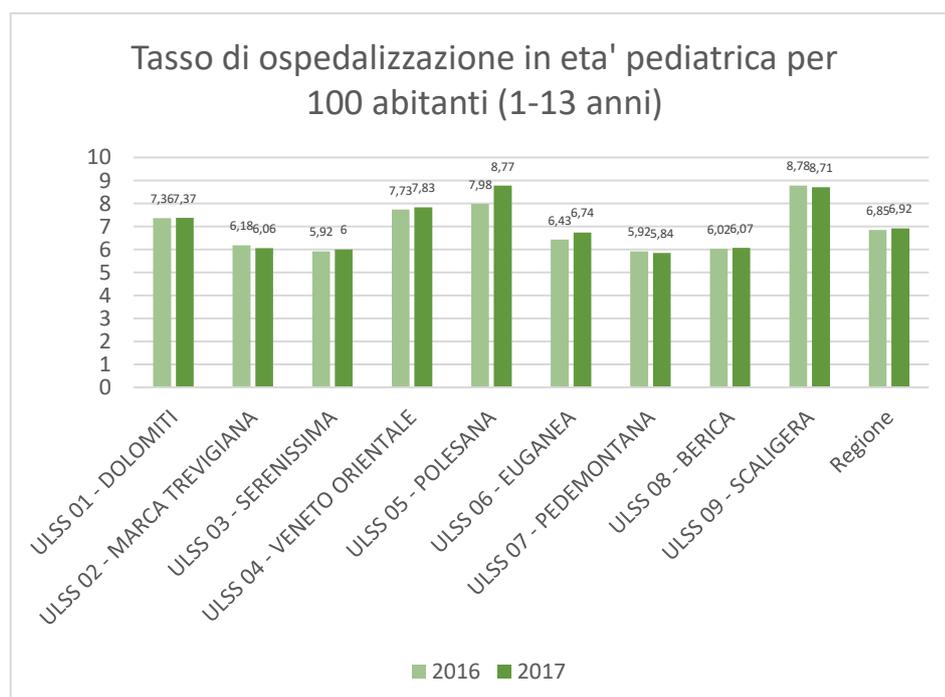


Fig. 27

Fonte: Bersaglio Sant'Anna



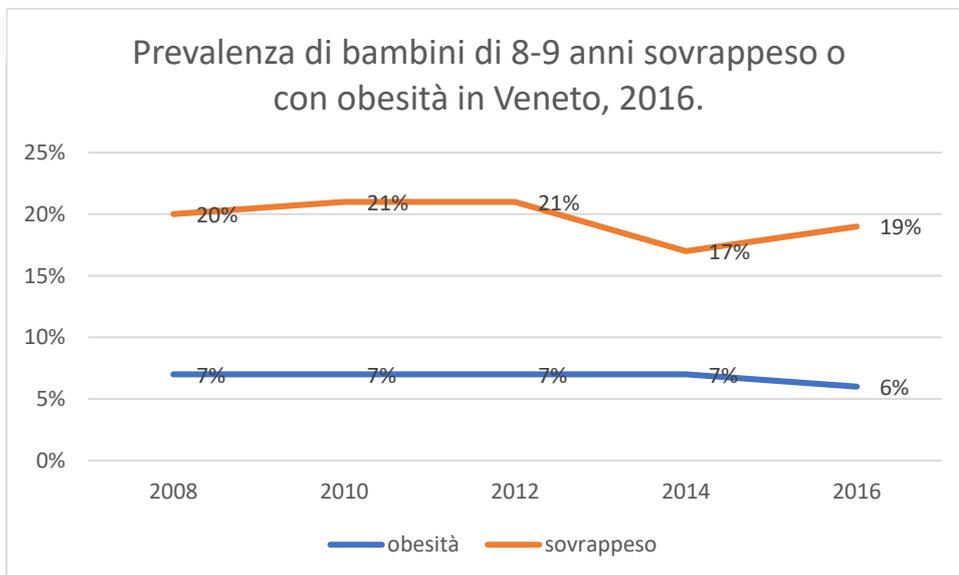
Sovrappeso e obesità nei bambini

La sorveglianza biennale Okkio alla Salute, similmente a quanto avviene per gli adulti con PASSI, ha raccolto nel 2016, in Veneto, informazioni sullo stile di vita dei bambini di 8-9 anni. Hanno partecipato alla rilevazione 1858 bambini con i loro genitori. In Veneto, nel 2016, quasi l'1% dei bambini tra gli 8 e 9 anni risulta in condizioni di obesità severa, il 5% risulta obeso, il 19% in sovrappeso. Complessivamente il 25% dei bambini presenta un eccesso ponderale. Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 27% dei bambini risulta in eccesso ponderale, mentre quando un genitore è obeso il 41% dei bambini è in eccesso ponderale (di cui 13% obeso), indicando come le abitudini alimentari dei genitori si riflettano sui figli.

Il Veneto è tra le Regioni italiane con la percentuale di bambini in eccesso ponderale più bassa, ma il fenomeno si osserva comunque in un bambino su quattro.

Si evidenzia una leggera diminuzione del fenomeno nel corso degli anni.

Fig. 28



Fonte: Okkio alla Salute 2016

5. Il percorso del paziente in ospedale

Il percorso emergenziale

I tassi di accesso al pronto soccorso in Veneto sono elevati ma nella media delle regioni analizzate dal Bersaglio, con 351 accessi ogni 1000 residenti nel 2017. Il 9% degli accessi – escludendo quelli per cui non potrebbe potenzialmente accadere - danno luogo a più accessi ripetuti nelle 72 ore successive al primo accesso.

La gestione dell'emergenza è anch'essa nella media: intercorrono mediamente 19 minuti tra la chiamata e l'arrivo dei soccorsi. Alcune zone, come il bellunese e l'alto vicentino, hanno delle tempistiche più dilatate in ragione della particolare morfologia del territorio.

Il **tasso di accesso al Pronto Soccorso** medio in Veneto per il 2017 è stato di 351 accessi ogni 1000 residenti, con una leggera crescita rispetto al valore del 2016 (345 ogni 1000 residenti). L'indicatore, calcolato dalla Scuola superiore Sant'Anna nel contesto del Bersaglio, mostra il rapporto tra il numero complessivo di accessi in PS dei residenti regionali e la popolazione residente. Nel calcolo sono inoltre inclusi gli accessi nei Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliere - Universitarie. Questo indicatore, va specificato, non monitora tanto l'attività del Pronto Soccorso in sé, ma è in realtà un indicatore indiretto per misurare l'efficacia di risposta assistenziale del territorio. Anche in questo caso troviamo differenze significative tra ULSS che variano dal minimo della Marca Trevigiana di 314 accessi al massimo della Dolomiti con 408 accessi su 1000 residenti (Fig. 29).

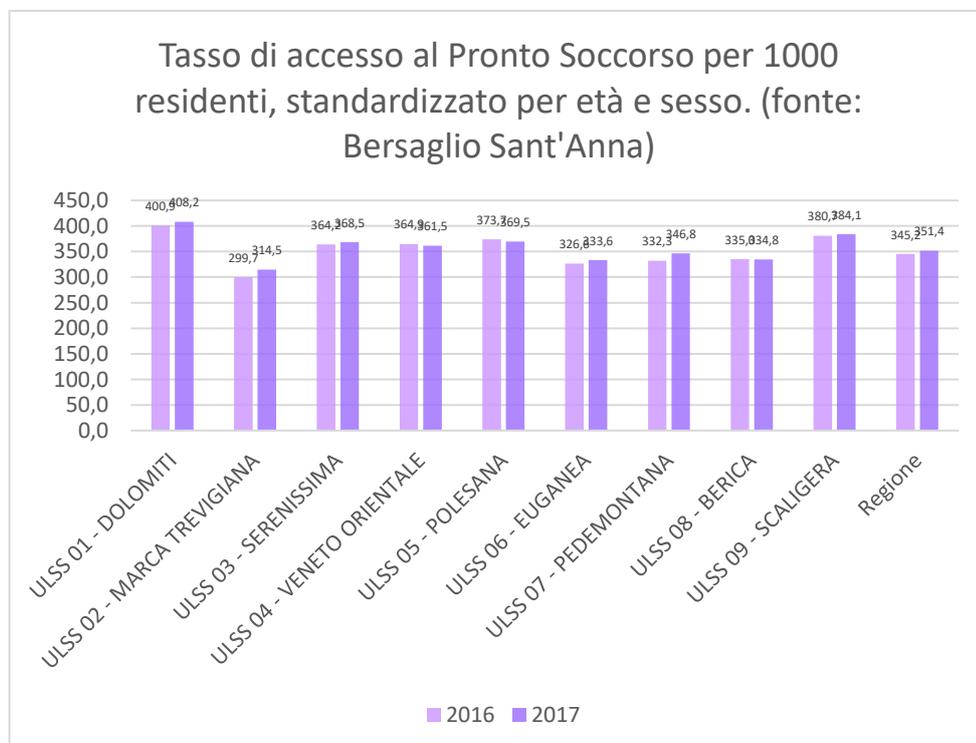


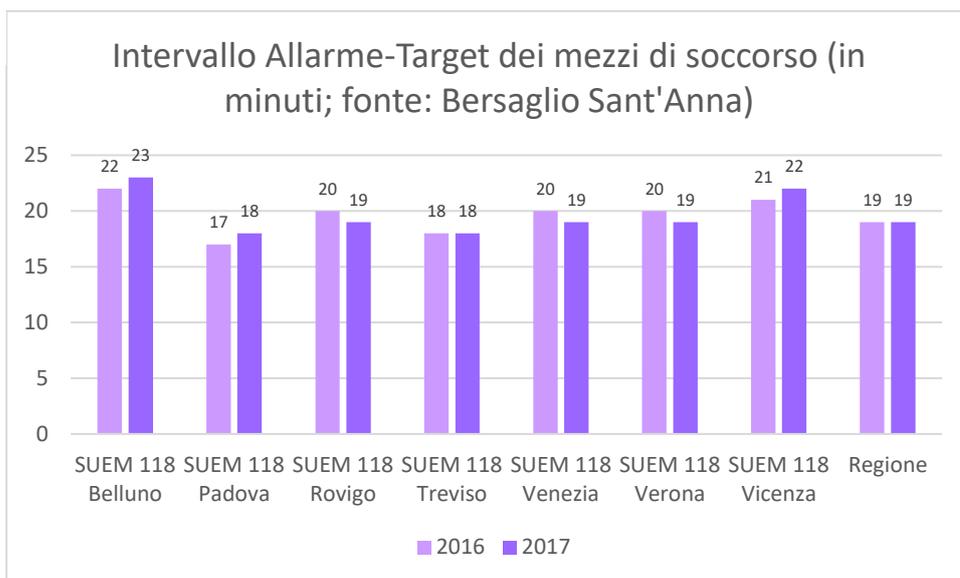
Fig. 29

Fonte: Bersaglio Sant'Anna



L'indicatore "Intervallo Allarme-Target" (Fig. 30) fornisce una importante descrizione e misura dell'offerta assistenziale erogata dai sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito nella "griglia LEA" e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target). Nel calcolo dell'indicatore vengono considerati solo i tempi compresi tra 1 e 180 minuti e le sole prese in carico con Codice Criticità presunta valorizzato con Rosso o Giallo. Il valore medio in Veneto nel 2017 è pari all'anno precedente e si attesta a 19 minuti, con una performance valutata mediamente nel Bersaglio: il valore medio delle regioni considerate si attesta a 18,5 minuti.

Fig. 30



Fonte: Bersaglio Sant'Anna

Il seguente indicatore (Fig. 31), anch'esso tratto dal Bersaglio della Scuola Superiore Sant'Anna, misura la percentuale di accessi ripetuti dallo stesso utente entro 72 ore sul totale degli accessi che sono valutati con esito compatibile con la possibilità di effettuare un accesso ripetuto. La media regionale nel 2017 è pari al 9%: si osserva come la situazione sia molto diversificata tra le ULSS. Per "esito compatibile con l'accesso ripetuto" si intende esito alla dimissione diverso da ricoverato, trasferito ad altro istituto, deceduto (in pronto soccorso o giunto cadavere) e rifiuta ricovero: a causa della mancata informazione della data - ora delle prestazioni nel flusso del Pronto Soccorso, la Regione Veneto non ha potuto tuttavia effettuare le esclusioni richieste ed il dato è quindi spurio. Nel grafico successivo sono anche presentate le informazioni per le Aziende Ospedaliere autonome di Padova e Verona.

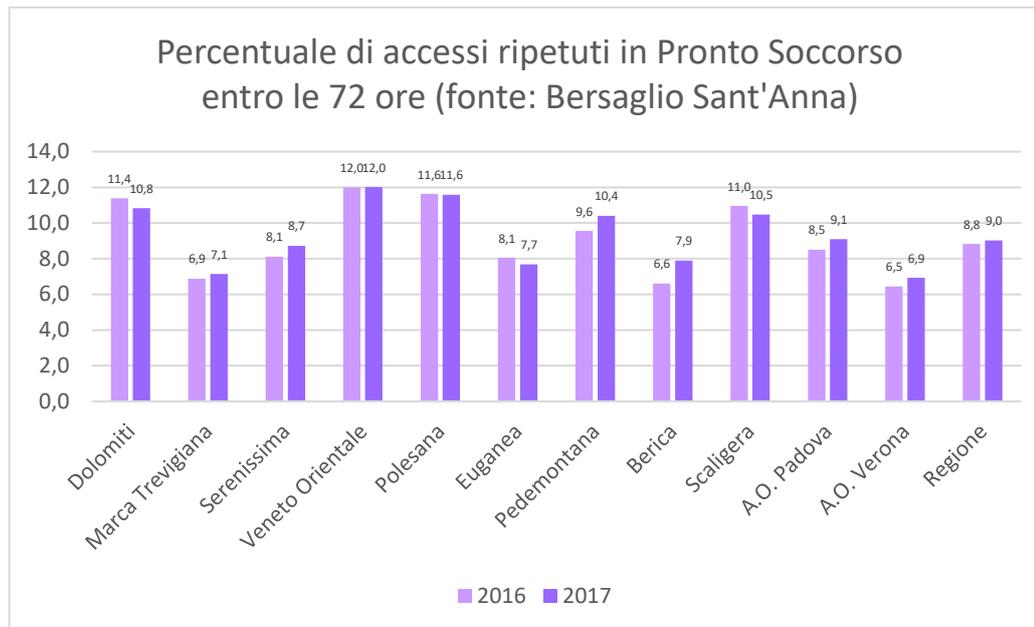


Fig. 31

Fonte: Bersaglio Sant'Anna

La performance ospedaliera: degenza media

Uno dei più comuni indicatori di performance ospedaliera è quello sulla degenza media. Il Veneto si colloca tra le regioni in cui la degenza effettiva, sia per DRG chirurgici che medici, è superiore alla degenza attesa per ogni DRG.

Si osserva una variabilità significativa nella performance sia tra ULSS che tra DRG medici e chirurgici: Serenissima ha una performance bassa per entrambi; Polesana, ad esempio, ha una performance media per DRG chirurgici ma non altrettanto per quelli medici; le Aziende del padovano e del veronese sono quelle con le performance più elevate in termini di tempi di degenza in relazione ai DRG relativi.

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascuna tipologia di ricovero con la media registrata nel 2016 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono monitorate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati.

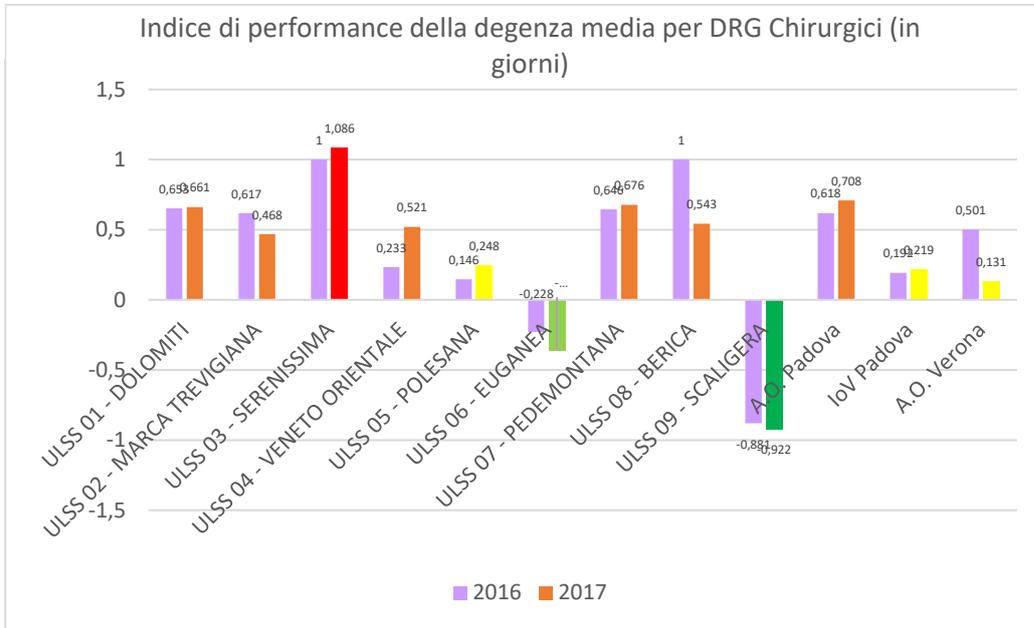
Il Veneto, in media, si colloca nel 2017 tra le regioni meno virtuose, con un IPDM pari a 0,25 per i DRG chirurgici e 0,69 per i DRG medici.

L'indicatore, presente nel Bersaglio Sant'Anna, si costruisce rapportando la differenza tra le giornate di degenza osservate e attese con il numero di dimissioni, per ogni DRG (Diagnosis Related Group) di tipo chirurgico (Fig. 32) e medico (Fig. 33). La valutazione espressa nel Bersaglio Sant'Anna per il 2017 si può leggere attraverso le seguenti colorazioni (*segue*):



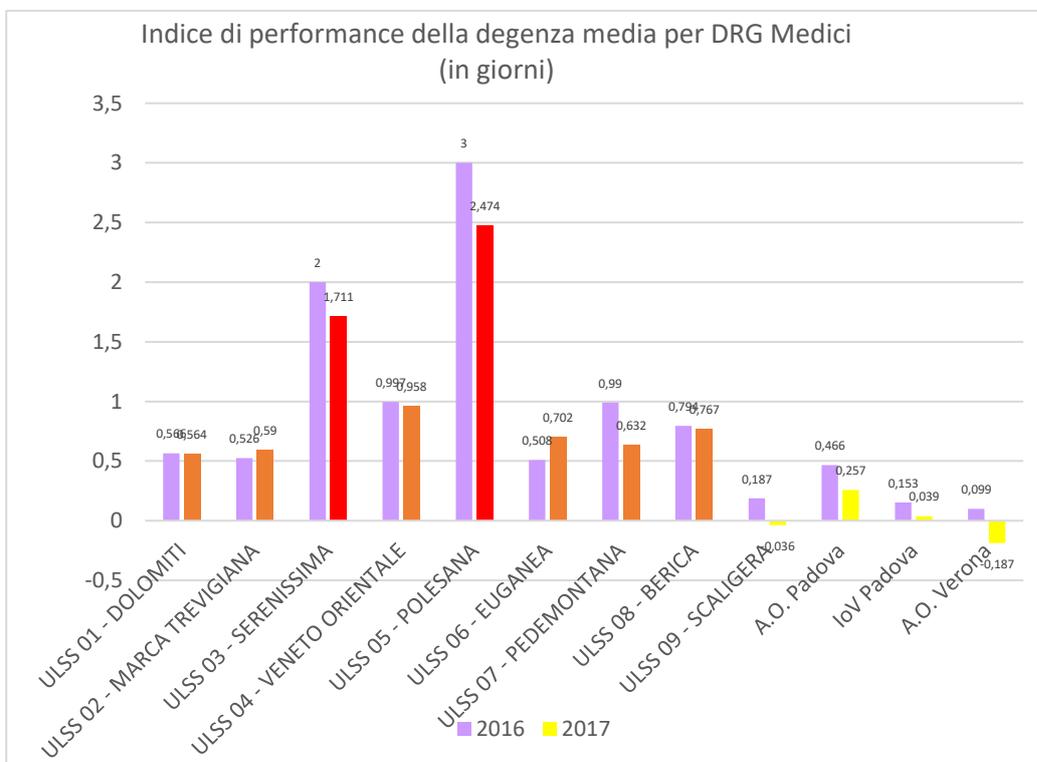
- In **verde scuro**, le ULSS con performance ottima nel 2017
- In **verde chiaro**, le ULSS con performance buona nel 2017
- In **giallo**, le ULSS con performance media nel 2017
- In **arancione**, le ULSS con performance scarsa nel 2017
- In **rosso**, le ULSS con performance pessima nel 2017

Fig. 32



Fonte: Bersaglio Sant'Anna

Fig. 33



Fonte: Bersaglio Sant'Anna

6. La presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e di assistenza

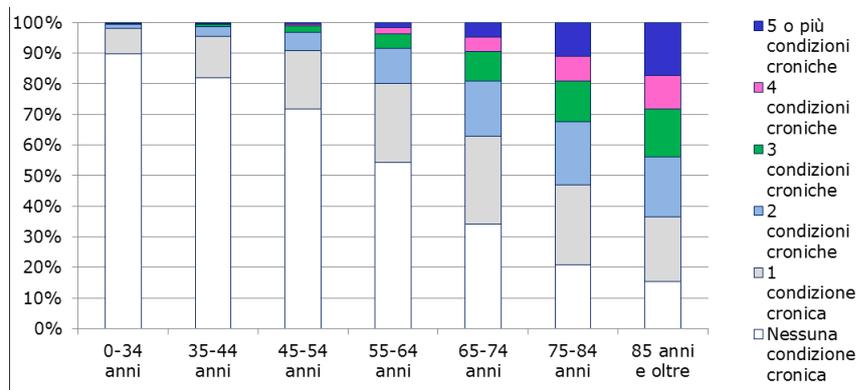
Più della metà della popolazione residente in Veneto sopra i 65 anni presenta almeno una condizione cronica, mentre più della metà della popolazione oltre i 75 anni è in condizione di multimorbilità cioè presenta più condizioni croniche.

I costi legati al trattamento della multimorbilità crescono al crescere del numero di condizioni croniche presenti: i pazienti con 5 condizioni croniche arrivano ad avere un costo pro capite di circa 8000€, più del doppio rispetto ai casi con 3 condizioni croniche (circa 3500€).

Le seguenti statistiche, elaborate dal Ser con l'utilizzo della metodologia ACG e pubblicate all'interno della Relazione sociosanitaria 2017 (riferite a dati del 2015), trattano il tema delle condizioni croniche e rappresentano le statistiche disponibili più aggiornate. Quando vi è compresenza di due o più condizioni croniche, si parla di multimorbilità. La prevalenza delle condizioni croniche cresce nelle fasce di popolazione più anziane: più della metà della popolazione sopra i 65 anni presenta almeno una condizione cronica, mentre più della metà della popolazione oltre i 75 anni è in condizione di multimorbilità (Fig. 34).

Popolazione per numero di condizioni croniche e classi di età, Veneto, 2015.
(Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)

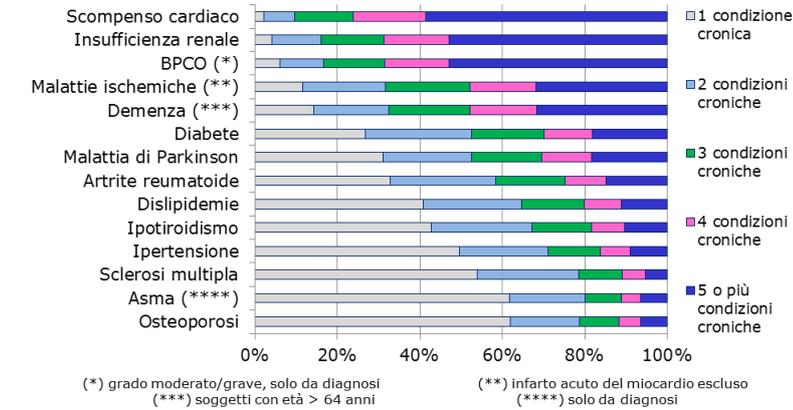
Fig. 34



Fonte: Relazione socio sanitaria 2017 Veneto

Osteoporosi, asma (in soggetti di almeno 65 anni), sclerosi multipla e ipertensione sono le condizioni croniche con la maggiore prevalenza nei soggetti con una sola condizione cronica (Fig. 35). Al contrario, le condizioni croniche prevalenti nei soggetti con cinque o più condizioni croniche compresenti sono: scompenso cardiaco, insufficienza renale, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO diagnosticata di grado moderato o grave) (Fig. 35).

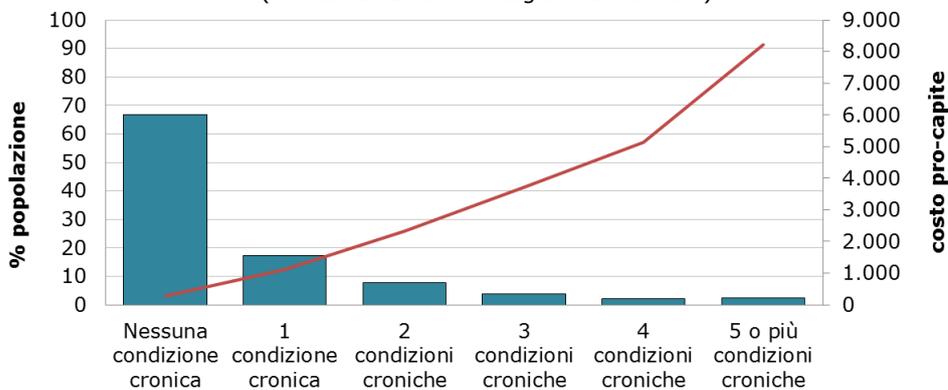
Fig. 35 profilo di comorbidità della popolazione affetta da alcune patologie croniche, Veneto, 2015. (Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)



Fonte: Relazione socio sanitaria 2017 Veneto

I costi legati ai trattamenti delle condizioni croniche, inoltre, crescono al crescere del numero di condizioni contemporaneamente presenti (Fig. 36). I casi di multimorbidità più intensi arrivano ad avere un costo pro capite annuo di circa 8000€, più del doppio rispetto ai casi con 3 condizioni croniche (circa 3500€). Emerge anche qui l'importanza di contenere le malattie prevenibili attraverso un corretto stile di vita: ad esempio, è noto come la causa principale di BPCO nei paesi occidentali sia il fumo di sigaretta.

Fig. 36 Popolazione e costi per numero di condizioni croniche, Veneto, 2015. (Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)



Fonte: Relazione socio sanitaria 2017 Veneto



7. Le malattie rare¹

In Veneto a metà del 2017 lo 0,67% della popolazione residente era inserito nel Registro delle Malattie Rare regionale, per un totale di 32.805 persone.

Il tempo medio di diagnosi delle malattie rare è elevato: circa 6-7 anni. Si è stimato che ogni anno in Veneto vengano diagnosticate malattie rare a poco meno di 3000 persone, con un'incidenza annua stimata dell'8,7%.

Si osserva una forte variabilità tra le Regioni, presumibilmente non tanto per un diverso grado di morbosità quanto per le differenze nei sistemi di rilevazione e nella loro accuratezza.

A livello comunitario **una patologia è definita rara se ha una prevalenza nella popolazione inferiore a 5 casi ogni 10.000 abitanti**. L'OMS ha calcolato l'esistenza di circa 6.000 entità nosologiche, ma si tratta probabilmente di una stima riduttiva e, di fatto, l'UE calcola il loro numero in circa 8.000, compresi i sinonimi.

Secondo una stima dell'OMS rappresentano il **10% delle patologie umane note**. Sono patologie eterogenee, generalmente di origine genetica, a prevalente insorgenza pediatrica, accomunate da problematiche assistenziali simili, da affrontate globalmente e che richiedono una specifica tutela, per le difficoltà diagnostiche, la gravità clinica, il decorso cronico, gli esiti invalidanti e l'onerosità del trattamento.

Il numero di Persone con Malattia Rara in Italia non è ancora del tutto noto nonostante già il primo provvedimento che ha individuato specifiche misure a favore delle persone con malattia rara (Decreto Ministeriale n. 279 / 2001) abbia indicato come fondamentale l'avvio del registro nazionale delle Malattie rare che dovrebbe essere alimentato dai registri regionali Malattie Rare.

La presenza in Italia di Persone con Malattia Rara secondo il nomenclatore del 2001 può collocarsi nell'intervallo compreso tra le 560.000 e le 750.000 unità con una prevalenza tra lo 0,91% e l'1,22% (fonte: MonitoRare "IV Rapporto sulla condizione della persona con malattia rara in Italia", 2018). Quindi sono patologie rare se prese singolarmente ma diffuse nel complesso.

Inoltre, sono difficili da individuare dal sistema sanitario tanto che ancora **oggi il tempo medio di diagnosi per una delle 8.000 MR esistenti è di circa 6-7 anni**. Negli ultimi venti anni molto è stato fatto soprattutto sul piano dell'assistenza sanitaria: da ultimo, a livello europeo, l'introduzione delle ERN - *European Reference Network* (marzo 2017) e, a livello nazionale, l'approvazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 18 marzo 2017, che, fra gli aspetti più rilevanti per le persone con malattia rara, prevede l'innovazione dei nomenclatori dell'assistenza protesica, dispone l'inserimento nei LEA dello screening neonatale esteso per le malattie metaboliche ereditarie e prevede l'aggiornamento dell'elenco delle malattie rare con l'inserimento di 110 nuove patologie rare che si aggiungono a quelle già presenti in precedenza nell'elenco. Molto è, invece, ancora da fare sul piano dell'assistenza socio-sanitaria e sociale.

La rarità di alcune patologie ha portato spesso la riflessione sulla necessità di costruire delle reti che possano anche travalicare i confini regionali per assicurare ai centri di

¹ (dati tratti da MonitoRare "IV Rapporto sulla condizione della persona con malattia rara in Italia", 2018, Federazione UNIAMO F.I.M.R.)



competenza bacini di esperienza sufficientemente ampi per garantire la qualità della cura.

Considerando solo le patologie inserite nella prima lista di malattie rare (non quella aggiornata nel 2017) la prevalenza nelle regioni dove il Registro Malattie Rare risultava più completo e i dati accessibili era la seguente:

Numero di persone con malattia rara di cui al DM n. 279/2001 (esclusa la celiachia) inserite nel RRMR e residenti in Regione in carico a Presidi/Centri accreditati dalla Regione

| REGIONE/PA | Data di riferimento | N° PcMR residenti | Popolazione residente al 1-1-2017 | Prevalenza PcMR |
|--------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------|
| CAMPANIA | 30/06/2017 | 18.514 | 5.839.084 | 0,32% |
| EMILIA ROMAGNA | 30/06/2017 | 19.808 | 4.448.841 | 0,45% |
| FRIULI VENEZIA GIULIA | 30/06/2017 | 3.101 | 1.217.872 | 0,25% |
| LIGURIA | 31/12/2016 | 6.764 | 1.565.307 | 0,43% |
| LOMBARDIA | 31/12/2015 | 58.509 | 10.019.166 | 0,58% |
| MOLISE | 30/06/2017 | 858 | 310.449 | 0,28% |
| PA BOLZANO | 30/06/2017 | 3.238 | 524.256 | 0,62% |
| PA TRENTO | 30/06/2017 | 2.240 | 538.604 | 0,42% |
| PIEMONTE – VALLE D'AOSTA | 30/06/2017 | 32.290 | 4.519.409 | 0,71% |
| PUGLIA | 30/06/2017 | 19.697 | 4.063.888 | 0,48% |
| SARDEGNA | 30/06/2017 | 5.209 | 1.653.135 | 0,32% |
| UMBRIA | 30/06/2017 | 4.557 | 888.908 | 0,51% |
| VENETO | 30/06/2017 | 32.805 | 4.907.529 | 0,67% |
| TOTALE | | 207.590 | 40.496.448 | 0,51% |

Come si vede dall'ultima colonna **la prevalenza è molto variabile tra regione e regione presumibilmente non tanto per la diversa presenza di Persone con Malattia Rara nei diversi territori ma soprattutto per la diversa accuratezza del sistema di registrazione** e per la difficoltà di attivare e mantenere un registro preciso di tutte le persone con patologie rare.

Per capire quanto la quantificazione di queste tipologie di patologie sia ancora in divenire si può considerare oltre che la prevalenza anche l'incidenza ovvero quante nuove persone con Malattia Rara vengono registrate annualmente sul totale delle persone con malattia rara presenti sul registro.

La tabella che segue mette in evidenza la **forte variabilità regionale dell'incidenza, dovuta, anche in questo caso, alla ancora non totale copertura dei registri.**

incidenza dei nuovi inserimenti sul numero di persone con malattia rara di cui al DM n. 279/2001 (celiachia esclusa) inserite nel RRMR e residenti in Regione

| REGIONE/PA | N. PcMR residenti in Regione inserite nel RRMR | Nuovi inserimenti PcMR stimati in un anno | Incidenza stimata in un anno |
|-----------------------|--|---|------------------------------|
| CAMPANIA | 18.514 | 1.234 | 6,70% |
| EMILIA ROMAGNA | 19.808 | 2.490 | 12,60% |
| FRIULI VENEZIA GIULIA | 3.101 | 570 | 18,40% |
| MOLISE | 858 | 62 | 7,20% |
| PA BOLZANO | 3.238 | 346 | 10,70% |
| PA TRENTO | 2.240 | 352 | 15,70% |
| PIEMONTE - VdA | 32.290 | 3.888 | 12,00% |
| PUGLIA | 19.697 | 2.578 | 13,10% |
| SARDEGNA | 5.209 | 894 | 17,20% |
| UMBRIA | 4.557 | 658 | 14,40% |
| VENETO | 32.805 | 2.852 | 8,70% |
| TOTALE | 142.317 | 15.924 | 11,20% |

Il tema delle malattie rare è una sfida per tutto il sistema sanitario e socio-sanitario regionale perché investe e coinvolge tutti gli snodi del sistema: dalla prevenzione, alla capacità di diagnosi, alla cura, all'assistenza, all'integrazione, al supporto psicologico, all'accompagnamento al fine vita.

In Regione Veneto è stata sviluppata una rete molto articolata in grado di seguire la persona con malattia rara e la sua famiglia in tutto il percorso di vita con una piattaforma informatica e assistenziale che è stata nel tempo esportata in altre 11 regioni italiane. Il Coordinamento Regionale per le Malattie Rare della Regione Veneto gestisce anche una *help line* a cui rispondono operatori specializzati: medici, farmacisti e una psicologa. Dal 2014 è stato attivato anche il numero verde gratuito 800-318811. Nell'anno 2017, 2.275 persone con malattia rara e/o loro familiari e 4.220 professionisti hanno contattato il servizio.



8. La salute mentale

In Veneto nell'ultimo biennio la prevalenza di persone adulte che hanno ricevuto almeno una prestazione presso un Centro di Salute Menale oppure presso strutture residenziali/semi-residenziali dedicate a questa tipologia di utenza è pari a 16,6 ogni 1000 residenti ed è nella media delle regioni analizzate dal Bersaglio Sant'Anna. Una percentuale non trascurabile di utenti va inoltre incontro a ricoveri ripetuti entro un mese dal primo.

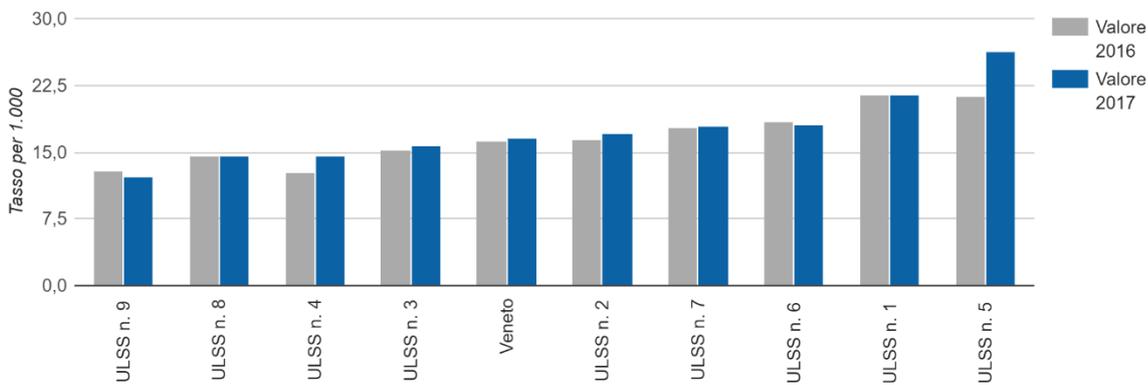
Se il tasso di ospedalizzazione per gli adulti è leggermente in calo nel 2017, per i minorenni si registra un aumento del tasso di ospedalizzazione tra il 2015 e il 2017 para a +5%.

L'analisi della prevalenza di abitanti presi in carico dai servizi di salute mentale è fondamentale per la programmazione e pianificazione del servizio. È importante tuttavia tenere presente che una grande parte della popolazione che soffre di disturbi mentali non si rivolge ai Servizi di salute mentale, ma ai medici di medicina generale o a professionisti privati.

In Veneto, nel 2016-2017, la prevalenza di persone adulte che hanno ricevuto almeno una prestazione nell'anno di riferimento e/o un intervento presso il CSM (Centro di Salute Menale) oppure presso strutture residenziali/semi-residenziali dedicate a questa tipologia di utenza è pari a 16,6 ogni 1000 residenti ed è nella media delle regioni analizzate dal Bersaglio Sant'Anna.

Osservando i tassi per le ULSS nell'ultimo biennio (Fig. 37), si possono vedere alcune differenze sostanziali: la ULSS 5 Polesana ha infatti visto nel 2017 un picco eccezionale di prese in carico (26,3‰), più del doppio della ULSS 9 Scaligera (12,3‰).

Fig. 37 Prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti



Fonte: Bersaglio Sant'Anna

L'ospedalizzazione per patologie psichiatriche

Il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche è un indicatore (Fig. 38) che valuta indirettamente l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione delle emergenze e degli episodi acuti: l'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali, infatti, dovrebbe essere limitato ai soli casi più gravi, garantendo, al contempo, al malato psichico una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio, che permetta ai Centri di Salute Mentale la migliore gestione del paziente incentivando gli interventi preventivi e curativi.

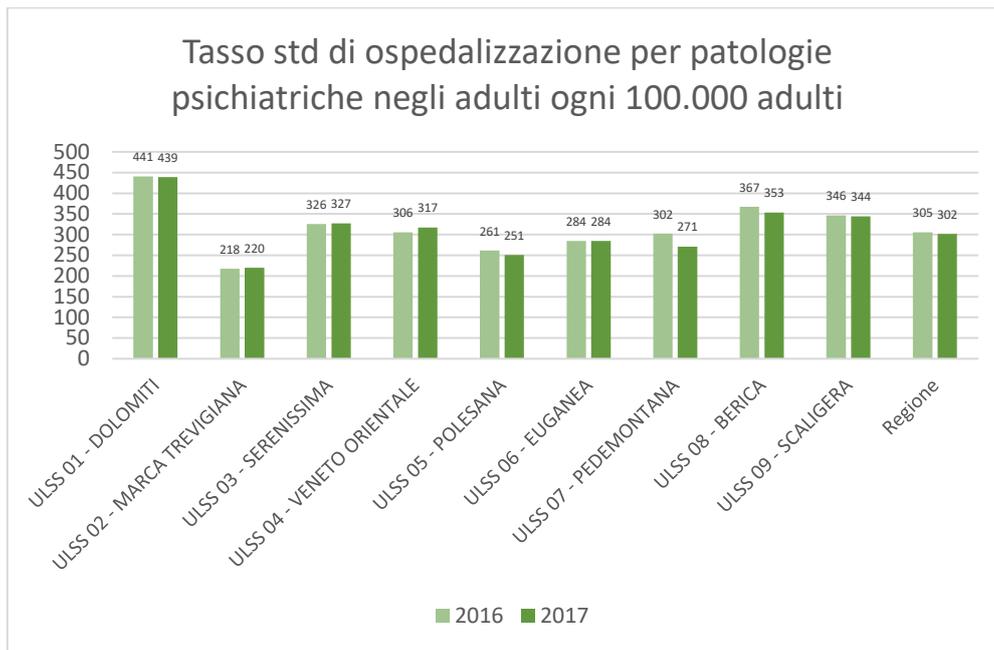


Fig. 38

Fonte: Bersaglio Sant'Anna

Inoltre, è importante tenere presente che una percentuale non trascurabile di utenti va incontro a ricoveri ripetuti (Fig. 39).

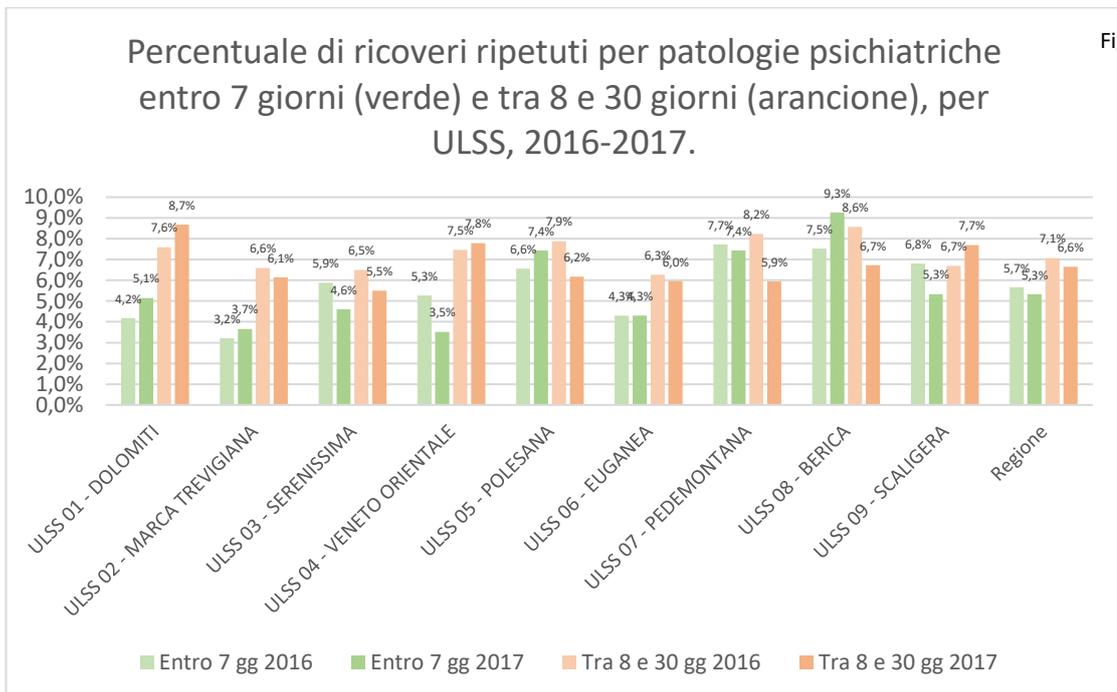


Fig. 39

Fonte: Bersaglio Sant'Anna

I due grafici riportati (Fig. 38 e Fig. 39) mostrano ancora una volta l'alta eterogeneità dei territori regionali.



Il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche nei **minorenni** (Fig. 40) è sensibilmente inferiore a quello degli adulti: circa 1/3 rispetto a quello osservato per gli adulti nell'ultimo biennio.

Nella lettura del grafico per ULSS, è importante tenere conto del fatto che la ULSS 1 "Dolomiti" e la ULSS 5 "Polesana", come visto nel primo capitolo, hanno una percentuale inferiore di giovani rispetto alle altre ULSS, con 60 e 56 casi di ospedalizzazione, rispettivamente, nel 2017. È possibile che a causa della diversa morfologia territoriale ci sia una tendenza lievemente maggiore ad ospedalizzare nell'ottica di servire meglio le necessità di un paziente altrimenti difficilmente raggiungibile.

Ciò che invece è possibile affermare è che **il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche nei minorenni in Veneto è in crescita**: circa +5% tra il 2015 e il 2017.

Fig. 40



Fonte: Bersaglio Sant'Anna

9. L'integrazione socio-sanitaria

9.1 Long term care

Gli indicatori LEA sull'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) confermano come in Veneto vi sia un'ottima copertura dell'assistenza domiciliare relativamente alla fascia anziana della popolazione. Infatti mediamente il 7,91% degli anziani viene trattato in ADI, rispetto ad un obiettivo LEA dell'1,88%.

La situazione non è omogenea nelle diverse ULSS: alcune, come Dolomiti e Veneto Orientale, hanno una copertura di assistenza domiciliare generalmente più alto; altre, come Serenissima e Polesana, pur avendo un livello molto alto, si attestano su livelli relativamente più bassi.

Assistenza domiciliare integrata (ADI)

Tra i dati sui LEA, elaborati dalle Strutture con fonte il Datawarehouse regionale e forniti alla Commissione Quinta del Consiglio regionale, ve ne sono alcuni sul tema dell'ADI di particolare rilevanza. In particolare, si evidenzia come, dal punto di vista organizzativo, molte ULSS nel 2017 non avessero ancora completamente formalizzato procedure per la valutazione periodica dell'appropriatezza dei pazienti presi in carico e per la valutazione degli esiti degli interventi in termini di efficacia ed efficienza, di fatto rendendo difficile una valutazione completa del sistema di assistenza domiciliare.

Le strutture regionali hanno inoltre calcolato alcuni indicatori, rintracciabili sia tra gli obiettivi LEA (Fig. 41) che tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende ULSS (Fig. 42, 43). Tutti gli indicatori selezionati hanno un obiettivo definito o a livello nazionale o a livello regionale e quindi la distanza dei valori registrati dall'obiettivo può essere considerata la performance su quello specifico aspetto dei diversi territori ULSS.

Fig. 41



Note:

Per la definizione delle soglie è stato calcolato il valore mediano ed il 30° percentile della distribuzione dell'ultimo anno disponibile escludendo le regioni con copertura temporale e territoriale <100% nonché le regioni non sottoposte a verifica LEA.

Fonte: Datawarehouse regionale - ANNO 2017



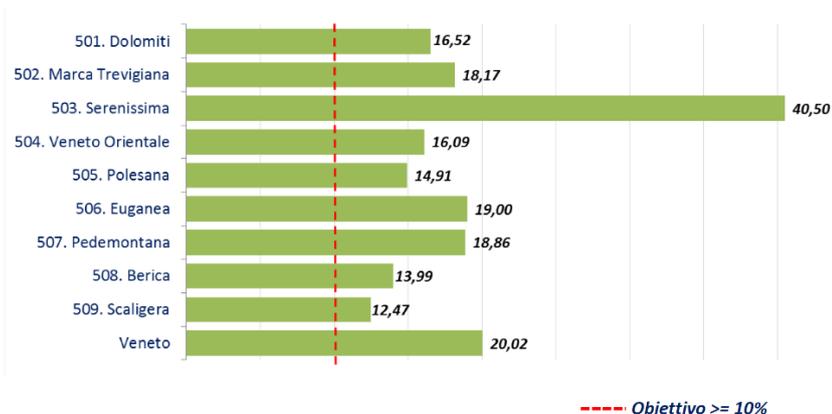
Fig. 42

UNITÀ ORGANIZZATIVA CURE PRIMARIE E STRUTTURE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI



INDICATORE C2.1 – OBIETTIVO DG

Percentuale di dimissioni di ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 giorni dalla dimissione



Fonte: Datawarehouse regionale – ANNO 2017

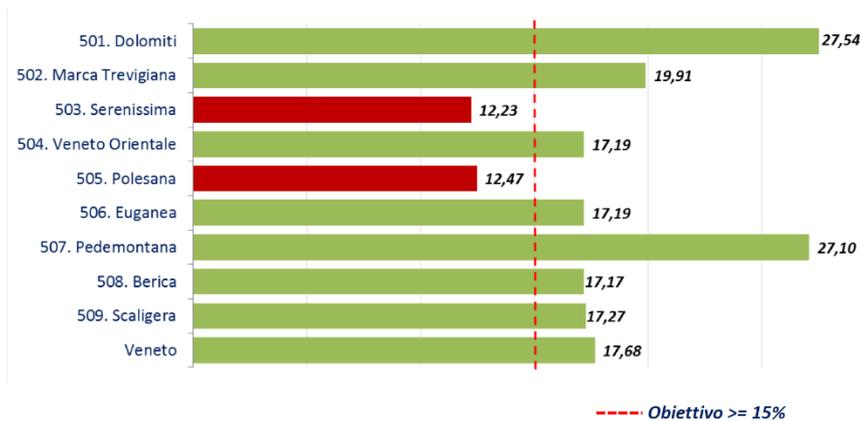
Fig. 43

UNITÀ ORGANIZZATIVA CURE PRIMARIE E STRUTTURE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI



INDICATORE C2.2 – OBIETTIVO DG

Percentuale degli ultra 75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita (esclusi deceduti in Hospice e strutture intermedie)



Fonte: Datawarehouse regionale – ANNO 2017



9.2 Le dipendenze

In Veneto sono presenti 37 SerD, pari al 6,5% dei servizi nazionali. Gli operatori dedicati nel 2016 sono 586, con una media di 15,8 operatori per ogni sede, superiore alla media nazionale dello stesso anno pari a 11,8 operatori per sede, con 13,1 utenti per operatore in Veneto contro 18,1 utenti per operatore nella media nazionale. Si tratta quindi di una rete di prevenzione, cura e assistenza molto articolata e diffusa a livello territoriale.

A livello territoriale il 58% delle strutture socio-riabilitative private accreditate presenti in Italia è dislocato nelle regioni del Nord. Questo dato corrisponde in media a 1,5 strutture ogni 100.000 residenti. Il Veneto ha una presenza di strutture private ogni 100.000 tra le più elevate in Italia, superiore a 2 strutture ogni 100.000 residenti.

I SerD²

I servizi pubblici per le dipendenze (SerD) in Italia sono 570, dislocati in 611 sedi ambulatoriali. Gli operatori dedicati nel 2016 sono 7.186: per ciascun operatore risultano in carico circa 18 utenti, con una forte variabilità interregionale. Le strutture socio-riabilitative private accreditate presenti sul territorio nazionale sono 922, il 70,4% sono residenziali, il 16,3% semi-residenziali, il 13,3% ambulatoriali. Il 58% delle strutture è dislocato nelle regioni settentrionali.

In Veneto sono presenti 37 SerD, pari al 6,5% dei servizi nazionali. Gli operatori dedicati nel 2016 sono 586, con una media di **15,8 operatori per ogni sede**, superiore alla media nazionale dello stesso anno pari a 11,8 operatori per sede. In Veneto vi sono più operatori per sede della media e ciò si riflette in un numero di utenti per operatore inferiore alla media nazionale: **13,1 utenti per operatore** in Veneto contro 18,1 utenti per operatore nella media nazionale. Il tasso, per 100.000 abitanti, è invece in linea con la media nazionale (Tab 6.1.1).

Tab. 6.1.1 - Numero di SerD, di sedi ambulatoriali, percentuale dei rispondenti e numero operatori

| Regione/PA | N. SerD | N. Sedi ambulatoriali rispondenti | Operatori (Anno 2016) | | | |
|-----------------------|------------|-----------------------------------|-----------------------|-------------|---------------------|-----------------------------|
| | | | Totale | N. per sede | N. utenti/operatore | Tasso per 100.000 residenti |
| Abruzzo | 11 | 11 | 127 | 11,5 | 34,4 | 9,6 |
| Basilicata | 6 | 6 | 90 | 15,0 | 12,9 | 15,8 |
| Calabria | 16 | 16 | 209 | 13,1 | 6,3 | 10,6 |
| Campania | 43 | 43 | 456 | 10,6 | 25,7 | 7,8 |
| Emilia Romagna | 42 | 47 | 732 | 15,6 | 13,0 | 16,5 |
| Friuli Venezia Giulia | 6 | 12 | 288 | 24,0 | 8,1 | 23,6 |
| Lazio | 40 | 40 | 537 | 13,4 | 25,3 | 9,1 |
| Liguria | 16 | 16 | 285 | 17,8 | 15,2 | 18,2 |
| Lombardia | 82 | 87 | 1.010 | 11,6 | 20,9 | 10,1 |
| Marche | 14 | 14 | 239 | 17,1 | 24,5 | 15,5 |
| Molise | 0 | 1 | 28 | 28,0 | 18,3 | 9,0 |
| PA Bolzano | 4 | 4 | 74 | 18,5 | 17,6 | 14,1 |
| PA Trento | 1 | 3 | --- | --- | --- | --- |
| Piemonte | 74 | 94 | 566 | 6,0 | 22,3 | 12,9 |
| Puglia | 55 | 55 | 496 | 9,0 | 17,5 | 12,2 |
| Sardegna | 21 | 21 | 320 | 15,2 | 5,8 | 19,4 |
| Sicilia | 51 | 51 | 492 | 9,6 | 11,1 | 9,7 |
| Toscana | 39 | 39 | 494 | 12,7 | 25,2 | 13,2 |
| Umbria | 11 | 11 | 1.27 | 11,5 | 23,8 | 14,3 |
| Valle d'Aosta | 1 | 3 | 30 | 10,0 | 9,2 | 23,6 |
| Veneto | 37 | 37 | 586 | 15,8 | 13,1 | 11,9 |
| Italia | 570 | 611 | 7.186 | 11,8 | 18,1 | 11,9 |

Fonte: SIND -Anno 2017

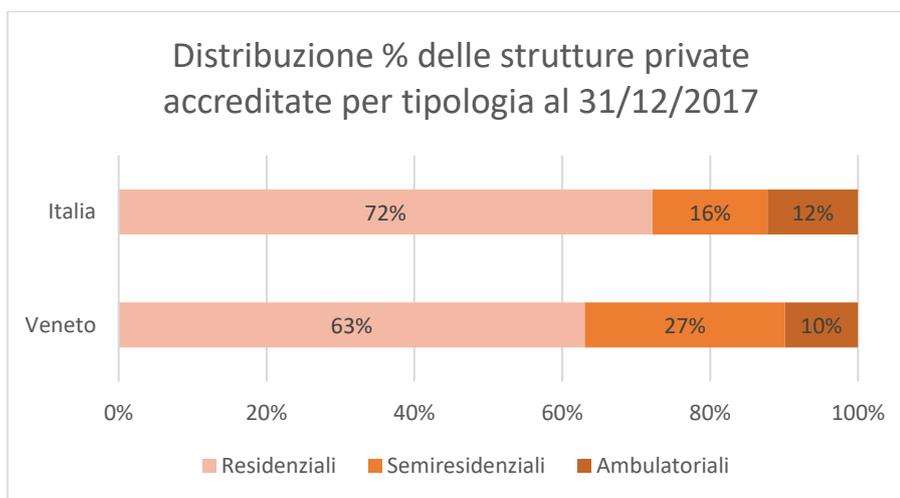
² Dati tratti dalla Relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia (Anno 2017)

I servizi del privato sociale accreditato

Ogni anno in Italia il Ministero dell'Interno effettua due rilevazioni puntuali sulle strutture socio-riabilitative del privato sociale accreditato. Le strutture socio-riabilitative sono classificate secondo tre tipologie di offerta: strutture residenziali (con ospitalità e attività permanenti e continuative per 365 giorni e 24 ore al giorno), strutture semi-residenziali (ovvero con ospitalità e attività per un minimo di 40 ore settimanali, e strutture ambulatoriali (nelle quali l'ospitalità e le attività sono inferiori alle 40 ore settimanali). Alla data del 31/12/2017 in Italia risultano esistenti 922 strutture socio-riabilitative private accreditate, di cui 111 in Veneto (12% del totale).

In Veneto vi sono meno ambulatori privati e meno strutture residenziali, in proporzione, rispetto alla media nazionale, in favore di una **maggiore prevalenza di strutture semiresidenziali private** (Fig. 44).

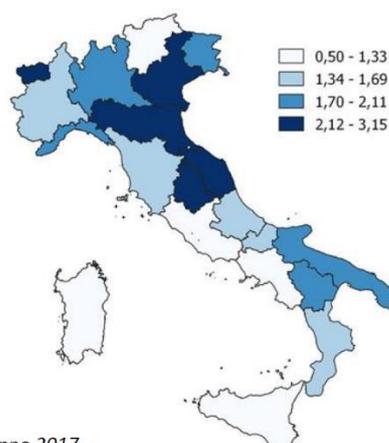
Fig. 44



Fonte: Relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia (Anno 2017)

A livello territoriale il 58% delle strutture socio-riabilitative private accreditate presenti in Italia è dislocato nelle regioni del Nord. Il 19% del totale delle strutture si trova nelle regioni centrali e il restante 23% nelle regioni del Sud e nelle Isole. Questo dato corrisponde in media a 1,5 strutture ogni 100.000 residenti. **Il Veneto ha una presenza di strutture private ogni 100.000 tra le più elevate in Italia.**

Fig. 6.2.1 - Tasso per 100.000 abitanti delle strutture socio-riabilitative



Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2017

La maggiore presenza di strutture private si riflette anche nel numero medio di utenti presenti alla fine dello scorso anno, inferiore alla media nazionale in particolare per quanto riguarda le strutture private accreditate di tipo ambulatoriale (Fig. 45).

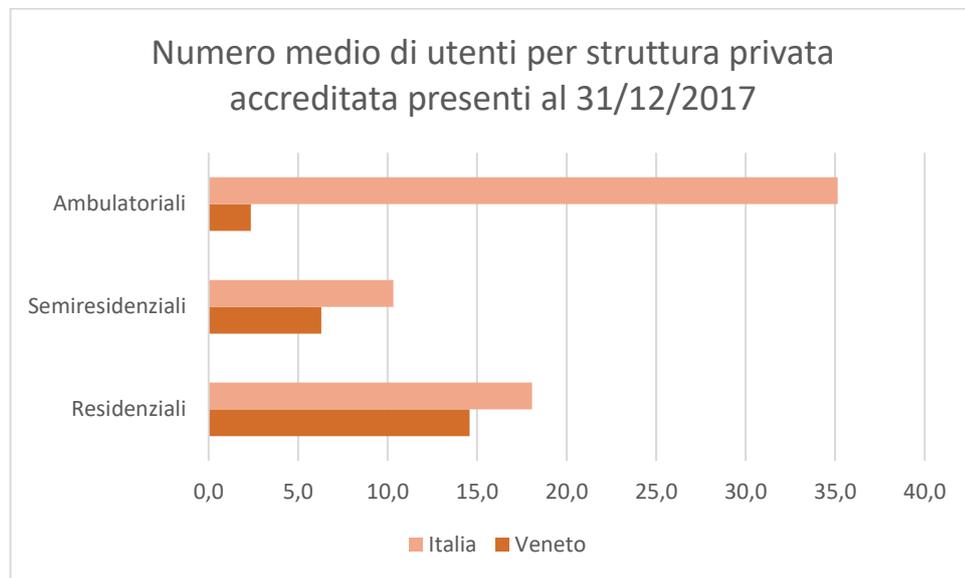


Fig. 45

Fonte: Relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia (Anno 2017)

Rispetto al tema delle sostanze d'abuso e delle diverse tipologie di dipendenza, non essendo al momento pubblici dati riferibili al solo territorio veneto, non si può che rimandare alla lettura della già citata "Relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia" oppure, per una navigazione più interattiva, al sito web dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze per le statistiche nazionali (<http://www.emcdda.europa.eu/>).

9.3 Infanzia, adolescenza, famiglia

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa. L'obiettivo principale dell'HBSC è aumentare la comprensione di quei fattori e di quei processi che possono determinare degli effetti sulla salute degli adolescenti. Tra questi, molta importanza viene data al contesto familiare. L'ultimo studio HBSC risale al 2014 e presenta i dati nazionali e per regione (disponibile alla pagina web <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/hbhc-gyts/hbhc-gyts.asp>).

Sono attualmente in fase di raccolta i nuovi questionari e si renderà quindi presto disponibile l'aggiornamento delle statistiche al 2018. In questa sede si è preferito non presentare i risultati della scorsa rilevazione in quanto troppo distanti dalla realtà odierna; le statistiche della nuova rilevazione, una volta pubblicate, saranno presentate all'interno di un cruscotto informatizzato in via di costruzione e rese disponibili al Consiglio.



9.4 Marginalità e inclusione sociale: la spesa sociale dei Comuni

La spesa sociale dei Comuni del Veneto nel 2015 è stata la più bassa tra le regioni del Nord e di poco inferiore alla media nazionale di 103€ pro capite. Tra le regioni che spendono di più, salvo il caso della Sicilia, si ritrovano tutte quelle a statuto speciale.

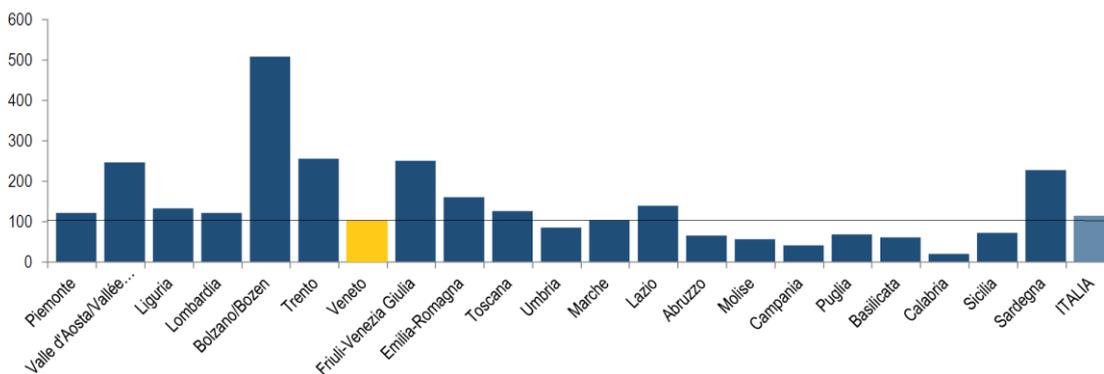
Anche all'interno del territorio veneto permangono differenze: se l'area lagunare arriva a picchi di spesa di oltre 200€ pro capite, vi sono altri territori – tra cui, ma non solo, quelli montani – in cui la spesa sociale è molto al di sotto della media nazionale.

Il report di ISTAT del dicembre 2017, su dati 2015, intitolato "La Spesa dei Comuni per i servizi sociali" analizza la spesa in conto corrente di competenza impegnata nell'anno di riferimento per l'erogazione dei servizi, al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale. ISTAT registra un aumento della spesa negli ultimi anni, arrivando nel 2015 ad una media nazionale di 114 euro pro capite. Il Veneto registra una crescita della spesa dello 0,8% tra il 2013 e il 2014: è pari alla media nazionale ma nettamente inferiore a quella osservata in altri territori vicini (ad esempio, la Provincia Autonoma di Bolzano ha avuto una crescita della spesa nello stesso periodo pari al 16%).

Tra le Regioni del Nord, il Veneto nel 2015 ha avuto la più bassa spesa pro capite per interventi e servizi sociali. Nel grafico sottostante (Fig. 46), estratto dal report ISTAT, la linea orizzontale permette di confrontare il Veneto (in giallo) con le altre Regioni italiane e con la media nazionale. È importante sottolineare come quelle Regioni ove la spesa pro capite è superiore a 200 siano tutte a statuto speciale, evidenziando una diversa capacità di spesa (fatto salvo il caso della Sicilia che, seppur a statuto speciale, ha un livello di spesa pro capite inferiore alla media nazionale).

Fig. 46

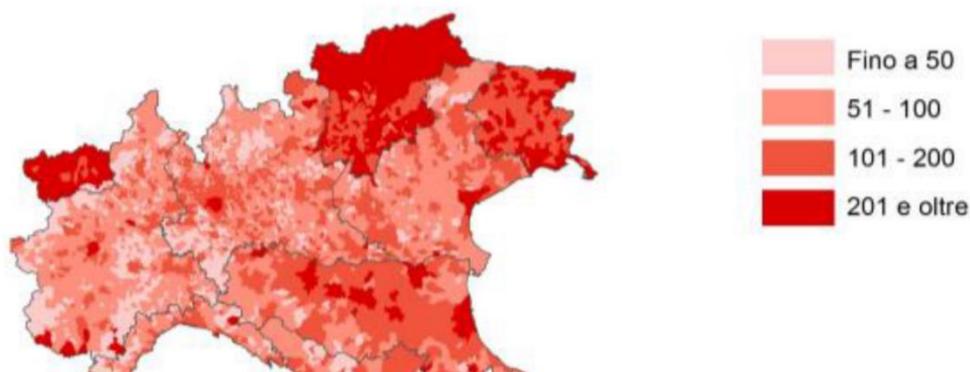
SPESA PER ABITANTE PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI SINGOLI E ASSOCIATI. Anno 2015



Fonte: ISTAT

Anche all'interno dello stesso territorio veneto, tuttavia, vi sono delle importanti differenze e la situazione è "a macchia di leopardo": come possiamo osservare in un estratto della carta proposta da ISTAT (Fig. 47), vi sono zone come quella della Città metropolitana di Venezia dove la spesa pro capite supera i 200€; al contrario vi sono zone – tra cui, ma non solo, quelle montuose – dove la spesa pro capite è al di sotto della media regionale.

Fig. 47 **SPESA PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI SINGOLI E ASSOCIATI (EURO PER ABITANTE). Anno 2014**

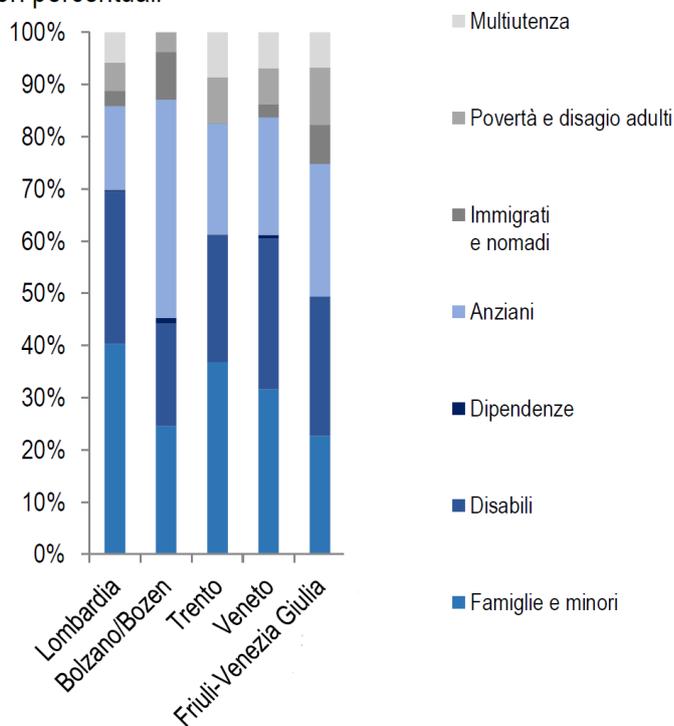


Fonte: ISTAT

ISTAT inoltre fa un confronto tra Regioni sulle aree di utenza che beneficiano maggiormente della spesa sociale dei comuni. In questa sede se ne propone un estratto (Fig. 48) ove confrontare la distribuzione delle aree di utenza del Veneto con alcuni dei territori vicini.

Fig. 48 **SPESA PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI SINGOLI E ASSOCIATI PER AREA DI UTENZA E REGIONE.**

Anno 2015, valori percentuali



Fonte: ISTAT



9.5 Sostegno agli anziani

Il Veneto ha una buona capacità di supportare gli anziani non autosufficienti attraverso strutture residenziali e semiresidenziali. La situazione nelle diverse ULSS è variabile: se Dolomiti arriva nel 2017 a offrire interventi e servizi al 36% degli anziani non autosufficienti stimati, Veneto Orientale ed Euganea si attestano intorno al 18% quindi la metà.

I tempi di attesa per l'ingresso in struttura sono generalmente rapidi: mediamente la metà delle richieste viene evasa entro il primo mese e la restante parte entro l'anno. Va osservato tuttavia che la ULSS Serenissima, diversamente dalle altre ULSS, presenta il 17% di richiedenti in attesa da oltre un anno.

L'Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sanitarie ha elaborato alcune statistiche sul tema dell'offerta residenziale e semiresidenziale per gli anziani non autosufficienti e dei relativi tempi d'attesa con dati aggiornati al 30 settembre 2017. Dal prossimo anno esse saranno elaborate direttamente sul flusso FAR. Nelle statistiche qui presentate, inoltre, non sono presenti i dati sulla ex ULSS 5 "Ovest Vicentino": i dati della nuova ULSS 8 "Berica", che la ricomprende, sono perciò sottostimati.

L'Osservatorio stima il numero di persone in lista d'attesa a circa 11.000 unità, "pari al 46% delle impegnative di 1° e 2° livello programmate, al 37% dei posti accreditati, al 31% dell'utenza, al 5,5% della popolazione non autosufficiente stimata in Veneto (circa 200.000 persone, pari al 4% della popolazione totale o 18,5% degli over 65, secondo il metodo OASI-Cergas)".

La lettura dei due grafici che seguono va fatta in parallelo: il primo (Fig. 49) mostra quanti utenti sono stati presi in carico rispetto al totale stimato degli anziani non autosufficienti (copertura del servizio); il secondo (Fig. 50) mostra invece quanti sono i posti per anziani non autosufficienti sul totale degli anziani non autosufficienti (rapporto offerta/domanda).

Fig. 49 Utenti (teste) su anziani non autosufficienti stimati - per ULSS

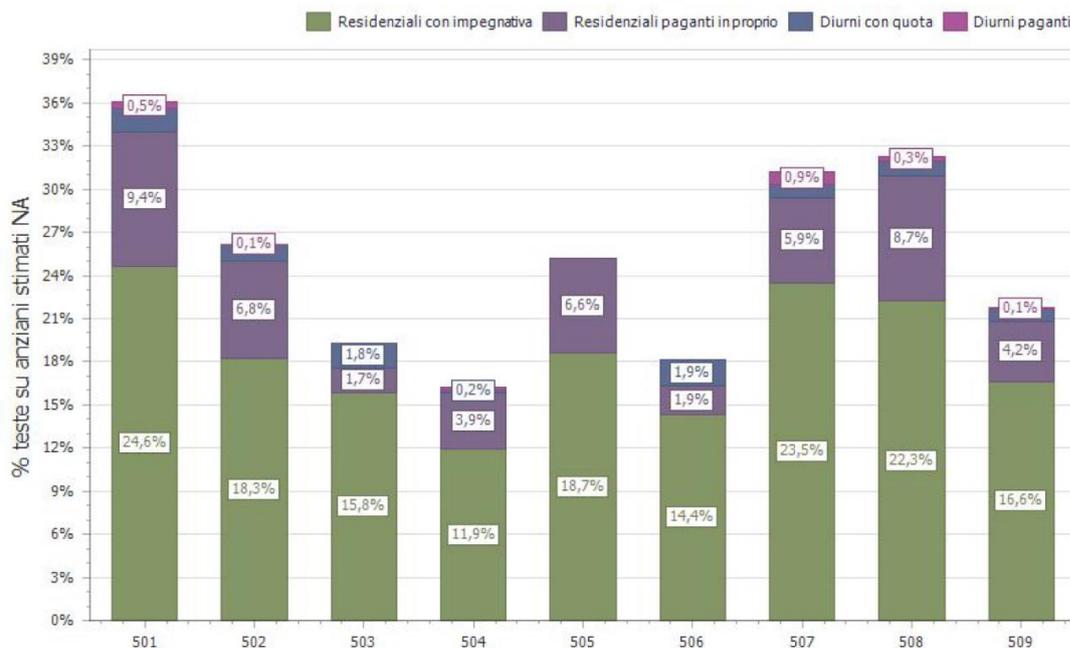


Grafico 1 - Percentuale di utenti (teste) presi in carico nei servizi residenziali e semiresidenziali per Anziani, per tipologia di presa in carico (con IDR o paganti in proprio) sul totale della popolazione anziana non autosufficiente stimata. Anno 2017. Elaborazioni ORPSS con sistema Arcipelago.

Posti su anziani non autosufficienti stimati - per ULSS

Fig. 50

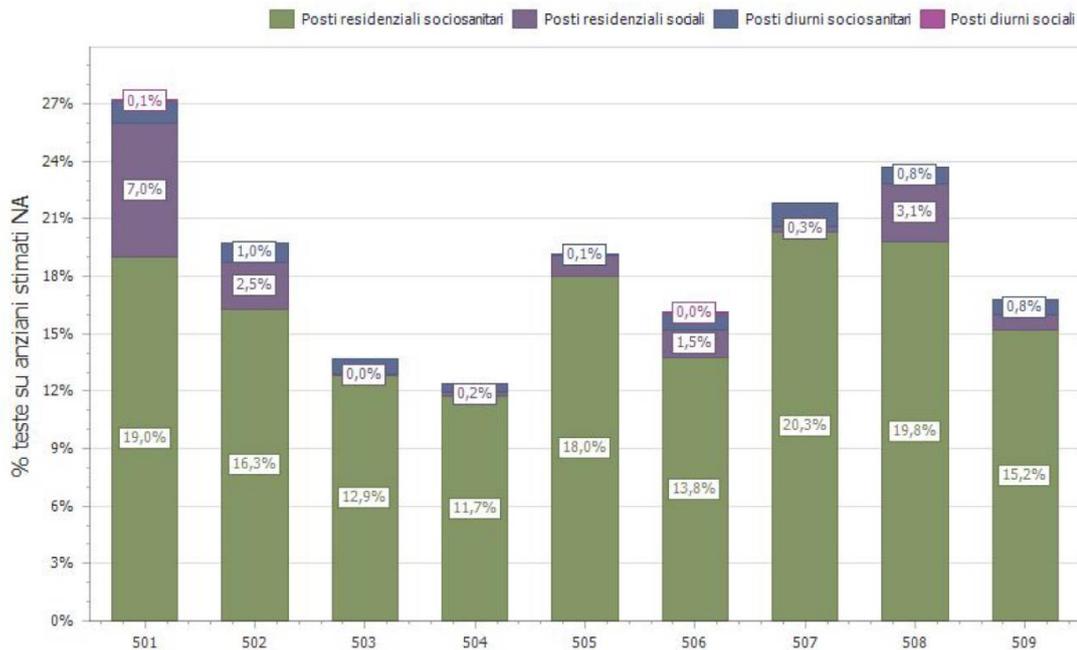


Grafico 2 - Percentuale di posti nei servizi residenziali e semiresidenziali per Anziani, per tipologia di autorizzazione (sociosanitari e sociali, residenziali e semiresidenziali) sul totale della popolazione anziana non autosufficiente stimata. Anno 2017. Elaborazioni ORPSS con sistema Arcipelago.

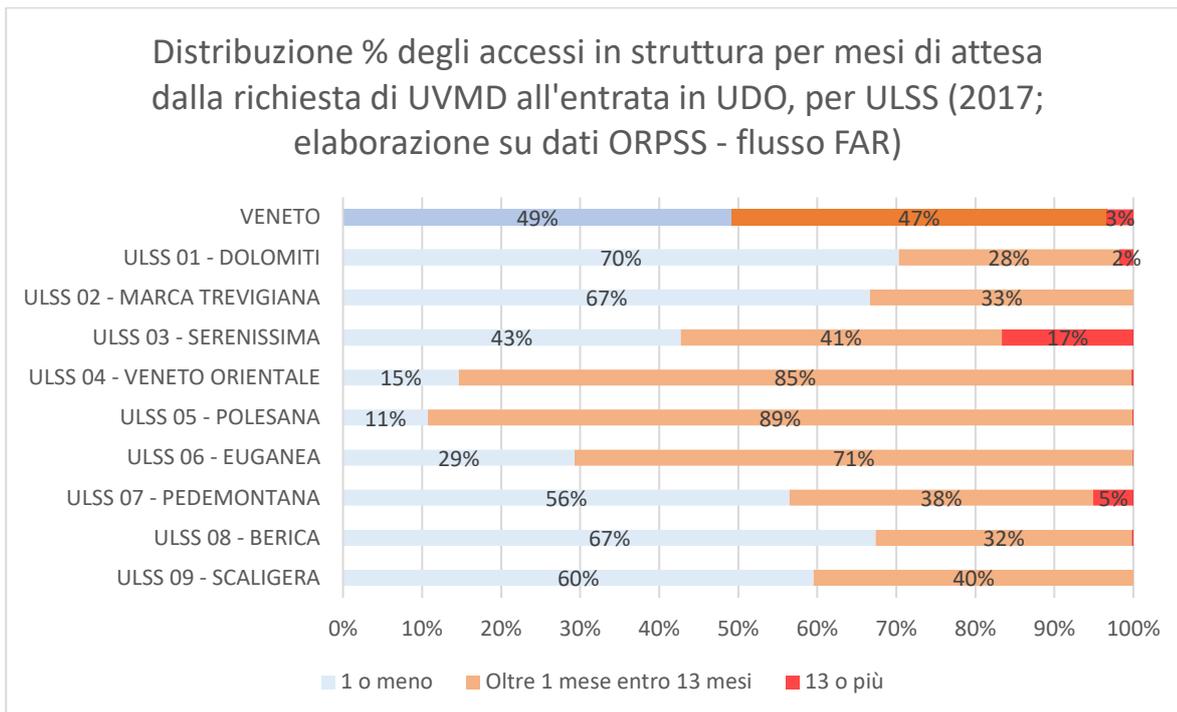
Per quanto concerne i tempi d'attesa, sono attualmente disponibili due indicatori principali: il tempo intercorso tra la richiesta di valutazione in UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale) e l'ingresso in struttura con impegnativa; e la durata media dell'impegnativa.

Il seguente grafico (Fig. 51) sui mesi di attesa intercorsi tra la richiesta di valutazione con UVMD e l'ingresso in struttura con impegnativa mostra **come tendenzialmente l'ingresso in struttura avvenga entro l'anno ma vi siano tre ULSS dove una percentuale non trascurabile di anziani attende più di un anno per l'ingresso in struttura**: nel 2017, essi rappresentano:

- il 2% nella ULSS 01 "Dolomiti"
- in particolare, il 17% nella ULSS 03 "Serenissima"
- il 5% nella ULSS 07 "Pedemontana"

Appare fondamentale ricordare come proprio in queste tre ULSS sia elevata tanto la percentuale di anziani residenti quanto l'indice di vecchiaia. Nel 2016, quando ancora non era avvenuta la riorganizzazione delle ULSS, **tre delle ex ULSS presentavano lo stesso allungamento dei tempi d'attesa**: 101 Belluno, 113 Mirano e 104 Alto Vicentino, oggi confluite rispettivamente nelle appena nominate 01 Dolomiti, 03 Serenissima e 07 Pedemontana.

Fig. 51



Elaborazioni ORPSS con sistema Arcipelago