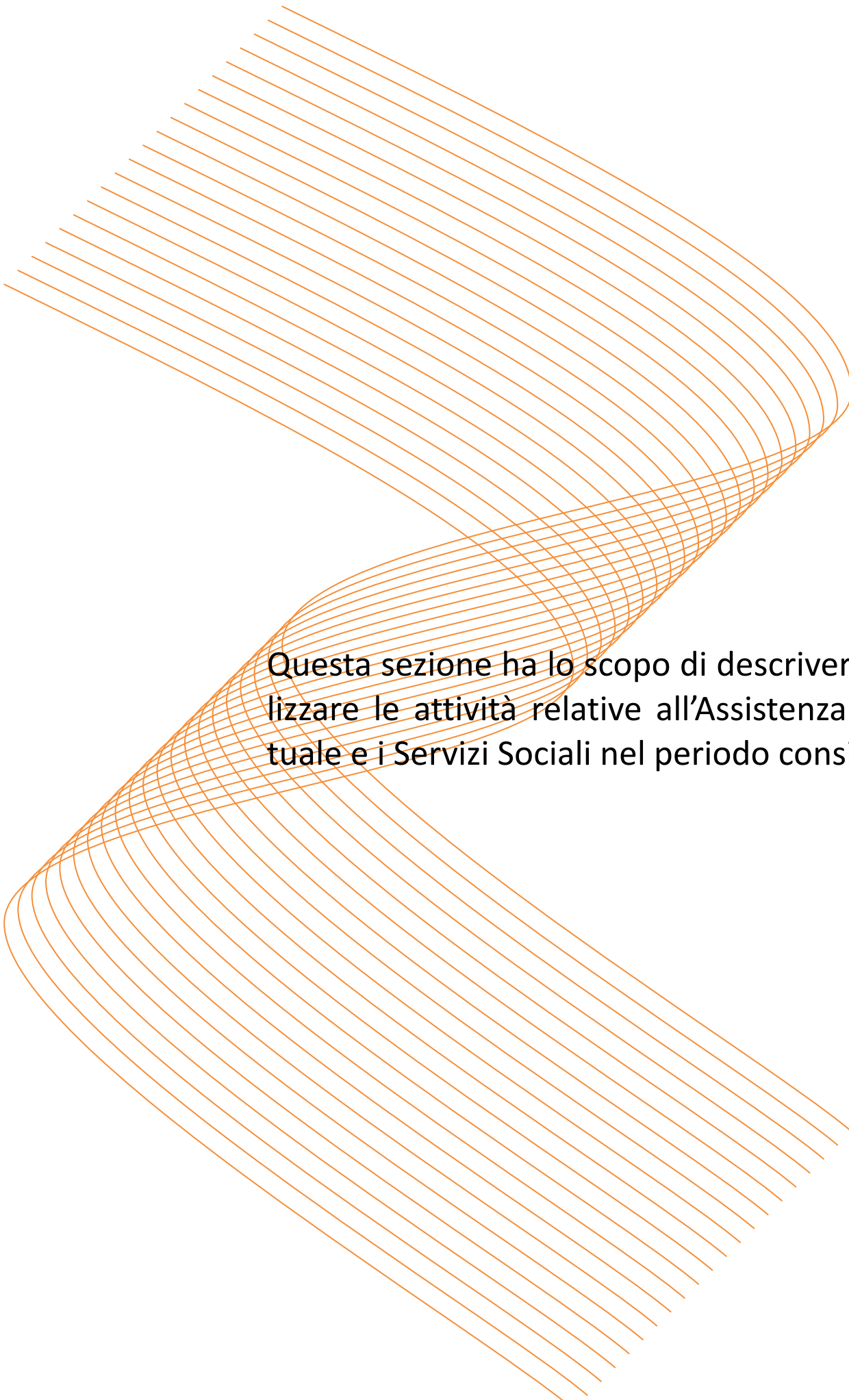


Parte Terza

Assistenza Distrettuale e Servizi Sociali

Relazione Socio Sanitaria 2008
della Regione del Veneto

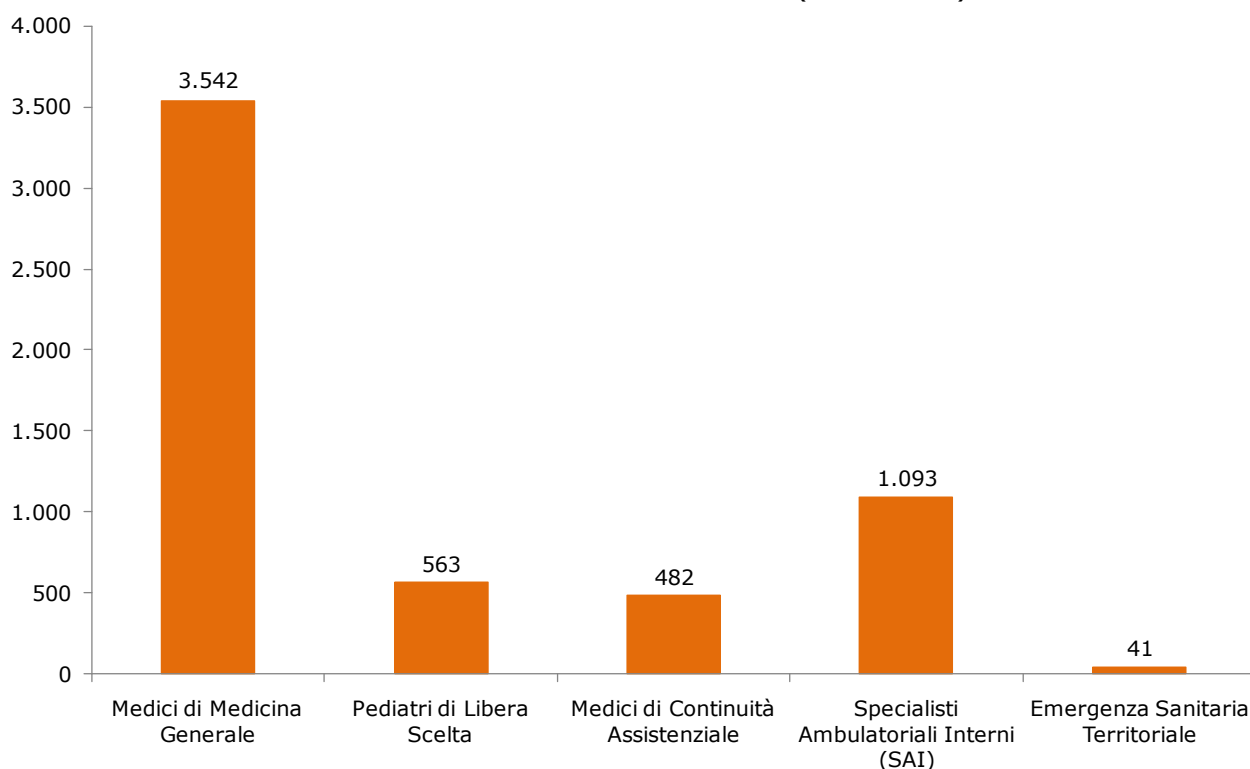
An abstract graphic consisting of numerous thin, parallel orange lines that curve and flow across the page, creating a sense of movement and depth. The lines are arranged in a way that they appear to be part of a larger, three-dimensional structure, possibly a stylized letter or a decorative element.

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)

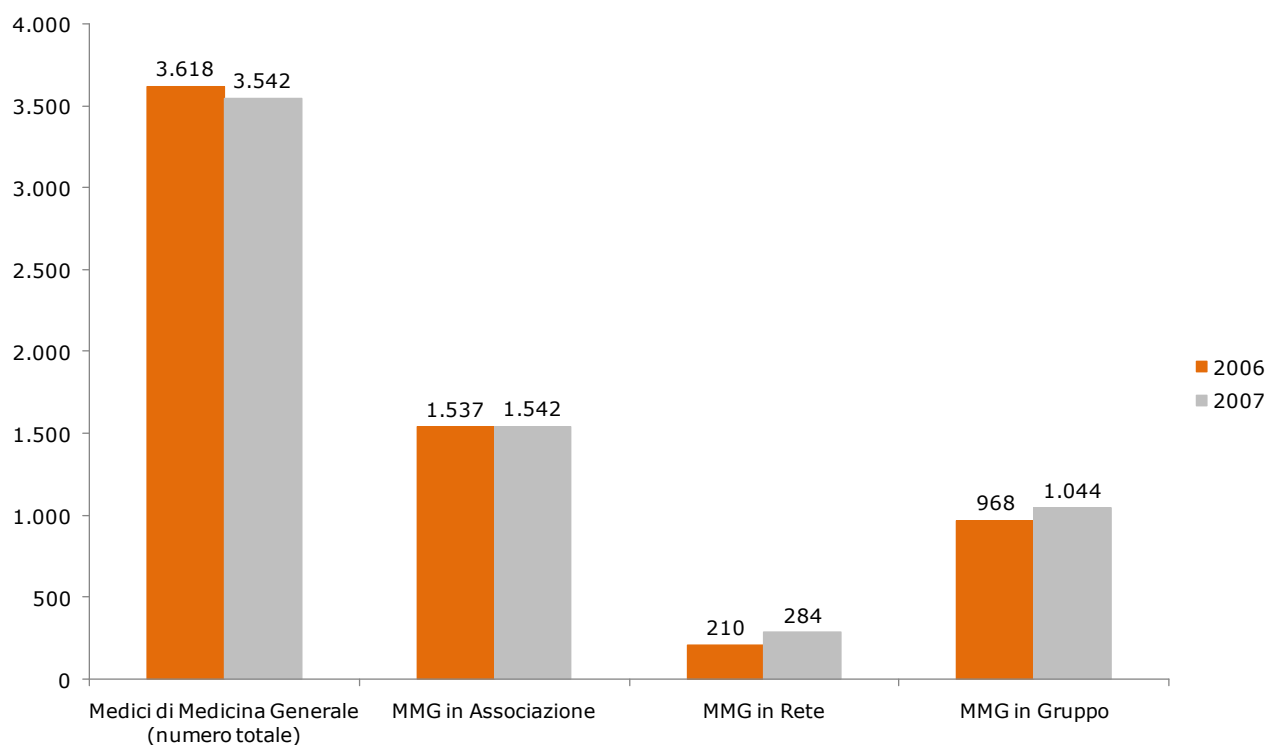


Da questo punto di vista la Regione del Veneto sta agendo con il perseguimento di tre direttrici fondamentali:

- 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:

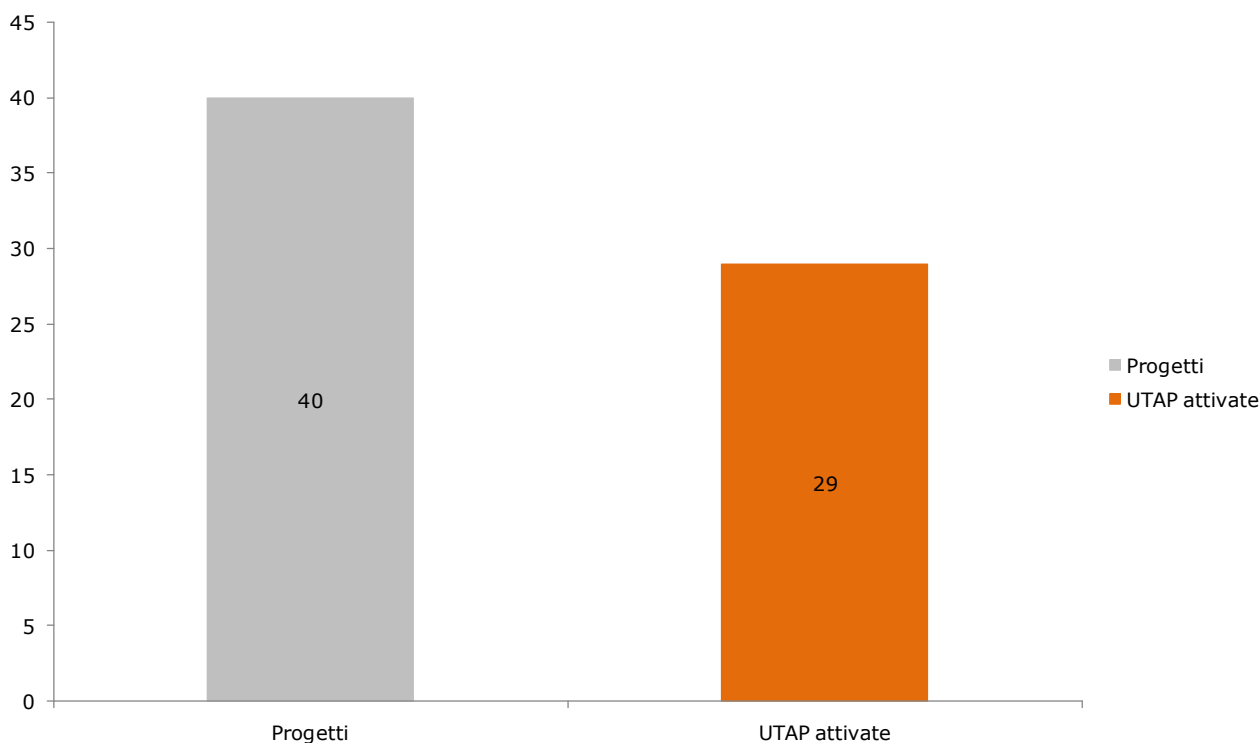
- Analisi della superficie oculare: Test di Schirmer, Break up time (but), Esame con coloranti;
- Radiografia con contrasto delle ghiandole salivari: scialografia (4 proiezioni): esame diretto;
- Biopsia (Agobiospia) di ghiandola o dotto salivare;
- Esame Istopatologico dell'Apparato Digerente: Biopsia 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

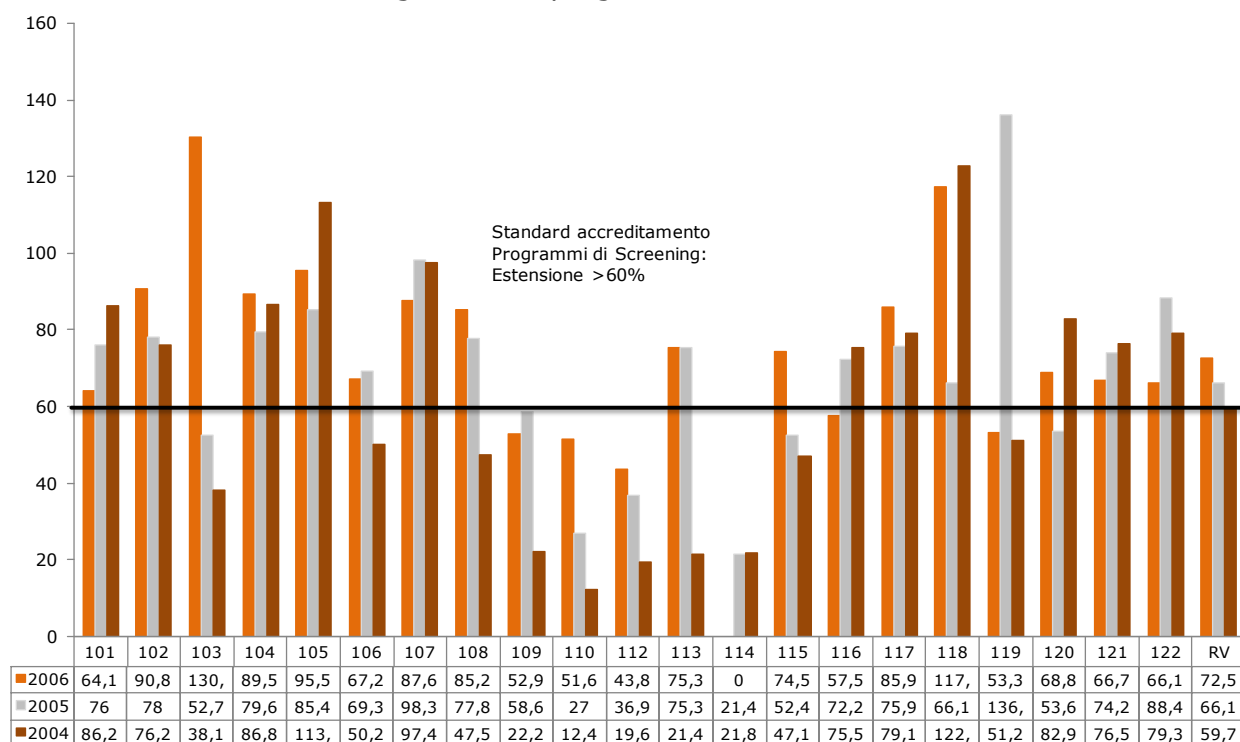
risultava presente in 20 Aziende ULSS su 21 esistenti nel Veneto. La popolazione bersaglio residente in tali Aziende ULSS è di 1.344.026 soggetti. L'estensione degli inviti, cioè la percentuale delle donne invitate rispetto alla popolazione bersaglio annuale, dopo la contrazione registrata nel biennio 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

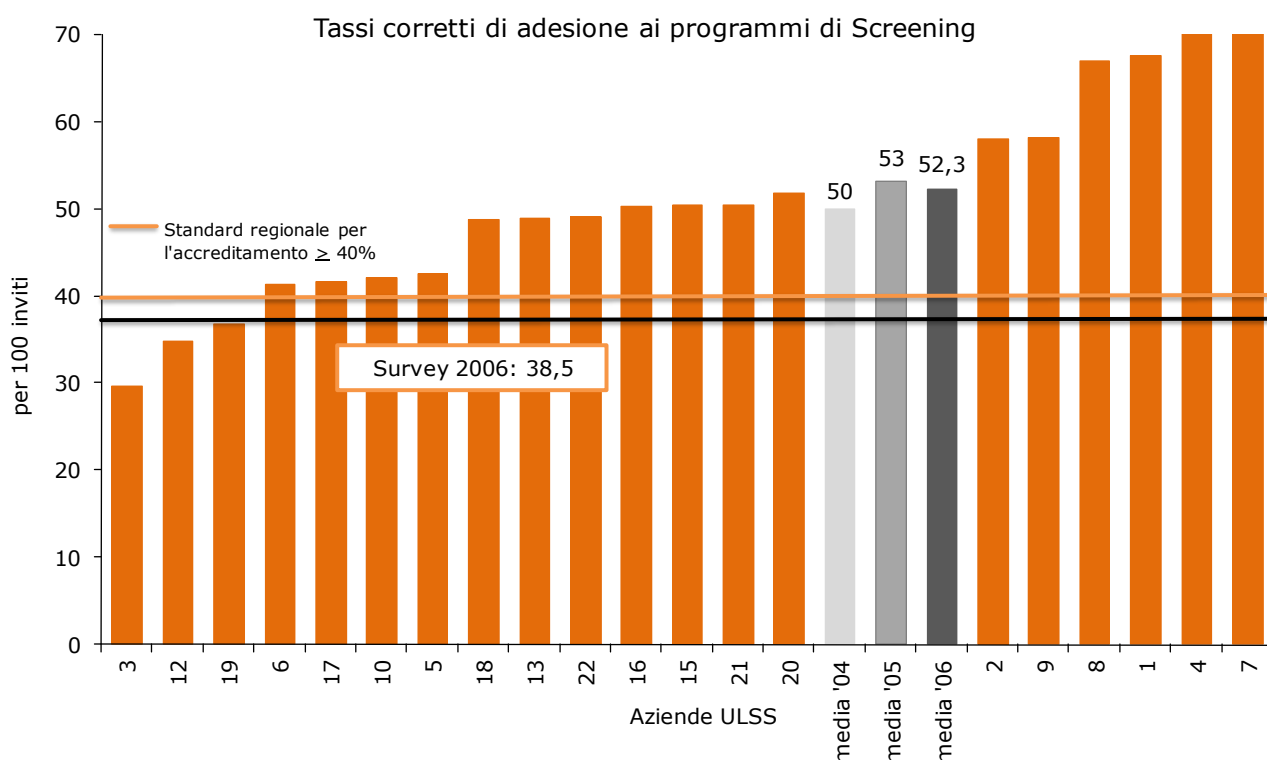
un'altra (ULSS 14) nel corso del 2006 ha interrotto lo screening. Si sottolinea infine che, nell'imminente accreditamento degli screening citologici, solo un'estensione pari ad almeno il 60% permetterà di accreditare il programma.

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



* RV= Regione del Veneto

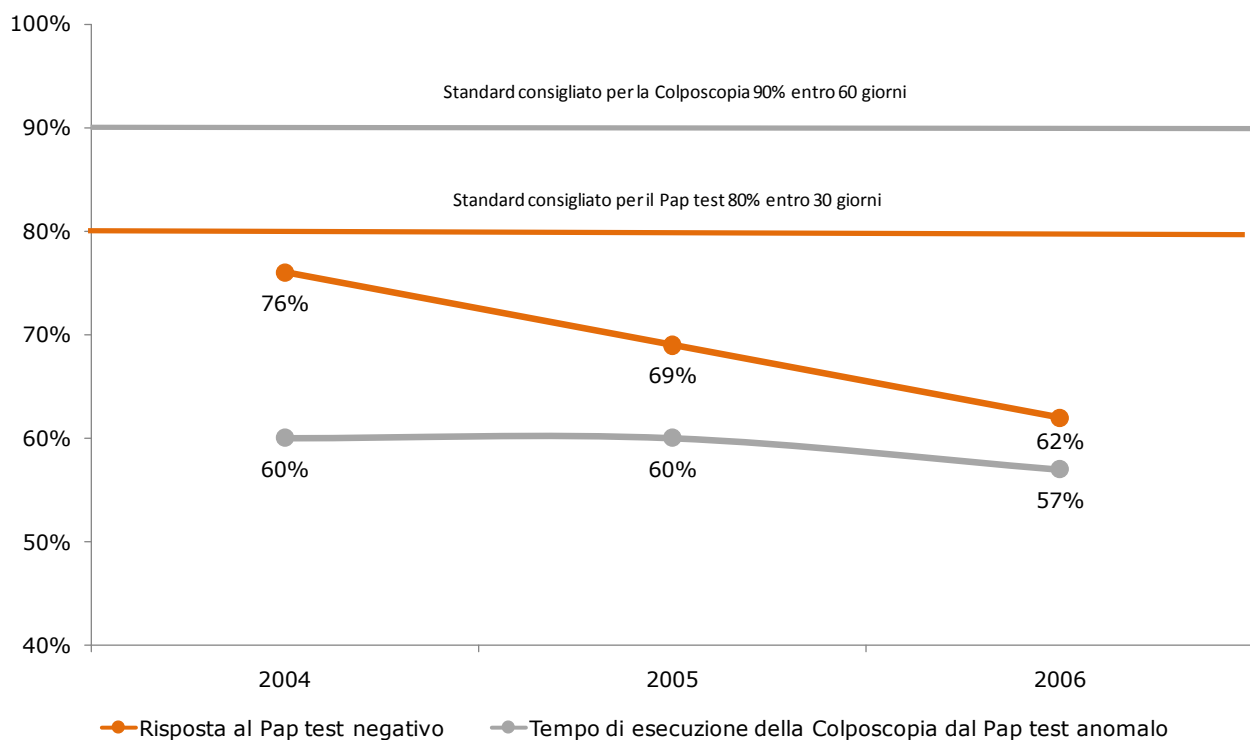
Nell'anno 2006 l'adesione grezza (ovvero il rapporto tra le donne esaminate e le donne invitate) ottenuta dai singoli programmi varia dal 26% al 65%, con una media regionale del 44,9%. L'adesione corretta è un indicatore più rappresentativo della reale risposta della popolazione bersaglio in quanto, 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



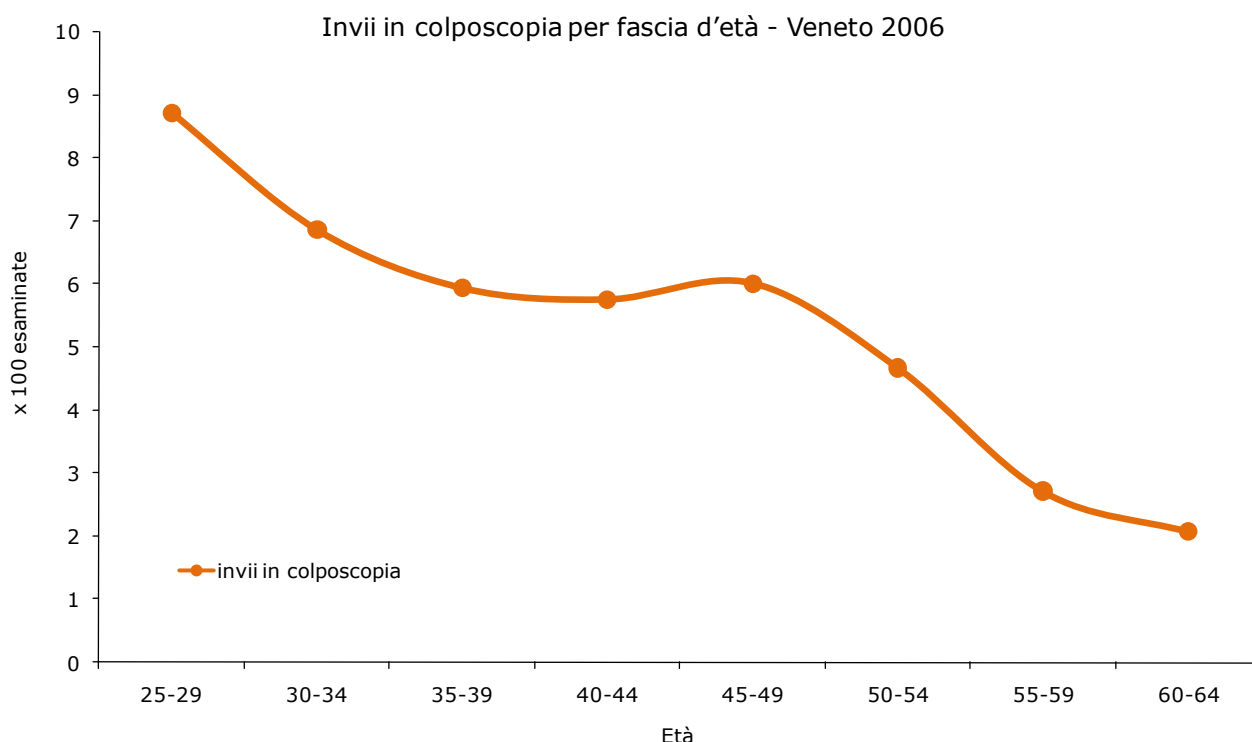
Tutto ciò conferma l'importanza e la validità della campagna attivata dalla Regione del Veneto, denominata "Il giusto tempo della salute", tesa ad attivare un sostanziale miglioramento nei tempi delle prestazioni e della refertazione. Un ulteriore importante indicatore di qualità dei programmi è rappresentato 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).



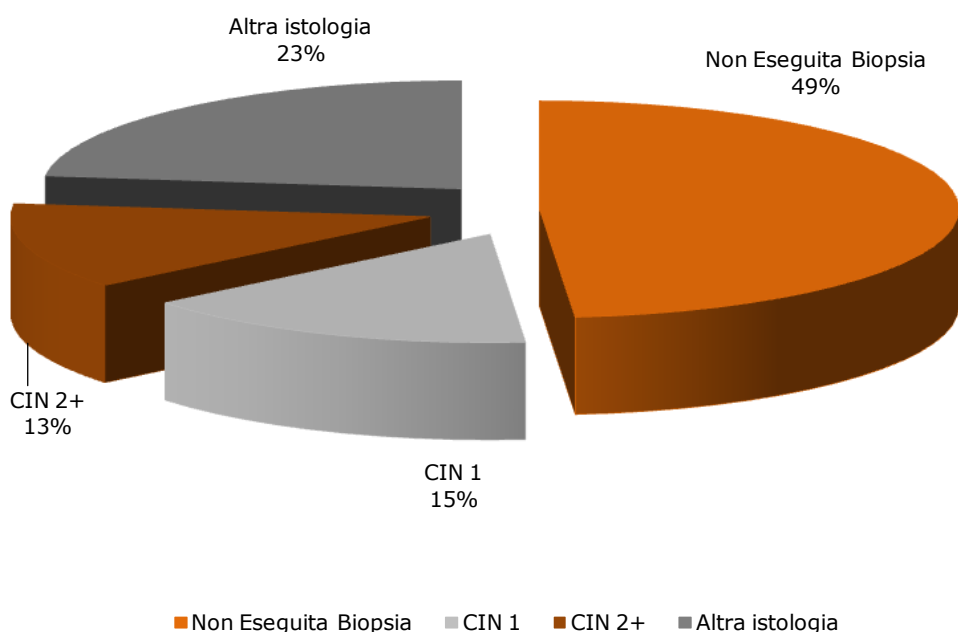
L'adesione alla colposcopia è un indicatore fondamentale per monitorare l'efficacia del programma. Vari studi infatti hanno dimostrato come una certa quota di tumori invasivi sia conseguenza di un mancato accertamento dopo una citologia positiva.

	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

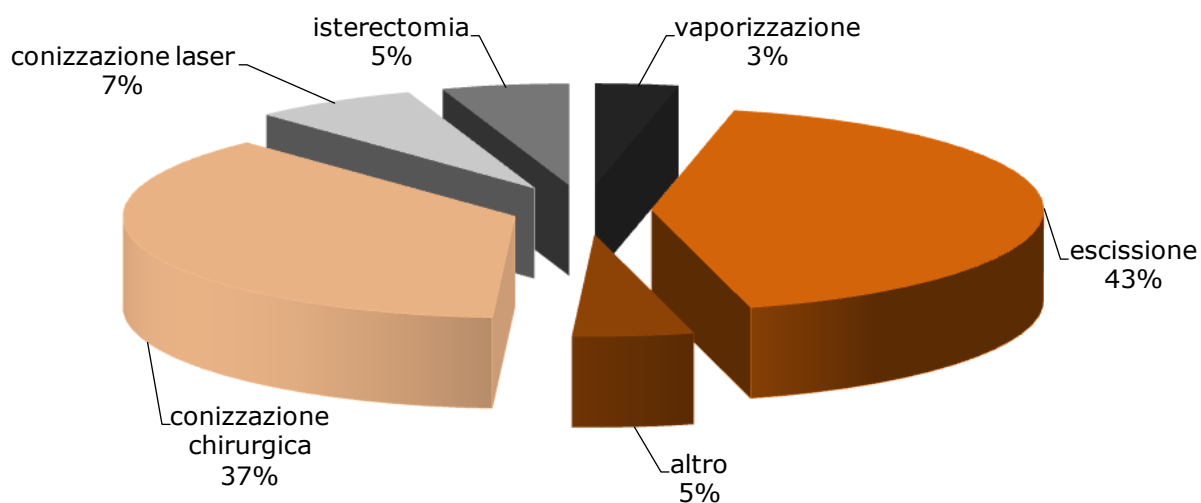
* CTM = Cellule Tumorali

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

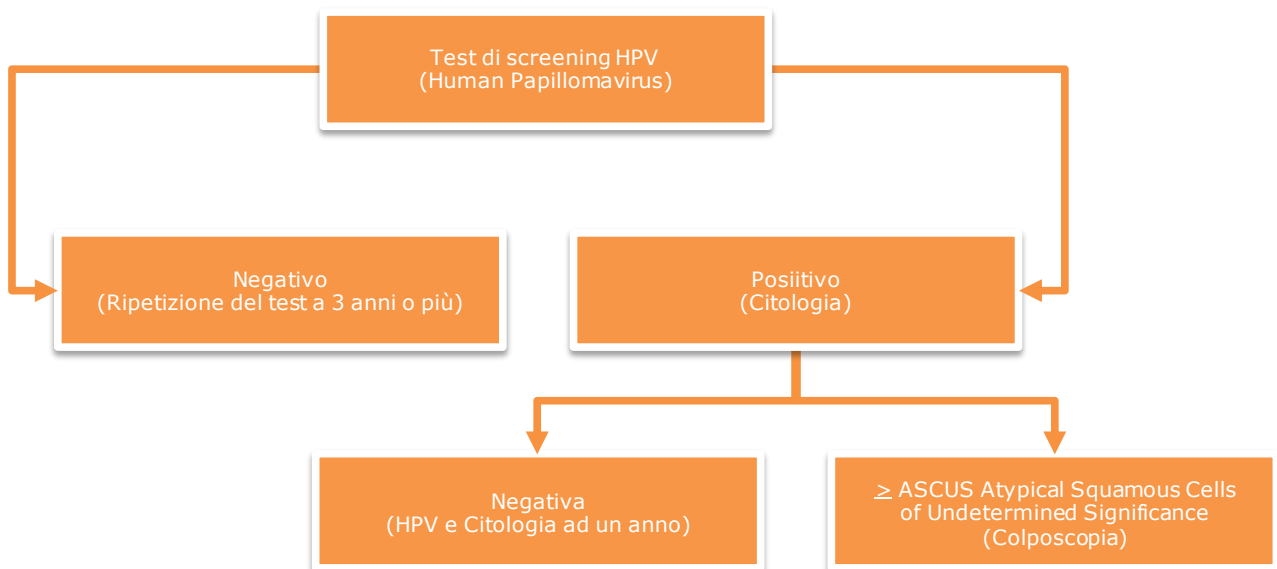
	CIN1	CIN2	CIN3	Cancro squamoso invasivo	Adenocarcinoma	TOTALE
Vaporizzazione laser	6	3	0	0	0	9
Escissione con Ansa	13	85	50	1	1	150
Conizzazione chirurgica	12	45	72	4	1	134
Conizzazione laser	1	13	12	0	0	26
Isterectomia	0	0	10	4	3	17
Altro trattamento	6	3	0	0	0	9
Totale trattate	38	149	144	9	5	345
Non 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	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Light	Dark	Dark	Dark	Orange	Orange	Light	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	
Adesione grezza	Orange	Orange	Dark	Orange	Dark	Dark	Orange	Orange	Orange	Dark	Dark	Orange	Light	Dark	Light	Orange	Light	Dark	Light	Dark	Dark	Orange	
Tempo invio risposta negativa	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Dark	Orange	Light	Orange	Orange	Orange	Light	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Dark	Light	Dark	Dark	Orange	
Tempo per invio a colposcopia	Orange	Dark	Dark	Dark	Orange	Dark	Orange	Dark	Orange	Dark	Light	Dark	Orange	Dark	Orange	Dark	Dark	Dark	Dark	Dark	Dark	Dark	
Tasso di Inadeguati	Orange	Orange	Orange	Orange	Light	Dark	Orange	Orange	Orange	Orange	Light	Light	Light	Dark	Orange	Orange	Light	Dark	Dark	Dark	Dark	Light	
Invio in colposcopia	Orange	Orange	Light	Light	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Dark	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	
Adesione alla colposcopia	Orange	Orange	Dark	Orange	Orange	Orange	Orange	Light	Orange	Dark	Dark	Orange	Dark	Dark	Dark	Orange	Orange	Dark	Light	Orange	Orange	Light	
Adesione a colposcopia per HSIL+	Orange	Light	Dark	Orange	Light	Orange	Dark	Dark	Orange	Dark	Dark	Orange	Dark	Orange	Orange	Dark	Orange	Dark	Orange	Orange	Orange	Dark	
VPP biopsia per CIN1+	Dark	Orange	Dark	Dark	Dark	Dark	Dark	Light	Orange	Dark	Dark	Dark	Dark	Dark	Orange	Dark	Dark	Dark	Dark	Light	Orange	Dark	
Non trattamento per CIN1	Orange	Dark	Dark	Orange	Light	Dark	Light	Orange	Orange	Orange	Dark	Orange	Dark	Light	Orange	Light	Dark	Dark	Orange	Orange	Orange	Light	

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

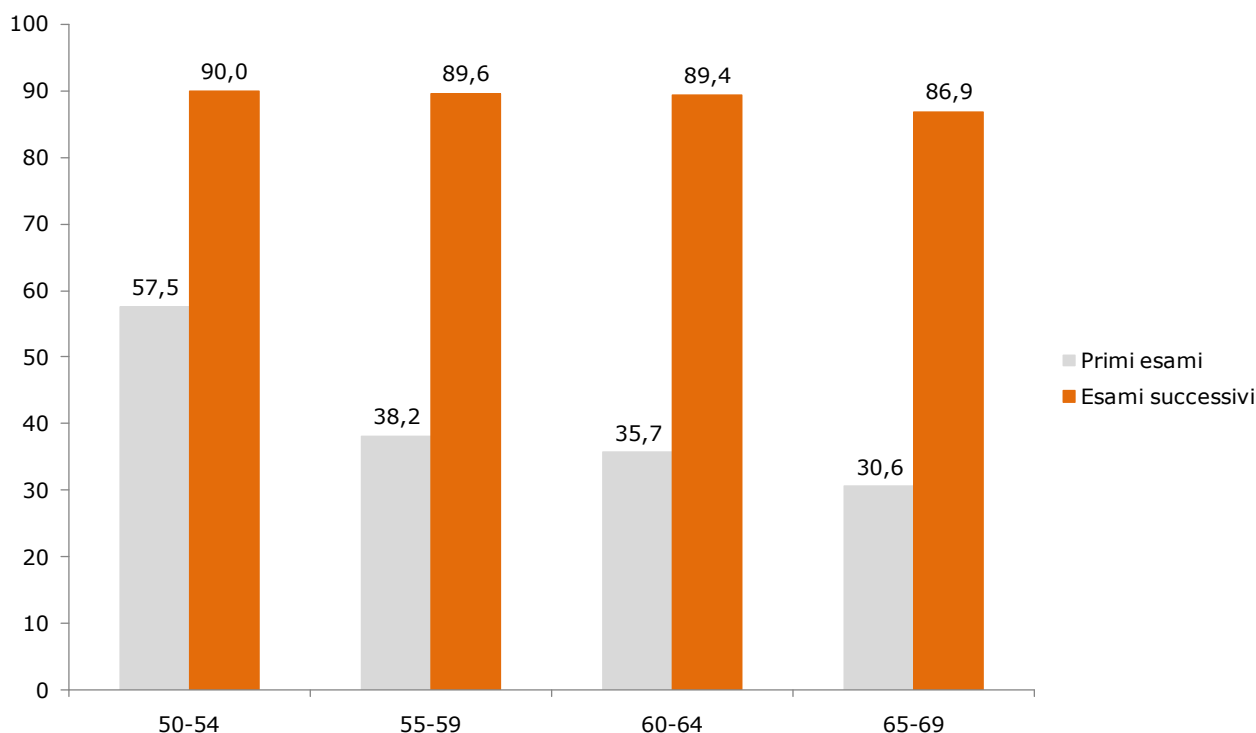
Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente e la causa di morte per tumore più importante nel sesso femminile. Si stima, sulla base dei dati del Registro Tumori del Veneto (RTV), che nel 2006 in Veneto i nuovi casi di tumore della mammella siano stati circa 4.200, pari al 31% di tutte 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.

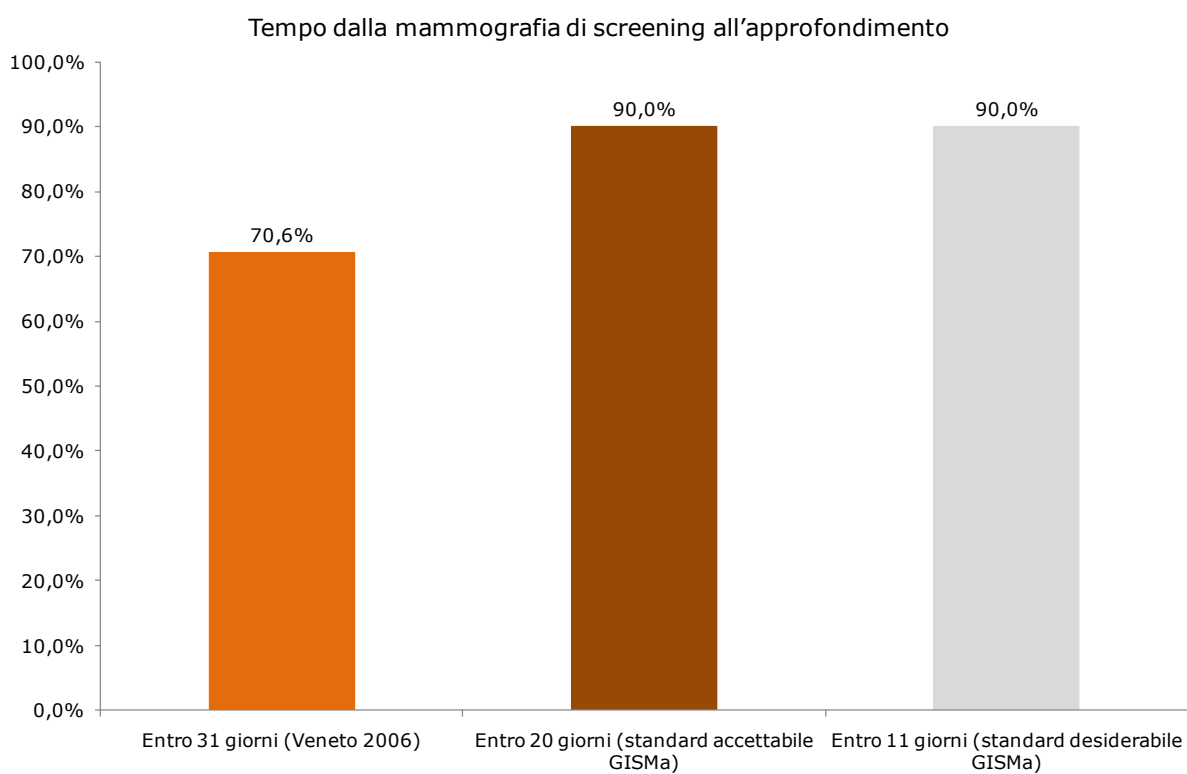
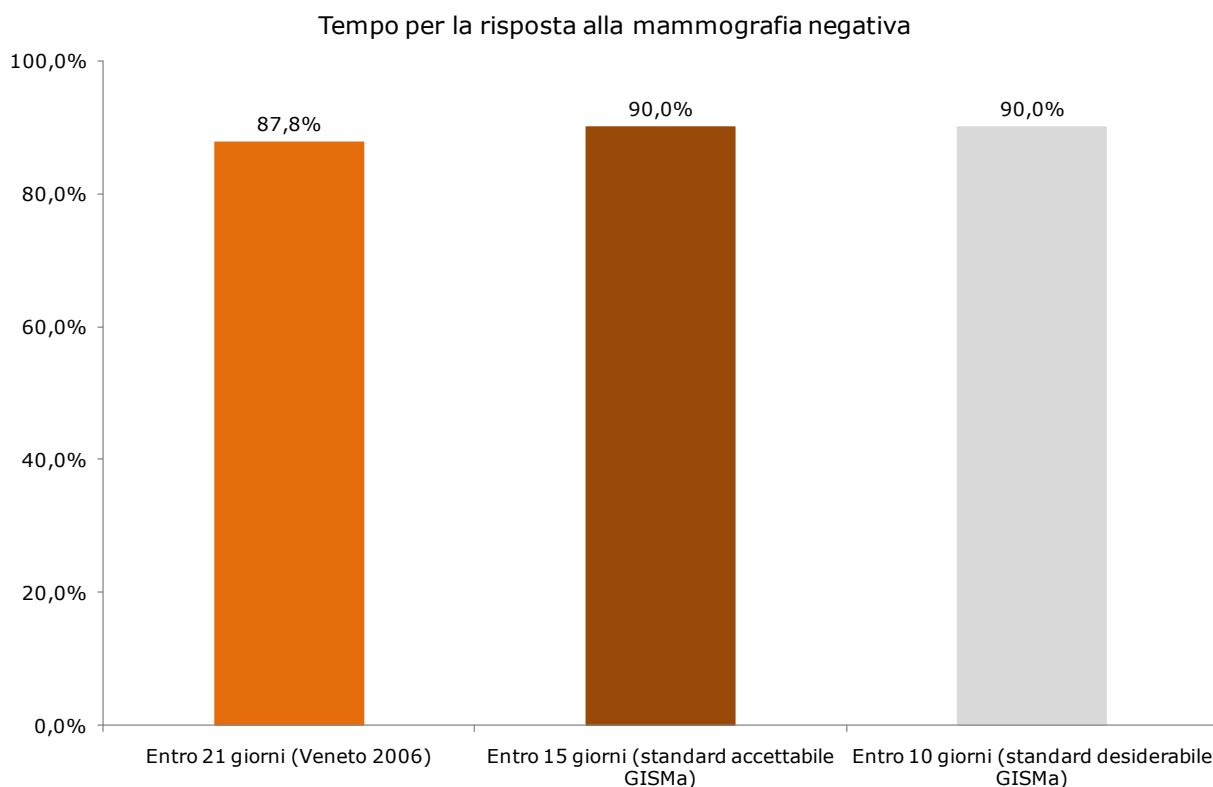
Adesione corretta al programma di screening mammografico per fascia di età (Veneto 2006)



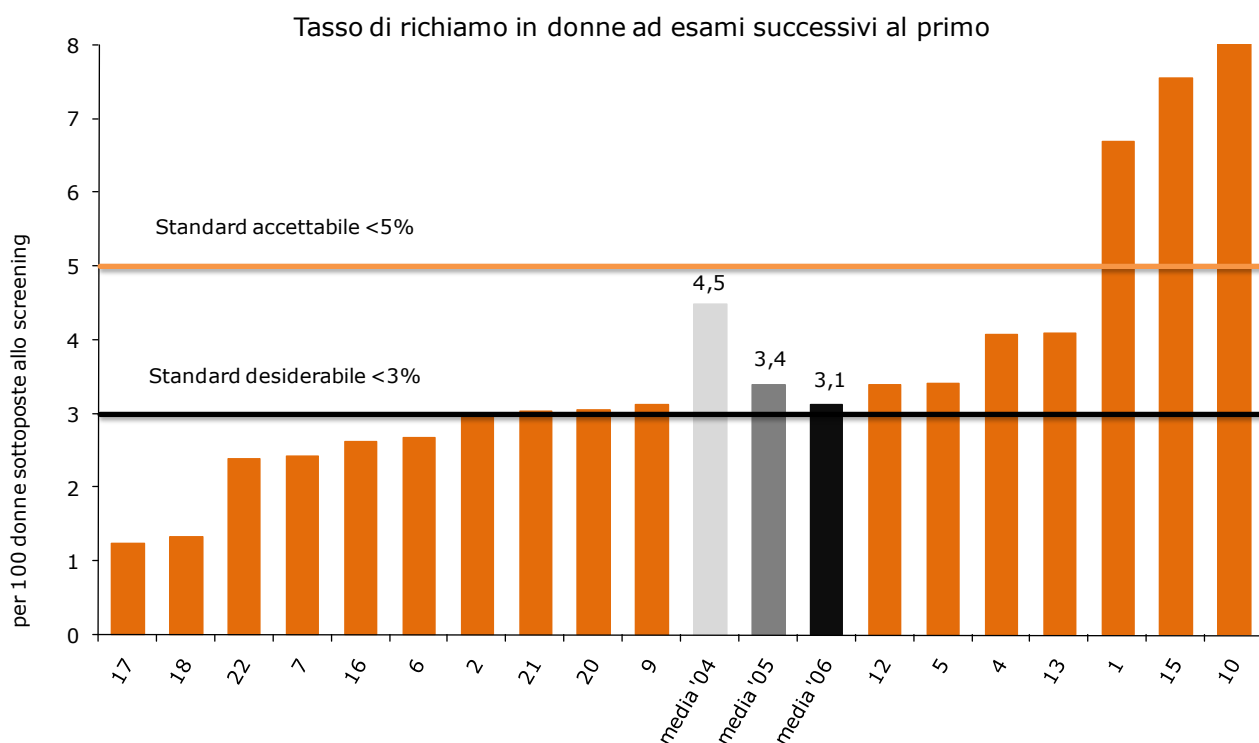
Qualora le differenze tra due anni successivi e/o fra adesione grezza e corretta siano particolarmente elevate, il dato potrebbe essere inattendibile e va verificato localmente. L'adesione per età ed esame (confronto tra primo e successivi) mostra, analogamente a quanto evidenziato in passato sia a livello 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.



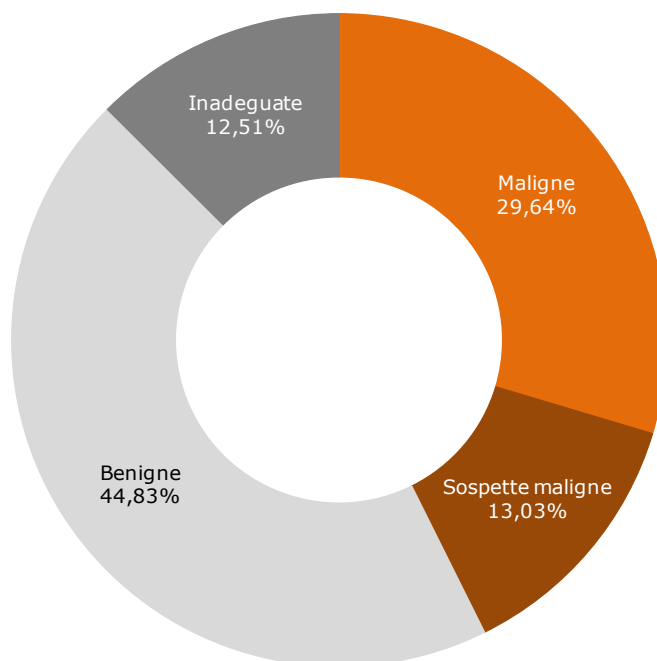
Il tasso di richiamo (*recall rate*) rappresenta la percentuale di donne richiamate per ulteriori approfondimenti diagnostici dopo una mammografia di primo livello. Il tasso di richiamo costituisce l'indicatore principale della specificità diagnostica del programma nella fase di primo livello.



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

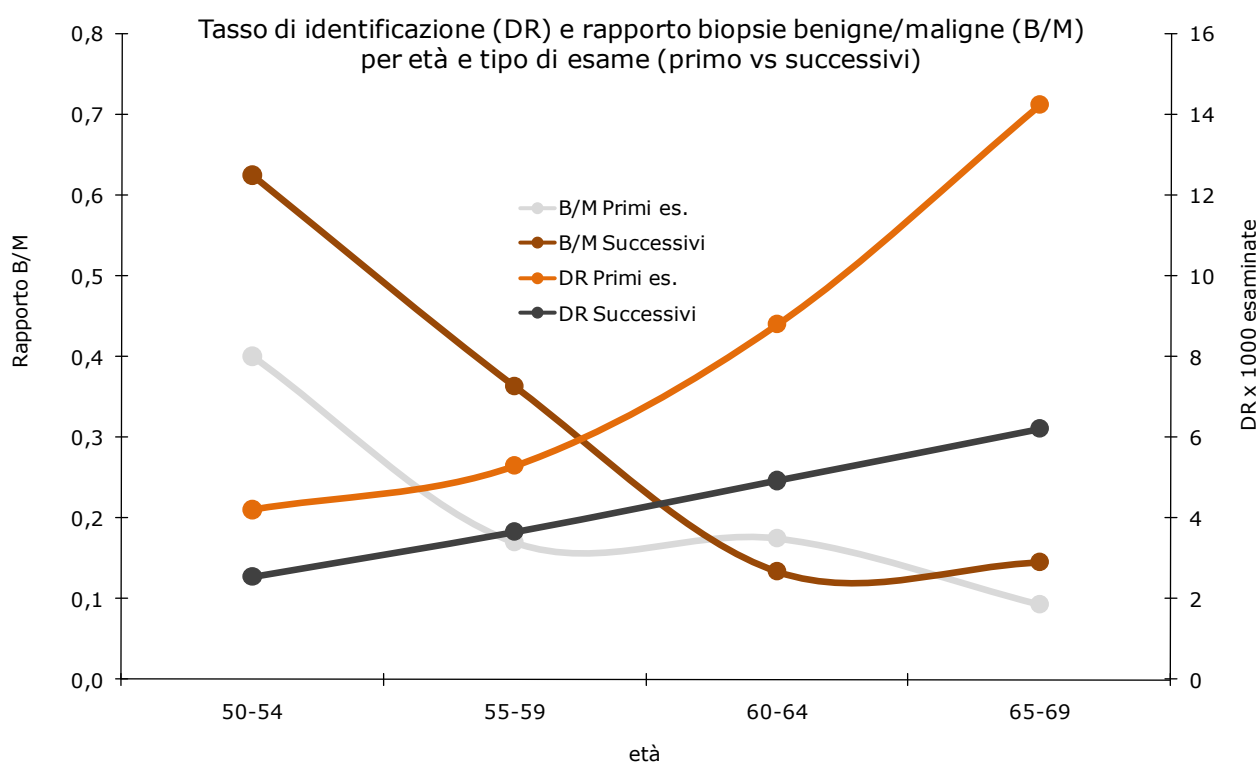
complesso, i dati medi regionali hanno registrato anche nel 2006 per entrambi i parametri valori superiori agli standard anche se in leggero calo rispetto al 2005 (richiami precoci: 1,5 ogni 100 donne sottoposte allo screening, richiami intermedi 1,4 ogni 100 donne sottoposte allo screening).

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.

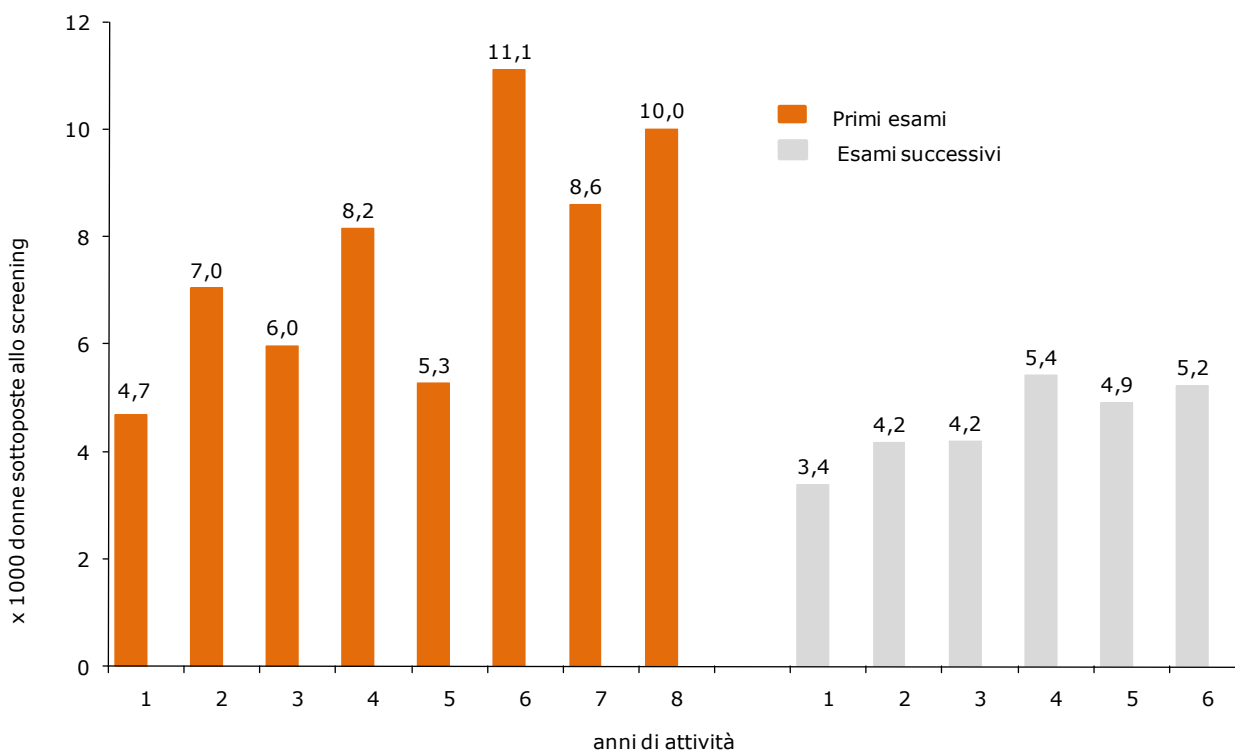
Numero delle neoplasie identificate	757
Tasso di identificazione x 1.000 donne esaminate (primi esami)	7,5‰
Standard: almeno 3 volte l'incidenza di base	(range: 0,8-17,1‰)
(Veneto 98-01: 2,80 per 1.000) = 8,39	
Tasso di identificazione x 1000 esaminate (esami successivi)	4,1‰
Standard: almeno 1,5 volte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

178

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

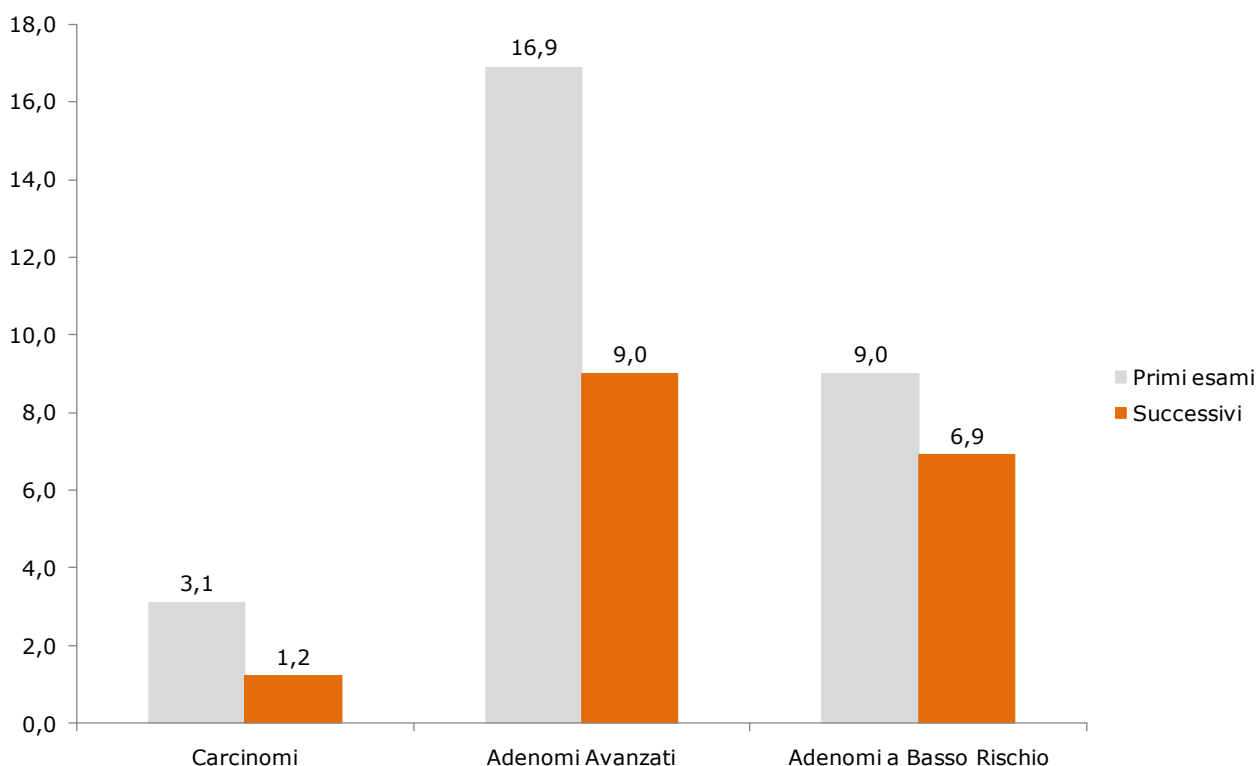
SOF = Ricerca Sangue Occulto Fecale

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 (‰)

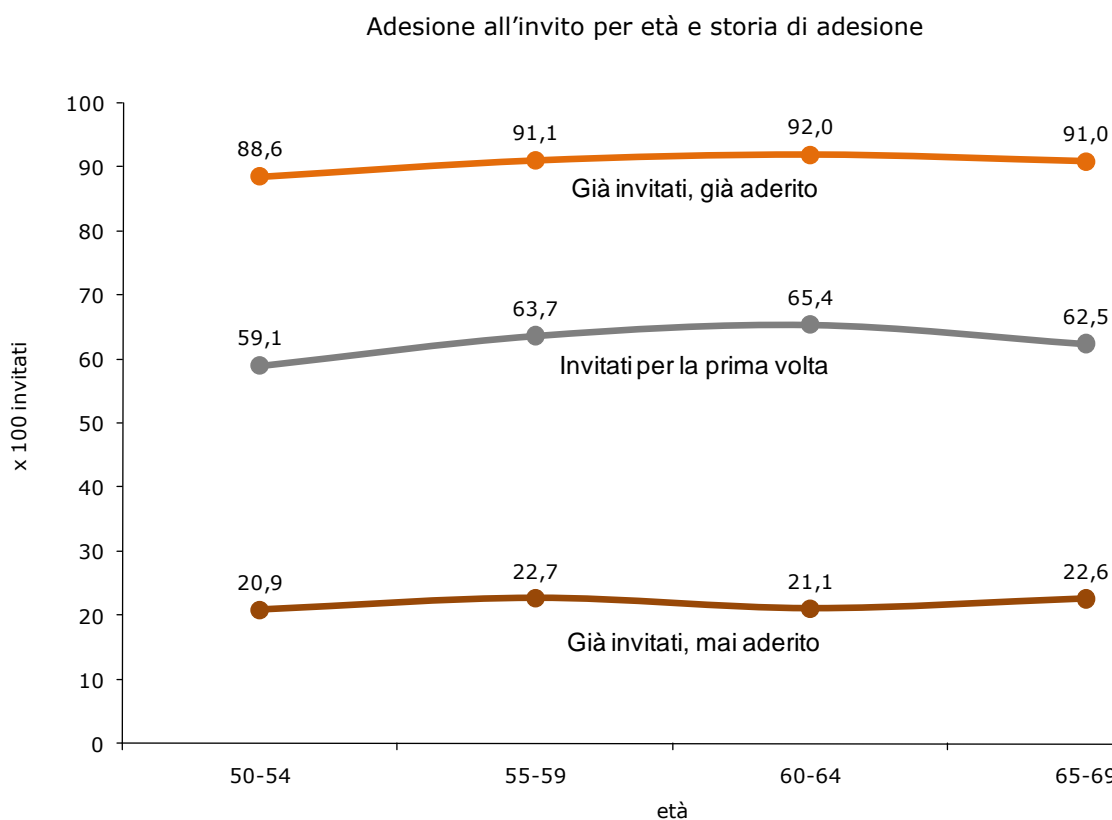


Programmi SOF nel Veneto nel 2006

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

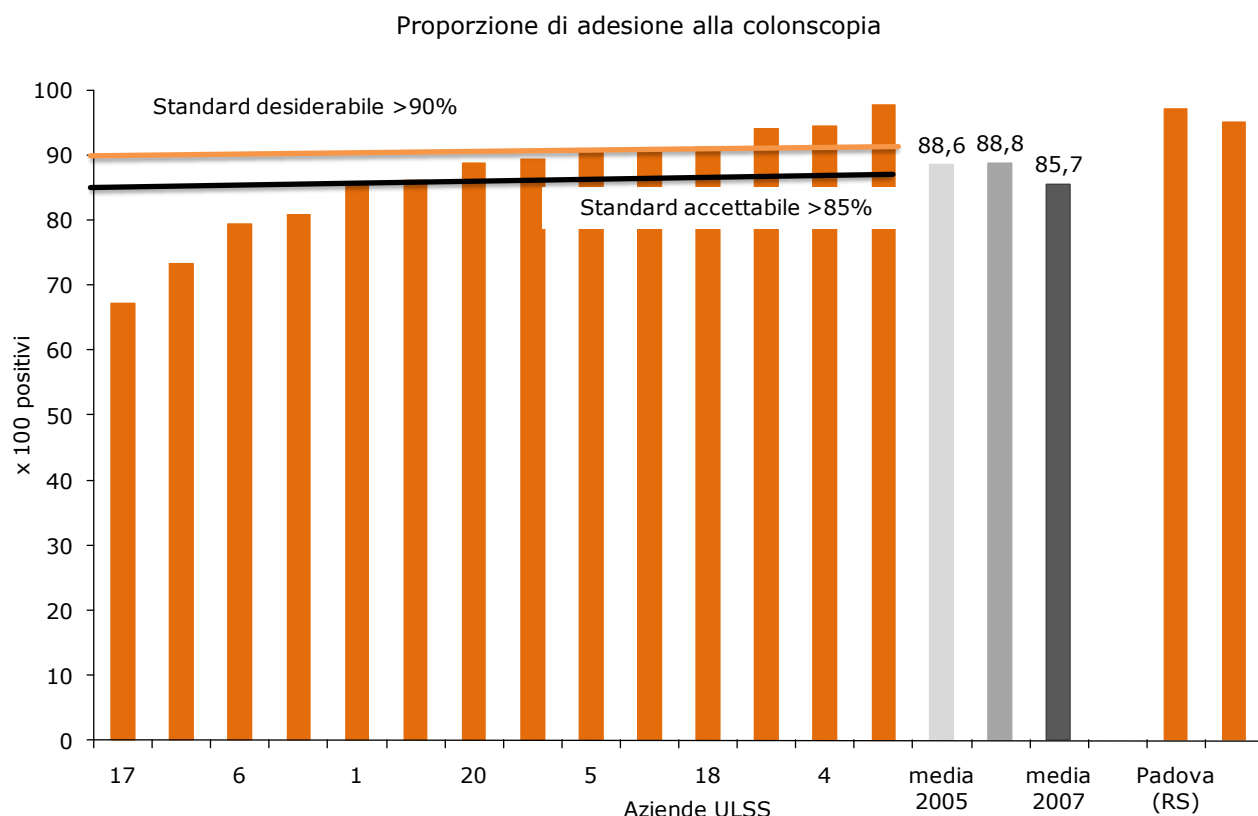
precedente (dai quali ci si attendono livelli elevati di adesione); 3) soggetti già invitati ma mai aderenti (con prospettive di adesione molto limitate).



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.

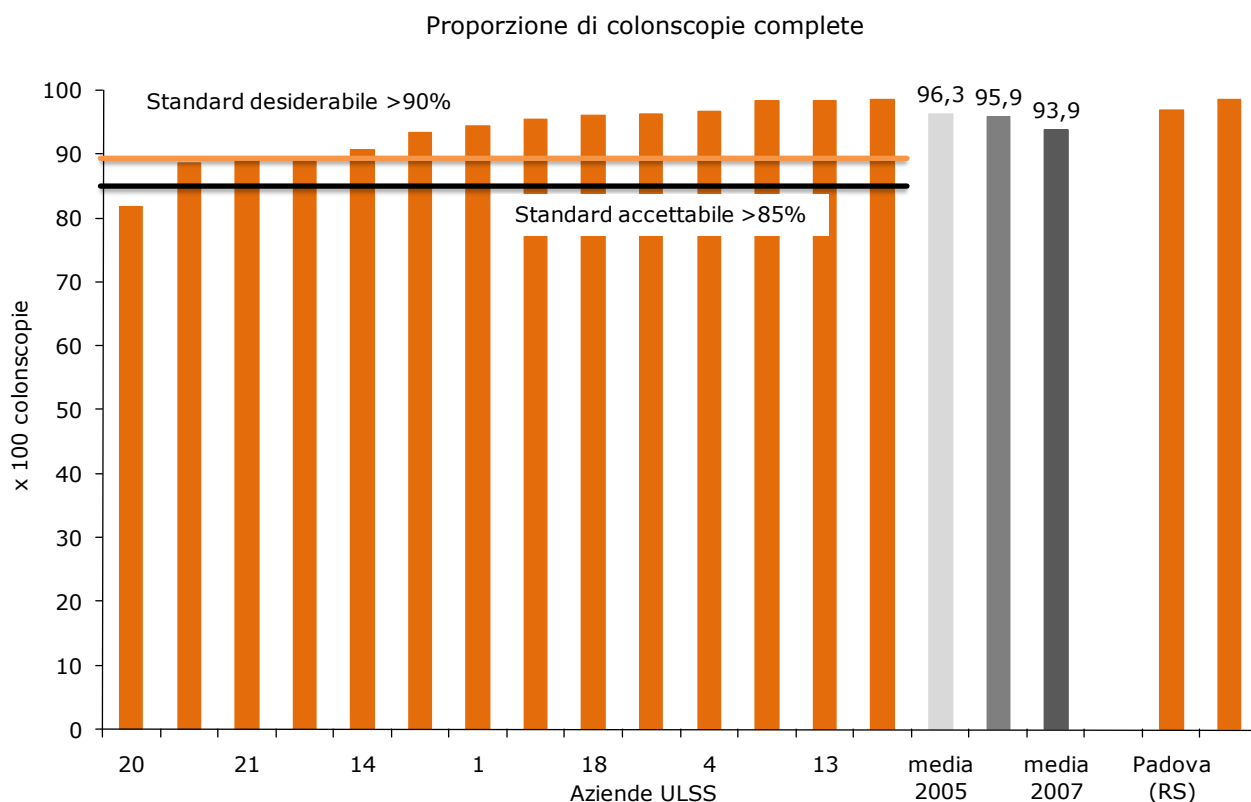
Proporzione di positivi ai primi esami		
Fascia di età	Maschi	Femmine
50-54	4,9	2,8
55-59	6,3	3,8
60-64	8,1	4,7
65-69	9,7	5,7
Tutti	7,2	4,2

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.

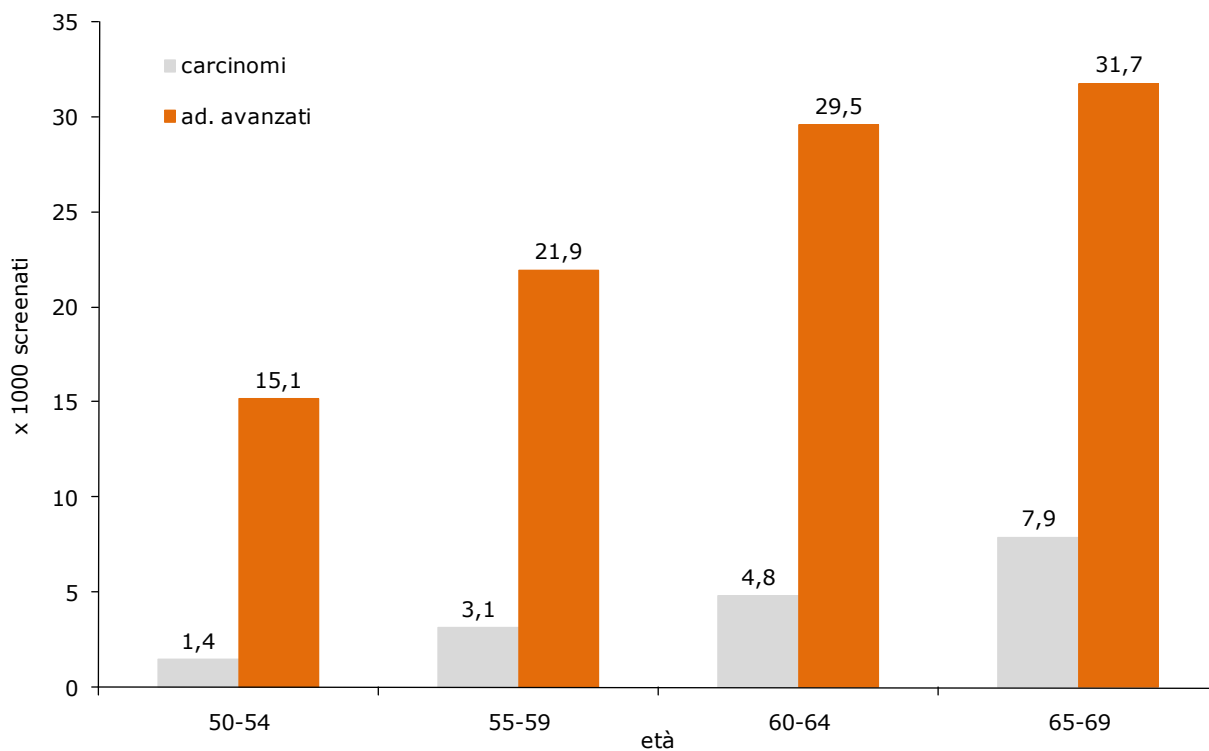
Un altro importante elemento da monitorare nella valutazione della qualità di un programma di screening è la quota di colonscopie complete. Le colonscopie riportate come complete sono il 94%. Sono stati rilevati valori diversi tra i sessi, con livelli di completezza maggiori nei maschi rispetto alle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

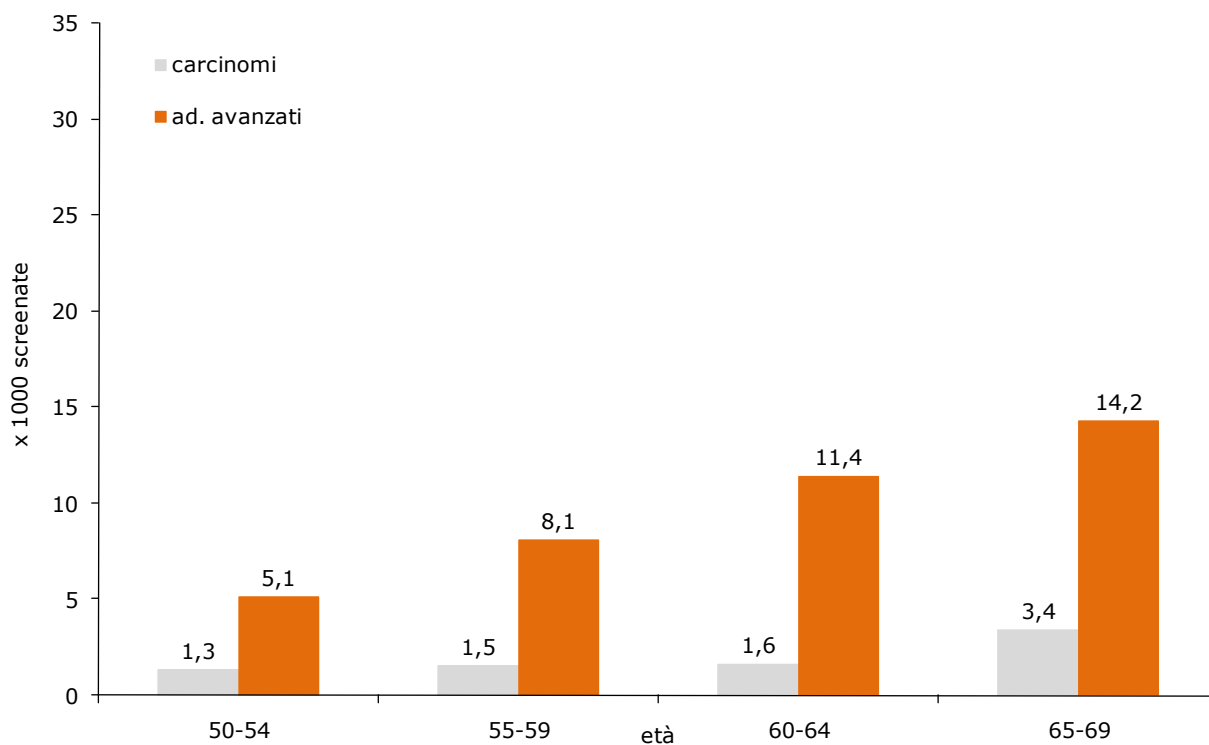
Primi esami. Tassi di identificazione di carcinomi ed adenomi avanzati per età (x 1.000 sottoposti allo screening) – Maschi



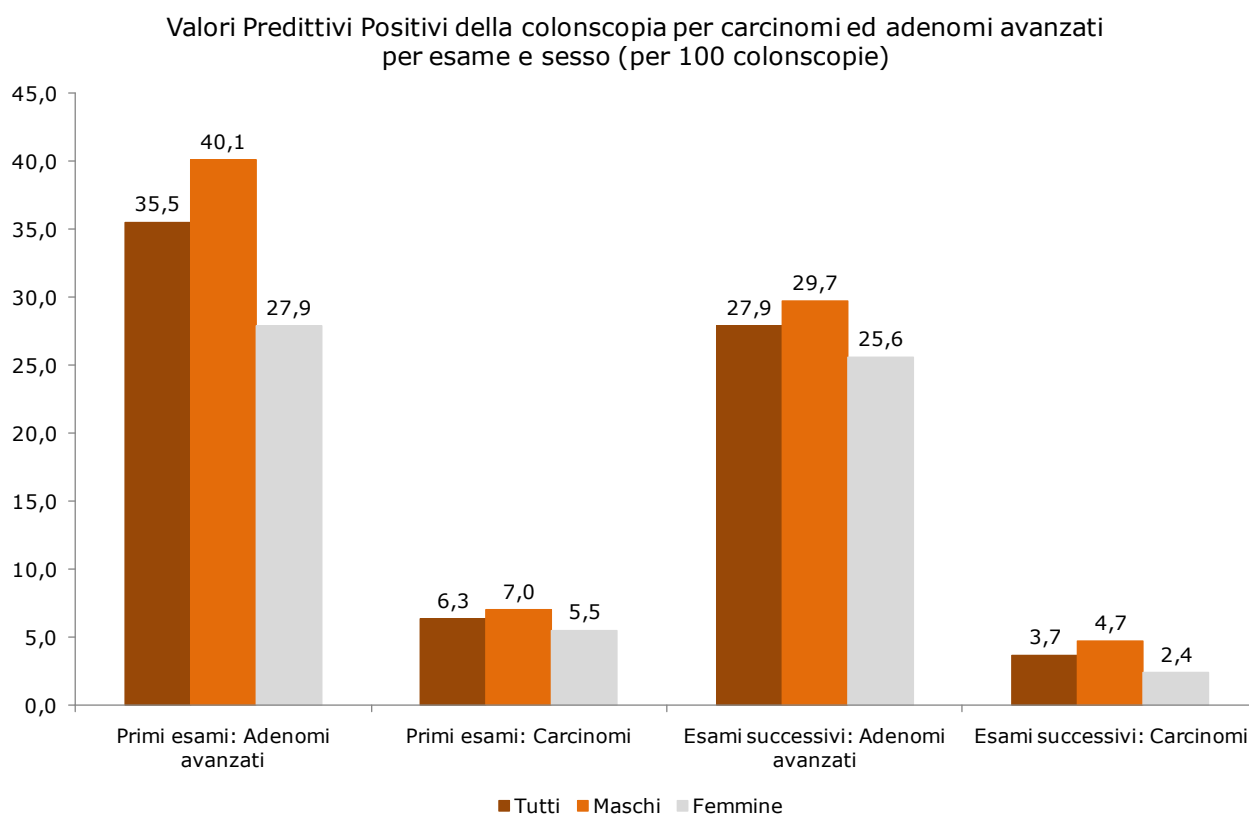
I tassi di identificazione degli adenomi avanzati sono costantemente superiori rispetto a quelli a basso rischio. La prevalenza di adenomi a basso rischio nelle persone sottoposte a RS è invece più elevata, e questo riflette la maggiore tendenza al sanguinamento delle lesioni avanzate. In questo senso 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.



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

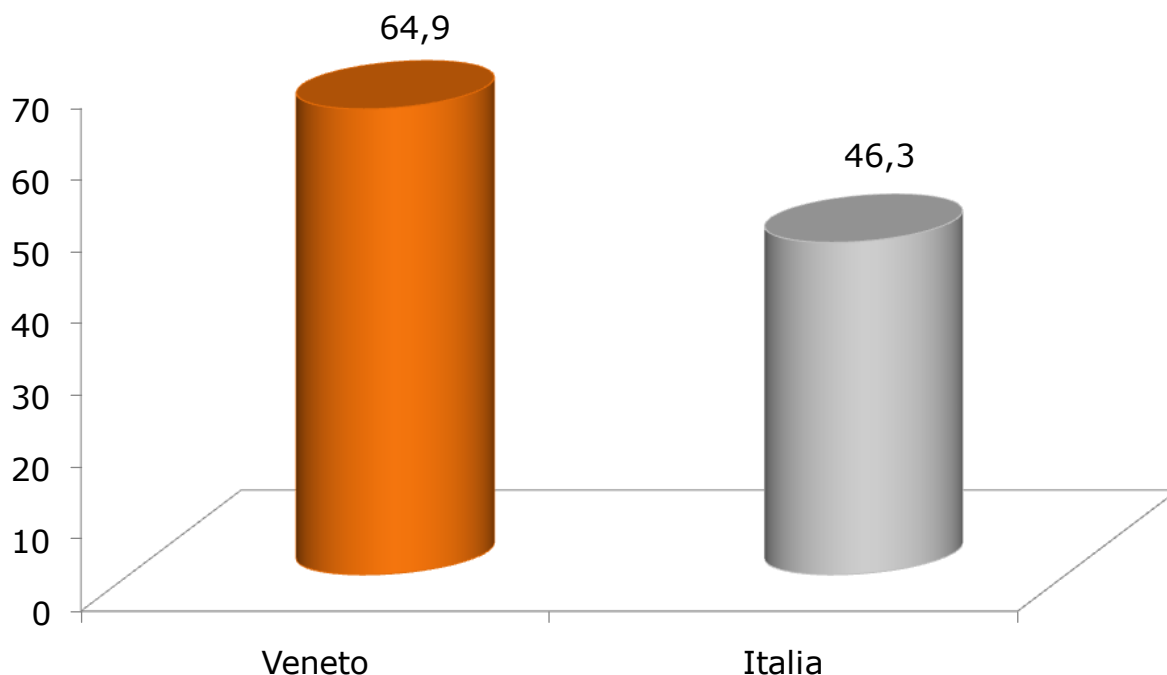
RS = Rettosigmoidoscopia

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	Light Orange	Orange	Light Orange	Light Orange	Light Orange	Dark Orange	Dark Orange	Light Orange	Dark Orange	Light Orange	Dark Orange	Light Orange	Light Orange	Light 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	Orange	Dark 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	Dark Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
VPP K	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Dark Orange	Orange	Orange	Dark Orange	Dark 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	Dark 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 cancro 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:

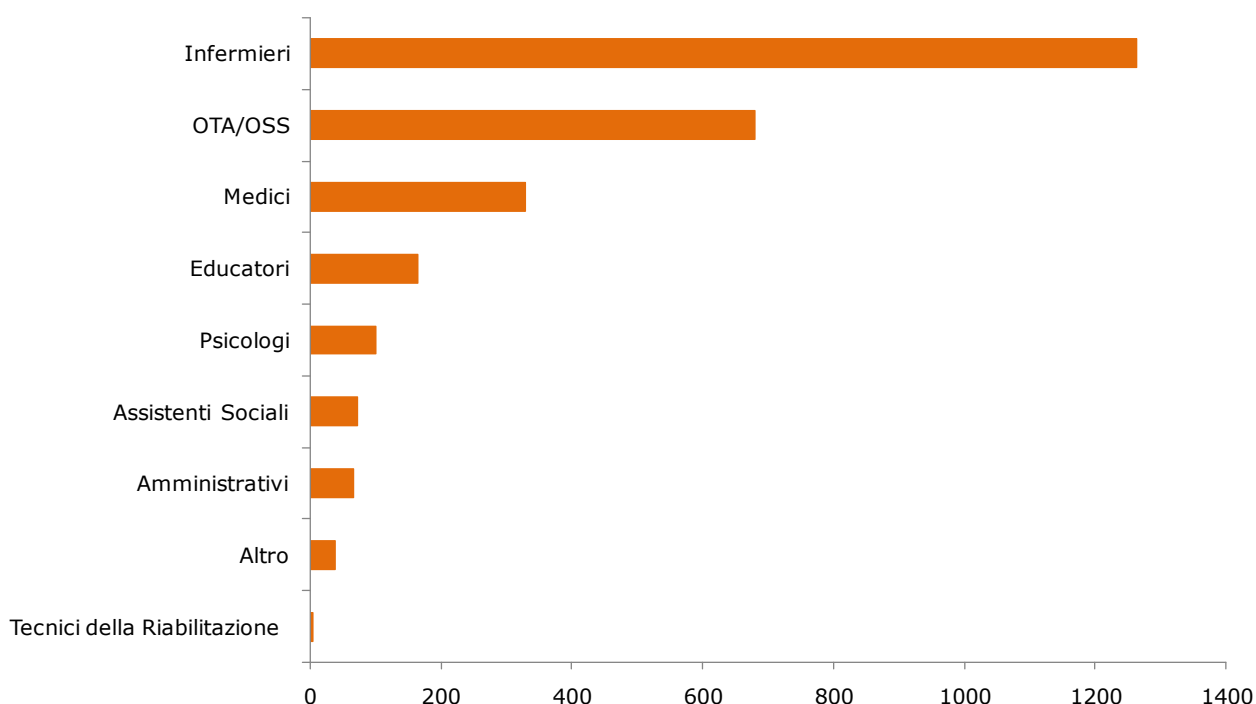
- per "Dipendenti ULSS" si intende tutto il personale dipendente dell'Azienda ULSS, in servizio al 31 dicembre 2007 all'interno dell'UOA, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, incluso anche quello assente per congedo ordinario, malattia o in aspettativa;
- per "Convenzionati e assimilati 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

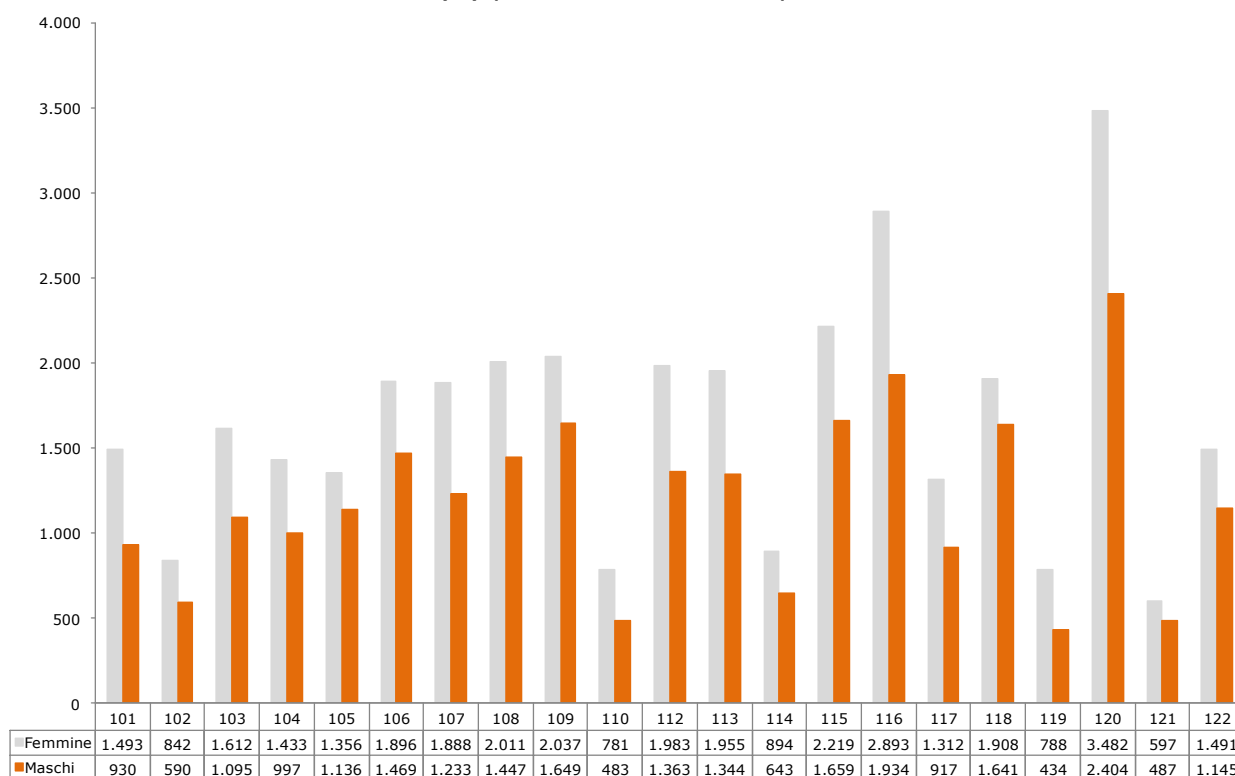
Per analizzare le attività territoriali attinenti la Tutela della Salute Mentale sono stati utilizzati i raggruppamenti di diagnosi che comprendono i codici presenti nel *Capitolo V - Disturbi Psicici* della classificazione ICD9-CM (codici 290-319). Inoltre per i cinque gruppi di diagnosi psichiatriche 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.



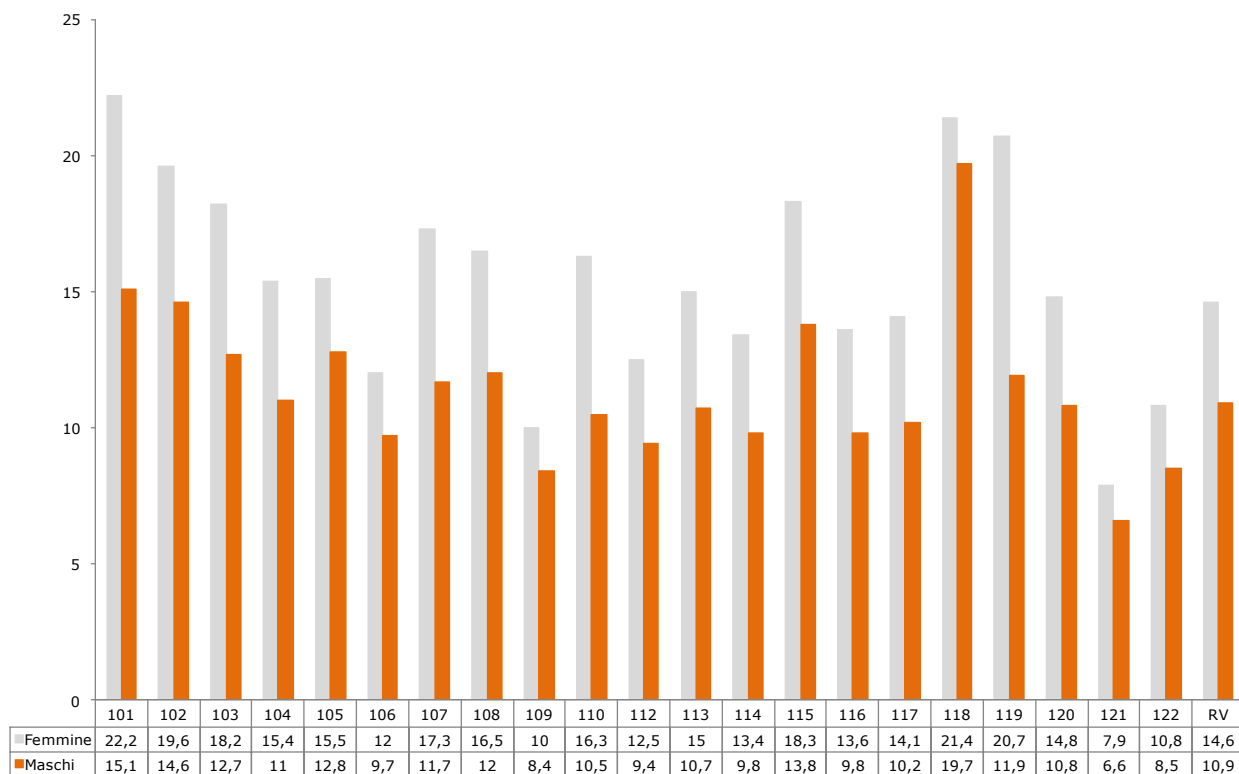
Ogni 5 pazienti trattati, 3 sono femmine. I disturbi mentali trattati presso i servizi territoriali appartengono prevalentemente alla categoria dei disturbi affettivi, seguiti nell’ordine dalle psicosi schizofreniche e dai disturbi d’ansia e della personalità. Con l’età aumenta progressivamente la quota 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

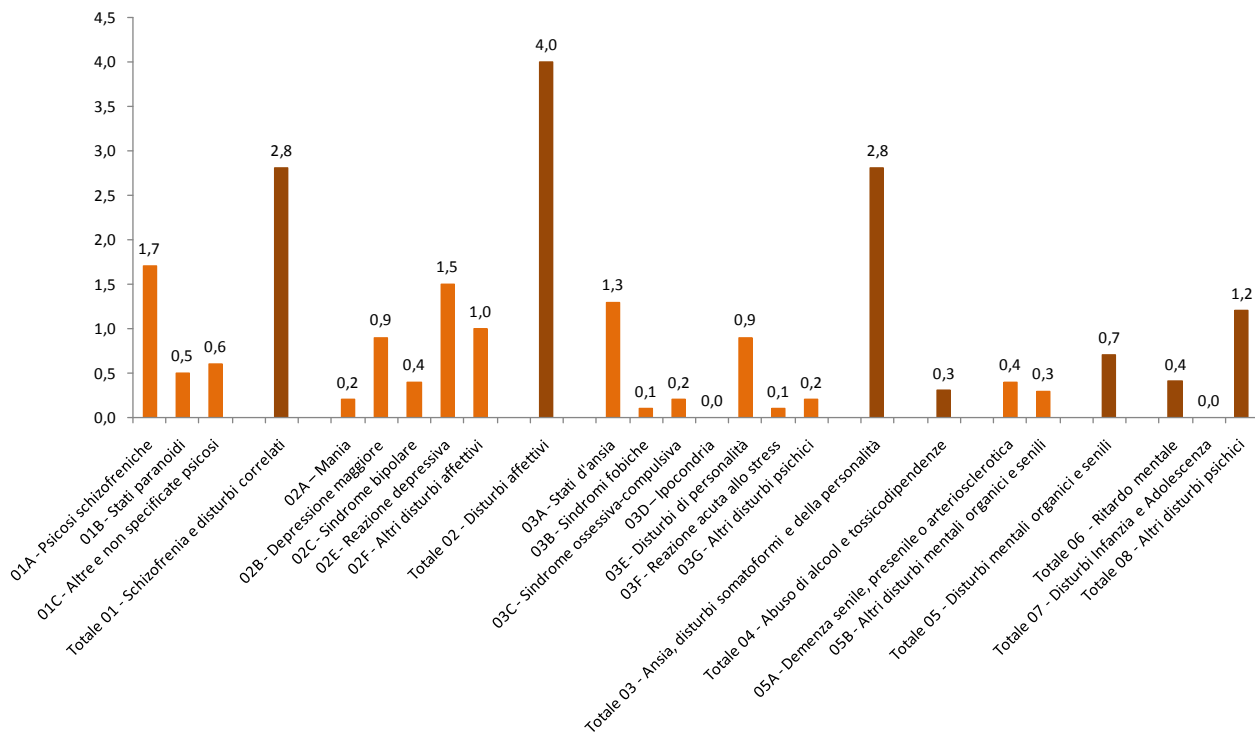
I totali per riga sono comprensivi dei casi con età errata/mancante.

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

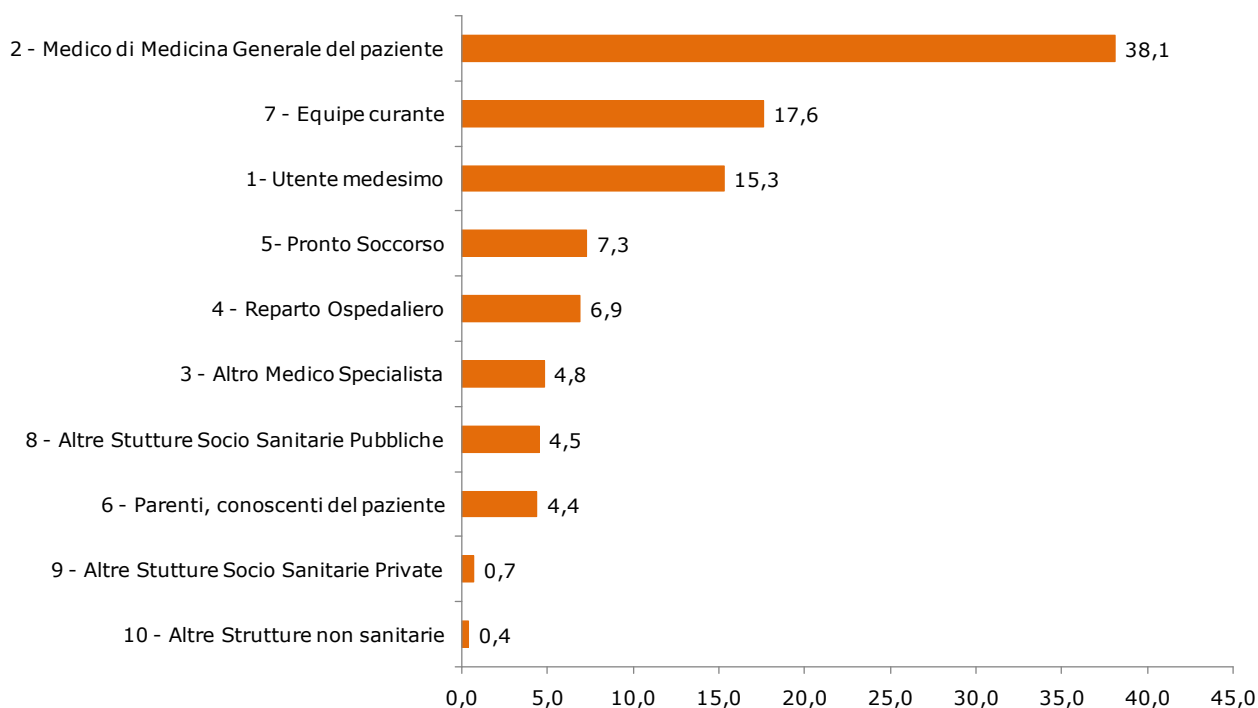


206

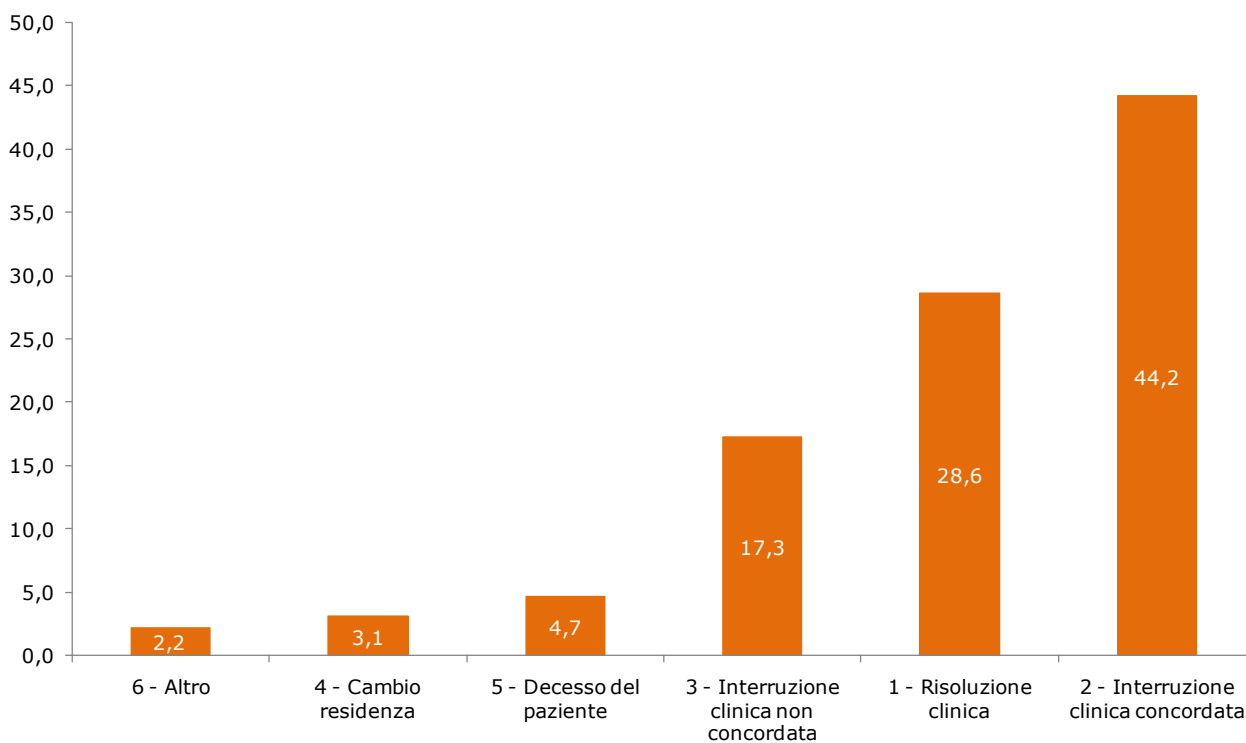
Prevalenza per mille abitanti per gruppi e particolari sottogruppi di patologie. Anno 2007.



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



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



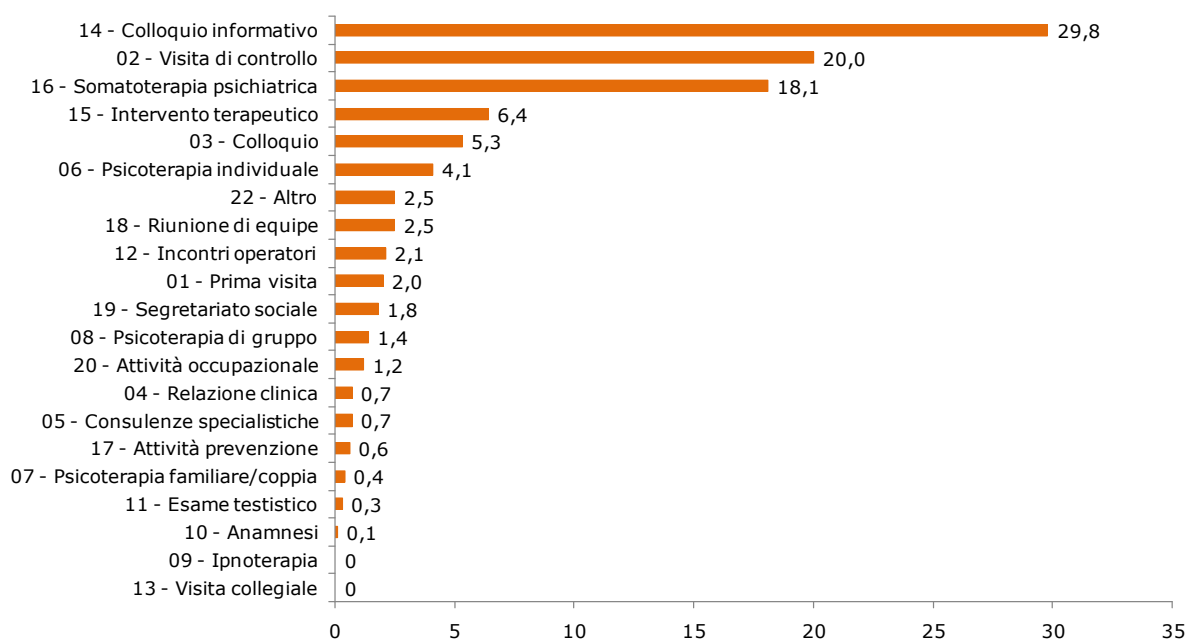
Nell'analisi delle prestazioni sono state escluse le giornate di presenza in strutture residenziali e semi-residenziali. Inoltre, la somatoterapia psichiatrica non è stata conteggiata se erogata insieme alla giornata di presenza, come indicato dal disciplinare tecnico del flusso APT (flusso informativo 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

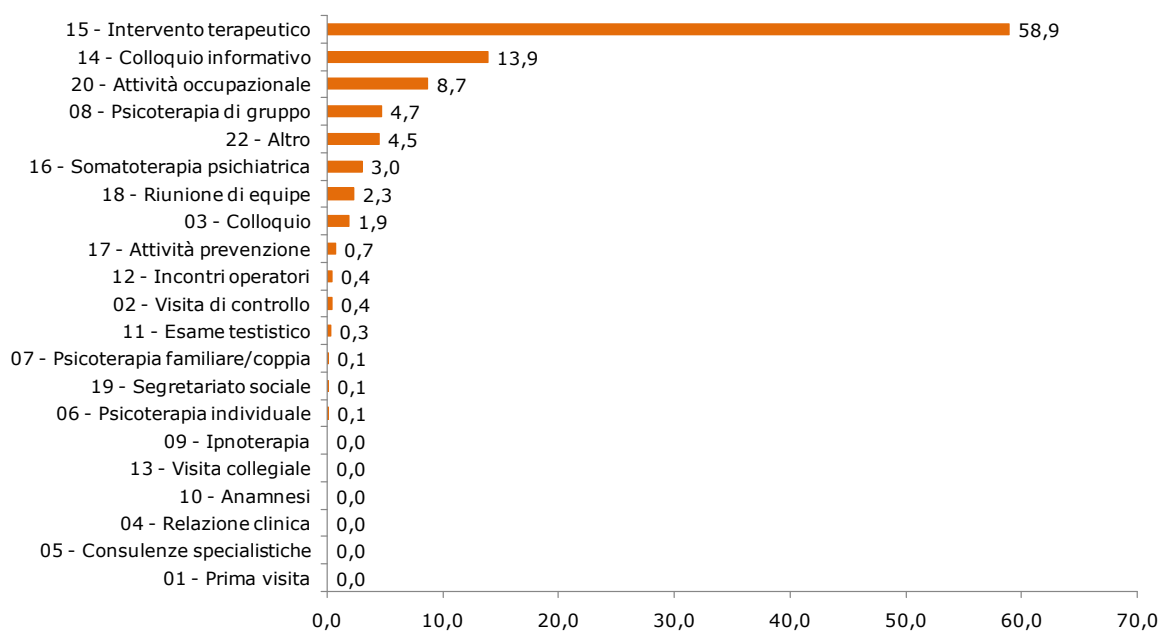
Per i centri di salute mentale, la prestazione più frequente è il colloquio di informazione e sostegno (30%), seguita dalla visita di controllo (20%) e dalla somatoterapia psichiatrica (18%). Per quanto riguarda le strutture semi-residenziali e residenziali, il profilo di trattamento è invece caratterizzato 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.

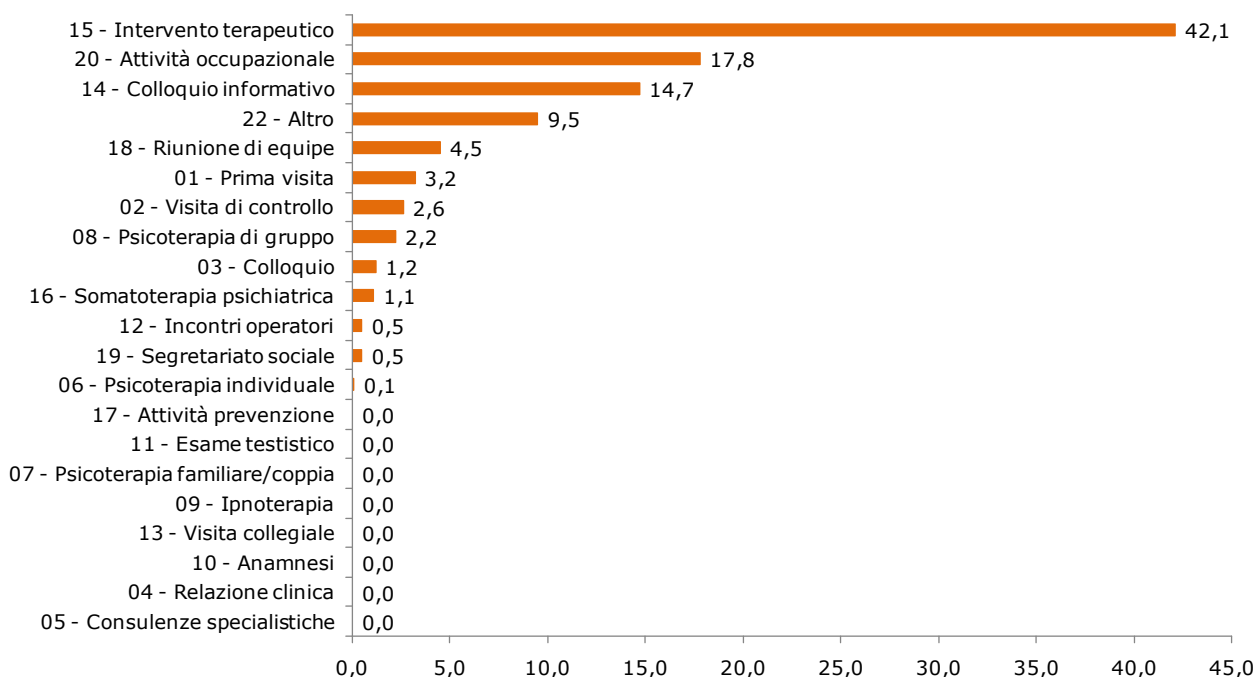
Percentuale prestazioni per tipo. Centri di Salute Mentale.
Veneto anno 2007



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

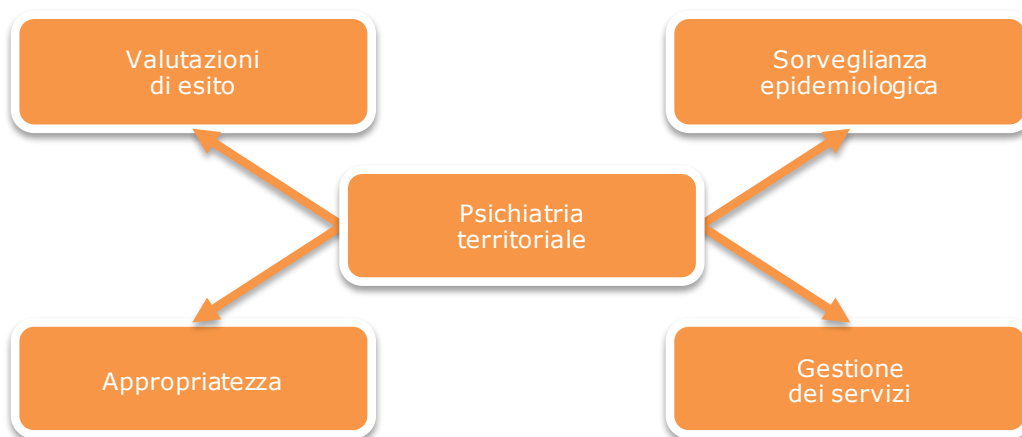


Percentuale prestazioni per tipo (%). Strutture residenziali.
Veneto anno 2007



210

Flusso informativo Psichiatria Territoriale: finalità di utilizzo dei dati



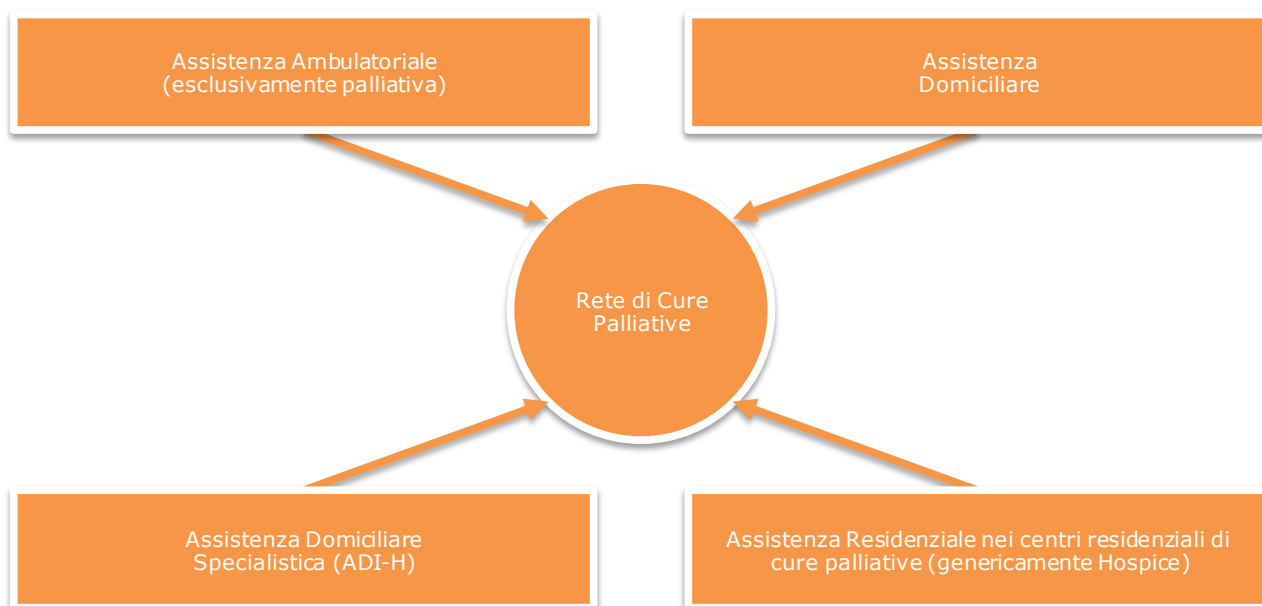
Con il flusso informativo della psichiatria territoriale viene documentato il processo di cura erogato ai pazienti attraverso la rilevazione della cartella clinica territoriale, contenente i dati anagrafici e clinici dei pazienti e i dati sulle prestazioni erogate. Il modello di organizzazione dei dati 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

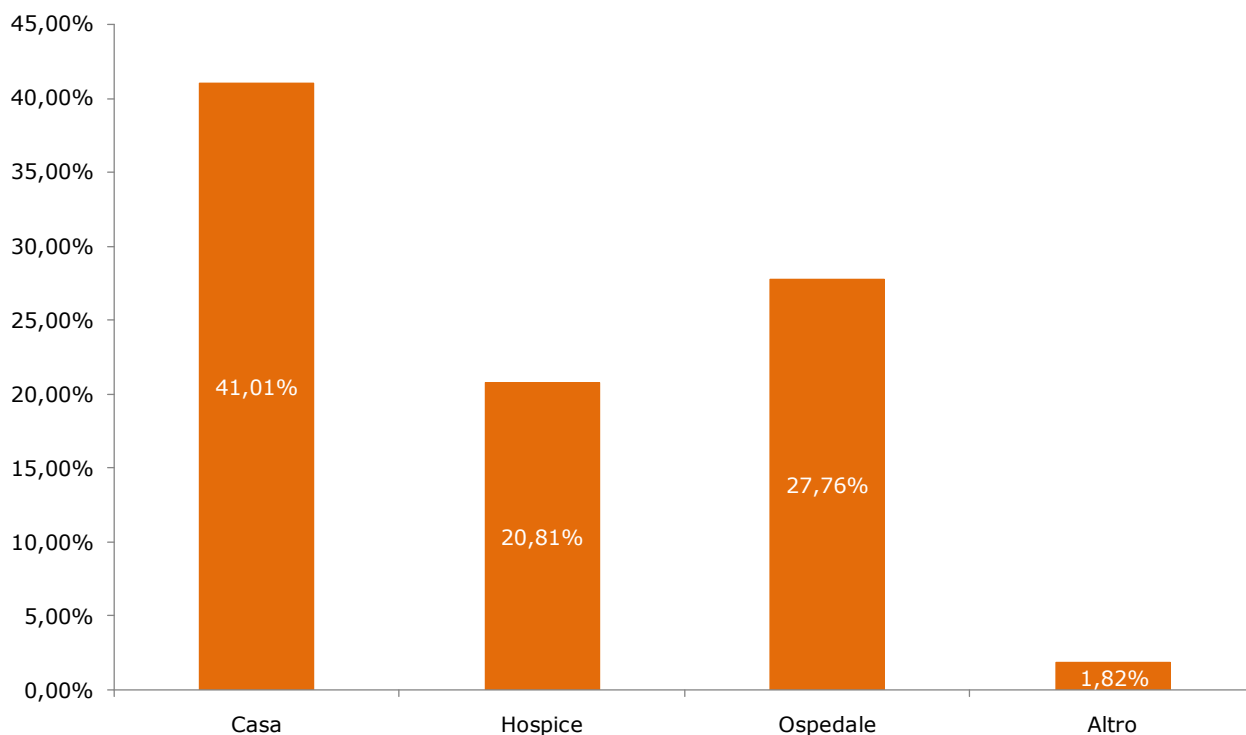
Se il fabbisogno di cure palliative per i malati di cancro è definibile ed è possibile approssimarne l'estensione a malati ancora in trattamento o in follow-up, servendosi di dati di prevalenza, quello per altre patologie suscettibili di assistenza risulta più difficile.

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.

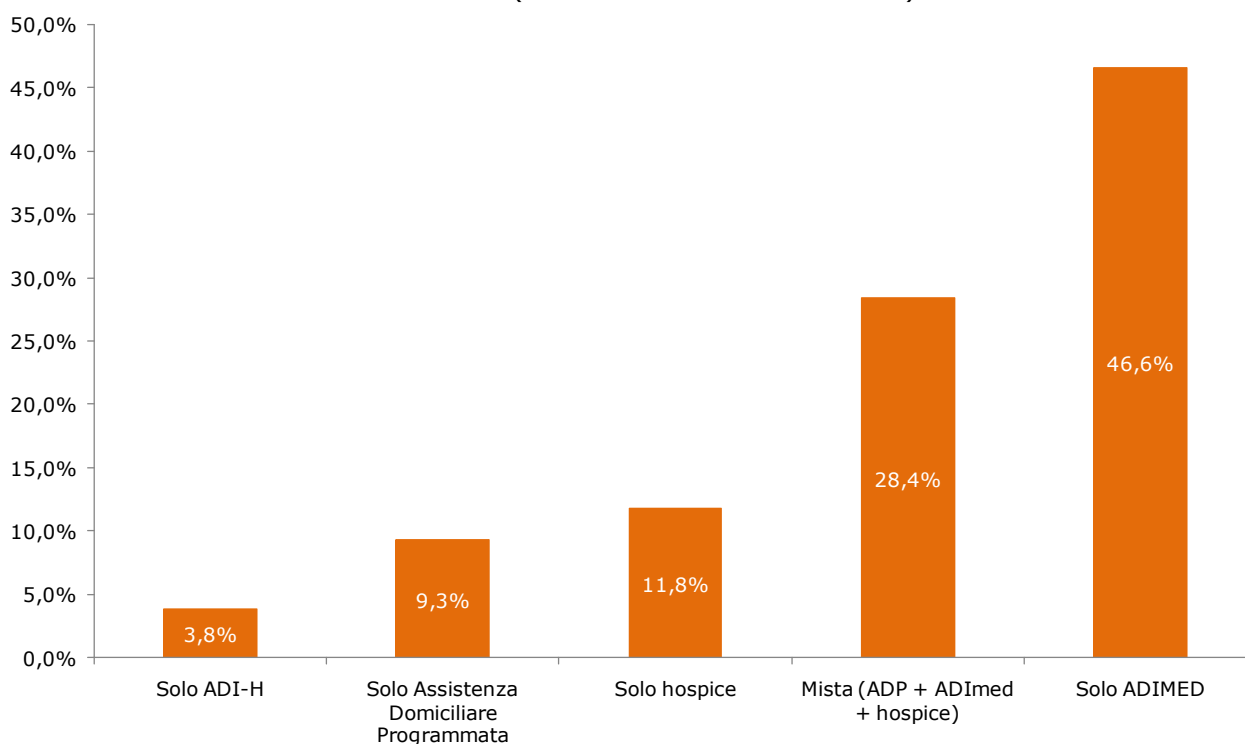
Tempo medio di cura: si calcola sommando i giorni, per tutti i malati, trascorsi dalla presa in carico, o dal 1.1, fino al decesso, o al 31.12 / numero malati assistiti.

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.

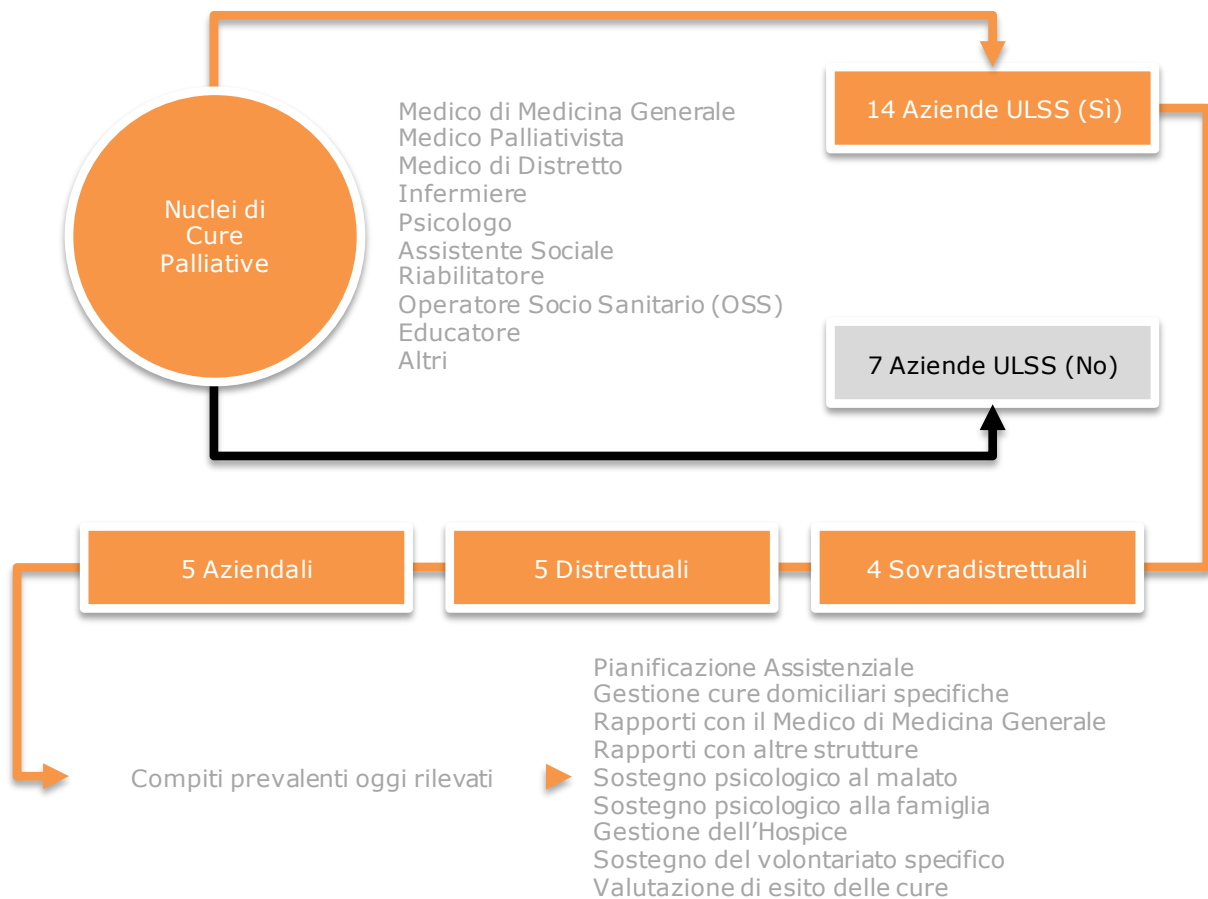
Aziende ULSS	Numero persone ricoverate (A)	Numero giorni di ricovero (B)	Tempo medio occupazione posto letto (C)	Numero ricoveri con 1-14 giorni di degenza	Numero ricoveri con 15-30 giorni di degenza	Numero ricoveri con 31-45 giorni di degenza	Numero ricoveri con > 45 giorni di degenza
1	100	2.581	25,8	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.

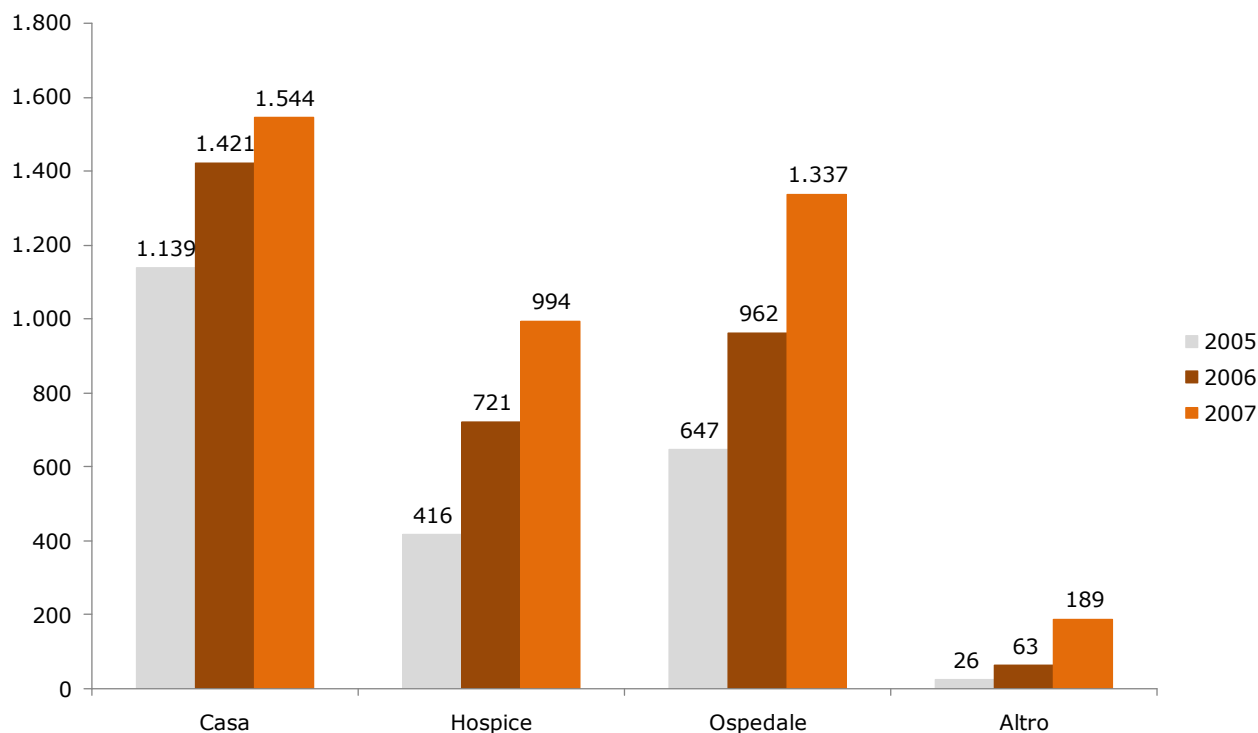
Per quanto concerne le cure palliative i dati relativi al 2007, ancorché parziali, attestano che è aumentato numero dei malati che possono giovare di servizi efficaci e accessibili. Ciò si traduce in un miglioramento della qualità di vita dei malati e dei loro familiari, tale da consentire loro una reale 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).

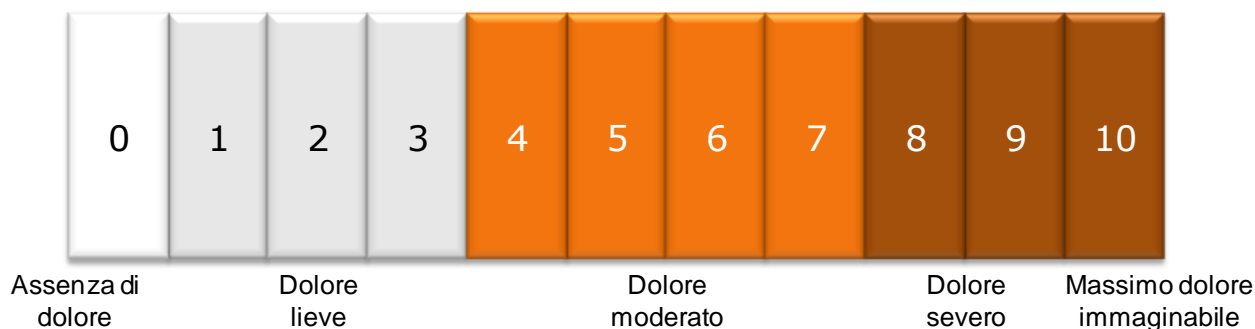
Tipologia dei componenti	Comitati Aziendali "Senza Dolore" 2006		Comitati Aziendali "Senza Dolore" 2005	
	Numero componenti	Numero Aziende Sanitarie	Numero componenti	Numero Aziende Sanitarie
Membri Direzione Aziendale	17	13	17	14
Medici di Distretto	17	12	11	9
Medici di Direzione Ospedal.	14	12	9	8
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.

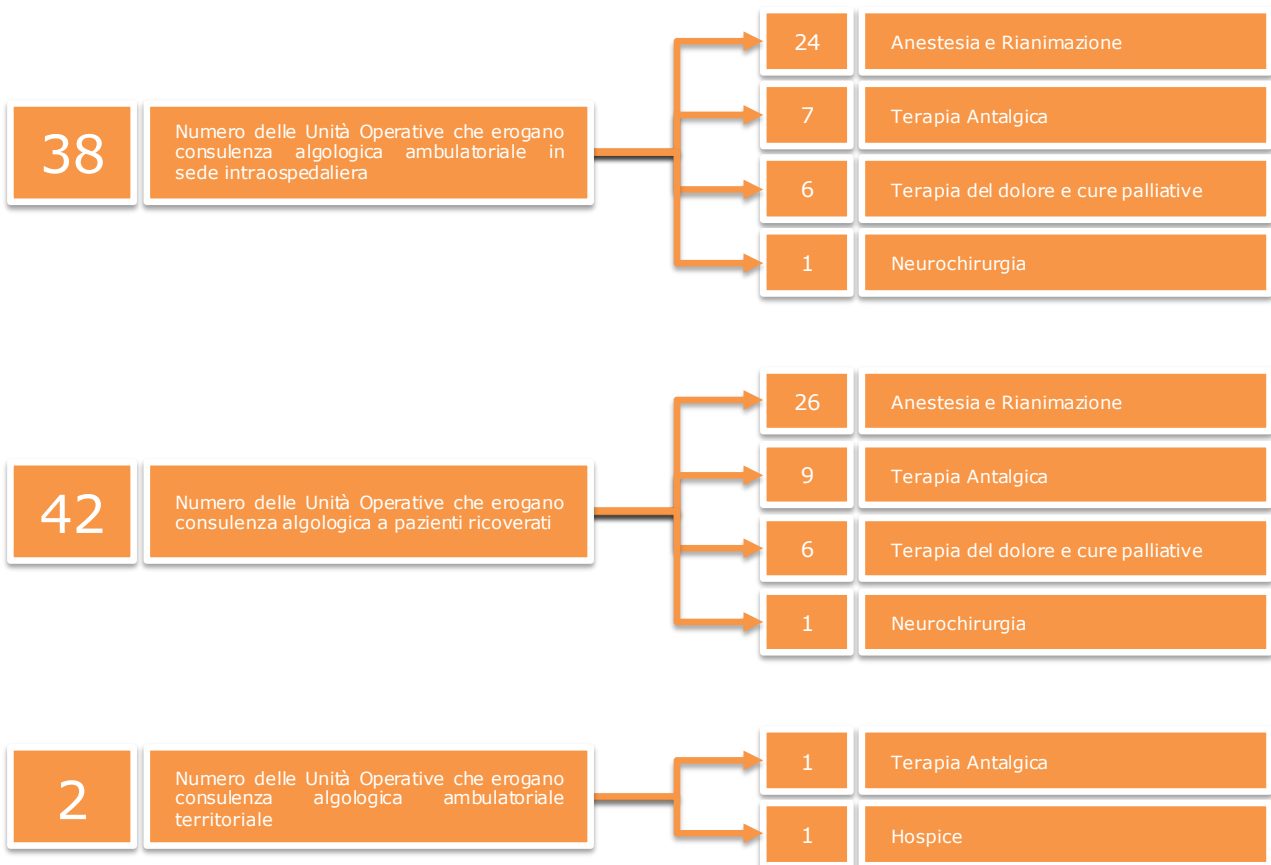
Nel Veneto, pur riscontrando consumi maggiori di farmaci particolarmente efficaci nel trattamento del dolore (in particolare gli oppioidi), il consumo medio procapite è ancora lontano dai livelli degli altri Paesi Europei. I dati di consumo sono oggetto di una ricerca in corso.

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

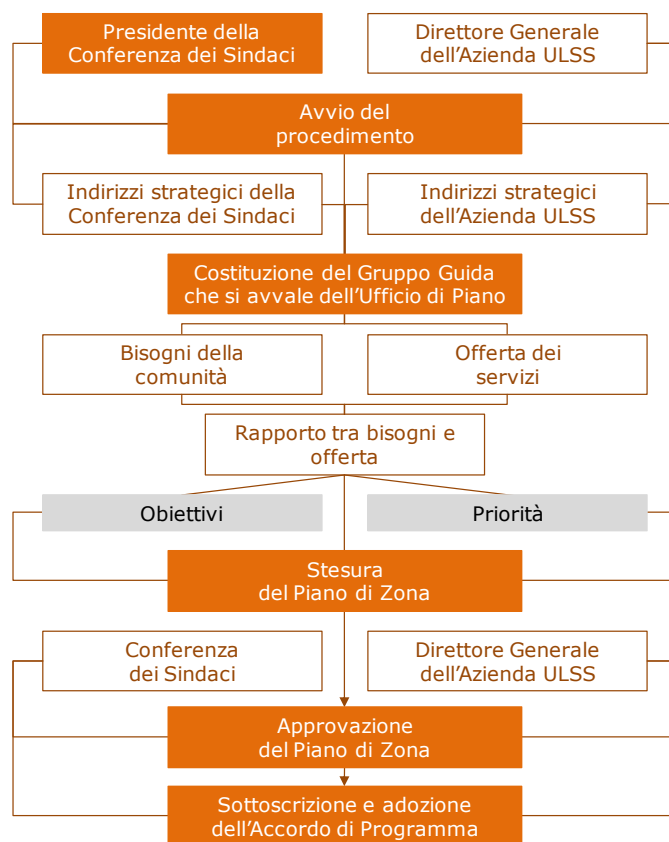
L'evoluzione normativa che i concetti di diritto alla salute (art. 32 della Costituzione) e di diritto all'assistenza sociale (artt. 3 e 38 della Costituzione) hanno subito negli ultimi trent'anni sia a livello nazionale, dalla riforma sanitaria del 1978 alla riforma dell'assistenza, sia a livello regionale, 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 triennialità 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



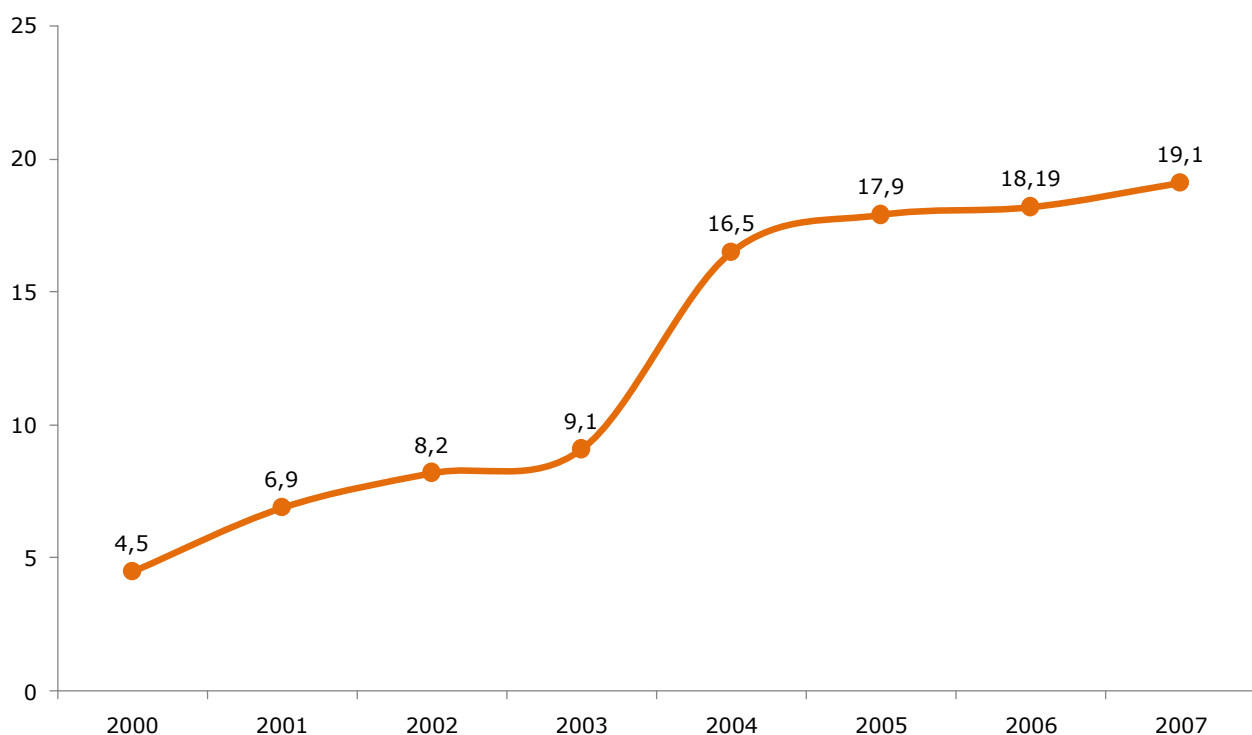
Dopo l'approvazione del Piano di Zona vi è l'adozione da parte della Conferenza dei Sindaci e del Direttore Generale dell'Azienda dell'Accordo di programma, che da attuazione al Piano di zona stesso (art. 19 della Legge 8 novembre 2000, n. 328 e art. 34 del Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267). 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:

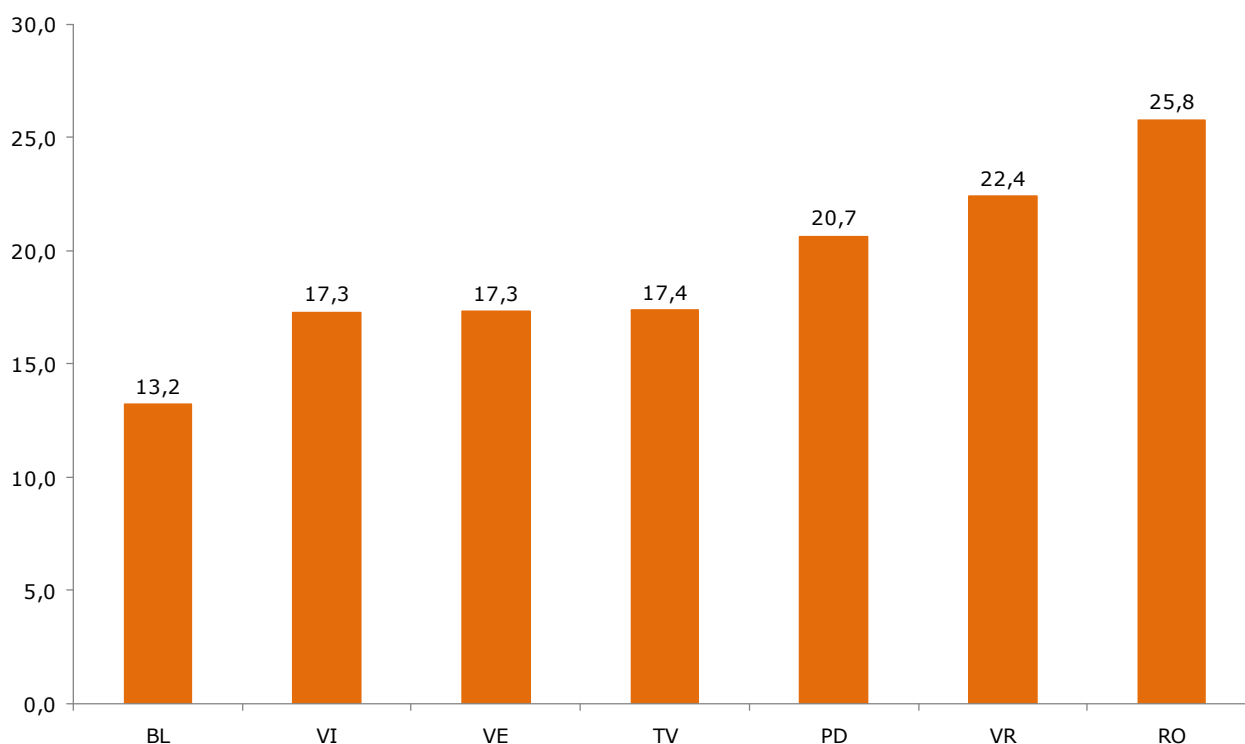
Tipologia	Numero servizi	Numero posti 0-36 mesi
Asili Nido	212	9.471
Nidi Integrati	274	5.825
Centri Infanzia	73	2.085
Nidi Famiglia	26	276
Micronidi	27	586
Nidi Aziendali	27	696
Totale	639	18.939

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).

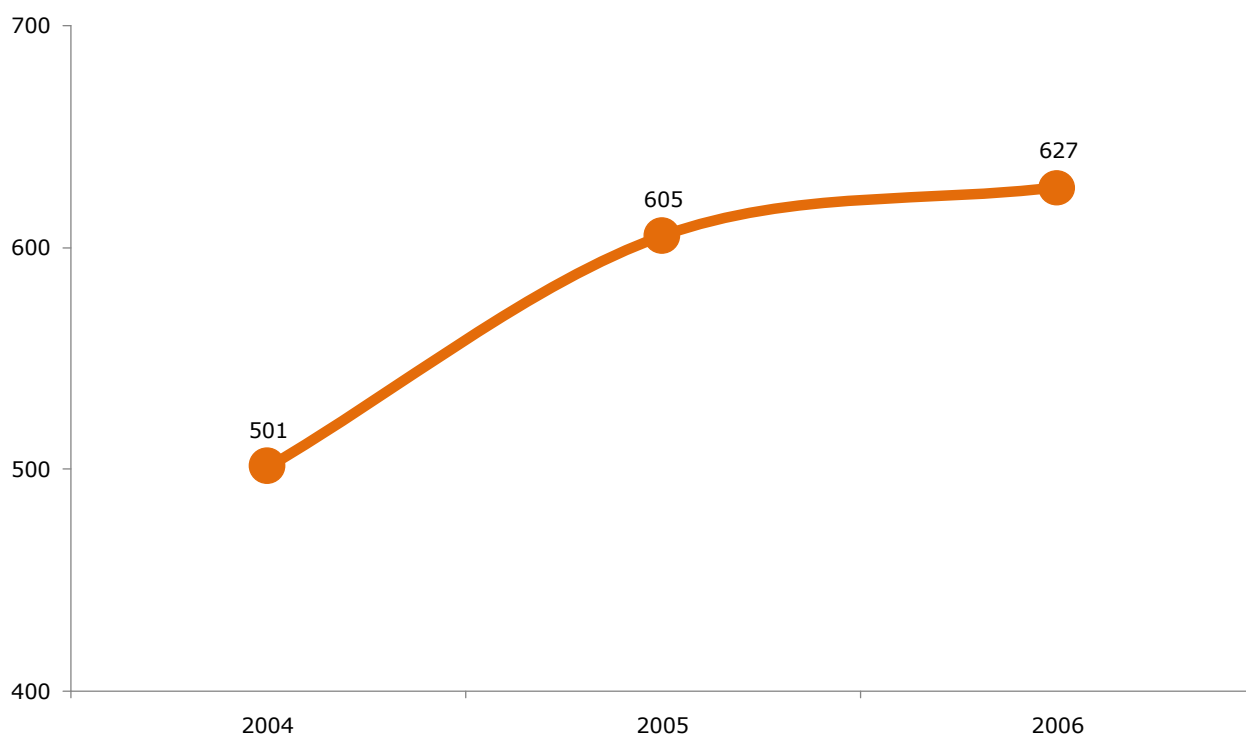
Minori in affidamento giudiziale-residenziale per Azienda ULSS di residenza - Anni 2004/2006

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

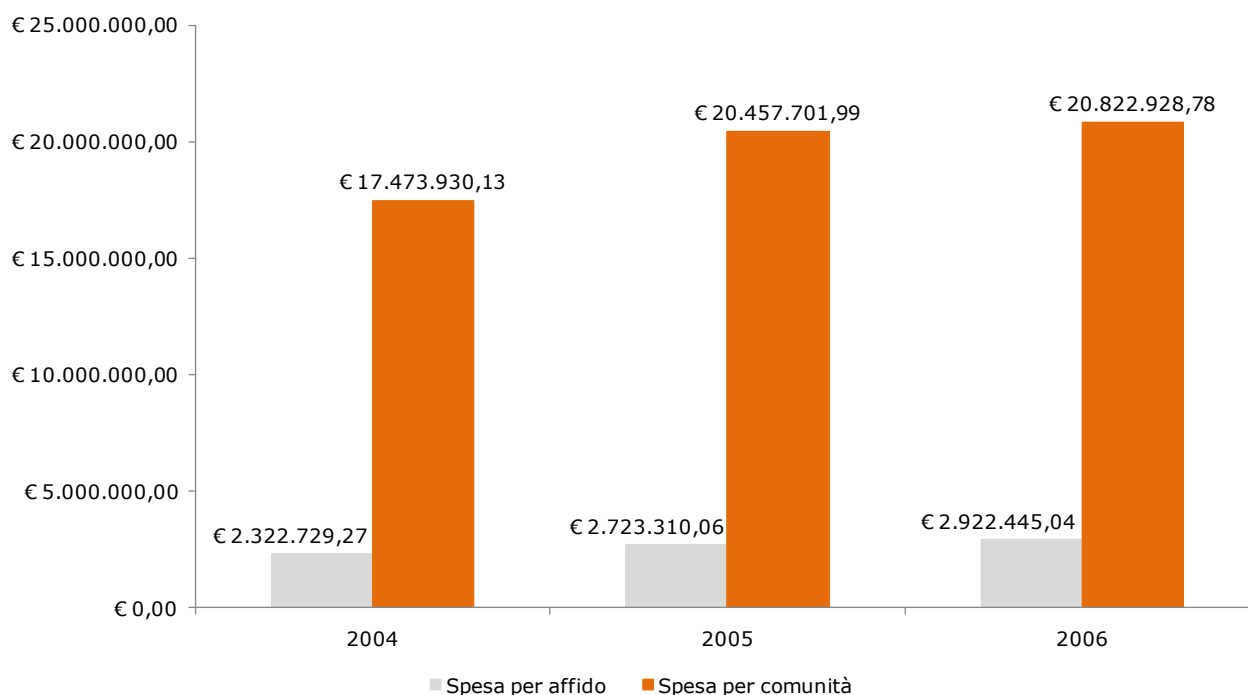


Ciò nonostante, va rilevato che questi aspetti di cambiamento si accompagnano, negli ultimi dieci anni, ad una sostanziale continuità nel numero dei minori italiani presenti in struttura (che rimangono circa 800 all'anno). La spesa complessiva per l'accoglienza dei minori in struttura e in affido familiare 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
Eestero	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

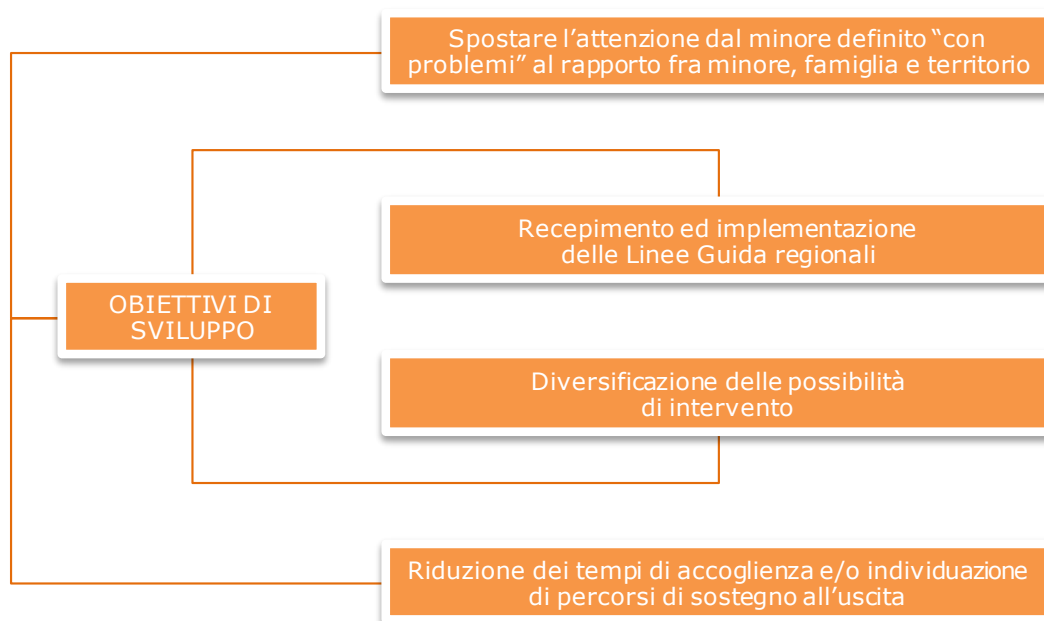
Fonte: rendicontazione comuni e Aziende ULSS spese sostenute

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 Consulitori 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 Consulitori 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:

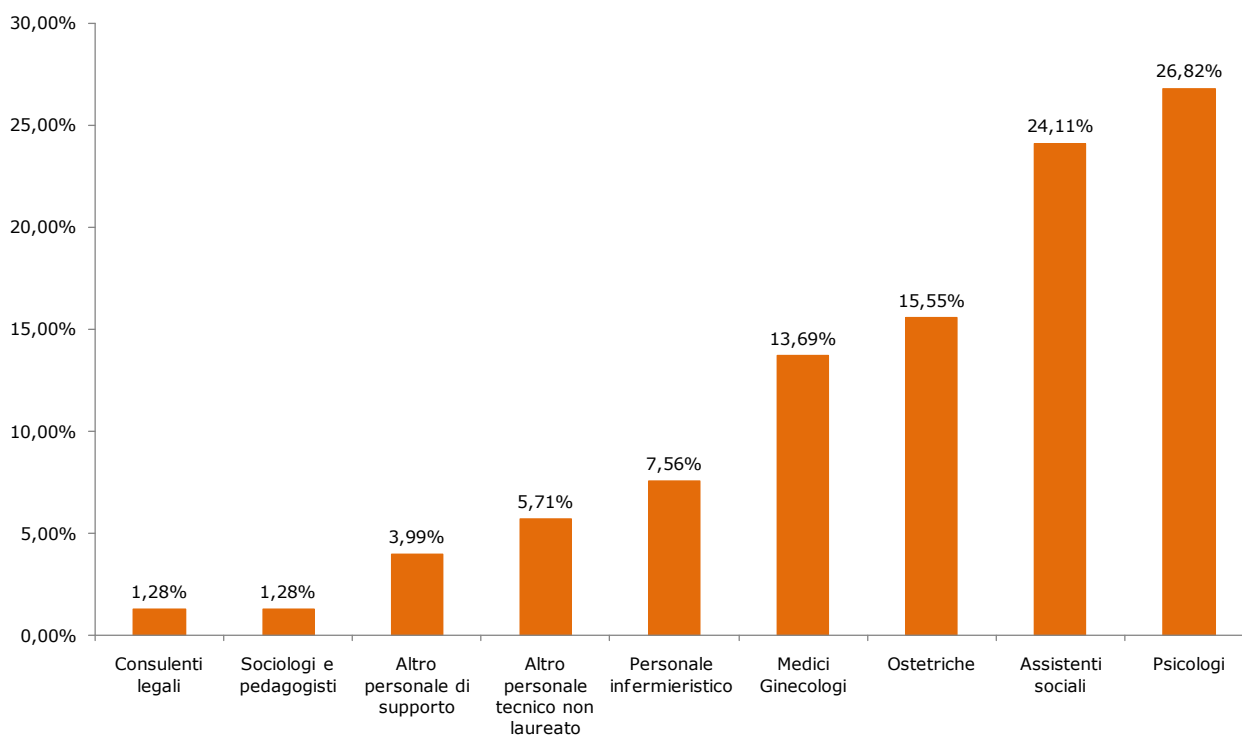
- gravidanze indesiderate (contraccezione ed interruzione volontaria di gravidanza);
- malattie sessualmente trasmesse;
- abusi, molestie, sfruttamenti sessuali;

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

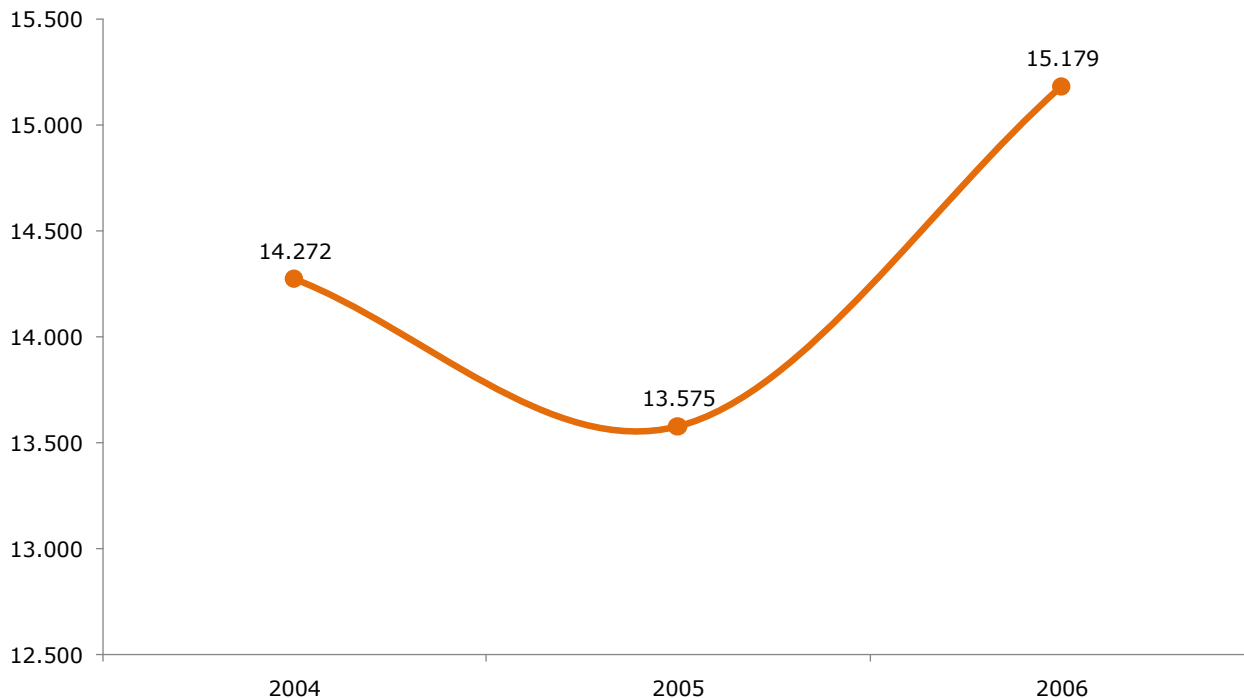
Le azioni delineate nei documenti relativi ai Piani succitati trovano attuazione in una serie di attività che interessano il territorio. Per quanto attiene la domiciliarità, queste sono rappresentate da:

- Assistenza Domiciliare;
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- Sostegni economici familiari;
- Progetti di "sollevio";
- Servizio di telesoccorso o telecontrollo.

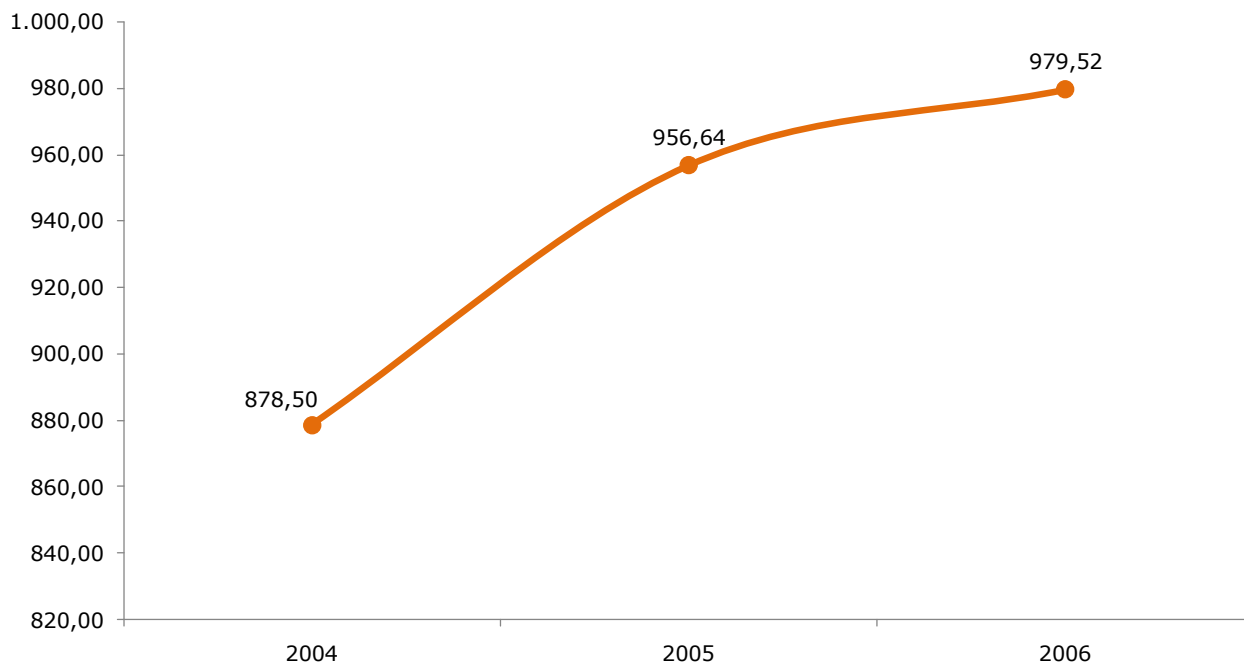
Assistenza Domiciliare e Assistenza Domiciliare Integrata: utenti e operatori dei servizi comunali Anno 2006						
Azienda ULSS di riferimento	Utenti dell'assistenza domiciliare comunale		Numero operatori equivalenti dedicati all'assistenza domiciliare			
		di cui dell'ADI	Operatori di assistenza	Assistenti 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

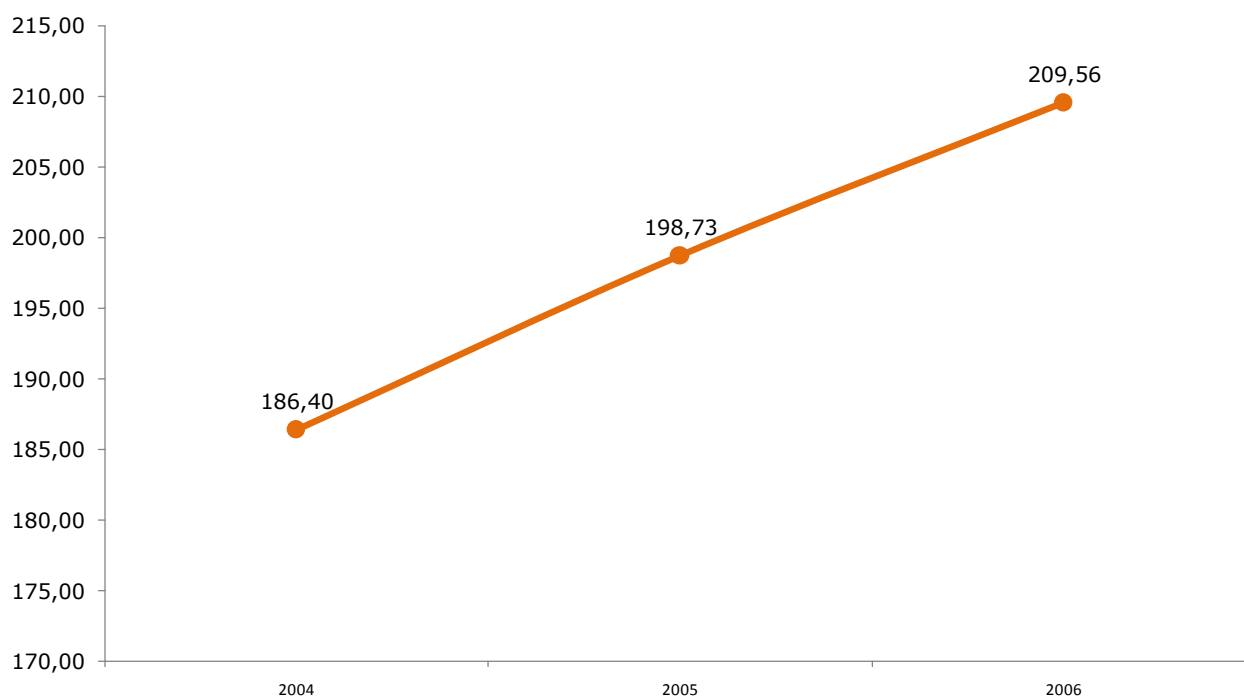


Operatori di Assistenza (operatori equivalenti) dedicati all'ADI
nel Veneto nel triennio 2004-2006



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.

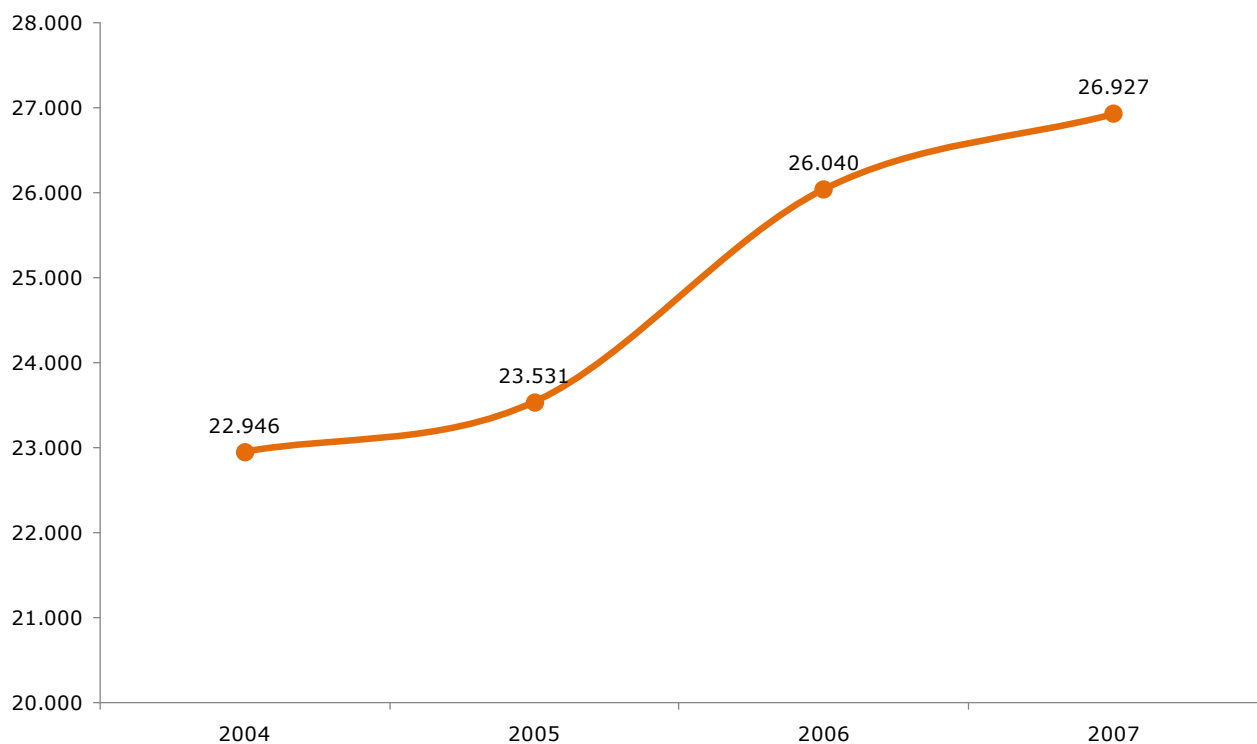
Gli interventi di sollievo sono rivolti alle persone disabili e alle persone anziane e sono realizzati sulla base di specifici programmi locali definiti dalle Conferenze dei Sindaci.

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 (UVMMD)*. 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;

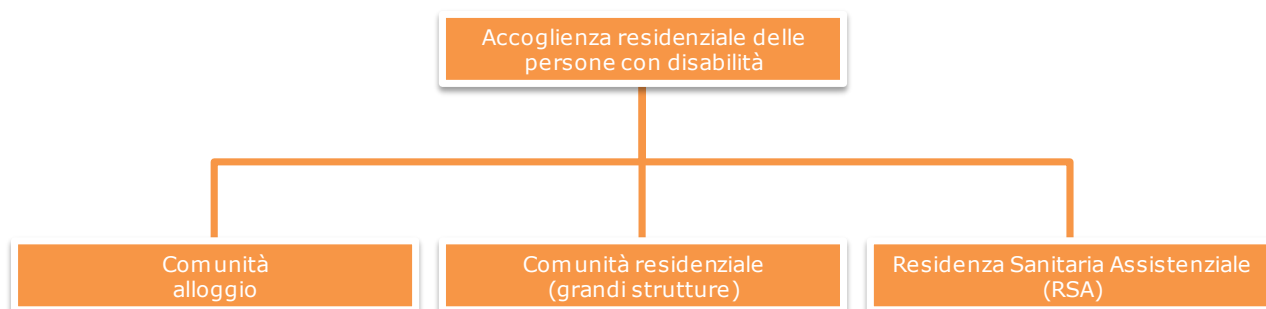
- *gli interventi di promozione dell'autonomia personale*, ovvero programmi di intervento finalizzati alla acquisizione e al mantenimento di autonomia personale che permetta di migliorare le capacità di relazione e di partecipazione alla vita sociale e lavorativa.

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 alcoldipendenti 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

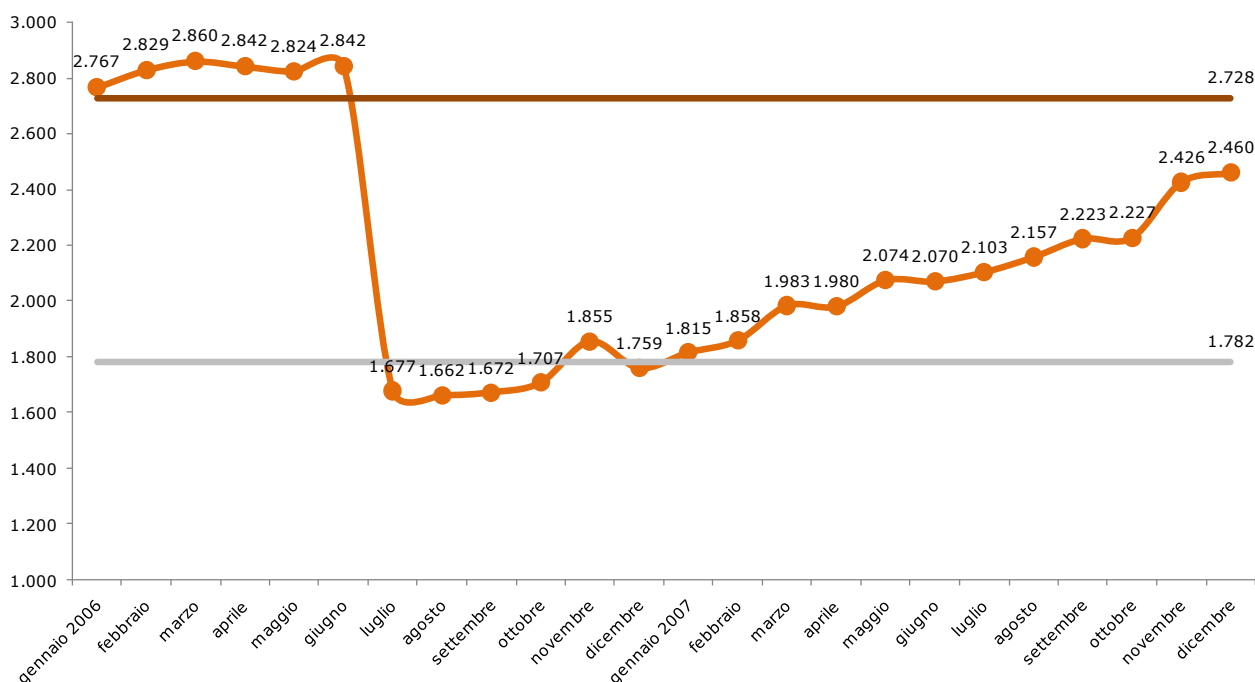
Anche il Sistema per la prevenzione, cura, riabilitazione ed inserimento sociale e professionale delle persone tossico-alcol-dipendenti deve adeguarsi ai principi sanciti con il Disegno di legge di iniziativa della Giunta regionale concernente "Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 2007-2009" 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>