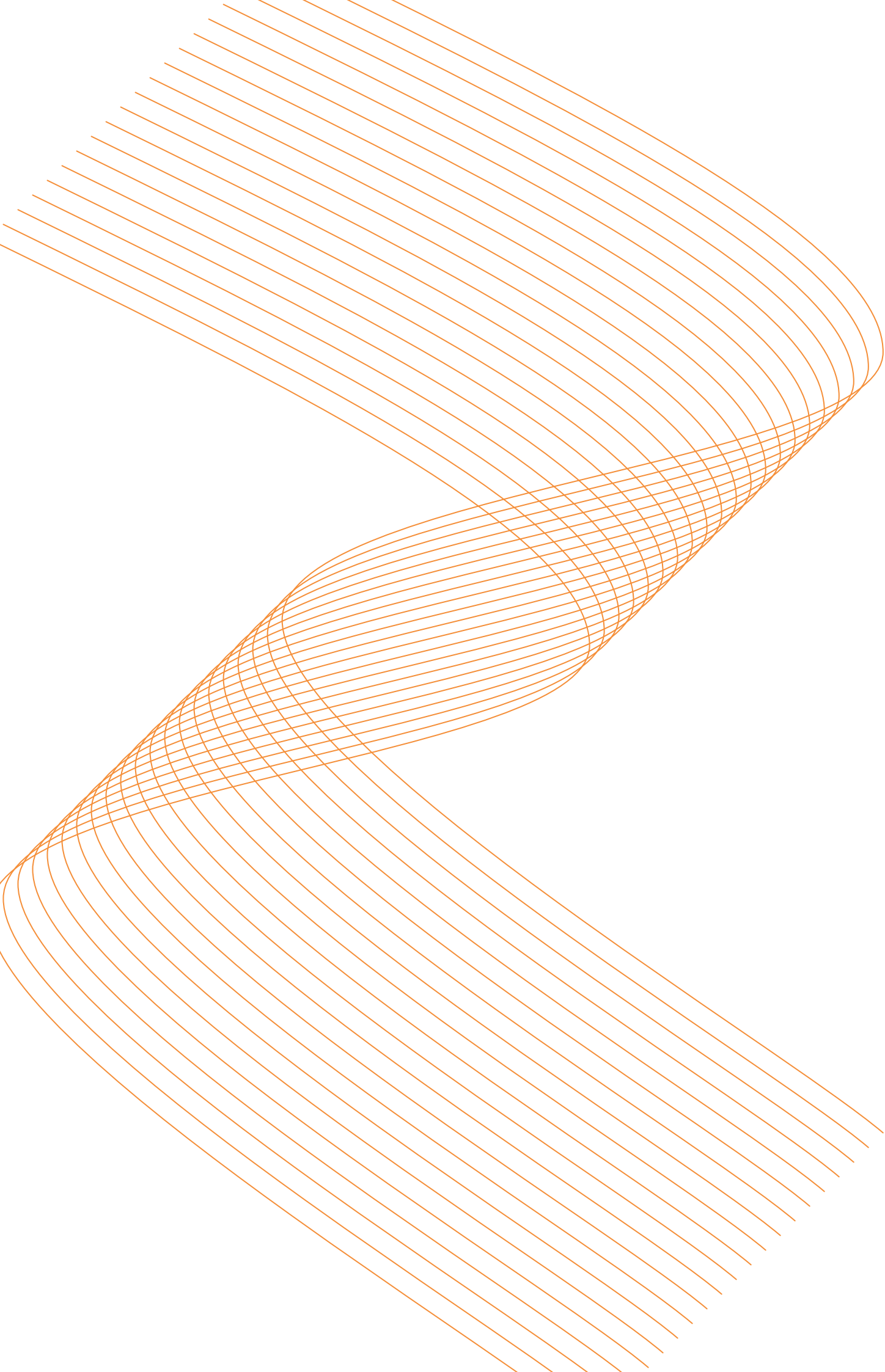




REGIONE DEL VENETO

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto

Anno 2008
(dati 2006-2007)



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto

Anno 2008
(dati 2006-2007)

Avvertenza

Questa edizione della Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto viene pubblicata esclusivamente su supporto digitale, ai sensi dell'articolo 27, comma primo, della Legge 6 agosto 2008, n. 133, recante: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria".

Di seguito si riporta il comma dell'articolo citato:

Art. 27 - Taglia-carta

1. Al fine di ridurre l'utilizzo della carta, dal 1° gennaio 2009, le amministrazioni pubbliche riducono del 50 per cento rispetto a quella dell'anno 2007, la spesa per la stampa delle relazioni e di ogni altra pubblicazione prevista da leggi e regolamenti e distribuita gratuitamente od inviata ad altre amministrazioni.

Struttura del documento

Le sezioni sono indicate con la denominazione:

- Parte prima: Dinamiche demografiche e stato di salute;
- Parte seconda: Attività di Prevenzione;
- Parte terza: Assistenza Distrettuale e Servizi Sociali;
- Parte quarta: Assistenza ospedaliera;
- Parte quinta: Risorse ed investimenti;
- Parte sesta: Strumenti per il miglioramento e lo sviluppo;
- Parte settima: Interventi delle Aziende Sanitarie del Veneto.

Ogni sezione della presente Relazione Socio Sanitaria è suddivisa nel modo che segue:

- *Dati*: si tratta dei dati contenuti in ogni singola parte della Relazione in forma tabellare e/o grafica;
- *Informazioni*: sono costituite dal testo descrittivo dei fenomeni, da eventuali chiarimenti, dalla normativa, dalle fonti utilizzate per la redazione;
- *Conoscenze*: sono rappresentate con prospetti di sintesi realizzati nella forma di presentazioni. L'intento è quello di fornire ulteriori elementi di analisi ai decisori politici, agli studiosi e ai lettori.

Per chi lo desidera è disponibile anche il documento completo per eventuali stampe. La procedura seguita nella composizione della Relazione è oggetto di un filmato introduttivo.

Software necessario per visualizzare e stampare i contenuti

Per visualizzare correttamente ogni parte del supporto digitale è necessario il software gratuito Adobe Reader 9 (ultima versione attualmente disponibile). Adobe® Reader® è lo standard universale per la condivisione di documenti elettronici. Il programma si trova all'interno del Dvd sulla base di una licenza di distribuzione concessa alla Regione del Veneto. In alternativa il software può essere scaricato gratuitamente dal sito Internet: <http://www.adobe.com/it/>.

**La redazione della Relazione Socio Sanitaria è a cura della
Giunta Regionale del Veneto - Segreteria Sanità e Sociale
Direzione Risorse Socio Sanitarie**

Palazzo Molin - San Polo, 2514

30125 Venezia

Telefono: 041/2793449 - 041/2793450 Fax 041/2793506

E-mail: risorsesanitarie@regione.veneto.it

Sito Internet: <http://www.regione.veneto.it>



Alcuni diritti riservati - La Relazione Socio Sanitaria è rilasciata ai termini della licenza Creative Commons. Pubblicazione a cura della Giunta Regionale del Veneto.

Le libertà per l'utente



L'utente è libero di riprodurre, distribuire, comunicare ed esporre in pubblico quest'opera o singole parti di essa

alle seguenti condizioni:



Attribuzione: l'utente deve attribuire la paternità dell'opera alla Giunta Regionale del Veneto – Segreteria Sanità e Sociale – Direzione Risorse Socio Sanitarie in modo tale da non suggerire un avallo delle strutture regionali dell'utente stesso e del modo in cui usa l'opera.



Non commerciale: l'utente non può usare quest'opera per fini commerciali.



Condivisione allo stesso modo: l'utente che alteri o trasformi quest'opera, o la usi per crearne un'altra, può distribuire l'opera risultante solo con una licenza identica o equivalente a questa.

Ogni volta che l'utente usa o distribuisce quest'opera, deve farlo secondo i termini di questa licenza, che va comunicata con chiarezza. In ogni caso, l'utente può concordare con gli Uffici regionali preposti diversi utilizzi. Questa licenza lascia impregiudicati i diritti morali. Le utilizzazioni consentite dalle norme sul diritto di autore e gli altri diritti non sono in alcun modo limitati da quanto sopra.

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi a:

dott. Fabio Fuolega

Segreteria Sanità e Sociale – Direzione Risorse Socio Sanitarie

Palazzo Molin - San Polo, 2514

30125 Venezia

Telefono: 041/2793514 - Fax 041/2793506

E-mail: Fabio.Fuolega@regione.veneto.it

Indice

Parte prima: Dinamiche demografiche e stato di salute

1.1	Dinamiche demografiche	9
1.2	Stato di salute	28
1.3	Ospedalizzazione per malattie circolatorie	34
1.4	Ospedalizzazione per tumori maligni	52

Parte seconda: Attività di prevenzione

2.1	Copertura vaccinale	71
2.2	Sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	87
2.3	Situazione nutrizionale	107
2.4	Controllo del tabagismo: la strategia regionale	113
2.5	Sanità animale	120
2.6	Igiene Pubblica e Ambiente	126
2.7	Salute e sicurezza sul lavoro	136

Parte terza: Assistenza Distrettuale e Servizi Sociali

3.1	Medicina di base	152
3.2	Screening oncologici	158
3.3	Tutela della Salute Mentale	196

3.4	Cure palliative e lotta al dolore	212
3.5	Politiche Sociali e Socio Sanitarie	233
Parte quarta: Assistenza ospedaliera		
4.1	Assistenza ospedaliera	284
4.2	Appropriatezza delle prestazioni	341
4.3	Attività di trapianto	351
4.4	Assistenza farmaceutica	362
Parte quinta: Risorse ed investimenti		
5.1	Risorse economiche e finanziarie	380
5.2	Risorse umane	387
5.3	Investimenti Socio Sanitari	405
Parte sesta: Strumenti per il miglioramento e lo sviluppo		
6.1	Formazione e aggiornamento	434
6.2	Qualità e accreditamento	455
6.3	Sistema Informativo Socio Sanitario	508
6.4	Ricerca Sanitaria Finalizzata	511
6.5	Relazioni Socio Sanitarie internazionali	522

Parte settima: Interventi delle Aziende Sanitarie del Veneto

7.1	Provincia di Belluno	531
7.2	Provincia di Treviso	536
7.3	Provincia di Venezia	546
7.4	Provincia di Padova	555
7.5	L'Istituto Oncologico Veneto - IOV	575
7.6	Provincia di Vicenza	590
7.7	Provincia di Verona	615
7.8	Provincia di Rovigo	621

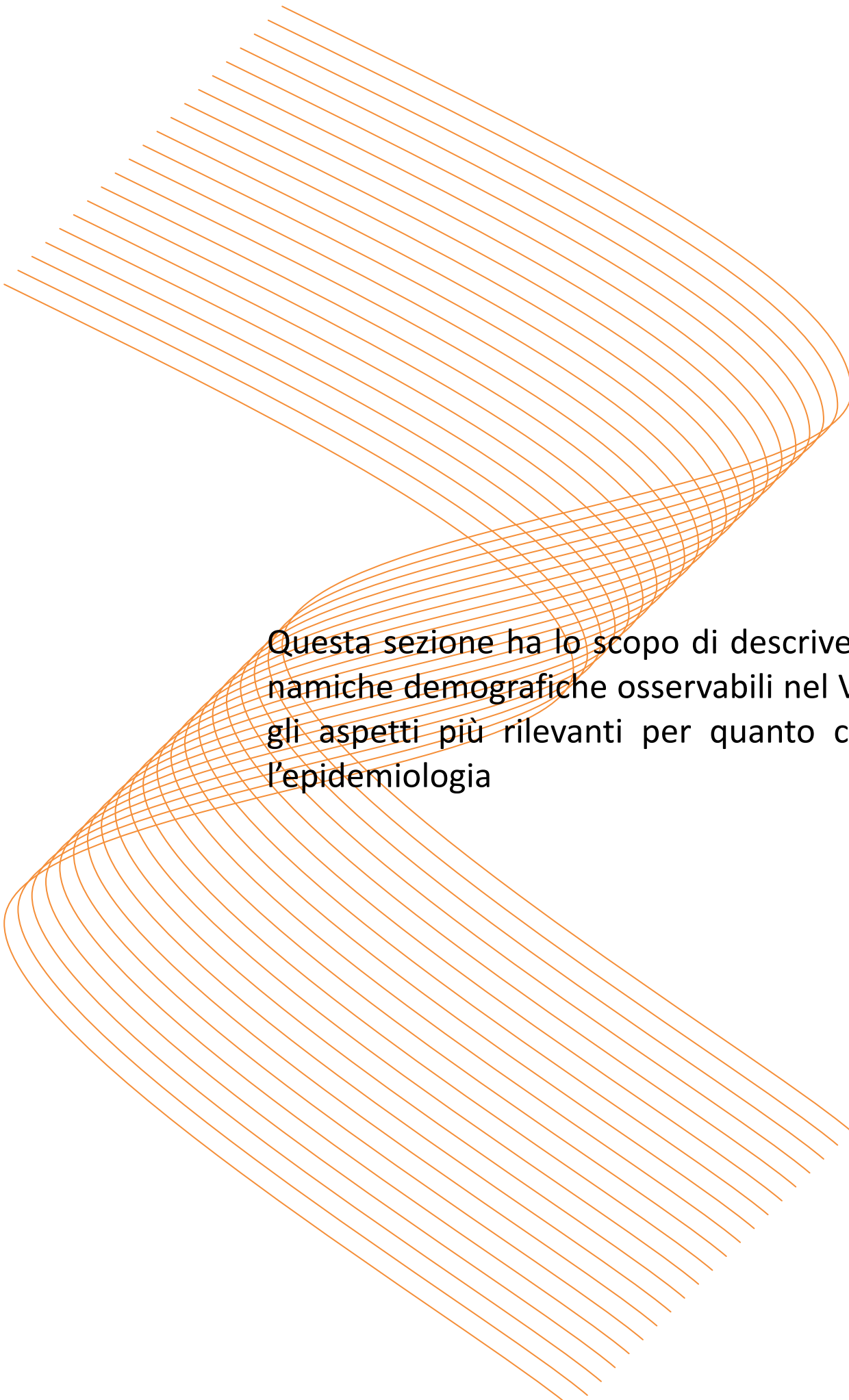
Appendice: Riferimenti normativi e deliberativi

I	Principali norme nazionali e regionali	636
II	Principali deliberazioni della Giunta Regionale del Veneto	639

Parte Prima

Dinamiche demografiche e stato di salute

Relazione Socio Sanitaria 2008
della Regione del Veneto

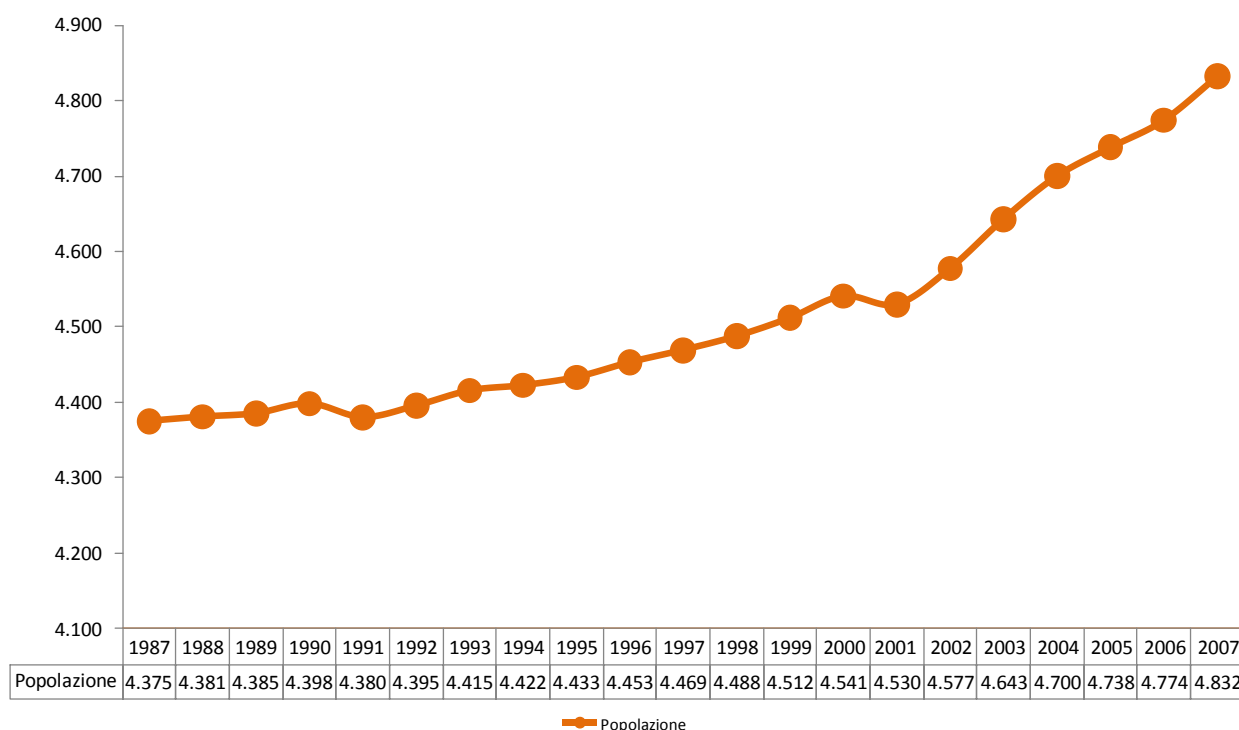
An abstract graphic composed of numerous thin, parallel orange lines that curve and overlap to form a stylized, elongated 'S' or wave shape. The lines are more densely packed in the center and become more sparse towards the top and bottom edges. The overall effect is a sense of movement and depth.

Questa sezione ha lo scopo di descrivere le dinamiche demografiche osservabili nel Veneto e gli aspetti più rilevanti per quanto concerne l'epidemiologia

1.1 Dinamiche demografiche

La popolazione del Veneto è in costante aumento. Il trend che è possibile rilevare secondo i dati ISTAT al 31 dicembre 2007, attesta una crescita rispetto al 1987 di oltre 457 mila persone, pari ad un incremento percentuale del 10,4%. Nel solo 2007 rispetto al 2006 la variazione positiva è rappresentata da 58.786 persone, con una percentuale del 1,2%. Ci stiamo quindi avviando rapidamente a raggiungere i 5 milioni di abitanti, con significative ricadute sui bisogni di prestazioni e servizi sanitari, socio sanitari e sociali.

Veneto - Trend della popolazione nel ventennio 1987-2007
(dati in migliaia)



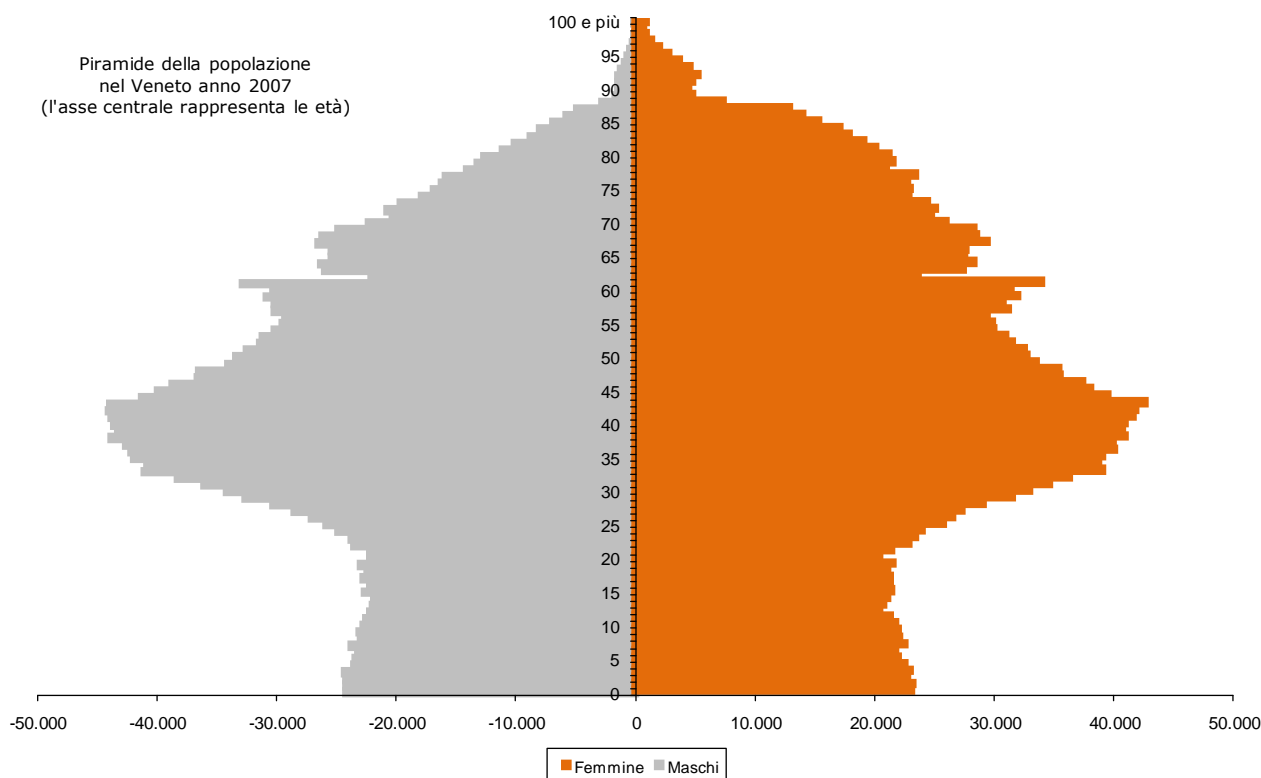
Se consideriamo questo dato in combinazione con altri fattori, ci sarà facile comprendere gli elementi di criticità. Pensiamo ad esempio all'invecchiamento della popolazione, alla frammentazione sociale dovuta a situazioni di disagio negli ambiti familiari (separazioni, divorzi, famiglie ricostituite, ecc.), alle nuove e più elevate esigenze qualitative proposte dai cittadini, alla povertà che penetra settori sociali un tempo non coinvolti, all'imponenza dei flussi immigratori che caratterizzano la nostra epoca, ai nuovi bisogni attinenti uno status di genitorialità posto in difficoltà dalla sempre maggiore competitività del mondo del lavoro. Vi sono quindi degli elementi di potenziale disequilibrio che necessitano di un approccio razionale e fondato su criteri di efficienza ed efficacia.

La Regione del Veneto mantiene un costante monitoraggio di questi fenomeni e sviluppa le proprie azioni su tali basi, come dimostra il *Rapporto Statistico 2008: Il Veneto si racconta – Il Veneto si confronta*, da cui di seguito saranno riprese alcune parti, con riferimento ai Bilanci demografici ISTAT 2007 e 2006 sotto rappresentati.

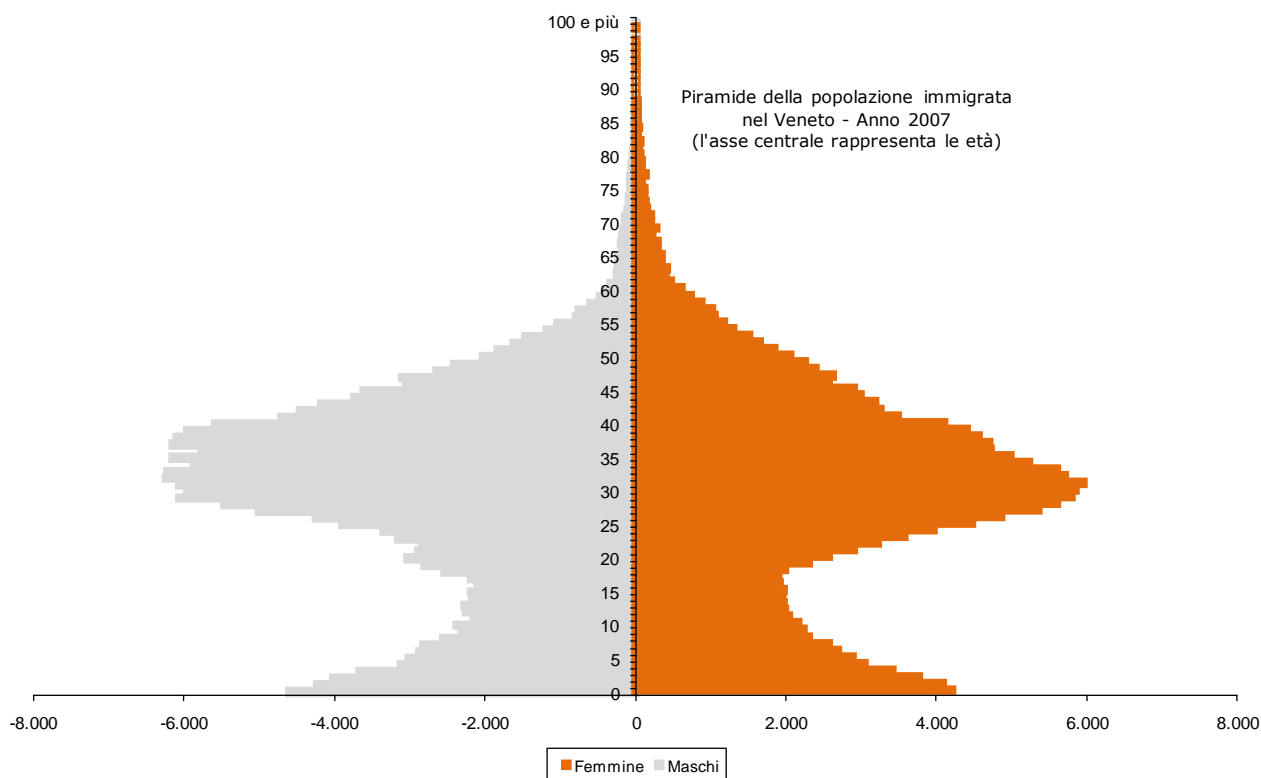
	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° Gennaio 2007	2.338.057	2.435.497	4.773.554
Nati	24.446	23.187	47.633
Morti	20.997	22.504	43.501
Saldo Naturale	3.449	683	4.132
Iscritti da altri comuni	71.936	69.324	141.260
Iscritti dall'estero	28.071	30.809	58.880
Altri iscritti	3.134	1.321	4.455
Cancellati per altri comuni	68.585	66.985	135.570
Cancellati per l'estero	3.781	3.259	7.040
Altri cancellati	4.836	2.495	7.331
Saldo Migratorio e per altri motivi	25.939	28.715	54.654
Popolazione residente in famiglia	2.355.066	2.437.581	4.792.647
Popolazione residente in convivenza	12.379	27.314	39.693
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione al 31 Dicembre 2007	2.367.445	2.464.895	4.832.340
Numero di Famiglie			1.950.889
Numero di Convivenze			2.488
Numero medio di componenti per famiglia			2,5

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° Gennaio 2006	2.321.157	2.417.156	4.738.313
Nati	24.107	22.948	47.055
Morti	20.652	21.466	42.118
Saldo Naturale	3.455	1.482	4.937
Iscritti da altri comuni	74.252	70.625	144.877
Iscritti dall'estero	15.520	18.664	34.184
Altri iscritti	3.061	1.354	4.415
Cancellati per altri comuni	70.530	68.059	138.589
Cancellati per l'estero	3.579	3.103	6.682
Altri cancellati	5.279	2.622	7.901
Saldo Migratorio e per altri motivi	13.445	16.859	30.304
Popolazione residente in famiglia	2.325.171	2.407.863	4.733.034
Popolazione residente in convivenza	12.886	27.634	40.520
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione al 31 Dicembre 2006	2.338.057	2.435.497	4.773.554
Numero di Famiglie	1.913.802		
Numero di Convivenze			2.517
Numero medio di componenti per famiglia			2,5

È interessante osservare come il numero di nuovi iscritti dall'estero del 2007 sia quasi corrispondente all'incremento della popolazione riscontrato rispetto al 2006. Ovviamente, ciò non implica un automatismo secondo il quale l'aumento sarebbe dovuto esclusivamente agli immigrati, ma è comunque un dato su cui riflettere.



11



Le quote maggiori di popolazione si concentrano nelle province di Padova, Verona, ciascuna con oltre il 18% della popolazione complessiva. Treviso raggiunge circa il 18%. Vicenza e Venezia concentrano rispettivamente il 17,6% e il 17,5% della popolazione, mentre Belluno e Rovigo assumono percentuali intorno al 5%. Verona è la Provincia che registra l'incremento di popolazione più consistente, seguita da Treviso e Padova. Inferiore al mezzo punto percentuale è invece la variazione di popolazione per Belluno e Rovigo.

Popolazione nelle Province del Veneto al 31 dicembre 2007 (dati ISTAT)

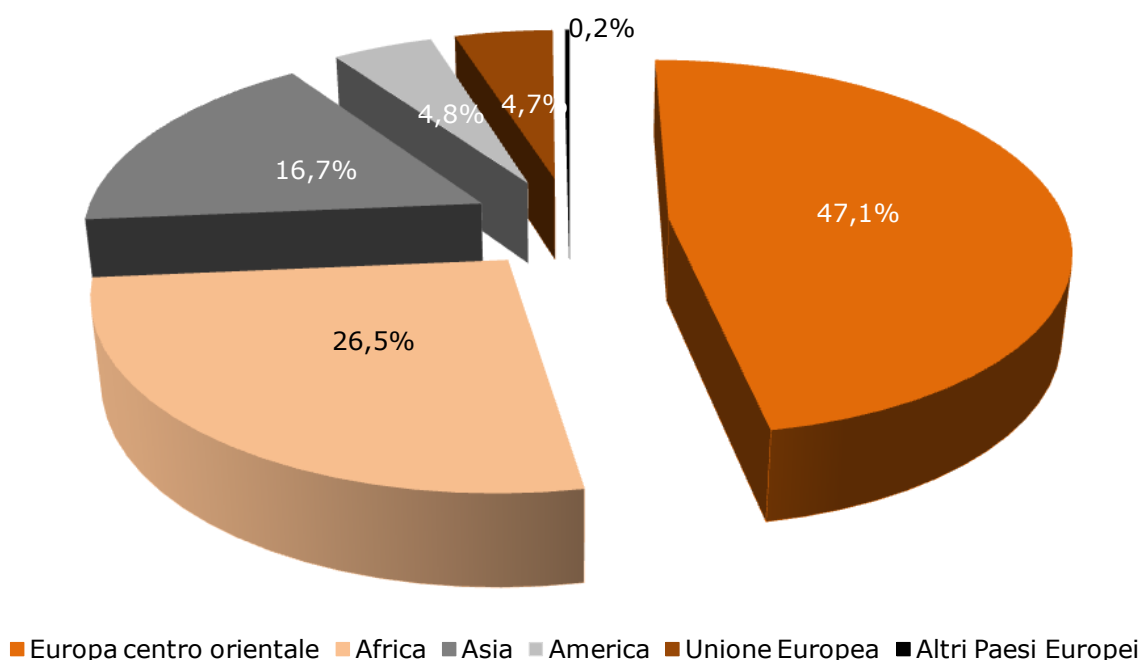
Province del Veneto	Maschi	Percentuale	Femmine	Percentuale	Totale	Percentuale
Provincia di Padova	444.609	18,78%	465.166	18,87%	909.775	18,83%
Provincia di Verona	440.124	18,59%	456.192	18,51%	896.316	18,55%
Provincia di Treviso	428.983	18,12%	440.551	17,87%	869.534	17,99%
Provincia di Vicenza	421.134	17,79%	431.108	17,49%	852.242	17,64%
Provincia di Venezia	410.327	17,33%	434.279	17,62%	844.606	17,48%
Provincia di Rovigo	119.501	5,05%	126.754	5,14%	246.255	5,10%
Provincia di Belluno	102.767	4,34%	110.845	4,50%	213.612	4,42%
Totale Regione	2.367.445	100,00%	2.464.895	100,00%	4.832.340	100,00%

Di cui: popolazione immigrata nelle Province del Veneto al 31 dicembre 2007 (dati ISTAT)

Province del Veneto	Maschi	Percentuale	Femmine	Percentuale	Totale	Percentuale
Provincia di Treviso	47.010	22,35%	40.966	21,16%	87.976	21,78%
Provincia di Verona	45.065	21,42%	40.997	21,17%	86.062	21,30%
Provincia di Vicenza	44.031	20,93%	38.176	19,72%	82.207	20,35%
Provincia di Padova	35.553	16,90%	33.768	17,44%	69.321	17,16%
Provincia di Venezia	26.726	12,70%	26.824	13,85%	53.550	13,26%
Provincia di Rovigo	6.552	3,11%	6.693	3,46%	13.245	3,28%
Provincia di Belluno	5.427	2,58%	6.197	3,20%	11.624	2,88%
Totale Regione	210.364	100,00%	193.621	100,00%	403.985	100,00%

Tra le Province più popolate, Padova si caratterizza per un numero di immigrati sostanzialmente più basso. Ciò conferma che *la distribuzione territoriale degli stranieri residenti in Veneto si sovrappone in larga misura alla geografia del loro inserimento occupazionale. Infatti, negli ultimi anni il ricorso alla manonera straniera si è accentuato in tutte le Province del Veneto, ma permangono rilevanti differenze tra i diversi territori* (Immigrazione Straniera in Veneto – Rapporto 2008 dell'Osservatorio Immigrazione della Regione del Veneto).

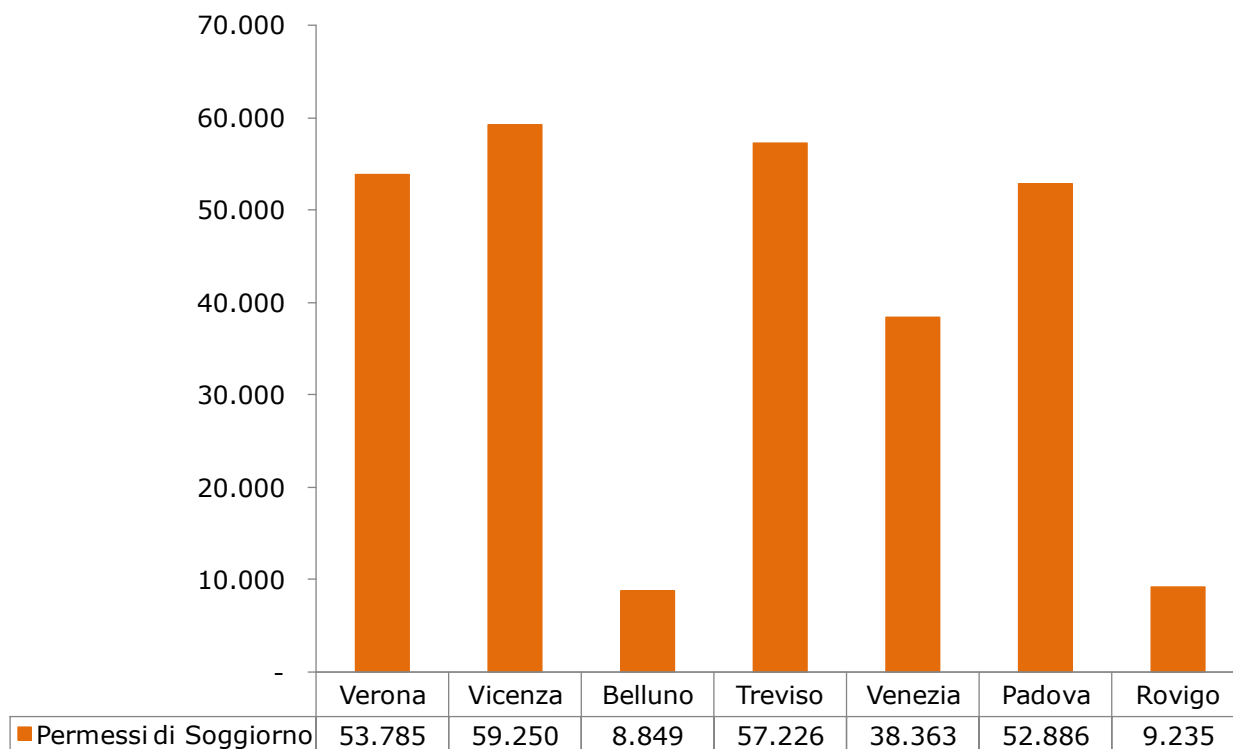
Popolazione Straniera residente per area di provenienza
al 1 gennaio 2007 (Fonte: Osservatorio Immigrazione Regione del Veneto)



La crescente presenza di immigrati rende indispensabile predisporre misure di prevenzione inerenti malattie che nel nostro Paese sembravano ormai debellate. Inoltre, nelle Aziende Sanitarie assume sempre maggiore importanza il ruolo dei *mediatore culturale*, ovvero quella figura professionale che supporta il personale nei processi comunicativi con persone provenienti da Paesi caratterizzati da differenti approcci all'assistenza, alla cura ed ai rapporti con i professionisti della salute. Ad esempio i Paesi con tassi di crescita più elevati sono: la Moldova, la Romania, l'Ucraina ed il Bangladesh. Tra i Paesi a media dinamicità negli incrementi annui si collocano quelli di più consolidata tradizione migratoria: due europei (Albania e Macedonia) e tre asiatici (Cina, India e Sri Lanka). Si tratta di comunità che, pur

beneficiando del processo di regolarizzazione, evidenziano livelli strutturali di crescita legati soprattutto alla progressiva stabilizzazione sul territorio. Una piena integrazione può essere senza dubbio favorita dalle attività dei mediatori. Il fronte delle prestazioni e dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali costituisce infatti uno dei livelli di primo approccio.

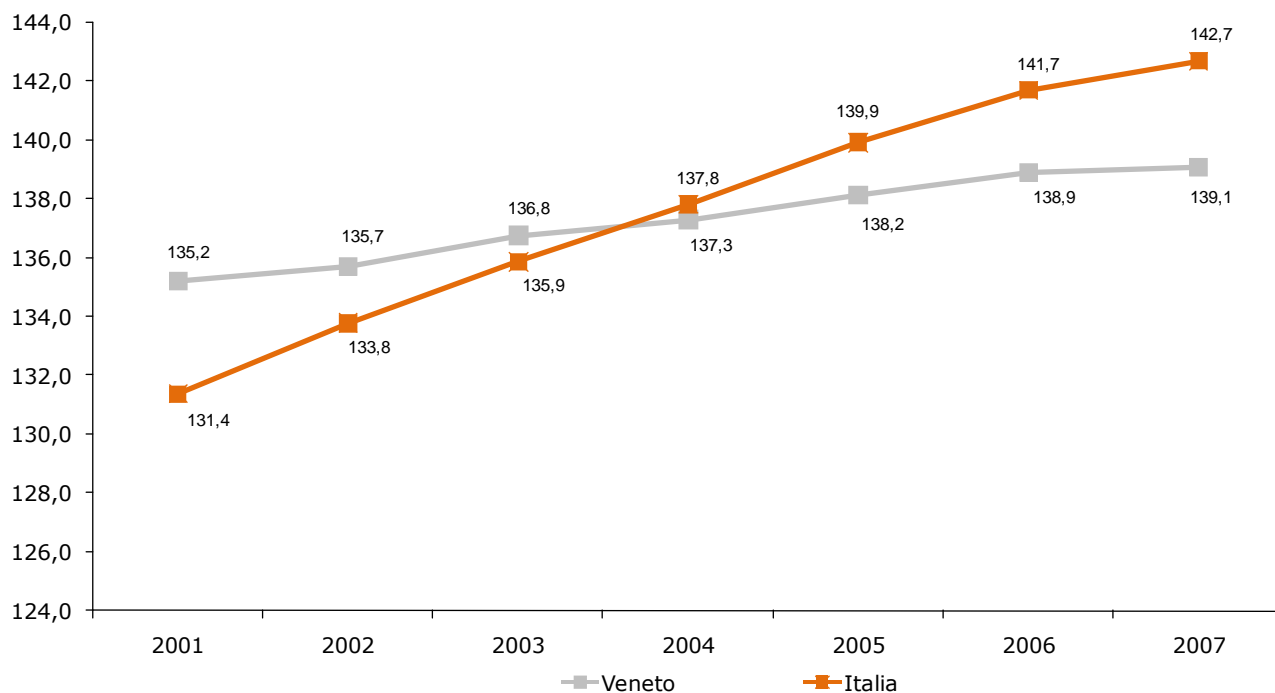
Permessi di Soggiorno nel Veneto al 1 gennaio 2007
(dati ISTAT)



Basti pensare che l'incidenza percentuale degli stranieri sul totale della popolazione residente nel 2007 ha raggiunto l'8,3%. Il Veneto è la seconda Regione per numero di stranieri residenti (dopo la Lombardia) ed è la terza Regione per incidenza (dopo Lombardia ed Emilia Romagna). Il saldo migratorio positivo e particolarmente elevato per le province situate nella fascia centrale del territorio regionale. Più contenuti sono invece gli spostamenti interni tra province venete: i territori che registrano maggiori flussi migratori interni alla regione sono il padovano e il veronese. Per quanto concerne i permessi di soggiorno si osserva uno scostamento, rispetto ai dati sui residenti, determinato principalmente dalle difficoltà di rilevazione dei soggetti minori di 14 anni, inseriti nei documenti dei genitori. Non mancano tuttavia problemi legati a difficoltà amministrative, a causa delle quali molti stranieri non riescono tempestivamente a perfezionare la domanda di ingresso e quindi a regolarizzare la loro presenza nel nostro Paese. In considerazione di tali aspetti, il numero complessivo pubblicato dall'ISTAT per la nostra Regione è pari a 279.594 permessi di soggiorno, al 1 gennaio 2007.

Il processo di invecchiamento della popolazione è un altro dei fenomeni rilevanti che abbiamo citato nelle nostre considerazioni iniziali. Seppure più lento rispetto alla situazione complessiva italiana, vede nel 2007 una quota pari ad oltre 139 anziani di età superiore ai 65 anni ogni 100 giovani in età 0-14. Si registra quindi un costante e progressivo sbilanciamento nella composizione della popolazione complessiva.

Indice di vecchiaia in Italia e nel Veneto negli anni 2001-2007

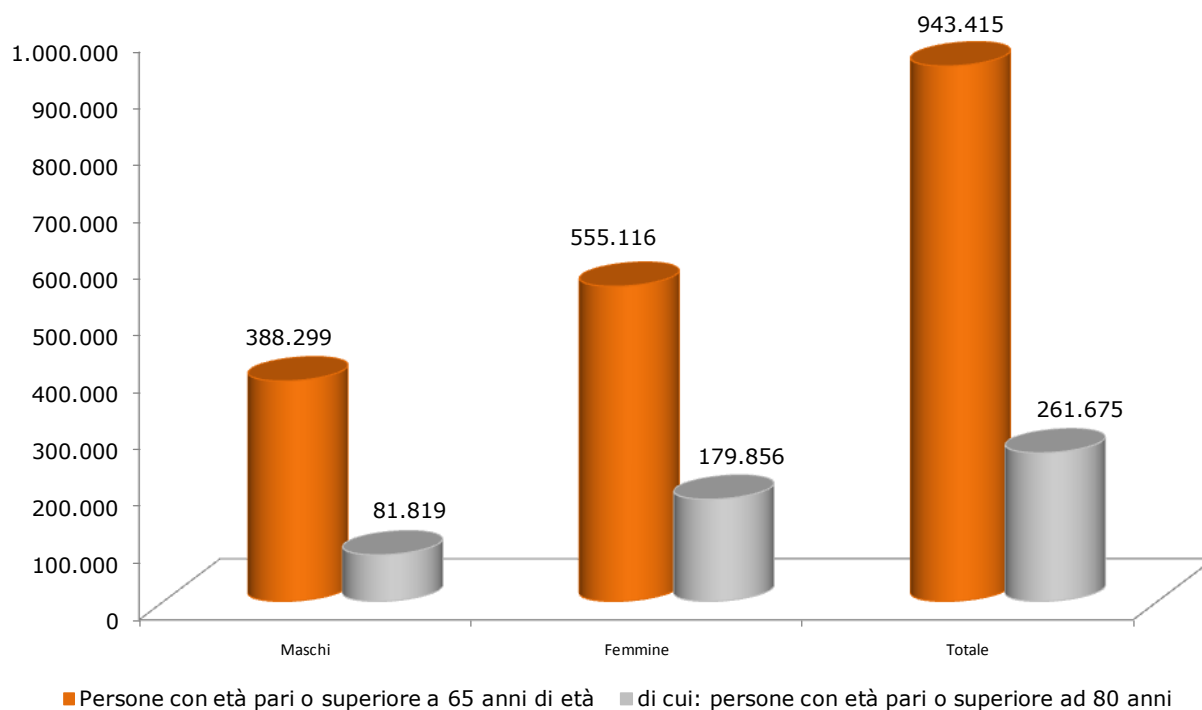


L'indice di vecchiaia è calcolato moltiplicando per 100 il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età 0-14

Nell'ultimo ventennio gli anziani in Veneto sono aumentati in modo considerevole. Se all'epoca del censimento 1981 rappresentavano il 13% della popolazione, nel 2007 ne costituiscono oltre il 19,5%. In particolare si è assistito ad un aumento consistente degli ultraottantenni. Tale crescita sembra destinata ad accentuarsi: infatti, secondo quanto ipotizzano le previsioni statistiche, entro il 2025 gli anziani nella nostra Regione potrebbero aumentare fino a incidere per il 26% della popolazione. La sostenibilità del Sistema Socio Sanitario regionale è pertanto un tema che assume sempre maggiore rilevanza di fronte a squilibri, mai così ampi, tra giovani e anziani. La Regione del Veneto intende mantenere e migliorare il livello qualitativo del proprio Sistema e per questo le sfide del presente e di un futuro non molto lontano vanno affrontate con serenità, ma anche con determinazione. I bisogni attinenti patologie croniche e la necessità di assistenza domiciliare, stanti le condizioni descritte, sono sicuramente destinati a crescere. Per questo motivo la Regione del Veneto ha riorganizzato la propria rete di

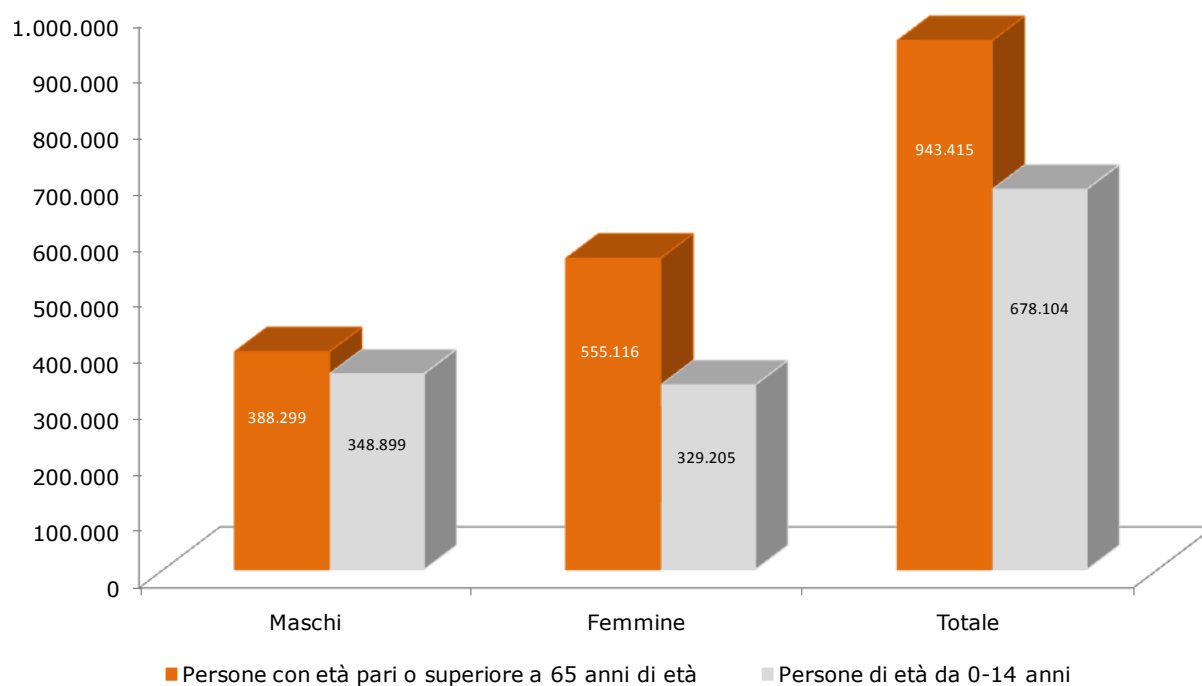
rilevazione, istituendo l'*Osservatorio regionale sulla Condizione della persona Anziana e Disabile* (con Deliberazione della Giunta Regionale n. 4139 del 19 dicembre 2006).

Anziani nel Veneto (dati in migliaia)
Anno 2007



16

Anziani e giovani nel Veneto
Anno 2007



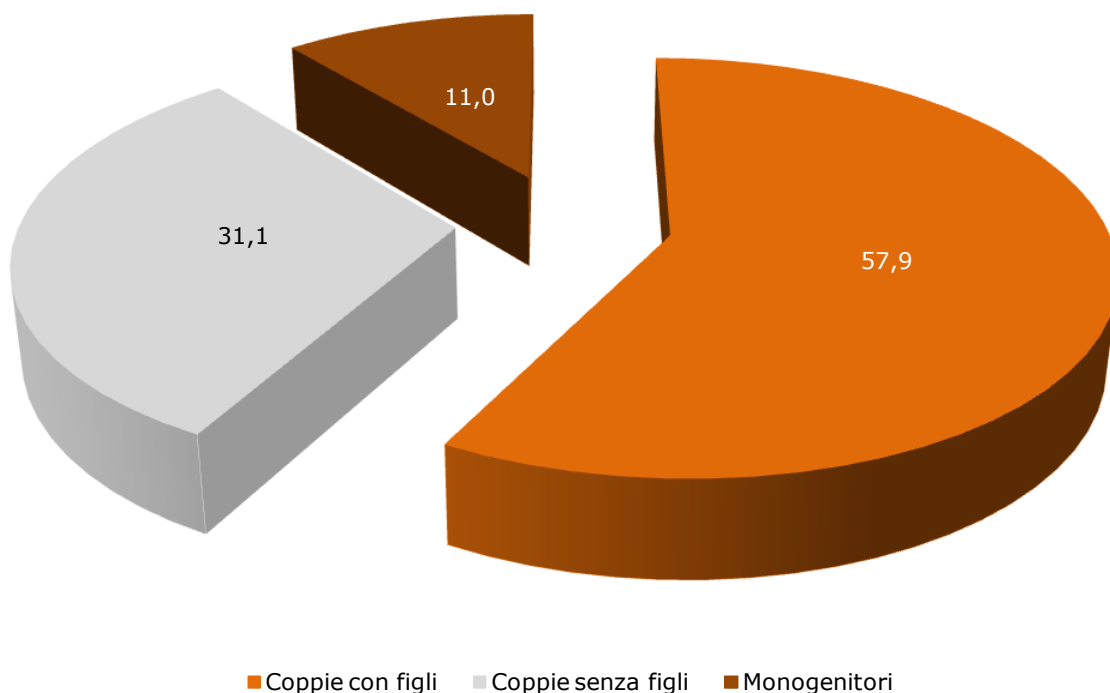
Le possibilità di dare una risposta efficace ed efficiente ai bisogni dovuti all'invecchiamento della popolazione non si fondano solo sull'azione delle istituzioni, ma abbisognano di una rete di soggetti che consentano agli anziani un'elevata qualità della vita grazie alla permanenza nel proprio ambiente sociale e familiare. Ed è proprio la famiglia ad avere un ruolo insostituibile in tale contesto. È quindi importante osservarne le dinamiche. Nell'ultimo decennio si registra un considerevole aumento del numero delle famiglie, quasi 300 mila in più rispetto al 1996, accompagnato però da una diminuzione del numero medio di componenti, che si attesta a 2,5 nel 2007. Le famiglie venete sono sempre più numerose, ma sempre più piccole, a causa del sostanziale calo della fecondità, dell'incremento dell'instabilità coniugale e anche dell'invecchiamento della popolazione. Inoltre, vanno aumentando strutture familiari meno tradizionali: crescono quelle con un solo genitore, le famiglie ricostituite, quelle composte da una sola persona e i nuclei aggregati. In linea con la tendenza nazionale, il Veneto registra una diminuzione di quasi 4 punti percentuali del numero di coppie con figli sul totale dei nuclei familiari, in favore di un aumento delle coppie senza figli. La maggior parte di esse è costituita da anziani. Per le altre la tendenza all'aumento è in parte dovuta al fatto che la maggior parte delle donne, e quindi delle coppie, in questi ultimi anni ha deciso di ritardare l'evento della nascita del primo figlio.

Famiglie e numero di componenti per Provincia del Veneto – Anni 2006-2007

Province	2006		2007	
	Numero famiglie	N. medio componenti	Numero famiglie	N. medio componenti
Verona	356.741	2,5	366.794	2,4
Vicenza	331.218	2,5	337.268	2,5
Belluno	93.017	2,3	94.441	2,2
Treviso	333.943	2,6	340.226	2,5
Venezia	345.941	2,4	352.625	2,4
Padova	351.893	2,6	359.622	2,5
Rovigo	101.049	2,4	99.913	2,4
Veneto	1.913.802	2,5	1.950.889	2,5
Italia	23.907.410	2,5	24.282.485	2,4

Quindi famiglie piccole e frammentate che diminuiscono la capacità di difesa e di tutela della qualità della vita anche dei singoli individui. La Regione del Veneto ha da sempre posto al centro delle proprie azioni la persona e la famiglia ed ha ulteriormente rafforzato questo approccio con il Programma Regionale di Sviluppo approvato con la legge regionale 9 marzo 2007, n. 5.

Principali tipologie di famiglie nel Veneto - Anno 2006



18

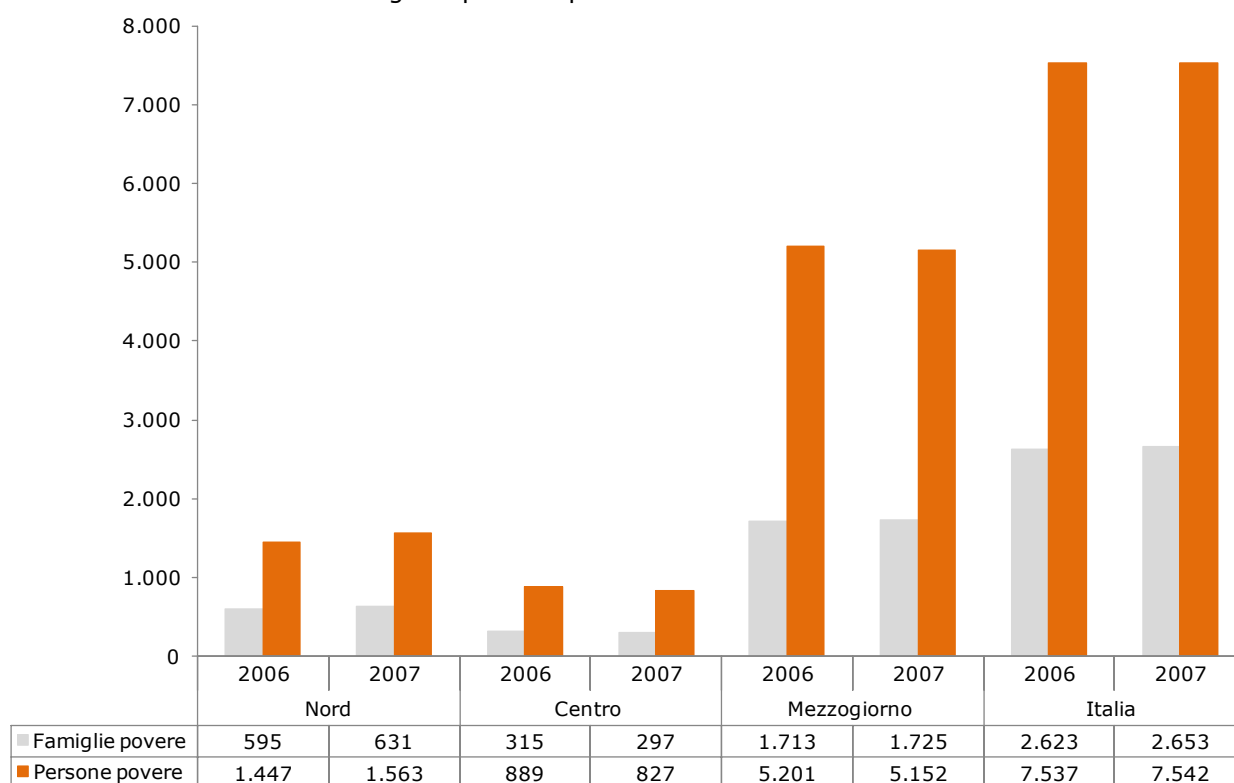
Per la Regione è infatti strategicamente importante sviluppare tutte quelle politiche che garantiscono servizi a sostegno della famiglia, quali:

- interventi a favore della natalità;
- sostegno alla maternità, servizi all'infanzia e alla famiglia;
- sviluppo di servizi sociali a favore della terza età;
- misure a favore delle donne lavoratrici;
- tutela dei minori e dei giovani;
- prevenzione e recupero per i tossicodipendenti;
- accesso alle abitazioni a favore delle giovani coppie;
- sostegno all'introduzione di innovazioni.

In questo ambito di intervento bisogna rilevare altresì un aumento delle condizioni di disagio dovute ad un riaffiorare di stati di povertà. Secondo i dati ISTAT, in Italia, le famiglie che nel 2007 si trovano in condizioni di povertà relativa sono 2 milioni e 653 mila e rappresentano l'11,1% delle famiglie residenti. La stima dell'incidenza della povertà relativa (la percentuale di

famiglie e persone povere sul totale delle famiglie e persone residenti) viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà) che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. La soglia di povertà per una famiglia di due componenti è rappresentata dalla spesa media mensile per persona, che nel 2007 è risultata pari a 986,35 Euro. Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa media mensile pari o inferiore a tale valore vengono quindi classificate come relativamente povere. Il fenomeno della povertà relativa, oltre che attraverso la misura della sua diffusione, può essere descritto anche rispetto alla sua gravità: l'intensità della povertà, che indica in termini percentuali di quanto la spesa media mensile equivalente delle famiglie povere si colloca al di sotto della linea di povertà.

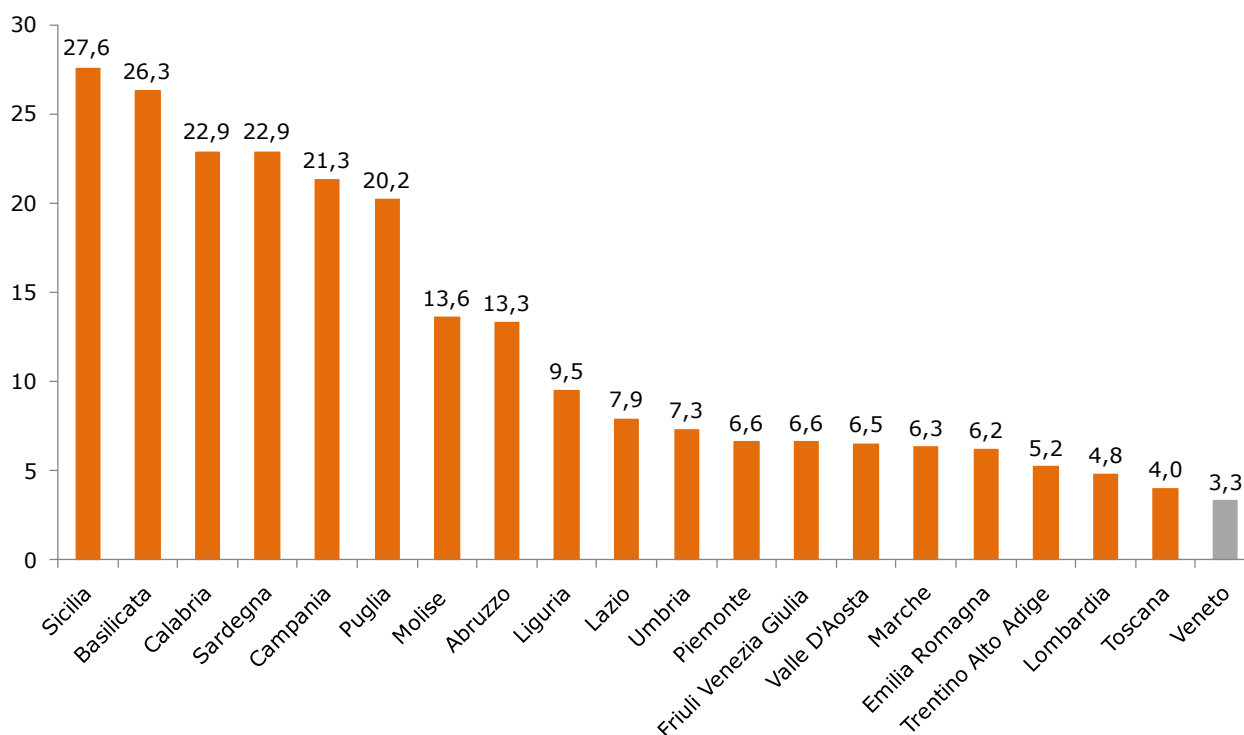
Famiglie e persone povere in Italia - Anno 2007



Ebbene, sulla base delle rilevazioni effettuate dall'ISTAT il Veneto appare la Regione con la più bassa incidenza di povertà, pari al 3,3%, seguono la Toscana, la Lombardia e il Trentino-Alto Adige, con valori inferiori al 6%. Nelle restanti regioni del Nord e del Centro, le percentuali di famiglie povere oscillano dal 6,2% dell'Emilia Romagna e 6,3% delle Marche al 9,5% della Liguria e non risultano statisticamente diverse tra loro. In tutte le regioni del Mezzogiorno la povertà è significativamente più diffusa rispetto al resto del Paese. Fanno eccezione l'Abruzzo e il Molise, dove i valori dell'incidenza di povertà (13,3% e 13,6% rispettivamente) si avvicinano

un po' alla media nazionale e risultano significativamente più bassi rispetto alla media della ripartizione. La situazione più grave, con oltre un quarto di famiglie povere, è infine quella delle famiglie residenti in Basilicata (26,3%) e in Sicilia (27,6%) che presentano valori significativamente più elevati della media osservata per il Mezzogiorno.

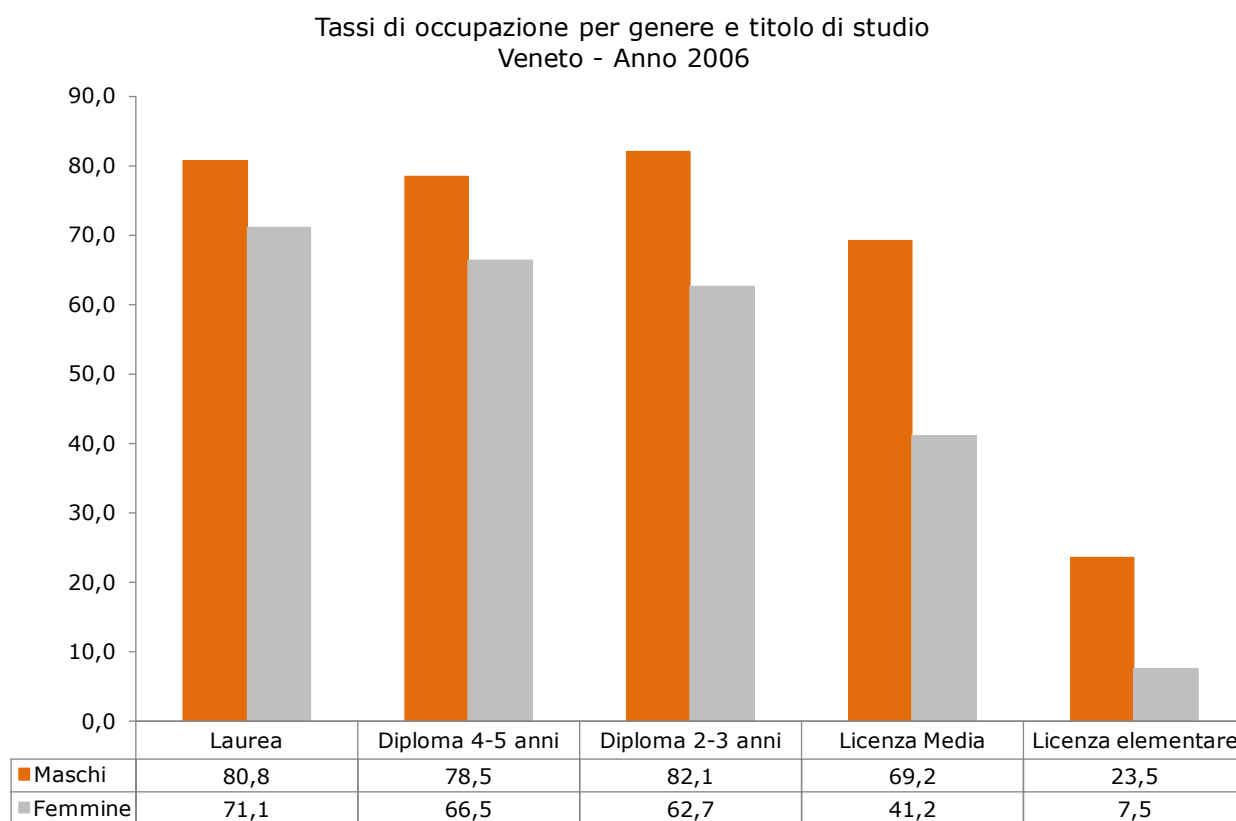
Incidenza di Povertà relativa nelle Regioni d'Italia
Anno 2007



Nonostante il Veneto si caratterizzi per la più bassa percentuale di incidenza della povertà relativa, il fenomeno non viene sottovalutato. Da questo punto di vista, al fine di arginare i livelli più estremi di povertà e in considerazione dell'aggravamento di condizioni limite a causa dell'incombente crisi economica e finanziaria, la Regione del Veneto nel corso del 2007 ha definito le linee guida per la presentazione dei progetti a favore delle persone che versano in stato di povertà estrema. L'iniziativa è stata destinata ai Comuni capoluogo di Provincia e alle Unioni di Comuni con popolazione superiore ai sessantamila abitanti. Successivamente sulla base dei progetti presentati sono stati assegnati i contributi previsti a sostegno di tali importanti interventi sociali (Deliberazione della Giunta Regionale n. 2426 del 31 luglio 2007). Tornando al contesto più ampio, un ultimo aspetto, ma certo non meno importante, che è fondamentale osservare è quello della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro. Il tema riguarda la famiglia e interessa in particolar modo le donne. Con riferimento agli studi sulle dinamiche demografiche tali fattori incidono sulla natalità, in quanto la decisione di avere dei

figli dipende anche dalla combinazione e dall'equilibrio tra il tempo destinato all'attività lavorativa e quello che è possibile dedicare alla famiglia. Questa realtà è stata oggetto di uno studio effettuato da Veneto Lavoro, Ente strumentale della Regione del Veneto, pubblicato nel giugno 2007 (Anna de Angelini, *Donna, Famiglia e Mercato del Lavoro*, I Tartufi, n. 29). Di seguito ne riportiamo alcuni stralci, al fine di evidenziare gli aspetti succitati.

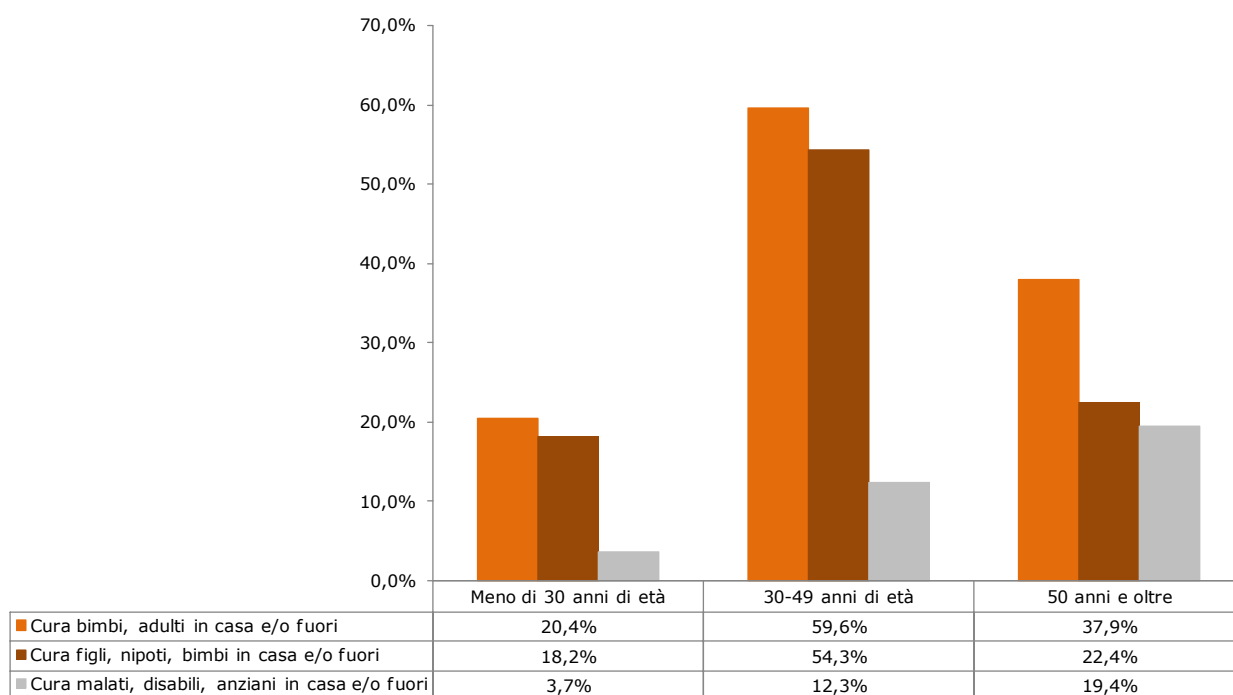
Negli ultimi decenni l'innalzamento della partecipazione al lavoro delle donne è avvenuto in parallelo con trasformazioni rilevanti nella struttura delle famiglie. Un altro elemento di grande rilievo è stato il miglioramento dell'istruzione. La relazione del tasso di occupazione femminile con il livello di istruzione è ben nota. Al 1981 solo il 12,6% delle donne venete con aveva una laurea o un diploma, contro il 17,3% dei maschi. Venticinque anni dopo, e cioè a distanza di una generazione, la quota è più che triplicata, salendo al 38,5% (contro il 43,5% dei maschi). Si tratta di un fenomeno che ha subito di recente una forte accelerazione (dal 2001 al 2006 le donne con titolo di studio superiore all'obbligo sono passate dal 33,5% al 38,5%, con un aumento di 5 punti percentuali).



Il lavoro extradomestico delle madri di famiglia e la possibilità di conciliazione con il lavoro di cura nei confronti dei figli e delle componenti più deboli della famiglia è, perciò, sempre più percepito come problema chiave per la sostenibilità economica del *welfare*. Il Veneto è oggi

una delle regioni d'Europa in cui queste trasformazioni sono avvenute in tempi più rapidi. Contemporaneamente, malgrado il continuo aumento negli ultimi decenni, esso ha anche uno dei più bassi tassi di attività della popolazione femminile. La convergenza di questi due fenomeni viene generalmente messa in correlazione con l'esistenza di una maggior difficoltà delle donne di conciliare il lavoro familiare con il lavoro per il mercato, propria dei paesi dove esistono sistemi sociali ed economici meno flessibili. L'immagine della famiglia veneta che emerge dalla ricerca citata, pur confermando questo quadro, presenta aspetti nuovi, che attenuano il significato negativo dell'interpretazione corrente. Se è vero che la famiglia si va trasformando rapidamente, come composizione, verso il modello di quelle nord-europee, per un altro verso il lavoro di cura svolto al suo interno continua ad essere, per la maggior parte delle donne, altrettanto importante di quello extradomestico. Nel Veneto la madre che lavora può contare su aiuti da parte di parenti e familiari, in misura molto maggiore rispetto alle altre Regioni italiane, grazie ad una forte tradizione di mutuo aiuto infragenerazionale e intergenerazionale.

Donne in età lavorativa che regolarmente si prendono cura di figli, nipoti o altri bambini con meno di 15 anni e/o di anziani, disabili, malati - Veneto (dati Istat 2005 secondo trimestre)



La famiglia mette a disposizione dell'individuo anche risorse provenienti da persone appartenenti a strutture residenziali diverse, legate da relazioni di parentela. Queste possono all'occorrenza aiutare a trovare un lavoro, ad affrontare un'emergenza occupazionale,

contribuire all'acquisto di un'abitazione, mettere a disposizione lavoro di cura non pagato per consentire alle donne di conciliare l'attività in casa con quella sul lavoro. Ciò nonostante anche le famiglie venete si caratterizzano in questi ultimi anni per una maggiore fragilità, come attestano i dati sulle separazioni e sui divorzi pubblicati dall'ISTAT. Il Veneto è al quinto posto a livello nazionale per le domande di separazione, secondo le informazioni disponibili al 31 dicembre 2006.

Separazioni nel Veneto (dati relativi all'anno 2006)

Regioni	Domande di separazione consensuale	Domande di separazione giudiziale	Totale domande di separazione	Separazioni concesse
Lombardia	11.558	4.072	15.630	14.563
Lazio	8.014	3.226	11.240	9.705
Piemonte	5.941	2.204	8.145	7.028
Emilia-Romagna	5.508	1.469	6.977	6.587
Veneto	4.823	2.169	6.992	6.056
Campania	4.557	4.781	9.338	6.648
Toscana	4.478	1.505	5.983	5.194
Sicilia	4.273	4.104	8.377	5.425
Puglia	2.200	2.102	4.302	3.897
Liguria	2.138	968	3.106	3.068
Marche	1.531	569	2.100	1.860
Friuli-Venezia Giulia	1.525	581	2.106	1.947
Sardegna	1.281	995	2.276	2.015
Abruzzo	1.244	694	1.938	1.678
Calabria	1.232	1.136	2.368	1.511
Umbria	1.018	311	1.329	1.084
Trentino-Alto Adige	972	418	1.390	1.154
Basilicata	301	262	563	482
Molise	225	139	364	307
Valle d'Aosta	161	76	237	198
ITALIA	62.980	31.781	94.761	80.407

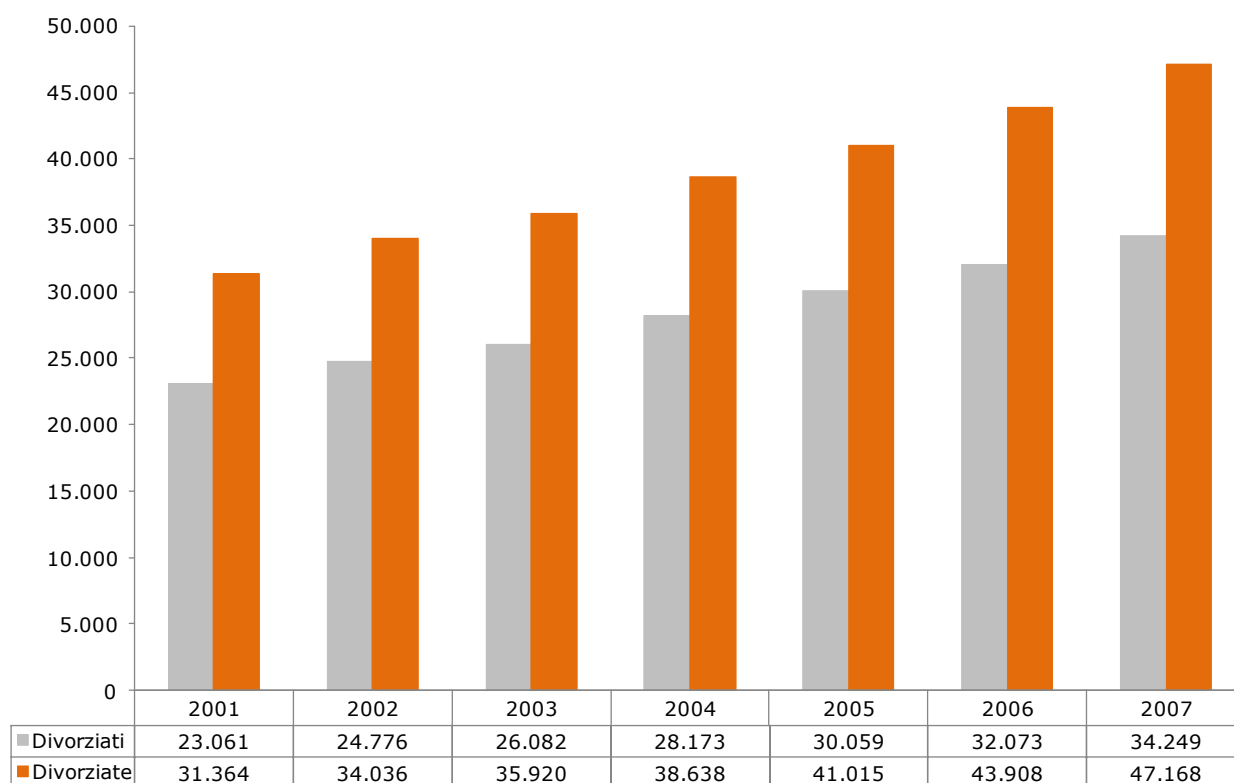
Lo stesso avviene per i divorzi. Un tempo a costituire i nuclei monogenitore erano principalmente le vedove, mentre oggi, per effetto dell'aumento dei divorzi e delle separazioni, un numero crescente di donne si trova a far fronte ad una maggior precarietà delle relazioni familiari, con un costo individuale e sociale notevole. Negli anni dal 1991 al 2006 la quota di vedove tra le monogenitrici è diminuita dal 74% al 69%, mentre le divorziate che al 1991 erano il 16%, nel 2006 sono oltre un quarto. Il processo di trasformazione della famiglia dal modello tradizionale verso il modello nord-europeo, che era iniziato nella metà degli anni sessanta in coincidenza con l'inversione dell'andamento del tasso di natalità, non accenna dunque ad arrestarsi e ne assume anche i caratteri di facile scomposizione e frattura.

Divorzi nel Veneto (dati relativi all'anno 2006)

Regioni	Domande di divorzio consensuale	Domande di divorzio giudiziale	Totale domande di divorzio	Divorzi concessi
Lombardia	7.621	3.019	10.640	10.243
Lazio	4.320	2.217	6.537	5.135
Piemonte	4.080	1.600	5.680	5.209
Emilia-Romagna	3.709	1.179	4.888	4.448
Veneto	3.213	1.456	4.669	3.824
Toscana	2.994	1.065	4.059	4.027
Sicilia	1.917	1.943	3.860	2.854
Campania	1.725	2.301	4.026	2.704
Liguria	1.667	680	2.347	2.076
Friuli-Venezia Giulia	1.014	415	1.429	1.315
Marche	893	393	1.286	1.049
Puglia	889	1.194	2.083	1.825
Sardegna	704	564	1.268	1.014
Trentino-Alto Adige	683	228	911	860
Abruzzo	605	419	1.024	940
Umbria	590	280	870	593
Calabria	542	535	1.077	869
Basilicata	148	127	275	232
Valle d'Aosta/	128	68	196	165
Molise	106	70	176	152
ITALIA	37.548	19.753	57.301	49.534

La separazione è il primo atto amministrativo della volontà di sciogliere la coppia coniugata e molto spesso rappresenta anche l'ultimo, poiché molte separazioni non proseguono verso il divorzio. La durata media al momento della separazione si aggira sui 14 anni, durata che risulta in calo. Pertanto, non solo sono in aumento i matrimoni che si sciolgono, ma durano anche sempre meno. Si osserva un aumento delle separazioni che coinvolgono figli nati dall'unione (66,7% a fine 2006). I minori coinvolti sono stati nel 2006 il 5,5 per mille dei minori residenti in Veneto, quota inferiore al valore nazionale di 6,3 per mille. Per quanto riguarda l'affidamento si osserva un cambiamento importante dovuto al ricorso all'affidamento congiunto o alternato di entrambi i coniugi. Nel 2006 i minori sono stati affidati alla madre nel 47,2%, mentre l'affidamento condiviso è stato pari al 49,5%. Nei divorzi le percentuali di affidamento risultano notevolmente diverse: 60,5% alla madre e 35% in affidamento condiviso. La possibilità che sia il padre ad ottenere l'affidamento esclusivo aumenta al crescere dell'età dei figli. È evidente però un mutamento nei pronunciamenti sull'affidamento che risponde alle trasformazioni in atto nella società veneta.

Divorziati e divorziate nel Veneto dal 2001 al 2007



Le dinamiche demografiche che qui abbiamo osservato inducono ad affermare che il Sistema Socio Sanitario della Regione del Veneto deve affrontare le sfide che caratterizzano tutte le società più evolute. I trend di aumento della popolazione e la conseguente necessità di un maggior numero di prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali; l'invecchiamento della stessa ed il conseguente aumento delle patologie cronico-degenerative; i bisogni di salute derivanti dallo stato di insicurezza lavorativa e sociale (in particolare nuove povertà, precarietà, stati di disagio, disgregazione delle famiglie); le necessità relative alla presenza sempre più accentuata di una pluralità di culture e di approcci alla vita e alla malattia; le nuove esigenze inerenti i tempi di vita e di lavoro che caratterizzano le famiglie venete e che aggravano soprattutto la condizione esistenziale delle donne; sono tutti elementi che spingono ad attente riflessioni sul tema della sostenibilità. Raggiungere soluzioni equilibrate è possibile. La forte tradizione e cultura della solidarietà nella nostra Regione può supportare efficacemente le azioni per affrontare questi cambiamenti. L'orientamento è quello di un costante mantenimento e rafforzamento del modello dell'integrazione socio sanitaria che caratterizza il nostro Sistema. Ovviamente, la possibilità di assicurare un'efficace messa a punto di un modello di organizzazione integrata di risposta ai bisogni emergenti si articola e si sviluppa attraverso i consueti processi di condivisione ed elaborazione comune tra Regione del Veneto e Aziende Sanitarie.

Movimento demografico a livello regionale per Azienda Ulss – Regione del Veneto (anno 2007)

Azienda Ulss	Nati vivi	Morti	Iscritti da altro comune	Iscritti dall'estero	Cancellati per altro comune	Cancellati per l'estero	Popolazione Totale	Numero di famiglie
Azienda Ulss 1 Belluno	1.006	1.503	3.101	1.372	3.294	237	129.365	58.609
Azienda Ulss 2 Feltre	681	965	2.480	874	2.113	155	84.247	35.832
Azienda Ulss 3 Bassano del Grappa	1.806	1.456	5.830	1.582	5.696	225	176.592	68.399
Azienda Ulss 4 Thiene	1.938	1.646	5.517	1.594	5.604	168	185.185	73.302
Azienda Ulss 5 Arzignano	2.018	1.406	4.893	1.922	5.470	449	177.961	68.440
Azienda Ulss 6 Vicenza	3.253	2.633	10.754	2.848	10.645	426	312.504	127.127
Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	2.163	2.047	7.119	2.645	7.526	552	216.359	87.596
Azienda Ulss 8 Asolo	2.832	1.950	7.669	3.569	7.402	458	246.444	91.492
Azienda Ulss 9 Treviso	4.430	3.232	14.656	5.067	14.040	768	406.731	161.138
Azienda Ulss 10 San Donà	1.968	1.829	5.821	2.320	5.298	299	211.317	82.658
Azienda Ulss 12 Veneziana	2.440	3.549	5.432	3.857	6.645	507	304.017	141.426
Azienda Ulss 13 Mirano Dolo	2.631	2.036	9.428	2.556	7.843	258	260.130	100.840
Azienda Ulss 14 Chioggia	1.236	1.159	2.766	1.009	2.869	69	133.186	51.667
Azienda Ulss 15 Cittadella	2.747	1.812	7.376	3.650	6.422	335	246.445	88.227
Azienda Ulss 16 Padova	3.767	3.806	12.841	5.467	13.562	501	413.148	177.263
Azienda Ulss 17 este	1.615	1.824	5.470	1.303	5.197	151	183.535	69.191
Azienda Ulss 18 Rovigo	1.361	2.053	4.999	2.055	4.863	191	174.045	71.131
Azienda Ulss 19 Adria	538	841	1.426	493	1.452	54	74.813	29.757
Azienda Ulss 20 Verona	4.663	4.097	12.451	8.882	13.918	714	466.132	200.697
Azienda Ulss 21 Legnago	1.458	1.459	4.648	1.957	3.959	117	151.455	56.879
Azienda Ulss 22 Bussolengo	3.082	2.198	11.038	3.858	9.083	406	278.729	109.218
Totale Veneto	47.633	43.501	145.715	58.880	142.901	7.040	4.832.340	1.950.889

Quoziente generico di natalità per Provincia del Veneto (anni 2003-2007)

Province del Veneto	Quoziente generico di natalità (*)				
	2003	2004	2005	2006	2007
Verona	9,5	10,8	10,3	10,3	10,4
Vicenza	10,4	11,2	10,7	10,7	10,6
Belluno	8,3	8,5	8,2	8,3	7,9
Treviso	10,6	10,9	10,8	10,8	10,9
Venezia	8,8	8,9	8,7	8,9	9
Padova	9,5	9,9	9,6	9,9	9,8
Rovigo	6,9	7,4	7,5	7,3	7,6
Veneto	9,5	10,1	9,8	9,9	9,9
ITALIA	9,4	9,7	9,4	9,5	9,5

(*) Quoziente generico di natalità=(Nati/Popolazione residente media)* 1.000

Quoziente generico di mortalità per Provincia del Veneto (anni 2003-2007)

Province del Veneto	Quoziente generico di mortalità (**)				
	2003	2004	2005	2006	2007
Verona	9,7	8,8	8,9	8,6	8,7
Vicenza	8,8	8,4	8,4	8,1	8,4
Belluno	12,2	11,6	11,7	11,6	11,6
Treviso	8,9	8,2	8,6	8,1	8,4
Venezia	9,9	9,5	9,5	9,5	9,6
Padova	9	8,5	8,8	8,5	8,8
Rovigo	11,6	11,2	11,5	11,6	11,7
Veneto	9,5	8,9	9,1	8,9	9,1
ITALIA	10,2	9,4	9,7	9,5	9,6

(**) Quoziente generico di mortalità=(Morti/Popolazione residente media)* 1.000

1.2 Stato di salute

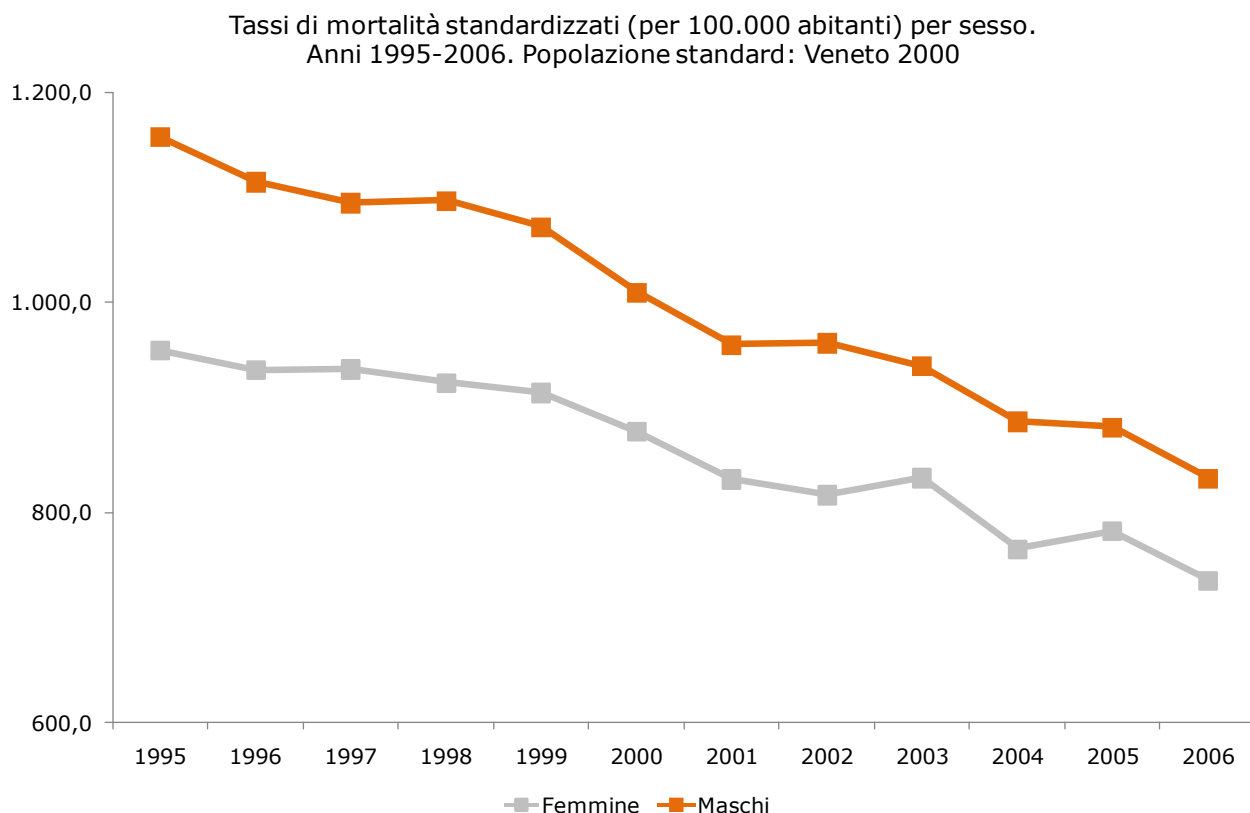
I dati di mortalità costituiscono un patrimonio informativo prezioso e storicamente consolidato per la valutazione dello stato di salute di una popolazione. La Regione del Veneto, riconoscendone l'importanza ai fini della pianificazione e programmazione sanitaria e socio sanitaria, ha istituito fin dal 1987 un *Registro Nominativo delle cause di morte*. Dati di adeguata qualità per un loro utilizzo sono disponibili dal 1995. Dall'analisi delle cause di morte e del loro andamento nel tempo emergono degli elementi di estremo interesse per la sanità pubblica e per il governo del Sistema Socio Sanitario. Ogni anno tra i residenti nel Veneto si registrano circa 42.000 decessi. Le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio (che giustificano circa il 39% dei decessi) e le neoplasie (circa il 32%).

Principali cause di morte in generale e distinte per sesso Veneto (anno 2006)

Cause di morte	Totale		Maschi		Femmine	
	%	Rango	%	Rango	%	Rango
Malattie del sistema circolatorio	38,6	1	33,7	2	43,2	1
Neoplasie	32,4	2	37,8	1	27,3	2
Malattie dell'apparato respiratorio	7	3	7,5	3	6,5	3
Malattie dell'apparato digerente	4,4	4	4,4	5	4,3	4
Traumi/Avvelenamenti	4,2	5	5,4	4	3,1	7
Disturbi psichici	3,6	6	2,3	8	4,8	5
Malattie delle ghiandole endocrine	3,1	7	2,7	6	3,5	6
Malattie del sistema nervoso	2,8	8	2,6	7	3	8
Altre	3,9		3,6		4,3	

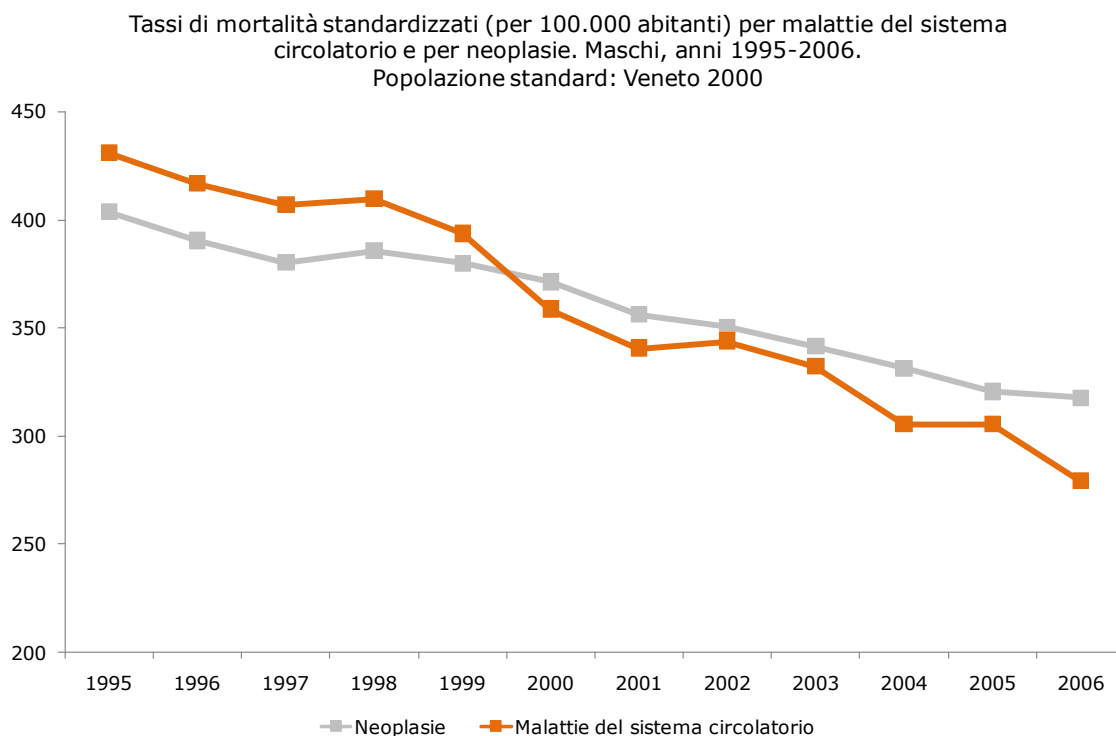
È interessante notare come per il genere maschile i decessi per neoplasia abbiano superato quelli per malattie del sistema circolatorio. Questo particolare profilo epidemiologico accomuna l'Italia alla Francia, mentre nei paesi anglosassoni (Germania, Gran Bretagna, USA) le malattie del sistema circolatorio giustificano anche nei maschi un numero maggiore di decessi rispetto alle neoplasie. I decessi per eventi traumatici sono il 5,4% nei maschi e il 3,1% nelle femmine (rispettivamente al 4° e 7° posto). La differenza è ancora più rilevante se si considera che nel genere maschile gli incidenti stradali e gli infortuni sul lavoro sono particolarmente frequenti ed

avvengono in età giovanile, mentre al contrario nel genere femminile prevalgono i traumatismi da cadute accidentali (per esempio la frattura di femore), di solito legati a fasce di età avanzate. Un elemento di notevole interesse è il forte aumento dell'età media al decesso: nel 1995 l'età media al decesso era di 70,4 anni per i maschi e di 78,4 anni per le femmine, mentre nel 2006 è di 74,2 anni per i maschi e 81,5 per le femmine, un aumento di oltre 3 anni in entrambi i generi. L'aumento dell'età media al decesso è il risultato di un calo rilevante della mortalità avvenuto negli ultimi anni.

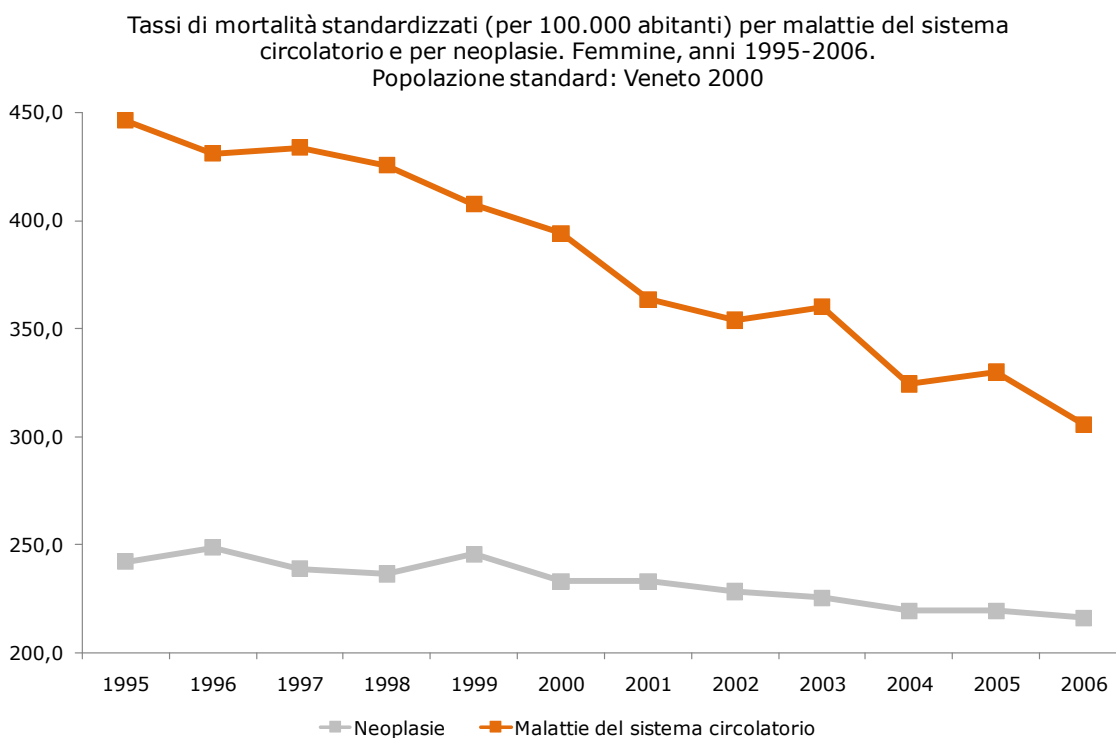


Il tasso di mortalità standardizzato si utilizza per confrontare i livelli di mortalità tra popolazioni diverse, o della stessa popolazione in periodi diversi, eliminando il possibile effetto delle diverse strutture per età. I valori sono ottenuti con metodo diretto. Semplificando, si calcolano le medie ponderate dei tassi specifici per età in cui, per ogni età, i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione tipo scelta come riferimento (nel nostro caso la popolazione del Veneto nell'anno 2000).

L'analisi per cause specifiche mostra come per i maschi il calo della mortalità sia determinato principalmente da un drastico calo della mortalità per malattie ischemiche del cuore e per malattie cerebrovascolari e, sebbene in misura minore, da un rilevante calo della mortalità per neoplasie.

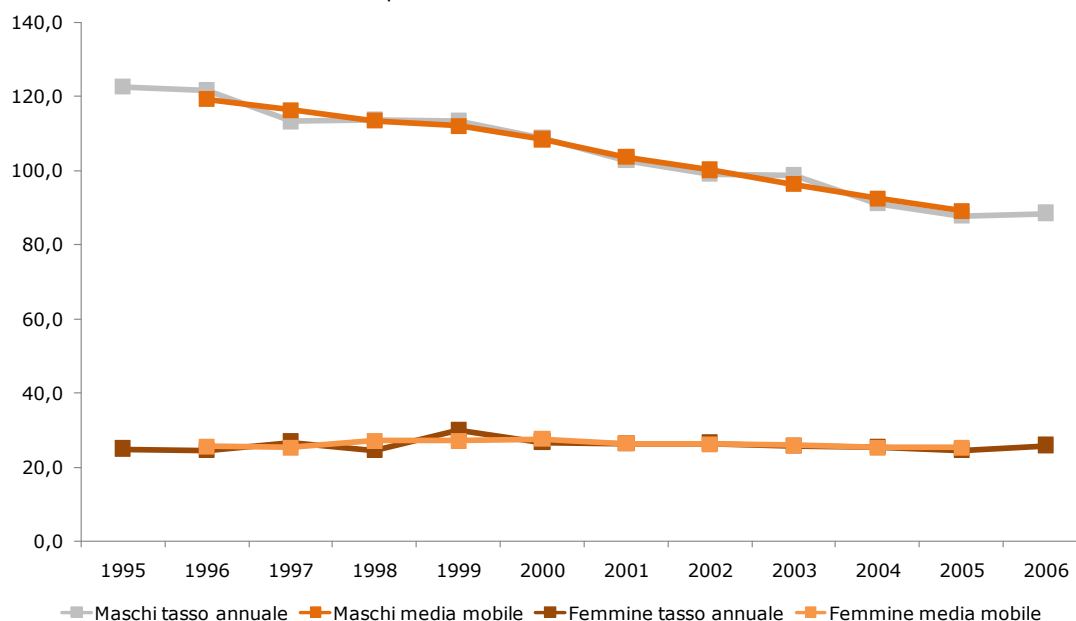


Per quanto riguarda le femmine, il trend delle cause di morte presenta alcune analogie e alcune differenze rispetto ai maschi. I decessi per malattie cardiocircolatorie e cerebrovascolari sono in calo notevole, meno evidente, anche se presente è il calo dei decessi da neoplasie.

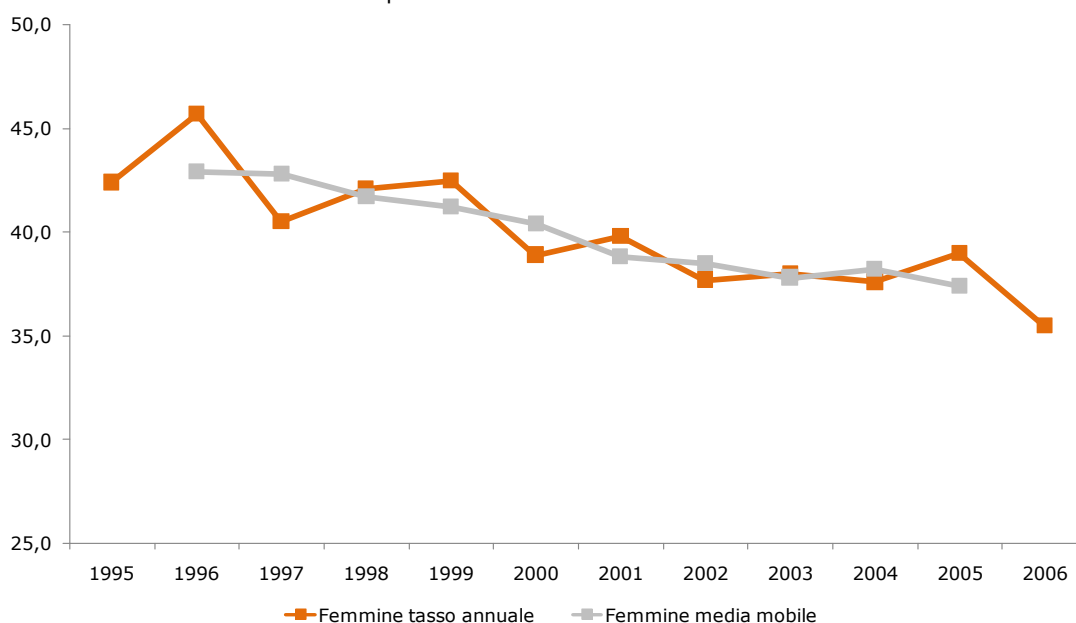


In particolare, si rileva come i decessi per neoplasie della mammella (principale causa di morte per tumore nella donna) mostrino un andamento altalenante ma tendenzialmente in calo, mentre nelle donne si mantiene costante la mortalità per neoplasia del polmone che invece è in calo nei maschi.

Tassi di mortalità standardizzati (per 100.000 abitanti) per tumore al polmone.
Valori annuali e media mobile. Anni 1995-2006.
Popolazione standard: Veneto 2000



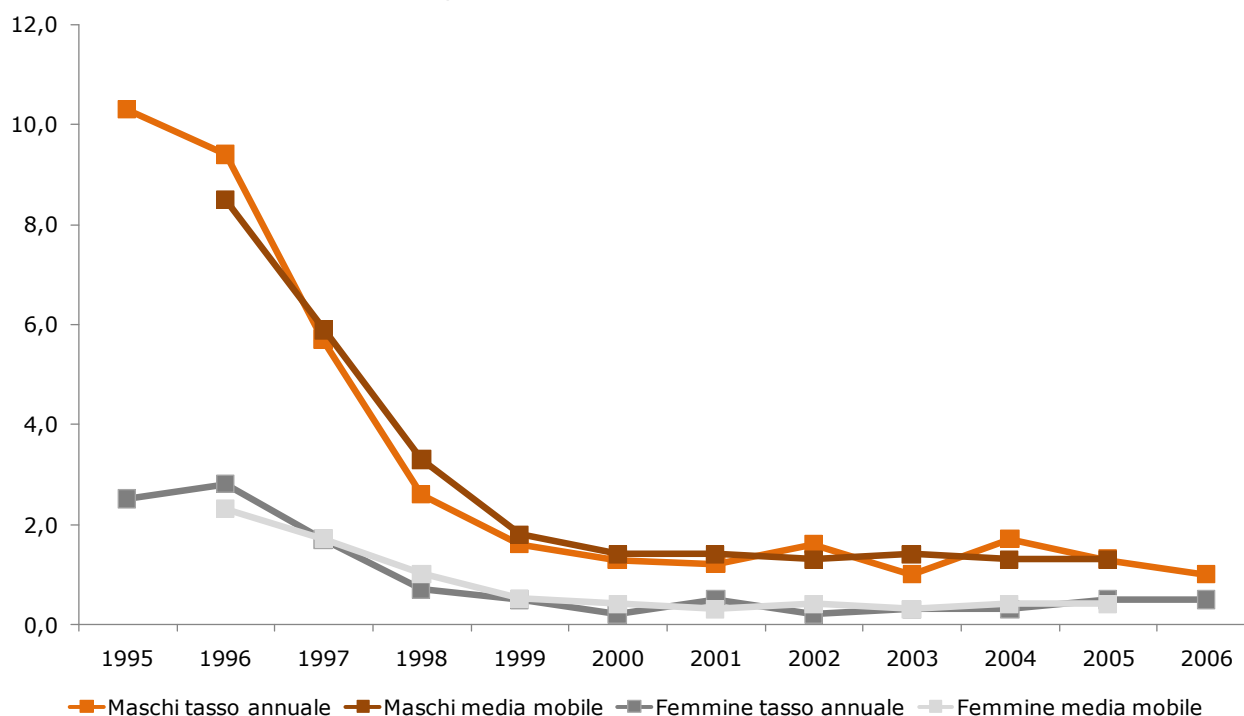
Tassi di mortalità standardizzati (per 100.000 abitanti) per tumore alla mammella. Valori annuali e media mobile. Femmine, anni 1995-2006.
Popolazione standard: Veneto 2000



Con riferimento ad una serie storica, la media mobile rende equilibrate le fluttuazioni dei dati per rappresentare più chiaramente uno schema o una tendenza. In un grafico, una media mobile è utile per smussare le oscillazioni dei dati in modo che la tendenza sia mostrata più chiaramente. Il termine mobile si riferisce al fatto che la media è continuamente aggiornata nel tempo (si prendono in considerazione gli ultimi periodi di rilevazione, scartando quelli più vecchi in maniera da mantenere fisso il numero di periodi considerati).

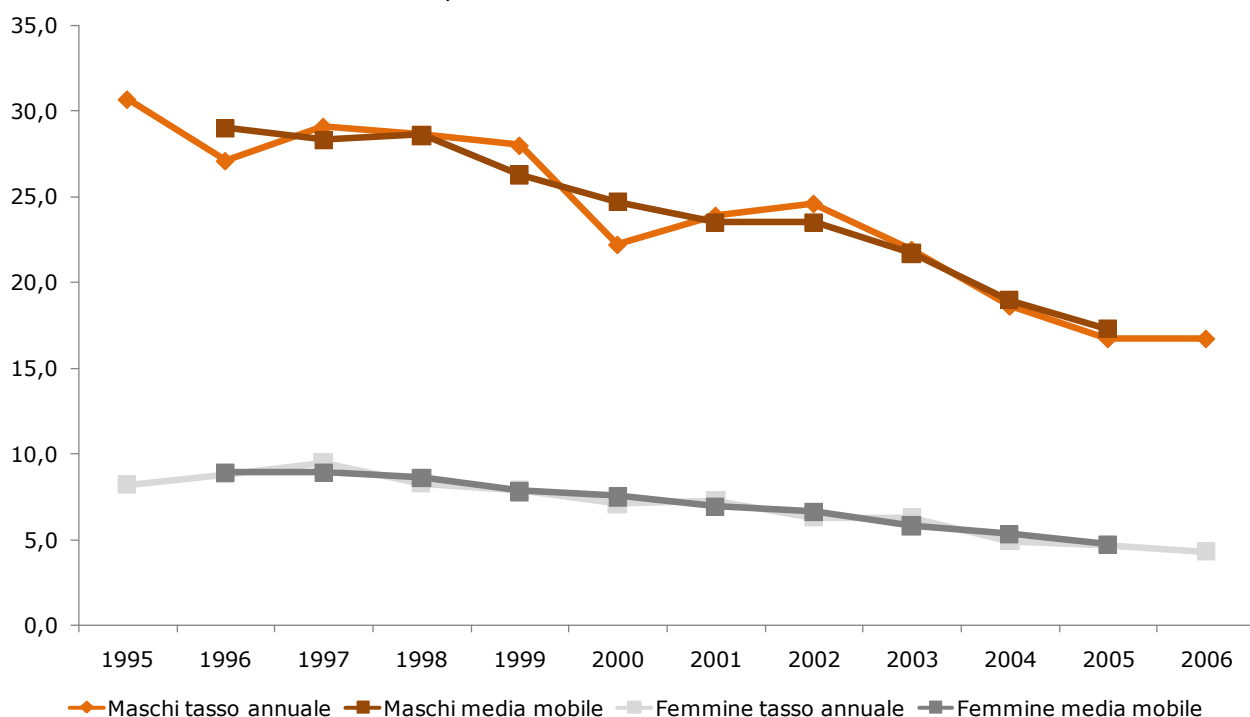
Vi sono due situazioni che come numero assoluto di decessi incidono in misura minima ma che sono estremamente rilevanti, in quanto sono tra le principali cause di morte in età giovanile: l'AIDS e gli incidenti stradali. La mortalità per AIDS si è ridotta di 10 volte dal 1996 al 2000, mantenendosi successivamente stabile. Ciò rappresenta il risultato degli enormi progressi fatti in questo ambito dal punto di vista preventivo e terapeutico.

Tassi di mortalità standardizzati (per 100.000 abitanti) per AIDS.
Valori annuali e media mobile. Anni 1995-2006.
Popolazione standard: Veneto 2000



La mortalità per incidenti stradali evidenzia un notevole calo dei decessi per questa causa soprattutto nei maschi. Nel luglio del 2003 è stata introdotta la patente a punti. Si può notare come negli anni successivi il tasso di mortalità per incidenti stradali sia decisamente più basso e si confermi tale anche a distanza di tre anni da questo provvedimento legislativo.

Tassi di mortalità standardizzati (per 100.000 abitanti) per incidenti stradali.
Valori annuali e media mobile. Anni 1995-2006.
Popolazione standard: Veneto 2000



Indicatori di incidentalità nelle Province del Veneto (Anno 2006)

Province del Veneto	Tasso di lesività	Tasso di pericolosità	Incidenti per abitanti
Verona	139	2,14	39,97
Vicenza	134,17	1,92	34,73
Belluno	147,69	2,41	38,8
Treviso	136,84	1,97	43,25
Venezia	144,03	1,88	37,74
Padova	134,69	1,78	45,75
Rovigo	139,64	3,41	41,41
Veneto	138,16	2,04	40,35

Tasso di lesività = (Numero feriti)/(Numero incidenti)*100

Tasso di pericolosità = (Numero morti)/(Numero morti + Numero feriti)*100

Incidenti per 10.000 abitanti = (Numero incidenti)/(Popolazione)*(1.000 per i comuni, 10.000 per altri territori)

1.3 Ospedalizzazione per malattie circolatorie

L'ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio

Affrontiamo ora alcuni aspetti specifici dello stato di salute della popolazione del Veneto. Per farlo sarà indispensabile utilizzare una terminologia medico-scientifica. Il primo ambito di analisi è l'IMA, l'infarto acuto del miocardio, una delle principali cause di morte e disabilità nel mondo occidentale. L'evoluzione delle conoscenze mediche e tecnologiche degli ultimi 20 anni sta modificando radicalmente il profilo epidemiologico, il quadro clinico, le possibilità diagnostiche e terapeutiche ed, in ultima analisi, la prognosi dei soggetti colpiti da infarto acuto del miocardio. L'organizzazione ottimale delle cure nella fase acuta dell'infarto del miocardio è un tema di grande attualità ed in continua e rapida evoluzione, con implicazioni rilevanti sull'organizzazione complessiva del sistema sanitario. Di seguito si darà un quadro complessivo dell'andamento dell'ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio negli ultimi anni. Si illustrerà inoltre il ricorso alla rivascolarizzazione di tipo invasivo, sia come analisi temporale, sia nelle eventuali differenze infraregionali. Sono stati selezionati i ricoveri con diagnosi principale o secondaria 410. con quinto carattere pari ad 1: *Infarto acuto del miocardio, primo episodio di assistenza*, secondo la Classificazione ICD-9-CM ((International Classification of Diseases, ninth revision, Clinical Modification, ovvero Classificazione Internazionale delle Malattie e delle Cause di Morte - Nona Revisione - Modificazione Clinica). Poiché nel percorso assistenziale di un evento si possono verificare più ricoveri (soprattutto per trasferimento tra ospedali a diversa dotazione tecnologica), è stato ricostruito l'intero percorso assistenziale in fase acuta. L'unità statistica analizzata e a cui fanno riferimento i dati successivi, pertanto, non è il singolo ricovero, ma l'evento acuto.

Gli eventi sono stati distinti in due gruppi in base al valore del 4° carattere del codice ICD-9-CM (ulteriore sottoclassificazione):

- 4° carattere = 7: infarto acuto del miocardio senza sovraslivellamento del tratto ST (NSTEMI)
- 4° carattere ≠ 7: infarto acuto del miocardio con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI).

Le due sottoclassi sono state descritte anche nella precedente Relazione Socio Sanitaria. Ne riportiamo brevemente i contenuti: nell'infarto STEMI un'arteria coronarica presenta un'ostruzione completa: l'occlusione è causata dalla formazione di un trombo piastrinico associata ad una malattia conosciuta come aterotrombosi. I pazienti di questo tipo sono anche ad alto rischio di un successivo infarto, ictus e morte. L'infarto miocardico con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) e l'infarto miocardico senza sovraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) sono entrambi comunemente conosciuti come "infarti miocardici" assieme all'angina instabile sono le tre condizioni classificate come sindrome coronarica acuta (ACS).

Queste situazioni hanno caratteristiche epidemiologiche e cliniche, indicazioni terapeutiche e prognosi diverse. Il ricorso a procedure invasive è identificato dalla presenza dei codici di coronarografia (88.51) e di angioplastica (36.0x). Invece, il dato relativo alla rivascolarizzazione farmacologica (trombolisi) non è ricavabile dalla Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO): fino al 2005 non era previsto un codice specifico, dal 2006 esso è previsto tra le possibili procedure, ma da un'analisi preliminare esso è chiaramente sottoutilizzato e di fatto non informativo.

Il numero di eventi ospedalizzati di infarto acuto del miocardio è aumentato in modo sostanziale dal 2000 al 2006, passando da circa 6.000 eventi a circa 7.000, anche se le punte più elevate sono osservabili dal 2002 al 2005 e nel 2006 c'è una leggera flessione.

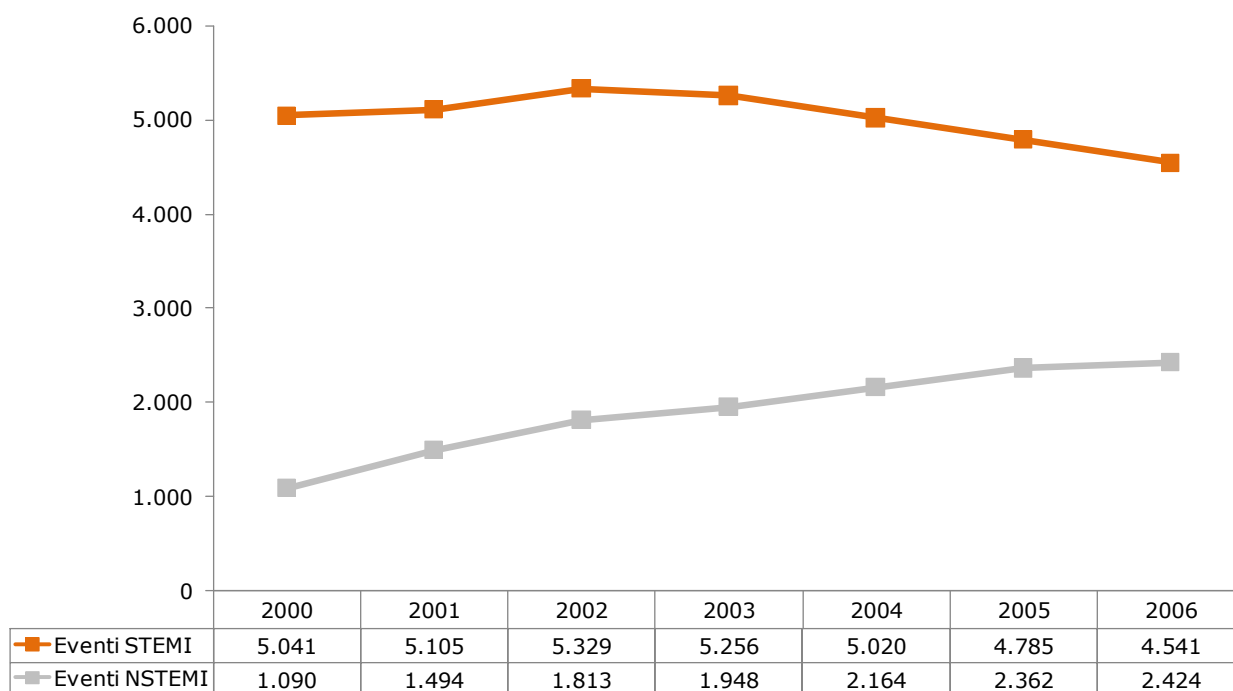
EVENTI IMA	ANNO							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2000-2006
Eventi STEMI	5.041	5.105	5.329	5.256	5.020	4.785	4.541	35.077
Eventi NSTEMI	1.090	1.494	1.813	1.948	2.164	2.362	2.424	13.295
Totale eventi IMA	6.131	6.599	7.142	7.204	7.184	7.147	6.965	48.372

Si può osservare come l'aumento sia completamente spiegato dall'andamento del numero di NSTEMI, mentre invece gli infarti STEMI mostrano una tendenza alla diminuzione più marcata negli ultimi anni. L'andamento di NSTEMI può essere spiegato dal fatto che, nella seconda metà degli anni 90, è entrato nella prassi clinica il dosaggio della troponina che consente di evidenziare anche minime lesioni miocardiche e nell'anno 2000 sono stati rivisti i criteri diagnostici per infarto acuto del miocardio, i quali hanno ratificato l'utilizzo della troponina come indicatore di lesione miocardica.

Esaminando il tasso standardizzato di ospedalizzazione per IMA (standardizzazione diretta, standard di riferimento popolazione italiana al 1° gennaio 2003), si può osservare come lo STEMI abbia presentato una riduzione a partire dal 2003 che risulta essere continua ma più significativa negli ultimi anni passando gradualmente da un valore di circa 120 eventi ospedalizzati per ogni 100.000 abitanti-anno per gli anni 2000-2003 a 94 eventi ospedalizzati per ogni 100.000 abitanti-anno nel 2006.

Invece il tasso di ospedalizzazione per NSTEMI è passato da 25 su 100.000 nel 2000 a 50 per 100.000 nel 2006 riflettendo gli effetti derivati dall'introduzione dei nuovi criteri.

IMA Infarto Miocardico Acuto
Eventi STEMI e NSTEMI dal 2000 al 2006



36

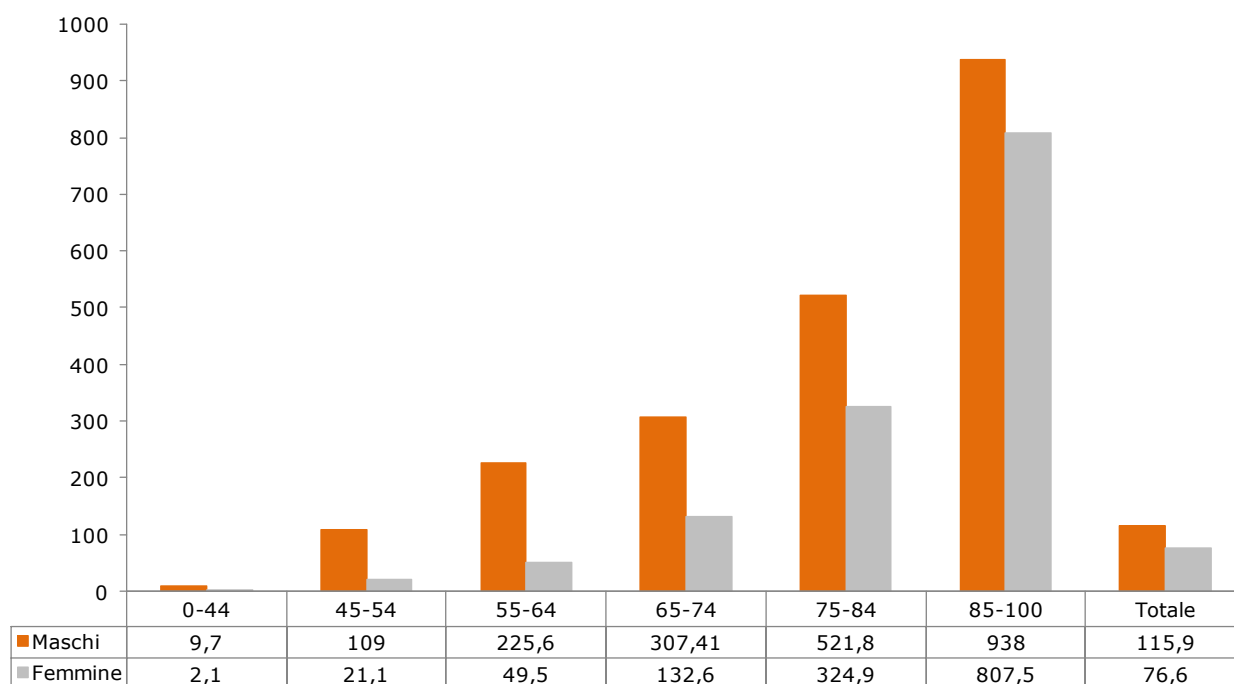
Tasso standardizzato di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio per tipo di infarto e anno. Valori per 100.000 abitanti. Standardizzazione diretta, popolazione standard Italia 2003. Residenti in Veneto. Anni 2000-2006.

EVENTI IMA	ANNO						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Eventi STEMI	117,4	116,6	119,6	115,6	108,5	101,7	94,2
Eventi NSTEMI	25,6	34,4	40,9	43	46,7	50,1	50,3
Totale eventi IMA	143	151	160,6	158,5	155,3	151,7	144,5

Confrontando i tassi grezzi per classe di età e sesso si può evidenziare come il tasso di ospedalizzazione per IMA aumenti con l'età e sia maggiore nel sesso maschile, con una differenza in termini di rischio relativo maggiore nelle classi di età più giovani.

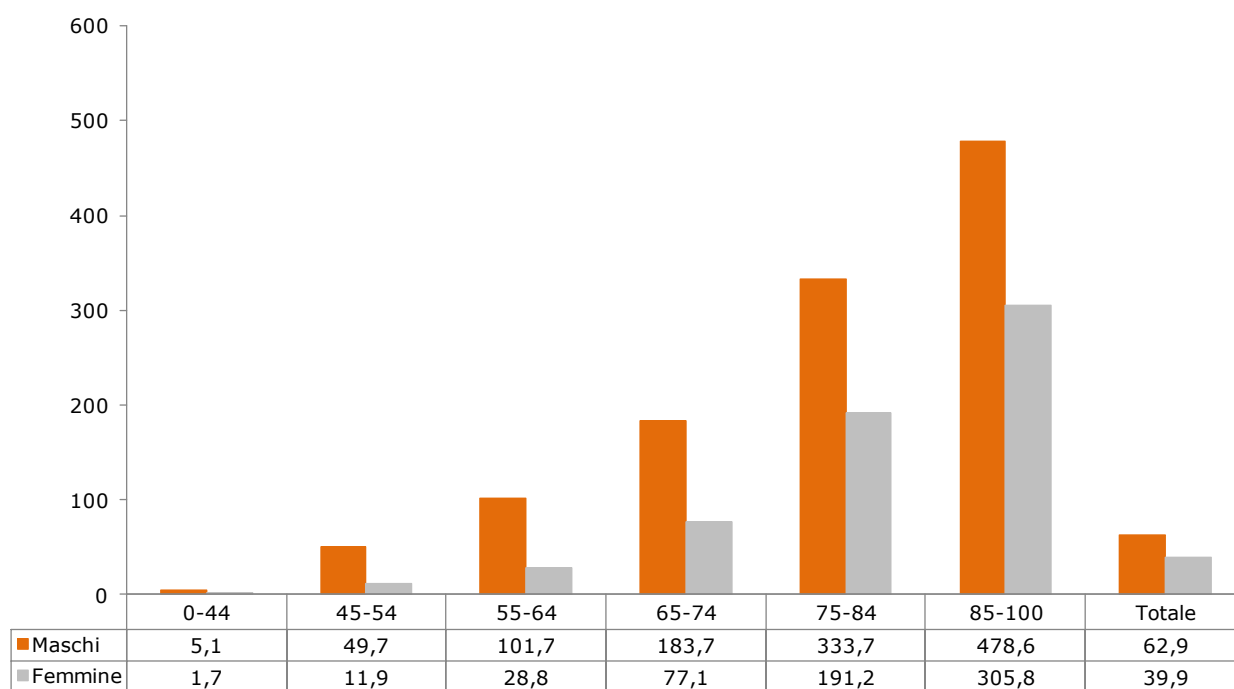
Eventi STEMI.

Tassi di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio specifici per classe di età, tipo di infarto e sesso. Valori per 100.000 abitanti. Residenti in Veneto. Anno 2006.



Eventi NSTEMI

Tassi di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio specifici per classe di età, tipo di infarto e sesso. Valori per 100.000 abitanti. Residenti in Veneto. Anno 2006.



Nelle diverse Aziende ULSS il tasso di ospedalizzazione per IMA mostra una certa variabilità. In particolare in nove Aziende ULSS si riscontra una maggiore ospedalizzazione per IMA rispetto al valore regionale. Tale andamento si sovrappone a quello riscontrato negli anni precedenti. La differenza può essere legata sia a una reale diversa incidenza dell'infarto acuto del miocardio nelle aree prese in considerazione, sia a diversi comportamenti in relazione all'applicazione dei diversi criteri diagnostici e/o alla gestione del dato amministrativo.

Rapporto standardizzato di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio per Azienda ULSS di residenza. Residenti in Veneto. Anni 2005-2006.

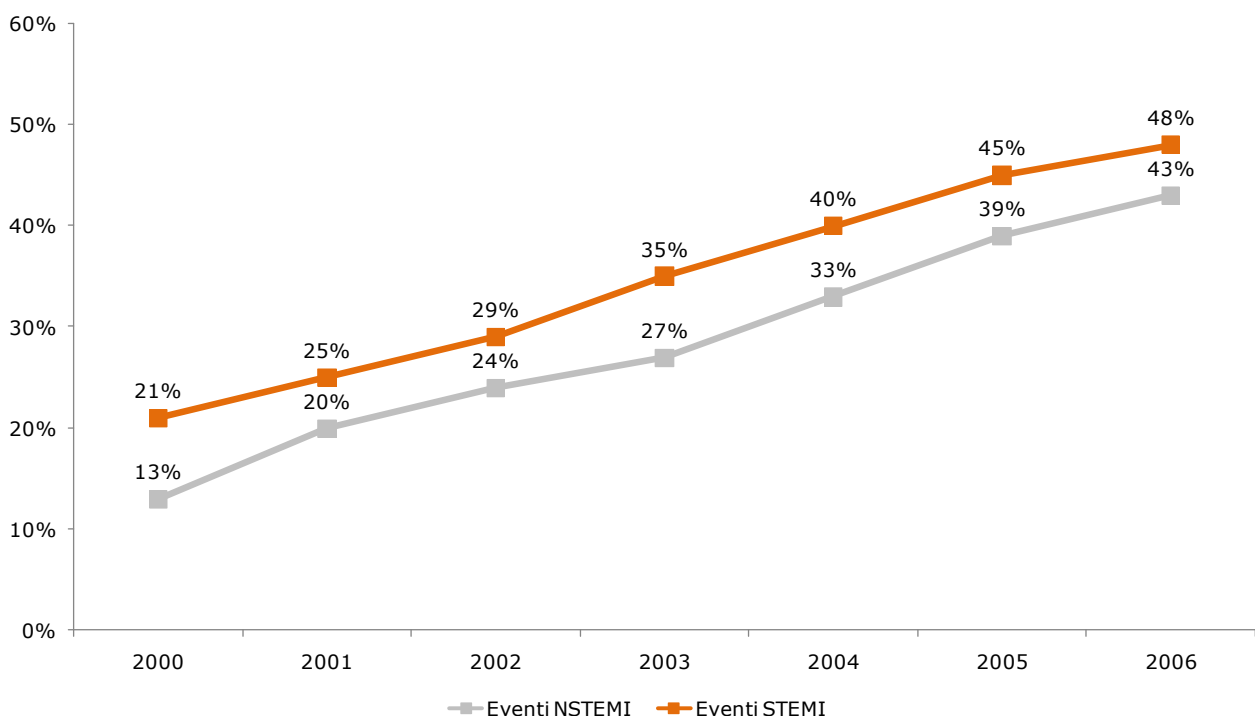
Azienda Ulss di residenza	Rapporto standardizzato di ospedalizzazione	Limite inferiore	Limite superiore
Azienda Ulss 1 Belluno	0,74	0,66	0,82
Azienda Ulss 2 Feltre	0,97	0,86	1,09
Azienda Ulss 3 Bassano del Grappa	0,67	0,60	0,75
Azienda Ulss 4 Thiene	1,15	1,06	1,24
Azienda Ulss 5 Arzignano	0,94	0,86	1,03
Azienda Ulss 6 Vicenza	1,17	1,10	1,25
Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	0,94	0,87	1,02
Azienda Ulss 8 Asolo	0,67	0,61	0,74
Azienda Ulss 9 Treviso	0,80	0,75	0,86
Azienda Ulss 10 San Donà	1,08	1,00	1,16
Azienda Ulss 12 Veneziana	0,89	0,83	0,94
Azienda Ulss 13 Mirano Dolo	0,76	0,70	0,83
Azienda Ulss 14 Chioggia	1,19	1,08	1,30
Azienda Ulss 15 Cittadella	0,99	0,92	1,08
Azienda Ulss 16 Padova	1,24	1,18	1,30
Azienda Ulss 17 este	1,38	1,29	1,48
Azienda Ulss 18 Rovigo	1,07	0,99	1,16
Azienda Ulss 19 Adria	1,62	1,47	1,78
Azienda Ulss 20 Verona	1,10	1,05	1,16
Azienda Ulss 21 Legnago	0,97	0,88	1,06
Azienda Ulss 22 Bussolengo	0,85	0,78	0,92

Il rapporto standardizzato di ospedalizzazione è il rapporto tra numero di dimissioni osservate e numero di dimissioni attese assumendo che le popolazioni a confronto abbiano i tassi di

ospedalizzazione specifici per età della popolazione standard. Essendo un rapporto tra due quantità omogenee, il Rapporto standardizzato assume valore uguale a 1 se, al netto dell'età, l'ospedalizzazione della popolazione di interesse è uguale a quella della popolazione di riferimento, valori compresi tra 0 e 1 se l'ospedalizzazione è inferiore e valori maggiori di 1 se l'ospedalizzazione è superiore. Tale indicatore è utilizzabile solo per effettuare confronti tra la popolazione di interesse e lo standard, non fra più popolazioni di interesse.

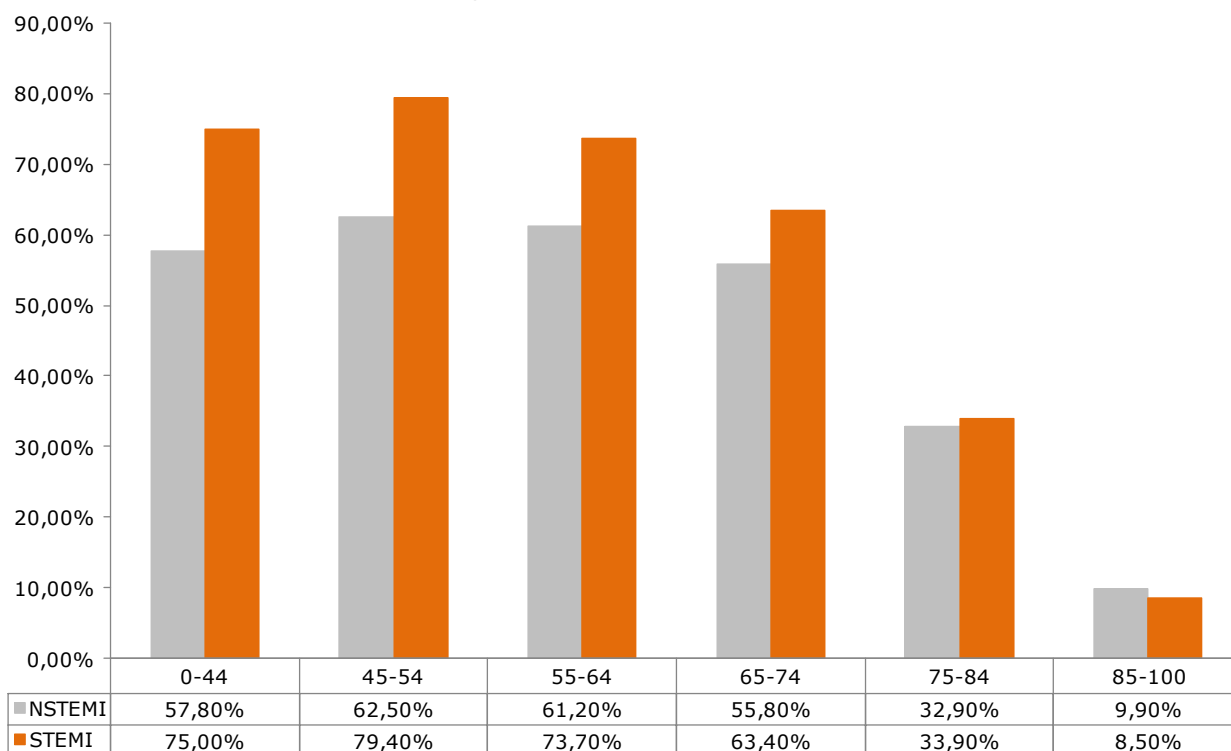
È stata condotta anche un'analisi relativa all'approccio terapeutico dei pazienti che presentavano una diagnosi di IMA con particolare riferimento ad interventi di rivascolarizzazione invasiva, ovvero interventi mirati a ripristinare un flusso di sangue accettabile nell'arteria la cui compromissione è responsabile dell'IMA. Le procedure di rivascolarizzazione invasiva sono l'angioplastica (che consiste nel dilatare l'arteria coinvolta mediante un "palloncino" inserito attraverso una sonda transcutanea) o il by-pass aortocoronarico.

Soggetti sottoposti a rivascolarizzazione invasiva per tipo di infarto e anno.
Percentuali sul totale dei ricoverati per infarto acuto del miocardio.
Anni 2000-2006.



Nel periodo considerato si è registrato un aumento nel ricorso a procedure di rivascolarizzazione invasiva sia per lo STEMI per il quale si è passati dal 20% nel 2000 al 48% nel 2006, sia per il NSTEMI che dal 13% ha raggiunto il 43%.

Soggetti sottoposti a rivascolarizzazione invasiva per classi di età. Percentuali sul totale dei ricoverati per infarto acuto del miocardio. Anno 2006.



40

La proporzione di soggetti sottoposti a intervento di rivascolarizzazione tra gli infartuati (STEMI e NSTEMI) varia a livello di Azienda ULSS di residenza presentando però un progressivo aumento nel periodo di riferimento che risulta maggiore per le Aziende ULSS che partivano da valori più bassi. Per esempio l’Azienda ULSS 8 passa da un valore di 6% nel 2000 al 42% nel 2006. I valori del parametro nel 2006 vanno da un valore minimo del 30% (Azienda ULSS 17) a un massimo di 66% (Azienda ULSS 13).

Soggetti sottoposti a rivascolarizzazione invasiva entro 24 ore per tipo di infarto e anno. Percentuali sul totale dei ricoverati per infarto acuto del miocardio. Anni 2000-2006.

	ANNO						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Eventi NSTEMI	1%	3%	6%	6%	7%	11%	13%
Eventi STEMI	9%	11%	14%	19%	22%	26%	30%

Un indicatore molto importante è rappresentato dalla percentuale di interventi di rivascolarizzazione effettuati entro un giorno dalla data del ricovero (assimilabili a procedure di

angioplastica primaria o rescue) che presenta un aumento nel tempo sia per lo STEMI (dal 9% al 30%) che per il NSTEMI (dal 1% al 13%).

Analizzando questo aspetto per Azienda ULSS di residenza e per infarto STEMI si può notare sia una notevole variazione con valori relativi all'anno 2006 compresi tra il 15% e il 52% .

Soggetti sottoposti a rivascolarizzazione invasiva per Azienda ULSS di residenza e anno. Percentuali sul totale dei ricoverati per infarto acuto del miocardio. Anni 2000-2006.

Azienda Ulss	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Azienda Ulss 1 Belluno	9%	19%	23%	28%	39%	49%	48%
Azienda Ulss 2 Feltre	8%	22%	22%	24%	32%	44%	44%
Azienda Ulss 3 Bassano del Grappa	19%	37%	52%	57%	55%	49%	61%
Azienda Ulss 4 Thiene	9%	13%	18%	33%	37%	29%	39%
Azienda Ulss 5 Arzignano	12%	15%	19%	26%	34%	36%	33%
Azienda Ulss 6 Vicenza	32%	34%	35%	43%	47%	49%	47%
Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	12%	15%	15%	22%	38%	56%	64%
Azienda Ulss 8 Asolo	6%	17%	17%	23%	30%	40%	42%
Azienda Ulss 9 Treviso	27%	35%	41%	47%	51%	50%	54%
Azienda Ulss 10 San Donà	13%	17%	23%	25%	24%	39%	47%
Azienda Ulss 12 Veneziana	32%	34%	41%	43%	44%	50%	54%
Azienda Ulss 13 Mirano Dolo	60%	54%	61%	59%	58%	57%	66%
Azienda Ulss 14 Chioggia	22%	20%	17%	27%	39%	40%	55%
Azienda Ulss 15 Cittadella	15%	28%	32%	35%	46%	35%	43%
Azienda Ulss 16 Padova	20%	25%	29%	33%	39%	38%	38%
Azienda Ulss 17 este	8%	7%	14%	22%	28%	32%	30%
Azienda Ulss 18 Rovigo	11%	15%	18%	21%	24%	41%	54%
Azienda Ulss 19 Adria	7%	9%	17%	16%	16%	31%	40%
Azienda Ulss 20 Verona	20%	28%	31%	32%	36%	43%	41%
Azienda Ulss 21 Legnago	11%	15%	18%	25%	33%	43%	47%
Azienda Ulss 22 Bussolengo	24%	26%	29%	35%	39%	52%	51%

In conclusione, l'andamento delle ospedalizzazioni per infarto acuto del miocardio risente di varie dinamiche con effetti contrapposti: da un lato il calo dell'infarto acuto del miocardio con sopraslivellamento del tratto ST, dall'altro l'aumento del NSTEMI, spiegato, almeno in parte dall'introduzione dei nuovi criteri diagnostici. L'approccio terapeutico per questa problematica è sempre più di tipo aggressivo, in linea con le indicazioni più recenti della letteratura. Esiste peraltro una notevole variabilità in relazione all'Azienda ULSS di residenza, legata alle diverse dotazioni strutturali.

L'ospedalizzazione per scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco sta diventando uno dei problemi più importanti in sanità pubblica per la sua diffusione, per il suo trend in aumento e per le gravi conseguenze sullo stato di salute, sulla mortalità e sulla disabilità. Rappresenta la prima causa di ricovero ospedaliero per numero di giornate di degenza assorbite. Si darà quindi di seguito una descrizione quantitativa delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco. Allo scopo sono stati selezionati i ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (codici ICD-9-CM 428.-), di cardiopatia ipertensiva con scompenso (402.- o 404.- con 5° carattere pari a 1 o 3), di shock cardiogeno (785.55) e di edema polmonare acuto (518.4).

Lo scompenso cardiaco si manifesta prevalentemente nei soggetti con età elevate. L'età mediana è pari a 77 anni per i maschi e a 83 anni per le femmine.

Nei sette anni considerati si sono verificati 129.306 ricoveri per scompenso cardiaco, quindi mediamente 18.470 ricoveri all'anno. In realtà, come si può osservare dalla tabella che segue, il fenomeno non è stazionario, ma mostra la tendenza ad un progressivo incremento: si è infatti passati dai 16.416 ricoveri nell'anno 2000 ai 20.266 nel 2006.

Schede di Dimissione Ospedaliera per scompenso cardiaco.

Valori assoluti e percentuale sul totale delle dimissioni. Residenti in Veneto. Anni 2000-2006.

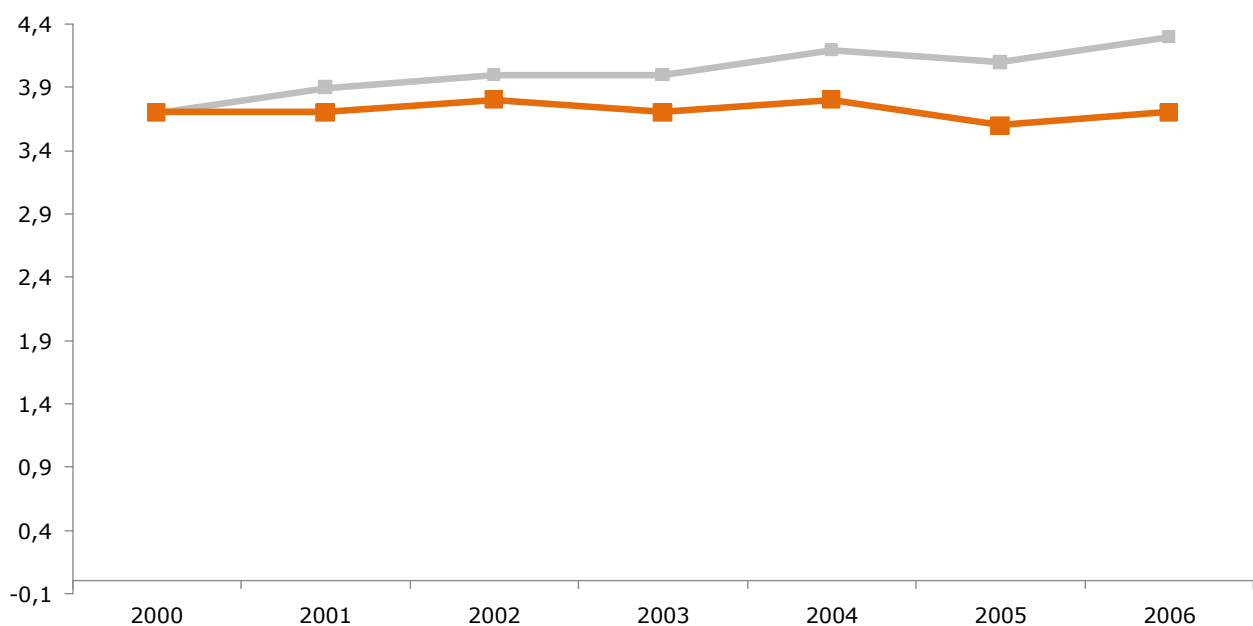
Anno	Numero SDO	%
2000	16.416	1,7
2001	17.437	1,8
2002	18.259	1,9
2003	18.231	1,9
2004	19.404	2,1
2005	19.333	2,1
2006	20.226	2,2

Analizzando i tassi grezzi della popolazione residente affetta da scompenso cardiaco notiamo che vi è un aumento del tasso dal 2000 al 2006, infatti passa da un 366 per 100.000 abitanti a 426 per 100.000 abitanti. Il tasso standardizzato invece mostra un andamento stazionario con minime oscillazioni, evidenziando come l'incremento nel numero di ospedalizzazioni sia da imputare in primo luogo al progressivo invecchiamento della popolazione.

Tasso di ospedalizzazione grezzo e standardizzato per scompenso cardiaco. Valori per 1.000 abitanti. Standardizzazione diretta, popolazione standard Veneto 2000. Anni 2000-2006.

Anno	Tasso grezzo	Tasso standardizzato
2000	3,7	3,7
2001	3,9	3,7
2002	4,0	3,8
2003	4,0	3,7
2004	4,2	3,8
2005	4,1	3,6
2006	4,3	3,7

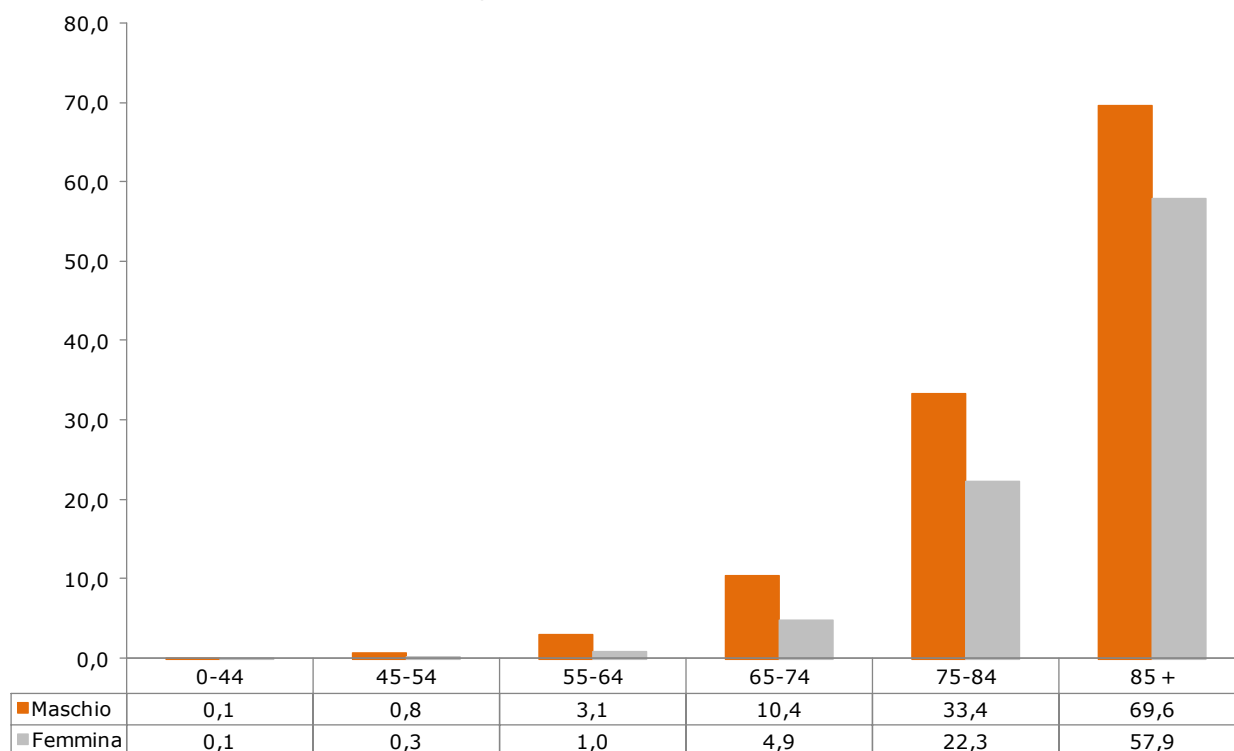
Tasso di ospedalizzazione grezzo e standardizzato (standardizzazione diretta) per scompenso cardiaco. Valori per 1.000 abitanti. Standardizzazione diretta, popolazione standard Veneto 2000. Anni 2000-2006.



I tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età e sesso mostrano come i maschi presentino tassi di ospedalizzazione marcatamente più elevati rispetto alle femmine di pari età. Per verificare se vi sono differenze territoriali nell'ospedalizzazione per scompenso cardiaco si è

utilizzata la standardizzazione indiretta, per cui ogni Azienda ULSS è confrontata con il dato medio regionale.

Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco specifico per classe di età e sesso. Valori per 1.000 abitanti. Anni 2005-2006.



Buona parte delle Aziende ULSS presenta valori di tasso standardizzato che non si discostano in modo importante rispetto al dato medio regionale, tuttavia vi sono alcuni scostamenti piuttosto evidenti da tale valore che riguardano l’Azienda ULSS di Belluno, con un tasso più basso rispetto alla regione, e le Aziende ULSS della provincia di Rovigo, che presentano tassi più elevati.

I soggetti affetti da scompenso cardiaco sono assistiti prevalentemente in ambito internistico (Medicina Generale nel 45,4% dei casi, Geriatria nel 24,8%). Le dimissioni da Cardiologia o Unità Coronarica costituiscono il 21% del totale. Nel periodo considerato questo aspetto si è mantenuto sostanzialmente invariato. Inoltre, si evidenzia l’esistenza di una relazione fra età e sesso del soggetto e reparto di dimissione.

Vi sono delle ragioni di tipo medico che possono spiegare perché la proporzione di soggetti seguiti in ambiente specialistico cala con l’età: un primo motivo può essere che i soggetti più giovani riconoscono più frequentemente cardiopatie rare e complesse come causa di scompenso e necessitano pertanto di particolari approfondimenti diagnostici; un’altra ragione riguarda il fatto che i soggetti anziani presentano frequentemente un gravoso carico di

comorbidità, che forse può essere gestito in modo più appropriato in un reparto di tipo internistico.

Rapporto standardizzato di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per Azienda ULSS di residenza. Anni 2005-2006.

Azienda Ulss di residenza	Rapporto standardizzato di ospedalizzazione	Limite inferiore	Limite superiore
Azienda Ulss 1 Belluno	0,83	0,78	0,88
Azienda Ulss 2 Feltre	0,93	0,87	1,00
Azienda Ulss 3 Bassano del Grappa	1,01	0,95	1,06
Azienda Ulss 4 Thiene	1,13	1,07	1,18
Azienda Ulss 5 Arzignano	1,12	1,07	1,18
Azienda Ulss 6 Vicenza	0,97	0,93	1,01
Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	1,11	1,07	1,16
Azienda Ulss 8 Asolo	0,97	0,92	1,02
Azienda Ulss 9 Treviso	0,90	0,87	0,94
Azienda Ulss 10 San Donà	0,96	0,91	1,00
Azienda Ulss 12 Veneziana	0,92	0,89	0,96
Azienda Ulss 13 Mirano Dolo	1,03	0,99	1,08
Azienda Ulss 14 Chioggia	1,18	1,11	1,24
Azienda Ulss 15 Cittadella	1,00	0,95	1,05
Azienda Ulss 16 Padova	0,95	0,92	0,99
Azienda Ulss 17 este	0,92	0,87	0,96
Azienda Ulss 18 Rovigo	1,50	1,45	1,56
Azienda Ulss 19 Adria	1,23	1,15	1,32
Azienda Ulss 20 Verona	0,93	0,90	0,96
Azienda Ulss 21 Legnago	0,94	0,89	0,99
Azienda Ulss 22 Bussolengo	0,90	0,86	0,94

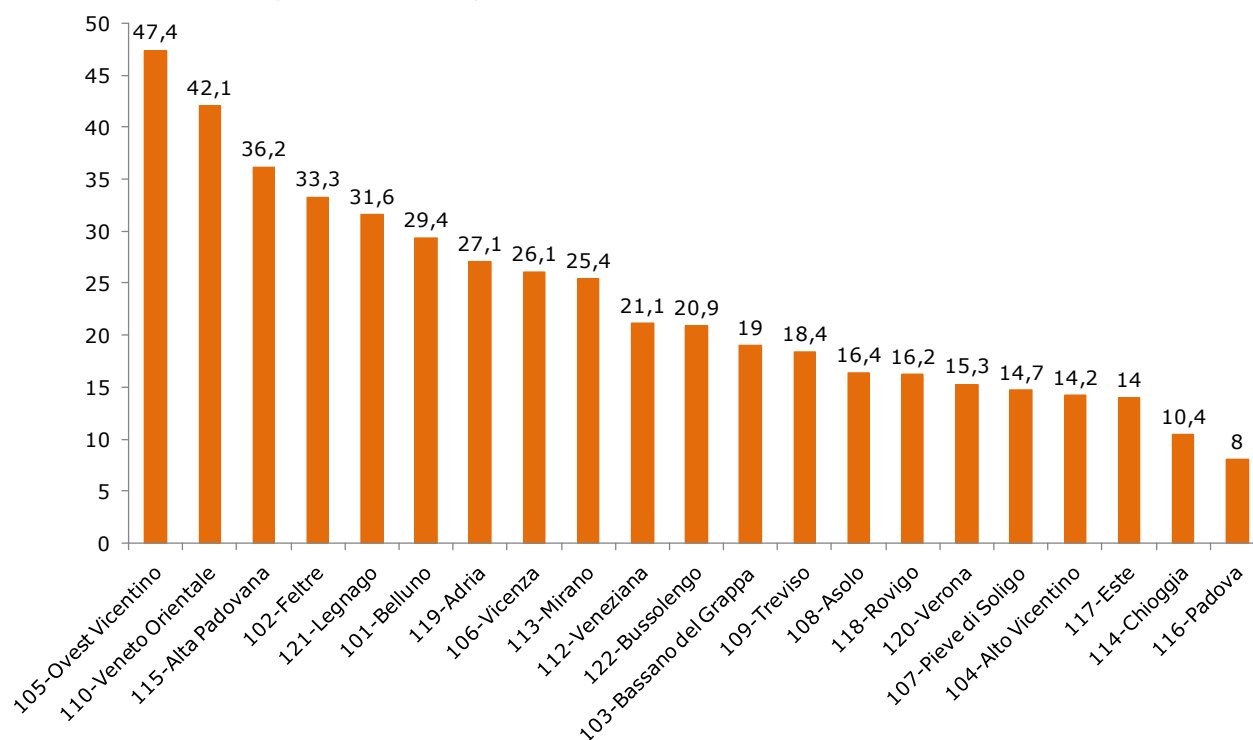
Difficilmente spiegabile invece è la differenza che si riscontra tra i due sessi.

Percentuale di soggetti dimessi da Cardiologia-UTIC sul totale dei ricoverati per scompenso cardiaco, per sesso e classi di età. Anni 2005-2006.

Classe di età	Maschio	Femmina
0-44	50,2	43
45-54	56,4	47,6
55-64	51,2	42,3
65-74	37,6	29,4
75-84	22,8	16,6
85 +	9,4	6,4
Totale	28	15,3

Una fonte di variabilità ancora maggiore rispetto al setting assistenziale dei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco è determinata dall’Azienda ULSS di residenza, riflettendo la variabilità dei modelli organizzativi diffusi nel territorio regionale.

Percentuale di soggetti dimessi da Cardiologia-UTIC sul totale dei ricoverati per scompenso cardiaco, per Azienda ULSS di residenza. Anni 2005-2006.



Il dato è presentato in termini grezzi, senza aggiustamento per sesso ed età. Le differenze peraltro sono estremamente evidenti e tali da non essere spiegate dalla diversa composizione per età e sesso della casistica.

In conclusione, le ospedalizzazioni per scompenso cardiaco sono tra le principali cause di ricovero nella nostra Regione e sono in aumento, principalmente per il progressivo invecchiamento della popolazione. Il profilo assistenziale presenta una certa variabilità in relazione all’età e al sesso dei soggetti e alle caratteristiche organizzative e strutturali delle Aziende ULSS.

L'ospedalizzazione per ictus

Le malattie cerebrovascolari acute costituiscono un ambito estremamente rilevante per la loro diffusione e per le gravi conseguenze sullo stato di salute delle persone colpite. Negli ultimi anni le conoscenze sull'approccio terapeutico per questo tipo di patologie hanno conosciuto un notevole cambiamento, con ripercussioni evidenti sull'organizzazione dell'assistenza che ha portato all'introduzione di nuovi modelli assistenziali in particolare per il trattamento della fase acuta. In questo paragrafo si illustreranno sinteticamente i principali aspetti epidemiologici dell'ospedalizzazione per ictus, con un breve flash per Azienda ULSS di residenza.

Sono stati considerati i ricoveri con le seguenti diagnosi principali:

- Emorragia sub aracnoidea (codice ICD-9-CM 430);
- Emorragia cerebrale (codice 431);
- Ictus ischemico o non specificato (codici 434.- e 436).

I trasferimenti tra ospedali per acuti (evento frequente soprattutto per gli ictus di tipo emorragico) sono stati ricondotti allo stesso evento, che costituisce la nostra unità di analisi. Ogni anno tra i residenti nel Veneto si registrano quasi diecimila eventi ospedalizzati di ictus. Quasi l'80% degli eventi è di tipo ischemico (o non classificato, secondo il codice SDO, ma comunque attribuibile ad ictus ischemico), nel 17-18% dei casi si tratta di emorragia cerebrale e nel 3-4% di emorragia sub aracnoidea. È possibile constatare come il fenomeno, in termini di frequenze assolute, sia piuttosto stabile negli ultimi anni.

Numero di eventi ospedalizzati di ictus per tipo ed anno. Anni 2000-2006

Tipo di ictus	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Emorragia subaracnoidea	404	375	395	387	381	383	386
Emorragia cerebrale	1.702	1.736	1.639	1.684	1.774	1.893	1.813
Ictus ischemico	7.736	7.715	7.947	7.905	7.653	7.549	7.439
Totale	9.842	9.826	9.981	9.976	9.808	9.825	9.638

La stabilità del numero di eventi a fronte di modifiche demografiche piuttosto importanti (aumento della numerosità della popolazione e della quota di popolazione anziana) comporta una diminuzione dei tassi grezzo e standardizzato di ospedalizzazione per ictus, sia nei maschi che nelle femmine.

Tasso di ospedalizzazione grezzo e standardizzato per ictus. Valori per 100.000 abitanti. Standardizzazione diretta, popolazione standard maschile e femminile Veneto 2000. Anni 2000-2006.

Anno	Tasso Grezzo		Tasso Standardizzato	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
2000	210,2	228,2	210,2	228,2
2001	207	228,3	202,3	221,8
2002	206,3	233,6	198,4	220,7
2003	208,6	226,9	196,7	209,3
2004	207,6	214,7	193,9	196
2005	203,9	214	188,1	192,3
2006	193,4	213	175,4	189,1

Come molte malattie croniche l'ictus è strettamente legato all'età ed è più frequente nel genere maschile. Dai dati riportati si può osservare come circa il 73% degli eventi si sia verificato in soggetti di età pari o superiore a 70 anni.

Eventi di ictus ospedalizzati per classe di età e sesso. Anni 2000-2006.

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
0-49	2.038	1.481	3.519
50-59	3.010	1.630	4.640
60-69	6.887	3.786	10.673
70-79	11.445	10.842	22.287
80-100	8.848	18.929	27.777
Totale	32.228	36.668	68.896

A livello di singola Azienda ULSS di residenza si può osservare una certa variabilità nel tasso di ospedalizzazione per ictus. In linea generale gli scostamenti dall'unità sono di modesta entità. Fanno eccezione alcune Aziende ULSS (in particolare l'Azienda ULSS 5). È presumibile che parte delle differenze riscontrate sia giustificata da una diversa "gestione" del dato SDO (con conseguente diversa accuratezza dei codici selezionati).

Rapporto standardizzato di ospedalizzazione per ictus per Azienda ULSS di residenza. Anni 2005-2006.

Azienda Ulss	Rapporto standardizzato di ospedalizzazione	Limite inferiore	Limite superiore
Azienda Ulss 1 Belluno	0,73	0,67	0,80
Azienda Ulss 2 Feltre	1,03	0,94	1,14
Azienda Ulss 3 Bassano del Grappa	1,08	1,00	1,16
Azienda Ulss 4 Thiene	1,13	1,05	1,21
Azienda Ulss 5 Arzignano	1,58	1,48	1,68
Azienda Ulss 6 Vicenza	1,17	1,11	1,23
Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	1,14	1,07	1,21
Azienda Ulss 8 Asolo	1,02	0,95	1,09
Azienda Ulss 9 Treviso	0,91	0,87	0,96
Azienda Ulss 10 San Donà	1,03	0,97	1,10
Azienda Ulss 12 Veneziana	0,87	0,82	0,91
Azienda Ulss 13 Mirano Dolo	0,93	0,87	0,99
Azienda Ulss 14 Chioggia	0,88	0,80	0,96
Azienda Ulss 15 Cittadella	1,00	0,93	1,07
Azienda Ulss 16 Padova	0,87	0,83	0,92
Azienda Ulss 17 este	1,01	0,95	1,09
Azienda Ulss 18 Rovigo	1,19	1,12	1,27
Azienda Ulss 19 Adria	1,08	0,98	1,20
Azienda Ulss 20 Verona	0,89	0,85	0,93
Azienda Ulss 21 Legnago	1,12	1,04	1,20
Azienda Ulss 22 Bussolengo	0,92	0,86	0,98

Una misura della gravità dell'ictus è la mortalità intraospedaliera: circa il 20% dei soggetti colpiti da ictus decede in ospedale. Dai dati riportati nella tabella seguente pare apprezzabile un graduale miglioramento della prognosi a breve termine di questi soggetti.

Letalità intraospedaliera. Valori percentuali sul totale delle dimissioni per tipo di ictus e anno.
Anni 2000-2006.

Tipologia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Emorragia cerebrale	30,4	31	30,5	32,4	31,2	32,3	29
Emorragia subaracnoidea	28,5	21,9	22,8	22,2	20,5	18,3	20,5
Ictus ischemico	17,6	16,3	16,2	15,9	15,3	14,5	13,8
Totale	20,2	19,1	18,8	18,9	18,4	18	17

I soggetti con ictus emorragico sono assistiti prevalentemente nei reparti di neurochirurgia, terapia intensiva (22%) e neurologia (14%), mentre una quota rilevante dei soggetti con ictus ischemico o non specificato è assistita nei reparti di medicina generale e geriatria.

Eventi ospedalizzati di ictus per reparto di dimissione. Valori percentuali per tipo di ictus.
Anni 2000-2006.

Reparto di dimissione	Emorragia subaracnoidea	Emorragia cerebrale	Ictus ischemico
49-Terapia intensiva	22,6	15,9	1
32-Neurologia	14,1	31,5	43,7
30-Neurochirurgia	44,2	10,6	0,1
26-Medicina generale	6,5	16,9	29,1
21-Geriatria	2,3	9	15,1
Altro	10,3	16,1	11
Totale	100	100	100

50

Per i soggetti con ictus ischemico si assiste ad un incremento nella proporzione di ricoveri in neurologia. Non è possibile evidenziare la "Stroke Unit" in quanto non è identificabile nella SDO. Con tale denominazione si definisce un centro di terapia per le malattie cerebrovascolari acute, dotato in genere di 4-16 letti, dove ricoverare i malati con ictus, onde poterli sottoporre tempestivamente ad un protocollo diagnostico completo e alla terapia più adeguata al tipo di ictus.

Eventi ospedalizzati di ictus ischemico o non specificato per anno e reparto di dimissione. Anni 2000-2006.

Reparto di dimissione	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
21-Geriatria	1.244	1.283	1.206	1.102	1.165	1.061	1.078
26-Medicina generale	2.313	2.237	2.395	2.395	2.068	2.169	2.095
32-Neurologia	2.925	3.306	3.398	3.433	3.445	3.505	3.562
Altro	1.254	889	948	975	975	814	704
Totale	7.736	7.715	7.947	7.905	7.653	7.549	7.439
% dimessi da neurologia	37%	42%	42%	43%	45%	46%	48%

Il reparto di dimissione per i soggetti con ictus ischemico ha un forte legame con l'età del soggetto: all'aumentare dell'età dei soggetti si riduce in modo importante la proporzione di dimessi da neurologia.

Eventi ospedalizzati di ictus ischemico per età e reparto di dimissione. Anni 2005-2006.

Reparto di dimissione	0-49	50-59	60-69	70-79	80-100	Totale
21-Geriatria	.	3	74	591	1.471	2.139
26-Medicina generale	82	192	536	1.244	2.210	4.264
32-Neurologia	407	580	1.324	2.355	2.401	7.067
Altro	56	76	184	443	759	1.518
Totale	545	851	2.118	4.633	6.841	14.988
% dimessi da Neurologia	75%	68%	63%	51%	35%	47%

In conclusione, il numero assoluto di eventi cerebrovascolari acuti ospedalizzati appare stabile negli ultimi anni. Questo andamento è il risultato di tendenze con effetti contrastanti sull'occorrenza di ictus: da un lato l'aumento della popolazione anziana, dall'altro un miglior controllo dei fattori predisponenti. Si registra una certa variabilità nel confronto fra le Aziende ULSS di residenza, che appare non del tutto spiegabile da caratteristiche epidemiologiche.

La letalità intraospedaliera mostra una tendenza al calo.

Per quanto riguarda gli ictus di tipo ischemico c'è un netto incremento delle dimissioni da Neurologia, parametro tuttavia legato in modo stretto all'età del soggetto.

1.4 Ospedalizzazione per tumori maligni

Introduzione e metodi

L'attività epidemiologica in campo oncologico, oltre a produrre dati di incidenza e sopravvivenza, può anche fornire indicazioni sui percorsi assistenziali, utili per le decisioni di programmazione e governo clinico. Pur con limiti di completezza ed accuratezza delle informazioni riportate, le SDO consentono di monitorare in modo completo e tempestivo i rapidi cambiamenti nel carico e nel pattern assistenziale per le principali neoplasie che si stanno verificando in questi ultimi anni.

Per una valutazione complessiva dell'assistenza oncologica, sono state selezionate le SDO con codici ICD-9-CM 140-208 (diagnosi di tumore maligno), V58.0 (sessione di radioterapia), V58.1 (chemioterapia), V67.1 (controllo dopo radioterapia), V67.2 (controllo dopo chemioterapia) in qualsiasi posizione diagnostica, e con codice V10.x (anamnesi personale di tumore maligno) in posizione principale. In questo modo si è cercato di delineare un quadro complessivo dei percorsi terapeutici e di follow-up dei soggetti con tumore maligno.

Sono poi state condotte analisi separate per quattro specifiche sedi tumorali, tra le più rilevanti in termini di incidenza e carico assistenziale: prostata, colon-retto, polmone e mammella. A tal fine, sono state selezionate le SDO con lo specifico codice in qualunque posizione diagnostica (185 - tumori maligni della prostata, 153 e 154 - tumori maligni del colon e del retto, 162 - tumori maligni del polmone, 174 - tumori maligni della mammella femminile). Inoltre, sono state incluse le SDO con codice di anamnesi personale dello specifico tumore maligno (V10.46 - prostata, V10.05 e V10.06 - colon e retto, V10.1x - polmone, V10.3 - mammella) esclusivamente se presente in diagnosi principale o con una diagnosi principale di metastasi, neoplasia senza indicazione di sede, chemioterapia, radioterapia (196-199, V58.0, V58.1, V67.1, V67.2)

Per i ricoveri oncologici nel loro complesso e separatamente per ciascuna delle sedi tumorali di cui sopra, è stato utilizzato l'archivio regionale delle SDO degli anni 2000-2006, analizzando sia le dimissioni da strutture ospedaliere del Veneto (residenti e non residenti in Regione), sia i ricoveri fuori Regione di residenti nel Veneto. Sono stati così analizzati il trend complessivo dei ricoveri, gli indici di attrazione (frazione sul totale delle dimissioni da ospedali del Veneto giustificata da non residenti) e di fuga (frazione sul totale delle dimissioni dei residenti nel Veneto giustificata da ricoveri fuori Regione). Considerando tutte le dimissioni da ospedali regionali, è stata valutata la distribuzione dei ricoveri per regime (ordinario o diurno) e tipo di DRG (medico o chirurgico); è stato poi analizzato l'andamento temporale dei DRG numericamente più rappresentati.

Infine, i risultati di tali elaborazioni di base hanno poi suggerito ulteriori analisi specifiche per singola neoplasia.

Ospedalizzazione per tutti i tumori

Considerando assieme tutti i tumori maligni, nel periodo analizzato si evidenzia globalmente un lieve incremento dei ricoveri, con un indice di attrazione in aumento, costantemente superiore all'indice di fuga, che invece si mantiene stabile. I ricoveri dei residenti (in Veneto e fuori regione) passano da 120.679 nel 2000 a 125.204 nel 2006 (+3,7%), in controtendenza rispetto alla riduzione complessiva dell'ospedalizzazione per tutte le cause registrata nello stesso periodo. Nel medesimo arco temporale i ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario rimangono stabili, mentre quelli in regime diurno raddoppiano; i ricoveri con DRG medico in regime diurno superano progressivamente i ricoveri ordinari.

Dimissioni per tumore maligno e indici di attrazione e di fuga. Anno 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Non residente in Veneto	10.577	11.302	11.515	11.199	11.702	12.202	12.086
Residente e ricoverato in Veneto	114.077	120.540	119.251	117.558	118.942	118.666	118.442
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	6.602	6.357	6.211	6.127	6.410	6.813	6.762
Indice di attrazione	8,50%	8,60%	8,80%	8,70%	9,00%	9,30%	9,30%
Indice di fuga	5,50%	5,00%	5,00%	5,00%	5,10%	5,40%	5,40%

Complessivamente nel 2006, a prescindere dal regime di ricovero, i ricoveri con DRG medico superano quelli con DRG chirurgico con una degenza media per i ricoveri ordinari superiore agli 11 giorni. Nel 2006 il 55% del totale dei ricoveri con menzione di tumore maligno è rappresentato da 10 DRG riportati in ordine di frequenza decrescente nella tabella che segue. Il DRG più rappresentato è quello di chemioterapia non per leucemia acuta, in aumento del 34% nel periodo analizzato e che da solo giustifica un quarto dei ricoveri oncologici. In rilevante crescita anche il numero dei ricoveri con DRG di radioterapia (+108%), di fratture patologiche/localizzazioni scheletriche (+66%), chirurgia mammaria conservativa senza menzione di comorbidità o complicanze (+25%), interventi sulla cute (+23%). Crescono considerevolmente anche i ricoveri con DRG riferibile almeno in parte a follow-up di pazienti

con tumore maligno (DRG 408 e 412). Calano drasticamente invece i ricoveri con DRG medico di neoplasie dell'apparato respiratorio.

Distribuzione delle dimissioni dalle strutture del Veneto per regime di ricovero e tipo di DRG: numero, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio accessi). Anno 2006.

REGIME RICOVERO	DRG	NUMERO DIMISSIONI	%	GIORNATE DI DEGENZA	%	DEGENZA MEDIA
Ordinario	Chirurgico	31.469	24	329.103	29	10,5
	Medico	41.506	32	486.294	43	11,7
Diurno	Chirurgico	11.125	9	25.204	2	2,3
	Medico	46.428	36	291.728	26	6,3
Totale		130.528	100	1.132.329	100	8,7

Dimissioni dalle strutture del Veneto con menzione di tumore maligno per anno: primi 10 DRG e percentuale sul totale dei ricoveri per tumore maligno nel 2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Percentuale 2006
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	25.280	30.241	31.400	30.589	32.321	31.593	33.821	26%
311-Interventi per via transuretrale no CC	4.869	4.847	4.651	4.584	4.708	4.941	5.096	4%
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	6.912	6.282	6.161	5.699	5.457	5.343	5.093	4%
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o pancreas	5.106	5.194	5.239	5.249	5.382	5.104	4.853	4%
412-Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	3.234	4.075	3.889	3.648	3.825	3.975	4.407	3%
408-Alteraz.mieloproliferative. o neoplasie poco differenziare con altri interventi	2.568	2.916	3.258	3.532	3.665	3.919	4.345	3%
409-Radioterapia	2.003	3.507	2.752	2.549	3.197	3.710	4.160	3%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	2.122	2.563	2.758	3.154	3.622	3.469	3.529	3%
260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne no CC	2.372	2.747	2.820	2.841	2.785	3.003	2.955	2%
266-Trapianti pelle e/o sbrigliamento eccetto ulcere pelle/cellulite no CC	2.366	2.523	2.652	2.824	2.781	3.022	2.910	2%

Neoplasie della prostata

Il totale dei ricoveri dei residenti nel Veneto per tumore della prostata è cresciuto da 6.181 nel 2000 fino a 7.265 nel 2002, per poi attestarsi a 6.523 nel 2006.

Dimissioni con diagnosi di tumore della prostata. Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Non residente in Veneto	585	758	733	820	807	803	865
Residente e ricoverato in Veneto	6.014	6.850	7.112	6.883	6.857	6.902	6.328
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	167	157	153	138	141	194	195
Indice di attrazione	8,90%	10,00%	9,30%	10,60%	10,50%	10,40%	12,00%
Indice di fuga	2,70%	2,20%	2,10%	2,00%	2,00%	2,70%	3,00%

La rilevazione mostra come l'indice di attrazione aumenti sostanzialmente nell'arco temporale esaminato fino a raggiungere il 12%, e superi di gran lunga l'indice di fuga.

Dimissioni con diagnosi di tumore della prostata: saldo attrazione e fuga. Anni 2000-2006.



Il regime di ricovero risulta prevalentemente ordinario, e la quota di ricoveri diurni è costituita quasi esclusivamente da DRG medici. Tra i ricoveri ordinari quelli con DRG chirurgico prevalgono su quelli con DRG medico, peraltro caratterizzati da una degenza media superiore.

I primi 10 DRG in ordine di frequenza nel 2006 giustificano il 73% del totale dei ricoveri selezionati. I DRG medici di "neoplasia maligna dell'apparato genitale maschile", con o senza menzione di comorbidità e complicanze, si sono più che dimezzati nel periodo considerato, mentre almeno fino al 2004 si è registrato un notevolissimo incremento dei ricoveri con DRG chirurgico di intervento maggiore sulla pelvi maschile. Da notare anche la notevole proporzione di DRG di radioterapia. Si osserva infine la presenza di una quota seppur limitata di DRG di prostatectomia transuretrale che potrebbe essere attribuibile o ad una errata compilazione del codice 185, od in certi casi, al riscontro incidentale di un focolaio di neoplasia maligna dopo l'intervento.

Distribuzione delle dimissioni dalle strutture del Veneto per regime di ricovero e tipo di DRG: numero, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio accessi). Anno 2006.

REGIME RICOVERO	DRG	NUMERO DIMISSIONI	%	GIORNATE DI DEGENZA	%	DEGENZA MEDIA
Ordinario	Chirurgico	2.850	40	26.451	43	9,3
	Medico	2.032	28	23.901	39	11,8
Diurno	Chirurgico	297	4	423	1	1,4
	Medico	2.014	28	10.446	17	5,2
Totale		7.193	100	61.221	100	8,5

Sono stati identificati (dimissioni con diagnosi 185 e codice di intervento ICD-9-CM 60.5) 8.916 interventi di prostatectomia radicale eseguiti su residenti nel Veneto (in Regione o fuori Regione) nei sette anni esaminati. Si è rilevata una fortissima crescita di tali interventi, dai 742 del 2000 ai 1.767 del 2004; solo negli ultimi due anni di osservazione si è registrata una lieve flessione, con 1.668 interventi effettuati nell'anno 2006. I tassi di prostatectomia radicale sono aumentati in tutte le classi di età fino al 2004; nel 2005-2006 si osserva una stabilizzazione nelle età più giovani ed una flessione sopra i 70 anni. Nella classe di età 60-69 nel 2006 si è comunque raggiunto un tasso pari a 400 interventi su 100.000 abitanti.

La capacità di attrazione degli ospedali regionali è confermata dai dati sulle prostatectomie radicali: tra gli interventi effettuati nel Veneto, circa il 20% riguarda residenti di altre Regioni. Il numero di strutture in cui si esegue la procedura è rimasto sostanzialmente stabile; dato il

considerevole aumento degli interventi, la percentuale di quelli eseguiti in ospedali in cui si effettuano almeno 50 prostatectomie all'anno è salita fino ad attestarsi al di sopra del 70% già a partire dal 2003. Contemporaneamente è cresciuta la quota eseguita in strutture a gestione privata, fino a raggiungere il 24% nel 2006. La degenza media dei ricoveri con prostatectomia radicale è scesa da 12,1 giornate nel 2000 a 9,5 giornate nel 2006.

Dimissioni dalle strutture del Veneto con menzione di tumore della prostata per anno: primi 10 DRG e percentuale sul totale dei ricoveri per tumore alla prostata nel 2006. Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Percentuale 2006
335-Interventi maggiori pelvi maschile no CC	871	1.199	1.408	1.696	1.909	1.874	1.876	26%
409-Radioterapia	190	442	564	460	309	535	757	11%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	350	585	586	589	540	578	517	7%
346-Neoplasie maligne apparato genitale maschile con CC	848	854	742	643	555	520	450	6%
347-Neoplasie maligne apparato genitale maschile no CC	1.088	975	860	592	520	407	417	6%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	143	158	226	259	327	439	412	6%
344-Altri interventi apparato riprodutt. masch., per neoplasie maligne	131	129	146	219	353	378	313	4%
337-Prostatectomia transuretrale no CC	205	203	233	229	194	201	225	3%
334-Interventi maggiori pelvi maschile con CC	93	212	243	270	276	205	191	3%
127-Insufficienza cardiaca e shock	139	160	158	159	189	156	114	2%

In conclusione, l'aumento dell'incidenza della neoplasia prostatica dovuto al diffondersi del ricorso al dosaggio del PSA al di fuori di programmi di screening organizzato, ha determinato radicali cambiamenti nell'assistenza ospedaliera: gli interventi di prostatectomia radicale sono più che raddoppiati e solo negli ultimi anni sembrano aver raggiunto una stabilizzazione, ma anche altri profili di cura (es. radioterapia) risultano in crescita. Da segnalare la notevole capacità di attrazione che le strutture ospedaliere venete esercitano sui residenti in altre Regioni.

Neoplasie del colon-retto

Il totale dei ricoveri dei residenti con diagnosi di tumore del colon-retto, pur con delle ampie fluttuazioni nel periodo considerato, aumenta dell'11% passando da 14.059 nel 2000 a 15.584 nel 2006. L'indice di attrazione è stabilmente superiore a quello di fuga.

Dimissioni con diagnosi di tumore del colon e del retto: indici di attrazione e fuga.
Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Non residente in Veneto	729	811	736	785	850	850	936
Residente e ricoverato in Veneto	13.463	15.219	14.691	14.265	15.223	14.859	15.091
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	596	597	523	592	572	577	493
Indice di attrazione	5,10%	5,10%	4,80%	5,20%	5,30%	5,40%	5,80%
Indice di fuga	4,20%	3,80%	3,40%	4,00%	3,60%	3,70%	3,20%

Nel 2006 il 47% dei ricoveri era rappresentato da DRG medici in regime diurno, con un numero medio di accessi superiori a 8. Tra i ricoveri in regime ordinario, quelli con DRG chirurgico superano quelli con DRG medico, sia come numero che come degenza media, arrivando quindi a giustificare quasi il doppio delle giornate di degenza.

Distribuzione delle dimissioni dalle strutture del Veneto per regime di ricovero e tipo di DRG: numero, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio accessi).

Anno 2006.

REGIME RICOVERO	DRG	NUMERO DIMISSIONI	%	GIORNATE DI DEGENZA	%	DEGENZA MEDIA
Ordinario	Chirurgico	4.396	27	70.284	41	16
	Medico	3.968	25	41.048	24	10,3
Diurno	Chirurgico	69	0	340	0	4,9
	Medico	7.594	47	61.767	36	8,1
Totale		16.027	100	173.439	100	10,8

I primi 10 DRG giustificavano nel 2006 l'88% dei ricoveri selezionati. Il DRG più rappresentato è il 410 (chemioterapia). Nel periodo considerato sono aumentati sensibilmente (nel complesso +24%) i DRG chirurgici di interventi maggiori su intestino crasso e tenue e quelli di resezione rettale, mentre sono diminuiti (nel complesso -33%) quelli medici di neoplasie maligne dell'apparato digerente.

Dimissioni dalle strutture del Veneto con menzione di tumore del colon-retto per anno: primi 10 DRG e percentuale sul totale dei ricoveri per tumore del colon-retto nel 2006.

Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Percentuale 2006
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	5.106	6.785	6.842	6.415	7.240	7.003	7.664	48%
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza cc	1.154	1.269	1.262	1.322	1.401	1.549	1.638	10%
148-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, con CC	1.257	1.315	1.337	1.373	1.507	1.464	1.441	9%
172-Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	1.599	1.568	1.538	1.548	1.506	1.409	1.252	8%
173-Neoplasie maligne dell'apparato digerente no CC	1.506	1.292	1.065	1.013	963	951	849	5%
147-Resezione rettale no CC	361	355	330	349	388	373	415	3%
409-Radioterapia	225	392	340	334	363	327	327	2%
146-Resezione rettale con CC	234	251	256	247	232	253	246	2%
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o pancreas	232	242	254	247	311	240	183	1%
411-Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	254	326	192	142	145	167	138	1%

Tra i ricoveri dei residenti con tumore maligno del colon e del retto, sono stati poi selezionati quelli con interventi di resezione del colon (codici 45.7x-45.8) o del retto (48.49, 48.5, 48.6x; i pochi ricoveri con sovrapposizione dei codici sono stati classificati come resezioni rettali); il numero assoluto di entrambe le categorie di intervento chirurgico cresce costantemente nei sette anni analizzati (colon +31%, retto +23%, complessivamente +29%), fino a raggiungere i 2.401 interventi di resezione per tumore del colon ed i 1.021 per tumore del retto nel 2006.

Rapportando i numeri assoluti di intervento chirurgico alla popolazione residente, nei maschi, almeno a partire dai 60 anni, il tasso di intervento risulta circa doppio rispetto alle femmine. I tassi di intervento aumentano nel periodo considerato nei maschi in tutte le classi di età, ma in misura relativamente più pronunciata nella popolazione più anziana (≥ 80 anni); nelle donne principalmente nella fascia di età dei 60-69 anni.

Con riferimento alle diverse tipologie di intervento di resezione rettale, gli interventi di amputazione addomino-perineale (codice 48.5) sono in lieve diminuzione dal 16,2% nel 2000 al 14% nel 2006. In quasi la metà degli interventi di resezione del retto è menzionata nella SDO la creazione di una stomia, permanente o temporanea. La mortalità intraospedaliera nei ricoveri con resezione di neoplasia del colon-retto è risultata complessivamente del 2,6%.

In conclusione, l'aumento dell'incidenza delle neoplasie del grosso intestino e l'invecchiamento della popolazione hanno contribuito ad un aumento complessivo dei ricoveri, sostenuto principalmente dagli interventi chirurgici di resezione e dai cicli di trattamento chemioterapico.

Neoplasie del polmone

I ricoveri dei residenti con segnalazione di neoplasia polmonare scendono da 14.080 nel 2000 a 12.391 nel 2006 (-12%). L'indice di attrazione è stabilmente superiore a quello di fuga per tutto il periodo considerato.

Dimissioni con diagnosi di tumore del polmone: indici di attrazione e fuga. Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Non residente in Veneto	739	635	679	535	559	689	624
Residente e ricoverato in Veneto	13.495	13.337	12.998	12.292	12.014	12.032	12.058
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	585	457	389	343	353	399	333
Indice di attrazione	5,20%	4,50%	5,00%	4,20%	4,40%	5,40%	4,90%
Indice di fuga	4,20%	3,30%	2,90%	2,70%	2,90%	3,20%	2,70%

L'analisi dell'andamento dei ricoveri mostra un calo del 16% nel sesso maschile (da 11.612 a 9.698 ricoveri), mentre le ospedalizzazioni nel sesso femminile, che risultavano pari 3.207 nel 2000 (un quarto circa dei ricoveri degli uomini), rimangono sostanzialmente stabili (+3%) pari a 3.317 nel 2006.

Distribuzione delle dimissioni dalle strutture del Veneto per regime di ricovero e tipo di DRG: numero, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio accessi). Anno 2006.

REGIME RICOVERO	DRG	NUMERO DIMISSIONI	%	GIORNATE DI DEGENZA	%	DEGENZA MEDIA
Ordinario	Chirurgico	1.450	11	19.674	15	13,6
	Medico	6.633	52	81.512	61	12,3
Diurno	Chirurgico	123	1	430	0	3,5
	Medico	4.476	35	31.108	23	6,9
Totale		12.682	100	132.724	100	10,5

Nello stesso periodo, si riduce il numero di decessi avvenuti durante un ricovero con diagnosi di tumore del polmone (-16%), anche se i 1.891 decessi verificatisi nel 2006 rappresentano comunque una quota rilevante della mortalità intraospedaliera totale.

I ricoveri per tumore polmonare sono per gran parte attribuiti a DRG medici, in particolare in regime ordinario; i ricoveri con DRG chirurgico sono quasi tutti ordinari, con una degenza media di circa due settimane.

Dimissioni dalle strutture del Veneto con menzione di tumore del polmone per anno: primi 10 DRG e percentuale sul totale dei ricoveri per tumore del polmone nel 2006. Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Percentuale 2006
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	3.514	3.827	3.956	3.677	3.858	3.941	4.262	34%
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	5.970	5.353	5.181	4.828	4.566	4.491	4.202	33%
075-Interventi maggiori sul torace	950	866	915	843	796	837	812	6%
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	150	218	218	314	298	320	340	3%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	176	158	189	243	254	244	287	2%
076-Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	261	272	248	247	231	279	284	2%
409-Radioterapia	305	328	197	162	213	238	253	2%
077-Altri interventi sull'apparato respiratorio no CC	125	155	152	102	123	152	180	1%
010-Neoplasie del sistema nervoso con CC	174	210	258	235	217	236	179	1%
127-Insufficienza cardiaca e shock	86	123	117	99	93	101	122	1%

I primi 10 DRG più frequenti nel 2006 rappresentano l'86% del totale dei ricoveri con menzione di tumore polmonare. Tra i DRG medici è in crescita quello relativo a trattamenti chemioterapici (+21%), mentre diminuiscono sensibilmente i ricoveri per "Neoplasie dell'apparato respiratorio" (-30%). L'andamento dei ricoveri con intervento chirurgico (considerando assieme i principali DRG chirurgici 75, 76, 77) risulta in lieve flessione (-4%), anche se per i ricoveri con "interventi chirurgici maggiori" considerati isolatamente si registra un calo marcato. Da notare infine l'incremento dei ricoveri con DRG riferibili ad insufficienza respiratoria. L'individuazione dei principali pattern assistenziali intraospedalieri è stata ottenuta secondo la seguente metodologia: sono stati selezionati i residenti nel Veneto dimessi con diagnosi di tumore del polmone nel 2005 senza precedente ricovero per la neoplasia negli anni 2000-2004, e si sono poi rintracciati nel periodo 2005-2006 i ricoveri per intervento chirurgico potenzialmente curativo (intervento 32.39-32.9), chemioterapia (diagnosi V581, V672),

radioterapia (diagnosi V580, V671). Il limite principale di tale approccio consiste in una valutazione solo parziale dei trattamenti radioterapico e chemioterapico in regime di ricovero (non considerando dunque quelli erogati ambulatorialmente). Dei 3.696 soggetti selezionati in questo modo, il 17% era stato sottoposto ad intervento chirurgico, il 39% a chemioterapia ed il 6% a radioterapia in regime di ricovero; escludendo i ricoveri oltre i 70 anni la quota di pazienti trattati chirurgicamente sale a circa il 25%.

In conclusione, la riduzione dei ricoveri per tumore del polmone, giustificata interamente dal sesso maschile, riflette almeno in parte l'andamento dell'incidenza, in marcata riduzione negli uomini e stabile nelle donne. I profili di cura ospedalieri risultano sovrapponibili ad analisi simili condotte in altre Regioni.

Neoplasie della mammella

Il numero di ricoveri totali dei residenti con segnalazione di neoplasia mammaria nel 2006 è risultato pari a 17.539. Diversamente dalle altre sedi tumorali esaminate, l'indice di fuga è superiore a quello di attrazione, ed il conseguente saldo negativo della mobilità si registra per tutto il periodo considerato.

Dimissioni con diagnosi di tumore della mammella: indici di attrazione e fuga. Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Non residente in Veneto	638	628	747	628	648	848	873
Residente e ricoverato in Veneto	15.805	17.163	17.143	16.623	16.261	16.342	16.377
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	1.032	1.133	1.107	1.019	1.118	1.157	1.162
Indice di attrazione	3,90%	3,50%	4,20%	3,60%	3,80%	4,90%	5,10%
Indice di fuga	6,10%	6,20%	6,10%	5,80%	6,40%	6,60%	6,60%

64 Circa il 60% dei ricoveri totali avviene in regime diurno e di questi la maggior parte è attribuita a DRG medici. Tra i ricoveri ordinari quelli attribuiti a DRG chirurgico risultano circa il doppio rispetto ai ricoveri con DRG medico, però con un consumo pressoché uguale di giornate di degenza legato alla maggior degenza media dei ricoveri medici.

Distribuzione delle dimissioni dalle strutture del Veneto per regime di ricovero e tipo di DRG: numero, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio accessi). Anno 2006.

REGIME RICOVERO	DRG	NUMERO DIMISSIONI	%	GIORNATE DI DEGENZA	%	DEGENZA MEDIA
Ordinario	Chirurgico	5.044	29	24.064	21	4,8
	Medico	2.287	13	25.636	23	11,2
Diurno	Chirurgico	1.357	8	3.439	3	2,5
	Medico	8.562	50	58.846	53	6,9
Totale		17.250	100	111.985	100	6,5

Nel 2006 i 10 DRG più frequenti rappresentano il 90% del totale dei ricoveri con menzione di tumore mammario. Tra questi i ricoveri con DRG di chemioterapia risultano i più numerosi con un aumento del 13% nel periodo considerato. Tra i ricoveri chirurgici, da sottolineare il calo del 19% delle mastectomie radicali (DRG 257-258), il cui numero risulta nel 2006 pari a 1.477, e la contemporanea crescita del 25% degli interventi conservativi (DRG 259-260), che nel 2006 assommano a 3.241. E' invece crollato il numero di ricoveri con DRG medico di neoplasie maligne della mammella femminile, con o senza menzione di complicanze. Un numero consistente di ricoveri è riferibile a localizzazioni scheletriche (DRG 239) o a follow-up di donne con tumore mammario (DRG 408). In sintesi tali dati sembrano indicare un progressivo e costante cambiamento nella direzione di una maggior appropriatezza dei profili di cura clinici ed organizzativi del tumore della mammella.

Dimissioni dalle strutture del Veneto con menzione di tumore della mammella per anno: primi 10 DRG e percentuale sul totale dei ricoveri per tumore della mammella nel 2006. Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Percentuale 2006
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	6.414	7.156	7.438	6.826	6.533	6.738	7.238	42%
260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne no cc	2.358	2.734	2.804	2.824	2.775	2.986	2.945	17%
258-Mastectomia totale per neoplasie maligne no cc	1.495	1.516	1.463	1.349	1.294	1.313	1.215	7%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	744	995	1.045	1.282	1.332	1.142	1.105	6%
408-Alteraz.mieloproliferative. o neoplasie poco differenziare con altri interventi	516	621	805	898	932	998	1.101	6%
409-Radioterapia	225	718	396	232	582	512	568	3%
274-Neoplasie maligne della mammella con cc	1.044	833	822	740	682	672	533	3%
259-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con cc	252	240	247	313	278	295	296	2%
257-Mastectomia totale per neoplasie maligne con cc	335	305	330	285	241	253	262	2%
275-Neoplasie maligne della mammella no cc	1.082	674	563	434	418	427	248	1%

L'evidenza di un cambiamento del profilo di trattamento chirurgico del tumore della mammella ha consigliato una successiva analisi dei trend temporali per individuare eventuali relazioni con i volumi di attività delle diverse strutture. Sono dunque stati selezionati i ricoveri delle donne residenti nel Veneto effettuati nelle strutture regionali con diagnosi 174 e codice di chirurgia conservativa (85.21-85.23) o di chirurgia radicale (85.41-85.48); in caso di più ricoveri è stato considerato il primo. E' stata inclusa nell'approccio conservativo anche la biopsia chirurgica della mammella (85.12), in assenza di altra segnalazione di intervento (infatti genera lo stesso DRG della chirurgia conservativa, e nel periodo considerato, a differenza degli altri codici, era compresa nella lista regionale degli interventi eseguibili in day surgery).

La rilevazione mostra come il diffondersi della chirurgia conservativa abbia interessato non solo le fasce di età coinvolte nello screening mammografico (dove nel 2006 un primo approccio non demolitivo interessa quasi l'80% delle donne trattate per tumore mammario), ma anche le donne sopra i 70 anni.

Proporzione di donne trattate in ospedali a basso (<50 pazienti/anno operate per tumore mammario), medio (50-100) ed alto (>100) volume di attività, e corrispondenti percentuali di chirurgia conservativa. Anni 2000-2006.

	Proporzione di donne trattate (%)			Chirurgia conservativa %		
	<50	50-100	>100	<50	50-100	>100
2000	22	23	55	47	50	63
2001	21	30	49	46	61	64
2002	17	33	51	54	57	66
2003	16	29	56	58	64	66
2004	12	41	47	58	66	69
2005	14	28	58	61	65	71
2006	13	36	51	64	68	73

Nel periodo 2000-2006 si assiste ad un progressivo calo della percentuale di donne trattate in ospedali a basso volume di attività (meno di 50 chirurgie per tumore mammario/anno), in parallelo ad un progressivo aumento della percentuale di donne trattate negli ospedali a medio volume di attività. Contemporaneamente, la diffusione della chirurgia conservativa ha interessato tutte le strutture sia ad alto che medio-basso volume di attività.

In conclusione, parallelamente all'implementazione dei programmi di screening mammografico, nel periodo esaminato si è registrato un diffondersi del ricorso alla chirurgia conservativa, che peraltro si è esteso anche alle donne più anziane. Vi è da segnalare che, diversamente dalle rilevazioni inerenti le altre sedi tumorali esaminate, l'indice di fuga è superiore a quello di attrazione.

Fonti

ISTAT

Istituto Nazionale di Statistica - Ufficio regionale per il Veneto

Corso del Popolo, 23 - 30172 Venezia-Mestre

Telefono: 041 5070811

Fax: 041 5070835

e-mail: urve@istat.it

Sito Internet: <http://demo.istat.it/>

Direzione Sistema Statistico Regionale della Regione del Veneto

affidente alla Segreteria Generale Programmazione

Rio dei Tre Ponti Dorsoduro, 3494 - 30123 Venezia

Telefono: 041 2792109

Fax. 041 2792099

e-mail: statistica@regione.veneto.it

Sito Internet: <http://statistica.regione.veneto.it/>

CRRC - SER

Centro regionale di riferimento per il coordinamento del Sistema Epidemiologico della Regione del Veneto - c/o Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto dell'Azienda ULSS 8 di Asolo.

Via dei Carpani, 16/z - 31033 Castelfranco Veneto (TV)

Telefono: 0423 732790 oppure 0423 732941

Fax: 0423 732791

e-mail: ser@ulssasolo.ven.it

Sito Internet: <http://www.ser-veneto.it/>

Veneto Lavoro

Ente strumentale della Regione Veneto per le politiche dell'occupazione

Via Ca' Marcello, 67/b - 30172 Venezia Mestre

Telefono: 041 2919311

Fax: 041 2919312

e-mail: mail.lavoro@venetolavoro.it

Sito Internet: <http://www.venetolavoro.it/>

Veneto Immigrazione

Banca dati promossa dalla Regione del Veneto e realizzata da Italia Lavoro (Unità Territoriale Veneto).

Centro "La Vela" Via Ancona n.22-24 – 30172 Venezia Mestre

Telefono: 041 5455810

Fax: 041 2580128

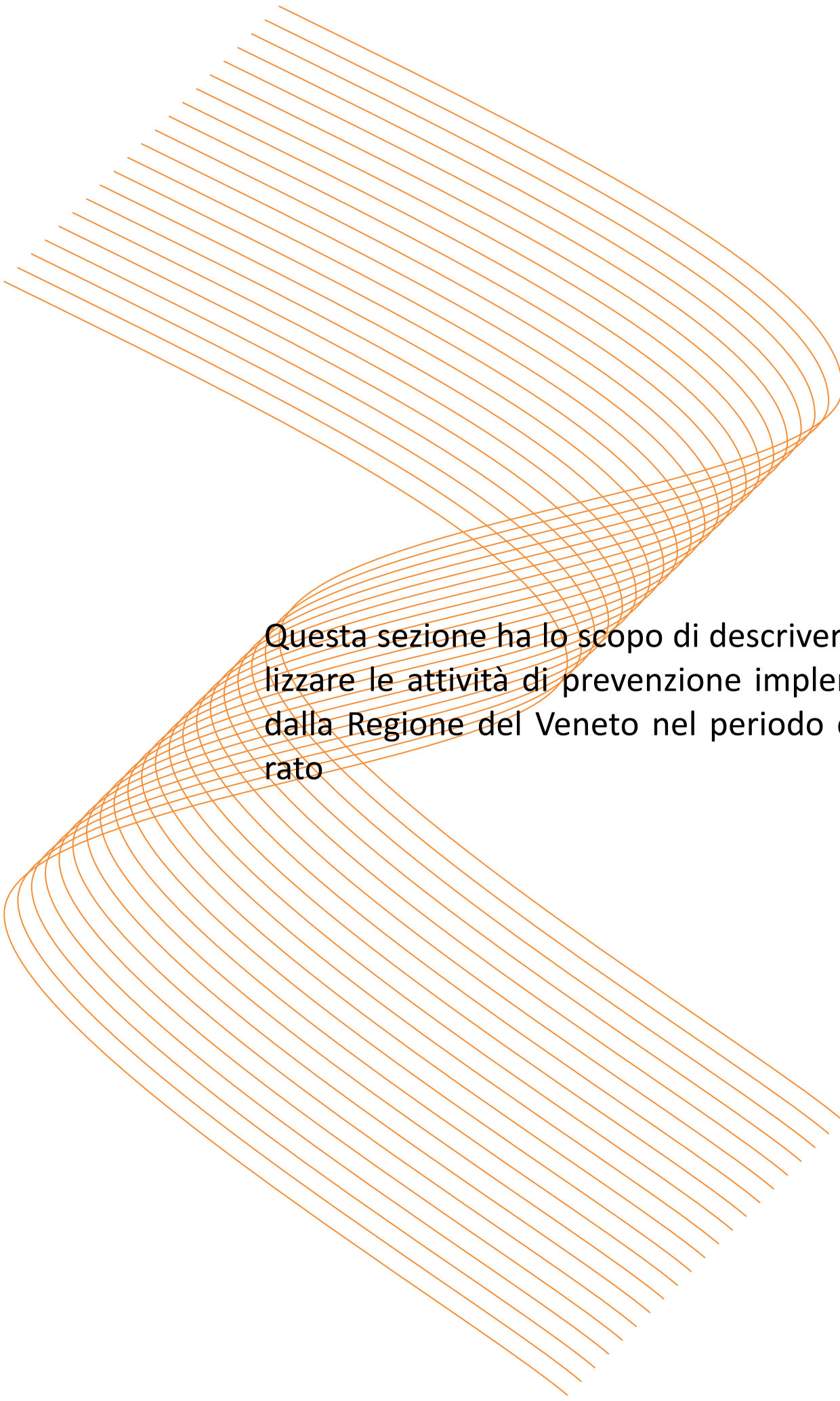
e-mail: veneto@italialavoro.it

Sito Internet: <http://www.venetoimmigrazione.it/>

Parte Seconda

Attività di Prevenzione

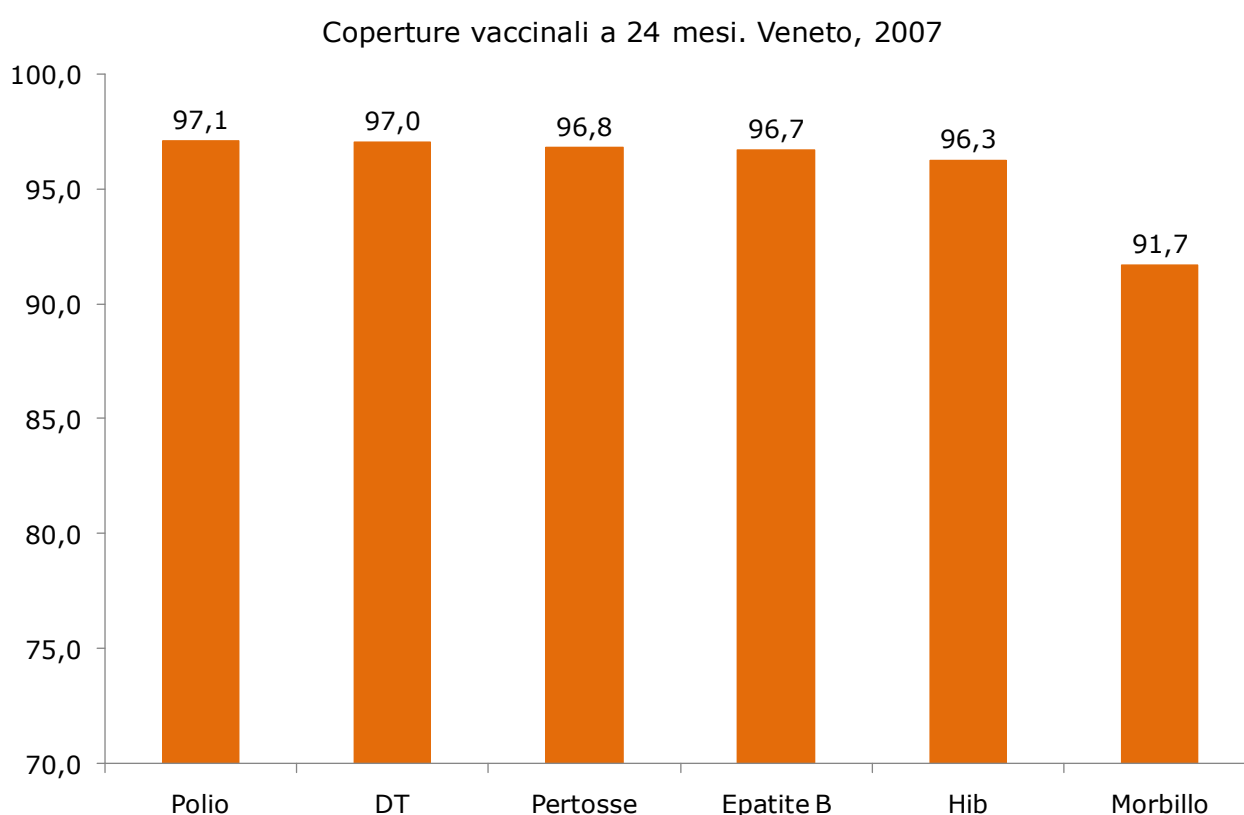
Relazione Socio Sanitaria 2008
della Regione del Veneto

The background of the page features a series of thin, parallel orange lines that curve and flow across the page, creating a sense of movement and depth. The lines are more densely packed in the center and become more sparse towards the top and bottom edges.

Questa sezione ha lo scopo di descrivere e analizzare le attività di prevenzione implementate dalla Regione del Veneto nel periodo considerato

2.1 Copertura vaccinale

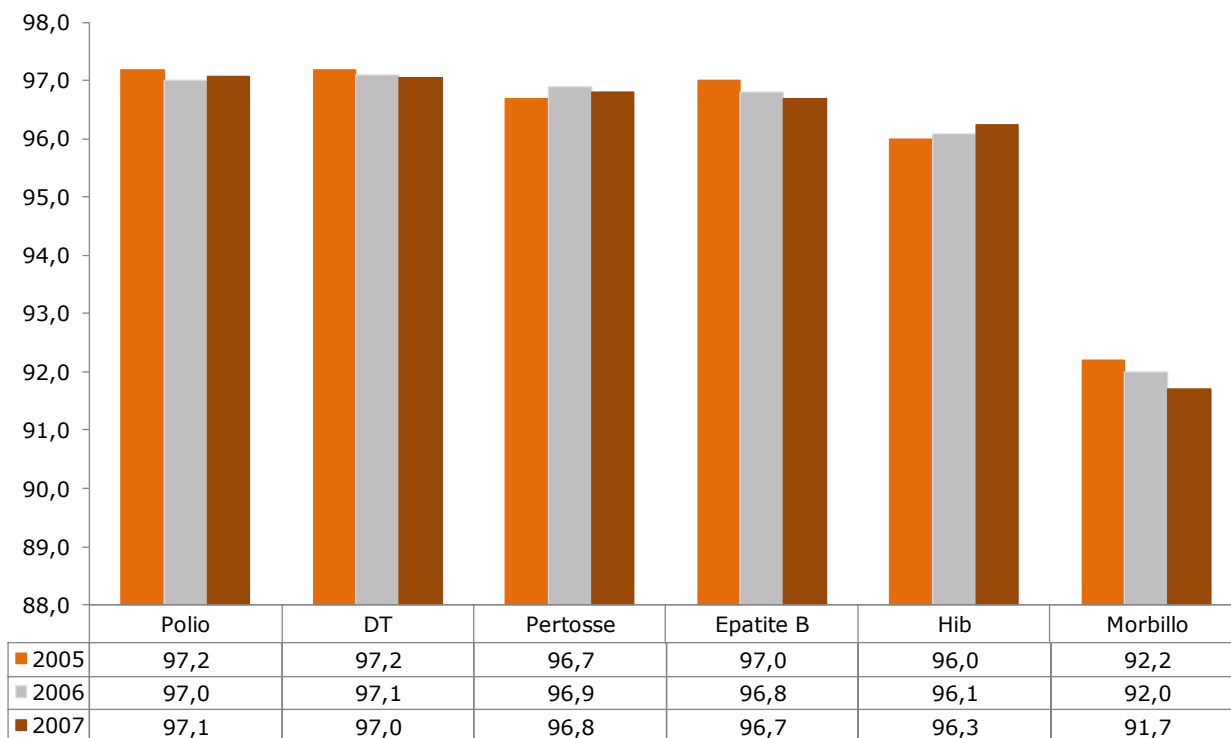
I livelli di copertura vaccinale medi raggiunti nel 2007 nella Regione Veneto sono elevati: in particolare per poliomielite, difterite-tetano, epatite B, pertosse e per le malattie invasive da *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) si è raggiunto e superato il valore del 95% di copertura vaccinale entro i due anni di età indicato dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007. La protezione contro il morbillo pur mantenendosi ancora su livelli inferiori all'obiettivo del Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, si assesta su valori elevati, sovrapponibili a quelli registrati nel 2006.



Anche le coperture vaccinali ottenute dalle singole ULSS sono generalmente molto alte. Per le vaccinazioni tradizionalmente obbligatorie come la pertosse e Hib più della metà delle Aziende supera il valore medio regionale. La maggior variabilità tra ULSS si registra per la vaccinazione contro il morbillo. Solo in tre Aziende della Regione si è superato il 95% di copertura per questa vaccinazione a 24 mesi di età. È possibile rilevare inoltre il trend in leggera discesa delle coperture contro il morbillo a partire dal 2005 che inverte la tendenza positiva iniziata dalla fine degli anni '90. Nonostante i livelli di copertura nei confronti del morbillo siano migliorati in seguito all'adesione della nostra Regione al Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita nel 2001, dovranno proseguire gli sforzi dei Servizi Vaccinali

per aumentare la protezione offerta ai bambini, principale obiettivo vaccinale ancora da raggiungere.

Andamento delle coperture vaccinali a 24 mesi nel Veneto
Anni 2005-2007



72

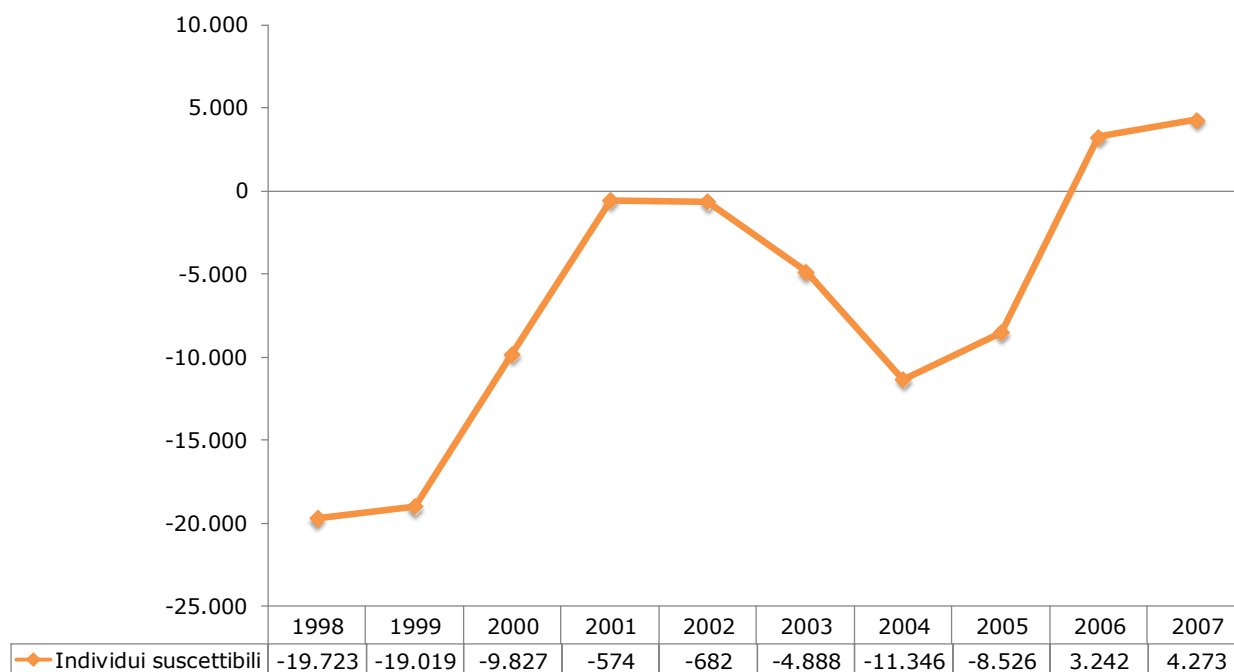
Vaccinazione	Media Regionale	Minimo	Massimo
Polio	97,1	92,9	100,0
DT	97,0	93,1	100,0
Pertosse	96,8	92,6	100,0
Epatite B	96,7	92,9	100,0
HIB	96,3	92,1	100,0
Morbillo	91,7	86,1	97,3

Intorno alla metà degli anni novanta i livelli di copertura medi regionali nei confronti del morbillo erano attorno all'80%. Grazie al Programma Regionale di eliminazione del morbillo la copertura vaccinale si è stabilizzata intorno al 90%, pur con ampie variazioni locali, e ha raggiunto nel 2007 il valore medio del 91,7% dopo aver toccato nell'anno precedente il 92%. Il Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, cui il Veneto ha aderito, prevede come obiettivo per i Servizi di elevare la copertura per la prima dose al 95%, operando nel contempo un recupero dei soggetti mai vaccinati prima e introducendo di routine la somministrazione delle seconde dosi. Nel corso del 2007, sommando le prime e le seconde

dosi si ottiene un totale di 105.427 dosi di vaccino somministrate. Il numero di bambini nati nel 2005 vaccinati è pari a 42.307. La copertura è infatti definita a 24 mesi. Sono state inoltre effettuate 7.632 prime dosi di recupero.

Soggetti vaccinati per morbillo dal 2004 al 2007 nel Veneto							
Anno di rilevazione	Coorte di nascita	Prima dose			Seconda dose		Totale dosi somministrate
		Dosi nuovi nati	Recuperi	Totale prima dose	Numero dosi	Percentuale sul totale	
2007	46.129	42.307	7.632	49.939	55.488	52,6%	105.427
	(2005)	91,7%					
2006	46.561	42.853	1.772	44.625	86.954	66,1%	131.579
	(2004)	92,0%					
2005	45.473	41.935	11.124	53.059	119.798	69,3	172.857
	(2003)	92,2%					
2004	44.081	40.434	15.161	55.595	87.085	61,0%	142.680
	(2002)	91,7%					

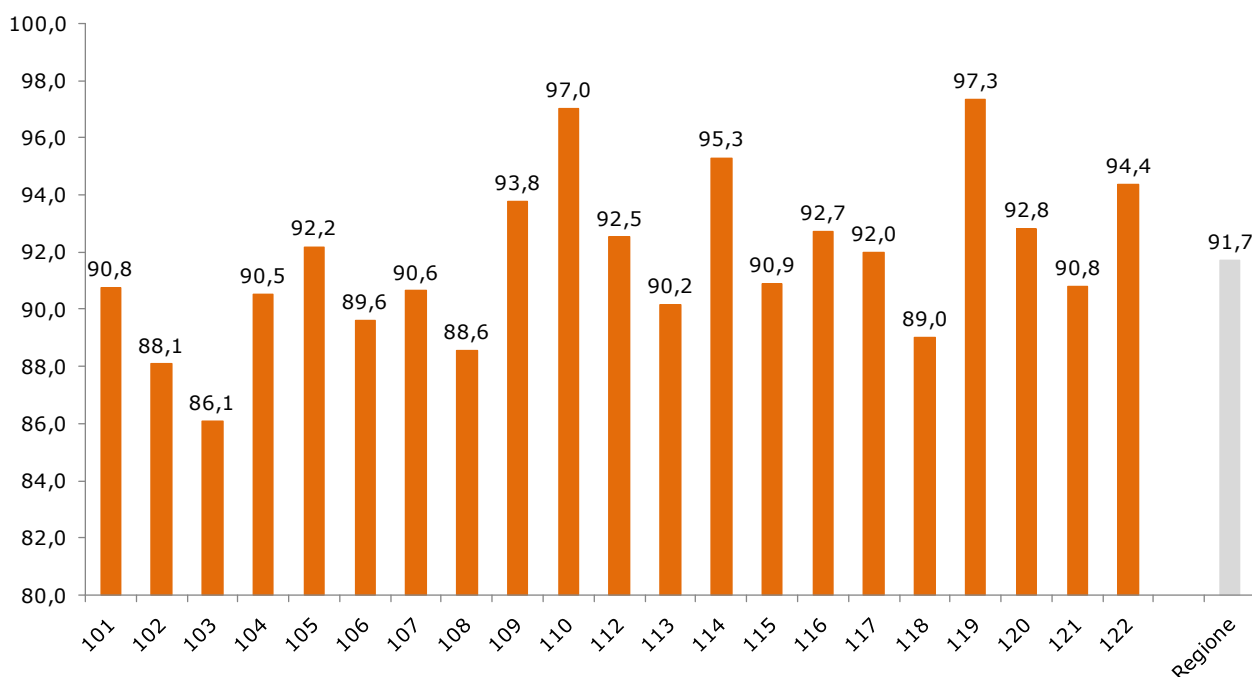
Bilancio del numero dei suscettibili al morbillo. Veneto, anni 1998-2007



Considerando un'efficacia del 95% per la prima dose e del 3% per la seconda dose di vaccino, nel 2007 il numero delle persone complessivamente immunizzate (41.856) è stato inferiore al

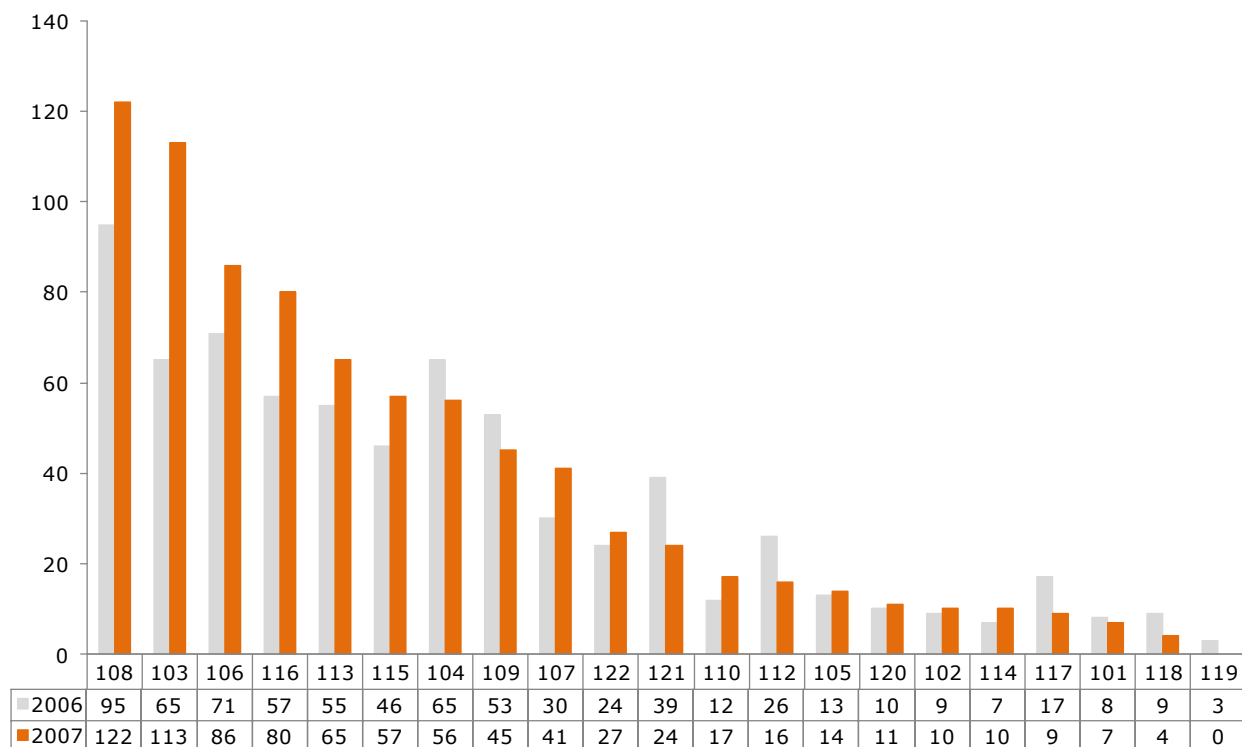
numero di nuovi nati del 2005 (46.129): il bilancio netto dell'anno vede quindi un aumento del numero di suscettibili al morbillo stimata in circa 4.270 persone. Analizzando lo stesso dato negli ultimi 10 anni, il contributo maggiore in termini di riduzione dei suscettibili è derivato dalle attività vaccinali eseguite dopo il 2001, in corrispondenza dell'introduzione del Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e rosolia congenita. Dal 1997, anno dell'ultima epidemia di morbillo in Regione, ad oggi, il numero di suscettibili risulta diminuito di circa sessantasettemila persone. Nonostante questo risultato, il bilancio nel 2006 e nel 2007 si presenta in aumento con un trend a cui prestare attenzione, soprattutto se si considerano anche i dati per Azienda ULSS nel 2007, secondo i quali si riscontra un'accentuata variabilità.

Coperture vaccinali a 24 mesi per morbillo per Azienda ULSS.
Veneto, anno 2007



Continua ad aumentare il numero di bambini i cui genitori sono contrari alle vaccinazioni. Per quanto concerne il vaccino antipolio nel 2007 nel territorio regionale gli "inadempienti" sono stati 814 (pari a circa l'1,8% dei bambini nati nel 2005), 100 in più rispetto al 2006. I valori più elevati sono stati registrati nel territorio dell'Azienda ULSS 8 Asolo, dell'Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa, e dell'Azienda ULSS 6 Vicenza. Si tratta di un fenomeno che nella sua distribuzione territoriale non ha una ragione evidente, ma che è probabilmente dovuto alla trasmissione di particolari convincimenti tra genitori coetanei e vicini. Infatti, i bambini non vaccinati per la presenza di reali controindicazioni continuano ad essere pochissimi: 28 in tutta la Regione, pari allo 0,06% dei nati nel 2005.

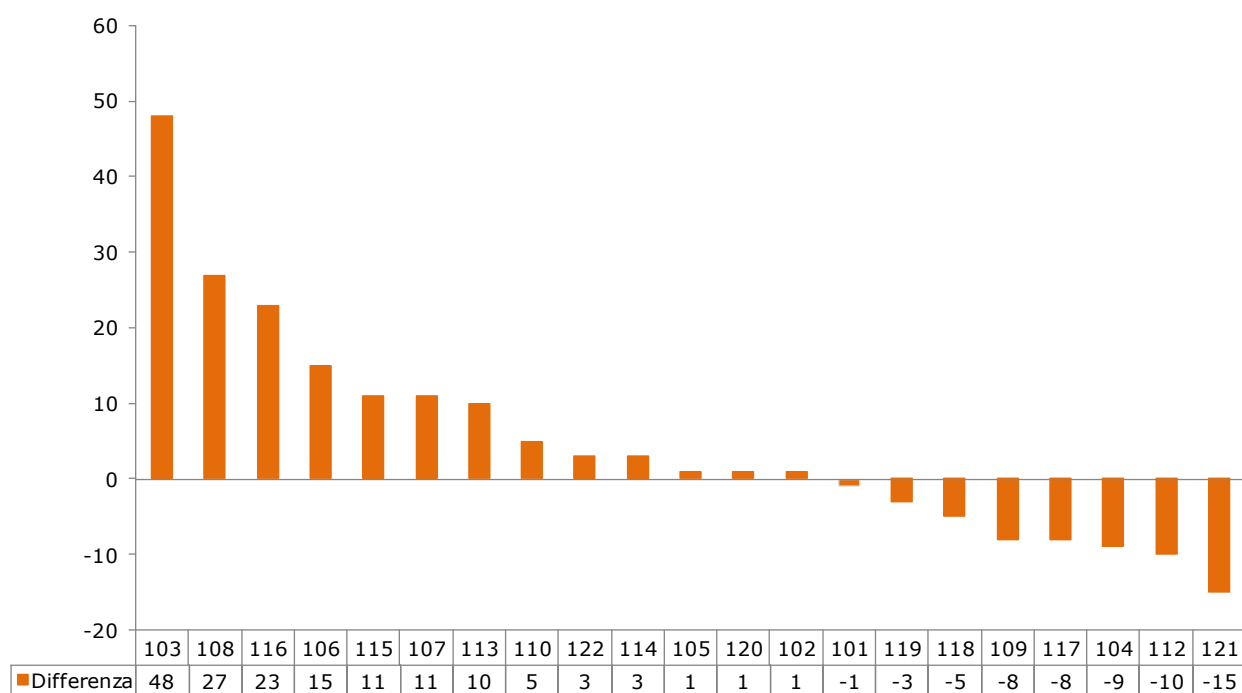
Inadempienti alla vaccinazione antipolio per Azienda ULSS.
Veneto 2006-2007



Il calcolo della differenza in valori assoluti attesta il maggior incremento di numero di inadempienti all'Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa.

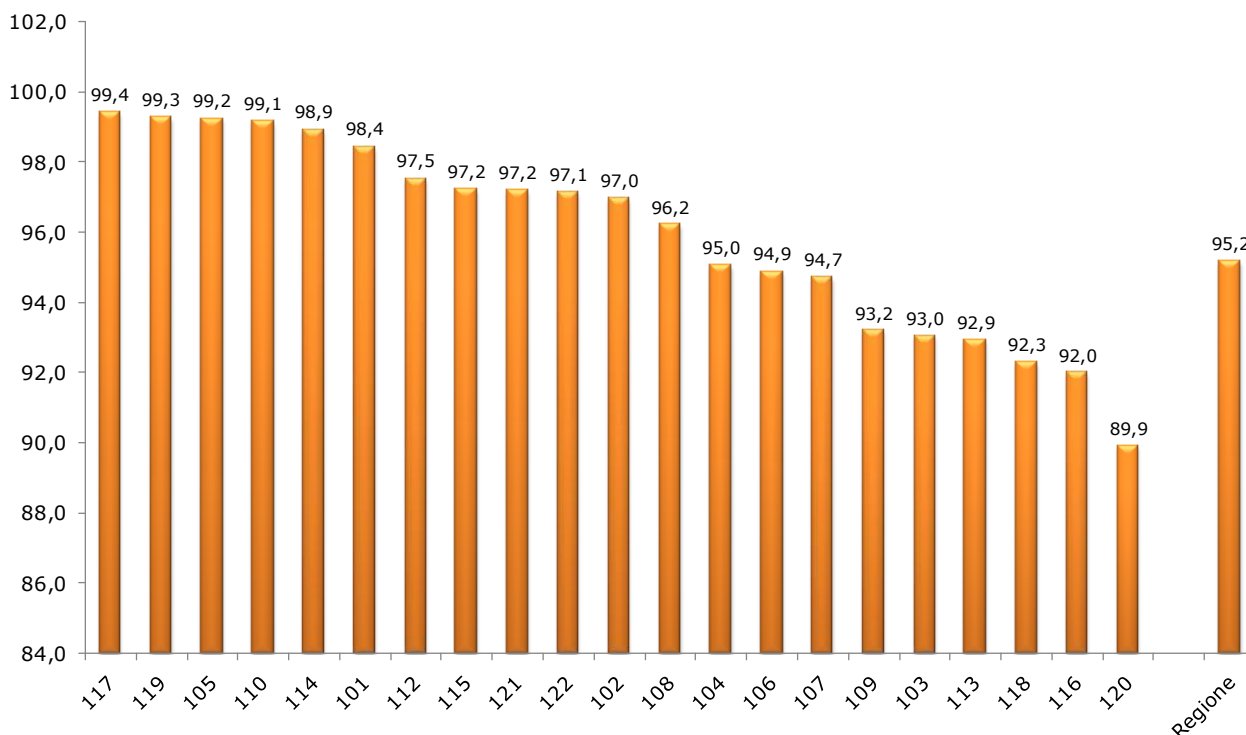
75

Inadempienti alla vaccinazione antipolio per Azienda ULSS: differenza in numero assoluto 2007-2006 nel Veneto



La copertura media regionale per i richiami di antipolio a sette anni, relativa ai nati nel 2000, come da calendario regionale in vigore, risulta del 95,2%. La distribuzione di questo dato per Azienda ULSS, secondo un ordinamento decrescente, spazia dal 99,4% all'89,9%.

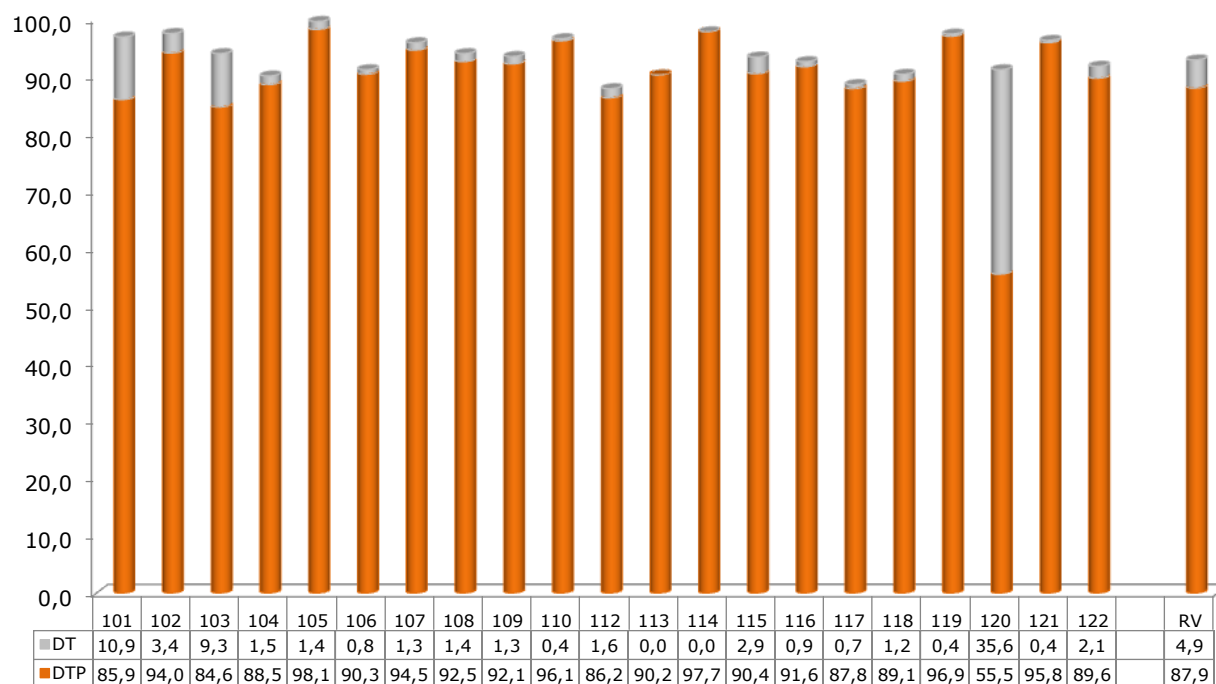
Copertura per richiami a sette anni - Vaccino antipolio
Aziende ULSS del Veneto nel 2007



76

La copertura media regionale per i richiami contro difterite e tetano nel settimo anno di vita è stata del 92,9%, sovrapponibile al valore riportato per il 2006. Quella per i richiami contro difterite, tetano e pertosse nel settimo anno di vita è invece risultata pari all'87,9%. Tale valore risulta diminuito di circa 3 punti percentuali rispetto all'anno precedente e ancora inferiore all'obiettivo del Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 che fissava la copertura contro difterite, tetano e pertosse ad un livello di almeno il 95% per i bambini entro il settimo anno di vita. Nel 2007 l'obiettivo del 95% è stato superato solo in 8 Aziende Sanitarie e in 2 Aziende il valore di copertura raggiunto per il richiamo difterite tetano entro i sette anni è risultato inferiore al 90%. Le vaccinazioni antidifterica e antitetanica si somministrano utilizzando vaccino combinato (DT) oppure vaccino combinato antidifterico-tetanico-pertossico (DTP). Nel Veneto in tutte le Aziende ULSS la proporzione di vaccini DTP utilizzata per il richiamo è molto maggiore rispetto ai DT. Solo in 3 Aziende ULSS i vaccini antidifterite-tetano costituivano più del 5% di quelli utilizzati per i richiami, tra cui ben il 36% nell'Azienda ULSS 20 Verona. Complessivamente si può rilevare una moderata variabilità tra Aziende ULSS della Regione.

Copertura a 7 anni per dose di richiamo con DT o DTP. Veneto, 2007



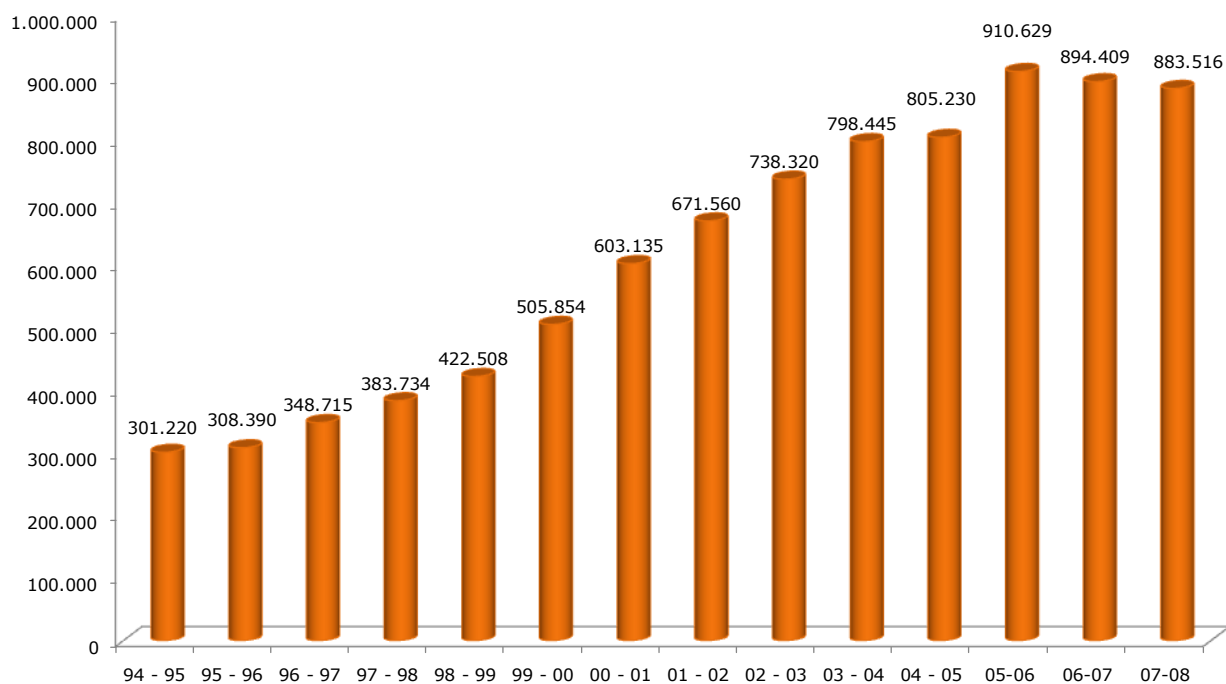
In conclusione, i punti fondamentali che emergono dall'analisi delle attività di vaccinazione condotte sul territorio regionale nel corso del 2007 sono:

- I livelli di copertura vaccinale medi sono elevati in particolare per poliomielite, difterite-tetano, epatite B, pertosse e per le malattie invasive da *Haemophilus influenzae* tipo B per i quali si è raggiunto e superato il valore del 95% di copertura vaccinale entro i due anni di età indicato dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007.
- Considerando la distribuzione delle coperture per le vaccinazioni sopraelencate per Azienda ULSS il range tra il valore minimo e massimo risulta più ampio rispetto al 2006.
- Riguardo alla vaccinazione contro il morbillo, solo in 3 Aziende ULSS si è superato l'obiettivo del 95% di copertura vaccinale; a partire dal 2005 l'andamento dei livelli di copertura risulta in leggera discesa. Il bilancio del numero di suscettibili al morbillo è in aumento a partire dal 2004 ed ha raggiunto il massimo valore nel corso del 2007.
- Continua ad aumentare il numero di inadempienti alla vaccinazione antipolio, che si concentrano in buona parte nel territorio di un limitato numero di Aziende ULSS, in particolare dell'Azienda ULSS 3.
- Il valore di copertura medio regionale per i richiami anti DTP a 7 anni è in lieve discesa rispetto al 2006 e si mantiene al di sotto del 95%, livello fissato dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 come obiettivo.

Campagna di vaccinazione contro l'influenza

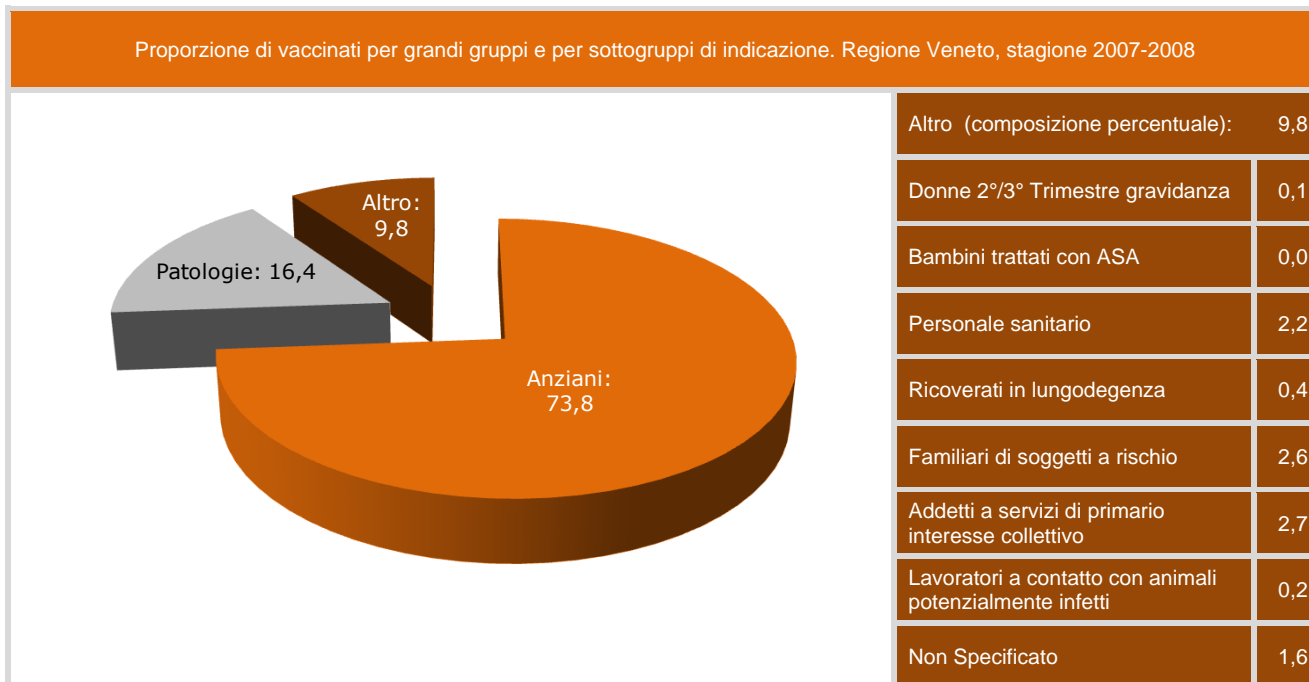
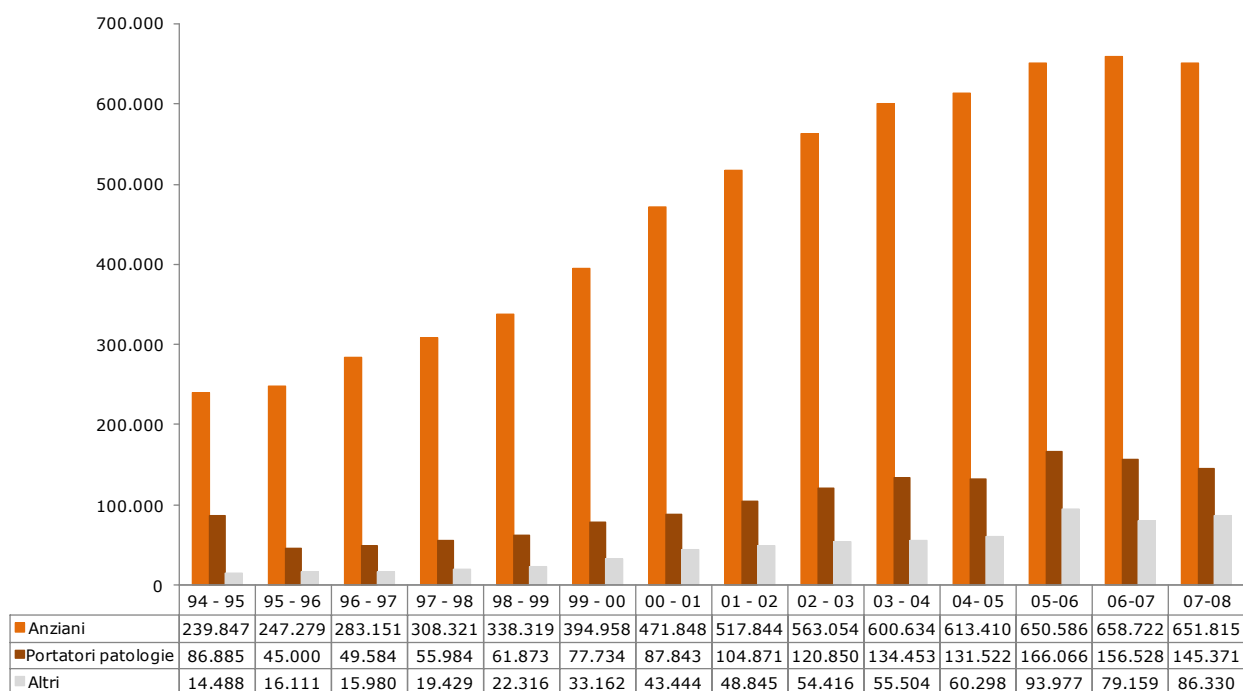
Durante la campagna di vaccinazione contro l'influenza condotta dalle ULSS del Veneto nella stagione 2007-2008, sono state vaccinate 883.516 persone, 10.893 in meno rispetto alla campagna precedente, con un decremento dell' 1,2%.

Numero di persone vaccinate per influenza nel Veneto per anno



Delle persone vaccinate la maggior parte, 651.815 pari al 73,8% del totale, sono soggetti anziani di età pari o superiore ai 65 anni, mentre i restanti 231.701 pari al 26,2%, sono soggetti di età inferiore ai 65 anni. Inoltre, tra questi sono stati vaccinati 17.673 bambini (2% del totale delle vaccinazioni eseguite) di età compresa tra 0 e 14 anni, di cui 5.625 appartenenti alla fascia d'età 0-4 anni e 12.048 alla fascia 5-14 anni. Rispetto all'anno precedente, se si considera il numero di vaccinati per classe d'età, si nota un decremento consistente dei bambini vaccinati (35,4% in meno), mentre si è ridotto solo lievemente quello degli ultrasessantacinquenni (1% in meno). Nel corso di questa campagna antinfluenzale, si è invece registrato un aumento dei vaccinati nella fascia d'età intermedia 15-64 anni (2,7% in più). Suddividendo schematicamente la popolazione dei vaccinati in grandi gruppi di indicazione (anziani, portatori di patologie predisponenti a complicanze, altro) si nota come il trend in ascesa del numero di vaccinati dalla stagione 1994-1995 abbia raggiunto una certa stabilizzazione nelle ultime tre stagioni in tutte le categorie considerate.

Numero di persone vaccinate per gruppo di indicazione.
Regione Veneto, stagioni 1994-2007

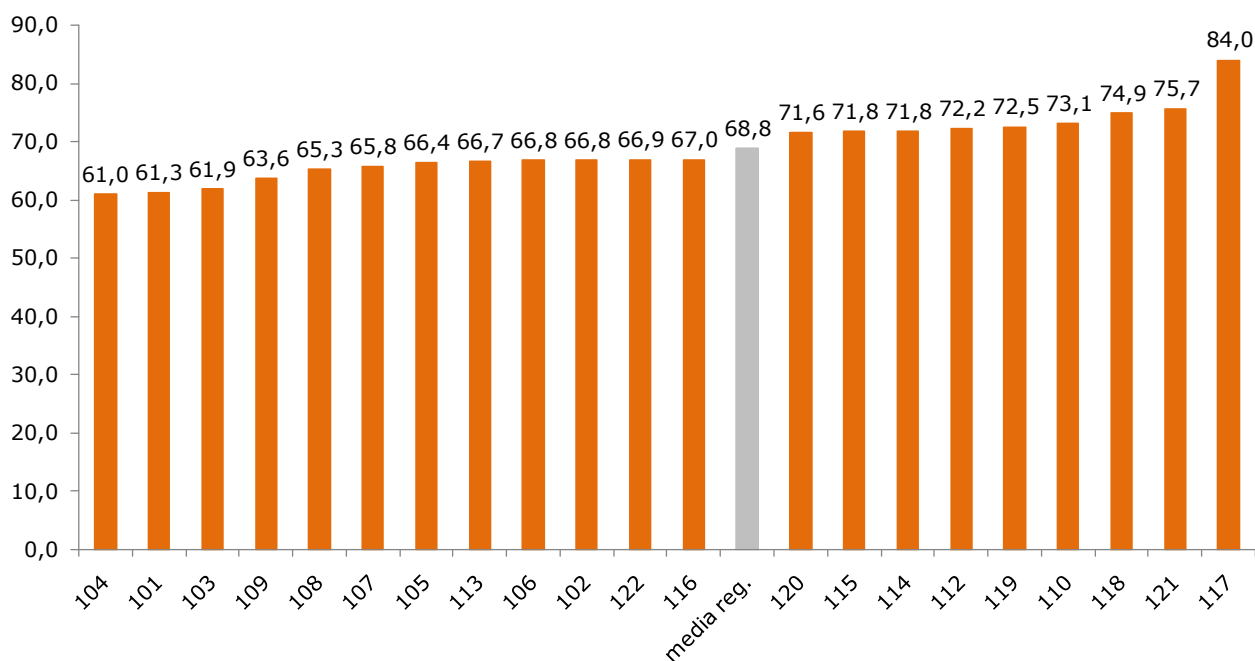


Considerando i dati riguardanti l'ultima campagna anti-influenzale 2007-2008, il gruppo di indicazione che si caratterizza per il maggior numero di vaccinazioni è rappresentato dagli anziani. Seguono i portatori di patologie predisponenti a complicanze (145.371 soggetti tra i 6

mesi e i 64 anni di età). Nella categoria "Altro" è compresa una serie di sottogruppi di indicazione individuati dalla Circolare del Ministero della Salute del 2 agosto 2007 (86.330 soggetti vaccinati): tra questi, quello che comprende il maggior numero di vaccinati è rappresentato dai soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo.

Gruppo di indicazione	Percentuali vaccinati		Totale Regione
	Aziende ULSS	Farmacie	
Anziani	68,8	3,1	71,9

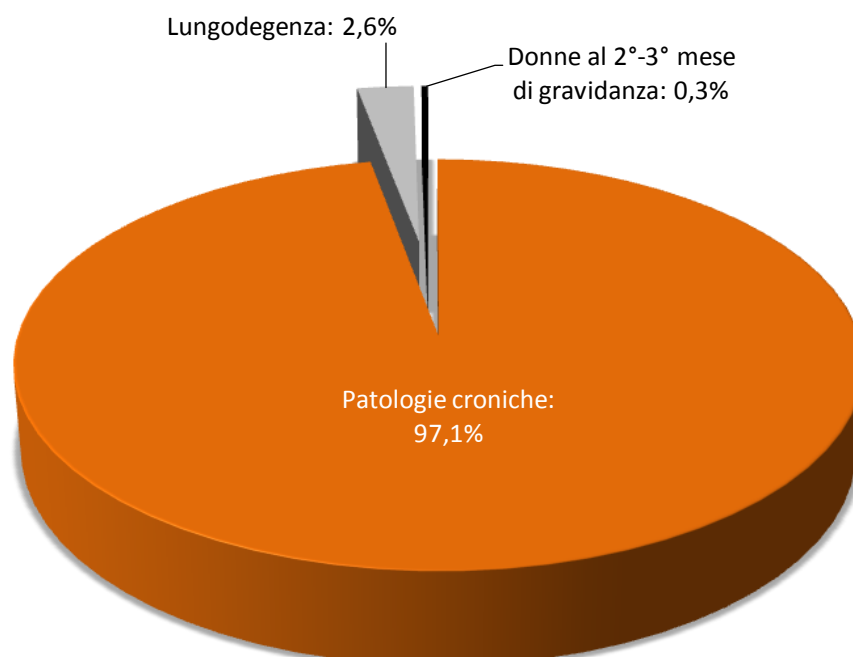
Percentuale di anziani vaccinati per Azienda Ulss. Veneto.
Campagna antinfluenzale 2007-2008



Come previsto dal Piano Sanitario Nazionale del 1998-2000, e ribadito dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007, il principale obiettivo operativo per i Servizi è il raggiungimento di una copertura vaccinale della popolazione anziana almeno pari al 75%. Sommando la percentuale di vaccinati garantita dalle Aziende ULSS del Veneto con una stima della quota di anziani che si sono vaccinati acquistando direttamente il vaccino nelle farmacie, la copertura vaccinale media

regionale di questo gruppo di indicazione raggiunge il 72% circa. Tali valori si collocano al di sotto dell'obiettivo fissato a livello nazionale e segnalano quindi un'importante area di miglioramento. Infatti, i livelli di copertura vaccinale raggiunti dalle singole Aziende ULSS sono ancora sensibilmente diversi: il range permane molto ampio (circa 23 punti percentuali), comprendendo valori da un minimo del 61% nella ULSS 4, ad un massimo dell'84% nella ULSS 17. Solamente 3 Aziende Ulss hanno raggiunto o superato l'obiettivo nazionale del 75%, altre 6 hanno riportato un livello superiore al 70%.

Per quanto concerne il secondo gruppo di indicazione, tra i 156.916 soggetti di età inferiore a 65 anni che sono stati vaccinati per patologia o condizione predisponente a complicanze, la maggior parte sono assistiti affetti da patologie croniche, seguiti dai ricoverati presso strutture di lungodegenza con il 2,6%, mentre il restante 0,3% è rappresentato da donne al 2°-3° trimestre di gravidanza durante il periodo epidemico.

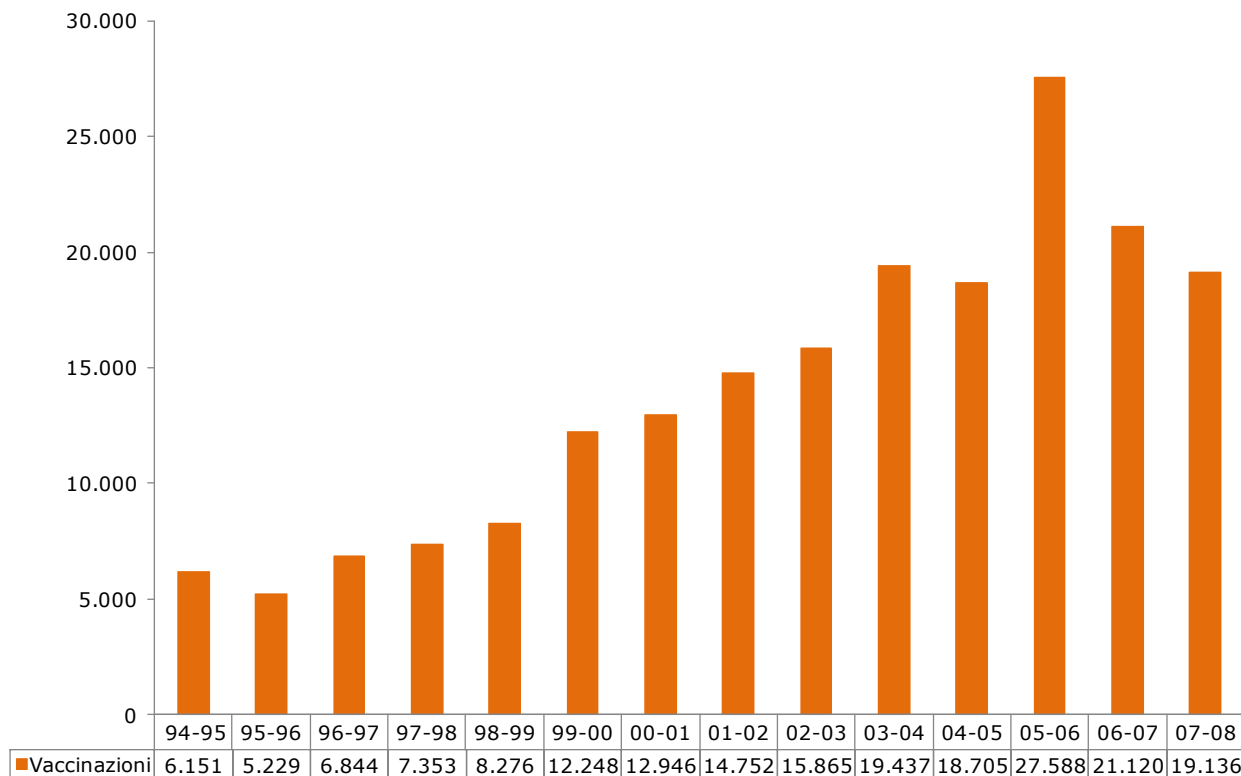


Soggetti di età <65 anni vaccinati per categoria di rischio.
Veneto, stagione 2007-2008.

Tra le altre categorie di vaccinati di età inferiore ai 65 anni è aumentato il numero dei familiari di soggetti ad alto rischio vaccinati rispetto alla stagione precedente (+13,3%), mentre si sono ridotte le dosi somministrate agli addetti ai servizi di primario interesse collettivo (-9,7%). Sono stati vaccinati 19.136 operatori sanitari, il 9,4% in meno rispetto alla precedente campagna antinfluenzale: appare ancora lontano l'obiettivo del 40% di copertura per questa

categoria per cui permane la necessità di assicurare sforzi maggiori per proteggere più adeguatamente una delle categorie a maggior rischio.

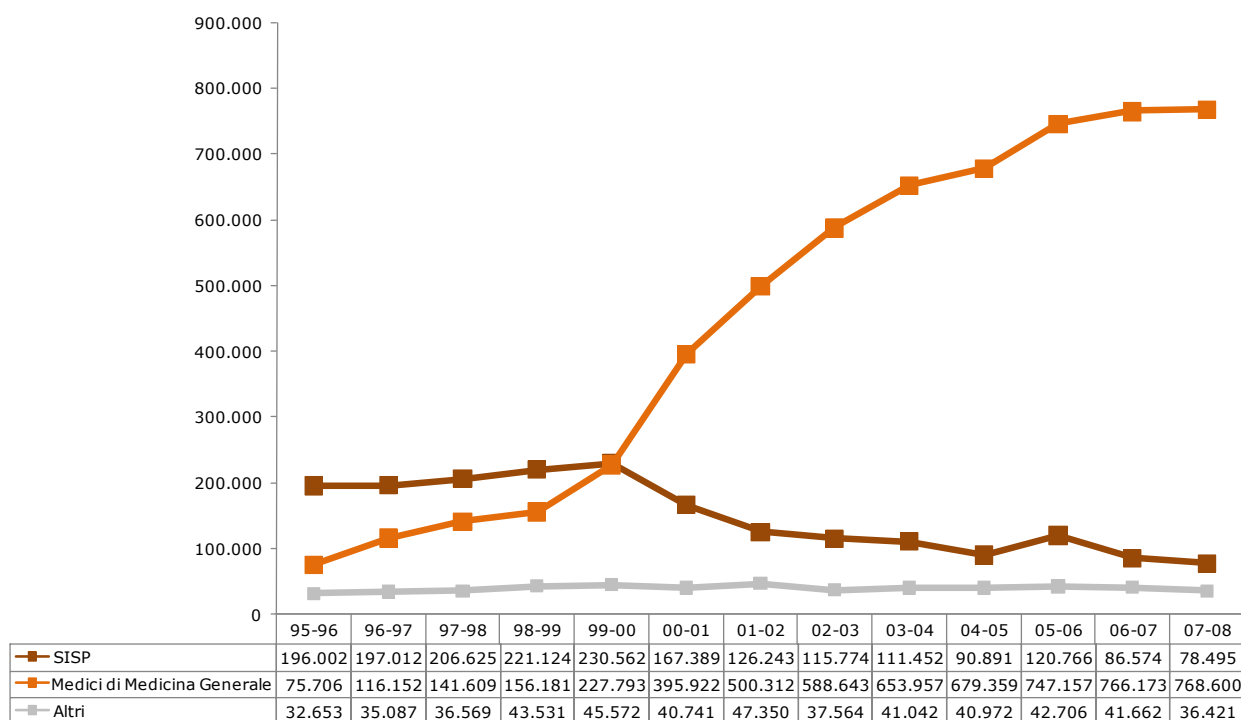
Operatori sanitari vaccinati per anno in Veneto



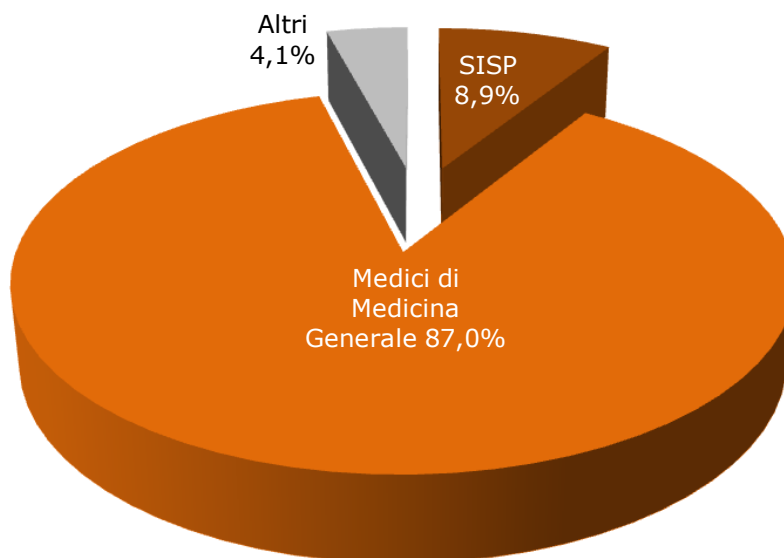
Sono stati infine vaccinati 1.465 soggetti che per motivi occupazionali si trovano a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali: per le ultime 3 campagne, infatti, tale categoria è stata inserita tra quelle per cui la vaccinazione antinfluenzale è raccomandata allo scopo di evitare possibili riassortimenti genetici tra virus umani e aviari che potrebbero esporre al rischio pandemico.

Per quanto attiene i soggetti che somministrano il vaccino antinfluenzale, a partire dalla campagna vaccinale del 2000-2001 vi è stato un significativo aumento del coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nell'esecuzione delle vaccinazioni contro l'influenza, che si è consolidato nel corso degli anni. Dai 227 mila soggetti vaccinati nella stagione 2000-2001, fino ai 770 mila circa di quest'ultima campagna, si è verificato infatti un incremento percentuale del 240% circa. Si è invece proporzionalmente ridotto il numero delle persone vaccinate presso i Servizi Igiene e Sanità Pubblica (SISP). Si tratta di un dato molto positivo che attesta che i Medici di Medicina Generale eseguono nella nostra Regione l'87% del totale delle vaccinazioni antinfluenzali. L'attività di questi professionisti della salute è infatti fondamentale per la promozione e lo sviluppo di iniziative indirizzate al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle attività di prevenzione.

Numero di soggetti vaccinati per esecutori ed anno in Veneto

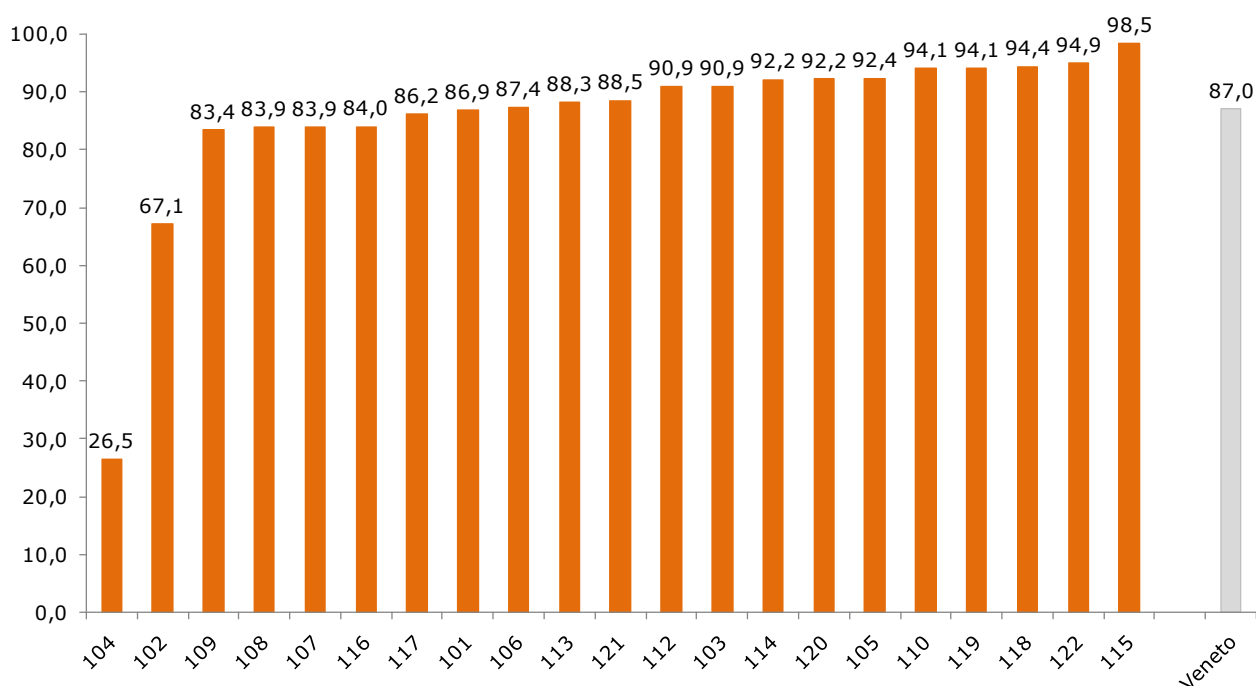


Proporzione di soggetti vaccinati per esecutore:
Regione Veneto, campagna 2007-2008



Il contributo dei medici di famiglia all'esecuzione delle vaccinazioni varia nelle singole Aziende ULSS in rapporto a scelte organizzative diverse a livello locale: da un minimo del 26,5% del totale nell'Azienda ULSS 4 Thiene, a un massimo del 98,5% nell'Azienda ULSS 15 Cittadella.

Percentuale di vaccinazioni eseguite dai Medici di Medicina Generale per Azienda Ulss. Regione Veneto, campagna 2007-2008

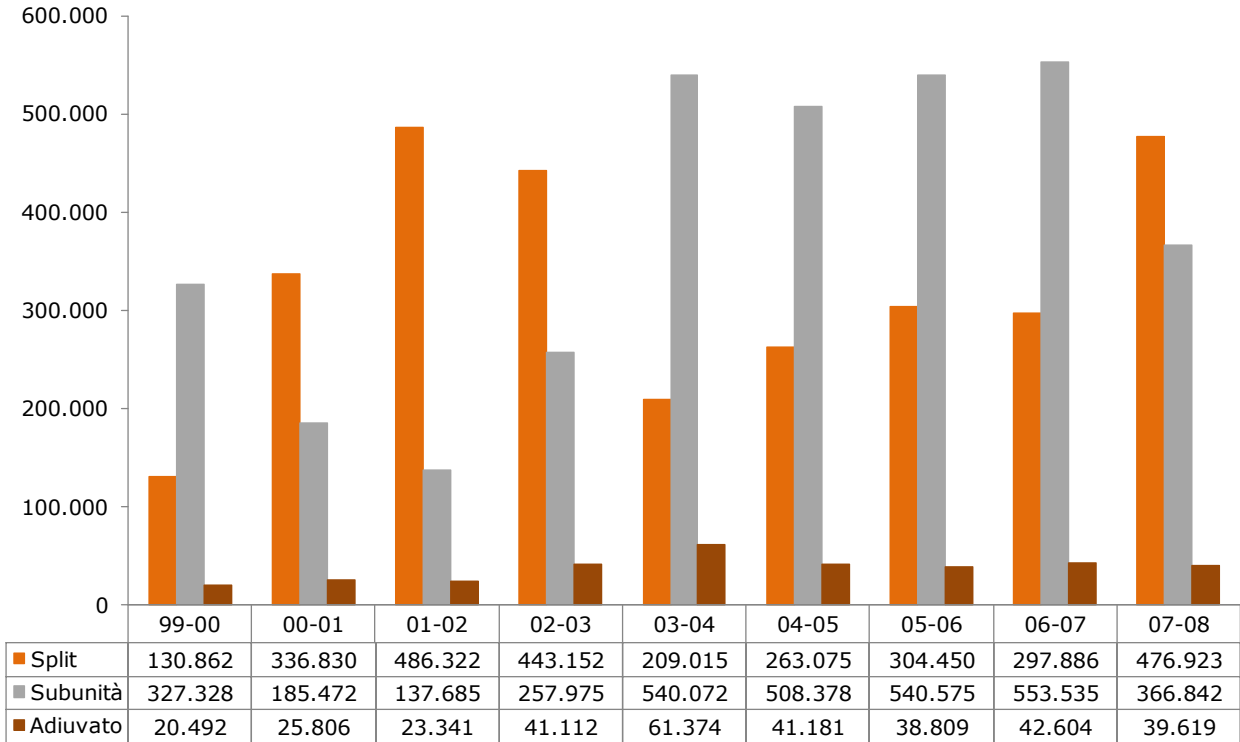


84

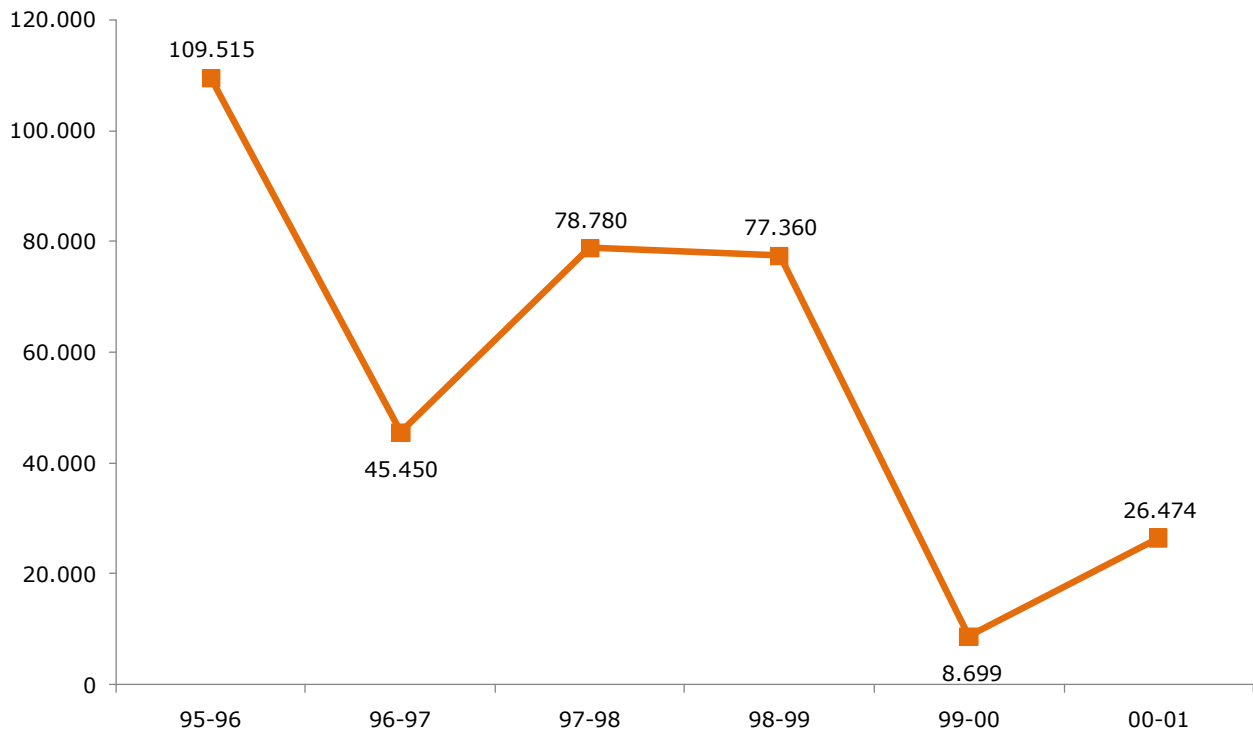
Come già osservato nella precedente Relazione Socio Sanitaria, nel corso degli anni si è notevolmente modificato anche il tipo di vaccino somministrato: a partire dalla stagione 2001-2002 non è più stato utilizzato il vaccino intero mentre nella stagione 1999-2000 è stato introdotto il vaccino "adiuvato". Nel 2007 diversamente dalle ultime campagne antinfluenzali il vaccino più frequentemente somministrato è risultato quello "split" con 476.923 dosi, pari al 54% delle totali, mentre si è ridotto l'utilizzo del vaccino "a subunità", somministrato nel 41,5% delle vaccinazioni. Il vaccino virosomale, entrato in uso a partire dalla stagione 2005-2006, è stato somministrato solamente allo 0,04% dei vaccinati, analogamente alla precedente stagione. Ricordiamo che si hanno sia vaccini contenenti il virus intero (vaccino intero), sia frammentato (split) con un miglior grado di tollerabilità. Il vaccino split, contiene quindi virus influenzale frammentato. Il vaccino adiuvato è stato messo a punto proprio per migliorare la risposta negli individui che hanno bisogno di maggior protezione e che possono risultare meno protetti dai vaccini convenzionali ed ha dimostrato di determinare negli anziani una risposta paragonabile a quella che si ottiene negli adulti sani con un vaccino convenzionale. Il vaccino adiuvato virosomale è particolarmente indicato per i bambini a rischio, per la biocompatibilità dell'adiuvante naturale (i virosomi vengono completamente metabolizzati dall'organismo) e per l'ottima tollerabilità, che consente la sua somministrazione ai bambini di età superiore ai 3 anni. I vaccini a subunità, in virtù della loro estrema tollerabilità, sono particolarmente indicati per l'immunizzazione dei bambini e di adulti che abbiano presentato episodi reattivi in seguito

a precedenti somministrazioni di vaccino antinfluenzale. Il vaccino a subunità, contiene solo gli antigeni di superficie purificati, emoagglutinina e neuraminidasi.

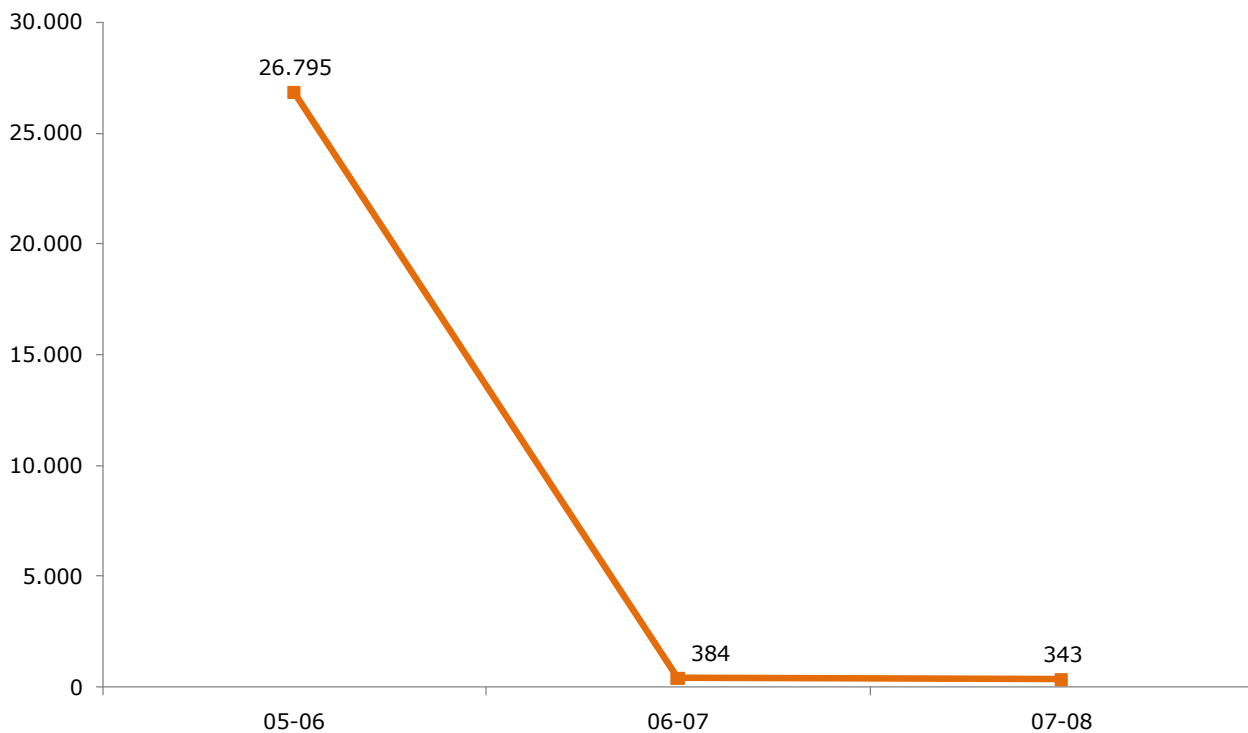
Numero dosi di vaccino per tipo - Split, subunità, adiuvato
Veneto stagioni dalla 1999-2000 alla 2007-2008



Numero dosi di vaccino intero utilizzate
sino alla stagione 2000-2001 nel Veneto



Numero dosi di vaccino virosomale utilizzate nel Veneto
dalla stagione 2005-2006 alla stagione 2007-2008

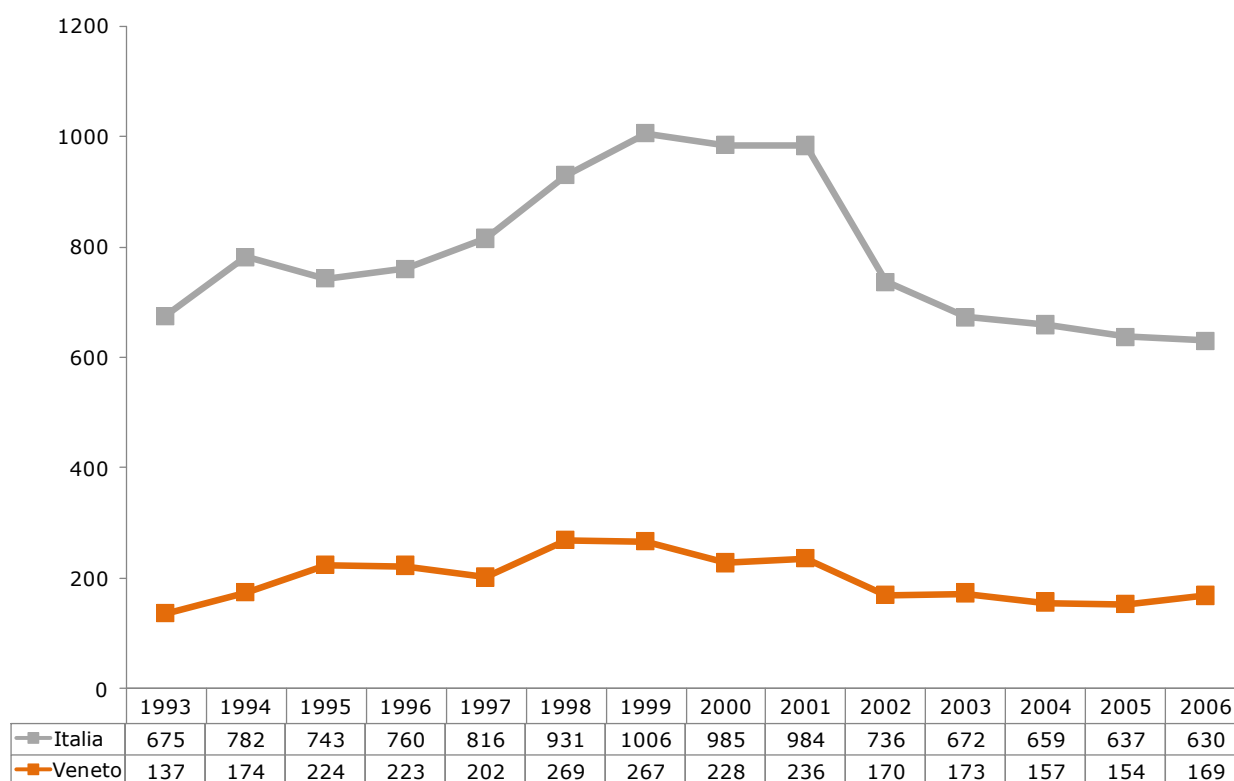


2.2 Sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive

Sorveglianza e prevenzione della malaria

Nel Veneto l'andamento dei casi di malaria è sostanzialmente analogo a quello registrato nel resto del Paese in cui viene in evidenza negli ultimi anni un progressivo ma costante decremento. Anche la mortalità per malaria è notevolmente diminuita nella nostra Regione: nel quinquennio 2002-2006 si sono registrati soltanto 2 decessi rispetto ai 12 notificati negli anni 1993-2001. La malaria è una parassitosi causata da una o più delle quattro specie di Plasmodio (Plasmodio Falciparum, Plasmodio Vivax, Plasmodio Ovale e Plasmodio Malariae) che possono infettare l'uomo. Come atteso, il Plasmodio Falciparum è risultato responsabile della maggioranza delle infezioni (circa l'87%): tale dato è sovrapponibile a quello nazionale (85%). Seguono il Plasmodio Vivax con il 5%, il Plasmodio Ovale con il 3% e il Plasmodio Malariae con il 2%.

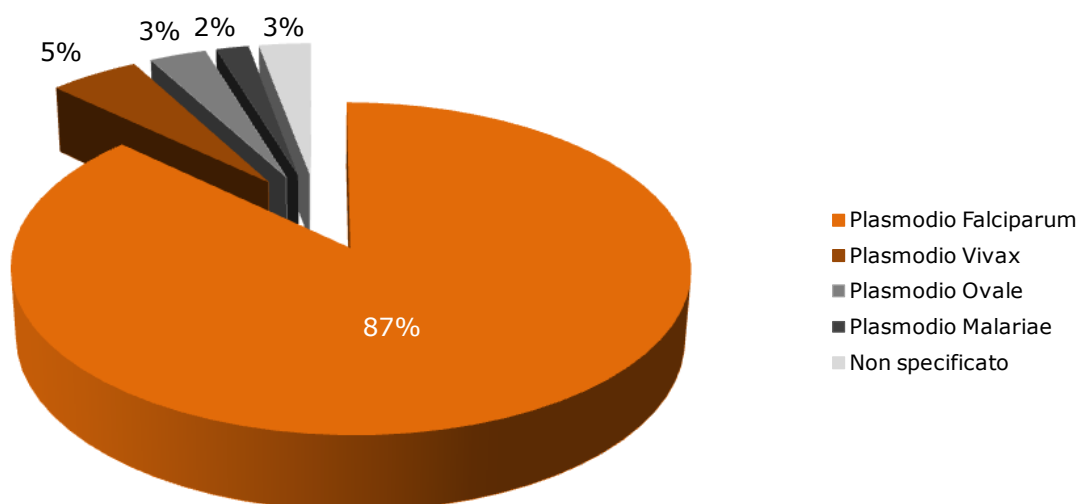
Casi di malaria in Italia e nel Veneto - Anni 1993-2006



La valutazione dell'andamento stagionale dei casi nella nostra Regione mostra un picco di notifiche nel periodo di fine estate (agosto-settembre) tra gli stranieri, dovuto al rientro nei Paesi di origine durante la chiusura delle attività produttive, come riportato in letteratura. Per quanto riguarda gli italiani, invece, si è riscontrata una maggiore omogeneità di notifiche nel corso dei diversi mesi, seppur con maggior frequenza in agosto-settembre e gennaio. Più dei

due terzi dei casi di malaria riguarda stranieri che si ammalano di malaria sia poco dopo il viaggio di immigrazione in Italia sia soprattutto nei successivi viaggi di ritorno nel proprio paese d'origine per far visita a familiari ed amici.

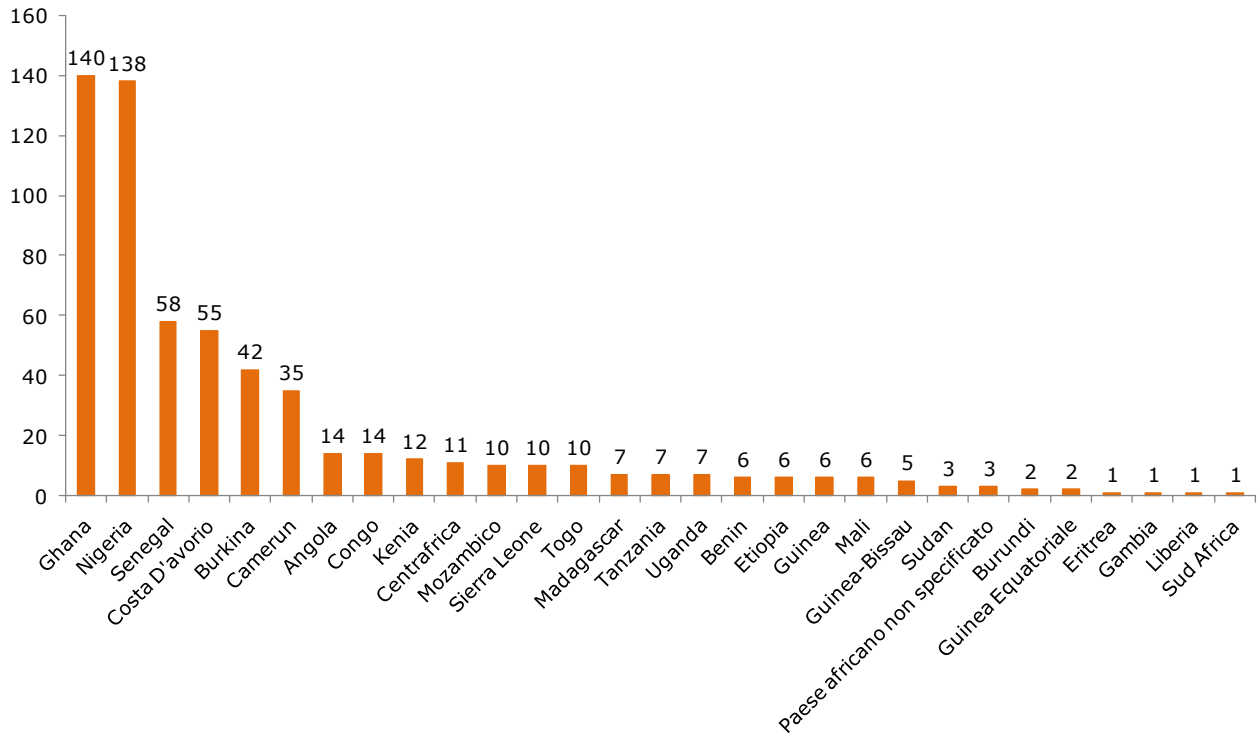
Specie di Plasmodi più frequentemente in causa nei casi di malaria nel Veneto.
Anni 2002-2006



Sono in forte aumento i bambini figli di immigrati nati in Italia, che si recano in zone endemiche: questi soggetti sono più a rischio di altri perché possono contrarre la malaria in forma grave in quanto privi di difese immunitarie. Inoltre, stiamo assistendo ad un aumento delle donne gravide che fanno ritorno nei loro Paesi di origine. La malaria contratta in gravidanza mette in maggior pericolo la vita della madre ed è inoltre responsabile di possibili danni al feto, quali aborto e basso peso alla nascita. Diventa dunque di fondamentale importanza informare le famiglie sui rischi per i bambini e le donne, consigliando comportamenti sicuri ed una chemiopprofilassi, qualora non persistano controindicazioni. La maggioranza degli immigrati che contraggono la malaria proviene dall'Africa occidentale, soprattutto da Ghana, Nigeria e Senegal. Nonostante la diminuzione dei casi registrati negli ultimi anni è necessaria una maggiore consapevolezza dei rischi relativi a un viaggio di ritorno nei Paesi di origine, in quanto una corretta chemiopprofilassi ridurrebbe in maniera drastica la morbilità di questa patologia. Ricordiamo che con il termine chemiopprofilassi si intende l'assunzione periodica e sistematica di farmaci, al fine di prevenire l'insorgenza della malattia infettiva. In tal senso, la scelta del tipo di farmaco deve tenere conto del Paese visitato e delle

specifiche aree, della stagione durante la quale avviene il soggiorno, delle strutture di alloggio, dell'eventuale chemioresistenza dei ceppi presenti e delle controindicazioni individuali (attività lavorativa, condizioni cliniche, stato di gravidanza, età, interazioni farmacologiche e reazioni avverse).

Numero casi per Paese africano di provenienza
Veneto anno 2006

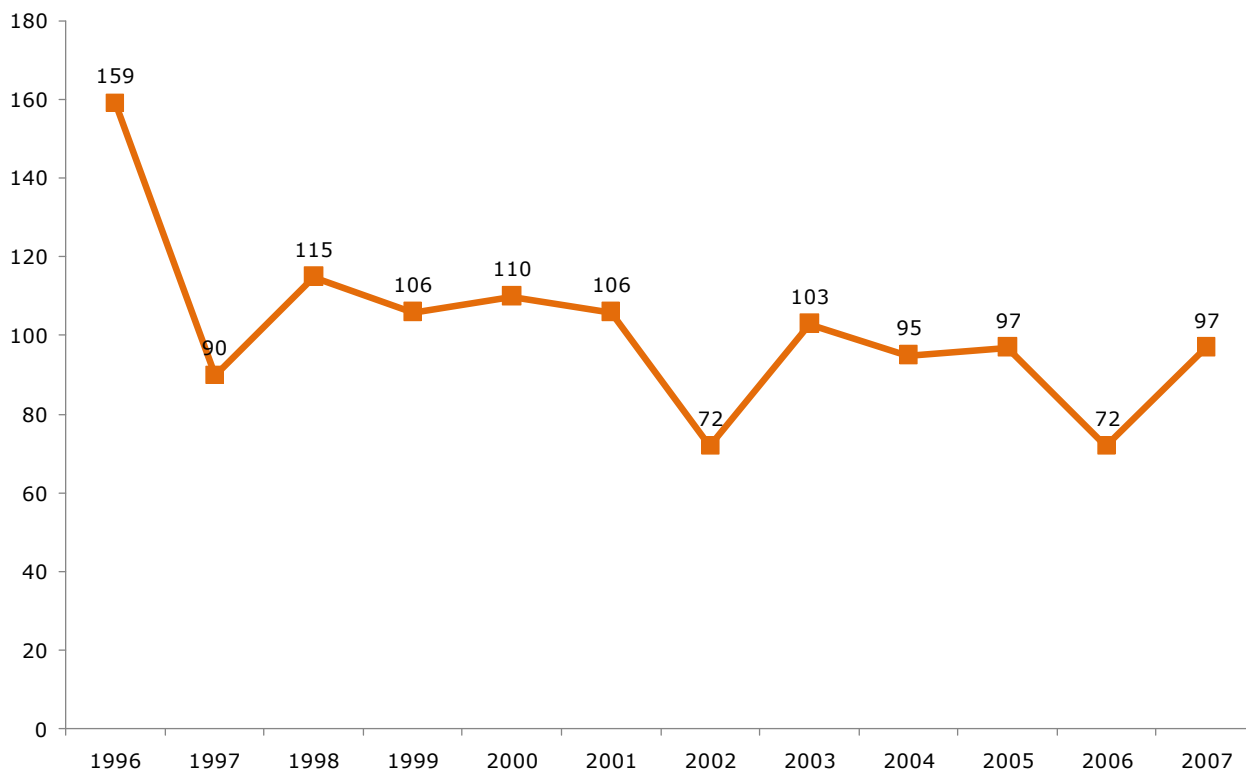


L'adesione allo schema terapeutico, che prevede l'assunzione del farmaco prima del soggiorno in zona endemica, durante la permanenza e dopo il rientro, è altrettanto importante quanto la scelta del farmaco per prevenire l'infezione o un decorso grave che ancor oggi può risultare mortale. Dai dati sui casi di malaria rilevati nella nostra Regione emerge che la malattia si sviluppa anche quando il farmaco, assunto in chemioprolifassi, non era corretto o qualora l'adesione del singolo individuo al trattamento sia stata insufficiente e caratterizzata da comportamenti a rischio. È dunque indispensabile una sempre maggiore collaborazione tra gli ambulatori di profilassi dei viaggiatori internazionali, i Medici di Medicina Generale e i Farmacisti per evitare che i viaggiatori, in particolare gli immigrati e i loro figli, si rechino nei Paesi endemici senza un'adeguata informazione sulle norme di profilassi.

Sorveglianza e prevenzione dell'Epatite B

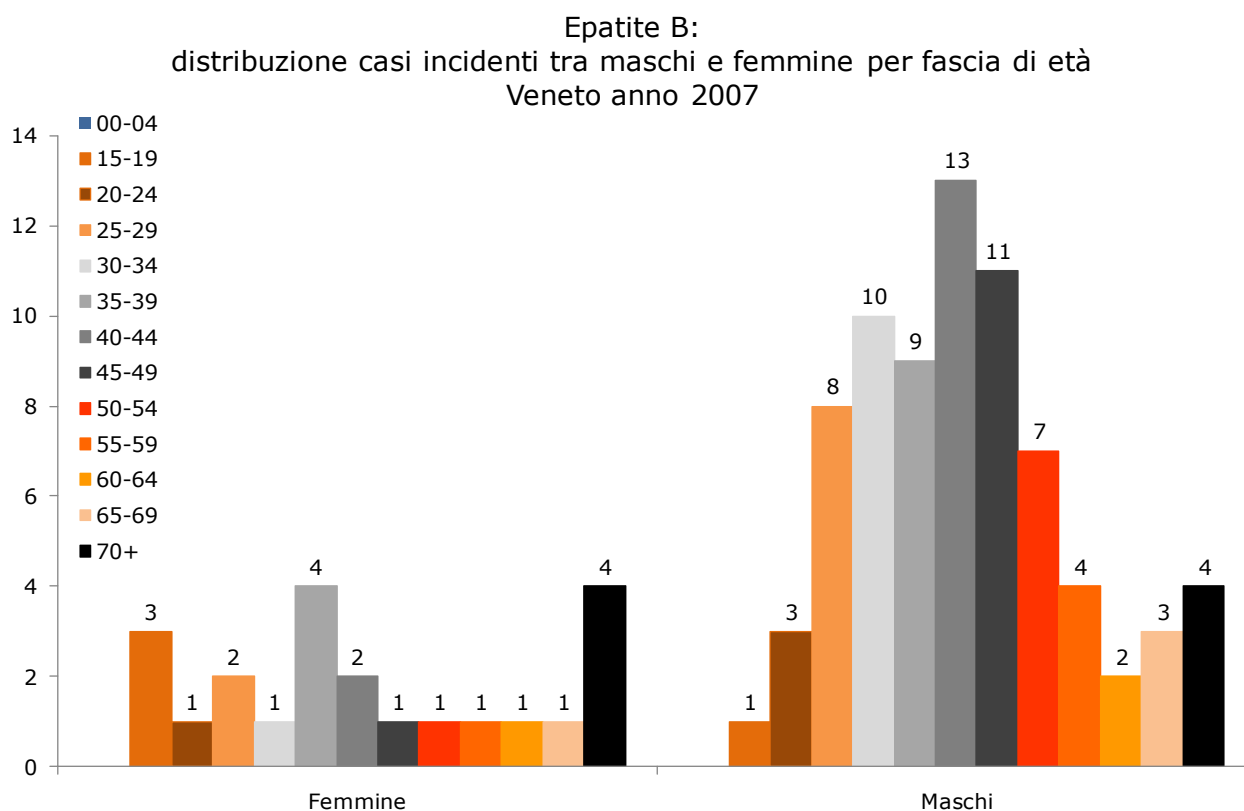
Dal 1993 tutte le Aziende ULSS della Regione del Veneto hanno aderito al Sistema di Sorveglianza delle Epatiti Virali Acute (SEIEVA) dell'Istituto Superiore di Sanità. Nell'arco di un decennio, nel Veneto i casi incidente permangono intorno al centinaio annuo, con fluttuazioni relativamente moderate.

Epatite B - Casi incidente 1996-2007 nel Veneto



Il virus dell'Epatite B (HBV) è formato da una parte interna, denominata core, contenente il genoma e strutture proteiche, e da un involucro esterno, denominato envelope. Nel core sono identificabili due diversi antigeni, l'HBcAg e l'HBsAg, mentre dell'envelope fa parte l'antigene di superficie HBsAg. Si tratta di una malattia che si trasmette venendo a contatto con liquidi biologici, quali sangue e suoi derivati, sperma e liquidi vaginali infetti. La trasmissione può avvenire anche da madre infetta al bambino durante la gravidanza. La malattia, che colpisce il fegato, si sviluppa in seguito alla reazione del sistema immunitario finalizzata ad eliminare il virus. Nella maggior parte dei casi la malattia guarisce e nel sangue rimane la presenza di anticorpi anti-virus dell'epatite B. In una percentuale variabile di pazienti (a seconda della loro età, del modo di trasmissione del virus e della competenza immunitaria dell'ospite), la malattia tende a cronicizzare, presentando vari quadri che vanno dall'epatite cronica alla cirrosi, con persistenza del componente HBsAg della particella virale nel sangue. Alcuni soggetti invece,

dopo il contatto con il virus, non lo eliminano dall'organismo e diventano portatori cronici e potenzialmente infettivi, pur non presentando alcuna epatopatia (portatori sani dell'HBsAg). L'HBsAg è l'antigene di superficie del virus. La sua presenza indica lo stato di infezione, e tutte le persone che risultano HBsAg positive sono da considerarsi potenzialmente infettanti. Nel Veneto, nella distribuzione dei casi incidente del 2007 è evidente la prevalenza maschile e la fascia di età maggiormente interessata è quella tra i 40 e 44 anni.

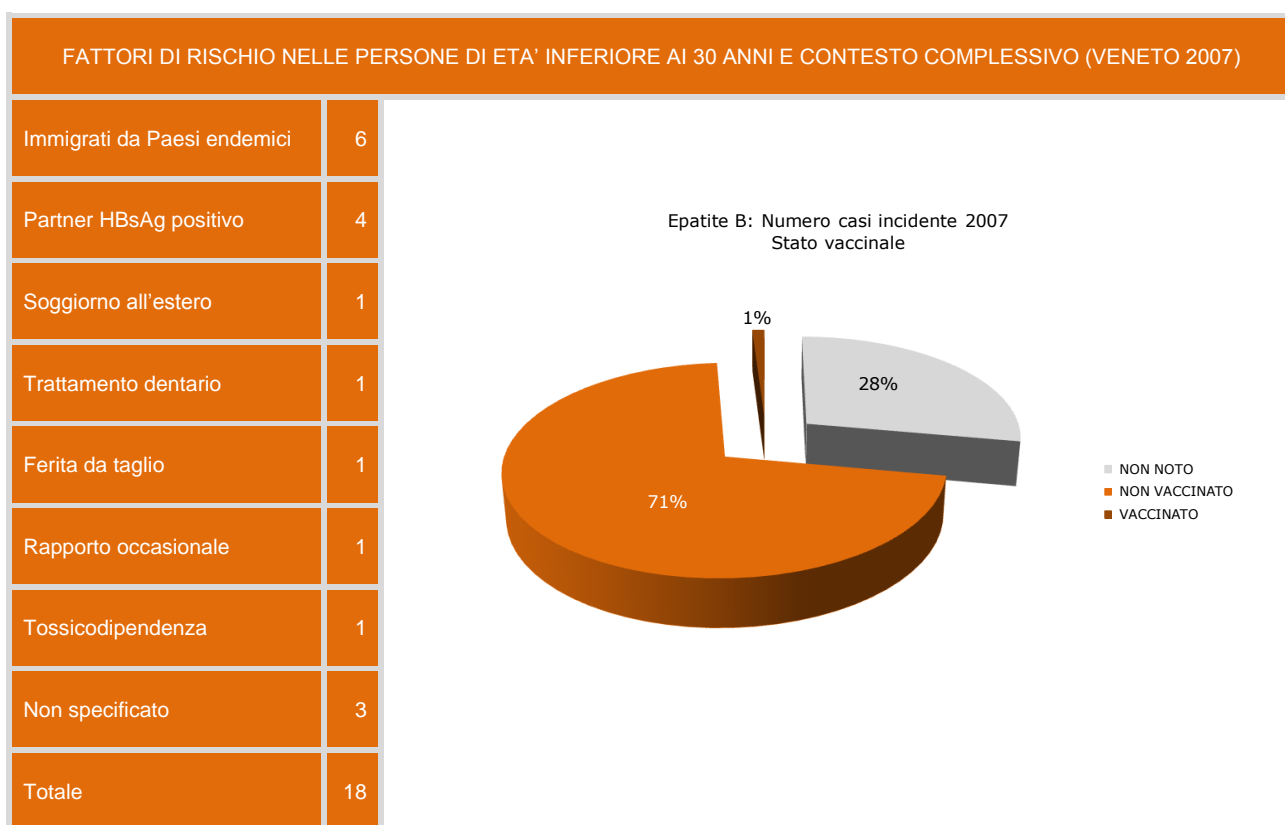


Sulla base della normativa nazionale in materia, la Regione del Veneto ha individuato alcune categorie a rischio per Epatite B. Tutti i soggetti appartenenti a queste categorie ricevono la vaccinazione attivamente e in termini di gratuità. Le categorie sono le seguenti:

- Conviventi e contatti, in particolare bambini, con persone HbsAg positive;
- Pazienti politrasfusi, emofilici, emodializzati;
- Vittime di punture accidentali con aghi o altri strumenti potenzialmente infetti;
- Soggetti affetti da lesioni croniche eczematose o psoriasiche delle mani;
- Persone che si rechino per motivi di lavoro in aree geografiche ad alta endemia per HBV;
- Tossicodipendenti, omosessuali, soggetti dediti a prostituzione;

- Soggetti che svolgono attività di lavoro, studio e volontariato nel settore sanitario, compreso il personale di assistenza delle case di riposo per anziani, delle strutture pubbliche o private;
- Personale e ospiti di istituti per ritardati mentali;
- Personale addetto alla lavorazione degli emoderivati;
- Candidati a trapianto d'organo e di tessuto;
- Addetti al servizio di raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti;
- Detenuti negli istituti di pena e prevenzione;
- Appartenenti alle Forze armate dello Stato, alle Forze di Polizia, alla Guardia di Finanza, alle Guardie Carcerarie, ai Vigili del fuoco e ai Vigili Urbani.

Dal punto di vista della prevenzione è importante osservare i fattori di rischio tra i più giovani. Nel 2007, nei soggetti con età inferiore ai 30 anni la distribuzione dei casi ha riguardato i seguenti fattori di rischio:

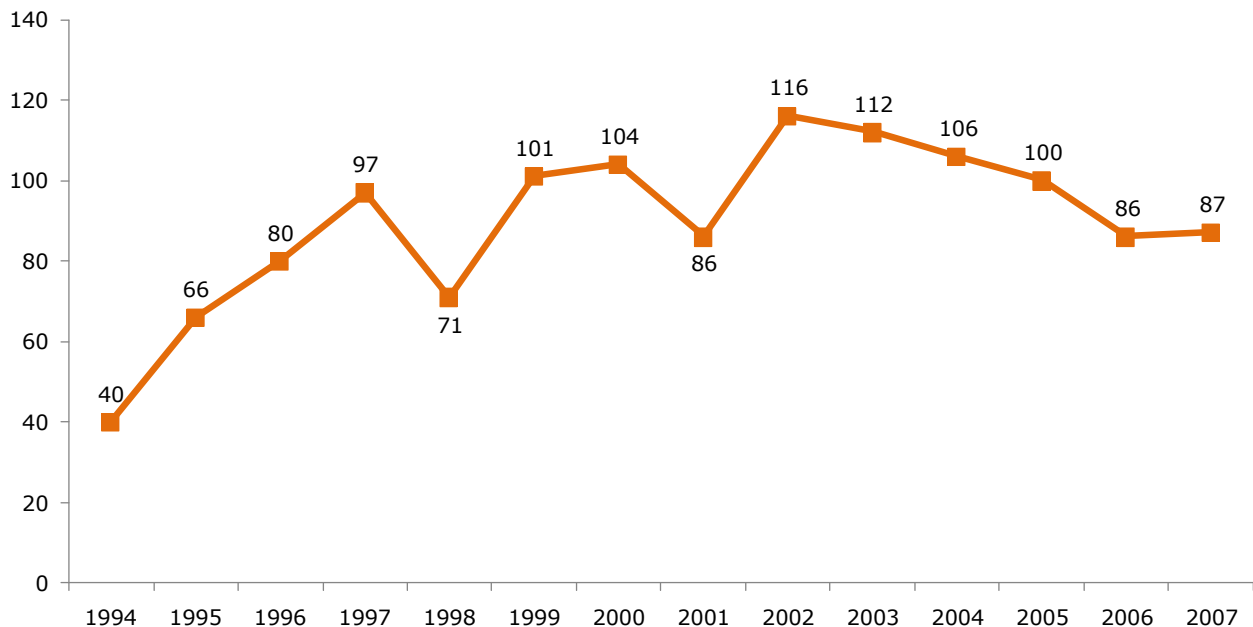


Quindi si può osservare che, anche se il numero di casi è ridotto, emerge un'evidente incidenza di comportamenti a rischio, soprattutto per la trasmissione attraverso rapporti sessuali e una sottovalutazione della potenziale assunzione dell'Epatite B in realtà territoriali in cui è maggiormente diffusa la malattia (immigrazione e soggiorno all'estero).

Meningiti e malattie batteriche invasive presenti nella Regione del Veneto

Nell'ambito della sorveglianza delle infezioni invasive causate da agenti batterici sono disponibili, oltre al sistema basato sulle microbiologie avviato all'inizio del 2007, due diverse modalità di raccolta dei dati: a) il flusso informativo di sorveglianza speciale per le patologie invasive batteriche della Regione del Veneto; b) il flusso afferente al sistema informatizzato malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità. I dati consolidati a disposizione dal 1994 permettono di evidenziare come il numero assoluto delle meningiti, notificate attraverso le metodiche correnti, non abbia subito in questi anni variazioni rilevanti.

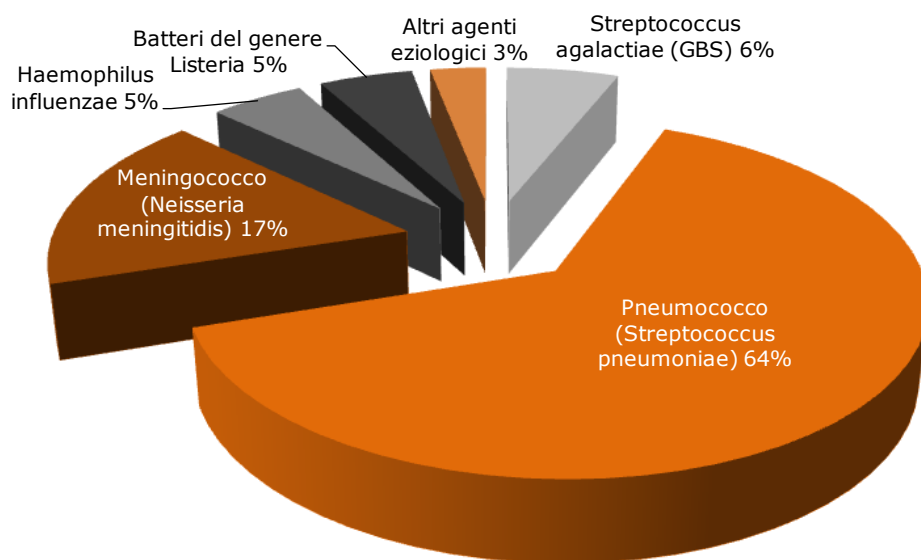
Numero assoluto delle meningiti notificate
nella Regione del Veneto nel periodo 1994 -2007



La sorveglianza attiva di laboratorio delle infezioni invasive con accertata eziologia batterica è stata avviata in Veneto a partire dal gennaio 2007. Vi partecipano, con attività di microbiologie tutti i laboratori pubblici della Regione. La possibilità di utilizzare come fonte informativa anche un flusso proveniente dai laboratori di microbiologia permette di tracciare un profilo più completo dell'assetto epidemiologico presente nella nostra Regione. Vengono segnalati non solo i soggetti affetti da meningite batterica ma anche quelli colpiti da alcune forme batteriche invasive. Questa stessa tipologia di pazienti è notificata pure attraverso il flusso di sorveglianza speciale. L'unione delle tre diverse fonti informative rende possibile una più capillare ricerca delle patologie oggetto di studio con l'aumento della sensibilità del sistema di sorveglianza e la

possibilità di tracciare un profilo epidemiologico più vicino a quello reale. Complessivamente nel corso del 2007 sono state raccolte attraverso i tre sistemi di notifica 247 segnalazioni.

Distribuzione percentuale dei microorganismi isolati nei laboratori microbiologici del Veneto Anno 2007



	S	P	M	H	T	L	A	N	Totale
1994	1	8	21	7	0	1	1	1	40
1995	2	12	27	15	0	3	0	7	66
1996	1	28	17	15	2	5	4	8	80
1997	0	37	18	8	0	9	9	16	97
1998	2	22	15	13	1	7	5	6	71
1999	4	33	25	4	4	3	6	22	101
2000	2	28	29	7	4	4	14	16	104
2001	4	25	19	5	3	5	10	15	86
2002	4	29	23	2	3	6	25	24	116
2003	3	43	17	7	2	2	19	19	112
2004	2	42	21	2	2	7	15	15	106
2005	2	34	26	3	1	2	10	22	100
2006	1	32	10	1	1	8	10	23	86
2007	4	27	20	0	0	8	10	18	87

S: Streptococcus agalactiae (GBS)
 M: Meningococco (Neisseria meningitidis)
 L: Batteri del genere Listeria

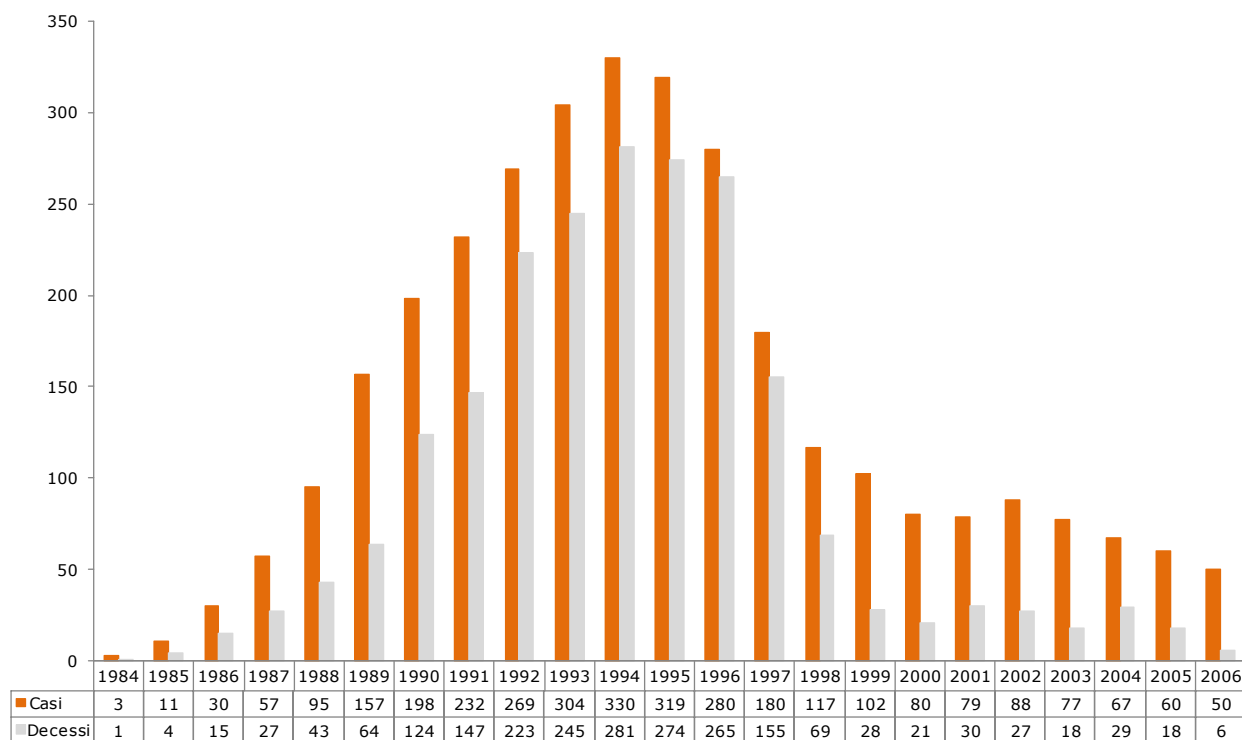
P: Pneumococco (Streptococcus pneumoniae)
 H: Haemophilus influenzae
 A: Altri agenti eziologici

T: Mycobacterium tuberculosis
 N: Agenti eziologici non identificati

Prevenzione dell'AIDS

L'andamento del numero di casi e di decessi per AIDS segnalati al registro regionale evidenzia che fino al 1994 nella nostra Regione si ha un costante incremento di persone ammalate. L'anno in questione rappresenta uno spartiacque, infatti a partire da quell'anno si assiste ad una rapida riduzione che si è ulteriormente accentuata a partire dal 1997. La frequenza dei decessi è anch'essa aumentata fino al 1994, ma ha iniziato a scendere sensibilmente solo a partire dal 1997 e la sua discesa, soprattutto negli ultimi anni, è stata anche maggiore di quella dei casi. Negli ultimi anni si assiste ad una forte riduzione dei decessi a fronte di una certa stabilizzazione dei casi.

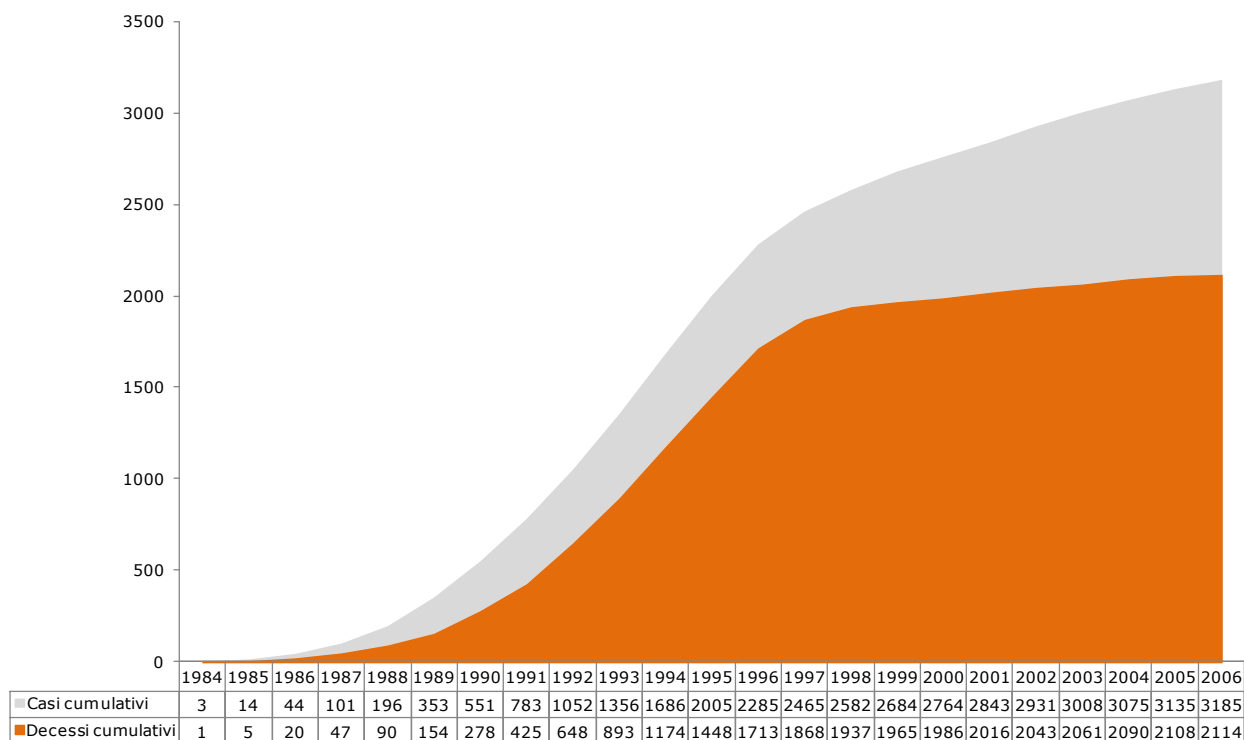
Casi e decessi incidenti per AIDS in residenti nella Regione Veneto
Periodo 1984-2006



Il numero di casi e di decessi cumulati e mette in evidenza l'evoluzione da un punto di vista epidemiologico della malattia. Prima degli anni '90 l'incremento dei casi si accompagnava con un aumento quasi corrispondente del numero dei decessi. Successivamente la maggiore riduzione del numero di decessi rispetto a quella del numero di casi, ha popolato maggiormente l'area dei casi. I dati dimostrano che la riduzione di frequenza dei casi di AIDS ha interessato nel suo complesso tutti i gruppi di rischio per la malattia, ad eccezione della trasmissione eterosessuale. Inoltre, si è verificata una riduzione dei comportamenti a rischio tra le persone che soffrono di dipendenze. Tuttavia, la tossicodipendenza rimane il secondo fattore di rischio per importanza, mentre è progressivamente aumentata la proporzione

relativa di casi attribuibili a trasmissione eterosessuale, che negli ultimi anni è stato il fattore di rischio maggiormente rappresentato.

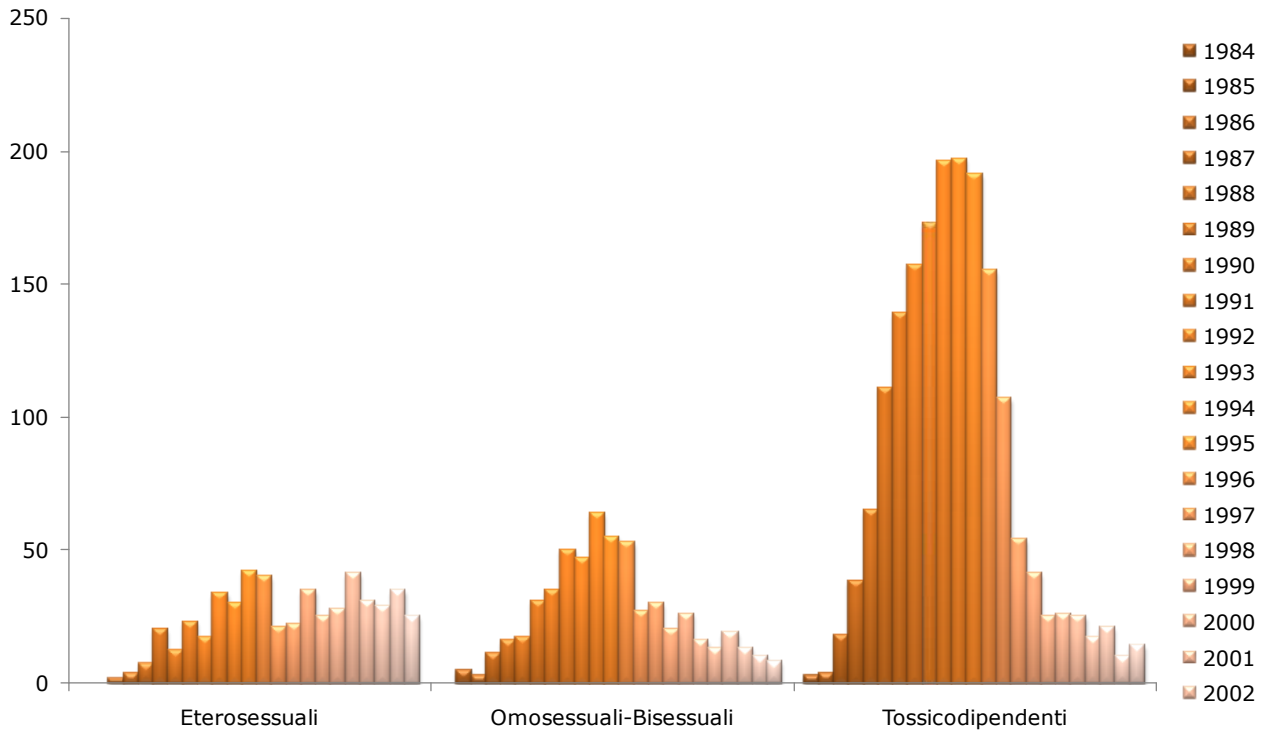
Casi e decessi cumulativi per AIDS
 Residenti nella Regione Veneto - Anni 1984-2006



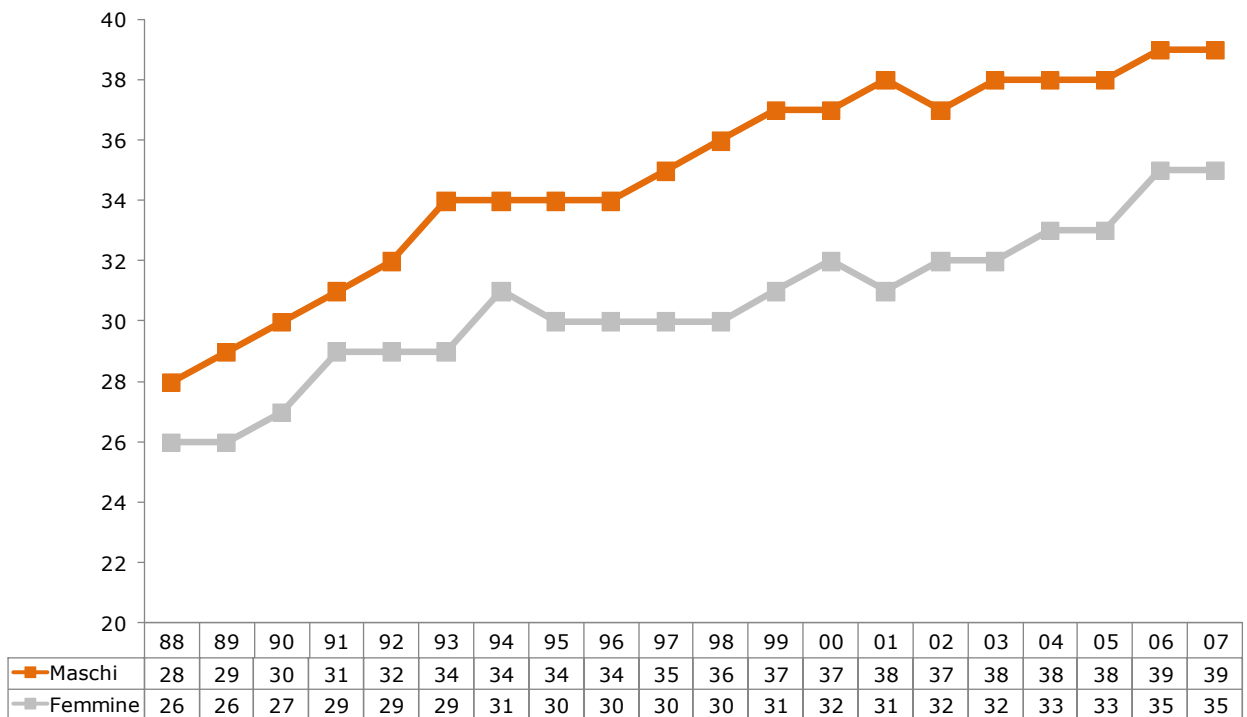
* La locuzione "casi cumulativi" sta ad indicare che i nuovi casi sono aggiunti a quelli degli anni precedenti, realizzando quindi un processo incrementale. Lo stesso dicasi per i "decessi cumulativi".

Numero di casi e frequenza relativa percentuale, per fattore di rischio e periodo di segnalazione												
Tipologia	1995-96		1997-98		1999-00		2001-02		2003-04		2005-06	
Trasfuso	6	1,00%	1	0,30%		0,00%	1	0,60%		0,00%		0,00%
TD	346	57,80%	161	54,20%	66	36,30%	51	30,50%	38	26,40%	24	21,80%
Omo-bisex	108	18,00%	57	19,20%	46	25,30%	29	17,40%	32	22,20%	18	16,40%
Eterosex	82	13,70%	43	14,50%	60	33,00%	69	41,30%	60	41,70%	60	54,50%
Emofilico	2	0,30%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%
Bambini	6	1,00%		0,00%	1	0,50%		0,00%	1	0,70%		0,00%
Altro	49	8,20%	35	11,80%	9	4,90%	17	10,20%	13	9,00%	8	7,30%
Totale	599	100%	297	100%	182	100%	167	100%	144	100%	110	100%

Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per categoria di esposizione e anno di diagnosi

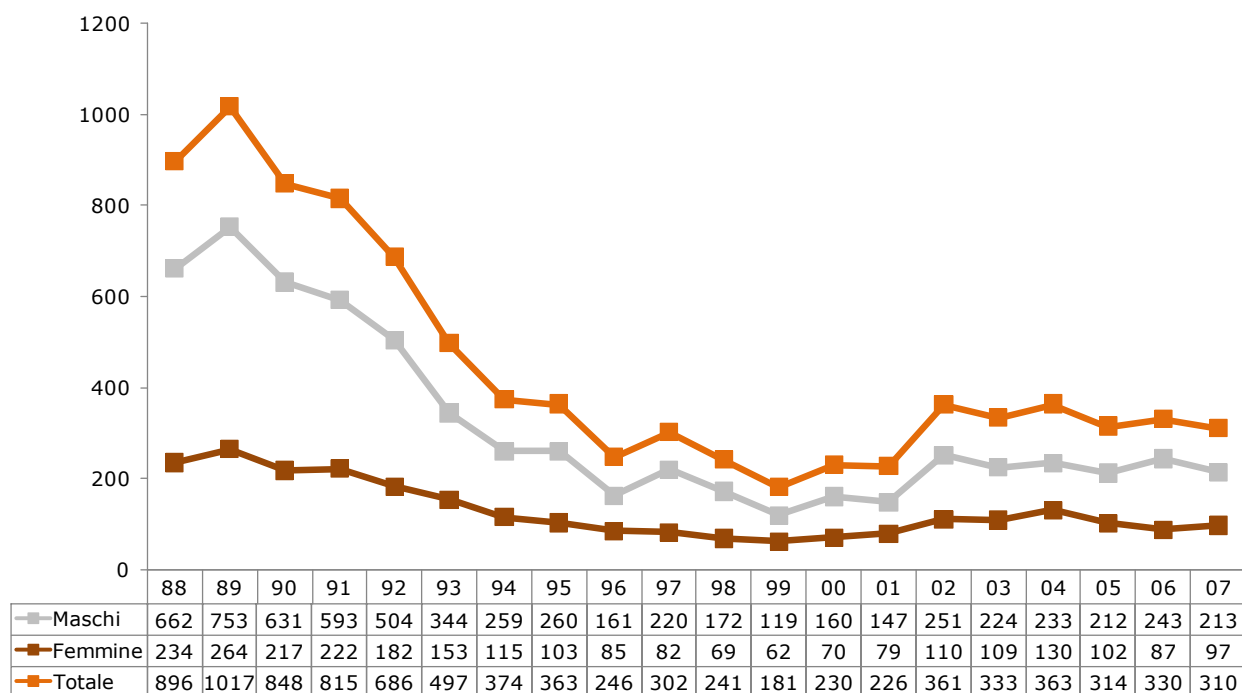


Età media alla notifica di infezione da HIV Veneto Anni 1988-2007



Nel triennio 2005-2007 la maggior parte dei nuovi casi di HIV si concentra nella classe di età che va dai 35 ai 44 anni. Nel 2007 l'età media è di 39 anni per gli uomini e di 35 anni per le donne.

Diagnosi di infezione da HIV per anno e sesso.
Veneto Anni 1988-2007

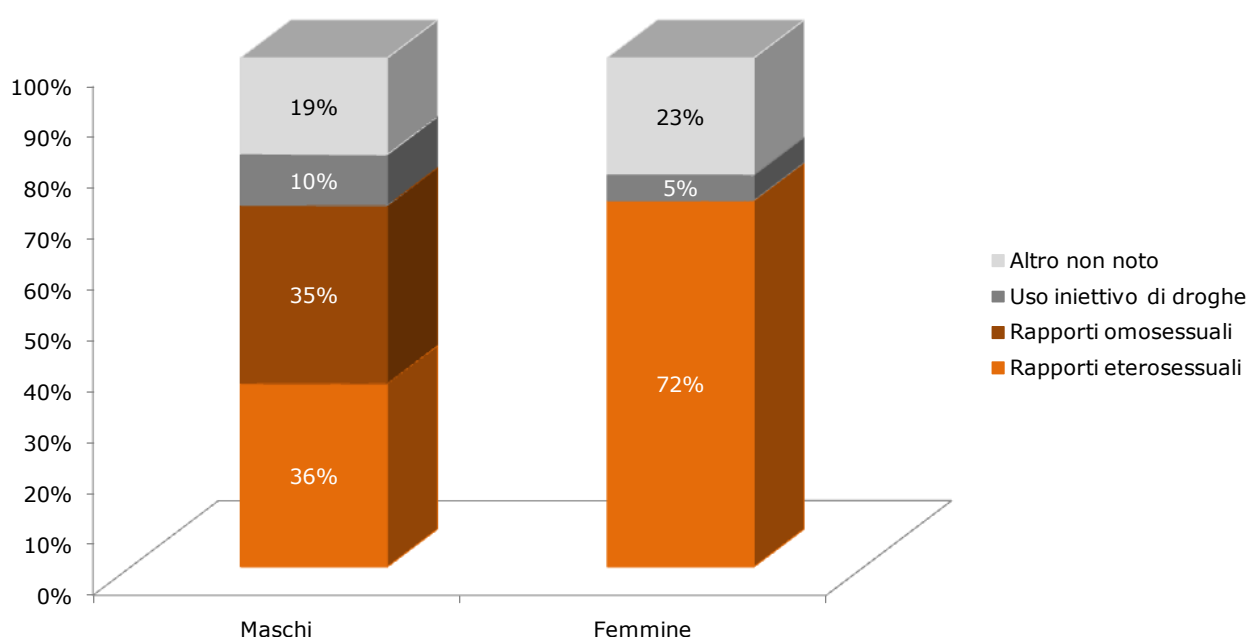


98

Nell'ultimo triennio la popolazione complessiva dei nuovi sieropositivi risulta composta per metà da persone che riferiscono come comportamento a rischio i rapporti eterosessuali. Per le donne tale comportamento a rischio rappresenta addirittura il 72% dei casi. Purtroppo l'informazione viene raccolta con poca precisione ed infatti addirittura un 14% dei testati non ha specificato il possibile fattore di rischio. Inizialmente l'epidemia risultava essere quasi esclusivamente a carico dei tossicodipendenti. Dal 1996 invece il fattore di rischio predominante è la trasmissione sessuale tra eterosessuali, seguita da quella tra omosessuali. Le nuove sier conversionsi tra soggetti non appartenenti alle "categorie a rischio" risultano percentualmente in crescita progressiva, sia tra il sesso maschile che quello femminile, elemento questo ascrivibile a rapporti eterosessuali non protetti. È un fatto associato che tale fenomeno sia associato al calo della soglia di attenzione nei confronti dell'infezione da HIV, sia per una minore incidenza delle campagne di sensibilizzazione che per una alterata percezione del rischio dopo l'avvento delle nuove, efficacissime, terapie antiretrovirali. La consapevolezza di poter disporre di farmaci che consentono la sopravvivenza sembra quasi ridurre l'allarme sociale per la malattia. Da questo punto di vista, l'aumento di aspettativa di vita dell'individuo

sieropositivo e le migliorate condizioni di vita dello stesso hanno destato in alcuni la preoccupazione per l'ampliamento del serbatoio, potenziale fonte di infezione, con un aumento di nuovi casi; tale ipotesi non si è potuta finora verificare sia per l'ottimo controllo della viremia HIV oggi possibile grazie alle terapie antivirali di combinazione che al continuo monitoraggio ed attività di counselling attiva sui soggetti seguiti presso i centri specialistici ove non viene mai trascurata la responsabilizzazione del paziente.

Distribuzione per comportamenti a rischio
nel triennio 2005-2007 - Veneto



Le informazioni fornite dal Sistema di Sorveglianza Regionale HIV sono utili a descrivere i cambiamenti attuali dell'epidemia consentendo di identificare in modo tempestivo le aree geografiche e le sottopopolazioni a maggior rischio. Questo offre un aiuto concreto nella pratica clinica consentendo da una parte di migliorare le strategie di proposta del test nei confronti di quelle persone che appartengono a categorie a rischio, dall'altra, sottolineando l'importanza di concentrare i programmi di prevenzione specificamente a quei gruppi di popolazione che dai dati di sorveglianza risultano più esposti al contagio. Si tratta infatti di far acquisire consapevolezza a categorie a rischio che si caratterizzano per una forte sottovalutazione del potenziale di sviluppo del virus e della malattia.

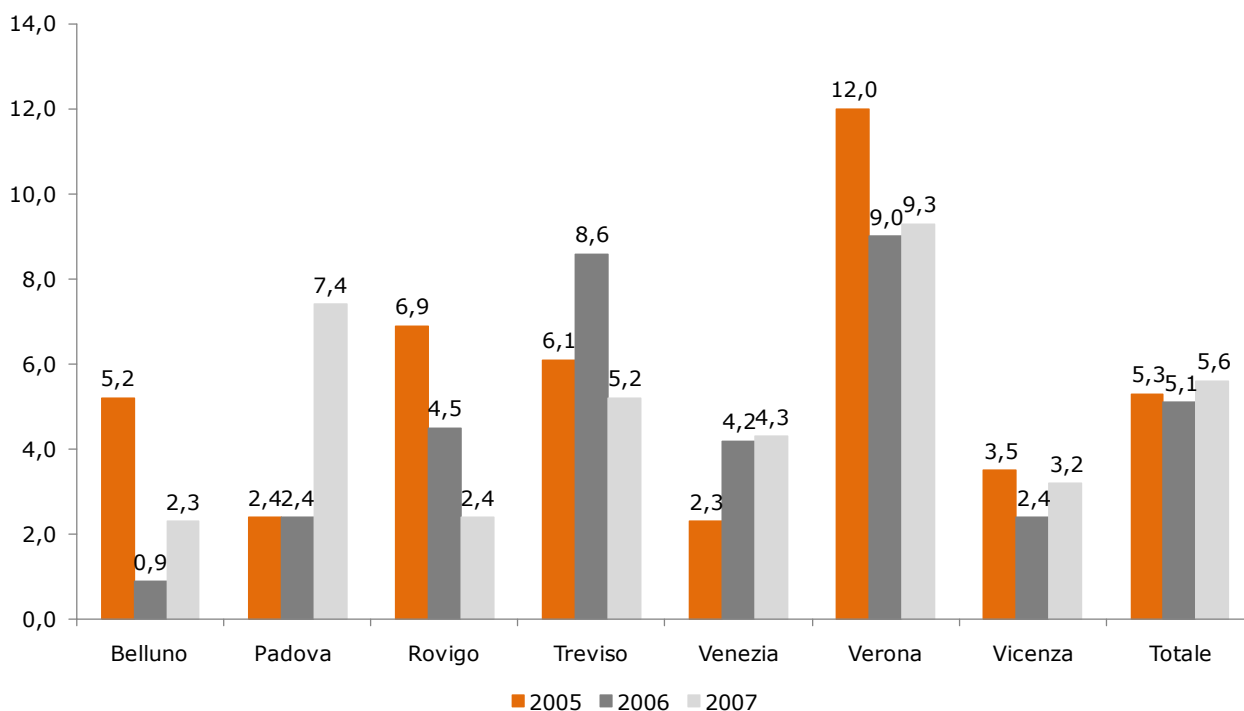
Per quanto concerne l'analisi territoriale del fenomeno, tra le Province del Veneto Verona e Padova riportano il maggior numero di casi. La Provincia di Verona dopo un picco di incidenza

nel 2004 con quasi 14 casi per 100.000 abitanti, negli ultimi anni presenta valori attorno ai 9 casi per 100.000 abitanti. Padova viene in evidenza per la crescita dei nuovi casi che nel 2007 superano i livelli del 1995 e del 1996. Le incidenze di Belluno, Rovigo e Vicenza risultano negli ultimi anni ampiamente sotto la media regionale.

Numero nuove infezioni da HIV nelle Province del Veneto												
Province	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Belluno	8	7	1	6	4	3	9	7	5	11	2	5
Padova	52	62	28	11	19	29	32	32	29	21	22	67
Rovigo	16	18	17	8	10	16	16	10	9	17	11	6
Treviso	24	42	31	42	28	30	70	56	53	52	74	45
Venezia	52	40	46	30	18	19	37	28	18	19	35	36
Verona	31	44	57	36	56	42	36	27	119	104	79	83
Vicenza	22	48	21	16	45	48	49	36	56	29	20	27
Fuori Veneto	26	31	18	16	28	13	16	25	29	20	26	20
Non riportata	15	10	22	16	22	26	96	112	45	41	61	21

100

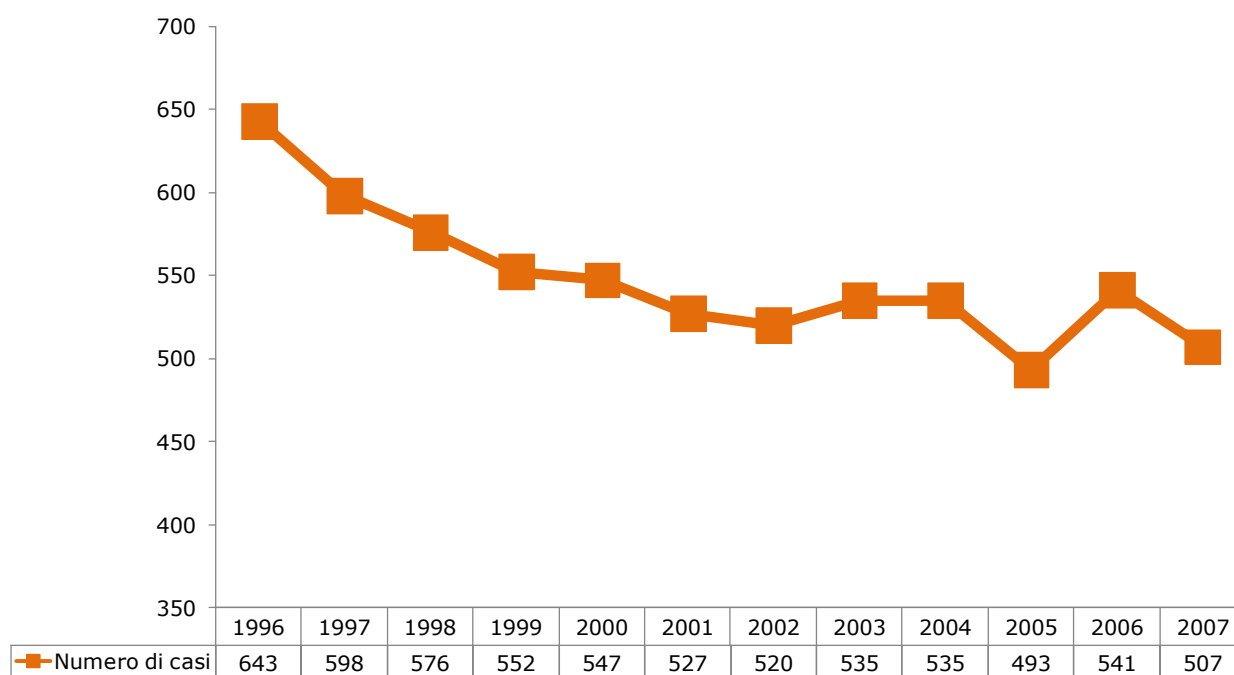
Tassi grezzi di incidenza per 100.000 abitanti per Provincia di residenza Veneto 2005-2007



Sistema di sorveglianza della Tuberculosis

La ricomparsa della tubercolosi dopo anni di latenza ha richiesto una revisione della strategia di lotta e la disponibilità di strumenti operativi adeguati. Sin dal 2004 la Regione del Veneto ha istituito il *Dispensario Funzionale* per il controllo della malattia nel territorio. Il Dispensario Funzionale è una unità clinico-gestionale che consente la gestione coordinata e complessiva dei casi di tubercolosi, della prevenzione e della sorveglianza epidemiologica per Azienda ULSS. All'istituzione dei Dispensari Funzionali e alla razionalizzazione della rete dei Laboratori di Micobatteriologia ha fatto seguito, nel 2007, l'aggiornamento delle "Linee guida per il controllo della tubercolosi nella Regione Veneto". Attualmente la sorveglianza della tubercolosi si basa su due flussi informativi: a) la notifica effettuata utilizzando l'applicativo SIMIWEB adottato nel 2006; b) la scheda regionale ("flusso speciale TBC"), che contiene oltre ai dati di notifica anche informazioni sui fattori di rischio, sulle modalità di trattamento delle forme a localizzazione polmonare e sull'esito della terapia.

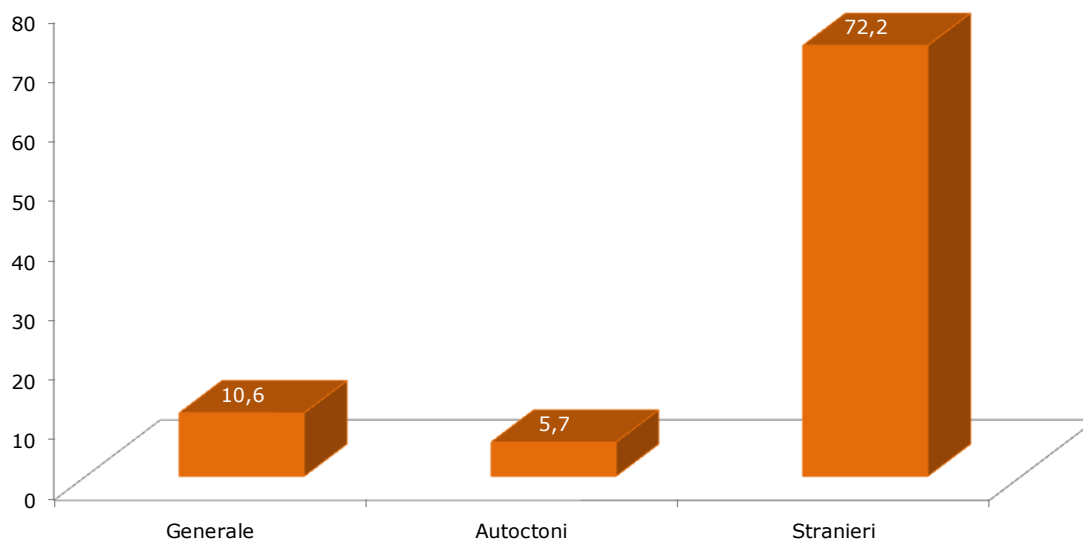
Frequenza della tubercolosi
nella popolazione della Regione del Veneto



Il numero di nuovi casi ricavato dall'incrocio tra SIMIWEB e flusso speciale TBC, è per il 2006 pari a 541. Nel 2007 il dato corrisponde a 507 nuovi casi. Tali valori riprendono l'andamento già evidenziato negli ultimi anni, caratterizzato dapprima da un'attenuazione del calo progressivo del numero dei casi in atto dal 1994, e infine, a partire dal 2003, da una inversione di tendenza. Si rileva che, mentre sembra avviarsi ad esaurimento la discesa della curva

relativa alla popolazione autoctona, quella che riguarda gli stranieri ha proseguito la sua ascesa arrivando praticamente al congiungimento. Ciò viene in evidenza anche se si considera il tasso di incidenza.

Tasso di incidenza della tubercolosi per 100.000 abitanti
Veneto 2007

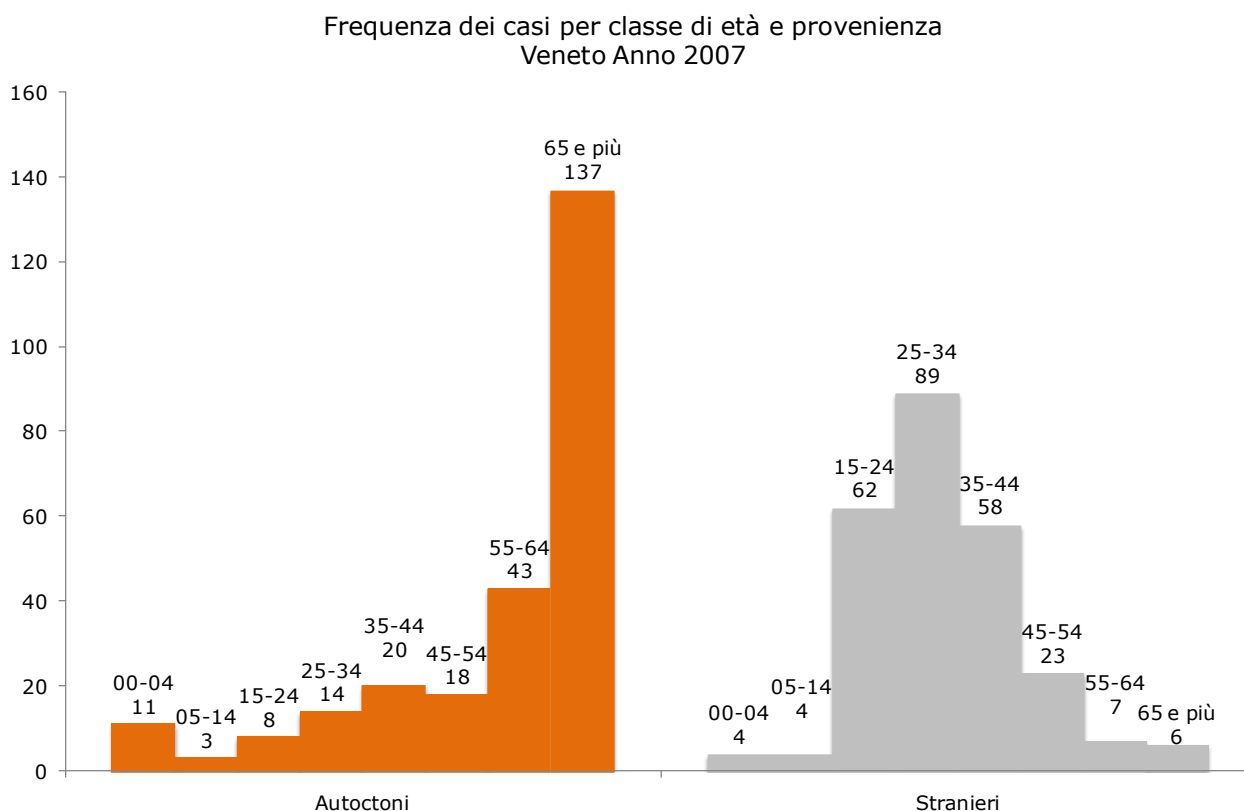


102

Gruppo	Casi			Popolazione			Casi per 100.000 abitanti		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Romania	28	34	62	23.939	24.268	48.207	116,96	140,10	128,61
Marocco	17	21	38	27.858	18.923	46.781	61,02	110,98	81,23

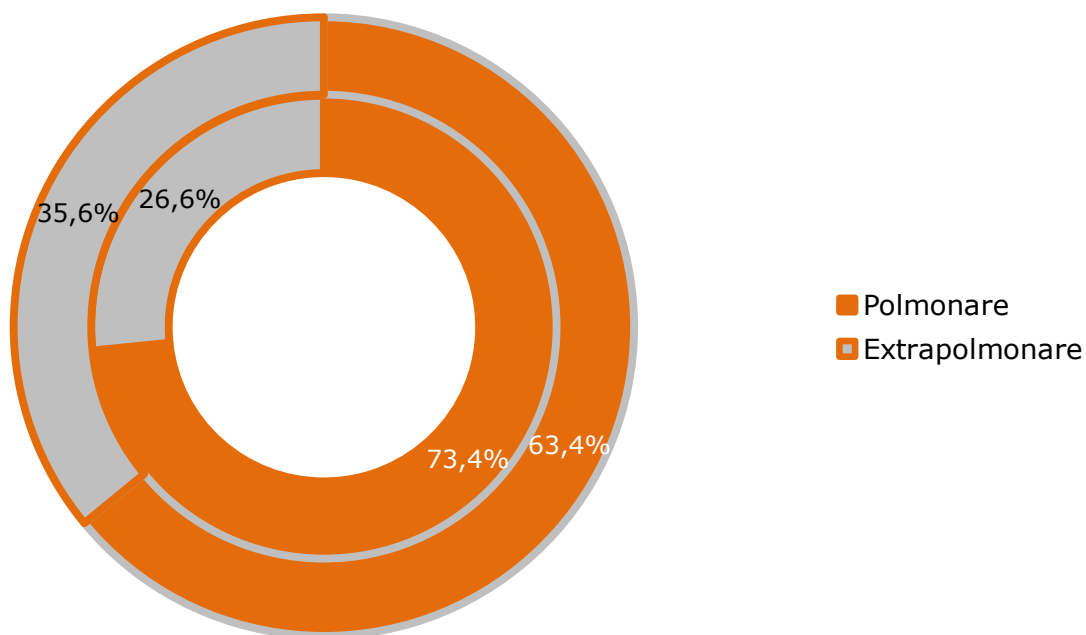
Si può notare come la TBC incida in modo nettamente maggiore tra gli stranieri e in particolare nelle età comprese tra i 15 e i 44 anni. Tra questi è tuttavia in corso una tendenza al riequilibrio dell'incidenza tra le varie età probabilmente riconducibile ad un concomitante riequilibrio della composizione demografica. Tra gli italiani la quota di chi ha più di 65, pur sempre preponderante, è passata dal 58% al 54%. Ciò rappresenta un possibile segno da monitorare della progressiva diminuzione di vecchie infezioni latenti o di forme di tubercolosi attiva trattate con mezzi inadeguati. Il calo in questa fascia di età si deve soprattutto alla componente maschile. Dal 2003 il numero di casi di sesso maschile si è mantenuto a livelli appena superiori a quello delle femmine. Nel 2007 si assiste invece al *sorpasso* dei casi femminili. Tra gli stranieri le popolazioni che presentano il numero più alto di pazienti con tubercolosi sono quella rumena e quella marocchina. Si rilevano 62 casi pari al 24,5% del

totale tra gli stranieri tra gli immigrati di origine rumena e 38 pari al 15% del totale tra le persone provenienti dal Marocco. Entrambi i gruppi etnici presentano tassi di incidenza molto elevati.



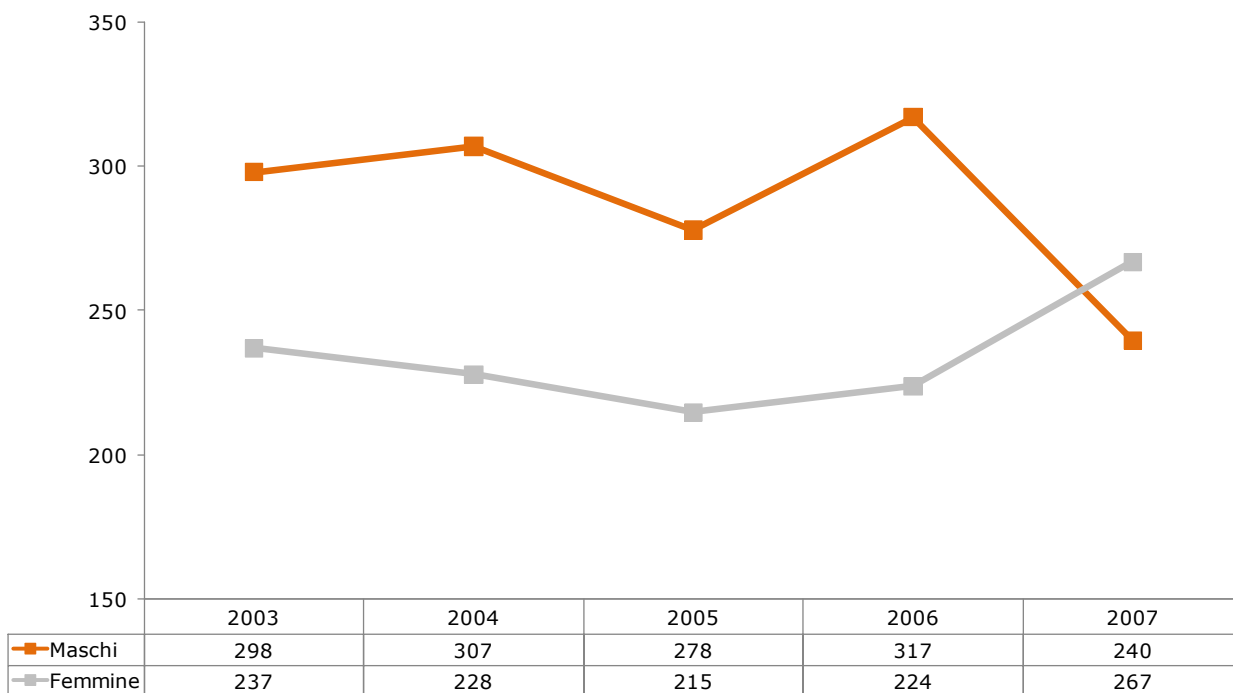
Riferendoci alla nazionalità, si nota come pur restando preponderante il numero dei casi polmonari, la distribuzione dei casi cambi: tra gli italiani la percentuale di extrapolmonari è infatti più alta rispetto a quella degli stranieri. La tubercolosi può infatti colpire ogni organo od apparato con localizzazione singola o multipla. In base a considerazioni di ordine epidemiologico legate alla trasmissibilità della malattia, si contemplanò due categorie: a) "polmonare", attribuita ogni volta che sono interessati i polmoni, i bronchi, la trachea, non importa se in modo isolato o sovrapposto a quello di altre localizzazioni; b) "extrapolmonare", per esclusione riservata alle forme che presentano esclusivamente localizzazioni diverse da quella polmonare, bronchiale o tracheale. Considerando che la classificazione "polmonare" comprende anche forme con localizzazioni sovrapposte (polmonari ed extrapolmonari), il risultato finale è numericamente superiore al numero dei casi considerati. Nel 2007 le forme cliniche caratterizzate da localizzazioni concomitanti polmonari ed extrapolmonari sono state 33. Le localizzazioni extrapolmonari della TBC sono risultate in totale 334, delle quali 167 sono rappresentate da seconde localizzazioni in uno stesso soggetto. Inoltre, il rapporto percentuale tra le forme classificate come "polmonare" ed "extrapolmonare" negli anni subisce degli scostamenti non rilevanti, mantenendosi costante intorno ai valori rilevati nel 2003.

Percentuale tubercolosi polmonare ed extrapolmonare nel Veneto
(2007) Autoctoni cerchio esterno - Stranieri cerchio interno



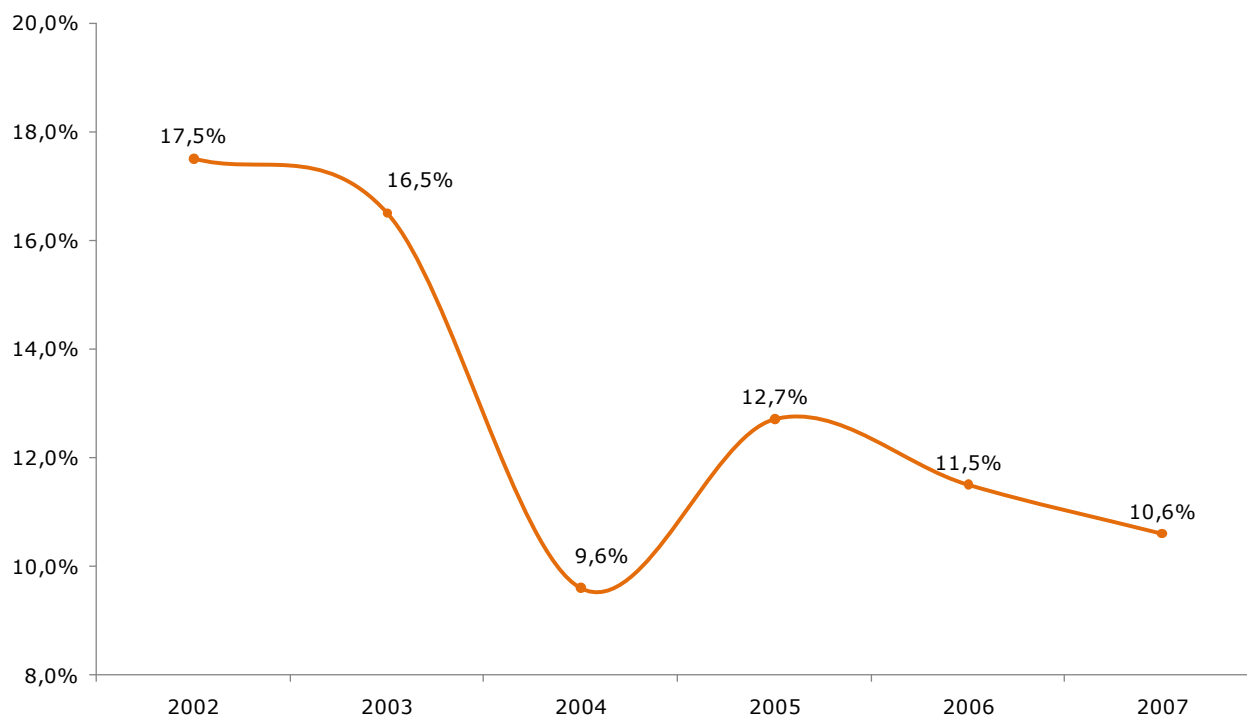
104

Casi di tubercolosi per sesso e anno di riferimento
Veneto 2003-2007



Negli ultimi anni la percentuale di recidive presenta un trend in diminuzione, con una leggera prevalenza nei casi classificati come extrapolmonari.

Percentuale recidive nel veneto negli anni 2002-2007



L'esito del trattamento delle forme polmonari costituisce la base di fondamentali indicatori di valutazione di un sistema di controllo della tubercolosi. Data la lunghezza del periodo temporale in cui i pazienti sono sottoposti alla terapia, è possibile avere un quadro sufficientemente completo solo dopo un anno dalla comparsa dei primi sintomi.

Percentuali dei vari esiti di trattamento sul totale di quelli pervenuti in modo completo					
Esiti	2002	2003	2004	2005	2006
Guarito	30,60%	40,80%	42,10%	39,20%	43,88%
Trattamento completato	38,70%	34,20%	28,90%	41,40%	34,53%
Guarito + Trattamento completato	69,30%	75,00%	71,00%	80,60%	78,41%
Deceduto	11,30%	8,10%	7,10%	9,50%	5,76%
Trattamento interrotto	4,40%	4,20%	4,90%	0,50%	3,96%
Perso al follow up	9,40%	7,80%	11,70%	6,80%	5,40%
Fallimento terapeutico	3,50%	2,70%	1,50%	0,00%	0,36%
Trasferito	0,00%	0,70%	3,80%	2,70%	6,12%

Il 2006, col 78,60% di risultati favorevoli conferma livelli sostanzialmente in linea con l'obiettivo fissato dal Piano Triennale 2005-2007, che è pari all'80%. Risultano in flessione gli esiti sfavorevoli, come "deceduto", "fallimento terapeutico" e, soprattutto, "perso al follow-up" che col 5,24% si avvicina alla percentuale uguale o inferiore al 5%, obiettivo del Piano e limite concesso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

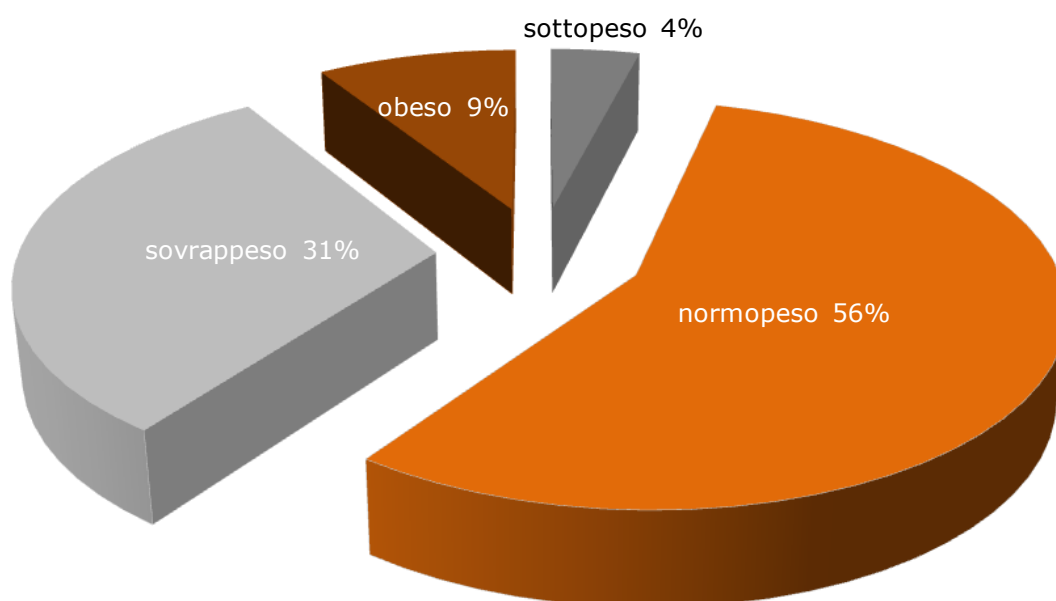
Per quanto attiene la resistenza ai farmaci, su 541 nuovi casi di tubercolosi notificati nel 2006, 339 (62,6%) hanno evidenziato la resistenza degli isolati clinici ai farmaci antitubercolari di prima scelta: isoniazide (INH), rifampicina (RMP), Etambutolo (EMB), pirazinamide (PZA) e streptomina (STRE). La percentuale dei casi analizzati per la farmacoresistenza è in linea con quella registrata negli anni scorsi. 275 ceppi (81,1% del totale) sono risultati sensibili a tutti i farmaci analizzati. Il numero di ceppi resistenti ad almeno un farmaco è risultato essere di 64 (pari al 18,9% del totale). Di questi 47 (13,8% del totale) erano resistenti ad un solo farmaco; 8 (2,4% del totale) erano resistenti ad almeno INH e RMP ed erano per cui classificabili come MDR; 9 (2,7% del totale) erano resistenti a varie combinazioni di farmaci, rimanendo però sensibili almeno ad uno tra INH e RMP. I farmaci antitubercolari verso i quali è stata rilevata più frequentemente la resistenza nel corso del 2006 sono la streptomina e l'isoniazide.

2.3 Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità. Le caratteristiche nutrizionali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, Body Mass Index – B.M.I.), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato. In base al B.M.I. gli individui si suddividono in quattro categorie:

- sottopeso (B.M.I. <18.5);
- normopeso (B.M.I. 18.5-24.9);
- sovrappeso (B.M.I. 25-29.9);
- obeso (B.M.I. \geq 30).

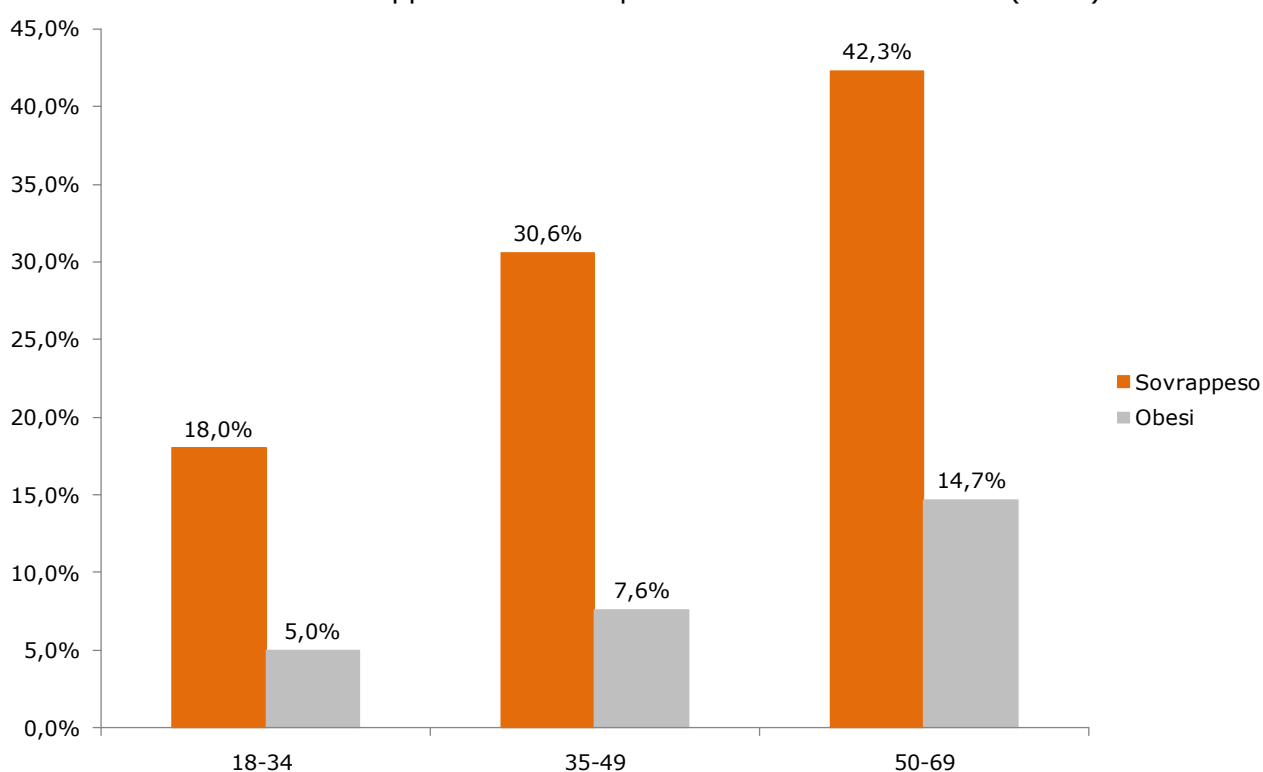
Stato nutrizionale della popolazione del Veneto - Anno 2007



Nell'ambito dello Studio P.A.S.S.I. (progetto del Ministero della Salute – Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), tra i diversi aspetti legati agli stili di vita della popolazione italiana che si è cercato di indagare attraverso la somministrazione telefonica di un apposito questionario ad un campione di popolazione, è stata prevista anche l'acquisizione di dati sullo stato nutrizionale della popolazione italiana e su alcune sue abitudini alimentari. Dati indispensabili per implementare un sistema di sorveglianza nutrizionale sulla popolazione

stessa. Tale risultato è stato perseguito attraverso modalità di raccolta delle informazioni auto dichiarate dai soggetti campione, che hanno consentito elaborazioni omogenee della reportistica sul tema. Nel Veneto il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 56% normopeso, il 31% sovrappeso, il 9% obeso. Quindi, complessivamente si stima che il 40% della popolazione presenti un eccesso ponderale, che comprende sia il sovrappeso che l'obesità. L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (51% per i primi, 29% per le seconde), nelle persone con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche (differenze statisticamente significative).

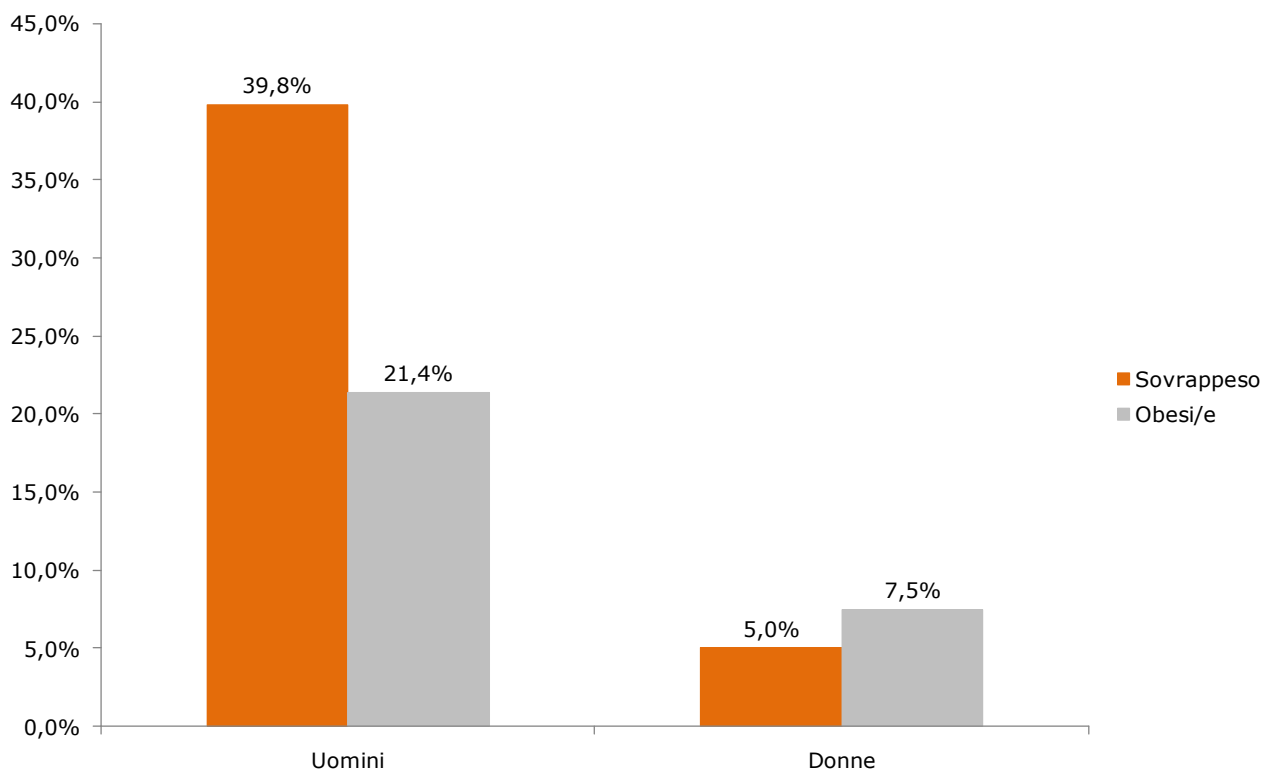
Persone in sovrappeso ed obese per classi di età nel Veneto (2007)



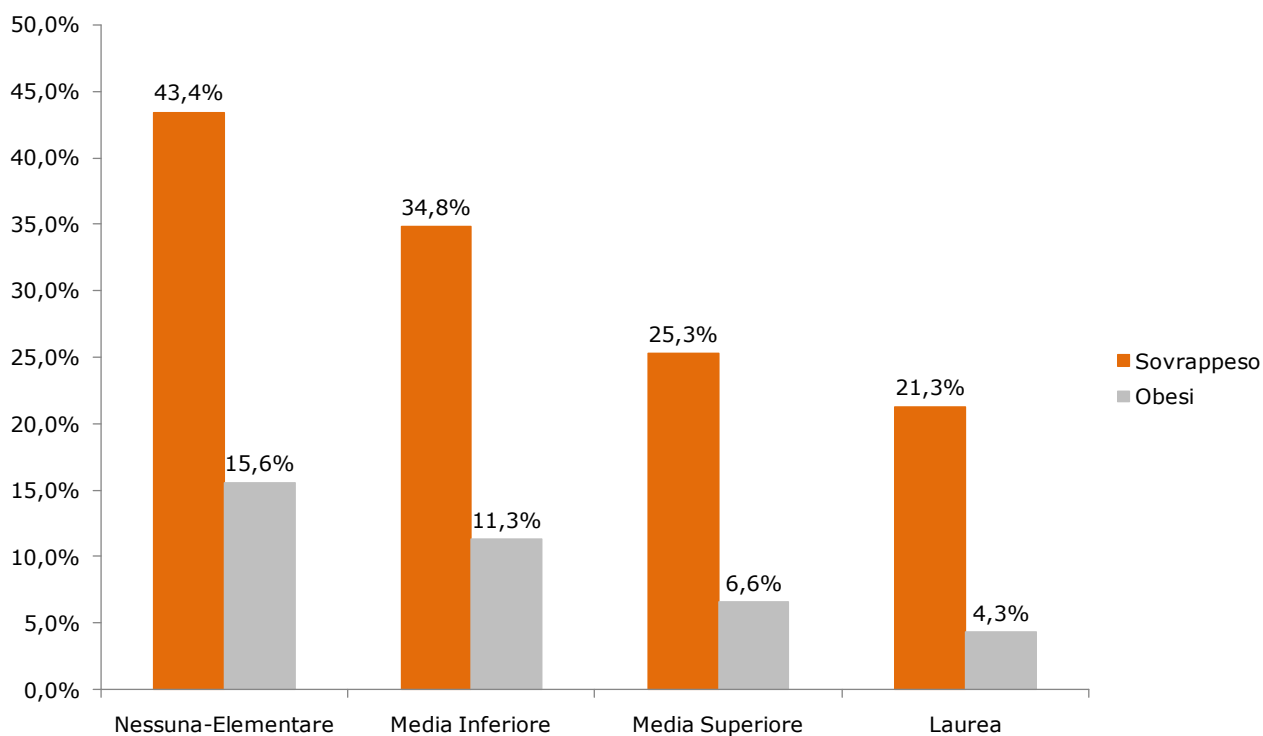
Posto che il campione degli intervistati è stato pari a 3.201 persone, la percezione del proprio peso può incidere in modo rilevante a livello della motivazione a controllare il proprio peso. In Veneto la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il B.M.I. calcolato su peso e altezza riferiti dagli intervistati. Si osserva però un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e B.M.I. negli obesi (92%) e nei normopeso (85%), mentre nelle persone in sovrappeso solo il 54% ha una percezione corretta. Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l'82% considera il proprio peso correttamente, rispetto all'89% degli uomini, mentre tra le quelle in sovrappeso il 31% rispetto al 53% degli uomini. Nel Veneto mediamente l'88% degli intervistati ritiene di avere una

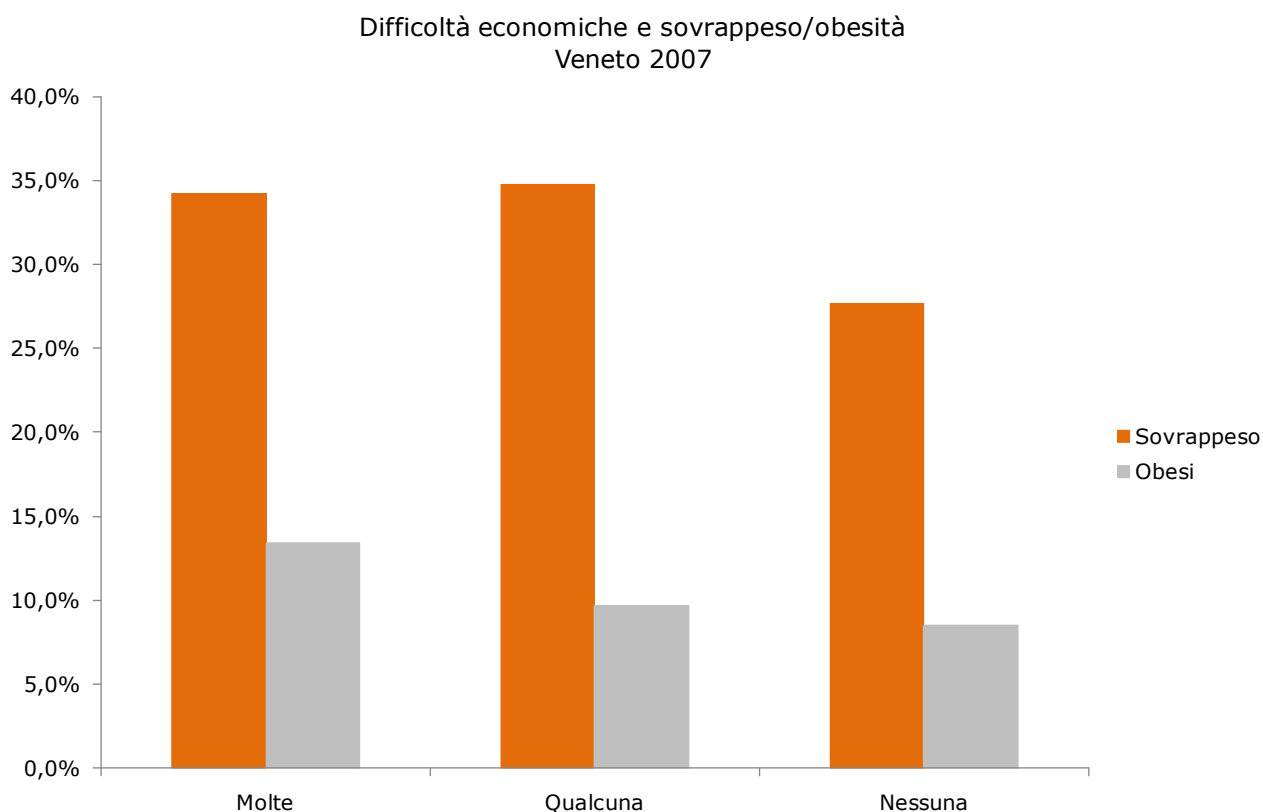
alimentazione positiva per la propria salute ("Si, abbastanza" o "Si, molto") in particolare: il 91% dei sottopeso/normopeso, l'88% dei sovrappeso e il 73% degli obesi.

Uomini e donne in sovrappeso e obesi/e nel Veneto (2007)



Livello di istruzione e sovrappeso/obesità Veneto 2007





110

Le risposte al questionario potevano essere multiple e quindi il numero complessivo delle percentuali può non coincidere con il 100%. Nel Veneto il 53% delle persone in eccesso ponderale, che nell'ultimo anno hanno avuto visite mediche, ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario. In particolare hanno ricevuto questo consiglio il 44% delle persone in sovrappeso e l'80% delle persone obese. Nelle sei province della Regione che hanno partecipato allo studio non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario (range dal 60% della provincia di Padova al 44% di quella di Belluno).

La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:

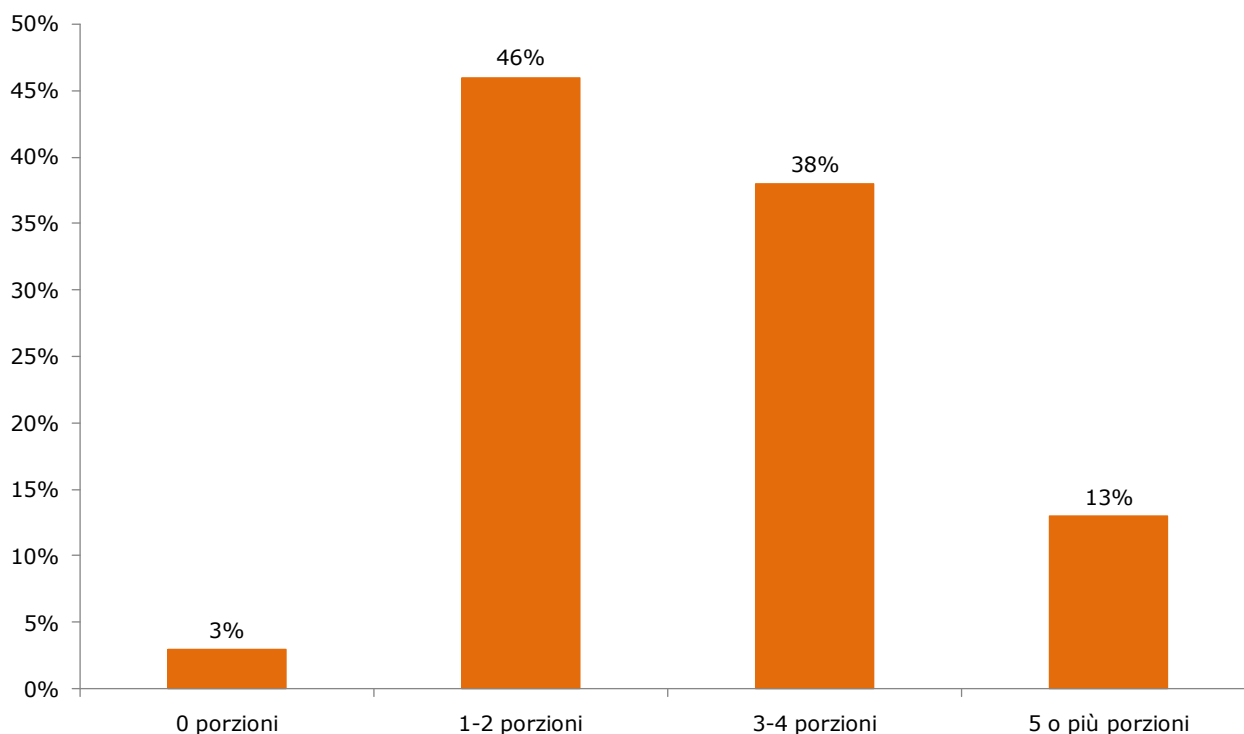
- nelle donne (32% vs il 17% degli uomini);
- negli obesi (30% vs il 21% dei sovrappeso);
- tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (33% vs 14%);
- nelle persone in sovrappeso che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" (26% vs il 16% di coloro che ritengono il proprio peso "giusto").

Nel Veneto il 20% degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg. nell'ultimo anno. La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:

- nella fascia d'età di 18-34 anni (25% vs 20% della fascia 35 ai 49 anni e 17% della fascia 50-69 anni);
- nelle persone in eccesso ponderale (26% negli obesi e il 23% nei sovrappeso vs 18% dei normopeso).
- Non emergono invece differenze tra donne (22%) e uomini (19%).

Nel Veneto l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 54% percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e una persona su cinque è aumentata di peso nell'ultimo anno. La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 23% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (77%). I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie e di favorire lo sviluppo di comportamenti virtuosi attraverso l'adozione di iniziative ed interventi di provata efficacia.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno nel Veneto (2007)



* Campione pari a 3.216 persone

Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di morbosità e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente. È riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

Consumo di frutta e verdura nel Veneto (Studio PASSI 2007 – Regione del Veneto)		
Parametro	Caratteristiche	Adesione al "5 a day"
Classe di età	18-34	8,06%
	35-49	13,90%
	50-69	16,20%
Sesso	Uomini	10,10%
	Donne	16,10%
Istruzione	Nessuna-Elementare	13,90%
	Media Inferiore	13,90%
	Media Superiore	11,90%
	Laurea	12,00%
Difficoltà economiche	Molte	13,30%
	Qualcuna	10,9%
	Nessuna	14,5
Stato nutrizionale	Sottopeso-normopeso	13,6%
	Sovrappeso	13,2%
	Obeso	9,0%

2.4 Controllo del tabagismo: la strategia regionale

Analizzando le più importanti cause di morte e di malattia in Italia e nel Veneto, il consumo di tabacco costituisce tutt'ora di gran lunga il più importante fattore di rischio prevenibile per la salute, in particolare per le malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie. Si stima che ogni anno in Italia muoiano 80.000 persone per cause attribuibili al fumo di tabacco pari al 14,2% di tutte le morti. La pericolosità del fumo di tabacco è stato più volte considerato dal Piano Sanitario Nazionale, compreso il vigente, e ribadito quale uno dei principali fattori di rischio nel Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" adottato dal Ministero della Salute. Sullo sfondo dei menzionati documenti, la Regione del Veneto ha da tempo sviluppato una strategia articolata per attivare Servizi e attività sul fenomeno. Un comitato tecnico scientifico regionale contribuisce a sviluppare la strategia e, in ogni Azienda ULSS, un referente aziendale coordina le attività per il controllo del tabagismo sul territorio.

In particolare, sono state individuate le seguenti aree di lavoro denominate:

- Prevenzione del tabagismo;
- Trattamento per la disassuefazione.

Prevenzione del tabagismo

Per quanto riguarda l'area di prevenzione al fumo le strategie principali riguardano la Protezione del non fumatore dal fumo passivo e la Prevenzione nelle scuole.

Gli obiettivi perseguiti rispetto alla tematica *del fumo passivo* sono i seguenti:

1. Monitoraggio e sostegno dell'applicazione delle norme in materia di Tutela della salute dei non fumatori¹;
2. Riduzione dell'esposizione di fumo ambientale: negli ambienti domestici, negli ambienti di lavoro, negli ambienti scolastici; negli ambienti di cura.

Per quanto concerne la *Prevenzione del fumo di sigaretta fra gli adolescenti del Veneto*, l'obiettivo generale che viene perseguito è di ridurre il numero di coloro che sperimentano il fumo di sigaretta e/o iniziano a fumare prima dei 18 anni utilizzando strategie efficaci e valorizzando le esperienze di prevenzione finora condotte nelle scuole del territorio.

Attualmente i progetti che vengono proposti ogni anno alle Aziende ULSS sono i seguenti:

- *C'era una volta e...poi vissero sani e contenti*, progetto di prevenzione del tabagismo rivolto alle scuole primarie;
- *Liberi di scegliere (Next Generation)*, progetto rivolto alle scuole secondarie di primo grado;
- *Smoke Free Class Competition*, concorso rivolto alle scuole secondarie di primo e secondo grado;

¹ Articolo 51 della Legge 16 gennaio 2003, n. 3 recante: "Disposizioni ordinamentali in materia di Pubblica Amministrazione".

- *Insider*, progetto rivolto alle scuole secondarie di secondo grado;
- *Sfumiamo i dubbi*, progetto che si basa sulla peer education per gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado.

Riguardo la scuola primaria le Aziende ULSS che hanno partecipato all'ultima sperimentazione 2005-2007 del progetto "C'era una volta e...vissero sani e contenti" con durata triennale, sono state 10 (Aziende ULSS 1, 2, 3, 6, 10, 15, 16, 20, 21 e 22), con 21 scuole primarie coinvolte, per un totale di 37 classi.

Nell'anno scolastico 2007-2008 le Aziende ULSS che hanno aderito ai progetti di prevenzione sono state 19, per un totale di 1.309 scuole dichiarate nel proprio territorio:

Scuole dichiarate nei territori delle Aziende ULSS	
Scuole primarie	569
Scuole secondarie, di cui:	740
di I grado	408
di II grado	332
Totale	1.309

Le scuole secondarie che, sempre nel corso dello stesso anno scolastico, hanno partecipato ad almeno un progetto regionale sono le seguenti:

- 79 scuole secondarie di I grado;
- 64 scuole secondarie di II grado.

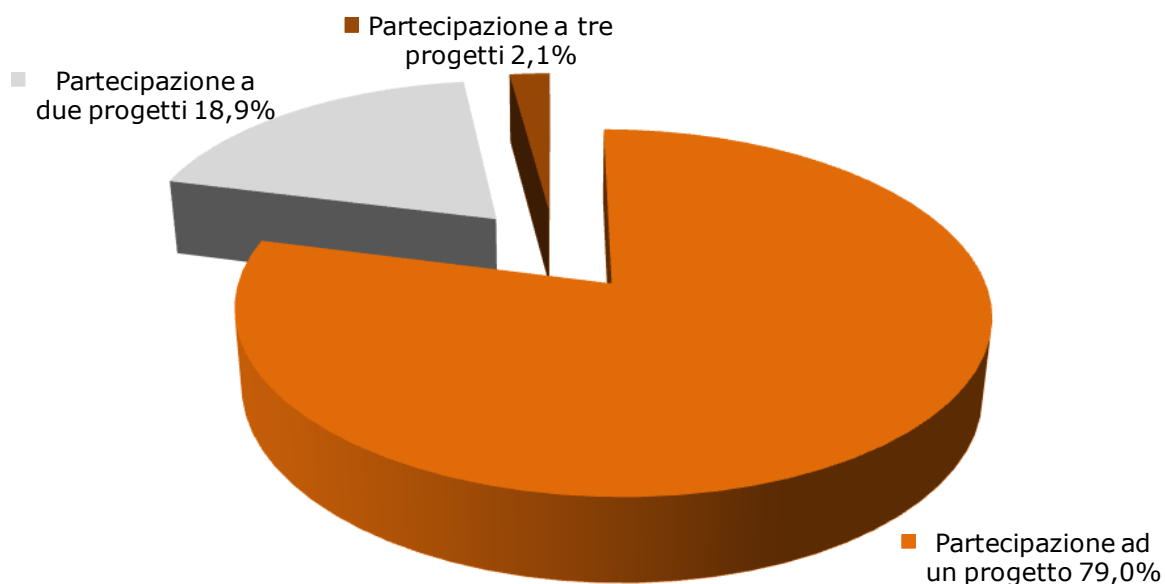
Per un totale di 143 scuole secondarie (quasi il 20% di 740).

La maggioranza delle 143 scuole secondarie partecipanti ad almeno un progetto, ben il 79%, ha aderito ad un solo intervento, mentre il 18,9% ha partecipato a due progetti e solo il 2,1% a tre. Nello specifico quelle di primo grado che hanno partecipato aderendo a un solo progetto sono il 79,7%, mentre quelle di secondo grado sono il 78,1%.

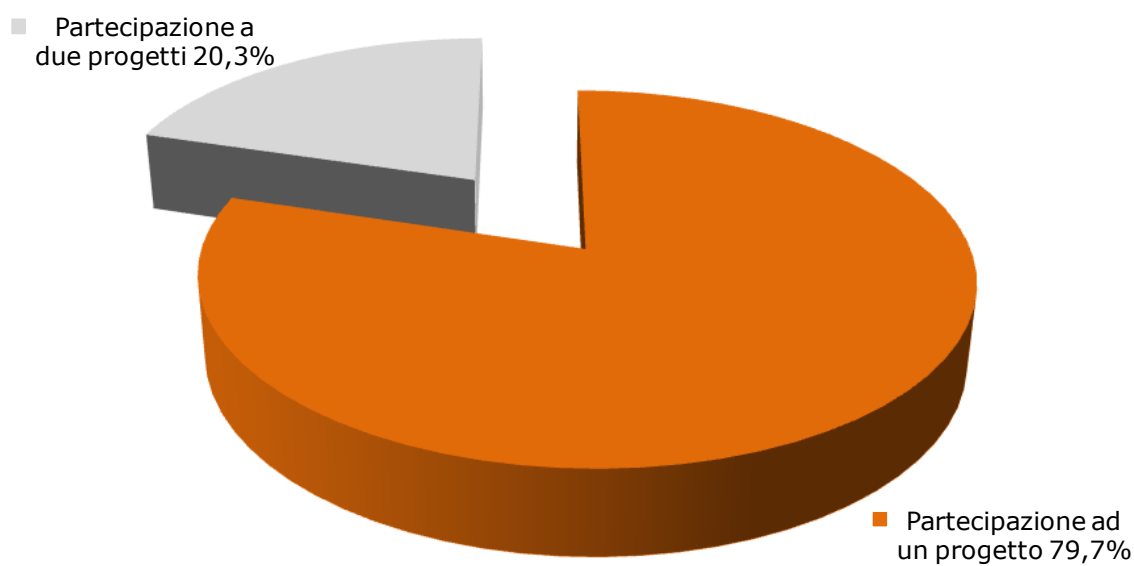
Per quanto attiene i singoli progetti, il numero di scuole che hanno aderito e la percentuale sul numero totale di scuole coinvolte in almeno un progetto, sono le seguenti:

Progetti e numero di Scuole aderenti			
Anno scolastico 2007-2008	Scuole secondarie	Numero scuole	Percentuale sul totale di scuole coinvolte nel progetto
Next Generation	Primo grado	43	30,1%
Smoke Free Class Competition	Primo e secondo grado	85	59,4%
Sfumiamo i dubbi	Secondo grado	24	16,8%
Insider	Secondo grado	25	17,5%

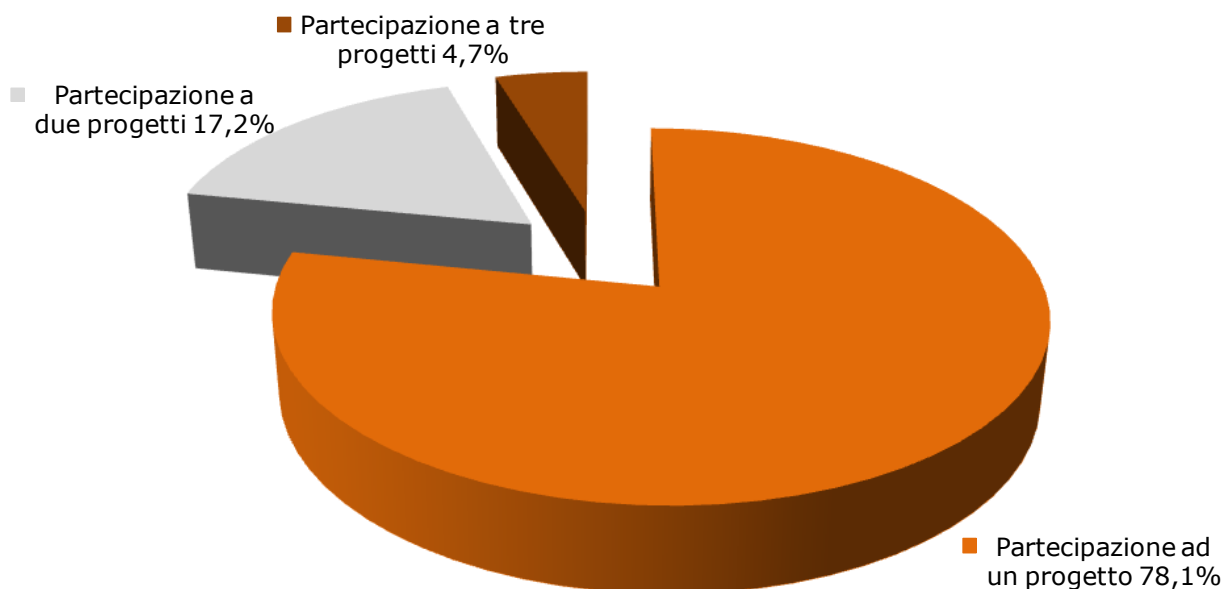
Scuole secondarie aderenti a progetti prevenzione fumo Anno Scolastico 2007-2008



Scuole secondarie di I° Grado aderenti a progetti prevenzione fumo - Anno Scolastico 2007-2008



Scuole secondarie di II° Grado aderenti a progetti prevenzione fumo - Anno Scolastico 2007-2008



Se prendiamo in considerazione le classi che hanno partecipato ai progetti si osservano i dati della tabella, ottenuti rispetto al numero totale di classi presenti nelle scuole coinvolte nel progetto:

Progetti e numero di classi aderenti			
Anno scolastico 2007-2008	Numero classi partecipanti	Totale classi delle scuole coinvolte	Percentuale sul totale di classi coinvolte nel progetto
Next Generation	132	595	22,2%
Smoke Free Class Competition	300	1361	22,0%
Sfumiamo i dubbi	223	892	25,0%
Insider	107	661	16,2%

Trattamento per la disassuefazione

Le attività di disassuefazione dal fumo, prevedono l'attivazione degli operatori e dei servizi socio-sanitari regionali a vario titolo coinvolti, lo sviluppo di specifiche modalità di sostegno alla cessazione come counselling breve, i gruppi per smettere di fumare, gli ambulatori di secondo livello, le campagne e concorsi atti a promuovere uno stile di vita libero dal fumo.

Ambulatori specialistici: nel 2001, la Regione Veneto ha varato il piano regionale per la prevenzione delle malattie fumo-correlate, al cui interno è stata anche prevista la istituzione di

ambulatori specialistici per smettere di fumare. Nell'ambito della *strategia n. 2 aiutare i fumatori attivi a smettere* il Piano Regionale raccomandava che si aumentasse, rispetto alla situazione corrente, la disponibilità dei servizi di disassuefazione dal fumo in ciascuna Azienda ULSS, promuovendone altresì l'utilizzo e facendo in modo che i fumatori avessero a questi accesso gratuito per avere aiuto nella disassuefazione e mantenere l'astinenza.

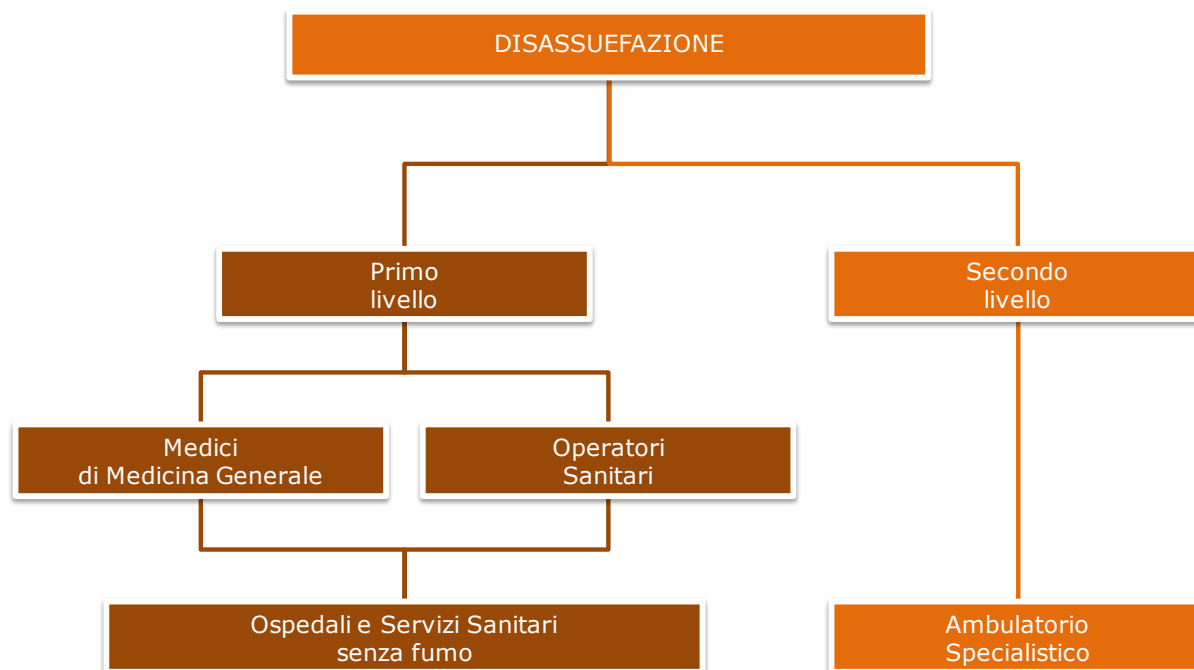
Nel periodo 2002- 2006 si è quindi proceduto a costituire gli ambulatori specialistici (uno per ogni Azienda ULSS) e a formare gli specialisti destinati a operare a loro interno. Dopo la condivisione di linee guida e strumenti di lavoro, si è proceduto a stabilire gli standard minimi per l'accreditamento dei singoli ambulatori e a iniziare le attività secondo quanto concordato. Sono quindi state condotte due successive verifiche, una prima con carattere della *autoverifica* e la seconda da un verificatore esterno (*verifica esterna*), allo scopo di controllare l'aderenza agli standard definiti e condivisi.

Verifica esterna degli ambulatori specialistici

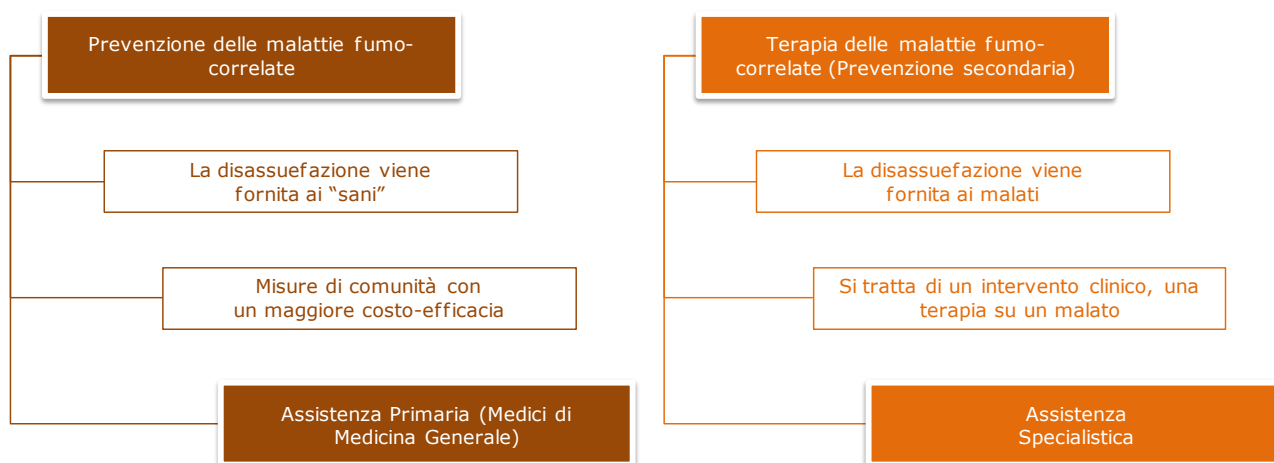
In base alla verifica esterna portata a termine nel 2007, risultavano costituiti 24 ambulatori specialistici. Su precisa indicazione dell' Assessorato tali ambulatori non debbono aver sede nei SERT (Servizi per le Tossicodipendenze). Più della metà sono collocati all'interno di un ospedale.

Ospedale	Territorio	Totale
13	11	24
54%	46%	100%

I giorni di apertura sono in media poco più di due alla settimana, con un orario settimanale di servizio in media di 9 ore e 50 minuti. I sanitari *in servizio* risultano 84, tra i quali 62 con rapporto di lavoro dipendente e 22 con altri rapporti di lavoro. Per nessuno dei sanitari l'impegno presso l'ambulatorio specialistico è a tempo pieno. Complessivamente le ore dedicate settimanalmente sono state circa il doppio per i medici rispetto agli psicologi. Tutti gli ambulatori inquadrano il paziente in base alle linee guida regionali e prescrivono sia terapia farmacologica sia terapia comportamentale. Gli ambulatori di secondo livello, in modo del tutto simile a qualsiasi altro ambulatorio specialistico, svolgono un ruolo fondamentale per aiutare i pazienti a guarire la loro malattia, nel caso specifico nel trattare i fumatori per smettere di fumare. Tale ruolo si concretizza in particolare nelle situazioni cliniche di grave patologia fumo-correlata e/o di co-morbilità che necessitano del massimo impegno clinico, con un trattamento completo, farmacologico e psicologico, nonché esami di approfondimento specifici.



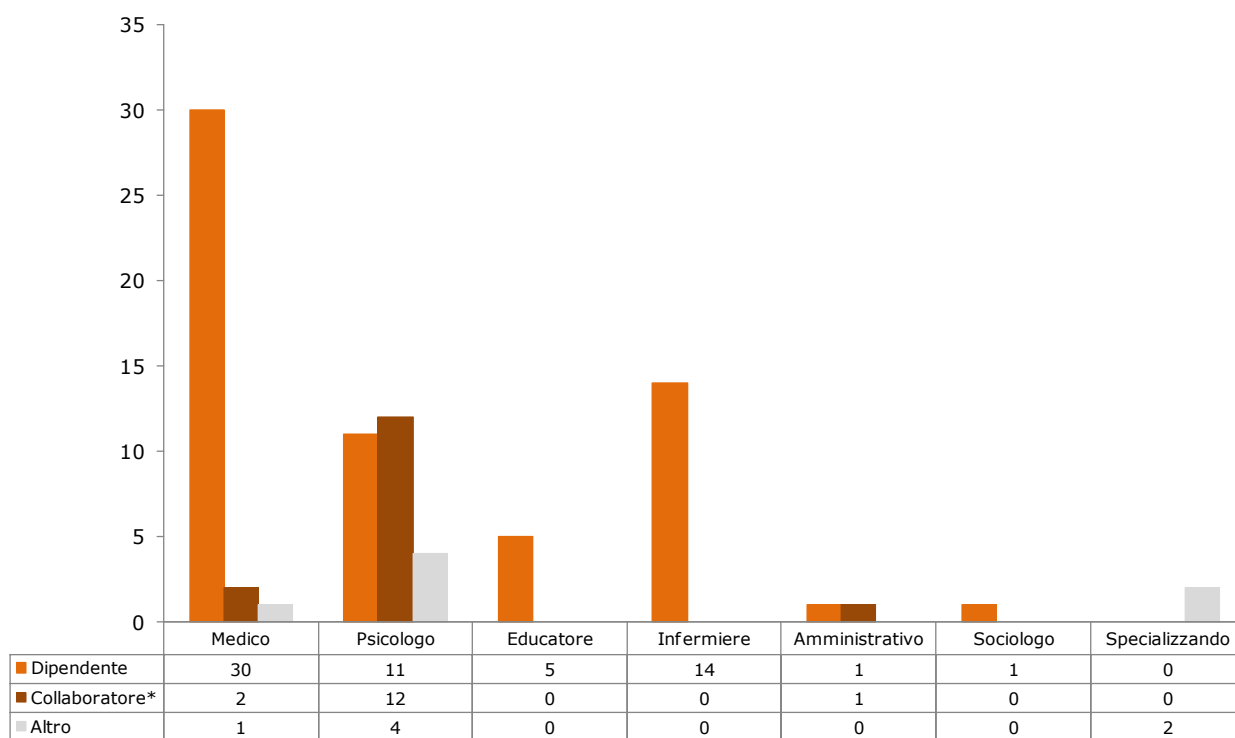
Tali modalità intercettano la domanda prevalentemente proveniente dai reparti ospedalieri (in alcuni casi anche dal territorio) ove in genere non si trova una risposta efficace ed appropriata al problema.



Questa distinzione tra le due prospettive è stata accolta dalla Regione del Veneto con la previsione di un contributo alle attività degli ambulatori di secondo livello per la loro attività sulla popolazione generale e l'attivazione di uno studio di fattibilità per finanziare le attività di disassuefazione attraverso la tariffazione regionale. Peraltro, si prevede anche una sperimentazione fra Aziende ULSS della fornitura gratuita della terapia farmacologica ai fumatori con grave patologia fumo-correlata e/o con morbidità.

Disassuefazione: livelli di intervento				
Livello	Pazienti	Intervento	Operatori	Intervento farmacologico
Primo	Fumatori con fumo unico	Breve	di Cure Primarie	Minimo
Secondo	Fumatori malati o prioritari	Intensivo	Ambulatori Specialistici	Integrato

Figure professionali operanti negli ambulatori specialistici Veneto anno 2007



* Può anche essere un consulente

2.5 Sanità animale

L'integrazione nel mercato unico europeo e il rispetto degli accordi internazionali siglati nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (SPS-agreement) richiedono, per garantire la libera circolazione di animali e di prodotti di origine animale, la realizzazione di piani di monitoraggio e sorveglianza nei riguardi delle malattie infettive e diffuse quali strumenti indispensabili per assicurare la necessaria trasparenza sia sul livello sanitario delle popolazioni animali, sia sulla salubrità degli alimenti di origine animale. Inoltre l'applicazione delle disposizioni comunitarie relative al controllo degli agenti zoonosici (Direttiva CE 2003/99) raccomanda di svolgere attività di monitoraggio sorveglianza degli agenti di zoonosi a livello primario, cioè negli animali serbatoio a livello dell'allevamento.

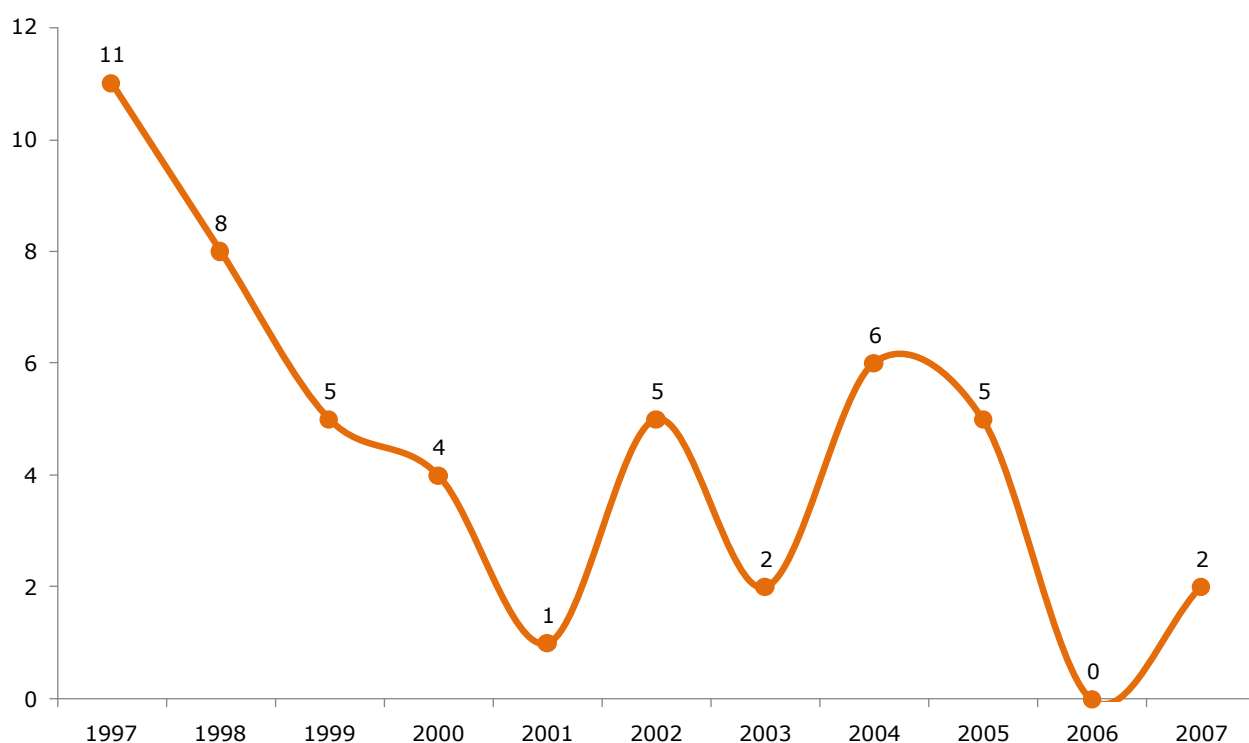
Allevamenti e capi controllabili e controllati dal 1997 al 2007 nel Veneto							
Anno	Allevamenti	Allevamenti controllabili	Allevamenti controllati	Percentuale relativa	Capi controllabili	Capi controllati	Percentuale relativa
1997	17.872	17.872	17.688	99,0	407.632	400.242	98,2
1998	16.245	16.245	15.977	98,4	383.192	381.081	99,4
1999	15.135	15.135	14.613	96,6	382.788	373.173	97,5
2000	13.343	13.343	12.943	97,0	369.860	360.981	97,6
2001	12.597	12.597	12.597	100	370.257	370.257	100
2002	12.033	8.471	8.471	100	361.984	266.720	73,7
2003	11.323	8.487	8.487	100	355.570	124.831	35,1
2004	10.838	7.945	7.945	100	249.309	249.309	100
2005	10.510	4.969	4.969	100	179.986	179.986	100
2006	9.501	4.703	4.703	100	173.320	173.320	100
2007	8.865	4.545	4.545	100	349.039	171.873	100

La Regione del Veneto è da sempre impegnata su questo fronte con piani a supporto dei programmi nazionali di controllo ed eradicazione delle malattie infettive e contagiose degli animali, al fine di tenere continuamente monitorata l'evoluzione della situazione epidemiologica ed i fattori di rischio correlati alla loro insorgenza e diffusione. In particolare, il piano triennale

di controllo ed eradicazione della Tuberculosis, Brucellosi bovina, Leucosi bovina enzootica e Brucellosi ovi-caprina, attuato nel triennio 2004-2006 nel territorio della Regione Veneto, ha avuto come obiettivo il raggiungimento delle qualifiche di territorio ufficialmente indenne per tutte le malattie di cui sopra ai sensi della normativa comunitaria. I controlli previsti dal programma regionale sono stati pienamente attuati in tale triennio, e la situazione favorevole dal punto di vista epidemiologico ha consentito di soddisfare i parametri richiesti dalla normativa comunitaria in merito all'acquisizione della qualifica sanitaria. A tal proposito l'intera Regione ha acquisito nel 2007 la qualifica di ufficialmente indenne per Brucellosi bovina e Leucosi bovina enzootica.

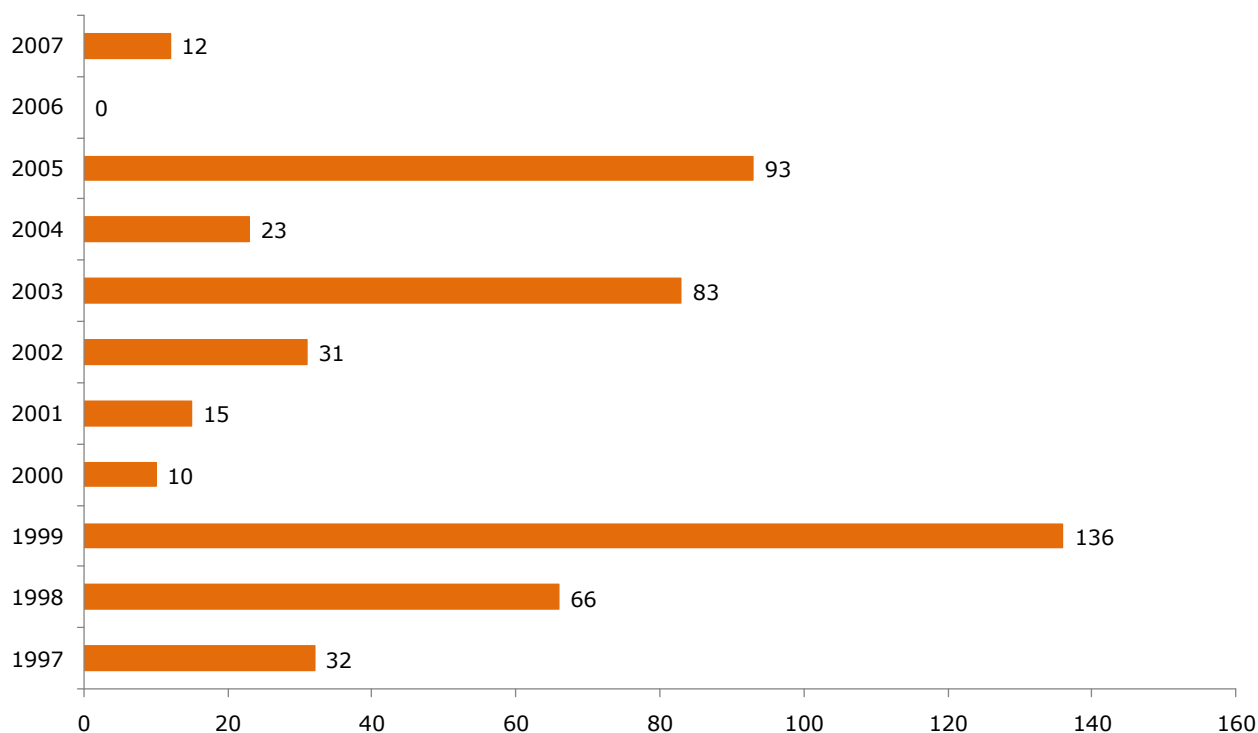
Per quanto concerne la tubercolosi bovina, dal 2002 al 2007 la cadenza dei controlli è stata biennale ed in particolare nel 2007 sono state controllate tutte le aziende non controllate nel 2006, indipendentemente dalla qualifica sanitaria acquisita. La percentuale di allevamenti controllati nel 2007 è stata pari al 100% del totale di allevamenti soggetti al programma regionale.

Tubercolosi bovina: allevamenti positivi
Veneto 1997-2007



Negli ultimi sette anni la percentuale di allevamenti ufficialmente indenni ha raggiunto la soglia del 99,9-100%. Il mantenimento di questa percentuale, unitamente al controllo del 100% del patrimonio controllabile, ha permesso di indirizzare l'intera Regione Veneto ad un prossimo ottenimento della qualifica di ufficialmente indenne da Tuberculosis bovina.

Tubercolosi bovina: capi positivi
Veneto 1997-2007

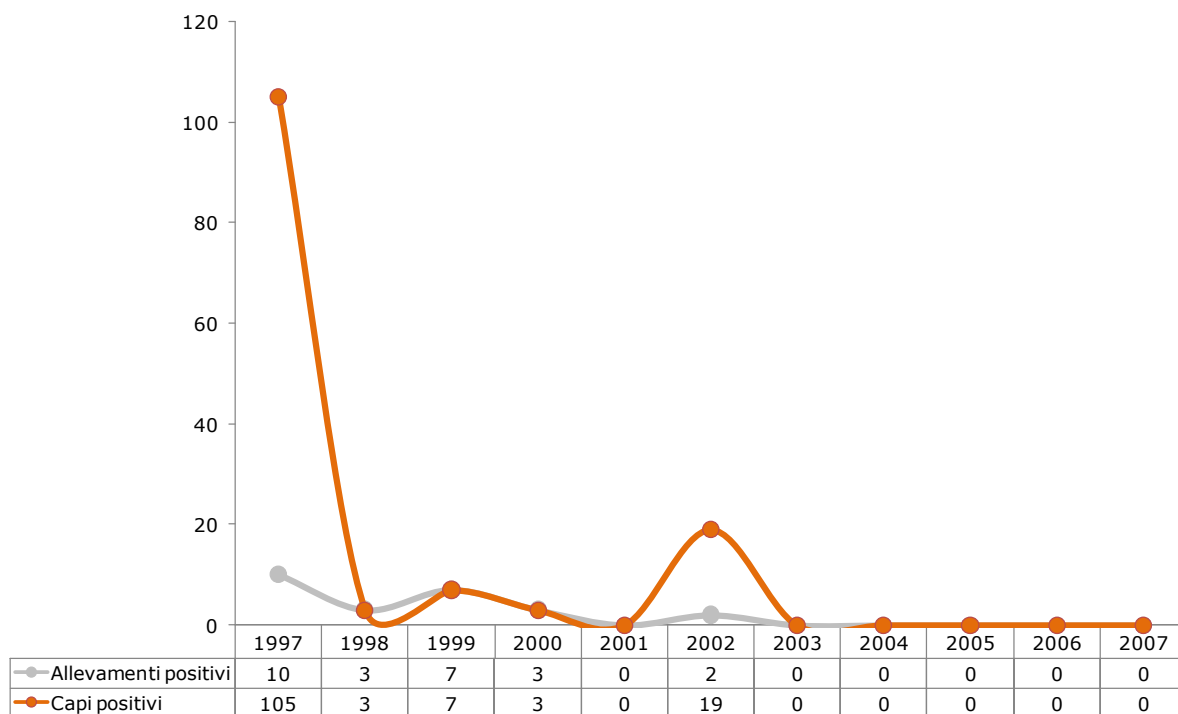


Nel corso del 2007 in Veneto sono stati registrati 2 focolai di Tubercolosi bovina, uno in provincia di Belluno e uno di Padova, che hanno portato la prevalenza e l'incidenza della malattia allo 0.04%.

Allevamenti e capi controllabili e controllati dal 1997 al 2007 nel Veneto: prevalenza, incidenza e capi positivi su controllati			
Anno	Prevalenza	Incidenza	Capi positivi su controllati
1997	0,06	0,05	0,01
1998	0,05	0,04	0,02
1999	0,03	0,03	0,04
2000	0,03	0,03	0,00
2001	0,01	0,01	0,00
2002	0,06	0,06	0,01
2003	0,02	0,01	0,07
2004	0,08	0,00	0,01
2005	0,10	0,00	0,05
2006	0,00	0,00	0,00
2007	0,04	0,04	0,01

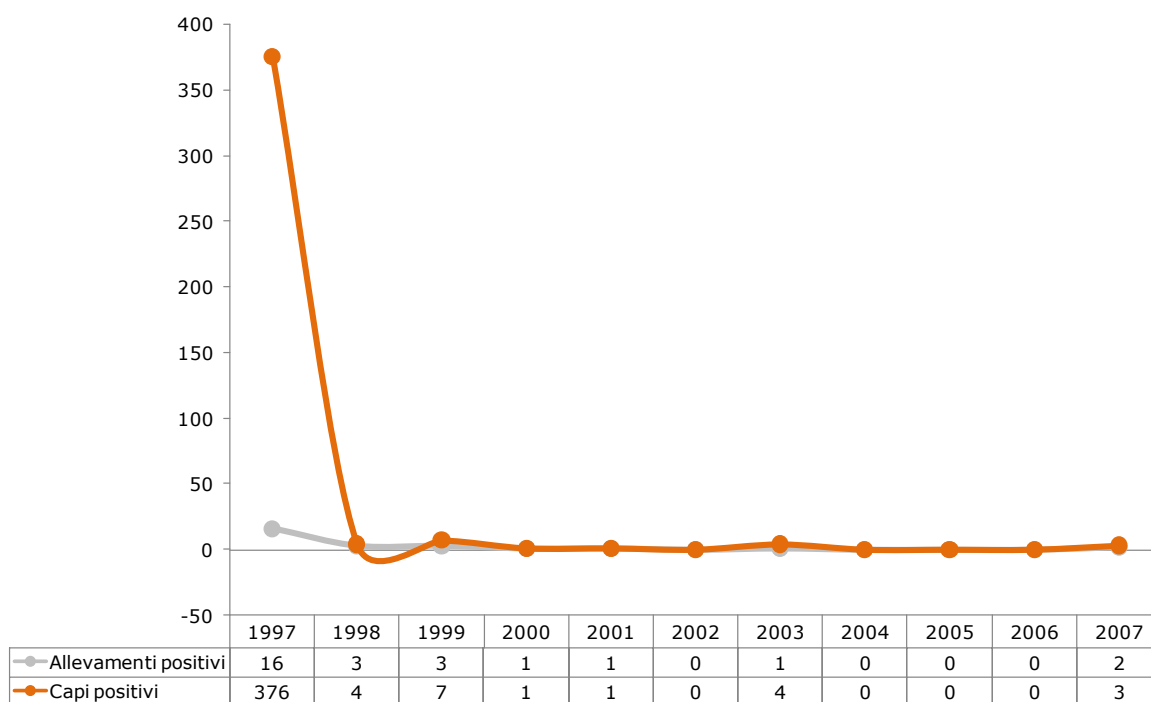
Per quanto attiene la Brucellosi bovina nel 2007, così come nel triennio precedente non è stato registrato nessun focolaio.

Brucellosi bovina: allevamenti e capi positivi
Veneto 1997-2007



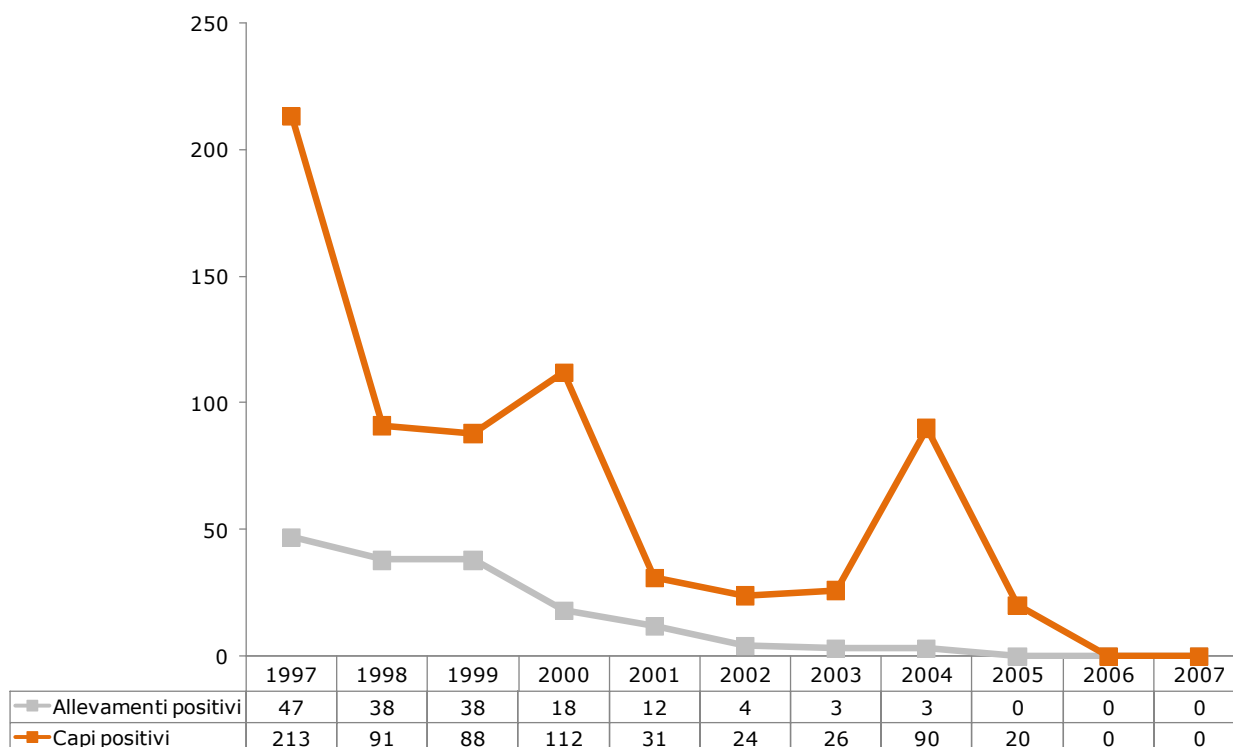
Per la Brucellosi caprina, nel 2007 sono stati registrati 2 focolai di brucellosi in due allevamenti di capre, entrambi in provincia di Verona.

Brucellosi caprina: allevamenti e capi positivi
Veneto anni 1997-2007



Per quanto concerne la Leucosi bovina enzootica nel 2007 la percentuale di allevamenti ufficialmente indenni è rimasta pari al 100% e non si è verificato nessun focolaio di malattia.

Leucosi bovina enzootica: Allevamenti e capi positivi
Veneto anni 1997-2007



Altre patologie

Anemia infettiva equina: l'Anemia Infettiva Equina (AIE) è una patologia diffusa in tutto il mondo, della quale in Italia si registrano ancora, ogni anno, diversi focolai con coinvolgimento di pochi soggetti. Nella Regione Veneto, nel corso del 2007, sono stati eseguiti 14.008 controlli e 25 equidi sono risultati positivi.

Provincia	Numero equini positivi
Provincia di Padova	10
Provincia di Treviso	1
Provincia di Verona	1
Provincia di Vicenza	5
Provincia di Venezia	2
Provincia di Belluno	6
Regione del Veneto	25

Salmonellosi negli avicoli: le infezioni da salmonella rappresentano una delle principali cause di malattia a trasmissione alimentare nell'uomo, e gli alimenti di origine avicola, uova e ovoprodotti in particolare, vengono ascritti fra le principali cause di infezione. Il piano di controllo regionale nelle galline ovaiole (anni 2006 e 2007) prevedeva il prelievo di campioni fecali ed ambientali in tutti i gruppi di galline ovaiole in deposizione negli allevamenti con più di 350 capi e in tutti i gruppi di pulcini di 1 giorno degli stessi allevamenti, prima dell'accasamento. All'inizio del 2006, dall'anagrafe risultava che in Veneto erano presenti 118 allevamenti di galline ovaiole con più di 350 capi. Sia nel 2006 che nel 2007, l'8,7% degli allevamenti controllati è risultato positivo per *S. Enteritidis* e/o *S. Typhimurium*, che rappresentano i 2 sierotipi per i quali il piano regionale prevedeva la messa in atto di provvedimenti sanitari fra cui la macellazione controllata dei gruppi positivi ed il trattamento termico delle uova prodotte. Sierotipi diversi da *S. Enteritidis* e *S. Typhimurium*, sono stati isolati complessivamente con maggior frequenza negli anni considerati.

Piano Nazionale di controllo di <i>S. Enteritidis</i> , <i>Typhimurium</i> , <i>Hadar</i> , <i>Virchow</i> e <i>Infantis</i>					
Riproduttori in deposizione	Gruppi sottoposti al Piano	Numero totale di animali	Numero gruppi controllati	Sierotipi previsti nel Piano	Altri sierotipi
	93	895.141	87	0	11

A partire da gennaio 2007 è entrato in vigore in Italia il Piano Nazionale di controllo di *S. Enteritidis*, *Typhimurium*, *Hadar*, *Virchow* e *Infantis* nei gruppi da riproduzione di pollame della specie *Gallus gallus*. Il piano prevede che i Servizi Veterinari delle Aziende ULSS eseguano, con cadenze e modalità previste dal programma, i controlli ufficiali nelle aziende di riproduttori presenti nel territorio veneto. Il programma, di durata triennale, ha l'obiettivo di ridurre all'1% la prevalenza dell'infezione causata dai 5 sierotipi di Salmonella sopra elencati. La quasi totalità dei gruppi presenti è stata sottoposta a controllo. Per quanto riguarda la situazione epidemiologica, risulta che in nessuna occasione sono stati isolati sierotipi di Salmonella rilevanti, per i quali il piano prevede l'applicazione di provvedimenti sanitari tra cui l'abbattimento o macellazione controllata dei gruppi positivi e la distruzione o trattamento termico delle uova ancora presenti presso l'incubatoio di destinazione. Per quanto concerne gli isolamenti riferibili a sierotipi non rilevanti, l'11,8% dei gruppi controllati è risultato positivo; il piano non prevede in questo caso l'applicazione di provvedimenti sanitari restrittivi, ma l'effettuazione di una indagine epidemiologica per chiarire la fonte della contaminazione.

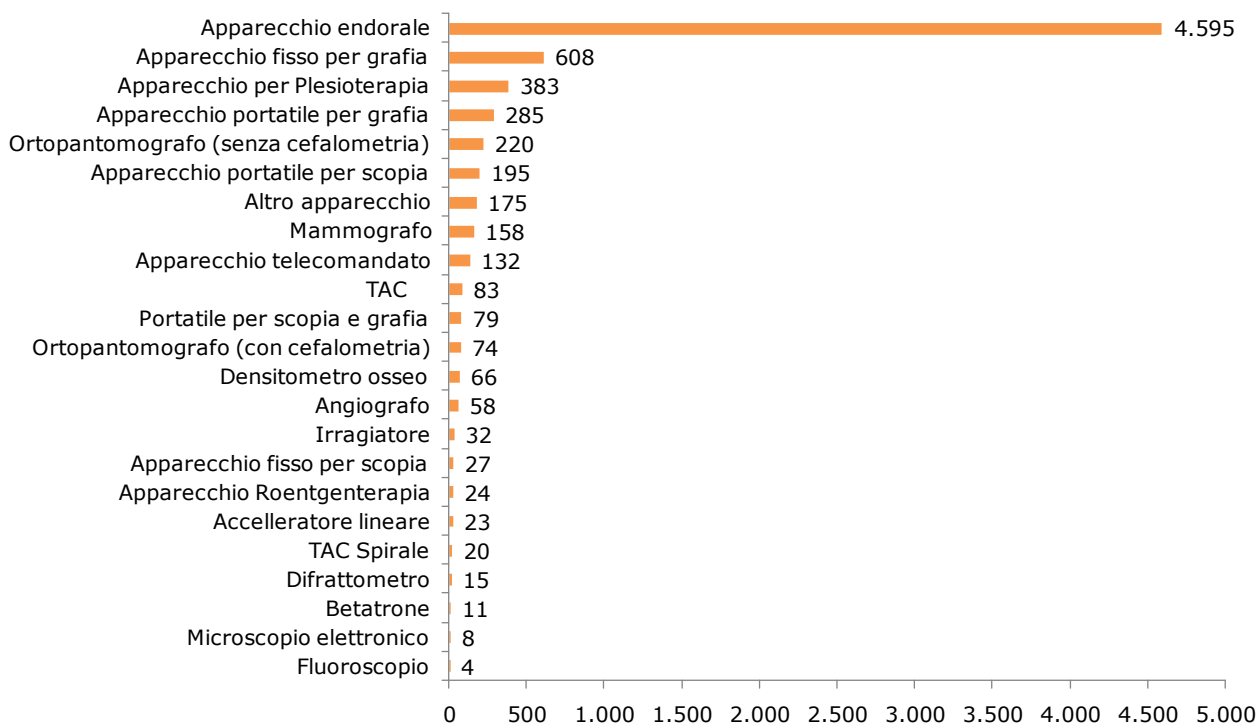
2.6 Igiene Pubblica e Ambiente

La Regione del Veneto è da tempo attiva sul tema delle radiazioni non ionizzanti. Nel biennio 2006-2007, in considerazione della rilevanza del problema del cosiddetto "*inquinamento elettromagnetico*" è stato dato corso alla predisposizione di uno specifico piano di monitoraggio ed ottimizzazione dell'esposizione della popolazione ai campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici generati da impianti per comunicazioni elettroniche. Da questo punto di vista sono state poste le basi per l'istituzione e l'implementazione di due banche dati, l'una sui monitoraggi relativi agli impianti radiofonici, televisivi e di telefonia cellulare, l'altra sui monitoraggi degli elettrodotti e cabine di trasformazione. L'iniziativa è stata preordinata alla stipula di una convenzione tra Regione Veneto e ARPAV allo scopo di ottimizzare il controllo degli impianti di comunicazioni elettroniche, considerate le loro caratteristiche tecniche e le emissioni di campo elettromagnetico dagli stessi generate. Nel corso del biennio 2006-2007 sono state anche avviate, ed in buona parte concluse, numerose procedure di riduzione a conformità di vari impianti di teleradiocomunicazione non rispettosi dei parametri di tensione di campo elettromagnetico previsti dalle norme vigenti. Nello stesso periodo, l'attività di collaborazione con ARPAV in materia di *gas radon* ha visto una cospicua azione di monitoraggio della concentrazione di tale gas radioattivo nelle zone regionali a più alta concentrazione. Inoltre, sono state svolte numerose iniziative formative a favore sia dei tecnici comunali che del personale delle Aziende ULSS che, a diverso titolo, sono coinvolti nella tematica della prevenzione dei danni alla salute derivanti all'esposizione al radon. Nell'ambito della pianificazione e programmazione regionale è stato ultimato il *Piano triennale per la radioprotezione* in ambito sanitario per gli anni 2008-2010. Il Piano si compone di diversi moduli operativi relativi alla informazione e formazione delle diverse figure professionali interessate alla tematica delle radiazioni ionizzanti utilizzate a scopo medico, alla costituzione di banche dati, alla disciplina dello smaltimento dei rifiuti radioattivi prodotti dal ciclo sanitario. In tale contesto sono stati seguiti i procedimenti autorizzativi in materia di detenzione e utilizzo di sorgenti radioattive sigillate ad alta attività. Per quanto concerne la detenzione e l'utilizzo delle *apparecchiature a risonanza magnetica settoriali e total body*, è stato attivato uno specifico Gruppo Tecnico consultivo regionale che, con cadenza trimestrale, si è riunito per esprimere il proprio parere tecnico in merito alle varie istanze di autorizzazione che sono pervenute dalle strutture sanitarie pubbliche e private del territorio regionale relativamente all'installazione e utilizzo di tali apparecchiature. L'aggiornamento della banca dati regionale in materia di apparecchiature RM, finalizzata alla conoscenza della consistenza e distribuzione sul territorio regionale di tali apparecchiature, è proseguita per tutto il biennio 2006-2007 con l'ausilio del *Centro regionale per il censimento delle sorgenti radiogene*, istituito all'interno dell'Azienda ULSS n. 12 Veneziana.

Distribuzione per Provincia del Veneto delle apparecchiature a Risonanza Magnetica Nucleare

Province	Settoriali	Total Body	Totale
Belluno	6	3	9
Padova	29	28	57
Rovigo	6	8	14
Treviso	8	8	16
Venezia	8	17	25
Verona	10	13	23
Vicenza	10	10	20
Veneto	77	87	164

Peraltro, è stata ultimata la stesura di un opuscolo informativo in radiodiagnostica a favore di Medici di Medicina Generale, mentre si è provveduto alla progettazione di una specifica iniziativa formativa in materia, a favore dei Pediatri di Libera Scelta.

Apparecchiature attive nella Regione del Veneto
Anno 2007

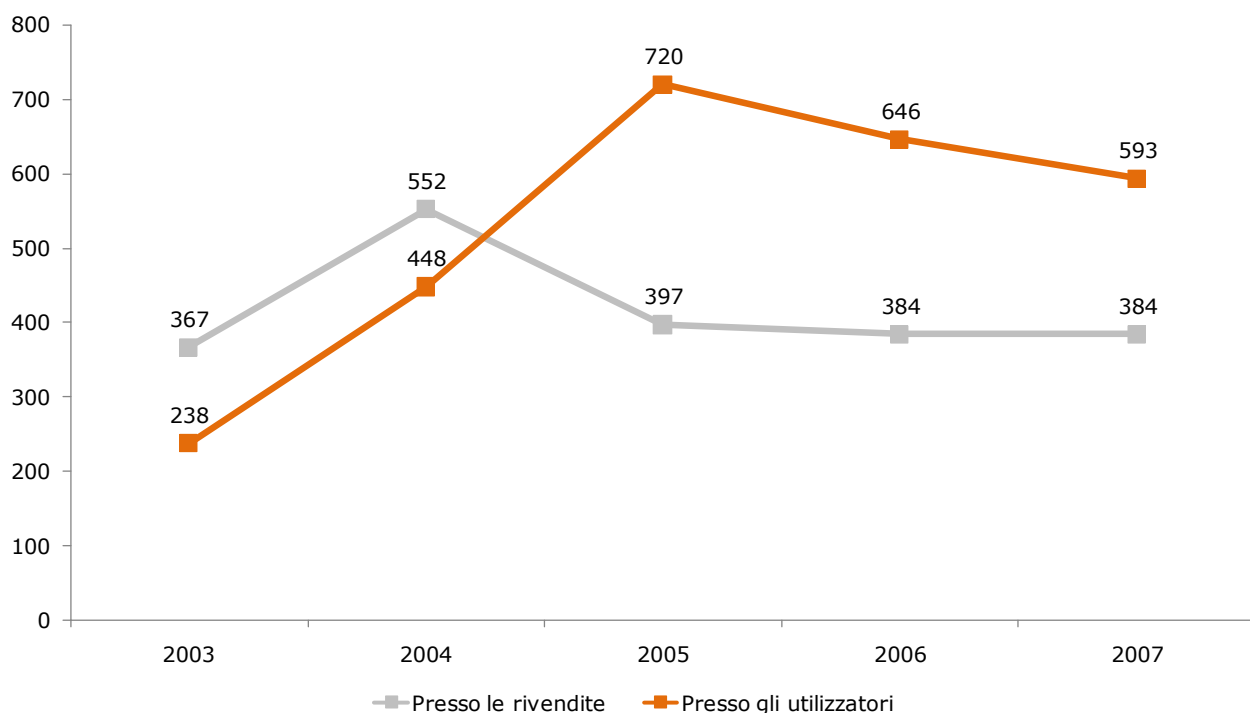
Per quanto attiene la tutela della salute nell'ambito delle attività di vendita ed utilizzo dei prodotti fitosanitari nel biennio 2006-2007 le attività di controllo annuale realizzate in

attuazione del Piano regionale di controllo (P.Re.fit. 2006 e P.Re.fit. 2007) sono state orientate a seguire con attenzione i seguenti aspetti:

- controllo sui punti vendita di prodotti fitosanitari, esteso alle varie tipologie di attività commerciali;
- vigilanza sulle situazioni che già in precedenza avevano presentato irregolarità di varia natura;
- coinvolgimento nell'attività di controllo delle diverse professionalità esistenti all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione;
- modalità del controllo ispettivo legata alle caratteristiche della singola area in cui si svolge il controllo;
- semplicità e snellezza dell'attività ispettiva;
- attribuzione – su base provinciale – di approfondimento del controllo relativamente ad una specifica area tematica.

È stato realizzato anche il controllo finalizzato alla verifica del contenuto qualitativo e quantitativo e del rispetto delle proprietà chimico-fisiche del prodotto fitosanitario riportate in etichetta.

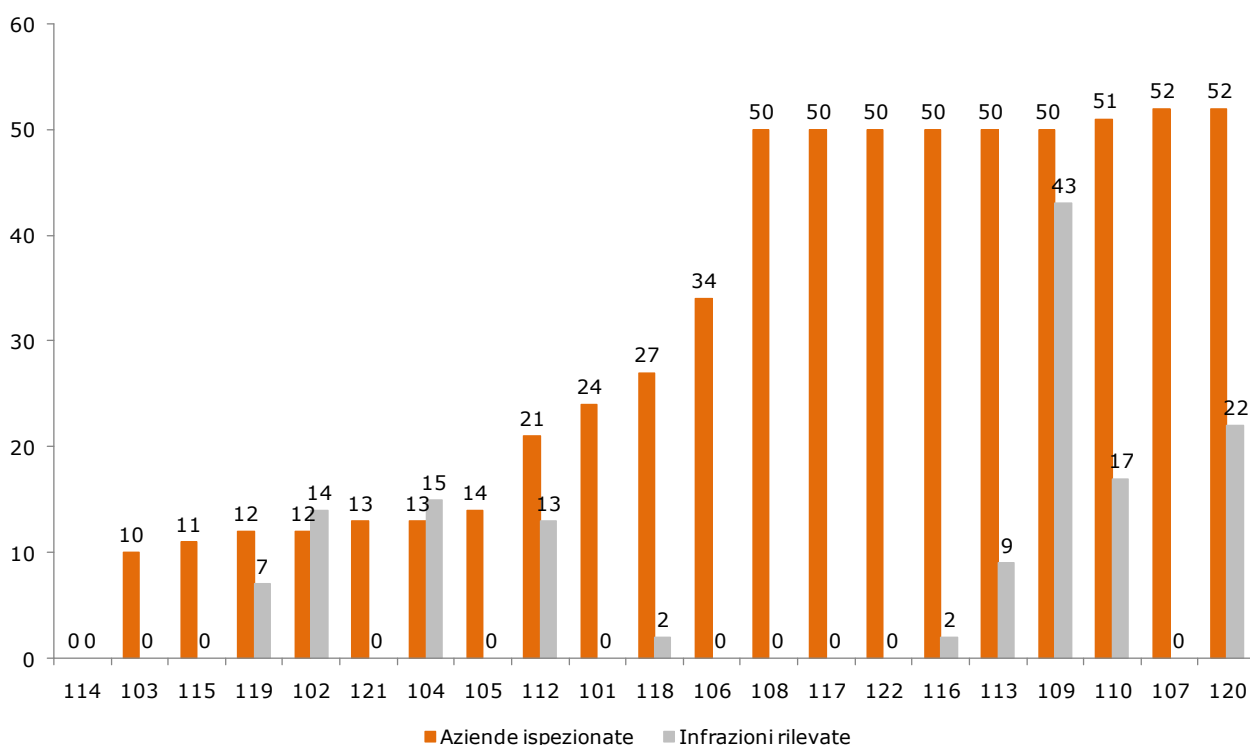
Controlli sui prodotti fitosanitari per anno e tipologia di controllo Veneto (2003-2007)



Il controllo sul commercio di prodotti fitosanitari è stato esteso ad almeno 1/3 delle rivendite esistenti nel territorio di competenza di ciascuna Azienda ULSS, senza trascurare i punti

vendita già in precedenza risultati carenti sotto il profilo della tutela della salute. Il controllo presso gli utilizzatori dei prodotti fitosanitari è stato programmato confermando l'obiettivo di 50 sopralluoghi da effettuare nel corso dell'anno da parte di ciascuna Azienda ULSS ed allargando l'ambito di verifica agli impieghi extra agricoli. Alcune Aziende ULSS hanno avviato, autonomamente ed a titolo sperimentale, un'iniziativa per conoscere le effettive modalità di impiego dei prodotti fitosanitari proprio durante il trattamento. In generale le Aziende ULSS sono state invitate a verificare l'effettiva titolarità dell'autorizzazione (sia essa alla vendita che all'acquisto dei prodotti fitosanitari), il possesso della "scheda di sicurezza" del prodotto fitosanitario detenuto, la conservazione e la corretta compilazione del "Registro dei trattamenti", oltre che l'effettivo e corretto uso dei dispositivi di sicurezza individuali. Anche negli anni 2006 e 2007 l'attuazione del P.Re.fit. ha espresso modalità ispettive che, soprattutto in termini qualitativi, sono stati utili a fornire appropriate indicazioni per orientare la programmazione dello stesso Piano negli anni successivi.

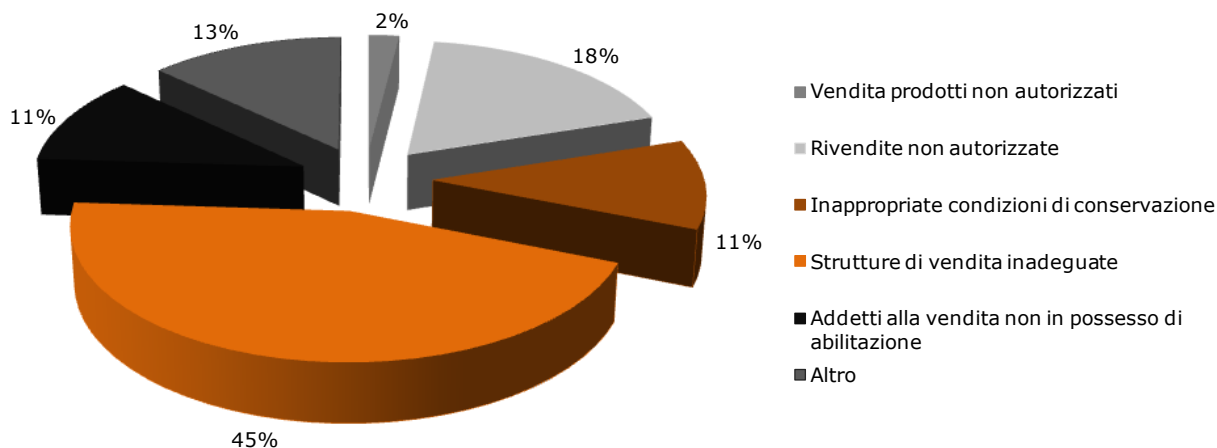
Prodotti fitosanitari: aziende ispezionate e infrazioni rilevate per Azienda ULSS Veneto - Anno 2006



Negli anni 2006 e 2007 è proseguito l'impegno finalizzato ad assicurare una puntuale e realistica ricognizione sulla dinamiche del commercio dei prodotti fitosanitari. Il sistema della dichiarazioni di vendita è sostenuto, per la rilevanza sanitaria che il fenomeno dei prodotti fitosanitari assume, da un mirato intervento dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende

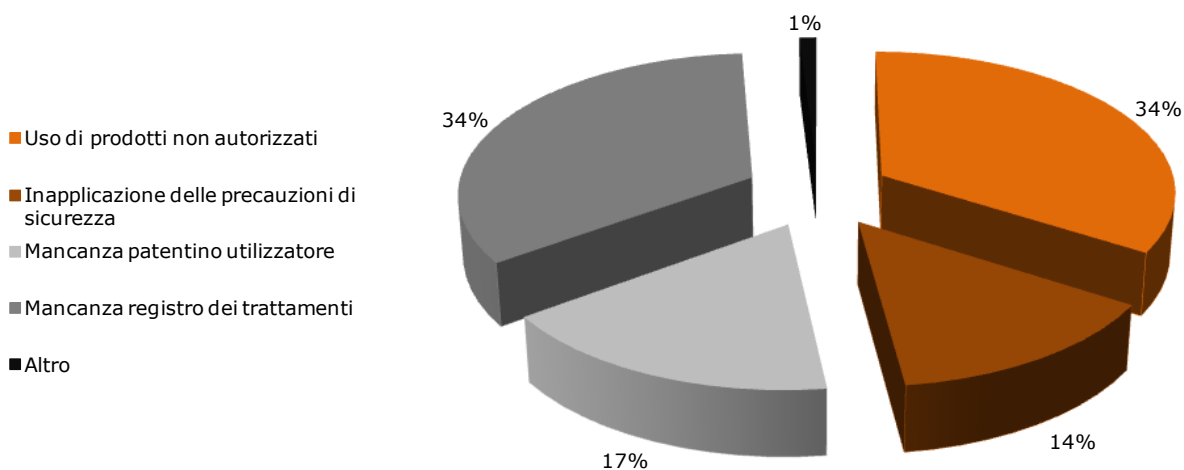
ULSS che favoriscono sul territorio l'esatta e completa compilazione delle schede ministeriali di vendita da parte dei venditori.

Prodotti fitosanitari: tipologie di infrazioni sulle vendite
Veneto 2006

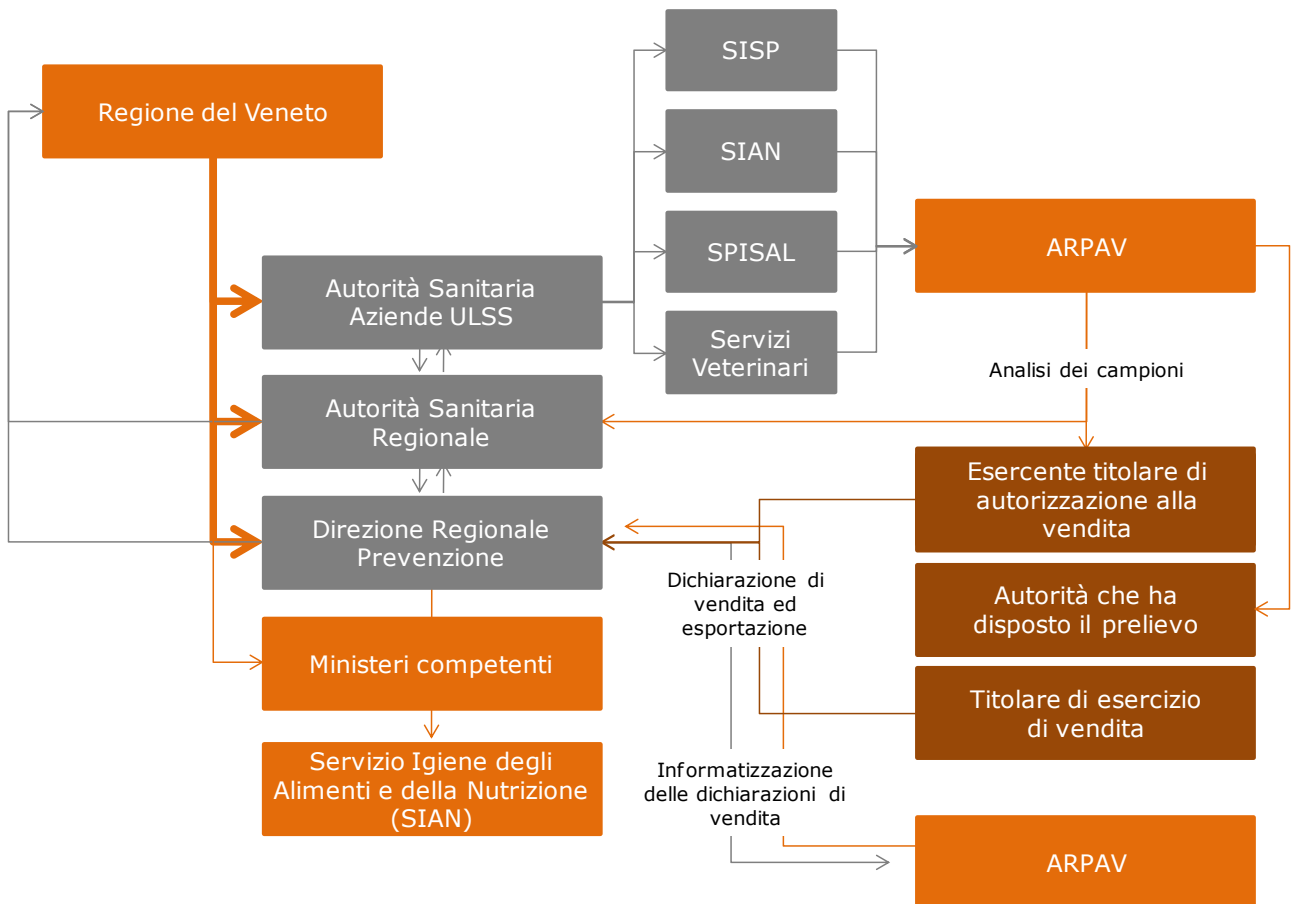


130

Prodotti fitosanitari: tipologie di infrazione nell'impiego dei prodotti
Veneto 2006



Successivamente tali dichiarazioni vengono inviate all'ARPAV, che in collaborazione con gli Uffici regionali preposti, provvede alla registrazione dei dati ed alla loro elaborazione in termini informatici, statistici e rappresentativi della realtà veneta. La gestione ed elaborazione dei dati di vendita ed esportazione dei prodotti fitosanitari nella Regione Veneto avviene secondo il seguente schema:

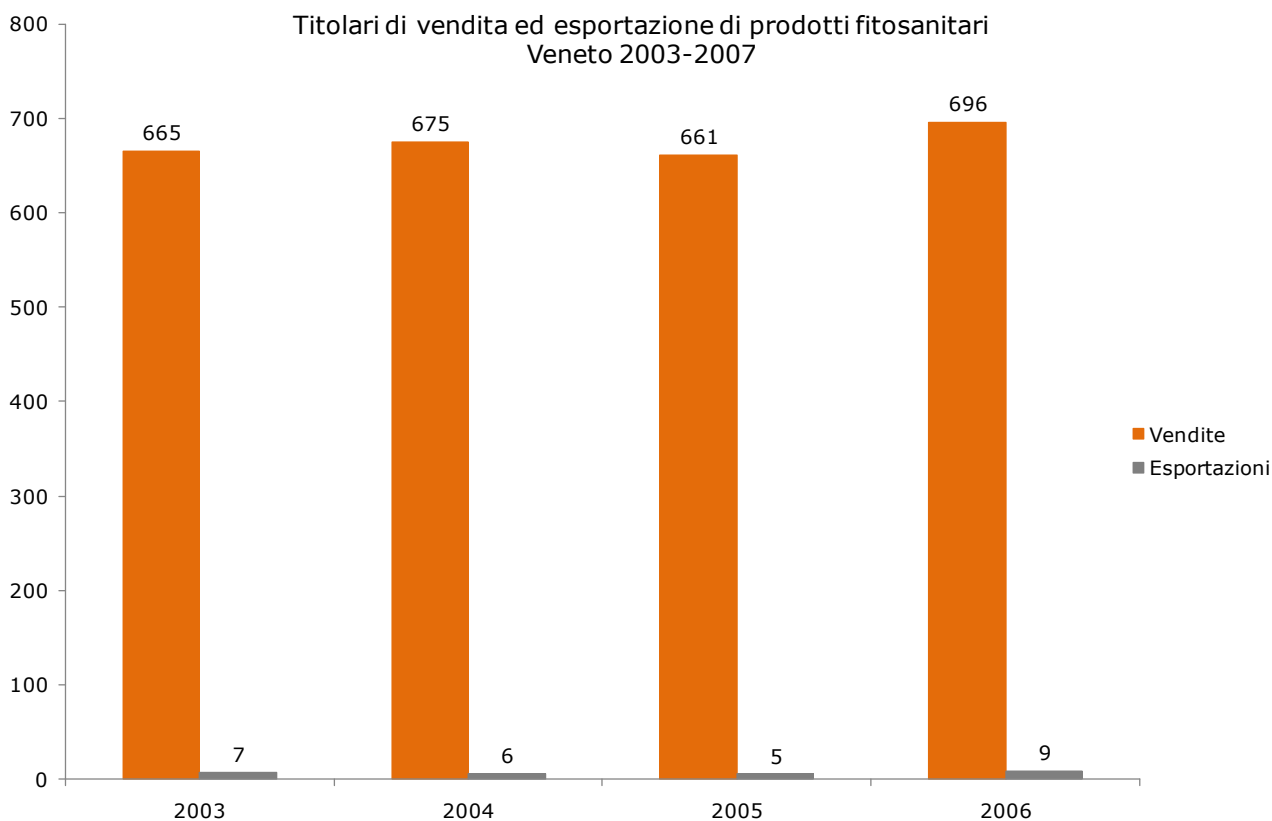


131

I primi dati disponibili relativi al 2007 consentono comunque di quantificare in 4.729 il numero complessivo dei controlli a partire dal 2003 e di evidenziare che sono state riscontrate 1.051 irregolarità. Attualmente sono disponibili in versione consolidata e validata i dati conseguenti all'elaborazione delle informazioni sulle vendite del 2006 (anche attraverso un raffronto con gli stessi dati degli anni 2003, 2004, 2005 e 2006), mentre quelli del 2007 saranno completati nell'autunno 2008. L'attività nel suo complesso ha consentito di costituire tre banche dati: a) una sui dati di vendita/esportazione; b) la seconda relativa ai prodotti fitosanitari commercializzati (attualmente sono censiti circa 4.000 prodotti); c) la terza riguarda la descrizione dettagliata delle caratteristiche del prodotto commerciale. Nello specifico sulla base di una classificazione dei prodotti fitosanitari in termini di "pericolosità", è possibile attribuire ad ogni Provincia la quantità di prodotto commerciale venduto. Da questo punto di vista,

nell'anno 2006 nella nostra Regione il valore assoluto in chilogrammi delle vendite 2006, secondo una classificazione "funzionale" della sostanza impiegata è il seguente:

Provincia	Anticrittogamico	Diserbante	Insetticida	Acaricida	Molluschicida, Nematocida, Rodenticida, Repellente	Coadiuvante, Difesa biologica, Fitoregolatore	Altro	Totale
Belluno	3.224	5.975	1.495	10	235	33	0	10.972
Padova	295.348	123.437	42.919	890	4.119	37.571	121	504.405
Rovigo	190.577	122.705	101.515	4.052	146.353	8.493	126	573.821
Treviso	1.377.423	145.459	47.832	3.554	1.030	3.688	141	1.579.127
Venezia	380.027	136.125	95.467	6.371	79.616	6.285	33	703.924
Verona	1.421.039	178.775	505.404	7.039	727.430	325.478	1.189	3.166.354
Vicenza	333.330	74.142	24.981	275	5.236	20.275	6	458.245
Totale	4.000.968	786.618	819.613	22.191	964.019	401.823	1.616	6.996.848



Su queste basi sono state anche elaborate varie mappe di distribuzione quantitativa delle vendite annuali per ogni classe di pericolosità dei prodotti venduti, che qui non è possibile

rappresentare. Ciascuna mappa raffigura la suddivisione regionale in relazione alla competenza territoriale delle Aziende ULSS. L'approfondimento e l'analisi dei risultati ottenuti consentono di valutare l'incidenza dell'utilizzo dei prodotti fitosanitari nei confronti della salute della popolazione, attraverso un raffronto dei dati epidemiologici disponibili e relativi ai singoli contesti territoriali. Infine, per quanto attiene la formazione, negli anni 2006 e nel 2007 è stata garantita la continuità dei corsi organizzati dalle Aziende ULSS a favore dei venditori per il rilascio ed il rinnovo dell'abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari. Tale attività formativa è stata attuata sulla base di una rete informativa e di collegamento tra le varie Aziende ULSS, finalizzata alla conoscenza dell'effettiva domanda formativa nel settore e per procedere quindi all'organizzazione presso alcune Aziende ULSS dell'attività didattica necessaria a soddisfare la stessa domanda proveniente nell'ambito regionale. Complessivamente dal 2003 a tutt'oggi sono stati a tal fine realizzati 40 corsi a cui hanno partecipato 815 soggetti richiedenti l'abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari. Inoltre, nel corso del biennio 2006-2007 è stata realizzata in ambito regionale anche l'attività formativa e di aggiornamento a favore degli operatori delle Aziende ULSS.

Oltre alle attività sin qui descritte, la Regione del Veneto è impegnata nel fronteggiare sul piano sanitario i pericoli per la salute che possono derivare dalle attività di estetica. A tal fine nel corso del 2006 e 2007 sono stati espressi pareri sulle procedure e sulle misure che i Dipartimenti adottano in relazione alle autorizzazioni e ai controlli nel settore delle attività di estetista. Sono state considerate ed avviate a soluzione alcune criticità derivanti da situazioni e casi particolari nel settore dell'attività estetica, attraverso un'azione coordinata con le strutture regionali competenti in materia di artigianato e formazione. In tema di tutela della salute è stata affrontata la tematica del miglioramento degli standard igienico sanitari ai fini del rilascio delle idoneità igienico-sanitarie e di svolgimento dell'attività di controllo sanitario, con riguardo a:

- l'utilizzo di varie tipologie di apparecchiature (laser, luce pulsata, elettrodepilatori ad aghi, ecc.) nell'attività di estetista;
- lampade abbronzanti;
- saune negli alberghi;
- cabine sauna nelle farmacie;
- individuazione di varie specializzazioni estetiche: trucco semipermanente, onicotecnico e ricostruzione unghie, i massaggi e le apparecchiature a questi connessi.

Per quanto concerne la tutela igienico sanitaria nel settore del tatuaggio e piercing nel biennio 2006-2007 sono stati attivati 3 corsi di formazione per il rilascio dell'idoneità sanitaria allo svolgimento dei trattamenti di tatuaggio e piercing. Ai corsi hanno partecipato 64 operatori del settore.

Nell'ambito della tutela igienico sanitaria nelle piscine ad uso natatorio, dopo l'iniziativa svolta negli anni precedenti dalla Regione Veneto a livello di coinvolgimento di tutte le Regioni e Province Autonome al fine di superare la vecchia normativa esistente in materia, il Gruppo di lavoro regionale ha presentato una proposta che ha portato all'Accordo Stato, Regioni sugli aspetti igienico-sanitari concernenti la costruzione, la manutenzione e la vigilanza delle piscine ad uso natatorio. Il carattere e l'impostazione dell'Accordo è coerente con il nuovo assetto e con i nuovi rapporti istituzionali derivanti dalla riforma del titolo V della Costituzione e rappresenta un esempio significativo circa le modalità procedurali più opportune per la corretta assunzione delle competenze regionali oggi previste, in particolare in ambito sanitario. Una volta recepiti i parametri igienico sanitari e di qualità delle acque stabiliti dall'Accordo, nel biennio 2006-2007 sono state poste le basi per l'emanazione della normativa regionale in tema di igiene e sicurezza degli impianti natatori. La complessità della materia, derivante dalla varietà di tipologie di impianti natatori e della molteplicità degli aspetti relativi alla sicurezza degli stessi impianti, porta ad un'attenta e difficile valutazione di tutti gli elementi necessari per un'appropriata definizione normativa in materia.

Nel contesto dell'attività in materia di invalidità civile si è provveduto a realizzare due guide: l'una riguardante la compilazione della domanda per l'accertamento dell'invalidità civile, l'altra per favorire una corretta lettura del verbale di accertamento. L'elaborazione è sostanzialmente completata ed è stata avviata la fase di distribuzione. Con il supporto e le indicazioni del gruppo di lavoro per il miglioramento delle commissioni invalidi civili, è stato proposto un questionario di ricognizione sull'organizzazione delle diverse ULSS nel settore dell'invalidità civile, al fine di valutare l'opportunità di costituire sportelli unici per l'invalidità civile. Al momento si stanno raccogliendo ed elaborando le risposte inviate dalle diverse Aziende ULSS. Si è lavorato altresì per migliorare la qualità delle valutazioni medico-legali, proponendo la condivisione di metodologie e parametri di valutazione comuni a tutte le commissioni mediche invalidi delle Aziende ULSS. Obiettivo fondamentale in questo settore è il superamento dell'attuale distinzione di competenza tra l'accertamento sanitario svolto dalle Commissioni Mediche di Prima Istanza presso le Aziende ULSS e la concessione dei benefici economici e di assistenza sociale, disabilità, handicap. Una soluzione al problema potrebbe derivare dall'unificazione della materia sotto la competenza di un unico soggetto istituzionale, visto che si tratta di una complessa tematica di ordine socio-sanitario. Quale alternativa, potrebbe configurarsi la definizione dei confini e degli ambiti delle competenze delle due aree di intervento, perché vi è il rischio di inutili e dispendiose sovrapposizioni.

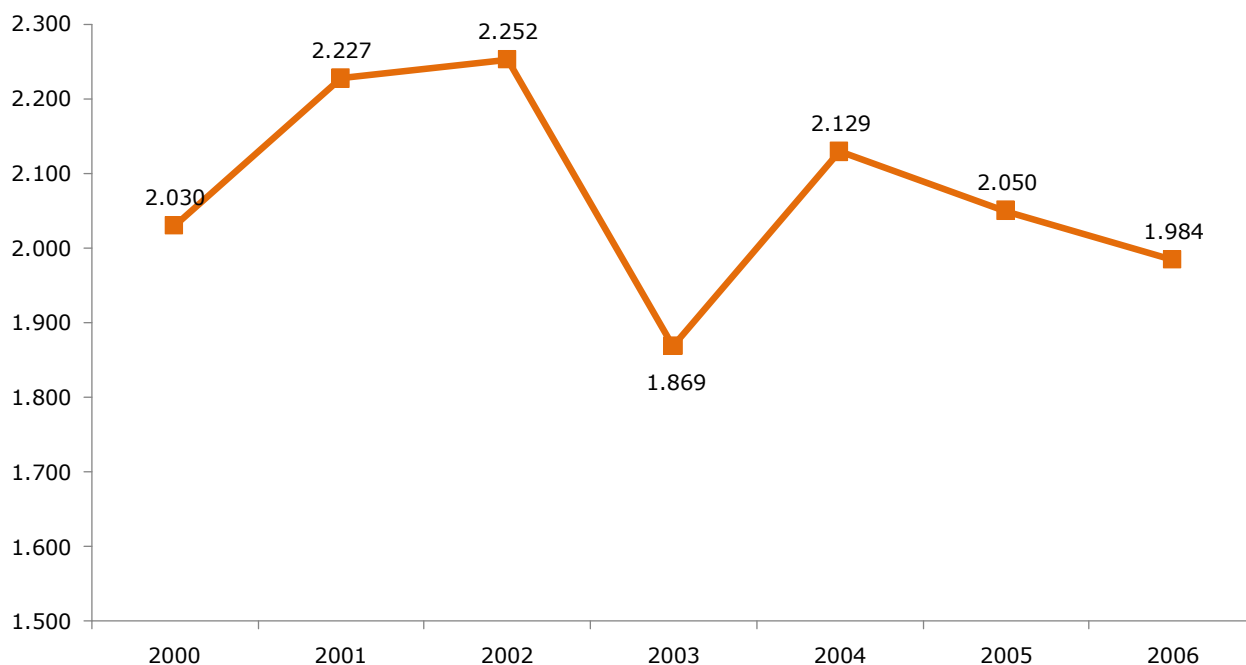
Per quanto attiene le autorizzazioni di cui all'articolo 105 del Regolamento di Polizia Mortuaria, relativa alla tumulazione privilegiata al di fuori dei cimiteri. Le autorizzazioni rilasciate sono state 3 nel 2006 ed 1 nel 2007.

Per quanto riguarda l'igiene ambientale sono state considerate tutte le segnalazioni pervenute da privati cittadini e/o soggetti pubblici relative alle problematiche igienico ambientali nelle più diverse situazioni, causate da vari agenti inquinanti. La gran parte delle segnalazioni erano finalizzate all'acquisizione di informazioni sullo stato conseguente a vari eventi ed incidenti nonché sulle possibili conseguenze circa la salute della popolazione. In tali circostanze sono stati attivati gli enti e gli organismi competenti agli accertamenti, per predisporre le necessarie verifiche e per l'adozione dei più opportuni provvedimenti. La valutazione epidemiologica della correlazione tra inquinamento ambientale e rischio sanitario è stata condotta nei vari casi dalle singole Aziende ULSS e, all'occorrenza, con il coinvolgimento del Centro Tematico Regionale di Epidemiologia Ambientale.

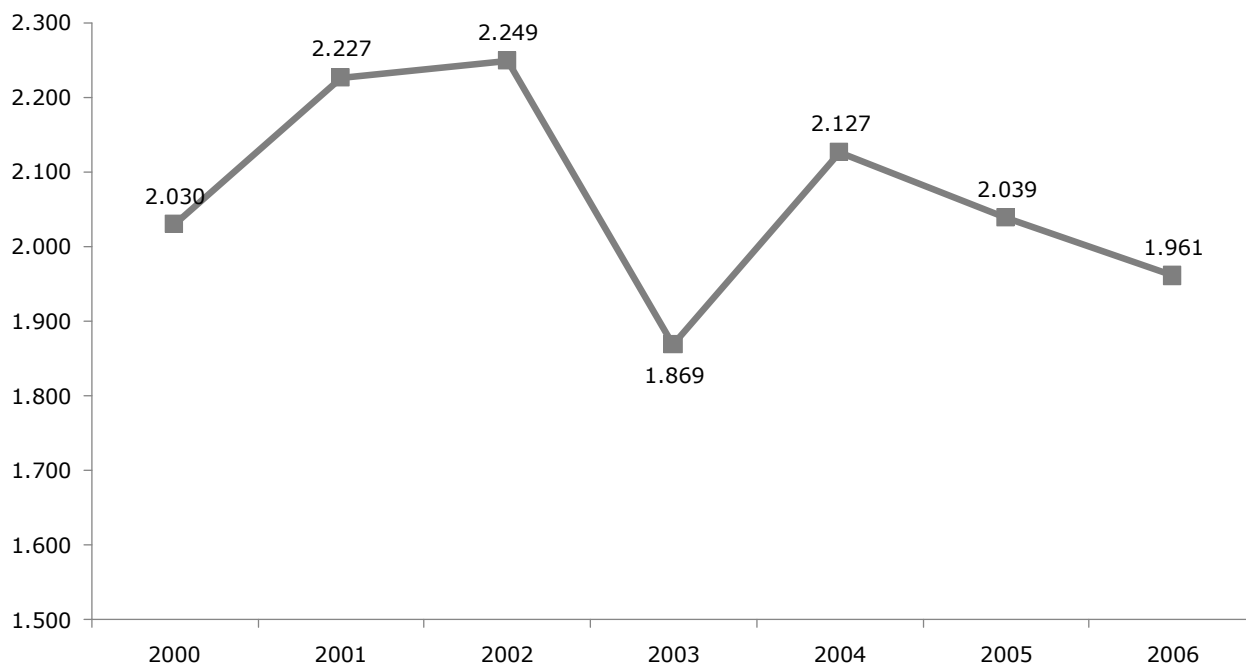
2.7 Salute e sicurezza sul lavoro

La principale fonte informativa con riferimento alla salute e sicurezza sul lavoro è rappresentata dalle banche dati dell'INAIL. L'analisi degli infortuni sul lavoro attraverso i dati INAIL ha dei limiti (solo gli infortuni con più di 4 giorni di prognosi, rappresentazione parziale delle cause degli infortuni) e dei vantaggi (standardizzazione delle codifiche che permettono innumerevoli confronti). Inoltre, va considerata la necessità di consolidamento e validazione delle informazioni che per loro natura abbisognano di tempi lunghi. Per questo motivo, anche se i flussi informativi considerati sono quelli del 2006 e del 2007 (in corso di diffusione presso le ULSS), i dati riferiti al 2006 sono da considerare ancora provvisori. Negli anni 2000-2006 sono stati denunciati all'INAIL 14.541 infortuni occorsi ai dipendenti delle Aziende sanitarie pubbliche, mediamente oltre 2.000 l'anno. Si osserva che negli anni dal 2000 al 2002 le denunce sono aumentate dell'11%; nel 2003 si è verificato un calo notevole e insolito, poi recuperato l'anno successivo ma non completamente; dal 2004 al 2006 si nota una positiva diminuzione di -7%, anche se rispetto al 2000 la differenza è solo di -2,3%. Si ricorda che gli infortuni denunciati sono costituiti da tutte le denunce pervenute all'INAIL, le quali vengono sottoposte a un iter amministrativo e sanitario per la loro definizione. La definizione dei casi è importante perché discrimina tra gli eventi che corrispondono agli infortuni sul lavoro secondo la definizione del Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124: "*casi di infortunio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o una inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni*", dagli eventi che non corrispondono a questa definizione e quindi per l'INAIL non sono infortuni sul lavoro. Gli eventi che non vengono riconosciuti come infortuni sono un insieme eterogeneo difficilmente analizzabile, perché le cause del mancato riconoscimento possono essere le più varie, e inoltre si tratta di casi per cui la denuncia non è obbligatoria, quindi non è dato di sapere in che misura siano rappresentativi del fenomeno. Per queste ragioni l'attenzione statistica si concentra sugli *infortuni riconosciuti*, cioè quelli che corrispondono alla definizione di legge (comprendono le definizioni INAIL: mortale, permanente, temporaneo, regolare senza indennizzo). Così facendo però vengono esclusi dalle analisi anche gli eventi che causano meno di quattro giorni completi di astensione dal lavoro (*franchigie*), tra cui per esempio tutti i casi di puntura da ago senza conseguenze, che quindi non si troveranno tra le analisi. Nella descrizione che segue sono rappresentati i dati e le informazioni relative alle Aziende ULSS e alle due Aziende Ospedaliere del Veneto. Sono quindi ricomprese tutte le Aziende Sanitarie, fatta eccezione per l'Istituto Oncologico Veneto. L'analisi comprende inoltre l'indicazione dei casi non riconosciuti, ovvero i negativi e le franchigie. Le franchigie sono una quota bassa (5%) rispetto al complesso degli infortuni denunciati in Veneto in tutti i comparti.

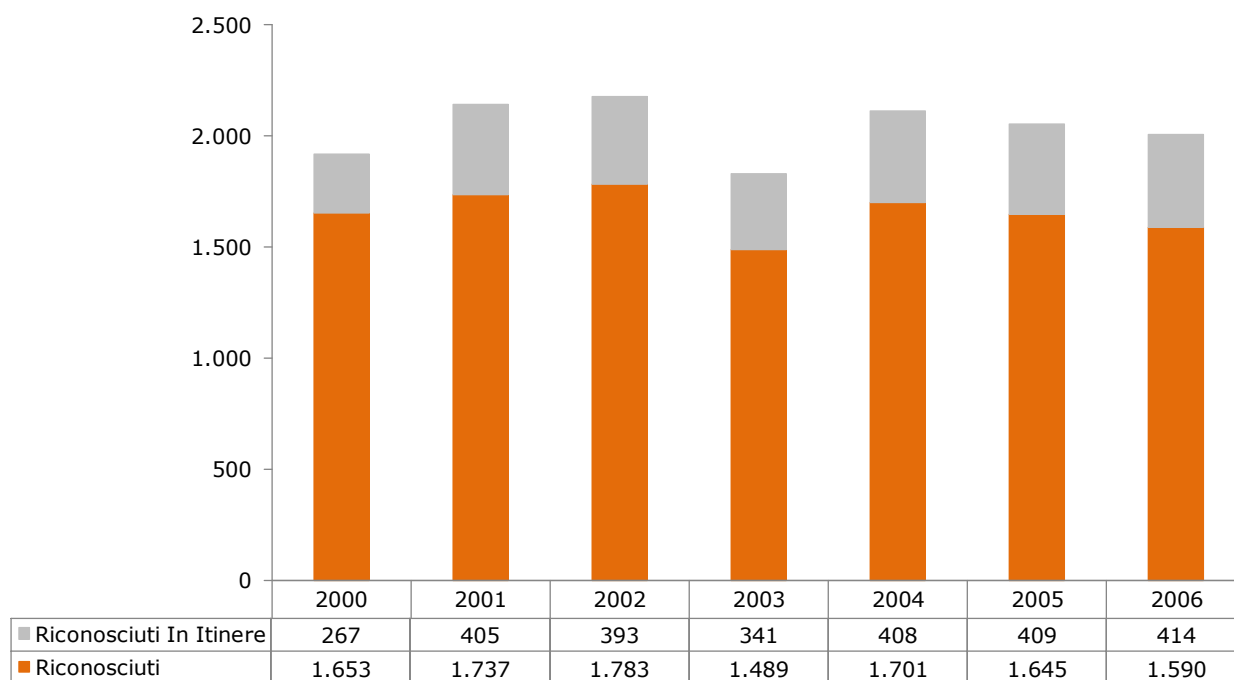
Infortunati denunciati nelle Aziende Sanitarie del Veneto
Anni 2000-2006



Infortunati relativi alle Aziende Sanitarie del Veneto
definiti al 30 aprile 2007



Infortunati riconosciuti e riconosciuti in itinere nelle Aziende Sanitarie del Veneto (anni 2000-2006)



138

Tipo Definizione	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Totale
Aperto	0	0	3	0	2	11	23	39
Negativo	306	341	350	301	318	310	295	2.221
Franchigia	71	149	116	79	108	84	76	683
Mortale	1	1	3	3	1	0	0	9
Permanente	27	55	45	51	62	66	37	343
Temporaneo	1.583	1.636	1.681	1.387	1.582	1.521	1.491	10.881
Regolare senza indennizzo	42	45	54	48	56	58	62	365
Totale	2.030	2.227	2.252	1.869	2.129	2.050	1.984	14.541

I casi non riconosciuti, cioè i negativi e le franchigie, sono il 20% dei casi. Tra le franchigie come già detto sono comprese le punture d'ago, che evidentemente sono denunciate solo in minima parte, dato che la denuncia all'INAIL, da parte del datore di lavoro, non è obbligatoria. Invece la compilazione del certificato medico d'infortunio è obbligatoria per qualsiasi sanitario che presti le prime cure. Inoltre la percentuale di franchigie per Azienda sanitaria è decisamente variabile, passando da 1,2% dell'ULSS 8 al 22% dell'ULSS 18 e ciò potrebbe segnalare una perdita di dati per questa tipologia di infortuni dovuta a possibili procedure non corrette.

I casi riconosciuti, che sono quelli definiti "temporanei", "permanenti", "mortalità" o "regolari senza indennizzo", sono circa l'80% degli eventi denunciati, una quota decisamente alta rispetto al totale degli infortuni del Veneto, in cui la percentuale dei riconosciuti non supera il 65%. Essi sono composti da temporanei nel 94% dei casi; gli eventi mortali (0,08%) e permanenti (3%) sono in proporzione meno frequenti rispetto al totale Veneto. Le Aziende sanitarie che denunciano più infortuni sono le Aziende ospedaliere di Padova e Verona, seguite dalle ULSS 12 e 9, mentre quelle che denunciano meno sono le ULSS 19 e 2. Naturalmente ciò dipende dal fatto che il numero di infortuni è legato al numero di dipendenti dell'Azienda.

Tipo definizione infortunio per Azienda Sanitaria del Veneto								
Azienda Sanitaria	Aperto	Negativo	Franchigia	Mortale	Permanente	Temporaneo	Regolare Senza Indennizzo	Totale
AO Padova	2	297	39	0	38	1.046	34	1.456
AO Verona	3	262	40	1	13	1.007	9	1.335
101	2	58	70	0	18	503	12	663
102	0	12	10	0	7	180	8	217
103	2	36	5	0	15	274	14	346
104	0	47	11	0	7	247	13	325
105	1	36	15	1	10	300	6	369
106	4	108	26	0	26	609	12	785
107	0	42	13	1	4	297	13	370
108	0	42	5	0	9	335	10	401
109	4	190	38	0	32	818	49	1.131
110	0	101	17	0	11	420	14	563
112	3	179	35	0	20	994	12	1.243
113	3	100	11	0	13	516	6	649
114	2	79	13	1	16	369	5	485
115	1	110	31	1	18	553	33	747
116	1	120	17	1	23	556	24	742
117	1	56	9	0	13	305	12	396
118	4	133	189	1	16	492	30	865
119	2	21	4	0	5	99	3	134
120	2	87	41	0	11	362	11	514
121	2	46	23	2	7	239	20	339
122	0	59	21	0	11	360	15	466
Totale	39	2.221	683	8	343	10.881	365	14.541

Circa il 23% degli infortuni riconosciuti è un infortunio in itinere, ovvero un infortunio avvenuto nel percorso tra casa e lavoro e viceversa (da non confondere con infortunio stradale, che è un incidente stradale in orario di lavoro, e quindi risulta a tutti gli effetti un infortunio sul lavoro). Gli infortuni in itinere crescono notevolmente nel 2001: questo non è un aumento reale ma è verosimilmente un effetto dei cambiamenti nella normativa, che ha reso più facile il riconoscimento di questa tipologia di infortuni. Negli anni successivi si mantengono sostanzialmente costanti, eccetto nel 2003, in cui c'è un calo coerente con quello osservato nei denunciati. Negli altri comparti la percentuale di infortuni in itinere sui denunciati è l'11%, circa la metà rispetto a quanto si riscontra nelle Aziende sanitarie. Rapportando gli infortuni in itinere con gli addetti però l'indice di frequenza che se ne ricava è molto simile: 7,8‰ per tutti i comparti e 6,8‰ per le Aziende sanitarie. La differenza non è dovuta quindi a una maggiore probabilità per gli occupati in aziende sanitarie di avere un incidente in itinere, quanto al minor rischio di subire un infortunio sul lavoro.

Una delle peculiarità del settore della Sanità è che si registrano più infortuni di femmine che di maschi in quanto la presenza di personale femminile in questo comparto è nettamente superiore. Nelle Aziende sanitarie del Veneto gli infortuni occorsi a donne sono il 62%. Il loro trend è in leggera diminuzione (-8% nel 2006 rispetto al 2000), meno marcata rispetto a quella dei colleghi maschi (-25%). Tuttavia gli occupati maschi sono anch'essi diminuiti nel frattempo di -9%, mentre le occupate femmine sono aumentate del 7%. Le femmine sono quindi una popolazione esposta a un rischio minore: infatti la loro incidenza di infortuni media sul periodo 2001-2005 è di 21‰, mentre quella dei colleghi maschi è di 24,3‰. Analizzando gli infortuni per classe di età, nella finestra temporale esaminata si osserva che gli infortuni occorsi ai lavoratori più giovani sono diminuiti di -76%, mentre quelli ai lavoratori di 51-60 anni sono aumentati del 56%. Intermedie tra le due le classi di età 30-40, ridotta del 27% e la classe 41-50, diminuita di -5%, ma sostanzialmente stazionaria. Purtroppo non si dispone di dati sull'occupazione per età, però si ritiene che queste tendenze siano dovute all'invecchiamento della popolazione lavorativa e alle scarse assunzioni di nuovo personale. Dall'analisi congiunta di sesso ed età emerge che la distribuzione per età e sesso è significativamente diversa. Le femmine registrano il maggior numero di infortuni in età giovani, mentre i maschi si infortunano maggiormente in età avanzate.

Negli archivi INAIL le informazioni sulla dinamica dell'infortunio sono registrate in due modi: o con la coppia di variabili *Forma-Agente*, o con 8 variabili della classificazione internazionale ESAW (*Tipo di Luogo, Tipo di Lavoro, Attività Fisica, Agente dell'Attività, Deviazione, Agente della Deviazione, Contatto, Agente del Contatto*). La coppia *Forma-Agente* era in uso fino al 2001, poi è stata gradualmente smessa per usare l'altra metodica di classificazione. Quindi fino al 2001 è presente in tutti i casi ma dal 2002 una quota rilevante di infortuni, dal 18% al 46%, manca completamente dell'informazione. Viceversa, l'ESAW inizia a essere soddisfacente dal

2003 e ancora più dal 2004, infatti i casi privi delle informazioni ESAW nel 2003 sono il 13% e dal 2004 il 2%. Analizziamo quindi la modalità di accadimento degli infortuni utilizzando le variabili ESAW e restringiamo l'attenzione sui casi avvenuti negli anni 2003-2006, considerando sempre soltanto gli infortuni riconosciuti dall'INAIL esclusi quelli in itinere.

Per la comprensione della dinamica dell'infortunio le variabili ESAW più rilevanti sono:

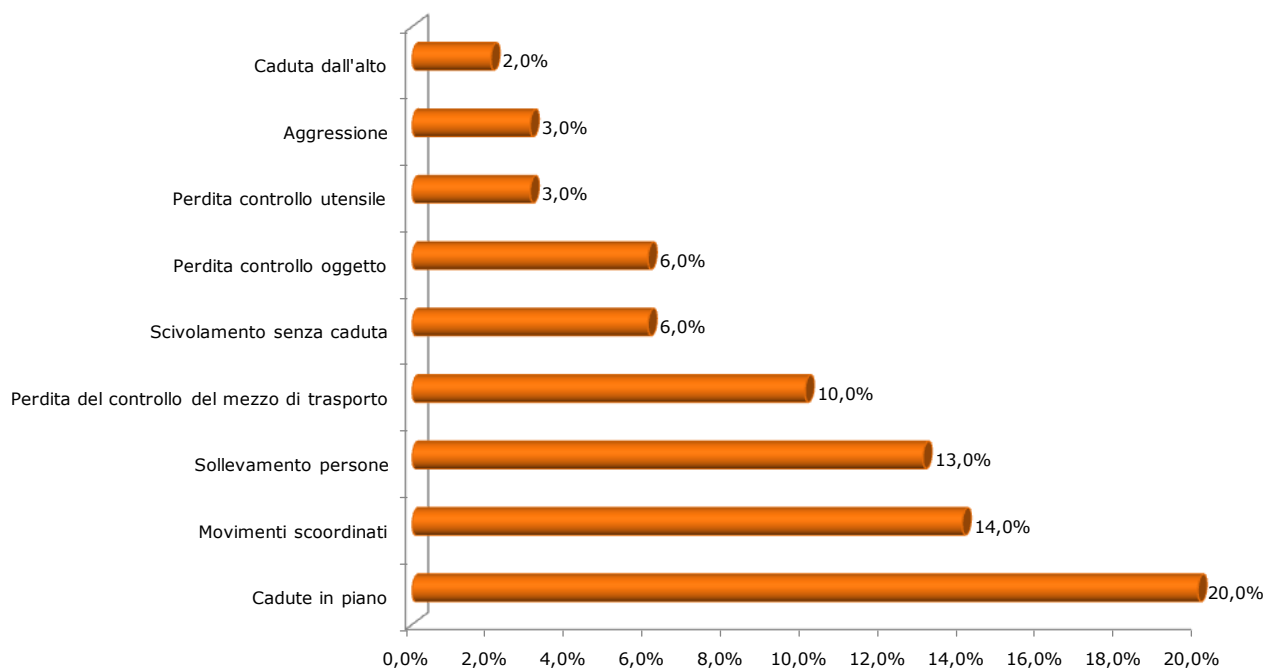
- *Attività fisica*: descrive l'azione che l'infortunato stava compiendo al momento dell'infortunio; a essa si accompagna un Agente materiale, cioè un oggetto o altra cosa coinvolta nell'azione;
- *Deviazione*: corrisponde all'evento imprevisto che ha determinato o favorito il verificarsi dell'infortunio, anch'essa collegata al suo Agente materiale.

Attività fisica principale	Numero di casi 2003-2006	Percentuali	Agenti principali	Percentuali
Camminare, correre, salire, scendere...	1.400	29%	Pavimento	27%
			Scale a gradini, scalinate	27%
Sollevare, alzare, portare in basso, trasporto verticale	688	14%	Esseri umani	57%
			Carichi - movimentati a mano - Mobili	8%
Trasporto a mano di carichi	522	11%	Esseri umani	23%
			Carichi - movimentati a mano - Mobili	8%
Condurre un mezzo di trasporto o una attrezzatura di movimentazione	544	11%	Autovetture	65%

Considerando il 65% degli infortuni, per quanto attiene le attività fisiche principali in cui erano impegnati i soggetti che si sono infortunati, quasi un terzo (29%) degli infortuni è avvenuto mentre il soggetto camminava, correva, saliva, scendeva, specialmente sul pavimento (27% di questi infortuni) e sulle scale fisse (27% di questi infortuni). La seconda attività causa di infortunio con il 14% dei casi è l'atto di sollevare e abbassare, specialmente le persone (54%),

ma anche carichi movimentati a mano (8%) e mobili (4%). Il trasporto manuale di carichi è al terzo posto (11%), i carichi in questione sono ancora le persone (23%), i carichi movimentati a mano (8%) e i mobili (6%). Infine segnaliamo ancora l'attività di conduzione di un mezzo di trasporto, che causa l'11% degli infortuni, e in cui il mezzo maggiormente implicato sono le autovetture (65%).

Principali deviazioni causa di infortunio nelle Aziende Sanitarie.
 Infortuni riconosciuti esclusi in itinere, anni 2003-2006



Le prime nove deviazioni riportate riguardano il 78% degli infortuni. Al primo posto si collocano le cadute in piano con il 20% dei casi. Queste cadute si sono verificate soprattutto sul pavimento (23% di questi infortuni), sulle scale fisse (16%) e su terreni sdruciolevoli (10%). Il 14% degli infortuni è invece causato da movimenti scoordinati e un ulteriore 13% si verifica sollevando persone (71%) o carichi (9%). La perdita di controllo di mezzo di trasporto causa il 10% degli infortuni, il mezzo implicato è nel 62% dei casi una autovettura e nel 5% un motociclo. È il caso di sottolineare che le aggressioni da persone sono il 3%.

Quasi la metà degli infortuni ha una prognosi che va da 8 a 30 giorni, il 28% termina entro la prima settimana, mentre il 15% supera i 40 giorni. Questa distribuzione è in linea con quella generale di tutti gli infortuni del Veneto. Si ricorda che avendo selezionato solo gli infortuni riconosciuti dall'INAIL, sono automaticamente escluse le franchigie, cioè gli infortuni con

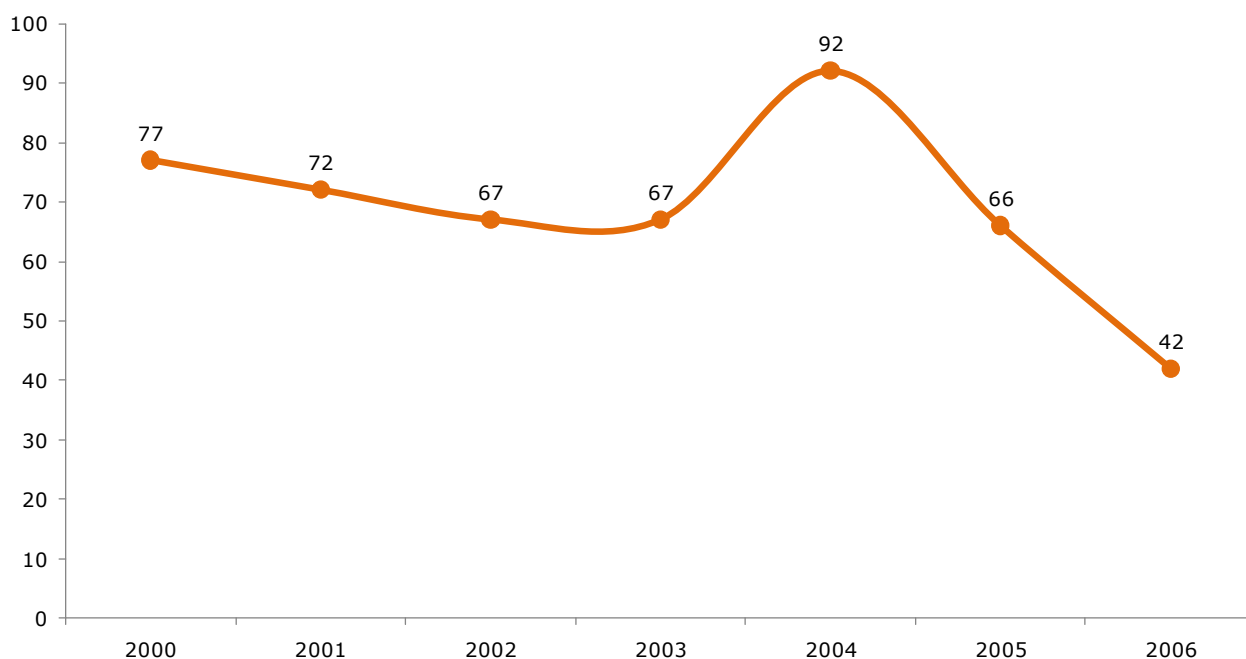
prognosi fino a 3 giorni. Tra gli infortuni sopra i 30 giorni, i mezzi di trasporto sono una causa particolarmente frequente: il 14% degli infortuni da 30 a 40 giorni e il 15% degli infortuni sopra 40 giorni sono causati da mezzi di trasporto, mentre per durate inferiori a 30 giorni questa percentuale è di circa l'8%. Inoltre il 18% degli infortuni sopra 40 giorni è causato da mezzi di sollevamento, stoccaggio, smistamento. Nel complesso il 9% degli infortuni lascia dei postumi permanenti al soggetto infortunato. Il 25% degli infortuni con postumi è causato da cadute in piano. Nel totale di tutti i comparti in Veneto, gli infortuni con postumi sono leggermente superiori (11%) rispetto al personale delle Aziende Sanitarie. Gli infortuni mortali verificatisi sono 4, di cui 3 causati da perdita di controllo di un mezzo di trasporto e 1 con causa sconosciuta. Sono considerati "gravi" gli infortuni mortali, o con postumi permanenti o con oltre 40 giorni di prognosi. Il 18% degli infortuni qui esaminati rientra nella categoria dei gravi, alla pari del valore regionale per tutti i comparti.

Anno evento	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Totale	%
Classe giornate									
da 01 a 07	412	397	401	326	342	328	327	2533	28%
da 08 a 30	697	632	680	548	604	601	553	4.315	48%
da 31 a 40	68	63	69	63	92	76	61	492	5%
Più di 40	193	203	184	164	198	180	183	1.305	15%
Sconosciuto	16	37	56	47	57	51	52	316	4%
Postumi permanenti									
Nessuno	1.288	1.222	1.276	1.047	1.137	1.098	1.066	8.134	91%
con postumi > 0	98	110	114	101	156	138	110	827	9%
Infortuni mortali									
	1	0	1	1	1	0	0	4	0,04%
Infortuni gravi									
	224	229	224	202	251	233	216	1.579	18%
Totale infortuni	1.386	1.332	1.390	1.148	1.293	1.236	1.176	8.961	

* 8.961 = Infortuni riconosciuti esclusi in itinere

La principale attività causa di infortunio è l'atto di camminare, salire, scendere. Critica sembra quindi la situazione dei percorsi, delle vie di transito e dello spostamento di materiali, che sembrano necessitare di miglioramento. Quasi 500 infortuni sono avvenuti dal 2003 al 2006 nel personale sanitario sollevando o spostando persone e questa rappresenta una tipologia di infortunio tipica del settore sanitario su cui è possibile fare prevenzione attraverso formazione, misure tecniche, organizzative e procedurali. Il 9% degli infortuni è di tipo "stradale", cioè alla guida, durante il lavoro, di mezzi di trasporto. Le aggressioni sono 138 in 4 anni e rappresentano il 3% degli infortuni. Non tutte sono dovute a utenti esterni, il 19% di esse è un'aggressione tra colleghi di lavoro. Le particolari cause evidenziate per gli infortuni determinano delle lesioni peculiari: frequenti lussazioni e lesioni da sforzo alla colonna vertebrale dovute al sollevamento di persone (1483 eventi), contusioni e fratture alla colonna vertebrale (292 casi) o distorsioni alla caviglia (914) per cadute e scivolamenti.

Malattie professionali denunciate all'INAIL nel Veneto con riguardo alle Aziende Sanitarie (anni 2000-2006)



Come gli infortuni, anche le malattie professionali devono seguire un iter amministrativo e sanitario per il loro riconoscimento dall'INAIL. Nello specifico delle tecnopatie, questo iter è decisamente più lungo che non per gli infortuni. Neanche l'anno 2000 infatti è completamente definito, manca ancora circa il 7% delle denunce, e per l'anno 2006 questa percentuale è di oltre il 30%. Inoltre la quota di malattie professionali riconosciute dall'INAIL è pari circa al

50% delle denunciate, mentre sappiamo che negli infortuni la percentuale di riconosciuti è intorno all'80%. Per questi motivi nello studio del fenomeno delle malattie da lavoro si analizzano anche le malattie denunciate.

Malattie professionali manifestatesi e denunciate all'INAIL negli anni 2000-2006 per Azienda sanitaria e anno di manifestazione della malattia								
Azienda Sanitaria	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Totale
AO Padova	13	14	10	10	13	9	9	78
AO Verona	8	8	10	12	13	9	8	68
101	5	9	9	1	10	4	3	41
102	1	0	2	1	1	3	2	10
103	1	1	0	1	1	2	1	7
104	6	0	1	3	0	4	1	15
105	2	2	4	0	1	0	1	10
106	5	3	4	2	5	3	0	22
107	14	5	1	3	9	6	7	45
108	1	2	0	3	0	0	1	7
109	5	5	9	5	10	10	4	48
110	3	3	2	5	8	7	1	29
112	1	0	2	1	0	1	0	5
113	1	2	0	0	0	0	0	3
114	2	0	2	0	0	0	0	4
115	1	2	2	2	4	1	0	12
116	1	1	3	5	0	0	3	13
117	1	1	0	2	8	5	0	17
118	0	7	2	3	0	2	0	14
119	0	0	0	1	0	0	0	1
120	2	3	3	6	8	0	0	22
121	2	2	1	0	0	0	0	5
122	2	2	0	1	1	0	1	7
Totale	77	72	67	67	92	66	42	483

Quasi i tre quarti delle malattie professionali denunciate dal 2000 al 2006 rientrano nella categoria delle malattie non tabellate, ovvero patologie non comprese nelle tabelle previste dalle norme vigenti in materia (un esempio sono le malattie muscolo-scheletriche). Dopo queste, le patologie più frequenti (15%) sono le malattie cutanee causate da: resine, oligomeri, elastomeri, gomma arabica, caprolattame, in cui rientrano le dermatiti da guanti in

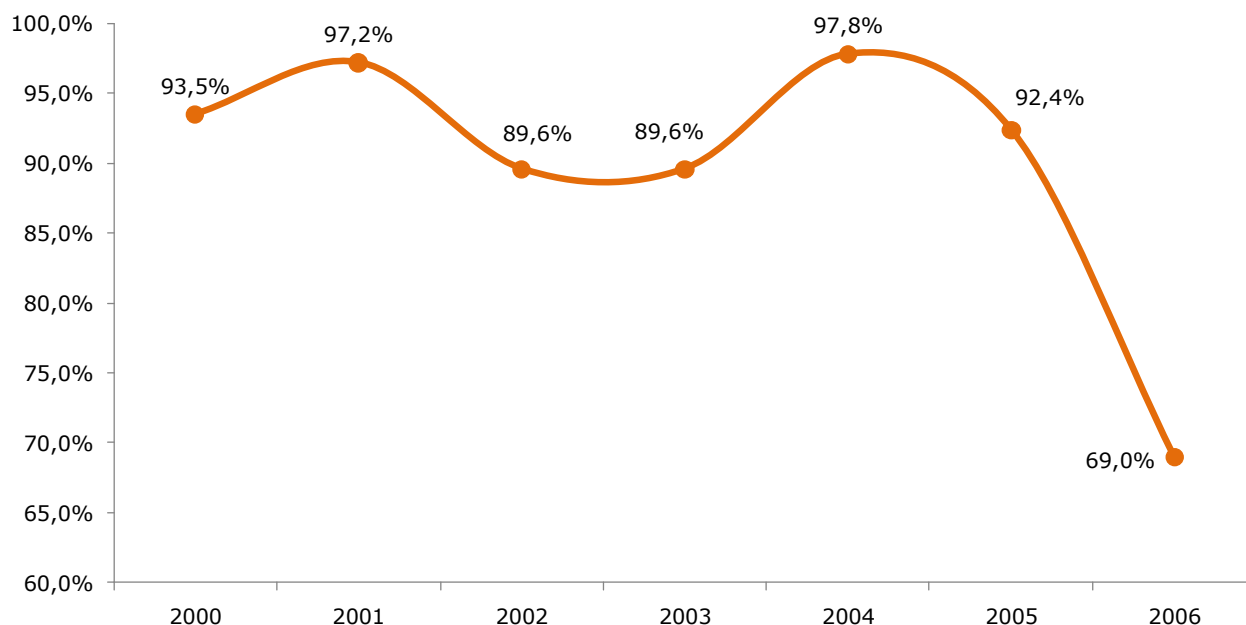
lattice; queste sono decisamente più frequenti nelle femmine rispetto ai maschi (17% nelle donne contro l'8% negli uomini). Patologie peculiari di questi ultimi sono invece le malattie causate da radiazioni ionizzanti e le ipoacusie (perdite uditive).

Malattie professionali in maschi e femmine nelle Aziende Sanitarie del Veneto (anni 2000-2006)			
Malattie professionali	F	M	Totale
Malattia professionale non tabellata, o contratta in lavorazioni non tabellate	230	129	359
Malattie cutanee da resine, oligomeri, elastomeri, gomma arabica, caprolattame	59	14	73
Malattie cutanee da antibiotici, disinfettanti e sulfamidici	9	4	13
Radiazioni ionizzanti	1	6	7
Aldeidi e derivati	4	1	5
Cataratta da energie raggianti	1	2	3
Asma bronchiale da colofonia, gomma arabica	2	0	2
Ipoacusia da lavorazione meccanica del legno con seghe circolari	0	2	2
Acido carbammico, tiocarbammico, carbammati	1	0	1
Amine alifatiche e loro derivati	1	0	1
Carcinoma delle cavità nasali e paranasali da polvere di legno	0	1	1
Composti organici del mercurio	1	0	1
Ipoacusia da frantumazione o macinazione ai frantoi, molini per produz. cemento	0	1	1
Ipoacusia da rumore da martellatura, scriccatura di caldaie e serbatoi	0	1	1
Malattie causate da radiazioni ionizzanti, da laser, da onde elettromagnetiche e loro conseguenze dirette	0	1	1
Malattie cutanee da alcali caustici, cloruro di sodio, persolfato di ammonio	1	0	1
Malattie cutanee da catrame, bitume, pece, fuliggine	1	0	1
Malattie cutanee da detersivi	1	0	1
Malattie cutanee provocate nell'ambiente di lavoro da sostanze non considerate in altre voci	0	1	1
Silicosi	0	1	1
Sconosciuta	5	2	7
Totale	317	166	483

Le malattie denunciate non sono ancora state completamente definite. Tra quelle definite circa la metà dei casi viene definita negativamente e il 28% è invece riconosciuto senza indennizzo. Un ulteriore 19% ha causato postumi permanenti di entità indennizzabile e viene perciò chiuso come permanente, mentre il 4% ha causato solo giorni di inabilità temporanea. Nel periodo considerato è stata riconosciuta come mortale una sola malattia (causata da radiazioni ionizzanti). Mortali, permanenti, temporanee e regolari senza indennizzo costituiscono le malattie riconosciute. Il loro trend segue sostanzialmente quello delle denunce, a eccezione del vistoso picco del 2004, che nelle riconosciute è meno evidente. Mentre per le malattie tabellate la percentuale di riconoscimenti è elevata, mediamente il 76%, nelle *non tabellate* il

riconoscimento è molto più difficile, infatti viene riconosciuto solo il 36% delle non tabellate. Questo è dovuto all'attuale sistema per il riconoscimento, secondo il quale per una malattia tabellata il riconoscimento è quasi automatico, mentre per una malattia che non rientra nelle tabelle previste spetta al lavoratore l'onere di dimostrare che si tratta di patologia causata dalla professione. Le malattie professionali sono classificate secondo il codice nosologico internazionale, importante soprattutto per distinguere le malattie non tabellate. Su queste basi si scopre che esse sono rappresentate soprattutto da malattie muscolo-scheletriche (affezione dei dischi intervertebrali, artrosi e malattie dei tendini e delle sinoviali: 62% delle non tabellate) e da malattie respiratorie (asma e altre malattie: 24% delle non tabellate). Le dermatiti e altre malattie della pelle sono la tecnopatia più frequente (96 casi riconosciuti, 74%), seguite dalle muscolo-scheletriche (80 casi, 62%; tutte non tabellate) e dalle malattie respiratorie (34 casi, 26%).

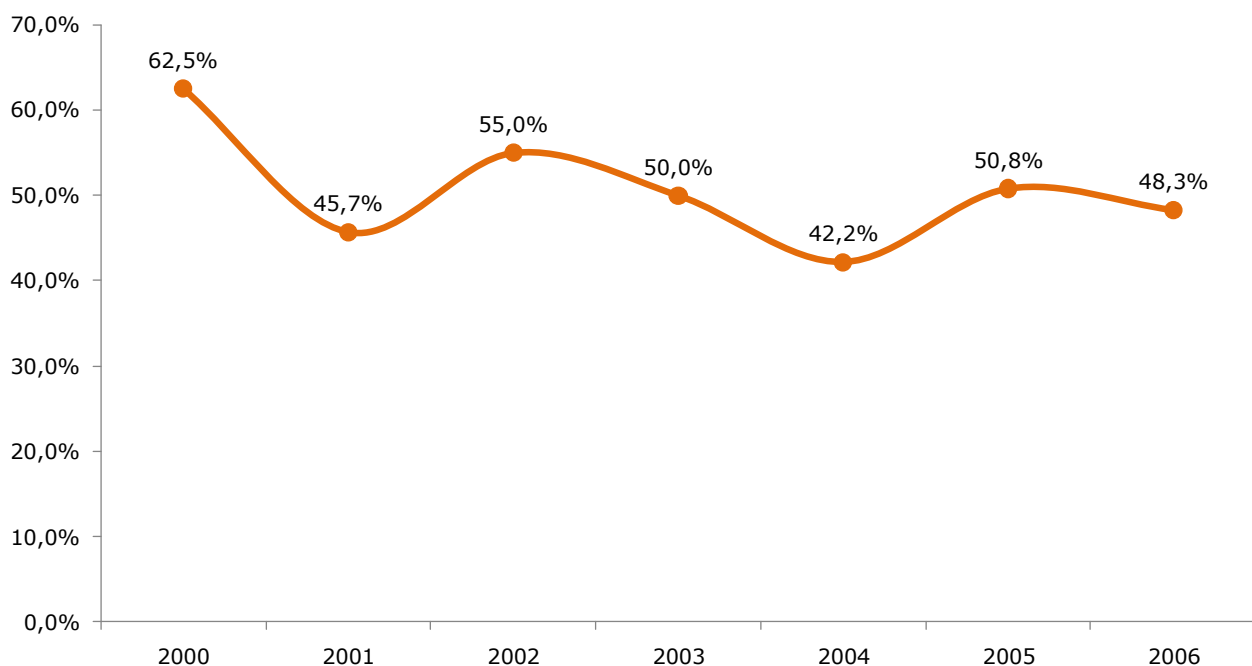
Malattie professionali (tecnopatie): definite su denunciate
Aziende Sanitarie del Veneto 2000-2006



Distinguendo le malattie per sesso, si osserva che nelle femmine rispetto ai maschi sono molto frequenti le dermatiti da contatto ed altri eczemi (41,2% contro 24% dei maschi) e l'asma (15% contro 1,4% maschi). Nei maschi invece sono peculiari le affezioni dei dischi intervertebrali (35,7% contro 19% delle femmine), l'artrosi e le affezioni correlate (14% contro 7% femmine) e le ipoacusie (4% nei maschi, 0% nelle femmine).

L'andamento delle malattie professionali non è lineare: c'è un picco nel 2004 e una continua discesa negli anni più recenti. Mediamente dalle Aziende Sanitarie venete vengono denunciate 70 malattie professionali ogni anno, con un'elevata variabilità tra un'Azienda e l'altra.

Malattie professionali (tecnopatie): riconosciute su definite
Aziende Sanitarie del Veneto 2000-2006



L'incidenza media annuale di malattie denunciate è di 1,2 malattie per 1000 addetti. Nel totale dei comparti del Veneto invece vengono denunciate ogni anno 1,4 malattie professionali per 1000 addetti. Il 74% delle malattie denunciate è una malattia non tabellata (359 casi). Di esse viene riconosciuto solo il 36%. Solo per le riconosciute abbiamo qualche informazione in più riguardo alla patologia: il 62% sono malattie muscolo-scheletriche (80 casi), il 24% malattie respiratorie, particolarmente asma, e il 7% malattie cutanee. Tra le malattie tabellate che vengono denunciate le più frequenti sono le malattie cutanee: 90 casi nel complesso delle annualità considerate (19%), di cui l'81% da resine, oligomeri, elastomeri, gomma arabica, caprolattame, e le rimanenti da antibiotici, disinfettanti e sulfamidici e altre sostanze. Per le malattie tabellate in media viene successivamente riconosciuto il 76%. Negli anni presi in considerazione sono state denunciate solo 8 malattie da radiazioni ionizzanti, distribuite su varie Aziende. Di questa patologia, 7 casi su 8 (87%) sono riferiti a lavoratori maschi, mentre mediamente il 66% delle malattie denunciate è riferito a lavoratrici femmine. L'incidenza di tecnopatie nel complesso è lievemente maggiore nei maschi: 1,37‰ contro 1,21‰ delle femmine.

Fonti

INAIL Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro

Sede per la Regione del Veneto: S. Croce 712 - 30135 Venezia

Telefono 041 2729111 - Fax 041 2729293

E-mail: veneto@inail.it

Sito Internet: <http://siti.inail.it/veneto/>

Direzione Prevenzione della Regione del Veneto

affidente alla Segreteria Sanità e Sociale

Rio Novo, 3493 Dorsoduro - 30123 VENEZIA

Telefono: 041 2791313 - Fax: 041 2791331

e-mail: prevenzione@regione.veneto.it

Sito Internet: <http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/>

Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare

Rio Novo, 3493 Dorsoduro - 30123 VENEZIA

Telefono 041 2791304 - 041 2791306 - Fax 041 2791330 - 041 2791331

e-mail: saia@regione.veneto.it

Sito Internet:

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Sicurezza+alimentare/>

Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSve)

Viale dell'Università, 10 - 35020 Legnaro (Pd)

Telefono: 049 8084211 - 049 8030380 - Fax: +39 049 8830046

e-mail: comunicazione@izsvenezie.it

Sito Internet: <http://www.izsvenezie.it/>

COREO - Centro Operativo Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale

c/o Servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (S.P.I.S.A.L.)

Azienda ULSS 16 Padova Via Ospedale, 22 - Padova

Telefono: 049 8214251 - 049 8214252 - 049 8214253 - Fax: 049 8214256

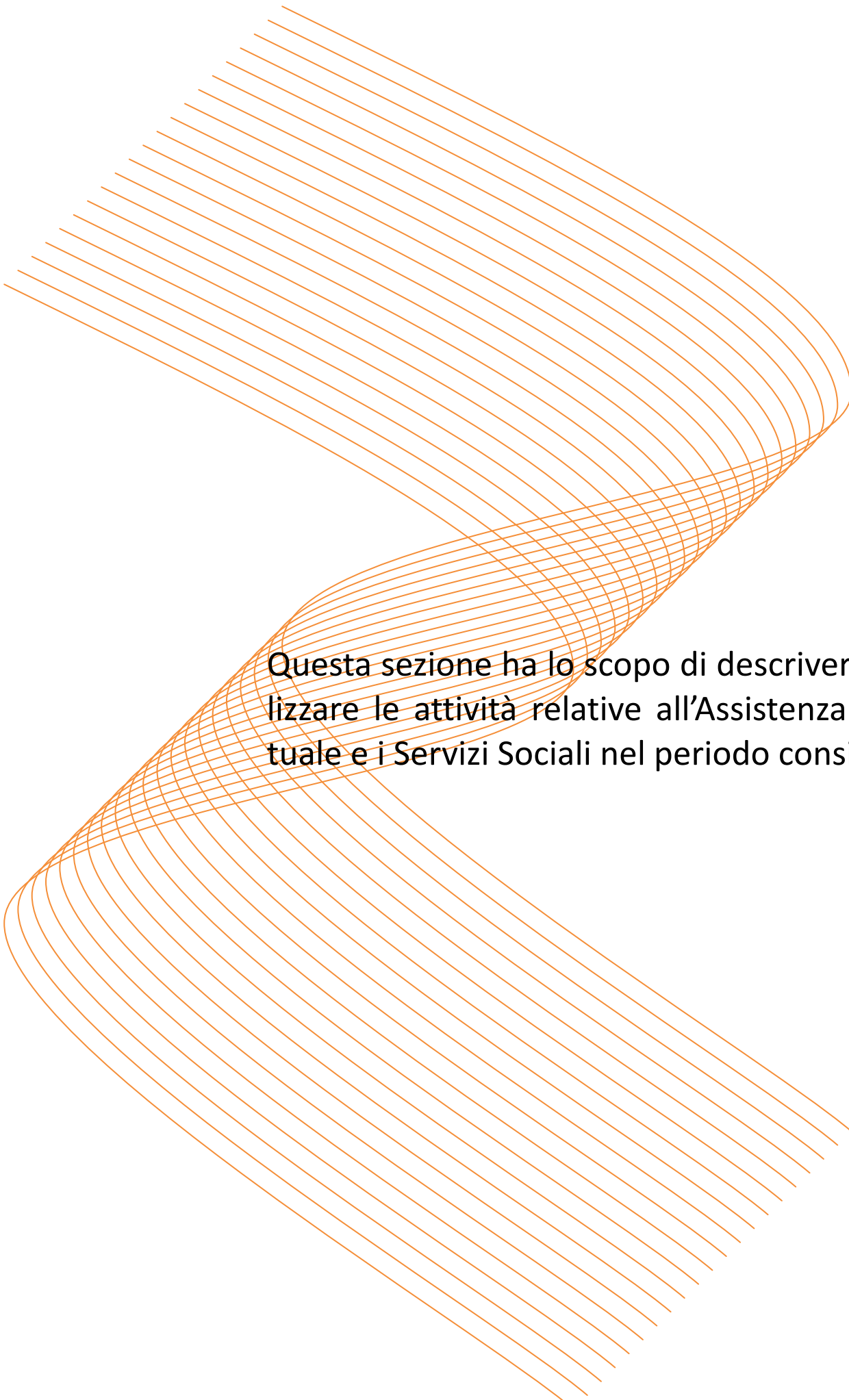
e-mail: spisal.ulss16@sanita.padova.it

<http://news.ulss16.padova.it/NEWS/viewarg?idarea=2&idargomento=49>

Parte Terza

Assistenza Distrettuale e Servizi Sociali

Relazione Socio Sanitaria 2008
della Regione del Veneto

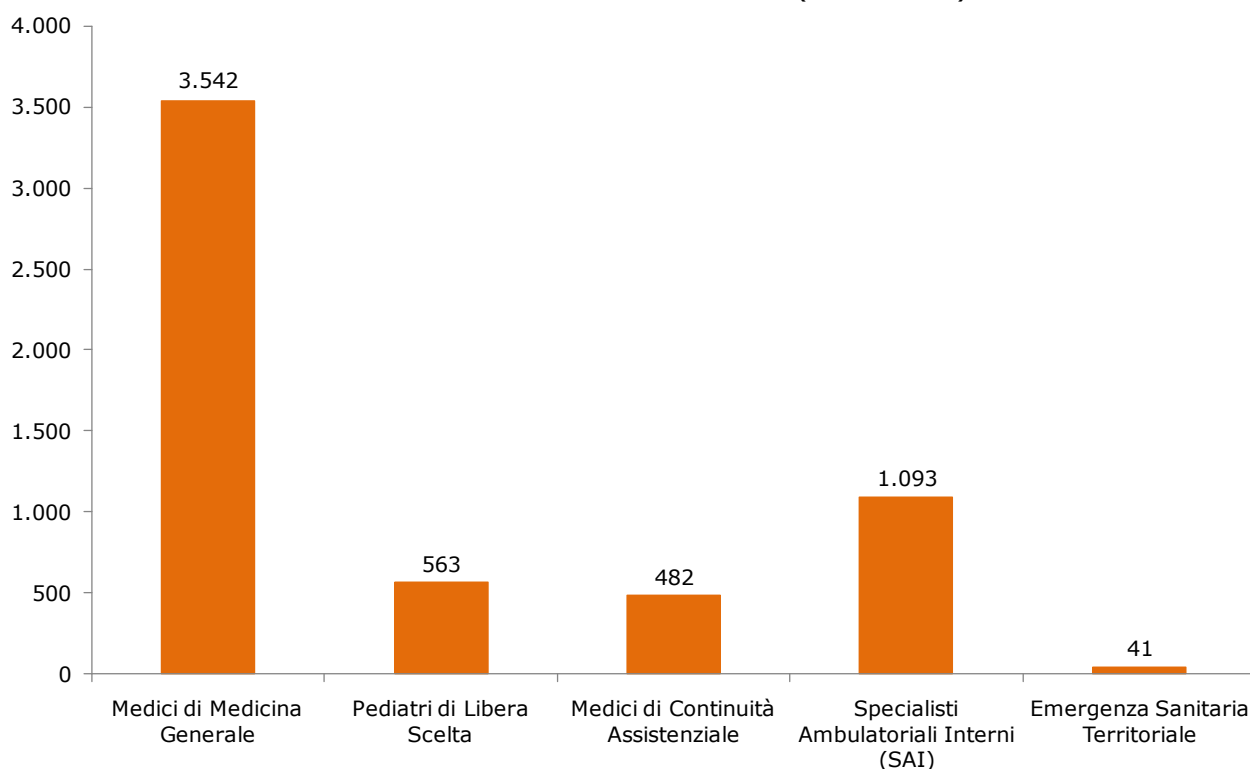
An abstract graphic consisting of numerous thin, parallel orange lines that curve and flow across the page, creating a sense of movement and depth. The lines are arranged in a way that they appear to be part of a larger, three-dimensional structure, possibly a stylized letter or a decorative element.

Questa sezione ha lo scopo di descrivere e analizzare le attività relative all'Assistenza Distrettuale e i Servizi Sociali nel periodo considerato

3.1 Medicina di base

I Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta svolgono funzioni fondamentali nell'ambito della risposta alla domanda di salute manifestata dai cittadini della nostra Regione. Tuttavia, è indispensabile entrare in una logica di continuo miglioramento. Da questo punto di vista, il Distretto socio-sanitario rappresenta l'ambito organizzativo in cui può realizzarsi un modello assistenziale centrato sulle Cure Primarie, che possa garantire la continuità dell'assistenza, nonché risposte adeguate, complete e non frammentate o casuali alla complessità dei bisogni delle persone. Inoltre, la realizzazione della continuità dell'assistenza richiede di passare da un'ottica basata sull'ospedale allo sviluppo di una rete dei servizi territoriali ed ospedalieri in grado di realizzare percorsi assistenziali integrati, individuando come tappe strategiche di questo processo il potenziamento della Medicina delle Cure Primarie e l'integrazione tra sociale e sanitario.

Medicina convenzionata nel Veneto (Anno 2007)

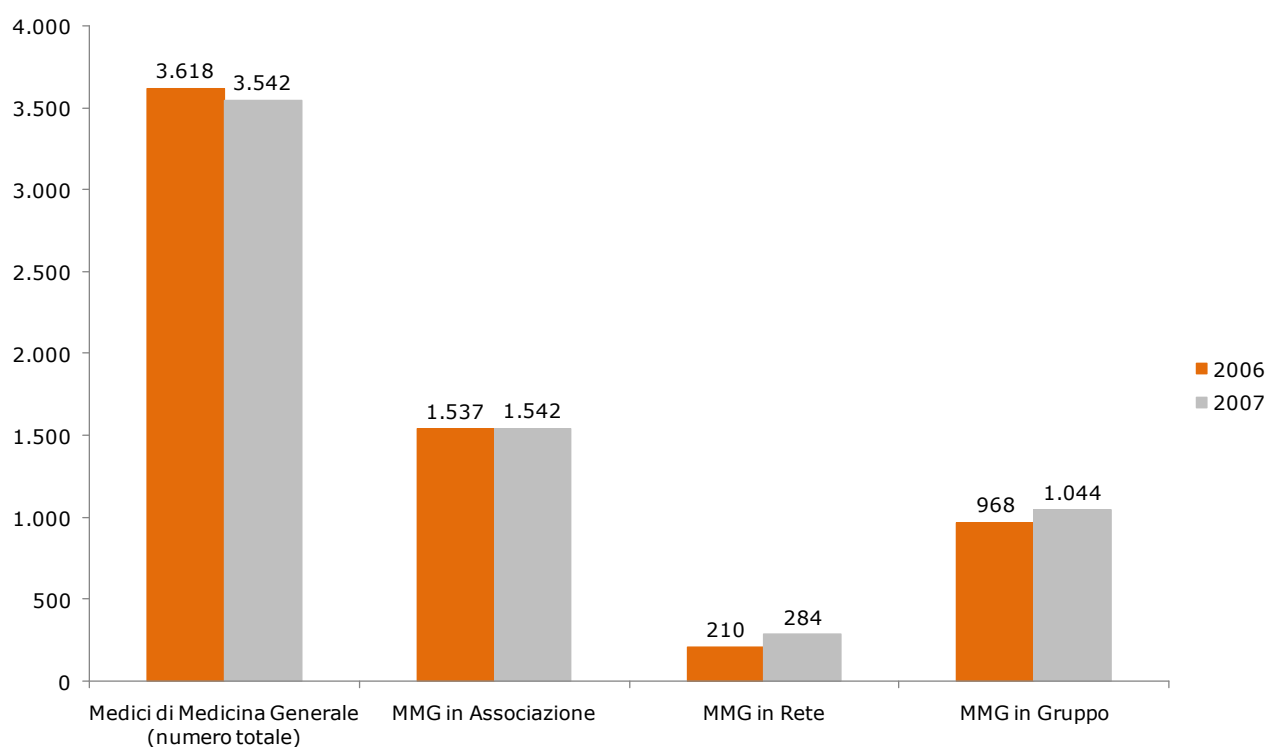


Da questo punto di vista la Regione del Veneto sta agendo con il perseguimento di tre direttrici fondamentali:

- Riorganizzazione del Distretto Socio Sanitario;
- Governo del Sistema delle Cure Primarie;
- Organizzazione in rete della Medicina Convenzionata.

Con riguardo alla prima linea progettuale, l'obiettivo principale è di definire un *modello distrettuale* conforme alle nuove esigenze della riorganizzazione dell'assistenza territoriale ed individuando il Distretto come elemento organizzativo fondamentale delle Cure Primarie, provvedendo anche all'implementazione di modelli di integrazione tra Ospedale e Territorio. Per quanto concerne la seconda direttrice, la finalità principale è di individuare obiettivi, strumenti ed indicatori per il Governo del Sistema, nell'intento di definire un piano aziendale delle Cure Primarie. Infine, posto che la continuità dell'assistenza può essere realizzata anche attraverso strumenti di integrazione della rete dei servizi ed attraverso una efficiente rete informativa/informatica, la Regione intende dare corso ad una riorganizzazione in rete della Medicina Generale e, più in generale, alla costituzione di un sistema reticolare informativo/comunicativo che, in particolari contesti (popolazione sparsa, difficoltà di realizzazione di sedi uniche, ecc.), possa rappresentare la modalità operativa per superare l'attuale isolamento dei professionisti e garantire standard assistenziali più elevati ed uniformi.

Forme associative tra i Medici di Medicina Generale nel Veneto
Anni 2006-2007



Nel corso del 2007 sono stati implementati interventi regionali nell'area distrettuale collegati a specifiche malattie cronico invalidanti. Si è regolamentata l'erogazione delle prestazioni sanitarie aggiuntive, relative a due diversi ambiti di tutela sanitaria a favore dei soggetti affetti da Sindrome di Sjögren, l'ambito dell'assistenza farmaceutica e quello delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. In particolare nell'ambito dell'assistenza farmaceutica quale livello

assistenziale sanitario aggiuntivo a favore dei soggetti affetti da Sindrome di Sjögren, è stata disciplinata l'erogazione, con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, di medicinali e prodotti parafarmaceutici rientranti nelle seguenti tipologie:

- farmaci di impiego oftalmico non compresi nel prontuario farmaceutico nazionale, di impiego topico per la secchezza delle mucose, integratori vitaminici e minerali;
- prodotti, diversi dai medicinali e classificati come parafarmaceutici: i colluttori, i dentifrici e le preparazioni ad uso topico orale, idonei all'impiego nella secchezza orale.

La Sindrome di Sjögren è infatti una malattia cronica di natura autoimmune che colpisce prevalentemente le donne. Nelle persone affette da questa malattia, il sistema immunitario non riconoscendo le proprie cellule, tessuti ed organi attacca le ghiandole esocrine (salivari, lacrimali) distruggendole e creando notevoli disturbi di bocca secca (xerostomia) ed occhio secco (cheratocongiuntivite secca).

Quale ulteriore forma di tutela nell'ambito dell'assistenza farmaceutica, agli assistiti veneti affetti da Sindrome di Sjögren, è stata riconosciuta l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica per i farmaci inclusi nel Prontuario Farmaceutico Nazionale. Nell'ambito delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, all'elenco delle prestazioni specialistiche erogabili ai pazienti residenti nel Veneto affetti da Sindrome di Sjögren in regime di esenzione dalla partecipazione alla spesa, oltre a quanto già garantito a livello nazionale sono state aggiunte anche le seguenti prestazioni:

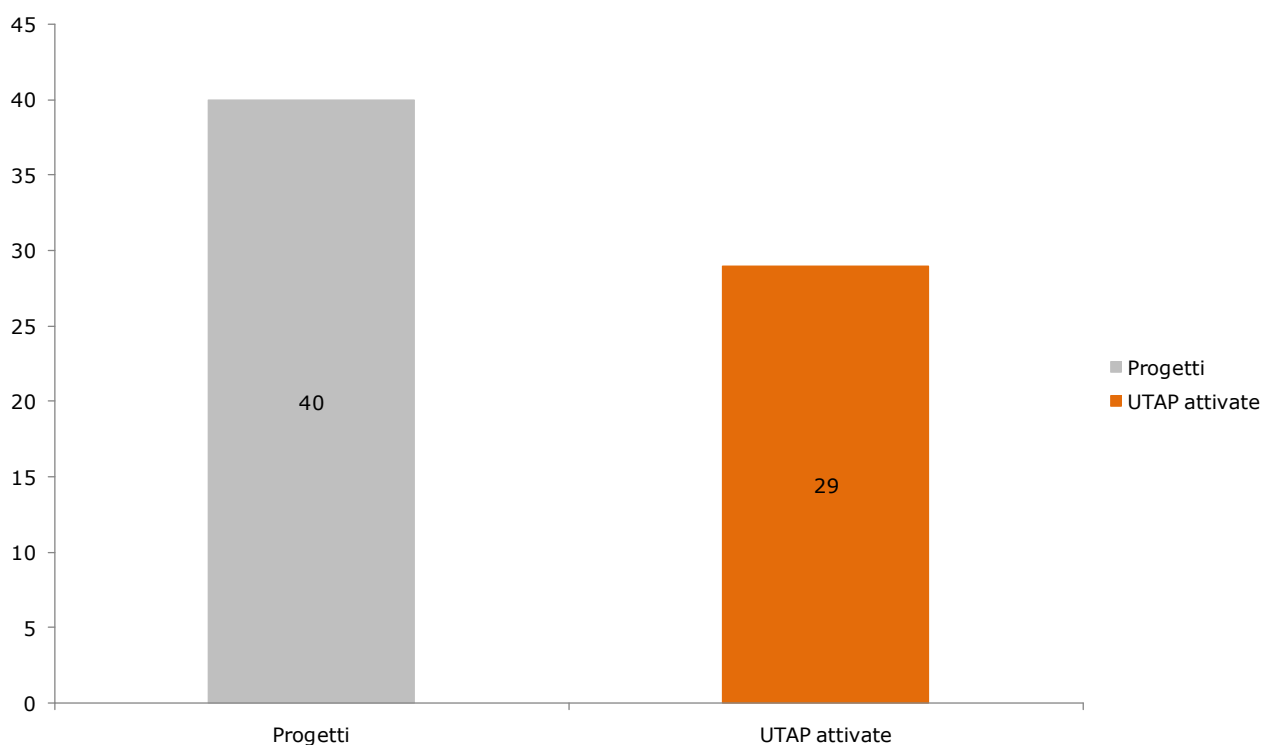
- Analisi della superficie oculare: Test di Schirmer, Break up time (but), Esame con coloranti;
- Radiografia con contrasto delle ghiandole salivari: scialografia (4 proiezioni): esame diretto;
- Biopsia (Agobiospia) di ghiandola o dotto salivare;
- Esame Istopatologico dell'Apparato Digerente: Biopsia ghiandola salivare;
- Scintigrafia sequenziale delle ghiandole salivari con studio funzionale;
- Proteine (elettroforesi delle): Dosaggio Proteine totali;
- Complemento: C1Q, C3, C3 ATT., C4, Ciascuno;
- Anticorpi anti nucleo (ANA).

Sono stati inoltre realizzati interventi regionali nell'area distrettuale collegati alle malattie rare con l'individuazione dei Centri Interregionali di Riferimento dell'area vasta per le Malattie Rare sulla base dell'Accordo tra Regione del Veneto, Regione Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Bolzano e Provincia Autonoma di Trento sottoscritto nel 2004. È altresì in fase di definizione la predisposizione di un sistema completamente informatizzato di monitoraggio delle attività e delle storie assistenziali dei pazienti, teso a facilitare la valutazione di efficacia ed efficienza delle azioni intraprese e la libera scelta dei pazienti dei luoghi di diagnosi e cura nell'area, nonché a snellire gli adempimenti amministrativi dovuti. Il Sistema Informativo farà capo al Registro Malattie Rare della Regione Veneto.

Per quanto concerne gli interventi a favore della nutrizione artificiale domiciliare (NAD) nel 2007 è stata rinnovata la Commissione Regionale che ha i seguenti compiti:

- predisporre linee guida sulle modalità di fruizione della nutrizione artificiale domiciliare e sull'individuazione dei destinatari di tale trattamento;
- fornire attraverso la Regione indirizzi e indicazioni operative alle Aziende ULSS per la predisposizione di protocolli NAD;
- collaborare con il Centro regionale di riferimento per il coordinamento del Sistema Epidemiologico della Regione del Veneto;
- curare il monitoraggio delle attività in NAD attraverso i dati forniti dalle Aziende ULSS tramite la Regione;
- svolgere attività di consulenza e di proposta in materia di NAD a favore del Servizio Sanitario Regionale.

Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) nel Veneto
Anno 2007



Sul fronte della Medicina Convenzionata un altro aspetto fondamentale è la formazione continua. L'attività di formazione obbligatoria rivolta ai Medici della Medicina Convenzionata per l'anno 2007 è stata articolata sulle seguenti tematiche:

- Medicina Generale: percorsi diagnostico terapeutici: la gestione del paziente diabetico;

- Continuità Assistenziale: il paziente con dolore addominale acuto: dal triage telefonico alla gestione dell'urgenza;
- Pediatria di Libera Scelta: percorsi diagnostico terapeutici: asma bronchiale;
- Specialistica Ambulatoriale Interna: la qualità nell'assistenza ambulatoriale.

Risorse strategiche Medicina Convenzionata (risorse disponibili per anno al netto degli oneri previdenziali e assistenziali)	
Patti Aziendali (MMG, PLS, SAI)	€ 29.387.971
Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)	€ 8.520.430
Forme associative (MMG)	€ 24.383.806
Forme associative (PLS Pediatri di Libera Scelta)	€ 5.166.406
Formazione continua	€ 817.541
	€ 68.276.154

156

Per quanto attiene la formazione specifica in Medicina Generale, la Regione per l'espletamento dei corsi ha istituito la Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale inserita presso il Centro regionale di Riferimento per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria. Nel corso dell'anno 2006, si sono svolte le prove finali per il conseguimento del diploma di formazione specifica in Medicina Generale dei medici ammessi al primo corso triennale. Al termine della prova sono risultati idonei n. 59 medici ed agli stessi è stato rilasciato il diploma. Nell'anno 2007 è stato emanato il bando per il terzo corso triennale di formazione specifica in medicina generale per numero 40 posti. La prova selettiva si è svolta in data 20 settembre 2007 in due commissioni a Padova e a Treviso. Il corso ha avuto inizio in data 28 novembre 2007 per numero 40 medici che sono stati inseriti nei poli didattico formativi della scuola già individuati per il secondo corso triennale.

Infine, un altro strumento per il miglioramento e lo sviluppo della Medicina Convenzionata è rappresentato dai Patti Aziendali. Con riguardo a tale aspetto, alla fine dell'anno 2006 la situazione era la seguente:

Medicina Generale:

- Assistenza Primaria n. 20;
- Continuità Assistenziale n. 14;
- Emergenza Sanitaria Territoriale n. 7;

Pediatria di Libera Scelta n. 17;

Specialistica Ambulatoriale Interna n. 14.

Invece, alla fine dell'anno 2007 i Patti Aziendali sottoscritti corrispondevano ai seguenti valori:

Medicina Generale:

- Assistenza Primaria n. 21;
- Continuità Assistenziale n. 20;
- Emergenza Sanitaria Territoriale n. 7;

Pediatria di Libera Scelta n. 18;

Specialistica Ambulatoriale Interna n. 20.

Il rinnovamento del sistema delle Cure Primarie, attraverso tutti gli elementi che abbiamo sopra evidenziato, avviene nell'ambito della qualificazione e della riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Il personale socio-sanitario, dipendente e convenzionato, manifesta saperi accumulati nella forte tradizione solidaristica veneta. Questi sono a tutti i livelli un patrimonio non solo individuale ma dell'intera collettività, che costituisce la base del miglioramento continuo del nostro Sistema Socio Sanitario.

3.2 Screening oncologici

Gli screening oncologici costituiscono interventi di sanità pubblica complessi ed impegnativi, basati su prove di evidenza e offerti a grandi numeri di persone. Coinvolgono unità operative diverse e operatori con qualifiche professionali molto diversificate. Buoni livelli di qualità possono essere raggiunti e mantenuti solo tramite la valutazione continua di tutte le fasi della procedura di screening. Tale valutazione non può prescindere da un approccio multidisciplinare. Poiché gli screening vengono proposti attivamente ad una popolazione sana o presunta tale, deve essere posta un'attenzione ancora maggiore che per altri interventi sanitari alla loro qualità, e in particolare è necessario:

- garantire un percorso diagnostico-terapeutico basato sulle prove di efficacia, con esposizione minima degli utenti a disagi e a rischi;
- adottare protocolli, procedure e regole stabilite, curando la formazione del personale;
- controllare la qualità delle varie fasi del processo con il monitoraggio, la valutazione ed il mantenimento a livelli ottimali di tutte le caratteristiche di prestazione che possono essere definite, misurate e controllate;
- assicurare la qualità dell'informazione e la trasparenza necessarie nel rapporto tra struttura e utente, e verificare la qualità percepita.

Da un punto di vista organizzativo ciascuna Azienda ULSS è responsabile della gestione dell'intervento sul territorio. A livello centrale, la Regione ha identificato come interlocutore tecnico per gli screening oncologici il Registro Tumori del Veneto (RTV) e l'Istituto Oncologico Veneto, con compiti di aggiornamento, coordinamento e monitoraggio degli indicatori di qualità. La Regione del Veneto ha inoltre definito un percorso di accreditamento istituzionale per i programmi di screening del carcinoma della cervice uterina, della mammella e del colon retto. Tale percorso si è basato su un approccio multidisciplinare, che è proprio del modello di accreditamento istituzionale affermatosi in Regione Veneto. L'individuazione degli elementi per l'accreditamento ha richiesto di disporre di operatori provenienti da diverse unità operative sanitarie e non, arrivando alla costituzione di tre gruppi di lavoro. Il percorso si è concluso alla fine del 2007 con la produzione dei tre manuali per l'accreditamento istituzionale. In essi sono stati definiti i requisiti per l'accreditamento, le evidenze sulla base delle quali dovranno essere valutati, gli standard di riferimento. Precedentemente, nel corso del 2006, è stato sviluppato e ultimato il nuovo sistema informativo regionale degli screening di popolazione. Tale sistema è in corso di graduale estensione nelle Aziende Sanitarie del Veneto. Per quanto concerne la formazione sono attualmente coinvolti negli screening oncologici del Veneto più di 1.000 operatori, il 70% dei quali non medici. L'obiettivo è quello di offrire la possibilità di una formazione di base sugli screening, più eventi specifici per le diverse professionalità. Essenziale è anche il coordinamento con i corsi di formazione locali, onde evitare sovrapposizioni e

favorire iniziative mirate. Nel solo 2007 sono stati organizzati 8 eventi che hanno visto la partecipazione di circa 600 operatori di provenienza regionale e nazionale. Da alcuni anni si sono costituiti gruppi di lavoro specialistici per la promozione della qualità di vari aspetti degli screening, come ad esempio lo sviluppo di protocolli operativi e appunto le attività di formazione. In tal senso, sono attualmente attivi:

Screening Citologico	Screening Mammografico	Screening Colonrettale
Gruppo sul controllo della qualità diagnostica in citologia e istologia	Gruppo sul controllo della qualità diagnostica in citologia e istologia	Gruppo sul controllo della qualità diagnostica in istologia
Gruppo sul controllo di qualità della coloscopia e del trattamento	Gruppo sul monitoraggio della diagnosi e del trattamento chirurgico del carcinoma della mammella nel Veneto	Gruppo sulla qualità dell'approfondimento endoscopico
	Gruppo sul controllo della qualità dell'esecuzione della mammografia	

La Regione del Veneto contribuisce all'attività degli organismi nazionali che si occupano delle tre tipologie di screening sopra evidenziate. In particolare il Registro Tumori del Veneto (RTV):

- partecipa ai lavori del Comitato Esecutivo dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS);
- fornisce il proprio apporto al Comitato di Coordinamento del Gruppo Italiano per lo Screening del Cervicocarcinoma (GISCi);
- collabora alle attività di diversi Gruppi di Lavoro dei già citati ONS e GISCi, del Gruppo Italiano Screening Coloretale (GISCoR) e del Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa);
- produce il rapporto della Survey Nazionale delle attività di Screening Coloretale;
- coordina la partecipazione di alcuni programmi del Veneto a studi multicentrici.

I risultati dei Programmi di Screening Citologico

Nello screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero le donne fra i 25 e i 64 anni vengono invitate ad eseguire un Pap test gratuito triennale e, quando questo evidenzia determinate anomalie, a seguire gli approfondimenti necessari, fino alla diagnosi e all'eventuale trattamento. Secondo la letteratura tale intervento è in grado di prevenire la comparsa del 90% dei carcinomi squamocellulari invasivi del collo dell'utero, mentre ha un'efficacia notevolmente inferiore nei confronti dell'adenocarcinoma. I dati che di seguito vengono rappresentati sono relativi alla fine del 2006. In tale periodo lo screening citologico

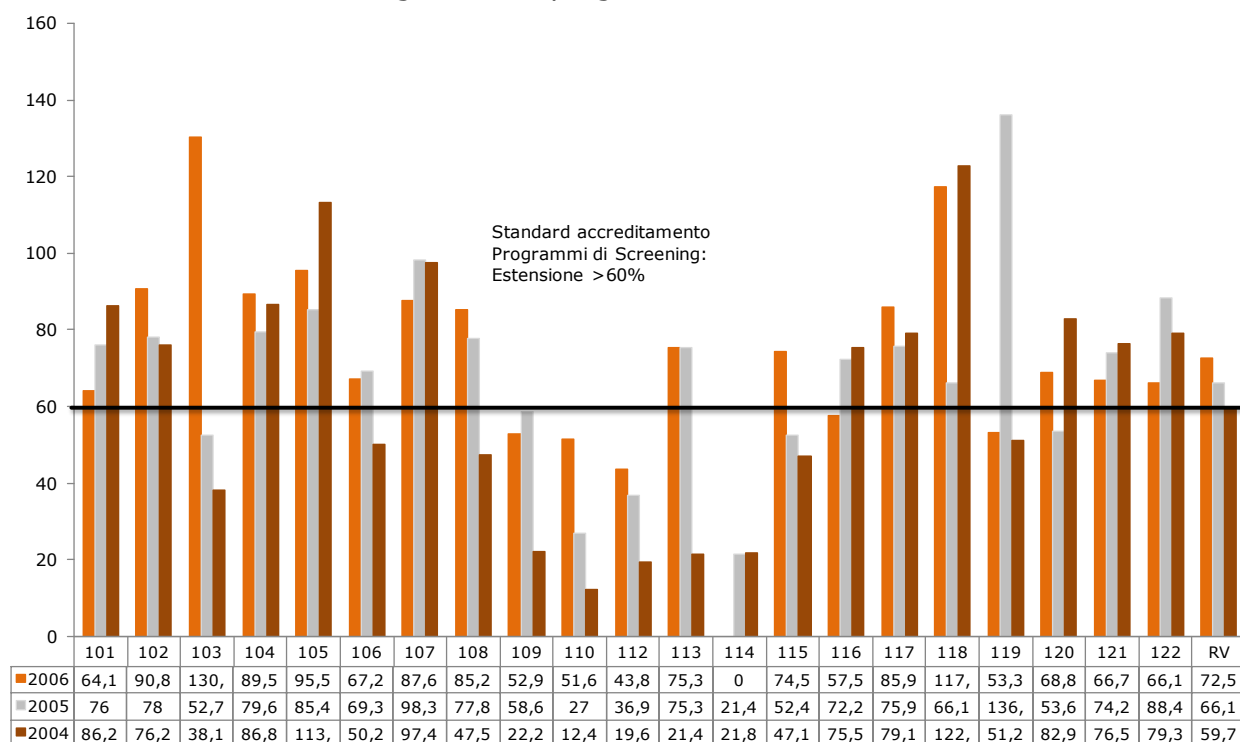
risultava presente in 20 Aziende ULSS su 21 esistenti nel Veneto. La popolazione bersaglio residente in tali Aziende ULSS è di 1.344.026 soggetti. L'estensione degli inviti, cioè la percentuale delle donne invitate rispetto alla popolazione bersaglio annuale, dopo la contrazione registrata nel biennio precedente, nel 2006 è aumentata: sono state invitate allo screening 315.627 donne, pari al 70,5% della popolazione bersaglio annuale. Per il calcolo dell'estensione è stata utilizzata come standard la popolazione ISTAT al 31 dicembre 2005.

VENETO: ESTENSIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING CITOLOGICO NEL TRIENNIO 2004-2006						
Azienda ULSS	Popolazione bersaglio	Popolazione invitata 2006	Popolazione invitata 2005	Estensione degli inviti (%)		
				Rapporto tra donne invitate e popolazione bersaglio annuale		
				2006	2005	2004
101	12.174	7.806	9.316	64,1	76,0	86,2
102	7.631	6.932	5.956	90,8	78,0	76,2
103	16.068	20.927	8.454	130,2	52,7	38,1
104	16.805	15.048	13.369	89,5	79,6	86,8
105	15.910	15.188	13.526	95,5	85,4	113,2
106	29.120	19.582	20.100	67,2	69,3	50,2
107	19.789	17.340	19.437	87,6	98,3	97,4
108	22.170	18.892	17.108	85,2	77,8	47,5
109	37.896	20.050	21.994	52,9	58,6	22,2
110	19.881	10.261	5.360	51,6	27,0	12,4
112	28.784	12.621	10.785	43,8	36,9	19,6
113	25.107	18.902	18.913	75,3	75,3	21,4
114	12.744	0	2.728	0,0	21,4	21,8
115	22.294	16.605	11.574	74,5	52,4	47,1
116	40.019	23.025	28.921	57,5	72,2	75,5
117	16.931	14.541	12.834	85,9	75,9	79,1
118	16.322	19.149	10.798	117,3	66,1	122,8
119	7.013	3.740	9.575	53,3	136,1	51,2
120	42.315	29.134	22.656	68,8	53,6	82,9
121	13.600	9.076	10.039	66,7	74,2	76,5
122	25.434	16.808	22.060	66,1	88,4	79,3
Veneto	448.007	315.627	295.503	70,5	66,1	59,7

Il confronto tra le singole Aziende ULSS mostra il permanere di una situazione molto differenziata: infatti, circa tre quarti dei programmi hanno saputo espandere o mantenere i propri volumi di lavoro, mentre i rimanenti hanno invitato una quota di popolazione inferiore rispetto all'anno precedente. Nel 2006 le Aziende ULSS che hanno avuto la capacità di invitare almeno il 75% delle donne eleggibili sono 10 su 20, mentre una ha invitato meno del 50% e

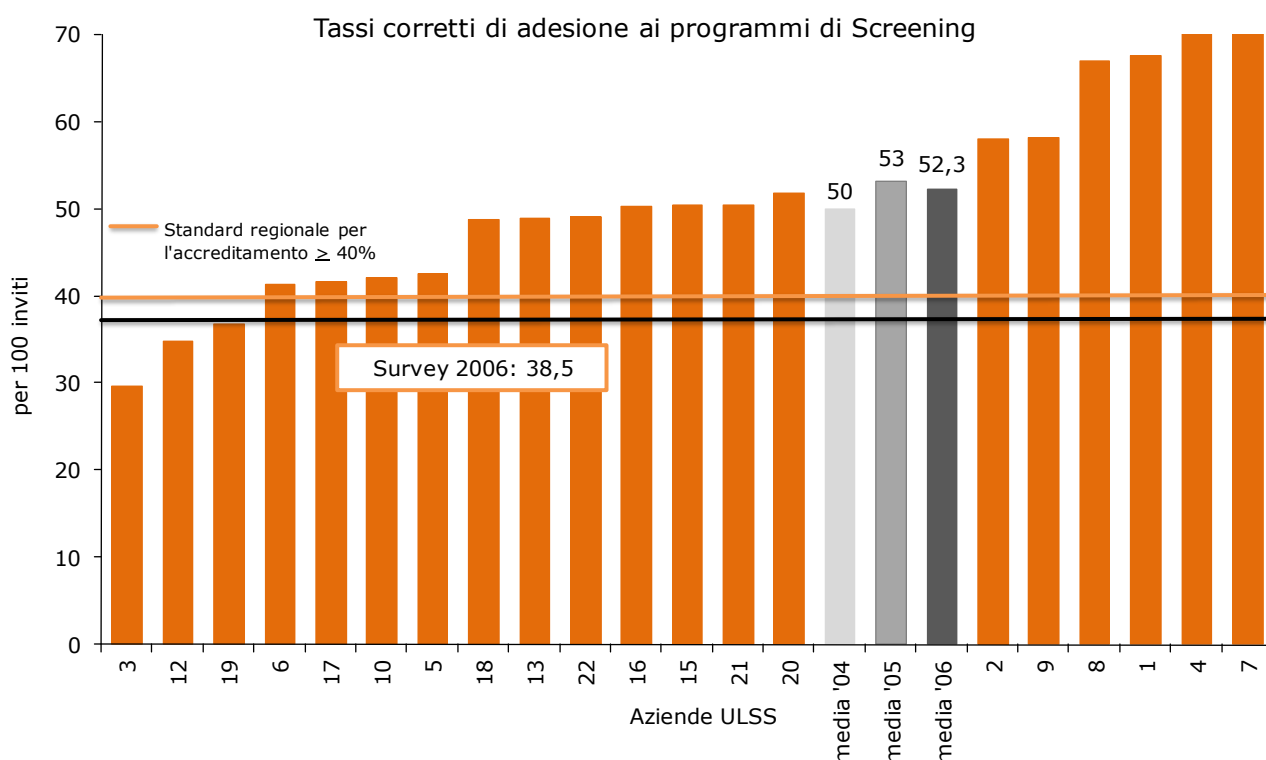
un'altra (ULSS 14) nel corso del 2006 ha interrotto lo screening. Si sottolinea infine che, nell'imminente accreditamento degli screening citologici, solo un'estensione pari ad almeno il 60% permetterà di accreditare il programma.

Screening Citologici nel Veneto per Azienda ULSS
Estensioni degli inviti ai programmi nel triennio 2004-2006



* RV= Regione del Veneto

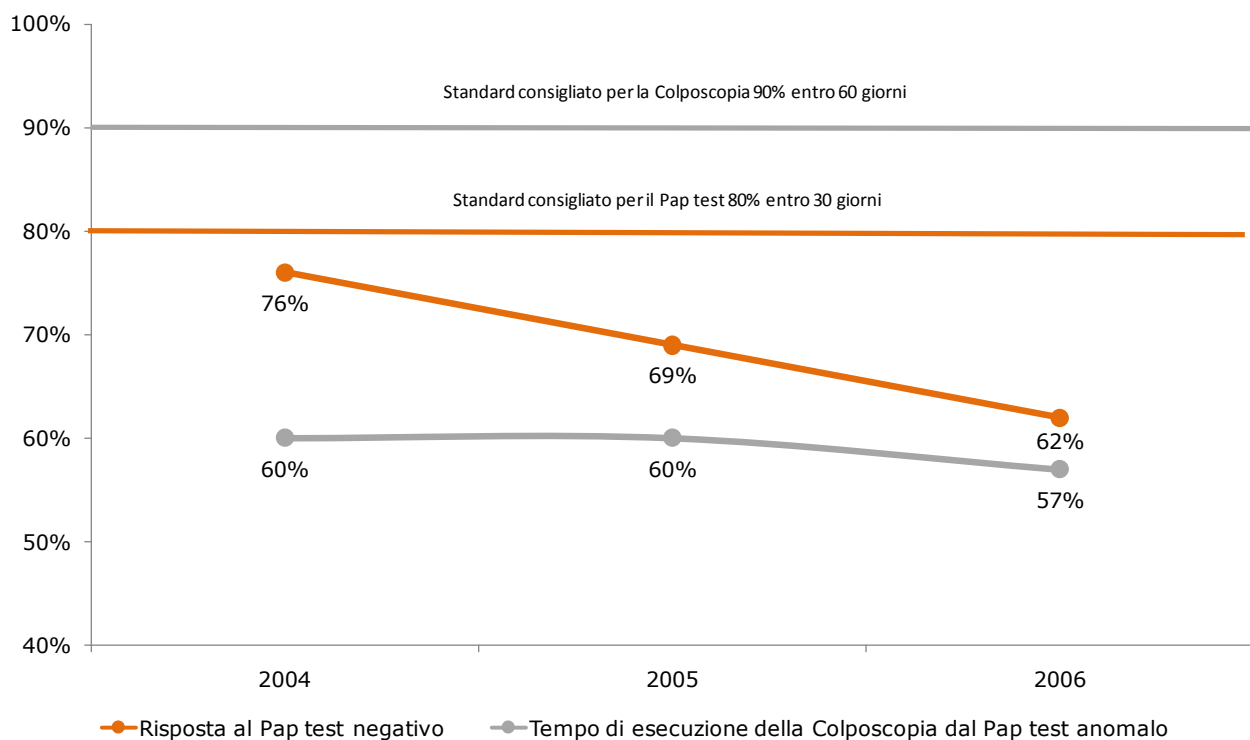
Nell'anno 2006 l'adesione grezza (ovvero il rapporto tra le donne esaminate e le donne invitate) ottenuta dai singoli programmi varia dal 26% al 65%, con una media regionale del 44,9%. L'adesione corretta è un indicatore più rappresentativo della reale risposta della popolazione bersaglio in quanto, dopo l'invito, viene escluso dal denominatore un certo numero di donne per aver effettuato un test recente. Va segnalato che vi è una variabilità nella capacità dei diversi programmi di identificare tale quota di donne. Il valore medio regionale (52,3%) registra un lieve calo rispetto all'anno precedente, ma rimane largamente superiore alla media dei programmi italiani identificata nella Survey Nazionale del 2006 (38,5%). Il tasso regionale deriva comunque dalla composizione di valori molto diversi nelle varie Aziende ULSS, che indicano come vi sia ampio spazio di miglioramento in alcune realtà. Anche l'andamento temporale dell'adesione nei singoli programmi mostra una notevole variabilità in alcune Aziende ULSS, soprattutto nei programmi con un'estensione elevata, che potrebbe riflettere differenze geografiche o anagrafiche degli inviti da un anno all'altro.



I dati complessivi di tutti i programmi consentono un'analisi dell'adesione grezza per età, la quale mostra un trend crescente: dal 42,8% nella classe 25-29 anni, al 52,2% nella classe 60-64 anni. Rispetto agli anni precedenti, tale scarto è aumentato, essenzialmente per una maggiore adesione nelle classi più anziane e una minore in quelle più giovani. Le spiegazioni di questo andamento possono essere sia un maggior uso del test spontaneo da parte delle coorti più giovani, sia una crescente fidelizzazione ai programmi organizzati nelle fasce più anziane di popolazione. Per le donne che aderiscono allo screening è importante ottenere la risposta e l'eventuale approfondimento diagnostico in tempi adeguati. In tal senso, nel 2006 si osserva un livello non ottimale dei tempi per l'invio del referto negativo, con solo il 62% delle risposte inviate alle donne entro 30 giorni dall'esecuzione del Pap test. Il Pap test è un esame che cerca di individuare eventuali alterazioni nel collo dell'utero e il difficile rispetto della tempistica per la refertazione è piuttosto diffuso, essendo ben nove i programmi che hanno superato i 30 giorni in più del 30% delle risposte. Anche i tempi per l'esecuzione delle colposcopie si mantengono superiori agli standard consigliati, con il 57% di queste eseguite entro 60 giorni dal Pap test. La colposcopia è un esame che consente una visualizzazione accurata dell'esterno e dell'interno degli organi genitali femminili allo scopo di scoprirne eventuali alterazioni. La colposcopia viene richiesta di solito per esaminare in maniera approfondita la vagina ed il collo dell'utero in presenza di un Pap test risultato anomalo. Per eseguire la colposcopia, il medico ginecologo si serve di uno strumento di ingrandimento che amplifica la visione da 2 a 60 volte.

In 7 programmi sono stati superati i 60 giorni in più del 50% dei casi. Complessivamente metà delle aziende si caratterizzano per una crescente difficoltà a mantenere gli elevati volumi di lavoro.

Tempi della procedura di screening relativa al Pap test e alla Colposcopia - Media nel Veneto negli anni 2004-2006



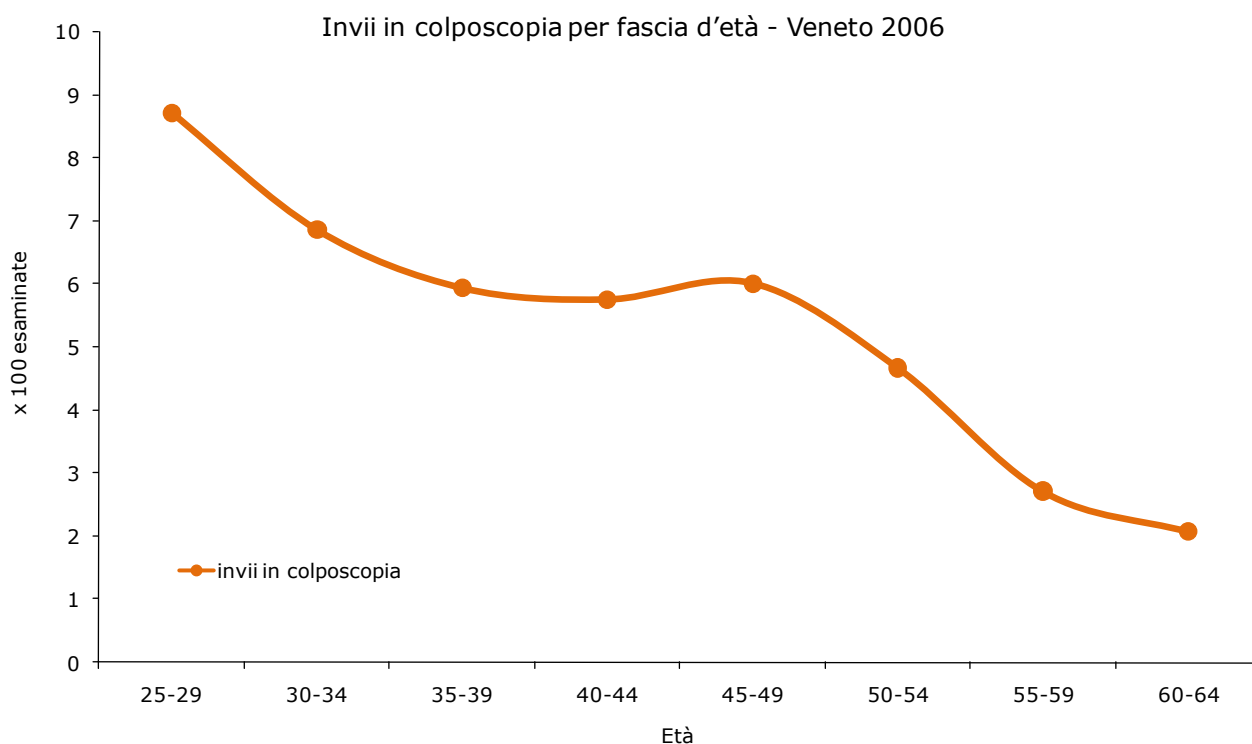
Tutto ciò conferma l'importanza e la validità della campagna attivata dalla Regione del Veneto, denominata "Il giusto tempo della salute", tesa ad attivare un sostanziale miglioramento nei tempi delle prestazioni e della refertazione. Un ulteriore importante indicatore di qualità dei programmi è rappresentato dalla qualità del prelievo. Elevate quote di inadeguati comportano un problema per le utenti e anche per i servizi. Il problema degli inadeguati è collegato sia alla standardizzazione e all'osservanza dei protocolli diagnostici che alla qualità del prelievo, dell'allestimento e della lettura. Il tasso medio regionale di test inadeguati nel 2006 (4,9%) segnala un miglioramento rientrando nello standard desiderabile del 5% e registrando il valore più basso dal 1999. Ai fini dell'accreditamento degli screening citologici solo un tasso di inadeguati inferiore al 5% permetterà di accreditare il programma. Questo parametro nel 2006 è stato soddisfatto da tre quarti dei programmi. Il 35% degli inadeguati è dovuto a motivi tecnici, il rimanente a flogosi (infiammazione). Non si può non sottolineare che il 46.3% delle donne richiamate per ripetere il test non lo hanno ripetuto, dato identico a quello del 2005. Ciò segnala una pericolosa disattenzione alla propria salute ed una mancata consapevolezza degli effetti negativi che tali comportamenti producono anche nel Sistema Socio Sanitario nel suo

complesso. Per la colposcopia è importante che il programma sia in grado di identificare un adeguato numero di lesioni, mantenendo allo stesso tempo la proporzione di invii in colposcopia entro limiti accettabili, sia per il carico d'ansia che essa comporta alle donne che per i costi economici.

Screening citologici – Test inadeguati (Pap test)					
Aziende ULSS	Numero test inadeguati 2006	Test inadeguati (percentuale sul totale dei test)			Percentuale test non ripetuti (2006)
		2006	2005	2004	
101	61	1,1	1,5	1,7	7
102	193	3,7	6,6	4,1	26,2
103	147	2,6	6,9	9,5	72,6
104	278	2,4	2,9	2	31,6
105	189	3,6	10,1	9,6	71,1
106	818	9,4	8,9	15,4	39,5
107	427	3,7	4,6	4,2	32,7
108	238	1,6	1,7	1,1	38,8
109	241	2,1	3,2	3,5	43,3
110	53	1,3	1,2	0,9	49
112	209	4,1	4,7	1,7	48,1
113	349	4,1	2,2	3	56
114	0	-	0,7	0,7	-
115	303	4	4,7	5,2	31,9
116	1.939	15,8	12,7	10,5	50,1
117	10	0,2	0,2	0,4	40
118	252	2,7	2,3	1,1	21,4
119	67	3,2	3,3	9,5	60,9
120	796	6,1	6,9	10,6	54,5
121	322	7,7	4,5	6,8	62,7
122	1.185	9,8	9,1	10,2	48,2
Veneto	8.077	4,9	5,2	6	46,3

Dai dati epidemiologici, inoltre, ci si attende che la variabilità territoriale del numero di lesioni identificate sia piuttosto bassa. Nel 2006 sono risultati positivi 4.745 test, pari al 3% del totale dei test effettuati. Il numero di donne che risultano inviate a colposcopia è inferiore (n=4.518),

essenzialmente perché molti programmi prevedono, per gli ASCUS (cellule squamose atipiche di incerto significato - Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance), la ripetizione a sei mesi del Pap test. Il tasso medio regionale di invii in colposcopia, pari a 2,8 ogni cento donne esaminate, è invariato rispetto all'anno precedente e rispetta lo standard desiderabile (<3,5). Complessivamente una lesione di basso grado (ASCUS o LSIL) è stata riscontrata nell'83% dei casi inviati in colposcopia. Gli invii in colposcopia diminuiscono con l'aumentare dell'età anagrafica. Un analogo andamento è presente per i test inadeguati, probabilmente per il prevalere nelle età più giovani anche dei quadri flogistici (infiammatori).



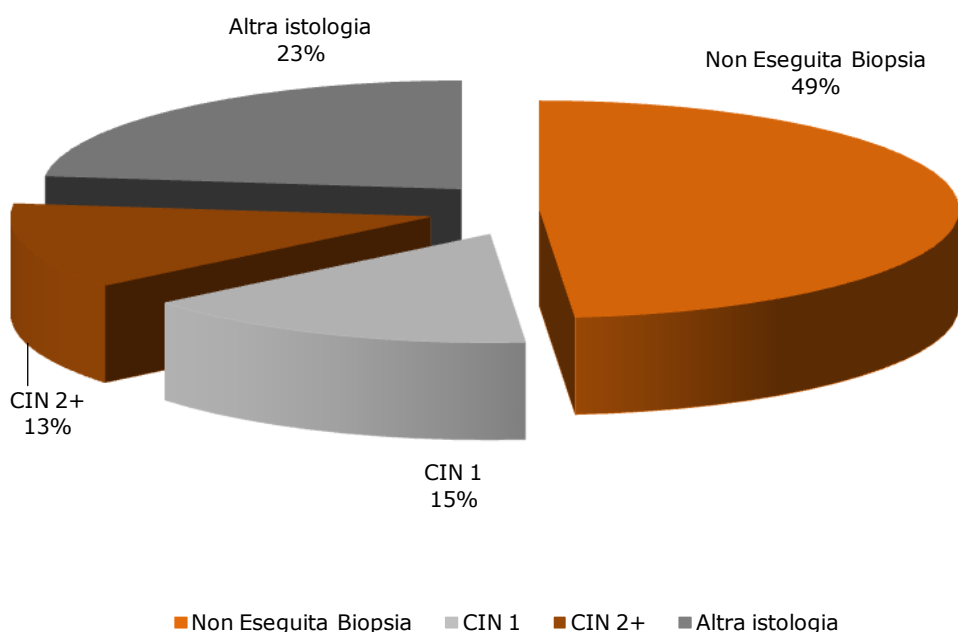
L'adesione alla colposcopia è un indicatore fondamentale per monitorare l'efficacia del programma. Vari studi infatti hanno dimostrato come una certa quota di tumori invasivi sia conseguenza di un mancato accertamento dopo una citologia positiva.

	Tutte	%	HSIL+	%
Aderenti centro screening	3.731	83,1	268	92,4
Aderenti altro centro	305	6,8	9	3,1
Pendenti o non aderenti	453	10,1	13	4,5
Totale invitate	4.489	100	290	100
Standard GISCI adesione	Desiderabile ≥ 90%		Desiderabile ≥ 95%	
	Accettabile ≥ 80%		Accettabile ≥ 90%	

* High Grade Squamous Intraepithelial and more severe lesions (HSIL+)

Per quanto riguarda l'adesione per tutte le classi citologiche, vanno ulteriormente approfonditi i valori particolarmente bassi, che potrebbero anche essere il riflesso delle lunghe attese necessarie per l'esecuzione della colposcopia. Il parametro di riferimento per la valutazione della qualità della citologia è la percentuale di diagnosi confermate all'istologia. In tale contesto, tuttavia, appare cruciale il ruolo del colposcopista, cui compete la decisione di eseguire una biopsia.

Risultati delle colposcopie (n = 3.172)
Veneto 2006



CIN 1 corrisponde a lesioni squamose intraepiteliali di basso grado
CIN 2-3 corrisponde a lesioni squamose intraepiteliali di alto grado

Correlazione cito-istologica dei Pap test di cui è stata riportata l'istologia						
Citologia	Istologia			Altra istologia	Non eseguita biopsia	Totale
	Cancro Invasivo	CIN2 CIN3	CIN 1			
CTM/Cancro invasivo	7	6	0	0	0	13
HSIL	7	138	33	33	13	224
LSIL	0	130	324	298	503	1.255
ASC-H	2	59	24	28	16	129
ASCUS/ASC-US	0	43	87	259	764	1.153
AGUS/AGC	3	11	18	90	65	187
ALTRO	0	1	4	24	182	211
Totale	19	388	490	732	1.543	3.172

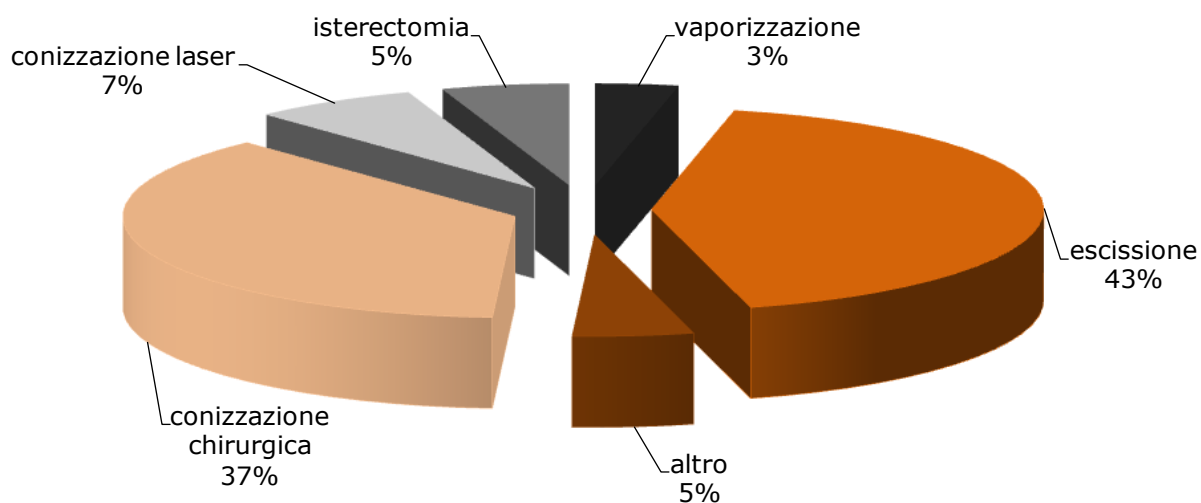
* CTM = Cellule Tumorali

Per quanto riguarda la correlazione cito-istologica, ovvero tra lo studio delle cellule e quello dei tessuti, dei Pap test di cui è stata riportata l'istologia sono possibili varie considerazioni: per quanto riguarda le lesioni di basso grado pare esservi una sostanziale correlazione fra la diagnosi citologica e quella istologica, ma bisogna tener conto dell'alto tasso di diagnosi istologiche diverse da lesione. Ogni 100 biopsie eseguite, solo 53 hanno identificato una lesione pari a CIN1+ (Valore Predittivo Positivo - VPP di biopsia per lesione CIN1+ = 53%), confermando il trend positivo iniziato nel 2005 (54,8%). Per quanto riguarda le lesioni di alto grado, il tipo di lesione identificata dall'istologia non conferma sempre quella individuata dalla citologia. In totale sono state riportate 249 lesioni istologiche CIN2+ che avevano avuto una diagnosi citologica di basso grado, tra cui 5 di Cancro invasivo. Sono 66 i casi con citologia di alto grado non confermata dall'istologia, più altri 13 su cui non risulta essere stata nemmeno effettuata la biopsia. È evidente l'utilità di rivedere attentamente tali casi, ai fini del controllo di qualità della diagnosi cito-istologica. La tabella sopra rappresentata consente inoltre di calcolare la quota di biopsie per tipo di lesione. Si nota che la biopsia è stata fatta in più della metà dei casi con diagnosi citologica di ASCUS+ (54%). Tenendo conto di ciò, il Valore Predittivo Positivo di una citologia ASCUS+ per una lesione CIN2+ risulta essere del 13,7%, che significa che 86 donne su 100 con questa diagnosi citologica sono state inviate inutilmente a fare la colposcopia. Tale valore regionale, nonostante un trend positivo, risulta sempre lontano dalla media dei programmi italiani (Survey nazionale 2005: 16,8%). L'introduzione del nuovo Sistema Bethesda 2001 non ha apportato i miglioramenti attesi. Il numero di biopsie eseguite è stato in media di 12 ogni 1.000 donne esaminate, ma varia moltissimo tra ULSS (range: 3 - 24). Con riferimento alla gravità delle lesioni rilevate è utile considerare il tasso di identificazione. Per *tasso di identificazione* o detection rate (DR) si intende la proporzione di casi CIN2+ istologicamente accertati su 1000 donne sottoposte allo screening. Il valore medio regionale (2,9‰) deriva da un'alta variabilità fra ULSS (0,7 - 5,4‰) ed è perfettamente sovrapponibile a quello nazionale per il 2005. Dai dati pervenuti la diagnosi di lesione (CIN, CIN3, Cancro infiltrante, Adenocarcinoma) risulta accertata in 454 donne, pari al 9,6% di quelle risultate positive al Pap-test.

Lesioni istologiche trovate allo screening - Veneto 2006				
CIN 1	CIN 2	CIN 3 / Cancro squamoso in situ	Cancro invasivo	Totale
536	196	225	33	990

Adottando una stima conservativa è possibile affermare che circa la metà dei CIN 3 e circa il 25% dei CIN 2, se non sono trattati, evolvono in cancro invasivo. Su questa base si può stimare che tra le donne che hanno eseguito il Pap-test a seguito di un invito da parte dei programmi nel 2006, gli screening, oltre ad aver individuato 33 casi di cancro invasivo, hanno permesso di prevenirne circa 174 (a fronte di ulteriori 12 nuovi casi attesi).

Tipi di intervento riportati per le lesioni riscontrate allo screening. Veneto 2006



168

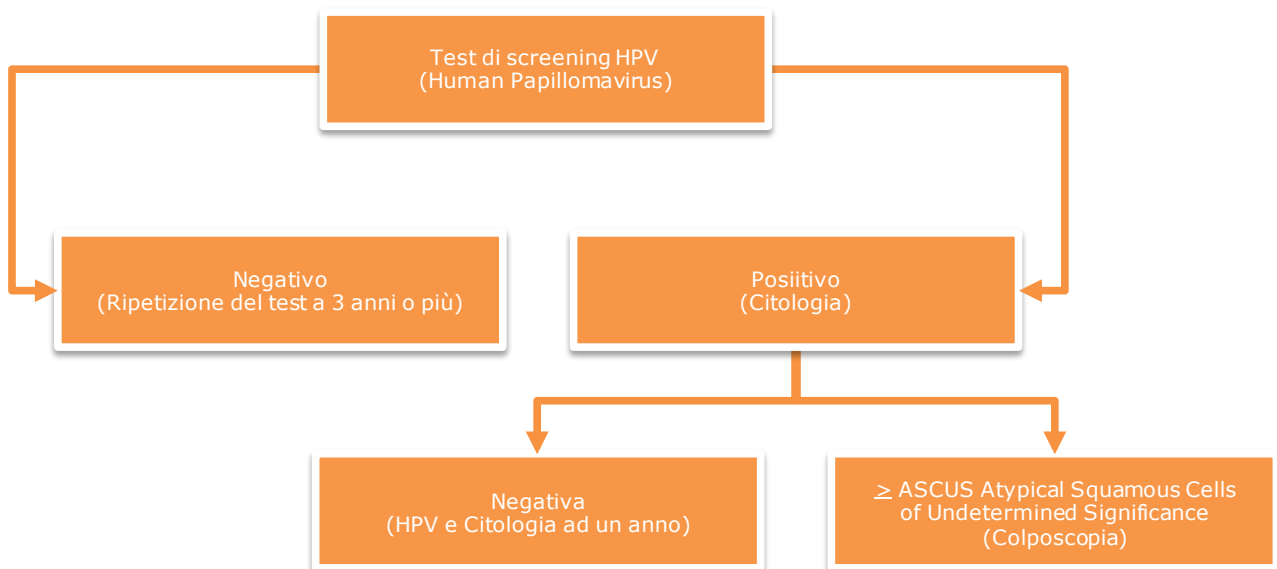
	CIN1	CIN2	CIN3	Cancro squamoso invasivo	Adenocarcinoma	TOTALE
Vaporizzazione laser	6	3	0	0	0	9
Escissione con Ansa	13	85	50	1	1	150
Conizzazione chirurgica	12	45	72	4	1	134
Conizzazione laser	1	13	12	0	0	26
Isterectomia	0	0	10	4	3	17
Altro trattamento	6	3	0	0	0	9
Totale trattate	38	149	144	9	5	345
Non trattate	425	44	7	1	1	478
Trattamento rifiutato	1	2	3	0	0	6
Trattamento ignoto	0	12	13	0	0	25

Dai dati pervenuti relativi ai trattamenti risultano essere state sottoposte ad intervento 366 donne. La distribuzione per tipo di intervento: rispetto all'anno precedente le isterectomie diminuiscono di due punti, compensate da un aumento delle escissioni, mentre le procedure di conizzazione continuano a costituire oltre il 40% degli interventi. Per valutarne l'appropriatezza, ove è stato possibile gli interventi sono stati correlati con le lesioni trattate. Premesso che non esistono standard di riferimento, ma che è auspicabile che le lesioni CIN1 vengano trattate nel minor numero possibile di casi, va notato il mantenimento del risultato positivo registrato l'anno precedente. Infatti nel 2006 risulta non essere stato trattato il 91,6% delle CIN1 rispetto al 92,8% nel 2005.

In conclusione, in Veneto la maggiore criticità di diversi programmi di screening citologico, anche dopo anni dal loro inizio, è un'estensione degli inviti del tutto insufficiente. La principale causa è la carenza di risorse disponibili, in particolare vi è una scarsità di citotecnici destinata ad aggravarsi nei prossimi anni. Sono frequenti, inoltre, i casi di difformità rispetto al modello organizzativo standard, soprattutto per una frequenza eccessiva di richiami e controlli. Tale pratica è inefficiente sul piano diagnostico e, come principale conseguenza, non garantisce un'offerta equa e regolare dello screening a tutta la popolazione eleggibile. L'introduzione del test HPV (Human Papillomavirus) nel primo livello dello screening consentirebbe di superare i problemi descritti.

169

Profilo di un programma di screening basato sul test per l'HPV



Trattandosi di un test di laboratorio, esso richiede un numero limitato di personale tecnico (un singolo laboratorista può eseguire fino a 350 test al giorno) con una drastica riduzione del

fabbisogno di citologi, che limiterebbero il loro apporto alla lettura dei Pap test di triage, stimati intorno all'8-10% del totale. La strategia tramite test HPV permetterà inoltre di allungare l'intervallo di screening, con un vantaggio sia in termini di costi che di carico assistenziale per le donne, e dovrebbe facilitare un incremento della partecipazione allo screening. Si tratta di una questione di particolare rilevanza, poiché la non partecipazione allo screening risulta essere il principale fattore di rischio di cervicocarcinoma nei Paesi sviluppati.

Screening citologico nel 2007

In base ai dati del Registro Tumori, si stima che nel 2007 in Veneto i nuovi casi di tumore invasivo del collo dell'utero siano stati circa 200. I decessi per tale causa sono stimati in 50-60 all'anno. A fine 2007 lo screening citologico rimaneva presente in 20 ULSS su 21, con una popolazione bersaglio di circa 1.310.000 soggetti, pari al 97% delle donne target del Veneto. Nel 2007 sono state invitate 319.007 donne, cioè il 73% dell'obiettivo annuale. Nonostante continui la ripresa registrata negli ultimi anni, l'estensione degli inviti rimane inadeguata e non garantisce la regolare offerta del test a tutta la popolazione. La chiave di lettura più appropriata rimane comunque l'analisi dei risultati di ciascun programma nel tempo. Per calcolare l'estensione è stata utilizzata la popolazione ISTAT al 31.12.2006. Ciò detto, il confronto tra le ULSS mostra una situazione molto variegata: circa tre quarti hanno saputo espandere o mantenere i propri volumi di lavoro, mentre le rimanenti hanno invitato una quota di popolazione inferiore rispetto all'anno precedente. Nell'ULSS 14 lo screening è sospeso dal 2006. Si sottolinea infine che lo standard minimo per l'accreditamento degli screening citologici per l'estensione è pari al 60%. Questo parametro nel 2007 non è stato soddisfatto da 4 Aziende ULSS: 9, 10, 12, 16.

Per quanto concerne l'adesione ai programmi, nel 2007 l'adesione grezza, cioè il rapporto tra le donne esaminate e quelle invitate, varia dal 32% al 67%, con una media regionale del 45%, in linea con il dato del 2006. Lo standard minimo per l'accreditamento regionale ($\geq 40\%$) non è stato raggiunto da 8 Aziende ULSS: 3, 5, 6, 10, 12, 16, 20 e 22.

Ricordiamo che l'adesione corretta è un indicatore più rappresentativo della reale risposta della popolazione bersaglio in quanto, dopo l'invito, vengono escluse dal denominatore alcune donne che hanno effettuato un test recente. C'è però una diversa capacità da parte dei programmi di identificare questa quota di donne. Il valore medio regionale registra un lieve calo rispetto agli anni precedenti. L'analisi dell'adesione per età mostra un trend crescente: dal 40,4% nella classe 25-29 anni, al 53,5% nelle 60-64enni. Lo scarto è aumentato rispetto agli anni precedenti, sia per una maggiore adesione nelle classi più anziane sia per una minore in quelle più giovani. A questo andamento concorrono la diffusione del ricorso spontaneo al test da parte delle coorti più giovani e la crescente fidelizzazione ai programmi organizzati nelle fasce più anziane di popolazione. Diverse Aziende ULSS inviano una seconda lettera di invito alle non

aderenti. Nel 2007 sono stati effettuati 41.571 solleciti con 7.846 aderenti, con un'adesione del 18,9%; ciò ha comportato un aumento dell'adesione complessiva di 5 punti percentuali. Per facilitare una visione d'insieme dello screening citologico in Veneto nel 2007, si riporta una rappresentazione grafica dei più importanti indicatori di qualità.

Indicatori 2007 Citologico	Aziende ULSS																						RV
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	15	16	17	18	19	20	21	22			
Estensione annuale corretta																							
Adesione grezza																							
Tempo invio risposta negativa																							
Tempo per invio a colposcopia																							
Tasso di Inadeguati																							
Invio in colposcopia																							
Adesione alla colposcopia																							
Adesione a colposcopia per HSIL+																							
VPP biopsia per CIN1+																							
Non trattamento per CIN1																							

Legenda

	valori superiori allo standard desiderabile
	valori accettabili, prossimi allo standard desiderabile
	valori appena al di sopra dell'accettabilità
	valori inferiori allo standard accettabile

I risultati dei Programmi di Screening Mammografico

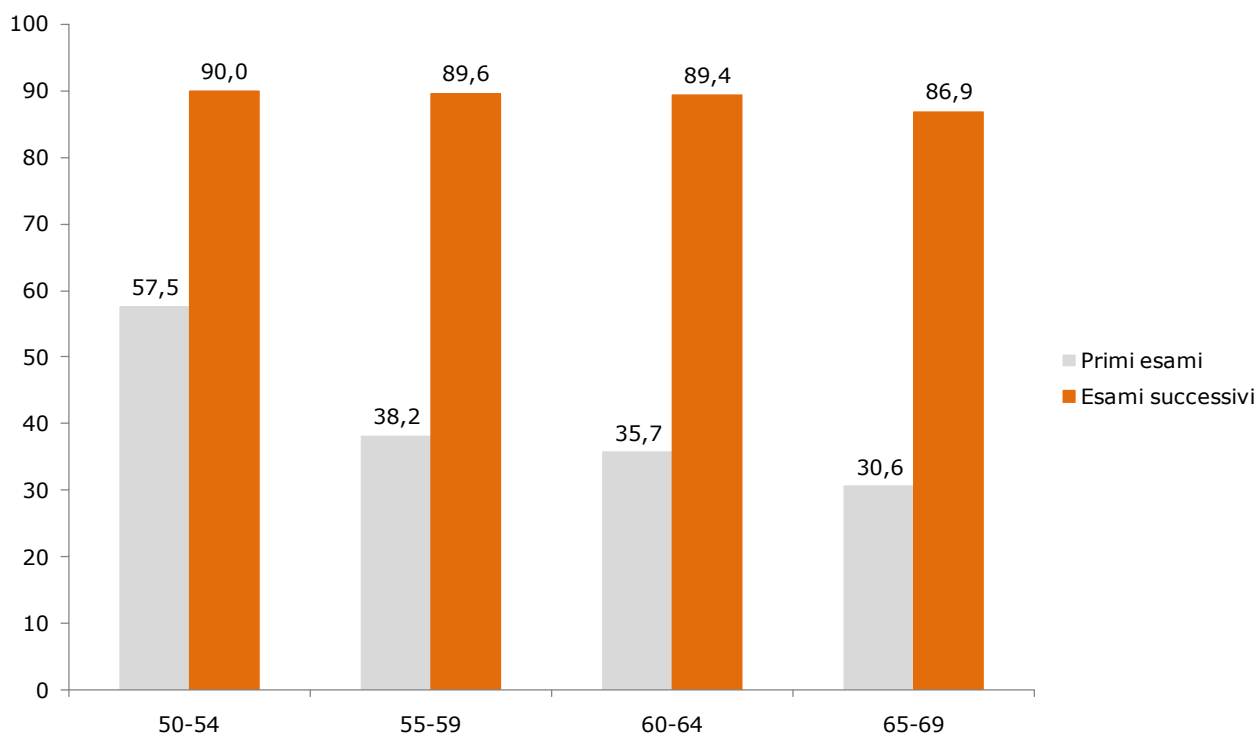
Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente e la causa di morte per tumore più importante nel sesso femminile. Si stima, sulla base dei dati del Registro Tumori del Veneto (RTV), che nel 2006 in Veneto i nuovi casi di tumore della mammella siano stati circa 4.200, pari al 31% di tutte le neoplasie nelle donne. Ogni anno i decessi per questa causa sono circa 1.000, il 18% delle morti per tumore nel sesso femminile (ISTAT). Lo screening

172

mammografico è rivolto alle donne fra i 50 e i 69 anni, nel Veneto circa 580.000, invitate ad eseguire una mammografia con frequenza biennale. L'obiettivo primario del programma di screening è la riduzione della mortalità specifica per tumore della mammella. Obiettivo secondario è l'applicazione di terapie chirurgiche e mediche il più possibile conservative ed accettabili. Ambedue questi obiettivi sono legati alla individuazione dei tumori quando sono ancora di piccole dimensioni, senza interessamento dei linfonodi e senza metastasi a distanza. Nella realizzazione dello screening mammografico il miglior rapporto costo/benefici è legato all'osservanza del modello organizzativo standard indicato dalle linee guida nazionali ed internazionali. Questo prevede la doppia lettura differita della mammografia (Mx), con il successivo richiamo delle positive/sospette per gli approfondimenti. Il programma regionale intende coinvolgere tutta la popolazione femminile residente di 50-69 anni, pari a circa 580.000 donne, offrendo una mammografia gratuita con cadenza biennale. A fine 2006 lo screening mammografico era presente in 19 ULSS su 21. La popolazione bersaglio 50-69 anni residente in tali ULSS è di 557.860 donne, pari al 96% delle donne target del Veneto (dati ISTAT al 31/12/2005). Lo screening non era ancora stato attivato nelle ULSS 14 e 19, mentre l'ULSS 3 aveva completato il suo primo anno di attività. Nel 2006 sono state invitate circa 205.405 donne, pari al 80% della popolazione bersaglio annuale. L'estensione degli inviti, cioè la percentuale delle donne invitate rispetto alla popolazione bersaglio annuale, ha registrato un aumento rispetto all'anno precedente. Ad eccezione di una sola Azienda ULSS tutti i programmi hanno attivato il secondo round organizzativo, ed alcuni hanno iniziato il terzo. Dopo il primo round di screening, mentre le donne ai primi esami sono rappresentate per buona parte dalle neo-cinquantenni che entrano in fascia d'età target, la maggior parte dell'attività dei programmi di screening è rappresentata dagli esami successivi in donne già sottoposte allo screening in precedenza. Di conseguenza il rapporto tra primi esami e successivi è nettamente spostato verso questi ultimi.

Il valore medio regionale dell'adesione corretta ottenuto nel 2006 (72%), sovrapponibile a quanto rilevato nel 2005 e 2004, che si attesta al di sopra della media dei programmi italiani del 2005 (50,3%). Inoltre tale valore si pone in prossimità dello standard desiderabile del Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (Standard GISMa 75%). Il tasso corretto di adesione agli esami successivi al primo è dell'88,7% (range 77,3% - 95%), un risultato corrispondente all'atteso. Questo dato può essere letto come un indicatore di qualità percepita dalle utenti e della conseguente capacità dei programmi di "fidelizzare" le donne che aderiscono per la prima volta. Il dato va interpretato a livello locale. L'andamento temporale dell'adesione nei singoli programmi denota in alcune Aziende ULSS una variabilità che potrebbe riflettere, soprattutto nei programmi con un'elevata estensione, una differenza geografica o anagrafica delle invitate in anni diversi, oppure una quota maggiore di donne invitate ad esami successivi.

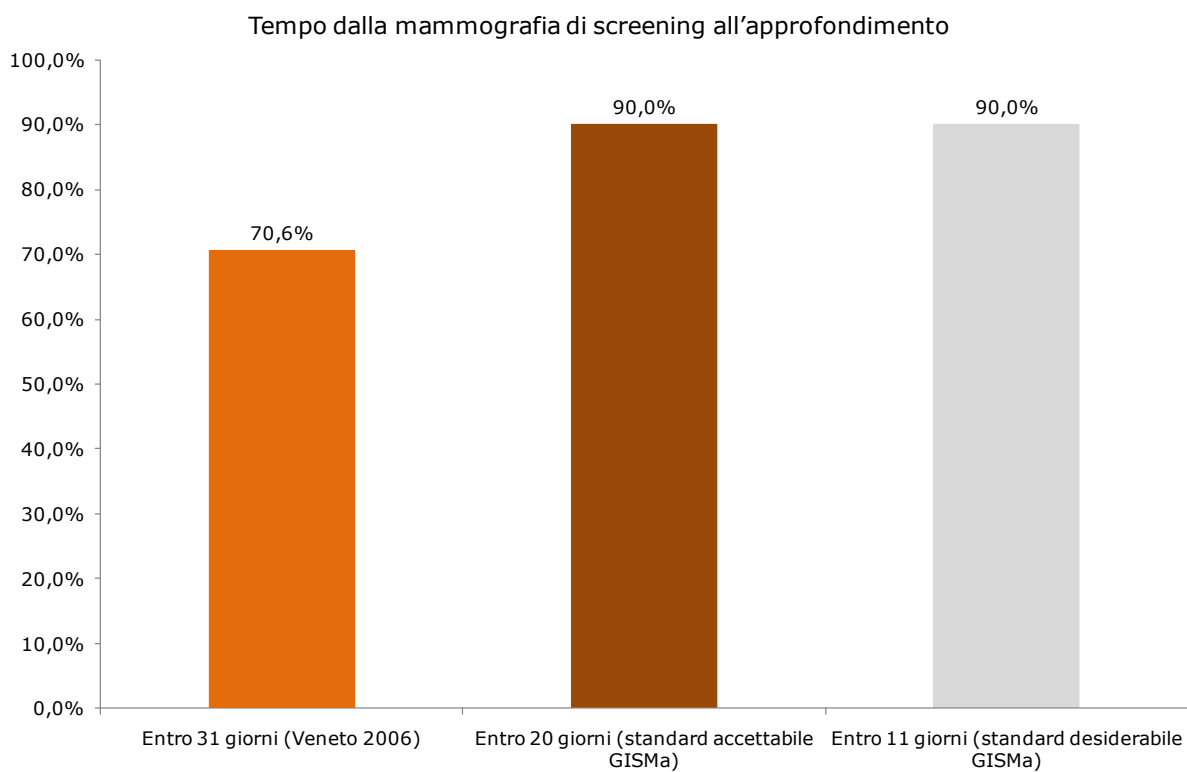
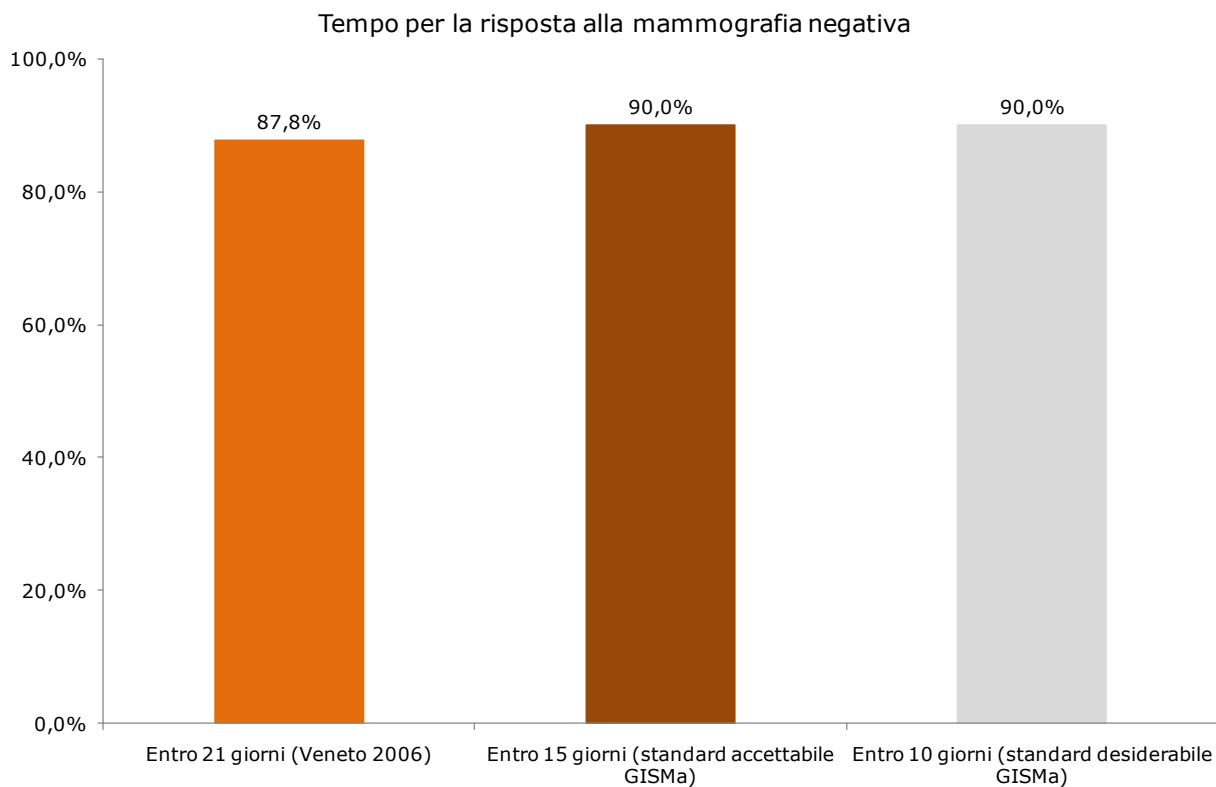
Adesione corretta al programma di screening mammografico per fascia di età (Veneto 2006)



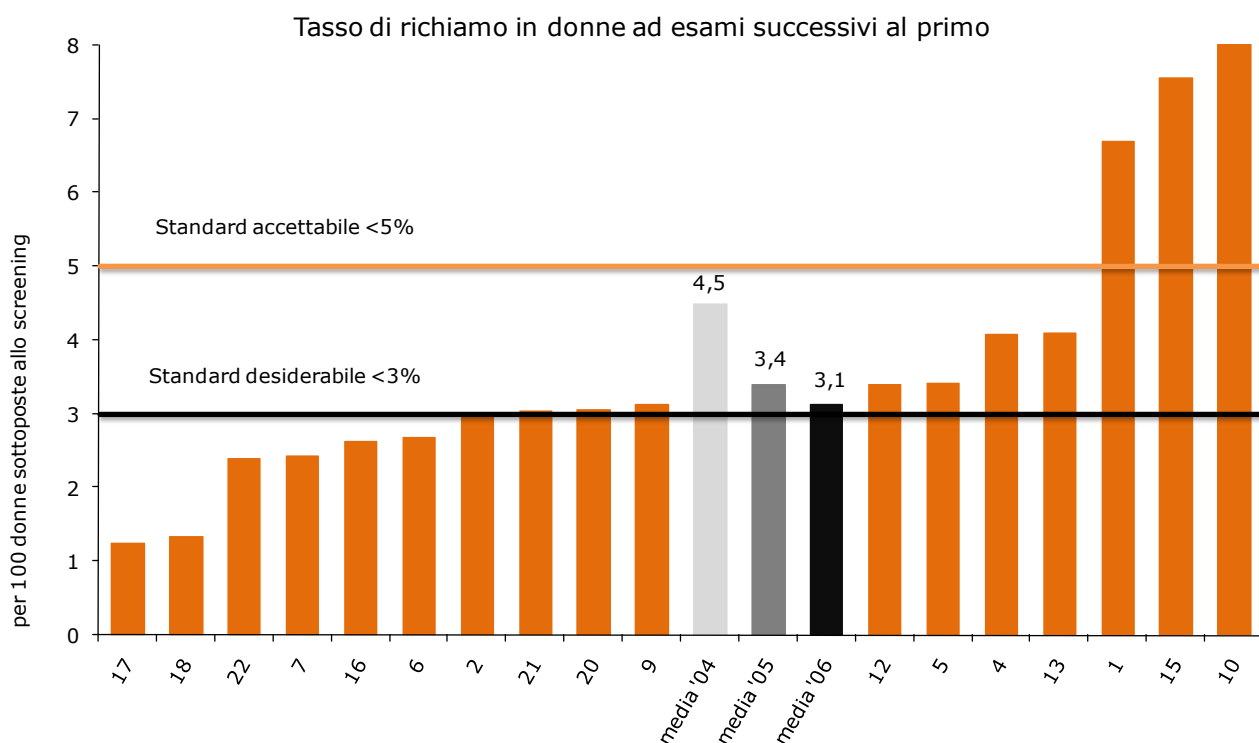
Qualora le differenze tra due anni successivi e/o fra adesione grezza e corretta siano particolarmente elevate, il dato potrebbe essere inattendibile e va verificato localmente. L'adesione per età ed esame (confronto tra primo e successivi) mostra, analogamente a quanto evidenziato in passato sia a livello regionale che nazionale, una minore adesione nelle donne di età superiore ai 65 anni. Per le donne che aderiscono alla mammografia è importante ricevere una risposta sufficientemente tempestiva, anche se il risultato è normale. Per le donne positive al test è indispensabile che l'approfondimento diagnostico sia effettuato in tempi brevi. Nel Veneto, circa l'88% delle risposte in caso di mammografia negativa è stato inviato alle donne entro 21 giorni dall'esecuzione del test: il dato è migliorato rispetto al 2005, ma non è ancora conforme allo standard accettabile GISMa (>90%).

Nel 2006 il 70,6% degli approfondimenti è stato eseguito entro un mese dall'esecuzione della mammografia di screening, dato pressoché identico al 2005. Va anche tenuto in considerazione il tempo richiesto dalle donne per considerare opzioni diverse da quelle proposte dal programma di screening. Si sottolinea un'elevata variabilità tra i programmi; la permanente difficoltà nel raggiungere lo standard desiderabile di riferimento (90%) potrebbe indicare per alcuni di essi una crescente difficoltà a fare fronte ai volumi di lavoro. Nei modelli organizzativi non standard la donna viene informata immediatamente del risultato della mammografia (Mx)

e successivamente le viene inviata una lettera: in questi casi i tempi per gli approfondimenti si riferiscono alle procedure invasive.



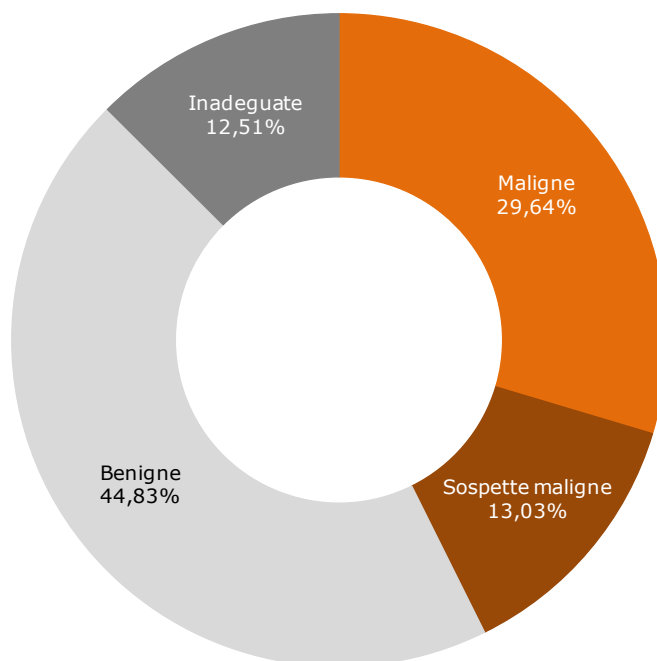
Il tasso di richiamo (*recall rate*) rappresenta la percentuale di donne richiamate per ulteriori approfondimenti diagnostici dopo una mammografia di primo livello. Il tasso di richiamo costituisce l'indicatore principale della specificità diagnostica del programma nella fase di primo livello.



Per le donne ai primi esami il tasso medio regionale di richiami risulta pari al 6,8%. Il dato è costantemente migliorato dal 2004 ed ora rientra nello standard accettabile (<7%) ed è migliore del dato nazionale (8,3%). Considerando gli esami successivi, vengono inviate ad approfondimento il 3% delle donne esaminate. Il dato regionale soddisfa lo standard desiderabile (<3%) e si conferma migliore rispetto alla media 2005 dei programmi italiani (4,5%). Analizzando i trend dei tassi di richiamo (standardizzati per età) in base agli anni di attività dei programmi, si osserva una progressiva riduzione dell'invio ad approfondimento tra le donne aderenti ad episodi di screening successivi al primo, mentre non è evidenziabile un analogo andamento per quelle al primo screening. Le Linee Guida europee indicano chiaramente la necessità di evitare i richiami intermedi conseguenti ad una sessione di primo livello (*early rescreen*: standard desiderabile 0%), a causa della bassa probabilità di avere dalla mammografia un quadro più chiaro dopo un intervallo di tempo limitato. Andrebbero evitate anche le mammografie intermedie, eseguite prima dei due anni come risultato della sessione di approfondimento (*early recall*: standard accettabile <1%; desiderabile 0%). Nel

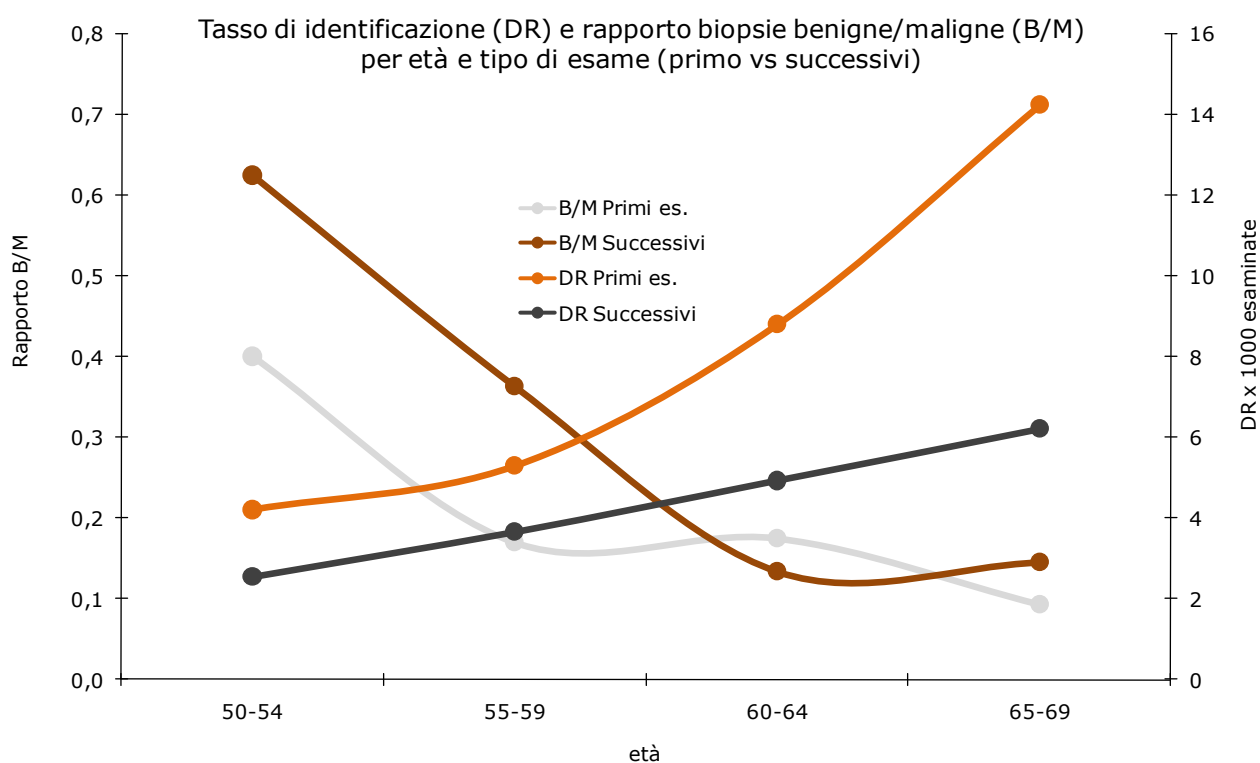
complesso, i dati medi regionali hanno registrato anche nel 2006 per entrambi i parametri valori superiori agli standard anche se in leggero calo rispetto al 2005 (richiami precoci: 1,5 ogni 100 donne sottoposte allo screening, richiami intermedi 1,4 ogni 100 donne sottoposte allo screening).

Citologia su agoaspirato - Veneto 2006



La citologia su agoaspirato è un mezzo diagnostico che si applica in molti casi in donne con mammografia positiva al fine di chiarire la diagnosi. Nel 2006 questo esame è stato eseguito nel 22,1% delle mammografie positive (22% nel 2005). Delle 1.398 citologie eseguite, l'esito è riportato nel 96% dei casi, con una certa perdita di dati non osservata nel 2005. 398 citologie sono risultate maligne (C5), 175 sospette maligne (C4), 602 benigne (C2 o C3), 168 inadeguate (12,5%). Le citologie inadeguate sono aumentate di quasi 2 punti percentuali rispetto al 2005 (10,6%). Dei 657 casi con citologia di cui è riportata la diagnosi istologica finale, 431 (65,6%) sono risultati positivi per cancro (67,9% nel 2005). Dai dati pervenuti considerati complessivamente, il Valore Predittivo Positivo (PPV) di citologia C5 (cellule maligne) per un'istologia positiva è risultato del 92% (dato 2005: 93,7%). Il Valore Predittivo Positivo di citologia C4 (sospetta - probabile maligna) per un'istologia positiva è risultato del 69,3% (dato 2005: 73,7%). È importante che le biopsie conseguenti ad una mammografia positiva non siano inutilmente numerose. Va segnalato che, nonostante la variabilità dei modelli organizzativi e dei criteri diagnostici, il numero di donne per le quali è stato eseguito

l'accertamento diagnostico mediante esame istologico si conferma buono: 0,8 ogni 100 donne screenate ai primi esami e 0,5 a quelli successivi (Standard <1,5). Ogni 100 donne definite positive alla mammografia, dodici risultano affette da un tumore maligno all'esame istologico. Anche nel 2006 questo valore si conferma al di sopra dello standard GISMa (>10%).



Il rapporto fra lesioni benigne e lesioni maligne si calcola sulle pazienti cui è stata consigliata una verifica chirurgica. Serve per monitorare uno dei possibili effetti negativi degli screening e deve essere il più basso possibile. Il valore medio regionale di tale indicatore (0,27) rientra nello standard GISMa. Si deve rilevare che l'introduzione in diverse realtà delle nuove metodiche diagnostiche microinvasive (esempio: mammotome) sta rendendo più complessa l'interpretazione di questo indicatore.

Nel 2006 ogni 1.000 donne sottoposte allo screening per la prima volta sono state identificate 7,5 neoplasie, dato in aumento rispetto all'anno precedente e poco inferiore allo standard di riferimento. La maggior parte dei programmi hanno riportato un tasso di identificazione inferiore allo standard di riferimento. Per interpretare questo dato, va ricordato che nella nostra Regione il ricorso alla mammografia spontanea è una pratica diffusa e c'è ragione per ritenere lo sia maggiormente nelle donne sotto i 50 anni. È evidente che quanto più elevata è la quota di donne che si sono sottoposte a mammografie spontanee precedenti il primo esame

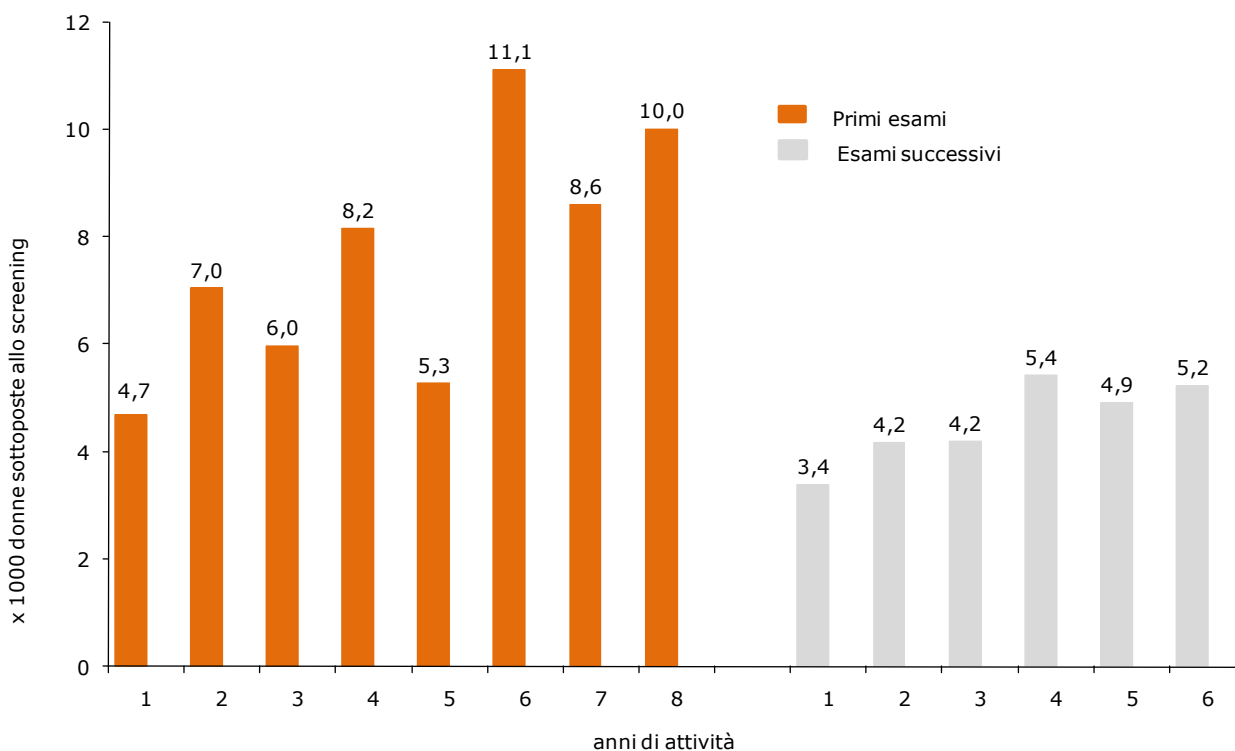
di screening, tanto meno il primo screening sarà di "prevalenza", e sarà invece più simile allo screening di "incidenza" dei round successivi al primo.

Numero delle neoplasie identificate	757
Tasso di identificazione x 1.000 donne esaminate (primi esami)	7,5‰
Standard: almeno 3 volte l'incidenza di base	(range: 0,8-17,1‰)
(Veneto 98-01: 2,80 per 1.000) = 8,39	
Tasso di identificazione x 1000 esaminate (esami successivi)	4,1‰
Standard: almeno 1,5 volte l'incidenza di base	(range: 1,3-8,1‰)
(Veneto 98-01: 2,80 per 1.000) = 4,19	
Tasso di identificazione per tumori invasivi fino a 10 mm	1,4‰
Standard: >1,5 per 1.000 esaminate	

Gli standard sono stati calcolati applicando alle donne sottoposte allo screening i tassi di incidenza età specifici veneti registrati nel periodo 1998-2001. I tassi più recenti, pur disponibili, sono influenzati proprio dall'attività di screening e quindi non utilizzabili.

Analizzando i trend dei tassi di identificazione standardizzati per età in base agli anni di attività dei programmi, si osserva una totale instabilità del dato per quanto riguarda i primi esami, di difficile interpretazione, mentre si evidenzia una crescente capacità diagnostica agli esami successivi con l'aumentare degli anni di esperienza.

Tassi di identificazione per anni di attività dei Programmi e tipo di esame (primo vs successivi)



La dimensione del tumore rappresenta un ottimo parametro per predire la probabilità di buon esito della terapia. Lo screening mira ovviamente a identificare lesioni di piccole dimensioni. Dei 733 casi di cui è noto lo stadio, 321 (45,5%) avevano dimensione fino a 1 cm, e tra questi 103 erano *in situ* e 23 microinvasivi, e solo 33 avevano diffusione linfonodale. Il tasso di identificazione per i tumori invasivi fino a 10 mm è stato di 1,4 per 1000 donne esaminate (standard suggerito: >1,5 ogni 1.000 donne esaminate). La proporzione di casi identificati allo screening in stadio II o più avanzato è stata del 31% ai primi esami e del 23% a quelli successivi (standard desiderabile⁴: <30% per i primi esami, <25% per gli esami successivi). La correlazione tra diametro patologico del tumore (pT) e tipo di intervento chirurgico (conservativo/radicale, con o senza dissezione ascellare) è analizzabile per 590 su 757 casi trovati allo screening. Nel 79% dei casi (n = 464) si tratta di tumori invasivi ≤2 cm. I trattamenti riportati sono stati prevalentemente conservativi (82,5%), con o senza dissezione ascellare, coerentemente con l'elevata proporzione di lesioni di basso stadio. Di seguito si rappresentano i risultati di un set di indicatori riguardanti specificamente i cancri *screen detected*, elaborati nel contesto del progetto di database elettronico per il monitoraggio della diagnosi e del trattamento chirurgico del carcinoma della mammella nel Veneto (OLGA).

Indicatori	Standard	2004	2005	2006
1. Diagnosi cito-istologica pre-operatoria positiva o sospetta	≥70%	79% (359)	82% (418)	86% (333)
2. Escissione corretta alla prima biopsia chirurgica in lesioni non palpabili	≥95%	97% (76)	97% (89)	100% (57)
3. No congelatore se diametro tumore ≤10 mm	≥95%	89% (85)	85% (128)	94% (84)
4. Margini indenni all'intervento definitivo	≥95%	93% (254)	91% (353)	92% (232)
5. Intervento conservativo in casi pT1	≥80%	80% (188)	80% (230)	85% (171)
6. Unico intervento dopo diagnosi pre-operatoria di Ca	≥90%	85% (283)	82% (344)	82% (288)
7. Numero di linfonodi asportati >9	≥95%	90% (180)	79% (245)	85% (126)
8. Carcinoma Duttale in Situ senza trattamento sull'ascella	≥80%	88% (58)	89% (94)	81% (57)
9. Esecuzione radioterapia (RT) dopo intervento conservativo	≥90%	96% (138)	96% (220)	98% (123)
10. Ricostruzione immediata in pazienti mastectomizzate	≥75%	70% (53)	59% (64)	43% (35)
11. Intervento entro 21 giorni dalla prescrizione chirurgica	≥90%	72% (318)	61% (392)	60% (324)

La partecipazione al progetto OLGA è indispensabile per monitorare la qualità della chirurgia per i casi diagnosticati allo screening. Infatti è stata inserita tra i requisiti per l'accreditamento regionale dei programmi di screening mammografico. Pertanto questa attività andrà potenziata, sia localmente che tramite il supporto regionale. I valori riportati in tabella risentono in parte dell'incompletezza e talora anche dell'esiguità della casistica archiviata. Premesso questo, risultano eccellenti i valori della maggior parte degli indicatori, che sono

migliorati rispetto all'anno precedente. Sono invece decisamente inadeguati quelli relativi alla ricostruzione immediata dopo mastectomia, ai tempi dell'intervento dalla prescrizione, al numero di linfonodi ascellari esaminati e all'esecuzione di un unico intervento nei casi con una diagnosi preoperatoria di carcinoma.

Screening mammografico nel 2007

A fine 2007 lo screening mammografico era presente in 20 ULSS su 21. La popolazione bersaglio 50-69 anni residente in tali ULSS è di 580.147 donne, pari al 98,4% delle donne target del Veneto (dati ISTAT al 31/12/2006). Lo screening non era ancora stato attivato nell'ULSS 19, mentre l'ULSS 14 aveva completato il suo primo anno di attività.

Nel 2007 sono state invitate 185.832 donne, pari al 79% della popolazione bersaglio annuale. In questo risultato non sono inclusi due programmi: quello di Padova perché nel 2007 era rivolto essenzialmente a donne con presentazione spontanea, e quello di Verona perché non è stato possibile recuperare i dati a causa di problemi informatici.

L'estensione degli inviti, cioè la percentuale delle donne invitate rispetto alla popolazione bersaglio annuale, ha registrato una lieve flessione rispetto all'anno precedente, dovuta essenzialmente all'attivazione del programma della ULSS 14, che nel primo anno di attività ha raggiunto un'estensione del 27%.

A livello delle singole ULSS la situazione è molto variegata: 10 programmi su 20 hanno invitato nel 2007 almeno l'80% delle donne eleggibili, ma in tre di essi l'estensione biennale rimane inferiore al 60% necessario per l'accreditamento regionale (Aziende ULSS 5, 12 e 14).

Vi è infine da segnalare che, a parte due ULSS, tutti i programmi hanno attivato il quarto o anche il quinto round organizzativo. Questo implica che in Veneto nel 2007 la maggior parte dell'attività di screening è rappresentata da esami effettuati in donne già screenate in precedenza (133.300 rispetto le 36.300 in donne al primo esame). Inoltre, mentre nel primo round di screening le donne ai primi esami sono in buona parte le neo-cinquantenni.

Per quanto concerne l'adesione ai programmi, il valore medio regionale dell'adesione corretta nel 2007 (76%) è migliorato rispetto agli anni precedenti, è notevolmente superiore alla media dei programmi italiani del 2007 (61%) e supera lo standard desiderabile GISMa (75%) (Figura 2) Il tasso corretto di adesione agli esami successivi al primo è dell'89,7% (range 76,6% - 95,2%), un risultato corrispondente all'atteso. Questo dato può essere letto come un indicatore di qualità percepita dalle utenti e della conseguente capacità dei programmi di fidelizzare le donne che aderiscono per la prima volta. Il dato va interpretato a livello locale.

Ai primi esami l'adesione è influenzata dalla quota di neo-cinquantenni invitate per la prima volta allo screening, mentre nelle altre fasce d'età si tratta essenzialmente di donne già invitate ai round precedenti, ma che non avevano mai aderito. In tali fasce si osserva una

diminuzione dell'adesione con l'aumentare dell'età. Agli esami successivi si osservano invece livelli elevati di adesione in tutte le fasce d'età.

Adesione corretta per età ed esame di screening

Età	Primi esami	Esami successivi
50-54	59,0	90,3
55-59	39,9	91,2
60-64	35,6	90,8
65-69	27,1	88,9

Per facilitare una visione d'insieme dello screening mammografico in Veneto nel 2007, si una rappresentazione grafica dei più importanti indicatori di qualità.

Indicatori 2007 Mammografico	Aziende ULSS																						RV
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22			
Estensione annuale	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Adesione corretta	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Tempo invio risposta negativa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Tempo invio ad approfondimenti	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Richiami (primi esami)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Richiami (esami successivi)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Detection Rate (primi esami)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Detection Rate (esami successivi)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Tempi Richiami Intermedi	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Tempi Richiami Precoci	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

181

Legenda

- valori superiori allo standard desiderabile
- valori accettabili, prossimi allo standard desiderabile
- valori appena al di sopra dell'accettabilità
- valori inferiori allo standard accettabile
- dato non disponibile o non calcolabile

I risultati dei Programmi di Screening Colonrettale

Gli screening sono efficaci nel ridurre la mortalità e/o l'incidenza del carcinoma coloretale (CCR), ma è ancora aperto il dibattito sulle scelte più appropriate per l'attuazione di tali interventi. Infatti sono utilizzati differenti test di primo livello, la ricerca del sangue occulto

fecale (SOF), la rettosigmoidoscopia (RS) o una combinazione dei due, più raramente la colonscopia (CS). Il test utilizzato condiziona a sua volta la scelta dell'età bersaglio e la periodicità dei re-inviti. Questo rende la valutazione dello screening del carcinoma coloretale particolarmente complessa, rispetto a quella degli screening citologico e mammografico, e solo recentemente è stato pubblicato il Manuale sugli Indicatori e standard del GISCoR (Gruppo Italiano Screening ColoRettale). Sulla base dei dati del Registro Tumori, si stima che nel 2006 in Veneto i nuovi casi di tumore invasivo del colon retto siano stati circa 3.500 (1.900 maschi, 1.600 femmine). Lo screening coloretale è rivolto a uomini e donne fra i 50 e i 69 anni.

Veneto: programmi di screening coloretale attivi nel 2006			
Azienda ULSS	Inizio programma	Età bersaglio	Test adottato
ULSS 1 Belluno	febbraio-05	50-69	SOF
ULSS 2 Feltre	dicembre-03	50-69	SOF
ULSS 4 Alto Vicentino	marzo-04	50-69	SOF
ULSS 5 Ovest Vicentino	novembre-05	50-69	SOF
ULSS 6 Vicenza	gennaio-06	50-69	SOF
ULSS 7 Pieve di Soligo	ottobre-02	50-69	SOF
ULSS 9 Treviso	settembre-06	50-69	SOF
ULSS 13 Mirano	maggio-02	50-69	SOF
ULSS 14 Chioggia	ottobre-05	50-69	SOF
ULSS 15 Alta Padovana	novembre-05	50-69	SOF
ULSS 16 Padova	settembre-04	60	RS
ULSS 17 Este	novembre-05	50-69	SOF
ULSS 18 Rovigo	gennaio-05	50-69	SOF
ULSS 20 Verona	luglio-03	60	SOF + RS
ULSS 21 Legnago	marzo-05	50-69	SOF
ULSS 22 Bussolengo	maggio-04	50-69	SOF

Diversamente da quanto accade per il Pap test e la mammografia, il ricorso spontaneo al SOF nella popolazione è molto contenuto, per cui la differenza tra l'adesione grezza e quella corretta è pressoché trascurabile. Il valore medio regionale di adesione corretta (65%) è ampiamente superiore al valore medio nazionale per il 2006 (44,6%) ed è in linea con lo standard desiderabile del GISCoR (>65%). Tuttavia, rispetto agli anni precedenti il valore

medio regionale è in lieve ma costante diminuzione (70,7% nel 2004, 68,3% nel 2005). Esso deriva dalla composizione di valori elevati nella maggior parte dei programmi, mentre i valori più bassi sono riportati da quelli con minori volumi di lavoro e quindi di difficile interpretazione.

Estensione degli inviti e persone sottoposte allo screening per Azienda ULSS e fascia d'età				
Azienda ULSS	Popolazione obiettivo	Popolazione invitata nel 2006	Percentuale popolazione obiettivo annua invitata	Numero persone sottoposte allo screening
ULSS 1 Belluno	34.261	15.913	92,9	10.073
ULSS 2 Feltre	21.318	7.716	72,4	6.081
ULSS 4 Alto Vicentino	43.286	25.881	119,6	17.827
ULSS 5 Ovest Vicentino	39.770	17.351	87,3	10.180
ULSS 6 Vicenza	71.526	18.278	51,1	10.526
ULSS 7 Pieve di Soligo	51.100	26.578	104	18.918
ULSS 9 Treviso	92.990	11.012	23,7	7.516
ULSS 13 Mirano	63.098	23.919	75,8	15.909
ULSS 14 Chioggia	32.745	2.739	16,7	608
ULSS 15 Alta Padovana	52.253	6.604	25,3	3.503
ULSS 17 Este	43.328	13.888	64,1	7.253
ULSS 18 Rovigo	43.705	2.431	11,1	582
ULSS 20 Verona	51.006	5.339	20,9	2.696
ULSS 21 Legnago	35.132	15.149	86,2	10.436
ULSS 22 Bussolengo	61.708	31.087	100,8	17.666
TOTALE SOF	737.226	223.885	60,7	139.774
ULSS 16 Padova	6.017	702	11,7	177
ULSS 20 Verona	6.765	6.007	88,8	2.092
TOTALE RS	12.782	6.709	52,5	2.269

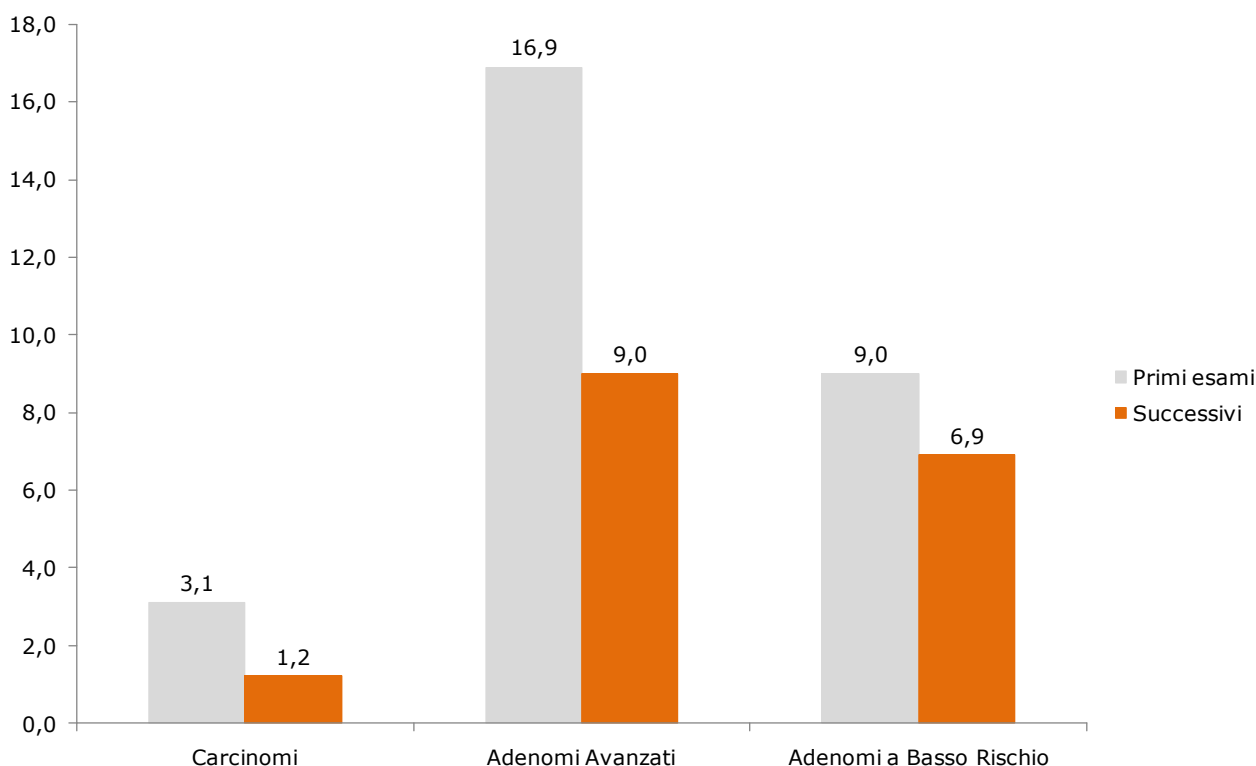
SOF = Ricerca Sangue Occulto Fecale

RS = Rettosigmoidoscopia

L'analisi per età mostra un incremento progressivo dell'adesione al SOF con l'aumentare dell'età nei maschi, mentre nelle femmine si riscontra un'adesione più elevata nelle fasce intermedie (55-64 anni). Nel complesso l'adesione al SOF è più elevata nelle femmine (66,2%) rispetto ai maschi (61,7%). Le differenze di adesione tra i sessi si riducono progressivamente con l'età, fino a scomparire nella fascia più anziana. L'adesione ai programmi RS

(rettosigmoidoscopia) di Padova e Verona, che propongono un test endoscopico, è stata rispettivamente del 26,9% e 39,1%, valori sensibilmente inferiori a quelli dei programmi SOF e non in linea con lo standard minimo per l'accreditamento regionale (>50%). Rispetto agli altri programmi italiani che utilizzano la RS e ai dati di letteratura l'adesione di Verona è più elevata, probabilmente grazie ad una campagna informativa capillare e al sollecito dei non aderenti. Diversamente dai programmi SOF, l'adesione alla RS è decisamente superiore nei maschi (41,4%) rispetto alle femmine (34,2%).

Programmi SOF nel Veneto nel 2006: tassi di identificazione (‰)

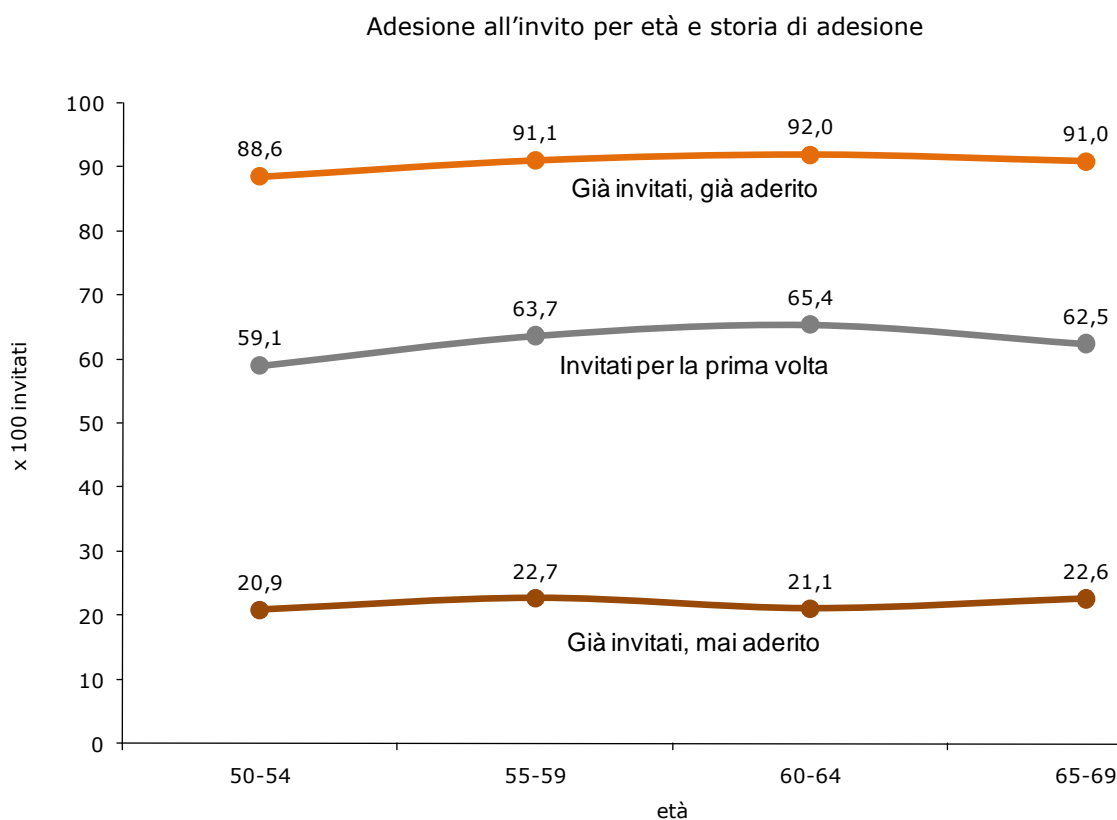


184

Programmi SOF nel Veneto nel 2006						
Invitati	Sottoposti allo screening	Percentuale adesione corretta	Valore Predittivo Positivo Carcinoma		Valore Predittivo Positivo Adenomi Avanzati	
			Primi esami	Successivi	Primi esami	Successivi
223.885	139.774	65%	6,3	3,7	35,5	27,9

Pur partendo da un dato complessivamente molto positivo, è interessante analizzare l'adesione in base alla storia di screening dei soggetti invitati. Infatti, dopo il round di prevalenza i programmi invitano essenzialmente tre categorie di persone: 1) soggetti che prima non erano mai stati invitati (si tratta di soggetti di recente ingresso nella popolazione target: generalmente neocinquantenni e immigrati); 2) soggetti che avevano già aderito ad un invito

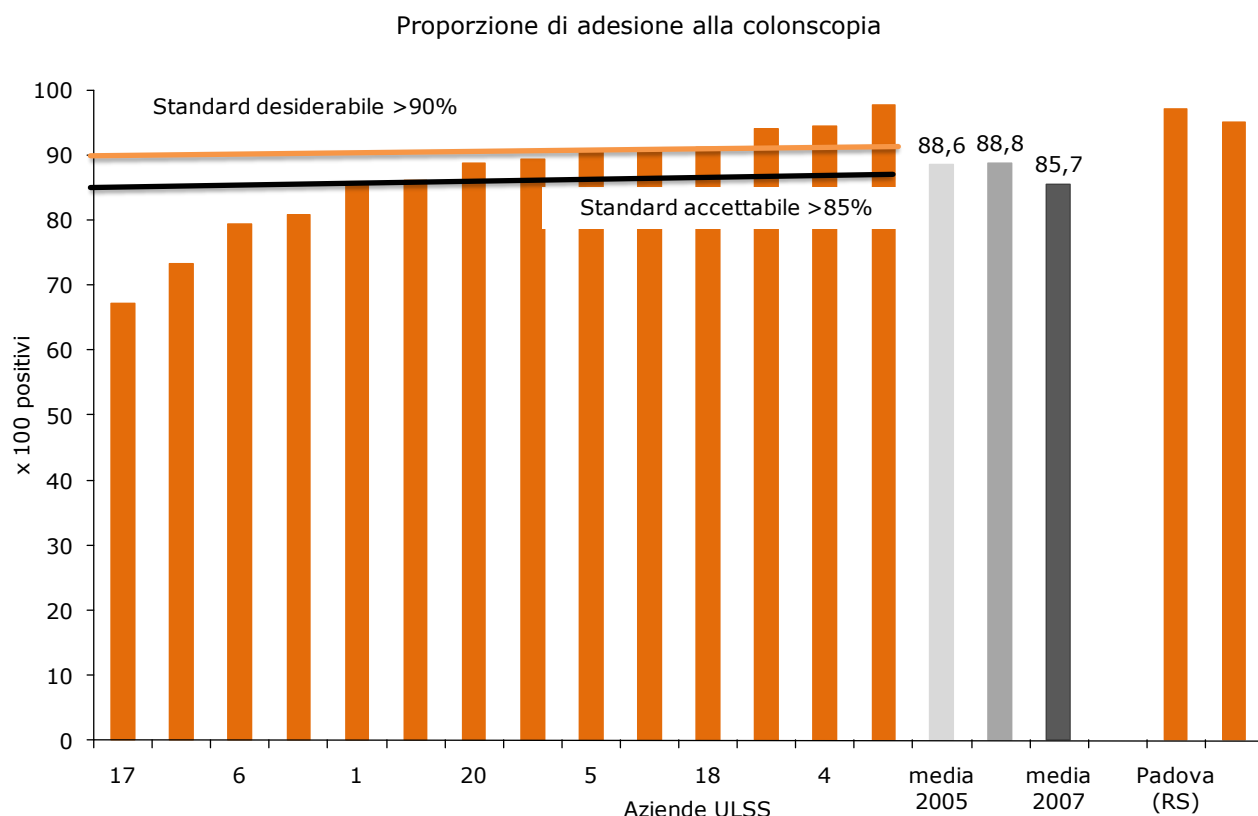
precedente (dai quali ci si attendono livelli elevati di adesione); 3) soggetti già invitati ma mai aderenti (con prospettive di adesione molto limitate).



L'adesione dei soggetti invitati per la prima volta è pari al 61,8% e mostra un andamento per sesso ed età sovrapponibile al dato complessivo. Tra coloro che avevano già aderito ad un precedente invito l'adesione media è stata del 90,9%. Questo dato testimonia una forte capacità dei programmi di instaurare un rapporto di fiducia con le persone che aderiscono. Infine, l'adesione da parte di soggetti che non avevano aderito a inviti precedenti è stata del 21,9%. Esisterebbe pertanto, come negli altri due screening, una quota di soggetti "refrattari" allo screening, o per lo meno non sensibili ad un invito standard.

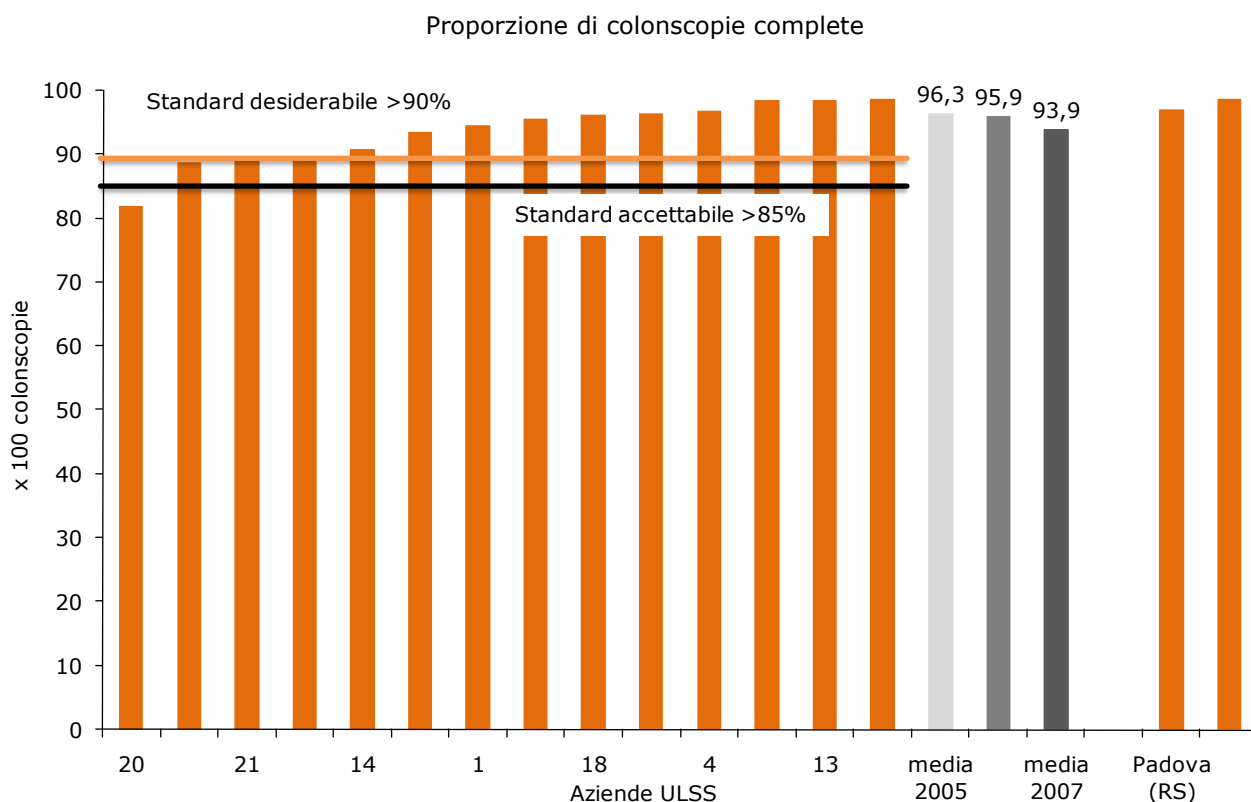
Proporzione di positivi ai primi esami		
Fascia di età	Maschi	Femmine
50-54	4,9	2,8
55-59	6,3	3,8
60-64	8,1	4,7
65-69	9,7	5,7
Tutti	7,2	4,2

L'incidenza del carcinoma coloretale aumenta progressivamente con l'età ed è più elevata nei maschi. Inoltre, la frequenza delle lesioni è maggiore nei soggetti al primo esame di screening (round di prevalenza) rispetto a quelli ad esami successivi, con uno o più test negativi precedenti (round di incidenza).



Poiché la ricerca del sangue occulto fecale (SOF) ha dimostrato di selezionare una popolazione con un'elevata frequenza di lesioni è essenziale assicurare valori elevati di adesione alla colonscopia. Infatti è stata posta una diagnosi di carcinoma o di adenoma avanzato in più del 40% di coloro che hanno eseguito gli approfondimenti in seguito ad un SOF positivo ai primi esami, e nel 30% agli esami successivi. Complessivamente hanno aderito all'approfondimento l'85,7% dei soggetti positivi al SOF. Nonostante la media regionale sia superiore al risultato complessivo nazionale (81,9%), desta preoccupazione il calo registrato rispetto agli anni precedenti (89% nel 2004 e 2005) e la performance dei programmi che si pongono al di sotto dello standard accettabile dell'85%. Tale standard rappresenta anche la soglia minima per l'accreditamento regionale. Il dato potrebbe essere influenzato dall'incapacità dei programmi di recuperare l'informazione sulle colonscopie eseguite in centri diversi da quelli di screening. Vanno previsti "meccanismi di sicurezza" attraverso i quali i programmi si assicurino che tutte le persone con SOF positivo siano adeguatamente informate sull'importanza di eseguire gli approfondimenti.

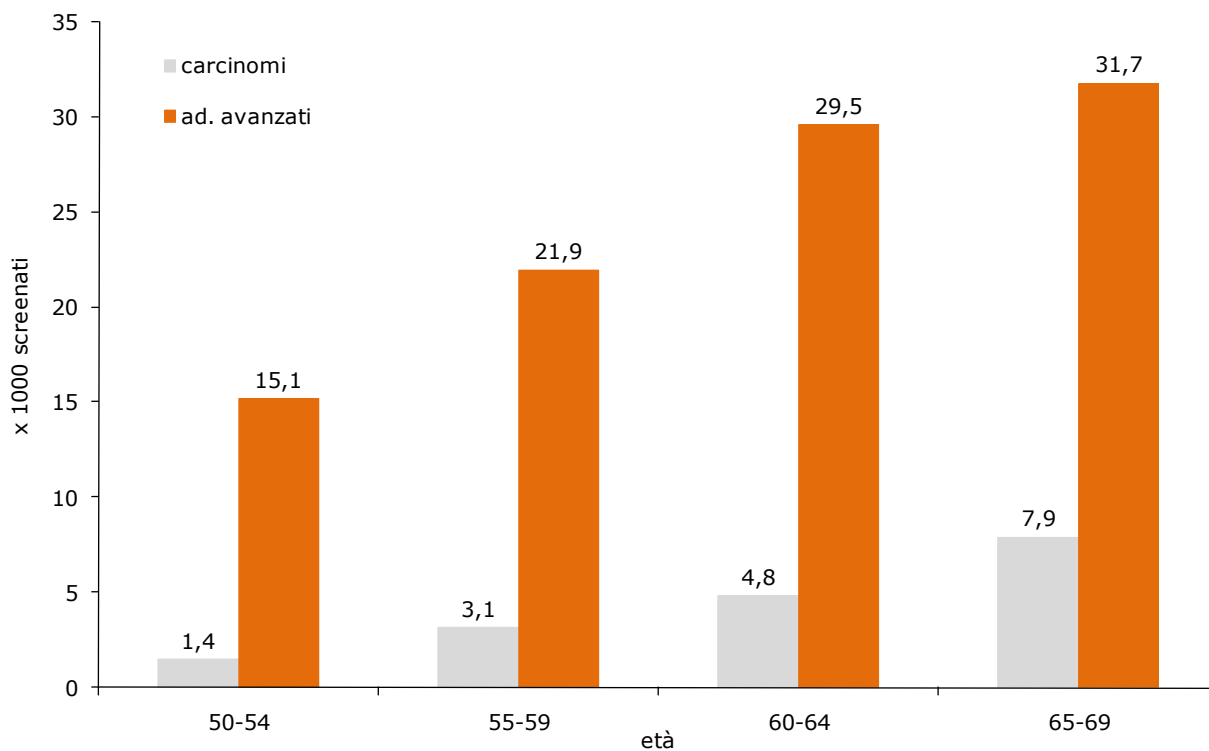
Un altro importante elemento da monitorare nella valutazione della qualità di un programma di screening è la quota di colonscopie complete. Le colonscopie riportate come complete sono il 94%. Sono stati rilevati valori diversi tra i sessi, con livelli di completezza maggiori nei maschi rispetto alle femmine, come riportato in letteratura.



Va segnalato che, dei soggetti con colonscopia incompleta, il 17,9% non risultano aver completato l'approfondimento ripetendo la colonscopia o effettuando altri esami. Ciò nonostante, di fatto la maggior parte dei programmi ha completato il secondo livello per tutti (o quasi) i soggetti. Il dato potrebbe risentire di una carenza di informazioni sull'esecuzione di ulteriori approfondimenti presso strutture diverse da quelle di screening. Dato l'elevato rischio di lesioni maggiori nei soggetti con SOF positivo, è essenziale garantire un'esplorazione completa del colon attraverso gli accertamenti di secondo livello, o quantomeno accertarsi che questo sia effettivamente avvenuto al di fuori dello screening. Nel 2006 sono state eseguite complessivamente 5.712 colonscopie di approfondimento, nel corso delle quali si sono verificati 1 caso di perforazione e 27 di sanguinamento. Le lesioni di interesse per i programmi di screening coloretale sono i carcinomi, gli adenomi avanzati e gli adenomi a basso rischio. Gli adenomi avanzati sono quelli con diametro massimo \geq a 1 cm, o con istologia villosa o tubulo-villosa, o displasia di alto grado; gli adenomi a basso rischio sono quelli di dimensioni inferiori,

con istologia tubulare e con displasia lieve. La capacità diagnostica dei programmi si valuta comparando i tassi di identificazione (o *detection rates*, DR) per 1.000 soggetti sottoposti allo screening. Complessivamente, ai primi esami ogni 1.000 sottoposti allo screening sono stati diagnosticati 3,1 carcinomi e 16,9 adenomi avanzati. Nei soggetti agli esami successivi al primo, le DR sono state 1,2 per 1.000 screenati per i carcinomi e 9,0 per gli adenomi avanzati. Le DR per gli adenomi a basso rischio sono state 9,0 ogni 1.000 screenati per i primi esami e 6,9 per gli esami successivi. Questi valori nel complesso sono sovrapponibili a quelli riportati nell'anno precedente. Il tasso di identificazione dei carcinomi aumenta con l'età, e i maschi hanno tassi molto superiori alle femmine. I tassi di identificazione degli adenomi avanzati e di quelli a basso rischio mostrano analoghi andamenti per età e sesso.

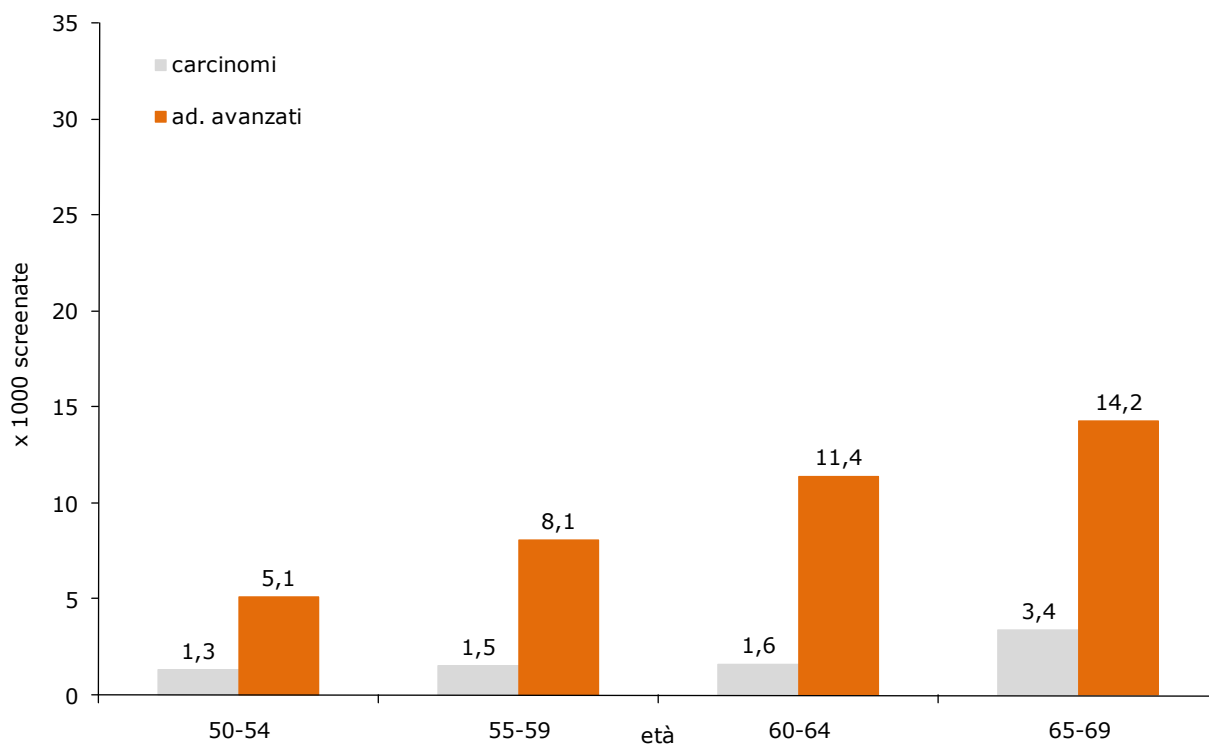
Primi esami. Tassi di identificazione di carcinomi ed adenomi avanzati per età (x 1.000 sottoposti allo screening) – Maschi



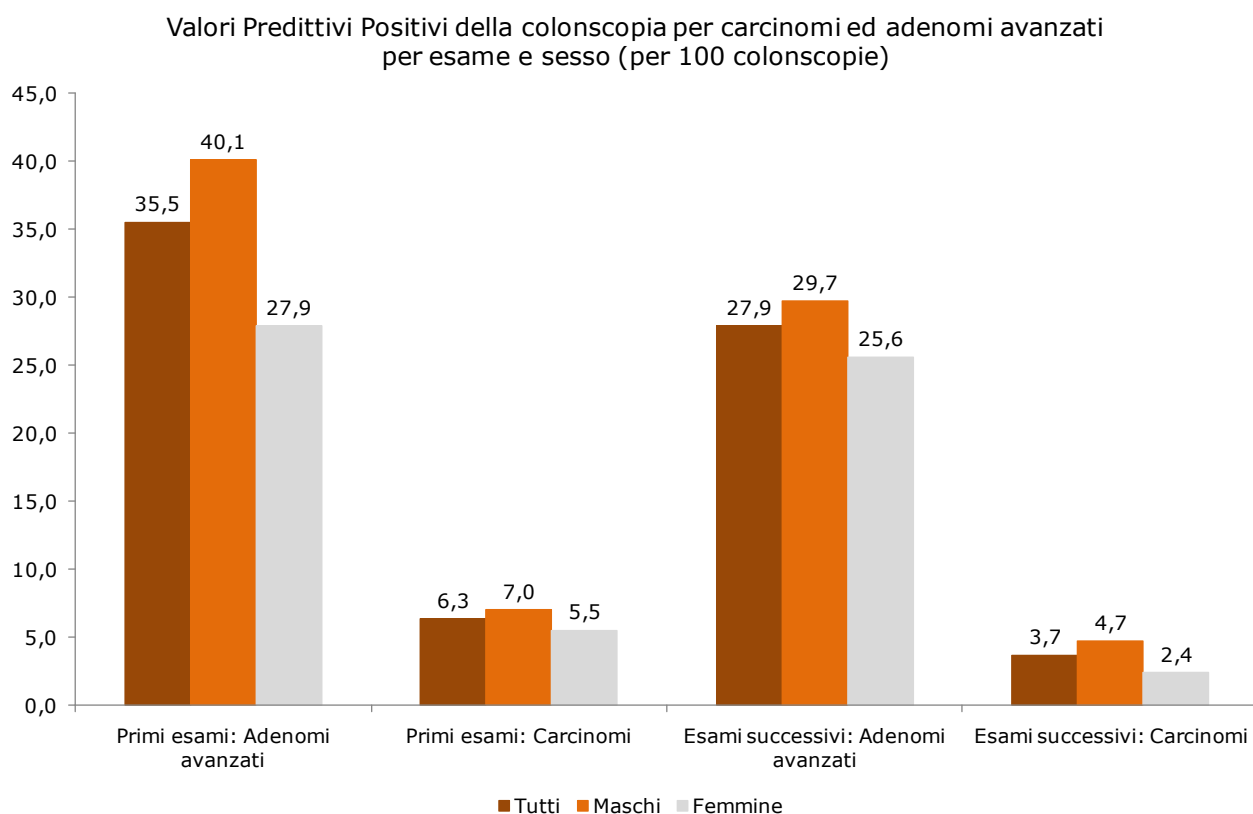
I tassi di identificazione degli adenomi avanzati sono costantemente superiori rispetto a quelli a basso rischio. La prevalenza di adenomi a basso rischio nelle persone sottoposte a RS è invece più elevata, e questo riflette la maggiore tendenza al sanguinamento delle lesioni avanzate. In questo senso il SOF si caratterizza per una capacità di selezionare specificamente le lesioni a rischio aumentato di cancerizzazione. Come già registrato nel 2005, le DR dei programmi del Veneto sono sovrapponibili al dato medio nazionale. Questo conferma che

l'incidenza del carcinoma coloretale (CCR) in Veneto non presenta particolarità rispetto al resto dell'Italia.

Primi esami. Tassi di identificazione di carcinomi ed adenomi avanzati per età (x 1.000 sottoposte allo screening) – Femmine



Il Valore Predittivo Positivo (VPP) del SOF è la percentuale dei soggetti sottoposti a colonscopia di approfondimento nei quali è stata posta diagnosi di carcinoma o adenoma avanzato. Complessivamente, nei soggetti al primo esame di screening, ogni 100 colonscopie eseguite sono stati diagnosticati 6,3 carcinomi e 35,5 adenomi avanzati. Agli esami successivi al primo i VPP per carcinoma ed adenoma avanzato sono stati rispettivamente del 3,7% e 27,9%. Per quanto concerne il Valore Predittivo Positivo per carcinoma ed adenoma avanzato per sesso e per esame, come già osservato per altri indicatori, i valori sono maggiori nei maschi rispetto alle femmine. Analogamente, i valori tendono ad aumentare con l'età. L'alto Valore Predittivo Positivo della ricerca del sangue occulto fecale viene evidenziato anche dal confronto con il VPP di un test di screening di indiscussa qualità come la mammografia, che nel 2005 in Veneto è stato del 10,6%. Tale dato ribadisce l'importanza di assicurare valori elevati di adesione all'approfondimento nei soggetti SOF. Un'altra conseguenza dell'alto VPP del SOF è che la maggior parte delle colonscopie di approfondimento comportano l'esecuzione di biopsie o polipectomie. Questo determina un aumento del carico lavorativo e l'allungamento del tempo medio per esame, che dovrebbero essere considerati in sede di programmazione.



190

Screening Colonrettale 2007

Sulla base dei dati del Registro Tumori, si stima che nel 2007 in Veneto i nuovi casi di tumore invasivo del colon retto siano stati circa 3.785 (2.130 maschi, 1.655 femmine), mentre i decessi per tale causa nel 2006 sono stati 1.710 (920 maschi, 790 femmine). A fine 2007 lo screening coloretale era attivo in 17 Aziende ULSS del Veneto. Secondo i dati dell'ISTAT, all'inizio del 2007 i residenti 50-69enni in Veneto erano 1.158.659. La popolazione residente nelle ULSS con programmi SOF era di 794.072 persone, pari al 68,5% del totale regionale. Nel 2007 sono state invitate 268.770 persone, pari al 67,7% della popolazione obiettivo annua. Questo dato rappresenta un buon incremento rispetto a quello del 2006, durante il quale però alcuni programmi di recente attivazione avevano avuto a disposizione solo parte dell'anno per effettuare gli inviti. Accanto ai programmi con un'estensione in linea con lo standard di riferimento (desiderabile >90%), ve ne sono alcuni che hanno difficoltà a garantire il test con cadenza biennale alla popolazione residente: Aziende ULSS 6, 10, 14, 17. Si sottolinea inoltre che per l'accreditamento degli screening solo un'estensione pari ad almeno l'80% è considerata sufficiente. Questo valore nel 2007 non è stato raggiunto dalle Aziende ULSS 2, 6, 8, 9, 13, 16, 18, 20 oltre alle già citate 14 e 17. Nel 2007 il secondo round era attivo in nove programmi SOF, mentre due avevano già attivato anche il terzo. Complessivamente sono stati screenati circa 52.100 soggetti che avevano già aderito a un round precedente.

Estensione degli inviti e persone sottoposte allo screening per Azienda ULSS e fascia d'età				
Azienda ULSS	Popolazione obiettivo	Popolazione invitata nel 2007	Percentuale popolazione obiettivo annua invitata	Numero persone sottoposte allo screening
ULSS 1 Belluno	34.036	15.687	92,2	11.037
ULSS 2 Feltre	21.590	8.524	79	5.435
ULSS 4 Alto Vicentino	43.352	20.688	95,4	16.897
ULSS 5 Ovest Vicentino	41.175	23.668	115	13.035
ULSS 6 Vicenza	73.134	16.715	45,7	10.386
ULSS 7 Pieve di Soligo	54.856	23.538	85,8	18.648
ULSS 8 Asolo	53.671	16.960	63,2	10.823
ULSS 9 Treviso	95.470	35.994	75,4	25.124
ULSS 10 Veneto Orientale	52.683	552	2,1	489
ULSS 13 Mirano	62.637	19.287	61,6	13.049
ULSS 14 Chioggia	13.363	2.463	36,9	701
ULSS 17 Este	45.113	6.998	31	2.790
ULSS 18 Rovigo	46.125	15.474	67,1	6.563
ULSS 20 Verona	57.539	17.435	60,6	8.893
ULSS 21 Legnago	36.434	18.855	103,5	9.565
ULSS 22 Bussolengo	62.894	25.932	82,5	17.719
Totale SOF	794.072	268.770	1.097	171.154
ULSS 16 Padova	5.350	1.172	21,9	401
ULSS 20 Verona	7.128	7.049	98,9	2.434
Totale RS	12.478	8.221	121	2.835

SOF = Ricerca Sangue Occulto Fecale

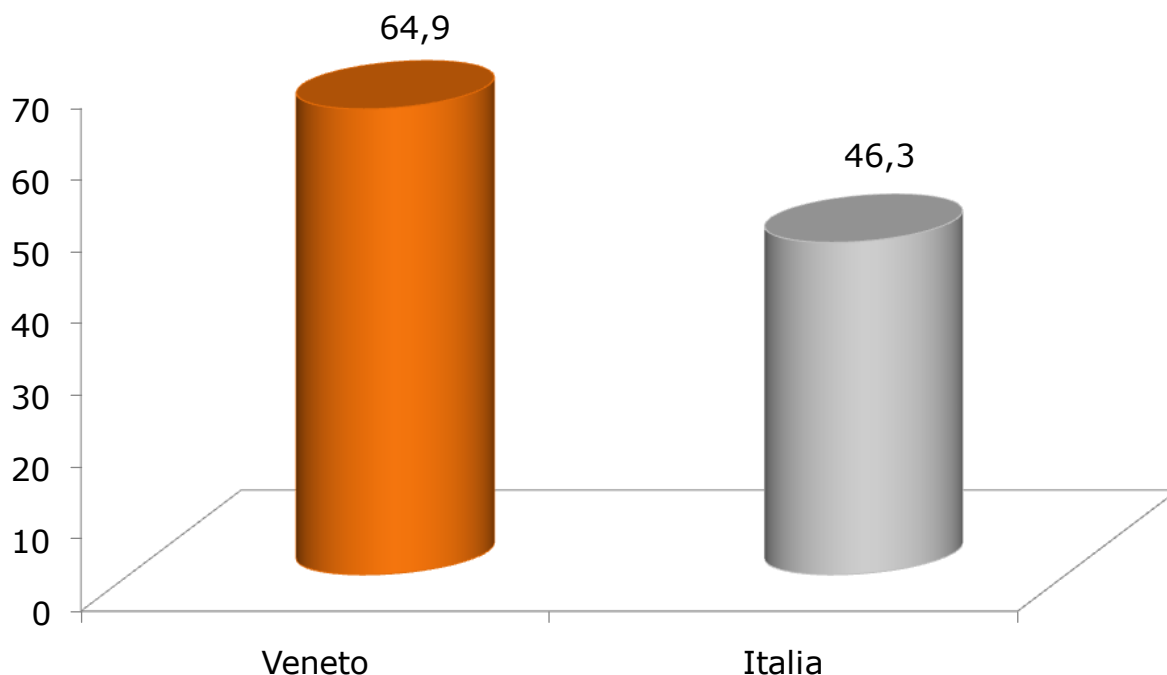
RS = Rettosigmoidoscopia

Per quanto concerne l'adesione il valore medio regionale (64,9%) è ampiamente superiore al valore medio nazionale per il 2007 (46,3%), al quale peraltro contribuisce, e in linea con lo standard desiderabile del Gruppo Italiano Screening ColoRettale²¹ (GISCoR) (>65%), che viene superato da 5 programmi.

Rispetto all'anno precedente il dato medio regionale è stabile. Va sottolineato che esso deriva dalla composizione di valori elevati nella maggior parte dei programmi, mentre i valori più bassi sono riportati soprattutto da quelli con minori volumi di lavoro (Aziende ULSS 10, 14) e quindi di difficile interpretazione. Le Aziende ULSS 10, 14, 17 e 18 non raggiungono lo standard minimo previsto per l'accreditamento regionale (>50%). L'analisi per età mostra un incremento dell'adesione al SOF con l'aumentare dell'età nei maschi, mentre nelle femmine si riscontra un'adesione più elevata nelle fasce intermedie (55-64 anni). Nel complesso l'adesione

al SOF è più elevata nelle femmine (67,2%) rispetto ai maschi (62,7%). Le differenze di adesione tra i sessi si riducono progressivamente con l'età, fino a scomparire nella fascia più anziana.

Screening Colonrettale 2007
Adesione corretta (%)



	Veneto	Italia
Invitati	268.770	2.584.833
Screenati	171.154	1.131.900
Adesione corretta (%)	64,9	46,3

L'adesione ai programmi RS di Padova e Verona è stata rispettivamente del 38% e 38,1%. Si tratta di un risultato più elevato rispetto agli altri programmi italiani che utilizzano la RS e ai dati di letteratura, tuttavia questi valori sono sensibilmente inferiori a quelli dei programmi SOF e non sono in linea con lo standard minimo per l'accreditamento regionale (>50%). Diversamente dai programmi SOF, l'adesione alla RS è decisamente superiore nei maschi (41,1%) rispetto alle femmine (35,3%). A Padova, dei 401 aderenti, il 69% ha scelto di venire sottoposto ad una colonscopia (CS).

Nella nostra Regione tra coloro che avevano già aderito ad un precedente invito l'adesione media è stata del 92,5%. Questo dato potrebbe essere in relazione con la capacità dei programmi di instaurare un rapporto di fiducia con le persone che aderiscono. L'adesione da parte di soggetti che non avevano aderito a inviti precedenti è stata del 22,4%. Esisterebbe

pertanto, come negli altri due screening, una quota di soggetti "refrattari" allo screening, o per lo meno non sensibili ad un invito standard.

Per facilitare una visione d'insieme dello screening coloretale in Veneto nel 2007, si riporta come nei precedenti casi una rappresentazione grafica dei più importanti indicatori di qualità.

Indicatori 2007 Screening Colonrettale	Aziende ULSS																		RV
	1	2	4	5	6	7	8	9	10	13	14	16 RS	17	18	20	20 RS	21	22	
Estensione	Orange	Dark Orange	Orange	Orange	Dark Orange	Light Orange	Dark Orange	Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Orange	Orange	Light Orange	Dark Orange
Adesione	Orange	Light Orange	Orange	Light Orange	Orange	Orange	Light Orange	Orange	Light Orange	Dark Orange	Orange	Dark Orange	Light Orange	Dark Orange	Light Orange	Dark Orange	Light Orange	Dark Orange	Orange
Positivi (primi esami)	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Dark Orange	Dark Orange	Orange	Dark Orange	Orange	Dark Orange	Light Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Light Orange
Adesione alla colonscopia (CS)	Dark Orange	Orange	Orange	Light Orange	Dark Orange	Orange	Orange	Dark Orange	Orange	Light Orange	Dark Orange	Orange	Dark Orange	Dark Orange	Light Orange	Orange	Dark Orange	Orange	Light Orange
CS complete	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Dark Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
DR AAR (primi esami)	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Dark Orange	Orange	Orange	Dark Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
VPP K	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Dark Orange	Orange	Orange	Dark Orange	Orange	Orange	Orange	Dark Orange	Orange	Orange	Orange
Tempo di attesa per CS	Dark Orange	Dark Orange	Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange	Dark Orange

Legenda

- valori superiori allo standard desiderabile
- valori accettabili, prossimi allo standard desiderabile
- valori appena al di sopra dell'accettabilità
- valori inferiori allo standard accettabile

Programmi che utilizzano la rettosigmoidoscopia (RS)

Complessivamente, circa il 90% delle persone sottoposte allo screening mediante RS appartengono al programma di Verona, che pertanto ha un peso relativo molto elevato sulle medie regionali. In tale contesto sono state classificate come complete l'84,4% delle RS. Si osserva una differenza tra i sessi, con un valore decisamente più elevato nei maschi (90,3%) rispetto alle femmine (77,5%). Sono state inviate ad approfondimento colonscopico il 18,7% delle persone screenate. Tale valore è molto più elevato che negli altri programmi italiani che utilizzano la RS, ed è dovuto all'estensione dell'indicazione a tutti soggetti con adenomi di

qualsiasi tipo istologico e dimensione o con uno o più polipi di almeno 5 mm, che rappresentano il 76% del totale. L'adesione agli approfondimenti è molto elevata (95,3%), con una maggiore prevalenza nei maschi. Questo valore è maggiore di quello dei programmi SOF, forse per una maggiore motivazione delle persone a sottoporsi ad un ulteriore accertamento in seguito ad una diagnosi endoscopica. In realtà questa motivazione è del tutto infondata, poiché il VPP della colonscopia per adenoma avanzato o carcinoma della RS positiva è molto inferiore a quello del SOF: 4,4% rispetto a 41,8%. Complessivamente le colonscopie complete sono state il 98,5% del totale, un valore ampiamente superiore allo standard desiderabile (>90%). I tassi di identificazione per adenomi alla RS sono stati del 18,1% nei maschi e dell'8,4% nelle femmine, entrambi in linea con gli standard desiderabili del GISCoR (>15% e >5%). I tassi di identificazione complessivi (lesioni distali e prossimali) sono invece stati del 3,7‰ per i carcinomi e del 44‰ per gli adenomi avanzati, con una frequenza maggiore nei maschi rispetto alle femmine per entrambi i tipi di lesione. Confrontando i tassi di identificazione della RS con quelli dei programmi SOF nella stessa fascia di età si osserva una maggiore sensibilità della RS per gli adenomi avanzati (*detection rates*, DR tre volte più elevata) ed una sostanziale uniformità per i carcinomi.

Distribuzione per stadio dei carcinomi <i>screen-detected</i> nel 2005 e nel 2006 e di una casistica di popolazione (Padova) in assenza di screening organizzati				
Stadio	2006: Primi esami (n=275)	2006: Esami successivi (n=39)	Screening 2005 (n=234)	Padova 2000-1 (n=609)
I	50,0%	67,0%	62,0%	12,0%
II	20,0%	9,0%	11,0%	32,0%
III - IV	1,0%	34,0%	21,0%	49,0%
Ignoto	13,0%	0,0%	6,0%	7,0%

Stadio I: T1 o T2, N0, M0; include gli adenomi cancerizzati trattati con sola resezione endoscopica;

Stadio II: T3 o T4, N0, M0;

Stadio III-IV: coinvolgimento linfonodale o metastasi a distanza.

Stadiazione e trattamento

Dei 314 carcinomi diagnosticati da tutti i programmi nel 2006, la stadiazione è stata riportata per 281 (89%). Va sottolineato che, nonostante la casistica di popolazione rilevata a Padova nel biennio 2000-2001 si riferisca a tutte le fasce d'età, i soggetti in età di screening mostravano una distribuzione peggiore rispetto ai casi insorti nei più anziani. Si noti che i casi di cui non è noto lo stadio nelle casistiche di popolazione tendono ad avere una prognosi simile a quelli in stadio III-IV, mentre gran parte di quelli delle casistiche di screening sono casi precoci.

Per quanto attiene al trattamento, questo si è verificato nel 95,6% degli adenomi avanzati, con quote molto elevate in tutti i programmi, e nel 15,8% dei carcinomi invasivi. In particolare quest'ultima percentuale sale al 30,1% nel sottogruppo di tumori identificati come adenomi cancerizzati. Nel complesso sembra delinearsi un approccio terapeutico conservativo alle lesioni *screen detected*, con l'intervento chirurgico limitato a pochi adenomi avanzati. È anche confortante osservare che un sesto dei carcinomi diagnosticati viene risolto senza un intervento chirurgico. L'aspetto della terapia va comunque approfondito, raccogliendo informazioni più dettagliate e attivare, come per gli altri screening, gruppi di lavoro degli specialisti coinvolti. Inoltre, è importante che le persone che aderiscono allo screening abbiano una risposta sufficientemente tempestiva, anche se il risultato è normale, e che l'approfondimento diagnostico per i positivi al test sia effettuato in tempi brevi. Complessivamente l'86,6% dei referti negativi sono stati inviati dai programmi SOF entro tre settimane dall'esecuzione dell'esame in laboratorio del campione fecale, un risultato che non soddisfa lo standard accettabile del GISCoR (>90% entro 21 giorni). Ancor più problematici sono i tempi per l'esecuzione degli approfondimenti, che sono stati eseguiti entro un mese dal SOF solo nel 36% dei casi, e oltre i due mesi nel 21% (gli standard del GISCoR richiedono l'esecuzione entro 30 giorni di almeno il 90% degli approfondimenti).

3.3 Tutela della Salute Mentale

Nell'osservare le dinamiche che riguardano la Tutela della Salute Mentale bisogna tener conto del fatto che una certa parte di persone con disagio psichico non chiedono aiuto ai servizi specialistici: in parte vengono trattate nella medicina di base o in ambito privato ed in parte rimangono fuori dal sistema sanitario. La percentuale di persone con disagio psichico che non arrivano ai servizi è diversa a seconda delle patologie. Possiamo infatti aspettarci che per la schizofrenia questa percentuale sia piuttosto ridotta mentre sia elevata per i disturbi affettivi ed ansiosi. Naturalmente, la prevalenza e l'incidenza trattate dai servizi, dipendono in parte dalla presenza di disturbi nella popolazione generale ed in parte dall'offerta di servizi e dalla loro qualità. Offerta, qualità ed accessibilità determinano la capacità di attrazione dei servizi psichiatrici e la loro possibilità di rispondere in maniera adeguata ai bisogni. Il primo elemento da considerare da questo punto di vista è l'aspetto strutturale. La distribuzione delle strutture territoriali psichiatriche sul totale delle 337 strutture si caratterizza per un 73% di strutture a gestione diretta delle Aziende ULSS. La gestione delle strutture "ambulatoriali" è per la quasi totalità della struttura pubblica, mentre la presenza del privato convenzionato si concentra sulle strutture residenziali (37%) e sulle strutture semiresidenziali (31%).

Per quanto concerne la dotazione di personale dei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Veneto è stata effettuata una rilevazione sistematica mediante la compilazione di una scheda per ciascuna Unità Operativa Autonoma (UOA) in cui si articola il DSM di ciascuna Azienda ULSS, facendo riferimento al personale in servizio al 31 dicembre 2007. Le figure professionali prese in considerazione sono state le seguenti: Medici; Psicologi; Infermieri; Assistenti sociali; Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica; Educatori professionali; Operatori Tecnici Addetti all'Assistenza (OTA)/Operatori Socio Sanitari (OSS); Amministrativi; con l'aggiunta di una categoria finale denominata "Altro" da specificare. La rilevazione ha distinto il personale in tre gruppi: i "Dipendenti ULSS", i "Convenzionati e assimilati ULSS" e i "Convenzionati e assimilati Privato sociale". Tale suddivisione corrisponde alle seguenti definizioni:

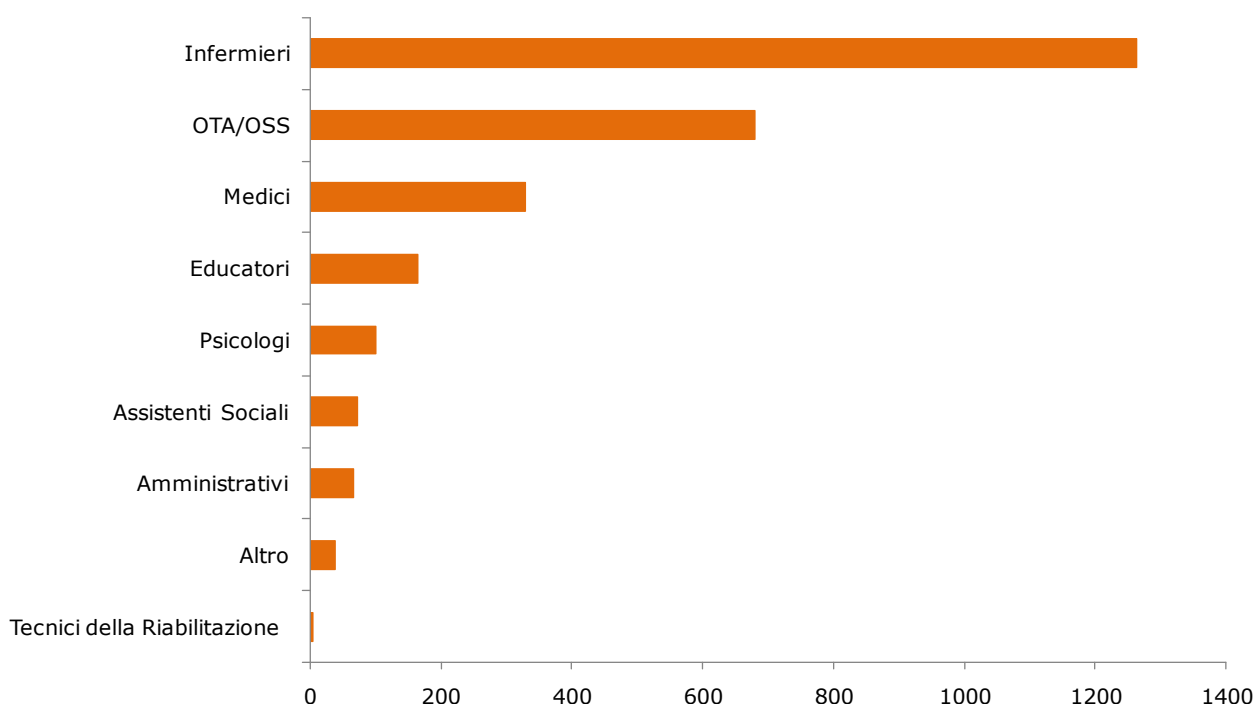
- per "Dipendenti ULSS" si intende tutto il personale dipendente dell'Azienda ULSS, in servizio al 31 dicembre 2007 all'interno dell'UOA, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, incluso anche quello assente per congedo ordinario, malattia o in aspettativa;
- per "Convenzionati e assimilati ULSS" si intende tutto il personale, in servizio al 31 dicembre 2007 all'interno dell'UOA, con qualsiasi forma di convenzione stipulata direttamente con l'Azienda ULSS, esclusi supervisor e formatori;
- per "Convenzionati e assimilati privato sociale" si intende tutto il personale dipendente da strutture private accreditate, in servizio al 31 dicembre 2007 all'interno dell'UOA.

Considerato il numero esiguo degli operatori "convenzionati" nell'elaborazione dei dati le due ultime categorie ("Convenzionati e assimilati ULSS" e "Convenzionati e assimilati Privato sociale") sono state raggruppate. Inoltre, la rilevazione ha distinto tra "operatori complessivi" e "operatori equivalenti": a) gli "operatori complessivi" includono tutti gli operatori che operano presso l'UOA indipendentemente dal numero di ore prestate; b) gli "operatori equivalenti" si calcolano dividendo il monte-ore complessivo settimanale degli operatori dell'UOA per 38 nel caso di medici e psicologi e per 36 nel caso degli altri operatori, arrotondando la cifra a un decimale.

Azienda ULSS	Struttura territoriale (Veneto: dati per l'anno 2006)									Totale		
	Residenziale			Semiresidenziale			Altro tipo					
	Gestione		Totale	Gestione		Totale	Gestione		Totale	Gestione		Totale
	Diretta ULSS	Non diretta		Diretta ULSS	Non diretta		Diretta ULSS	Non diretta		Diretta ULSS	Non diretta	
101	4	1	5	4	0	4	4	0	4	12	1	13
102	3	4	7	5	0	5	6	0	6	14	4	18
103	1		1	2	0	2	4	0	4	7	0	7
104	2	1	3	3	0	3	2	0	2	7	1	8
105	19	4	23	4	2	6	4	0	4	27	6	33
106	11	4	15	5	2	7	3	0	3	19	6	25
107	0	7	7	1	2	3	3	0	3	4	9	13
108	1	2	3	2	5	7	6	0	6	9	7	16
109	3	1	4	4	0	4	0	0	0	7	1	8
110	2	1	3	5	0	5	5	0	5	12	1	13
112	9	1	10	1	0	1	5	0	5	15	1	16
113	2	2	4	6	0	6	0	0	0	8	2	10
114	0		0	0	0	0	3	0	3	3	0	3
115	2	2	4	4	2	6	2	0	2	8	4	12
116	14	3	17	9	6	15	8	0	8	31	9	40
117	2	1	3	2	0	2	4	0	4	8	1	9
118	5		5	3	1	4	2	0	2	10	1	11
119	0	1	1	0	0	0	2	0	2	2	1	3
120	11	16	27	5	11	16	4	2	6	20	29	49
121	1		1	9	2	11	5	0	5	15	2	17
122	3	4	7	3	1	4	2	0	2	8	5	13
Veneto	95	55	150	77	34	111	74	2	76	246	91	337

Al 31 dicembre 2007 risultavano operare presso i 21 Dipartimenti Salute Mentale del Veneto 2.981 operatori complessivi (ovvero 2.744 operatori equivalenti), dei quali quasi l'80% (2.288 operatori complessivi, ovvero 2.174 operatori equivalenti) sono dipendenti ULSS. La figura professionale maggiormente rappresentata è quella dell'infermiere (47%), seguita dagli OTA/OSS (24%), dai medici (13%), dagli educatori (6%), dagli psicologi (3%) e dagli assistenti sociali (3%).

Operatori equivalenti dei Dipartimenti di Salute Mentale al 31.12 2007



Il rapporto tra operatori e popolazione residente distinto per Azienda ULSS, che in base ai Progetti obiettivo nazionale e regionale dovrebbe essere di un operatore ogni 1.500 abitanti, si assesta sul valore di 0,94 per gli operatori complessivi e di 0,86 per gli operatori equivalenti. Va comunque precisato che vanno raccolte informazioni ulteriori e più dettagliate sul personale dei servizi del privato sociale e del privato "for profit" che operano nel settore della salute mentale: queste ulteriori informazioni probabilmente ridurrebbero il gap che pare esistere rispetto all'attuale standard di 1 operatore ogni 1.500 abitanti. Bisogna inoltre considerare che l'archivio da cui sono stati estratti i dati è da considerarsi ancora provvisorio essendo tuttora in corso le operazioni di validazione dei dati da parte delle Aziende ULSS; di conseguenza i dati presentati potranno, in seguito, subire variazioni. La popolazione di riferimento considerata è la popolazione residente al 1 gennaio 2007, di fonte ISTAT.

Operatori complessivi ed operatori equivalenti per 1.500 abitanti per DSM. Situazione al 31 dicembre 2007.

Dipartimenti di Salute Mentale	Operatori complessivi per 1.500 abitanti	Operatori equivalenti per 1.500 abitanti	Popolazione
Azienda ULSS 1 Belluno	1,34	1,19	128.987
Azienda ULSS 2 Feltre	1,08	1,03	83.298
Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa	0,81	0,73	174.751
Azienda ULSS 4 Alto Vicentino	0,52	0,54	183.554
Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino	0,94	0,93	176.479
Azienda ULSS 6 Vicenza	0,92	0,87	309.599
Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo	0,55	0,54	214.532
Azienda ULSS 8 Asolo	1,21	1,15	242.302
Azienda ULSS 9 Treviso	1,09	0,97	400.870
Azienda ULSS 10 Veneto Orientale	1,28	1,2	208.781
Azienda ULSS 12 Veneziana	1,08	0,94	303.228
Azienda ULSS 13 Mirano Dolo	0,58	0,54	255.440
Azienda ULSS 14 Chioggia	0,65	0,65	132.282
Azienda ULSS 15 Cittadella	0,81	0,76	241.225
Azienda ULSS 16 Padova	1,19	1,04	410.412
Azienda ULSS 17 Este	0,77	0,63	182.323
Azienda ULSS 18 Rovigo	0,98	0,98	172.735
Azienda ULSS 19 Adria	0,82	0,8	74.710
Azienda ULSS 20 Verona	0,99	0,88	457.045
Azienda ULSS 21 Legnago	0,79	0,66	148.944
Azienda ULSS 22 Bussolengo	0,82	0,82	272.418
Totale	0,94	0,86	4.773.915

Operatori complessivi per DSM. Dipendenti ULSS. Situazione al 31 dicembre 2007

ULSS	Medici	Psicologi	Infermieri	A.ss. Soc.	Tec. Riab.	Educatori	OTA/OSS	Amm.vi	Altro	Totale
101	13	3	44	3	0	7	16	2	3	91
102	5	1	35	1	0	5	6	2	3	58
103	9	2	31	2	0	1	5	4	0	54
104	14	1	35	2	0	1	7	1	1	62
105	11	2	39	5	0	2	39	0	1	99
106	21	4	99	3	0	9	47	4	0	187
107	14	4	29	4	0	5	19	3	0	78
108	14	3	37	3	0	7	20	2	1	87
109	23	5	109	5	0	12	40	6	4	204
110	21	5	79	3	1	6	27	2	3	147
112	31	4	107	8	0	8	30	8	1	197
113	14	4	57	1	0	1	14	0	0	91
114	6	1	19	2	0	2	9	0	0	39
115	21	5	64	2	0	2	13	3	0	110
116	38	4	155	12	0	12	10	11	1	243
117	13	3	50	1	0	10	15	1	0	93
118	14	2	78	2	0	5	7	2	0	110
119	6	2	21	1	0	2	0	1	0	33
120	26	5	87	4	0	5	20	8	6	161
121	10	1	33	2	0	3	2	1	0	52
122	17	1	50	3	0	0	17	0	4	92
RV	341	62	1.258	69	1	105	363	61	28	2.288

Operatori equivalenti per DSM. Dipendenti ULSS. Situazione al 31 dicembre 2007

ULSS	Medici	Psicologi	Infermieri	A.ss. Soc.	Tec. Riab.	Educatori	OTA/OSS	Amm.vi	Altro	Totale
101	13,0	2,5	40,0	2,5	0,0	6,0	13,8	2,0	2,5	82,3
102	5,0	1,0	34,7	1,0	0,0	4,2	5,7	2,0	2,8	56,3
103	8,4	2,0	26,2	2,0	0,0	1,0	4,3	2,3	0,0	46,3
104	13,7	0,7	33,3	2,0	0,0	1,0	7,0	1,0	1,0	59,7
105	11,0	2,0	38,0	5,0	0,0	2,0	38,8	0,0	1,0	97,8
106	20,7	3,5	93,6	3,0	0,0	8,7	45,5	3,2	0,0	178,2
107	14,0	4,0	28,0	3,5	0,0	5,0	18,5	2,8	0,0	75,8
108	14,0	3,0	37,0	3,0	0,0	7,0	20,0	2,0	1,0	87,0
109	21,8	4,6	104,5	4,5	0,0	11,3	38,0	5,5	0,5	190,7
110	19,6	4,7	77,3	3,0	1,0	6,0	26,7	2,0	3,0	143,4
112	30,5	4,0	101,0	8,0	0,0	8,0	29,0	7,5	1,0	189,0
113	13,7	3,6	55,7	0,5	0,0	0,7	12,7	0,0	0,0	86,9
114	6,0	1,0	19,0	2,0	0,0	2,0	9,0	0,0	0,0	39,0
115	20,7	5,0	57,8	2,0	0,0	2,0	13,0	3,0	0,0	103,4
116	34,5	4,0	142,5	10,8	0,0	10,6	10,0	10,5	1,0	223,8
117	12,5	3,0	49,6	1,0	0,0	8,9	1,5	0,5	0,0	76,9
118	13,7	2,0	77,7	2,0	0,0	5,0	7,0	2,0	0,0	109,4
119	6,0	2,0	21,0	1,0	0,0	1,7	0,0	1,0	0,0	32,7
120	26,0	5,0	84,1	4,0	0,0	5,0	19,7	7,0	5,7	156,5
121	9,7	0,7	30,0	2,0	0,0	2,0	2,0	0,7	0,0	47,1
122	17,0	1,0	50,0	3,0	0,0	0,0	17,0	0,0	4,0	92,0
RV	331,5	59,3	1201,0	65,8	1,0	98,1	339,2	55,0	23,5	2174,2

Operatori complessivi. Convenzionati e assimilati ULSS e privato sociale. Situazione al 31 dicembre 2007.

ULSS	Medici	Psicologi	Infermieri	A.ss. Soc.	Tec. Riab.	Educatori	OTA/OSS	Amm.vi	Altro	Totale
101	0	2	0	0	0	4	18	0	0	24
102	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
103	0	7	8	1	0	0	21	1	1	39
104	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
105	0	6	0	0	0	4	2	0	0	12
106	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
107	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
108	1	1	7	1	4	14	74	1	6	109
109	3	7	4	0	0	7	66	0	0	87
110	0	1	0	0	0	11	19	0	0	31
112	0	0	0	0	0	0	0	0	21	21
113	0	2	1	0	0	2	0	2	0	7
114	2	1	5	0	0	3	7	0	0	18
115	0	1	0	0	0	3	17	0	0	21
116	2	7	9	1	0	23	32	0	8	82
117	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
118	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3
119	0	1	0	0	0	0	7	0	0	8
120	16	12	29	4	1	6	59	9	4	140
121	0	2	0	0	0	5	11	0	8	26
122	0	5	4	0	1	4	39	1	3	57
RV	25	58	69	8	6	88	373	14	51	692

Operatori equivalenti. Convenzionati e assimilati ULSS e privato sociale. Situazione al 31 dicembre 2007.

ULSS	Medici	Psicologi	Infermieri	A.ss. Soc.	Tec. Riab.	Educatori	OTA/OSS	Amm.vi	Altro	Totale
101	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	4,0	14,4	0,0	0,0	20,4
102	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
103	0,0	6,5	6,1	1,0	0,0	0,0	19,8	0,8	0,7	34,9
104	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
105	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	4,0	2,0	0,0	0,0	11,0
106	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	2,0
107	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
108	0,4	1,3	7,0	0,2	1,5	12,2	73,0	0,5	3,6	99,7
109	2,8	2,5	4,1	0,0	0,0	4,6	54,4	0,0	0,0	68,4
110	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	6,4	17,1	0,0	0,0	24,3
112	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	1,9
113	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,6	0,0	1,8	0,0	5,4
114	2,0	1,0	5,0	0,0	0,0	3,0	7,0	0,0	0,0	18,0
115	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	2,0	15,5	0,0	0,0	18,5
116	2,0	1,8	9,0	1,0	0,0	13,7	31,7	0,0	0,6	59,8
117	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
118	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0
119	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	6,6	0,0	0,0	7,4
120	10,0	7,7	26,2	3,3	0,5	5,2	49,9	6,8	3,0	112,6
121	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	5,0	10,0	0,0	1,7	18,5
122	0,0	5,0	4,0	0,0	1,0	4,0	39,0	1,0	3,0	57,0
Veneto	18,2	40,5	63,5	6,5	3,0	67,7	341,4	10,9	14,5	566,2

Operatori complessivi. Totale generale. Situazione al 31 dicembre 2007.

ULSS	Medici	Psicologi	Infermieri	A.ss. Soc.	Tec. Riab.	Educatori	OTA/OSS	Amm.vi	Altro	Totale
101	13	5	44	3	0	11	34	2	3	115
102	5	1	37	1	0	5	6	2	3	60
103	9	9	39	3	0	22	6	5	1	94
104	14	3	35	2	0	1	7	1	1	64
105	11	8	39	5	0	6	41	0	1	111
106	21	4	99	3	0	11	47	4	0	189
107	15	4	29	4	0	5	19	3	0	79
108	15	4	44	4	4	21	94	3	7	196
109	26	12	113	5	0	19	106	6	4	291
110	21	6	79	3	1	17	46	2	3	178
112	31	4	107	8	0	8	30	8	22	218
113	14	6	58	1	0	3	14	2	0	98
114	8	2	24	2	0	5	16	0	0	57
115	21	6	64	2	0	5	30	3	0	131
116	40	11	164	13	0	35	42	11	9	325
117	13	3	50	1	0	10	15	1	0	93
118	14	3	78	3	0	5	8	2	0	113
119	6	3	21	1	0	2	7	1	0	41
120	42	17	116	8	1	11	79	17	10	301
121	10	3	33	2	0	8	13	1	8	78
122	17	6	54	3	1	4	56	1	7	149
RV	366	120	1.327	77	7	214	716	75	79	2.981

Operatori equivalenti. Totale generale. Situazione al 31 dicembre 2007.

ULSS	Medici	Psicologi	Infermieri	A.ss. Soc.	Tec. Riab.	Educatori	OTA/OSS	Amm.vi	Altro	Totale
101	13,0	4,5	40,0	2,5	0,0	10,0	28,2	2,0	2,5	102,7
102	5,0	1,0	35,8	1,0	0,0	4,2	5,7	2,0	2,8	57,5
103	8,4	8,5	32,3	3,0	0,0	1,0	25,4	2,8	3,5	84,9
104	13,7	2,1	33,3	2,0	0,0	1,0	7,0	1,0	1,0	61,1
105	11,0	7,0	38,0	5,0	0,0	6,0	40,8	0,0	1,0	108,8
106	20,7	3,5	93,6	3,0	0,0	10,7	45,5	3,2	0,0	180,2
107	15,0	4,0	28,0	3,5	0,0	5,0	18,5	2,8	0,0	76,8
108	14,4	4,3	44,0	3,2	1,5	19,2	93,0	2,5	4,6	186,7
109	24,6	7,1	108,6	4,5	0,0	15,9	92,4	5,5	0,5	259,1
110	19,6	5,5	77,3	3,0	1,0	12,4	43,8	2,0	3,0	167,6
112	30,5	4,0	101,0	8,0	0,0	8,0	29,0	7,5	2,9	190,9
113	13,7	4,6	56,7	0,5	0,0	2,3	12,7	1,8	0,0	92,3
114	8,0	2,0	24,0	2,0	0,0	5,0	16,0	0,0	0,0	57,0
115	20,7	6,0	57,8	2,0	0,0	3,8	28,5	3,0	0,0	121,8
116	36,5	5,8	151,5	11,8	0,0	24,3	41,7	10,5	1,6	283,7
117	12,5	3,0	49,6	1,0	0,0	8,9	1,5	0,5	0,0	77,0
118	13,7	3,0	77,7	3,0	0,0	5,0	8,0	2,0	0,0	112,4
119	6,0	2,8	21,0	1,0	0,0	1,7	6,6	1,0	0,0	40,1
120	36,0	12,7	110,3	7,3	0,5	10,2	69,6	13,9	8,7	269,2
121	9,7	2,5	30,0	2,0	0,0	7,0	12,0	0,7	1,7	65,6
122	17,0	6,0	54,0	3,0	1,0	4,0	56,0	1,0	7,0	149,0
RV	349,7	99,9	1.264,5	72,3	4,0	165,6	681,9	65,7	40,8	2.744,4

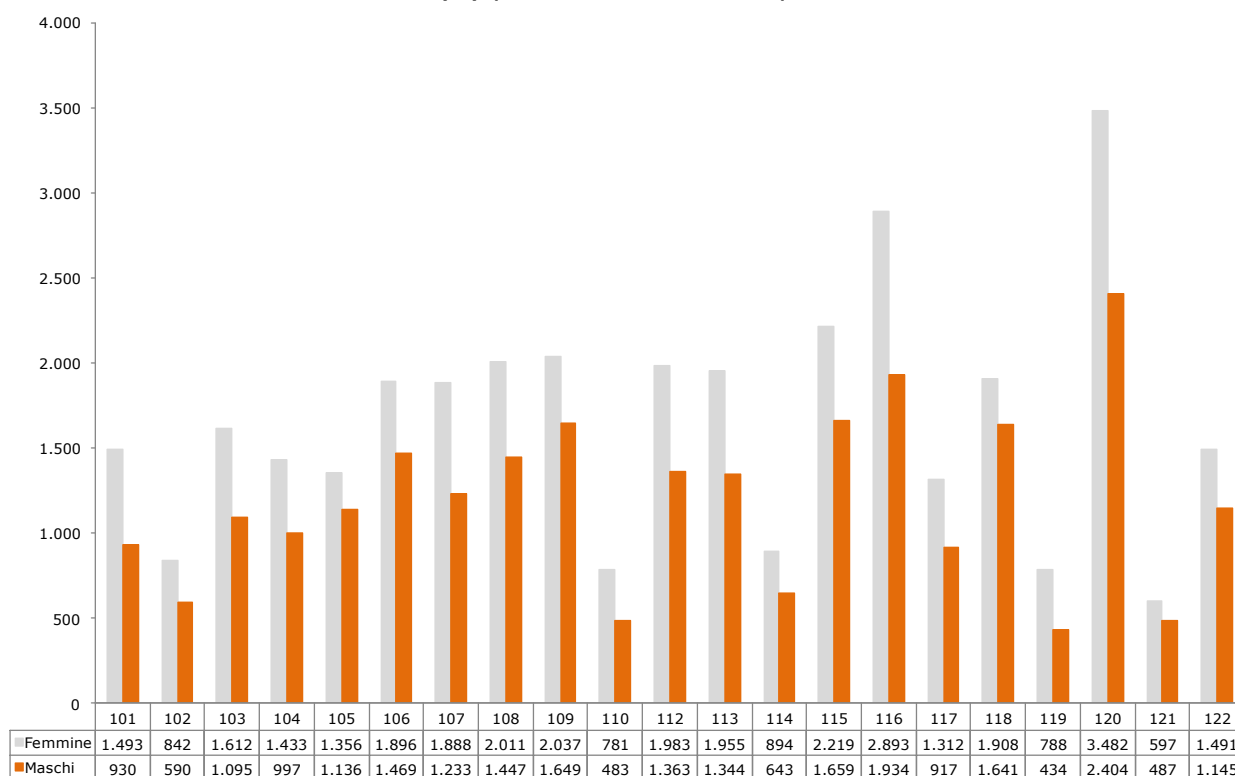
Per analizzare le attività territoriali attinenti la Tutela della Salute Mentale sono stati utilizzati i raggruppamenti di diagnosi che comprendono i codici presenti nel *Capitolo V - Disturbi Psicici* della classificazione ICD9-CM (codici 290-319). Inoltre per i cinque gruppi di diagnosi psichiatriche più frequenti si sono considerati ulteriori sottogruppi diagnostici. I raggruppamenti e i sottogruppi di diagnosi sono i seguenti:

Gruppi	ICD9-CM
01 - Schizofrenia e disturbi correlati	295, 297, 298.1-298.9, 299
02 - Disturbi affettivi	296, 298.0, 300.4, 301.11, 301.13, 309.0, 309.1, 311
03 - Ansia, disturbi somatoformi e della personalità	300.0-300.3, 300.5-300.7, 300.81, 301.0, 301.10, 301.12, 301.2-301.9, 307.4-307.45, 307.47-307.49, 307.8-307.9, 308, 309.81, 312.3-312.39, 312.81-312.89
04 - Abuso di alcool e tossicodipendenza	291, 292, 303, 304, 305
05 - Disturbi mentali organici e senili	290, 293, 294, 310
06 - Ritardo mentale	317, 318, 319
07 - Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza	309.21, 312.0-312.23, 312.4, 312.8, 312.9, 313.0, 313.21, 314
08 - Altri disturbi psichici	Tutti gli altri codici del capitolo disturbi psichici

Gruppi	Sottogruppi	ICD9-CM
01 - Schizofrenia e disturbi correlati	01A - Psicosi schizofreniche	295
	01B - Stati paranoidi	297
	01C - Altre e non specificate psicosi	Tutti i rimanenti del gruppo
02 - Disturbi affettivi	02A - Mania	296.0-296.1
	02B - Depressione maggiore	296.2-296.3
	02C - Sindrome bipolare	296.4-296.7
	02D - Psicosi nevrotica	300.04.00
	02E - Reazione depressiva	309.0-309.1
	02F - Altri disturbi affettivi	Tutti i rimanenti del gruppo
03 - Ansia, disturbi somatoformi e della personalità	03A - Stati d'ansia	300.00.00
	03B - Sindromi fobiche	300.02.00
	03C - Sindrome ossessiva-compulsiva	300.03.00
	03D - Ipocondria	300.07.00
	03E - Disturbi di personalità	301
	03F - Reazione acuta allo stress	308
	03G - Altri disturbi psichici	Tutti i rimanenti del gruppo
05 - Disturbi mentali organici e senili	05A - Demenza senile, presenile o arteriosclerotica	290.0-290.4
	05B - Altri disturbi mentali organici e senili	Tutti i rimanenti del gruppo
08 - Altri disturbi psichici	08A - Altri e non specificati disturbi nevrotici	300.89, 300.9
	08B - Disfunzioni fisiche originate da fattori psichici	306
	08C - Anoressia nervosa	307.01.00
	08D - Bulimia	307.51.00
	08E - Altri disturbi psichici	Tutti i rimanenti del gruppo

I pazienti trattati sono i soggetti con una cartella attiva, ovvero con almeno una prestazione nel 2007. Gli indicatori sui pazienti trattati sono espressi sia in valore assoluto che in rapporto alla popolazione residente (prevalenza trattata). Per l’Azienda ULSS 10, il cui archivio non è completo, la prevalenza è stata stimata. I pazienti trattati nel Veneto sono circa 60 mila, 13 per mille abitanti. Tale valore non corrisponde alla somma dei pazienti trattati nelle singole Aziende ULSS perché nel corso dell’anno uno stesso paziente può essere in cura presso diverse Aziende ULSS. Il numero dei pazienti trattati in ciascuna Azienda ULSS varia da mille a 6 mila. Rapportando tale parametro al numero di residenti in ciascuna Azienda ULSS si osserva comunque una forte variabilità della prevalenza trattata il cui valore massimo è quasi il triplo del minimo. La prevalenza trattata specifica per classe di età aumenta progressivamente fino a un massimo di 17 utenti per 1.000 abitanti intorno a 50 anni. Il ricorso ai servizi territoriali risulta maggiore nelle femmine in ciascuna fascia di età.

Prevalenza assoluta (N) per Azienda ULSS e per sesso. Anno 2007.



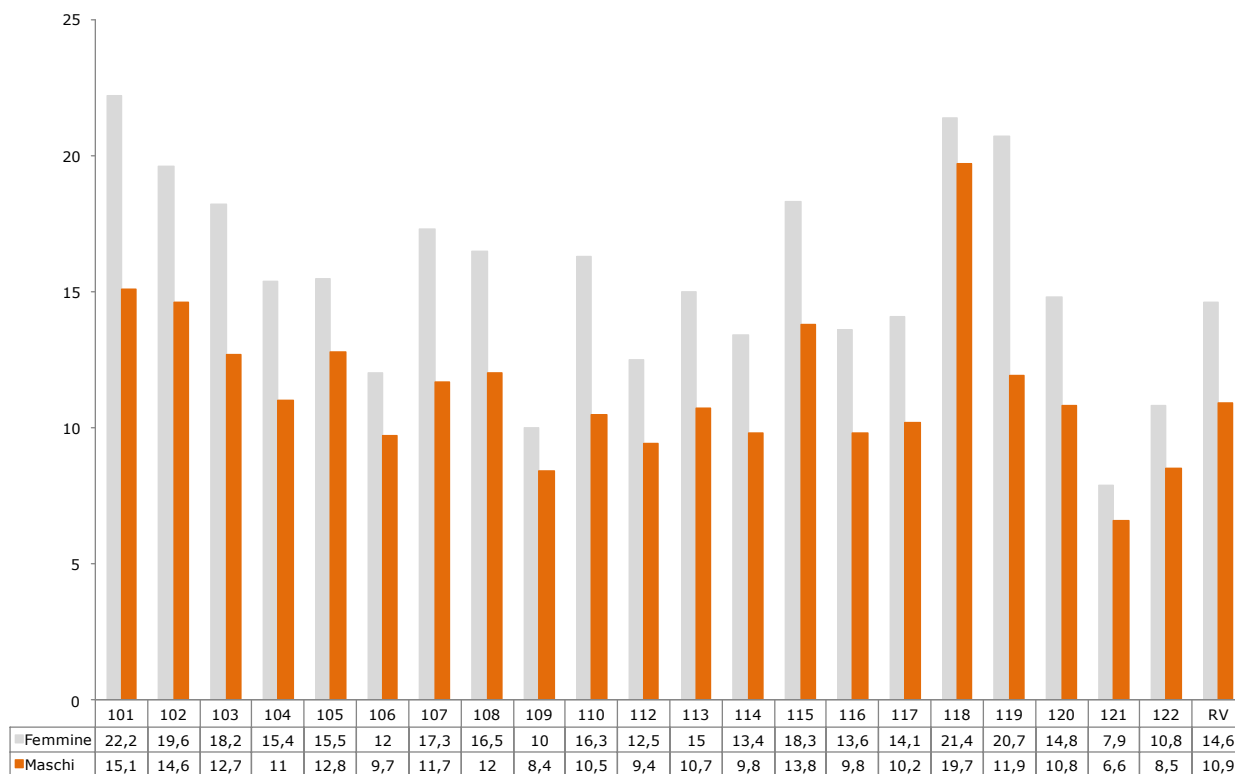
Ogni 5 pazienti trattati, 3 sono femmine. I disturbi mentali trattati presso i servizi territoriali appartengono prevalentemente alla categoria dei disturbi affettivi, seguiti nell’ordine dalle psicosi schizofreniche e dai disturbi d’ansia e della personalità. Con l’età aumenta progressivamente la quota di popolazione in trattamento per disturbi affettivi, mentre per il gruppo “ansia, disturbi somatoformi e della personalità” tende a ridursi. La prevalenza di

pazienti con schizofrenia e disturbi correlati si mantiene elevata dai 30 ai 70 anni con valori superiori a 3 per mille. Circa il 40 per cento dei pazienti è stato segnalato ai servizi di psichiatria territoriale dal proprio medico di base. Negli altri casi si tratta soprattutto di richiesta del paziente medesimo o di autoinvio da parte dell'equipe curante. Ogni 6 processi di cura, quasi 3 si chiudono in modo concordato con il paziente, 1 in modo non concordato con il paziente e 2 per risoluzione clinica.

Prevalenza assoluta (N) e per 1.000 abitanti (P) per Azienda ULSS e per età. Anno 2007.																
ULSS	0-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		>=75		Totale	
	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P
101	113	4,1	280	17,4	511	24,5	509	28,0	400	22,7	333	23,1	269	18,7	2.423	18,8
102	59	3,3	168	15,7	301	22,6	258	21,9	232	21,2	222	24,6	190	19,9	1.432	17,2
103	152	3,4	312	12,6	521	17,4	453	19,3	337	16,6	353	21,4	560	38,0	2.707	15,5
104	119	2,6	337	13,2	552	17,1	498	20,5	411	18,7	300	16,1	208	13,4	2.430	13,2
105	143	3,1	320	12,2	533	17,3	464	19,7	411	20,3	317	19,2	303	22,0	2.492	14,1
106	138	1,8	443	10,1	818	14,7	687	16,5	533	14,6	427	14,3	318	12,1	3.365	10,9
107	167	3,4	436	14,9	641	17,5	601	20,4	486	18,9	462	20,9	328	15,2	3.121	14,5
108	364	5,7	480	13,3	705	16,7	591	17,9	498	18,3	414	19,5	406	21,2	3.458	14,3
109	204	2,1	597	10,3	876	12,1	735	13,3	558	11,8	459	12,0	255	7,4	3.686	9,2
110	54	2,6	158	11,9	247	15,3	232	17,2	201	17,3	202	20,5	170	20,0	1.264	13,5
112	133	2,3	433	11,9	698	14,2	695	16,4	662	15,7	422	11,0	247	6,8	3.358	11,1
113	158	2,8	493	13,4	706	15,0	640	17,6	553	17,0	457	17,6	291	14,7	3.299	12,9
114	76	2,5	236	12,3	349	15,1	276	14,6	247	14,8	200	14,7	153	14,1	1.537	11,6
115	243	3,9	582	15,9	850	19,4	766	23,8	543	20,4	499	23,3	392	21,2	3.878	16,1
116	323	3,7	747	13,5	1.020	14,2	913	15,6	721	13,9	591	13,2	511	13,1	4.827	11,8
117	155	3,8	330	13,2	481	15,4	409	15,7	308	14,0	249	13,2	282	15,5	2.229	12,2
118	227	6,6	418	17,7	603	21,7	566	21,6	488	22,2	518	27,3	728	36,4	3.549	20,5
119	44	2,9	106	10,4	159	13,3	113	10,0	91	9,7	129	14,6	197	24,6	1.222	16,4
120	360	3,3	815	12,8	1.283	16,5	1.154	18,7	898	16,2	736	15,3	640	14,3	5.887	12,8
121	65	1,9	175	8,0	265	10,7	200	9,8	173	9,8	125	8,2	81	5,6	1.084	7,3
122	137	2,0	372	9,1	643	13,1	518	14,2	431	13,6	306	12,2	228	10,7	2.636	9,7
Veneto	3.393	3,1	8.165	12,5	12.657	15,7	11.214	17,4	9.137	16,1	7.689	16,2	6.740	15,7	59.505	12,8

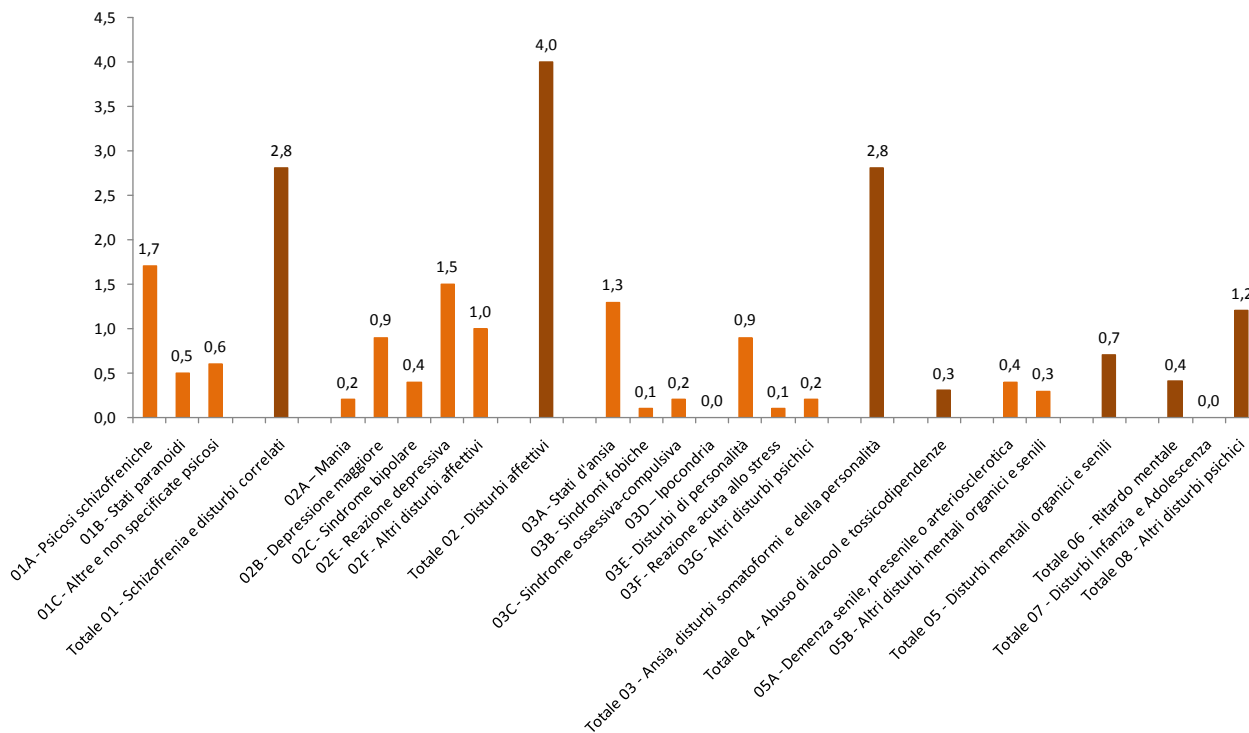
I totali per riga sono comprensivi dei casi con età errata/mancante.

Prevalenza per mille abitanti (P) per Azienda ULSS e sesso. Anno 2007.

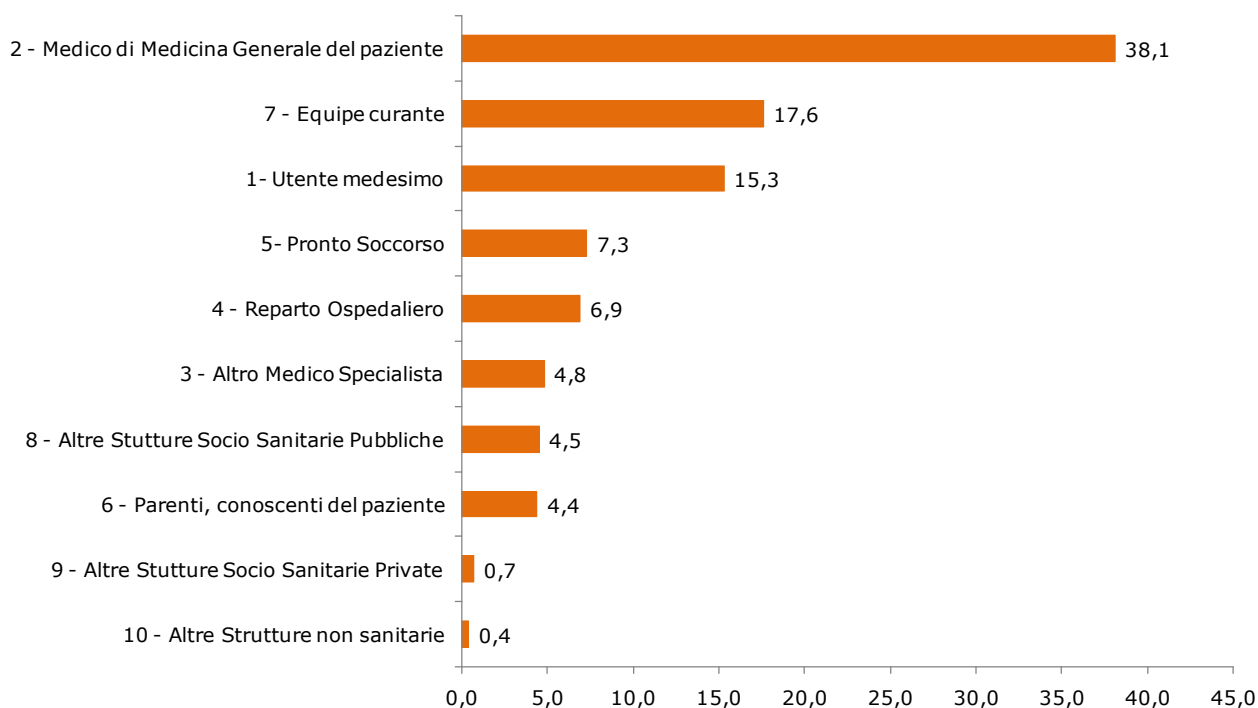


206

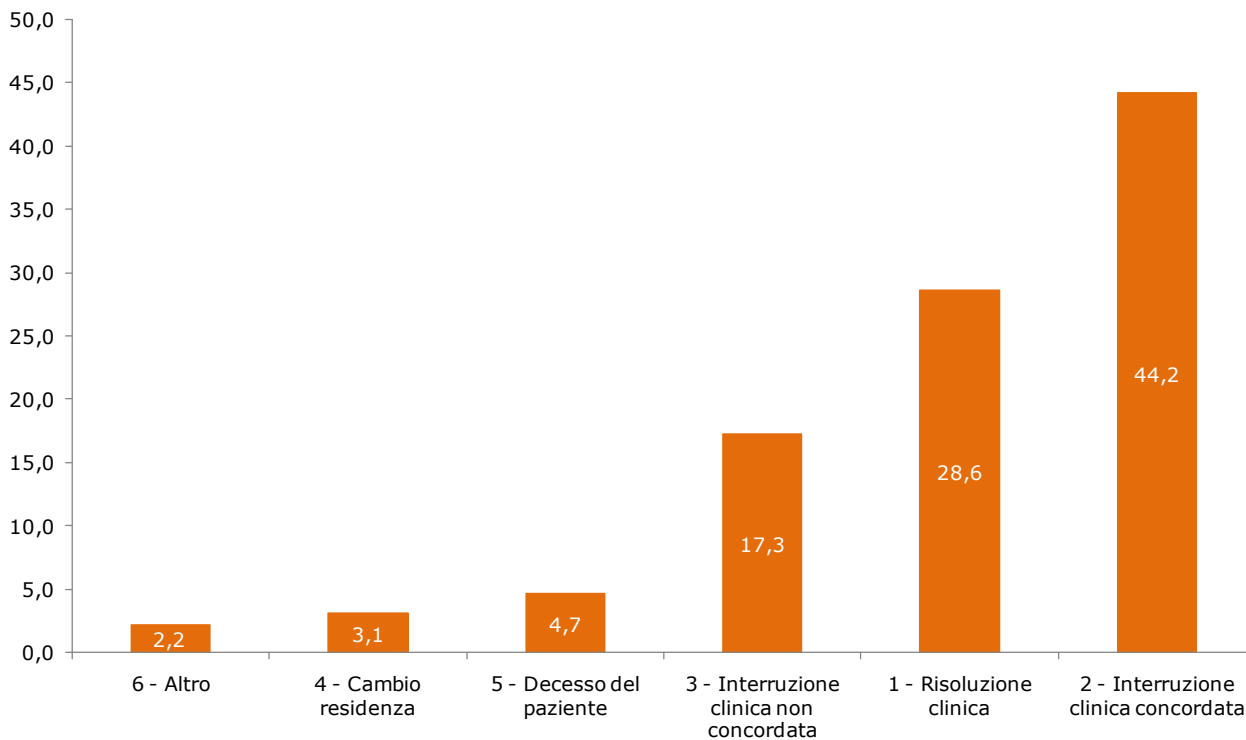
Prevalenza per mille abitanti per gruppi e particolari sottogruppi di patologie. Anno 2007.



Percentuale cartelle attive per richiedente la prima prestazione.
Veneto Anno 2007



Percentuale cartelle per modalità di risoluzione del rapporto di cura.
Veneto anno 2007



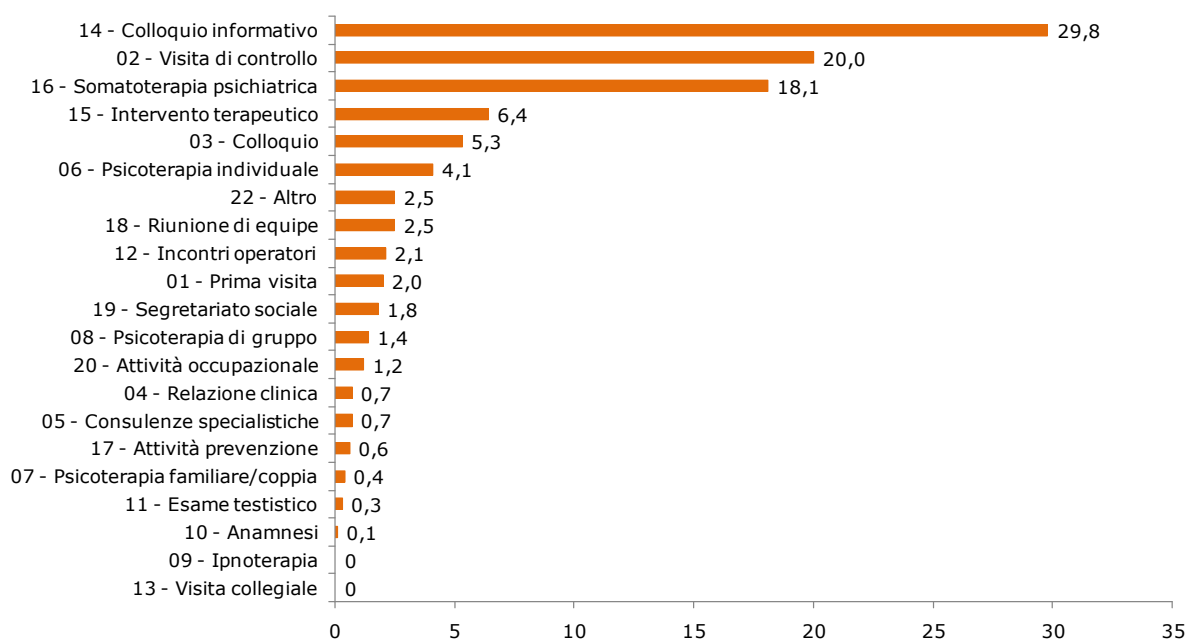
Nell'analisi delle prestazioni sono state escluse le giornate di presenza in strutture residenziali e semi-residenziali. Inoltre, la somatoterapia psichiatrica non è stata conteggiata se erogata insieme alla giornata di presenza, come indicato dal disciplinare tecnico del flusso APT (flusso informativo regionale Assistenza Psichiatrica Territoriale). Infine, sono stati tenuti in debito conto alcuni problemi di qualità dei dati tuttora presenti. Con queste avvertenze, il numero complessivo di prestazioni erogate è estremamente difforme tra le Aziende ULSS variando addirittura di un fattore 20. Ovviamente tali differenze dipendono dal volume dell'utenza trattata e dal tipo di strutture presenti sul territorio delle Aziende ULSS.

CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGATE
01 - Prima visita
02 - Visita specialistica di controllo
03 - Colloquio psichiatrico o colloquio psicologico clinico
04 - Relazione clinica
05 - Consulenza specialistica
06 - Psicoterapia individuale
07 - Psicoterapia della famiglia e/o di coppia
08 - Psicoterapia di gruppo
09 - Ipnoterapia
10 - Anamnesi e/o valutazione breve
11 - Esame testistico
12 - Incontri operativi multiprofessionali
13 - Visita collegiale
14 - Colloquio informativo e di sostegno
15 - Intervento terapeutico riabilitativo strutturato (in protocollo)
16 - Somatoterapia psichiatrica
17 - Attività strutturata di prevenzione e tutela della salute mentale
18 - Riunioni di equipe o tra operatori
19 - Segretariato sociale
20 - Attività educativo-occupazionale
21 - Giornata di presenza in struttura residenziale e/o semiresidenziale (esclusa dalle elaborazioni rappresentate)
22 - Altro

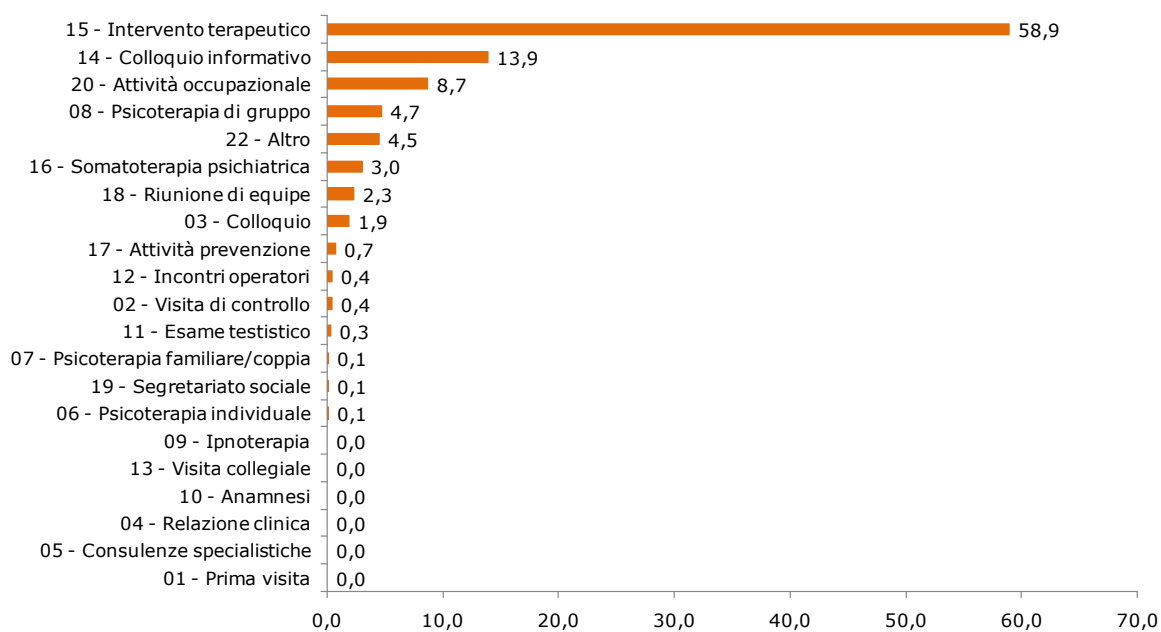
Per i centri di salute mentale, la prestazione più frequente è il colloquio di informazione e sostegno (30%), seguita dalla visita di controllo (20%) e dalla somatoterapia psichiatrica (18%). Per quanto riguarda le strutture semi-residenziali e residenziali, il profilo di trattamento è invece caratterizzato dagli interventi terapeutico-riabilitativi (59% e 42%, rispettivamente). Per quanto concerne i profili di prestazioni associabili a specifici gruppi di diagnosi, il colloquio informativo rappresenta, indipendentemente dalla specifica patologia, una quota rilevante delle prestazioni erogate, pari a una prestazione su 4-5. La somatoterapia psichiatrica per i pazienti con schizofrenia e disturbi correlati costituisce il 25 per cento delle prestazioni, mentre per gli altri gruppi di pazienti è intorno al 14 per cento. Le visite di controllo costituiscono una quota

significativa delle prestazioni erogate per disturbi affettivi, per ansia, disturbi somatoformi e della personalità e per disturbi mentali organici e senili.

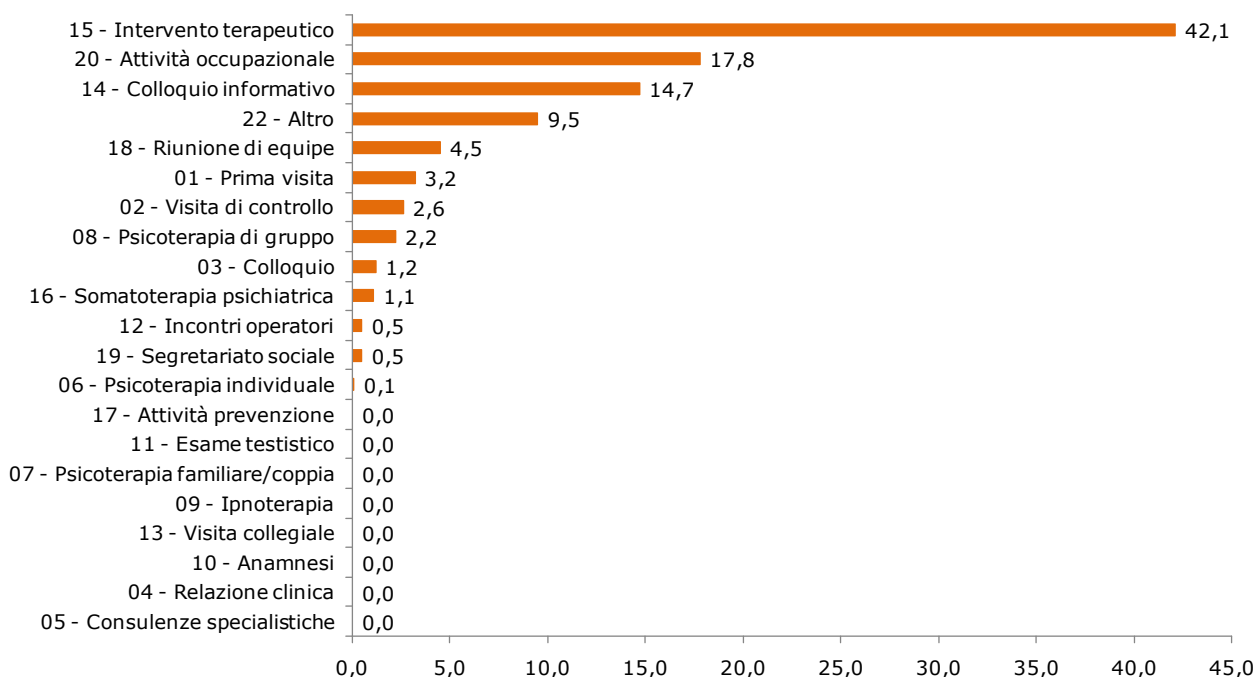
Percentuale prestazioni per tipo. Centri di Salute Mentale.
Veneto anno 2007



Percentuale prestazioni per tipo. Strutture semi-residenziali.
Veneto anno 2007

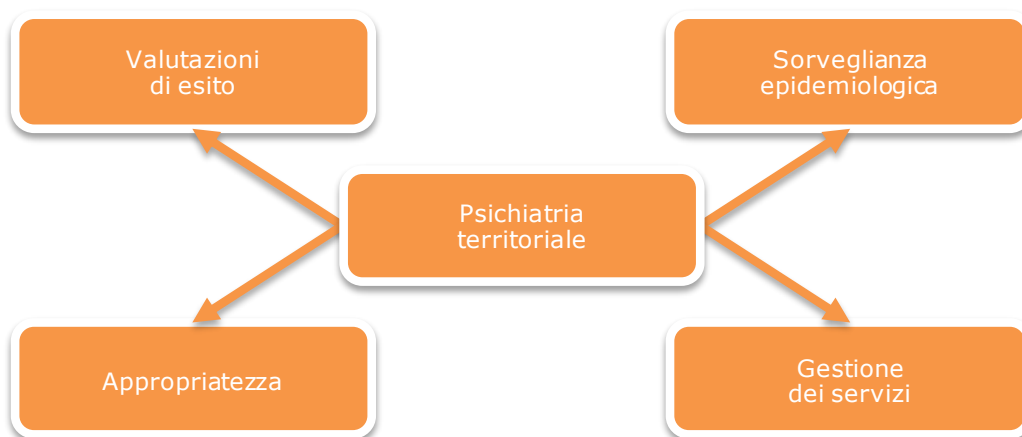


Percentuale prestazioni per tipo (%). Strutture residenziali.
Veneto anno 2007



210

Flusso informativo Psichiatria Territoriale: finalità di utilizzo dei dati



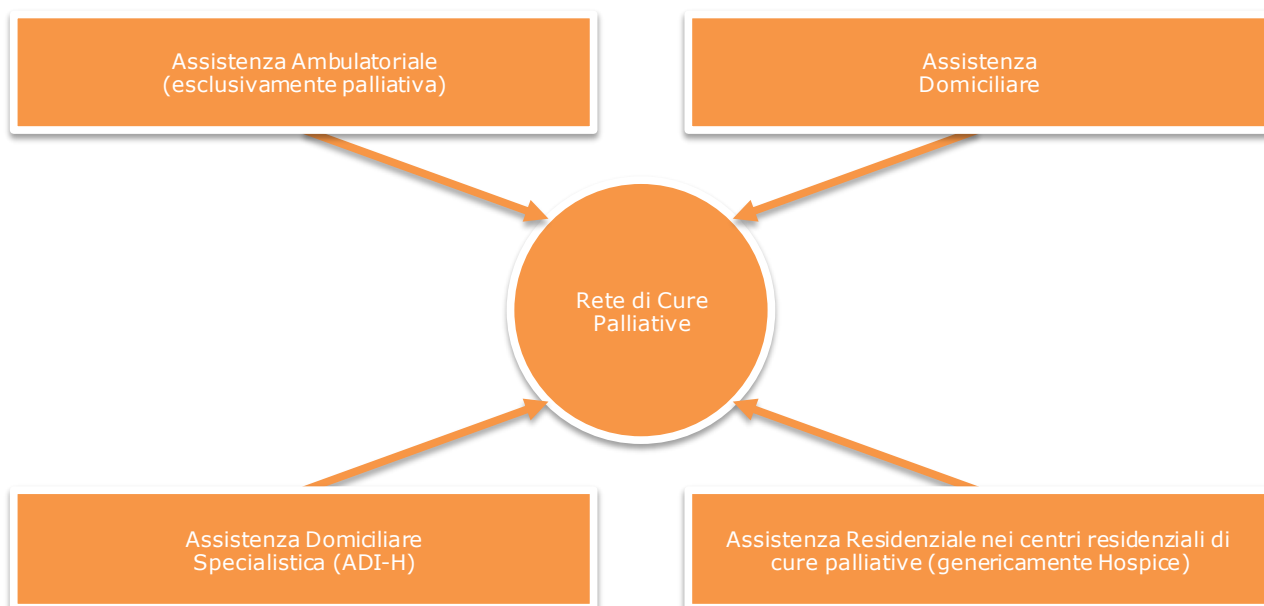
Con il flusso informativo della psichiatria territoriale viene documentato il processo di cura erogato ai pazienti attraverso la rilevazione della cartella clinica territoriale, contenente i dati anagrafici e clinici dei pazienti e i dati sulle prestazioni erogate. Il modello di organizzazione dei dati e di gestione del flusso risponde all'esigenza di poter attribuire ciascuna prestazione al problema clinico individuato al momento della sua erogazione. Quando un cittadino è preso in

carico da una equipe psichiatrica del Dipartimento di Salute Mentale un dirigente dell'area sanitaria apre una cartella clinica territoriale con una data e una diagnosi di inizio del processo terapeutico. La cartella viene tenuta aperta per tutta la durata del trattamento associato al problema clinico manifestato ed è gestita dalla equipe con la quale il paziente prende contatto e dalla quale riceve attività o prestazioni per il problema che presenta. Per lo stesso paziente non possono essere aperte contemporaneamente più cartelle dalla stessa equipe. È invece ammissibile che un paziente abbia più cartelle aperte contemporaneamente da equipe diverse. La Regione del Veneto ha stabilito le modalità di raccolta dei dati con un apposito *Disciplinare Tecnico*. Le finalità di utilizzo dei dati sono: a) la sorveglianza epidemiologica; b) la gestione dei servizi; c) l'appropriatezza delle prestazioni erogate; d) le valutazioni di esito relative all'attività svolta.

3.4 Cure palliative e lotta al dolore

La Regione Veneto ha sviluppato un ampio disegno normativo per lo sviluppo delle cure palliative e la lotta al dolore, che prevede per le aziende sanitarie la costituzione di una rete di servizi, sia domiciliari che residenziali, e di nuclei di cure palliative, quali equipe distrettuali o sovradistrettuali, per il governo e la gestione dell'assistenza ai malati oncologici gravi e terminali. In tale quadro nel 2006 è stato istituito l'Osservatorio regionale per le Cure Palliative e la Lotta al Dolore, che nella primavera 2007 ha assunto il compito di realizzare un'indagine sul tema. I dati conseguiti, relativi a 20 Aziende ULSS su 21, non hanno l'ambizione di essere esaustivi su tutte le dimensioni delle cure palliative nel Veneto, ma offrono la possibilità di valutare complessivamente l'impegno delle aziende, di individuare aree tematiche che meritano ulteriori approfondimenti e di porre alcune riflessioni operative. Bisogna inoltre precisare che l'Azienda non presente nella rilevazione ha previsto l'avvio di un programma specifico di cure palliative, nel periodo immediatamente successivo a quello della raccolta dei dati e delle informazioni.

Rete di cure palliative nel Veneto



Il termine palliativo deriva dal latino "pallium" che era il mantello con cui si avvolgevano e si proteggevano i pellegrini nel Medio Evo. Le cure palliative si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie. Alcuni

interventi palliativi sono applicabili anche più precocemente nel decorso della malattia, in aggiunta al trattamento oncologico (la definizione è del National Council for Hospice and Palliative Care Services WHO-OMS 1990 ed è stata così modificata dalla Commissione ministeriale per le cure palliative 1999).

Le cure palliative

- tutelano la qualità della vita e considerano il morire come un evento naturale;
- non accelerano né ritardano la morte;
- provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi;
- integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza;
- aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte;
- sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto.

Numero di malati assistiti nel 2006 (dati relativi a 20 Aziende ULSS del Veneto). Persone che per condizioni di inguaribilità o di fine vita si sono giovate di cure palliative.					
Assistenza	Malati oncologici	Malati neurologici	Malati patologia cardiaca e/o respiratoria	Altri malati	Totali
In assistenza al 1/1/06	727	104	96	124	1.051
Nuovi assistiti del 2006	3.983	236	276	218	4.713
Totali	4.710	340	372	342	5.764

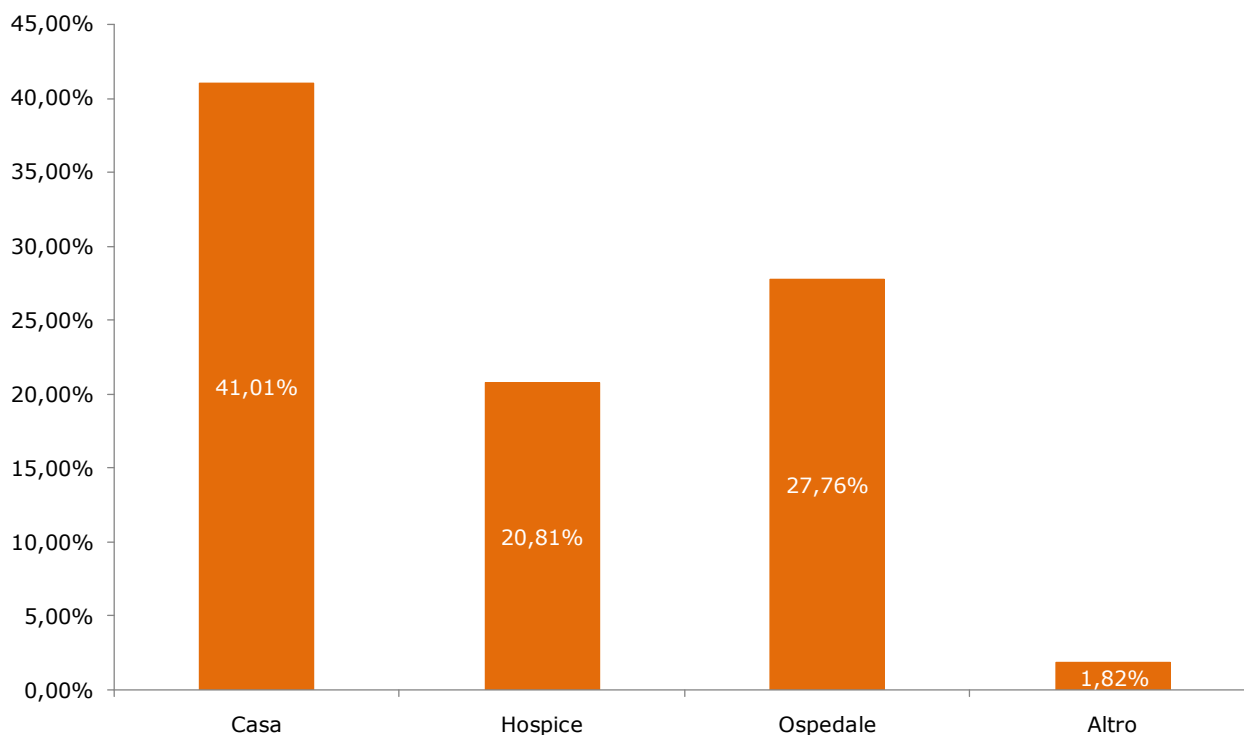
Se il fabbisogno di cure palliative per i malati di cancro è definibile ed è possibile approssimarne l'estensione a malati ancora in trattamento o in follow-up, servendosi di dati di prevalenza, quello per altre patologie suscettibili di assistenza risulta più difficile.

Numero dei malati deceduti nel 2006 e loro luogo di decesso (dati relativi a 20 Aziende ULSS). * N.B.: alcune aziende non hanno fornito i dati parziali. Pertanto i valori totali sono superiori ai quelli parziali.					
Classi d'età	Casa	Hospice	Ospedale	Altro	Totale
0 – 15	I dati distribuiti per queste fasce di età, sono stati forniti solo da alcune Aziende; Pertanto si è ritenuto più opportuno presentare solo i totali dichiarati da tutte le aziende.				3
16 – 50					165
51 – 75	678	392	537	18	1.779*
> 76	691	309	366	43	1.512*
Totale	1.421*	721*	962*	63*	3.465*

**Standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo
di cui al Decreto Ministeriale 22 febbraio 2007, n. 43**

	Indicatori	Standard
01	Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice / n. di malati deceduti per malattia oncologica.	≥ 65%
02	Numero di posti letto in hospice	≥1 posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore
03	Numero di hospice in possesso dei requisiti di cui al d.P.C.M. 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale / numero totale di hospice	100%
04	Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ISTAT ICD9 Cod.140-208)	≥ Valore individuato per lo standard dell'indicatore n. 1 cui va sottratto il 20%. Il risultato va moltiplicato per 55 (espresso in giorni)
05	Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa	≥ 80%
06	Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa	≥ 40%
07	Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	≥ 20%
08	Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	≥ 25%

Percentuale di malati deceduti per luogo del decesso
(dati relativi a 20 Aziende ULSS)



215

Per poter valutare la capacità assistenziale degli attuali servizi di cure palliative, è opportuno riferirsi agli standard stabiliti con il Decreto Ministeriale 22 febbraio 2007, n. 43. Il primo indicatore propone che il numero di malati deceduti a causa di tumore assistiti per cure palliative sia pari al 65% del numero di morti per cancro per anno (assumendo che i malati oncologici siano la maggior parte di coloro che si giovano di cure palliative, o che queste almeno siano rivolte a loro). Applicando il dato alla mortalità media in Veneto (dati del Registro Tumori del Veneto - RTV), che indica in 12.600 i morti per anno, dovremmo registrare circa 8.180-8.190 assistiti anno. Il numero di malati assistiti e deceduti nel 2006 è di 3.465, pari al 27,5% della mortalità. La situazione però appare molto disomogenea azienda per azienda. Va osservato che 8 Aziende ULSS (le sette sotto la media regionale e l'Azienda ULSS 10 non presente nella rilevazione, in quanto non offre cure palliative strutturate) presentano il 37,8% della mortalità oncologica stimata totale della Regione, a fronte della quale coprono il 6,37% di assistenza ai malati oncologici deceduti (801 deceduti assistiti / 12.599 deceduti nel Veneto). Interessante è anche la distribuzione dei luoghi di morte, dalla quale si ricava che una percentuale consistente di malati muore in ospedale (27,76%), mentre la percentuale più alta è quella di decesso al domicilio (41,01%). Va sottolineato il dato relativo agli hospice, che appaiono come strutture, oltre che di cura, anche di decesso frequente (20,81%). Tenuto

conto che i posti letto sono ancora limitati e non uniformemente distribuiti, l'hospice sembra apparire come un luogo surrogante la possibilità del decesso a casa, e in maniera indiretta, delle stesse cure domiciliari.

Mortalità tumorale per Azienda ULSS, assistenza attesa e osservata, copertura del fabbisogno atteso Dati relativi a 20 Aziende ULSS – Valori sotto la media regionale in caselle arancio					
Azienda ULSS	Totale deceduti per neoplasia	Numero atteso di decessi (65% delle morti per cancro)	Numero osservato di decessi di assistiti cure palliative	Percentuale di assistiti sui deceduti	Percentuale di copertura (n.osservato /n.atteso)
1	436	283	145	33,26	51,24
2	294	191	163	55,44	85,34
3	411	267	195	47,45	73,03
4	471	306	199	42,25	65,03
5	364	236	131	35,99	55,51
6	720	468	208	28,88	44,44
7	562	365	28*	4,98	7,67
8	542	352	212	40,22	61,93
9	978	635	311	31,80	48,98
10	573	372	n.d.	n.d.	n.d.
12	1.130	734	212	18,76	28,88
13	610	396	143	23,44	36,11
14	365	237	103	28,22	43,46
15	503	236	61	12,13	25,85
16	1.128	733	422	37,41	57,57
17	527	342	171	32,45	50,00
18	564	366	51	9,04	13,93
19	229	148	54	23,58	36,49
20	1.165	757	252	21,63	33,29
21	428	278	215	50,23	77,34
22	601	390	189	31,45	48,46
Totale	12.599	8.182	3.465	27,50	42,34

* Dati relativi ad un solo Distretto Socio Sanitario

Per riferirsi, seppur approssimativamente, al volume reale di assistenza in ogni momento, possiamo assumere che i dati di incidenza coincidano con il numero di malati assistiti nell'anno,

tenuto conto dei tempi medi di cura brevi, dichiarati dalla maggior parte delle aziende, sono collocati tra i 60 e i 75 giorni.

Numero e distribuzione dei nuovi malati oncologici in assistenza nel 2006 (dati relativi a 20 Aziende ULSS)			
Classi d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 – 15	6	4	12*
16 – 50	86	94	185*
51 – 75	1.110	837	1.995*
> 76	873	820	1.791*
Totale	2.075	1.755	3.983*

* N.B.: alcune aziende non hanno fornito i dati parziali. Pertanto i valori totali sono superiori ai quelli parziali.

È così possibile stimare il numero atteso e osservato di malati in linea in ogni momento, utilizzando la seguente formula:

$$\frac{(\text{Numero malati} \times \text{Numero di giorni medio}) / 365 \text{ giorni}}{\text{Numero relativo alla popolazione del Veneto}}$$

Numero medio di giorni di cura	Numero di malati osservati in linea	Prevalenza osservata presso la popolazione	Numero di malati atteso in linea	Prevalenza attesa presso la popolazione
90	985	2,1 per 10.000	2.019	4,5 per 10.000
75	821	1,8 per 10.000	1.682	3,7 per 10.000
60	657	1,5 per 10.000	1.346	3 per 10.000
30	328	0,7 per 10.000	673	1,5 per 10.000

Più difficile è il commento del numero medio di ricoveri intercorrenti lungo tutto il tempo di cura. I dati sono relativamente confortanti per alcune Aziende ULSS che presentano tassi di ricovero relativamente contenuti; altre hanno ancora tassi elevati.

Tempo medio di cura, d'assistenza e ricoveri intercorrenti disaggregati per azienda (dati relativi a 17 Aziende ULSS)						
Aziende ULSS	Tempo medio di cura		Tempo medio di assistenza		Ricoveri intercorrenti	
1	62,4		n.d.		n.d.	
2	70,2		34,7		0,37	
3	70		n.d.		0,05	
4	57,3		20,8		1,6	
5	140,3		54,2		n.d.	
6	37		14		n.d.	
7	61		31		0,56	
8	58,8		41		0,26	
9	n.d.		49,2		0,09	
12*	72,91	59,3	27,53	55,1	0,28	0,29
13	67		23		n.d.	
14	60,6		36		1,8	
16	n.d.		63,4		2,9	
17	40		13		7	
19	74		38		1,7	
21	59,9		27,1		0,6	
22	62		n.d.		n.d.	

* L'Azienda ULSS 12 Veneziana dispone di due distinti servizi di cure palliative domiciliari, svolti in rapporto di convenzione con A.VA.PO.-Mestre ed A.VA.PO.-Venezia, che servono rispettivamente la terraferma veneziana e Venezia Centro storico ed isole. Nella cella, il dato a sinistra si riferisce ad A.VA.PO.-Mestre, quello a destra ad A.VA.PO.-Venezia. L'Acronimo A.VA.PO. significa Associazione Volontari Assistenza Pazienti Oncologici.

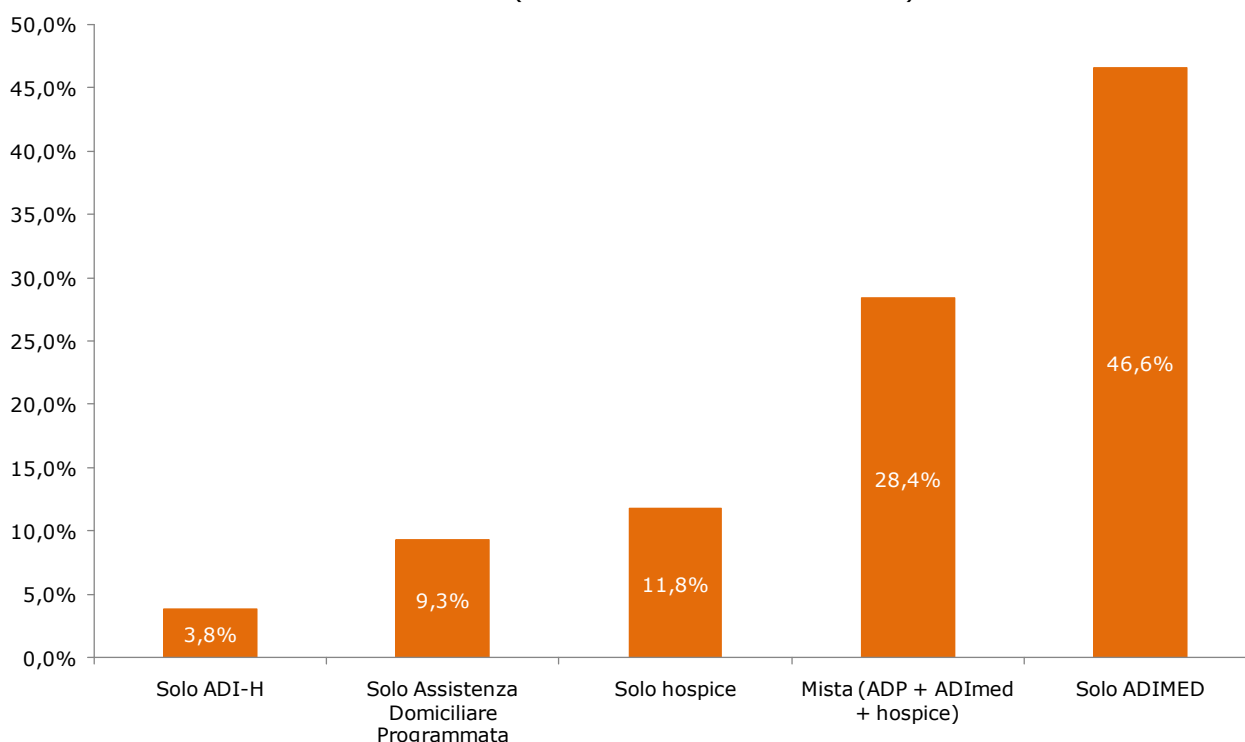
Tempo medio di cura: si calcola sommando i giorni, per tutti i malati, trascorsi dalla presa in carico, o dal 1.1, fino al decesso, o al 31.12 / numero malati assistiti.

Tempo medio di assistenza: si calcola sommando i giorni in cui ci sia stato l'accesso di almeno un operatore a domicilio o passato in hospice, per tutti i malati, trascorsi dalla presa in carico, o dal 1.1, fino al decesso, o al 31.12 / numero malati assistiti.

Numero medio di ricoveri intercorrenti in ospedale: si calcola contando il n. di ricoveri in H tra la presa in carico, o al 1.1, e il decesso, o il 31.12/ numero malati assistiti.

Tipologia assistenziale (dati relativi a 18 Aziende ULSS)						
Classi d'età	Solo ADP	Solo ADImed	Solo Hospice	Solo ADI-H	Mista	Totale
0 – 15	1	2	1	0	0	4
16 – 50	19	66	14	10	36	145
51 – 75	93	714	212	49	437	1.497
> 76	166	614	127	55	377	1.347
Totale	279	1.396	354	114	850	2.993

Percentuali relative alla tipologia assistenziale
Veneto 2006 (dati relativi a 18 Aziende ULSS)



219

Pur essendo diverso il numero di Aziende ULSS che hanno fornito dati sulle modalità d'assistenza (18 contro 17) e quindi non sempre possibile un confronto, alcuni aspetti risultano degni di rilievo:

- l'assistenza domiciliare integrata (ADImed) è la forma prevalente di prestazione delle cure. Va inoltre compresa, con buona approssimazione, anche l'ADI-H perché offerta da servizi ospedalieri, ma a vocazione e funzionamento domiciliari: in totale il 50,5% delle assistenze;
- rispetto ai dati dell'anno 2005, nel 2006 si è assistito ad una riduzione percentuale (50,5 rispetto a 61,6) dell'assistenza a domicilio, compensata dal maggior ricorso a forme miste d'assistenza (28,4 rispetto a 10) e una riduzione dell'assistenza erogata solo in hospice (11,8 rispetto a 16,9). Questo fenomeno è probabilmente dato dall'ampliamento dei posti letto in hospice, che ha consentito una maggior flessibilità del sistema d'offerta dei servizi domiciliari nell'assistenza a malati complessi, anche a domicilio, a cui si associa una progressiva esperienza dei professionisti impegnati;
- confrontando il dato con quello del luogo di decesso dei malati, sembra persistere una certa difficoltà dei servizi domiciliari a gestire gli ultimi tempi di vita del malato, spingendo quest'ultimo, verso un'ospedalizzazione impropria.

Personale impegnato nelle cure palliative (escluso personale hospice) Dati relativi a 18 Aziende ULSS					
Personale dipendente Aziende ULSS	Ore settimana (A)	Personale convenzionato o in regime libero professionale	Ore settimana (B)	Totale ore settimana (A+B)	Numero operatori equivalente
Psicologo	73	Psicologo	198	271	7,1
Infermiere	2.429	Infermiere	950	3.379	93,8
Assistente Sociale	174	Assistente Sociale	36	210	5,8
Riabilitatore	6	Riabilitatore	28	34	0,9
Medico di Distretto	157	Medico di Distretto	0	157	4,1
Medico Palliativista	535	Medico Palliativista	515	1.050	27,6
Operatore Socio Sanitario	111	Operatore Socio Sanitario	356	467	12,9
Educatore	0	Educatore	0	0	0,0
Altri	70	Altri	27	97	2,7

Riferendosi alla totalità dei malati assistiti nel 2006 dalle 18 aziende di cui sono disponibili informazioni sul personale, al netto di quelli oncologici assistiti solo in Assistenza Domiciliare Programmata (ADP seguiti da Medici di Medicina Generale), i malati seguiti sotto altre forme sono stati 4751 (4893 - 142). Distinguendo tra tempi effettivi di assistenza domiciliare (pari a circa il 60% del totale; il 40% è consumato per spostamenti, formazione, riunioni, ecc.), è possibile approssimare il tempo medio di assistenza domiciliare per ogni malato, indipendentemente dalla durata della stessa, per le quattro figure professionali più impegnate.

Infermiere				
Numero settimane lavorate per anno	Ore totali per anno	Ore di impegno medio per ogni malato	60% del totale	Ore medie di Assistenza Domiciliare per malato
52	175.593	36,9	105.355	22,1
42	141.825	29,8	85.095	17,9

Medico palliativista				
Numero settimane lavorate per anno	Ore totali per anno	Ore di impegno medio per ogni malato	60% del totale	Ore medie di Assistenza Domiciliare per malato
52	54.600	11,5	32.760	6,9
42	44.100	9,3	26.460	5,5

42 settimane lavorative/anno sono al netto di ferie e altre assenze ordinarie, mentre 52 settimane lavorative/anno sono quelle effettivamente disponibili

Operatore Socio Sanitario				
Numero settimane lavorate per anno	Ore totali per anno	Ore di impegno medio per ogni malato	60% del totale	Ore medie di Assistenza Domiciliare per malato
52	24.284	5,1	14.570	3
42	19.614	4,1	11.769	2,4

Psicologo				
Numero settimane lavorate per anno	Ore totali per anno	Ore di impegno medio per ogni malato	60% del totale	Ore medie di Assistenza Domiciliare per malato
52	14.092	2,9	8.455	1,7
42	11.382	2,3	6.829	1,3

Nel Veneto, nel 2006, 11 Aziende ULSS dispongono di un hospice per un totale di 115 posti letto autorizzati e 113 attivati.

	Aziende ULSS																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Hospice a gestione pubblica																						
Hospice a gestione pubblica/privata																						
Direzione hospice distrettuale																						
Direzione sanitaria aziendale																						
Reparto ospedaliero*																						
Direzione a medico palliativista																						

* Reparto ospedaliero: Oncologia, Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza, Direzione Unità Operativa Complessa Cure Palliative e Terapia del Dolore, Radioterapia.

PERSONALE IMPEGNATO IN HOSPICE (VENETO 2006)

Personale dipendente Aziende ULSS	Ore settimana (A)	Personale convenzionato o in regime libero professionale	Ore settimana (B)	Totale ore settimana (A+B)	Numero operatori equivalente
Psicologo	9	Psicologo	115,5	124,5	3,2
Infermiere	628	Infermiere	2.146,0	2.774,0	77,0
Assistente Sociale	12	Assistente Sociale	21,0	33,0	0,9
Riabilitatore	8	Riabilitatore	47,0	55,0	1,5
Medico di Distretto	29	Medico di Distretto	18,0	47,0	1,3
Medico Palliativista	219	Medico Palliativista	189,0	408,0	10,7
Operatore Socio Sanitario	516	Operatore Socio Sanitario	1.866,0	2.382,0	66,1
Educatore	18	Educatore	0,0	18,0	0,5
Altri	221	Altri	182,5	403,5	11,2

Nella tabella che segue:

(A) Se un paziente ha ricevuto più ricoveri nell'anno, viene contato una sola volta. I pazienti ricoverati nel 2005, che risultano ancora in carico nel 2006, sono contati come ricoverati dal 1/1/2006; i pazienti ricoverati nel 2006 e ancora presenti nel 2007 sono considerati ricoverati fino al 31/12/2006.

(B) Somma dei giorni di ricovero di tutti i pazienti in carico dall'1/1/2006 al 31/12/2006. Per i pazienti ricoverati nel 2005, che risultano ancora in carico nel 2006, sono considerati solo i giorni di ricovero dal 1/1/2006; per i pazienti ricoverati nel 2006 e ancora presenti nel 2007 sono considerati solo i giorni di ricovero fino al 31/12/2006.

(C) Si calcola col rapporto fra il numero di giorni di ricovero erogati dall'1/1/2006 al 31/12/2006 / numero dei pazienti assistiti.

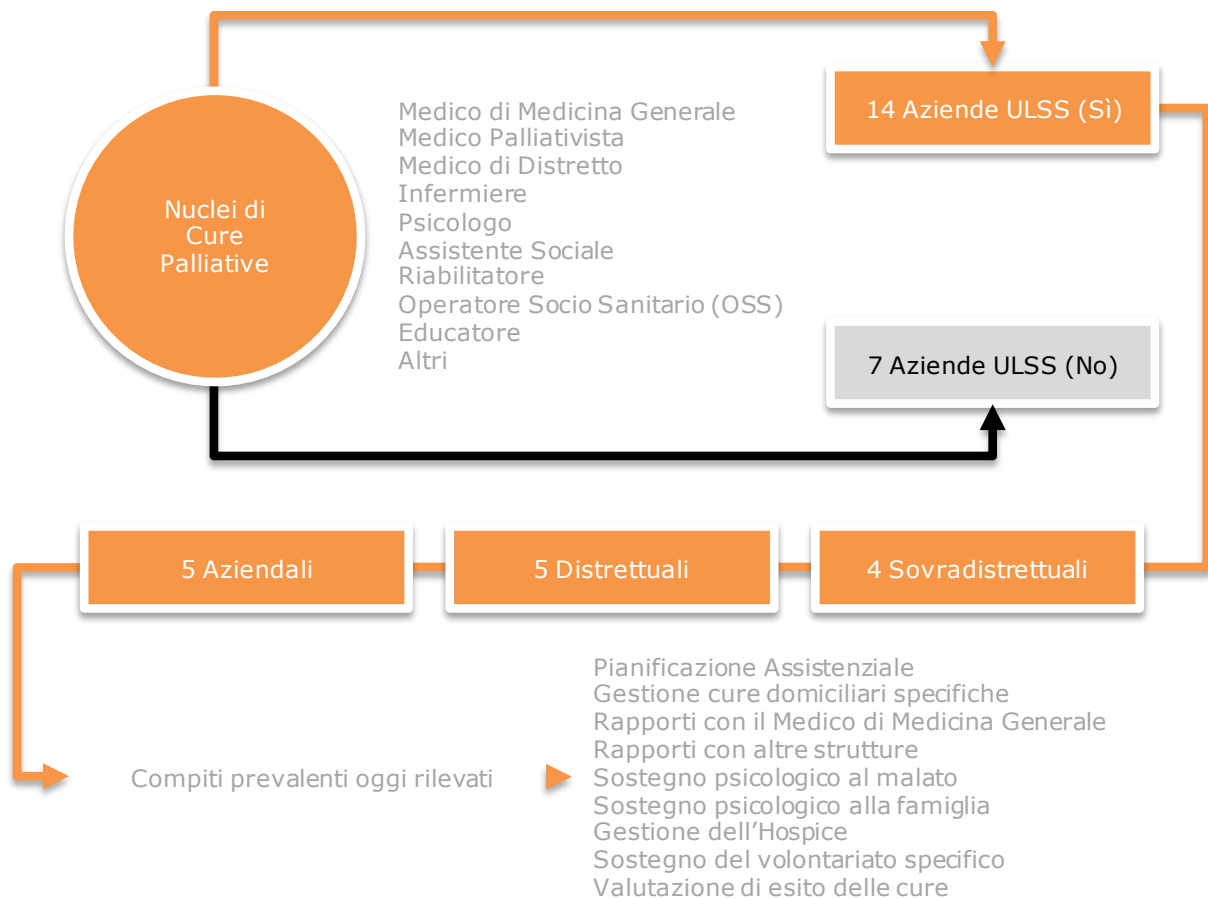
Aziende ULSS	Numero persone ricoverate (A)	Numero giorni di ricovero (B)	Tempo medio occupazione posto letto (C)	Numero ricoveri con 1-14 giorni di degenza	Numero ricoveri con 15-30 giorni di degenza	Numero ricoveri con 31-45 giorni di degenza	Numero ricoveri con > 45 giorni di degenza
1	100	2.581	25,8	35	35	19	11
2	27	465	17,2	19	6	4	0
3	88	2.491	28,3	41	25	14	14
4	27	715	26,5	6	9	13	0
9	176	3.763	20	105	42	13	28
12	61	2.116	33	nd	nd	nd	nd
15	58	1.436	24,8	26	15	8	9
16	132	3.858	29,2	66	35	21	15
17	94	2.481,6	26,4	25	31	27	11
18	55	1.527	28	26	17	7	5
20	148	3.265	19,7*+27,7**	77	34	22	15
Totale	966	24.698,6	25,6	426	249	148	108

* Dati relativi all'Hospice di Cologna Veneta ** Dati relativi all'Hospice di Marzana

N.B.: il numero dei ricoveri documentati supera il numero dei pazienti perché alcuni pazienti hanno ricevuto più di un ricovero per anno.

Nel 2007 si osserva un lieve miglioramento con 14 hospice distribuiti sempre su 11 Aziende ULSS per un totale di 120 posti letto autorizzati e attivati. Di questi 2 sono gestiti solo dall’Azienda Pubblica, mentre 12 sono a gestione mista pubblico/privata.

Costituzione dei Nuclei di Cure Palliative nel Veneto (Anno 2007)



L’inguaribilità è ormai una condizione diffusa: può assumere un decorso lento, compatibile con buoni livelli di qualità di vita, o presentarsi in forme avanzate e a più rapido decadimento, con un quadro complesso di problemi di salute. Per i malati inguaribili è conveniente un approccio palliativo, fino all’organizzazione di vere e proprie cure di fine vita. La cura, anche se non c’è più possibilità di guarigione, è, quindi, un diritto del malato perseguito fino al decesso. La condizione di sofferenza per i malati più gravi è alimentata da problemi fisici, da difficoltà relazionali e di destrutturazione e riconfigurazione del proprio ruolo sociale, da preoccupazioni per i congiunti. L’approccio palliativo è multidimensionale e conseguibile con il contributo di più competenze. Da questo punto di vista un importante fattore di consolidamento dei servizi e di miglioramento è rappresentato dai Nuclei di Cure Palliative, con i quali si attivano modalità di

lavoro in équipe, con la presenza di operatori con differenti professionalità e competenze per tutelare il malato e la sua famiglia in tutte le dimensioni di vita.

PERSONALE IMPEGNATO IN HOSPICE (VENETO 2007)				
Personale dipendente Aziende ULSS	Ore settimana (A)	Personale convenzionato o in regime libero professionale	Ore settimana (B)	Totale ore settimana (A+B)
Psicologo	4	Psicologo	144	148
Infermiere	718	Infermiere	2595	3313
Assistente Sociale	12	Assistente Sociale	36	48
Riabilitatore	4	Riabilitatore	56	60
Medico di Distretto	24	Medico di Distretto	3	27
Medico Palliativista	127	Medico Palliativista	136	263
Operatore Socio Sanitario	636	Operatore Socio Sanitario	2148	2784
Educatore	18	Educatore	0	18
Medici di Medicina Generale	0	Medici di Medicina Generale	146	146
Volontariato	0	Volontariato	325	325

La copertura del fabbisogno di posti letto in hospice, per la popolazione di malati in condizione di fine vita, nonostante il leggero miglioramento rilevato, è ancora lontana dallo standard stabilito dalla programmazione regionale, che fissa in 225 i posti letto a regime. Va attentamente considerata anche la scarsità di alcune figure professionali (peraltro diminuite rispetto al numero dell'anno precedente), fra cui spiccano lo psicologo e il riabilitatore. La prima è una figura chiave per garantire una presa in carico globale, che contempra la sofferenza psicologica del malato e dei familiari, nonché il supporto all'équipe multidisciplinare. La seconda risulta di estrema importanza per impostare, laddove possibile, programmi di mantenimento e recupero di funzioni utili al conseguimento di una maggior autonomia e qualità della vita.

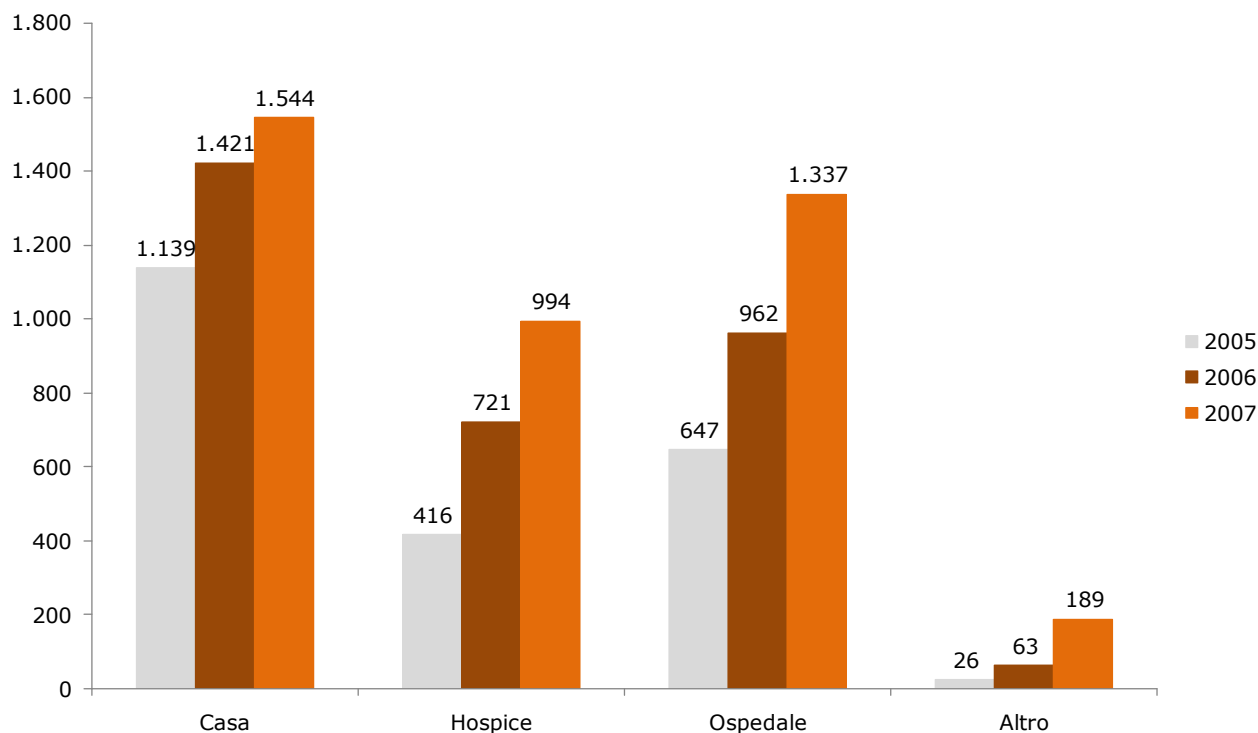
Per quanto concerne le cure palliative i dati relativi al 2007, ancorché parziali, attestano che è aumentato numero dei malati che possono giovare di servizi efficaci e accessibili. Ciò si traduce in un miglioramento della qualità di vita dei malati e dei loro familiari, tale da consentire loro una reale partecipazione alla vita di relazione, pur nell'evoluzione della malattia e il decadimento dell'autonomia. Senza dubbio è possibile pensare anche alla riduzione del ricorso a prestazioni inappropriate, in particolare ospedaliere. I difetti di competenza e capacità

di altre parti del sistema d'offerta, come quelle domiciliari e residenziali, sono infatti entrati in una fase di iniziale superamento.

Numero di malati assistiti nel 2007 (dati relativi a 20 Aziende ULSS del Veneto)					
Assistenza	Malati oncologici	Malati neurologici	Malati patologia cardiaca e/o respiratoria	Altri malati	Totali
In assistenza al 1/1/2007	957	174	117	328	1.576
Nuovi assistiti del 2007	4.763	633	385	459	6.240
Totali	5.720	807	502	787	7.816

Il confronto con gli anni precedenti va inteso in termini di ordini di grandezza conseguiti, essendo disponibili nel 2005 dati provenienti da 19 Aziende e per il 2006 e 2007 da 20 Aziende ULSS. In tal senso si registra un incremento assoluto e relativo degli assistiti, sebbene ancora percentualmente lontano dalla soglia definita con il Decreto Ministeriale 22 febbraio 2007, n. 43.

Numero dei malati deceduti nel triennio 2005-2007 e loro luogo di decesso



L'inguaribilità avanzata è spesso caratterizzata dalla presenza di dolore: è una condizione di sofferenza in grado di pervadere tutti i piani di vita del malato. La stessa sofferenza accompagna molte persone per patologie a lungo decorso o transitoriamente per stati acuti di malessere o trattamenti chirurgici. Il dolore, conseguita la sua origine, è spesso inutile ai fini clinici: pertanto il cittadino ha diritto a vedere il proprio dolore da evitabile a curato e risolto. In ogni fase delle cure e in ogni luogo siano erogate questo diritto deve essere tutelato. La Regione del Veneto per consentire la piena attuazione del programma nazionale denominato "Ospedali senza dolore", ha previsto, sin dal 2003, la costituzione, presso le Aziende ULSS e Ospedaliere, dei Comitati Aziendali "Senza Dolore", cui sono demandati compiti di promozione della lotta al dolore e di valutazione delle cure antalgiche, sia a livello ospedaliero che domiciliare. Sono state inoltre previste altre iniziative quali un programma di formazione rivolto ai componenti dei Comitati. In tal senso, ad inizio 2007, risultavano istituiti i Comitati Aziendali "Senza Dolore" in 18 Aziende Sanitarie del Veneto (16 Aziende ULSS e due Aziende Ospedaliere).

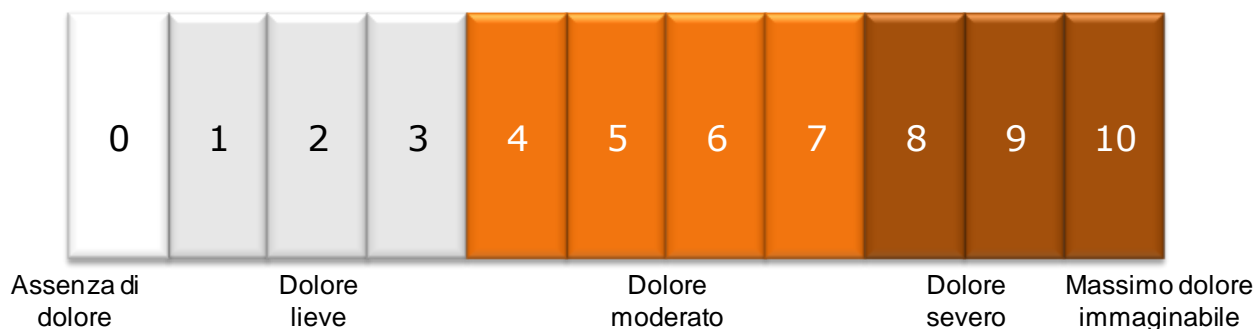
Tipologia dei componenti	Comitati Aziendali "Senza Dolore" 2006		Comitati Aziendali "Senza Dolore" 2005	
	Numero componenti	Numero Aziende Sanitarie	Numero componenti	Numero Aziende Sanitarie
Membri Direzione Aziendale	17	13	17	14
Medici di Distretto	17	12	11	9
Medici di Direzione Ospedal.	14	12	9	8
Medici Palliativisti	16	12	21	10
Medici Anestesisti	37	17	41	17
Pediatri	14	13	Dati non rilevati	Dati non rilevati
Altri Medici	30	10	33	13
Medici di Medicina Generale	24	16	19	13
Psicologi	17	16	17	14
Infermieri	81	18	81	17
Operatori Socio Sanitari	4	2	5	3
Farmacisti	19	18	16	14
Volontari	12	11	10	10
Altri	9	5	5	3
Totali	311		285	

Ai Comitati vengono richieste generalmente attività: a) di monitoraggio del trattamento del dolore (per tre Aziende con la costituzione di un vero e proprio osservatorio locale); b) di sviluppo e attuazione di programmi aziendali di lotta al dolore; c) di formulazione di protocolli o raccomandazioni per la rilevazione e il trattamento del sintomo; d) di realizzazione di programmi di formazione per il personale dipendente e convenzionato. In quattro aziende è inoltre enfatizzato il ruolo del Comitato come sorgente informativa per i cittadini e per i malati che usufruiscono delle strutture di cura. Per la formulazione dei protocolli, la maggior parte dei Comitati Aziendali "Senza Dolore" ha adottato un approccio multidisciplinare, per contemplare tutte le dimensioni conoscitive del dolore. In due Aziende si sta sperimentando anche la presenza dei cittadini nella predisposizione dei materiali per la rilevazione e il trattamento del dolore. Particolarmente interessante è la sperimentazione o la prospettiva di una rete interna aziendale di referenti destinata a ramificare iniziative a sostegno delle pratiche antalgiche. Infine, in un'Azienda il Comitato ha il compito di sviluppare una sperimentazione della rilevazione informatizzata del dolore. Presso un'Azienda Ospedaliera, il Comitato contribuisce alla standardizzazione nell'uso delle apparecchiature e dei dispositivi per il trattamento del dolore, soprattutto se ad alto costo. Nonostante gli apprezzabili risultati, complessivamente i Comitati Aziendali "Senza Dolore" sembrano ancora non caratterizzati da una collocazione specifica nei processi di programmazione aziendale.

Tra i punti di forza possiamo citare sicuramente la multidisciplinarietà che consente di veder riconosciute le istanze e i contenuti di tutte le aree professionali, facilitando la realizzazione di un contesto favorevole all'applicazione dei protocolli e la progettazione di iniziative formative di largo interesse, soprattutto se congiunte tra personale ospedaliero e territoriale. Di particolare rilievo è il sostegno del Comitato alle negoziazioni di budget che prevedano obiettivi di rilevazione e trattamento del dolore.

Numeric Rating Scale (NRS): scala a punti in cui il paziente sceglie un valore che va da 0 (assenza di dolore) a 10 (massimo dolore). Da 1 a 3 è considerato dolore lieve, da 4 a 7 moderato, nei valori 8 e 9 severo, il 10 rappresenta il massimo dolore immaginabile.

Il metodo di somministrazione della NRS prevede che lo strumento venga proposto con il seguente quesito: "Su una scala da zero a dieci, dove zero rappresenta l'assenza di dolore e dieci il peggior dolore possibile, qual è il suo livello di dolore in questo momento?". La NRS viene utilizzata con gli adulti.



Importante, sul piano pratico e simbolico, la consegna a tutto il personale, da parte del Comitato, del righello con la scala NRS e Bieri per la misura del dolore, così come è significativa la rilevazione del gradimento dei pazienti ospedalizzati verso il trattamento del dolore, sperimentata in alcune aziende.

Tra le criticità rilevabili il Comitato deve far fronte ad una persistente resistenza tra il personale alla valutazione e al trattamento del dolore, soprattutto presso la componente medica. Le ragioni del fenomeno sono legate ad aspetti culturali (riguardanti soprattutto l'uso dei farmaci) ed a pregiudizi sull'inevitabilità del dolore. Per questo motivo è di fondamentale importanza la formazione continua, attuata con iniziative sistematiche. Da questo punto di vista è opportuno sperimentare modalità di formazione che non incidano solo sugli aspetti cognitivi, ma anche su quelli psicologici e sui paradigmi utilizzati dagli operatori.

Scala di Bieri: scala di autovalutazione da utilizzarsi in bambini al di sopra dei tre anni. Nella sua somministrazione, deve essere mostrata al bambino la sequenza delle faccine, accompagnata con la seguente frase: "Le faccine mostrano quanto si può avere male. Questa (indicare la faccia all'estrema sinistra) rappresenta qualcuno che non ha male per niente. Queste (indicare le facce da sinistra a destra) mostrano qualcuno che ha sempre più male fino all'ultima (estrema destra) che mostra qualcuno che ha veramente molto male. Fammi vedere qual è la faccina che mostra quanto male senti tu in questo momento". L'esempio è un'elaborazione grafica.



Nel corso del 2006, 18 aziende su 23 hanno svolto iniziative di formazione su temi attinenti la valutazione e il trattamento del dolore.

Temi trattati nella formazione	Numero Aziende
Corsi di base e introduttivi	8
Corsi specialistici e avanzati	6
Dolore postoperatorio	6
Paroanalgesia	2
Dolore pediatrico	2
Gestione congiunta del dolore tra ospedale e territorio	2
Dolore oncologico	2
Dolore cronico	2

Da un'analisi più specifica, sembrano ancora prevalere largamente corsi specialistici, sia di base che avanzati, per il personale medico e per il personale medico con quello infermieristico, soprattutto di origine ospedaliera, a conferma di un bisogno tecnico diffuso. Ciò nonostante, in molte aziende, si sono sperimentati anche corsi pluriprofessionali e multidimensionali, secondo un approccio contenutistico esteso e per una responsabilità diffusa verso il fenomeno dolore.

Rilevazione del dolore nelle Aziende Sanitarie del Veneto (Dati relativi a 18 Aziende - 2006)

AZIENDE ULSS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ULSS 1 BELLUNO	ND	6	ND	ND	ND	ND	ND	6	ND
ULSS 2 FELTRE	422	2	3	3	4	2	2	7	9
ULSS 3 BASSANO	575	11	ND	7	ND	ND	ND	18	ND
ULSS 4 ALTO VICENTINO	504	6	0	0	0	ND	ND	6	0
ULSS 5 OVEST VICENTINO	584	ND	ND	3	ND	ND	ND	3	ND
ULSS 6 VICENZA	1.041	12	3	12	8	0	0	24	11
ULSS 7 PIEVE DI SOLIGO	666	4	5	5	7	ND	ND	9	12
ULSS 8 ASOLO	790	2	6	2	4	0	2	4	12
ULSS 9 TREVISO	1.272	3	12	0	22	0	19	3	53
ULSS 12 VENEZIANA	ND	1	ND	2	ND	2	ND	5	ND
ULSS 13 MIRANO	664	3	8	0	20	0	21	3	49
ULSS 14 CHIOGGIA	540	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
ULSS 15 ALTA PADOVANA	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
ULSS 16 PADOVA	350	0	ND	ND	0	0	ND	0	ND
ULSS 17 ESTE	525	7	3	4	2	1	0	12	5
ULSS 18 ROVIGO	644	10	0	3	ND	2	ND	15	ND
ULSS 19 ADRIA	230	5	ND	3	ND	3	ND	11	ND
ULSS 20 VERONA	411	3	6	5	12	0	2	8	20
ULSS 21 LEGNAGO	ND	6	0	8	6	0	4	14	10
ULSS 22 BUSSOLENGO	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
A.O. PADOVA	1.534	2	24	0	23	1	13	3	60
A.O. VERONA	1.730	4	27	5	23	0	25	9	75
TOTALI	12.482	87	97	62	131	11	88	160	316

1 = Numero posti letto totali che rilevano il dolore

2 = Numero di Unità Operative di Area Chirurgica che rilevano il dolore

3 = Numero di Unità Operative di Area Chirurgica che non rilevano il dolore

4 = Numero di Unità Operative di Area Medica che rilevano il dolore

5 = Numero di Unità Operative di Area Medica che non rilevano il dolore

6 = Numero di Unità Operative di Area dei Servizi che rilevano il dolore

7 = Numero di Unità Operative di Area dei Servizi che non rilevano il dolore

8 = Numero totale di Unità Operative che rilevano il dolore

9 = Numero totale di Unità Operative che non rilevano il dolore

* In questo paragrafo si forniscono anche dati ospedalieri in quanto strettamente attinenti alla tematica in esame.

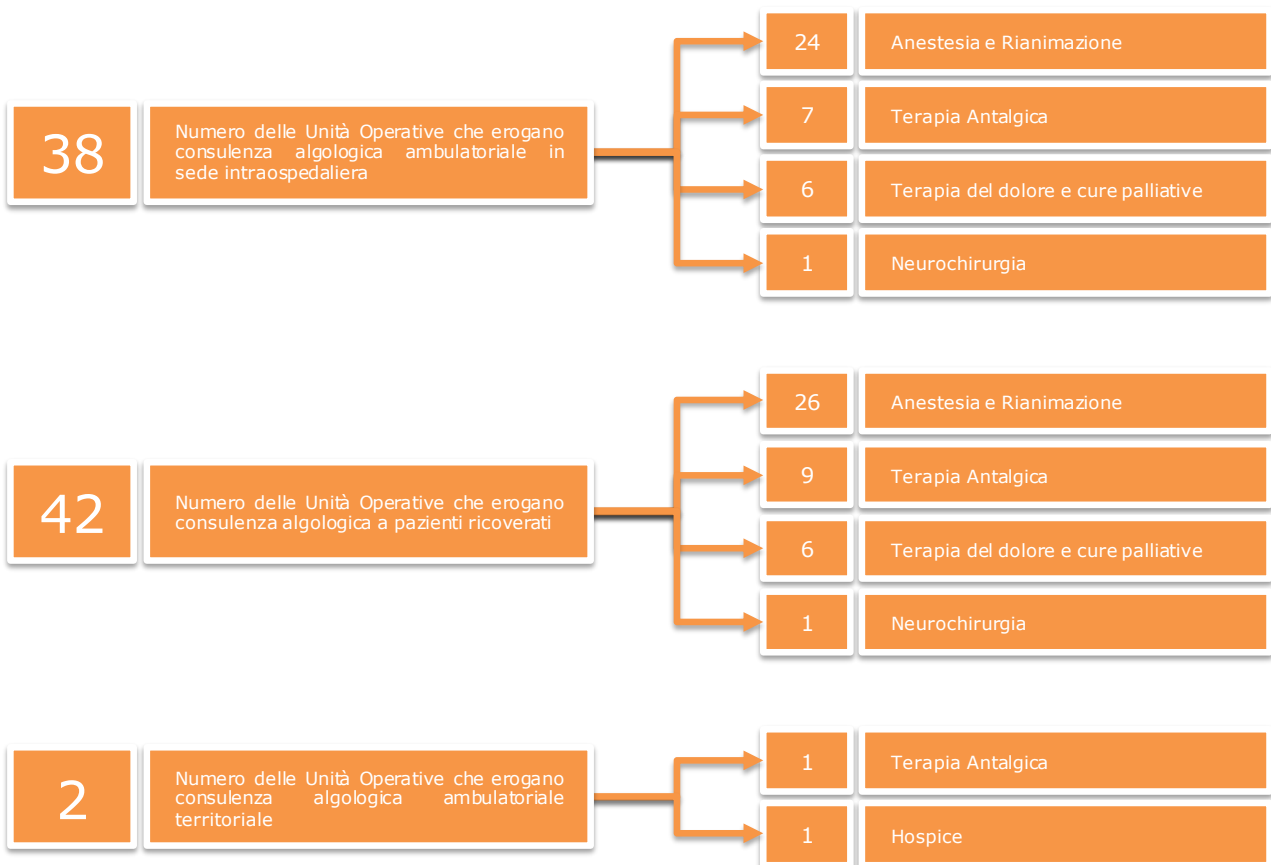
Nel Veneto, pur riscontrando consumi maggiori di farmaci particolarmente efficaci nel trattamento del dolore (in particolare gli oppioidi), il consumo medio procapite è ancora lontano dai livelli degli altri Paesi Europei. I dati di consumo sono oggetto di una ricerca in corso.

AZIENDE	PARTI TOTALI	PARTI IN ANALGESIA EPIDURALE	PARTI CESAREI
ULSS 1 BELLUNO	564	100	157
ULSS 2 FELTRE	1.102	285	245
ULSS 3 BASSANO	1.470	0	338
ULSS 4 ALTO VICENTINO	2.102	148	611
ULSS 5 OVEST VICENTINO	1.654	40	492
ULSS 6 VICENZA	3.331	112	919
ULSS 7 PIEVE DI SOLIGO	2.154	15	630
ULSS 8 ASOLO	2.565	86	555
ULSS 9 TREVISO	3.000	400	750
ULSS 12 VENEZIANA	n.d.	n.d.	n.d.
ULSS 13 MIRANO	2.250	236	856
ULSS 14 CHIOGGIA	1.017	147	292
ULSS 15 ALTA PADOVANA	2.600	490	700
ULSS 16 PADOVA	n.d.	n.d.	n.d.
ULSS 17 ESTE	886	168	315
ULSS 18 ROVIGO	1.300	48	490
ULSS 19 ADRIA	496	94	182
ULSS 20 VERONA	1.345	190	ND
ULSS 21 LEGNAGO	917	0	250
ULSS 22 BUSSOLENGO	1.600	15	600
A.O. PADOVA	3.985	635	1.358
A.O. VERONA	3.735	60	1.142
TOTALI	38.073	3.269	10.882

Se consideriamo le nascite, possiamo osservare come una consistente quota di parti esiti in un cesareo. La quota di parti naturali in epidurale rappresenta una percentuale modesta del totale (8,5%), anche se il calcolo avviene in un numero depurato della quota dei parti cesarei (12%). La Regione del Veneto, *nel rispetto del diritto di libera scelta della donna sulle modalità e sullo svolgimento del parto, favorisce il parto fisiologico, promuove l'appropriatezza degli interventi,*

anche al fine di ridurre in modo consistente il ricorso al taglio cesareo, e riconosce ad ogni donna in stato di gravidanza il diritto ad un parto fisiologico che le eviti o le riduca la sofferenza usufruendo gratuitamente di tecniche antalgiche efficaci e sicure ed in particolare della partoanalgesia epidurale. L'enunciazione del comma primo dell'articolo 1 della Legge regionale 16 agosto 2007, n. 25 qui richiamato, evidenzia l'impegno delle strutture regionali contro il dolore. L'applicazione della legge regionale stessa dovrebbe, con l'allargamento dell'offerta di analgesia epidurale, portare ad un consistente aumento del numero di donne che può usufruire di questa prestazione. Secondo i dati forniti dalle aziende, in molti ospedali di grandi dimensioni, nei quali si concentra la più parte delle nascite, nel corso del 2006 non era ottenibile, se non in maniera sporadica, il parto indolore. L'approvazione della legge citata porterà l'offerta di analgesia da parto in ogni punto nascita, almeno nella fascia oraria quotidiana che va dalle 8.00 alle 20.00. Per centri di riferimento provinciale l'offerta sarà garantita sempre.

Consulenza algologica nel Veneto



Nella lotta al dolore è molto importante la possibilità di fruire della consulenza algologica. Il medico anestesista-algologo è lo specialista che si occupa della diagnosi e della terapia del

dolore. Interviene dopo che il paziente è stato valutato dal medico di base e dallo specialista della patologia responsabile della sintomatologia. L'algologo è importante per lo studio del dolore perché può chiarire i singoli meccanismi di produzione e di mantenimento (fisiopatologia) del dolore e le vie anatomiche di conduzione e svolgendo un ruolo di coordinamento nell'intervento di altri specialisti per evitare una frammentazione e una dispersione del lavoro con un prolungamento nel tempo della sofferenza. In tutte le Aziende ULSS è presente almeno un ambulatorio algologico, collocato nella pressoché totalità dei casi negli ospedali. In due Aziende si stanno sperimentando ambulatori anche in sede distrettuale. In ogni Azienda è presente una consulenza algologia intraospedaliera per pazienti ricoverati. Alcune aziende stanno sperimentando la presenza di Referenti di Servizio o Unità Operativa per la valutazione e il trattamento del dolore. In un numero esiguo dei casi la loro presenza è estesa a tutte le Unità Operative e solo in quattro casi sono riservate ore lavorative per l'attività di consulenza specifica. L'esperienza di un Referente di Reparto o Servizio per il trattamento del dolore viene ritenuta una strada interessante per la stabilizzazione di programmi di lotta al dolore con una sufficiente capillarizzazione.

Referenza per il dolore (Veneto 2006)

Aziende ULSS	Referente per il dolore	Ore dedicate
Azienda ULSS 1 Belluno	In alcune Unità Operative	No
Azienda ULSS 2 Feltre	In tutte le Unità Operative	No
Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa	Nessuna Unità Operativa	No
Azienda ULSS 4 Thiene	In alcune Unità Operative	No
Azienda ULSS 5 Arzignano	In una Unità Operativa	Si
Azienda ULSS 6 Vicenza	In alcune Unità Operative	No
Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo	In alcune Unità Operative	No
Azienda ULSS 8 Asolo	Nessuna Unità Operativa	No
Azienda ULSS 9 Treviso	In alcune Unità Operative	No
Azienda ULSS 10 San Donà di Piave	Non disponibile	No
Azienda ULSS 12 Veneziana	In alcune Unità Operative	No
Azienda ULSS 13 Mirano-Dolo	In alcune Unità Operative	Si
Azienda ULSS 14 Chioggia	Nessuna Unità Operativa	No
Azienda ULSS 15 Cittadella	In alcune Unità Operative	No
Azienda ULSS 16 Padova	In alcune Unità Operative	Si
Azienda ULSS 17 Este	In alcune Unità Operative	No
Azienda ULSS 18 Rovigo	In alcune Unità Operative	No
Azienda ULSS 19 Adria	In tutte le Unità Operative	No
Azienda ULSS 20 Verona	In alcune Unità Operative	No
Azienda ULSS 21 Legnago	In alcune Unità Operative	No
Azienda ULSS 22 Bussolengo	In alcune Unità Operative	No
Azienda Ospedaliera di Padova	In alcune Unità Operative	No
Azienda Ospedaliera di Verona	In alcune Unità Operative	Si

3.5 Politiche Sociali e Socio Sanitarie

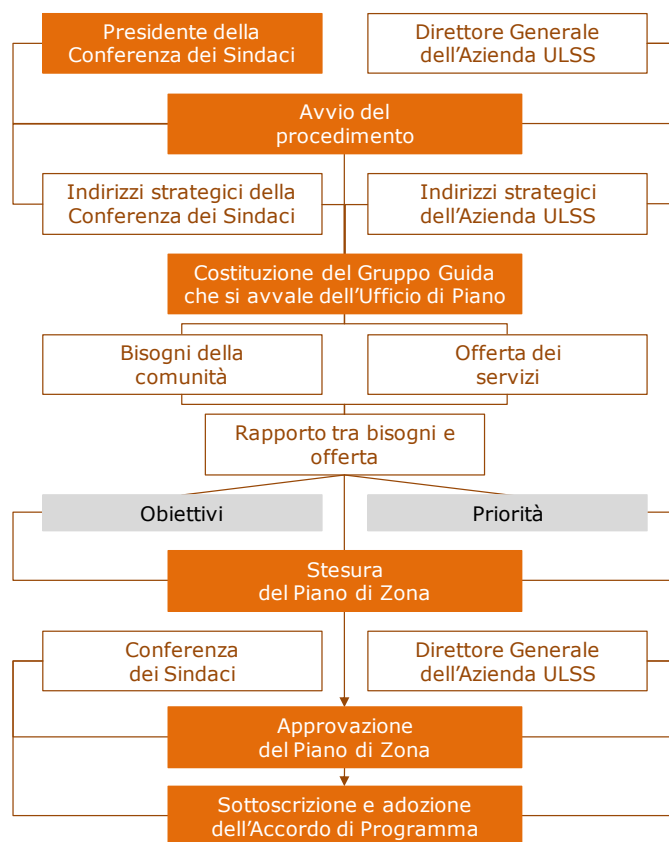
L'evoluzione normativa che i concetti di diritto alla salute (art. 32 della Costituzione) e di diritto all'assistenza sociale (artt. 3 e 38 della Costituzione) hanno subito negli ultimi trent'anni sia a livello nazionale, dalla riforma sanitaria del 1978 alla riforma dell'assistenza, sia a livello regionale, ha come unico filo conduttore la centralità della persona umana. Questa centralità obbliga le istituzioni a tutti i livelli a perseguire obiettivi di salute/benessere/qualità della vita in senso globale.

Il modello veneto di welfare si configura come un sistema integrato di erogazione dei servizi sociali e ad elevata integrazione socio-sanitaria, attraverso la gestione unitaria di tali servizi in ambiti territoriali omogenei. La gestione dei servizi stessi viene delegata da parte dei Comuni all'Azienda Unità locale Socio Sanitaria o, in alternativa, vengono stipulati accordi di programma tra gli enti interessati.

I Piani di Zona dei Servizi alla Persona

Il Piano di Zona è lo strumento privilegiato per conseguire l'integrazione istituzionale ed operativa tra attività sociali e socio sanitarie. Tale documento viene approvato dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Azienda ULSS coincida con quello del Comune o dalla Conferenza dei Sindaci, nel caso i Comuni coinvolti siano più di uno. Nell'ambito del Sistema Socio Sanitario veneto, al Piano di Zona viene attribuito un ruolo fondamentale per dare risposte ai problemi delle persone e delle comunità locali, in quanto strumento condiviso per individuare i bisogni prioritari, le strategie di prevenzione, le risorse disponibili, i soggetti istituzionali e comunitari interessati, i risultati attesi, gli standard di funzionamento e di efficacia, le responsabilità gestionali, le forme di controllo, le modalità di verifica e le condizioni di valutazione sociale dei risultati. I diversi soggetti istituzionali (Regione, Enti locali, Aziende ULSS, Amministrazioni periferiche dello stato, Ipab) e i soggetti sociali (Istituzioni, Fondazioni, Associazioni di volontariato, Cooperative sociali, Enti con finalità religiose e altre Organizzazioni private), pur nel rispetto delle specificità, dei ruoli e delle competenze, condividono un modello partecipato di programmazione delle attività e degli interventi. Considerate le caratteristiche che il Piano di Zona ha assunto nella nostra Regione, esso si configura come piano dei servizi alla persona, e ha assunto pertanto la denominazione di "Piano di Zona dei servizi alla persona". La programmazione che così si esplicita è un processo continuo che accompagna, costantemente, le azioni di sviluppo locale dei servizi e le linee di indirizzo prodotte a livello regionale. Nella Regione del Veneto, i Piani di Zona dei servizi alla persona, che hanno come ambito di applicazione il territorio dell'Azienda ULSS, sono giunti alla quarta triennalità di approvazione. In particolare, sono stati approvati, da parte delle Conferenze dei Sindaci e recepiti dalle Aziende ULSS, tutti i Piani di Zona dei servizi alla persona 2007/2009.

Il Piano di Zona come processo di programmazione partecipata



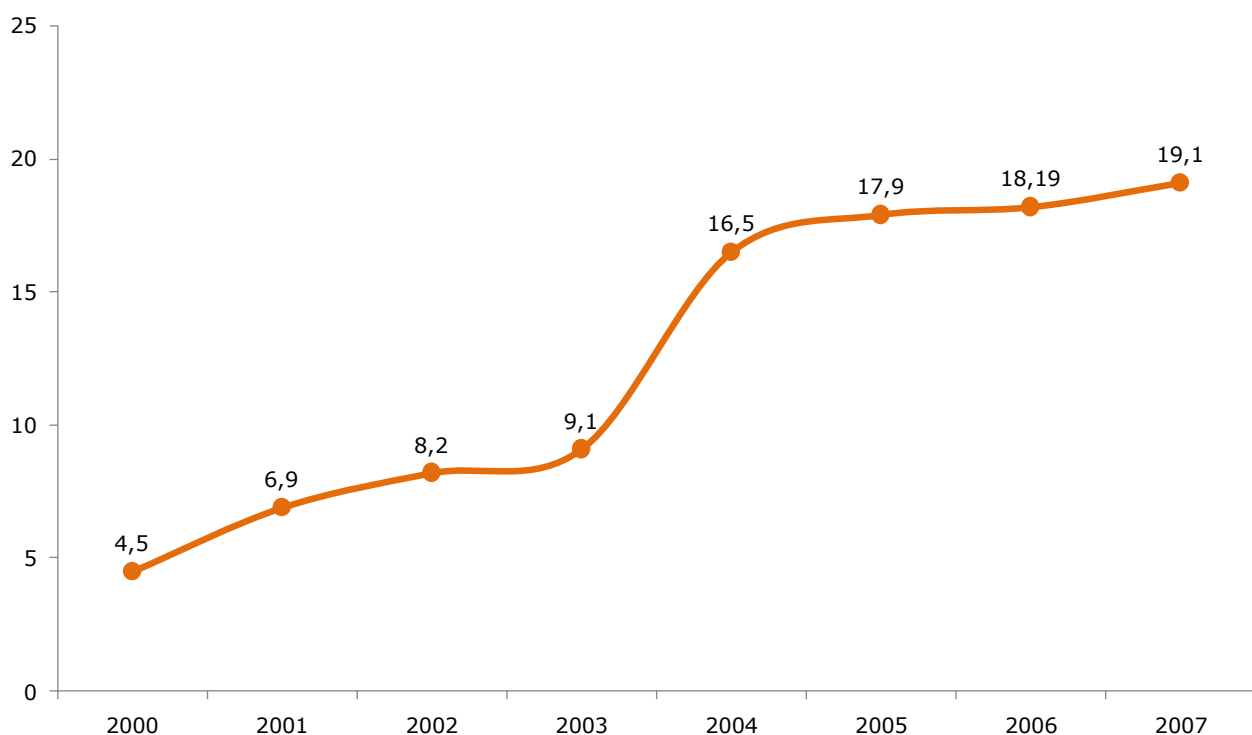
Dopo l'approvazione del Piano di Zona vi è l'adozione da parte della Conferenza dei Sindaci e del Direttore Generale dell'Azienda dell'Accordo di programma, che da attuazione al Piano di zona stesso (art. 19 della Legge 8 novembre 2000, n. 328 e art. 34 del Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267). Tale accordo è sottoscritto, per espresso mandato della Conferenza dei Sindaci, dal Presidente della Conferenza e dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS e da eventuali altre istituzioni pubbliche interessate.

L'offerta di servizi alla prima infanzia

In questi ultimi anni si è avuto un mutamento radicale nella cura ed educazione dei figli. Abbiamo una famiglia diversificata (genitori single, coppie ricostruite) che interagisce con la famiglia tradizionale e i servizi per l'infanzia. Dall'altra parte si verifica un ampliamento della diversificazione dell'utenze (vedi l'aumento della famiglie straniere), cambiano le esigenze di chi utilizza i servizi (orari part-time, flessibilità nell'entrata ed uscita). La rete degli asili nido e di tutti i servizi integrativi non vanno più visti nell'ottica semplicistica di erogatori di prestazioni di cura ed assistenza ma anche come servizi orientati al nucleo genitoriale: gli adulti devono recuperare la loro funzione educativa all'interno di un pensiero collettivo che esalta il valore della "genitorialità sociale" e della "gestione partecipata" dei servizi educativi. In questa prospettiva è necessario un ulteriore investimento atto a consolidare una rete di servizi diversificati, in cui la centralità dell'asilo nido non venga meno, ma sia affiancata da una serie

di altre tipologie di servizi (nidi in famiglia e domiciliari) in grado di offrire nuove risposte alle mutate esigenze familiari. Ciò permetterà di arricchire il panorama dei servizi tradizionali già esistenti con un ventaglio di offerte, in osservanza anche al dettato della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (Legge 8 novembre 2000, n. 328). In sintonia della suddetta Legge quadro, tutti i servizi socio-educativi possono essere realizzati sia da enti pubblici che privati, cooperative, associazioni, privato sociale.

Grado di copertura dei Servizi per la prima infanzia
Anni 2000-2007



A fronte di tutto ciò le Regioni hanno la necessità di coniugare l'offerta di servizi per la prima infanzia con le scelte educative della famiglia, della comunità e delle istituzioni orientando anche il privato sociale, tradizionalmente situato all'interno dei servizi alla persona o all'ambiente, verso la domanda educativa e così portando nei vari territori regionali una crescente offerta e domanda di servizi, una cultura del servizio educativo per la prima infanzia, legata alla valorizzazione della relazione con la famiglia. Con l'offerta del privato sociale il servizio all'infanzia può veder crescere, e l'abbiamo sperimentato nel Veneto, una domanda educativa anche nei piccoli centri locali, tradizionalmente esclusi da una cultura educativa professionale. Alla risposta a queste esigenze hanno fatto seguito numeri significativi, che corrispondono all'Obiettivo del Consiglio europeo di Lisbona del 2000, di innalzamento dell'offerta di servizi. In tal senso, dal 2000 al 2007, il numero di posti disponibili in servizi alla

prima infanzia è quasi triplicato, aumentando del 298% e passando da 8.813 posti del 2001 ai 26.299 di oggi. I servizi per la prima infanzia nella Regione del Veneto ad oggi effettivamente funzionanti sono 639 e possono accogliere un totale di 18.939 bambini. La distribuzione dei servizi per tipologia e Provincia sono di seguito rappresentati:

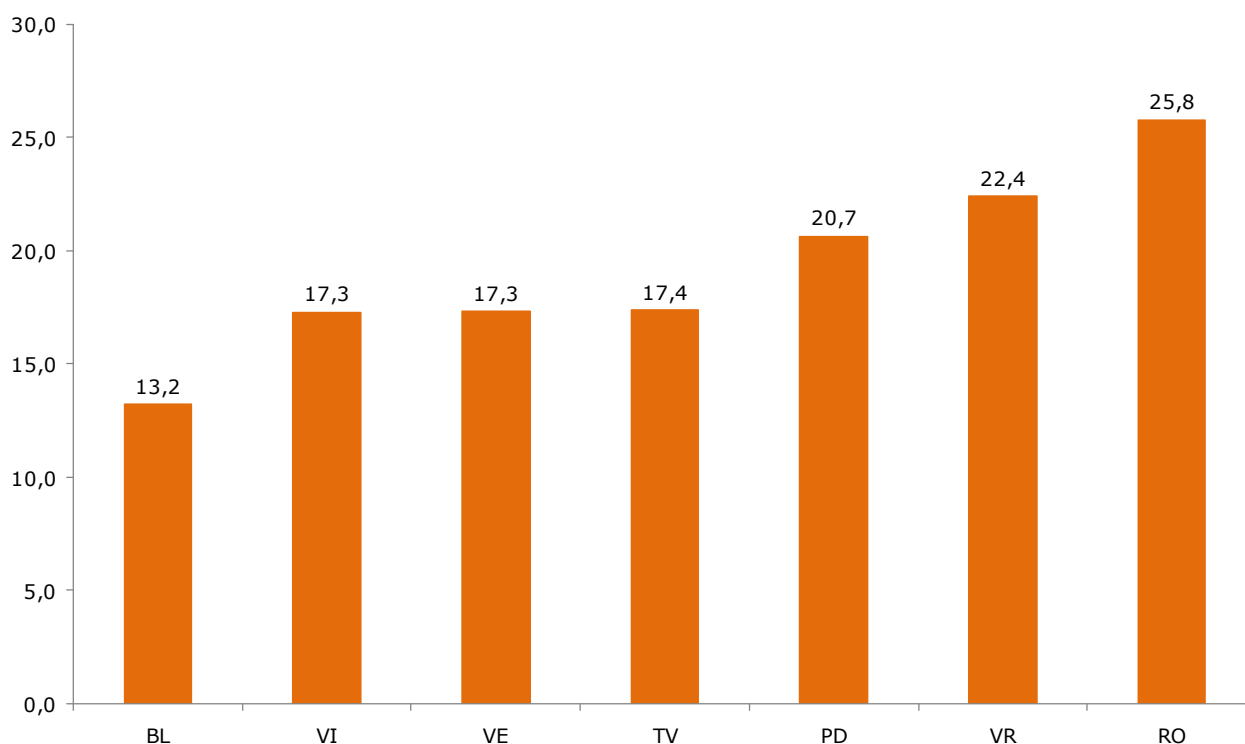
Tipologia	Numero servizi	Numero posti 0-36 mesi
Asili Nido	212	9.471
Nidi Integrati	274	5.825
Centri Infanzia	73	2.085
Nidi Famiglia	26	276
Micronidi	27	586
Nidi Aziendali	27	696
Totale	639	18.939

Provincia	Numero servizi	Numero posti 0-36 mesi
BL	23	494
PD	102	3.149
RO	35	1.013
TV	106	3.134
VE	92	3.022
VI	123	3.886
VR	158	4.241
Totale	639	18.939

Considerando, invece, anche i servizi approvati, ma non ancora funzionanti (231 servizi per 5.603 posti) e le domande presentate nel 2007 (60 nuovi servizi per 1.757 posti), i servizi autorizzati dalla Regione Veneto diventano 930 per un totale di posti potenziale pari a 26.299. Questo dato confrontato con la popolazione 0-2 anni evidenzia un grado di copertura del 19,1% con punte sopra la media regionale nelle province di Padova, Rovigo e Verona. Tale livello di copertura posti pone la Regione del Veneto tra i primi posti a livello nazionale nel campo dei servizi alla prima infanzia. Inoltre, nella nostra Regione si sta investendo sulla realizzazione del "nido in famiglia" con l'obiettivo di soddisfare le sempre più pressanti richieste che vengono dal territorio, offrendo un servizio di cura di dimensioni più contenute. Si tratta di una nuova tipologia di offerta: *i servizi domiciliari all'infanzia*. Un servizio "di prossimità" come questo ha il duplice scopo di garantire da una parte l'offerta anche nelle realtà locali più piccole e dall'altra dare sostegno alle donne che vogliono lavorare in proprio, salvaguardando le loro esigenze familiari. Il "nido in famiglia", viene attuato nel proprio domicilio, con un massimo di sei bambini. Esso non può certo ricadere nei servizi strutturati tradizionali, ma contribuisce alla copertura territoriale, in aree in cui l'Ente locale non può permettersi investimenti per un servizio di grandi dimensioni.

Si ritiene opportuno anche ricordare che nel sistema regionale dei servizi alla persona e nel perseguire l'integrazione tra pubblico e privato, diventa basilare lo strumento di programmazione espresso nei Piani di Zona, anche ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e accreditamento dei servizi alla prima infanzia. Il Piano di Zona diventa allora strumento indispensabile per garantire l'uniformità delle prestazioni, la giusta integrazione socio-educativa, in un'ottica che non sia solamente assistenziale ma anche propositiva.

Percentuale di copertura provinciale dei Servizi dedicati alla Prima Infanzia Veneto Anno 2007



Il sostegno allo sviluppo delle adozioni in Veneto

La Regione del Veneto ha cercato di realizzare un sistema di interventi a favore della famiglia adottiva omogeneo, qualificato ed esteso. Sono stati realizzati in collaborazione con gli enti autorizzati centinaia di corsi di informazione e sensibilizzazione. Solo nel 2006 sono stati implementati 111 corsi a cui hanno partecipato quasi 800 coppie. Sono stati concordati con gli enti autorizzati contenuti, durata, caratteristiche e la stessa metodologia di intervento. Negli ultimi anni si è registrata una modifica delle caratteristiche della domanda da parte delle coppie che intendono adottare e delle caratteristiche dei minori adottati. Due in particolare sono gli aspetti rilevanti: il primo è legato alla concreta disponibilità dei bambini in stato di adottabilità, che risulta sempre più esigua in ambito nazionale. L'altro aspetto rilevante è relativo all'età dei minori adottati. I bambini stranieri adottati da famiglie venete al

31/12/2006, con meno di 1 anno, sono solo il 7,1%, la maggior parte hanno da 1 a 4 anni (quasi il 57%). Ma moltissimi hanno dai 5 ai 9 anni (il 31,5%) e in misura rilevante più di 10 anni (il 4,7%). Sono bambini che hanno radicate specificità culturali, che portano con sé una propria idea di famiglia e di legami familiari, alle volte profondamente diversa da cultura a cultura, spesso con dei traumi affettivi fortissimi e, con una certa frequenza, anche problemi di tipo sanitario. Nel 2004, contestualmente all'adozione di un nuovo protocollo operativo, è stato approvato un progetto pilota regionale attraverso il quale in ogni ambito provinciale sono state sviluppate iniziative di sostegno e accompagnamento del minore adottato e della sua nuova famiglia. Quindi percorsi che si pongono l'obiettivo di dare alla scuola strumenti conoscitivi, in maniera da essere più attenti e preparati all'accoglienza di bambini e famiglie con storie così ricche e particolari, di attivare forme e modalità di solidarietà fra le famiglie stesse, di offrire il tempo e la competenza di operatori preparati. Percorsi che, al contempo, sono progettuali, di accompagnamento e di sostegno alla costituzione di gruppi di confronto fra famiglie adottive e alla proposta di spazi di consulenza psico-pedagogica alla coppia e al bambino pensati in maniera specifica per l'adozione.

Decreti di idoneità all'adozione internazionale

Anni	Decreti di Idoneità	Rigetti	Percentuale rigetti
2004	523	17	3,25
2005	500	36	7,2
2006	526	20	3,8
2007	446	43	8,79

Dati dal Tribunale per i Minorenni di Venezia (al 31.12.2007)

La Regione del Veneto ha espresso inoltre il proprio impegno, anche precedentemente, nella fase successiva all'ingresso in Italia del minore (fase "post-adottiva"), con particolare attenzione alle periodiche relazioni sulla sua situazione e condizione (il cosiddetto "follow up") richieste dagli Stati di provenienza e ai compiti di vigilanza previsti dalle norme vigenti. Nel giugno del 2006 è stata approvata e finanziata la continuazione del progetto con l'obiettivo di passare dalla fase di sperimentazione e avvio ad una fase di stabilizzazione degli interventi, anche attraverso un percorso di monitoraggio, formazione e definizione di linee operative comuni per il sostegno post adottivo, percorso che dovrà concludersi con l'approvazione e la pubblicazione delle linee guida per il post adozione entro il 2008. Si tratta di un obiettivo

ambizioso e che rende unica ed innovativa l'esperienza veneta. Infatti, se per quanto riguarda gli aspetti relativi al pre-adozione si osserva una costante qualificazione nel senso del sostegno e dell'accompagnamento della famiglia che intende adottare, dell'omogeneizzazione dell'intervento e della generale riduzione dei tempi di attesa, la fase "dell'abbinamento", che va dal momento dell'affidamento dell'incarico all'ente autorizzato al momento dell'ingresso in Italia del bambino e dei suoi nuovi genitori, viene vissuta ancora dalle famiglie adottive come particolarmente critica. I fattori di maggiore rilevanza sono la situazione di indeterminatezza dovuta alla frequente mancanza di informazioni certe sullo stato della pratica presso le autorità estere e i tempi di attesa, anch'essi indeterminati e spesso assai lunghi. Questa situazione varia da Paese a Paese e si riflette anche sugli enti di riferimento sulla base delle normative, delle procedure adottate dagli Stati esteri e degli accordi vigenti. La Regione ha pertanto voluto promuovere un progetto a carattere sperimentale, ponendosi l'obiettivo di sostenere l'azione degli Enti autorizzati e le coppie nel momento delicato dell'attesa.

Il progetto, denominato *Veneto Adozioni* si sviluppa in tre ambiti:

- la costruzione della rete;
- l'attività di sostegno alle coppie;
- gli aspetti sanitari.

Nel corso del 2007, nell'ambito della *costruzione della rete* sono state realizzate due missioni: una nella Repubblica Federale di Etiopia (giugno 2007), e una in Colombia (novembre 2007). Inoltre, per sostenere l'azione degli Enti all'estero sono stati attivati interventi di co-finanziamento per la micro-cooperazione e di sostegno logistico. È stato promosso un bando che ha visto, al termine della necessaria istruttoria, approvati tutti i nove progetti presentati. A completamento è stato iniziato un programma di scambio di competenze e conoscenze tra operatori psicosociali dell'equipe adozioni della Regione Veneto e dei tre paesi di maggior provenienza dei bambini adottati (Federazione Russa, Colombia ed Etiopia). Il primo stage formativo si è svolto in Etiopia (Addis Abeba) dal 16 al 23 giugno 2007. Gli altri due stage formativi sono stati realizzati nella Federazione Russa (14-20 ottobre 2007) e in Colombia (10-18 novembre 2007).

Per quanto concerne l'*attività di sostegno alle coppie* è stato attivato un numero verde (800413060) destinato alle famiglie venete che sono in attesa di adozione ma anche che stanno pensando od hanno appena iniziato il percorso adottivo, diventando così un riferimento per tutti coloro che vogliono avvicinarsi all'adozione. È stato altresì attivato un numero telefonico di reperibilità per le emergenze (specialmente per quelle coppie che trovandosi all'estero per completare la propria adozione abbiano necessità di un supporto particolare e specifico) che è collegato ad una unità di sostegno composta da operatori specializzati pronti a sostenere le richieste nel rispetto delle normative vigenti e delle competenze attribuite dalla legge ai singoli attori istituzionali interessati (Enti autorizzati, Commissione per le Adozioni

Internazionali, Ambasciate e Consolati). Con lo scopo di informare e presentare non solo le attività del progetto specifico ma di tutto il "sistema Regione" per le adozioni, è stato attivato un sito internet www.venetoadozioni.it. Queste due attività fungono un po' da sportello sia di informazione che di supporto per tutte le famiglie venete che si accostano all'adozione. Per queste due attività è stato costituito, dopo il necessario periodo di sperimentazione e raccolta di dati, un tavolo regionale di monitoraggio costituito da rappresentanti delle equipe adozioni e degli enti autorizzati. La Regione ha infine promosso delle iniziative da svolgersi sui territori provinciali durante il periodo dell'attesa. Le attività realizzabili potevano riguardare i seguenti ambiti:

- interventi di consulenza individuale per le coppie con l'obiettivo di monitorare il vissuto della coppia nel periodo dell'attesa;
- attività di gruppo per coppie in attesa e/o serate a tema.

Per gli aspetti sanitari, l'obiettivo principale è stato individuato nella creazione di una "rete" di pediatri di base preparati e disponibili, nei rispettivi territori di competenza, al fine di offrire consulenza di carattere sanitario alle famiglie adottive una volta rientrate in Italia con i bambini. A tale scopo è in programma un percorso formativo specifico sulle condizioni di salute dei bambini provenienti da paesi stranieri e con un passato in istituti. Viste le difficoltà che le coppie aspiranti adottive incontrano nel dover affrontare la preparazione dei documenti sanitari per la costituzione dei "dossier" per le autorità straniere, è stata ipotizzata la produzione di protocolli di intesa finalizzati ad agevolare e velocizzare le visite mediche necessarie per la produzione di documentazione sanitaria. In particolare si pensa ad aspetti specifici, quali:

- l'elaborazione di un protocollo di diagnostica clinica;
- lo sviluppo di processi formativi dei pediatri di libera scelta;
- l'individuazione delle strutture atte a realizzare forme di collaborazione per approfondimenti clinico-diagnostici.

Con le attività realizzate l'obiettivo di fare "rete" e di fare "sistema" con i diversi attori presenti sul territorio ha segnato decisi passi in avanti. La condivisione di tavoli di monitoraggio, delle missioni tecnico-istituzionali all'estero, delle attività di supporto e di formazione per gli stage all'estero degli operatori pubblici, sono solo alcuni dei fatti più significativi di un dialogo e di una collaborazione che nella prosecuzione delle varie azioni del progetto sta via via diventando più proficua, fattiva e reale. In questi anni la Regione del Veneto ha voluto interpretare la normativa sempre nel senso della qualificazione del sistema, della formazione, del sostegno e dell'accompagnamento delle coppie, cercando di definire dei percorsi il più possibile a garanzia prima di tutto dei bambini e poi delle loro famiglie. A questo proposito possono essere portate due considerazioni generali che nascono anche da riflessioni fatte con gli operatori delle equipe e i rappresentanti degli enti. La prima considerazione è che in questi anni è *diminuita la distanza fra operatori/servizi e coppie che si avvicinavano al percorso adottivo*. All'inizio il

rapporto con il servizio rischiava molto spesso di essere puramente strumentale, dipendeva strettamente dalla valutazione di idoneità, finalizzato ad avere il "via libera" per procedere o nel caso del post adozione, ad ottenere la relazione da mandare al paese estero. Alle volte il servizio veniva visto con diffidenza e comunque come un ostacolo da superare. Sempre più, invece, il servizio assume, con il consolidarsi del sistema, il confronto e l'esperienza, il ruolo di accompagnare la coppia ad una scelta matura e consapevole. La stessa valutazione spesso diventa un momento interattivo di conoscenza di se e di autovalutazione rispetto al compito adottivo. Così come anche la fase di informazione e sensibilizzazione è vissuta dagli operatori e da molte coppie come una occasione di accompagnamento alla scelta di adottare. L'attività di informazione e sensibilizzazione è diventata non solo un'importante occasione di accompagnamento alla scelta della coppia adottiva, ma anche una preziosa occasione di formazione ed auto orientamento rispetto all'intento adottivo, necessaria per riflettere con serenità e competenza sulle difficoltà portate da bambini, spesso non più piccolissimi, che hanno vissuto grosse deprivazioni materiali e relazionali, forti traumi psicologici, alle volte accompagnati da situazioni sanitarie particolari.

La seconda considerazione, ormai patrimonio operativo e culturale condiviso dal sistema dei servizi veneto, è che l'adozione non si ferma all'accoglienza del bambino. L'adozione ha un "prima" e un "dopo". Un "prima" nella consapevolezza e nella preparazione di una scelta non sempre facile. Un "poi" nelle difficoltà che emergono, così come per ogni figlio, anche con il figlio adottato. Gli operatori conosciuti dalla coppia nella fase di informazione e sensibilizzazione e poi nella valutazione, sono anche gli operatori a cui le coppie fanno naturalmente riferimento dopo l'ingresso del bambino in Italia. Spesso si tratta di legami importanti. Anche in questo caso l'esperienza veneta mette in luce la positività e l'importanza dell'accompagnamento come dimensione che deve caratterizzare tutto il procedimento adottivo, a partire dalle fasi iniziali in cui la coppia si avvicina all'adozione.

Lo sviluppo della programmazione e dell'intervento regionale nel campo della tutela

Il sistema di welfare regionale per la promozione e la tutela del minore, nelle sue linee portanti, è stato costruito ormai più di venti anni fa. In questo contesto l'impegno della Regione si è caratterizzato dalla chiusura o dalla trasformazione degli istituti ancora esistenti, promuovendo la realizzazione e la qualificazione di un sistema di comunità di accoglienza di piccole dimensioni e dell'affidamento familiare, parte attraverso contributi in conto capitale, parte indirizzando la spesa dei comuni, sostenendoli economicamente con contributi differenziati a seconda delle forme di accoglienza effettuate: accoglienza in istituto (ma dal 2004 tale tipologia di spesa non è stata più considerata nel riparto regionale), in comunità o in affidamento familiare. Da sottolineare la rilevanza della presenza e della diffusione nel territorio

veneto delle comunità di accoglienza che nel 2006 sono 256, il 44% delle quali, comunità di tipo familiare, con una o più persone residenti nella struttura.

Strutture residenziali per minori della Regione Veneto per Ulss e tipologia - Anno 2006					
Aziende ULSS	Comunità familiari	Comunità educativa	Comunità terapeutica riabilitativa	Comunità mamma-bambino	Totale
Azienda ULSS 2 Feltre	3	1			4
Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa	5	3		1	9
Azienda ULSS 4 Alto Vicentino	7	2		4	13
Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino	7	2			9
Azienda ULSS 6 Vicenza	22	3		5	30
Azienda ULSS 7 Pieve Di Soligo	3	7		1	11
Azienda ULSS 8 Asolo	1	1			2
Azienda ULSS 9 Treviso	2	7		8	17
Azienda ULSS 10 San Donà	5	2			7
Azienda ULSS 12 Veneziana	2	14	1	3	20
Azienda ULSS 13 Mirano	1	4		1	6
Azienda ULSS 15 Alta Padovana	6	8		1	15
Azienda ULSS 16 Padova	8	29	1	9	47
Azienda ULSS 17 Este	6	2			8
Azienda ULSS 18 Rovigo	2	2			4
Azienda ULSS 20 Verona	14	10		6	30
Azienda ULSS 21 Legnago	12	3			15
Azienda ULSS 22 Bussolengo	6	2	1		9
Veneto	112	102	3	39	256

Fonte: Oriav - Banca Dati minori in struttura

Arrivati alla chiusura degli istituti, la Regione ha perseguito due obiettivi: la promozione dell'affidamento familiare e il sostegno agli Enti Locali, con risorse che vanno a coprire parte delle spese sostenute. Da questo punto di vista una modifica della percentuale di affidamenti familiari sul totale dei progetti di accoglienza extrafamiliare potrà essere perseguita efficacemente con strategie diverse, che implicano un ripensamento complessivo sulla tutela e, con questo, la valorizzazione di un pensiero comune, specifico e diffuso sull'affidamento familiare. Con questo obiettivo è stato avviato nel settembre 2006 il "Progetto sostegno alla

genitorialità sociale: interventi per lo sviluppo dell'affidamento familiare". Le azioni portanti del progetto:

- il sostegno e lo sviluppo in ogni ambito territoriale delle Aziende ULSS di un "Centro per l'affido e la solidarietà familiare", nel quale opera personale che con continuità, stabilità e specializzazione si occupa della promozione dell'affidamento familiare, della formazione e del sostegno delle famiglie affidatarie;
- la realizzazione di un percorso formativo (implementato nel 2007) finalizzato da una parte a condividere linguaggi e modalità operative, dall'altra a raccogliere riflessioni e considerazioni che saranno parte del materiale dal quale costruire le "Linee guida regionali per l'affidamento familiare"
- l'elaborazione delle "Linee Guida regionali per l'affido" da parte di un gruppo rappresentativo delle esperienze venete in materia a partire dal materiale di cui al punto precedente e dal monitoraggio dei progetti per il sostegno e lo sviluppo dei Centri per l'affido e la solidarietà familiare".

Al proposito si prevede l'approvazione e la pubblicazione delle linee guida nel corso del 2008.

Altra caratteristica dell'impegno regionale è stata lo sviluppo dei flussi informativi, che si è sviluppato dal 1993 attraverso la raccolta sistematica di tipo anagrafico di dati sulla situazione dei minori che sono in struttura residenziale. Dal 2004 la rilevazione riguarda anche minori che sono in affidamento familiare giudiziario. Accanto allo sviluppo dei flussi informativi è stata promossa e sostenuta un'azione tesa a realizzare la circolarità delle informazioni, delle segnalazioni e della trasmissione costante e sistematica dei dati tra Aziende ULSS, Regione, Procuratore della Repubblica per il Tribunale dei Minorenni di Venezia e Pubblico Tutore dei Minori della Regione Veneto. Circolarità volta da una parte a sviluppare conoscenza sulla realtà esistente, dall'altra a promuovere la vigilanza e la qualificazione complessiva del sistema. Quanto è stato fatto in questi ultimi anni è stato caratterizzato da un coinvolgimento attivo di tutti gli attori, pubblici e privati, nella "definizione di significati e di percorsi comuni e condivisi". Al proposito si ricorda soprattutto il lavoro promosso dall'Ufficio del Pubblico Tutore della Regione del Veneto per la stesura delle nuove Linee Guida per la protezione e tutela dei bambini e dei ragazzi. Si tratta di un documento importante, frutto di un grande impegno e di un fruttuoso confronto con tutti gli attori impegnati, che definisce i percorsi di presa in carico dei servizi di protezione e cura dei minori e di segnalazione all'Autorità Giudiziaria, in un contesto di profondo mutamento apportato dall'entrata in vigore delle norme che regolano il giusto processo anche nei procedimenti di adozione. Obiettivo del 2008 e del 2009 sarà quello di attivare tutte le iniziative necessarie a favorire il recepimento e all'implementazione delle linee guida regionali in tutti gli ambiti territoriali (oltre alla protezione e tutela e all'affidamento familiare vanno aggiunte le indicazioni per il rapporto fra scuola e servizi territoriali).

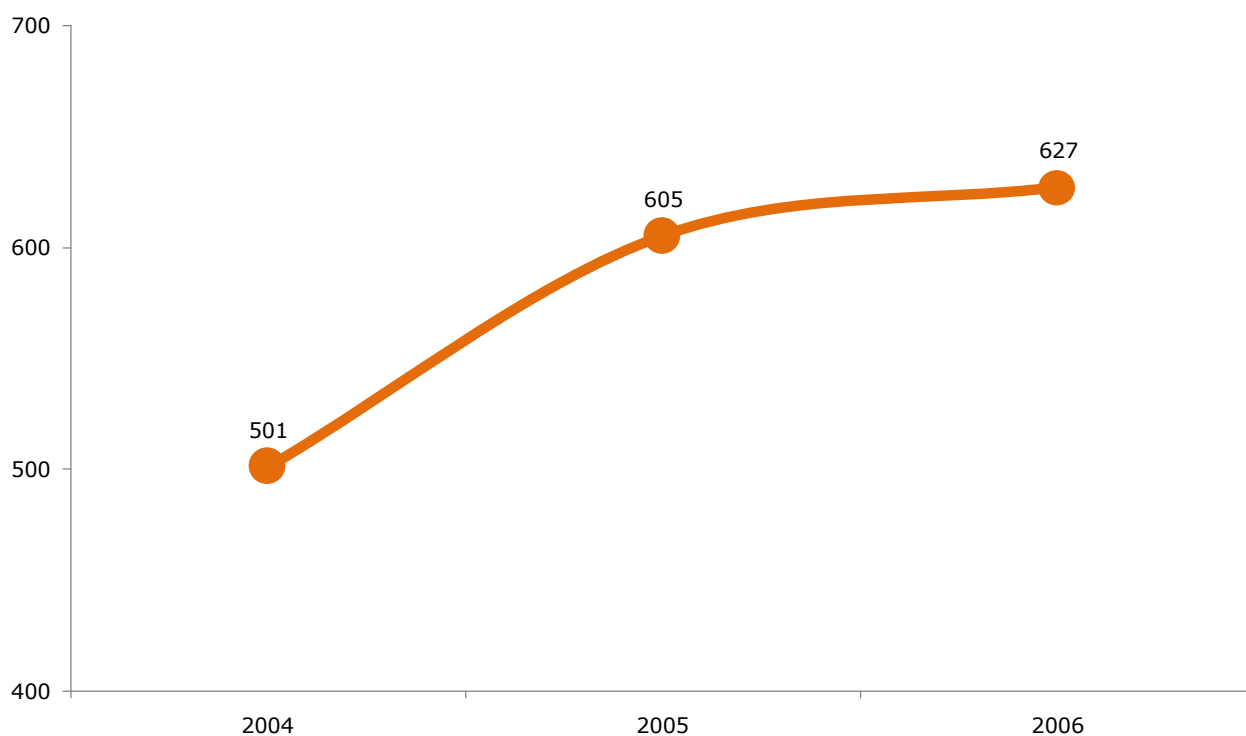
Minori in affidamento giudiziale-residenziale per Azienda ULSS di residenza - Anni 2004/2006

Aziende ULSS	2004	2005	2006
Azienda ULSS 1 Belluno	21	24	23
Azienda ULSS 2 Feltre	9	8	7
Azienda ULSS 3 Bassano	18	29	28
Azienda ULSS 4 Alto Vicentino	18	17	20
Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino	28	29	29
Azienda ULSS 6 Vicenza	35	46	50
Azienda ULSS 7 Pieve Di Soligo	29	36	39
Azienda ULSS 8 Asolo	17	16	24
Azienda ULSS 9 Treviso	42	39	40
Azienda ULSS 10 San Donà	30	32	31
Azienda ULSS 12 Veneziana	3	60	59
Azienda ULSS 13 Mirano	27	36	36
Azienda ULSS 14 Chioggia	12	11	10
Azienda ULSS 15 Alta Padovana	12	18	14
Azienda ULSS 16 Padova	28	29	33
Azienda ULSS 17 Este	15	14	17
Azienda ULSS 18 Rovigo	28	26	25
Azienda ULSS 19 Adria	3	3	6
Azienda ULSS 20 Verona	41	47	58
Azienda ULSS 21 Legnago	41	38	33
Azienda ULSS 22 Bussolengo	36	33	27
Fuori Veneto	5	6	11
Sconosciuta	3	8	7
Totale	501	605	627
Fonte: Oriav - Banca Dati minori in affidamento in giudiziale			

Le Banche Dati gestite dall'Osservatorio Regionale per l'infanzia, l'adolescenza i giovani e la famiglia consentono di conoscere la realtà dei minori fuori famiglia. I bisogni cambiano e i bambini e i ragazzi che vengono presi in carico dai servizi per la tutela sono diversi oggi da

dieci, venti o trent'anni fa. Basti pensare alla presenza di ragazzi stranieri, che nelle strutture presenti in Regione è passata in poco più di dieci anni dal 4% dei minori accolti al 40% nel 2006. Le profonde modifiche che sta attraversando l'istituzione familiare influiscono pesantemente nella vita dei minori. Più del 60% dei bambini o ragazzi che subiscono un allontanamento hanno alle spalle una famiglia disgregata, o con un solo genitore. Si riscontra inoltre un aumento dell'età media dei minori in struttura e in particolare la presenza di una domanda di accoglienza di adolescenti. Per questi, purtroppo, è difficilmente ipotizzabile un rientro in famiglia. A volte questi ragazzi presentano problematiche comportamentali e relazionali gravi. Viene altresì rilevato un consistente aumento della richiesta di accoglienza di nuclei composti da uno o più bambini e un loro genitore, alcuni per situazioni di carattere socio assistenziale, altri per problemi di violenza e maltrattamento familiare, altri ancora per la tossicodipendenza dei genitori.

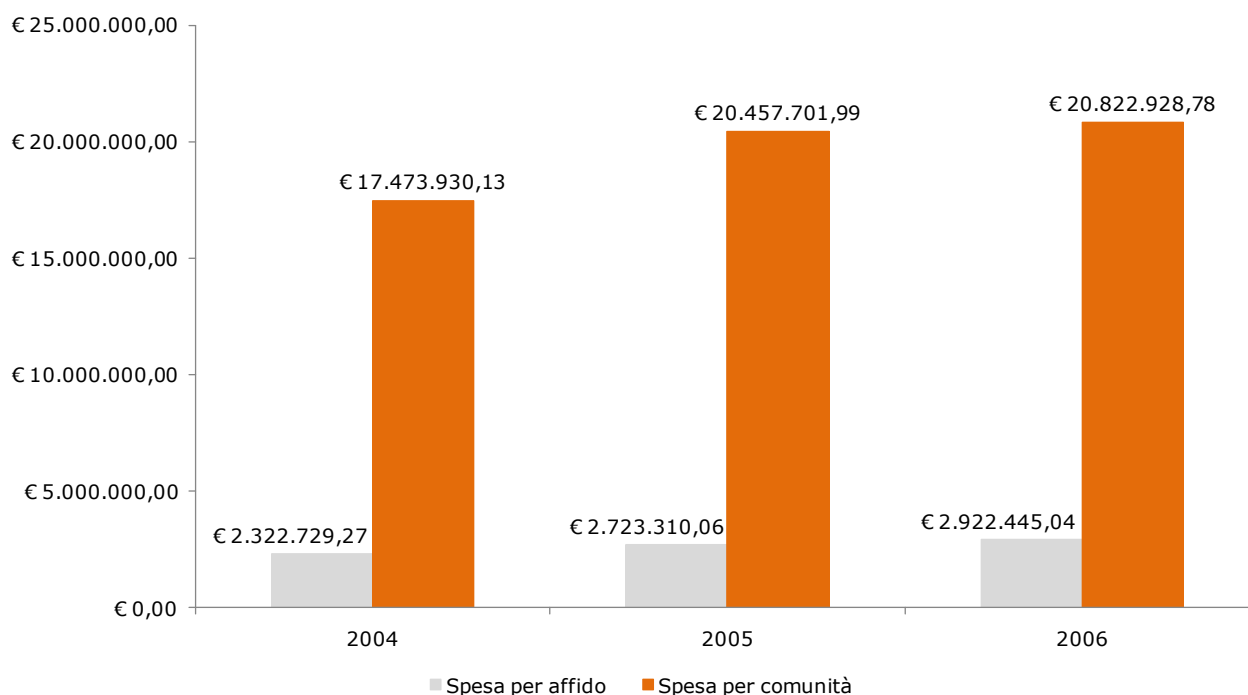
Minori in affido giudiziale residenziale
Veneto 2004-2006



Ciò nonostante, va rilevato che questi aspetti di cambiamento si accompagnano, negli ultimi dieci anni, ad una sostanziale continuità nel numero dei minori italiani presenti in struttura (che rimangono circa 800 all'anno). La spesa complessiva per l'accoglienza dei minori in struttura e in affido familiare invece evidenzia un rimarchevole trend di crescita. Nel giro di tre

anni si passa da una spesa complessiva inferiore ai 20 milioni di euro ad una di quasi 24 milioni di euro.

Minori accolti in strutture residenziali della Regione Veneto per genere ed Aziende ULSS di residenza - Anno 2006			
Azienda ULSS	Maschi	Femmine	Totale
Azienda ULSS 1 Belluno	6	11	17
Azienda ULSS 2 Feltre	10	12	22
Azienda ULSS 3 Bassano	16	20	36
Azienda ULSS 4 Alto Vicentino	25	17	42
Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino	10	18	28
Azienda ULSS 6 Vicenza	33	24	57
Azienda ULSS 7 Pieve Di Soligo	12	13	25
Azienda ULSS 8 Asolo	24	17	41
Azienda ULSS 9 Treviso	24	18	42
Azienda ULSS 10 San Donà	21	27	48
Azienda ULSS 12 Veneziana	29	66	95
Azienda ULSS 13 Mirano	10	9	19
Azienda ULSS 14 Chioggia	12	8	20
Azienda ULSS 15 Alta Padovana	20	40	60
Azienda ULSS 16 Padova	52	92	144
Azienda ULSS 17 Este	5	17	22
Azienda ULSS 18 Rovigo	20	7	27
Azienda ULSS 19 Adria	5	8	13
Azienda ULSS 20 Verona	55	57	112
Azienda ULSS 21 Legnago	13	27	40
Azienda ULSS 22 Bussolengo	9	15	24
Altra regione	48	116	164
Estero	7	12	19
Residenza sconosciuta	65	180	245
Totale	531	831	1.362
Fonte: Oriav - Banca Dati minori in struttura			

Trend della spesa sostenuta per affido e per comunità
Veneto 2004-2006

Aziende ULSS	Numero minori in affido residenziale	Spesa sostenuta per affido residenziale (€)	Numero minori in comunità residenziali	Spesa per inserimento minori in comunità residenziali (€)
1	20	72.352	1	358.037
2	1	4.800	3	216.789
3	33	126.040	20	598.574
4	27	111.089	70	937.709
5	24	103.447	7	380.739
6	101	331.525	48	1.276.509
7	42	103.555	8	331.897
8	24	94.356	10	901.813
9	35	135.688	105	1.135.843
10	28	82.557	23	960.968
12	87	329.625	428	2.821.624
13	35	88.357	33	530.959
14	18	67.270	5	324.147
15	33	95.226	65	1.183.174
16	72	177.177	214	3.479.289
17	27	62.849	26	455.348
18	34	120.301	1	312.888
19	10	32.154	1	271.283
20	109	346.471	88	3.014.144
21	49	199.143	57	892.814
22	54	238.462	12	438.382
TOTALE	863	2.922.445	1.225	20.822.929

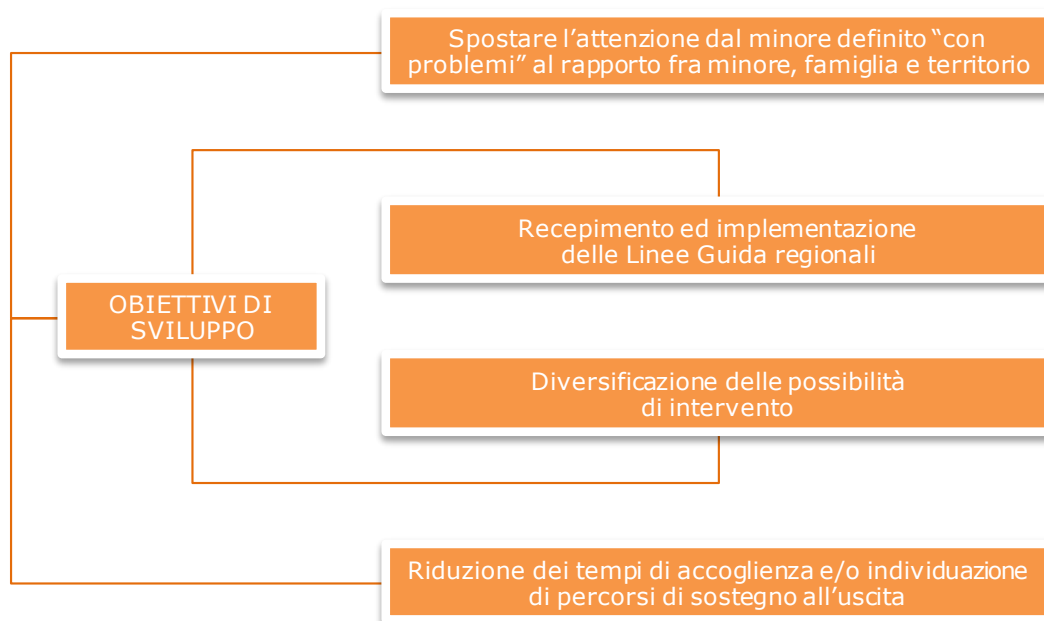
Fonte: rendicontazione comuni e Aziende ULSS spese sostenute

La parcellizzazione delle politiche di spesa e degli interventi operati è certo un fattore di notevole incidenza. Infatti nella gestione della tutela 94 Comuni su 581 hanno delegato sia la gestione degli interventi psicosociali che il pagamento delle rette, 246 hanno delegato solo la gestione degli interventi psicosociali, 174 Comuni non hanno attivato nessuna delega. In alcuni ambiti territoriali è stato istituito un fondo di solidarietà fra i Comuni che copre solo in parte le spese sostenute. Molti Comuni che non hanno delegato la gestione economica (in totale 420) sono di piccole dimensioni. Si rilevano inoltre diversità fra ambiti territoriali nella spesa media per accoglienza e nelle oscillazioni nel rapporto fra affidamenti familiari e inserimenti in comunità, che testimoniano la presenza di modelli anche molto diversi di presa in carico. Ciò si osserva soprattutto da parte dei Comuni di piccole dimensioni che non attuano o attuano solo in parte forme di delega, la necessità di far fronte al pagamento di rette diventa alle volte molto onerosa, rischiando di determinare le condizioni per la realizzazione di interventi più guidati nella loro scelta dal loro costo che dai veri bisogni del bambino, interventi che con maggiore facilità portano alla "cronicizzazione" degli interventi. Inoltre, la scelta dell'intervento è guidata anche dalla disponibilità di operatori professionali e la loro assenza può "ostacolare" forme di intervento diverse dall'inserimento in comunità quali affido familiare, affido diurno o altre modalità che richiedono cura e attenzione particolari e l'attivazione di professionalità specifiche. Dal punto di vista dei progetti attuati ancora troppi minori vengono inseriti in contesti territoriali diversi da quello di provenienza. Ciò vale soprattutto per le comunità di accoglienza, nelle quali i minori provenienti da altre Aziende ULSS sono superiori al 65% (a differenza dell'affidamento familiare giudiziale, per cui la percentuale si riduce al 19,4%).

Si parte quindi da un contesto operativo e di pensiero comunque ricco ed articolato che come si è visto, si è sviluppato su linee che vanno sostenute e potenziate. In tale ambito gli elementi relativi alla spesa che abbiamo qui evidenziato dovrebbero costituire un ulteriore stimolo al miglioramento. La sfida è quella di far convergere le diverse iniziative e i diversi approcci per trovare una cornice semantica, operativa ed organizzativa comune. I dati e le considerazioni riportate sono alla base degli indirizzi di sviluppo dell'azione regionale nell'ambito della tutela. Va poi considerata la necessità di pensare alla tutela all'interno di una dimensione territoriale ampia: il problema dell'accoglienza e dell'integrazione sociale del minore straniero non accompagnato, l'accompagnamento all'autonomia dell'adolescente diciottenne, la riduzione dei tempi dell'allontanamento, il sostegno e l'accompagnamento della famiglia di origine, lo sviluppo dell'affidamento familiare, nelle sue varie forme, toccano in profondità le dinamiche sociali, economiche, culturali del territorio e la loro soluzione non può passare che attraverso una serie di interventi che vedono il territorio stesso destinatario e protagonista. Il contesto territoriale del singolo comune da questo punto di vista costituisce una forte limitazione allo sviluppo e miglioramento dei servizi. Infatti, si tratta molto spesso di realtà di piccole o piccolissime dimensioni in cui è difficile integrare le attività di tutti i soggetti che sono a vario

titolo coinvolti nella tutela dei minori (lo stesso Comune, l'Azienda ULSS, il Privato sociale, le reti di volontariato, e così via).

Linee di sviluppo dell'azione regionale nell'ambito della tutela dei minori



Le politiche giovanili della Regione del Veneto

Le politiche giovanili rappresentano uno degli ambiti di particolare attenzione della Regione del Veneto. Sin dagli anni Ottanta sono stati promossi, con apposite norme regionali, gli scambi internazionali di giovani, orientando inoltre i diversi interventi ai seguenti ambiti d'azione:

- La qualificazione del tempo libero, favorendo le attività aggregative e l'espressività giovanile in campo artistico, culturale, economico;
- La dimensione interculturale attraverso il potenziamento delle attività di scambio con l'estero e la realizzazione di progettualità in ambito europeo;
- Il potenziamento e lo sviluppo dei canali della partecipazione giovanile e della cittadinanza attiva, instaurando forme sperimentali di confronto ed interazione tra i giovani e le istituzioni;
- L'utilizzo corretto dei nuovi sistemi di comunicazione ed il miglioramento dell'offerta informativa e della produzione delle informazioni;
- L'ampliamento delle possibilità formative e di istruzione e l'orientamento lavorativo.
- La prevenzione del disagio e dell'emarginazione;
- La promozione della dimensione valoriale e sociale del giovane nelle forme del volontariato ed del servizio agli altri, sviluppando la cultura della solidarietà.

La rete dei servizi strutturati che interessano in modo diretto le politiche giovanili venete è rappresentata dagli *Informagiovani* che sono attualmente 158, dai *centri di aggregazione giovanile* e dalle esperienze di *spazi aggregativi qualificati*, monitorati a campione dalla Regione (49 realtà). Per dare una dimensione dei processi di sviluppo, negli anni 2000/2007 sono stati presentati, da parte degli Enti locali e delle realtà del terzo Settore, 1.100 progetti di intervento nell'ambito delle politiche giovanili ed al finanziamento di circa 600, con un'ascesa del trend progettuale particolarmente rilevante negli ultimi anni.

Un aspetto molto importante è rappresentato dal Servizio Civile. Infatti, il 1° gennaio 2006 le Regioni hanno acquisito competenza in materia di Servizio Civile Nazionale. L'anno 2006 è stato quindi un anno di passaggio in cui ogni Regione con il supporto dell'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile (UNSC), ha istituito appositi uffici, un albo per l'iscrizione degli enti, ha formato il personale, ha avviato pratiche di accreditamento all'albo e ha valutato i primi progetti. Per la Regione del Veneto la valutazione progetti si è conclusa nel primo trimestre del 2007.

Servizio Civile: risultati della valutazione 2007					
Presentazione		Valutazione			
Progetti presentati	Volontari richiesti	Progetti approvati	Progetti approvati con limitazioni	Progetti respinti	Volontari complessivi
209	1.701	147	40	22	1.540
		70,33%	19,14%	10,53%	90,53%

A seguito del riparto dei fondi statali per le spese istituzionali, tra UNSC e Regioni, il Veneto ha ottenuto il finanziamento di 111 progetti per un numero complessivo di volontari avviabili al servizio pari a 1.087. Inoltre al 31 ottobre 2007, termine di scadenza per la presentazione di progetti da avviare nel 2008, sono pervenuti n. 174 progetti per un totale di 1.368 volontari. La valutazione degli stessi è stata avviata nel 2007, previa costituzione di una commissione formata da esperti. La conclusione è prevista per marzo 2008.

Per quanto concerne le nuove pratiche di accreditamento e il passaggio automatico dall'albo provvisorio nazionale agli albi regionali da parte degli enti con sede legale in una regione e sedi di attuazione in non più di tre regioni, nel Veneto per il 2007 le iscrizioni sono state le seguenti:

- 160 enti iscritti direttamente all'albo regionale;
- 2.296 sedi operative accreditate.

Occorre considerare che la normativa dell'accreditamento prevede la possibilità per gli enti di Prima e Seconda classe di stipulare con enti terzi degli accordi di partenariato o di accreditare sedi operative di enti legati da vincoli associativi, consortili e federativi, pertanto in realtà il numero complessivo di enti che direttamente o indirettamente (come sedi operative) sono iscritti all'albo è pari a 415.

La Regione oltre a gestire gli albi e la valutazione progetti, ha competenza in materia di *formazione e informazione*. I fondi statali assegnati per l'anno 2007 sono stati pari a € 117.843,84 che però sono rientrati nell'esercizio 2008 in quanto disponibili in cassa da settembre 2007. Pertanto nel 2007 non vi sono state attività rilevanti.

Nel'anno 2007 è stata incentivata l'istituzione di *tavoli tecnici*, in cui Regioni, Province autonome e UNSC si sono confrontati e hanno proposto modifiche alla normativa in materia di Servizio Civile. In tal senso in ambito nazionale sono stati istituiti i seguenti gruppi:

- Gruppo Interregionale "Area servizio civile";
- Gruppo Formazione;
- Gruppo Accreditamento;
- Gruppo Monitoraggio, verifica e controllo.

Il personale dell'Ufficio regionale è inserito come rappresentante sia nel Gruppo di lavoro Interregionale "Area servizio civile" e sia nel Gruppo Monitoraggio, verifica e controllo. Inoltre all'interno della Consulta Nazionale, organismo permanente di consultazione, riferimento e confronto per l'ufficio Nazionale, è stato designato un rappresentante delle Regioni/Province Autonome ed attualmente questo ruolo è rivestito da personale della Regione del Veneto.

I Consultori Familiari

Il Consultorio Familiare è un Servizio Socio-Sanitario delle Aziende ULSS incardinato all'interno dei Distretti. Esso rappresenta un importante strumento per attuare gli interventi necessari al fine di tutelare la salute della donna, dell'età evolutiva e dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari. È un servizio ad alta integrazione socio-sanitaria, reso peculiare ed unico nell'ambito della rete delle risorse socio sanitarie ed assistenziali esistenti, dal lavoro d'équipe determinato e regolato da norme nazionali e regionali.

Il Consultorio Familiare si caratterizza per:

modalità di accesso diretto, ovvero i cittadini possono accedervi senza impegnativa del medico;

pluralità delle tipologie di intervento e delle tipologie di utenti (cittadini, servizi territoriali, servizi ospedalieri, autorità giudiziarie, enti locali, scuola, associazioni, ecc.);

attività di coordinamento e di integrazione sia con i Consultori della stessa Azienda ULSS che con gli altri servizi pubblici e privati sociali e sanitari del territorio;

globalità e unitarietà delle risposte ai bisogni emergenti e continuità della presa in carico e la realizzazione degli interventi di promozione della salute.

Per lo svolgimento delle sue funzioni il Consultorio Familiare si avvale di figure professionali quali lo Psicologo, l'Assistente Sociale, il Medico-Ginecologo, l'Assistente Sanitaria, l'Infermiere, l'Ostetrica i cui interventi integrati rivolti alle problematiche della prevenzione, *ne definiscono la fisionomia e la specificità rispetto ai presidi di natura ambulatoriale e ospedaliera*. Altre figure possono integrare il gruppo di lavoro su definito e cioè il Consulente Legale, il Sociologo, il Mediatore Linguistico-Culturale, il Mediatore Familiare, l'Educatore, il Neuropsichiatra infantile, l'Andrologo, il Genetista, il Pediatra (alcuni già presenti in talune Aziende ULSS).

Il Consultorio Familiare è pertanto un servizio di base fortemente orientato alla prevenzione, promozione, informazione ed educazione, riservando all'attività di diagnosi e cura una competenza di prima istanza integrata con l'attività esercitata sul territorio di appartenenza dalle Unità Operative distrettuali ed ospedaliere e dai servizi degli Enti locali.

Nello specifico gli interventi sono:

Interventi di tipo preventivo e di sostegno nell'ambito dell'educazione socio-affettiva, del percorso nascita (corsi di preparazione alla nascita), del percorso 0-3 anni (periodo post-partum e sino ai tre anni del bambino), della contraccezione, della prevenzione dell'interruzione di gravidanza, delle tematiche relative alla coppia, alla genitorialità, all'adozione, all'affido, alla tutela dei minori, alle tematiche adolescenziali, alle tematiche della menopausa;

Interventi di informazione, di consulenza, di presa in carico di carattere medico-ginecologico, ostetrico, psicologico e sociale nell'ambito dell'area ostetrico-ginecologica per quanto concerne la procreazione responsabile, la prevenzione delle malattie ereditarie, la fecondazione medicalmente assistita. Per quanto riguarda la gravidanza, il post-partum ed il puerperio. Per quanto concerne la contraccezione, l'infertilità, la menopausa, la sessualità (disturbi in adolescenza, nell'età adulta, ecc.) e l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG);

Interventi di informazione, di consulenza, di presa in carico di carattere ginecologico-ostetrico, psicologico, sociale e legale relativi all'adolescenza, alle difficoltà relazionali dell'individuo, della coppia e della famiglia, alle separazioni e divorzi, alla violenza, molestie, maltrattamenti e sfruttamenti sessuali, alla mediazione familiare, all'affido familiare;

Interventi di carattere psicologico, sociale e legale su richiesta del Tribunale per i Minorenni in caso di dichiarazione di disponibilità all'adozione;

Interventi di carattere psicologico, sociale e legale su disposizione o in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria, in caso di pareri circa l'affidamento di bambini relativo alla separazione conflittuale dei genitori, per tutelare i minori in situazioni problematiche, per i minori stranieri non accompagnati, per la mediazione familiare.

In tutte le Aziende ULSS a seguito della promozione di progetti specifici determinata da provvedimenti nazionali e regionali è stato attivato/potenziato lo *Spazio Adolescenti/Giovani* gestito da équipe multiprofessionali dedicate integrate con la figura dell'esperto in Scienze

dell'Educazione, che si rivolgono ai ragazzi e alle ragazze di età compresa tra i 14 e i 24 anni. In tredici Aziende ULSS tali spazi si trovano all'interno del Consultorio, mentre in altre nove sono stati attivati al di fuori del Consultorio Familiare. Le équipes si interfacciano all'interno dell'Azienda ULSS soprattutto, con la Neuropsichiatria Infantile, l'Età Evolutiva, il Dipartimento di Psichiatria, il Dipartimento di Prevenzione, il Servizio per le Tossicodipendenze e all'esterno con la scuola, con i centri di aggregazione giovanile, con le biblioteche. La promozione degli *Spazi Adolescenti/Giovani* in tutto il territorio regionale risponde a quanto specificato nel Progetto Obiettivo in termini di potenziamento della promozione della salute e assistenza nell'età adolescenziale allo scopo di garantire "uno stato di maggiore benessere a questa fascia di cittadini, che ponga le basi di una migliore qualità della vita adulta futura esigenza che non trova adeguata risposta a causa di carenze istituzionali e della frammentarietà degli interventi di salute per gli adolescenti". Nell'ambito della rete aziendale che coinvolge molteplici ambiti e profili professionali che devono operare in coordinamento (pediatra di libera scelta, medico di medicina generale, pediatra di comunità, psicologo, neuropsichiatra infantile, assistente sociale, ginecologo ecc.) la mission degli *Spazi Adolescenti/Giovani* si esplica nell'individuazione delle situazioni di difficoltà, nell'accoglimento della domanda di aiuto, nell'attivazione del *counselling*, di trattamenti brevi e di coordinamento. Essi operano in rete all'interno dell'Azienda ULSS con i diversi Servizi Specialistici distrettuali e ospedalieri e all'esterno con tutti i soggetti effettivamente o potenzialmente coinvolti (la famiglia, la scuola, i centri di aggregazione, le associazioni sportive, l'Autorità Giudiziaria, ecc.).

Nello specifico gli *Spazi Adolescenti/Giovani* offrono interventi di informazione, di formazione e di sostegno che riguardano:

- aspetti legati alla fisicità;
- la relazione con i genitori e/o adulti di riferimento;
- la sessualità e l'affettività.

Le azioni sono indirizzate a prevenire, affrontare o contrastare situazioni problematiche come per esempio:

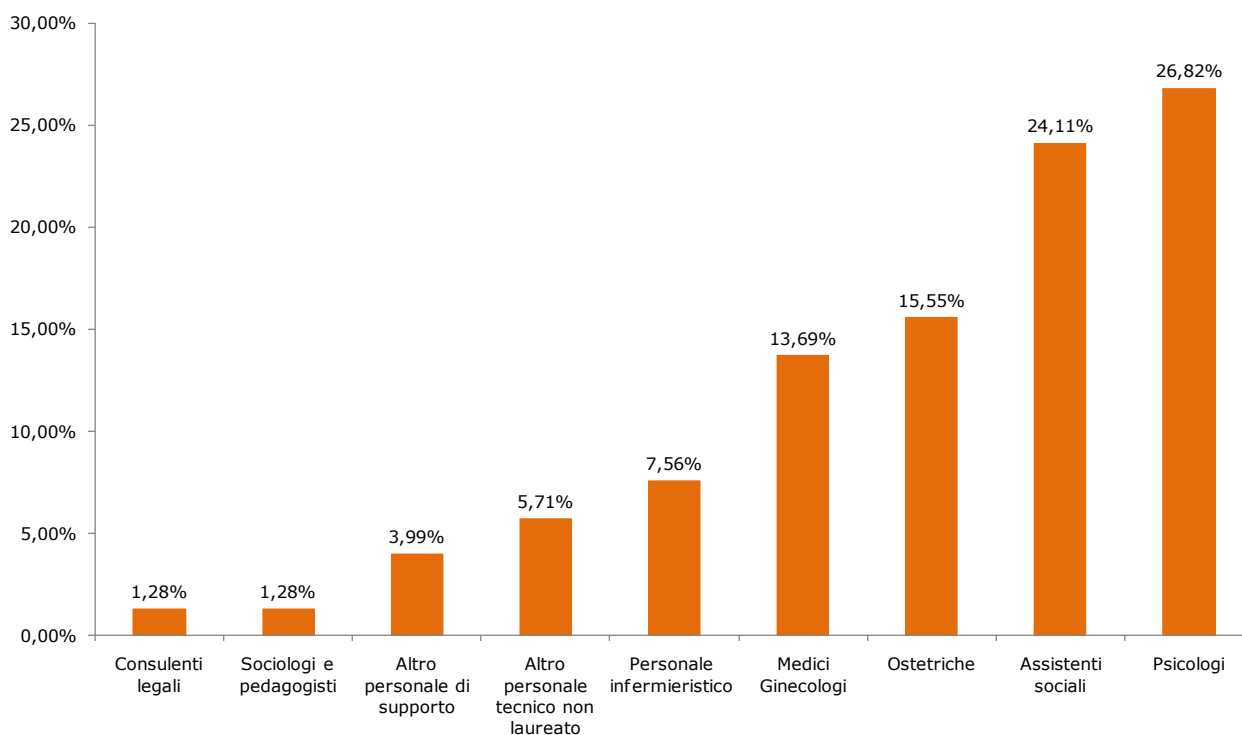
- gravidanze indesiderate (contraccezione ed interruzione volontaria di gravidanza);
- malattie sessualmente trasmesse;
- abusi, molestie, sfruttamenti sessuali;

Oltre ai servizi fin qui elencati, nell'ambito della promozione di progetti regionali specifici sostenuti da una recente produzione normativa nazionale e regionale finalizzati al sostegno della genitorialità quale area d'intervento emergente, è stata avviata in ogni Azienda ULSS del Veneto, l'attività di mediazione familiare e di spazio neutro al fine di sostenere coppie e famiglie in difficoltà e tutelare le funzioni genitoriali ed il benessere dei componenti della famiglia nei casi di rottura coniugale. Il sostegno alle coppie in conflitto e la mediazione familiare sono garantiti da professionisti qualificati, coinvolti in attività di formazione e di

aggiornamento culturale e professionale continuo sia a livello regionale che a livello locale. Da questo punto di vista la formazione regionale rivolta ad operatori impegnati nell'ambito specifico, ha condotto alla stesura delle linee operative regionali sulle separazioni e i divorzi nonché sulla mediazione familiare quale strumento operativo da utilizzare nel rispetto delle singole competenze e approcci metodologici.

L'aumento dell'utenza straniera rende sempre più importante anche il servizio di mediazione linguistico-culturale. In molte Aziende ULSS questo servizio di supporto è centralizzato, in altre Aziende, caratterizzate da tassi elevati di immigrazione, viene destinato ad uso esclusivo dei Consulenti Familiari. La promozione di tale servizio è stata favorita negli anni 2005-2007 dal finanziamento regionale di progetti specifici finalizzati alla presenza del mediatore culturale ed alla realizzazione di percorsi formativi sulle culture di provenienza degli stranieri.

Operatori per figura professionale dei Consulenti Familiari pubblici Veneto 2006



Sotto il profilo strutturale, nel 2006 risultano attive sul territorio regionale 125 sedi consultoriali pubbliche, per un totale di 37.907 abitanti per ciascuna sede (e 8.907 donne in età 15-49 anni). Ogni sede apre mediamente al pubblico 36 ore la settimana, poco meno della metà delle sedi apre anche al sabato mattina, mentre circa il 40% funzionano anche in orario serale, grazie anche ad un progetto regionale che prevedeva l'estensione dell'orario sino alle 21.00 al fine di favorire l'accesso delle famiglie. Il personale operante presso i consulenti familiari pubblici nell'anno 2006, consta di 701 professionisti, la maggior parte dei quali sono

Psicologi e Assistenti Sociali. Rispetto a quanto rilevato negli anni precedenti si assiste ad un innalzamento del numero di professionisti, tornando a raggiungere i livelli dell'anno 2000, in particolare l'aumento più consistente avviene per la categoria degli Psicologi.

Operatori per figura professionale dei consultori familiari pubblici - Anni 2000/2006							
Categoria Professionale	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Medici Ginecologi	140	135	132	124	99	103	96
Psicologi	171	159	161	148	149	154	188
Personale infermieristico	56	60	56	69	53	55	53
Ostetriche	97	106	102	102	100	102	109
Consulenti legali	24	14	18	16	17	18	9
Sociologi e pedagogisti	5	3	3	2	2	2	9
Assistenti sociali	165	164	164	157	158	161	169
Altro personale tecnico non laureato	25	28	26	25	37	31	40
Altro personale di supporto quali amministrativi, ausiliari ecc.	25	23	14	16	16	15	28
	708	692	676	659	631	641	701

Le attività a cui gli operatori si dedicano principalmente sono quelle legate alle separazioni, divorzi e mediazione familiare (26,4% del monte ore totale), al percorso nascita (24,5%) ed alle adozioni (24,2%).

Non Autosufficienza e Domiciliarità

La programmazione locale in questo settore è oggetto di specifici piani di settore, parti integranti del Piano di Zona: il Piano Locale per la Domiciliarità, il Piano Locale della Non Autosufficienza e il Piano Locale della Disabilità.

Con il *Piano Locale per la Domiciliarità* la Regione del Veneto persegue i seguenti obiettivi:

- sostenere la promozione e la tutela della qualità di vita dei cittadini in situazione di fragilità, in particolare delle persone che rischiano l'esclusione da un contesto familiare;
- sostenere le persone non autosufficienti e le loro famiglie con un insieme di interventi, fra i quali si colloca l'assegno di cura;

- agevolare per i cittadini e per le famiglie l'accesso ai servizi e agli interventi di supporto alla domiciliarità;
- incentivare i servizi sociali e socio-sanitari di Comuni e di Aziende ULSS nella presa in carico delle situazioni di disagio dovute alla presenza in famiglia di persone non autosufficienti.

Per perseguire i suddetti obiettivi, è stato avviato un processo volto a ridefinire l'unitarietà degli interventi, a creare i presupposti affinché i diversi enti e operatori si integrino tra loro, ad individuare, per la persona non autosufficiente, un progetto unitario di intervento, concordato tra gli operatori sociali e quelli sanitari e condiviso dall'interessato e dai suoi familiari.

Il sistema della domiciliarità, quale nuovo modello delle politiche e degli interventi, è stato delineato nel 2006. In seguito, in ogni area territoriale di Azienda ULSS, la Conferenza dei Sindaci ha approvato il Piano Locale per la Domiciliarità per il triennio 2007-2009, previo accertamento della congruità del Piano stesso agli indirizzi regionali. I *Piani Locali per la Domiciliarità* consistono essenzialmente nella pianificazione degli interventi, definizione dei progetti integrati che prendono in considerazione la complessità dei bisogni e la gamma delle risorse disponibili e attivabili, individuazione dei servizi e degli operatori che costituiscono punti di riferimento certi per la famiglia.

Il Piano Locale della Non Autosufficienza

Nel biennio 2006-2007 la Regione del Veneto ha definito gli indirizzi e gli interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti e ha individuato quali obiettivi a carattere strategico: la centralità del cittadino e il diritto alla libera scelta, la programmazione regionale e territoriale delle risorse e dell'offerta di residenzialità, l'attuazione e lo sviluppo qualitativo e quantitativo dell'offerta di servizi al cittadino in un'ottica di uniformità sull'intero territorio Regionale. Sono state inoltre stabilite le modalità di accesso ai Centri di Servizio in relazione ai livelli soggettivi di bisogno assistenziale. Si tratta di riferimenti importanti per l'integrazione tra i percorsi della residenzialità e della domiciliarità che si attuano attraverso il Piano Locale della Non Autosufficienza, con il quale viene effettuata la programmazione del fabbisogno di residenzialità negli ambiti territoriali della singola Azienda ULSS.

Il Piano Locale della Disabilità

I Piani Locali della Disabilità, predisposti e approvati per il triennio 2007-2009, dalle Conferenze dei Sindaci e dalle Aziende ULSS del Veneto secondo gli indirizzi stabiliti dalla Regione del Veneto nel 2006, sono strumenti della programmazione locale, ad attuazione ed integrazione dei Piani di Zona. Il Piano Locale della Disabilità, permette di articolare risposte efficaci, a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie, in relazione alle peculiarità territoriali, alla domanda accertata ed alle risorse disponibili, tanto nel sistema della Domiciliarità quanto nel sistema della Residenzialità.

Interventi per la domiciliarità

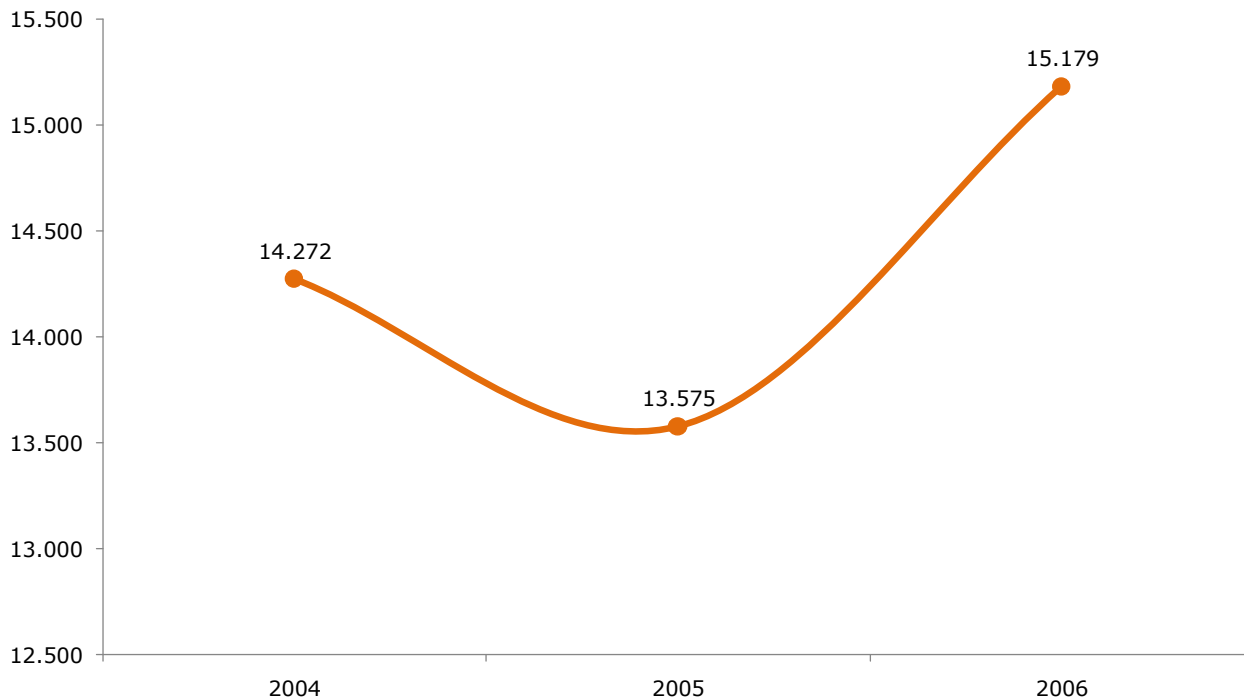
Le azioni delineate nei documenti relativi ai Piani succitati trovano attuazione in una serie di attività che interessano il territorio. Per quanto attiene la domiciliarità, queste sono rappresentate da:

- Assistenza Domiciliare;
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- Sostegni economici familiari;
- Progetti di "sollevio";
- Servizio di telesoccorso o telecontrollo.

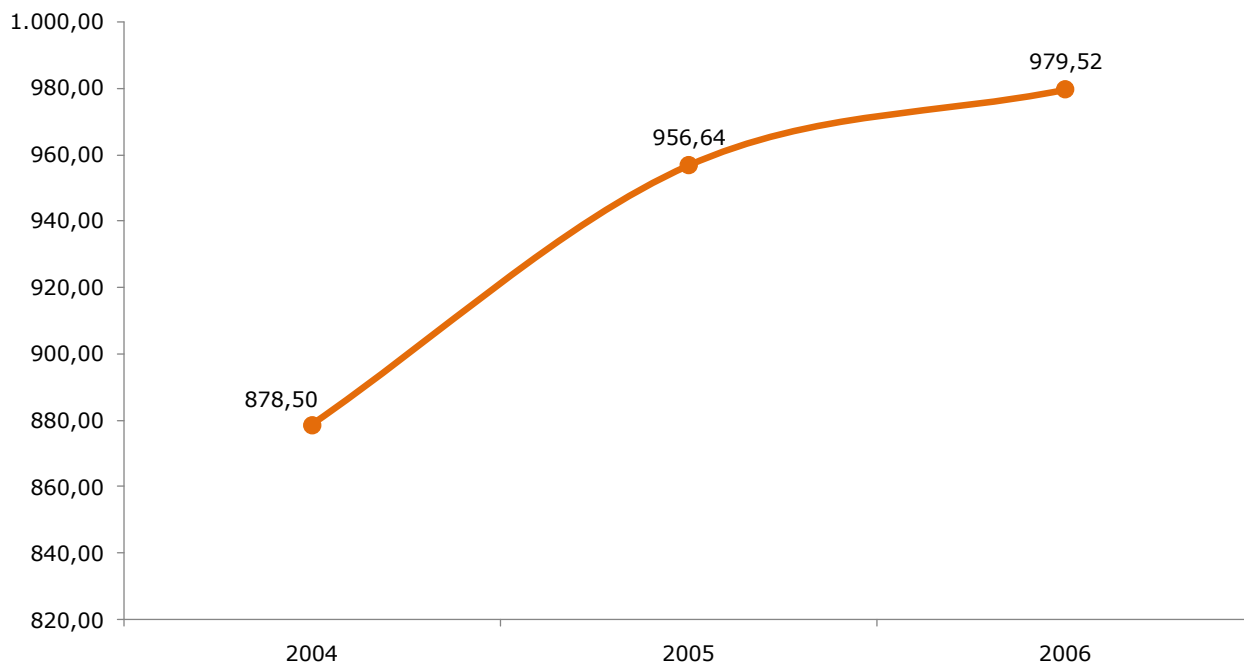
Assistenza Domiciliare e Assistenza Domiciliare Integrata: utenti e operatori dei servizi comunali Anno 2006						
Azienda ULSS di riferimento	Utenti dell'assistenza domiciliare comunale		Numero operatori equivalenti dedicati all'assistenza domiciliare			
		di cui dell'ADI	Operatori di assistenza	Assistenti Sociali	di cui dedicati all'ADI	
					Operatori di assistenza	Assistenti Sociali
101	1.111	378	42,29	40,53	23,98	6,19
102	1.734	860	39,63	17,07	30,00	10,25
103	973	255	44,14	8,01	22,37	4,28
104	3.317	1.655	59,13	14,96	21,55	5,59
105	836	343	41,54	6,59	25,44	3,97
106	1.472	617	58,55	24,21	33,29	13,14
107	1.472	633	40,26	12,64	15,51	5,17
108	2.196	730	72,01	18,29	34,81	8,72
109	1.885	761	107,81	27,23	43,73	12,29
110	1.917	1.523	106,83	18,07	91,77	14,49
112	2.989	628	296,26	34,07	107,79	11,48
113	1.145	449	66,55	12,65	27,74	5,20
114	726	321	35,28	6,90	15,20	3,21
115	1.082	445	70,52	12,40	63,50	11,20
116	1.473	838	92,19	27,46	50,78	15,14
117	1.525	631	52,40	12,38	31,51	6,62
118	895	499	40,74	9,86	23,18	6,07
119	380	212	9,19	3,47	6,55	2,19
120	2.416	2.020	272,26	56,95	250,35	50,78
121	725	466	33,00	10,16	17,03	6,57
122	1.428	915	67,38	11,64	43,44	7,01
Totale	31.697	15.179	1.647,96	385,54	979,52	209,56

L'Assistenza Domiciliare è un servizio erogato ormai da molti anni dai Comuni.

Utenti ADI
nel Veneto nel triennio 2004-2006

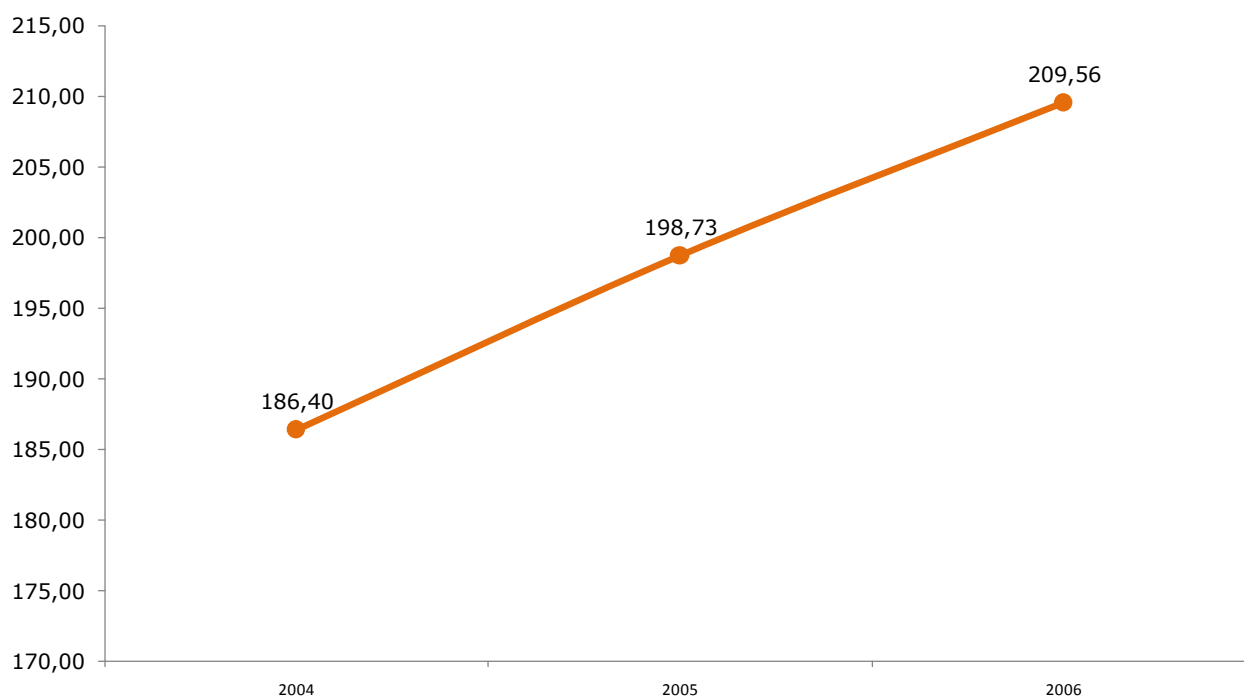


Operatori di Assistenza (operatori equivalenti) dedicati all'ADI
nel Veneto nel triennio 2004-2006



Costituisce l'assistenza preferita dall'anziano perché si svolge all'interno dell'ambiente fisico, sociale ed emozionale in cui è vissuto, riuscendo così a mantenere il rapporto con i propri spazi vitali e la propria memoria.

Assistenti Sociali (operatori equivalenti) dedicati all'ADI nel Veneto nel triennio 2004-2006



È un servizio rivolto a persone non esclusivamente anziane, che hanno bisogno di aiuto nella propria casa per la cura o l'igiene della persona o per lo svolgimento di normali attività quotidiane. Le prestazioni comprendono: fornitura pasti, aiuto domestico, trasporto, sostegno psico-sociale e ri-socializzazione. Nel caso in cui la persona, oltre agli aiuti sopra elencati, necessiti d'interventi di tipo medico, infermieristico, riabilitativo può richiedere l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un modulo assistenziale assicurato dai Comuni e dalle Aziende ULSS in base al quale, attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali si realizza a domicilio del paziente, di qualsiasi età, un progetto assistenziale limitato o continuativo nel tempo. La Regione sostiene la realizzazione dell'ADI contribuendo alla spesa dei Comuni (ovvero degli enti da essi delegati, quali Comunità Montane, Unioni di Comuni, Aziende ULSS) per gli operatori sociali, assistenti sociali ed operatori socio-sanitari, coinvolti nella realizzazione degli interventi integrati. I beneficiari sono persone di tutte le età, prevalentemente anziane o disabili.

Sostegni economici familiari e progetti di "sollievo"

L'assegno di cura per persone non autosufficienti costituisce uno degli strumenti attivati dalla Regione del Veneto e posti a disposizione dei cittadini e degli Enti Locali per il sostegno dei progetti di domiciliarità delle persone in condizioni di non autosufficienza. L'assegno di cura, che ha sostituito, ricomprendendoli, diversi tipi di contributo economico precedenti, ha preso avvio nella Regione del Veneto con l'anno 2007.

Beneficiari di contributi nel Veneto nel biennio 2006-2007						
Azienda ULSS di riferimento	2006			2007		
	Beneficiari LR 28/1991	Beneficiari contributi "Badanti"	Beneficiari contributi "Alzheimer" e altre demenze	Beneficiari Assegno di cura		
				Totale	di cui con assegno "Alzheimer"	di cui con maggiorazione "badanti"
101	222	102	55	388	59	86
102	292	96	50	448	83	96
103	459	92	80	704	135	106
104	415	116	50	576	84	100
105	522	67	70	699	98	60
106	737	146	120	1004	135	137
107	777	161	90	1032	201	182
108	817	106	95	1082	172	110
109	1.256	192	120	1620	282	194
110	965	167	100	1308	313	157
112	1.024	305	150	1473	212	259
113	1.121	137	110	1545	292	156
114	821	80	70	1125	154	90
115	1.577	103	90	1823	220	169
116	1.167	239	160	1625	288	248
117	1.276	108	85	1534	197	109
118	1.336	142	85	1703	220	177
119	674	32	40	730	72	41
120	1.110	145	175	1694	306	158
121	777	65	75	977	185	85
122	745	101	95	995	167	104
Totale	18.090	2.702	1.965	24.085	3.875	2.824

Per accedere al contributo è necessario:

- che la persona sia non autosufficiente e sia adeguatamente assistita (ciò verrà verificato dal medico curante e dall'assistente sociale, tramite l'apposita scheda regionale);
- che la situazione economica della famiglia sia contenuta entro certi limiti (nel secondo semestre 2007 il valore dell'indicatore della situazione economica equivalente ISEE non deve superare € 14.612,15; tale limite massimo viene aggiornato annualmente in base all'indice Istat).

Viene data priorità, sia con riguardo all'entità della somma assegnata sia con riguardo alla precedenza rispetto ai fondi disponibili, ai seguenti casi: a) le situazioni di maggior carico

assistenziale; b) le famiglie che assistono persone affette da demenza, di tipo Alzheimer o di altro tipo, accompagnata da gravi disturbi comportamentali; c) le famiglie che si avvalgono a titolo oneroso di assistenti familiari ("badanti").

L'entità dell'assegno di cura varia pertanto in base al carico di cura, alla situazione familiare e all'assistenza fornita. L'assegno viene erogato posticipatamente con cadenza semestrale.

Oltre all'assegno di cura, la Regione del Veneto sta proseguendo la sperimentazione del buono servizio e dell'assegno di sollievo. Ricordiamo che il significato di tali locuzioni è il seguente:

- *buono servizio* (chiamato voucher): somma riconosciuta alla famiglia per l'acquisto di servizi di accoglienza residenziale temporanea presso le strutture residenziali quali Case di Riposo, R.S.A, centri di accoglienza convenzionati.
- *assegno di sollievo*: somma assegnata alla famiglia in riferimento al particolare carico assistenziale che si trova ad affrontare in uno specifico periodo. Può essere erogata per l'affido temporaneo dell'anziano o disabile a persone terze, per l'assistenza continuativa a domicilio di malati terminali, per l'affido temporaneo dell'anziano o del disabile ad altro nucleo disponibile all'accoglienza.

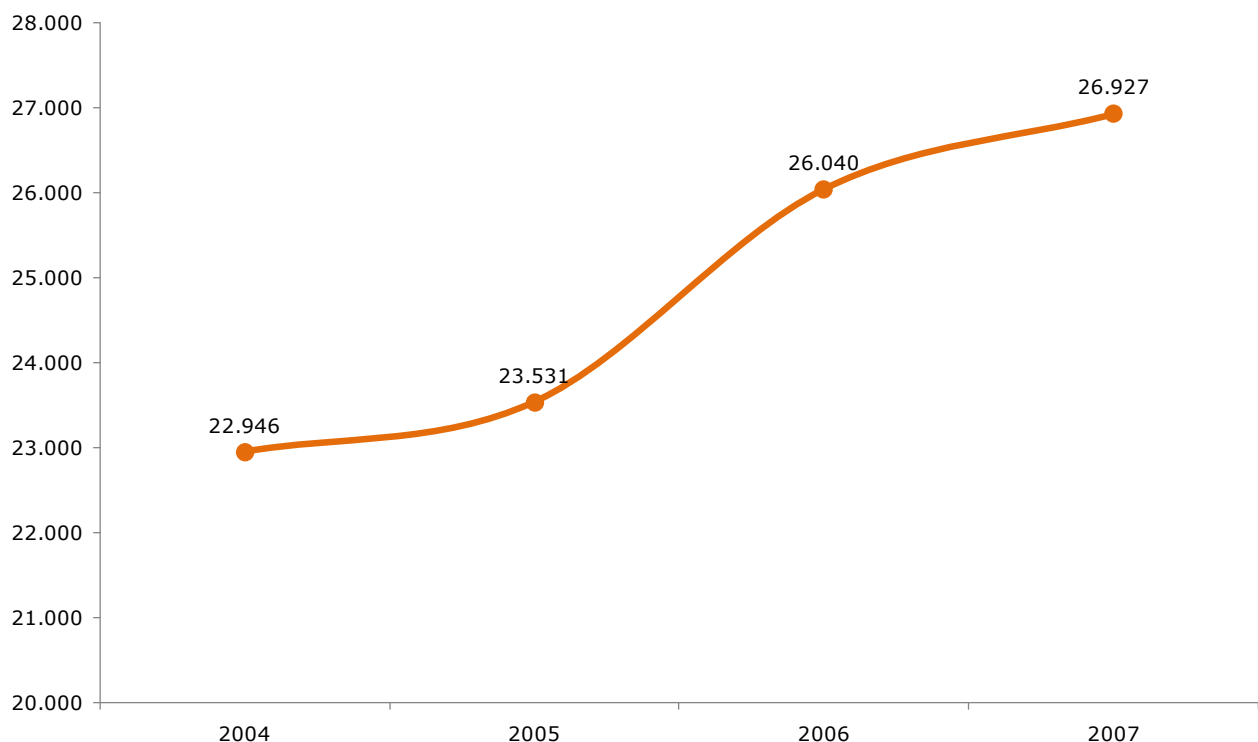
Gli interventi di sollievo sono rivolti alle persone disabili e alle persone anziane e sono realizzati sulla base di specifici programmi locali definiti dalle Conferenze dei Sindaci.

Azienda ULSS	Progetti "Sollievo": Utenti Anno 2006								
	Anziani			Disabili			Totale		
	Assegno di sollievo	Buono Servizio	Totale	Assegno di sollievo	Buono Servizio	Totale	Assegno di sollievo	Buono Servizio	Totale
101	90	0	90	11	0	11	101	0	101
102	183	10	193	40	3	43	223	13	236
103	44	24	68	27	12	39	71	36	107
104	214	60	274	87	19	106	301	79	380
105	0	90	90	33	45	78	33	135	168
106	236	296	532	9	1	10	245	297	542
107	0	30	30	0	64	64	0	94	94
108	106	15	121	49	11	60	155	26	181
109	577	11	588	108	6	114	685	17	702
110	0	61	61	0	20	20	0	81	81
112	290	56	346	0	8	8	290	64	354
113	171	0	171	164	6	170	335	6	341
114	77	0	77	47	0	47	124	0	124
115	67	8	75	30	20	50	97	28	125
116	64	58	122	0	72	72	64	130	194
117	163	25	188	62	12	74	225	37	262
118	71	0	71	68	43	111	139	43	182
119	25	3	28	24	0	24	49	3	52
120	353	40	393	88	137	225	441	177	618
121	0	1	1	23	35	58	23	36	59
122	66	17	83	82	16	98	148	33	181
Totale	2.797	805	3.602	952	530	1.482	3.749	1.335	5.084

Servizio di Telesoccorso e Telecontrollo

Riprendendo quanto detto nella precedente Relazione Socio Sanitaria definiamo il Servizio di telesoccorso e Telecontrollo come un sistema organico di controllo telefonico collegato ad un centro operativo funzionante 24 ore su 24. Ogni utente è dotato di un mini apparecchio dal peso di pochi grammi provvisto di un pulsante che, se premuto, fa scattare un segnale di allarme al centro operativo.

Telesoccorso: utenti collegati nel corso dell'anno
Veneto 2004-2006



Il centro, in questo caso, è in grado di agire immediatamente ed attivare tempestivamente tutte le risorse necessarie per un intervento urgente. Il personale del centro accerta che la richiesta di intervento abbia corso e sia portata a termine con sollecitudine. Per le necessità sanitarie, oltre ad avvertire i parenti, l'operatore del centro prende contatto anche con il medico di famiglia o con il personale del distretto o con il presidio ospedaliero.

Attraverso il servizio del telecontrollo, invece, il centro si mette in contatto con l'utente anche più volte la settimana per conoscere le sue condizioni e per accertare che l'apparecchio sia funzionante. A sua volta ogni utente può mettersi in contatto con il centro per qualsiasi necessità. Ad ogni chiamata, previo controllo, il centro provvede con immediatezza ad interessare la competente struttura, sia che si tratti di necessità mediche, infermieristiche, domestiche o, ancora, sociali. Sono collegabili al servizio di telesoccorso-telecontrollo le persone a rischio sociale e/o sanitario, con particolare riferimento agli anziani. La richiesta va

rivolta al Servizio Sociale del Comune di residenza della persona da collegare, ovvero all'ente eventualmente delegato dal Comune.

Azienda ULSS di riferimento	2006		2007	
	Utenti collegati in corso d'anno	Utenti collegati al 31 dicembre	Utenti collegati in corso d'anno	Utenti collegati al 31 dicembre
101	671	566	662	540
102	553	437	505	434
103	515	426	499	420
104	668	564	702	568
105	485	424	511	427
106	1.582	1.328	1.563	1.313
107	1.330	1.152	1.467	1.296
108	1.000	858	1.122	969
109	2.637	2.291	2.770	2.431
110	1.231	1.092	1.351	1.188
112	2.950	2.503	3.000	2.578
113	720	609	734	625
114	650	559	673	586
115	2.022	1.815	2.114	1.860
116	1.611	1.380	1.675	1.469
117	1.160	1.000	1.173	1.008
118	1.914	1.673	1.986	1.742
119	547	478	548	495
120	1.817	1.549	1.807	1.516
121	783	665	806	697
122	1.194	1.023	1.259	1.085
Totale	26.040	22.392	26.927	23.247

Non Autosufficienza: area residenzialità e semiresidenzialità

Il consolidamento nel Veneto della rete di strutture residenziali idonee a offrire prestazioni assistenziali anche a situazioni di bisogno complesse è stato accompagnato negli ultimi anni da una serie di provvedimenti che hanno ridisegnato il sistema delle responsabilità nella programmazione locale.

Attribuendo alle Conferenze dei Sindaci l'allocazione dei posti tra i diversi Centri di Servizio presenti nel territorio di competenza è stato rafforzato il diritto alla libera scelta del cittadino ed è stata incrementata la dotazione complessiva dei posti, in un'ottica di contenimento degli squilibri territoriali.

Quote sanitarie per residenzialità anziani non autosufficienti - Veneto anno 2006

Aziende ULSS	Rilievo Socio Sanitario		Strutture Residenziali di Riconversione Ospedaliera (HRSA)	Totale	Di cui posti in Stati vegetativi permanenti (SVP)	Di cui posti in Sezione alta protezione Alzheimer (SAPA)	Di cui posti in Centro Diurno	Religiosi	
	Quote Intensità ridotta/minima	Quote intensità media						Quote Intensità ridotta/minima	Quote intensità media
1	719	48	0	767	0	10	35	0	
2	647	24	0	671	0	10	24	38	
3	698	144	100	942	0	0	34	128	24
4	757	144	75	976	6	10	35	16	
5	746	48	0	794	6	10	26	0	
6	1.478	240	30	1.748	10	15	103	115	
7	971	192	0	1.163	10	10	49	24	
8	991	222	0	1.213	10	10	44	9	
9	1.617	192	0	1.809	12	15	79	41	
10	535	72	0	607	10	10	13	0	
12	1.417	312	237	1.966	8	15	52	0	
13	586	96	0	682	0	0	33	36	
14	389	72	0	461	6	0	24	0	
15	603	168	48	819	10	10	41	0	
16	1.545	360	0	1.905	0	0	0	24	
17	586	96	62	744	0	10	30	0	
18	800	120	90	1.010	0	10	0	0	
19	391	48	0	439	0	0	0	0	
20	1.817	360	205	2.382	5	0	0	18	
21	748	48	0	796	0	10	8	0	
22	1.072	48	96	1.216	8	10	58	125	
Totale	19.113	3.054	943	23.110	101	165	688	574	24

Nel biennio 2006-2007 sono state introdotte importanti innovazioni nell'accesso al sistema della residenzialità, individuando nella impegnativa di residenzialità "il titolo rilasciato al cittadino per l'accesso alle prestazioni rese nei Centri di Servizio residenziali e semiresidenziali della Regione Veneto".

Quote sanitarie per residenzialità anziani non autosufficienti - Veneto anno 2007

Aziende ULSS	Fabbisogno aggiornato con DGR 457/07	Rilievo Socio Sanitario		Totale	Di cui posti in Stati vegetativi permanenti (SVP)	Di cui posti in Sezione alta protezione Alzheimer (SAPA)	Di cui posti in Centro Diurno	Religiosi	
		Quote Intensità ridotta/minima	Quote intensità media					Quote Intensità ridotta/minima	Quote intensità media
1	983	776	48	836	0	10	35	0	
2	639	644	24	673	0	10	24	48	
3	798	682	244	928	0	0	34	159	24
4	854	760	219	964	6	10	35	16	
5	759	694	48	742	6	10	26	18	
6	1.424	1.411	337	1.754	10	15	103	125	
7	1.148	973	192	1.176	10	10	49	55	
8	1.051	905	222	1.097	10	10	44	9	
9	1.863	1.609	240	1.859	12	15	79	41	
10	1.014	628	72	703	10	10	13	0	
12	2.050	1.501	549	2.117	8	15	52	0	
13	1.088	697	96	796	0	0	33	36	
14	605	430	72	454	6	0	24	0	
15	1.014	653	216	863	10	10	41	36	
16	2.088	1.678	360	2.021	0	0	0	39	
17	966	643	158	811	0	10	30	0	
18	1.048	802	210	988	0	10	0	0	
19	421	367	48	436	0	0	0	0	
20	2.388	1.943	445	2.495	5	0	0	18	
21	776	725	48	770	0	10	8	6	
22	1.166	1.009	118	1.012	8	10	58	187	
Totale	24.143	19.529	3.966	23.495	101	165	688	793	24

A partire dal 1.7.2007 le Aziende ULSS rilasciano l'impegnativa di residenzialità alle persone non autosufficienti. Queste sono inserite nella graduatoria del Registro Unico di residenzialità, articolata secondo il Centro di Servizio prescelto dalla persona e secondo il livello di intensità assistenziale definito nel progetto individuale approvato dalla Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMĐ)*. Ciò vale anche per l'accesso delle persone anziane non autosufficienti ai Centri Diurni Socio-Sanitari. I Centri di Servizio che possono erogare le suddette prestazioni sono quelli individuati nei Piani Locali della Non Autosufficienza, che

definiscono la programmazione territoriale della dotazione dei posti. Tali posti sono oggetto di accreditamento secondo gli standard organizzativo/gestionali e strutturali previsti dalla normativa regionale. Inoltre è stato stabilito che i servizi residenziali che accolgono persone religiose anziane non autosufficienti, pur essendo inseriti nel Piano di Zona, non rientrano nella dotazione territoriale delle unità di offerta. Pertanto sono state date indicazioni alle Aziende ULSS competenti per territorio per il riconoscimento di nuovi posti con quota per l'assistenza socio-sanitaria delle persone religiose anziane non autosufficienti. Queste sono infatti accolte in strutture autorizzate all'esercizio e accreditate e vengono assistite direttamente dagli Enti religiosi di appartenenza.

* L'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale è lo strumento individuato dalla Regione per dare una risposta unitaria alle esigenze del soggetto disabile. Per tutti i casi che richiedono un intervento integrato tra professionalità diverse e l'interazione tra più risorse, il Distretto Socio Sanitario garantisce, attraverso l'U.V.M.D., l'inserimento dell'assistito nella rete dei servizi sanitari e socio-sanitari presenti a livello territoriale (Servizio infermieristico, assistenza domiciliare programmata del Medico di Medicina Generale, assistenza domiciliare integrata, servizi di accoglienza diurna e residenziale, contributi economici, ecc.).

Disabilità

Tra i servizi dedicati ai disabili possiamo considerare: a) il Servizio di Integrazione Scolastica; b) il Servizio di Integrazione Lavorativa; c) il Centro Diurno.

Il *Servizio d'Integrazione Scolastica* è rivolto a persone con disabilità in età prescolare e scolare, presuppone una fattiva collaborazione e integrazione tra famiglia, scuola, Aziende ULSS, Comuni, Province ed altri soggetti operativi. Il servizio è quindi caratterizzato da una particolare complessità gestionale ed ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona disabile nei processi di educazione, istruzione e apprendimento.

Il *Servizio Integrazione Lavorativa (SIL)* ha lo scopo di promuovere e sostenere l'integrazione lavorativa delle persone svantaggiate.

Il *Centro Diurno* è un servizio territoriale a carattere diurno, rivolto a persone con disabilità, in età post scolare e con diversi profili di autosufficienza che fornisce interventi a carattere riabilitativo, educativo, di socializzazione, di aumento e/o mantenimento delle abilità residue, inserito nella rete dei servizi socio sanitari, con i quali è funzionalmente collegato. La capacità ricettiva massima prevista è di circa trenta persone organizzate in gruppi.

Il Servizio è rivolto a persone con disabilità che abbiano assolto l'obbligo scolastico, alle quali garantisce, mediante la definizione di progetti individuali, una gamma di interventi finalizzati al benessere globale della persona e della famiglia.

Il Centro Diurno ha la funzione di promuovere, con specifiche attività e programmi:

- il mantenimento e lo sviluppo dell'autonomia personale;
- le relazioni interpersonali e sociali con l'ambiente interno ed esterno;

- il conseguimento di capacità occupazionali e la professionalizzazione, in rapporto alle potenzialità e attitudini individuali.

Azienda ULSS di riferimento	Alunni con certificazione di handicap seguiti dal Servizio Integrazione Scolastica		Persone con disabilità in carico al Servizio Integrazione Lavorativa (S.I.L.)		Persone con disabilità frequentanti i Centri Diurni	
	Anno scolastico 2005/2006	Anno Scolastico 2006/2007	Anno 2005	Anno 2006	Al 1.1.2006	Al 1.1.2007
101	50	59	263	222	149	153
102	26	23	112	139	74	78
103	119	126	271	323	163	162
104	133	128	401	428	182	202
105	105	112	355	409	306	304
106	118	149	579	636	469	477
107	105	103	213	226	289	296
108	255	211	238	280	350	382
109	172	173	213	262	463	479
110	109	200	453	542	257	265
112	160	172	277	265	218	227
113	146	153	357	346	220	240
114	95	110	44	49	162	165
115	222	236	329	364	324	330
116	253	263	356	374	580	597
117	110	102	203	227	228	239
118	75	82	280	237	131	124
119	14	34	173	188	36	39
120	382	409	278	345	588	619
121	79	85	271	282	175	178
122	181	194	513	546	277	287
Totale	2.909	3.124	6.179	6.690	5.641	5.843

I progetti individuali di sostegno alla domiciliarità delle persone con disabilità grave

La Regione del Veneto in materia di disabilità grave ha strutturato un complesso di interventi integrativi rispetto alle prestazioni ordinarie dei servizi territoriali, domiciliari e residenziali, implementando un sistema di interventi basato sulla personalizzazione e quindi sul progetto individuale, approvato dall'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale di competenza.

Le tre principali linee di intervento riguardano:

- *gli interventi di aiuto personale*, ossia programmi di intervento a sostegno della persona e della sua famiglia quali interventi domiciliari assistenziali, interventi educativi, accompagnamento della persona con disabilità, e così via;
- *gli interventi per la vita indipendente*, consistenti in progetti di aiuto personale, gestiti direttamente dalle stesse persone con grave disabilità fisico motoria in età compresa tra i diciotto e i sessantaquattro anni. In questi casi, la persona con disabilità propone e gestisce

il proprio piano personalizzato di assistenza, al fine di conseguire obiettivi di vita indipendente, parità di opportunità ed integrazione sociale. Il titolare del progetto diviene pertanto "regista" dei processi assistenziali;

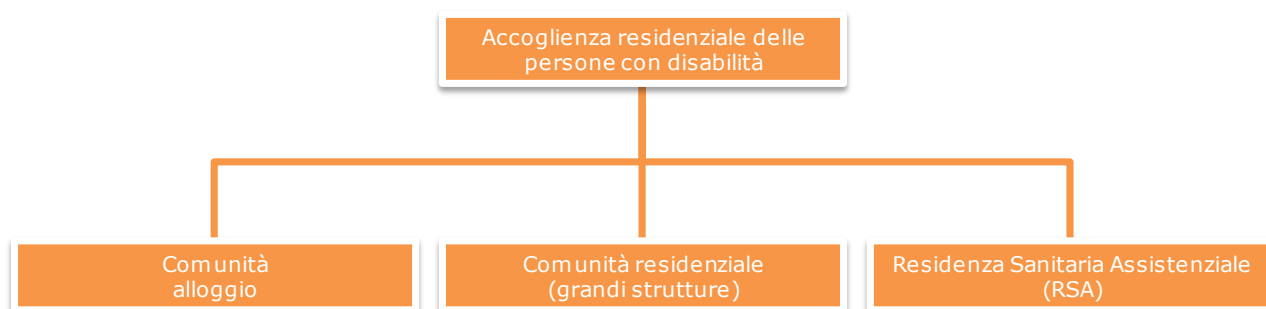
- *gli interventi di promozione dell'autonomia personale*, ovvero programmi di intervento finalizzati alla acquisizione e al mantenimento di autonomia personale che permetta di migliorare le capacità di relazione e di partecipazione alla vita sociale e lavorativa.

Progetti individuali di sostegno alla domiciliarità delle persone disabili								
Azienda ULSS di riferimento	Progetti individuali di Aiuto Personale		Progetti individuali Vita Indipendente		Progetti individuali di Autonomia Personale		Totale progetti individuali	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
101	53	54	60	51	10	7	123	112
102	11	11	32	30	0	5	43	46
103	63	71	44	41	9	9	116	121
104	82	97	34	46	28	8	144	151
105	93	99	37	20	15	12	145	131
106	64	58	102	37	9	9	175	104
107	36	80	15	24	8	8	59	112
108	197	230	39	42	30	30	266	302
109	142	142	36	53	32	8	210	203
110	30	60	52	48	15	19	97	127
112	11	25	75	76	5	6	91	107
113	35	37	24	27	1	5	60	69
114	52	45	18	16	2	5	72	66
115	28	32	71	74	8	4	107	110
116	54	49	46	57	22	5	122	111
117	46	38	28	49	10	14	84	101
118	21	36	25	28	23	20	69	84
119	31	38	18	25	8	8	57	71
120	72	62	87	103	61	25	220	190
121	30	31	17	19	13	4	60	54
122	65	87	52	51	19	16	136	154
Totale	1.216	1.382	912	917	328	227	2.456	2.526

L'accoglienza residenziale delle persone con disabilità

L'andamento del fabbisogno di residenzialità per le persone con disabilità si è molto modificato in questi ultimi anni, per ragioni sociologiche, per un approccio culturale sostanzialmente diverso al problema e per effetto di una mutata consapevolezza dell'individuo nei confronti della propria capacità di autonomia.

Le norme regionali in materia di autorizzazione e accreditamento prevedono che l'offerta regionale socio sanitaria residenziale, in area disabili, sia composta dalle seguenti tipologie strutturali: comunità alloggio, comunità residenziale e Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).



Residenzialità disabili: posti residenziali autorizzati con quota sanitaria								
Azienda ULSS di riferimento	2006				2007			
	Comunità alloggio	Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	Grandi strutture	Totale posti	Comunità alloggio	Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	Grandi strutture	Totale posti
101	13	46		59	24	46		70
102	14			14	24			24
103	18	22	134	174	18	22	134	174
104	16	46		62	19	46		65
105	20	42		62	42	45		87
106	48	116		164	48	116		164
107	9	30		39	28	30		58
108	29	20		49	38	50		88
109	61		560	621	108		560	668
110	54			54	83			83
112	88	61		149	101	61		162
113	25			25	33			33
114	21			21	21			21
115	16			16	16	30		46
116	112	20	634	766	141	30	634	805
117	28			28	48			48
118	18	72		90	18	72		90
119		20		20	8	20		28
120	61	96		157	119	96		215
121	28	22		50	56	22		78
122	73	50		123	95	50		145
Totale	752	663	1.328	2.743	1.100	736	1.328	3.164

Dipendenze

Le politiche espresse dalla Giunta Regionale in materia di dipendenze e devianze si pongono l'obiettivo di contrastare le conseguenze di stili di vita fortemente condizionati da specifiche forme di dipendenza, che costituiscono rilevanti fattori di rischio per la salute, con particolare riferimento al fumo di tabacco, all'abuso di alcol e all'utilizzo di sostanze stupefacenti. Educare i giovani ad assumere comportamenti e stili di vita corretti significa prevenire malattie gravi ma anche forme di dipendenza, depressioni e disturbi del comportamento. Obiettivo generale è l'adeguamento del modello organizzativo di intervento in modo da renderlo in grado di prevedere e rispondere in modo tempestivo ed adeguato all'evoluzione dei bisogni collegati all'emergere di nuovi tipi di droghe e diverse modalità di abuso. Il complesso fenomeno relativo all'uso di sostanze stupefacenti, sta assumendo proporzioni sempre più ampie e preoccupanti, soprattutto se si considera la forte diffusione che negli ultimi anni vi è stata di nuove sostanze con rituali di consumo socialmente più accettati e, assai di frequente, associati all'alcol e agli psicofarmaci. Inoltre, la percentuale di persone che presentano dipendenza da eroina resta elevata e ad un'analisi approfondita, appare tutt'altro che ridotta o in via di contenimento.

La Regione del Veneto ha adottato strategie di intervento efficaci per la realizzazione di azioni, quali: politiche sociali sempre più rispondenti alla crescente complessità sociale; politiche intersettoriali e programmi specifici in grado di promuovere la salute e, nel contempo, di agire attivamente contro l'uso incongruo di ogni tipo di sostanza stupefacente e psicoattiva utilizzate a fini non terapeutici (droghe, farmaci d'abuso, alcool e tabacco compresi); attività di indirizzo e coordinamento nel settore, anche attraverso la stipula di accordi e protocolli di intesa tra la Regione e i diversi soggetti pubblici e privati che a vario titolo interagiscono col settore in questione.

La Regione si pone l'obiettivo generale di rilanciare la programmazione come metodo consapevole, diffuso ed integrato per il governo, l'organizzazione e la gestione del sistema socio sanitario a tutti i livelli di responsabilità. A tal fine la Regione intende rafforzare la sua funzione di indirizzo, coordinamento, controllo e supporto tecnico alle Aziende attraverso le seguenti azioni prioritarie:

- la ridefinizione organica ed integrata del processo di programmazione regionale per quanto riguarda sia la definizione dei diversi strumenti e delle relative funzioni sia l'individuazione delle interrelazioni e dei collegamenti fra gli stessi;
- l'elaborazione e la diffusione delle linee guida per la predisposizione del Piano Attuativo Locale e della programmazione delle attività territoriali su base annuale, coerenti ed integrate con quelle già esistenti sui Piani di Zona dei servizi alla persona, tenendo conto delle pratiche innovative già sperimentate sia in Veneto sia in altre regioni;

- il monitoraggio dell'attuazione del processo di programmazione a livello locale attraverso l'acquisizione, l'analisi e il feed-back sui principali documenti programmatori in un'ottica non solo di controllo sugli adempimenti amministrativi ma di supporto alle Aziende per lo sviluppo del processo di programmazione.

Utenti tossicodipendenti secondo le classi di età per Azienda Ulss del Veneto, anno 2006							
Aziende ULSS	≤19	20-24	25-29	30-34	35-39	≥40	Totale
101	13	48	48	52	48	59	268
102	26	52	40	25	25	49	217
103	4	36	37	77	91	123	368
104	20	101	107	96	138	75	537
105	28	91	77	89	63	63	411
106	47	162	201	217	239	263	1.129
107	26	93	81	63	89	110	462
108	12	85	138	113	124	103	575
109	33	110	141	165	161	171	781
110	22	63	93	72	112	158	520
112	53	133	174	189	261	363	1.173
113	36	113	147	155	117	169	737
114	11	71	70	77	83	95	407
115	21	93	98	118	135	98	563
116	25	104	189	237	263	572	1.390
117	29	84	95	81	124	144	557
118	9	55	72	60	53	105	354
119	12	20	29	33	36	38	168
120	50	153	189	273	318	495	1.478
121	13	62	71	92	109	132	479
122	42	81	112	115	108	119	577
Veneto	532	1.810	2.209	2.399	2.697	3.504	13.151
Percentuale*	4,00%	13,80%	16,80%	18,20%	20,50%	26,60%	100,00%

* Percentuale rispetto all'utenza totale

Frequenze assolute degli utenti tossicodipendenti dal 2001 al 2006 in carico alle Aziende Ulss del Veneto, incremento percentuale del numero di utenti dal 2001 al 2006 e rapporto tra numero di utenti e popolazione di 15-44 anni residente nelle Aziende ULSS al 31/12/2005 (prevalenza)

Aziende Ulss	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ % (2001-2006)	Tasso di prevalenza x 1.000 (15-44 anni)
101	258	102	177	160	172	268	3,90%	5,42
102	132	147	160	174	186	217	64,40%	6,68
103	370	370	392	354	383	368	-0,50%	5,12
104	512	593	547	509	513	537	4,90%	7,07
105	319	382	355	377	385	411	28,80%	5,38
106	784	775	789	850	1.018	1.129	44,00%	8,71
107	680	681	736	617	554	462	-32,10%	5,32
108	588	588	581	539	550	575	-2,20%	5,56
109	755	763	749	953	662	781	3,40%	4,68
110	587	555	517	493	501	520	-11,40%	6,05
112	892	885	876	997	1.272	1.173	31,50%	10,33
113	877	797	787	867	743	737	-16,00%	6,91
114	386	351	347	389	373	407	5,40%	7,23
115	589	563	517	447	531	563	-4,40%	5,43
116	1.625	2.018	1.883	2.060	1.501	1.390	-14,50%	8,33
117	546	437	529	548	606	557	2,00%	7,42
118	381	370	374	370	371	354	-7,10%	5,16
119	169	152	199	238	192	168	-0,60%	5,61
120	1.626	1.703	1.382	1.408	1.499	1.478	-9,10%	8,02
121	473	462	482	447	447	479	1,30%	7,94
122	652	586	637	610	599	577	-11,50%	5,1
Veneto	13.201	13.280	13.016	13.407	13.058	13.151	-0,40%	6,73

Fonte: Rilevazioni del Ministero della Salute – anni 2001- 2006

Nello specifico l'azione di programmazione individua le seguenti azioni prioritarie:

- la prevenzione selettiva (gruppi a rischio), finalizzata alla realizzazione di interventi rivolti prevalentemente ai comportamenti giovanili emergenti di uso e abuso delle cosiddette nuove droghe, nonché al poliabuso di sostanze legali (alcol) e illegali (marijuana, hashish, cocaina, ecstasy, etc.);
- il trattamento dei cocainomani e dei tossicodipendenti da altre sostanze sintetiche, che consiste nella sperimentazione di nuovi progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati, a livello ambulatoriale semiresidenziale e residenziale;
- il reinserimento lavorativo di tossicodipendenti e/o alcolodipendenti, che include interventi, anche sotto forma di borsa lavoro;

- l'adozione o il potenziamento di strategie di intervento efficaci per la realizzazione di azioni, quali: politiche sociali sempre più rispondenti alla crescente complessità sociale; politiche intersettoriali e programmi specifici in grado di promuovere la salute e, nel contempo, di agire attivamente contro l'uso incongruo di ogni tipo di sostanza stupefacente e psicoattiva utilizzate a fini non terapeutici (droghe, farmaci d'abuso, alcool e tabacco compresi); attività di indirizzo e coordinamento nel settore, anche attraverso la stipula di accordi e protocolli di intesa tra la Regione e i diversi soggetti pubblici e privati che a vario titolo interagiscono col settore in questione.

Per quanto riguarda l'abuso di alcol, esso è correlato a diverse patologie quali: la cirrosi epatica, la pancreatite, le neoplasie delle alte vie respiratorie e digerenti, l'ipertensione arteriosa, la sindrome di dipendenza dall'alcol e i traumatismi involontari, cioè stradali, occupazionali, domestici, e volontari. Nel Veneto, le tendenze di queste patologie sono in netta diminuzione, sia in termini di mortalità che di morbosità, soprattutto tra i maschi e le informazioni disponibili riguardo il consumo di alcol sono coerenti con tale andamento.

Utenti alcolodipendenti secondo le classi di età per Azienda Ulss del Veneto, anno 2006							
Aziende ULSS	≤19	20-29	30-39	40-49	50-59	≥60	Totale
101	2	30	98	157	135	99	521
102	0	17	28	73	72	50	240
103	2	55	88	118	123	93	479
104	1	10	48	88	74	47	268
105	3	11	55	114	80	58	321
106	3	21	81	119	82	45	351
107	3	31	81	93	82	53	343
108	0	81	176	234	204	133	828
109	3	44	122	195	154	182	700
110	4	26	65	112	98	59	364
112	0	14	41	73	56	28	212
113	2	21	64	101	142	135	465
114	2	10	58	116	104	71	361
115	0	25	91	109	95	86	406
116	7	90	361	272	229	138	1.097
117	3	20	70	102	97	133	425
118	9	214	274	210	205	125	1.037
119	1	86	130	93	65	48	423
120	0	55	156	255	213	136	815
121	0	16	58	79	73	35	261
122	0	17	45	39	34	15	150
Veneto	45	894	2.190	2.752	2.417	1.769	10.067
Percentuale*	0,40%	8,90%	2,20%	27,30%	24,00%	17,60%	100,00%

* Percentuale rispetto all'utenza totale

Frequenze assolute degli utenti alcol dipendenti dal 2001 al 2006 in carico alle Aziende Ulss del Veneto, incremento percentuale del numero di utenti dal 2001 al 2006 e rapporto tra numero di utenti e popolazione di 15-64 anni residente nell'Azienda Ulss al 31/12/2005 (prevalenza)

Aziende Ulss	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ % (2001-2006)	Tasso di prevalenza x 1.000 (15-64 anni)
101	541	518	549	598	578	521	-3,70%	5,97
102	207	251	271	259	245	240	15,90%	4,3
103	242	378	362	370	424	479	97,90%	4,23
104	217	199	232	255	258	268	23,50%	2,23
105	321	392	414	300	306	321	0,00%	2,81
106	244	267	300	326	322	351	43,90%	1,72
107	397	325	404	443	408	343	-13,60%	2,44
108	528	483	582	746	797	828	56,80%	5,28
109	716	576	576	618	673	700	-2,20%	2,67
110	525	469	364	363	399	364	-30,70%	2,6
112	113	110	128	137	259	212	87,60%	1,03
113	578	417	569	773	550	465	-19,60%	2,65
114	261	247	270	295	303	361	38,30%	4
115	665	663	728	631	448	406	-38,90%	2,64
116	285	349	470	550	943	1.097	284,90%	3,97
117	340	338	397	407	438	425	25,00%	3,53
118	601	669	729	940	1.108	1.037	72,50%	9,08
119	194	197	283	343	395	423	118,00%	8,52
120	492	743	325	349	342	815	65,70%	2,72
121	144	165	195	207	247	261	81,30%	2,7
122	37	71	80	101	137	150	305,40%	0,85
Veneto	7.648	7.827	8.228	9.011	9.580	10.067	31,60%	3,18

Fonte: Rilevazioni del Ministero della Salute – anni 2001- 2006

La Regione del Veneto ha attivato un Sistema integrato preventivo assistenziale per le dipendenze da sostanze d'abuso che, grazie ad una rete capillare di servizi pubblici e privati accreditati, fornisce prestazioni di natura preventiva, terapeutico-riabilitativa e di reinserimento sociale e lavorativo.

Tale Sistema si articola in:

- 21 Dipartimenti (funzionali) per le Dipendenze;
- 38 Ser.T (Servizi per le Tossicodipendenze);
- 32 Enti ausiliari iscritti all'Albo regionale delle Comunità Terapeutiche, con oltre 60 sedi operative;
- 7 Comunità Terapeutiche pubbliche, delle quali una residenziale e una algologica.

La rete vede inoltre la fattiva collaborazione di:

- oltre 600 gruppi di auto-aiuto nel settore dell'alcolismo (Club alcolisti in trattamento e Alcolisti Anonimi);
- 65 Associazioni di volontariato (30 in materia di alcolodipendenza, 21 in materia di tossicodipendenza, 8 in materia di AIDS, 6 in materia di carcere).

Non vanno inoltre dimenticati i sette N.O.T. (Nuclei Operativi Tossicodipendenze) con sede nelle Prefetture delle Province del Veneto ed il *Servizio contenimento del danno* del Comune di Venezia, che interagiscono e collaborano con il Sistema Socio Sanitario regionale.

Dotazione strutturale per utenti tossicodipendenti ed alcolodipendenti per Azienda ULSS, anno 2006

Aziende ULSS	Strutture				Gruppi di auto-mutuo aiuto		Associazioni di Volontariato iscritte all'Albo Regionale		
	SerT	Comunità Terapeutiche Pubbliche	Enti Ausiliari	Carcere	Club Alcolisti in Trattamento	Alcolisti Anonimi	Alcolodipendenti	Tossicodipendenti	Carcere
101	3	---	1	1	32	1	3	1	---
102	1	1	2		22	---	1	---	---
103	2	-	-	-	10	9	1	1	-
104	1	-	2	-	23	5	1	-	-
105	2	-	-	-	24	7	1	-	-
106	2	1	7	1	31	11	2	2	1
107	1		2	---	33	3	1	---	---
108	1	1	---	---	43	7	2	1	---
109	2	1	3	1 + 1*	49	4	3	2	1
110	2	---	1	---	30	1	2	---	---
112	2	1	5	3	9	5	2	---	1
113	2	---	1	---	4	8	---	1	---
114	1	---	---	---	11	2	1	---	---
115	2	---	---	---	19	6	1	---	---
116	2	---	5	2	39	5	1	3	2
117	2	---	1	-	16	-	1	---	---
118	2	---	---	1	15	2	2	2	-
119	1	---	---		18	1	1	1	-
120	3	1	4	1	58	12	3	4	3
121	2	1	-		8	5	1	1	
122	2	-	-		37	6	4	1	
Veneto	38	7	34	10	532	100	34	20	8

* Carcere minorile

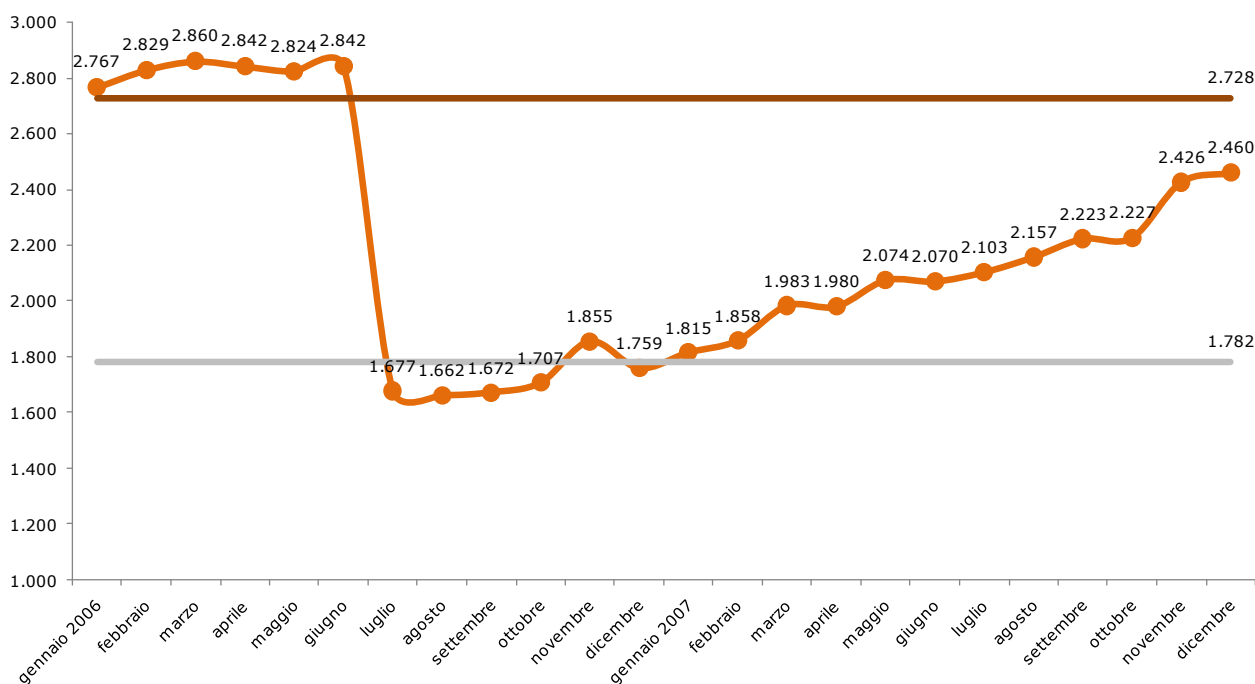
Anche il Sistema per la prevenzione, cura, riabilitazione ed inserimento sociale e professionale delle persone tossico-alcol-dipendenti deve adeguarsi ai principi sanciti con il Disegno di legge di iniziativa della Giunta regionale concernente "Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 2007-2009" e, soprattutto, per quanto riguarda: le politiche, la programmazione, i livelli di

assistenza sanitaria, socio sanitaria e sociale, la rete dei servizi, la professionalità degli operatori, la sostenibilità, l'innovazione e la ricerca, la misurabilità e la trasparenza.

Carcere

La Regione del Veneto, in considerazione della finalità rieducativa della pena e della sua finalizzazione al reinserimento sociale, sancita dall'art. 27 della Costituzione, si è dotata di normativa, atti e organismi, affinché i diversi soggetti istituzionali e la comunità civile, nelle loro molteplici espressioni e specifiche competenze, promuovano azioni mirate al superamento delle difficoltà, che ostacolano l'esercizio dei diritti da parte delle persone in esecuzione penale (adulti e minori) e la loro inclusione sociale. L'esecuzione penale, infatti, diventa strumento efficace solo grazie ad un'azione multilivello, dalla prevenzione del disagio fino alla prospettiva del reinserimento sociale. In questo processo devono essere coinvolti tutti gli attori sociali Stato, Regioni, Enti Locali e società civile nelle varie forme organizzate, con azioni che si ricollegano ai principi di sussidiarietà verticale e orizzontale.

Presenze mensili nelle carceri venete
Anni 2006-2007



Per formalizzare e sostenere il raccordo e la sinergia fra i diversi soggetti, la Regione del Veneto ha sottoscritto nell'ormai lontano 2003 un Protocollo d'Intesa con il Ministero della Giustizia ed ha istituito la *Commissione Interistituzionale permanente in Area Penitenziaria*. In tale contesto, la Regione del Veneto promuove, a favore delle persone detenute e in area

penale esterna, la realizzazione di iniziative educative, ricreative, culturali e sportive coinvolgendo gli organismi privati, del Volontariato e del Terzo Settore.

Interventi a favore della popolazione detenuta ed in area penale esterna	
Ambito provinciale	Destinatari progetti anno 2006
Belluno	172
Padova	3.160
Rovigo	690
Treviso	545
Venezia	822
Verona	2.310
Vicenza	385
Totale	7.699

Interventi a favore della popolazione detenuta ed in area penale esterna				
Ambito provinciale	Progetti anno 2006	Finanziamento 2006	Progetti anno 2007	Finanziamento 2007
Belluno	2	€ 23.697,84	2	€ 13.383,24
Padova	16	€ 216.289,48	13	€ 147.062,63
Rovigo	6	€ 78.622,65	2	€ 19.430,40
Treviso	4	€ 62.287,87	4	€ 54.852,05
Venezia	8	€ 75.233,00	11	€ 129.284,13
Verona	10	€ 137.910,15	6	€ 72.158,25
Vicenza	3	€ 55.959,01	1	€ 13.829,30
Totale	49	€ 650.000,00	39	€ 450.000,00

Marginalità sociale

Per offrire risposte ai fenomeni sociali maggiormente caratterizzati da condizioni di marginalità sociale, la Regione del Veneto ha elaborato linee di indirizzo che individuano due aree specifiche di intervento: a) l'ambito relativo alle persone vittime di abuso e sfruttamento sessuale; b) l'ambito delle persone in povertà estrema e senza dimora. La scelta strategica regionale è quella di promuovere modelli di intervento che realizzino partnership e integrazione tra soggetti pubblici e privati. A fronte del grave fenomeno della prostituzione, legato a forme criminali di tratta di esseri umani, che in questi anni si sono sviluppati nel territorio regionale, la Regione del Veneto ha sostenuto la costruzione e lo sviluppo di reti territoriali, capaci di attivare interventi sociali di contrasto, ponendo al centro dell'azione, la promozione umana e

sociale delle persone oggetto di sfruttamento. I 21 progetti territoriali, realizzati nel periodo 2006-2007, hanno assicurato: a) il contatto e l'aggancio delle vittime ed il successivo accompagnamento in percorsi di uscita dalla condizione di sfruttamento; b) il lavoro educativo sulla comunità e sui clienti; c) la collaborazione fra gli enti pubblici e le forze dell'ordine, per garantire sinergia e integrazione fra l'intervento socio-educativo e quello della repressione.

Interventi per contrastare il fenomeno della prostituzione e della tratta	
Ambito provinciale	Destinatari progetti anno 2006
Padova	455
Rovigo	191
Treviso	535
Venezia	1.205
Verona	683
Vicenza	297
Totale	3.366

Interventi per contrastare il fenomeno della prostituzione e della tratta				
Ambito provinciale	Progetti anno 2006	Finanziamento 2006	Progetti anno 2007	Finanziamento 2007
Padova	1	€ 125.016,06	1	€ 92.407,61
Rovigo	1	€ 11.977,67	1	€ 7.085,65
Treviso	2	€ 34.680,74	2	€ 33.704,41
Venezia	3	€ 158.092,43	3	€ 127.820,55
Verona	2	€ 118.229,55	2	€ 109.790,16
Vicenza	1	€ 52.003,55	2	€ 79.191,62
Totale	10	€ 500.000,00	11	€ 450.000,00

Per quanto concerne l'ambito delle persone in povertà estrema e senza dimora, la Regione del Veneto ha promosso e sostenuto un modello territoriale di progettazione e realizzazione degli interventi che, ha visto la sperimentazione, nei territori dei sette Comuni capoluogo, di un modello di partnership fra l'ente locale e il privato. Sono state così attivate forme di collaborazione in grado di offrire risposte ai complessi bisogni delle persone in povertà estrema e senza dimora, attraverso la realizzazione di interventi di sostegno, accoglienza e di accompagnamento al reinserimento sociale.

Interventi a favore delle persone in stato di povertà estrema e senza dimora	
Comune	Destinatari progetti anno 2006
Belluno	14
Padova	520
Rovigo	335
Treviso	188
Venezia	877
Verona	441
Vicenza	128
Totale	2.503

Interventi a favore delle persone in stato di povertà estrema e senza dimora		
Comune	Anno 2006	Anno 2007
Belluno	10.697,62	21.481,00
Padova	146.161,82	130.000,00
Rovigo	45.481,28	41.240,00
Treviso	87.650,07	52.601,53
Venezia	155.469,63	173.622,40
Verona	155.906,87	194.368,82
Vicenza	98.632,71	86.684,97
Totale	700.000,00	700.000,00

Fonti

Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari della Regione del Veneto

affidente alla Segreteria Sanità e Sociale

Palazzo Molin - S. Polo 2514

30125 Venezia

Tel. 041/2793441 - 3500

Fax. 041/2793599

E-Mail: progsanitaria@regione.veneto.it

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Programmazione+Socio+Sanitaria/>

Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore

affidente alla Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari

Palazzo Molin - San Polo, 2514

30125 Venezia

Tel 041/2791345 - 1391 - 1508.

e-mail: marco.bonetti@regione.veneto.it

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Programmazione+Socio+Sanitaria/Cure+palliative+e+lotta+al+dolore/>

Servizio Tutela Salute Mentale

affidente alla Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari

Palazzo Molin - S. Polo 2514

30125 Venezia

Tel. 041 2793490 - Fax 041 2793425

e-mail: salutementale@regione.veneto.it

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Programmazione+Socio+Sanitaria/Salute+Mentale/>

Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto

affidente alla Segreteria Sanità e Sociale

Rio Novo, 3493 - Dorsoduro

30123 - VENEZIA

Tel. 041/2791420 - 1421

Fax. 041/2791369

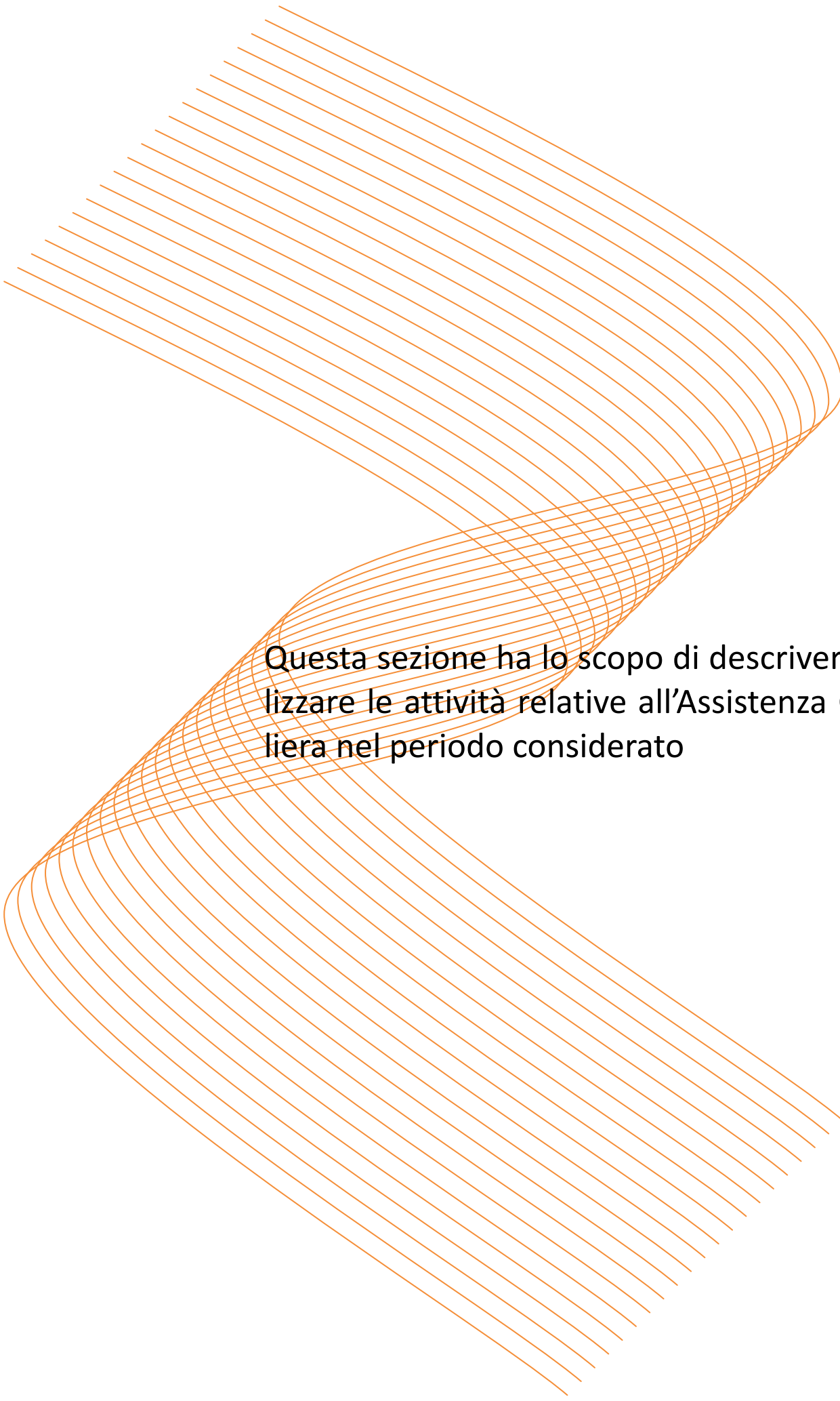
E-Mail: dir.servizisociali@regione.veneto.it

Ufficio protezione e pubblica tutela dei minori
via Poerio 34 - 30172 Mestre – Venezia
tel. 041 2795925 - 5926
fax 041 2795928
e mail: pubblicotutoreminori@regione.veneto.it
sito internet: <http://tutoreminori.regione.veneto.it>

Parte Quarta

Assistenza Ospedaliera

Relazione Socio Sanitaria 2008
della Regione del Veneto

A decorative graphic consisting of numerous thin, parallel orange lines that curve and flow across the page, creating a sense of movement and depth. The lines are arranged in a way that they appear to be part of a larger, three-dimensional structure, possibly a stylized letter or a wave.

Questa sezione ha lo scopo di descrivere e analizzare le attività relative all'Assistenza Ospedaliera nel periodo considerato

4.1 Assistenza ospedaliera

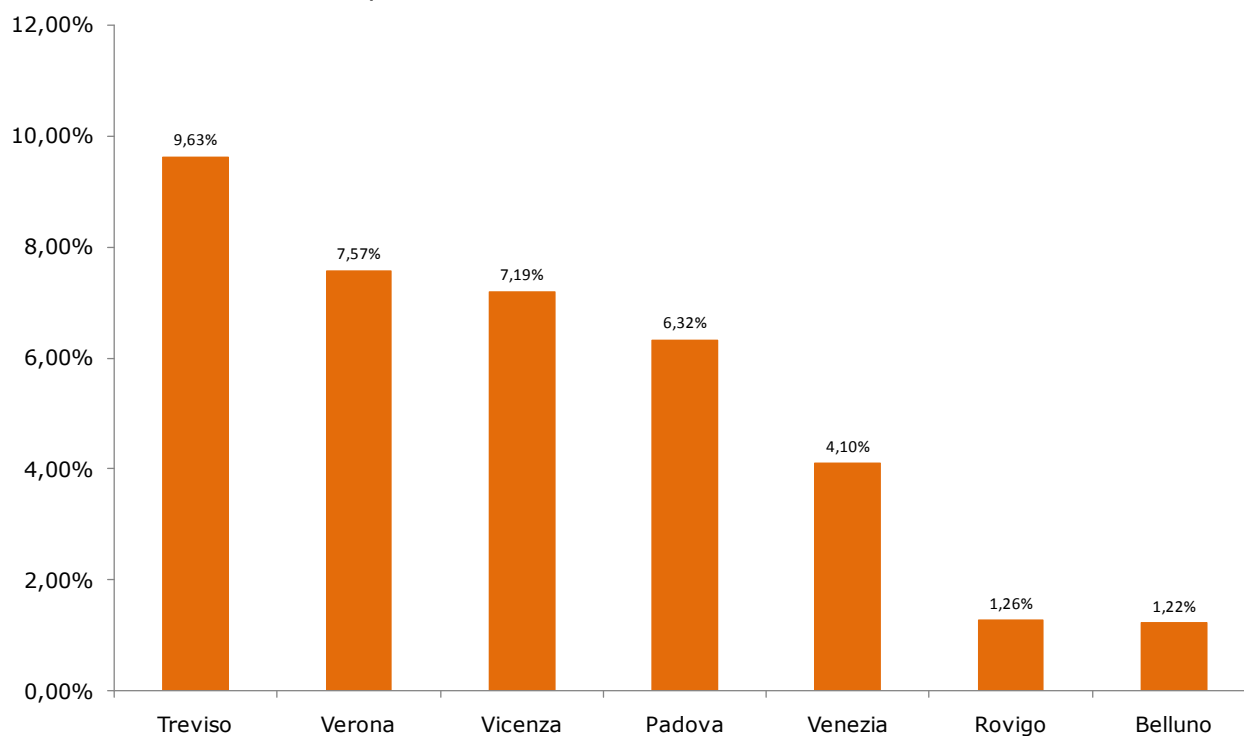
La Regione del Veneto ha da tempo intrapreso numerose azioni volte a raggiungere il tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per mille abitanti e a ricondurre, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, le prestazioni sanitarie, erogate a favore dei cittadini con oneri a carico del servizio sanitario regionale, ad un regime di erogazione più appropriato. L'obiettivo viene perseguito con il fine di mantenere e migliorare il livello qualitativo raggiunto dal nostro Sistema Socio Sanitario. Il parametro è più ambizioso di quanto stabilito a livello nazionale. Infatti, il "Patto per la Salute", sottoscritto nell'ottobre 2006 ha riconfermato quanto stabilito con l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005, ovvero i parametri di 180 ricoveri per mille abitanti e 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post acuzie. Il Patto per la Salute è un accordo programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema attraverso l'individuazione di risorse certe e precisi limiti, favorendo così i processi di responsabilizzazione delle Regioni. Il rispetto delle norme e degli accordi nazionali comporta che la spesa per l'assistenza ospedaliera sia gestita attraverso un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati accreditati che, assicurando la risposta assistenziale nell'ambito dei livelli essenziali previsti, dia certezza del suo contenimento entro l'inderogabile vincolo di bilancio. Da questo punto di vista, il sistema di determinazione dei volumi di attività ha il fine di rendere il governo delle prestazioni di ricovero sempre più coerente con l'equilibrio tra domanda e offerta. Il modello di regolazione dei volumi di attività non si limita ad un intervento di riduzione della spesa sanitaria, ma imposta in modo organico un metodo per favorire il governo della ospedalizzazione e della spesa sanitaria in quanto:

- realizza la programmazione dell'offerta sanitaria con la possibilità di definire con tutti i erogatori, pubblici e privati, le prestazioni da assicurare alla popolazione nell'ambito delle specialità presenti, organizzando ed equilibrando così l'offerta complessiva;
- favorisce criteri di area vasta in ambito ospedaliero, facilitando le collaborazioni professionali e gli scambi anche di personale;
- contribuisce al governo della spesa in quanto permette di impostare la riduzione dei costi con l'assegnazione ai Direttori Generali dell'obiettivo di rientro nel tasso di ospedalizzazione con la contestuale graduale riduzione o revisione dei costi strutturali attraverso azioni scelte dalle singole realtà aziendali;
- costituisce la base per ulteriori azioni strutturali che consentano una reale riduzione nel consumo delle risorse.

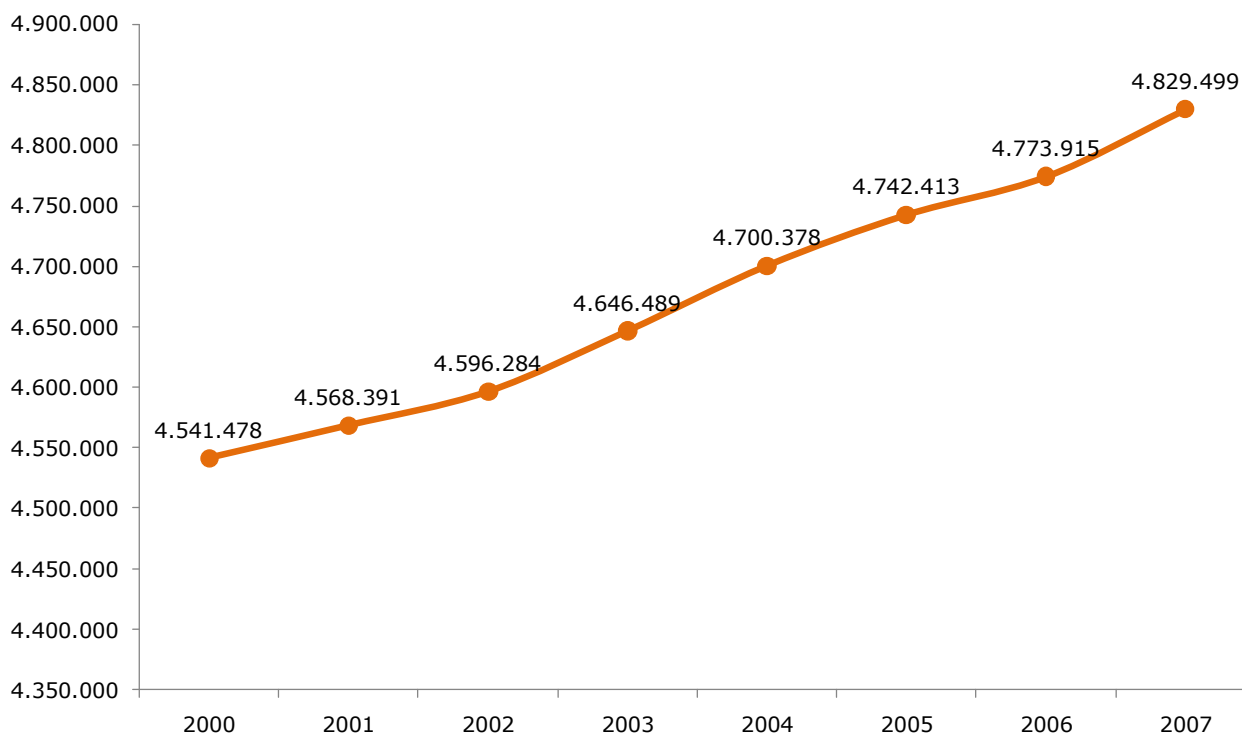
Sulla base di tale metodo, il primo elemento da considerare è la popolazione secondo le rilevazioni effettuate dalle Aziende ULSS. Avremo così un primo quadro del numero effettivo di persone a cui sono destinati i servizi e le prestazioni ospedaliere.

Popolazione rilevata dalle Aziende ULSS per Provincia del Veneto - Anni 2001-2007								
Province	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Belluno	211.009	210.912	211.030	211.457	211.690	212.021	212.285	213.581
Vicenza	794.968	801.800	810.038	820.338	832.226	839.069	844.383	852.137
Treviso	793.401	802.212	810.404	826.779	839.613	850.447	857.704	869.781
Venezia	873.758	875.110	875.711	884.395	890.496	896.614	899.731	909.586
Padova	792.614	795.636	800.655	806.276	818.884	826.545	833.960	842.721
Rovigo	245.763	245.424	245.146	246.246	247.044	247.295	247.445	248.864
Verona	829.965	837.297	843.300	850.998	860.425	870.422	878.407	892.829
Veneto	4.541.478	4.568.391	4.596.284	4.646.489	4.700.378	4.742.413	4.773.915	4.829.499

Percentuale aumento della popolazione per Provincia del Veneto nel 2007 rispetto al 2000 nelle rilevazioni delle Aziende ULSS



Popolazione del Veneto secondo le rilevazioni delle Aziende ULSS
Veneto 2000-2007



286

Il trend della popolazione conferma, ovviamente, quanto osservato nella prima sezione della Relazione Socio Sanitaria. La Provincia in cui viene riscontrato il maggior incremento è la Provincia di Treviso, seguita da Verona e Vicenza. La Provincia di Padova si colloca al centro, mentre le Province con l'aumento di popolazione più basso sono Venezia, Rovigo e Belluno. Il dato esprime una stretta correlazione con le aree più produttive della Regione. Si riconferma anche la necessità di metodologie di rilevazione uniformi e in prospettiva di un'anagrafe unica tra Comuni e Aziende Sanitarie.

Popolazione residente per fasce di età secondo le rilevazioni delle Aziende ULSS
Veneto 2001-2007 (dati utilizzati nel riparto)

Anno di riferimento	0 anni	da 1 a 5 anni	da 6 a 44 anni	da 15 a 44 anni femmine	da 45 a 64 anni	da 65 a 74 anni	75 anni e oltre	Totale
2001	41.620	211.070	1.361.202	950.073	1.175.163	450.890	378.373	4.568.391
2002	43.096	213.983	1.367.256	944.732	1.183.801	454.215	389.201	4.596.284
2003	43.471	216.980	1.382.054	948.027	1.195.686	460.375	399.896	4.646.489
2004	46.523	217.046	1.388.547	946.644	1.210.972	473.289	417.357	4.700.378
2005	45.974	224.822	1.390.104	948.734	1.223.093	481.192	428.494	4.742.413
2006	46.501	227.685	1.391.094	942.061	1.241.122	486.897	438.555	4.773.915
2007	47.028	233.040	1.394.377	945.911	1.266.803	493.589	448.751	4.829.499

La composizione percentuale per fasce di età rimane abbastanza stabile, anche se evidente l'incremento nelle fasce alte (dai 65 ai 74 anni, 75 anni e oltre).

Popolazione residente per fasce di età secondo le rilevazioni delle Aziende ULSS Veneto al 31/12/2006 (dati utilizzati nel riparto)								
AZIENDA ULSS	0 anni	da 1 a 5 anni	da 6 a 44 anni	da 15 a 44 anni femmine	da 45 a 64 anni	da 65 a 74 anni	75 anni e oltre	Totale
101. Belluno	1.038	5.296	34.291	23.798	35.769	14.410	14.385	128.987
102. Feltre	668	3.511	22.428	15.326	22.684	9.034	9.647	83.298
103. Bassano del Grappa	1.803	9.238	53.476	35.280	43.705	16.486	14.763	174.751
104. Thiene	1.950	9.517	55.427	36.392	46.231	18.611	15.426	183.554
105. Arzignano	1.982	9.492	55.765	35.206	43.759	16.478	13.797	176.479
106. Vicenza	3.126	16.073	93.194	62.731	78.287	29.867	26.321	309.599
107. Pieve di Soligo	2.110	10.259	62.880	42.356	54.344	21.721	20.862	214.532
108. Asolo	2.787	13.241	76.200	49.569	60.114	21.194	19.197	242.302
109. Treviso	4.257	20.656	119.814	80.683	102.735	38.230	34.495	400.870
110. S. Donà di Piave	1.912	9.510	60.798	39.976	55.758	21.916	18.911	208.781
112. Veneziana	2.382	12.285	76.148	52.937	84.559	38.492	36.425	303.228
113. Mirano	2.490	11.974	74.531	52.118	68.799	25.817	19.711	255.440
114. Chioggia	1.205	5.673	38.718	27.004	35.508	13.446	10.728	132.282
115. Cittadella	2.608	12.792	76.364	50.759	58.774	21.413	18.515	241.225
116. Padova	3.873	18.138	113.763	80.357	110.416	44.831	39.034	410.412
117. Este	1.642	7.880	51.964	35.705	47.973	18.842	18.317	182.323
118. Rovigo	1.296	6.386	45.345	32.550	48.169	19.000	19.989	172.735
119. Adria	487	2.557	20.012	14.174	20.632	8.857	7.991	74.710
120. Verona	4.453	21.961	132.975	89.356	116.452	47.806	44.042	457.045
121. Legnago	1.456	6.774	43.306	29.009	38.332	15.297	14.770	148.944
122. Bussolengo	2.976	14.472	83.695	56.775	68.122	25.149	21.229	272.418
Totale	46.501	227.685	1.391.094	942.061	1.241.122	486.897	438.555	4.773.915

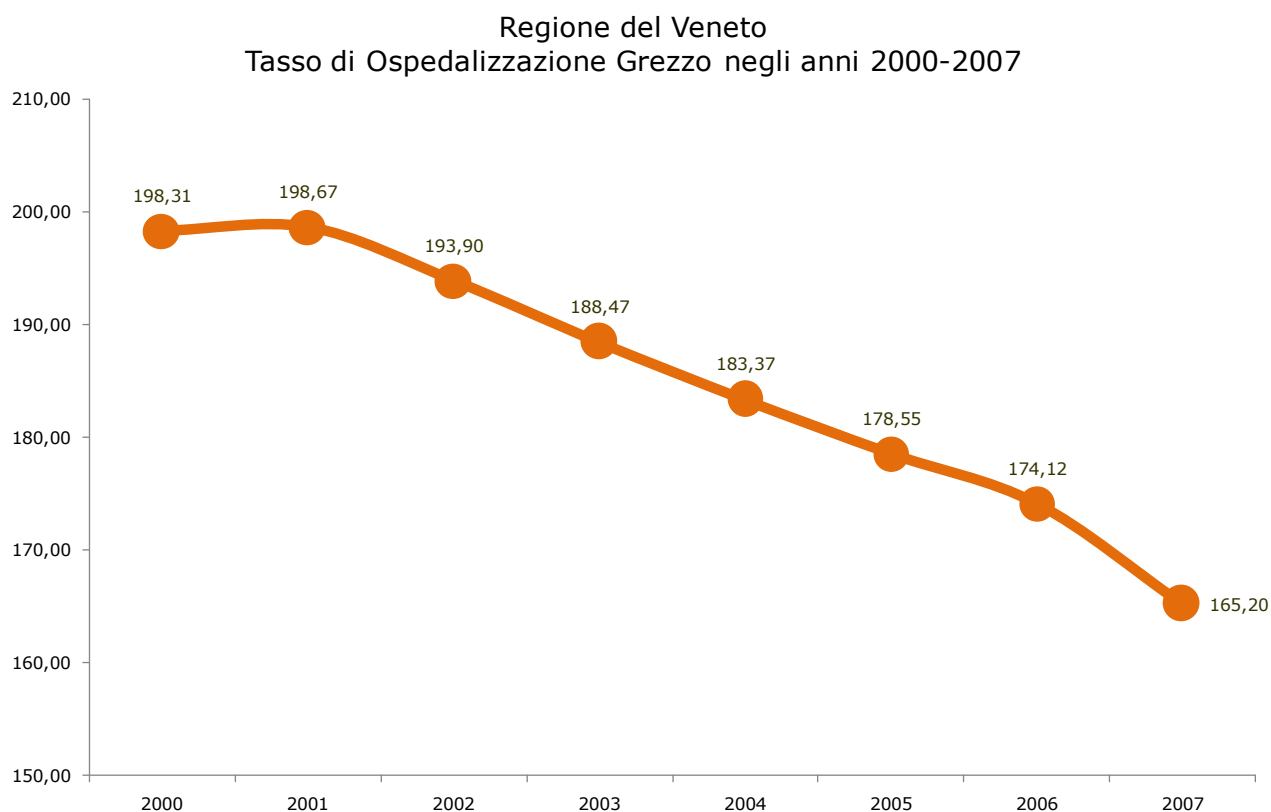
Il numero più elevato si riscontra nella fascia che va dai 45 ai 64 anni. È evidente l'incidenza dei cosiddetti "baby boomers", ovvero degli individui nati nel periodo storico che va dal 1946 al 1964, caratterizzato da una vera e propria esplosione demografica. Nei prossimi anni questi entreranno gradualmente, ma in maniera numericamente consistente nella fascia degli anziani, determinando un potenziale grande aumento dei bisogni di salute. Basti pensare che gli anziani di età uguale o superiore ai 65 anni sono pari al 19,39% della popolazione del Veneto nel 2006 ed al 19,51% nel 2007. Assume quindi rilevanza l'attività di prevenzione ed il potenziamento dei servizi sul territorio per limitare l'impatto di patologie tipiche dell'età avanzata sulle strutture ospedaliere.

Popolazione residente per fasce di età secondo le rilevazioni delle Aziende ULSS
Veneto al 31/12/2007(dati utilizzati nel riparto)

Azienda ULSS	0 anni	da 1 a 5 anni	da 6 a 44 anni	da 15 a 44 anni femmine	da 45 a 64 anni	da 65 a 74 anni	75 anni e oltre	Totale
101. Belluno	1.005	5.368	33.955	23.780	36.192	14.556	14.530	129.386
102. Feltre	663	3.581	22.656	15.407	23.048	9.107	9.733	84.195
103. Bassano del Grappa	1.782	9.275	53.515	35.381	44.765	16.765	15.110	176.593
104. Thiene	1.917	9.652	55.536	36.430	47.069	18.815	15.759	185.178
105. Arzignano	1.970	9.619	55.728	35.126	44.507	16.780	14.223	177.953
106. Vicenza	3.162	16.223	93.224	62.625	79.889	30.401	26.889	312.413
107. Pieve di Soligo	2.182	10.626	61.880	41.442	56.049	22.242	21.956	216.377
108. Asolo	2817	13669	76973	50207	61584	21695	19529	246.474
109. Treviso	4375	21255	120586	81344	105253	38866	35251	406.930
110. S. Donà di Piave	1966	9769	59942	41550	56991	22181	19512	211.911
112. Veneziana	2386	12285	76195	52520	85031	38795	37046	304.258
113. Mirano	2601	12441	75157	52388	70659	26513	20443	260.202
114. Chioggia	1224	5771	38269	26648	36273	13849	11181	133.215
115. Cittadella	2727	13078	77726	51479	60648	21836	18944	246.438
116. Padova	3680	18802	113227	79861	112167	45341	39762	412.840
117. Este	1612	7969	51594	35660	49142	18845	18621	183.443
118. Rovigo	1351	6564	45337	32549	49092	18954	20202	174.049
119. Adria	533	2563	19777	13977	21012	8763	8190	74.815
120. Verona	4543	22381	133670	89907	118410	48288	45340	462.539
121. Legnago	1460	7255	43999	29874	38974	15147	14778	151.487
122. Bussolengo	3072	14894	85431	57756	70048	25850	21752	278.803
Totale	47.028	233.040	1.394.377	945.911	1.266.803	493.589	448.751	4.829.499

Provincia	0 anni	da 1 a 5 anni	da 6 a 44 anni	da 15 a 44 anni femmine	da 45 a 64 anni	da 65 a 74 anni	75 anni e oltre	Totale
Provincia di Belluno	1.668	8.949	56.611	39.187	59.240	23.663	24.263	213.581
Provincia di Vicenza	8.831	44.769	258.003	169.562	216.230	82.761	71.981	852.137
Provincia di Treviso	9.374	45.550	259.439	172.993	222.886	82.803	76.736	869.781
Provincia di Venezia	8.177	40.266	249.563	173.106	248.954	101.338	88.182	909.586
Provincia di Padova	8.019	39.849	242.547	167.000	221.957	86.022	77.327	842.721
Provincia di Rovigo	1.884	9.127	65.114	46.526	70.104	27.717	28.392	248.864
Provincia di Verona	9.075	44.530	263.100	177.537	227.432	89.285	81.870	892.829
Totale Veneto 2007								4.829.499

L'efficacia e l'efficienza del governo di questi fenomeni è attestato in maniera evidente dai tassi di ospedalizzazione rilevabili nella nostra Regione. Come abbiamo detto l'obiettivo della programmazione è quello di favorire un'ulteriore discesa di questi valori in modo da raggiungere il livello dei 160 ricoveri per mille abitanti.



289

* Il Tasso di Ospedalizzazione Grezzo è stato ricalcolato con i dati della popolazione provenienti dalle Aziende ULSS per cui può esserci qualche discrepanza con i valori indicati nelle precedenti Relazioni Socio Sanitarie.

T.O. = (A/B) x 1000	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dimissioni totali dei residenti (A)	900.604	907.608	891.241	875.726	861.894	846.753	831.226	797.835
Popolazione totale residente (B)	4.541.478	4.568.391	4.596.284	4.646.489	4.700.378	4.742.413	4.773.915	4.829.499
Tasso di Ospedalizzazione Grezzo (T.O.)	198,31	198,67	193,90	188,47	183,37	178,55	174,12	165,20

Il trend discendente consente di prevedere a breve il raggiungimento dell'obiettivo prefissato nell'ambito della programmazione regionale.

Aziende ULSS	Tassi di Ospedalizzazione Grezzi							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
101. Belluno	202,18	194,99	182,59	176,01	170,92	172,12	171,30	167,14
102. Feltre	193,01	185,01	177,91	174,13	172,08	165,49	164,35	160,89
103. Bassano del Grappa	172,54	174,11	168,57	163,83	163,38	158,77	156,47	152,29
104. Thiene	172,06	168,10	156,60	151,95	147,39	145,88	142,18	139,27
105. Arzignano	203,99	212,09	193,28	180,04	168,68	160,30	156,92	155,42
106. Vicenza	193,36	200,39	186,72	185,14	182,78	170,89	161,13	152,66
107. Pieve di Soligo	195,37	184,45	181,16	172,45	168,00	166,72	160,28	150,69
108. Asolo	181,30	174,07	170,32	163,32	166,18	164,86	156,61	145,95
109. Treviso	183,79	184,16	185,75	181,41	176,46	174,36	168,24	159,02
110. S. Donà di Piave	205,08	200,23	191,92	188,55	180,53	174,32	170,50	165,84
112. Veneziana	230,35	233,64	229,30	219,61	204,52	199,93	195,29	190,53
113. Mirano	196,41	189,70	192,50	187,69	182,34	174,93	171,99	160,70
114. Chioggia	213,60	226,94	219,91	209,43	206,46	184,69	176,58	172,46
115. Cittadella	187,44	185,12	178,93	174,59	173,24	168,27	165,79	155,93
116. Padova	197,97	203,92	200,45	197,50	192,52	183,61	185,48	174,68
117. Este	192,00	188,42	187,31	185,66	179,99	177,98	173,53	166,83
118. Rovigo	204,43	194,69	190,51	182,29	175,68	178,92	178,46	174,03
119. Adria	216,22	219,35	222,32	222,56	218,34	222,14	210,95	197,10
120. Verona	198,86	207,03	215,99	209,39	202,71	199,56	193,77	178,76
121. Legnago	226,95	229,13	197,53	195,74	189,29	187,13	181,04	173,14
122. Bussolengo	211,37	212,66	208,29	204,24	202,52	197,79	193,35	173,39
Veneto	198,31	198,67	193,90	188,47	183,37	178,55	174,12	165,20

Ciò nonostante, la situazione appare caratterizzata ancora da una diffusa differenziazione dei valori nel territorio regionale. Tale fenomeno è solo parzialmente dovuto a caratteristiche morfologiche e socio-economiche e quindi segnala la necessità di una maggiore uniformità e di eguali sforzi delle diverse direzioni aziendali per il raggiungimento degli obiettivi regionali. Le Province in cui il Tasso di Ospedalizzazione Grezzo è più elevato sono Rovigo, Verona e Venezia. Per Rovigo e Venezia nei valori rilevati è molto alta l'incidenza rispettivamente dell'Azienda ULSS 19 di Adria e dell'Azienda 12 Veneziana, nelle quali si riscontrano i Tassi di Ospedalizzazione più elevati del Veneto nell'arco degli ultimi otto anni. Per quanto riguarda Verona, invece, così come Padova, bisogna considerare la presenza dell'Azienda Ospedaliera. Realtà di eccellenza sono infine presenti, com'è noto, nel Vicentino e nel Trevigiano.

Tasso di Ospedalizzazione Grezzo per Provincia								
Province	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Verona	207,41	212,49	210,52	205,50	200,37	196,91	191,48	176,13
Vicenza	186,59	190,32	177,74	172,42	168,11	160,73	155,17	150,25
Belluno	198,64	191,13	180,78	175,28	171,37	169,53	168,58	164,68
Treviso	186,04	181,39	180,24	174,04	171,43	169,76	162,97	153,25
Venezia	213,08	212,32	209,21	202,39	192,67	185,36	180,71	174,04
Padova	194,68	196,90	192,52	188,92	185,09	177,75	176,81	167,41
Rovigo	208,41	202,59	200,61	194,74	189,11	192,42	188,64	181,45
Veneto	198,31	198,67	193,90	188,47	183,37	178,55	174,12	165,20

Tasso di Ospedalizzazione Grezzo per anno e per Azienda ordinato in senso decrescente (dal Tasso più alto al più basso)															
2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
112	230,35	112	233,64	112	229,30	119	222,56	119	218,34	119	222,14	119	210,95	119	197,10
121	226,95	121	229,13	119	222,32	112	219,61	114	206,46	112	199,93	112	195,29	112	190,53
119	216,22	114	226,94	114	219,91	114	209,43	112	204,52	120	199,56	120	193,77	120	178,76
114	213,60	119	219,35	120	215,99	120	209,39	120	202,71	122	197,79	122	193,35	116	174,68
122	211,37	122	212,66	122	208,29	122	204,24	122	202,52	121	187,13	116	185,48	118	174,03
110	205,08	105	212,09	116	200,45	116	197,50	116	192,52	114	184,69	121	181,04	122	173,39
118	204,43	120	207,03	121	197,53	121	195,74	121	189,29	116	183,61	118	178,46	121	173,14
105	203,99	116	203,92	105	193,28	110	188,55	106	182,78	118	178,92	114	176,58	114	172,46
101	202,18	106	200,39	113	192,50	113	187,69	113	182,34	117	177,98	117	173,53	101	167,14
120	198,86	110	200,23	110	191,92	117	185,66	110	180,53	113	174,93	113	171,99	117	166,83
116	197,97	101	194,99	118	190,51	106	185,14	117	179,99	109	174,36	101	171,30	110	165,84
113	196,41	118	194,69	117	187,31	118	182,29	109	176,46	110	174,32	110	170,50	102	160,89
107	195,37	113	189,70	106	186,72	109	181,41	118	175,68	101	172,12	109	168,24	113	160,70
106	193,36	117	188,42	109	185,75	105	180,04	115	173,24	106	170,89	115	165,79	109	159,02
102	193,01	115	185,12	101	182,59	101	176,01	102	172,08	115	168,27	102	164,35	115	155,93
117	192,00	102	185,01	107	181,16	115	174,59	101	170,92	107	166,72	106	161,13	105	155,42
115	187,44	107	184,45	115	178,93	102	174,13	105	168,68	102	165,49	107	160,28	106	152,66
109	183,79	109	184,16	102	177,91	107	172,45	107	168,00	108	164,86	105	156,92	103	152,29
108	181,30	103	174,11	108	170,32	103	163,83	108	166,18	105	160,30	108	156,61	107	150,69
103	172,54	108	174,07	103	168,57	108	163,32	103	163,38	103	158,77	103	156,47	108	145,95
104	172,06	104	168,10	104	156,60	104	151,95	104	147,39	104	145,88	104	142,18	104	139,27
RV	198,31	RV	198,67	RV	193,90	RV	188,47	RV	183,37	RV	178,55	RV	174,12	RV	165,20

Le considerazioni espresse valgono anche nel caso del Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato, che serve ad eliminare l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni su cui è calcolato, rendendo così possibile il confronto fra tassi riferiti a popolazioni differenti.

Aziende ULSS	Tassi di Ospedalizzazione Standardizzati per singola Azienda ULSS							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
101. Belluno	193,92	187,53	173,80	167,11	163,90	164,39	163,61	159,43
102. Feltre	181,85	174,43	166,70	163,48	162,86	156,34	155,68	153,15
103. Bassano del Grappa	178,88	179,75	174,10	169,00	169,08	163,84	161,06	156,20
104. Thiene	175,07	171,55	160,07	155,15	150,89	149,04	144,91	142,06
105. Arzignano	212,00	220,84	200,88	187,89	176,71	167,87	164,00	162,10
106. Vicenza	197,71	205,32	191,04	189,65	187,96	175,19	164,84	156,00
107. Pieve di Soligo	191,66	180,57	177,53	168,82	165,22	164,54	158,90	148,26
108. Asolo	189,06	181,74	178,00	171,09	174,71	173,78	164,23	153,16
109. Treviso	186,67	186,87	188,17	183,97	177,16	177,82	171,51	162,27
110. S. Donà di Piave	205,94	200,71	191,78	187,97	180,59	173,98	170,24	165,07
112. Veneziana	212,07	214,46	209,86	200,88	187,97	183,33	179,00	174,52
113. Mirano	204,77	197,77	199,69	194,12	188,94	180,12	176,81	164,47
114. Chioggia	219,43	233,40	225,21	214,13	211,32	186,91	179,87	174,59
115. Cittadella	197,14	194,42	188,33	183,67	183,16	177,45	174,49	162,97
116. Padova	196,78	202,65	200,32	198,44	189,81	181,46	181,62	170,94
117. Este	190,46	186,25	186,18	182,56	177,64	174,11	170,33	163,72
118. Rovigo	191,45	183,16	178,06	170,04	164,70	167,50	166,93	163,72
119. Adria	208,48	211,15	212,49	211,89	208,13	210,34	199,59	186,45
120. Verona	196,08	204,22	213,42	206,87	200,63	197,05	192,18	177,35
121. Legnago	225,07	226,43	194,65	193,84	186,37	184,20	178,81	172,31
122. Bussolengo	217,84	219,70	215,56	211,49	210,56	205,91	201,29	180,33
Formula utilizzata	Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato = $1000 * (\sum e(P_{s,e} * D_{e,x} / P_{e,x})) / \sum e(P_{s,e})$							

Anche in questo caso i Tassi sono stati ricalcolati con i dati sulla popolazione rilevati dalle Aziende ULSS (standard utilizzato per anno di riferimento) ed utilizzati in sede di riparto, per cui possono risultare differenti rispetto alle precedenti Relazioni Socio Sanitarie della Regione del Veneto.

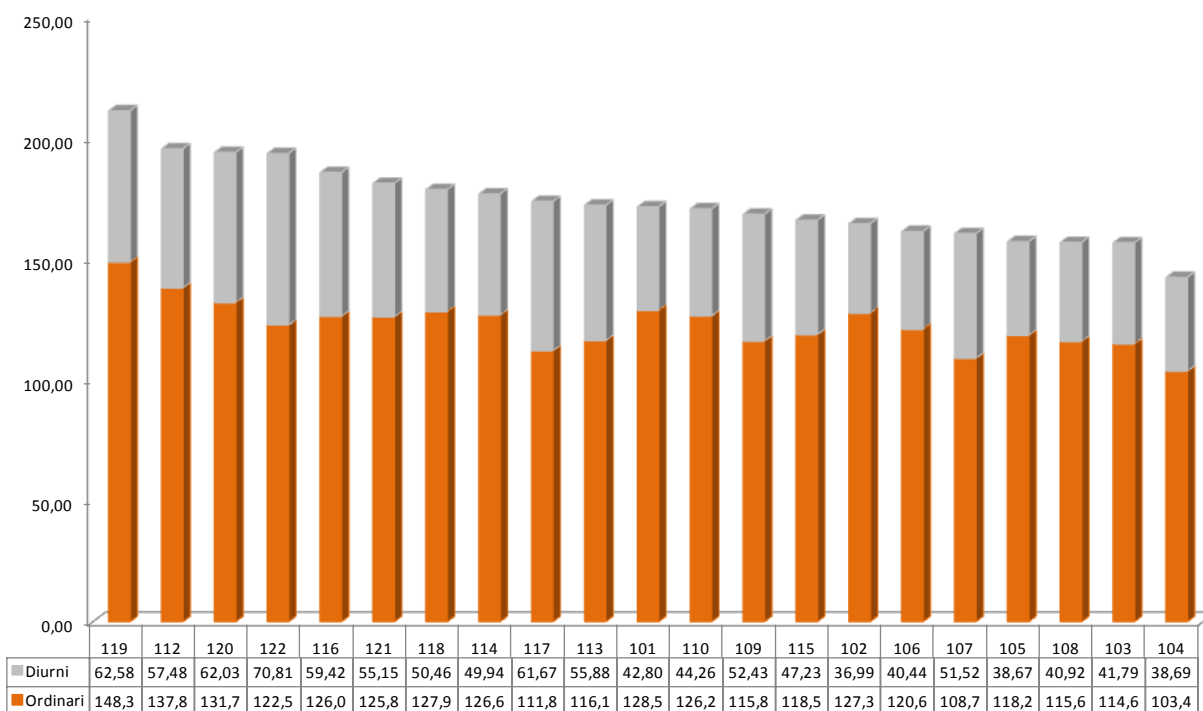
I valori, depurati dall'effetto distorsivo dell'età, sono nettamente inferiori ed il parametro dei 160 ricoveri per mille abitanti appare molto più vicino anche per le Province con più alto Tasso di Ospedalizzazione. Tuttavia, le aree territoriali in cui si rilevano tassi più elevati rimangono le stesse (Verona, Rovigo e Venezia) così come le zone in cui questi sono più bassi (Vicenza e Treviso). Nell'analisi per singola Azienda ULSS vi sono invece degli spostamenti nell'ordinamento decrescente: le Aziende con Tasso di Ospedalizzazione più alto risultano essere Adria, Chioggia, Legnago, Bussolengo e Venezia.

Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato per Provincia								
Province	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Verona	207,41	212,46	210,72	205,93	200,96	197,35	192,47	177,38
Vicenza	191,75	195,79	182,73	177,43	173,60	165,61	159,50	154,25
Belluno	189,31	182,54	171,11	165,73	163,58	161,30	160,55	156,94
Treviso	188,40	183,80	182,65	176,60	173,16	173,15	166,30	156,12
Venezia	209,14	208,13	204,39	197,21	188,22	180,55	176,00	169,28
Padova	197,01	199,03	195,50	191,69	186,69	178,79	177,38	167,57
Rovigo	196,92	191,95	188,83	182,81	178,22	180,82	177,06	170,93

Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato per Azienda ordinato in senso decrescente (dal Tasso più alto al più basso)															
	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007
121	225,07	114	233,40	114	225,21	114	214,13	114	211,32	119	210,34	122	201,29	119	186,45
114	219,43	121	226,43	122	215,56	119	211,89	122	210,56	122	205,91	119	199,59	122	180,33
122	217,84	105	220,84	120	213,42	122	211,49	119	208,13	120	197,05	120	192,18	120	177,35
112	212,07	122	219,70	119	212,49	120	206,87	120	200,63	114	186,91	116	181,62	114	174,59
105	212,00	112	214,46	112	209,86	112	200,88	116	189,81	121	184,20	114	179,87	112	174,52
119	208,48	119	211,15	105	200,88	116	198,44	113	188,94	112	183,33	112	179,00	121	172,31
110	205,94	106	205,32	116	200,32	113	194,12	112	187,97	116	181,46	121	178,81	116	170,94
113	204,77	120	204,22	113	199,69	121	193,84	106	187,96	113	180,12	113	176,81	110	165,07
106	197,71	116	202,65	121	194,65	106	189,65	121	186,37	109	177,82	115	174,49	113	164,47
115	197,14	110	200,71	110	191,78	110	187,97	115	183,16	115	177,45	109	171,51	117	163,72
116	196,78	113	197,77	106	191,04	105	187,89	110	180,59	106	175,19	117	170,33	118	163,72
120	196,08	115	194,42	115	188,33	109	183,97	117	177,64	117	174,11	110	170,24	115	162,97
101	193,92	101	187,53	109	188,17	115	183,67	109	177,16	110	173,98	118	166,93	109	162,27
107	191,66	109	186,87	117	186,18	117	182,56	105	176,71	108	173,78	106	164,84	105	162,10
118	191,45	117	186,25	118	178,06	108	171,09	108	174,71	105	167,87	108	164,23	101	159,43
117	190,46	118	183,16	108	178,00	118	170,04	103	169,08	118	167,50	105	164,00	103	156,20
108	189,06	108	181,74	107	177,53	103	169,00	107	165,22	107	164,54	101	163,61	106	156,00
109	186,67	107	180,57	103	174,10	107	168,82	118	164,70	101	164,39	103	161,06	108	153,16
102	181,85	103	179,75	101	173,80	101	167,11	101	163,90	103	163,84	107	158,90	102	153,15
103	178,88	102	174,43	102	166,70	102	163,48	102	162,86	102	156,34	102	155,68	107	148,26
104	175,07	104	171,55	104	160,07	104	155,15	104	150,89	104	149,04	104	144,91	104	142,06

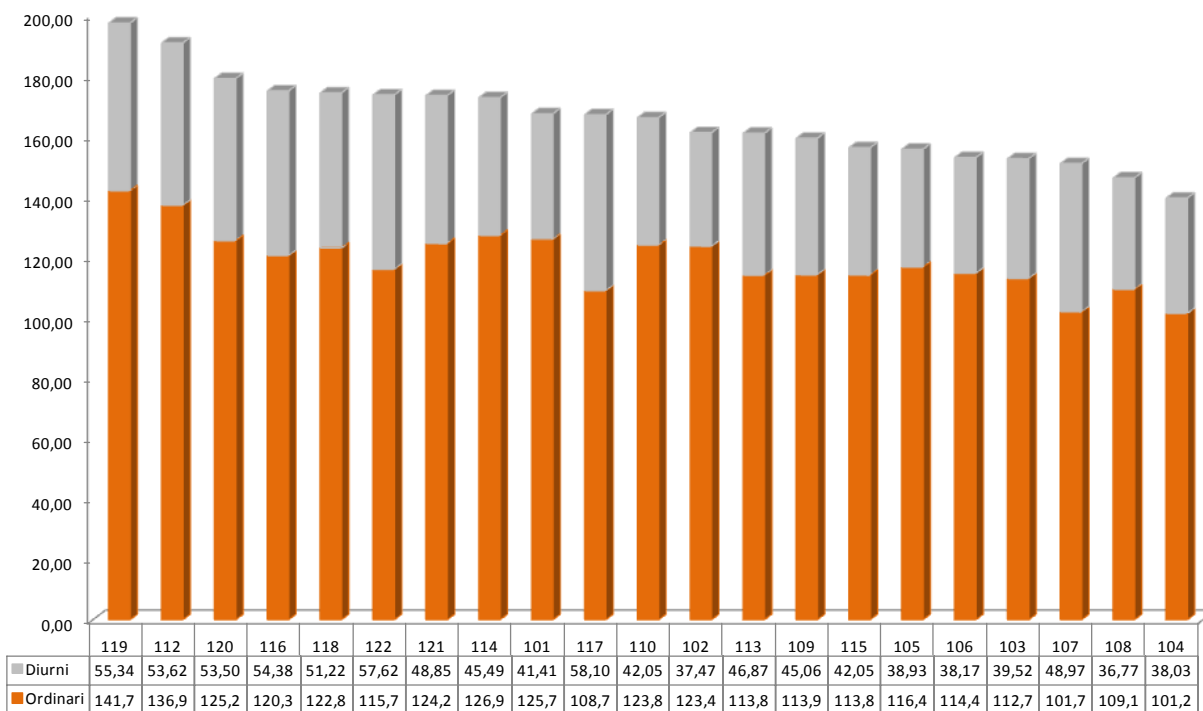
Complessivamente la realtà regionale del Veneto attesta un notevole sforzo delle Aziende per ridurre il Tasso di Ospedalizzazione, a cui corrispondono i buoni risultati descritti per quanto attiene l'ambito territoriale.

Tasso di Ospedalizzazione Grezzo per Azienda ULSS Anno 2006 - Regime di ricovero ordinario e diurno

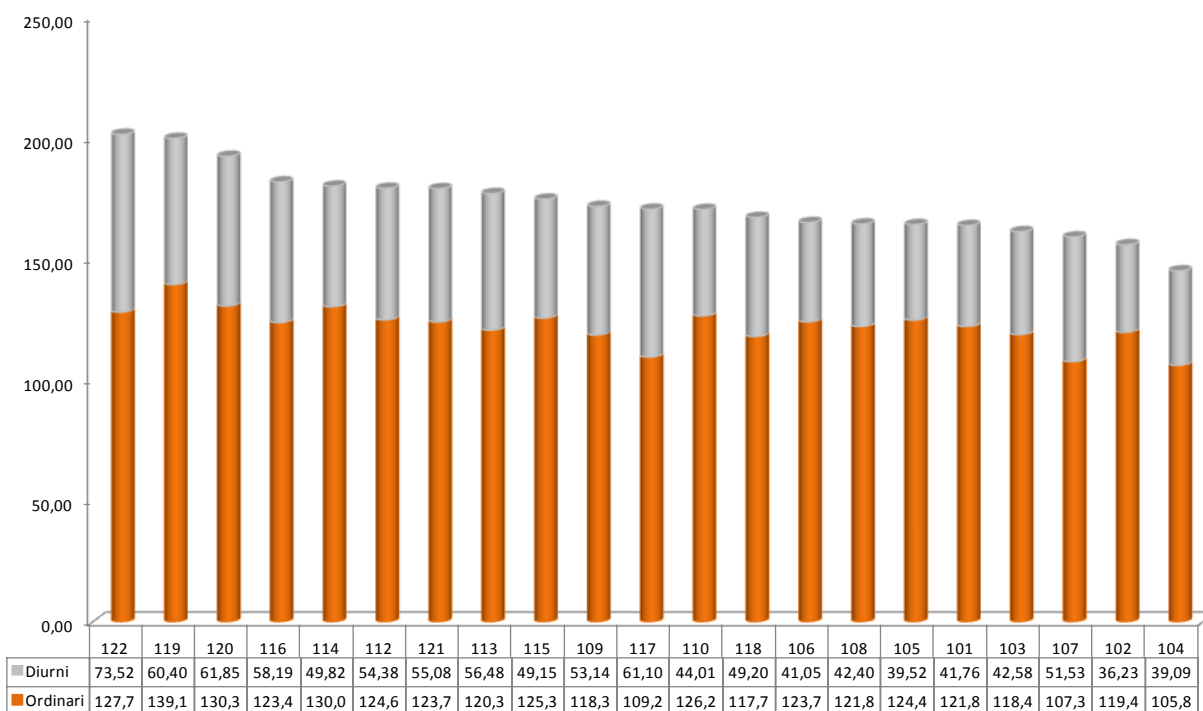


294

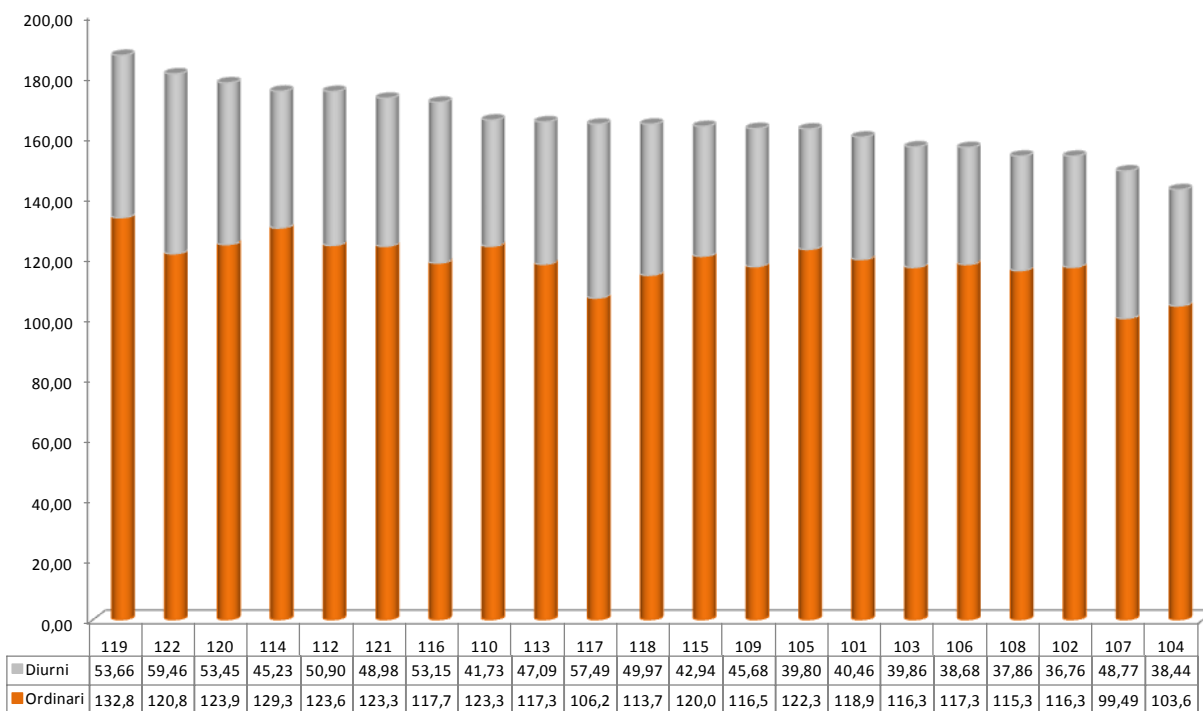
Tasso di Ospedalizzazione Grezzo per Azienda ULSS Anno 2007 - Regime di ricovero ordinario e diurno



Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato per Azienda ULSS
Anno 2006 - Regime di ricovero ordinario e diurno

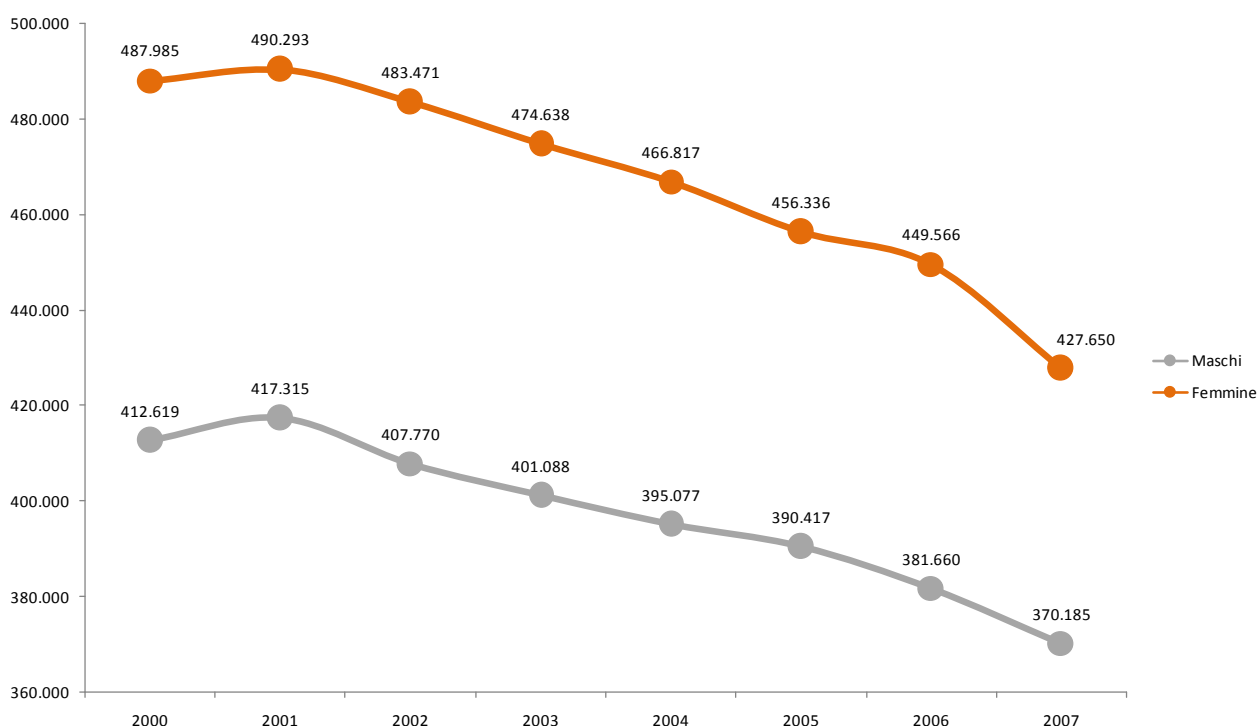


Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato per Azienda ULSS
Anno 2007 - Regime di ricovero ordinario e diurno



Se consideriamo poi il sesso delle persone che hanno subito un ricovero ospedaliero, il numero delle dimissioni ospedaliere risulta notevolmente più elevato per le donne. Certo, le rilevazioni riflettono la composizione della popolazione che, com'è noto, è caratterizzata dalla prevalenza della componente femminile. Inoltre, un'altra possibile causa potrebbe essere la maggiore attenzione delle donne al proprio stato di salute. Tuttavia, si può ragionevolmente pensare che interventi mirati per la riduzione dell'ospedalizzazione riferiti anche al sesso dei pazienti potrebbero dare ulteriori risultati in termini di riduzione del tasso evidenziato in precedenza.

Dimissioni Ospedaliere nelle Aziende Sanitarie del Veneto
Maschi e Femmine - Anni 2000-2007



Naturalmente, l'azione non può che partire dal fronte della Prevenzione e dell'Assistenza Primaria per favorire un cambiamento culturale che consenta di diminuire il ricorso non necessario alle strutture ospedaliere.

Sesso	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dimissioni Maschi	412.619	417.315	407.770	401.088	395.077	390.417	381.660	370.185
Popolazione del Veneto	4.541.478	4.568.391	4.596.284	4.646.489	4.700.378	4.742.413	4.773.915	4.829.499
Tasso di Ospedalizzazione Grezzo	90,86	91,35	88,72	86,32	84,05	82,32	79,95	76,65
Sesso	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dimissioni Femmine	487.985	490.293	483.471	474.638	466.817	456.336	449.566	427.650
Popolazione del Veneto	4.541.478	4.568.391	4.596.284	4.646.489	4.700.378	4.742.413	4.773.915	4.829.499
Tasso di Ospedalizzazione Grezzo	107,45	107,32	105,19	102,15	99,31	96,22	94,17	88,55

Il Tasso di Ospedalizzazione Grezzo dà un'idea del maggior ricorso al ricovero, ma il dato risulta di tutta evidenza se consideriamo le giornate di degenza (indicate con il termine "Degenze" nella tabella sotto rappresentata).

Aziende ULSS	Dimissioni e Giornate di Degenza nel Veneto per sesso (anni 2006-2007)							
	2006				2007			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	Dimissioni	Degenze	Dimissioni	Degenze	Dimissioni	Degenze	Dimissioni	Degenze
101. Belluno	10.098	79.762	11.998	94.792	10.014	80.188	11.612	93.426
102. Feltre	6.621	53.333	7.069	58.487	6.524	51.868	7.022	60.209
103. Bassano del Grappa	12.262	94.199	15.082	109.645	12.374	99.287	14.520	105.912
104. Thiene	11.888	85.030	14.209	87.603	11.689	82.724	14.101	86.404
105. Arzignano	12.340	91.493	15.353	101.322	12.623	90.862	15.034	97.392
106. Vicenza	21.949	160.984	27.938	194.055	21.295	157.990	26.398	180.025
107. Pieve di Soligo	16.258	120.083	18.128	122.309	15.330	116.724	17.275	116.319
108. Asolo	17.475	119.492	20.472	129.492	16.653	116.002	19.320	126.713
109. Treviso	30.095	230.276	37.348	257.943	29.721	226.452	34.991	243.729
110. S. Donà di Piave	17.015	120.148	18.582	126.762	16.839	125.312	18.305	130.646
112. Veneziana	26.655	235.908	32.562	290.201	26.352	238.237	31.619	283.837
113. Mirano	20.564	140.516	23.370	158.303	19.533	141.649	22.281	153.018
114. Chioggia	10.898	80.152	12.461	92.812	10.716	79.521	12.258	89.316
115. Cittadella	18.322	133.863	21.670	153.632	17.823	133.186	20.603	145.122
116. Padova	34.299	230.687	41.824	280.593	33.165	230.338	38.950	264.564
117. Este	14.686	105.315	16.953	113.800	14.569	107.205	16.034	110.168
118. Rovigo	13.951	108.546	16.875	125.021	13.831	105.140	16.459	119.707
119. Adria	7.468	54.011	8.292	59.269	7.007	50.537	7.739	58.784
120. Verona	41.545	306.162	47.015	338.655	38.918	292.950	43.766	327.526
121. Legnago	12.791	86.632	14.174	93.460	12.453	83.960	13.776	93.565
122. Bussolengo	24.480	151.359	28.191	166.669	22.756	143.735	25.587	158.181
Veneto	381.660	2.787.951	449.566	3.154.825	370.185	2.753.867	427.650	3.044.563

Popolazione del Veneto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Percentuale relativa ai maschi	48,81%	48,72%	48,79%	48,90%	48,95%	48,94%	49,01%	48,99%
Percentuale relativa alle femmine	51,19%	51,28%	51,21%	51,10%	51,05%	51,06%	50,99%	51,01%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Tasso di Ospedalizzazione Grezzo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Percentuale relativa ai maschi	45,82%	45,98%	45,75%	45,80%	45,84%	46,11%	45,92%	46,40%
Percentuale relativa alle femmine	54,18%	54,02%	54,25%	54,20%	54,16%	53,89%	54,08%	53,60%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Il fenomeno è riscontrabile anche con il calcolo del Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato, con una media delle differenze tra uomini e donne rilevate nelle Aziende Sanitarie del Veneto, in sette anni, superiore ai quattordici ricoveri per mille (media complessiva 14,05).

ULSS	Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato per Azienda ULSS e per sesso della persona degente (anni 2001-2007)													
	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
101	87,28	100,25	81,26	92,54	78,25	88,86	76,62	87,28	76,52	87,87	76,60	87,01	75,31	84,12
102	84,64	89,79	78,60	88,09	78,90	84,58	79,37	83,48	78,20	78,14	76,03	79,64	74,10	79,05
103	84,22	95,54	79,88	94,21	77,68	91,32	77,57	91,51	74,39	89,45	72,60	88,46	72,26	83,94
104	77,00	94,55	73,32	86,75	70,53	84,61	67,96	82,93	67,46	81,58	65,76	79,15	64,18	77,88
105	98,71	122,14	87,24	113,64	82,50	105,39	77,36	99,35	74,10	93,76	72,18	91,82	72,90	89,20
106	91,49	113,83	84,76	106,28	84,02	105,63	83,48	104,48	78,79	96,40	72,95	91,89	70,00	86,00
107	83,16	97,41	81,11	96,43	79,08	89,74	77,36	87,86	76,02	88,52	74,74	84,15	69,27	78,99
108	84,21	97,54	82,48	95,52	79,49	91,60	80,10	94,61	79,99	93,79	75,74	88,49	71,14	82,02
109	84,30	102,57	84,47	103,70	81,71	102,26	79,35	97,82	80,11	97,71	76,48	95,03	74,48	87,80
110	94,42	106,29	89,76	102,02	87,94	100,03	85,01	95,58	82,74	91,24	80,49	89,75	78,80	86,28
112	98,23	116,23	96,69	113,17	91,21	109,67	85,19	102,78	84,92	98,41	81,46	97,54	80,17	94,35
113	91,43	106,35	91,95	107,73	89,50	104,62	88,10	100,83	83,26	96,86	81,97	94,84	76,25	88,23
114	108,80	124,61	108,12	117,09	102,08	112,05	99,05	112,26	87,96	98,95	82,96	96,92	80,03	94,56
115	90,76	103,65	86,02	102,31	84,30	99,36	83,54	99,62	81,88	95,57	79,58	94,91	75,91	87,06
116	93,73	108,92	91,09	109,24	90,06	108,37	86,94	102,87	83,52	97,94	82,76	98,85	79,53	91,41
117	86,59	99,66	85,40	100,78	84,76	97,80	83,43	94,21	80,51	93,60	78,58	91,75	77,41	86,30
118	83,73	99,43	80,96	97,10	77,70	92,34	74,56	90,15	75,87	91,64	76,32	90,61	75,52	88,20
119	100,39	110,77	98,70	113,79	100,05	111,84	96,14	111,99	98,10	112,24	93,49	106,10	87,74	98,71
120	93,60	110,63	98,38	115,05	95,57	111,31	93,08	107,55	92,17	104,88	90,86	101,32	84,31	93,04
121	106,12	120,31	91,01	103,64	90,02	103,82	86,15	100,22	86,43	97,77	83,94	94,87	81,26	91,05
122	98,95	120,75	97,25	118,31	96,19	115,29	95,92	114,63	95,50	110,41	92,43	108,86	83,78	96,55

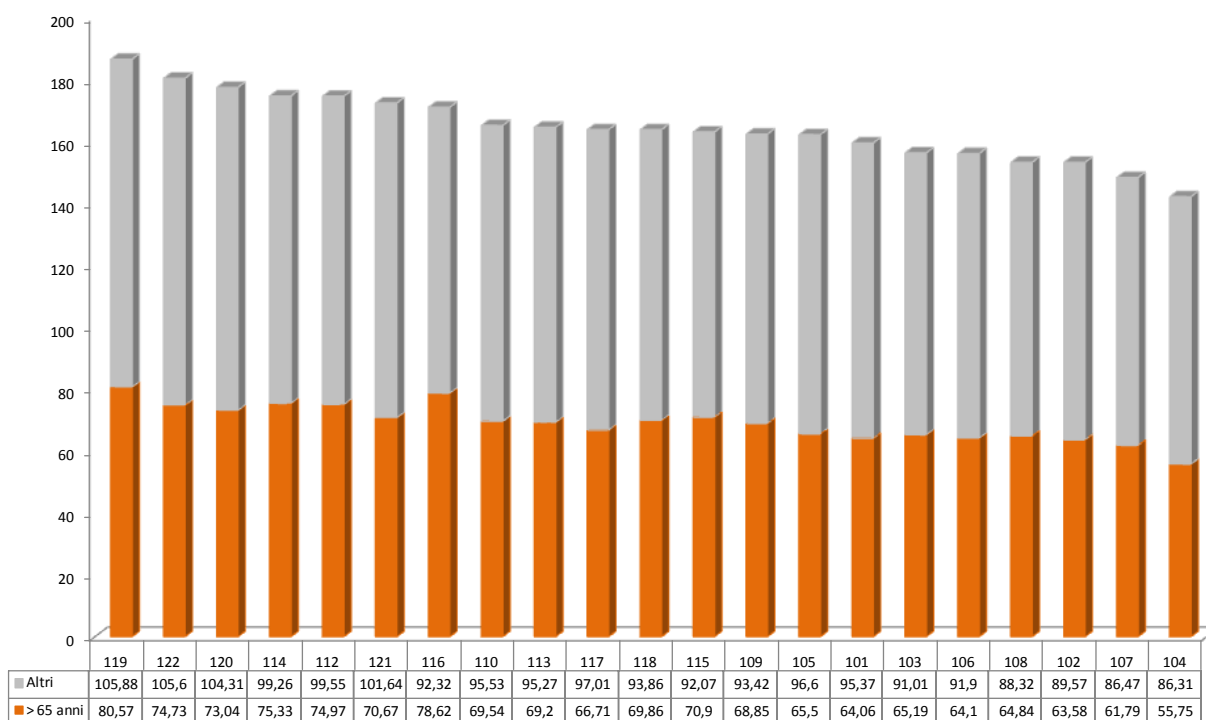
Altro aspetto rilevante, per ovvi motivi, è l'ospedalizzazione nelle età più avanzate. La media di incidenza dei tassi calcolati sui ricoveri effettuati dalle persone con età superiore ai 65 anni sul Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato complessivo, nell'arco temporale che va dal 2001 al 2007, è sempre superiore al 40%. Ciò significa che le prestazioni ospedaliere destinate alle persone anziane, che nei prossimi anni saranno caratterizzate da incrementi esponenziali, hanno già oggi la prevalenza su tutte le altre fasce di età. Non potrebbe essere che così, stante

la realtà osservata, e quindi gli stati di cronicità e tutte le patologie tipiche della vecchiaia devono necessariamente trovare una risposta sempre più articolata in ambito territoriale.

ULSS	Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato - Veneto incidenza percentuale Età superiore ai 65 anni							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Media
101	37,39%	37,85%	38,72%	38,63%	39,56%	39,96%	40,18%	38,70%
102	39,84%	41,64%	41,07%	41,16%	41,35%	42,75%	41,51%	40,97%
103	39,97%	41,10%	41,36%	41,09%	40,59%	41,35%	41,73%	40,99%
104	37,71%	38,80%	38,11%	39,18%	39,12%	38,32%	39,24%	38,54%
105	37,61%	39,22%	39,80%	39,28%	39,79%	40,47%	40,41%	39,29%
106	40,53%	40,07%	41,07%	41,72%	41,43%	41,57%	41,09%	40,97%
107	40,96%	42,13%	43,74%	40,93%	41,97%	42,47%	41,68%	41,77%
108	41,23%	42,13%	42,65%	42,81%	44,37%	42,30%	42,33%	42,43%
109	40,28%	40,23%	40,67%	39,14%	41,42%	41,89%	42,43%	40,78%
110	41,27%	41,17%	41,88%	42,50%	42,49%	41,54%	42,13%	41,65%
112	41,04%	41,45%	41,70%	41,79%	41,91%	42,13%	42,96%	41,66%
113	42,24%	42,11%	43,50%	44,04%	43,35%	43,67%	42,07%	42,83%
114	42,80%	43,15%	44,27%	44,78%	43,37%	42,68%	43,15%	43,25%
115	41,46%	41,17%	41,50%	42,47%	42,65%	42,11%	43,50%	41,95%
116	44,41%	45,73%	45,69%	44,71%	44,92%	44,58%	45,99%	44,99%
117	42,21%	43,14%	41,97%	42,44%	40,76%	41,30%	40,75%	41,75%
118	41,22%	42,28%	42,83%	42,46%	43,49%	43,39%	42,67%	42,51%
119	40,84%	41,94%	42,41%	43,55%	44,32%	43,72%	43,21%	42,62%
120	39,70%	39,57%	40,19%	40,01%	40,89%	41,46%	41,18%	40,24%
121	36,96%	39,27%	39,04%	39,54%	40,54%	38,90%	41,01%	38,99%
122	39,11%	39,49%	40,04%	40,47%	41,22%	41,98%	41,44%	40,21%
Media	40,42%	41,13%	41,53%	41,56%	41,88%	41,84%	41,94%	41,29%

L'Azienda Sanitaria in cui viene rilevata l'incidenza maggiore delle dimissioni di persone con età superiore ai 65 è l'Azienda ULSS 16 Padova, con un valore percentuale vicino al 46%. I valori numerari più alti sono però dell'Azienda ULSS di Adria. L'Azienda che invece, al contrario, evidenzia il valore più basso (39,24%) è l'Azienda ULSS 4 Thiene. Ciò conferma l'efficienza gestionale già rilevata con altri parametri. Complessivamente l'analisi di questi dati fa luce su risultanze non dovute al solo "fattore demografico", ma anche alla capacità di governo degli effetti dell'invecchiamento della popolazione. Si tratta pertanto di un'importante area di miglioramento su cui lavorare.

Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato per Azienda ULSS
 Anno 2007 - Incidenza dimissioni relative a persone di età superiore ai 65 anni

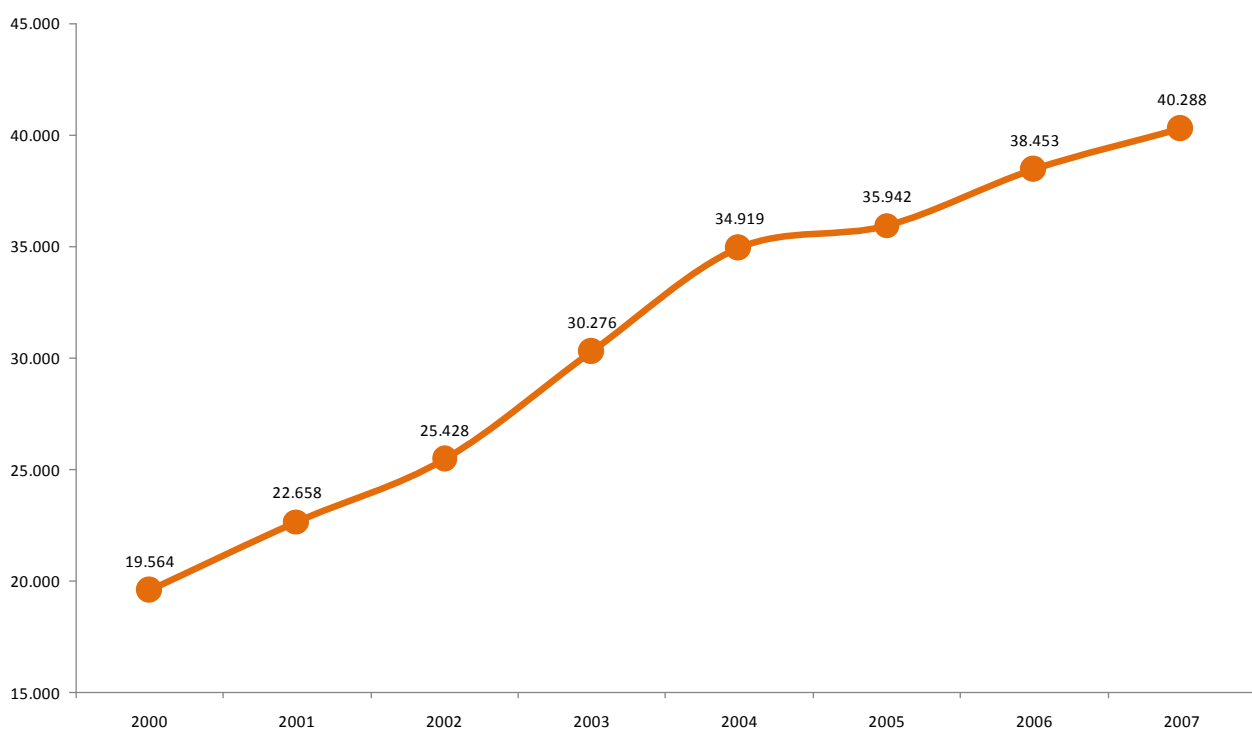


Aziende ULSS	> 65 anni	Altri	Totale	Percentuale Incidenza
119	80,57	105,88	186,45	43,21%
122	74,73	105,6	180,33	41,44%
120	73,04	104,31	177,35	41,18%
114	75,33	99,26	174,59	43,15%
112	74,97	99,55	174,52	42,96%
121	70,67	101,64	172,31	41,01%
116	78,62	92,32	170,94	45,99%
110	69,54	95,53	165,07	42,13%
113	69,2	95,27	164,47	42,07%
117	66,71	97,01	163,72	40,75%
118	69,86	93,86	163,72	42,67%
115	70,9	92,07	162,97	43,50%
109	68,85	93,42	162,27	42,43%
105	65,5	96,6	162,1	40,41%
101	64,06	95,37	159,43	40,18%
103	65,19	91,01	156,2	41,73%
106	64,1	91,9	156	41,09%
108	64,84	88,32	153,16	42,33%
102	63,58	89,57	153,15	41,51%
107	61,79	86,47	148,26	41,68%
104	55,75	86,31	142,06	39,24%

* L'Azienda ULSS 16 di Padova pur non avendo i valori più elevati evidenzia la maggiore incidenza

Altro fenomeno di una certa rilevanza è quello dei ricoveri effettuati da persone provenienti da aree del mondo prive di rapporti di convenzione bilaterale con l'Italia per l'assistenza sanitaria, oppure apolidi.

Dimissioni di persone apolidi o con cittadinanza di Paesi privi di rapporto di convenzione per prestazioni sanitarie - Veneto 2000-2007



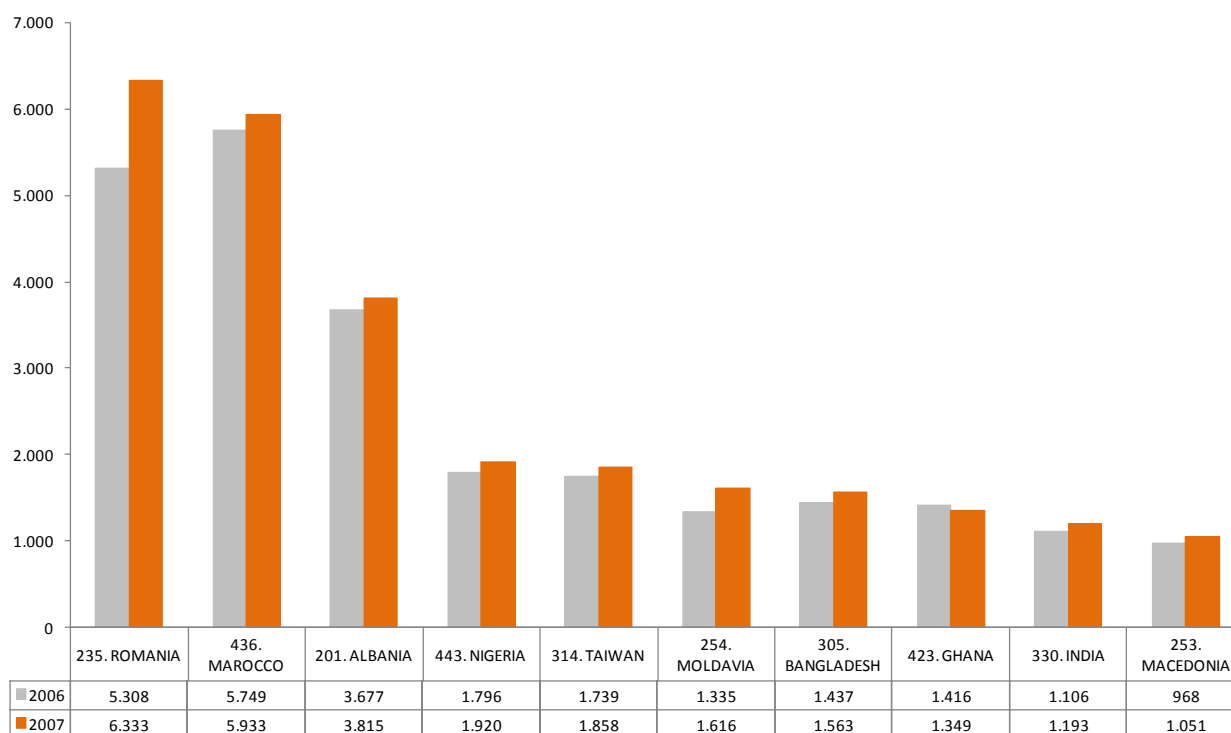
Oltre agli apolidi, le aree considerate sono: Altri Paesi europei non convenzionati, Africa non convenzionati, America non convenzionati, Asia non convenzionati, Oceania non convenzionati. Le persone provenienti da queste zone, al fine di garantirsi un'adeguata assistenza sanitaria devono conoscere che tipo di rapporto, dal punto di vista sanitario, l'Italia intrattiene con gli Stati di provenienza. In linea generale la persona che viene assistita è tenuta a pagare in proprio le spese mediche relative alle prestazioni erogate per far fronte a qualsiasi problema di salute che dovesse subentrare nel corso della permanenza in Italia. Per questi soggetti è pertanto assolutamente consigliabile munirsi di adeguata copertura sanitaria mediante stipula di polizza assicurativa privata. È facile comprendere come tale tipologia di dimissioni (oltre quarantamila nel 2007) sia riscontrabile soprattutto nelle Aziende Sanitarie il cui territorio rientri in ambiti turistici o di forte immigrazione. Tuttavia, nell'ambito più ampio dei fenomeni migratori bisogna inoltre considerare ulteriori elementi di analisi: per i cittadini stranieri, comunitari e non, l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) garantisce tutta l'assistenza sanitaria prevista dal nostro ordinamento e comporta parità di trattamento rispetto

ai cittadini italiani. Possono chiedere l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale presso le Aziende ULSS i cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno (o che ne abbiano chiesto il rinnovo) ed i loro familiari a carico. Queste persone risultano perciò tra i "residenti" nell'Azienda ULSS di riferimento. Le pratiche sono espletate usualmente presso gli Uffici preposti dei Distretti Socio Sanitari.

Percentuali dimissioni e degenze per cittadinanza - Veneto 2006-2007

	2006		2007	
	Dimissioni	Degenze	Dimissioni	Degenze
Cittadinanza italiana	89,15%	91,87%	88,15%	91,23%
Altra cittadinanza	10,85%	8,13%	11,85%	8,77%

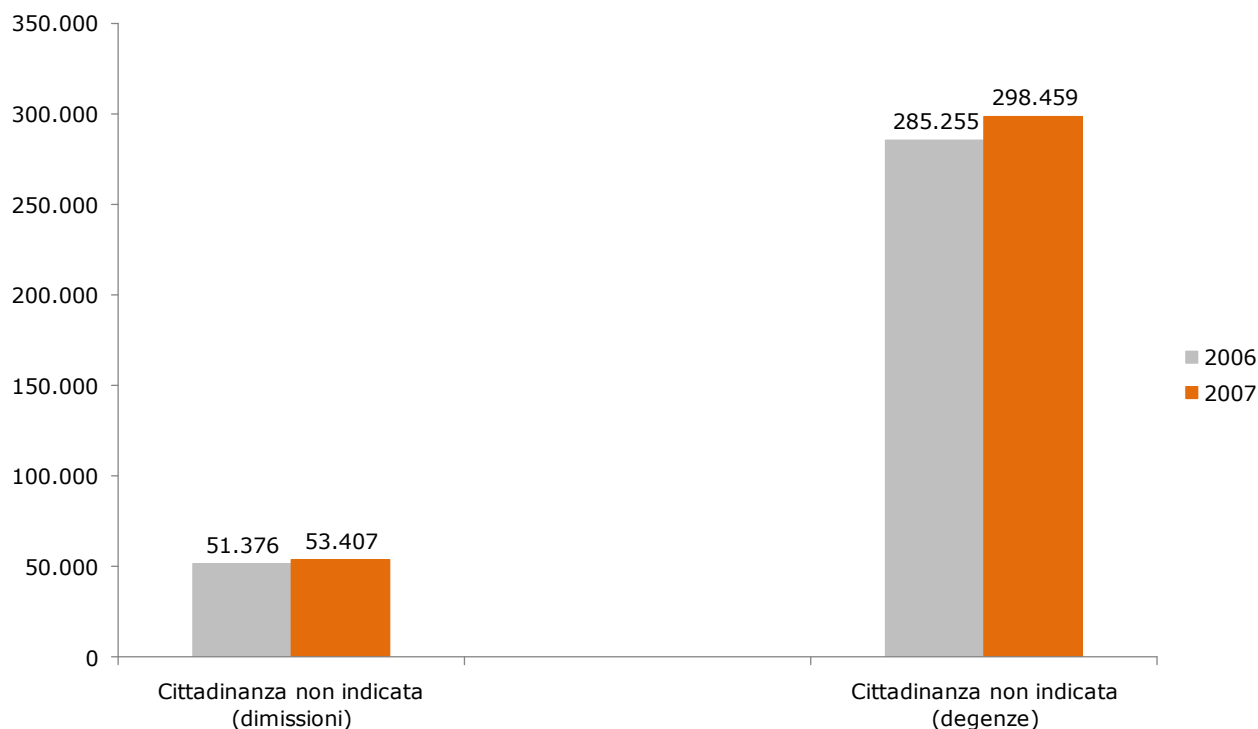
Numero di dimissioni di persone con cittadinanza diversa da quella Italiana
Primi dieci Paesi per numero di dimissioni - Veneto 2006-2007



I cittadini stranieri immigrati irregolari in Italia (cioè privi di permesso di soggiorno valido) hanno invece diritto al rilascio della Tessera Sanitaria STP (Straniero Temporaneamente Presente) che permette la prescrizione di farmaci la possibilità di effettuare indagini strumentali, di laboratorio e visite specialistiche. A tutti gli immigrati che accedono al servizio vengono altresì proposti alcuni esami per la ricerca e l'eventuale cura di malattie infettive (quali la tubercolosi e le epatiti virali). Il codice STP è costituito da 16 caratteri: 3 per la scritta

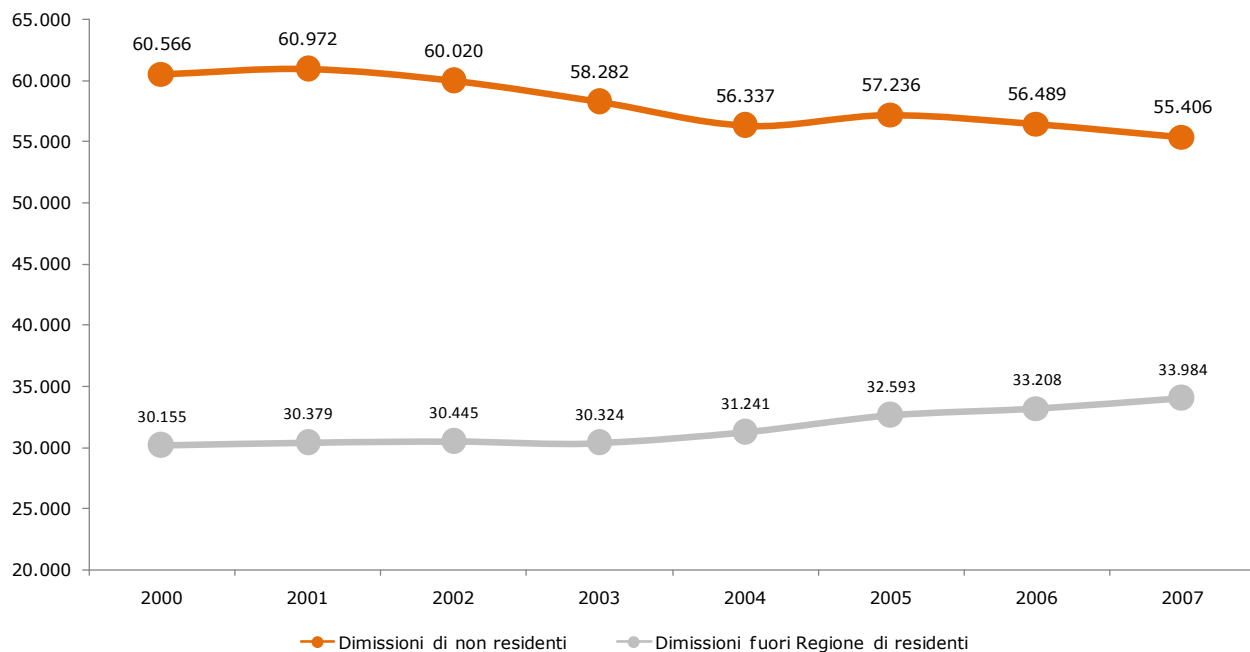
STP, 3 per il codice ISTAT della Regione, 3 per il codice ISTAT della Struttura Sanitaria erogante, 7 per il numero progressivo assegnato da ogni Struttura. Nella Regione Veneto il codice STP ha validità di un anno.

Cittadinanza non indicata nelle Schede di Dimissione Ospedaliera
Veneto 2006-2007



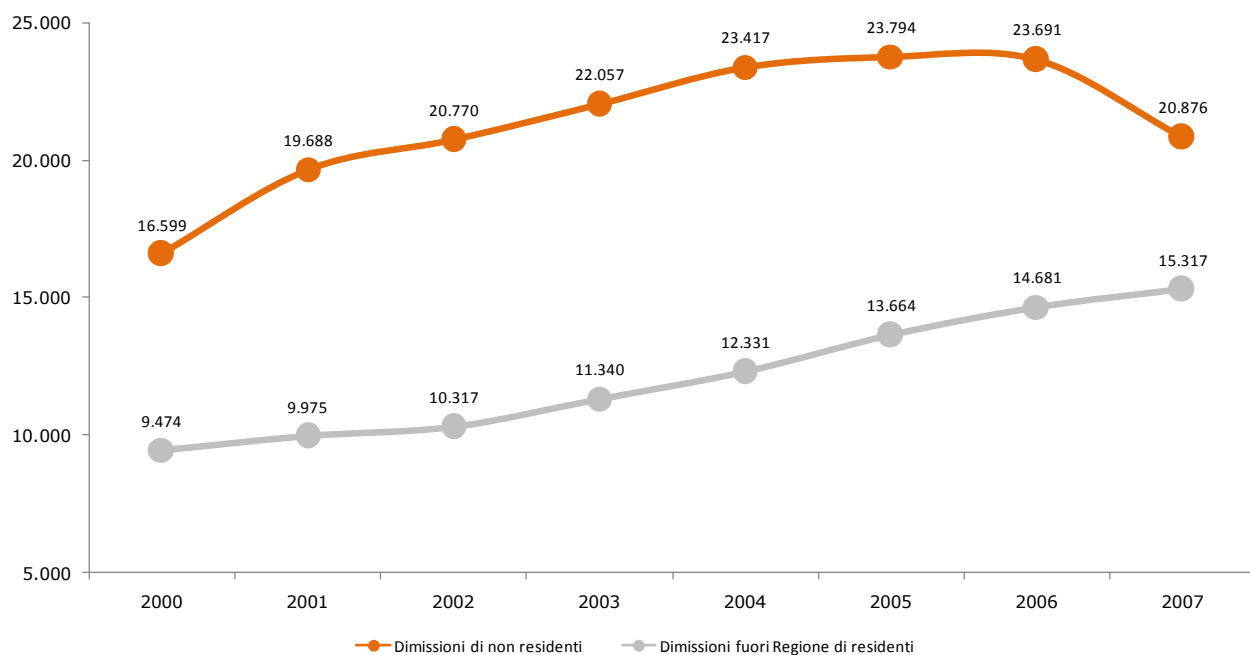
Per quanto concerne la rilevazione dei dati, appare come un aspetto da migliorare l'indicazione del Paese di origine della persona assistita. Nel contesto nazionale, si conferma la capacità del nostro Sistema Socio Sanitario di attrarre persone provenienti da altre Regioni d'Italia. Queste si recano nelle strutture sanitarie e socio sanitarie del Veneto per fruire di prestazioni e servizi di indubbia eccellenza. Da questo punto di vista, nei ricoveri ordinari, si registra una lieve flessione delle dimissioni di non residenti nella nostra Regione a fronte di un leggero incremento delle dimissioni fuori Regione di residenti. Più che un trend discendente, il fenomeno appare come una graduale stabilizzazione dei flussi interregionali. In tal senso, il governo della mobilità sanitaria interregionale è stato oggetto nel 2007 (2 agosto 2007) di un accordo quadro tra la Regione del Veneto e la Regione Emilia Romagna. In precedenza (aprile 2007) era stato recepito il protocollo d'intesa per la "Cooperazione interregionale nel settore sanitario", sottoscritto dalla Regione del Veneto e dalla Regione Lombardia. Le norme vigenti infatti prevedono che "le Regioni possano stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna Regione nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale".

Mobilità attiva e passiva nel Veneto Regime di ricovero ordinario - Trend 2000-2007



304

Mobilità attiva e passiva nel Veneto Regime di ricovero diurno - Trend 2000-2007



* Nei grafici i valori sino al 2002 sono stati ricalcolati (nelle Relazioni Socio Sanitarie precedenti possono essere diversi)

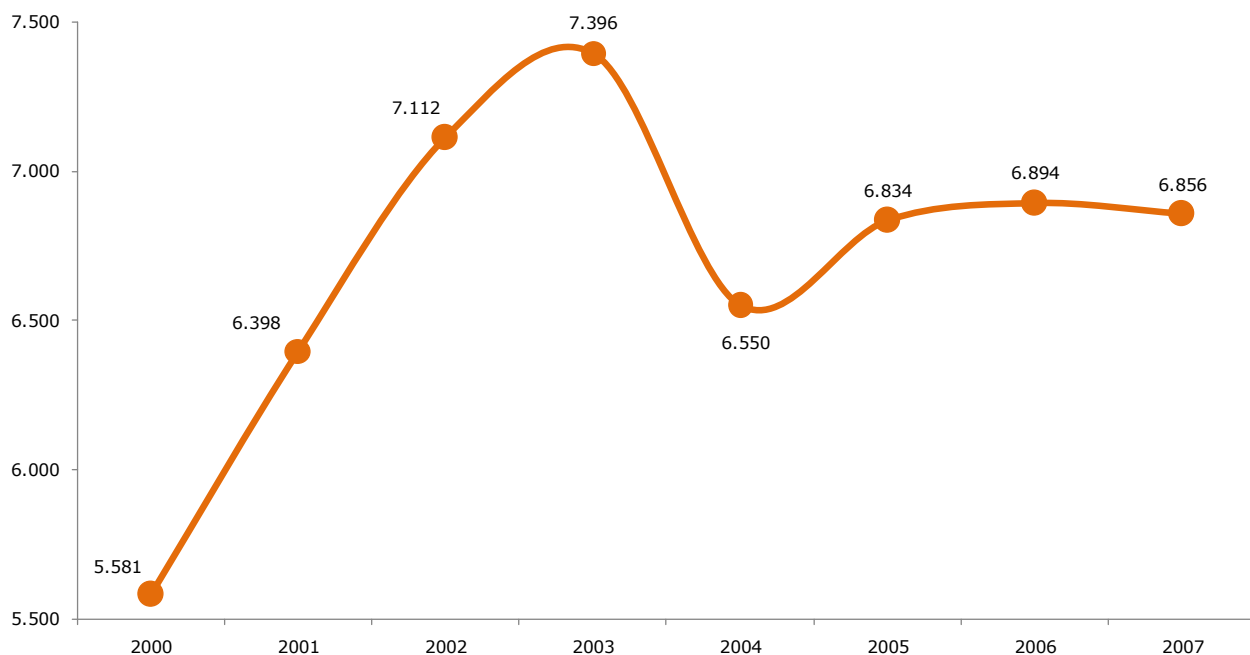
Gli accordi ed i protocolli di intesa intendono stabilire delle regole comuni tra Regioni confinanti per la gestione della mobilità interregionale.

Regione di residenza	Dati di Mobilità Attiva (Dimissioni di non residenti effettuate in Regione) Regime di Ricovero Ordinario - Veneto 2000-2007							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Lombardia	11.895	11.614	11.255	10.606	10.581	10.811	10.281	10.300
Emilia Romagna	6.561	6.666	6.765	6.815	6.678	7.441	7.559	7.302
Friuli Venezia Giulia	6.788	7.094	7.133	6.309	5.832	5.998	5.994	5.971
Provincia Autonoma di Trento	5.695	5.841	5.971	5.731	5.954	5.796	5.766	5.685
Sicilia	7.166	6.662	5.884	5.655	5.146	4.919	4.668	4.363
Campania	2.523	2.562	2.573	2.590	2.429	2.397	2.371	2.398
Puglia	2.860	2.915	2.570	2.569	2.724	2.639	2.536	2.312
Calabria	1.910	1.724	1.737	1.711	1.724	1.507	1.609	1.580
Lazio	1.855	1.976	1.714	1.629	1.607	1.575	1.560	1.522
Provincia Autonoma di Bolzano	1.303	1.269	1.286	1.309	1.268	1.359	1.329	1.306
Toscana	1.553	1.507	1.544	1.420	1.323	1.406	1.354	1.293
Marche	934	943	878	972	1.015	949	1.002	1.028
Piemonte	1.237	1.092	1.007	1.015	970	1.006	965	975
Sardegna	725	766	699	676	682	680	689	652
Abruzzo	506	556	507	503	539	565	635	619
Liguria	601	545	532	563	528	530	496	465
Basilicata	350	367	352	323	293	323	309	296
Umbria	303	259	288	261	268	290	267	256
Molise	133	148	140	132	148	153	137	145
Valle d'Aosta	87	68	73	97	78	58	68	82
Totale	54.985	54.574	52.908	50.886	49.787	50.402	49.595	48.550

D'altro canto è evidente che le persone che sono residenti nelle Regioni di confine sono più favorite negli spostamenti. Per dare un'immagine più completa di quanto si verifica, in questa Relazione Socio Sanitaria si presentano i dati relativi a tutte le Regioni nell'arco temporale che va dal 2000 al 2007. Come si può osservare i numeri più elevati si riscontrano con riferimento alla Lombardia, all'Emilia Romagna, al Friuli Venezia Giulia e alla Provincia Autonoma di Trento (i cui dati nella precedente Relazione erano segnalati con la voce Trentino Alto Adige che comprendeva anche la Provincia Autonoma di Bolzano). A queste Regioni si aggiungono alcune Regioni del Sud Italia. Particolarmente rilevanti sono i dati riguardanti la Sicilia, la Campania e

la Puglia. Ai valori totali va inoltre sommato il dato relativo alle dimissioni di persone provenienti dall'estero (che non rientrano nei casi privi di convenzione con l'Italia, o con accordi bilaterali, evidenziati in precedenza).

Mobilità attiva (dimissioni di persone provenienti dall'Estero che vengono a curarsi nel Veneto) - Regime di ricovero ordinario
Anni 2000-2007



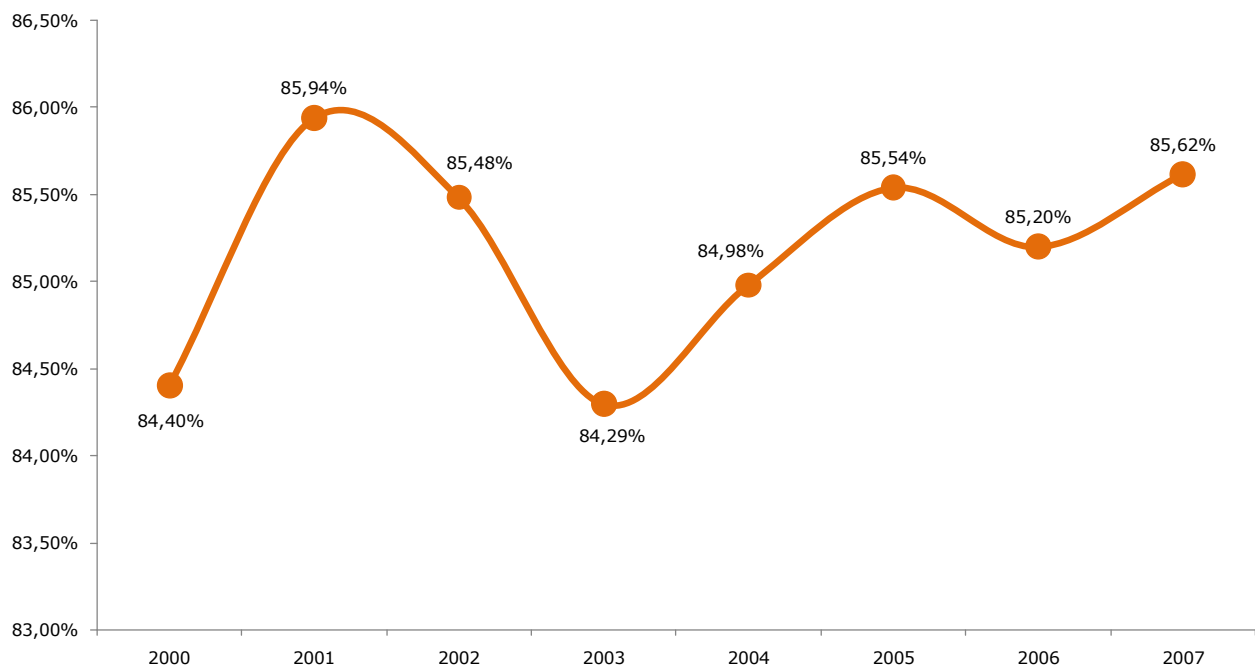
Questo dato ha una certa rilevanza, in quanto dà conto di valori che si avvicinano a quelli dell'Emilia Romagna, che rappresenta la seconda Regione dopo la Lombardia per mobilità sanitaria nel Veneto. Anche in questo caso, dopo il picco raggiunto nel 2003, si osserva una tendenza alla stabilizzazione in via di consolidamento.

Per ciò che attiene la mobilità passiva interregionale, ovvero le dimissioni derivanti da scelte dei cittadini indirizzate a servizi e prestazioni fuori Regione, si osserva che al primo posto si colloca la Regione Friuli Venezia Giulia, al secondo l'Emilia Romagna, al terzo la Lombardia ed al quarto e quinto le Province Autonome di Trento e Bolzano. Complessivamente, le dimissioni di residenti nel Veneto effettuate in altre Regioni (mobilità passiva) sono, nel 2007, pari al 61,34% delle dimissioni ospedaliere effettuate nel Veneto con riferimento a persone che non risiedono in Regione (mobilità attiva). Nell'insieme dei dati relativi alla mobilità passiva, le tre Regioni e le due Province Autonome indicate, nel 2007, rappresentano l'85,62% del totale. In ogni caso le ragioni che spingono un cittadino a scegliere un luogo di cura diverso da quello più prossimo alla propria residenza sono molteplici: la vicinanza geografica con strutture di altre

Regioni, la temporanea presenza per motivi di studio o di lavoro in un domicilio lontano dalla propria residenza abituale, o la necessità di usufruire di prestazioni relative a specialità di nicchia, presenti solo in determinati nosocomi. Ai fini programmatori e di miglioramento dei servizi, sono rilevanti gli spostamenti legati alla mobilità evitabile, vale a dire quelli giustificati da una diversa qualità dell'offerta sanitaria o dall'inadeguata collocazione dei servizi ospedalieri sul territorio. Ad incidere su tale tipologia di spostamenti sono anche la fiducia e la reputazione della struttura, oltre ad alcuni aspetti di carattere gestionale e organizzativo, come le liste di attesa. Il fenomeno ha ricadute anche sotto il profilo economico, dal momento che cittadini che si ricoverano in ospedali lontani incidono in maniera negativa sul bilancio della loro Azienda ULSS e conseguentemente su quello della Regione di residenza.

Regione di ricovero	Dati di Mobilità passiva (Dimissioni di residenti nel Veneto effettuate fuori Regione) Regime di Ricovero Ordinario 2000-2007							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Friuli Venezia Giulia	9.138	9.003	8.916	8.114	8.490	8.607	8.483	8.577
Emilia Romagna	5.146	5.206	5.363	6.054	6.879	7.403	7.701	8.164
Lombardia	6.955	7.539	7.318	7.271	7.215	7.406	7.356	7.495
Provincia Autonoma di Trento	2.638	2.857	3.012	2.745	2.708	3.301	3.380	3.431
Provincia Autonoma di Bolzano	1.574	1.503	1.416	1.377	1.256	1.163	1.373	1.429
Toscana	738	697	764	870	856	870	883	1.014
Lazio	724	738	647	825	861	852	933	856
Piemonte	481	482	462	453	435	469	496	510
Campania	417	323	411	429	444	425	498	435
Puglia	603	474	461	443	453	380	427	424
Sicilia	388	211	438	421	399	409	387	373
Liguria	362	350	300	340	326	305	278	302
Sardegna	193	199	208	273	263	239	246	242
Abruzzo	172	220	195	207	194	182	203	206
Marche	264	269	234	228	217	219	221	196
Calabria	176	126	139	129	75	171	148	153
Umbria	104	114	95	86	97	102	102	88
Molise	25	29	21	17	28	38	49	39
Valle d'Aosta	19	18	14	15	20	23	18	28
Basilicata	38	21	31	27	25	29	26	22
Totale	30.155	30.379	30.445	30.324	31.241	32.593	33.208	33.984

Percentuale rappresentata dalle dimissioni effettuate da persone residenti nel Veneto nelle Regioni Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Lombardia e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano sul totale della mobilità passiva



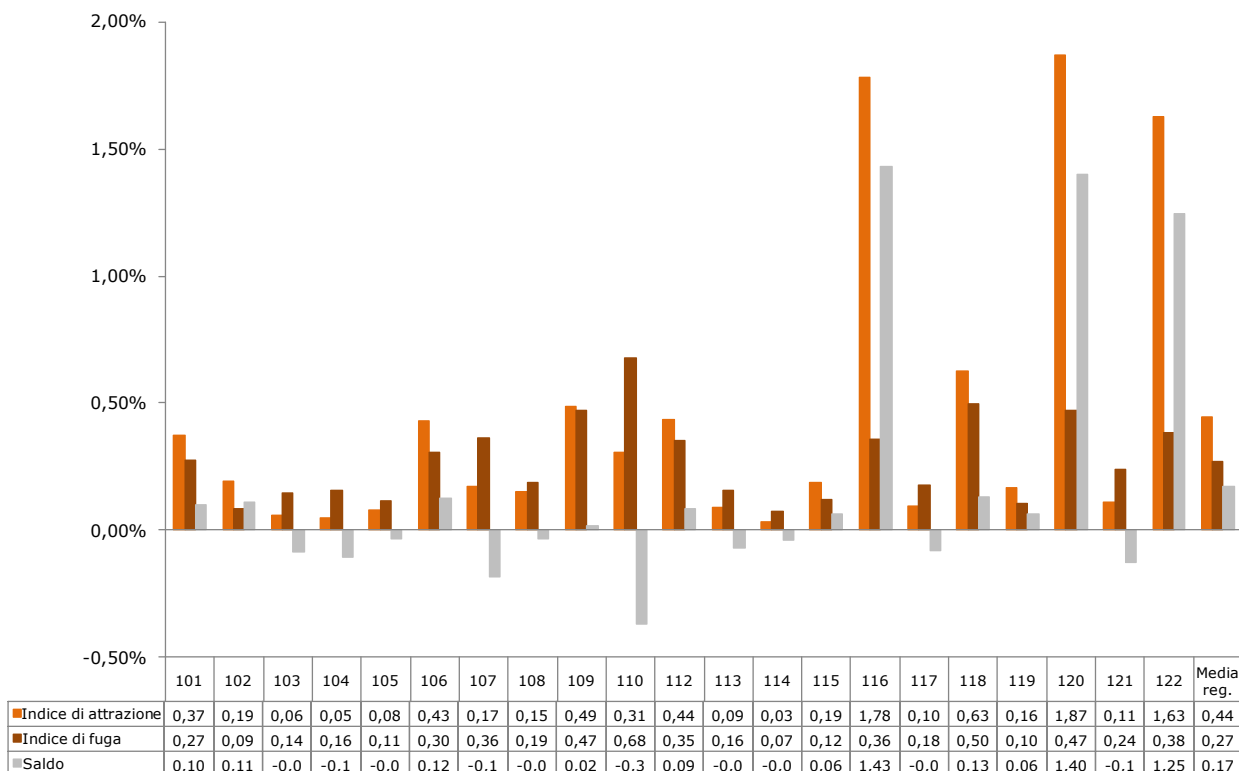
308

Ricordiamo che l'indicatore che evidenzia la capacità del Sistema Socio Sanitario regionale (e delle singole aziende) di ottenere un saldo positivo nel rapporto tra mobilità passiva e mobilità attiva viene denominato *saldo di attrazione e fuga*. Questo è ottenuto attraverso la sottrazione dell'indice di fuga dall'indice di attrazione. Per chiarezza riproduciamo di seguito le formule utilizzate:

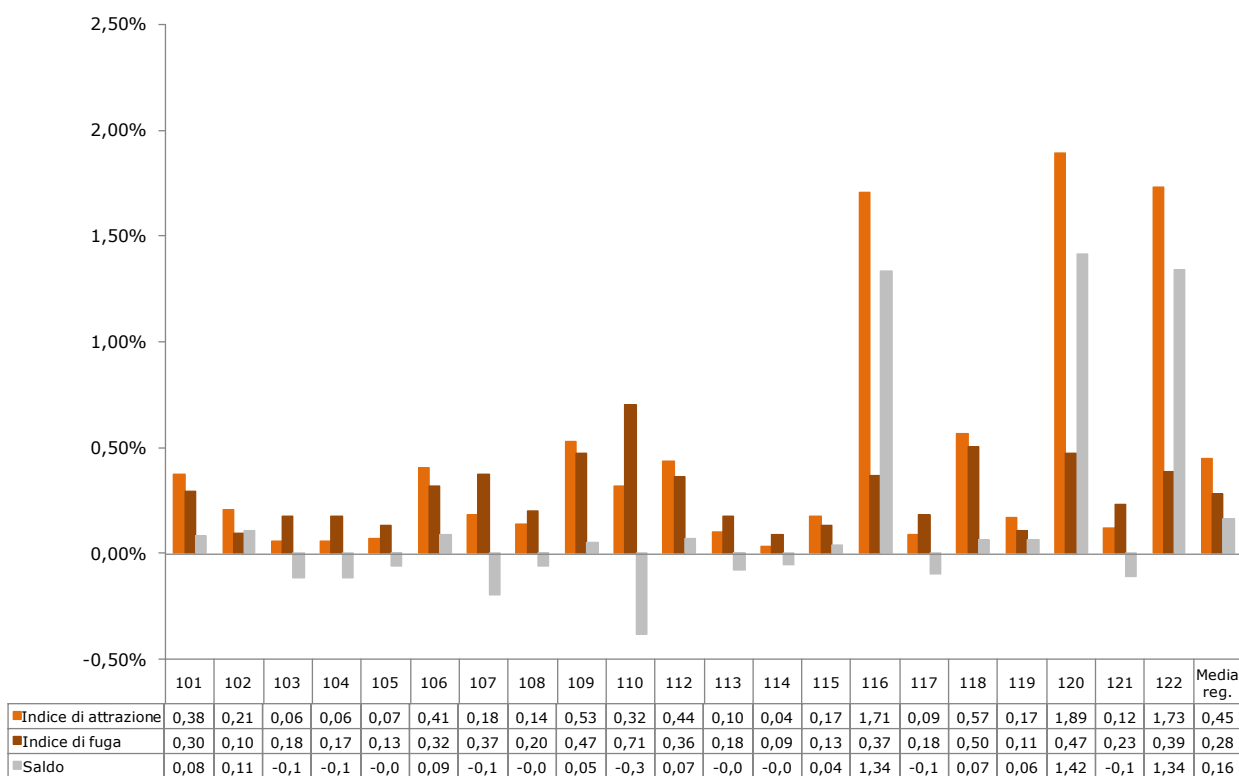
Indice di attrazione			
$\frac{\text{Numero dimissioni di non residenti}}{\text{Numero totale dimissioni nella Regione}}$	X	100	
Indice di fuga			
$\frac{\text{Numero dimissioni fuori Regione di residenti}}{\text{Numero totale residenti Aziende ULSS}}$	X	100	
Indice di attrazione	-	Indice di fuga	= Saldo di attrazione e fuga

A seguito del calcolo non si riscontrano variazioni di rilievo rispetto al biennio precedente. Vengono confermate le specificità territoriali e le aree di eccellenza.

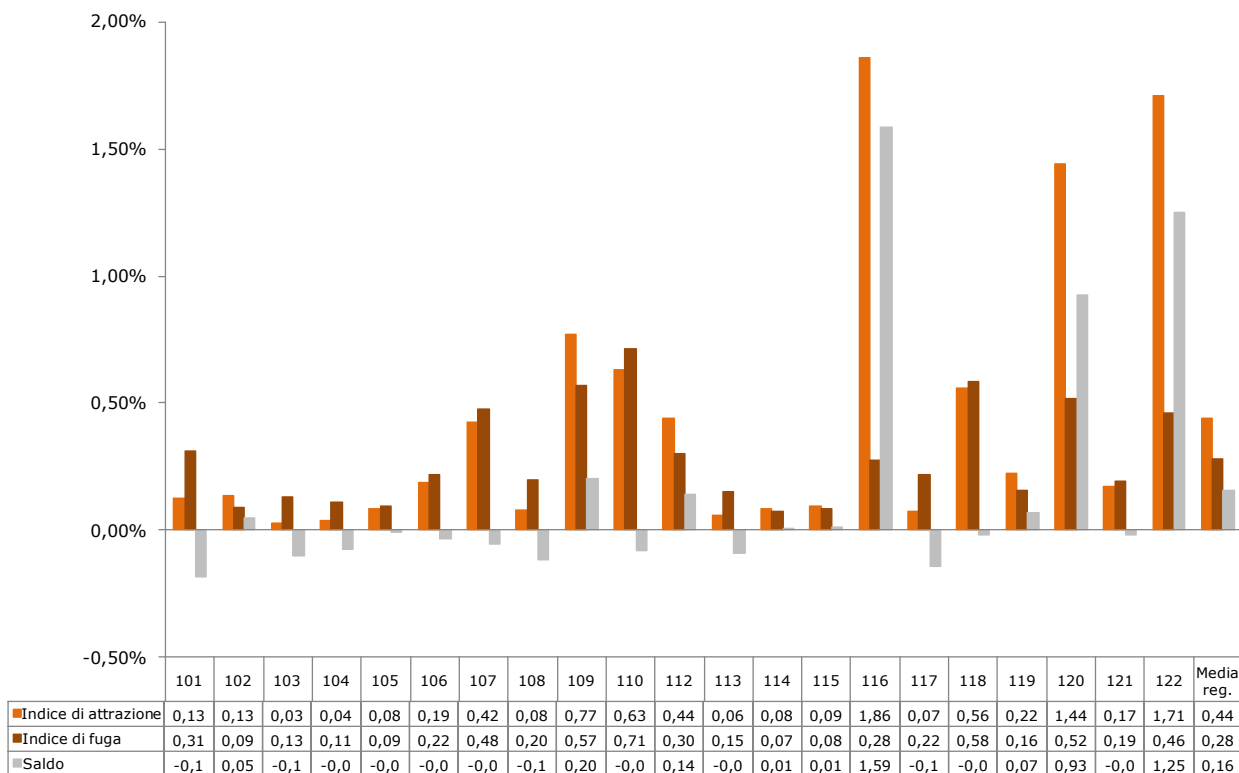
Saldo attrazione e fuga 2006 - Ricoveri ordinari



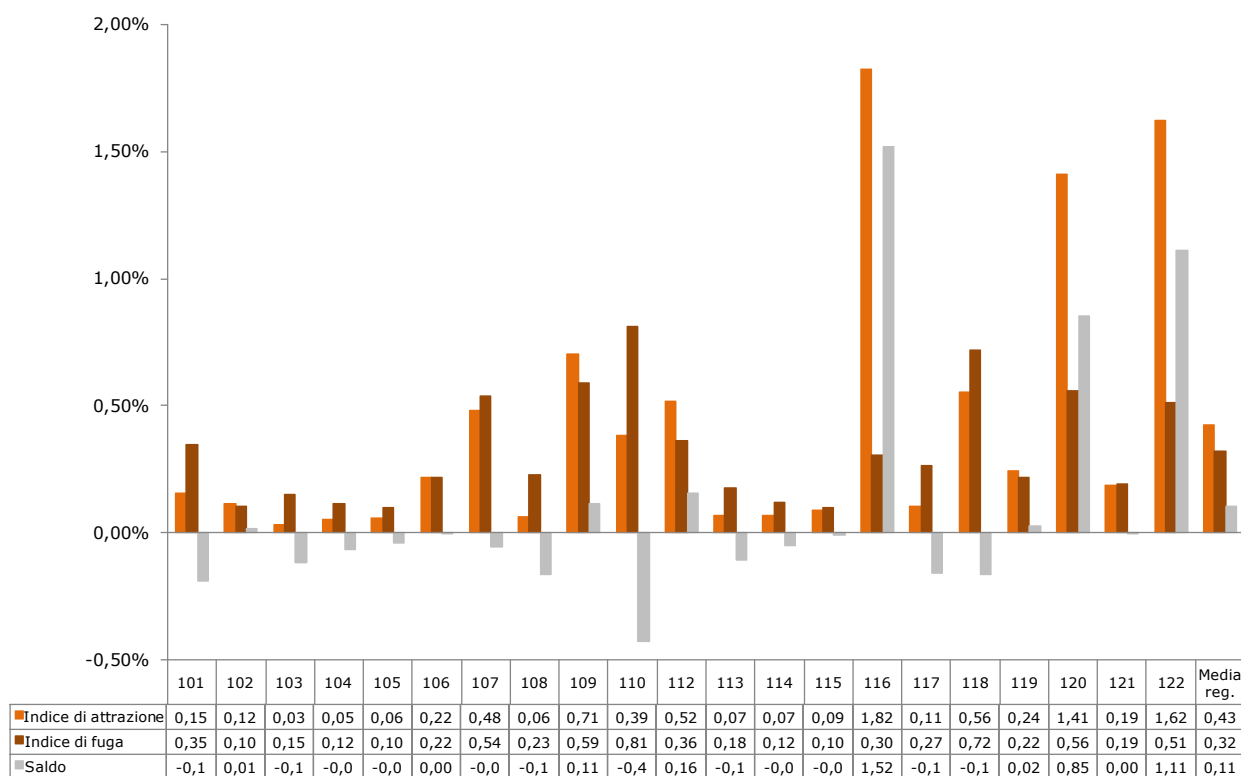
Saldo attrazione e fuga 2007 - Ricoveri ordinari



Saldo attrazione e fuga 2006 - Ricoveri diurni



Saldo attrazione e fuga 2007 - Ricoveri diurni



Mobilità attiva nel Veneto 2006 - Dimissioni di non residenti in Regime di Ricovero Ordinario					
Aziende Sanitarie	Area specialità di dimissione				
	1. Medica	2. Chirurgica	3. Materno Infantile	4. Riabilitativa	5. Psichiatria
101. Belluno	266	1.744	109	139	10
102. Feltre	412	442	193	112	14
103. Bassano	108	156	60	7	6
104. Thiene	55	145	82	4	11
105. Arzignano	70	264	97	34	6
106. Vicenza	536	1.407	377	170	103
107. Pieve di Soligo	190	587	142	126	6
108. Asolo	213	417	242	21	14
109. Treviso	443	1.718	292	299	204
110. S. Donà	337	978	509	23	19
112. Veneziana	730	1.161	475	193	81
113. Mirano	205	184	127	10	4
114. Chioggia	64	91	47	0	2
115. Cittadella	212	741	153	14	9
116. Padova	1.287	1.561	354	91	56
117. Este	56	452	60	8	8
118. Rovigo	404	2.942	173	264	8
119. Adria	208	559	164	61	8
120. Verona	61	925	52	109	866
121. Legnago	218	259	142	37	9
122. Bussolengo	1.640	5.743	1.218	1.240	22
901. A.O. di Padova	1.360	4.369	1.383	37	25
902. A.O. di Verona	1.656	6.160	1.346	160	7
952. IOV	255	44	0	0	0
Veneto	10.986	33.049	7.797	3.159	1.498

Inoltre, se consideriamo le dimissioni in regime di ricovero ordinario e le aree di specialità a cui afferiscono le persone non residenti in Regione, possiamo osservare come i poli di attrazione sono rappresentati principalmente dalle Aziende Ospedaliere e dall'alto veronese, con un forte orientamento verso l'area di specialità chirurgica che conferma i livelli di eccellenza relativi alle alte specialità già rilevati e attestati nelle precedenti Relazioni Socio Sanitarie. In questa edizione abbiamo preferito rappresentare i dati in forma tabellare, in quanto i grafici

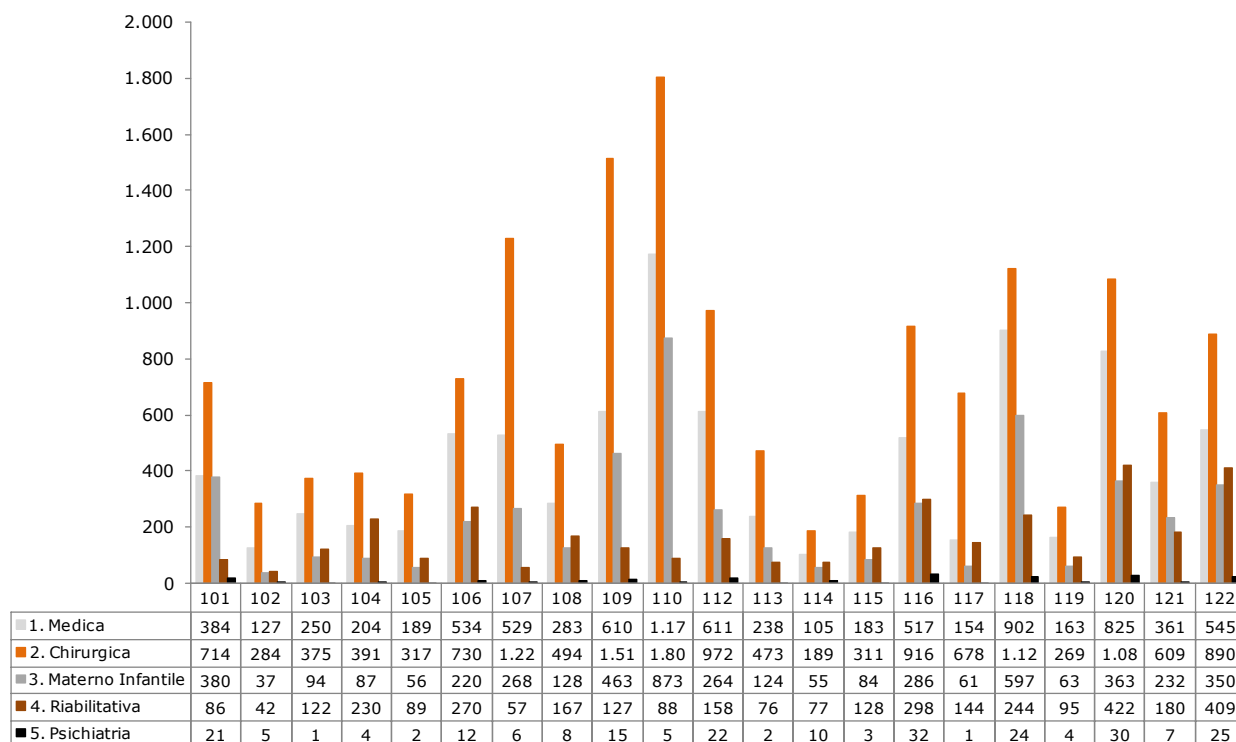
riguardanti i livelli di specialità non avrebbero aggiunto ulteriori informazioni rispetto a quanto già detto, mentre le aree di specialità rendono evidente l'azione delle diverse Aziende:

Mobilità attiva nel Veneto 2007- Dimissioni di non residenti in Regime di Ricovero Ordinario					
Aziende Sanitarie	Area specialità di dimissione				
	1. Medica	2. Chirurgica	3. Materno Infantile	4. Riabilitativa	5. Psichiatria
101. Belluno	265	1.687	131	136	10
102. Feltre	420	464	215	105	9
103. Bassano	127	170	48	8	6
104. Thiene	60	134	120	7	17
105. Arzignano	76	237	61	42	8
106. Vicenza	485	1.394	310	110	111
107. Pieve di Soligo	176	579	147	162	9
108. Asolo	212	370	197	24	6
109. Treviso	449	1.848	301	310	214
110. S. Donà	332	956	566	20	23
112. Veneziana	742	1.131	374	289	40
113. Mirano	195	279	116	10	5
114. Chioggia	78	88	39	1	6
115. Cittadella	193	660	132	18	24
116. Padova	783	1.419	364	111	348
117. Este	40	366	91	8	7
118. Rovigo	483	2.434	153	276	12
119. Adria	229	569	153	54	8
120. Verona	56	922	60	70	839
121. Legnago	234	278	129	53	8
122. Bussolengo	1.481	6.117	1.356	1.264	24
901. A.O. di Padova	1.242	4.012	1.296	49	24
902. A.O. di Verona	1.657	6.092	1.376	102	20
952. IOV	340	103	0	0	0
Veneto	10.355	32.309	7.735	3.229	1.778

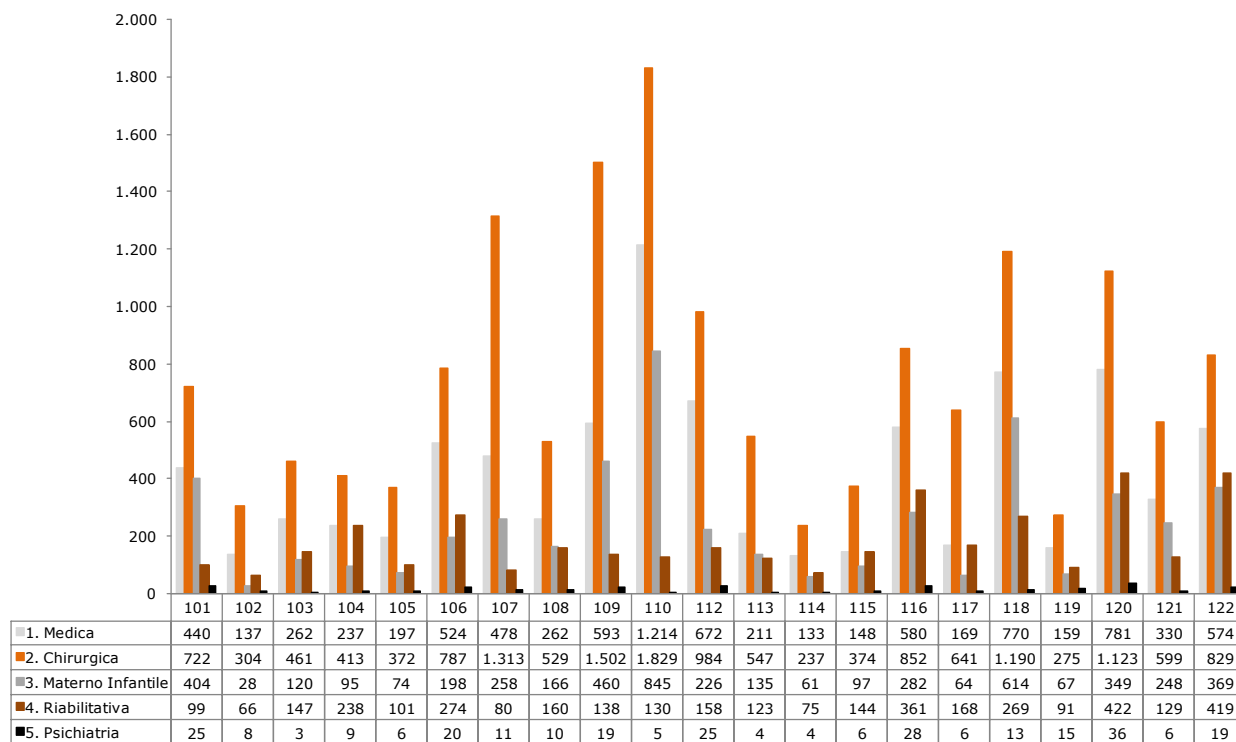
La grande incidenza nella capacità di attrazione esercitata dalle Aziende Ospedaliere, a cui si aggiunge l'Istituto Oncologico Veneto (IOV) è attestata anche dal numero complessivo:

Aziende	Dimissioni di non residenti nel Veneto effettuate nelle Aziende Ospedaliere e nello IOV	
	Ricoveri Ordinari 2006	Ricoveri Ordinari 2007
901. Azienda Ospedaliera di Padova	7.174	6.623
902. Azienda Ospedaliera di Verona	9.329	9.247
952. I.R.C.C.S. Istituto Oncologico Veneto	299	443
Totale dimissioni	16.802	16.313

Mobilità passiva nel Veneto 2006 - Aziende ULSS
Dimissioni fuori Regione di residenti con regime di ricovero ordinario



Mobilità passiva nel Veneto 2007 - Aziende ULSS
Dimissioni fuori Regione di residenti con regime di ricovero ordinario

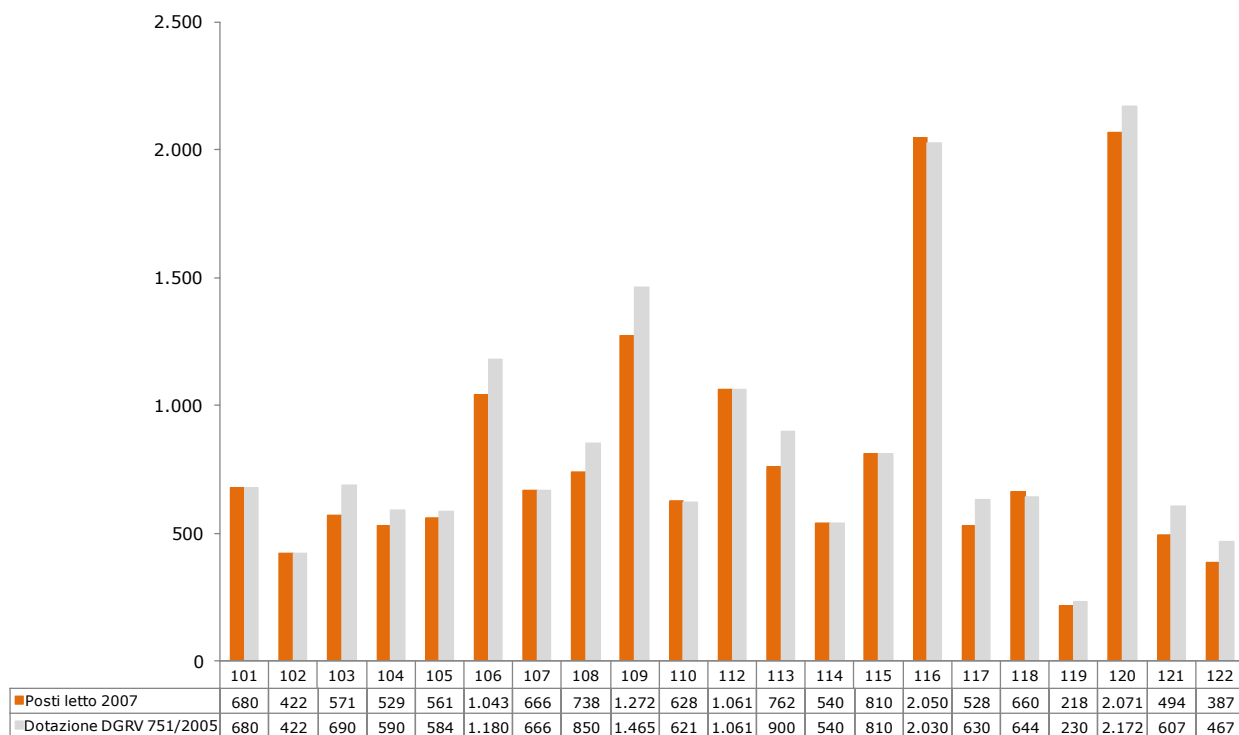


I veneti che si spostano per fruire di prestazioni sanitarie in altre Regioni si indirizzano prevalentemente all'area chirurgica, a cui segue quella medica e materno infantile. Si tratta dunque, anche nel caso della mobilità passiva riguardante dimissioni con regime di ricovero ordinario, di livelli di specialità alti. Ricoveri in altre Regioni si verificano, come abbiamo visto, per la stragrande maggioranza nelle Regioni confinanti che per vicinanza e per qualità delle cure prestate favoriscono il trasferimento.

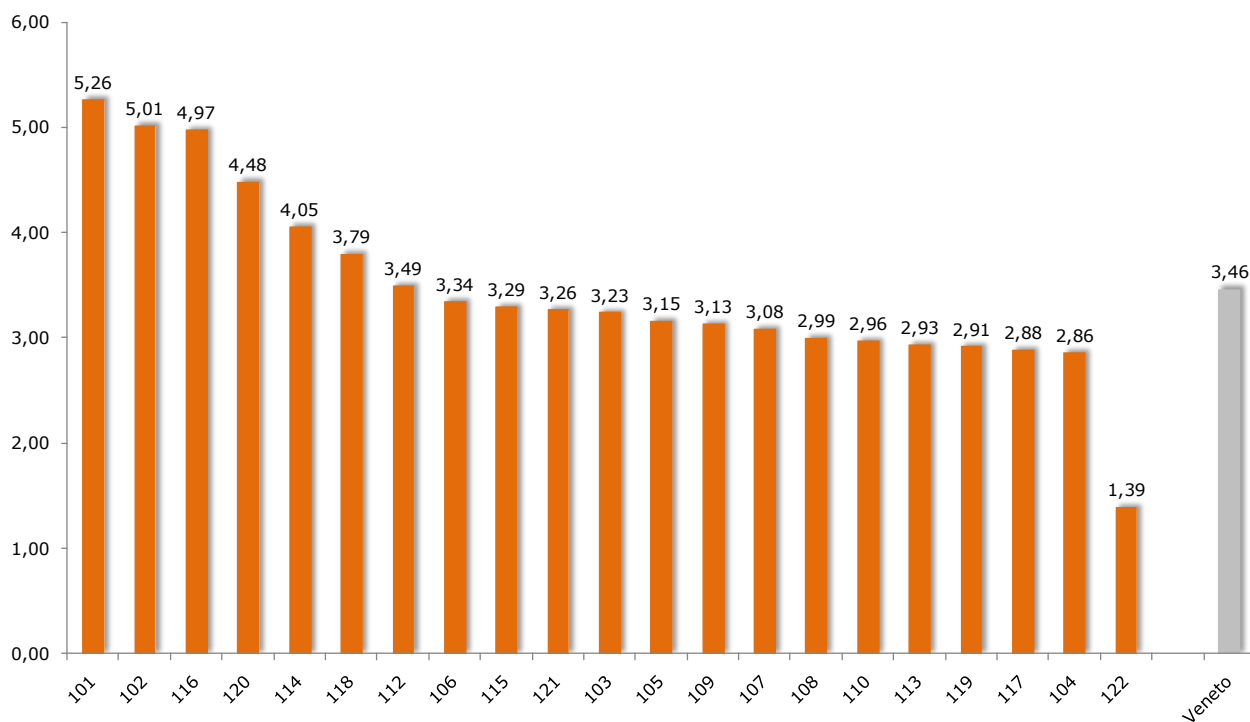
La situazione appare stabile anche sul fronte della dotazione di posti letto. Nel biennio considerato si riscontrano, in diversi casi, un allineamento ai tetti fissati dalla programmazione regionale ed una progressiva stabilizzazione. Non essendoci variazioni di rilievo tra il 2006 ed il 2007, si rappresentano di seguito i soli dati relativi all'ultimo anno considerato.

Aziende Sanitarie	POSTI LETTO PUBBLICI PER AZIENDA		
	Posti letto 2007	Programmazione Regionale (DGRV 751/2005)	Scostamento rispetto alla programmazione
101. Belluno	680	680	0
102. Feltre	422	422	0
103. Bassano del Grappa	571	690	-119
104. Thiene	529	590	-61
105. Arzignano	561	584	-23
106. Vicenza	1.043	1.180	-137
107. Pieve di Soligo	666	666	0
108. Asolo	738	850	-112
109. Treviso	1.272	1.465	-193
110. S. Donà di Piave	628	621	7
112. Veneziana	1.061	1.061	0
113. Mirano	762	900	-138
114. Chioggia	540	540	0
115. Cittadella	810	810	0
116. Padova	403	375	28
117. Este	528	630	-102
118. Rovigo	660	644	16
119. Adria	218	230	-12
120. Verona	347	442	-95
121. Legnago	494	607	-113
122. Bussolengo	387	467	-80
901. Azienda Ospedaliera di Padova	1.526	1.534	-8
902. Azienda Ospedaliera di Verona	1.724	1.730	-6
952. IOV Istituto Oncologico Veneto	121	121	0
Veneto	16.691	17.839	-1.148

Posti letto esistenti e programmati per Azienda ULSS Veneto 2007

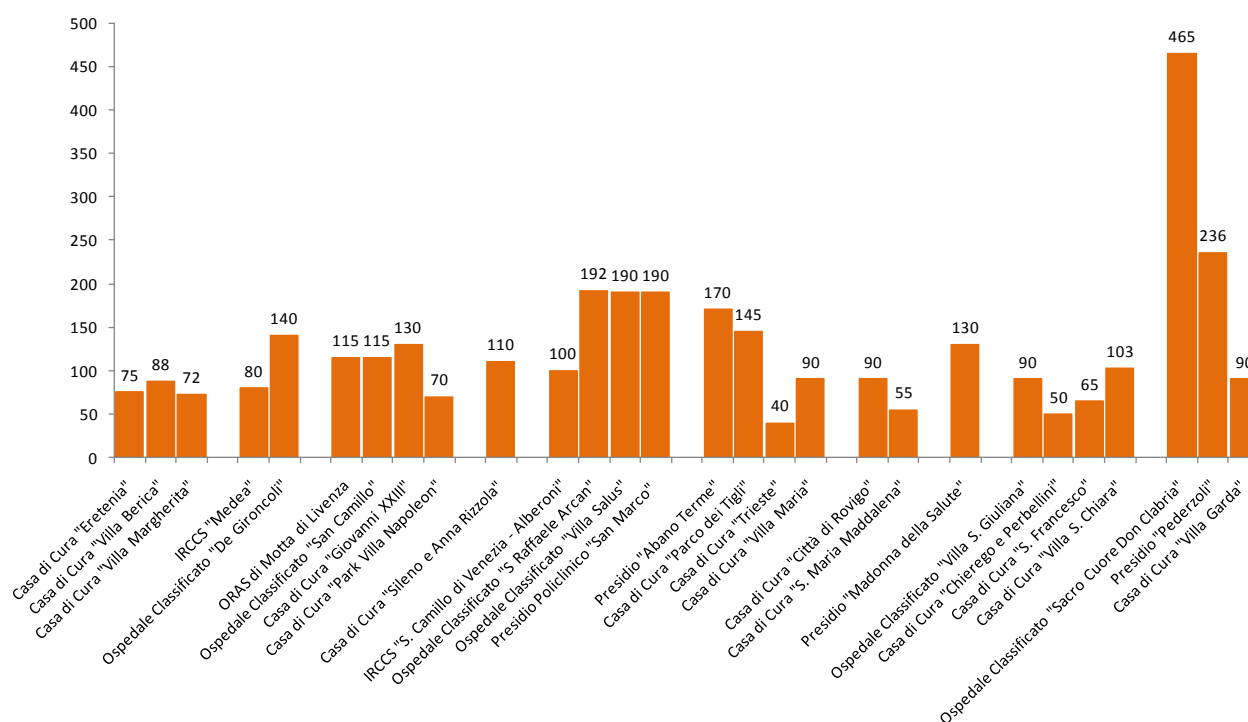


Posti letto per mille residenti Veneto 2007



Per quanto concerne i parametri stabiliti in ambito nazionale si conferma l'assoluto rispetto dello standard dei 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie. Le uniche Aziende Sanitarie che superano lo standard sono caratterizzate da particolari fattori territoriali (Belluno e Feltre) o vedono la compresenza dell'Azienda Ospedaliera (Padova). Fatta eccezione per questi casi, in generale, tutte le Aziende si collocano al di sotto del parametro di riferimento, così come il valore medio regionale.

Posti letto in Istituti Privati
Veneto 2007



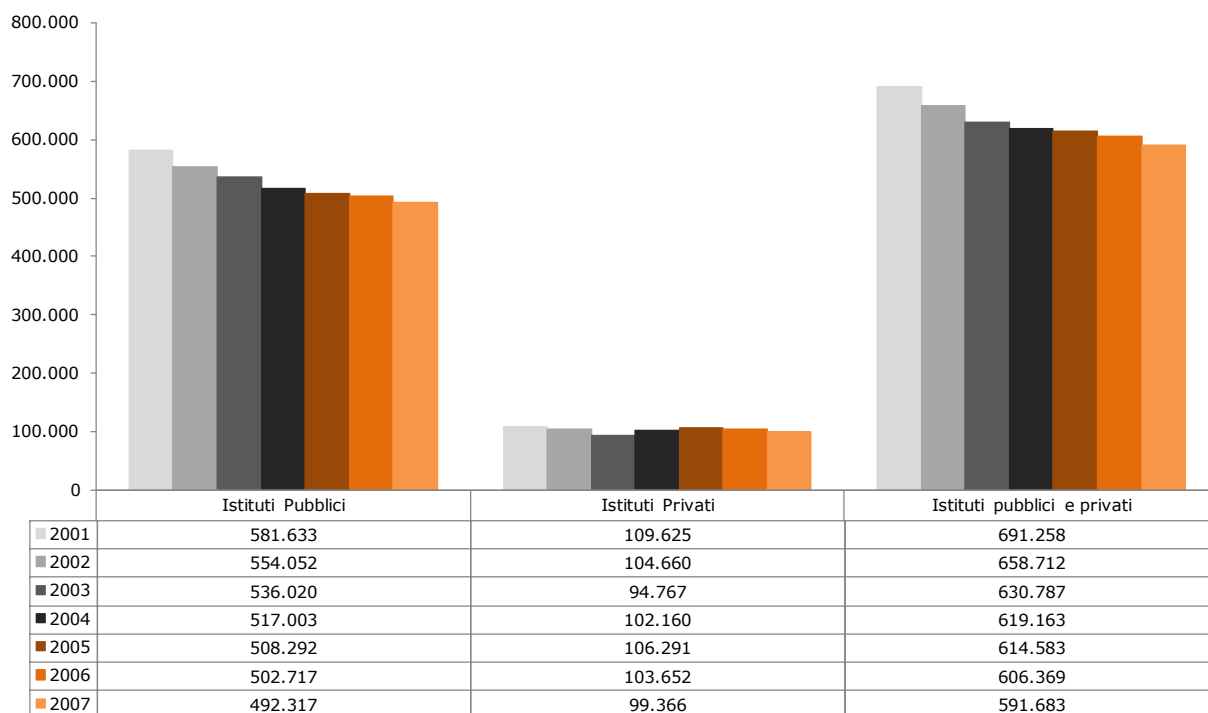
I posti letto esistenti in Istituti Privati, nel rispetto della programmazione regionale, nel 2007 risultano essere pari a 3.486. Vi è da dire, fra l'altro che non in tutti i territori relativi alle Aziende ULSS del Veneto sono presenti strutture private accreditate. Il Sistema, com'è evidente, mantiene la sua caratteristica di assoluta prevalenza pubblica. Le diverse strutture sono classificate secondo le seguenti tipologie: Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Case di Cura Presidio di ULSS (indicate con Presidio nel grafico), Case di Cura Private e Ospedali Classificati.

L'opera di ottimizzazione della dotazione di posti letto, è stata indirizzata in questi ultimi anni a dare uniformità anche alle diverse aree territoriali. Una logica di collaborazione ed interazione "per Provincia" sembra ormai pienamente interiorizzata dai vertici aziendali e da tutte le componenti dell'organizzazione.

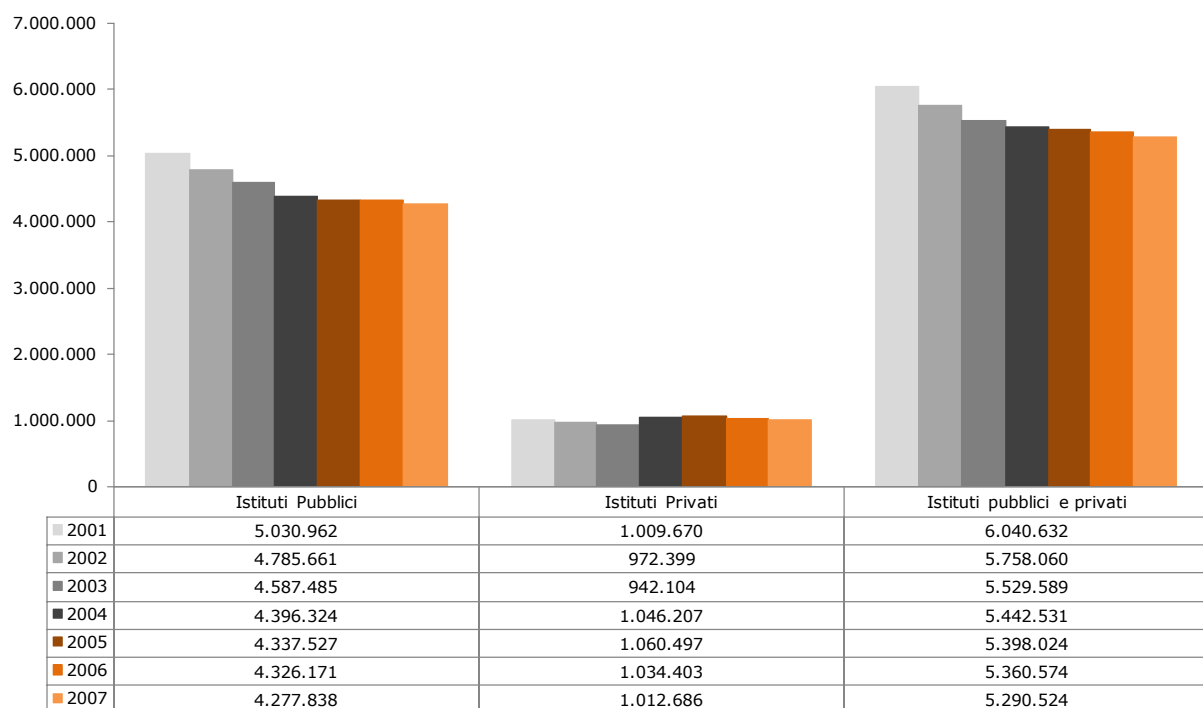
Istituti Privati	Posti letto in Istituti Privati 2007
Casa di Cura "Eretenia"	75
Casa di Cura "Villa Berica"	88
Casa di Cura "Villa Margherita"	72
Totale Istituti presenti nel territorio dell'Azienda ULSS 6 Vicenza	235
IRCSS "Medea"	80
Ospedale Classificato "De Gironcoli"	140
Totale Istituti presenti nel territorio dell'Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo	220
Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione di Motta di Livenza	115
Ospedale Classificato "San Camillo"	115
Casa di Cura "Giovanni XXIII"	130
Casa di Cura "Park Villa Napoleon"	70
Totale Istituti presenti nel territorio dell'Azienda ULSS 9 Treviso	430
Casa di Cura "Silenio e Anna Rizzola"	110
Totale Istituti presenti nel territorio dell'Azienda ULSS 10 San Donà	110
IRCSS "S. Camillo di Venezia - Alberoni"	100
Ospedale Classificato "S Raffaele Arcan"	192
Ospedale Classificato "Villa Salus"	190
Presidio Policlinico "San Marco"	190
Totale Istituti presenti nel territorio dell'Azienda ULSS 12 Veneziana	672
Presidio "Abano Terme"	170
Casa di Cura "Parco dei Tigli"	145
Casa di Cura "Trieste"	40
Casa di Cura "Villa Maria"	90
Totale Istituti presenti nel territorio dell'Azienda ULSS 16 Padova	445
Casa di Cura "Città di Rovigo"	90
Casa di Cura "S. Maria Maddalena"	55
Totale Istituti presenti nel territorio dell'Azienda ULSS 18 Rovigo	145
Presidio "Madonna della Salute"	130
Totale Istituti presenti nel territorio dell'Azienda ULSS 19 Adria	130
Ospedale Classificato "Villa S. Giuliana"	90
Casa di Cura "Chierago e Perbellini"	50
Casa di Cura "S. Francesco"	65
Casa di Cura "Villa S. Chiara"	103
Totale Istituti presenti nel territorio dell'Azienda ULSS 20 Verona	308
Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Clabria"	465
Presidio "Pederzoli"	236
Casa di Cura "Villa Garda"	90
Totale Istituti presenti nel territorio dell'Azienda ULSS 22 Bussolengo	791
Veneto	3.486

Il mantenimento della caratteristica di assoluta prevalenza pubblica del Sistema Socio Sanitario Veneto è attestata anche dal trend osservabile per dimissioni e giornate di degenza nella nostra Regione.

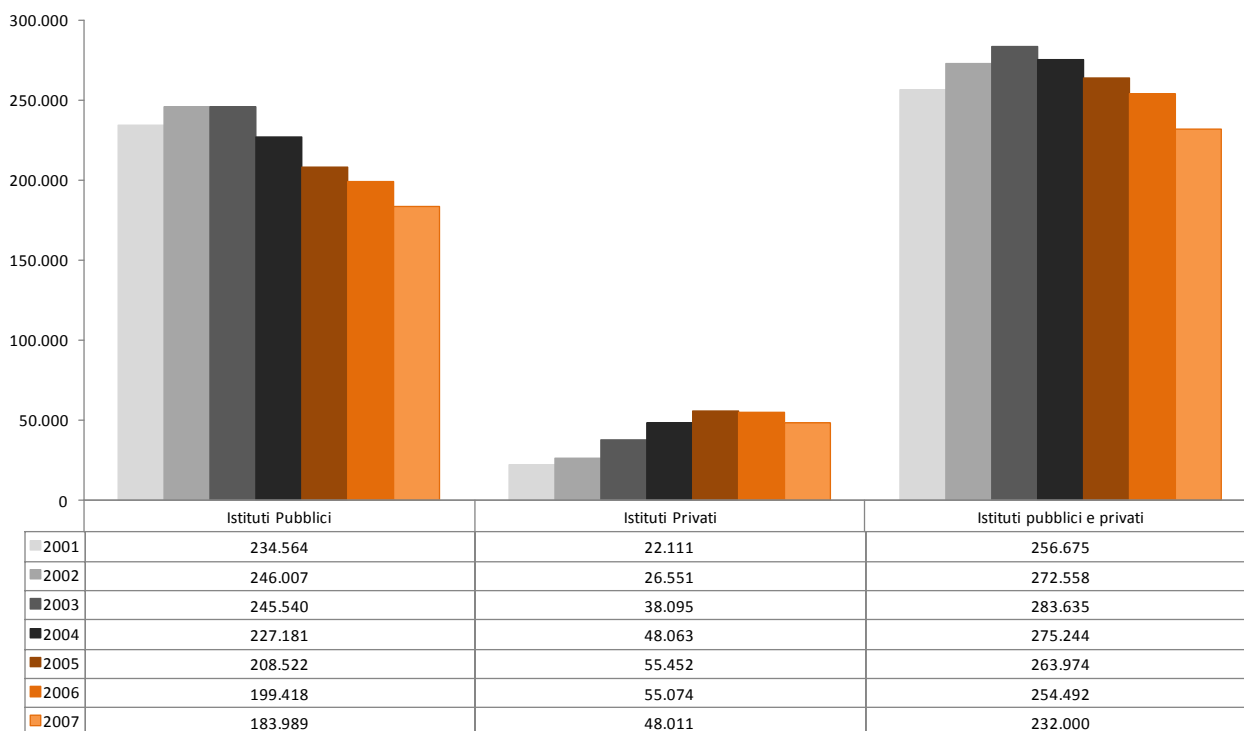
Dimissioni con regime di ricovero ordinario
Regione del Veneto - Trend 2001-2007



Giornate di degenza con regime di ricovero ordinario
Regione del Veneto - Trend 2001-2007

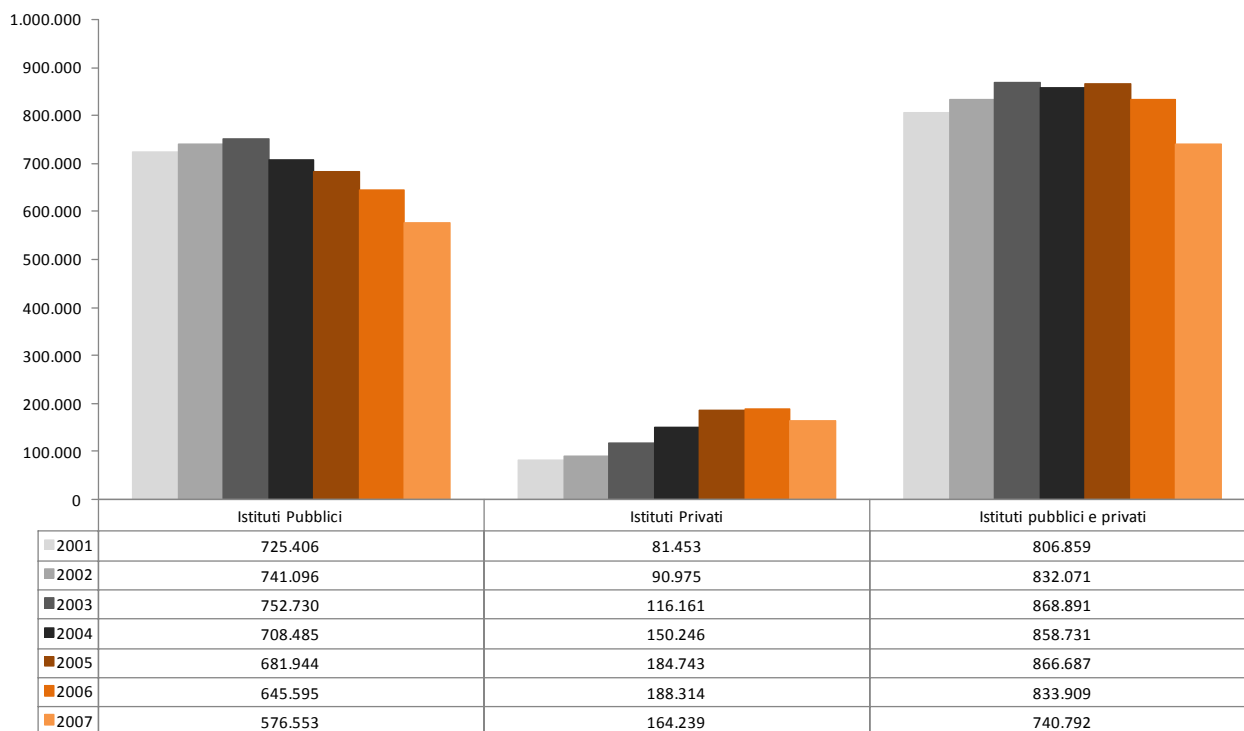


Dimissioni con regime di ricovero diurno Regione del Veneto - Trend 2001-2007



319

Giornate di degenza con regime di ricovero diurno Regione del Veneto - Trend 2001-2007



Il mantenimento della caratteristica di assoluta prevalenza pubblica è altresì confermato dai dati e dalle percentuali per Area Funzionale Omogenea rilevati nella nostra Regione.

ANNO 2006						
ASSISTENZA OSPEDALIERA - ATTIVITA' DI RICOVERO - DEGENZE						
TIPOLOGIA DEGENZE E AREE FUNZIONALI OMOGENEE	PRESIDI PUBBLICI		PRESIDI PRIVATI		PRESIDI TOTALI	
	Numero degenze	Percentuale degenze	Numero degenze	Percentuale degenze	Numero degenze	Percentuale degenze
DEGENZE A REGIME RICOVERO ORDINARIO						
di cui						
Area Funzionale Omogenea Medica	1.957.255	31,60%	294.744	4,76%	2.251.999	36,35%
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	1.296.876	20,94%	209.844	3,39%	1.506.720	24,32%
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	480.894	7,76%	37.996	0,61%	518.890	8,38%
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	452.168	7,30%	391.333	6,32%	843.501	13,62%
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	138.978	2,24%	100.486	1,62%	239.464	3,87%
Totali	4.326.171	69,84%	1.034.403	16,70%	5.360.574	86,54%
DEGENZE REGIME RICOVERO DIURNO						
di cui						
Area Funzionale Omogenea Medica	366.069	5,91%	20.344	0,33%	386.413	6,24%
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	189.649	3,06%	83.733	1,35%	273.382	4,41%
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	57.883	0,93%	5.658	0,09%	63.541	1,03%
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	20.173	0,33%	78.579	0,09%	98.752	1,59%
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	11.821	0,19%			11.821	0,19%
Totali	645.595	10,42%	188.314	3,04%	833.909	13,46%
TOTALE GIORNATE DI DEGENZA 2006	4.971.766	80,26%	1.222.717	19,74%	6.194.483	100,00%

ANNO 2007						
ASSISTENZA OSPEDALIERA - ATTIVITA' DI RICOVERO - DEGENZE						
TIPOLOGIA DEGENZE E AREE FUNZIONALI OMOGENEE	PRESIDI PUBBLICI		PRESIDI PRIVATI		PRESIDI TOTALI	
	Numero degenze	Percentuale degenze	Numero degenze	Percentuale degenze	Numero degenze	Percentuale degenze
DEGENZE A REGIME RICOVERO ORDINARIO						
di cui						
Area Funzionale Omogenea Medica	1.950.753	32,35%	224.123	3,72%	2.174.876	36,07%
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	1.272.795	21,11%	206.599	3,43%	1.479.394	24,53%
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	470.491	7,80%	38.579	0,64%	509.070	8,44%
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	443.150	7,35%	397.044	6,58%	840.194	13,93%
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	140.649	2,33%	146.341	2,43%	286.990	4,76%
Totali	4.277.838	70,94%	1.012.686	16,79%	5.290.524	87,74%
DEGENZE REGIME RICOVERO DIURNO						
di cui						
Area Funzionale Omogenea Medica	310.439	5,15%	12.745	0,21%	323.184	5,36%
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	177.785	2,95%	65.609	1,09%	243.394	4,04%
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	55.196	0,92%	5.679	0,09%	60.875	1,01%
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	19.821	0,33%	80.206	0,09%	100.027	1,66%
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	12.023	0,20%			12.023	0,20%
Totali	575.264	9,54%	164.239	2,72%	739.503	12,26%
TOTALE GIORNATE DI DEGENZA 2007	4.853.102	80,48%	1.176.925	19,52%	6.030.027	100,00%

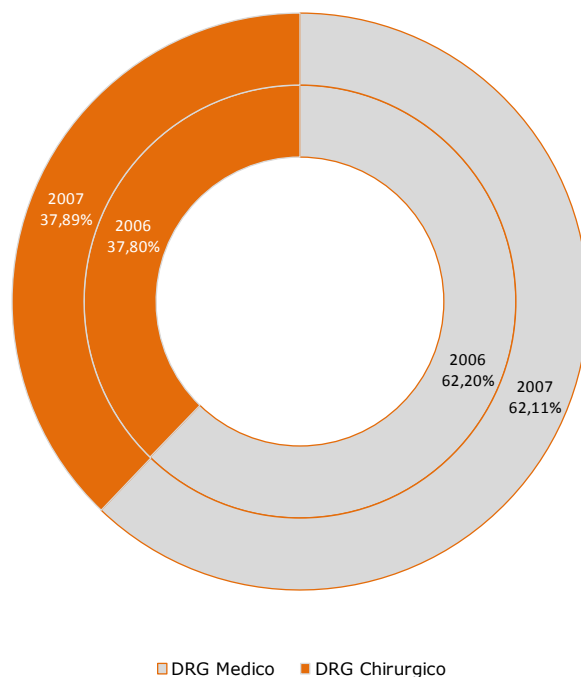
ANNO 2006						
ASSISTENZA OSPEDALIERA - ATTIVITA' DI RICOVERO - DIMISSIONI						
TIPOLOGIA DIMISSIONI E AREE FUNZIONALI OMOGENEE	PRESIDI PUBBLICI		PRESIDI PRIVATI		PRESIDI TOTALI	
	Numero degenze	Percentuale degenze	Numero degenze	Percentuale degenze	Numero degenze	Percentuale degenze
DIMISSIONI A REGIME RICOVERO ORDINARIO						
di cui						
Area Funzionale Omogenea Medica	189.716	22,04%	27.332	3,17%	217.048	25,21%
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	182.385	21,19%	47.546	5,52%	229.931	26,71%
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	101.842	11,83%	9.738	1,13%	111.580	12,96%
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	19.123	2,22%	15.947	1,85%	35.070	4,07%
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	9.651	1,12%	3.089	0,36%	12.740	1,48%
Totali	502.717	58,40%	103.652	12,04%	606.369	70,44%
DIMISSIONI A REGIME RICOVERO DIURNO						
di cui						
Area Funzionale Omogenea Medica	61.057	7,09%	6.011	0,70%	67.068	7,79%
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	101.666	11,81%	39.099	4,54%	140.765	16,35%
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	33.590	3,90%	4.468	0,52%	38.058	4,42%
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	1.841	0,21%	5.496	0,52%	7.337	0,85%
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	1.264	0,15%			1.264	0,15%
Totali	199.418	23,16%	55.074	6,40%	254.492	29,56%
TOTALE DIMISSIONI 2006	702.135	81,56%	158.726	18,44%	860.861	100,00%

ANNO 2007						
ASSISTENZA OSPEDALIERA - ATTIVITA' DI RICOVERO - DIMISSIONI						
TIPOLOGIA DIMISSIONI E AREE FUNZIONALI OMOGENEE	PRESIDI PUBBLICI		PRESIDI PRIVATI		PRESIDI TOTALI	
	Numero degenze	Percentuale degenze	Numero degenze	Percentuale degenze	Numero degenze	Percentuale degenze
DIMISSIONI A REGIME RICOVERO ORDINARIO						
di cui						
Area Funzionale Omogenea Medica	186.639	22,69%	23.093	2,81%	209.732	25,50%
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	177.774	21,62%	45.790	5,57%	223.564	27,18%
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	100.313	12,20%	9.906	1,20%	110.219	13,40%
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	17.940	2,18%	16.136	1,96%	34.076	4,14%
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	9.651	1,17%	4.441	0,54%	14.092	1,71%
Totali	492.317	59,86%	99.366	12,08%	591.683	71,95%
DIMISSIONI A REGIME RICOVERO DIURNO						
di cui						
Area Funzionale Omogenea Medica	50.125	6,10%	4.305	0,52%	54.430	6,62%
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	97.990	11,92%	33.935	4,13%	131.925	16,04%
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	31.724	3,86%	4.331	0,53%	36.055	4,38%
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	1.653	0,20%	5.440	0,53%	7.093	0,86%
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	1.208	0,15%			1.208	0,15%
Totali	182.700	22,22%	48.011	5,84%	230.711	28,05%
TOTALE DIMISSIONI 2006	675.017	82,08%	147.377	17,92%	822.394	100,00%

* I totali possono non coincidere con i valori rappresentati nel trend complessivo perché vi sono dimissioni e degenze effettuati in Unità Operative non rientranti nelle aree indicate.

Nei Presidi Pubblici i ricoveri continuano a diminuire confermando la tendenza già rilevata nel precedente biennio. La composizione dei ricoveri per tipologia di DRG vede i DRG medici ad un valore che supera di poco il 62% del totale, mentre i DRG chirurgici sono poco meno del 38%.

DRG Medici e Chirurgici - Percentuali 2006-2007
Regime di ricovero ordinario



Ricordiamo che i DRG (Diagnosis Related Group), nella traduzione italiana "Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi", sono categorie di ricoveri omogenei per quantità di risorse assorbite nel processo assistenziale (si parla di una classificazione isorisorse). Il sistema DRG è un sistema, elaborato e sviluppato originariamente negli Stati Uniti, che aggrega i ricoveri in base al consumo delle risorse, alla durata della degenza e al profilo clinico dei pazienti. L'architettura di base del sistema di classificazione DRG è costituita dalle MDC *Major Diagnostic Categories*, ovvero le principali categorie di diagnosi. Ciascun gruppo comprende tutte le diagnosi correlate ad un determinato criterio di rilevanza clinica (anatomico o eziologico). Nel biennio 2006-2007 la suddivisione tra DRG Medici e Chirurgici, in regime di ricovero ordinario, nel Veneto evidenzia una stabilità nelle proporzioni percentuali a cui fa riscontro una lenta e graduale diminuzione dei valori assoluti che conferma le analisi proposte nelle due precedenti Relazioni Socio Sanitarie. I dati relativi alle singole aziende confermano ancora una volta tale tendenza. Quindi, prevalenza dei DRG Chirurgici nei ricoveri diurni e situazione specularmente opposta, con prevalenza dei DRG Medici nei ricoveri ordinari.

Aziende Sanitarie	Assistenza Ospedaliera - Dimissioni per tipologia di DRG (Regime di ricovero ordinario)					
	2006		2007		Totali	
	DRG Medico	DRG Chirurgico	DRG Medico	DRG Chirurgico	2006	2007
101	11.367	6.550	11.291	6.278	17.917	17.569
102	7.481	3.536	7.090	3.640	11.017	10.730
103	11.342	4.860	11.018	4.601	16.202	15.619
104	10.443	5.646	10.218	5.783	16.089	16.001
105	10.454	6.473	10.581	6.128	16.927	16.709
106	24.034	18.438	22.693	18.015	42.472	40.708
107	14.506	6.811	13.143	6.632	21.317	19.775
108	16.959	8.204	15.809	7.596	25.163	23.405
109	32.126	16.855	32.968	17.552	48.981	50.520
110	14.563	7.410	14.319	7.406	21.973	21.725
112	27.222	12.985	27.411	12.636	40.207	40.047
113	15.904	9.504	15.342	9.466	25.408	24.808
114	9.545	3.180	9.439	3.269	12.725	12.708
115	17.385	9.910	16.903	9.774	27.295	26.677
116	14.366	10.941	13.410	10.383	25.307	23.793
117	8.519	5.002	8.392	4.870	13.521	13.262
118	13.890	9.652	13.481	8.731	23.542	22.212
119	7.866	3.470	7.594	3.672	11.336	11.266
120	11.555	6.348	10.747	5.957	17.903	16.704
121	10.589	4.994	10.764	5.089	15.583	15.853
122	24.724	22.066	23.154	22.030	46.790	45.184
901 AO PD	30.051	22.030	29.227	20.532	52.081	49.759
902 AO VR	30.601	24.124	30.364	23.636	54.725	54.000
952 IOV	1.685	203	2.138	511	1.888	2.649
Veneto	377.177	229.192	367.496	224.187	606.369	591.683

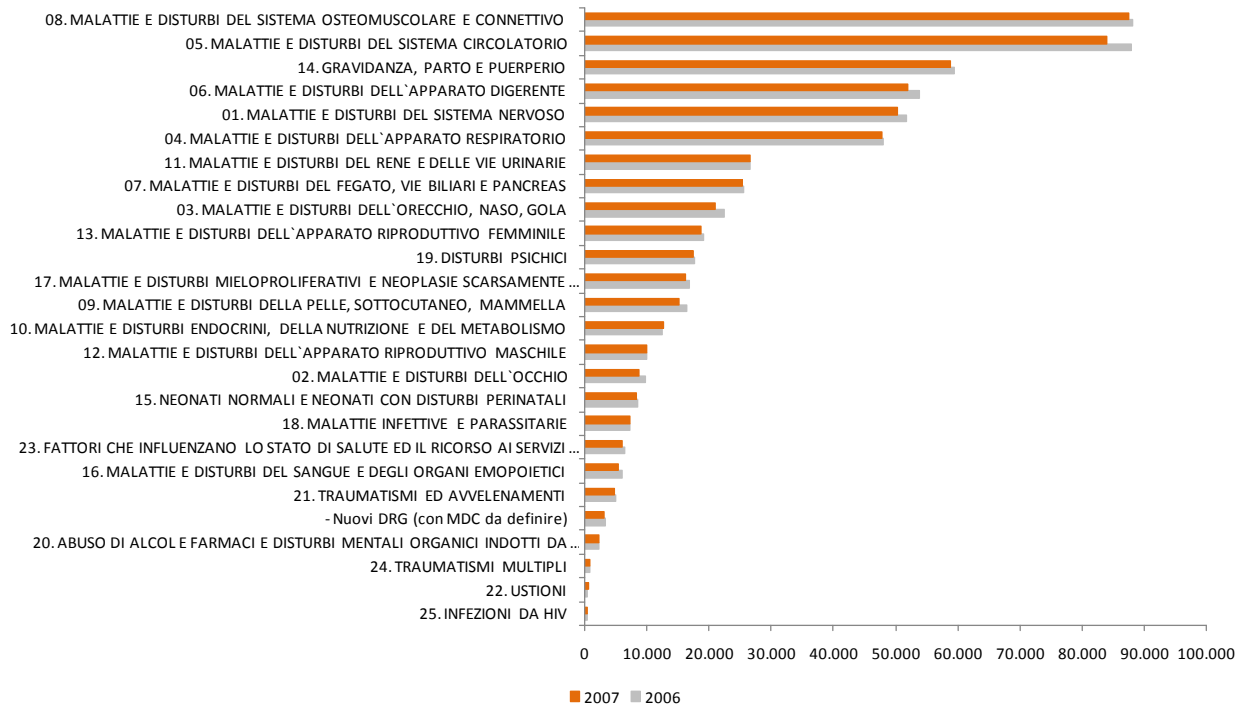
L'Azienda ULSS in cui viene rilevato il maggior numero di DRG Medici, con regime di ricovero ordinario, nel 2007 è l'Azienda ULSS 9 di Treviso, che però si caratterizza per un buon numero di DRG Chirurgici. Se escludiamo le Aziende Ospedaliere di Verona e Padova, rispettivamente al secondo e terzo posto per ovvie ragioni, subito dopo troviamo l'Azienda ULSS 12 Veneziana e l'Azienda ULSS 22 di Bussolengo. Per quest'ultima il numero di DRG Chirurgici è quasi uguale per le due tipologie.

Aziende ULSS	Assistenza Ospedaliera - Dimissioni per tipologia di DRG (Regime di ricovero diurno)					
	2006		2007		Totali	
	DRG Medico	DRG Chirurgico	DRG Medico	DRG Chirurgico	DRG Medico	DRG Chirurgico
101	2.218	2.933	2.009	3.049	5.151	4.942
102	1.280	1.714	1.172	1.840	2.994	2.886
103	1.119	3.734	1.189	3.592	4.853	4.923
104	1.360	4.530	1.495	4.398	5.890	6.025
105	1.130	4.976	1.099	4.468	6.106	6.075
106	4.320	8.018	3.821	8.629	12.338	11.839
107	4.410	6.958	4.249	6.691	11.368	11.207
108	2.919	5.552	2.591	4.820	8.471	8.143
109	10.065	12.463	7.811	11.407	22.528	20.274
110	1.391	5.990	1.509	4.949	7.381	7.499
112	6.553	11.086	5.826	10.667	17.639	16.912
113	4.842	6.016	3.464	5.127	10.858	9.480
114	4.323	3.442	4.151	3.187	7.765	7.593
115	3.820	5.588	2.704	6.080	9.408	8.292
116	5.329	4.668	4.301	5.044	9.997	8.969
117	2.294	5.371	2.218	5.017	7.665	7.589
118	2.637	6.112	2.757	5.933	8.749	8.869
119	747	3.953	692	3.106	4.700	4.645
120	1.267	3.733	957	3.646	5.000	4.690
121	3.418	4.115	2.996	3.863	7.533	7.111
122	10.350	17.745	7.966	15.556	28.095	25.711
901 AO PD	13.924	9.666	11.718	9.983	23.590	21.384
902 AO VR	13.884	9.110	10.730	9.527	22.994	19.840
952 IOV	5.884	213	4.635	521	6.097	4.848
Veneto	109.484	147.686	92.060	141.100	257.170	239.746

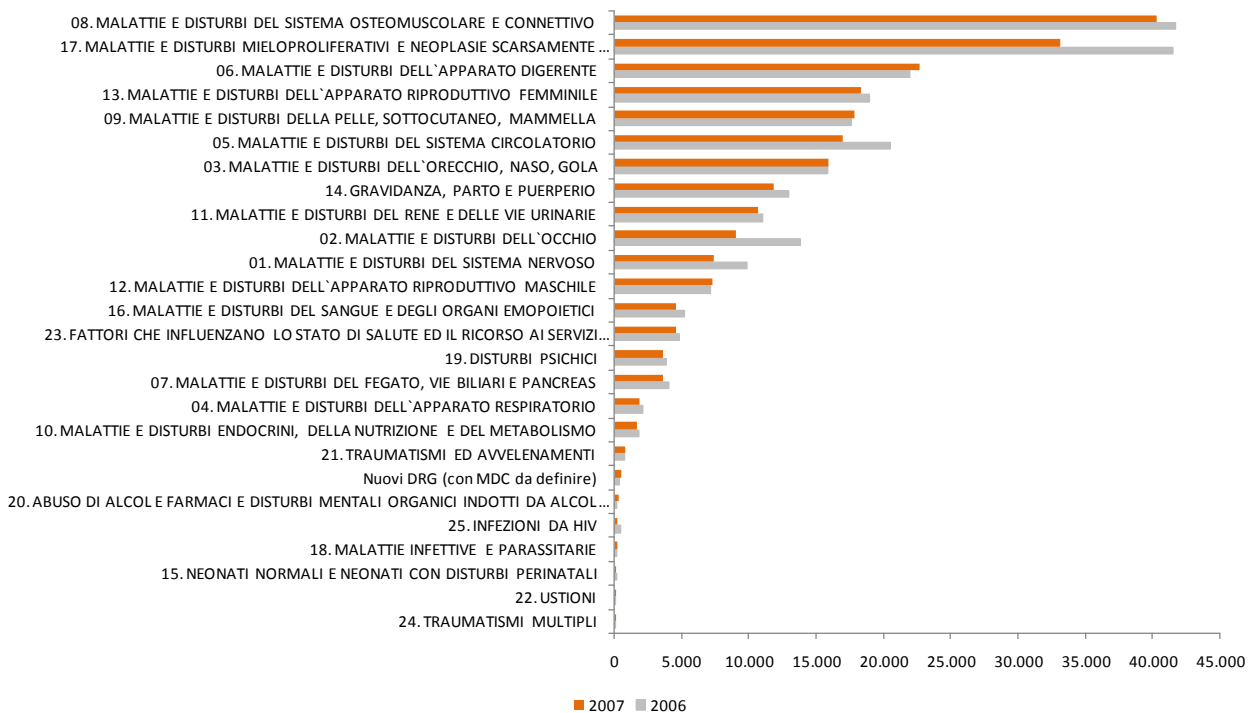
L'Azienda ULSS in cui viene rilevato il maggior numero di DRG Chirurgici, in regime di ricovero diurno è l'Azienda ULSS 22 di Bussolengo, seguita dall'Azienda ULSS 9 di Treviso, dall'Azienda ULSS 12 Veneziana e dalle due Aziende Ospedaliere. Complessivamente la progressiva riduzione dei valori assoluti segnala lo sforzo perseguito dalle Aziende Sanitarie del Veneto per ridurre il consumo di risorse. Anche laddove vi sono dei numeri elevati rispetto alla

maggioranza delle Aziende, spesso (anche se non sempre) questi possono indicare una maggiore produttività.

MDC Major Diagnostic Categories nel Veneto Dimissioni con regime di ricovero ordinario - Anni 2006-2007



MDC Major Diagnostic Categories nel Veneto Dimissioni con regime di ricovero diurno - Anni 2006-2007



Nel contesto regionale, tra le principali categorie di diagnosi, quelle in cui viene rilevato il maggior numero di dimissioni con regime di ricovero ordinario sono la 08. Malattie e disturbi del Sistema Osteomuscolare e Connettivo e la 05. Malattie e disturbi del Sistema Circolatorio. Per le dimissioni con regime di ricovero diurno la categoria 08 è sempre al primo posto, mentre subito dopo si collocano le Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate (categoria n. 17). Le MDC *Major Diagnostic Categories* sono complessivamente 25.

MDC Major Diagnostic Categories nel Veneto	2006		2007	
	Ordinari	Diurni	Ordinari	Diurni
01. Malattie e disturbi del sistema nervoso	51.818	9.890	50.382	7.323
02. Malattie e disturbi dell'occhio	9.822	13.834	8.829	9.039
03. Malattie e disturbi dell'orecchio, naso, gola	22.442	15.857	21.022	15.881
04. Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	48.079	2.135	47.820	1.805
05. Malattie e disturbi del sistema circolatorio	87.857	20.506	84.095	16.929
06. Malattie e disturbi dell'apparato digerente	53.932	21.959	52.040	22.719
07. Malattie e disturbi del fegato, vie biliari e pancreas	25.541	4.027	25.431	3.557
08. Malattie e disturbi del sistema osteomuscolare e connettivo	88.173	41.753	87.454	40.366
09. Malattie e disturbi della pelle, sottocutaneo, mammella	16.377	17.588	15.213	17.823
10. Malattie e disturbi endocrini, della nutrizione e del metabolismo	12.417	1.840	12.652	1.644
11. Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	26.518	11.042	26.671	10.692
12. Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	9.901	7.180	9.893	7.248
13. Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	19.086	18.947	18.703	18.306
14. Gravidanza, parto e puerperio	59.465	12.943	58.921	11.833
15. Neonati normali e neonati con disturbi perinatali	8.548	167	8.401	130
16. Malattie e disturbi del sangue e degli organi emopoietici	5.987	5.274	5.508	4.597
17. Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	16.785	41.537	16.157	33.198
18. Malattie infettive e parassitarie	7.293	166	7.206	190
19. Disturbi psichici	17.728	3.839	17.380	3.630
20. Abuso di alcol e farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcol o farmaci	2.305	227	2.189	253
21. Traumatismi ed avvelenamenti	4.890	782	4.761	739
22. Ustioni	489	42	538	39
23. Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	6.359	4.818	6.003	4.513
24. Traumatismi multipli	882	1	860	1
25. Infezioni da HIV	416	444	412	193
Nuovi DRG (con MDC da definire)	3.259	372	3.142	512
	606.369	257.170	591.683	233.160

Se osserviamo i trenta DRG più frequenti nel Veneto, possiamo rilevare come, per quanto concerne i ricoveri ordinari, al primo posto vi siano dimissioni relative ad un evento gioioso, ovvero il *parto vaginale senza diagnosi complicanti*. Seguono DRG legati ad aspetti già osservati nella sezione dedicata all'epidemiologia.

ASSISTENZA OSPEDALIERA NEL VENETO - 30 DRG PIU' FREQUENTI CON REGIME DI RICOVERO ORDINARIO		
TIPO DRG - RAGGRUPPAMENTO OMOGENEO DI DIAGNOSI	2006	
	Ordinari	%
373. Parto vaginale senza diagnosi complicanti	30.728	5,07%
127. Insufficienza cardiaca e shock	18.346	3,03%
209. Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	14.022	2,31%
371. Taglio cesareo senza diagnosi complicanti	12.531	2,07%
014. Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	10.272	1,69%
359. Interventi utero/annessi, non per neoplasie maligne senza diagnosi complicanti	9.768	1,61%
430. Psicosi	8.028	1,32%
183. Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie apparato dirigente, età >17, senza complicazioni	7.647	1,26%
087. Edema polmonare e insufficienza respiratoria	7.141	1,18%
089. Polmonite semplice e pleurite, età >17 con diagnosi complicanti	6.291	1,04%
012. Disturbi degenerativi sistema nervoso	6.124	1,01%
494. Colectomia laparoscopica senza esplorazione dotto biliare senza diagnosi complicanti	6.021	0,99%
410. Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	6.010	0,99%
088. Malattia polmonare cronica ostruttiva	5.863	0,97%
243. Affezioni mediche del dorso	5.679	0,94%
503. Interventi ginocchio senza diagnosi principale di infezione	4.816	0,79%
082. Neoplasie dell'apparato respiratorio	4.790	0,79%
225. Interventi sul piede	4.551	0,75%
139. Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza diagnosi complicanti	4.509	0,74%
219. Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17, senza diagnosi complicanti	4.504	0,74%
125. Malattie cardiovascolari eccetto I.M.A., con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	4.397	0,73%
316. Insufficienza renale	4.374	0,72%
015. Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	4.372	0,72%
203. Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o pancreas	4.175	0,69%
149. Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza diagnosi complicanti	4.154	0,69%
184. Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie apparato dirigente, età <18	3.971	0,65%
256. Altre diagnosi sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	3.967	0,65%
395. Anomalie dei globuli rossi, età >17	3.869	0,64%
211. Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età >17, senza diagnosi complicanti	3.868	0,64%
500. Interventi dorso e collo eccetto artrodesi vertebrale senza diagnosi complicanti	3.808	0,63%
TOTALE PRIMI TRENTA DRG	218.596	36,05%
ALTRI DRG	387.773	63,95%
TOTALE COMPLESSIVO	606.369	100,00%

Le prime posizioni sono le stesse in entrambi gli anni considerati.

ASSISTENZA OSPEDALIERA NEL VENETO - 30 DRG PIU' FREQUENTI CON REGIME DI RICOVERO ORDINARIO		
TIPO DRG - RAGGRUPPAMENTO OMOGENEO DI DIAGNOSI	2007	
	Ordinari	%
373. Parto vaginale senza diagnosi complicanti	31.249	5,28%
127. Insufficienza cardiaca e shock	18.359	3,10%
209. Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	14.776	2,50%
371. Taglio cesareo senza diagnosi complicanti	12.521	2,12%
014. Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	10.257	1,73%
359. Interventi utero/annessi, non per neoplasie maligne senza diagnosi complicanti	9.685	1,64%
430. Psicosi	8.294	1,40%
087. Edema polmonare e insufficienza respiratoria	7.468	1,26%
183. Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie apparato dirigente, età >17, senza complicazioni	6.997	1,18%
494. Colectomia laparoscopica senza esplorazione dotto biliare senza diagnosi complicanti	6.184	1,05%
089. Polmonite semplice e pleurite, età >17 con diagnosi complicanti	6.069	1,03%
012. Disturbi degenerativi sistema nervoso	5.825	0,98%
088. Malattia polmonare cronica ostruttiva	5.788	0,98%
231. Escissione locale rimozione mezzi fissazione intramidollare no anca/femmine	5.667	0,96%
410. Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	5.601	0,95%
503. Interventi ginocchio senza diagnosi principale di infezione	5.313	0,90%
256. Altre diagnosi sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	5.114	0,86%
243. Affezioni mediche del dorso	4.999	0,84%
316. Insufficienza renale	4.702	0,79%
082. Neoplasie dell'apparato respiratorio	4.647	0,79%
225. Interventi sul piede	4.532	0,77%
139. Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza diagnosi complicanti	4.481	0,76%
219. Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17, senza diagnosi complicanti	4.399	0,74%
125. Malattie cardiovascolari eccetto I.M.A., con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	4.299	0,73%
149. Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza diagnosi complicanti	4.197	0,71%
203. Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o pancreas	4.070	0,69%
015. Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	3.933	0,66%
311. Interventi per via transuretrale senza diagnosi complicanti	3.830	0,65%
090. polmonite semplice e pleurite, età >17 senza diagnosi complicanti	3.685	0,62%
517. interventi sistema cardiovascolare per via percut. con inserzione di stent arter.coronarica senza IMA	3.681	0,62%
TOTALE PRIMI TRENTA DRG	220.622	37,29%
ALTRI DRG	371.061	62,71%
TOTALE COMPLESSIVO	591.683	100,00%

Rispetto ai DRG più frequenti con regime di ricovero diurno possiamo osservare che la determinazione del regime erogativo appropriato avviene tenendo conto di una serie di fattori, tra loro correlati, quali le reali esigenze di assistenza e di cura della popolazione, variabili nel tempo, le innovazioni tecnologiche, lo sviluppo della conoscenza e della pratica clinica, l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e non ultimo la capacità di fornire a minor costo, attraverso forme gestionali innovative, servizi di analoga qualità ed efficacia. In tale contesto,

nel 2007 la Regione del Veneto ha istituito un gruppo tecnico, composto da esperti clinici e farmacisti delle strutture sanitarie pubbliche e private, al fine di analizzare il contesto e promuovere l'erogazione nel regime ambulatoriale delle prestazioni di chemioterapia.

ASSISTENZA OSPEDALIERA NEL VENETO - 30 DRG PIU' FREQUENTI CON REGIME DI RICOVERO DIURNO		
TIPO DRG - RAGGRUPPAMENTO OMOGENEO DI DIAGNOSI	2006	
	Diurni	%
410. Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	27.811	10,81%
503. Interventi ginocchio senza diagnosi principale di infezione	11.984	4,66%
381. Aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazione o isterotomia	11.270	4,38%
162. interventi per ernia inguinale e femorale, eta` >17 senza diagnosi complicanti	10.455	4,07%
039. Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	9.320	3,62%
364. Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie maligne	8.490	3,30%
119. Legatura e stripping di vene	7.368	2,87%
229. Interventi mano o polso, eccetto interventi magg. articolazioni senza diagnosi complicanti	6.059	2,36%
231. Escissione locale rimozione mezzi fissazione intramidol. no anca/fem	5.325	2,07%
359. Interventi utero/annessi, non per neoplasie maligne senza diagnosi complicanti	5.152	2,00%
270. Altri interventi pelle, sottocute, mammella senza diagnosi complicanti	5.097	1,98%
060. Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta` <18	5.066	1,97%
266. Trapianti pelle e/o sbrigliamento eccetto ulcere pelle/cellulite senza diagnosi complicanti	4.452	1,73%
006. Decompressione del tunnel carpale	4.204	1,63%
412. Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	3.759	1,46%
139. Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza diagnosi complicanti	3.758	1,46%
158. Interventi su ano e stoma senza diagnosi complicanti	3.667	1,43%
467. Altri fattori che influenzano lo stato di salute	2.934	1,14%
311. Interventi per via transuretrale senza diagnosi complicanti	2.900	1,13%
239. Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	2.877	1,12%
409. Radioterapia	2.849	1,11%
055. Miscellanea interventi orecchio, naso, bocca e gola	2.818	1,10%
395. Anomalie dei globuli rossi, eta` >17	2.748	1,07%
408. Alterazioni mieloproliferative. o neoplasie poco differenziare con altri interventi	2.747	1,07%
227. Interventi sui tessuti molli no cc	2.720	1,06%
339. Interventi sul testicolo, non per neoplasie maligne, eta` >17	2.595	1,01%
262. Biopsia mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	2.387	0,93%
360. Interventi vagina, cervice, vulva	2.380	0,93%
189. Altre diagnosi relative all`apparato digerente, eta` >17 senza diagnosi complicanti	2.124	0,83%
131. Malattie vascolari periferiche no cc	2.108	0,82%
TOTALE PRIMI TRENTA DRG	167.424	65,10%
ALTRI DRG	89.746	34,90%
TOTALE COMPLESSIVO	257.170	100,00%

L'alto costo dei farmaci oncologici e la tariffa ambulatoriale contenuta hanno fino ad oggi limitato l'erogazione nel regime ambulatoriale. Infatti, come è osservabile, la maggior parte

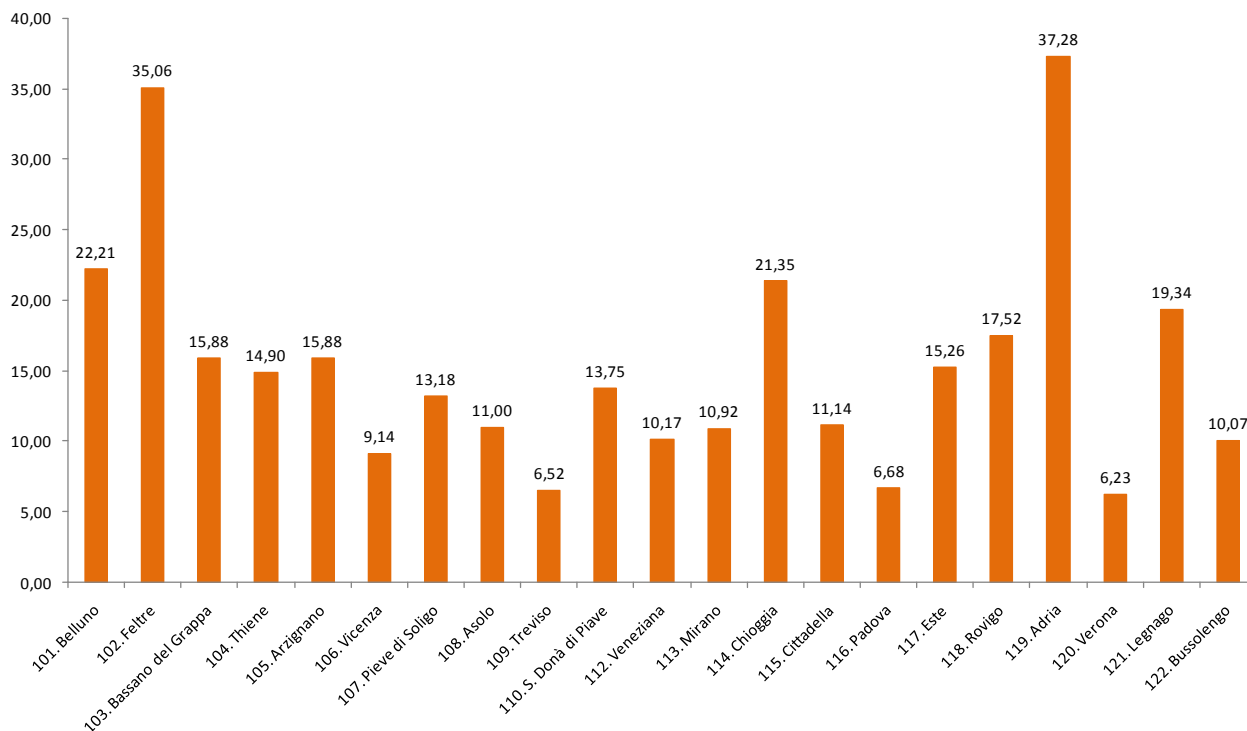
delle prestazioni è attualmente erogata in regime diurno. Solo raramente ciò avviene in regime ambulatoriale.

ASSISTENZA OSPEDALIERA NEL VENETO - 30 DRG PIU' FREQUENTI CON REGIME DI RICOVERO DIURNO		
TIPO DRG - RAGGRUPPAMENTO OMOGENEO DI DIAGNOSI	2007	
	Diurni	%
410. Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	19.304	8,28%
503. Interventi ginocchio senza diagnosi principale di infezione	11.969	5,13%
381. Aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazione o isterotomia	11.235	4,82%
162. interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 senza diagnosi complicanti	11.135	4,78%
364. Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie maligne	7.611	3,26%
229. Interventi mano o polso, eccetto interventi magg. articolazioni senza diagnosi complicanti	6.370	2,73%
231. Escissione locale rimozione mezzi fissazione intramidollare no anca/femmine	5.716	2,45%
359. Interventi utero/annessi, non per neoplasie maligne senza diagnosi complicanti	5.703	2,45%
270. Altri interventi pelle, sottocute, mammella no cc	5.294	2,27%
060. tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18	4.829	2,07%
266. Trapianti pelle e/o sbrigliamento eccetto ulcere pelle/cellulite no cc	4.759	2,04%
119. Legatura e stripping di vene	4.621	1,98%
412. Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	4.014	1,72%
158. Interventi su ano e stoma no cc	3.937	1,69%
139. Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca no cc	3.751	1,61%
039. Interv. sul cristallino con o senza vitrectomia	3.248	1,39%
311. Interventi per via transuretrale no cc	3.042	1,30%
408. Alterazione mieloproliferative. o neoplasie poco differenziare con altri interventi	3.008	1,29%
055. Miscellanea interventi orecchio, naso, bocca e gola	2.858	1,23%
227. Interventi sui tessuti molli no cc	2.621	1,12%
467. Altri fattori che influenzano lo stato di salute	2.557	1,10%
339. Interventi sul testicolo, non per neoplasie maligne, età >17	2.547	1,09%
409. Radioterapia	2.484	1,07%
360. Interventi vagina, cervice, vulva	2.452	1,05%
042. Interventi intraoculari, eccetto retina, iride, cristallino	2.215	0,95%
225. Interventi sul piede	2.215	0,95%
395. Anomalie dei globuli rossi, età >17	2.187	0,94%
262. Biopsia mammella e escissione locale non per neopl. maligne	2.148	0,92%
239. Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	1.977	0,85%
TOTALE PRIMI TRENTA DRG	145.807	62,54%
ALTRI DRG	87.353	37,46%
TOTALE COMPLESSIVO	233.160	100,00%

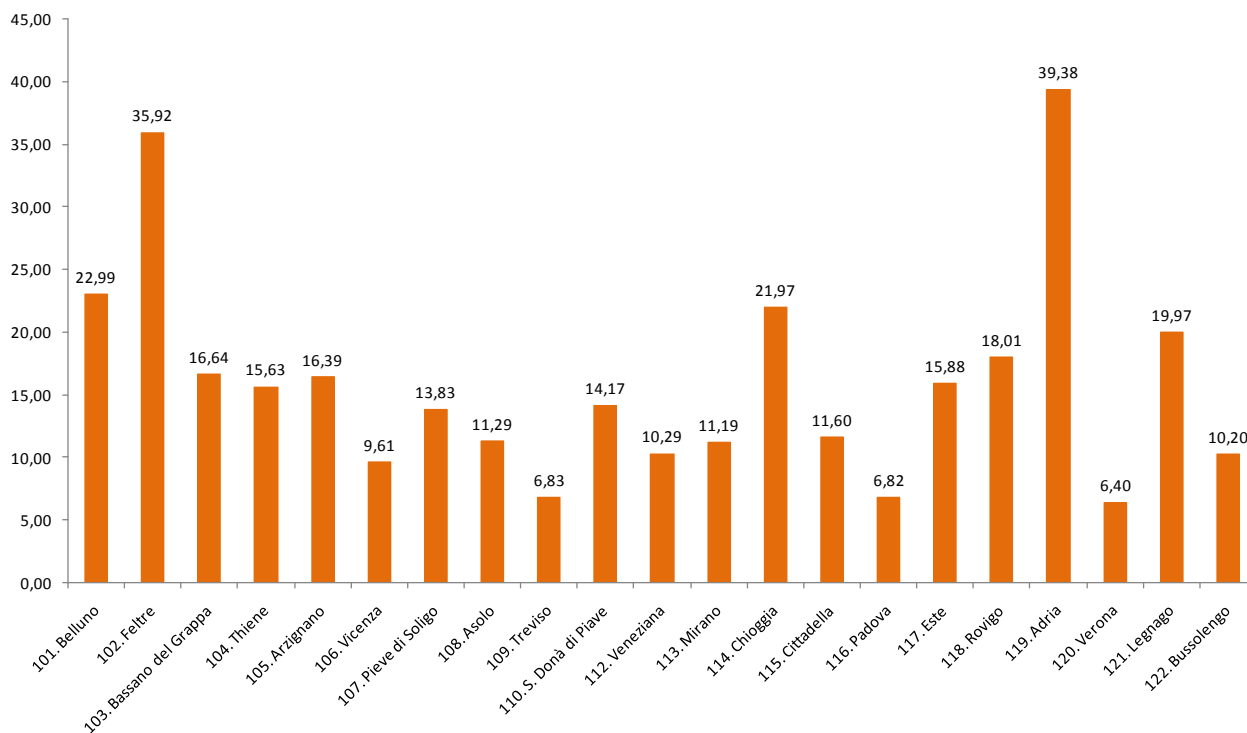
Inoltre, al fine di proporre un modello di gestione unitaria centralizzata dei farmaci ad alto costo la Regione del Veneto ha istituito un gruppo di lavoro, che procederà periodicamente a valutare l'utilizzo appropriato di questi farmaci ed effettuerà le relative valutazioni di impatto economico in relazione agli specifici indirizzi di tipo diagnostico-terapeutico per tali trattamenti,

in prospettiva della proposta di creazione di un fondo regionale dedicato ai farmaci ad alto costo.

Indice di consumo di risorse ospedaliere - Veneto 2006
(Punti DRG consumati dalla popolazione residente/popolazione residente) x 1000 abitanti



Indice di consumo di risorse ospedaliere - Veneto 2007
(Punti DRG consumati dalla popolazione residente/popolazione residente) x 1000 abitanti



Se guardiamo al consumo complessivo di punti DRG da parte delle Aziende, osserviamo una situazione molto differenziata. Tuttavia, i punti DRG consumati non hanno valori elevati, il che attesta il buon funzionamento del sistema. L'indice di consumo è il rapporto tra i punti DRG consumati dalla popolazione residente nell'anno di riferimento ed il numero di residenti (in questo caso nell'Azienda ULSS). L'indicatore viene calcolato per mille abitanti. L'indice di consumo viene inserito per la prima volta in questa Relazione, calcolato sommariamente considerando tutti i DRG, con il proposito di affinarlo nelle prossime edizioni.

Aziende ULSS	Importo complessivo tariffe DRG per Azienda ULSS del Veneto	
	2006	2007
101. Belluno	63.160.627,27	64.134.440,66
102. Feltre	39.978.629,95	40.963.367,26
103. Bassano del Grappa	75.857.758,66	79.020.418,94
104. Thiene	71.345.053,67	74.652.698,62
105. Arzignano	77.584.968,48	80.672.122,39
106. Vicenza	141.202.558,00	143.187.705,47
107. Pieve di Soligo	97.217.672,79	97.571.637,22
108. Asolo	101.120.812,10	100.103.072,37
109. Treviso	176.211.990,88	179.893.746,49
110. S. Donà di Piave	102.165.226,69	105.555.422,61
112. Veneziana	182.569.550,42	181.422.806,26
113. Mirano	122.556.462,25	121.760.175,89
114. Chioggia	65.980.993,96	67.239.332,77
115. Cittadella	107.496.285,36	109.826.033,18
116. Padova	208.599.733,83	203.124.659,00
117. Este	88.006.180,86	89.166.910,16
118. Rovigo	93.292.882,26	94.944.662,50
119. Adria	43.899.078,47	43.444.055,16
120. Verona	252.050.334,25	244.709.218,75
121. Legnago	77.674.855,19	79.326.522,28
122. Bussolengo	144.456.437,96	137.526.206,62

Un altro elemento di grande interesse, che qui viene presentato nei meri dati rilevati è l'importo delle tariffe relative ai DRG. Non vi sono ancora delle metodologie di analisi validate e consolidate, ma le tariffe, così come l'indice di consumo, potrebbero essere nuovi elementi da inserire nella nostra osservazione dell'attività ospedaliera. Tornando agli indicatori tradizionali, esaminiamo le risultanze per quanto concerne la degenza media.

Regime di ricovero ordinario - Anno 2006					
Aziende Sanitarie	Degenza Media per Azienda Sanitaria del Veneto e per Area Funzionale Omogenea				
	1. Medica	2. Chirurgica	3. Materno Infantile	4. Riabilitativa	5. Psichiatria
101. Belluno	11,59	8,06	4,43	22,13	13,38
102. Feltre	10,71	7,29	4,38	20,50	11,86
103. Bassano del Grappa	11,51	7,81	4,83	24,72	20,81
104. Thiene	10,67	7,02	3,84	25,14	15,04
105. Arzignano	9,61	5,21	3,78	19,79	15,68
106. Vicenza	10,91	6,31	4,61	32,41	15,49
107. Pieve di Soligo	10,50	7,16	4,17	21,73	15,65
108. Asolo	8,63	6,79	3,91	16,76	19,57
109. Treviso	10,58	7,24	5,18	24,61	23,30
110. S. Donà di Piave	9,87	6,25	3,91	24,99	16,41
112. Veneziana	11,50	8,19	4,72	27,87	9,94
113. Mirano	8,07	6,50	4,35	22,48	13,01
114. Chioggia	10,50	7,99	3,73	21,76	13,31
115. Cittadella	9,88	6,56	4,64	34,28	19,80
116. Padova	11,85	4,49	2,60	21,53	12,83
117. Este	9,97	6,95	3,78	34,63	15,50
118. Rovigo	9,95	4,70	4,29	21,39	17,68
119. Adria	10,54	6,36	4,56	24,29	14,60
120. Verona	11,41	3,76	4,01	23,89	28,24
121. Legnago	9,75	5,29	4,36	24,07	18,99
122. Bussolengo	9,15	5,04	3,96	22,27	13,87
901. Az. Osp. di Padova	9,80	7,70	6,00	22,10	13,15
902. Az. Osp. di Verona	11,92	7,03	6,07	22,95	20,12
952. IOV	6,38	8,76			
Veneto	10,38	6,55	4,65	24,05	18,80

I valori rilevati, con riferimento al regime di ricovero ordinario, sono complessivamente in linea con il biennio precedente, con qualche leggera riduzione. Permane ancora una forte differenziazione tra Aziende, che segnala quindi un'importante area di miglioramento a livello regionale. Infatti, pur considerando le specificità territoriali, la degenza media nelle strutture ospedaliere dovrebbe essere meno caratterizzata da un'alta variabilità.

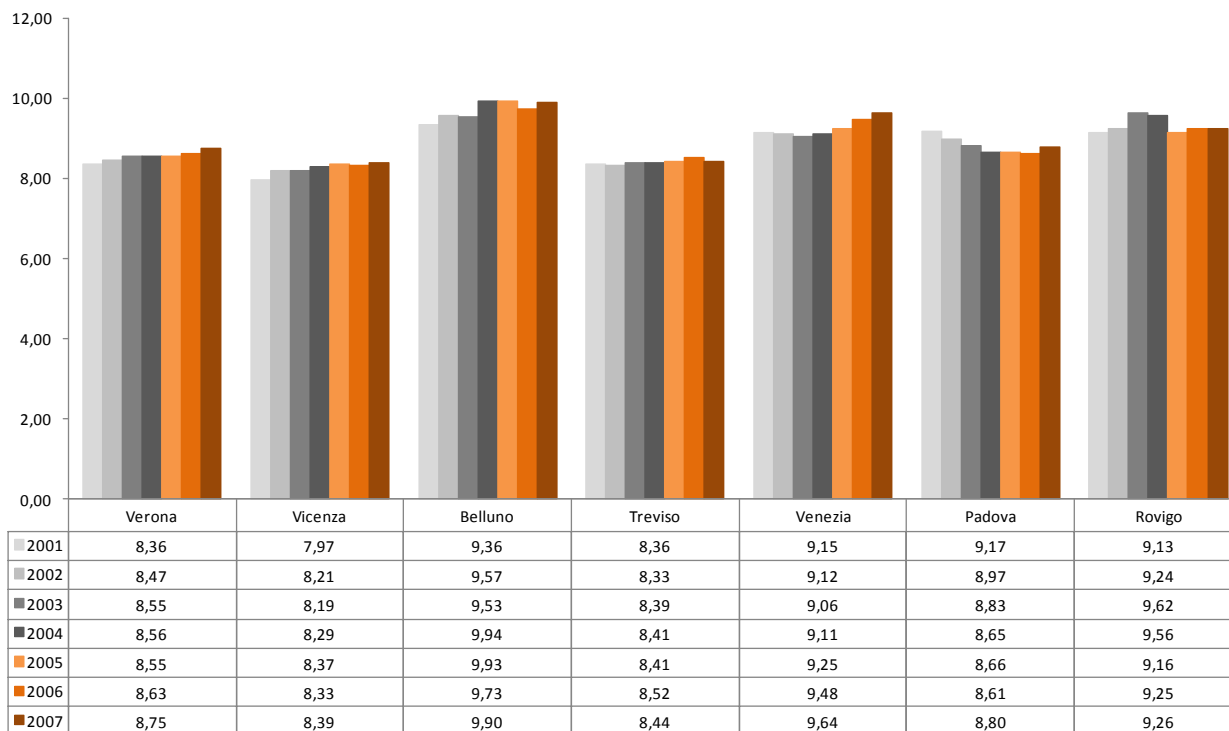
Regime di ricovero ordinario - Anno 2007					
Aziende Sanitarie	Degenza Media per Azienda Sanitaria del Veneto e per Area Funzionale Omogenea				
	1. Medica	2. Chirurgica	3. Materno Infantile	4. Riabilitativa	5. Psichiatria
101. Belluno	11,70	8,04	4,41	19,07	15,48
102. Feltre	11,14	6,92	4,25	21,15	11,42
103. Bassano del Grappa	11,87	7,79	4,57	24,64	20,32
104. Thiene	10,42	6,79	3,69	26,20	13,81
105. Arzignano	8,96	5,38	3,65	20,18	12,63
106. Vicenza	11,40	6,31	4,75	31,39	14,84
107. Pieve di Soligo	10,86	7,46	4,27	22,23	14,39
108. Asolo	9,07	6,65	4,03	18,41	19,63
109. Treviso	10,05	7,08	5,05	24,60	23,07
110. S. Donà di Piave	10,54	6,50	3,84	29,67	15,78
112. Veneziana	11,47	8,47	4,64	28,42	10,22
113. Mirano	8,76	6,40	4,07	30,92	14,36
114. Chioggia	10,44	7,42	3,48	24,80	12,14
115. Cittadella	10,05	6,46	4,57	34,51	19,10
116. Padova	9,26	4,67	2,64	20,68	27,64
117. Este	10,00	7,31	3,59	42,46	16,80
118. Rovigo	9,83	5,21	4,19	22,58	13,60
119. Adria	10,41	6,42	4,70	24,96	14,68
120. Verona	11,76	3,89	4,00	23,77	28,96
121. Legnago	9,46	5,09	4,32	22,78	17,40
122. Bussolengo	9,36	5,06	3,96	22,71	14,05
901. Az. Osp. di Padova	9,84	8,03	6,23	22,95	15,51
902. Az. Osp. di Verona	12,18	7,08	5,93	22,72	16,02
952. IOV	6,28	4,63			
Veneto	10,37	6,62	4,62	24,66	20,37

Ricordiamo che la formula per il calcolo della degenza media è la seguente: Numero di giornate di degenza erogate ai pazienti/Numero dei ricoveri effettuati dai pazienti stessi. L'analisi di questo indicatore di efficienza dei ricoveri per tipologia di Istituto, dà dei valori pressoché stabili rispetto al biennio precedente, ad eccezione degli IRCCS per i quali nel 2004-2005 vi era una rilevazione parziale. Ciò nonostante si riscontra un lieve incremento generale, non apprezzabile da un punto di vista di trend regionale.

Regime di ricovero ordinario - Anno 2006								
Area Funzionale Omogenea	Degenza Media per tipologia di istituto e per Area Funzionale Omogenea							
	0. Azienda Ospedaliera	1. Ospedale a gestione diretta presidio della ULSS	2. Policlinico Universitario	3. Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico	4. Ospedale classificato o assimilato art. 1 legge 132/68	5. Casa di cura privata	8. Istituto qualificato presidio della ULSS	S. Sperimentazioni Gestionali
Medica	10,89	10,22	7,10	6,38	11,27	13,00	8,41	9,31
Chirurgica	7,34	7,02	9,67	8,51	5,29	3,35	4,38	9,39
Materno Infantile	6,03	4,35	7,90	6,68	4,39	3,73	3,05	0,00
Riabilitativa	22,59	23,76	0,00	44,53	27,40	22,55	22,12	21,43
Psichiatrica	16,06	14,28	5,00	0,00	42,48	29,58	0,00	0,00
Regime di ricovero ordinario - Anno 2007								
Area Funzionale Omogenea	Degenza Media per tipologia di istituto e per Area Funzionale Omogenea							
	0. Azienda Ospedaliera	1. Ospedale a gestione diretta presidio della ULSS	2. Policlinico Universitario	3. Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico	4. Ospedale classificato o assimilato art. 1 legge 132/68	5. Casa di cura privata	8. Istituto qualificato presidio della ULSS	S. Sperimentazioni Gestionali
Medica	11,03	10,37	5,51	6,31	11,57	9,23	8,56	10,06
Chirurgica	7,52	7,04	10,33	4,74	5,26	3,48	4,44	9,19
Materno Infantile	6,08	4,29	3,71	8,05	4,38	3,67	3,15	0,00
Riabilitativa	22,74	24,90	0,00	44,70	26,93	22,17	20,91	23,22
Psichiatrica	15,64	14,48	1,00	0,00	43,88	30,93	0,00	0,00

Tale affermazione è suffragata anche dalla degenza media complessiva rilevata nelle Province del Veneto, che non comprende scostamenti elevati, ma solo incrementi o decrementi graduali che generalmente rientrano nell'anno successivo. Il segno è quindi quello di una stabilità costante su questo fronte.

Degenza Media per Provincia del Veneto Trend 2001-2007



L'ultimo aspetto che consideriamo con riferimento ai ricoveri ospedalieri sono i tempi di attesa. La Regione del Veneto ha da tempo posto in essere una serie di azioni finalizzate ad esplicitare l'importante principio secondo cui la tempestività nell'erogazione della prestazione sanitaria, in rapporto al bisogno di salute, costituisce un "aspetto strutturale" dei livelli essenziali di assistenza. In particolare nel 2007, sono state definite specifiche classi di priorità per i ricoveri programmabili, che di seguito elenchiamo:

Classe A: Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

Classe B: Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti.

Classe C: Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

Classe D: Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Per quanto concerne i Centri Unici Prenotazioni (CUP) provinciali non tutte le prestazioni sono condivise e prenotabili. Il processo è infatti complesso e richiede tempo, ma le Aziende Sanitarie del Veneto hanno recepito da subito l'importanza dell'orientamento regionale.

Aziende Sanitarie	Dimissioni eccedenti la soglia stabilita dalla Programmazione Regionale								
	Regime di Ricovero Ordinario – Anno 2007								
	Dimissioni Complessive	Classe A	%	Classe B	%	Classe C	%	Classe D	%
101. Belluno	17.569	431	2,45%	181	1,03%	26	0,15%	15	0,09%
102. Feltre	10.730	260	2,42%	233	2,17%	294	2,74%	158	1,47%
103. Bassano del Grappa	15.619	25	0,16%	54	0,35%	14	0,09%	0	0,00%
104. Thiene	16.001	179	1,12%	63	0,39%	14	0,09%	11	0,07%
105. Arzignano	16.709	419	2,51%	451	2,70%	121	0,72%	13	0,08%
106. Vicenza	40.708	922	2,26%	1.048	2,57%	871	2,14%	130	0,32%
107. Pieve di Soligo	19.775	269	1,36%	80	0,40%	33	0,17%	3	0,02%
108. Asolo	23.405	128	0,55%	71	0,30%	17	0,07%	15	0,06%
109. Treviso	50.520	1.210	2,40%	999	1,98%	339	0,67%	181	0,36%
110. S. Donà di Piave	21.725	376	1,73%	574	2,64%	200	0,92%	2	0,01%
112. Veneziana	40.047	371	0,93%	274	0,68%	30	0,07%	7	0,02%
113. Mirano	24.808	504	2,03%	397	1,60%	77	0,31%	92	0,37%
114. Chioggia	12.708	105	0,83%	106	0,83%	14	0,11%	0	0,00%
115. Cittadella	26.677	521	1,95%	308	1,15%	88	0,33%	21	0,08%
116. Padova	23.793	220	0,92%	254	1,07%	33	0,14%	93	0,39%
117. Este	13.262	312	2,35%	154	1,16%	129	0,97%	33	0,25%
118. Rovigo	22.212	386	1,74%	257	1,16%	67	0,30%	4	0,02%
119. Adria	11.266	41	0,36%	10	0,09%	0	0,00%	11	0,10%
120. Verona	16.704	72	0,43%	28	0,17%	4	0,02%	9	0,05%
121. Legnago	15.853	70	0,44%	84	0,53%	45	0,28%	0	0,00%
122. Bussolengo	45.184	794	1,76%	511	1,13%	77	0,17%	74	0,16%
901. Az. Osp. di Padova	49.759	1.207	2,43%	1.062	2,13%	356	0,72%	46	0,09%
902. Az. Osp. di Verona	54.000	82	0,15%	44	0,08%	7	0,01%	12	0,02%
952. IOV	2.649	204	7,70%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Veneto	591.683	9.108	1,54%	7.243	1,22%	2.856	0,48%	930	0,16%

Per quanto riguarda le dimissioni con regime di ricovero ordinario, le percentuali di ricoveri eccedenti la soglia, cioè effettuati oltre i limiti previsti dalla programmazione regionale per i tempi di attesa, sono nella Regione del Veneto pari al 1,54% per la Classe A, 1,22% per la Classe B, 0,48% per la Classe C e 0,16% per la Classe D. Anche l'analisi di questi fattori viene qui presentata per la prima volta e dovrà essere affinata nelle prossime edizioni.

Aziende Sanitarie	Dimissioni eccedenti la soglia stabilita dalla Programmazione Regionale								
	Regime di Ricovero Diurno - Anno 2007								
	Dimissioni Complessive	Classe A	%	Classe B	%	Classe C	%	Classe D	%
101. Belluno	5.058	360	7,12%	278	5,50%	75	1,48%	20	0,40%
102. Feltre	3.012	56	1,86%	189	6,27%	99	3,29%	32	1,06%
103. Bassano del Grappa	4.781	27	0,56%	51	1,07%	15	0,31%	1	0,02%
104. Thiene	5.893	64	1,09%	41	0,70%	16	0,27%	88	1,49%
105. Arzignano	5.567	476	8,55%	469	8,42%	71	1,28%	9	0,16%
106. Vicenza	12.450	414	3,33%	686	5,51%	206	1,65%	118	0,95%
107. Pieve di Soligo	10.940	659	6,02%	281	2,57%	22	0,20%	23	0,21%
108. Asolo	7.411	45	0,61%	57	0,77%	25	0,34%	7	0,09%
109. Treviso	19.218	1.906	9,92%	1.458	7,59%	390	2,03%	220	1,14%
110. S. Donà di Piave	6.458	330	5,11%	510	7,90%	147	2,28%	23	0,36%
112. Veneziana	16.493	9	0,05%	43	0,26%	42	0,25%	1	0,01%
113. Mirano	8.591	300	3,49%	301	3,50%	95	1,11%	35	0,41%
114. Chioggia	7.338	176	2,40%	231	3,15%	29	0,40%	1	0,01%
115. Cittadella	8.784	120	1,37%	177	2,02%	77	0,88%	265	3,02%
116. Padova	9.345	208	2,23%	225	2,41%	210	2,25%	95	1,02%
117. Este	7.235	437	6,04%	352	4,87%	82	1,13%	72	1,00%
118. Rovigo	8.690	394	4,53%	395	4,55%	145	1,67%	26	0,30%
119. Adria	3.798	437	11,51%	54	1,42%	4	0,11%	13	0,34%
120. Verona	4.603	49	1,06%	18	0,39%	7	0,15%	8	0,17%
121. Legnago	6.859	295	4,30%	107	1,56%	46	0,67%	4	0,06%
122. Bussolengo	23.522	419	1,78%	244	1,04%	26	0,11%	16	0,07%
901. Az. Osp. di Padova	21.701	1.076	4,96%	674	3,11%	419	1,93%	46	0,21%
902. Az. Osp. di Verona	20.257	48	0,24%	8	0,04%	0	0,00%	2	0,01%
952. IOV	5.156	261	5,06%	14	0,27%	1	0,02%	0	0,00%
Veneto	233.160	8.566	3,67%	6.863	2,94%	2.249	0,96%	1.125	0,48%

Più elevati i valori assoluti e le percentuali per ciò che concerne le dimissioni con regime di ricovero diurno. Più ampie anche le differenze tra le Aziende.

Veneto 2007	Dimissioni	
	Ordinario	Diurno
Classe A	9.108	8.566
Classe B	7.243	6.863
Classe C	2.856	2.249
Classe D	930	1.125
	20.137	18.803

Per completezza si rappresentano anche i dati relativi alle giornate di degenza.

Aziende Sanitarie	Giornate di degenza eccedenti la soglia stabilita dalla Programmazione Regionale								
	Regime di Ricovero Ordinario - Anno 2007								
	Degenze Complessive	Classe A	%	Classe B	%	Classe C	%	Classe D	%
101. Belluno	169.901	3.984	2,34%	1.107	0,65%	183	0,11%	83	0,05%
102. Feltre	102.689	2.163	2,11%	1.077	1,05%	1.610	1,57%	906	0,88%
103. Bassano del Grappa	149.038	198	0,13%	397	0,27%	55	0,04%	0	0,00%
104. Thiene	121.506	922	0,76%	283	0,23%	81	0,07%	42	0,03%
105. Arzignano	125.945	2.403	1,91%	1.869	1,48%	553	0,44%	55	0,04%
106. Vicenza	350.457	15.384	4,39%	6.473	1,85%	2.989	0,85%	761	0,22%
107. Pieve di Soligo	178.561	1.571	0,88%	363	0,20%	236	0,13%	33	0,02%
108. Asolo	183.355	1.151	0,63%	288	0,16%	68	0,04%	50	0,03%
109. Treviso	467.395	10.470	2,24%	6.531	1,40%	2.015	0,43%	774	0,17%
110. S. Donà di Piave	182.480	1.975	1,08%	3.081	1,69%	1.502	0,82%	2	0,00%
112. Veneziana	473.924	4.190	0,88%	2.337	0,49%	180	0,04%	149	0,03%
113. Mirano	194.266	4.969	2,56%	1.459	0,75%	355	0,18%	695	0,36%
114. Chioggia	108.886	688	0,63%	531	0,49%	73	0,07%	0	0,00%
115. Cittadella	220.857	2.832	1,28%	1.487	0,67%	434	0,20%	112	0,05%
116. Padova	233.191	1.176	0,50%	888	0,38%	62	0,03%	140	0,06%
117. Este	126.466	9.682	7,66%	1.019	0,81%	1.166	0,92%	394	0,31%
118. Rovigo	197.398	3.433	1,74%	1.046	0,53%	512	0,26%	11	0,01%
119. Adria	100.701	426	0,42%	149	0,15%	0	0,00%	63	0,06%
120. Verona	200.572	547	0,27%	117	0,06%	14	0,01%	13	0,01%
121. Legnago	147.762	280	0,19%	423	0,29%	320	0,22%	0	0,00%
122. Bussolengo	342.309	4.042	1,18%	2.504	0,73%	371	0,11%	1.452	0,42%
901. Az. Osp. di Padova	420.847	10.153	2,41%	6.636	1,58%	1.431	0,34%	145	0,03%
902. Az. Osp. di Verona	476.312	659	0,14%	211	0,04%	24	0,01%	39	0,01%
952. IOV	15.706	983	6,26%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Veneto	5.290.524	84.281	1,59%	40.276	0,76%	14.234	0,27%	5.919	0,11%

339

I valori, ovviamente, sono quasi analoghi a quanto riscontrato con le dimissioni.

Veneto 2007	Degenze	
	Ordinario	Diurno
Classe A	84.281	38.498
Classe B	40.276	13.978
Classe C	14.234	4.031
Classe D	5.919	2.186
	144.710	58.693

Ed anche in questo caso il regime di ricovero diurno sconta le percentuali più elevate.

Aziende Sanitarie	Giornate di degenza eccedenti la soglia stabilita dalla Programmazione Regionale								
	Regime di Ricovero Diurno - Anno 2007								
	Degenze Complessive	Classe A	%	Classe B	%	Classe C	%	Classe D	%
101. Belluno	16.010	776	4,85%	298	1,86%	76	0,47%	23	0,14%
102. Feltre	6.870	113	1,64%	228	3,32%	123	1,79%	38	0,55%
103. Bassano del Grappa	12.442	42	0,34%	66	0,53%	17	0,14%	2	0,02%
104. Thiene	16.289	66	0,41%	41	0,25%	16	0,10%	89	0,55%
105. Arzignano	19.897	3.222	16,19%	654	3,29%	91	0,46%	11	0,06%
106. Vicenza	42.468	2.228	5,25%	1.913	4,50%	488	1,15%	271	0,64%
107. Pieve di Soligo	36.651	4.394	11,99%	387	1,06%	69	0,19%	75	0,20%
108. Asolo	22.068	65	0,29%	85	0,39%	33	0,15%	7	0,03%
109. Treviso	89.146	13.540	15,19%	4.946	5,55%	1.286	1,44%	515	0,58%
110. S. Donà di Piave	14.376	466	3,24%	589	4,10%	209	1,45%	23	0,16%
112. Veneziana	62.812	63	0,10%	43	0,07%	42	0,07%	20	0,03%
113. Mirano	30.210	806	2,67%	869	2,88%	259	0,86%	90	0,30%
114. Chioggia	19.934	243	1,22%	332	1,67%	33	0,17%	2	0,01%
115. Cittadella	33.396	210	0,63%	270	0,81%	141	0,42%	292	0,87%
116. Padova	32.007	299	0,93%	228	0,71%	213	0,67%	95	0,30%
117. Este	23.592	2.935	12,44%	830	3,52%	202	0,86%	94	0,40%
118. Rovigo	24.344	1.373	5,64%	442	1,82%	153	0,63%	55	0,23%
119. Adria	8.176	1.405	17,18%	125	1,53%	14	0,17%	24	0,29%
120. Verona	8.472	69	0,81%	18	0,21%	7	0,08%	8	0,09%
121. Legnago	22.431	1.862	8,30%	117	0,52%	54	0,24%	4	0,02%
122. Bussolengo	65.612	1.016	1,55%	734	1,12%	71	0,11%	400	0,61%
901. Az. Osp. di Padova	40.923	1.737	4,24%	731	1,79%	433	1,06%	46	0,11%
902. Az. Osp. di Verona	76.866	76	0,10%	12	0,02%	0	0,00%	2	0,00%
952. IOV	16.960	1.492	8,80%	20	0,12%	1	0,01%	0	0,00%
Veneto	741.952	38.498	5,19%	13.978	1,88%	4.031	0,54%	2.186	0,29%

4.2 Appropriatelyzza delle prestazioni

L'appropriatelyzza è una dimensione della qualità delle prestazioni e dei servizi. Una prestazione può considerarsi appropriata quando viene erogata secondo indicazioni cliniche di provata efficacia, nel momento giusto e secondo le opportune modalità. L'appropriatelyzza è uno dei criteri guida, introdotti nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, da assicurare su tutto il territorio nazionale: il servizio sanitario pubblico non dovrebbe erogare a suo carico prestazioni che non soddisfino tale requisito. Declinando l'assistenza quale risposta ad una domanda volta a soddisfare un bisogno (espresso o inespresso, reale o indotto), l'appropriatelyzza si configura anche come criterio per differenziare la priorità di accesso alle prestazioni nella dimensione temporale (accessibilità, liste di attesa). Si può condensare, perciò, il concetto di appropriatelyzza nella formula "Fornire la prestazione giusta al soggetto giusto, nel luogo giusto e al tempo giusto". L'appropriatelyzza si applica a tutti i livelli, funzioni e prestazioni dell'assistenza sanitaria, garantita dal Servizio Sanitario Nazionale. Si distingue in:

- *appropriatelyzza medico-tecnica*, quale aderenza, nella prescrizione e nella esecuzione di interventi e procedure, a specifiche Linee Guida, derivate dalla EBM – Evidence Based Medicine (Medicina Basata sulle Evidenze);
- *appropriatelyzza organizzativa*, quale aderenza ad un assetto gestionale e operativo, ritenuto congruo dalla comunità scientifica, per l'erogazione delle prestazioni: ricovero ordinario, *day hospital*, ambulatoriale, di base.

Il Coordinamento Regionale per l'appropriatelyzza delle prestazioni e il controllo dell'attività sanitaria è stato istituito nel 2003 con funzioni di orientamento, monitoraggio e controllo dell'appropriatelyzza delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero e ambulatoriale. A tal fine il Coordinamento Regionale ha effettuato controlli campionari sull'attività di ricovero delle strutture pubbliche e private preaccreditate della Regione Veneto, favorendo il miglioramento della correttezza di compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera e fornendo elementi utili anche ai fini della programmazione della rete delle strutture erogatrici.

La Regione del Veneto ha previsto sin da allora alcuni indicatori di appropriatelyzza dei ricoveri ordinari da monitorare e in particolare:

Ricoveri ripetuti: si considerano ricoveri ripetuti quelli che avvengono in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni nello stesso Presidio, per i quali la categoria della diagnosi principale del secondo ricovero sia la categoria di una delle sei diagnosi di dimissione del ricovero precedente.

Non sono considerati ripetuti:

- ricoveri di chemioterapia e radioterapia, o comunque ricoveri per i quali lo schema terapeutico preveda un trattamento ciclico o frazionato;
- ricoveri con DRG chirurgico;

- ricoveri con prestazioni di cui all'Allegato A della DGR n° 4450 del 28/12/2007;
- ricoveri di pazienti autodimessi;
- ricoveri esitati in decesso del paziente;
- ricoveri urgenti;
- dimissioni da UU.OO. di lungodegenza o riabilitazione che fanno seguito ad una dimissione nella stessa giornata da una U.O. per acuti.

Ricoveri ripetuti (anni 2006-2007) per Azienda di ricovero						
Azienda ricovero	2007			2006		
	N. Dimissioni		% ricoveri ripetuti	N. Dimissioni		% ricoveri ripetuti
	Ricoveri ripetuti	Totale ricoveri		Ricoveri ripetuti	Totale ricoveri	
101. Belluno	185	23.344	0,8	251	23.824	1,1
102. Feltre	60	14.734	0,4	95	14.974	0,6
103. Bassano del Grappa	159	21.795	0,7	132	22.476	0,6
104. Thiene	68	23.829	0,3	64	23.675	0,3
105. Arzignano	122	23.635	0,5	132	24.385	0,5
106. Vicenza	496	55.889	0,9	581	57.466	1
107. Pieve Di Soligo	193	32.636	0,6	229	34.619	0,7
108. Asolo	185	32.892	0,6	214	35.784	0,6
109. Treviso	1.099	72.951	1,5	1.034	74.417	1,4
110. S. Donà di Piave	98	29.443	0,3	108	30.543	0,4
112. Venezia	559	58.804	1	431	60.051	0,7
113. Mirano	249	35.452	0,7	303	38.343	0,8
114. Chioggia	56	21.162	0,3	40	21.547	0,2
115. Cittadella	208	37.807	0,6	179	38.923	0,5
116. Padova	164	33.902	0,5	159	36.091	0,4
117. Este	128	21.308	0,6	132	21.933	0,6
118. Rovigo	157	32.075	0,5	181	33.466	0,5
119. Adria	97	15.514	0,6	148	16.428	0,9
120. Verona	166	22.492	0,7	189	24.162	0,8
121. Legnago	144	23.487	0,6	107	23.944	0,4
122. Bussolengo	327	71.765	0,5	436	77.945	0,6
901. Azienda Ospedaliera Padova	661	74.115	0,9	843	78.528	1,1
902. Azienda Ospedaliera Verona	1.125	77.100	1,5	1.190	80.532	1,5
952. Istituto Oncologico Veneto	446	7.805	5,7	355	7.985	4,4
Totale	7.152	863.936	0,8	7.533	902.041	0,8

Ricoveri potenzialmente inappropriati: si considerano ricoveri potenzialmente inappropriati quelli di durata uguale o inferiore a 3 giorni (2 notti) erogati per pazienti di età maggiore di 6 anni, attribuiti a DRG medici.

Ricoveri potenzialmente inappropriati (anni 2006-2007) per Azienda di ricovero						
Azienda ricovero	2007			2006		
	N. Dimissioni		% ricoveri potenzialmente inappropriati	N. Dimissioni		% ricoveri potenzialmente inappropriati
	Ricoveri potenzialmente inappropriati	Totale ricoveri		Ricoveri potenzialmente inappropriati	Totale ricoveri	
101. Belluno	519	23.344	2,2	525	23.824	2,2
102. Feltre	242	14.734	1,6	233	14.974	1,6
103. Bassano del Grappa	517	21.795	2,4	436	22.476	1,9
104. Thiene	257	23.829	1,1	239	23.675	1,0
105. Arzignano	514	23.635	2,2	557	24.385	2,3
106. Vicenza	939	55.889	1,7	1.028	57.466	1,8
107. Pieve Di Soligo	407	32.636	1,2	547	34.619	1,6
108. Asolo	746	32.892	2,3	722	35.784	2,0
109. Treviso	1.694	72.951	2,3	1.586	74.417	2,1
110. S. Donà di Piave	476	29.443	1,6	428	30.543	1,4
112. Venezia	794	58.804	1,4	785	60.051	1,3
113. Mirano	445	35.452	1,3	576	38.343	1,5
114. Chioggia	176	21.162	0,8	89	21.547	0,4
115. Cittadella	1.335	37.807	3,5	1.286	38.923	3,3
116. Padova	673	33.902	2,0	850	36.091	2,4
117. Este	272	21.308	1,3	275	21.933	1,3
118. Rovigo	376	32.075	1,2	421	33.466	1,3
119. Adria	277	15.514	1,8	427	16.428	2,6
120. Verona	230	22.492	1,0	266	24.162	1,1
121. Legnago	645	23.487	2,7	546	23.944	2,3
122. Bussolengo	924	71.765	1,3	1.123	77.945	1,4
901. Azienda Osp. Padova	1.757	74.115	2,4	2.051	78.528	2,6
902. Azienda Osp. Verona	2.166	77.100	2,8	2.555	80.532	3,2
952. Istituto Oncologico Veneto	526	7.805	6,7	377	7.985	4,7
Totale	16.907	863.936	2,0	17.928	902.041	2,0

Fanno eccezione:

- ricoveri per chemioterapia e radioterapia;
- ricoveri di pazienti autodimessi;
- ricoveri esitati in decesso del paziente;
- ricoveri urgenti;
- ricoveri con parto.

Ricoveri attribuiti a DRG complicato non appropriati (anni 2006-2007) per Azienda di ricovero						
Azienda ricovero	2007			2006		
	N. Dimissioni		% ricoveri DRG complicato non appropriati	N. Dimissioni		% ricoveri DRG complicato non appropriati
	Ricoveri DRG complicato non appropriati	Totale ricoveri		Ricoveri DRG complicato non appropriati	Totale ricoveri	
101. Belluno	511	23.344	2,2	461	23.824	1,9
102. Feltre	295	14.734	2	296	14.974	2
103. Bassano del Grappa	548	21.795	2,5	644	22.476	2,9
104. Thiene	339	23.829	1,4	278	23.675	1,2
105. Arzignano	551	23.635	2,3	535	24.385	2,2
106. Vicenza	891	55.889	1,6	1.027	57.466	1,8
107. Pieve Di Soligo	821	32.636	2,5	883	34.619	2,6
108. Asolo	973	32.892	3	984	35.784	2,7
109. Treviso	1.726	72.951	2,4	1.723	74.417	2,3
110. S. Donà di Piave	814	29.443	2,8	906	30.543	3
112. Venezia	1.032	58.804	1,8	1.105	60.051	1,8
113. Mirano	538	35.452	1,5	952	38.343	2,5
114. Chioggia	167	21.162	0,8	204	21.547	0,9
115. Cittadella	634	37.807	1,7	946	38.923	2,4
116. Padova	549	33.902	1,6	701	36.091	1,9
117. Este	598	21.308	2,8	665	21.933	3
118. Rovigo	746	32.075	2,3	774	33.466	2,3
119. Adria	419	15.514	2,7	563	16.428	3,4
120. Verona	442	22.492	2	415	24.162	1,7
121. Legnago	591	23.487	2,5	636	23.944	2,7
122. Bussolengo	918	71.765	1,3	1.082	77.945	1,4
901. Azienda Ospedaliera Padova	938	74.115	1,3	1.048	78.528	1,3
902. Azienda Ospedaliera Verona	2.135	77.100	2,8	2.434	80.532	3
952. Istituto Oncologico Veneto	71	7.805	0,9	38	7.985	0,5
Totale	17.247	863.936	2	19.300	902.041	2,1

Ricoveri attribuiti a DRG complicato: si considerano correttamente attribuiti a un DRG complicato quei ricoveri in cui la durata della degenza sia superiore di almeno un giorno rispetto alla degenza media, definita dalla Regione, del corrispettivo DRG omologo non complicato, oppure alla degenza media del medesimo DRG rilevata presso l'erogatore, qualora la sua performance risulti migliore di quella regionale più recente.

Fanno eccezione:

- ricoveri esitati in decesso del paziente;
- ricoveri di pazienti autodimessi.

I ricoveri di 0-1 giorno con DRG medico: sono considerati di regola non appropriati.

Nel 2007 è stato definito il nuovo sistema dei controlli di appropriatezza e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nella Regione del Veneto. La revisione del sistema dei controlli e delle tipologie di prestazioni da sottoporre a verifica si è resa necessaria prima di tutto in relazione alle importanti modifiche che il sistema sanitario ha subito negli ultimi anni per quanto riguarda le modalità di erogazione delle prestazioni. Inoltre, gli indicatori previsti nel 2003 sono risultati poco rappresentativi in rapporto ad una realtà in evoluzione, e quindi non più indicativi delle attuali problematiche presenti nelle strutture sanitarie. La filosofia che ispira il nuovo impianto organizzativo dei controlli dell'attività sanitaria si propone di perseguire i seguenti obiettivi:

- sviluppare i controlli interni nelle Aziende erogatrici, al fine di motivare i clinici ad assumere comportamenti appropriati e il più possibile uniformi nei confronti delle problematiche relative all'erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali;
- aumentare il livello di omogeneità regionale delle codifiche, con auspicata riduzione del contenzioso conseguente ai controlli esterni;
- delineare e distinguere gli organi deputati al controllo (Nucleo Aziendale) dagli organi di vigilanza (Nucleo Provinciale e Regionale);
- creare un sistema il più possibile esplicito e trasparente attraverso l'introduzione del "Piano annuale dei controlli" che ogni Azienda è tenuta a presentare ad inizio anno, inducendo una sinergia tra pianificazione periferica e coordinamento regionale.

Il nuovo sistema prevede che la responsabilità della effettuazione dei controlli sia in capo al Direttore Generale dell'Azienda ULSS, Ospedaliera, IRCCS e al Legale Rappresentante della struttura privata preaccreditata.

I controlli si articolano su due livelli:

- controlli interni sulla produzione della stessa struttura;
- controlli esterni, disposti dalle Aziende ULSS.

Il nuovo impianto pone al centro del sistema il Nucleo Aziendale di Controllo (NAC) che ogni Azienda erogatrice, pubblica e privata preaccreditata, è tenuta ad istituire. Le Aziende ULSS

possono eventualmente concordare di delegare i controlli ad un NAC interaziendale costituito nell'ambito della stessa Provincia. In tal caso deve essere adottato uno specifico regolamento che disciplini la composizione e il funzionamento dello stesso.

I Nuclei Aziendali di Controllo svolgono prioritariamente le seguenti attività:

- controllo del sistema di codifica ICD9-CM delle diagnosi e degli interventi utilizzato dai clinici, nel rispetto delle direttive regionali in tema di codifica;
- verifica degli indicatori previsti dalla Regione del Veneto per i controlli interni ed esterni;
- predisposizione di report semestrali da inviare al Nucleo Provinciale di Controllo competente per territorio;

Con riferimento alla specialistica ambulatoriale, i controlli hanno la finalità di:

- accertare l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni, anche tramite il monitoraggio del rapporto esistente tra le prestazioni ambulatoriali, il numero di sanitari dedicati, le apparecchiature a disposizione e l'orario di effettiva attività;
- verificare la corretta applicazione delle specifiche cliniche di prioritizzazione delle prestazioni ambulatoriali definite a livello regionale e/o aziendale;
- controllare le modalità di prioritizzazione dei ricoveri programmati.

È prevista inoltre la elaborazione, da parte di ciascuna Azienda pubblica e privata preaccreditata, del Piano Annuale dei Controlli Interni e, da parte delle sole Aziende ULSS, del Piano Annuale dei Controlli Esterni. I Piani devono riportare tutte le tipologie di prestazioni che saranno oggetto di verifica, da parte del NAC, nel corso dell'anno.

Contestualmente ai mutamenti descritti, è stato anche ridefinito il ruolo del Coordinamento Regionale per l'appropriatezza delle prestazioni e il controllo dell'attività sanitaria, il quale rappresenta l'organo operativo di cui si avvale il Nucleo Regionale di Controllo per esercitare la propria attività di vigilanza.

Le funzioni del Coordinamento comprendono:

- eseguire i controlli disposti dal Nucleo Regionale di Controllo sulla documentazione sanitaria (SDO/cartelle cliniche);
- stimolare il miglioramento della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera;
- fornire elementi utili per l'aggiornamento del documento tecnico-organizzativo sull'attività dei controlli;
- collaborare nell'attività di controllo sulle prestazioni erogate in regime di ricovero a cittadini veneti presso strutture sanitarie di altre Regioni;
- fornire supporto ai Nuclei Aziendali di Controllo per implementare lo sviluppo e l'attuazione dei controlli interni, fornendo consulenza per i controlli esterni;
- promuovere iniziative formative e di incontro per migliorare la cultura dell'appropriatezza del personale preposto ai controlli.

Per quanto concerne la tipologia dei controlli, possiamo individuare due macroaree: a) i controlli interni; b) i controlli esterni. Con riguardo al primo contesto le verifiche hanno ad oggetto: ricoveri ordinari e diurni in Unità Operative per acuti e prestazioni ambulatoriali. Possiamo quindi sintetizzarne di seguito l'impostazione:

Controlli interni: indicatori di controllo

Ricoveri ordinari in Unità Operative per acuti

Il controllo riguarda almeno il 3% delle dimissioni dell'anno in corso effettuate dalle Strutture di ricovero di ciascuna Azienda, valutando in particolare le seguenti categorie: a) ricoveri attribuiti a DRG complicati; b) ricoveri di tipo urgente; c) ricoveri con DRG presente nell'elenco dei 52 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza. Su tale campione viene anche eseguito un controllo sull'appropriatezza della codifica delle diagnosi e degli interventi effettuata dai Clinici. Inoltre, la rilevazione dei seguenti indicatori permette, con buona approssimazione, di conoscere le performances di ogni singola Struttura di ricovero, con la predisposizione di report da inviare al Nucleo Provinciale di Controllo (NPC). Si presta particolare attenzione alla percentuale di ricoveri attribuiti a un DRG complicato sul totale delle dimissioni, alla percentuale di ricoveri brevi con DRG medico (0-2 notti), alla percentuale di dimissioni per trasferimento entro il secondo giorno, alla degenza media DRG-specifica ed alla percentuale di ricoveri ordinari effettuati per le prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale. Gli indicatori sopra elencati si intendono comprensivi anche dei ricoveri in regime di urgenza, senza alcun criterio di esclusione correlato alla modalità di dimissione o alla tipologia del DRG.

Ricoveri diurni in Unità Operative per acuti

Il controllo riguarda almeno il 3% delle dimissioni dell'anno in corso effettuate dalle Strutture di ricovero di ciascuna Azienda, valutando in particolare le seguenti categorie:

- ricoveri diurni con DRG medico;
- percentuale di ricoveri diurni effettuati per le prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale.

Prestazioni ambulatoriali di Day Service

Il controllo riguarda: a) il rispetto dei pacchetti di prestazioni autorizzati dalla Regione del Veneto; b) l'effettiva esecuzione di visite specialistiche, esami strumentali e/o prestazioni terapeutiche secondo i percorsi adottati dalla Struttura per la presa in carico del paziente.

Prestazioni Ambulatoriali

Il controllo riguarda:

- l'attribuzione sistematica della classe di priorità e del sospetto diagnostico all'atto della prescrizione (verifica a campione su una percentuale di prestazioni stabilita nel Piano annuale dei controlli interni);
- la verifica a campione del rispetto dei protocolli in tema di prioritarizzazione;
- l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa;
- verifica, su un campione di prestazioni appartenenti alle branche specialistiche, della congruità tra quanto prescritto e quanto erogato, sulla base dell'analisi della documentazione clinica a disposizione.

Controlli esterni: indicatori di controllo

Ricoveri ordinari attribuiti a un DRG complicato

Si considerano correttamente attribuiti a un DRG complicato quei ricoveri in cui la durata della degenza sia superiore di almeno un giorno rispetto alla degenza media, definita dalla Regione, del corrispettivo DRG omologo non complicato, oppure alla degenza media del medesimo DRG rilevata presso l'erogatore, qualora la sua performance risulti migliore di quella regionale più recente. Poiché possono essere presenti situazioni in cui è da ritenersi corretta la codifica di diagnosi secondarie che generano un DRG complicato, pur con degenze inferiori all'omologo DRG non complicato, risulta indispensabile il controllo della documentazione clinica.

Ricoveri ordinari di tipo urgente

Si considerano ricoveri ordinari di tipo urgente quei ricoveri dove il carattere d'urgenza sia evidenziabile e i pazienti siano transitati dal Pronto Soccorso, fatto salvo i ricoveri ad accesso diretto. Deve essere considerata anomala, e pertanto oggetto di maggiori controlli, la procedura con la quale i ricoveri urgenti vengono effettuati direttamente dai reparti di degenza.

Ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriatazza

Si considerano ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriatazza i ricoveri afferenti all'elenco dei 52 DRG definiti dalla Regione del Veneto e in particolare sono da considerarsi potenzialmente inappropriati:

- i DRG chirurgici erogati in regime ordinario con degenza 0-2 notti, nel corso dei quali l'unica prestazione erogata sia contenuta nell'elenco delle attività erogabili in regime di ricovero diurno;
- i DRG medici erogati in regime ordinario con degenza 0-2 notti, privi di procedure previste per le attività erogabili in regime di ricovero diurno.

Ricoveri ordinari con possibili errori nella codifica ICD9-CM

Il controllo riguarda i possibili errori nella codifica delle diagnosi o degli interventi. Una codifica ICD9-CM delle diagnosi o delle procedure non corrispondente alla descrizione delle stesse nell'ICD9-CM o non conforme alle normative regionali vigenti va considerata come un errore di codifica della SDO, e richiede pertanto il controllo della documentazione clinica in quanto può evidenziare possibili comportamenti opportunistici.

Ricoveri diurni attribuiti a un DRG complicato

Per definizione i ricoveri diurni non possono essere attribuiti a DRG complicati poiché l'accesso o gli accessi del ricovero diurno sono finalizzati alla procedura/terapia della patologia descritta in diagnosi principale.

Ricoveri diurni ad elevato rischio di inappropriatelyzza

Si definiscono ricoveri diurni ad elevato rischio di inappropriatelyzza quei ricoveri privi di procedure previste per le attività erogabili in regime di ricovero diurno.

Ricoveri diurni con possibili errori nella codifica ICD9-CM

Il controllo riguarda i possibili errori nella codifica delle diagnosi o degli interventi.

Prestazioni ambulatoriali di Day Service

Il controllo viene eseguito in particolare su: a) il rispetto dei pacchetti di prestazioni autorizzati dalla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari; b) l'effettiva esecuzione di visite specialistiche, esami strumentali e/o prestazioni terapeutiche secondo i percorsi prestabiliti di presa in carico del paziente e in base ad altre eventuali indicazioni fornite dal Nucleo Regionale di Controllo (NRC).

Prestazioni Ambulatoriali

Il controllo viene eseguito in particolare su: a) verifica a campione della congruenza ed appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso la verifica delle prescrizioni e della relativa documentazione clinica (referti, cartelle ambulatoriali); b) rapporto esistente tra le prestazioni ambulatoriali, il numero di sanitari dedicati e le apparecchiature a disposizione nonché l'orario di effettiva attività e da altri controlli in base alle indicazioni fornite dal Nucleo Regionale di Controllo (NRC).

Ricoveri in Unità Operative di Riabilitazione

Il controllo riguarda l'attività di ricovero delle seguenti Unità Operative:

- Unità Spinale (US) per il trattamento degli esiti delle gravi mielolesioni (codice 28);

- Unità per le gravi cerebrolesioni (UGC) per il trattamento dei gravi traumatizzati cranio-encefalici e di altre gravi cerebrolesioni acquisite (codice 28.01);
- Unità per le gravi disabilità in età evolutiva (UGDE) (codice 75);
- Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite (URNA) (codice 75).

Controlli sui ricoveri in Strutture Psichiatriche

Questi controlli sono per lo più mirati alla verifica della presenza dei progetti riabilitativi e ad eventuali indicatori che verranno definiti dal Nucleo Regionale di Controllo (NRC).

4.3 Attività di trapianto

Come si è detto nella precedente Relazione Socio Sanitaria, la Regione ha definito importanti aspetti strategici, riconoscendo nel Sistema Regionale Trapianti non solo una organizzazione idonea ed adeguata ad erogare servizi in ambienti strettamente clinico-sanitari, ma anche una struttura particolarmente attrezzata per svolgere funzioni dove realizzare un vero sistema a rete in cui gli attori fossero tutti rappresentati: amministratori, sanitari, cittadini, associazioni di volontariato. Anche nel biennio 2006-2007, attraverso l'applicazione di schemi basati sul costante adeguamento di provvedimenti normativi, sull'applicazione di regole di management aziendale e sul costante sostegno anche motivazionale agli operatori sanitari che gestiscono giorno dopo giorno il processo di procurement e trapianto, si è riusciti a rafforzare e valorizzare quel modello organizzativo che fa del Veneto una fra le più avanzate aree europee in questo settore. Il Sistema Regionale Trapianti, con la sua peculiare struttura organizzativa, risulta oggi svolgere un'azione trainante nello sviluppo dell'intera assistenza sanitaria regionale, nella ricerca e nel campo della formazione del personale sanitario e non solo, senza venir meno al dovere di essere al servizio del cittadino ed in particolare del cittadino ammalato. La scienza dei trapianti in Veneto ha così oltrepassato i confini della stessa medicina per integrarsi nel tessuto sociale e nei valori etici della Regione. La logica con cui il sistema opera è tale per cui eventuali differenze organizzative fra diverse aziende sanitarie venete o possibili disuguaglianze di livello assistenziale fra centri trapianti non sono mai stati un limite bensì un valore in più per accrescere le diverse competenze in un contesto improntato alla fiducia, allo scambio di esperienze ed al rispetto reciproco fra struttura sanitaria chiamata ad erogare un servizio primario ed il cittadino beneficiario. Quindi, nel biennio 2006-2007 oltre ad adeguare il modello organizzativo secondo l'ottica del sistema a rete, si è provveduto a porre attenzione a quelle realtà apparentemente meno note, ma comunque fondamentali. Il rinnovo del Consiglio di Amministrazione della Fondazione Banca degli Occhi del Veneto e della Fondazione per l'Incremento di Organi e Tessuti, le previdenze a favore dei trapiantati d'organo e midollo osseo e dei donatori d'organo da vivente, i provvedimenti diretti al sostegno dei programmi di trapianto, il Piano Regionale di Informazione e Sensibilizzazione sulla donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto, sono esempi con cui si è cercato di dare risposta alla necessità di costituire un modello capace di governare la realtà esistente senza perdere di vista le necessità future. In una realtà di risorse limitate, la Regione del Veneto ha implementato una serie di azioni volte a professionalizzare tutti i moduli che compongono il sistema, a dare avvio all'accreditamento delle strutture pubbliche e private dedicate alla trapiantologia, ad identificare ed introdurre sistemi di qualità in tutte le attività trapiantologiche, a ricercare forme di collaborazione pubblico-privato, a promuovere e sviluppare la ricerca nel campo della medicina rigenerativa. In particolare, nel 2007, si sono poste le basi per identificare nuovi

indirizzi operativi destinati a garantire e migliorare la sicurezza e l'efficienza dell'intero processo procurement-trapianti-benessere del cittadino, nonché a compensare la sempre maggior richiesta di organi attraverso l'incremento dell'attività di donazione da vivente. Il tutto supportato dallo studio di nuovi *device cardiaci* utili alla sopravvivenza del paziente, dall'adozione di pratiche assistenziali tese a migliorarne la qualità della vita e dalla riorganizzazione dei laboratori destinati alla terapia cellulare.

L'assetto organizzativo del Sistema Trapianti del Veneto

Il Centro Regionale Trapianti (CRT) ha dimostrato, sin dalla sua istituzione, con il costante aumento della sua attività in termini qualitativi e quantitativi, la capacità di esercitare un efficiente e valido governo sul sistema e di possedere flessibilità e scelte che meglio si sono adattate alle differenti situazioni aziendali. Parallelamente anche le singole unità operative locali, dimostrando efficienza ed alta capacità di autogoverno si sono sempre coordinate con il Centro Regionale Trapianti, individuando in questa struttura non tanto una organizzazione sovra-gerarchica quanto un gruppo di professionisti sempre a fianco dell'operatore e sempre disponibile a supportarlo ed incoraggiarlo. Ora, anche se i risultati ottenuti dal Sistema Regionale Trapianti della Regione Veneto nel periodo 2006-2007 si possono considerare ottimi ed in linea con gli obiettivi definiti, è necessario, per rispondere alle emergenti e sempre diverse istanze di salute, rivisitare, in una visione dinamica, la struttura organizzativa, i processi, la programmazione e la pianificazione del sistema. Da questo punto di vista, la rivisitazione del modello organizzativo proprio del CRT, che si è resa necessaria per migliorare l'operatività ed i meccanismi delle diverse componenti che afferiscono al Sistema, prevede la riorganizzazione secondo il modello della struttura a matrice. Le colonne della matrice organizzativa sono rappresentate dagli attori del Sistema Regionale Trapianti (SRT) quali CRT, Coordinamenti Locali, Coordinamenti Provinciali, le Banche dei Tessuti, i Centri di formazione, i Centri Trapianto mentre nelle righe della matrice sono presenti le 23 Aziende Socio-Sanitarie. Si intrecciano così autorità, competenze e responsabilità sia in senso verticale e sia in senso orizzontale. In pratica, per la realizzazione di un progetto, si individua un team in cui possono afferire personale della diverse aree funzionali e personale che partecipa al singolo progetto. In questa unità organizzativa sono individuati l'*attore owner* di tutto il processo, l'eventuale responsabile dell'applicazione e chi, più semplicemente, partecipa al progetto stesso. È ovvio che tutte le linee progettuali scaturiscono dalla struttura matrice principale il cui gestore primo è il Centro Regionale Trapianti. I vantaggi di applicare una struttura a matrice piuttosto che altri modelli (quale ad esempio struttura funzionale o struttura divisionale) possono essere così riassunti:

- elevare l'efficienza e la specializzazione del personale e della struttura funzionale, raggiungendo migliori rendimenti operativi;

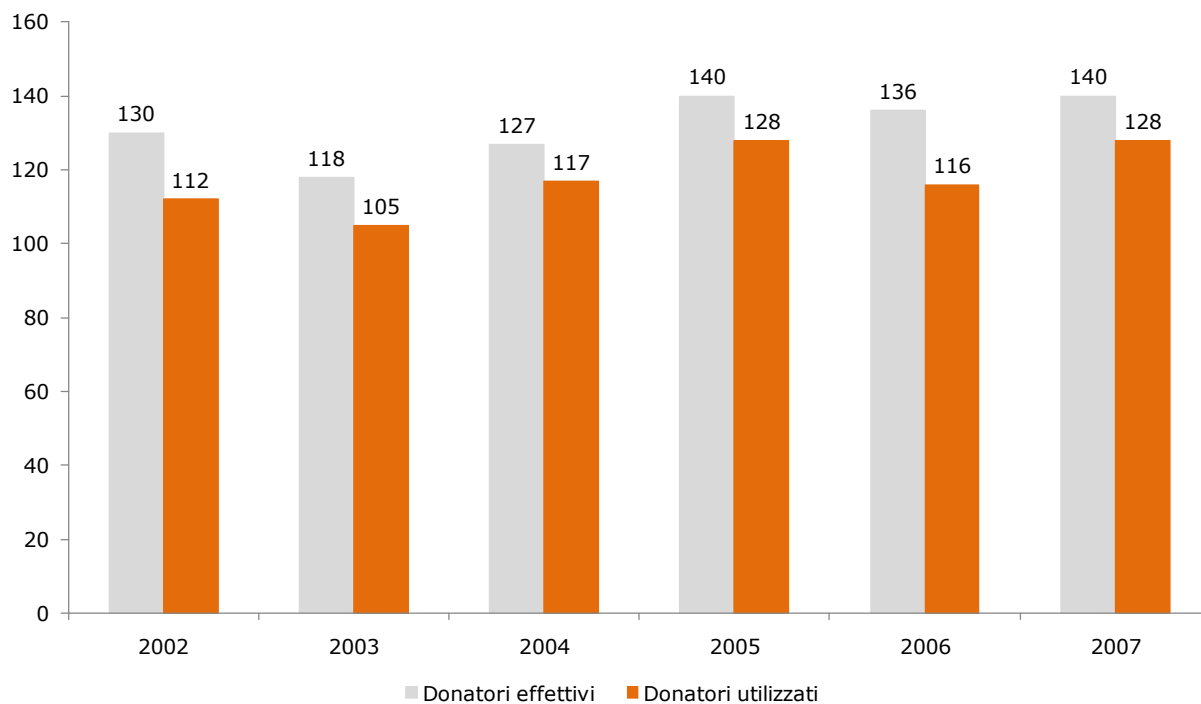
- garantire una gestione unitaria ed integrata dei singoli progetti/obiettivi;
- elevare la flessibilità gestendo le risorse umane a seconda delle necessità operative dei singoli progetti/obiettivi;
- favorire la formazione e lo sviluppo delle professionalità del personale perché acquisite passando da un progetto/obiettivo all'altro;
- facilitare e stimolare la discussione e la gestione di critica;
- conseguire economie di scala.

Solo attraverso questo tipo di organizzazione è possibile rispondere in modo proattivo agli indirizzi strategici definiti dal Sistema Sanitario Regionale e Nazionale. In questa mission sono ovviamente compresi il miglioramento dei risultati del Sistema Regionale Trapianti in termini di qualità e quantità, il motivare ed incentivare il personale sanitario coinvolto nell'intera catena del processo, contribuire a rendere migliore la qualità di vita della popolazione. È questa una sfida che il Sistema Trapianti Veneto ha già in parte raccolto e vinto ed in parte dovrà vincere impegnandosi su molti fronti, siano essi di carattere organizzativo sia culturale, tutti finalizzati al raggiungimento del medesimo fine: *creare un vero sistema modulare che permetta di raggiungere obiettivi sempre più ambiziosi pur disponendo di risorse relativamente limitate*. A conferma della validità della strada intrapresa vi sono i risultati dell'attività di donazione e trapianto che dimostrano i livelli di eccellenza raggiunti dal Centro Regionale Trapianti a livello della programmazione, della pianificazione e dell'organizzazione dell'attività, nonché l'elevata professionalità di tutto il personale coinvolto nell'intero processo. Queste note di merito sono state riconosciute e certificate anche dal Centro Nazionale Trapianti, già nel 2005.

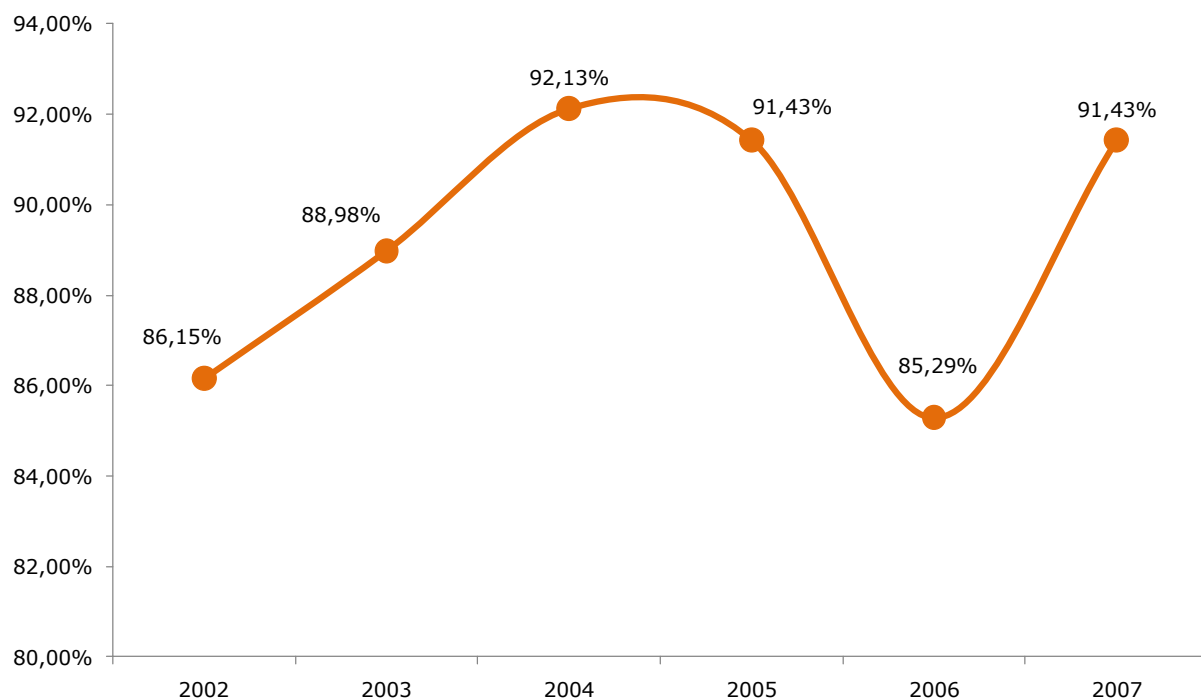
Fra i molti dati che potrebbero essere pubblicati per documentare i traguardi raggiunti dal Sistema Regionale Trapianti del Veneto è opportuno estrapolare quelli che meglio oggettivano la qualità del processo. Nella nostra Regione nel corso del biennio 2006-2007 sono stati registrati 276 donatori effettivi e 244 donatori utilizzati. Gli organi prelevati sono stati 938 e quelli utilizzati 762. L'attività di raccolta dei tessuti da cadavere e da vivente effettuata dalla Banca dei Tessuti del Veneto (polo di Treviso e polo di Verona) ha coinvolto 4.158 soggetti, mentre i donatori di tessuto oculare sono stati 3.608. I dati sopra sintetizzati esprimono l'elevata professionalità dei numerosi operatori sanitari coinvolti nell'attività di procurement e trapianto, la particolare e consapevole attenzione che questi pongono nell'individuare ed utilizzare al meglio il "bene" organo-tessuto la perizia con cui si riesce a curare malattie che altrimenti non sarebbe possibile guarire. Il lavoro di molti è sintetizzabile in un unico dato: nel biennio 2006-2007 i sanitari hanno dedicato all'attività di solo procurement circa 60.000 ore, pari a circa 8.500 giornate lavorative. Un pari impegno, se non maggiore, è stato profuso dal personale impegnato nel versante della trapiantologia. Non si può non sottolineare come al raggiungimento dei risultati ottenuti hanno contribuito i diversi Coordinamenti Locali anche non sede di unità operative di neurochirurgia come pure l'efficiente attività svolta dai Servizi che

garantiscono sicurezza ed efficienza al sistema, ai centri trapianto, ai professionisti coinvolti nel territorio ed a questi afferenti e dalle Associazioni di Volontariato impegnate in questo settore.

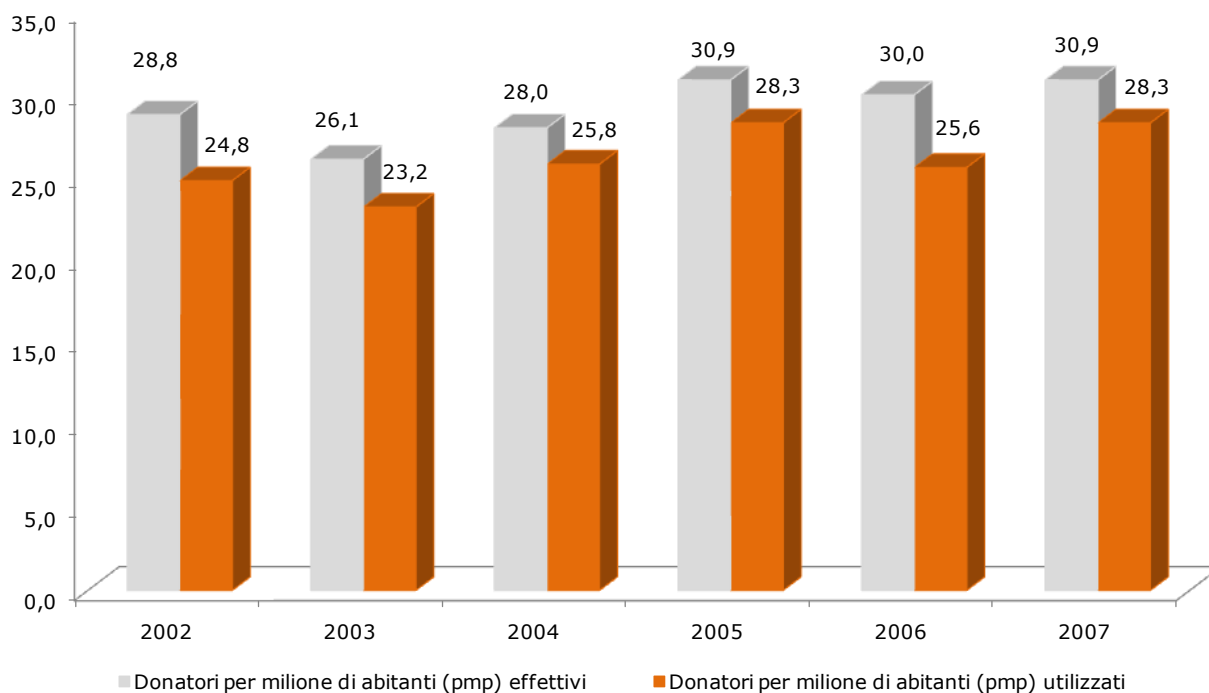
Attività di donazione e trapianto nel Veneto
Anni 2002-2007



Percentuali di donatori utilizzati su donatori effettivi
Veneto 2002-2007



Donatori per milione di abitanti (pmp) Veneto 2002-2007



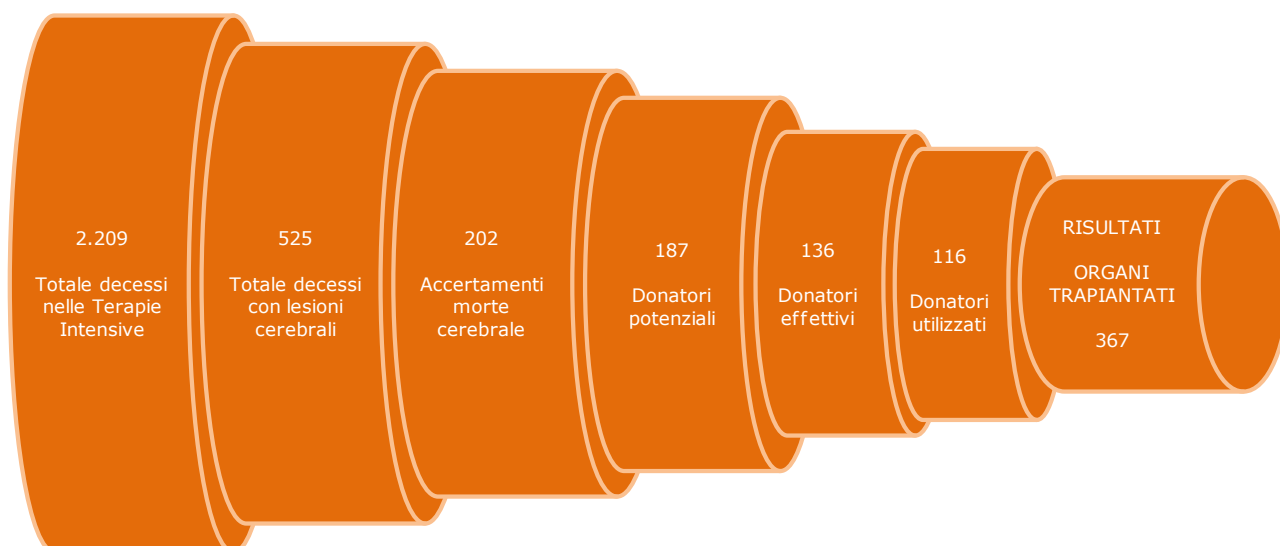
Nel confronto tra 2007 e 2006 va segnalato un incremento di attività: i collegi medici per l'accertamento della morte con criterio neurologico sono stati attivati 219 volte nel 2007, contro le 202 volte del 2006; i donatori effettivi sono stati 140 nel 2007 contro i 136 nel 2006 e gli utilizzati 128 contro 116, con valori di pmp (unità di misura internazionale che indica il numero di donatori per milione di abitanti) rispettivamente pari a 30,9 nel 2007 contro 30,0 pmp nel 2006 per i donatori effettivi e 28,3 pmp di donatori utilizzati nel 2007 contro 25,6 pmp nel 2006.

	Ricoveri in Terapia Intensiva	Decessi totali in Terapia Intensiva	Decessi senza lesioni cerebrali	Decessi con lesioni cerebrali
2006	20.451	2.209	1.684	525
2007	20.062	2.100	1.599	501

Per quanto riguarda il numero di accertamenti di morte con criterio neurologico effettuati in regione, questi sono stati, nel quinquennio 2003-2007, pari a 1.028. Da questo potenziale pool

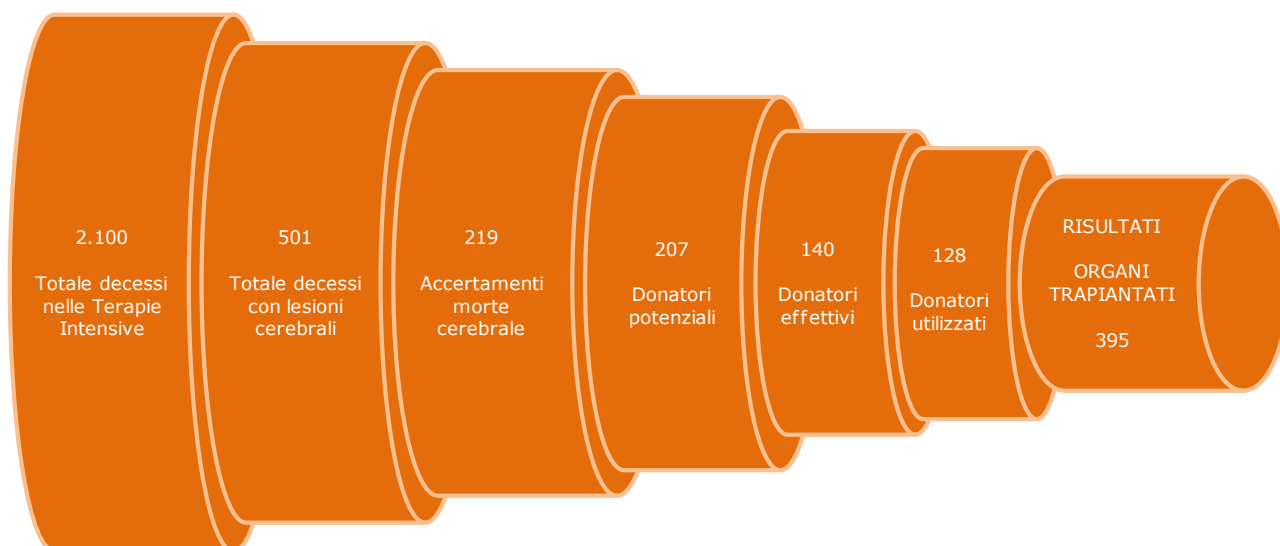
di decessi sono stati individuati 661 donatori effettivi di cui 594 sono risultati soggetti che hanno effettivamente donato almeno un organo.

Indicatori Terapie Intensive Veneto 2006



356

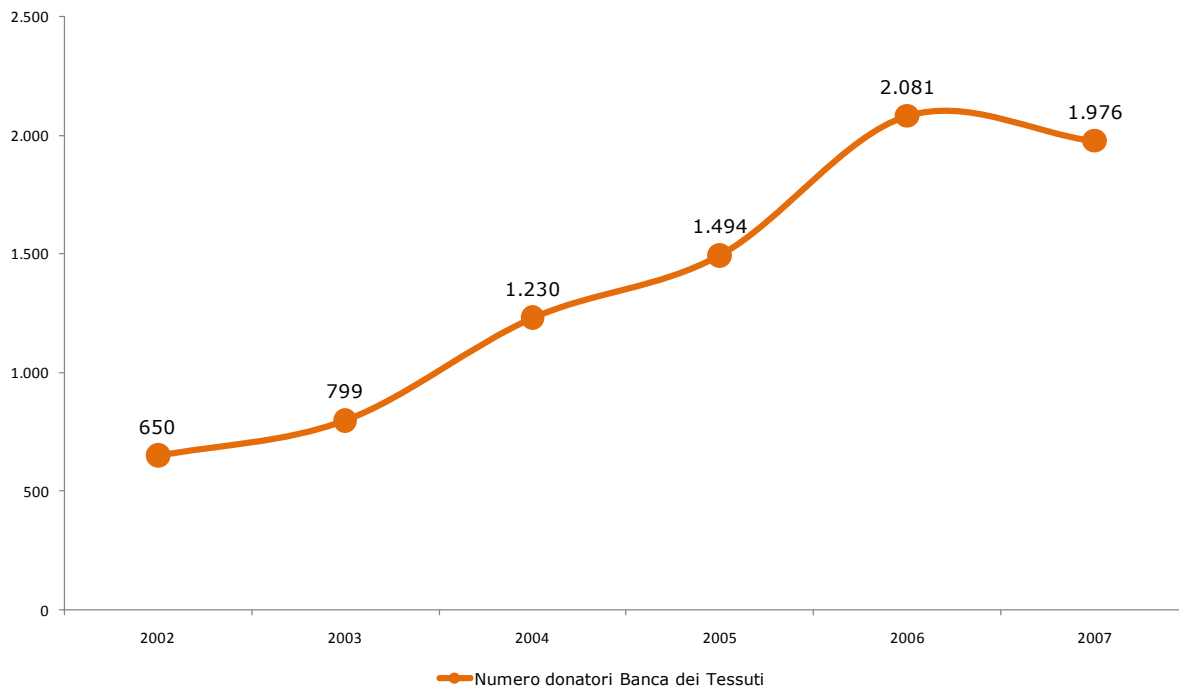
Indicatori Terapie Intensive Veneto 2007



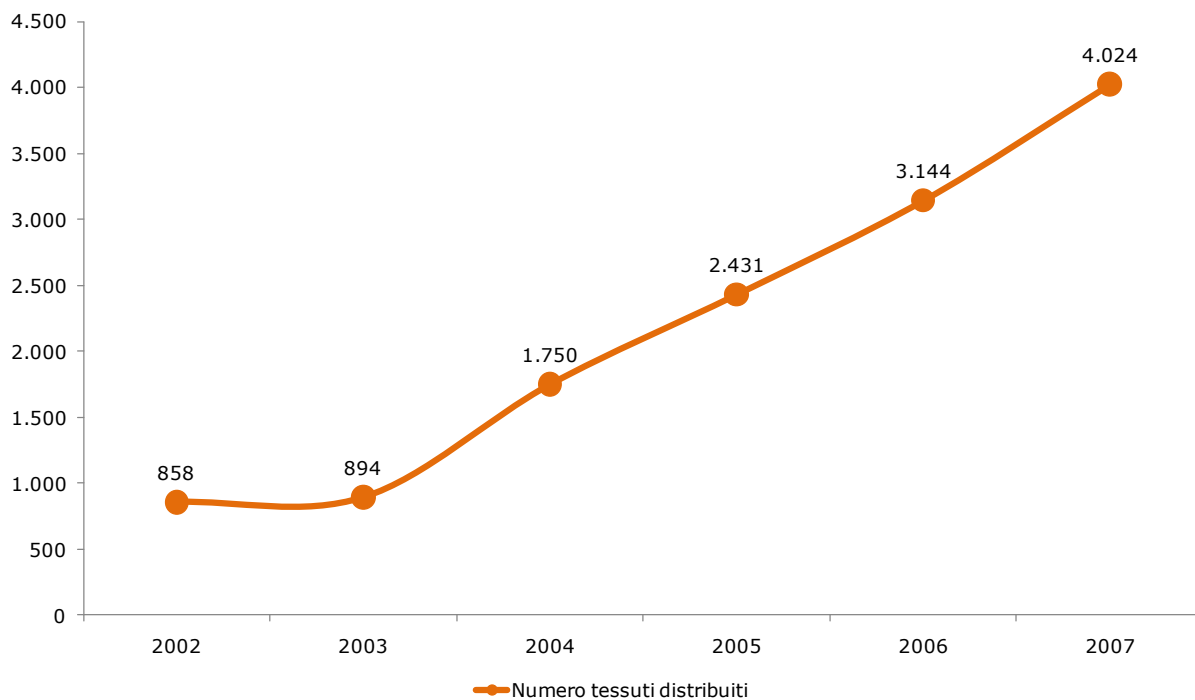
Per quanto concerne la Banca dei Tessuti del Veneto, nel periodo 2002-2007 la raccolta di tessuti osseo, vascolare, placentare e di cute ha coinvolto 7.951 donatori in Regione. Il prelievo multitessuto è un atto chirurgico delicato e complesso, avviene in una sala operatoria,

in condizioni di rigida asepsi. Ogni prelievo è supervisionato da un responsabile medico che convalida la documentazione e campionatura ematica e garantisce l' idoneità del donatore.

Numero donatori Banca dei Tessuti
Veneto 2002-2007



Numero tessuti distribuiti
Veneto 2002-2007

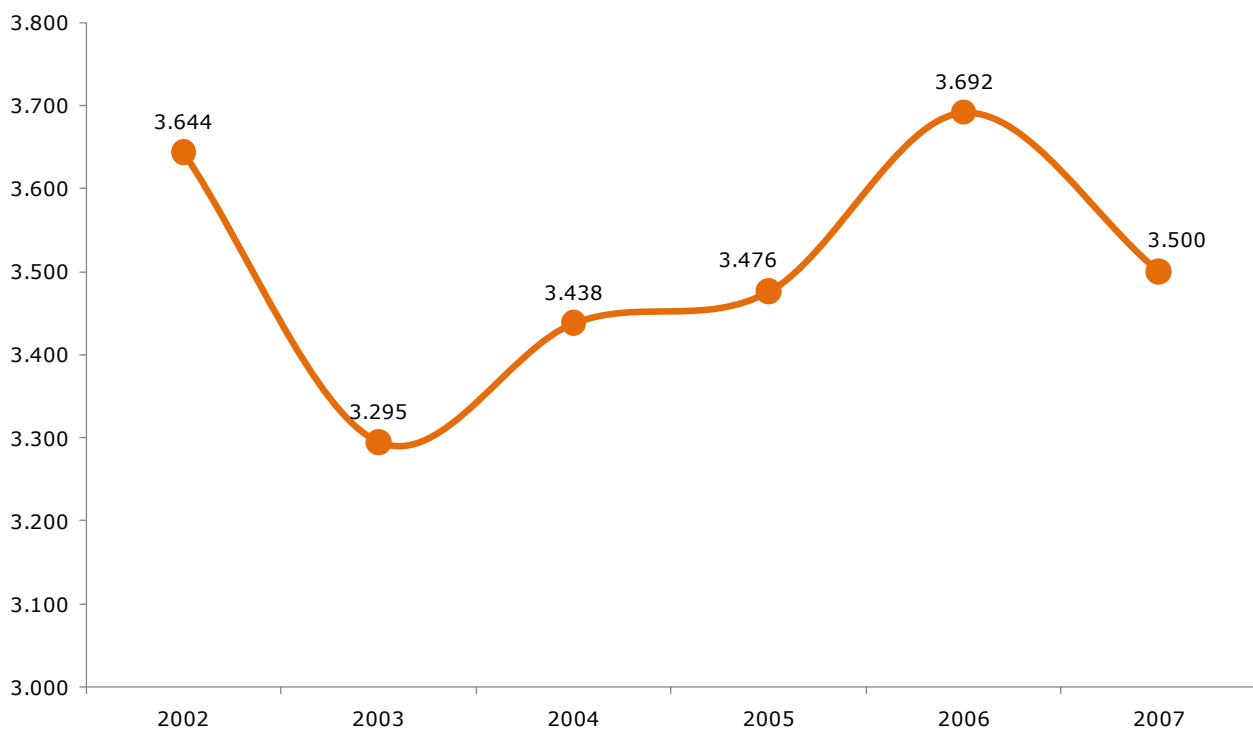


* Grafici relativi alla Banca dei Tessuti della Regione del Veneto – Sede di Treviso

Di rilevanza mondiale, in rapporto alla popolazione di riferimento, è la raccolta di tessuto oculare, che in Veneto costituisce circa il 30% dell'intera raccolta nazionale.

Tipologia di tessuto	Donatori Italia (pmp)	Donatori Veneto (pmp)	% Veneto
Donatori di cornee	5.895	1.758	29,8%
Donatori di tessuti cardiaci	263	150	57,0%
Donatori di tessuti Vascolari	960	886	92,3%
Donatori di tessuti osteo -tendinei	3.044	920	30,2%
Donatori di cute	291	56	19,2%
Donatori di membrana amniotica	217	115	53,0%

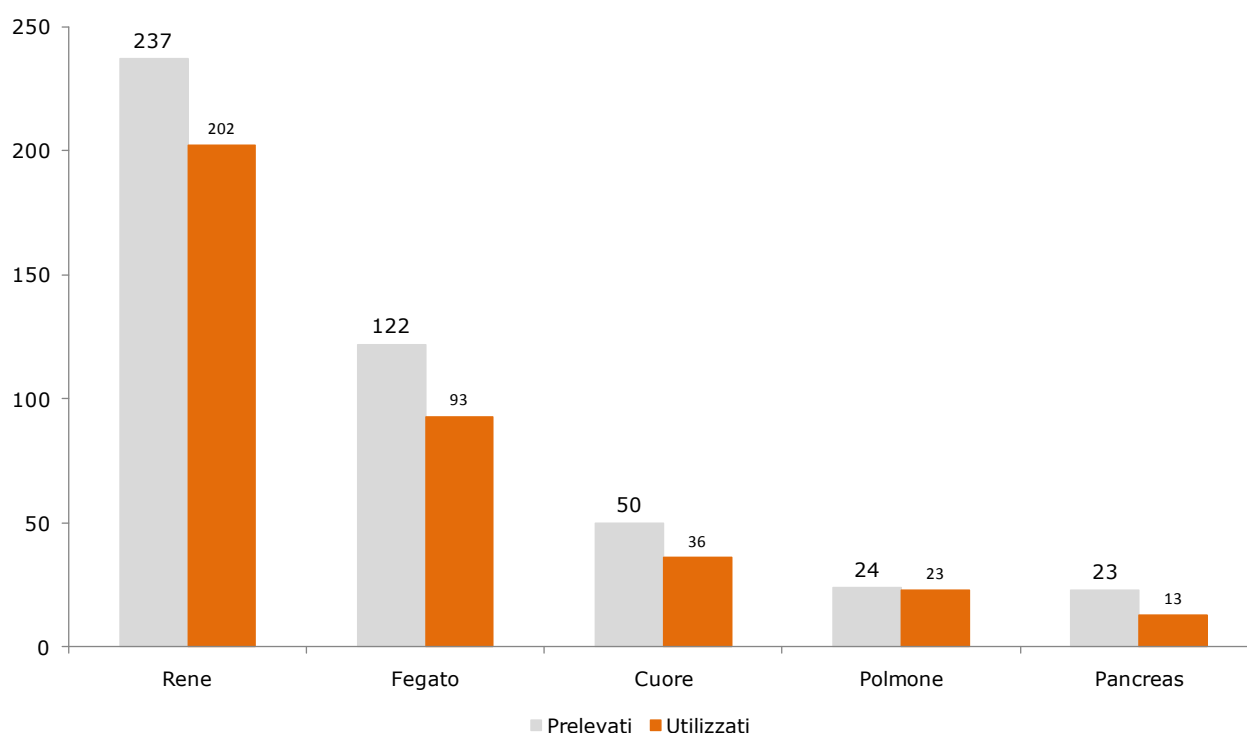
Procurement bulbi e cornee nel Veneto
Anni 2002-2007



	Bulbi	Cornee	Totale
2002	545	3.099	3.644
2003	567	2.728	3.295
2004	445	2.993	3.438
2005	704	2.772	3.476
2006	951	2.741	3.692
2007	911	2.589	3.500

La percentuale di opposizione alla donazione di organi in Veneto costituisce uno degli indici più bassi in Italia (24,6% nel 2007 contro un tasso di opposizione nazionale pari al 31,3%). Ciò nonostante questo dato può e deve essere ulteriormente migliorato attraverso interventi opportunamente finalizzati. In questo senso, nel 2007, ha preso avvio, oltre alle tradizionali e programmate campagne informative rivolte alla popolazione, una iniziativa intitolata "Sei tu? Datti una risposta", che ha coinvolto in maniera diretta gli Uffici anagrafe di alcuni selezionati comuni veneti nella divulgazione della cultura della donazione e nella raccolta delle manifestazioni di volontà espresse dai cittadini. Si tratta della prima e per il momento unica esperienza in Italia di questo tipo.

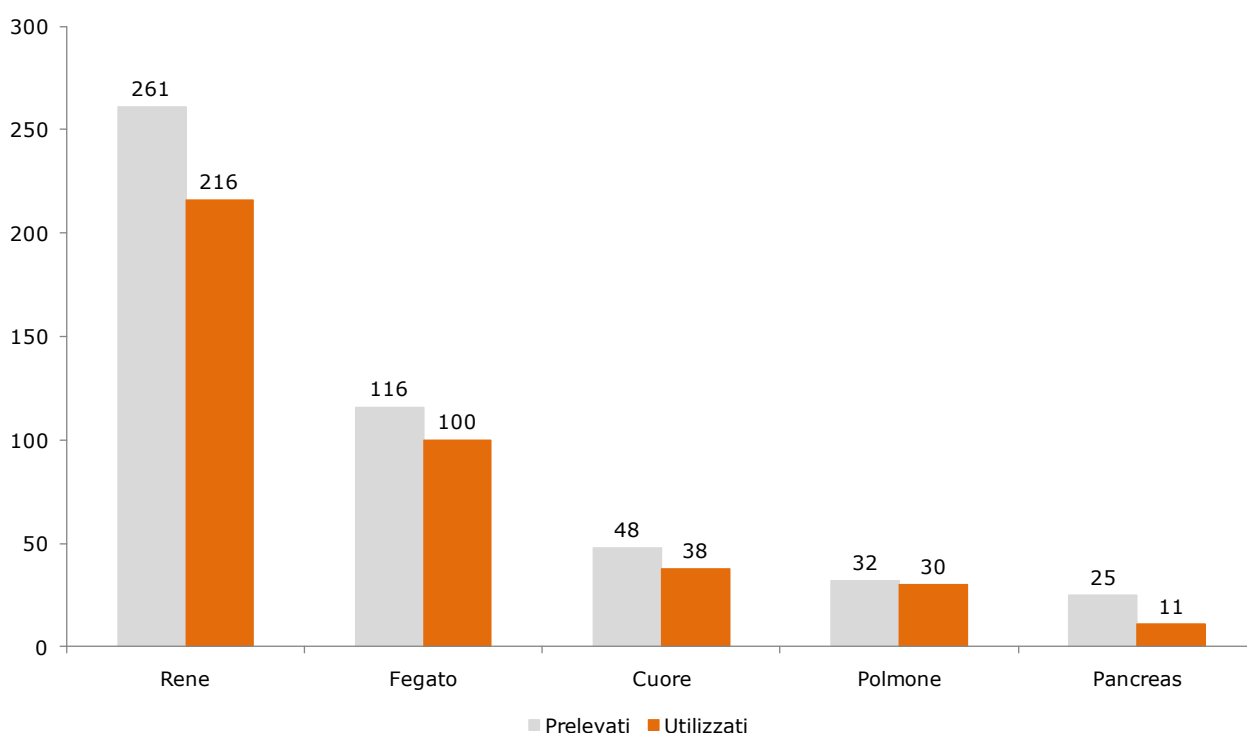
Organi prelevati ed utilizzati nel Veneto
Anno 2006



All'incremento dell'attività di procurement nel 2007, nonostante l'età media dei donatori si sia ulteriormente alzata con conseguente flessione del rapporto organi utilizzati/donatore per la concomitanza di patologie sistemiche legate alla terza età, ha corrisposto una crescita nel numero degli organi procurati. Nel dettaglio, i 128 donatori utilizzati del 2007 hanno consentito un procurement di 482 organi contro i 456 del 2006. Di questi sono poi stati utilizzati per trapianto, rispettivamente, 395 organi nel 2007 e 367 nel 2006, come segnalato in precedenza. I dati indicano inoltre che il nostro Sistema Trapianti è tra i più avanzati nel mondo quanto a sopravvivenza degli organi e dei pazienti trapiantati. Tuttavia, a causa

dell'ampliamento delle indicazioni al trapianto e dell'aumento dell'età media della popolazione che necessita di trapianto, il numero degli organi a disposizione arriva a coprire solo parzialmente il fabbisogno annuo, anche se è stata messa in pratica estensivamente sia la tecnica del doppio trapianto di rene che quella dello *split liver*, ossia la divisione in due parti del fegato del donatore cadavere. Al fine di fornire in ogni caso una risposta assistenziale adeguata, ed in linea con gli indirizzi europei, appare così opportuno prevedere, fin da ora, appropriati programmi volti a favorire il trapianto da vivente.

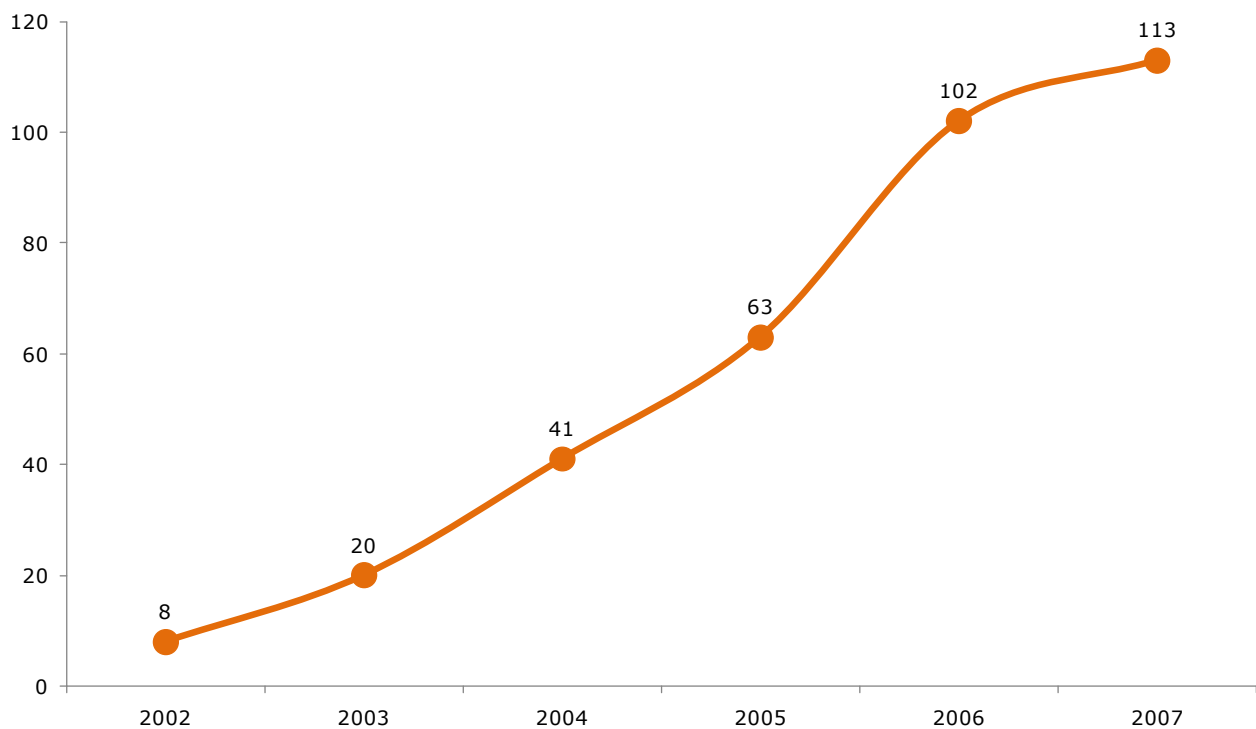
Organi prelevati ed utilizzati nel Veneto
Anno 2007



Oltre all'estesa attività medica, il Centro Regionale e le sue agenzie formative (FITOT e EIDON) hanno garantito un attivissimo programma di formazione rivolto al personale di ogni singolo ospedale veneto, organizzando eventi formativi a livello regionale, nazionale ed internazionale. Nel 2007 si contano 18 eventi formativi, per un numero complessivo di 629 persone coinvolte, che hanno assicurato il costante aggiornamento del personale medico, del personale infermieristico e, esperienza unica in Italia, del personale amministrativo coinvolto direttamente nelle attività proprie di un Centro Regionale Trapianti. In sintesi, i diversi indicatori sopra ricordati dimostrano come l'approccio sistematico ai processi e l'efficacia degli strumenti organizzativi adottati nella gestione del Sistema Trapianti Veneto, fanno sì che nulla

sia lasciato al caso, proprio come nei modelli organizzativi di maggior successo in un settore così delicato per il bene della collettività.

Interventi di supporto psicologico agli operatori ed ai familiari Veneto 2002-2007



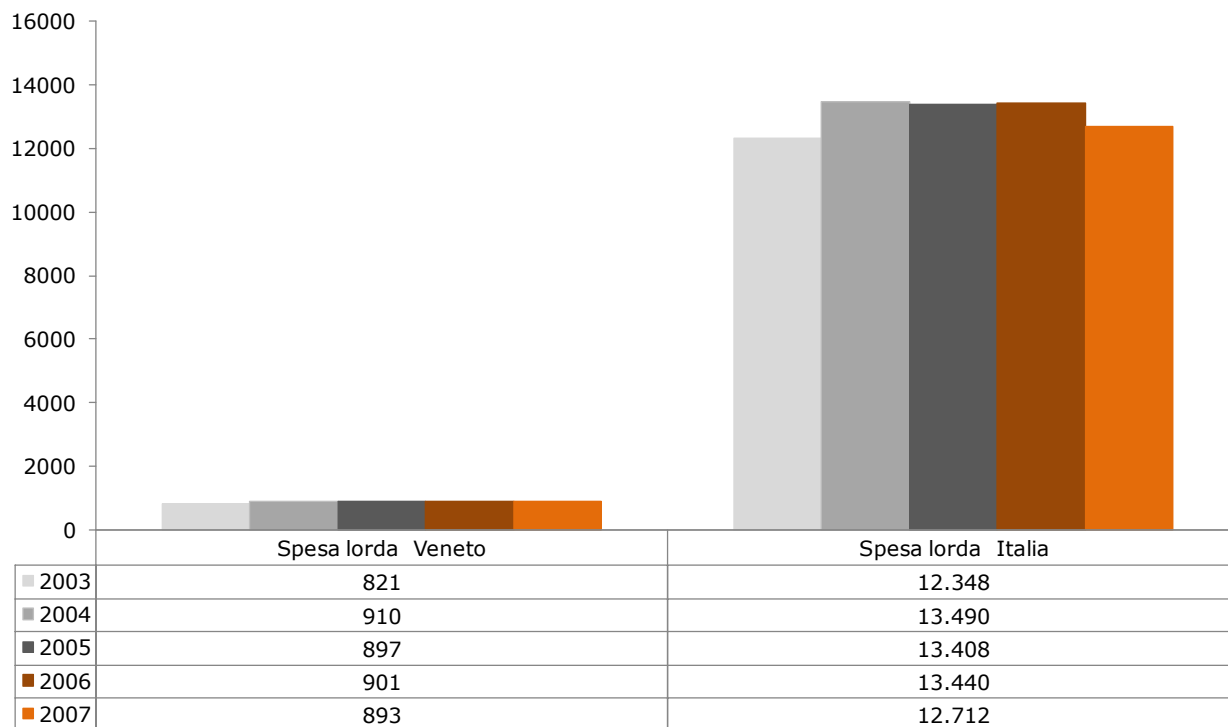
	2003	2004	2005	2006	2007
Interventi di consultazione psicologica	5	9	15	37	56
Interventi di psicoterapia individuale	4	6	5	6	9
Interventi di psicoterapia familiare	2	2	4	2	0
Consultazione ed invio	3	6	6	7	5
Consulenza all'equipe di lavoro di rete	6	10	12	9	13
Richieste di esito (programma di restituzione)	0	8	21	41	30
	20	41	63	102	113

4.4 Assistenza farmaceutica

A seguito del costante aumento della spesa farmaceutica negli ultimi anni, vi è stata la necessità di emanare a livello nazionale ed a livello regionale una serie di provvedimenti finalizzati al suo contenimento. Ciò ha condotto ad una sempre maggiore consapevolezza dell'incidenza del consumo dei farmaci sulla sostenibilità del Sistema Sanitario. Attualmente l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza farmaceutica complessiva, compresa quella relativa al trattamento dei pazienti in regime di ricovero ospedaliero, è fissato al 16% della spesa sanitaria complessiva. Nel Veneto il tetto è stato fissato al 14% rispetto alla spesa regionale. Nella nostra Regione, sulla scorta del dibattito su questo tema poi entrato stabilmente nell'agenda nazionale, si era sentita l'esigenza di attuare degli interventi che potessero, nel contempo, portare ad un miglioramento dell'attività prescrittiva sotto l'aspetto dell'appropriatezza e ottenere un risparmio, attraverso una specifica attività di informazione rivolta ai medici ed ai cittadini utenti. Per questo motivo, sin dal 2001, la Regione del Veneto ha istituito un Centro di Riferimento Regionale sul Farmaco. Il Centro è articolato in tre Unità, a cui corrispondono specifiche funzioni: Unità di Valutazione dell'Efficacia del Farmaco, Unità per l'informazione sul Farmaco e Unità di Farmacovigilanza. Tale struttura organizzativa ha tra gli obiettivi principali quello di porsi al servizio del medico prescrittore, quale riferimento qualificato ed indipendente, al fine di sviluppare un atteggiamento di scelta consapevole che contemperi il prioritario beneficio per il paziente con i limiti dovuti alla scarsità delle risorse disponibili. Tra i compiti del Centro vi è quindi: a) la promozione di iniziative volte al coinvolgimento dei medici in attività di sorveglianza epidemiologica e di valutazione, centrate sulla trasferibilità della conoscenza nella pratica professionale quotidiana; b) il potenziamento del sistema di Farmacovigilanza a livello centrale e periferico; c) lo sviluppo di un sistema organizzativo di valutazione analitica e critica delle fonti scientifiche primarie da mettere a disposizione dei vari organismi regionali che presiedono alla gestione dell'assistenza sanitaria. L'attività fin qui svolta dal Centro ha rappresentato un valido strumento per migliorare e ottimizzare l'assistenza farmaceutica, ed in questi ultimi anni si è cercato di dare continuità ai vari interventi già intrapresi al fine di poterne valutare l'impatto in termini economici, di appropriatezza e di sicurezza sull'uso dei farmaci. Da questo punto di vista la Regione ha inteso coinvolgere il management delle Aziende Sanitarie del Veneto su indirizzi riguardanti la spesa farmaceutica convenzionata, tesi a dare uniformità alle attività organizzative di gestione dei farmaci in distribuzione diretta. L'attuazione ed il rispetto delle specifiche tecniche applicative e delle tempistiche di invio del flusso dati alla Regione, al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze hanno costituito un indispensabile supporto al processo responsabilizzante posto in essere. Per quanto concerne altresì l'adesione alle logiche di governo della spesa farmaceutica convenzionata, la Regione del Veneto ha indicato alle diverse

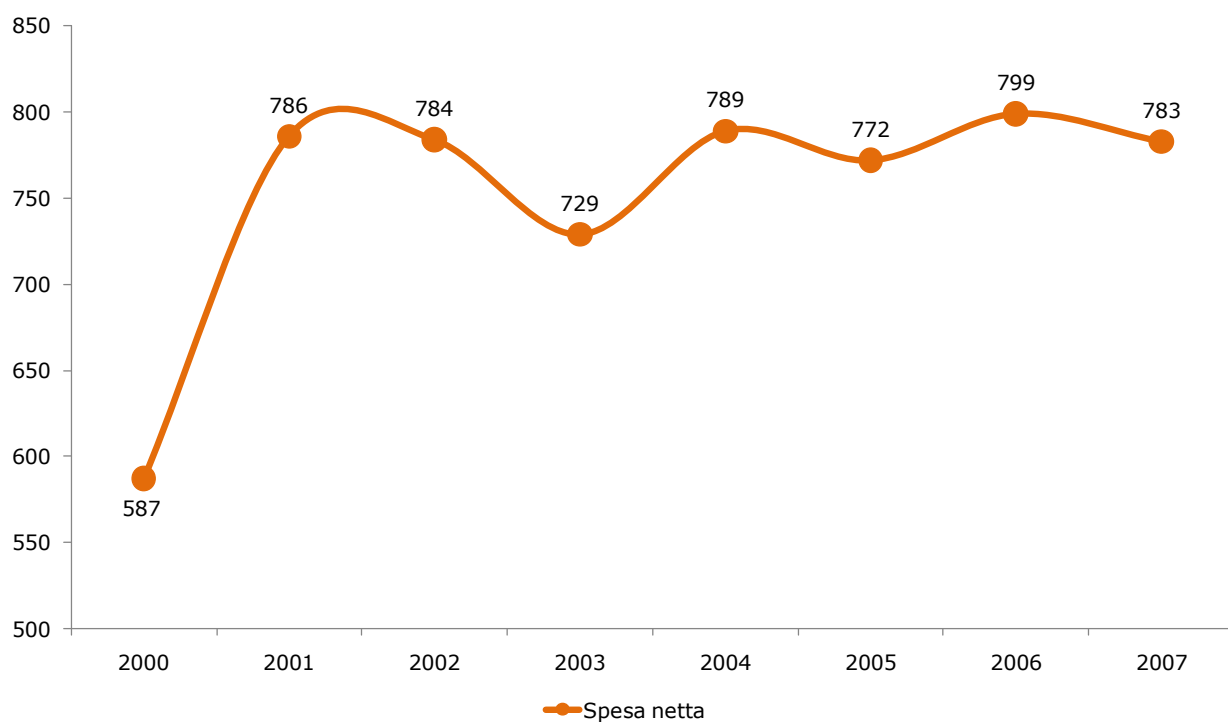
Direzioni Aziendali l'opportunità di agire attraverso gli accordi aziendali con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta al fine di favorire un impegno diffuso.

Spesa farmaceutica lorda in Italia e nel Veneto
Anni 2003-2007 - Valori in milioni di Euro (arrotondati al milione di Euro)

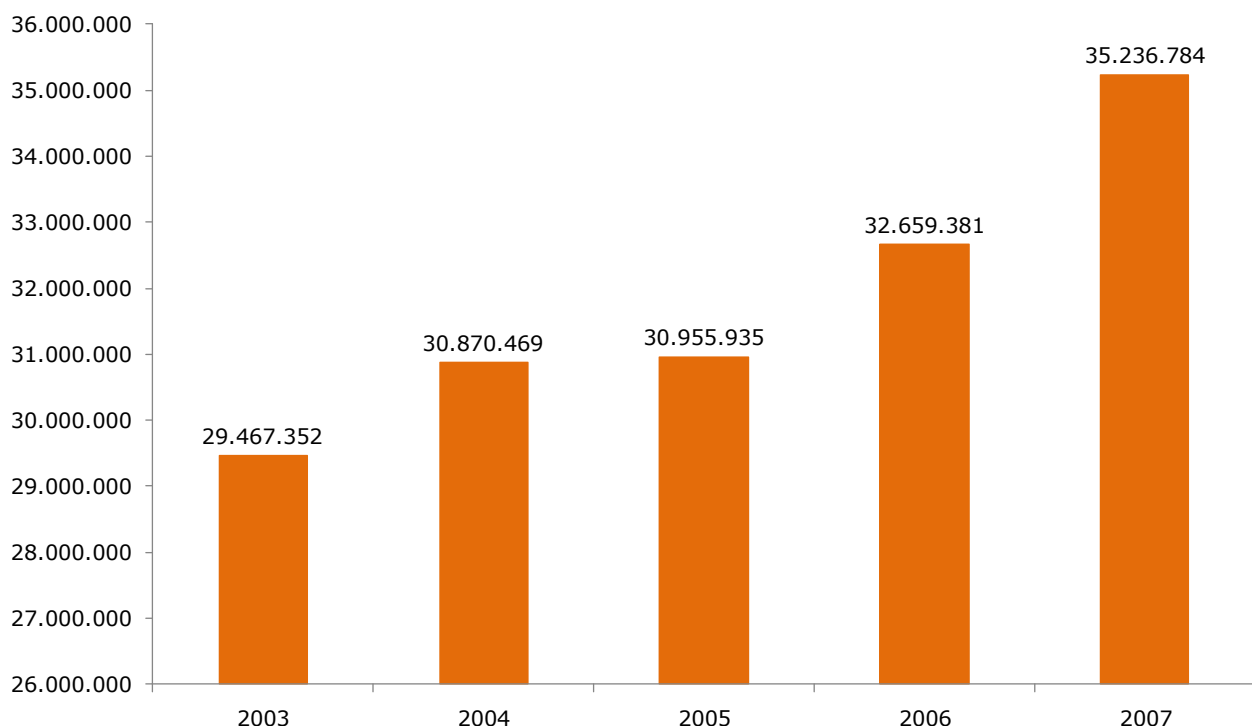


363

Spesa farmaceutica netta: Trend osservabile nel Veneto
Anni 2000-2007 - Valori in milioni di Euro (arrotondati al milione di Euro)



Numero ricette nel Veneto
Anni 2003-2007



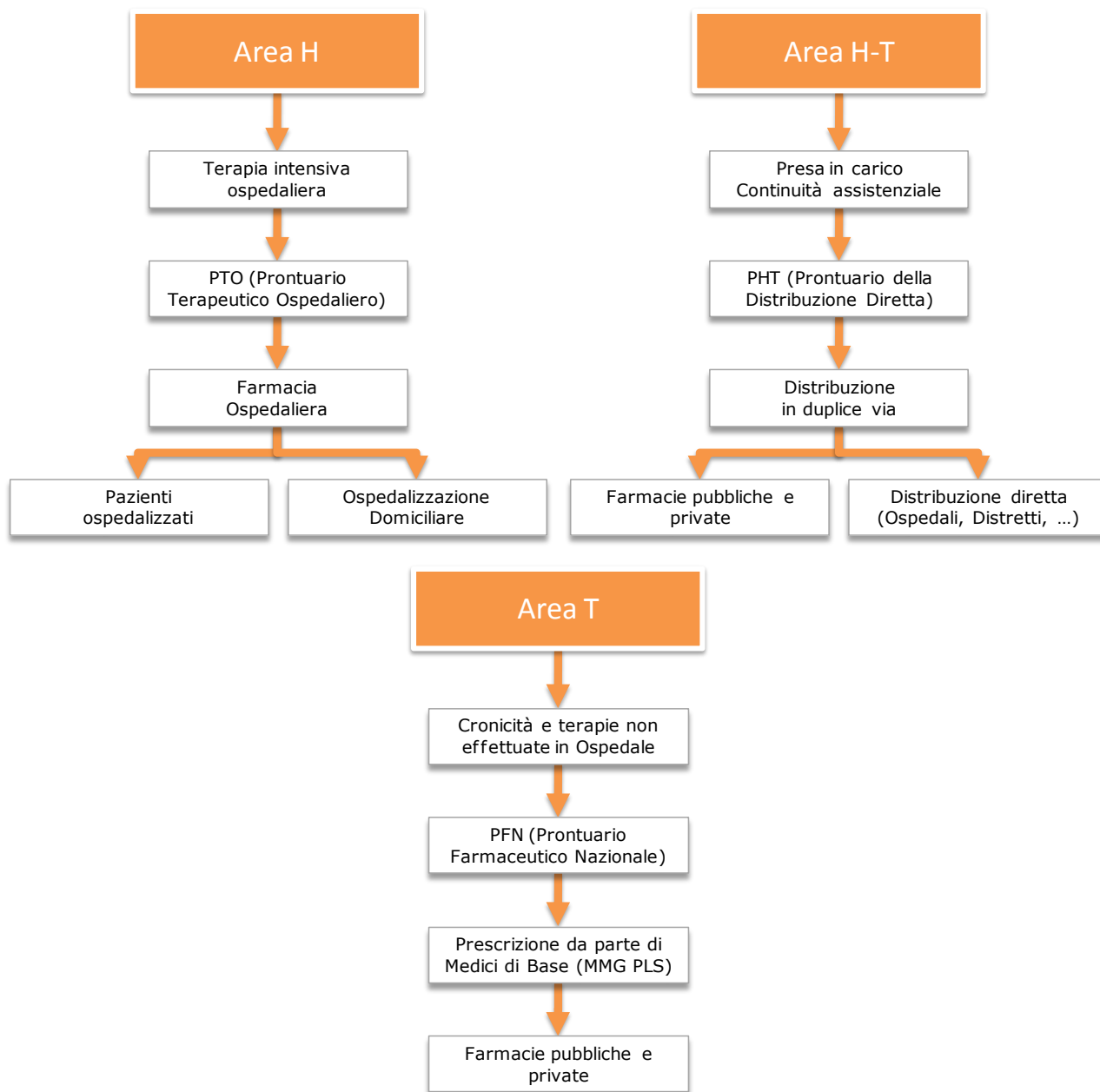
364

Ricordiamo che *la spesa lorda* dà indicazione dell'effettivo andamento prescrittivo non essendo influenzata, come la spesa netta, da variabili dovute alle diverse scelte regionali (ticket, limitazione di prescrizione, ecc). La spesa netta è ottenuta sottraendo dalla spesa lorda le trattenute alle farmacie e i ticket a carico dei pazienti e dà indicazione sulla spesa effettivamente sostenuta da parte del Servizio Sanitario Nazionale. La spesa farmaceutica lorda nella Regione Veneto nel 2007 è pari a circa 893 milioni di Euro, con una riduzione rispetto al 2006 di 8 milioni di Euro. Il decremento della spesa netta nel 2007 rispetto al 2006, è pari invece a 16 milioni di Euro. L'andamento della spesa è senza dubbio determinato da una riduzione rilevante dei prezzi dei farmaci (taglio selettivo dei prezzi dei farmaci a maggior impatto sulla spesa, in vigore dal 15 luglio 2006, e ulteriore taglio generalizzato del 5% dei prezzi di tutti i medicinali, in vigore dal 1° ottobre 2006) e dal crescente impatto del prezzo di riferimento per i medicinali equivalenti, che hanno bilanciato l'incremento delle quantità prescritte. L'uso dei farmaci equivalenti si sta lentamente diffondendo, sia per una maggiore consapevolezza dei prescrittori che per le politiche di incentivazione delle singole Aziende ULSS. È un settore con potenzialità finora espresse solo parzialmente. Il biennio considerato vede gli obiettivi di controllo della spesa ampiamente raggiunti nella nostra Regione, anche se non è il caso di abbassare la guardia, ma anzi di affinare gli interventi per un uso sempre più appropriato dei farmaci.

Prime dieci voci di spesa	Spesa 2006	Spesa 2007	Percentuale sulla spesa lorda farmaceutica regionale	
			2006	2007
Anti-ipertensivi	253.464.000	255.483.715	28,13%	28,60%
Ipolipemizzanti	94.787.449	90.813.907	10,52%	10,17%
Antiulcera Peptica	79.946.557	75.586.602	8,87%	8,46%
Antibiotici	63.769.211	61.517.522	7,08%	6,89%
Antiasmatici	57.334.599	60.999.641	6,36%	6,83%
Antidepressivi	34.481.624	35.498.276	3,83%	3,97%
Farmaci usati nell'Ipertrofia Prostatica Benigna	24.005.233	22.220.478	2,66%	2,49%
Antagonisti ormonali e sostanze correlate	20.008.349	21.180.635	2,22%	2,37%
Eparinici	16.909.177	18.325.030	1,88%	2,05%
Farmaci che agiscono su struttura e mineralizzazione ossee	17.505.489	18.283.674	1,94%	2,05%
	662.211.688	659.909.480	73,49%	73,88%

Nel Veneto nel 2006 le prime dieci voci di spesa arrivano a coprire il 73,49% della spesa lorda. Nel 2007 tali valori subiscono un leggero incremento (73,88% della spesa lorda). Un altro aspetto che è interessante osservare è la struttura organizzativa e distributiva che interessa i farmaci. In tal senso, i principali effetti sono determinati dal PHT Prontuario della Distribuzione Diretta (o della continuità terapeutica Ospedale-Territorio). Per una maggiore comprensione riprendiamo il contenuto della nota AIFA sull'argomento (Allegato Secondo - Determinazione 29 ottobre 2004): "La concezione e la struttura dei servizi assistenziali si è radicalmente modificata negli ultimi anni. In particolare è cambiata la organizzazione dell'ospedale, concepito come area della terapia intensiva e della criticità, mentre alla medicina territoriale viene affidata la gestione della cronicità. Tale modificazione concettuale e strutturale comporta la necessità di garantire una continuità assistenziale tra l'ospedale (Area intensiva) e territorio (Area della cronicità). Il PHT è concepito come strumento per assicurare tale continuità, ponendo il paziente al centro della strategia assistenziale, caratterizzata da criticità diagnostica e terapeutica e dalla esigenza di un periodico follow-up con la struttura specialistica e da accessi programmati e periodici da parte del paziente. In conseguenza di ciò il PHT non scaturisce prioritariamente dalla necessità di un contenimento della spesa, ma dalla esigenza di adeguamento delle strategie assistenziali ai processi di trasformazione in Sanità, senza destrutturare l'attuale sistema distributivo intermedio e finale. (...) Secondo questo nuovo inquadramento vengono sostanzialmente a delinearsi tre ambiti della terapia, diversi per quanto attiene al setting assistenziale e di conseguenza alle modalità distributive".

I tre ambiti di terapia secondo l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco)



Vediamo quindi le principali patologie per le quali è prevista la distribuzione di farmaci e presidi, con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale. I primi dati sono relativi al diabete. Tale patologia si caratterizza per il forte impegno personale richiesto al paziente e alla sua famiglia, non solo per l'accettazione di una malattia cronica con possibili conseguenze invalidanti, ma soprattutto per la necessità di adottare e perseguire nel tempo comportamenti di "autocontrollo" (auto-monitoraggio della glicemia) e "autogestione" (auto-somministrazione dei farmaci). Infatti, per la cura del diabete il maggiore protagonista è il paziente, che diventa un determinante fondamentale della qualità della sua vita. Le basi della terapia sono una

corretta alimentazione, una regolare attività fisica, un appropriato autocontrollo glicemico domiciliare, una scrupolosa aderenza al piano di controlli biumorali (es. HbA1c) e strumentali (es. visita oculistica), l'acquisizione di tutte le abilità necessarie alla gestione delle varie situazioni (es. ipoglicemia), l'assunzione regolare dei vari farmaci prescritti.

DIABETICI (ANNO 2006)					
Erogazione siringhe per insulina, aghi per iniettori a penna e presidi per l'autocontrollo					
Aziende ULSS	Persone assistite	Ricette	Spesa	Spesa per assistito	Spesa per ricetta
101	1.154	17.669	1.122.148,62	972,26	63,51
102	584	8.902	648.773,11	1.111,71	72,88
103	1.519	23.444	1.474.523,58	970,93	62,90
104	1.546	25.714	1.595.595,35	1.032,25	62,05
105	1.844	28.895	2.027.468,54	1.099,59	70,17
106	2.871	46.688	3.221.475,79	1.121,91	69,00
107	1.836	30.045	1.697.943,17	924,81	56,51
108	2.043	33.426	1.777.790,39	870,01	53,19
109	4.122	70.553	3.382.012,70	820,46	47,94
110	1.967	31.247	1.738.942,49	883,98	55,65
112	2.766	46.195	2.188.025,78	790,92	47,36
113	2.096	34.372	1.841.069,43	878,58	53,56
114	1.120	17.220	958.868,94	855,88	55,68
115	1.813	30.121	1.641.663,37	905,41	54,50
116	3.430	52.647	3.358.356,52	979,21	63,79
117	1.794	27.824	1.672.937,69	932,30	60,13
118	1.581	25.392	1.200.444,31	759,41	47,28
119	729	11.217	537.911,83	737,71	47,96
120	4.036	63.604	4.381.906,35	1.085,75	68,89
121	1.151	19.193	1.228.154,41	1.067,26	63,99
122	2.082	34.827	2.361.265,15	1.133,95	67,80
	42.084	679.195	40.057.277,52	951,83	58,98

* In questa e nelle tabelle che seguono con "Persone assistite" si intende il valore medio mensile ricavato dalla somma degli assistiti sul numero di mesi di effettiva erogazione.

Le rilevazioni riguardanti questa patologia danno atto dell'aumento del numero di persone assistite a cui si collega un incremento delle prescrizioni ed un conseguente aumento della

spesa. Ciò dipende in larga misura dalla diffusione crescente della malattia e dalle sue connotazioni cronico-degenerative, che facilmente conducono ad una maggiore assunzione di farmaci con il trascorrere del tempo.

DIABETICI (ANNO 2007)					
Erogazione siringhe per insulina, aghi per iniettori a penna e presidi per l'autocontrollo					
Aziende ULSS	Persone assistite	Ricette	Spesa	Spesa per assistito	Spesa per ricetta
101	1.206	18.388	1.158.154,60	960,00	62,98
102	631	9.741	750.844,26	1.190,24	77,08
103	1.479	20.984	1.528.501,59	1.033,82	72,84
104	1.629	27.493	1.808.968,66	1.110,82	65,80
105	1.909	29.943	2.251.122,05	1.179,06	75,18
106	1.938	31.846	1.951.995,25	1.007,44	61,29
107	2.908	46.776	3.415.803,99	1.174,76	73,02
108	872	14.057	830.953,32	952,84	59,11
109	4.389	76.496	3.913.912,80	891,84	51,16
110	2.100	33.175	1.934.033,29	921,11	58,30
112	3.000	49.741	2.527.776,26	842,57	50,82
113	2.248	36.548	2.104.485,83	936,26	57,58
114	1.210	18.730	1.121.837,48	927,01	59,90
115	2.013	33.149	1.932.199,11	959,78	58,29
116	3.508	55.454	6.834.776,67	1.948,15	123,25
117	1.938	30.472	1.942.065,39	1.002,31	63,73
118	1.652	27.463	1.396.183,88	844,98	50,84
119	768	12.204	623.852,98	811,87	51,12
120	4.301	67.801	4.908.905,80	1.141,45	72,40
121	1.419	23.678	1.614.690,50	1.138,11	68,19
122	2.308	34.878	2.691.524,66	1.166,13	77,17
	43.424	699.017	47.242.588,37	1.087,93	67,58

Purtroppo il diabete, con diversi gradi di gravità e con differenti bisogni assistenziali, è molto comune. Nella Regione del Veneto si stima che la malattia interessi nel 2007 circa 170 mila persone e che l'aumento sia di ben 20 mila nuovi casi all'anno. Tuttavia oltre alle persone che hanno avuto una diagnosi di diabete (diabete noto), ve ne sono molte altre che hanno la malattia senza saperlo (diabete ignoto). Peraltro nei casi che qui consideriamo (diabetici

insulino-trattati), questa malattia si caratterizza per la frequenza della prescrizione medica dei presidi, il che provoca disagio nei pazienti e costituisce un problema organizzativo per i professionisti della salute. Inoltre, il diabete è una patologia molto costosa, con un costo per paziente da attribuire per oltre il 75% ai costi per le ospedalizzazioni, il monitoraggio ambulatoriale e i farmaci necessari per la cura delle complicanze croniche della malattia e per non più del 25% ai costi per il monitoraggio glicemico domiciliare, i farmaci anti-diabetici e le visite diabetologiche periodiche. I costi indiretti tangibili sono superiori ai costi diretti di circa il 50%.

MALATTIE METABOLICHE CONGENITE (ANNO 2006)					
Erogazione dietetici per fini medici speciali					
Aziende ULSS	Persone assistite	Ricette	Spesa	Spesa per assistito	Spesa per ricetta
101	4	50	38.080,55	10.385,60	761,61
102	1	4	434,19	434,19	108,55
103	4	56	31.461,39	8.389,70	561,81
104	6	84	36.896,00	5.825,68	439,24
105	1	12	1.686,96	1.686,96	140,58
106	5	71	27.860,15	5.223,78	392,40
107	2	28	10.572,76	5.034,65	377,60
108	7	95	57.507,13	7.841,88	605,34
109	5	68	47.619,39	8.928,64	700,29
110	2	27	14.822,53	6.841,17	548,98
112	8	101	40.081,67	5.010,21	396,85
113	3	46	23.598,69	7.452,22	513,02
114	6	85	54.960,14	9.698,85	646,59
115	6	90	23.640,32	3.732,68	262,67
116	13	172	110.233,77	8.702,67	640,89
117	2	29	15.399,69	8.034,62	531,02
118	3	34	24.252,87	9.701,15	713,32
119	2	23	12.999,66	8.666,44	565,20
120	8	124	74.363,04	9.699,53	599,70
121	1	19	6.989,95	4.934,08	367,89
122	2	26	13.230,39	6.615,20	508,86
	91	1.244	666.691,24	7.338,37	535,93

Altro caso è quello dei soggetti affetti da malattie metaboliche congenite rare previste dalle norme vigenti in materia (DM. 18 maggio 2001, n. 279), certificati da un Presidio accreditato dalla Regione per tali patologie, i quali ottengono trimestralmente al proprio domicilio a cura del Distretto dell'Azienda ULSS di appartenenza, i moduli per l'erogazione dei prodotti dietetici previsti per la malattia di cui sono affetti.

MALATTIE METABOLICHE CONGENITE (ANNO 2007)					
Erogazione dietetici per fini medici speciali					
Aziende ULSS	Persone assistite	Ricette	Spesa	Spesa per assistito	Spesa per ricetta
101	4	51	43.833,72	11.954,65	859,48
102	0	0	0,00	0,00	0,00
103	4	52	31.389,41	8.029,85	603,64
104	7	87	43.868,37	6.748,98	504,23
105	1	11	1.718,18	1.718,18	156,20
106	3	46	8.489,96	3.183,74	184,56
107	5	77	35.011,62	7.243,78	454,70
108	8	41	33.681,00	4.318,08	821,49
109	5	66	51.170,58	10.965,12	775,31
110	1	15	924,06	840,05	61,60
112	8	115	45.891,84	5.985,89	399,06
113	4	58	23.058,60	5.887,30	397,56
114	5	71	60.918,23	12.183,65	858,00
115	7	100	23.951,89	3.462,92	239,52
116	13	181	268.544,11	20.140,81	1.483,67
117	2	31	22.861,11	9.797,62	737,46
118	3	35	30.899,80	11.236,29	882,85
119	2	24	20.776,38	11.332,57	865,68
120	7	114	99.575,59	14.751,94	873,47
121	2	22	9.499,60	5.428,34	431,80
122	2	26	13.995,98	6.459,68	538,31
	91	1.223	870.060,03	9.607,65	711,41

La fornitura con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale di dietetici nelle malattie metaboliche congenite è assoggettata da tempo, in ambito regionale, a limiti di spesa mensile, stabiliti e aggiornati con provvedimenti specifici, per ciascuna malattia metabolica che necessita

del trattamento dietetico. Le persone affette da insufficienza renale cronica invece possono beneficiare, su prescrizione dello specialista nefrologo, in base all'autorizzazione e attraverso i relativi moduli mensili rilasciati dal Distretto dell'Azienda ULSS di appartenenza, dell'erogazione di pane, pasta, biscotti, farina, aproteici/ipoproteici previsti da un apposito Listino Regionale, nel limite tassativo dei quantitativi massimi stabiliti per tipo di prodotto.

NEFROPATICI (ANNO 2006)					
Erogazione dietetici aproteici/ipoproteici					
Aziende ULSS	Persone assistite	Ricette	Spesa	Spesa per assistito	Spesa per ricetta
101	13	162	12.614,50	989,37	77,87
102	9	126	8.816,85	944,66	69,98
103	2	27	1.641,99	985,19	60,81
104	9	128	9.851,37	1.065,01	76,96
105	2	27	2.035,93	861,36	75,40
106	2	16	682,46	454,97	42,65
107	8	110	7.940,84	943,47	72,19
108	16	224	17.622,37	1.090,04	78,67
109	6	74	4.906,97	892,18	66,31
110	24	313	24.911,63	1.037,98	79,59
112	5	66	4.369,79	845,77	66,21
113	42	575	52.081,79	1.247,47	90,58
114	3	36	3.437,66	1.330,71	95,49
115	18	241	20.348,48	1.109,92	84,43
116	12	170	17.751,15	1.489,61	104,42
117	2	17	1.531,47	816,78	90,09
118	9	109	8.534,07	939,53	78,29
119	3	41	3.610,28	1.140,09	88,06
120	7	104	7.669,35	1.070,14	73,74
121	1	13	1.143,51	1.055,55	87,96
122	1	6	376,70	301,36	62,78
	194	2.585	211.879,16	1.090,35	81,96

La dieta è uno dei principali elementi nella terapia delle malattie renali, come di molte altre malattie di lunga durata. La terapia dietetica può essere in grado di rallentare la progressione del danno renale e ritardare l'inizio della terapia dialitica. Può essere inoltre uno strumento per

migliorare la qualità di vita del paziente. Da questo punto di vista è molto importante la tempestività dell'intervento nutrizionale. La caratteristica principale dell'alimentazione è la riduzione delle proteine introdotte con l'alimentazione per evitare di sovraccaricare di lavoro il rene. Quindi alla riduzione delle proteine assunte deve corrispondere il miglioramento della "qualità proteica" degli alimenti.

NEFROPATICI (ANNO 2007)					
Erogazione dietetici aproteici/ipoproteici					
Aziende ULSS	Persone assistite	Ricette	Spesa	Spesa per assistito	Spesa per ricetta
101	14	185	13.945,05	990,18	75,38
102	15	199	14.396,53	965,13	72,34
103	2	34	1.786,91	776,92	52,56
104	10	132	9.775,53	1.002,62	74,06
105	2	25	2.020,59	966,37	80,82
106	5	73	4.897,17	963,38	67,08
107	2	19	899,92	529,36	47,36
108	17	73	5.733,06	337,24	78,54
109	7	95	7.123,95	1.082,12	74,99
110	31	409	33.438,49	1.070,03	81,76
112	7	87	6.417,53	950,75	73,76
113	62	845	76.426,31	1.229,38	90,45
114	3	40	3.735,02	1.245,01	93,38
115	38	541	45.913,75	1.221,65	84,87
116	13	174	17.864,08	1.374,16	102,67
117	5	62	4.873,03	908,53	78,60
118	14	185	14.503,16	1.048,42	78,40
119	3	43	3.838,09	1.111,03	89,26
120	8	104	9.137,61	1.118,89	87,86
121	1	16	1.318,10	1.129,80	82,38
122	1	5	485,78	485,78	97,16
	260	3.346	278.529,66	1.070,27	83,24

L'ulteriore caso che qui viene considerato è quello dei soggetti affetti da morbo celiaco. Questi, se muniti della prevista certificazione, hanno diritto ad usufruire gratuitamente di prodotti senza glutine, con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale e su presentazione in

farmacia dei buoni di approvvigionamento mensile rilasciati dall'Azienda ULSS di appartenenza. La fornitura è concessa entro dei limiti massimi di spesa mensile individuale.

MORBO CELIACO (ANNO 2006)					
Erogazione dietetici senza glutine					
Aziende ULSS	Persone assistite	Ricette	Spesa	Spesa per assistito	Spesa per ricetta
101	168	2.398	264.500,47	1.573,63	110,30
102	36	531	61.267,82	1.694,04	115,38
103	242	3.433	409.839,87	1.694,72	119,38
104	130	2.074	233.233,46	1.794,10	112,46
105	170	2.202	245.157,67	1.440,69	111,33
106	267	3.871	439.033,11	1.641,76	113,42
107	127	1.784	198.898,67	1.572,32	111,49
108	87	1.198	128.934,74	1.480,59	107,62
109	266	3.736	422.769,59	1.591,85	113,16
110	140	1.948	218.367,86	1.558,84	112,10
112	190	2.666	302.963,86	1.593,15	113,64
113	89	1.247	143.609,43	1.612,08	115,16
114	56	760	86.200,31	1.532,45	113,42
115	84	1.148	133.349,62	1.595,41	116,16
116	244	3.276	377.298,60	1.546,83	115,17
117	102	1.395	159.162,93	1.555,34	114,10
118	93	1.220	131.504,05	1.408,97	107,79
119	45	570	61.716,07	1.381,70	108,27
120	600	8.515	967.372,57	1.612,06	113,61
121	57	767	87.660,96	1.551,52	114,29
122	317	4.386	495.777,00	1.566,02	113,04
	3.509	49.125	5.568.618,66	1.586,76	113,36

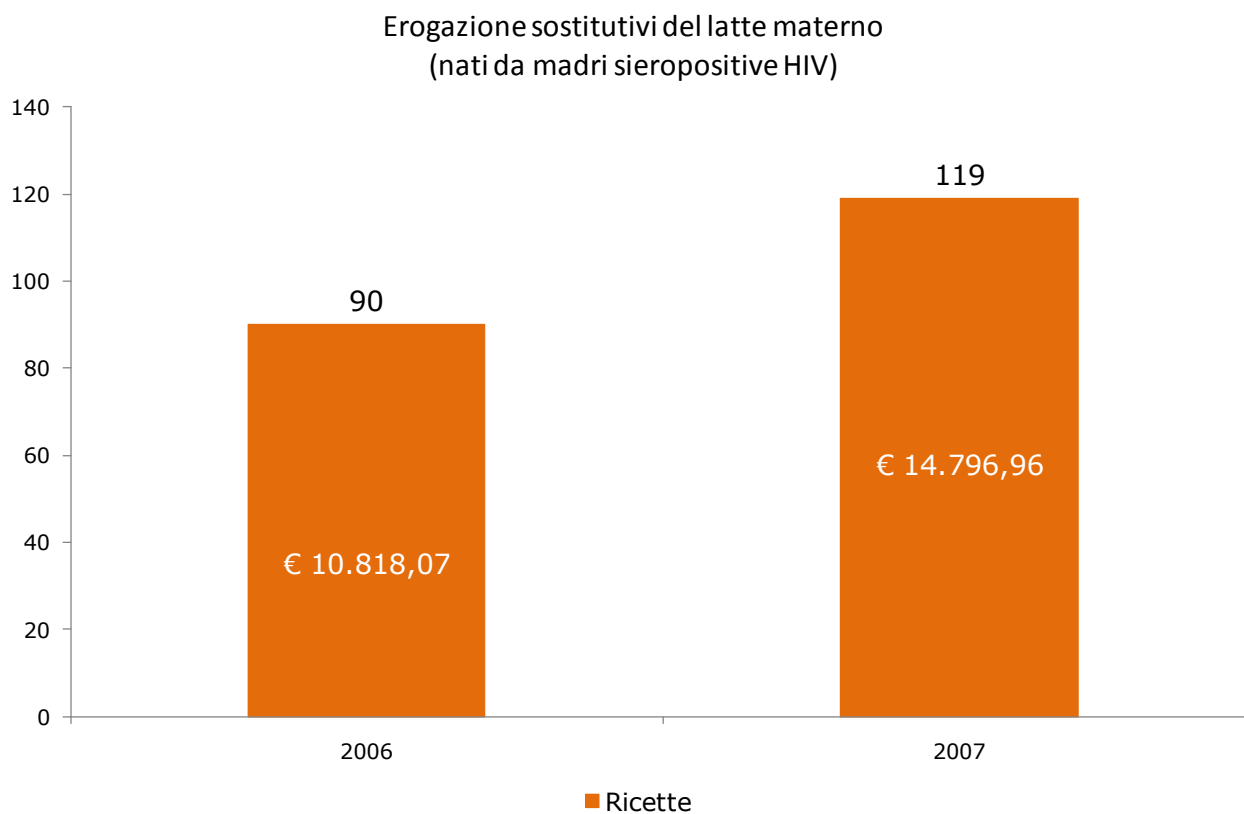
Nella Regione del Veneto, d'intesa con le associazioni dei pazienti, sulla base anche della consulenza fornita da qualificati Istituti Universitari della Regione, sono stati attuati nel corso di questi ultimi anni diversi interventi: la formulazione di indicazioni per una corretta diagnosi (necessità della biopsia intestinale per la conferma del sospetto diagnostico di malattia celiaca), la predisposizione del Listino Regionale dei prodotti dietetici senza glutine appropriati per l'alimentazione dei soggetti affetti dalla patologia e l'indicazione della quantità erogabile

mensilmente, sulla base del fabbisogno calorico raccomandato per fasce d'età. In seguito all'aumento progressivo, registrato nel corso degli anni, del numero di assistiti, dovuto sia all'aumentata incidenza della patologia, che alla maggior efficacia e tempestività dei mezzi diagnostici, si era reso necessario razionalizzare l'assistenza, pur garantendo gli stessi livelli assistenziali.

MORBO CELIACO (ANNO 2007)					
Erogazione dietetici senza glutine					
Aziende ULSS	Persone assistite	Ricette	Spesa	Spesa per assistito	Spesa per ricetta
101	188	2.741	271.055,12	1.440,51	98,89
102	35	526	53.622,03	1.535,71	101,94
103	237	3.426	362.821,65	1.530,89	105,90
104	148	2.327	239.792,65	1.622,05	103,05
105	185	2.385	243.507,10	1.313,30	102,10
106	143	2.080	216.735,29	1.512,99	104,20
107	308	4.605	477.829,27	1.550,14	103,76
108	31	405	40.100,86	1.314,78	99,01
109	292	4.184	429.088,23	1.471,58	102,55
110	162	2.161	232.764,35	1.440,52	107,71
112	212	2.904	293.447,19	1.383,10	101,05
113	128	1.750	188.142,26	1.470,82	107,51
114	65	892	91.056,51	1.409,91	102,08
115	103	1.407	145.116,90	1.408,90	103,14
116	312	4.327	432.176,30	1.384,07	99,88
117	122	1.602	166.808,56	1.366,35	104,13
118	115	1.471	145.603,15	1.267,03	98,98
119	52	677	69.122,68	1.333,56	102,10
120	728	9.868	1.029.641,27	1.414,83	104,34
121	115	1.575	158.144,00	1.380,17	100,41
122	352	6.501	502.141,05	1.424,85	77,24
	4.032	57.814	5.788.716,42	1.435,69	100,13

Per completezza si evidenzia infine che per i bambini nati da madri sieropositive all'HIV sono erogabili sostituti del latte materno, sulla base di una diagnosi rilasciata da uno specialista infettivologo. La prescrizione deve soddisfare un fabbisogno non superiore ai 30 giorni

rispettando la quantità massima prescrivibile e può essere continuata fino al compimento del sesto mese di età del neonato.



Fonti

Direzione Servizi Sanitari della Regione del Veneto
affidente alla Segreteria Sanità e Sociale della Regione del Veneto
Rio Novo, 3493 - Dorsoduro
30123 - VENEZIA
Tel. 041/2791442 - 1432 - 1443
Fax. 041/2791683
e-mail: serv.sanitari@regione.veneto.it
<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Servizi+sanitari/>

Servizio Farmaceutico
affidente alla Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari della Regione del Veneto
Palazzo Molin – San Polo, 2514
30125 Venezia
Tel 041/27913420 - Fax 0412793599
e-mail: marco.bonetti@regione.veneto.it
<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Farmaceutica/>

Servizio Prestazioni Sanitarie
affidente alla Direzione Servizi Sanitari della Regione del Veneto
Rio Novo, 3493 - Dorsoduro
30123 - VENEZIA
Tel. 041/2791442 - 1432 - 1443
Fax. 041/2791683
e-mail: serv.sanitari@regione.veneto.it

UIF Unità di Informazione sul Farmaco
Via Salvo D'Acquisto, 7 - 37 122 Verona
Telefono 0458076065
Fax 045 8011693
uif@ulss20.verona.it
<http://uif.ulss20.verona.it/>

Coordinamento Regionale per i Trapianti del Veneto

c/o Azienda Ospedaliera di Padova

Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova

Telefono 049 8218124-5 - Fax 049 8218126

E-mail: veneto.coordinamento@sanita.padova.it

<http://www.srtveneto.it/>

Coordinamento regionale per l'appropriatezza

delle prestazioni e il controllo dell'attività sanitaria

c/o Azienda Ospedaliera di Padova

Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova

Telefono 049 821 1111 (comunicazioni smistate dal centralino)