

Riorganizzazione territoriale e integrazione dei servizi socio-sanitari nella regione Veneto

■ a cura di Barbara Bonvento

Tabella 1.2 – Indicatori di domanda, offerta territoriale e offerta ospedaliera

CAPACITÀ DI RISPOSTA				
OBIETTIVO	VALUTARE COME IL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO SOSTIENE IL PROCESSO DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIO CHE SI STA SVILUPPANDO ALL'INTERNO DELLE A-ULSS			
	INDICATORE		ANNO	FORTE
Domanda	Mortalità evitabile (M)	Tassi standardizzati di mortalità evitabile (0-74) anni e principali gruppi diagnostici (Maschi) per 100.000 residenti	2012-2014	Banca dati MEV(i) Mortalità evitabile (con intelligenza) (Nebo Ricerche PA)
	Mortalità evitabile (F)	Tassi standardizzati di mortalità evitabile (0-74) anni e principali gruppi diagnostici (Femmine) per 100.000 residenti	2012-2014	Banca dati MEV(i) Mortalità evitabile (con intelligenza)
	Indice di vecchiaia	Rapporto tra popolazione 65 anni e più e popolazione in età 0-14.	2016	www.demo.istat.it
	Prevalenza BPCO	(Tasso di prevalenza BPCO(% della popolazione)	2015	Regione Veneto ACG
	Prevalenza Diabete Tipo 2	(Tasso di prevalenza Diabete Tipo 2 (% della popolazione)	2015	Regione Veneto ACG
	Prevalenza malattie cardiache	(Tasso di prevalenza malattie cardiache (% della popolazione)	2015	Regione Veneto ACG
	Incidenza tumori	Nuovi casi di tumore per 1.000 abitanti	2016	Registro Tumori Veneto
	Disabilità	Popolazione in condizione di disabilità (stima) /popolazione totale (%)u	2016	NS elaborazione su dati Regione Veneto
Offerta territoriale	Strutture intermedie	Posti letto attivati secondo delibera/totale posti letto programmati (Hospice, ODC, URT)	2016	Dati Aziende ULSS
	Ospedali di comunità	Posti letto attivati secondo delibera/totale posti letto programmati (ODC)	2016	Dati Aziende ULSS
	COT	(Ore di apertura programmate/24 ore (%) + Casi attivati/popolazione)/2	2016	Dati Aziende ULSS
	Assistenza primaria	Medici in Medicina di Gruppo Integrata + Medici UTAP/ Totale Medici Medicina Generale	2016	Dati Aziende ULSS
		Medici in Medicina di Gruppo Integrata / Totale Medici Medicina Generale	2016	Dati Aziende ULSS
	Cure domiciliari	Assistiti con Cure Domiciliari - CD (% popolazione >65)	2016	Laboratorio MES
		Dimessi da Ospedale e assistiti in ADI (% dimessi)	2016	Banca Dati SDO (Ministero della Salute)
		Persone con accesso alle cure domiciliari entro 2 gg dalla dimissione (% Pazienti ricoverati con dimissione a domicilio > 75)	2016	Laboratorio MES

Tra questi indicatori, solamente la mortalità evitabile è rilevata a livello provinciale (Tab.1.4).

Tabella 1.4 – Numero medio di decessi dovuti a cause di mortalità evitabile nelle province del Veneto nel periodo 2012-2014 (tassi standardizzati per 100.000 abitanti)

	MORTALITÀ EVITABILE 2012-2014	
	MASCHI	FEMMINE
BELLUNO	265,3	133,4
VICENZA	226,8	104,1
TREVISO	205,1	97,2
VENEZIA	250,2	126,4
PADOVA	220,5	112,1
ROVIGO	268,3	130
VERONA	223,9	111,1
VENETO	229,7	112,6

Fonte: Rapporto MEV(i) 2017

Come si evidenzia dalla Tabella 1.5 e dalla Figura 1.2, le ventuno A-ULSS della regione presentano profili di domanda (bisogno sanitario) piuttosto diversificati. Le Aziende che si caratterizzano per una “pressione della domanda” particolarmente elevata sono le A-ULSS 1, 10, 12, 14, 18, 19, non solo a causa dell’invecchiamento della popolazione, ma altresì per la elevata prevalenza di alcune patologie croniche. In particolare: le A-ULSS 1 e 10 registrano i valori più elevati di prevalenza per le patologie cardiache; le A-ULSS 1, 2 e 21 i valori più elevati di prevalenza per la BPCO; le A-ULSS 19 e 14 i valori più elevati di prevalenza per il diabete di tipo 2. L’incidenza di patologie oncologiche è relativamente più elevata per le A-ULSS 12, 14, 2, 18 e 19 (l’A-ULSS 2, in particolare, presenta il tasso di incidenza di tumori più elevato per quanto riguarda la popolazione maschile). Le A-ULSS 8 e 18 presentano i valori più elevati dell’indice che rapporta la popolazione in condizione di disabilità rispetto al totale della popolazione (si veda anche il Box 1).⁹

Infine, come si può vedere dalla Tab. 1.4, l’indicatore di mortalità evitabile, che valuta i casi di morte “evitabili”¹⁰ e che potrebbero essere scongiurati con interventi di prevenzione primaria e diagnosi precoce (“*preventable mortality*”), oppure con un’appropriata assistenza sanitaria (“*amenable mortality*”), segnala le maggiori criticità per i territori provinciali di Belluno e di Rovigo.

⁹ Le informazioni relative alla disabilità sono ottenute sommando le seguenti categorie di utenti: 1) utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali (con punteggi di gravità, tipo di struttura, età media e diagnosi e ULSS); 2) utenti con grave disabilità fisico-motoria - ICDf; 3) utenti con grave disabilità psichica e intellettiva - ICDp (si veda il Box 1). Soprattutto per quanto riguarda la prima tipologia di persone, l’indicatore può contenere una distorsione nei dati, considerando utenti non sempre provenienti dal territorio della stessa A-ULSS.

¹⁰ Si definiscono evitabili perché dovuti a patologie o eventi particolari e perché verificatisi prima di un’età assunta come “giusta”.