



REGIONE DEL VENETO

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto



Anno 2017
(dati 2015-2016)

6.10 Residenza extra-ospedaliera

Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)

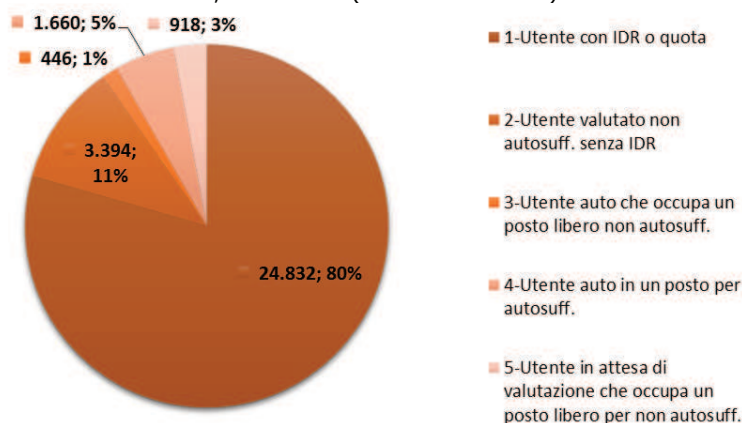
L'assistenza residenziale e semiresidenziale svolta dai centri di servizio e dai centri diurni, oltre ad essere di fondamentale supporto ai processi di continuità Ospedale-Territorio, rappresenta per alcune tipologie di utenti l'unica vera risposta ai bisogni socio-sanitari. Casi relativamente complessi e per i quali non sia possibile un progetto domiciliare possono essere di fatto assistiti solo in condizioni di lungo assistenza residenziale, siano essi anziani, disabili, o persone affette da malattie psichiatriche (Paragrafo 3.1.3., Pag. 54-55).

Quadro di sintesi

Il capitolo illustra i dati della risposta residenziale e semiresidenziale al bisogno dell'anziano fragile, illustrando – con i dati del flusso FAR 2016 – anche alcuni valori relativi all'utenza presente nelle strutture senza quota di rilievo sanitario. Oltre all'"utenza equivalente" (calcolata come numero di giornate di presenza/365) si contano le persone con almeno una giornata di presa in carico nel corso dell'anno. Tale valore è utilizzato nella lettura ministeriale per il confronto tra le regioni italiane: si propone qui un'analisi che illustra il rapporto tra il numero di assistiti e il numero di persone non autosufficienti stimate nelle maggiori regioni italiane. Si illustrano infine i trend dei profili di autonomia dal 2007 al 2016 ed i valori di alcuni elementi delle SVaMA che misurano la condizione di non autosufficienza.

Con il flusso regionale FAR (Flusso Assistenza Residenziale), istituito nel 2012, viene rilevato l'insieme delle prestazioni del sistema di offerta residenziale extraospedaliera nella Regione del Veneto. La componente prevalente di questa offerta è costituita dalla presa in carico di persone non autosufficienti con o senza impegnativa di residenzialità, nonché nella presenza di strutture rivolte a persone autosufficienti, per le quali, tuttavia, non vi è certezza sulla completezza delle unità di offerta censite. Nel 2016 erano 43.861 le persone presenti almeno un giorno nei servizi residenziali e semiresidenziali, delle quali 38.905 sono state prese in carico almeno un giorno con quota di rilievo sanitario (Figura 6.21). I numeri si ridimensionano calcolando gli "utenti equivalenti". Il calcolo viene effettuato sommando le giornate di presenza di ciascuno e dividendo il numero ottenuto per 365 per le strutture residenziali, e per un numero pari alle giornate di apertura per le strutture semiresidenziali.

Figura 6.21 - Utenti equivalenti per tipologia di accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari. Veneto, anno 2016 (Fonte: flusso FAR)



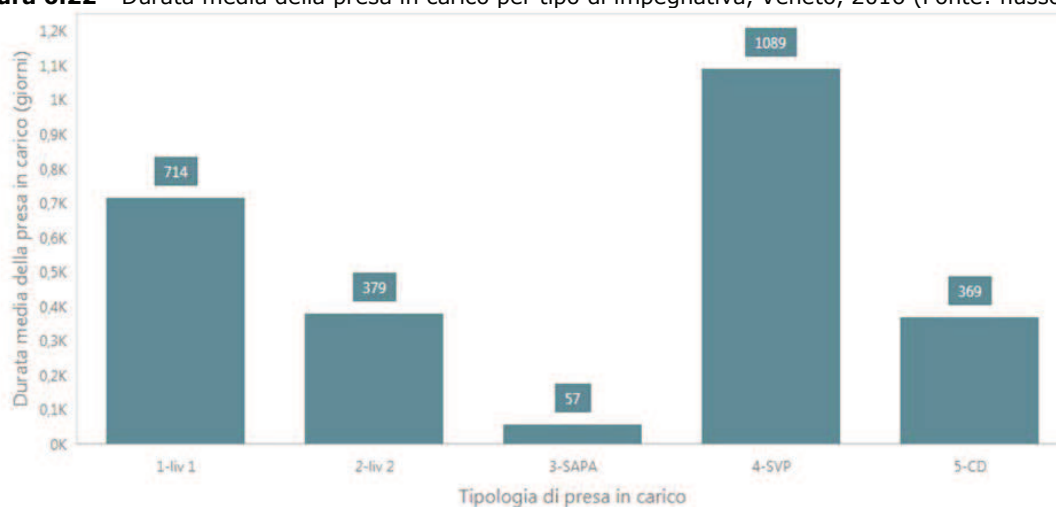
Il totale complessivo è pari a 31.281 unità ed è confrontabile con il numero complessivo di impegnative o di posti di residenzialità autorizzati ed accreditati. Nella Tabella 6.14 sono presentati i dati sull'utenza con impegnativa di residenzialità.

Tabella 6.14 – Utenti e utenti equivalenti per tipologia di struttura. Veneto, anno 2016 (Fonte: flusso FAR)

	1° livello	2° livello	SAPA	SVP	Centro diurno	Totale
Persone	27.453	7.780	669	176	2.768	38.846
Utenti equivalenti	19.253	3.935	96	143	1.405	24.832

Il rapporto tra il numero di persone e di utenti equivalenti è spiegato dalla durata della presa in carico, calcolata sulla durata media dell'emissione dell'impegnativa per ciascuna tipologia di offerta (Figura 6.22).

Figura 6.22 - Durata media della presa in carico per tipo di impegnativa, Veneto, 2016 (Fonte: flusso FAR)



Offerta e fabbisogno. Un confronto tra regioni

Il dimensionamento dell'offerta (posti autorizzati, o risorse/impegnative programmate, oppure il numero delle persone prese in carico) può essere misurato attraverso la costruzione di un denominatore che rappresenti le dimensioni del target di riferimento: quante sono le persone non autosufficienti? E quante necessitano di una risposta di tipo residenziale? La risposta non è ancora supportabile con studi scientifici: l'aumento della speranza di vita, la modifica della composizione delle famiglie e dei livelli di occupazione, il fenomeno dell'assistenza informale (badanti) come risposta al bisogno di assistenza, sono elementi recenti e non vi sono elementi comuni, ad esempio tra i sistemi regionali, per definire un livello minimo di copertura del fabbisogno.

L'ISTAT individua in Italia 2.400.000 persone anziane non autosufficienti, pari al 4% del totale della popolazione residente o al 18,5% della popolazione con più di 65 anni. Applicando questo rapporto al Veneto, il numero stimato di anziani non autosufficienti è di circa 190.000 persone. Di queste, circa il 21% è stata presa in carico almeno un giorno con impegnativa di residenzialità a carico del Fondo sanitario regionale e quasi l'8% come pagante in proprio. Dai dati del flusso FAR raccolti dal Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute è ricavabile il tasso di copertura degli utenti presi in carico con quota di rilievo sanitario nel sistema di offerta residenziale nelle Regioni con una popolazione superiore a 3 milioni di abitanti.

Tabella 6.15 - Confronto tra le regioni italiane con popolazione superiore a 3 milioni di abitanti: percentuale di persone prese in carico nei servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari sul totale delle popolazione non autosufficiente stimata. Anno 2016 (Fonte: elaborazioni ORPSS su dati NSIS-FAR)

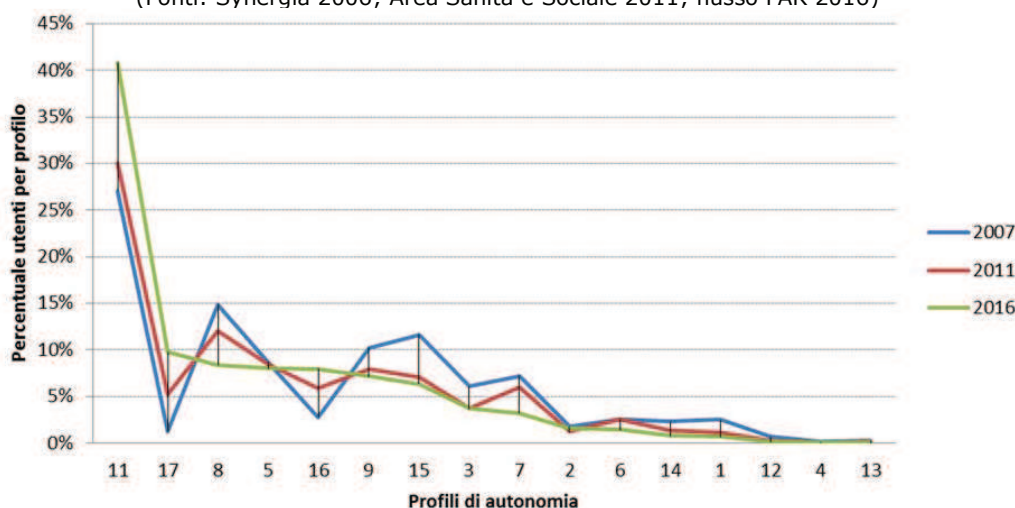
REGIONE	PERSONE prese in carico (migliaia)	POPOLAZIONE Totale (milioni)	POPOLAZIONE non autosuff. (migliaia)	COPERTURA
Lombardia	93,3	9,9	394	24%
Veneto	38,8	4,9	194	21%
Emilia-Romagna	33,3	4,4	177	19%
Piemonte	30,4	4,2	168	18%
Toscana	15,0	3,7	149	10%
Sicilia	9,9	5,0	201	5%
Puglia	6,8	3,9	155	4%
Lazio	8,3	5,9	235	4%
Campania	2,4	5,8	231	1%

La SVaMA nel sistema della residenzialità anziani: il trend del case mix ed altre evidenze nella valutazione del bisogno

Un studio approfondito del 2007 ("La valutazione Multidimensionale dell'Anziano fragile" - Synergia, 2007) ha restituito importanti informazioni sulla SVaMA, tra le quali il fatto che la numerazione dei profili di autonomia esitati da SVaMA non sia gerarchicamente ordinata con riferimento alla gravità del carico assistenziale. Tale lavoro, compiuto su un campione di circa 8.000 utenti dei centri di servizio del Veneto ha altresì illustrato la distribuzione percentuale dei profili di autonomia.

I dati del flusso FAR restituiscono la medesima misurazione sul totale delle valutazioni inserite e relative all'utenza presente nelle strutture residenziali e semiresidenziali del Veneto nel 2016, pari a 36.618 persone. La Figura 6.23 illustra, in ordine decrescente sui valori 2016, il trend longitudinale del case mix dei profili di autonomia¹ misurato nel 2007, nel 2011 e nel 2016.

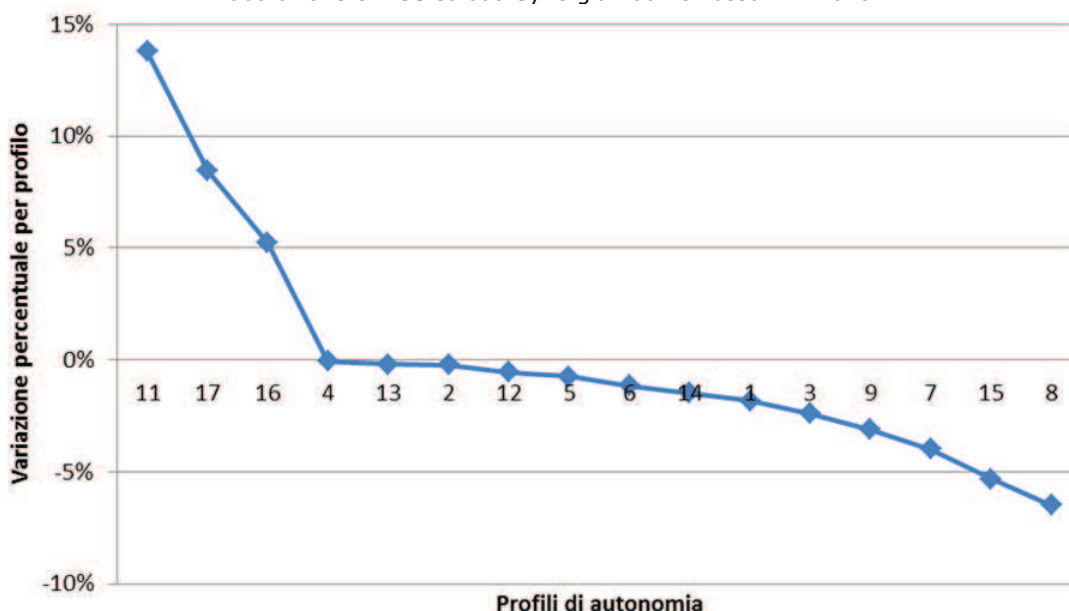
Figura 6.23 - Analisi longitudinale del case mix dei profili di autonomia esitati da SVaMA (Ordinamento sul valore 2016). Veneto, anni 2006, 2011, 2016. (Fonti: Synergia 2006; Area Sanità e Sociale 2011; flusso FAR 2016)



¹ 01-Lucido, autonomo; 02-Lucido, in parte dipendente; 03-Lucido, deambula assistito; 04-Lucido, non deambulante ma autonomo; 05-Lucido, gravemente dipendente; 06-Confuso, deambulante, autonomo; 07-Confuso, deambulante; 08-Confuso, deambula assistito; 09-Confuso, allettato; 11-Confuso o stuporoso, tot dipendente; 12-Lucido, con elevata necessità di cure sanitarie; 13-Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie; 14-Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie; 15-Confuso o stuporoso, dipendente con elevata necessità di cure sanitarie; 16-Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia; 17-Problemi comportamentali, dipendente

Si evidenzia da un lato che metà dei profili conta ciascuno un esiguo numero di utenti. Il trend temporale, come illustrato nella Figura 6.24, mostra peraltro un aumento sensibile dei profili collegati a deficit cognitivi e disturbi comportamentali (profili: 11-Confuso o stuporoso, totalmente dipendente; 16-Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia; 17-Problemi comportamentali, dipendente).

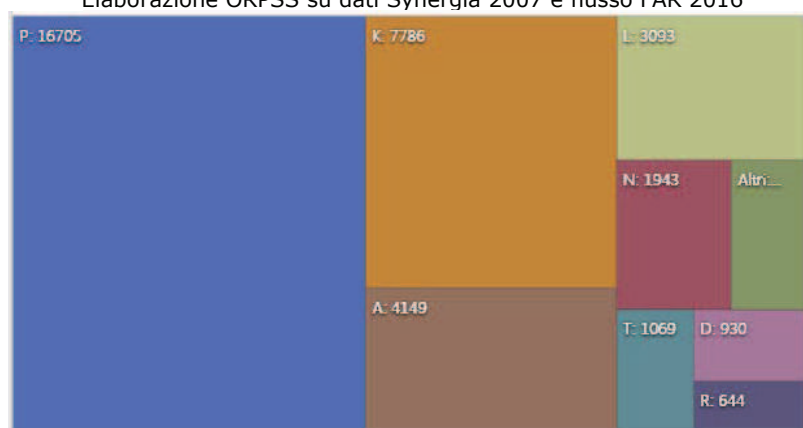
Figura 6.24 - Variazione % dell'utenza per profilo di autonomia SVaMA 2016 sul 2007.
Elaborazione ORPSS su dati Synergia 2007 e flusso FAR 2016



Le patologie che vengono rilevate nella SVaMA, e che principalmente concorrono a determinare la situazione di non autosufficienza sono classificate con il sistema ICPC. Per la descrizione delle patologie è stata considerata la valutazione più recente nel caso di utenti già presenti in struttura, nonché le nuove valutazioni riferite ad utenti in attesa di impegnativa e già ospiti di strutture, nonché gli utenti dei centri diurni.

Il grafico di Figura 6.25 rappresenta la prima patologia, per gruppo, in ordine di prevalenza.

Figura 6.25 - Variazione % dell'utenza per profilo di autonomia SVaMA 2016 sul 2007.
Elaborazione ORPSS su dati Synergia 2007 e flusso FAR 2016



Il 44% delle malattie appartiene al gruppo dei disturbi mentali/psicologici (codici P, tra i quali prevale il codice P70-Demenza senile/Alzheimer in 13.772 casi), il 21% alle

malattie del sistema cardiocircolatorio (codici K, tra i quali prevale K90-Colpo/accidente cardiovascolare in 2.310 casi). Il terzo gruppo è quello delle malattie generiche, dove troviamo 3.472 casi di "A00 - Sindrome ipocinetica", che non fornisce tuttavia nessuna informazione sulla malattia. Il quarto gruppo è quello delle malattie del sistema muscolo scheletrico (codici L, 8% delle prime patologie), seguito dalle malattie del sistema nervoso (N), da quelle del sistema endocrino metabolico e nutrizione (T). Le valutazioni che presentano almeno un codice P70 nella patologia principale o nelle patologie concomitanti sono 18.903, pari al 50% del totale.

Si illustra infine la distribuzione dei punteggi delle dimensioni (assi) della SVaMA, con riferimento alla situazione cognitiva (il punteggio attribuito è 1-lucido; 2-confuso; 3-molto confuso, stuporoso), ai problemi comportamentali (1-assenti/lievi; 2-moderati; 3-gravi), alla situazione funzionale o ADL (1-autonomo o quasi; 2-dipendente; 3-totalmente dipendente dall'aiuto di altri, nello svolgimento delle attività della vita quotidiana), alla mobilità (1-si sposta da solo; 2-si sposta assistito; 3-non si sposta) ed infine alla necessità di assistenza sanitaria (1-bassa; 2-intermedia; 3-elevata).

Figura 6.26 - Distribuzione dei punteggi per i cinque assi di SVaMA: cognitivo, comportamentale, mobilità, ADL e sanitario con riferimento all'utenza presente nelle strutture del Veneto. Anno 2016 (Fonte: flusso FAR)



Approfondimenti

Area web dedicato alla residenzialità extra-ospedaliera:

<http://extraospedaliero.regione.veneto.it/area-anziani>

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità organizzativa Non Autosufficienza

Direzione Servizi Sociali

Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

Telefono: 041-2791421

e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie

Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

Telefono: 041-2793513

e-mail: orpss@regione.veneto.it