



La Cisl e la comunità insieme per la contrattazione Socio-Sanitaria nel Veneto

Proporre e sostenere politiche di riqualificazione della rete dei servizi socio-sanitari più vicini alle persone, alle famiglie e per lo sviluppo

Lottare contro gli sprechi e le inefficienze per recuperare risorse

Qualificare i servizi della P.A. e valorizzare il lavoro pubblico

Relazione della Segreteria Cisl Veneto

26 Novembre 2010
Mestre NH Hotel Laguna Palace

La CISL e la comunità insieme per la contrattazione Socio-Sanitaria nel Veneto

Benvenute, benvenuti,
la presenza di ognuno di voi a questa conferenza rafforza il senso dell'iniziativa di oggi, quale tratto del percorso voluto fortemente dal nostro Segretario Generale Raffaele Bonanni, di rilancio della contrattazione (e della concertazione) come strumento culturale importante per i lavoratori e i cittadini, come strada per rilanciare la democrazia nel nostro paese attraverso la partecipazione, ma anche perché qui, oggi, vogliamo esprimere e condividere le nostre proposte per il rilancio delle politiche sociali e sanitarie nella nostra regione e nel paese grazie all'importante contributo dei Segretari Nazionali presenti.

Per far questo, a partire dalla sinergia nel lavoro quotidiano e negli obiettivi politici che Confederazione, Fnp e Fp a livello nazionale e regionale si sono date, la Cisl tutta, nei suoi livelli orizzontali e verticale, deve sviluppare una forte consapevolezza delle criticità presenti nel sistema delle politiche socio sanitarie, ma anche delle opportunità che dobbiamo valorizzare e che ci aiuteranno in questo difficile percorso non più rinviabile, con una nostra azione chiara e pragmatica nei suoi obiettivi, partecipata e presidiata nella sua strategia.



Su questi temi il documento finale del Consiglio Generale della Cisl del 16 luglio scorso ha fortemente richiamato

l'importanza della concertazione territoriale quale nuovo baricentro rispetto alle politiche dei redditi e del welfare, e nel 60esimo della nascita della Cisl crediamo non ci sia modo migliore per richiamare e rendere concreto il perseguimento dei valori di giustizia sociale e solidarietà che lo Statuto nel suo preambolo ha dichiarato come impegno solenne.

Questo impegno civile ci viene chiesto anche oggi dai nostri iscritti e da tutte le persone che guardano alla Cisl aspettando una risposta ai loro bisogni sociali e di salute che troppo spesso non trovano soddisfazione, nonostante il grado di sviluppo culturale tecnologico e professionale non abbia mai toccato punte così alte.

Anche se nelle nostre discussioni interne la consapevolezza che è urgente un cambiamento è matura, a volte indugiamo, per i limiti della politica, per le risorse limitate, per le idee a volte stantie su cosa sia meglio per noi e gli altri, o di fronte ai limiti del coraggio degli altri, e a volte del nostro.

Dobbiamo allora individuare quali percorsi realizzare per rilanciare le politiche socio sanitarie nel nostro territorio, un rilancio economico, sociale, culturale, solidaristico.



Oggi non serve ripercorre le ragioni e gli effetti della crisi che ci ha investito nell'ultimo periodo, ma vanno ricordate le ricadute in termini di taglio alla spesa pubblica, che hanno aggravato le condizioni di tenuta del sistema, un sistema quello socio-sanitario che mostrava, ancor prima della crisi, i primi seri tentennamenti.

E' infatti evidente il sottofinanziamento che da anni subisce la sanità, così come il taglio graduale alle politiche sociali degli ultimi 10 anni, la crisi ha solo contribuito a togliere gli ultimi veli a situazioni ormai croniche di mancata copertura economica e cattiva gestione caratterizzata da sprechi, inefficienze e/o disorganizzazione.

Su questo sfondo, la mancata programmazione organica del settore ha determinato un impoverimento del sistema, che oggi si trova fuori tempo, è come indossare sempre lo stesso abito per quindici anni, il tessuto si strappa, perde colore e la taglia probabilmente non è più la stessa!

Questo stato di inadeguatezza si inserisce in un processo federalista che, benché in sanità sia stato avviato parzialmente già quindici anni fa, quando sarà compiuto ci porterà a fare i conti con nuove prospettive di autonomia fiscale e finanziaria oltretutto organizzativa, e con scenari che oggi non sono affatto chiari per le ricadute sul sistema.

“ Per noi, per la Cisl, tutti i lavoratori sono uguali, tutti hanno gli stessi diritti, tutti devono, mangiare la stessa quantità di pane. Noi quindi opponiamo al metodo comunista, il metodo nostro che ci impegna a dare alle categorie, comprese le piccole, le minuscole, quelle che non hanno alcun peso politico, la stessa assistenza. (...) Un comizio in piazza non dà carbone alle nostre officine. (...) Conquistare l'opinione pubblica al sindacato e ai lavoratori: ecco una preziosa meta . (...) E sarà il sindacato forte, libero e democratico che realizzerà per i lavoratori la giustizia, soltanto il sindacato forte presiederà la libertà, soltanto il sindacato libero forte e democratico, formerà la base di una futura pace.”

(G. PASTORE)

Il contesto sociale

Ma qual è la fotografia del contesto in cui viviamo?

Dal punto di vista sociale, trent'anni fa la composizione familiare era diversa ma si avviava ad un importante cambiamento.

Nel 1995 avevamo ancora un contesto costituito da famiglie con più figli, in Veneto la presenza degli anziani over65 in rapporto alla popolazione totale era del 16,8% (oggi siamo al 19,8% e nel 2020 si prevede il 24%), e la rete di protezione sociale era ancora fortemente garantita dalla famiglia che si faceva carico dell'assistenza ai nipoti prima e agli anziani più tardi.

Oggi, a distanza di pochi anni, viviamo condizioni familiari fortemente differenti (famiglia media 2,4 componenti), dove le donne hanno figli giovani e genitori anziani da accudire contemporaneamente, magari senza fratelli e sorelle che ne dividano il carico e che costringono le famiglie a fare scelte a volta radicali (fino all'uscita dal mondo del lavoro) con importanti ricadute anche in termini di tenuta economica oltreché di qualità della vita sociale e personale.

Un altro elemento di forte criticità è l'incidenza dei single over 65 anni, che per la nostra regione rappresenta il 12,5% delle famiglie (Istat 2007), di cui ben il 36% rappresentato da donne.



La stessa rete che costituisce la sussidiarietà orizzontale insieme alla famiglia, ha vissuto in questi anni una florida crescita integrandosi (e a volte sostituendosi) ai servizi istituzionali territoriali, ma in ogni caso offrendo un forte sostegno alle persone.

Anche questi attori locali vivono oggi i riflessi della crisi che sta determinando tagli ai contributi a favore delle associazioni, con conseguenti ricadute sul sistema di offerta dei servizi alla persona.

E' quindi evidente come il nostro modello di welfare sociale, fortemente familistico e sostenuto da reti di sussidiarietà molto complesse nel territorio, non sia più come lo chiamiamo "pubblico", non lo è mai stato completamente e oggi ancor meno, ma la sua tenuta è per la prima volta pericolosamente a rischio a causa di un insieme di fattori che ne stanno destabilizzando le fondamenta.



	Anno 1996	Anno 2009	Differenza %
ABITANTI VENETO	4.419.545	4.913.525	+ 11,17 %
RESIDENTI IMMIGRATI	39.287	480.616	+ 890 %
ULTRA 65ENNI	773.410	975.330	+ 26,10 %
ULTRA 75ENNI	231.339	469.542	+ 103 %
OCCUPAZIONE FEMMINILE	43,8%	53,9%	+ 10.1%

DATI DIREZIONE SISTEMA STATISTICO REGIONALE – ISTAT

Le risorse

In Italia la spesa sanitaria totale sfiora il 9% del PIL e si stima che l'economia legata alla sanità in termini di valore aggiunto superi il 12% (rappresentando quindi la terza industria italiana dopo alimentari ed edilizia).

Gli interventi di contenimento della spesa attuati negli ultimi anni, insieme a una bassa crescita del Pil, hanno determinato un'inversione della spesa sanitaria italiana rispetto ai paesi dell'EU a 15, infatti la nostra spesa pro capite è oggi del 17,6% inferiore a quella dei Paesi dell'EU a 15, mentre nel 1990 era dell'8,2% superiore.

Nonostante questo dato la spesa sanitaria pubblica sulla spesa totale si mantiene essenzialmente in linea con i livelli medi europei (76,5% Italia e 77,4% Europa), con un'incidenza sul Pil sostanzialmente invariata



negli ultimi sei anni (circa 6,7%), e il cui incremento nel 2010 e 2011 sarà essenzialmente legato ad una prevista scarsa crescita del Pil (rispettivamente 7,5% e 7,7 %).

Parallelamente al rallentamento della crescita della spesa pubblica, registriamo però un aumento della spesa sanitaria privata a carico delle famiglie, arrivando ad incidere in misura rilevante sui consumi di spesa pro capite con una media di oltre € 470 l'anno che complessivamente equivalgono al 2,5% del Pil,.

Di questa spesa privata quasi l'86% (dati 2007) risulta out of pocket, mentre in Europa molti paesi hanno una spesa sotto il 50% (32,5% la Francia).

Spesa sanitaria privata pro-capite Valori in €

Regioni	2000	2005	2007
Italia	426,36	465,27	479,26
Nord	436,45	457,14	472,36
Centro	425,89	471,08	477,64
Sud	414,13	451,00	466,45
Piemonte	505,61	554,09	605,42
Valle d'Aosta	455,93	511,12	602,51
Lombardia	515,82	555,71	565,45
Trentino A. A.	449,16	500,61	478,13
Veneto	467,20	495,84	520,43
Friuli Venezia G.	532,05	617,57	649,10
Liguria	459,02	510,96	506,88
Emilia Romagna	555,48	604,52	606,52
Toscana	437,86	490,60	521,36
Umbria	354,03	384,54	425,79
Marche	429,26	456,02	444,11
Lazio	486,15	525,20	505,78
Abruzzo	344,93	355,81	363,11
Molise	357,21	405,96	479,89
Campania	323,18	348,66	368,07
Puglia	338,66	362,92	360,11
Basilicata	259,71	277,93	291,54
Calabria	342,21	381,98	404,44
Sicilia	285,91	312,82	338,18
Sardegna	317,56	346,66	341,56

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Questo dato sintetizza come la mancanza di un secondo pilastro di copertura sanitaria comporti iniquità che si riassume in circa 338.000 famiglie italiane che ogni anno sono esposte a fenomeni di impoverimento a causa di spese sanitarie e sociali (non auto sufficienza).

Il tema dovrà essere sicuramente approfondito senza però scollegarlo da una riforma fiscale che consenta alle famiglie un risparmio consistente da investire sullo strumento della sanità integrativa.

Anche il dato di spesa per assistenza specialistica e farmaceutica, che presenta una forte variabilità tra regioni con una differenza importante tra nord e sud, ci dà la dimensione di come le diversità socio economiche delle

popolazioni incidano in modo decisivo sulla composizione dei consumi sanitari e quindi sui modelli assistenziali da adottare.

Da questo punto di vista sarà interessante esplorare la distribuzione della spesa all'interno della nostra regione, Ulss per Ulss.

In particolare è necessaria una riflessione sulla farmaceutica in quanto, lo sviluppo raggiunto dalla farmaco genomica e la connessa costosità, fanno sì che sia sempre meno alla portata dei soli medici di medicina generale e delle farmacie..

Tra spesa e finanziamento per la nostra regione, come per il resto d'Italia, assumerà un ruolo decisivo la definizione dei costi standard, strumento di riequilibrio ed omogeneizzazione della spesa sanitaria finalizzato all'appropriatezza nell'uso delle



risorse (la stessa prestazione fatta da due ulss diverse anche in Veneto può avere oggi differenze di costi con un rapporto 1:3), ma che potrà essere attuato in modo coerente solo se saranno individuati percorsi assistenziali standard e i Lea e i Liveas (livelli essenziali di assistenza e livelli essenziali di assistenza sociale) saranno definiti e quantificati, altrimenti la programmazione economica e delle prestazioni assistenziali non sarà coerente con i bisogni del territorio (anche a discapito delle liste d'attesa).

Attualmente il sistema di riparto del FSR (fondo sanitario regionale che incide sul Pil regionale 2009 per il 5% circa), continua a riprodurre un vecchio schema dove i criteri, ancora lontani dai futuri costi standard, sono costruiti in base al risultato da ottenere e non per produrre equità di sistema.

Si continuano a finanziare gli sprechi e a sottofinanziare strutture virtuose come anche i sistemi caratterizzati da alta costosità, determinata spesso da mancate scelte regionali di programmazione.

Spesa Sanitaria pubblica su PIL Valori %				
Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	6,14	6,74	6,72	6,78
Nord	5,20	5,66	5,68	5,80
Centro	5,83	6,56	6,47	6,46
Sud	8,56	9,36	9,38	9,37
Piemonte	5,76	6,31	6,30	6,48
Valle d'Aosta	5,39	6,11	5,96	6,18
Lombardia	4,67	5,04	5,10	5,17
P. A. Bolzano	5,88	6,46	6,39	6,50
P. A. Trento	5,65	6,14	6,15	6,23
Veneto	5,30	5,74	5,70	5,81
Friuli Venezia G.	5,53	5,81	6,15	6,53
Liguria	6,68	7,30	7,20	7,36
Emilia Romagna	5,11	5,71	5,70	5,80
Toscana	5,82	6,32	6,32	6,41
Umbria	6,40	7,15	7,05	7,18
Marche	6,07	6,31	6,26	6,42
Lazio	5,70	6,70	6,53	6,41
Abruzzo	7,21	8,25	8,22	8,00
Molise	8,55	9,71	9,77	9,92
Campania	9,14	9,68	9,71	9,81
Puglia	8,35	9,38	9,64	9,58
Basilicata	7,74	8,55	8,75	9,05
Calabria	9,07	9,27	9,48	9,65
Sicilia	8,85	9,96	9,69	9,51
Sardegna	7,56	8,08	8,07	8,23

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Non va poi assolutamente sottovalutato anche il problema dei finanziamenti per gli investimenti strutturali ed in particolare quelli in project, che dovrebbero essere sottoposti a seria osservazione e valutazione per il futuro, per le pesanti ricadute che possono determinare su tutto il sistema regionale soprattutto se proiettate per i prossimi vent'anni.

Mentre l'osservazione del finanziamento nazionale della sanità ci pone sostanzialmente in linea con i paesi europei, diversa è invece la situazione sul fronte della tutela sociale e la non autosufficienza, ampiamente carente (solo € 123 per anziano over 65) e molto frammentata nella distribuzione delle risorse (Fondo per le Politiche sulla Famiglia, Fondo per le Politiche relative ai Diritti e le Pari Opportunità, Fondo per la non Autosufficienza...), che per il prossimo anno rischiano di essere drammaticamente ridotte se non azzerate in alcuni capitoli.



Una seria riflessione dovrebbe essere posta anche sul livello di equità del sistema erogatore, laddove non contempla le condizioni economiche familiari e favorisce la distribuzione in modo indistinto anziché rendere più consistente l'assegno individuale o ampliare la platea dei fruitori.

In Veneto nel 2009 il fondo regionale per le politiche sociali è stato di € 888.260.058, di cui il 75% è destinato al finanziamento regionale per la non autosufficienza e la disabilità (104.711 fruitori totali).

All'interno del riparto di questo fondo si rilevano però forti differenze di attribuzione, infatti solo per quanto riguarda il rapporto tra assegni di cura (domiciliare) e impegnative di residenzialità il gap è consistente, i primi ricevono mediamente € 2.200 l'anno, i secondi € 18.000 l'anno di contributo.

Il problema della spesa rischia, anche nella nostra regione, di rappresentare l'unico criterio per le scelte di programmazione, per questo motivo nella nostra riflessione è indispensabile mettere a fuoco tutto il sistema salute.

La programmazione ieri

Nella nostra regione la programmazione socio-sanitaria regionale degli anni '90 e tutte le esperienze di concertazione nel territorio hanno dato nuove e maggiori opportunità di tutela alle famiglie, seppur con modalità e intensità diverse da territorio a territorio, da comune a comune.

Il Veneto (unico in Italia) vanta una lunga esperienza di integrazione socio-sanitaria (1982), che ha portato alla creazione delle Ulss (Unità Locali Socio-sanitarie) ed ha conseguentemente riorganizzato la rete dei servizi ospedalieri e territoriali affinché fossero funzionali alla mission del sistema.

Per quanto riguarda le priorità sanitarie dell'ultimo PSSR del 1996, queste si basavano in particolare su interventi finalizzati alla riduzione della mortalità da patologie tumorali, cardiovascolari, respiratorie, neurodegenerative ect, e il successo clinico sviluppato in questi anni ha consentito un allungamento e miglioramento della qualità della vita pur in presenza di stati di malattia "stabilizzati e controllati", incrementando quindi la popolazione con patologie croniche.

Parliamo però di obiettivi della programmazione di quattordici anni fa, quando la popolazione veneta complessiva era l'11% inferiore ad oggi, i residenti immigrati erano l'890% in meno rispetto ad oggi, il numero di anziani over65 era il 26,10% inferiore ad oggi, gli over75 erano il 103% inferiore ad oggi.

Il nuovo contesto

In Veneto come in tutti i paesi post industrializzati dell'area OECD (organisation for economic co-operation and development) si ha una popolazione caratterizzata dall'aumento progressivo del numero degli ultra 65enni, oggi superiore al 19% con proiezioni al 2020 del 24%, e tutti i paesi dell'area OECD ci si sta ponendo il problema della crescita della popolazione anziana e il conseguente aumento delle malattie caratterizzate da una morbosità cronica.

La situazione demografica attuale presenta quindi importanti differenze, insieme all'allungamento della durata della vita che porta in se anche una maggiore possibilità di convivere con più patologie (polipatologia) che necessitano di sorveglianza e trattamento in base all'andamento dello stato di salute (riacutizzazioni, complicanze, degenerazioni..).

La condizione di cronicità, molto spesso, può degenerare nella non autosufficienza, situazione che richiede interventi ancora diversi ma fortemente integrati nel servizio sociale e sanitario che si eroga alla persona. Anche questi elementi ci aiutano a comprendere l'urgenza e la necessità di scelte diverse.

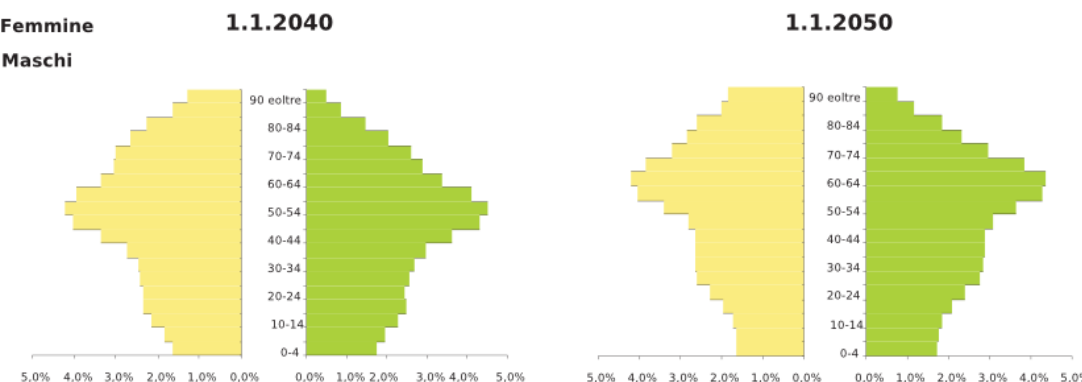
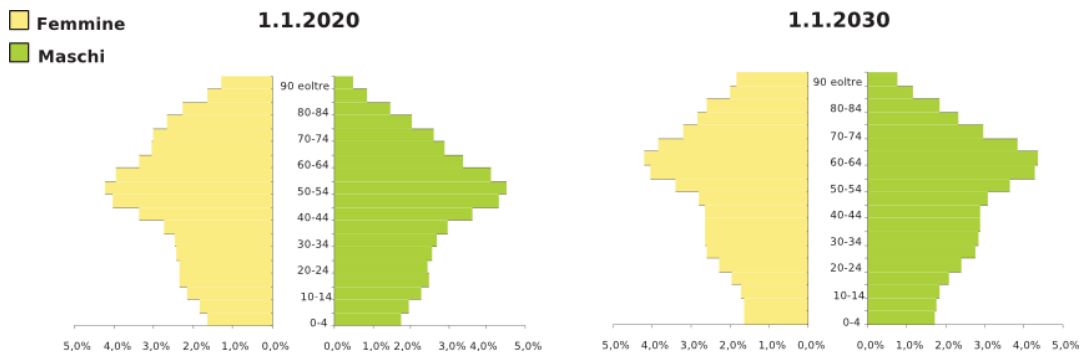
Lo scenario non è certo dei più facili, presenta serie difficoltà di ordine economico e programmatico, che rischiano di concentrare l'attenzione solo sulla partita delle risorse quando invece sarebbe necessario un approccio di medio/lungo periodo, con misure che razionalizzino gradualmente ma radicalmente l'assetto dei servizi.

La nuova sfida consiste nella sostenibilità dei sistemi di welfare a fronte dei nuovi fattori di rischio, delle nuove tipologie di cura, dell'alta specializzazione sanitaria e tecnologica, e dei bisogni che determinano una spesa crescente per una fascia di popolazione, quella degli ultra 65enni, che già oggi assorbe l'86% delle intere risorse dei servizi sanitari (il 65% a livello regionale) e che incide sul

PIL mediamente per il 9%; (nel 2020 l'impatto sul PIL è previsto al 16%).

Questa è la vera sfida con cui la politica, a tutti i livelli di programmazione, si deve misurare, pena la rottura di un sistema sociale universalistico portatore di equità e solidarietà.

Stima della distribuzione % della popolazione residente nel Veneto per sesso e classi di età quinquennali. 1.1.2000 – 1.1.2050



DATI E GRAFICI SISTEMA STATISTICO REGIONE VENETO

La programmazione domani

Le riflessioni fatte fin qui ci portano inevitabilmente a dire che serve un nuovo disegno del nostro sistema sanitario e sociale, supportato da sistemi informativi uniformi, con indicatori scientificamente validati e capaci di misurare i risultati di salute.



Una vera programmazione che non sia sostituita come ora dal susseguirsi di interventi legislativi scollegati e magari attuati con leggi finanziarie, che nulla hanno a che vedere con la pianificazione degli obiettivi fondamentali che un sistema universalistico come il nostro vuole e deve garantire.

La programmazione reale è quella che deve perseguire le finalità proprie del servizio sanitario di prevenzione cura e riabilitazione e sociale di assistenza, garantendo l'universalità, la sostanziale gratuità, l'accessibilità, l'uniformità, l'appropriatezza delle prestazioni nel territorio e la libera scelta del cittadino.

In questo ambito è stato definito, nei giorni scorsi, dal Ministero della Salute ed approvato dalle regioni l'ultimo piano sanitario nazionale, che indica gli obiettivi di programmazione generale e pone l'attenzione ai nuovi bisogni della popolazione, senza definire percorsi e soluzioni oramai non più rinviabili.

Nella nostra regione la situazione è la stessa, perché negli ultimi anni gli unici interventi sul sistema sono stati ritocchi realizzati con atti amministrativi anziché con leggi di programmazione organica del settore, e per un territorio come il nostro che vive di integrazione socio sanitaria l'immobilismo può portare alla disgregazione di reti e relazioni che un lavoro complesso svolto in quasi trent'anni ha prodotto, oltreché ad una stagnazione dei modelli

organizzativi e della rete dei servizi che a distanza di anni sono diventati inadeguati.

L'umanizzazione dell'assistenza ad esempio, su cui anche il Veneto ha deliberato, non può essere caricata esclusivamente sulle professioni, magari pressate da croniche carenze di organico o inserite in modelli disorganizzativi che non consentono lo sviluppo di relazioni umane, fatte anche di ascolto, di tutela della privacy, di permanenza presso il proprio domicilio, di mantenimento delle abitudini personali e familiari.

A questo dobbiamo aggiungere la "nuova emergenza", quella dell'elevata progressiva incidenza degli over 65 nella spesa sanitaria, persone mediamente portatrici di una o più patologie cronico e/o degenerative.

Di fronte a questo scenario, che vede bisogni specifici da affrontare nel prossimo ventennio, dobbiamo porci alcune domande:

- Ne siano consapevoli?
- Come ci stiamo preparando?
- I servizi ospedalieri e territoriali sono adeguati per soddisfare i bisogni in questo nuovo contesto sociale economico e culturale?
- Le risorse disponibili, di fronte ad una spesa sanitaria destinata solo ad aumentare come potranno "bastare" per garantire la sostenibilità del sistema?
- E' possibile individuare e intraprendere un percorso così impegnativo continuando ad escludere dalla partecipazione attiva e responsabile la cittadinanza?

La territorializzazione:

***da struttura a servizio –
da modello organizzativo a processi assistenziali***

La parola d'ordine è assistenza primaria, un modello assistenziale che mette al centro la persona e capovolge il concetto di cure primarie medico centrico e riduttivo rispetto alla vasta gamma di prestazioni che possono essere erogate nel territorio, non solo diagnosi e cura dunque, ma assistenza integrata continua e vicino alle persone, alla loro dimora.

Il primo passo è trasformare radicalmente il sistema dei servizi, per garantire nel territorio la presenza di sedi e professioni che si integrino finalizzando l'attività a percorsi assistenziali creati su misura della persona, in tutte le fasi della vita, per garantire 24 ore su 24 l'accesso, la cura e il trattamento delle acuzie e della cronicità.

La territorializzazione, per rispondere alle nuove esigenze, richiede allora un nuovo assetto organico dei servizi (un modello distrettuale allargato e con ambiti territoriali diversi?) fortemente integrato con la specialistica diagnostica ed ambulatoriale e con i Medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, magari anche partendo dall'evoluzione di realtà organizzative già esistenti come ad esempio le UTAP (avendo però la coerenza di dire quali e perché non sono mai decollate nonostante i finanziamenti).



Un sistema servizi in grado di garantire la continuità dell'assistenza, a partire dalla domiciliare per proseguire con tutti i servizi territoriali intermedi: centri diurni, strutture semiresidenziali e residenziali per disabili e anziani non autosufficienti, servizi di continuità assistenziale per le

dimissioni protette, RSA e centri di servizio che siano veramente in rete aperti al territorio e alle famiglie...

Un'organizzazione di questo tipo consentirebbe di pianificare anche la presenza della tecnologia diagnostica e terapeutica nel territorio articolandola con una visione complessiva, in base al bacino d'utenza ed alle caratteristiche demografiche per evitare sovradimensionamento dell'offerta e dei costi.

SERVIZI DISABILI ANNO 2008		
RESIDENZIALITA'	NUM. STRUTTURE	POSTI
RSA per persone con disabilita'	18	533
Grandi strutture	5	1.497
Comunita' Alloggio per persone con disabilita'	105	1.247
Comunita' Residenziale	5	151
Altre strutture residenziali non previste dalla D.G.R. 84/2007	4	104
Gruppo appartamento per persone con disabilita'	29	147
Comunita' di tipo familiare per persone con disabilita'	5	37
	171	3.716

CENTRI DIURNI	279	6.345
----------------------	------------	--------------

SERVIZI ANZIANI ANNO 2009		
TIPOLOGIA UdO	NUM. CENTRI SERVIZIO	POSTI
Residenzialità di intensità 1° Livello	305	21.750
Residenzialità di intensità 2° Livello	121	5.270
Sezione Alta Protezione Alzheimer	14	150
Stati Vegetativi Permanenti	24	149
Centro Diurno	76	1181
	540	28.510

Dati Regione Veneto

L'assistenza ospedaliera

La logica conseguenza del ri-orientamento radicale del modello di offerta che vede centrali i servizi nel territorio è la riorganizzazione della rete ospedaliera, che può così svolgere appieno la propria funzione di cura delle acuzie.

L'esito della revisione della dotazione ospedaliera non può, d'altra parte, tradursi in una mera riduzione di posti letto ma deve essere il risultato tra ricerca di appropriatezza nell'uso delle risorse e garanzia di un servizio all'utente adeguato alle esigenze.

In questa logica devono essere coinvolte anche le strutture private che attualmente sono sostanzialmente svincolate da un percorso integrato con il pubblico rispetto all'offerta che propongono.

Per questo obiettivo servono denominatori comuni e trasparenti a cui riferirsi per la distribuzione dei servizi nel territorio, la dimensione delle strutture, la distanza, la garanzia di copertura del territorio stesso avendo forte attenzione alle specificità, in particolare legate alla dispersione e alla densità di popolazione over 65.



Da un punto di vista organizzativo, il nostro sistema nazionale vede percorsi di razionalizzazione, in alcuni casi accelerati dal processo federalista (riduzione pl per acuti e accorpamento ASL), con Aziende sanitarie che hanno una dimensione media di 350.000 abitanti.

In Veneto questo rapporto medio si attesta sui 233.977 abitanti, con un range molto ampio dalla più "piccola" con 68.961 ab. alla più "grande" con 472.661 ab.

Il nostro territorio ha un sistema di offerta costituito da 64 presidi ospedalieri pubblici e 27 privati, su una superficie di 18.391 kmq, cioè una struttura ogni 200 kmq (un'area che corrisponde ad un perimetro di 10 per 20 km).

Ma ciò che stride veramente è la distribuzione dei presidi nel territorio, andiamo da una provincia con una struttura ogni 525 kmq ad una con una struttura ogni 148 kmq, il rapporto territorio/n. ospedali è invertito e moltiplicato tre volte!

Rapporto tra Kmq e abitanti nelle province – confronto 1991-2009
Presenza strutture ospedaliere nelle province
–DGR 751/2005 (aggiornato al 2009)

	abitanti 2009	kmq territ.	% territ.	ab/kmq 2009	ab/kmq 1991	strut.osp. totali	rapporto kmq/strut.	pl per provincia	rapporto ab/Posti letto
Belluno	214.022	3.678	20	58	58	7	525	1.102	194
Vicenza	866.412	2.723	15	318	275	14	194	3.279	264
Treviso	884.118	2.477	14	357	300	12	206	3.516	251
Venezia	858.997	2.461	13	349	333	16	154	3.812	225
Padova	925.141	2.142	12	432	383	15	143	3.880	238
Rovigo	249.934	1.790	10	140	139	6	298	1.149	218
Verona	914.901	3.121	17	293	255	21	149	4.285	214
Veneto	4.913.525	18391	100	267	238	91	202	21.023	234

Dati Regione Veneto – elaborazione Cisl Veneto

Dove e come saranno allora affrontati i tagli previsti dal Patto per la Salute che per il Veneto significa eliminare 1369 posti letto?

Il criterio questa volta farà la differenza, perché ci sono territori che da troppi anni si fanno carico della sostenibilità di un sistema inadeguato per la mancanza di una seria riorganizzazione della rete.

La prevenzione

I risultati di salute non possono prescindere da consistenti interventi di prevenzione di medio/lungo periodo e una chiara visione dello scenario futuro (i prossimi 15/20 anni), in particolare per i rischi dell'età adolescenziale legati a pericolosi stili di vita emergenti con ricadute sullo stato di salute e di disagio sociale preoccupanti, ma anche nei confronti delle patologie cronico degenerative, della disabilità psichica ect, anche per le ricadute su qualità e durata della vita delle persone e sulla sostenibilità del sistema stesso.

Prevenzione per garantire la sicurezza sul lavoro, si investe troppo poco nella nostra Regione, a partire dal sottodimensionamento degli organici degli Spisal.



Prevenzione e partecipazione stanno insieme, si deve lavorare di più sulle persone e con le persone attraverso la formazione e l'informazione, una comunicazione che deve essere potenziata per far partecipare attivamente anche la comunità alle problematiche di salute e sociali in tutti gli ambiti di vita e di lavoro, per avvicinare le persone e renderle partecipi dei cambiamenti, responsabilizzandole sull'uso proprio dei servizi e coinvolgendole nei percorsi assistenziali.

Il futuro delle professioni

La nostra riflessione rischia però di cadere nel vuoto se dimentichiamo, anche per un solo attimo, che sono le persone che danno gambe a qualsiasi progetto.

Il cambiamento del modello organizzativo finalizzato alla realizzazione di percorsi assistenziali necessita, in parallelo, di una contestuale rivisitazione degli ambiti di intervento professionale delle figure coinvolte ed una conseguente evoluzione del loro ruolo, in primis dei medici di medicina generale e degli infermieri.

E' essenziale agire sulla leva del capitale umano che rappresenta il 33% del costo del sistema sanitario. Per questo serve più riconoscimento alle nuove reti professionali e maggiori investimenti su quelle figure sanitarie (infermieri, tecnici e personale di assistenza) che uniscono la funzione di cura con quella dell'assistenza e che grazie all'alta specializzazione raggiunta in questi anni possono evolvere verso quella funzione manageriale necessaria per la gestione dei nuovi modelli di "presa in carico del cittadino".

Anche su questo punto il Veneto, che fino a dieci anni fa era all'avanguardia, prima regione d'Italia a dar vita all'OSS e all'OSS specializzato e tra le prime a prevedere l'Ufficio Infermieristico (oggi Servizio), non ha poi fatto il salto organizzativo con una radicale integrazione delle professioni ne ha valorizzato appieno le potenzialità della managerialità infermieristica, sia in ambito organizzativo che della ricerca e didattica.

Un diverso approccio assistenziale ci aiuterebbe anche ad andare verso la direzione di un migliore utilizzo delle professionalità, soprattutto se si riflette sul fatto che il numero di medici pro capite in Italia è oggi superiore al resto dei Paesi OCSE-OECD, con 4.2 medici per 1000 abitanti vs. una media OCSE di 3.2 (anno 2008).

Questo numero è destinato a diminuire a causa del tourn over e dei futuri pensionamenti che determineranno un avvicinamento allo standard OCSE.

Per quanto riguarda invece gli infermieri, il rapporto nazionale nel 2008 è stato di 6,3 per 1000 ab. (il 4,5 in Veneto) contro una media dei paesi OECD del 9,00 per 1000 ab., dato questo che evidenzia il sottodimensionamento della presenza della professione sia in ambito ospedaliero che territoriale, ed è segnale di allarme rispetto agli obiettivi di programmazione che i diversi livelli istituzionali si pongono (il 10% degli infermieri già oggi viene dall'estero).

**Rapporto tra professioni e abitanti – escluso medici specialisti
Veneto 2008/2009**

	presenze	rapporto per 1000 abitanti	rapporto abitanti/operatori	Anno riferimento
Medici medicina generale	3.599	0,86	1.166	2008
Pediatri libera scelta	589	0,92	1.087	2008
Infermieri	21.888	4,45	224	2009
Medici ospedalieri	7.788	1,59	631	2009
Operatori socio sanitari	6.484	1,32	758	2009

Dati Regione Veneto – elaborazione Cisl Veneto

La concertazione territoriale

Le riflessioni fatte fin qui sulla programmazione regionale non possono che riportarci alla concertazione territoriale quale nuovo baricentro rispetto alle politiche sociali, vicino alla comunità, perché è quello l'ambito in cui si realizzano le scelte, dove incontriamo le persone con i loro bisogni e le loro domande spesso senza una risposta.

Nel territorio lo strumento principe della programmazione territoriale è il Piano Di Zona, sede privilegiata per progettare interventi prioritari e specifici per ogni territorio (ambito di ulss), e sede di rilievo per svolgere attivamente il nostro ruolo di rappresentanza e influenzare i processi decisionali.



Per far questo diventa sempre più urgente un nostro nuovo approccio relazionale con le conferenze dei sindaci e tutti gli attori locali che, come noi, tendono ad influenzare i processi, ed è in questo contesto, caratterizzato dagli importanti cambiamenti sociali che abbiamo già declinato, che va posta una seria riflessione rispetto al ruolo del privato sociale (profit e non profit) che dopo anni di crescente protagonismo nel territorio sta accusando i riflessi della crisi e del taglio ai finanziamenti, con ricadute a volte negative rispetto alla tenuta della rete del sistema di welfare locale.

Il nostro è un welfare troppo frammentato non solo verticalmente tra i diversi livelli istituzionali ma anche nel territorio, dove i comuni, spesso guidati da Sindaci poco presenti sulle problematiche sociali, non incoraggiano percorsi associativi per le funzioni sociali o di delega alle Ulss nonostante siano assolutamente incapaci con i loro bilanci di far fronte in modo adeguato a interventi d'assistenza a minori, famiglia e anziani.

Dove non arriva la spontanea iniziativa speriamo allora potrà supplire la “manovra d’estate” (Legge 78/2010), che prevede siano le Regioni a individuare gli ambiti ottimali per lo svolgimento delle funzioni fondamentali in forma associata (politiche sociali, istruzione, viabilità, gestione del territorio e polizia locale).

Su questo non celiamo però una certa preoccupazione per il ritardo del decreto attuativo per la definizione del numero minimo di abitanti di riferimento degli ambiti comunali, ritardo che costituirà un sicuro alibi di rinvio per le Regioni.

Auspichiamo quindi che anche questo tipo di intervento, rilevante ai fini dell’economicità del sistema e di lotta alle inefficienze e agli sprechi, non sia disatteso.

Dobbiamo incalzare anche i comuni, e dobbiamo farlo noi, affinché siano parte attiva nella lotta all’evasione fiscale, strumento che in questa difficilissima fase economica non può e non deve essere trascurato per il recupero di risorse da destinare in modo rilevante ai bisogni sociali.

Conclusioni

Per queste ragioni e per i cambiamenti che il federalismo porterà nelle nostre comunità, dobbiamo prepararci, e diventa importante avviare una riflessione sul sistema di welfare futuro, per cogliere e individuare nuove strade idonee a garantire i diritti costituzionali e la sostenibilità del sistema.

Certo il lavoro da fare è enorme, prima al nostro interno territorio per territorio per declinare e articolare le proposte, poi con gli altri attori sociali per condividere i percorsi, con la politica, per influenzare positivamente le sue scelte a tutti i livelli, con le professioni, protagoniste del cambiamento perché a loro chiediamo di mettersi in gioco per migliorare i servizi pubblici.

Con la comunità, che va informata, coinvolta ma anche tenuta insieme nelle reti di solidarietà, persone a cui dobbiamo molto per la fiducia che ci danno quotidianamente.

Noi che sappiamo siamo doppiamente responsabili e non abbiamo alibi, dobbiamo con coraggio metterci a disposizione della comunità in modo nuovo, e assieme, se vogliamo, lo possiamo fare.

***Nessun vento è favorevole
Per chi non sa dove andare,
ma per noi che sappiamo,
anche la brezza sarà preziosa.
(Rainer Maria Rilke)***

Allegati

Demografia

Descrizione		Da 0 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Oltre 75 anni	Totale Popolazione Età
		a	b	c	d
ULSS 01	Belluno	99.509	14.932	14.632	129.073
ULSS 02	Feltre	65.752	9.243	9.954	84.949
ULSS 03	Bassano del Grappa	146.375	17.316	15.806	179.497
ULSS 04	Alto Vicentino	151.900	19.547	16.455	187.902
ULSS 05	Ovest Vicentino	148.448	17.145	14.984	180.577
ULSS 06	Vicenza	258.643	31.472	28.321	318.436
ULSS 07	Pieve di Soligo	173.338	22.918	22.597	218.853
ULSS 08	Asolo	207.594	22.761	20.407	250.762
ULSS 09	Treviso	337.211	40.425	36.867	414.503
ULSS 10	San Donà di Piave	172.474	22.396	20.740	215.610
ULSS 12	Venezia centro storico	64.025	13.060	13.054	90.139
	Venezia terraferma	166.797	26.923	24.645	218.365
ULSS 13	Mirano	216.997	27.878	21.830	266.705
ULSS 14	Chioggia	54.321	8.060	6.580	68.961
ULSS 15	Cittadella-Camposampiero	210.143	22.692	19.962	252.797
ULSS 16	Padova	386.915	52.446	47.601	486.962
ULSS 17	Conselve, Este e Monselice	147.567	18.873	18.942	185.382
ULSS 18	Rovigo	135.890	18.553	20.686	175.129
ULSS 19	Adria	57.657	8.402	8.746	74.805
ULSS 20	Verona	375.320	49.193	48.148	472.661
ULSS 21	Legnago	124.205	15.082	15.418	154.705
ULSS 22	Bussolengo	237.746	26.925	22.864	287.535
Totale Aziende Regione Veneto		3.938.827	505.788	469.542	4.913.525

DATI SISTEMA STATISTICO REGIONALE

Comuni e popolazione per classi di ampiezza demografica, per provincia - 2008

Classe di ampiezza demografica		Verona	Vicenza	Belluno	Treviso	Venezia	Padova	Rovigo	Veneto	Italia
Fino a 3.000	N. Comuni	34	47	49	13	2	27	29	201	4572
	Abitanti	66739	79468	69245	28231	5062	57590	52834	359169	5963224
3.001-5.000	N. Comuni	18	23	13	19	6	23	11	113	1149
	Abitanti	71074	86220	50150	77679	24096	95130	42203	446552	4495025
5.001-10.000	N. Comuni	25	29	5	37	10	32	3	141	1200
	Abitanti	175953	205997	37434	268697	71371	236426	20294	1016172	8574078
10.001-20.000	N. Comuni	17	15		19	17	17	5	90	676
	Abitanti	247977	193289		243670	228525	234487	59412	1207360	9407122
20.001-30.000	N. Comuni	2	4	1	3	5	4	1	20	198
	Abitanti	48973	99457	20688	78983	124201	85334	20549	478185	4796263
30.001-100.000	N. Comuni	1	2	1	4	3	0	1	12	261
	Abitanti	32408	82325	36509	182148	130434		51872	515696	12885989
Oltre 100.000	N. Comuni	1	1	0	0	1	1	0	4	45
	Abitanti	265368	115012			270098	211936		862414	13923367
Totale	N. Comuni	98	121	69	95	44	104	50	581	8101
	Abitanti	908492	861768	214026	879408	853787	920903	247164	4885548	60045068

Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati Istat

Percentuale di single e percentuale di single di 65 anni e oltre per sesso e regione su 100 famiglie - Anno 2007

REGIONI RIPARTIZIONI	Singles 65 anni e oltre				
	Single (a)	Single 65 anni e oltre (a)	Maschi (b)	Femmine (b)	Totale (b)
Piemonte	30,32	15,43	15,85	41,20	30,48
Valle d'Aosta	34,81	14,08	14,33	44,20	31,79
Lombardia	26,63	12,59	12,49	36,87	26,82
Trentino-Alto Adige	29,27	13,01	15,28	40,74	30,16
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>30,05</i>	<i>11,06</i>	<i>12,97</i>	<i>36,38</i>	<i>26,44</i>
<i>Trento</i>	<i>28,55</i>	<i>14,81</i>	<i>17,35</i>	<i>44,42</i>	<i>33,36</i>
Veneto	24,02	12,45	12,43	35,58	25,96
Friuli-Venezia Giulia	30,71	15,18	16,94	37,96	29,41
Liguria	35,44	17,73	16,37	41,60	31,29
Emilia-Romagna	29,78	14,22	15,40	35,50	27,00
Toscana	25,97	13,89	12,82	33,19	24,62
Umbria	27,63	14,61	12,82	33,92	24,96
Marche	25,78	13,33	11,13	32,75	23,51
Lazio	28,50	12,99	13,97	37,65	27,71
Abruzzo	25,18	13,25	10,12	34,08	23,83
Molise	26,96	15,24	13,21	37,09	26,95
Campania	20,02	11,04	14,76	31,59	24,55
Puglia	21,99	12,82	11,85	38,34	27,01
Basilicata	22,51	12,23	13,53	30,21	22,92
Calabria	24,55	14,30	15,27	39,68	29,08
Sicilia	25,51	13,88	12,86	41,59	29,27
Sardegna	23,67	12,12	12,17	35,74	25,61
ITALIA	26,37	13,39	13,61	36,89	27,10

(a) Famiglie con un componente e famiglie con un componente di 65 anni e oltre per 100 famiglie.

(b) Famiglie con un componente di 65 anni e oltre per 100 persone di 65 anni e oltre.

Fonte: istat

**% DI POPOLAZIONE OVER 65 SU
POPOLAZIONE 0-14 ANNI**

Indice regionale di invecchiamento. Valori %

Regione	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Italia	65,6	87,6	111,6	126,6	137,8	143,4
Piemonte	93,1	125,0	157,3	172,0	179,7	178,7
Valle d'Aosta	83,1	112,2	140,2	148,2	151,0	151,2
Lombardia	68,0	94,2	121,5	135,0	141,5	142,4
P. A. Bolzano	52,3	69,8	82,1	89,8	95,8	104,9
P. A. Trento	75,0	101,1	117,8	120,7	121,0	124,8
Veneto	67,7	96,3	124,0	133,7	137,3	139,2
Friuli Venezia G.	106,2	150,5	182,8	188,4	186,9	187,4
Liguria	135,7	187,7	228,3	239,7	242,5	236,1
Emilia Romagna	107,0	154,5	192,4	196,0	184,5	172,8
Toscana	104,1	143,9	180,4	191,3	191,8	185,9
Umbria	93,0	128,0	163,9	182,3	187,7	181,7
Marche	86,9	118,0	151,4	165,8	171,6	169,9
Lazio	59,0	82,8	108,3	124,3	135,0	140,9
Abruzzo	72,1	94,0	120,6	139,4	155,9	162,4
Molise	75,6	95,1	119,4	140,2	160,4	171,7
Campania	36,6	46,7	60,8	72,3	84,8	94,9
Puglia	41,1	54,2	72,7	89,4	106,1	119,5
Basilicata	53,5	68,2	87,4	110,3	132,6	146,6
Calabria	47,3	59,1	76,0	94,9	115,7	128,7
Sicilia	50,7	62,8	78,2	92,3	107,8	118,5
Sardegna	46,4	61,9	82,9	107,3	130,9	150,9

Fonte: ISTAT

**Tasso di occupazione per sesso per Regione di residenza
Valori %**

Regione	2004		2005		2006		2007		2008	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Italia	70,7	45,5	70,7	45,5	71,7	46,6	72,0	47,0	71,6	47,5
Piemonte	73,8	53,9	74,5	54,4	74,7	56,1	75,1	56,8	74,9	57,4
Valle d'Aosta	75,8	58,9	74,7	58,2	75,6	58,6	76,7	60,1	76,3	60,5
Lombardia	76,9	55,4	76,9	55,3	77,7	56,8	78,4	56,9	78,4	57,5
P. A. Bolzano	80,3	60,2	80,6	59,6	81,5	60,2	81,2	60,6	81,3	62,6
P. A. Trento	76,4	56,0	76,3	54,8	77,0	55,1	77,1	56,6	76,7	57,9
Veneto	77,3	52,4	76,9	53,1	78,3	53,8	78,6	54,3	78,3	55,8
Friuli V. G.	72,7	52,8	72,4	54,1	75,7	55,3	76,1	56,2	75,6	56,0
Liguria	71,9	50,7	73,5	51,2	73,7	53,1	74,3	55,8	74,9	55,6
Emilia Romagna	77,9	60,7	78,2	60,2	79,3	61,9	80,5	62,6	80,5	62,8
Toscana	74,9	53,2	75,0	54,2	76,6	55,5	76,0	56,3	76,5	56,8
Umbria	72,2	52,0	73,7	51,3	73,7	53,6	75,3	56,0	75,3	57,2
Marche	74,9	54,8	75,3	53,9	76,9	54,5	76,8	55,5	75,1	56,3
Lazio	71,2	47,4	69,7	48,3	71,9	48,0	72,9	48,4	72,7	49,1
Abruzzo	69,7	44,1	70,8	45,0	71,8	45,1	72,6	44,6	72,2	47,2
Molise	66,2	38,7	65,6	36,9	67,2	38,3	67,5	40,7	67,4	41,6
Campania	61,9	29,3	61,2	27,9	60,7	28,6	60,6	28,1	58,8	27,4
Puglia	62,4	29,0	63,0	26,9	63,8	28,7	64,5	30,1	64,4	30,3
Basilicata	64,3	34,5	63,9	34,5	66,6	34,3	65,8	34,4	65,2	35,1
Calabria	60,9	31,9	59,4	31,0	60,5	31,9	59,6	31,2	58,1	30,9
Sicilia	60,6	27,2	61,2	28,4	61,8	29,7	61,3	29,2	60,2	29,4
Sardegna	65,3	37,9	66,5	37,1	67,1	38,3	67,4	39,0	65,4	40,5

Fonte: ISTAT

Finanziamento e spesa sanitaria

Finanziamento pro-capite regionale - Valori in € - Anni 1995 - 2008

Regioni	1995	2000	2005	2008
Italia	828,55	1.167,10	1.568,05	1.744,79
Piemonte	840,38	1.219,12	1.691,52	1.860,89
Valle d'Aosta	888,18	1.438,97	1.884,39	2.108,86
Lombardia	854,33	1.184,99	1.551,15	1.709,58
Trentino Alto Adige	957,04	1.465,09	1.932,39	2.119,48
Veneto	870,37	1.200,55	1.580,64	1.748,71
Friuli Venezia Giulia	882,62	1.238,98	1.678,82	1.921,31
Liguria	900,43	1.347,32	1.712,17	1.941,18
Emilia Romagna	907,76	1.289,05	1.655,11	1.814,53
Toscana	854,21	1.233,76	1.643,10	1.822,56
Umbria	897,47	1.270,24	1.611,93	1.774,66
Marche	851,35	1.346,89	1.581,08	1.761,67
Lazio	814,04	1.172,00	1.598,32	1.708,55
Abruzzo	816,32	1.161,95	1.545,60	1.715,80
Molise	788,67	1.150,09	1.587,56	1.744,49
Campania	763,86	1.034,33	1.415,39	1.638,39
Puglia	786,97	1.063,57	1.465,07	1.674,56
Basilicata	754,31	1.026,99	1.519,05	1.741,38
Calabria	752,80	1.036,63	1.491,44	1.712,49
Sicilia	759,11	1.048,49	1.493,61	1.641,73
Sardegna	788,46	1.065,69	1.471,86	1.713,33

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Quota della spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale Paesi OECD - Valori %

Paesi	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Media OECD	72,6	76,8	73,0	73,1	72,6	72,1	72,1	72,9	71,8
Australia	n.d.	73,6	62,6	70,6	66,2	65,8	67,1	67,4	n.d.
Austria	63,0	69,6	68,8	76,1	73,4	73,9	76,8	76,1	76,4
Belgio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	78,5	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	69,9	76,2	75,6	75,5	74,5	71,4	70,4	70,3	70,0
Corea	n.d.	n.d.	20,1	29,4	36,5	36,3	44,9	52,1	54,9
Danimarca	n.d.	85,4	87,8	85,6	82,7	82,5	82,4	83,7	84,5
Finlandia	73,8	78,6	79,0	78,6	80,9	72,0	71,1	73,5	74,6
Francia	75,5	78,0	80,1	78,5	76,6	79,7	79,4	79,3	79,0
Germania	72,8	79,0	78,7	77,4	76,2	81,6	79,7	77,0	76,9
Giappone	69,8	72,0	71,3	70,7	77,6	83,0	81,3	82,7	n.d.
Grecia	42,6	n.d.	55,6	n.d.	53,7	52,0	60,0	60,1	60,3
Irlanda	81,7	79,0	82,0	75,8	71,7	71,9	73,5	77,5	80,7
Islanda	66,2	87,1	88,2	87,0	86,6	83,9	81,1	81,4	82,5
Italia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	79,5	70,8	72,5	76,2	76,5
Lussemburgo	88,9	91,8	92,8	89,2	93,1	92,4	89,3	90,2	n.d.
Messico	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	40,4	42,1	46,6	45,5	45,2
Norvegia	91,6	96,2	85,1	85,8	82,8	84,2	82,5	83,5	84,1
Nuova Zelanda	80,3	73,7	88,0	87,0	82,4	77,2	78,0	77,9	n.d.
Olanda	n.d.	67,9	69,4	70,8	67,1	71,0	63,1	n.d.	n.d.
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	91,7	72,9	70,0	69,3	70,8
Portogallo	59,0	58,9	64,3	54,6	65,5	62,6	72,5	71,8	n.d.
Regno Unito	87,0	91,1	89,4	85,8	83,6	83,9	79,3	81,9	81,7
Rep. Ceca	96,6	96,9	96,8	92,2	97,4	90,9	90,3	88,6	85,2
Slovacchia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	89,4	74,4	66,8
Spagna	65,4	77,4	79,9	81,1	78,7	72,2	71,6	70,6	71,8
Stati Uniti	36,2	40,7	40,8	39,3	39,2	44,9	43,2	44,4	45,4
Svezia	86,0	90,2	92,5	90,4	89,9	86,6	84,9	81,6	81,7
Svizzera	n.d.	n.d.	n.d.	50,3	52,4	53,6	55,4	59,5	59,3
Turchia	n.d.	50,0	29,4	50,6	61,0	70,3	62,9	71,4	n.d.
Ungheria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	84,0	70,7	72,3	70,6

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

Quota di spesa convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	42,61	38,74	37,22	37,07
Nord	39,79	37,58	36,63	36,68
Centro	42,49	37,58	35,36	35,53
Sud	46,55	41,05	39,19	38,59
Piemonte	37,93	35,03	35,25	34,74
Valle d'Aosta	25,57	25,21	25,39	19,35
Lombardia	47,13	44,35	43,00	43,63
P. A. Bolzano	27,15	27,79	27,83	25,61
P. A. Trento	34,80	35,49	34,75	34,47
Veneto	35,70	37,39	35,43	36,30
Friuli Venezia G.	34,12	28,38	26,56	24,62
Liguria	40,39	33,29	32,47	32,69
Emilia Romagna	34,59	32,48	32,23	32,03
Toscana	31,77	28,00	27,27	26,63
Umbria	30,25	27,99	27,20	27,02
Marche	31,75	30,05	30,15	28,87
Lazio	54,29	46,31	42,56	43,86
Abruzzo	40,16	38,92	37,54	34,34
Molise	36,77	39,66	39,06	39,13
Campania	51,44	41,69	40,27	38,37
Puglia	46,11	43,69	41,38	41,88
Basilicata	35,75	33,82	32,92	32,81
Calabria	43,54	40,98	38,70	39,84
Sicilia	49,50	42,13	39,91	39,88
Sardegna	36,21	33,75	32,05	31,54

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Quota di spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria pubblicata tale - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	15,21	12,38	11,11	10,51
Nord	13,25	10,66	9,86	9,19
Centro	15,49	12,76	11,31	10,51
Sud	17,72	14,49	12,71	12,39
Piemonte	13,68	10,58	10,11	9,84
Valle d'Aosta	11,71	9,32	9,08	7,96
Lombardia	13,41	10,84	9,97	9,25
P. A. Bolzano	8,88	6,17	5,69	5,40
P. A. Trento	9,90	8,75	8,12	7,92
Veneto	12,76	10,07	9,45	8,76
Friuli Venezia G.	13,15	12,05	10,63	9,57
Liguria	16,06	12,88	11,21	10,41
Emilia Romagna	12,90	10,65	9,89	8,99
Toscana	13,78	10,73	10,01	9,21
Umbria	14,70	11,65	10,91	10,12
Marche	15,06	12,45	11,92	10,98
Lazio	16,87	14,18	12,00	11,26
Abruzzo	16,43	12,88	11,41	11,45
Molise	15,31	11,46	10,23	9,82
Campania	17,27	13,26	11,77	11,58
Puglia	17,75	14,67	12,48	12,48
Basilicata	17,04	13,14	11,57	12,23
Calabria	18,53	17,09	15,51	15,03
Sicilia	19,06	15,65	13,63	12,83
Sardegna	16,00	14,18	12,57	12,00

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

**Quota di spesa per altra assistenza convenzionata
sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori %**

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	7,86	8,44	8,37	8,78
Nord	9,06	10,02	9,85	10,45
Centro	6,54	6,93	6,96	7,63
Sud	6,98	7,24	7,18	7,13
Piemonte	8,80	9,74	10,32	10,11
Valle d'Aosta	5,59	5,71	5,89	5,01
Lombardia	10,03	10,85	10,83	11,58
P. A. Bolzano	8,88	14,91	15,37	13,35
P. A. Trento	13,22	14,58	14,50	14,59
Veneto	8,63	11,16	9,98	11,45
Friuli Venezia G.	7,82	6,92	6,37	6,07
Liguria	6,85	7,80	8,08	9,13
Emilia Romagna	8,61	7,95	7,66	8,44
Toscana	6,17	5,84	6,00	6,85
Umbria	6,06	7,38	7,49	7,77
Marche	5,34	6,36	7,23	6,82
Lazio	7,19	7,64	7,41	8,29
Abruzzo	7,63	9,39	9,50	8,45
Molise	6,93	7,19	7,29	6,75
Campania	8,52	7,58	7,52	5,99
Puglia	6,68	7,25	8,06	8,12
Basilicata	8,20	10,17	11,31	9,63
Calabria	6,53	6,40	6,57	7,11
Sicilia	5,67	6,70	5,53	7,19
Sardegna	5,86	5,88	6,08	6,57

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

**Quota di spesa per assistenza specialistica convenzionata
sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori %**

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	3,24	3,51	3,59	3,68
Nord	2,36	2,91	3,08	3,14
Centro	2,83	3,22	2,94	3,21
Sud	4,68	4,51	4,72	4,75
Piemonte	1,80	2,59	2,75	2,97
Valle d'Aosta	3,27	2,39	2,42	0,79
Lombardia	3,15	3,75	4,08	4,28
P. A. Bolzano	0,61	0,52	0,53	0,49
P. A. Trento	0,93	1,30	1,45	1,56
Veneto	3,04	3,81	3,68	3,90
Friuli Venezia G.	1,75	1,38	2,11	1,59
Liguria	1,58	1,94	1,87	1,72
Emilia Romagna	1,41	1,89	1,96	1,77
Toscana	1,59	1,89	1,88	1,85
Umbria	0,77	0,82	0,93	0,95
Marche	1,77	1,47	1,47	1,45
Lazio	4,24	4,74	4,19	4,80
Abruzzo	2,23	1,94	2,13	2,04
Molise	2,38	2,97	3,49	4,02
Campania	6,18	6,30	6,47	6,63
Puglia	3,51	3,40	3,23	3,28
Basilicata	2,28	1,79	1,51	2,44
Calabria	4,13	3,62	3,10	3,67
Sicilia	5,79	5,16	6,20	5,80
Sardegna	2,85	3,40	3,28	3,25

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Quota di spesa out of pocket e per assicurazioni private
sulla spesa sanitaria totale - Paesi OECD - Valori % - Anno 2007

Paesi	Out of Pocket	Spesa per assicurazioni private
Austria	15,39	4,56
Belgio	18,30	5,40
Canada	14,88	12,78
Rep. Ceca	13,18	0,21
Danimarca	13,80	1,63
Finlandia	18,85	2,11
Francia	6,83	13,43
Germania	13,09	9,28
Ungheria	24,89	1,15
Islanda	16,05	0,00
Irlanda	9,90	8,10
Italia	20,16	0,94
Corea	35,70	4,13
Messico	51,09	3,73
Olanda	5,55	5,67
Nuova Zelanda	13,98	4,96
Norvegia	15,12	0,00
Polonia	24,25	0,55
Slovacchia	26,23	0,00
Spagna	21,06	5,87
Svezia	15,90	0,20
Svizzera	30,56	9,20
Regno Unito	11,45	1,10
Stati Uniti	12,21	35,25

Fonte: elaborazione C'ES Sanità su dati OECD Health Data 2009.

Schede dotazione ospedaliera
Posti letto pubblico – privato – apicalità
DGR. 223/1995 – DGR. 751/2005

ULSS	PUBBLICO		PRIVATO		TOTALE		APICALITA' REGIONALE	
	DGR 2223/95	DGR 751/05	DGR 2223/95	DGR 751/05	DGR 2223/95	DGR 751/05	DGR 2223/95	DGR 751/05
01- Belluno	1.081	680	100	0	1.181	680	55	43
02- Feltre	502	422	150	0	652	422	20	21
BELLUNO	1.583	1.102	250	-	1.833	1.102	75	64
Posti letto/1000 ab.	7,50	5,22	1,18	-	8,68	5,22		3,299
03- Bassano	875	690			875	690	39	29
04- Thiene	805	590			805	590	31	24
05- Arzignano	730	584			730	584	29	26
06- Vicenza	1.513	1.180	204	235	1.717	1.415	58	48
VICENZA	3.923	3.044	204	235	4.127	3.279	157	127
Posti letto/1000 ab.	4,84	3,75	0,25	0,29	5,09	4,04		6,384
07- Pieve di Soligo	871	666	150	220	1.021	886	35	33
08- Asolo	1.066	850			1.066	850	50	36
09- Treviso	1.680	1.465	310	315	1.990	1.780	64	55
TREVISO	3.617	2.981	460	535	4.077	3.516	149	124
Posti letto/1000 ab.	4,45	3,67	0,57	0,66	5,02	4,33		6,555
10- San Donà	889	621	110	130	999	751	38	31
12- Veneziana	1.954	1.061	660	560	2.614	1.621	84	61
13- Mirano	1.059	900			1.059	900	45	36
14- Chioggia	713	540			713	540	34	31
VENEZIA	4.615	3.122	770	690	5.385	3.812	201	159
Posti letto/1000 ab.	5,27	3,56	0,88	0,79	6,15	4,35		5,511
15- Cittadella	1.096	810			1.096	810	39	36
16- Padova	1.097	403	170	410	1.267	813	24	21
17- Este	875	630			875	630	38	26
Totale Provincia	3.068	1.843	170	410	3.238	2.253	101	83
Azienda PD	2.000	1.627			2.000	1.627	85	80
PADOVA	5.068	3.470	170	410	5.238	3.880	186	163
Posti letto/1000 ab.	6,34	4,34	0,21	0,51	6,55	4,85		4,907
18- Rovigo	947	644	105	145	1.052	789	49	38
19- Adria	284	230	120	130	404	360	16	15
ROVIGO	1.231	874	225	275	1.456	1.149	65	53
Posti letto/1000 ab.	5,02	3,56	0,92	1,12	5,94	4,68		4,628
20- Verona	536	442	225	268	761	710	20	24
21- Legnago	958	607			958	607	42	28
22- Bussolengo	790	467	815	771	1.605	1.238	41	27
Totale Provincia	2.284	1.516	1.040	1.039	3.324	2.555	103	79
Azienda VR	2.453	1.730			2.453	1.730	109	80
VERONA	4.737	3.246	1.040	1.039	5.777	4.285	212	159
Posti letto/1000 ab.	5,59	3,83	1,23	1,23	6,82	5,06		5,331
VENETO	24.774	17.839	3.119	3.184	27.893	21.023	1.045	849
Posti letto/1000 ab.	5,38	3,88	0,68	0,69	6,06	4,57		5,422

RIPARTO FONDO SANITARIO REGIONALE ANNI 2006 -2009

**ASSEGNAZIONI REGIONALI INDISTINTE CON FUNZIONI
E CON CORRETTIVI PER MONTAGNA e VENEZIA
(importi assoluti - frat) – FINANZIAMENTO PER AZIENDA SANITARIA**

AZIENDA - U.L.SS.	Assegnazioni con funzioni e correttivi							
	2006	2007	2008	2009	07vs06	08vs07	09vs08	09vs06
n. 1 Belluno	212.308.000	224.404.000	228.892.000	232.645.000	5,70	2,00	1,64	9,56
n. 2 Feltre	128.339.000	134.624.000	138.148.000	143.757.000	4,90	2,62	4,06	12,01
n. 3 Bassano	241.155.000	254.293.000	260.952.000	274.440.000	5,45	2,62	5,17	13,80
n. 4 Thiene	246.212.000	258.258.000	265.793.000	278.562.000	4,89	2,92	4,80	13,14
n. 5 Arzignano	225.369.000	238.209.000	245.176.000	261.429.000	5,70	2,92	6,63	16,00
n. 6 Vicenza	426.846.000	447.744.000	466.769.000	482.751.000	4,90	4,25	3,42	13,10
n. 7 Pieve di Soligo	291.417.000	308.020.000	314.179.000	326.146.000	5,70	2,00	3,81	11,92
n. 8 Asolo	310.596.000	328.291.000	336.962.000	355.541.000	5,70	2,64	5,51	14,47
n. 9 Treviso	536.588.000	563.226.000	594.470.000	613.649.000	4,96	5,55	3,23	14,36
n. 10 San Donà	273.802.000	289.114.000	300.351.000	308.084.000	5,59	3,89	2,57	12,52
n. 12 Veneziana	502.394.000	527.951.000	539.556.000	552.304.000	5,09	2,20	2,36	9,93
n. 13 Mirano	321.028.000	339.317.000	349.088.000	378.771.000	5,70	2,86	8,50	17,99
n. 14 Chioggia	177.853.000	187.986.000	191.746.000	205.741.000	5,70	2,00	7,30	15,68
n. 15 Cittadella	300.770.000	317.905.000	327.753.000	359.353.000	5,70	3,10	9,64	19,48
n. 16 Padova	562.545.000	592.975.000	609.168.000	637.867.000	5,41	2,73	4,71	13,39
n. 17 Este	245.755.000	259.756.000	264.952.000	282.050.000	5,70	2,00	6,45	14,77
n. 18 Rovigo	261.919.000	275.008.000	282.827.000	299.318.000	5,00	2,84	5,83	14,28
n. 19 Adria	113.083.000	118.734.000	123.113.000	127.922.000	5,00	3,69	3,91	13,12
n. 20 Verona	624.562.000	655.773.000	671.322.000	695.717.000	5,00	2,37	3,63	11,39
n. 21 Legnago	205.575.000	215.718.000	220.573.000	234.786.000	4,93	2,25	6,44	14,21
n. 22 Bussolengo	356.921.000	377.256.000	392.248.000	415.222.000	5,70	3,97	5,86	16,33
TOTALE U.L.SS.	6.565.037.000	6.914.562.000	7.124.038.000	7.466.015.000	5,32	3,03	4,80	13,72
A.O. Padova	49.562.000	63.082.000	77.344.000	80.617.000	27,28	22,61	4,23	62,66
A.O. Verona	49.875.000	60.584.000	74.796.000	78.044.000	21,47	23,46	4,34	56,48
Istit.Oncologico Veneto	5.550.000	6.500.000	6.630.000	6.696.000	17,12	2,00	1,00	20,65
REGIONE VENETO	6.670.024.000	7.044.728.000	7.282.808.000	7.631.372.000	5,62	3,38	4,79	14,41

**ASSEGNAZIONI REGIONALI INDISTINTE CON FUNZIONI
E CON CORRETTIVI PER MONTAGNA e VENEZIA
(importi assoluti - frat) – QUOTE CAPITARIE**

VARIAZIONI PERCENTUALI

AZIENDA - U.L.SS.	QUOTE PRO-CAPITE				VARIAZIONE %			
	2006	2007	2008	2009	07 vs 06	08 vs 07	09 vs 08	09 vs 06
n. 1 Belluno	1.643,72	1.739,74	1.769	1.821	5,84	1,68	2,94	10,79
n. 2 Feltre	1.548,90	1.616,17	1.641	1.696	4,34	1,54	3,35	9,50
n. 3 Bassano	1.388,63	1.455,17	1.478	1.536	4,79	1,50	3,92	10,61
n. 4 Thiene	1.351,18	1.406,99	1.435	1.489	4,13	1,99	3,76	10,20
n. 5 Arzignano	1.284,23	1.349,79	1.378	1.454	5,10	2,09	5,52	13,22
n. 6 Vicenza	1.387,23	1.446,21	1.494	1.517	4,25	3,30	1,54	9,35
n. 7 Pieve di Soligo	1.361,46	1.435,78	1.452	1.496	5,46	1,13	3,03	9,88
n. 8 Asolo	1.295,06	1.354,88	1.367	1.426	4,62	0,89	4,32	10,11
n. 9 Treviso	1.353,08	1.405,01	1.461	1.481	3,84	3,99	1,37	9,45
n. 10 San Donà	1.323,92	1.384,77	1.417	1.440	4,60	2,33	1,62	8,77
n. 12 Veneziana	1.657,16	1.741,10	1.773	1.829	5,07	1,83	3,16	10,37
n. 13 Mirano	1.270,56	1.328,36	1.342	1.418	4,55	1,03	5,66	11,60
n. 14 Chioggia	1.327,55	1.421,10	1.439	1.574	7,05	1,26	9,38	18,56
n. 15 Cittadella	1.265,36	1.317,88	1.330	1.414	4,15	0,92	6,32	11,75
n. 16 Padova	1.381,37	1.444,83	1.476	1.526	4,59	2,16	3,39	10,47
n. 17 Este	1.353,18	1.424,70	1.444	1.525	5,29	1,35	5,61	12,70
n. 18 Rovigo	1.519,08	1.592,08	1.625	1.706	4,81	2,07	4,98	12,30
n. 19 Adria	1.510,27	1.589,27	1.646	1.707	5,23	3,57	3,71	13,03
n. 20 Verona	1.372,61	1.434,81	1.451	1.478	4,53	1,13	1,86	7,68
n. 21 Legnago	1.393,80	1.448,32	1.456	1.529	3,91	0,53	5,01	9,70
n. 22 Bussolengo	1.332,24	1.384,84	1.407	1.460	3,95	1,60	3,77	9,59
TOTALE U.L.SS.	1.384,32	1.448,40	1.475	1.528	4,63	1,84	3,59	10,38
A.O. Padova								
A.O. Verona								
Istit. Oncologico Veneto								
REGIONE VENETO								

PANORAMICA DEI FONDI NAZIONALI 2008 - 2011
PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

Fondi interventi sociali (milioni Euro)	Normativa	2008	2009	2010		2011	
		LEGGE FINANZIARIA 2008	LEGGE FINANZIARIA 2009	prev. L. Finanziaria 2009	L. Finanziaria 2010	prev. L. Finanziaria 2009	prev. L. Finanziaria 2010
Fondo nazionale politiche sociali	L 328/2000 Art. 20 co. 8	1.581,60	1.311,60	1.030,00	1.175,00	920,60	913,71
Fondo nazionale servizio civile	L 230/1998 Art. 19	299,60	171,40	171,30	170,26	127,00	125,62
Fondo politiche per la famiglia	DL 223/2006 Art. 19 co. 1	276,00	186,60	186,40	185,28	138,20	136,71
Fondo nazionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione	L 431/1998 Art. 11 co. 1	205,60	161,80	144,70	143,82	110,70	109,44
Fondo pari opportunità	DL 223/2006 Art. 19 co. 3	50,00	30,00	3,30	3,30	2,50	2,44
Fondo per le comunità giovanili	L. 266/2005 art. 1 co. 556	5,00	5,00	5,00	3,00		
Fondo politiche giovanili	DL 223/2006 Art. 19 co. 2	137,40	79,80	81,60	81,08	62,40	61,72
Fondo nazionale per l'inclusione sociale degli immigrati	L 296/2006 Art. 1 co. 1267	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Piano straordinario servizi socio-educativi per la prima infanzia *	L 296/2006 Art. 1 co. 1259	170,00		0,00	0,00	0,00	0,00
Fondo non autosufficienze	L 296/2006 Art. 1 co. 1264	300,00	400,00		400,00		
Fondo infanzia e adolescenza	L 285/1997 Art. 1	43,90	43,90	40,10	39,96	39,96	39,96
Fondo attività sociali per le Regioni **	L. 102/09 Art. 9 bis				300,00		
Fondo Strategico per famiglia e Non Autosufficienza ***	L. 102/09 Art. 22 ter						242,00
TOTALE		3.169,10	2.390,10	1.662,40	2.201,70	1.401,36	1.631,60
					2.501,70		

Previsioni "Decreto anticrisi"

Previsione Accordo Patto per la Salute

* Finanziato nel 2009 attraverso il Fondo Politiche per la Famiglia con 100 milioni di euro

** Risorse vincolate ma derivanti dalla rideterminazione dei proventi già spettanti a regioni e province autonome

*** 120 milioni per il 2010 utilizzati per finanziare c.d.Patto per la salute (art.2 c.129 Legge Finanziaria)

NOTA BENE:

Il Fondo Politiche Sociali + il Fondo Attività Sociali nel 2010 hanno una dotazione inferiore del **6,74%** rispetto al Fondo Politiche Sociali 2008, ma superiore del **12,45** rispetto al 2009

Elaborazione: Dipartimento Naz Cisl Politiche Sociali e della Salute

***Servizi per disabili e anziani non autosufficienti
spesa - utenti – tipologia di servizio – Veneto 2009***

**Riparto alle ulss del fondo regionale per la non
autosufficienza Veneto – anno 2009**

AMBITI DI INTERVENTO	RISORSE
Residenzialità anziani	445.875.000,00
Domiciliarità anziani e disabili	87.856.817,20
Residenzialità disabili	47.150.000,00
Centri diurni per disabili	75.900.051,05
Risorse non vincolate (flessibilità)	23.218.131,75
Integrazione assestamento bilancio	8.200.000,00
TOTALE	688.200.000,00
Di cui fondo nazionale	20.000.000,00
Totale finanziamento regionale	668.200.000,00

DATI REGIONE VENETO

Domiciliarità anziani e disabili – anno 2009

AMBITI DI INTERVENTO	RISORSE
ANZIANI	
Assistenza domiciliare	18.319.514,00
Altro (interv sollievo fam, collab. solid, form)	6.954.779,00
Sportello integrato	645.750,00
TOTALE	25.920.043,00
DISABILI	
Assegnazione di base 2009	16.400.000,00
Assegnazione per progetti innovativi CEOD	1.025.000,00
TOTALE	17.425.000,00
Assegno di cura 2009	58.758.357,46
TOTALE GENERALE	102.103.400,00

Utenti residenzialità anziani non autosufficienti - anno 2009

ANNO 2009	
Impegnative di I livello	20.029
Impegnative di II livello	3.966
Posti religiosi I livello	792
Posti religiosi II livello	24
Posti centro diurno	836
Posti in SAPA	165
Posti in SVP	101
Totale	25.913

<p>Valore impegnative anno 2009: I livello €. 47,81 – II livello €. 54,64</p>
--

Utenti assegno di cura – 2009

ANNO 2008	
Assegno di base	17.793
Alzheimer	3.941
Badanti	2.822
Totale	22.556
Domande pervenute	31.920
Beneficiari 2008	26.303

Utenti residenzialità e domiciliarità disabili 2008

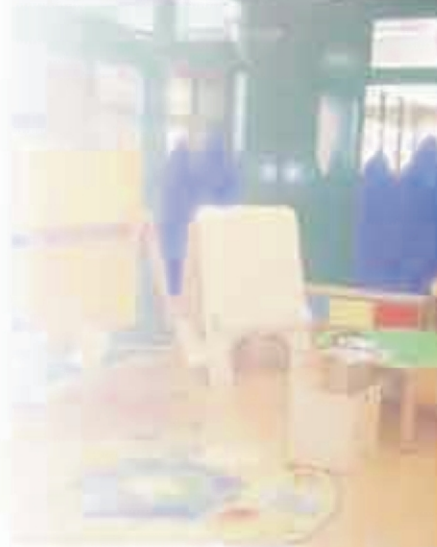
RESIDENZIALITA'	
Intensità ridotta, minima	1.088
Intensità media	1.864
Presenze CEOD	6.051
Totale	9.003
DOMICILIARITA'	
Aiuto personale (l.162/98)	2.437
Vita indipendente	1.001
Autonomia personale (l.284/97)	545
Totale	3.983

SINTESI UTENTI - NON AUTOSUFFICIENZA

RESIDENZIALITA'	
Residenzialità anziani non autosufficienti	25.913
Assegno di cura	26.303
Residenzialità disabili	9.003
Domiciliarità disabili	3.983
Totale	65.202
Telesoccorso	23.809
ADI	15.700
Totale complessivo	104.711



CISL
VENETO



USR CISL VENETO

Via Piave, 7 - Mestre/Venezia
tel: 041.5330811 - fax: 041.982596
E.mail : usr.veneto@cisl.it