



REGIONE DEL VENETO

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto



Anno 2022
(dati 2020-2021)

Introduzione

“Da qui si riparte”

La Relazione Socio Sanitaria rappresenta un importante momento di sintesi e di rendicontazione delle azioni intraprese e dei risultati ottenuti dal Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR).

Il documento si compone di tre sezioni, distinte ma complementari:

1. la sezione “Salute e ricorso ai servizi” che riporta la rendicontazione sullo stato di salute e sui bisogni socio-sanitari della popolazione, sullo stato dell'organizzazione dei servizi e sull'attività offerta dal sistema regionale socio-sanitario;
2. la sezione “Gestione delle risorse” che riporta la rendicontazione in merito alla gestione e all'utilizzo delle risorse per lo svolgimento delle attività socio-sanitarie;
3. la sezione “Attuazione obiettivi Piano Socio Sanitario Regionale” che riporta la rendicontazione sull'attuazione degli obiettivi strategici declinati all'interno del Piano socio sanitario regionale in vigore.

I contributi tecnico-professionali sono curati per competenza dalle diverse Unità Operative di Azienda Zero e dalle Strutture afferenti all'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

La Relazione Socio Sanitaria regionale, così strutturata, è da considerarsi un documento che si inserisce a pieno titolo nei processi di programmazione e controllo; in particolare, fornisce gli elementi utili a valutare l'opportunità di perseguire le strategie programmatiche o di rivederle.

In quest'ottica la prima parte del documento analizza gli elementi che descrivono la salute della popolazione, tenendo comunque presente che i determinanti della salute sono molteplici: la genetica, l'ambiente, gli stili di vita e i servizi sanitari.

Le descrizioni demografiche, epidemiologiche e sulla mortalità, aiutano quindi ad individuare le caratteristiche peculiari della popolazione del Veneto per le quali possono essere opportune specifiche azioni, sia all'interno dell'organizzazione dei servizi socio sanitari del SSSR finalizzati all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia nelle politiche di altri ambienti non sanitari.

Oltre alla descrizione dello stato di salute, vengono presentati i risultati anche in termini di volumi di attività, dando conto di come nell'ultimo anno il SSSR abbia offerto servizi e prestazioni in ogni settore dell'assistenza.

Inoltre, poiché il Servizio Sanitario Nazionale è finanziato con risorse definite e limitate, nella seconda parte della Relazione, vengono rendicontati i costi sostenuti per il perseguimento degli obiettivi di salute. Il SSSR, infatti, deve perseguire l'obiettivo di sostenibilità del sistema: utilizzare le risorse per garantire i livelli essenziali di assistenza, attuare la programmazione e mantenere la qualità dell'assistenza ottimizzando l'utilizzo dei fattori produttivi.

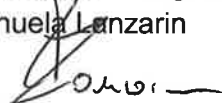
La capacità del SSSR di monitorare ed analizzare i bisogni di salute, le attività erogate e i costi sostenuti, permette di orientare le azioni future e, proprio a questo, è dedicata l'ultima parte del documento.

Inoltre, trattandosi dei risultati del biennio 2020-2021, è necessario considerare l'emergenza sanitaria Covid-19 che ha colpito la Regione del Veneto a partire dal mese di febbraio 2020 e che ha fortemente caratterizzato l'azione che il Sistema Socio-Sanitario Regionale ha dovuto porre in essere per contrastare l'epidemia.

Evidente è la pressione alla quale sono state sottoposte le diverse componenti del sistema sanitario nei momenti di maggiore espansione della pandemia.

Non si può quindi pensare di valutare i risultati di perseguimento degli indirizzi del Piano Socio Sanitario Regionale senza rileggere quanto accaduto, identificare quali sono state le azioni che si sono potute attuare nonostante la pandemia, quali i punti di forza che hanno permesso di organizzare la risposta alla pandemia causata dal virus Covid-19 ed infine quali nuove dinamiche e situazioni si sono sviluppate durante la fase emergenziale, che oggi possono diventare una nuova opportunità per il Sistema Socio Sanitario Regionale.

L'Assessore alla Sanità - Servizi Sociali - Programmazione Socio-Sanitaria
Manuela Lanzarin



INDICE GENERALE

Salute e ricorso ai Servizi pag 7

Gestione delle risorse pag 219

Attuazione obiettivi PSSR pag 269

RELAZIONE SOCIO SANITARIA DELLA REGIONE DEL VENETO

Anno 2022

Salute e ricorso ai Servizi

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO



AZIENDA
Z E R O

a cura di

Azienda Zero – Regione del Veneto

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri

Sezione Salute e ricorso ai servizi - Indice

1. Popolazione residente e indicatori demografici	11
2. Stili di vita e salute	15
3. Profilo di salute della popolazione	22
3.1 Mortalità per causa	22
3.2 Pandemia da COVID-19	26
3.3 Infarto miocardico acuto	33
3.4 Ictus	39
3.5 Scopenso cardiaco	44
3.6 Tumori	49
3.7 Malattie respiratorie	55
3.7.1 Asma	55
3.7.2 Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) moderata e severa	60
3.8 Malattie endocrine	65
3.8.1 Diabete mellito	65
3.8.2 Ipotiroidismo	70
3.9 Malattie del sistema nervoso	75
3.9.1 Demenze	75
3.9.2 Malattia di Parkinson	80
3.9.3 Sclerosi multipla	85
3.10 Insufficienza renale cronica	90
3.11 Salute mentale	93
3.12 Malattie rare	100
3.13 Infortuni sul lavoro e malattie professionali	105
3.14 Disabilità	111
4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie	115
4.1 Promozione corretti stili di vita	115
4.2 Profilassi delle malattie infettive	118
4.3 Screening oncologici	121
4.4 Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro	124
4.5 Ambiente, Salute e Clima	127
4.6 Veterinaria e Sicurezza alimentare	135
4.6.1 Epidemia HPAI H5N1 2021-2022 nella Regione Veneto	135
4.6.2 Sicurezza alimentare	136
5. Assistenza ospedaliera	137
5.1 Rete emergenza e pronto soccorso	137
5.2 Ospedalizzazione generale e posti letto	140
5.3 Volumi di attività e qualità delle cure	151
5.4 Tempi di attesa per ricovero	153
5.5 Rete clinica dei trapianti	156
5.6 Assistenza materno-infantile	160
6. Assistenza territoriale	166

6.1 Assistenza primaria e distrettuale	166
6.1.1 La Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta in Veneto	166
6.1.2 La formazione per lo sviluppo dell'assistenza primaria	166
6.1.3 Emergenza COVID-19 – Area territoriale	167
6.1.4 Assistenza Domiciliare	170
6.1.5 Centrale Operativa Territoriale (COT)	171
6.2 Assistenza specialistica ambulatoriale	172
6.3 Assistenza psichiatrica territoriale	177
6.4 Cure domiciliari e cure palliative	181
6.5 Assistenza nelle strutture intermedie	184
6.5.1 Ospedali di Comunità (ODC) e Unità di Riabilitazione Territoriali (URT)	184
6.5.2 Hospice	188
6.6 Assistenza farmaceutica	193
6.7 Dispositivi medici e assistenza protesica	196
6.8 Sanità penitenziaria	199
7. Assistenza socio-sanitaria	201
7.1 Il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti	201
7.2 Il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità	204
7.3 Impegnative di cura domiciliare	207
7.4 Interventi socio-sanitari sulle dipendenze	212
7.5 Consultori familiari	216
Appendice	217
Tabella Malattie croniche	217

1. Popolazione residente e indicatori demografici

La stima della popolazione residente in Veneto al 01/01/2022 è di 4.854.633 abitanti di cui 2.384.557 (49%) maschi e 2.470.076 femmine (51%), con una diminuzione di 15.197 residenti rispetto all'anno precedente. Nella Figura 1.1 si riporta l'andamento della popolazione residente dal 01/01/2002 al 01/01/2022, per sesso, dove si vede un trend in diminuzione a partire dal 2015.

La quota di popolazione anziana è in costante aumento: attualmente gli ultra 65enni sono circa 1.155.000 e i bambini di 0-14 anni 610.000, con un rapporto di 189 anziani ogni 100 bambini (Indice di vecchiaia - Figura 1.2). Nei primi anni '80 l'indice di vecchiaia era di 62 anziani ogni 100 bambini e nel giro di vent'anni è arrivato a 136 anziani per 100 bambini. Dal 2002 al 2011, l'aumento, pur costante, è stato contenuto anche grazie all'immigrazione straniera che ha determinato l'ingresso nel territorio del Veneto di persone giovani ed un incremento della natalità. Dal 2012 l'indice di vecchiaia ha invece iniziato a crescere maggiormente, sia per l'esaurirsi degli effetti del contributo dell'immigrazione straniera sul piano del "ringiovanimento" della popolazione, sia per l'aumento della speranza di vita.

Il bilancio demografico del 2021 presenta un saldo migratorio positivo pari a 6.120 residenti, ma un saldo naturale che continua ad essere negativo (-21.317 persone). In tutte le province il saldo generale (saldo naturale più saldo migratorio) è negativo, perché il saldo migratorio positivo, in tutte le province tranne Treviso, non riesce a compensare il saldo naturale negativo (Figura 1.3).

La struttura per età della popolazione è rappresentata nella Figura 1.4 e si caratterizza per una forma "a botte" con una bassa numerosità delle classi di età più giovani ed una numerosa quota di anziani, soprattutto donne. La popolazione di età 45-64 anni è quella più consistente, e rappresenta la generazione nata negli anni '60 e '70. La struttura per età della popolazione straniera è più giovane di quella della popolazione italiana, collocandosi prevalentemente nelle fasce di età infantili e lavorative.

Nella Tabella 1.1 si presentano alcuni indicatori demografici del 2022 per Ulss di residenza. I territori delle ULSS 5-Polesana, ULSS 1-Dolomiti, ULSS 3-Serenissima sono quelli con più di un quarto della popolazione con almeno 65 anni e con un indice di vecchiaia che supera i 200 (più di 2 abitanti di 65 o più anni di età per ogni bambino di età 0-14 anni). Nell'ULSS 9-Scaligera e ULSS 3-Serenissima si trova la percentuale maggiore di cittadini stranieri.

Nella Tabella 1.2 si registrano i residenti per sesso, l'indice di vecchiaia e la percentuale di stranieri dal 2002 al 2022. Nell'ultimo anno questi rappresentano il 10,5% della popolazione complessiva, in diminuzione rispetto all'anno precedente (-1.819 persone). I 507.601 stranieri residenti sono quasi equamente distribuiti per sesso (247.926 maschi, il 49%, e 259.675 femmine, il 51%).

Nota metodologica

Popolazione residente dal 2002 al 2021: ricostruzione di fonte ISTAT sulla base del censimento del 2018 e sui successivi censimenti annuali permanenti. In tale ricostruzione ISTAT non considera, per omogeneità nelle serie storiche, la popolazione del comune di Sappada, diventato dal 16/12/2017 territorio del Friuli-Venezia Giulia.

La popolazione residente al 01/01/2022 è una stima basata sull'ultimo censimento permanente e sul bilancio demografico provvisorio al 31/12/2021.

Indice di vecchiaia: rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella di 0-14 anni (per 100)

Figura 1.1 Popolazione residente al 1° gennaio per sesso. Veneto, anni 2002-2022

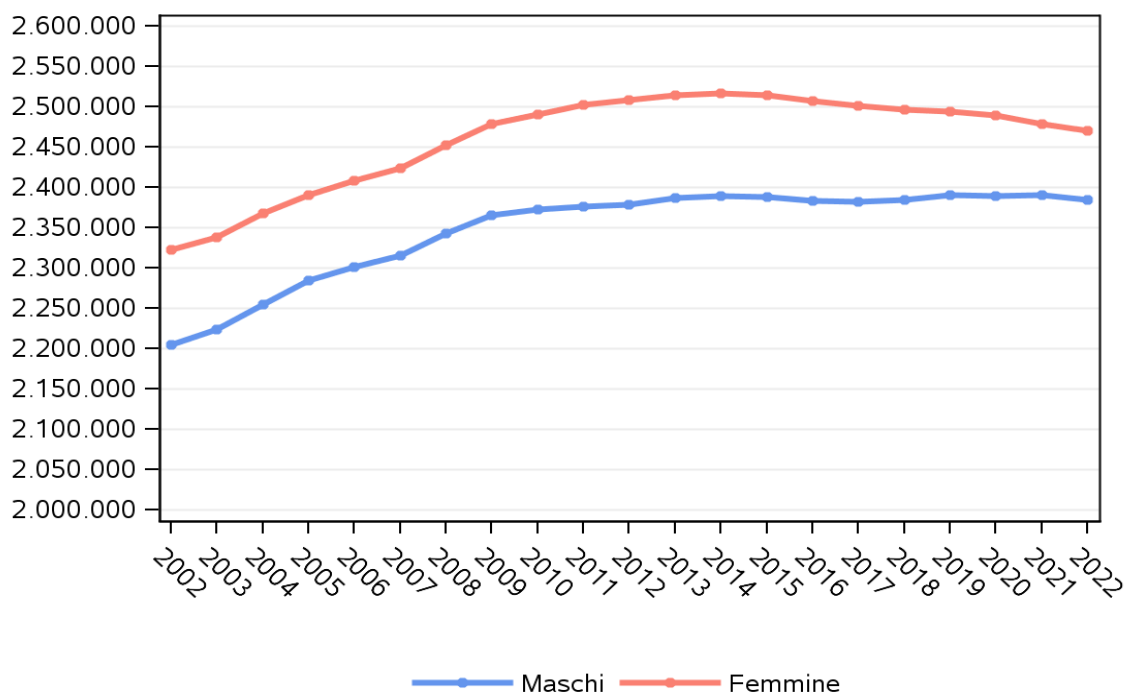


Figura 1.2 Popolazione residente di età 0-14 anni e di 65 anni e oltre (asse sinistro) e indice di vecchiaia (asse destro). Veneto, anni 2002-2022

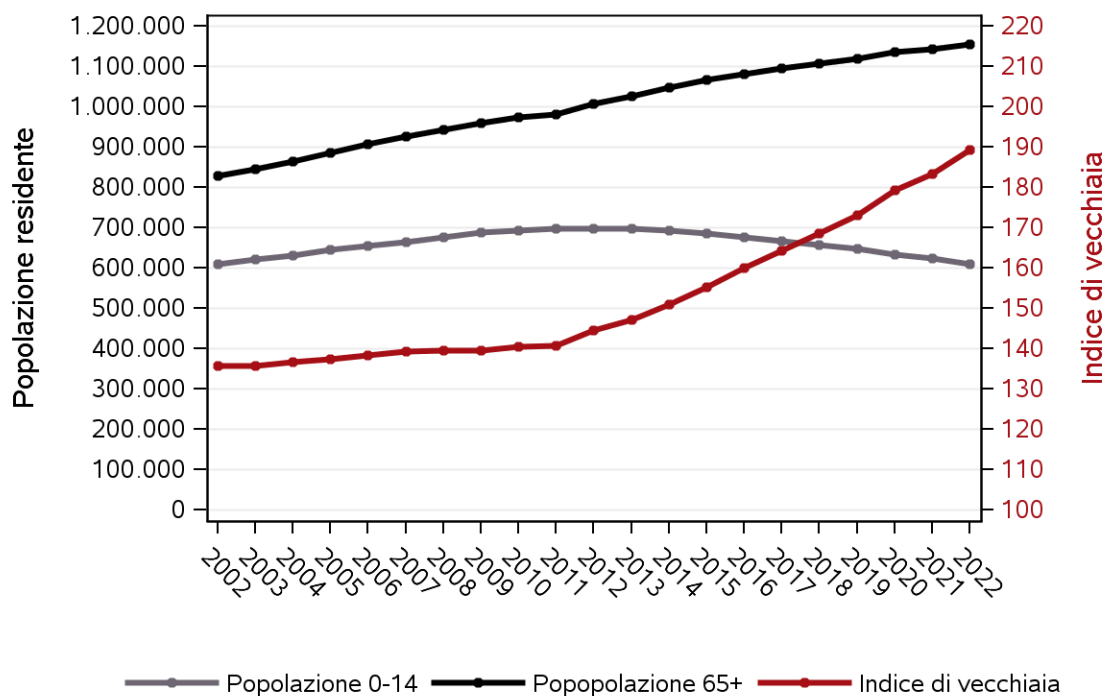


Figura 1.3 Saldo naturale, migratorio e generale al 31/12/2021 della Popolazione residente in Veneto per Provincia

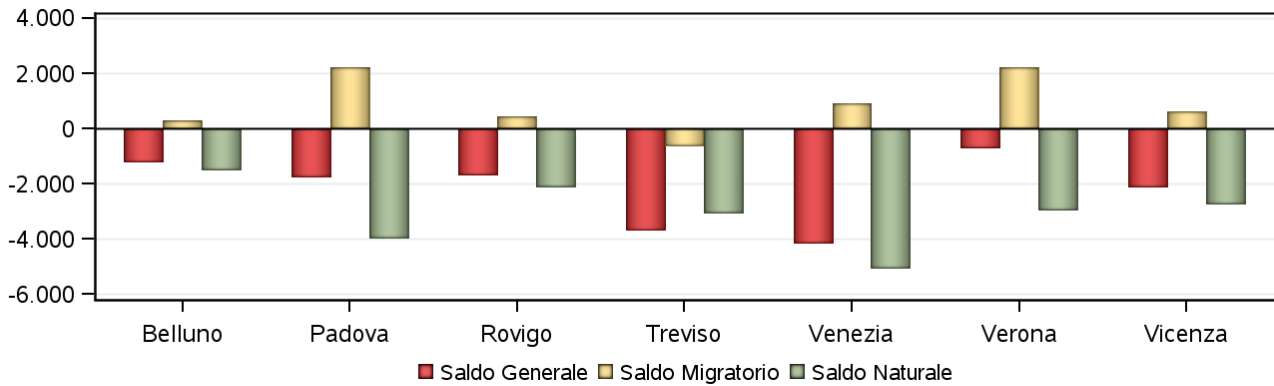


Figura 1.4 Piramide d'età per sesso e cittadinanza al 1° gennaio 2022. Residenti in Veneto

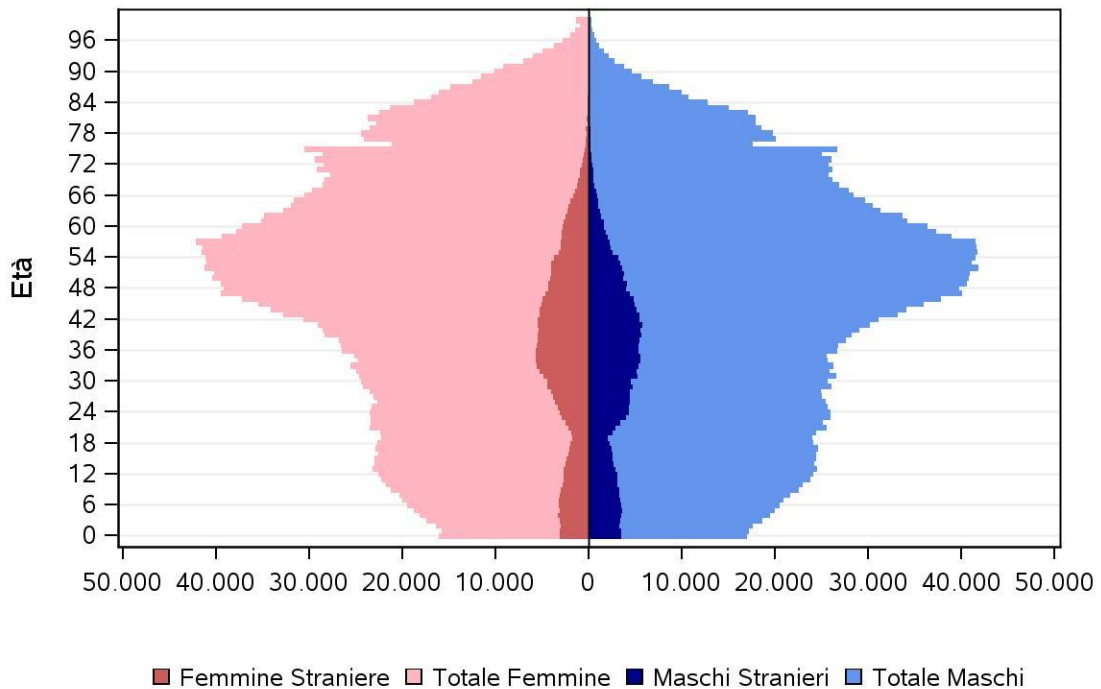


Tabella 1.1 Popolazione residente in Veneto al 1° gennaio 2022 per ULSS di residenza: distribuzione per grandi classi di età, indice di vecchiaia e percentuale di popolazione straniera.

Azienda ULSS di residenza	N	0-14 anni	15-64 anni	65 o più anni	Indice di vecchiaia	% popolazione straniera
1-Dolomiti	198.518	11,1%	61,4%	27,5%	247,4	6,1%
2-Marca Trevigiana	876.755	13,1%	63,8%	23,1%	175,6	10,3%
3-Serenissima	613.802	11,7%	62,6%	25,7%	219,6	11,4%
4-Veneto Orientale	225.594	12,0%	63,4%	24,6%	205,5	9,6%
5-Polesana	231.491	10,6%	62,2%	27,2%	257,6	8,6%
6-Euganea	928.504	12,5%	64,0%	23,5%	187,9	10,5%
7-Pedemontana	361.257	12,9%	63,9%	23,1%	179,1	7,5%
8-Berica	491.604	13,0%	64,5%	22,5%	173,9	10,8%

Azienda ULSS di residenza	N	0-14 anni	15-64 anni	65 o più anni	Indice di vecchiaia	% popolazione straniera
9-Scaligera	927.108	13,3%	64,1%	22,6%	170,0	12,5%
Veneto	4.854.633	12,6%	63,6%	23,8%	189,3	10,5%

Tabella 1.2 Popolazione residente in Veneto al 1° gennaio: distribuzione per sesso, indice di vecchiaia e percentuale di popolazione straniera. Veneto, anni 2002-2022

Anno	Maschi	Femmine	Totale	Indice di vecchiaia	% popolazione straniera
2002	2.204.840	2.322.759	4.527.599	135,8	3,4%
2003	2.223.995	2.338.496	4.562.491	135,8	3,9%
2004	2.254.892	2.367.601	4.622.493	136,7	5,0%
2005	2.284.325	2.390.609	4.674.934	137,4	6,0%
2006	2.301.661	2.408.107	4.709.768	138,4	6,6%
2007	2.315.289	2.424.078	4.739.367	139,3	7,1%
2008	2.343.046	2.453.016	4.796.062	139,5	8,1%
2009	2.365.185	2.479.154	4.844.339	139,5	8,9%
2010	2.372.779	2.490.593	4.863.372	140,5	9,3%
2011	2.376.641	2.502.965	4.879.606	140,7	9,5%
2012	2.378.385	2.508.943	4.887.328	144,5	9,7%
2013	2.386.548	2.514.867	4.901.415	147,2	10,1%
2014	2.388.940	2.516.772	4.905.712	151,1	10,3%
2015	2.387.794	2.514.900	4.902.694	155,3	10,1%
2016	2.382.953	2.507.695	4.890.648	159,9	9,9%
2017	2.382.146	2.501.227	4.883.373	164,3	9,6%
2018	2.384.300	2.496.636	4.880.936	168,5	9,6%
2019	2.390.898	2.493.692	4.884.590	173,1	9,9%
2020	2.389.717	2.489.416	4.879.133	179,2	10,0%
2021	2.391.165	2.478.665	4.869.830	183,3	10,5%
2022	2.384.557	2.470.076	4.854.633	189,3	10,5%

Approfondimenti

ISTAT: Demografia in cifre (<http://demo.istat.it/>)

Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 E-mail: ser@azero.veneto.it

2. Stili di vita e salute

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'86% delle morti e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono determinate da patologie croniche, che hanno come minimo comune denominatore una scorretta alimentazione, inattività fisica, abitudine al fumo ed abuso di alcol. In Veneto sono attivi quattro sistemi di sorveglianza che permettono di monitorare nel tempo l'evoluzione degli stili di vita associati alla salute:

- **PASSI** è un sistema di sorveglianza continuo della popolazione di età compresa tra **18 e 69 anni**. Un campione rappresentativo della popolazione viene intervistato telefonicamente con un questionario standardizzato da personale delle Aziende Ulss specificamente formato. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, e la diffusione delle misure di prevenzione.

- **OKkio alla Salute** raccoglie i dati sullo stato nutrizionale, gli stili alimentari e di vita dei bambini che frequentano le terze classi delle scuole primarie (**8-9 anni**). L'ultima rilevazione risale al 2019. È in corso la rilevazione OKkio alla Salute 2022, che indaga gli effetti della pandemia Covid-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie relativamente a consumo di determinati alimenti, attività fisica, sedentarietà, quantità di sonno e in alcuni aspetti legati ai periodi di isolamento.

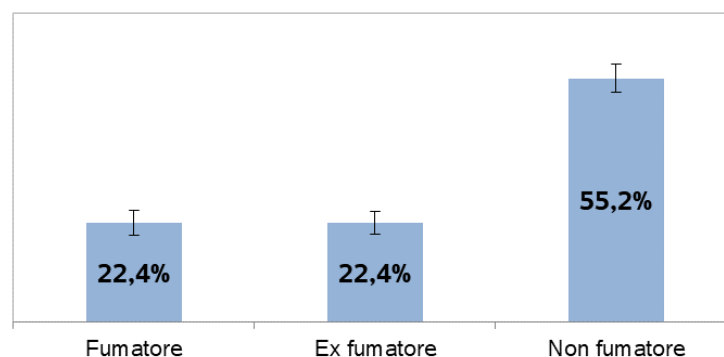
- **HBSC** (Health Behaviour in School-aged Children) è uno studio internazionale sullo stato di salute e sugli stili di vita degli adolescenti (**11-13 e 15 anni**) promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Raccoglie informazioni sui comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute e sui fattori che li possono influenzare, per produrre indicazioni utili per strutturare le politiche sociali e sanitarie a favore degli adolescenti. La rilevazione viene condotta ogni quattro anni, gli ultimi dati disponibili sono relativi al 2018 ed è in corso la rilevazione 2022.

- **PASSI D'ARGENTO** è un sistema di sorveglianza della popolazione anziana (**65 anni e più**) che viene condotta, tramite intervista diretta o telefonica, dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Servizi Sociali delle Aziende Ulss. Obiettivi della sorveglianza sono fornire periodicamente informazioni sulla qualità della vita e sulla salute nella terza età.

Abitudine al fumo

Nel biennio 2020-2021 ha dichiarato di essere fumatore il 22,4% degli intervistati con età tra i 18 e 69 anni, mentre un ulteriore 22% di essere un ex fumatore (Figura 2.1). La proporzione di fumatori è più elevata nei maschi, nei giovani tra 18 e 24 anni e tra le persone con difficoltà economiche (Tabella 2.1).

Secondo la survey HBSC, i quindicenni veneti che nel 2018 avevano dichiarato di non aver mai fumato erano il 55%, dato in aumento rispetto alle indagini precedenti. Sono in diminuzione anche i ragazzi quindicenni che dichiarano di fumare abitualmente: in 16 anni la percentuale di fumatori abituali quindicenni è diminuita di 12 punti percentuali.

Figura 2.1 Abitudine al fumo. PASSI 2020-2021, Veneto**Tabella 2.1** Andamento temporale della percentuale di fumatori, per differenti variabili socio-demografiche. PASSI, Veneto

		2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021
TOTALE (%)		22,6	22,1	22,7	22,4
(IC 95%)		(21,8-23,5)	(21,2-23,1)	(21,6-23,8)	(19,7-25,3)
Sesso	Uomini	27,0	26,0	27,0	25,0
	Donne	18,0	19,0	19,0	19,0
Età (anni)	18-24	29,8	32,1	30,8	35,6
	25-34	27,4	29,0	30,7	23,2
	35-49	23,6	22,0	23,0	22,8
	50-69	18,0	17,1	17,5	18,6
Livello di istruzione	Elementare	17,8	15,6	16,3	8,0
	Media inferiore	26,6	24,7	24,8	21,8
	Media superiore	22,4	23,2	23,6	30,1
	Laurea	17,4	15,8	18,3	22,2
Situazione economica	Molte difficoltà	32,7	30,7	35,0	30,7
	Qualche difficoltà	24,4	24,4	24,4	30,6
	Nessuna difficoltà	20,0	20,0	20,9	19,1

Tabella 2.2 Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di fumare quotidianamente. HBSC, Veneto

Età	2002	2006	2010	2014	2018
11 anni	0,5%	0,3%	0,6%	0,4%	0,1%
13 anni	3,4%	2,4%	2,6%	2,2%	0,7%
15 anni	21,4%	18,3%	16,0%	13,0%	8,6%

Consumo di alcol

Nel 2020-2021, il 70,4% degli intervistati da PASSI ha dichiarato di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese (Tabella 2.3).

Complessivamente il 27% degli intervistati viene definito consumatore a maggior rischio, riportando un consumo di alcol fuori pasto e/o consumo abituale elevato e/o “binge” (consumo almeno una volta di 5 o più unità alcoliche - uomini - e 4 o più unità alcoliche – donne - in una singola occasione negli ultimi 30 giorni). Il consumo binge (14,2%) risulta più diffuso tra i giovani nella fascia di 18-24 anni (29%) e negli uomini (20% vs 8% nelle donne).

Nel 2018 i quindicenni veneti che hanno riportato un consumo di binge almeno una volta negli ultimi 12 mesi erano in aumento rispetto al 2014, passando dal 41,9% al 45,9%. Circa il 20% dei quindicenni ha dichiarato di essersi ubriacato almeno 2 volte nella vita (Tabella 2.4).

Tabella 2.3 Consumo di alcol. PASSI, Veneto

	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Bevuto più di una unità alcolica nell'ultimo mese	62,9 (61,9-63,9)	66,1 (65,0-67,1)	67,7 (66,5-68,9)	70,4 (67,5-73,2)
Bevitori prevalentemente fuori pasto	12,7 (12,1-13,4)	14,5 (13,8-15,2)	14,9 (14,0-15,7)	12,9 (10,9-15,1)
Bevitori binge	12,9 (12,3-13,7)	13,4 (12,7-14,2)	14,6 (13,7-15,6)	14,2 (12,0-16,7)

Tabella 2.4 Andamento temporale della percentuale di ragazzi che dichiarano di essersi ubriacati almeno 2 volte nella vita. HBSC, Veneto

Età	2002	2006	2010	2014	2018
11 anni	1,2%	1,7%	1,9%	0,4%	0,7%
13 anni	5,8%	4,6%	4,1%	3,2%	2,9%
15 anni	24,4%	24,8%	20,4%	21,4%	20,9%

Attività fisica

Il 54% delle persone 18-69enni intervistate in Veneto nel biennio 2020-21 riporta uno stile di vita attivo: svolge un lavoro che richiede un importante sforzo fisico o pratica l'attività fisica settimanale raccomandata (almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni la settimana) (Figura 2.3). Il 26% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) mentre il 20% è completamente sedentario.

La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche (Tabella 2.5). Si assiste negli ultimi anni ad una diminuzione della sedentarietà nella popolazione, soprattutto tra le persone con minori difficoltà economiche e maggiore livello di istruzione.

Secondo la sorveglianza HBSC, in adolescenza al crescere dell'età diminuisce la pratica dell'attività fisica. Nel 2018, infatti, la percentuale di chi ha svolto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno per almeno 5 giorni a settimana passa dal 35% degli undicenni al 30% dei tredicenni, al 25% dei quindicenni (Tabella 2.6). Tuttavia, nei quindicenni si osserva un leggero incremento dell'attività fisica rispetto alle rilevazioni precedenti.

Il 15% dei bambini tra gli 8 e i 9 anni, risulta non attivo, ovvero non ha svolto attività motoria a scuola e/o attività sportiva strutturata e/o ha giocato all'aperto nel pomeriggio del giorno precedente la rilevazione (Tabella 2.7). Bambini e bambine da questo punto di vista si equivalgono (15%). Il 70% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine. Il 46% dei bambini ha svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine. I maschi giocano all'aperto e praticano in media più sport delle femmine.

Figura 2.2 Livello di attività fisica. PASSI 2020-2021, Veneto

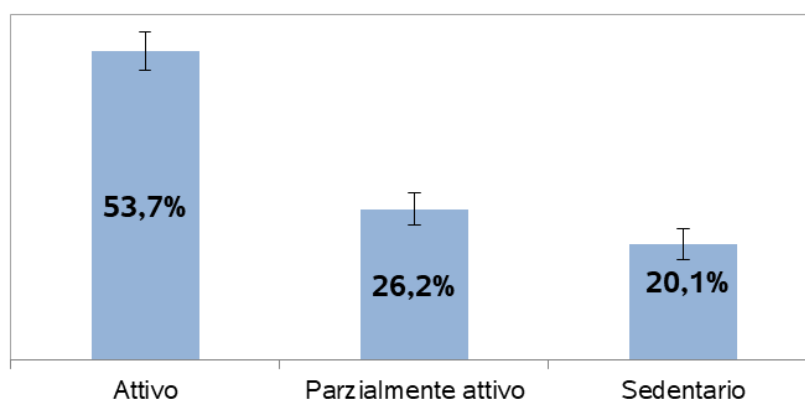


Tabella 2.5 Andamento temporale della percentuale di popolazione sedentaria, per differenti variabili socio-demografiche. PASSI, Veneto

		2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021
TOTALE (%)		16,5	14,8	14,8	20,1
(IC 95%)		(15,7-17,3)	(14,0-15,6)	(13,9-15,8)	(17,6-22,9)
Sesso	Uomini	14,2	12,2	12,0	15,3
	Donne	18,7	17,4	17,7	24,8
Età (anni)	18-34	12,4	11,8	12,9	19,0
	35-49	13,9	13,3	12,5	17,4
	50-69	21,5	17,9	17,8	22,6
Livello di istruzione	Elementare	30,3	29,1	30,1	51,6
	Media inferiore	18,1	15,6	16,5	20,4
	Media superiore	13,9	13,0	13,2	17,8
	Laurea	14,3	14,5	13,1	20,6
Situazione economica	Molte difficoltà	27,2	22,9	26,1	36,0
	Qualche difficoltà	17,6	15,9	15,7	18,9
	Nessuna difficoltà	14,0	13,3	13,4	19,2

Tabella 2.6 Andamento temporale della percentuale di ragazzi che dichiarano di praticare attività fisica per 60 minuti al giorno per almeno 5 giorni a settimana. HBSC, Veneto

Età	2002	2006	2010	2014	2018
11 anni	31,5%	36,7%	25,2%	37,7%	34,9%

Età	2002	2006	2010	2014	2018
13 anni	33,5%	34,5%	28,7%	29,5%	30,2%
15 anni	27,0%	28,5%	20,9%	23,8%	25,2%

Tabella 2.7 Andamento temporale dei comportamenti dei bambini rispetto all'attività motoria. Okkio alla salute, Veneto

	2008	2010	2012	2014	2016	2019
Bambini definiti fisicamente non attivi	17%	13%	13%	10%	14%	15%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	70%	76%	78%	83%	74%	70%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	36%	43%	46%	46%	46%	46%
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o in bicicletta	27%	25%	30%	29%	24%	22%

Stato nutrizionale

Il 4% delle persone tra i 18 e 69 anni intervistate in Veneto nel 2020-21 risulta sottopeso, il 54% normopeso, il 31% sovrappeso e l'11% obeso. Complessivamente il 42% della popolazione presenta un eccesso ponderale. E' significativamente più frequente con il crescere dell'età (riguarda più della metà delle persone nella fascia 50-69 anni), negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e in presenza di difficoltà economiche (Tabella 2.8).

La percentuale di persone in eccesso ponderale non si è modificata nel tempo e si mantiene molto elevata nelle fasce di età con bassa scolarizzazione. Un terzo delle persone in sovrappeso ritiene che il proprio peso sia adeguato.

Dalla survey HBSC emerge che la percentuale di ragazzi in eccesso ponderale diminuisce al crescere dell'età (Tabella 2.9). Rispetto agli anni precedenti, nel 2018 si è registrato un lieve aumento dei ragazzi in eccesso ponderale per le classe più giovani, mentre per i quindicenni il dato rimane pressoché stabile.

Dalla rilevazione Okkio del 2019, tra i bambini di 8-9 anni del Veneto, l'1% risulta in condizioni di obesità grave, il 5% risulta obeso, il 19% sovrappeso, il 73% normopeso e l'1% sottopeso (Tabella 2.10). Quando uno dei due genitori è in sovrappeso, il 20% dei bambini risulta in sovrappeso e il 6% obeso; questi valori salgono rispettivamente al 25% e al 14% in presenza di un genitore obeso.

Tabella 2.8 Andamento temporale della percentuale di popolazione con eccesso ponderale, per differenti variabili socio-demografiche. PASSI, Veneto

		2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021
TOTALE (%)		40,5	40,0	40,1	42,1
(IC 95%)		(39,5-41,5)	(38,9-41,1)	(38,8-41,3)	(39,2-45,1)
Sesso	Uomini	49,7	50,0	48,7	53,2
	Donne	31,3	30,0	31,4	30,9
Età (anni)	18-34	22,8	22,0	23,8	24,4
	35-49	38,7	37,8	37,2	39,4
	50-69	53,8	53,1	52,1	54,3
Livello di istruzione	Elementare	62,7	64,4	60,5	56,6

	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021
Media inferiore	49,6	50,2	51,0	55,6
Media superiore	35,9	35,1	36,7	35,3
Laurea	24,9	27,5	27,3	39,3
Situazione economica				
Molte difficoltà	55,4	46,2	50,5	51,4
Qualche difficoltà	43,4	44,9	43,1	44,7
Nessuna difficoltà	36,3	36,8	37,9	40,5

Tabella 2.9 Andamento temporale della percentuale di ragazzi con eccesso ponderale. HBSC, Veneto

Età	2002	2006	2010	2014	2018
11 anni	19,1%	25,9%	17,6%	15,3%	18,3%
13 anni	16,2%	20,4%	15,7%	13,7%	16,1%
15 anni	14,5%	19,4%	13,5%	14,9%	15,6%

Tabella 2.10 Andamento temporale dello stato ponderale dei bambini. Okkio alla salute, Veneto

	2008	2010	2012	2014	2016	2019
Bambini sotto-normopeso	73%	72%	73%	76%	75%	75%
Bambini sovrappeso e obesi	27%	28%	27%	24%	25%	25%
Bambini sovrappeso	20%	21%	21%	17%	19%	19%
Bambini obesi	7%	7%	7%	7%	6%	6%

Rischio cardiovascolare

Nel Veneto, nel 2020-2021 il 21% degli intervistati tra i 18 e 69 anni che avevano effettuato la misurazione della pressione arteriosa (PA), ha riferito di aver avuto una diagnosi di ipertensione arteriosa (Tabella 2.11). La percentuale di ipertesi varia a seconda del sesso, cresce con l'età, in presenza di difficoltà economiche e di sovrappeso/obesità (tra le persone in sovrappeso, la percentuale di ipertesi è tre volte quella riscontrata tra le persone normopeso), mentre diminuisce al crescere del livello di istruzione. Il 73% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico,

Tra le persone di 18-69 anni che si erano sottoposte ad almeno una misurazione del colesterolo, il 26% ha riferito una diagnosi di ipercolesterolemia. L'ipercolesterolemia cresce con l'età ed è più frequente nelle persone in eccesso ponderale (BMI ≥ 25), senza difficoltà economiche e con un livello di istruzione basso. Il 29% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

Tabella 2.11 Fattori di rischio cardiovascolare nella fascia 18-69 anni. PASSI 2020-2021, Veneto

	%	(IC 95%)
Iperensione arteriosa	21,1	(18,9-23,5)
Ipercolesterolemia	25,7	(23,1-28,4)
Sedentarietà	20,1	(17,6-22,9)
Fumo	22,4	(19,7-25,3)
Eccesso ponderale	42,1	(39,2-45,1)
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	89,0	(86,9-90,8)
Diabete	4,2	(3,1-5,7)

Approfondimenti

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/igiene-e-sanita-pubblica>

<https://www.epicentro.iss.it/>

<http://www.epicentro.iss.it/passi/>

<http://www.hbsc.unito.it>

<http://www.arpa.veneto.it>

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

Telefono: 041 2791352 - 1353 - 1320

E-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

3. Profilo di salute della popolazione

3.1 Mortalità per causa

Dall'andamento della mortalità negli anni 2020 (dati consolidati) e 2021 (dati provvisori), a confronto con il biennio 2018-2019, si possono osservare i picchi di mortalità complessiva in corrispondenza delle quattro ondate epidemiche verificatesi tra il 2020 e il 2021: marzo-maggio 2020, ottobre 2020-gennaio 2021, marzo-aprile 2021, e dicembre 2021 (Figura 3.1.1).

Nel primo picco epidemico i decessi dovuti a/con menzione di COVID-19 (codici ICD-10: U07.1, U07.2, U09.9) non spiegano interamente l'eccesso di mortalità generale, probabilmente a causa di un certo grado di sotto-diagnosi nelle fasi iniziali della pandemia. Durante la seconda ondata epidemica, più ampia e associata all'incremento maggiore di mortalità, le schede con menzione di COVID-19 rendono completamente conto dell'eccesso complessivo di decessi. Nell'ondata di marzo-aprile 2021, i decessi con menzione di COVID-19 hanno largamente superato l'eccesso di mortalità legato alla terza ondata epidemica. In dicembre 2021 l'eccesso di mortalità generale supera nuovamente i decessi correlati al COVID-19 (Tabella 3.1.1 e Figura 3.1.2). Complessivamente, nel corso del 2021, i decessi attribuiti al COVID-19 (causa iniziale) o con menzione di COVID-19 (cause multiple) sono più numerosi dell'incremento complessivo della mortalità.

Come esempio dell'andamento della mortalità associata ad alcune condizioni croniche, nelle Figure 3.1.3-3.1.5 è mostrato l'andamento della mortalità per diabete (codici ICD-10: E10-E14), demenza/malattia di Alzheimer (F01, F03, G30), e patologie ipertensive (I10-I13), sia come causa iniziale che come causa multipla. Considerando solo la causa iniziale, si possono intravedere picchi molto contenuti durante le due ondate epidemiche del 2020 e l'ultima del 2021. Bisogna considerare che tali analisi routinarie della causa iniziale di morte scontano l'attribuzione al COVID-19 di una quota rilevante di decessi in soggetti affetti da queste patologie croniche. Con l'analisi delle cause multiple, si può invece osservare come l'eccesso di mortalità associata a diabete e patologie ipertensive abbia un andamento simile alla mortalità generale, presentando in proporzione, in corrispondenza dei picchi epidemici, un eccesso anche più marcato. Nelle demenze si riscontra un trend sovrapponibile, anche se dopo la seconda ondata epidemica i decessi si riducono, seguendo un andamento simile all'atteso, ma raggiungendo valori inferiori alla media del biennio 2018-2019 (anche se bisogna ricordare che per il 2021 i dati sono ancora provvisori).

Nota metodologica

Fonte informativa: Registro regionale di Mortalità

Sono stati analizzati i dati di mortalità per causa relativi agli anni 2020 (dati consolidati) e 2021 (dati provvisori), confrontati con il biennio 2018-2019. L'analisi è stata condotta sia sulla causa iniziale selezionata secondo le regole internazionali di codifica, sia sulle cause multiple (qualsiasi menzione della patologia nella scheda di morte); le patologie sono classificate secondo l'ICD-10 (Classificazione Internazionale delle Malattie, X Edizione).

Si deve premettere che la copertura del registro regionale delle cause di morte si aggira intorno al 99% (la quota mancante è legata ai deceduti all'estero per cui non viene compilata la scheda di morte e a poche schede che non vengono recuperate e trasmesse al Servizio Epidemiologico Regionale e Registri) e che i dati relativi al 2021 sono ancora provvisori (prima delle operazioni di verifica e recupero delle schede mancanti/illeggibili), quindi leggermente sottostimati.

Figura 3.1.1 Decessi totali registrati per mese nel 2020-2021 vs. media biennio 2018-2019, residenti in Veneto.

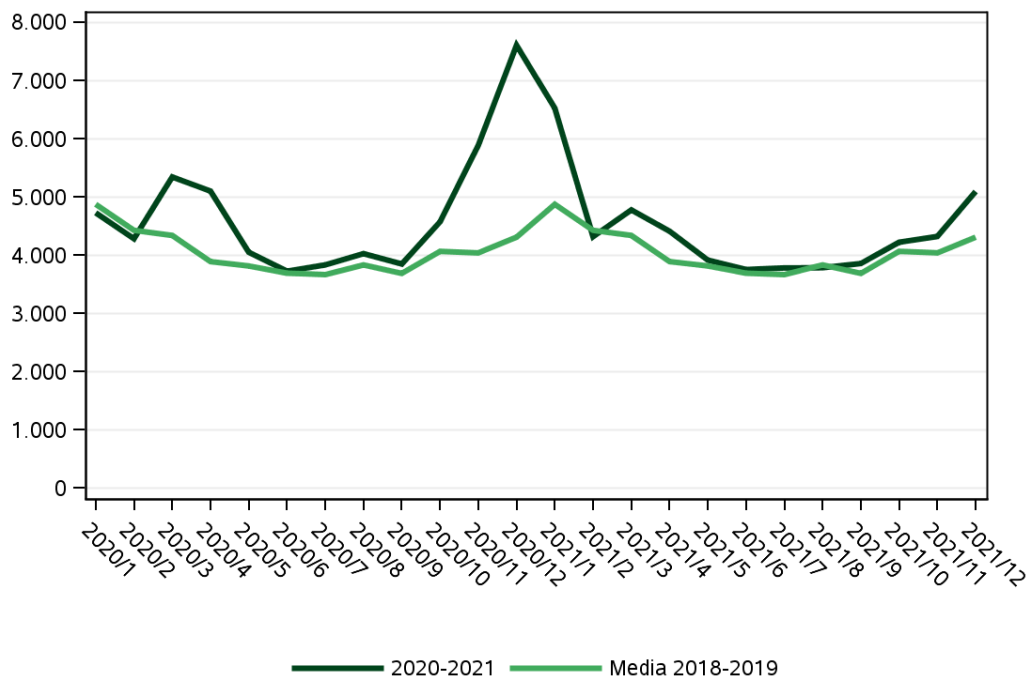


Tabella 3.1.1 Decessi totali e COVID-correlati per periodo. Residenti in Veneto, anni 2020-2021 vs. media biennio 2018-2019.

	Anno 2020	Anno 2021	Marzo 2020-Maggio 2020	Ottobre 2020-Gennaio 2021	Marzo 2021-Aprile 2021	Dicembre 2021
Decessi totali	56.973	52.729	14.486	24.580	9.184	5.091
Variazione decessi vs media 2018-19	+8.367	+4.123	+2.450	+7.301	+960	+784
COVID-19 causa iniziale	5.973	4.742	1.478	6.312	1.232	437
COVID-19 causa multipla	7.111	5.725	1.794	7.387	1.449	522

Figura 3.1.2 Variazione mensile del totale dei decessi e dei decessi causati/con menzione di COVID-19. Residenti in Veneto, anni 2020-2021 vs media biennio 2018-2019

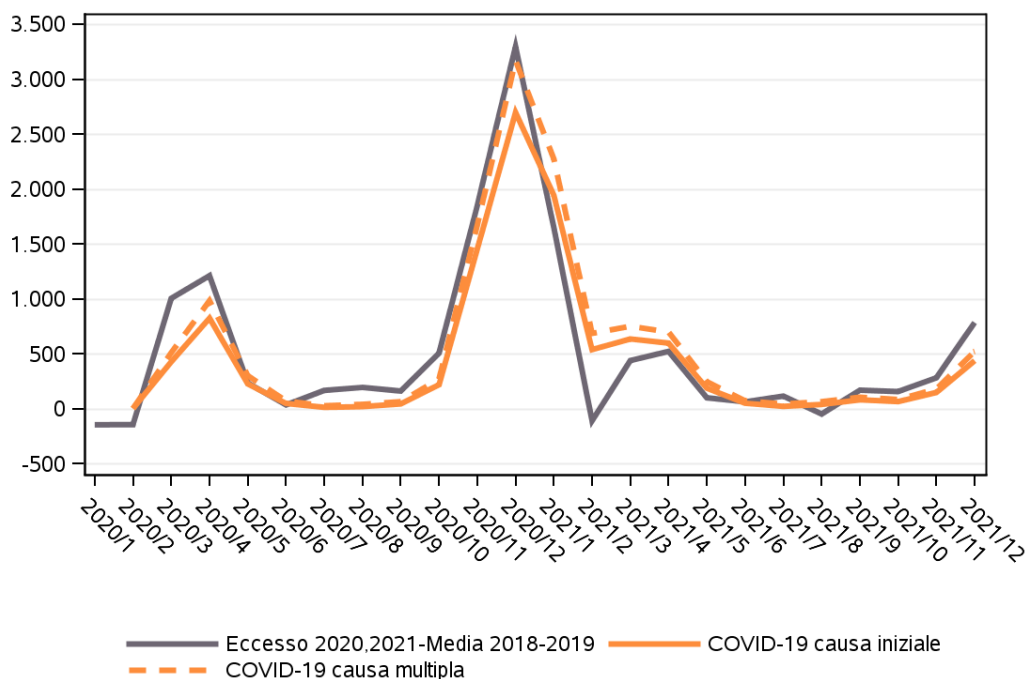


Figura 3.1.3 Andamento mensile dei decessi per diabete (causa iniziale e causa multipla). Residenti in Veneto, anni 2020-2021 vs. media biennio 2018-2019.

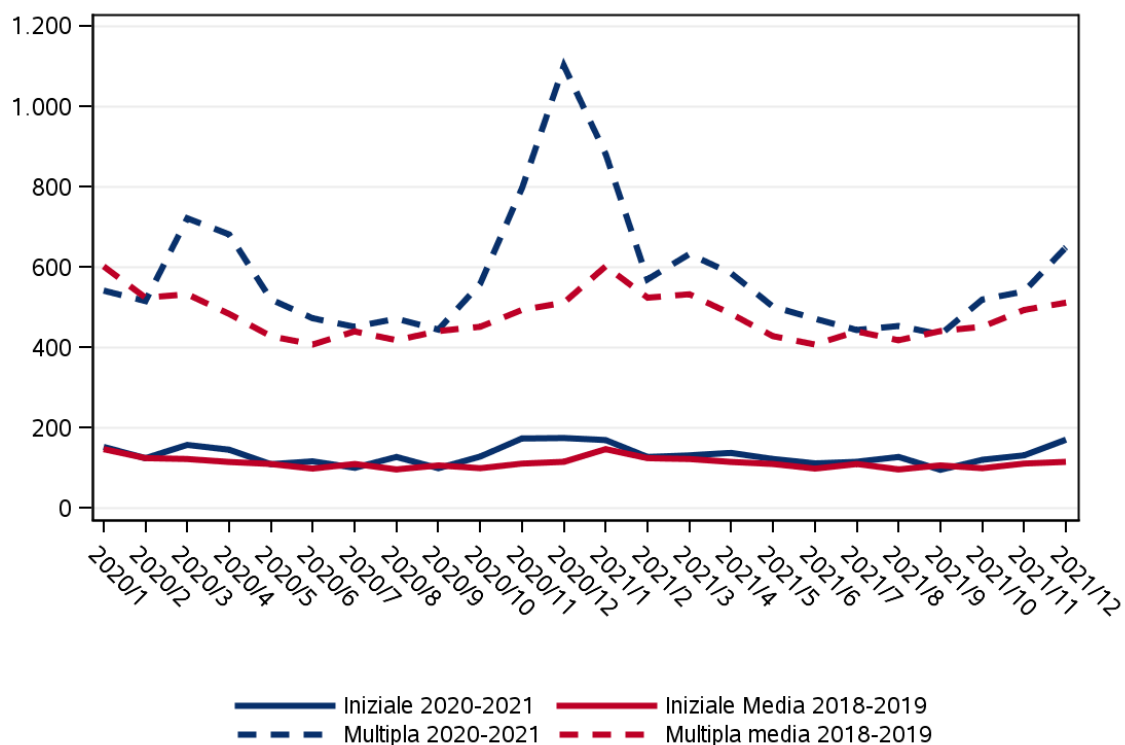


Figura 3.1.4 Andamento mensile dei decessi per demenza/malattia di Alzheimer (causa iniziale e causa multipla). Residenti in Veneto, anni 2020-2021 vs. media biennio 2018-2019.

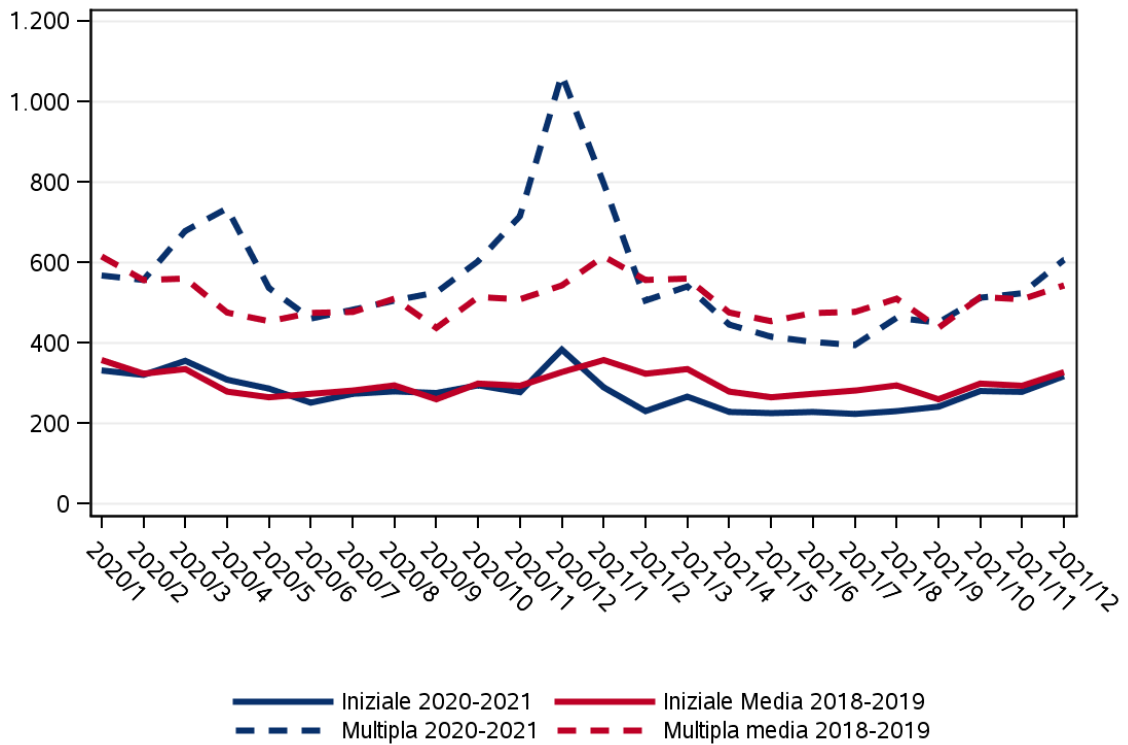


Figura 3.1.5 Andamento mensile dei decessi per patologie ipertensive (causa iniziale e causa multipla). Residenti in Veneto, anni 2020-2021 vs. media biennio 2018-2019.

Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252
 E-mail: ser@azero.veneto.it

3.2 Pandemia da COVID-19

Nel corso del biennio 2020-2021, il Veneto è stato colpito da ripetute ondate epidemiche di infezione da SARS-COV-2; dall'inizio della pandemia fino al 01/03/2022 sono stati rilevati 1.264.923 nuovi casi di infezione, pari ad un tasso complessivo di 259,8 per 1.000 abitanti. Nello stesso periodo si sono osservati 45.369 ricoveri in soggetti risultati positivi al virus, con un tasso di ricovero del 9,3 per 1.000 abitanti. I decessi di pazienti positivi al virus sono stati complessivamente 13.757, con un tasso di mortalità regionale pari al 2,8 per 1.000 abitanti. L'incidenza dell'infezione risulta più elevata nella popolazione di età 15-24 anni, sia nei maschi che nelle femmine (tasso di positività rispettivamente di 331,2 e 342,2 per 1.000 abitanti). Per quanto riguarda gli esiti (ricoveri e decessi) si evidenzia un trend crescente con l'età; inoltre, si osserva come nella fascia di età 45-84 anni, i tassi di ricovero e di mortalità siano circa doppi nei maschi rispetto alle femmine (Tabella 3.2.1).

La distribuzione degli eventi a livello territoriale è mostrata in Tabella 3.2.2 e Figura 3.2.1. I tassi d'incidenza cumulata più elevati si sono riscontrati in gran parte dei comuni dell'Alta Padovana e della provincia di Treviso, mentre nel territorio del Bellunese e in Polesine i tassi d'incidenza sono stati più bassi (Figura 3.2.1). Le zone in cui sono stati ricoverati più soggetti sono state le province di Belluno e di Verona, l'Ulss Serenissima e l'altopiano vicentino; in quegli stessi territori si sono registrati anche i più alti tassi di mortalità. Per completezza informativa è riportata anche una mappa con la distribuzione della copertura vaccinale nel territorio.

Le Figure 3.2.2-3.2.4 consentono di cogliere il diverso impatto delle successive ondate epidemiche. La circolazione del virus nella regione del Veneto è stata particolarmente rilevante da novembre '20 a gennaio '21, con picchi tra i 3.000 e i 4.000 casi giornalieri, ed ancora maggiore da dicembre '21 a febbraio '22, quando la diffusione dell'infezione ha raggiunto picchi di 18.000 casi al giorno (Figura 3.2.2). Dal mese di dicembre 2021, l'epidemia ha, infatti, raggiunto la massima diffusione, a causa di una variante del virus più contagiosa, quintuplicando i tassi di infezione rispetto agli stessi mesi dell'anno precedente; ciò nonostante il numero di persone ricoverate è stato contenuto, registrando un massimo di 150 ricoveri al giorno, anche grazie alla massiccia campagna di vaccinazione contro il COVID-19 condotta a partire da gennaio 2021 (Figura 3.2.3). La frequenza giornaliera di pazienti entrati in terapia intensiva rispecchia l'andamento dei ricoveri (Figura 3.2.4).

La Figura 3.2.5 mostra l'andamento dei decessi attribuiti al COVID-19 dal sistema di sorveglianza: nella prima ondata (marzo-aprile 2020) è stato particolarmente rilevante il contributo della mortalità nelle strutture residenziali per anziani; la seconda ondata (ottobre 2020-gennaio 2021) ha causato il maggior numero di decessi, sia nelle strutture residenziali che nella popolazione generale; le successive ondate (marzo-aprile 2021 e dicembre 2021-gennaio 2022) hanno determinato picchi di mortalità più contenuti nel complesso, e pressoché assenti nelle strutture residenziali.

Per valutare l'impatto della pandemia sulla mortalità generale, oltre ai decessi attribuiti a SARS-COV-2 nel sistema di sorveglianza, sono stati analizzati i decessi totali a partire dai dati dell'anagrafe sanitaria regionale. In Figura 3.2.6 si può osservare l'impatto delle diverse ondate epidemiche sulla mortalità nelle varie classi di età (non sono mostrati i dati dei soggetti con meno di 50 anni, per i quali la mortalità è risultata inferiore rispetto al triennio precedente). Mentre nella prima ondata epidemica l'incremento della mortalità generale ha riguardato in particolare i soggetti anziani (75 e più anni), nella seconda ondata, i decessi sono aumentati in misura rilevante anche nella popolazione tra i 50 ed i 74 anni.

Infine, le Figure 3.2.7-3.2.8 mostrano i tassi di ricovero e di mortalità in due fasi distinte della campagna vaccinale: da febbraio ad agosto 2021 (progressiva implementazione della campagna vaccinale), e da settembre 2021 a febbraio 2022 (completamento della campagna vaccinale e somministrazione delle dosi booster). Nel periodo analizzato, si evidenzia l'impatto della vaccinazione sulla riduzione dei tassi di ospedalizzazione e decesso da COVID-19

Nota metodologica

La popolazione in studio è rappresentata dai residenti della Regione Veneto con infezione da SARS-COV-2 e dai soggetti ricoverati con COVID-19, individuati attraverso il sistema di sorveglianza regionale, una piattaforma aggiornata in tempo reale sull'evoluzione dell'epidemia da SARS-COV-2. Nel sistema di sorveglianza vengono registrati tutti i soggetti risultati positivi al test per la ricerca del virus SARS-COV-2 (tamponi antigenici e molecolari). Il sistema, inoltre, tiene traccia degli eventi di ospedalizzazione di ciascun soggetto positivo, nonché dell'eventuale decesso. Per la popolazione residente sono stati utilizzati i dati di fonte ISTAT al 01/01/2021 e per la mortalità generale i dati di fonte Anagrafe Unica Regionale (AUR).

Tabella 3.2.1 Infezioni da SARS-COV-2 per sesso e classi di età: casi, ricoveri, decessi e relativi tassi per 1.000 abitanti. Veneto, periodo dal 24/02/2020 al 01/03/2022

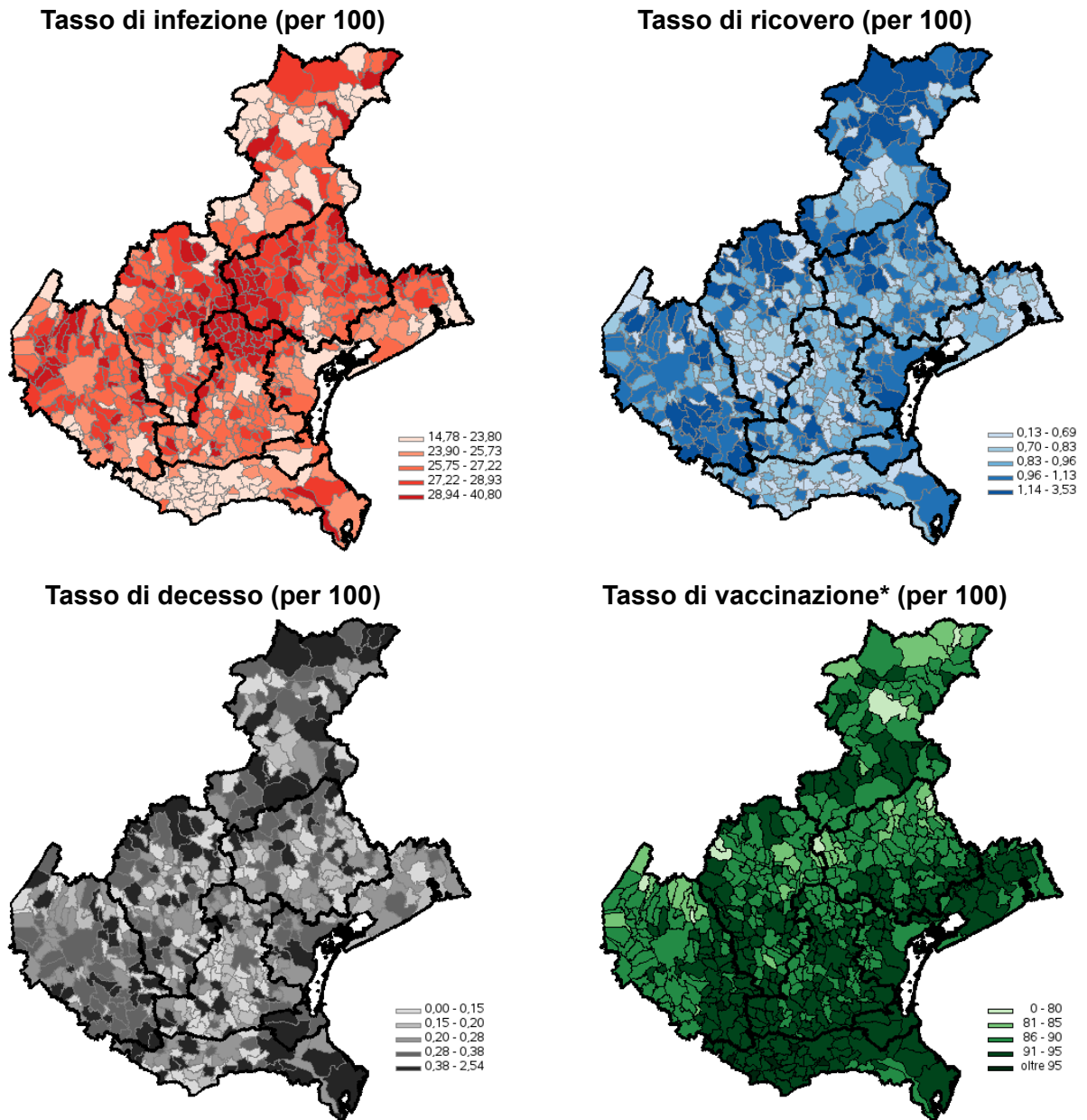
Classe Età	MASCHI						
	Popolazione	Casi	Tasso incidenza	Ricoveri	Tasso ricovero	Deceduti	Tasso decesso
0 - 14	320.580	103.538	323,0	255	0,8	0	0,0
15 - 24	247.493	81.977	331,2	149	0,6	2	0,0
25 - 44	556.756	164.283	295,1	1.375	2,5	35	0,1
45 - 64	764.204	188.191	246,3	7.689	10,1	585	0,8
65 - 74	268.926	43.852	163,1	5.845	21,7	1.331	4,9
75 - 84	175.918	26.853	152,6	6.660	37,9	2.625	14,9
85+	57.288	10.573	184,6	3.909	68,2	2.674	46,7
Totale	2.391.165	619.267	259,0	25.882	10,8	7.252	3,0

Classe Età	FEMMINE						
	Popolazione	Casi	Tasso incidenza	Ricoveri	Tasso ricovero	Deceduti	Tasso decesso
0 - 14	302.738	96.370	318,3	197	0,7	2	0,0
15 - 24	228.211	78.092	342,2	204	0,9	0	0,0
25 - 44	539.850	178.769	331,1	1.454	2,7	19	0,0
45 - 64	767.253	195.129	254,3	3.672	4,8	223	0,3
65 - 74	293.676	42.584	145,0	3.203	10,9	520	1,8
75 - 84	226.407	29.998	132,5	5.049	22,3	1.630	7,2
85+	120.530	24.714	205,0	5.708	47,4	4.111	34,1
Totale	2.478.665	645.656	260,5	19.487	7,9	6.505	2,6

Tabella 3.2.2 Infezioni da SARS-COV-2 per Azienda ULSS: casi, ricoveri, decessi e relativi tassi per 1.000 abitanti. Veneto, periodo dal 24/02/2020 al 01/03/2022

Ulss di residenza	Popolazione	Casi	Tasso incidenza	Ricoveri	Tasso ricovero	Deceduti	Tasso decesso
1-Dolomiti	199.704	49.990	250,3	2.031	10,2	713	3,6
2-Marca Trevigiana	880.417	238.304	270,7	8.464	9,6	2.208	2,5
3-Serenissima	617.107	148.997	241,4	6.046	9,8	1.923	3,1
4-Veneto Orientale	226.438	58.161	256,9	1.716	7,6	471	2,1
5-Polesana	233.179	53.584	229,8	1.846	7,9	726	3,1
6-Euganea	930.213	242.744	261,0	8.047	8,7	2.204	2,4
7-Pedemontana	362.210	102.677	283,5	3.539	9,8	1.040	2,9
8-Berica	492.752	124.612	252,9	3.853	7,8	1.486	3,0
9-Scaligera	927.810	245.892	265,0	9.827	10,6	2.986	3,2
VENETO	4.869.830	1.264.961	259,8	45.369	9,3	13.757	2,8

Figura 3.2.1 Mappe dei comuni per casi incidenti, ricoveri, decessi, vaccinati e relativi tassi per 100 abitanti. Veneto, periodo dal 24/02/2020 al 01/03/2022



* I dati relativi alla copertura vaccinale si riferiscono a soggetti di età superiore ai 12 anni

Figura 3.2.2 Casi positivi: frequenza giornaliera eventi (media mobile a 7 gg). Veneto, periodo dal 24/02/2020 al 01/03/2022

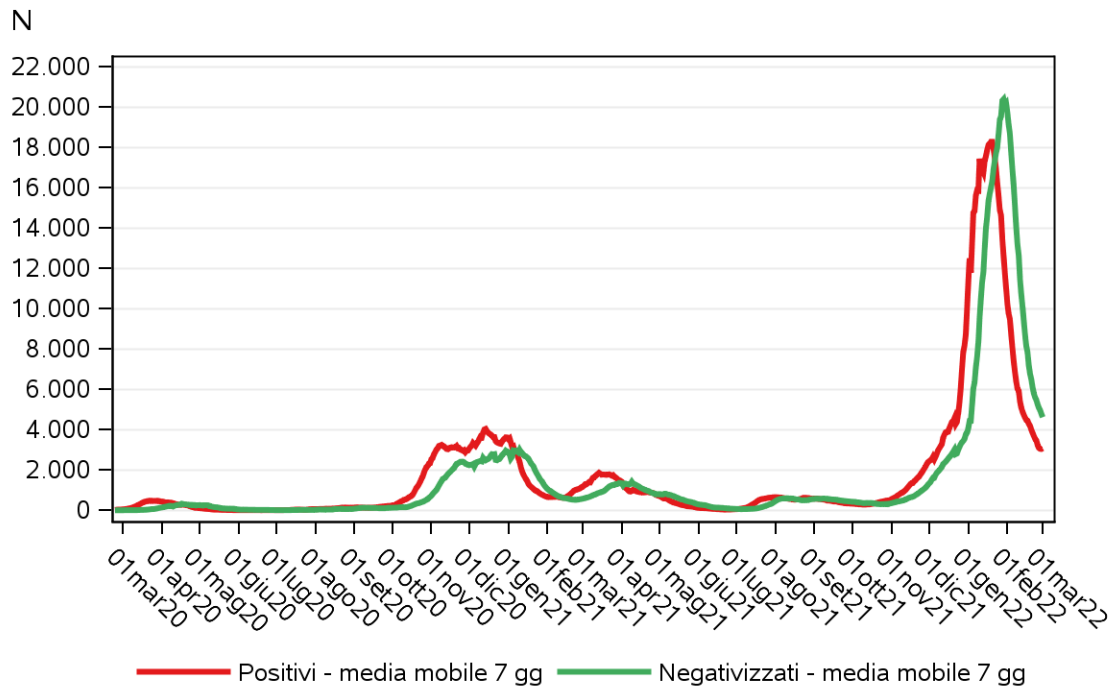


Figura 3.2.3 Andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7 gg). Veneto, periodo dal 24/02/2020 al 01/03/2022

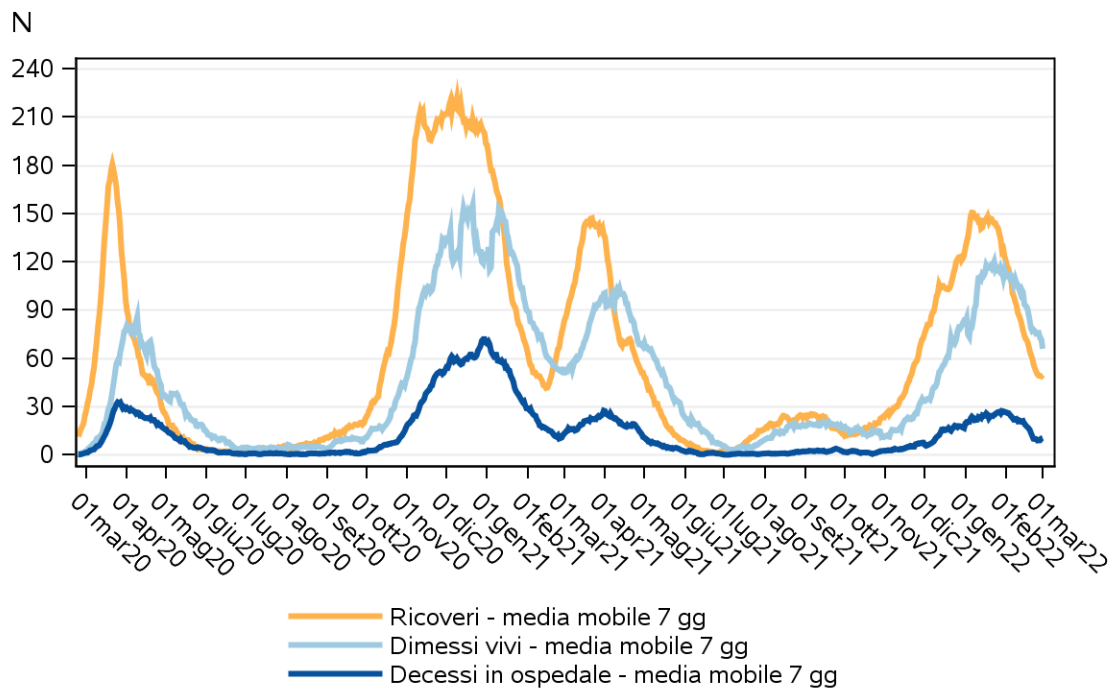


Figura 3.2.4 Terapia intensiva: pazienti Covid-19 entrati, dimessi e deceduti (media mobile a 7 gg). Veneto, periodo dal 24/02/2020 al 01/03/2022

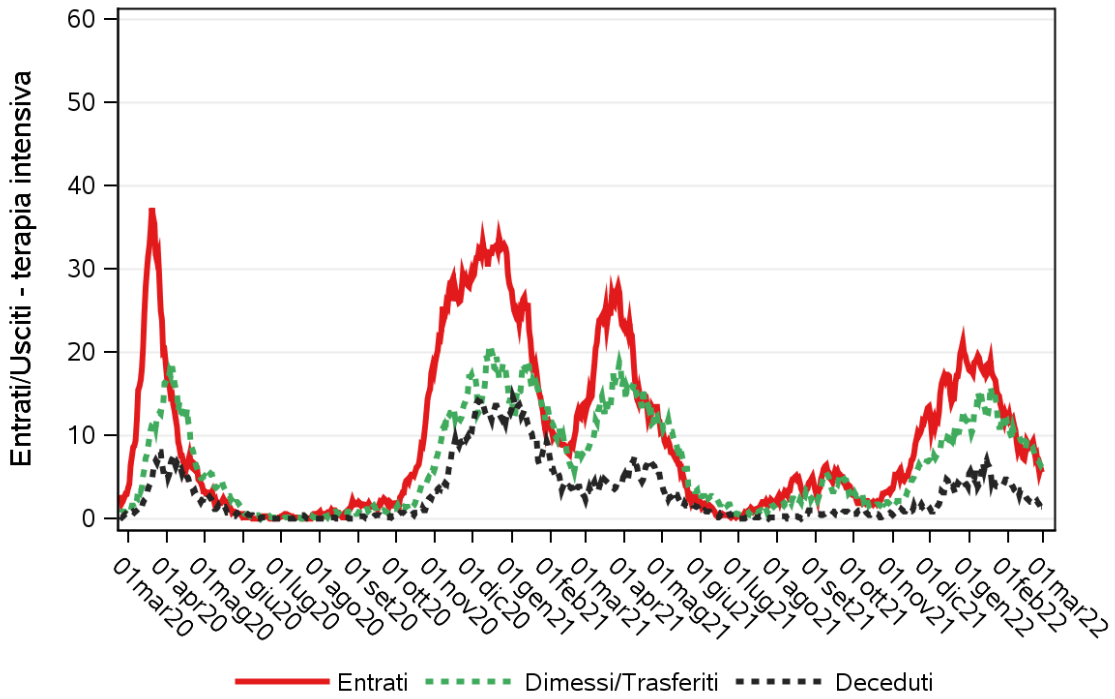


Figura 3.2.5 Deceduti Covid-19 per giorno: totali e ospiti delle case di riposo (CDR). Veneto, periodo dal 24/02/2020 al 01/03/2022

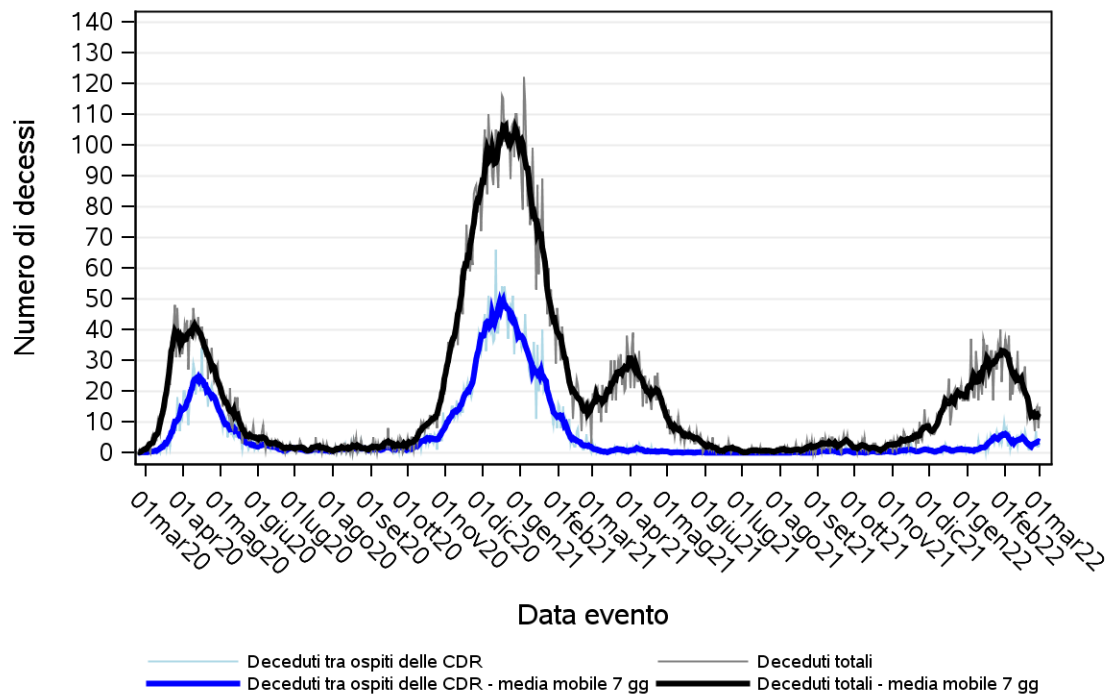


Figura 3.2.6 Variazione percentuale mensile dei decessi, per classe d'età, rispetto alla media negli anni 2017-2019. Veneto, periodo dal 01/01/2020 al 28/02/2022

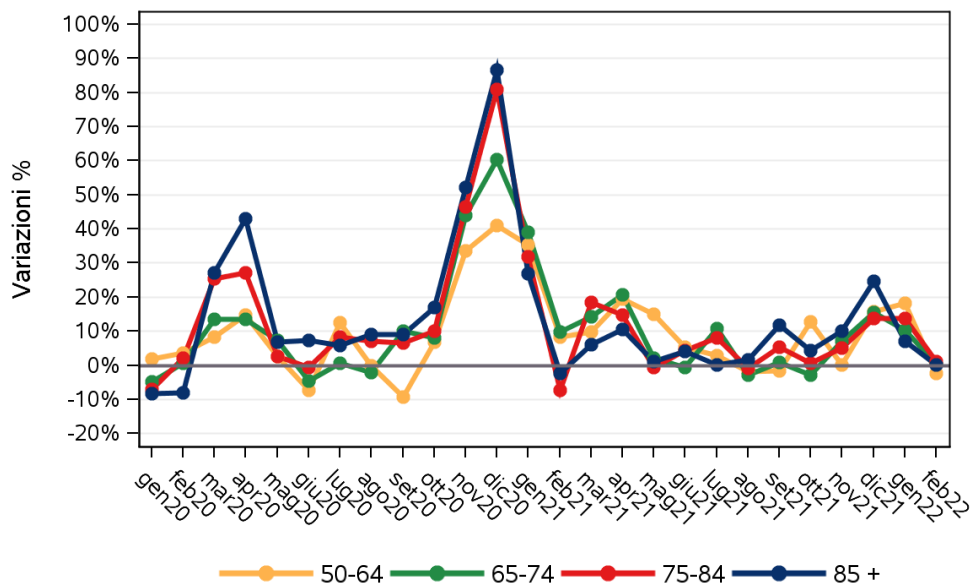


Figura 3.2.7 Tasso di ricoveri per stato vaccinale e periodo. Veneto

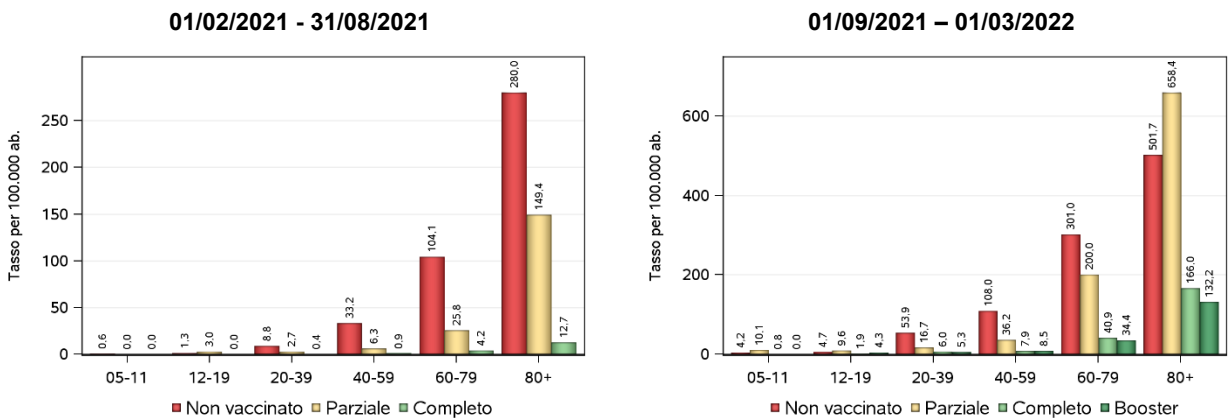
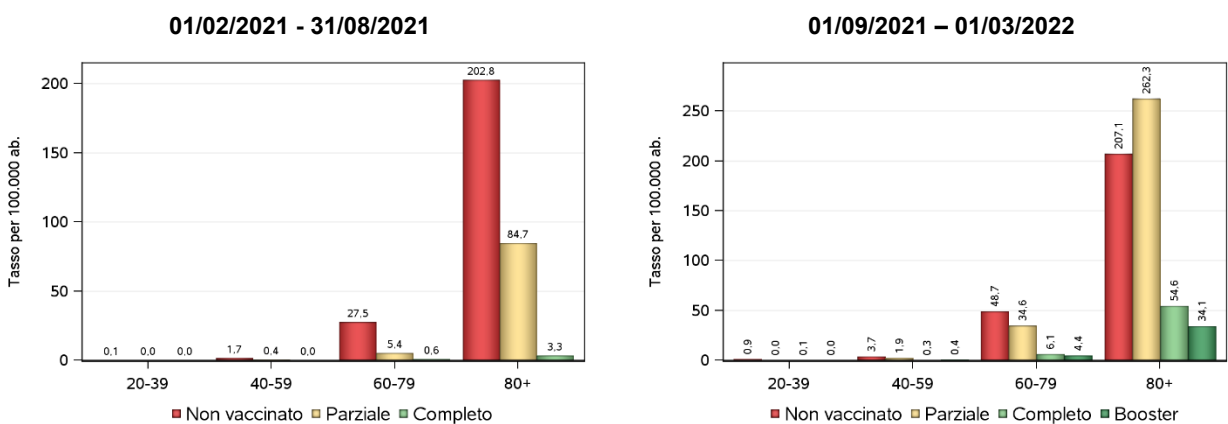


Figura 3.2.8 Tasso di decesso per stato vaccinale e periodo. Veneto



Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto - UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252
 E-mail: ser@azero.veneto.it

3.3 Infarto miocardico acuto

L'ospedalizzazione per l'infarto acuto del miocardio (IMA) nel periodo 2006-2021 risulta in diminuzione, in particolare nell'ultimo biennio, periodo in cui, in relazione all'pandemia di COVID-19, la rete ospedaliera regionale è stata oggetto di un'articolata riorganizzazione e rimodulazione dell'offerta (Tabella 3.3.1). Tale riorganizzazione, unitamente alla minore domanda di prestazioni da parte della popolazione per timore dei contagi e alle variazioni delle abitudini anche in considerazione del lockdown, ha indubbiamente contribuito a modificare le caratteristiche dell'ospedalizzazione durante i mesi della pandemia. Nella Figura 3.3.1 si evidenzia come negli ultimi due anni si sia registrato un numero inferiore di eventi di IMA rispetto alla media del periodo 2018-2019, con un calo più marcato durante il primo lockdown (marzo 2020).

Si sottolinea inoltre un'importante diminuzione di lungo periodo degli IMA con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI), che, a partire dal 2016, sono diventati meno frequenti degli eventi di IMA senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI), ad eccezione dell'ultimo anno, a causa dell'importante calo di IMA NSTEMI durante la pandemia (14% nel 2021 rispetto al 2019) (Tabella 3.3.1 e Figura 3.3.2). La riduzione del tasso di eventi di IMA negli ultimi dieci anni è particolarmente marcata nella popolazione anziana (Figura 3.3.3). L'occorrenza di casi di IMA è maggiore tra gli uomini in tutte le classi di età, con differenze di genere nella distribuzione percentuale degli eventi, decisamente più frequenti nelle età avanzate per le donne. Dal confronto tra 2006 e 2021 si conferma la diminuzione del tasso di STEMI in tutte le classi d'età. Per quanto riguarda il tasso di NSTEMI, la diminuzione è molto meno marcata (Figura 3.3.4).

Osservando il tasso standardizzato di ospedalizzazione per IMA, stratificato per genere e tipologia, si conferma la riduzione di eventi principalmente a favore degli IMA STEMI, ad eccezione del biennio 2020-2021 in cui si è assistito ad un sensibile calo anche di quelli NSTEMI sia nei maschi che nelle femmine (Figura 3.3.5). A livello territoriale, i maggiori tassi di eventi di IMA ospedalizzati si riscontrano nella Azienda ULSS Euganea, sia per gli eventi STEMI che NSTEMI, con un range di variabilità piuttosto ampio per entrambe le tipologie di IMA (NSTEMI: da 39,1 a 62,9 per 100.000) (STEMI: da 44,1 a 64,7 per 100.000).

Il ricorso all'angioplastica in occasione di IMA STEMI risulta in costante aumento sia complessivamente che nel giorno indice (% 24 ore), inteso come il medesimo giorno dell'accesso in ospedale (Figura 3.3.6). Dalla Tabella 3.3.3, in cui sono riportate le percentuali di angioplastica effettuate in occasione di IMA STEMI per azienda di residenza in riferimento all'ultimo biennio d'osservazione, si evidenzia una forte variabilità interaziendale, sia per le angioplastiche effettuate durante l'evento (range: 63,8-83,7) che nel giorno indice (range: 42,0-70,6). Nella Figura 3.3.7 si riporta la percentuale di soggetti con IMA transitati presso una UOC di Cardiologia o UCIC ed emerge come tale percentuale nel corso del periodo analizzato sia incrementata soprattutto per gli eventi STEMI.

Nota metodologica

Fonti informative: archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Veneto, anni 2006-2021 (aggiornamento al 02/05/2022); mobilità passiva interregionale SDO, anni 2006-2020 (anno 2021 non ancora disponibile).

Nella definizione dell'evento sono stati considerati i ricoveri ordinari con diagnosi principale o secondaria "410.x1" e suddivisi in due gruppi in base al 4° carattere del codice della diagnosi: 4° carattere = 7: infarto acuto del miocardio senza sopraslivellamento del tratto ST o subendocardico (NSTEMI); 4° carattere ≠ 7: infarto acuto del miocardio con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). I ricoveri avvenuti entro la giornata successiva ad una precedente dimissione sono stati ricondotti ad un unico evento.

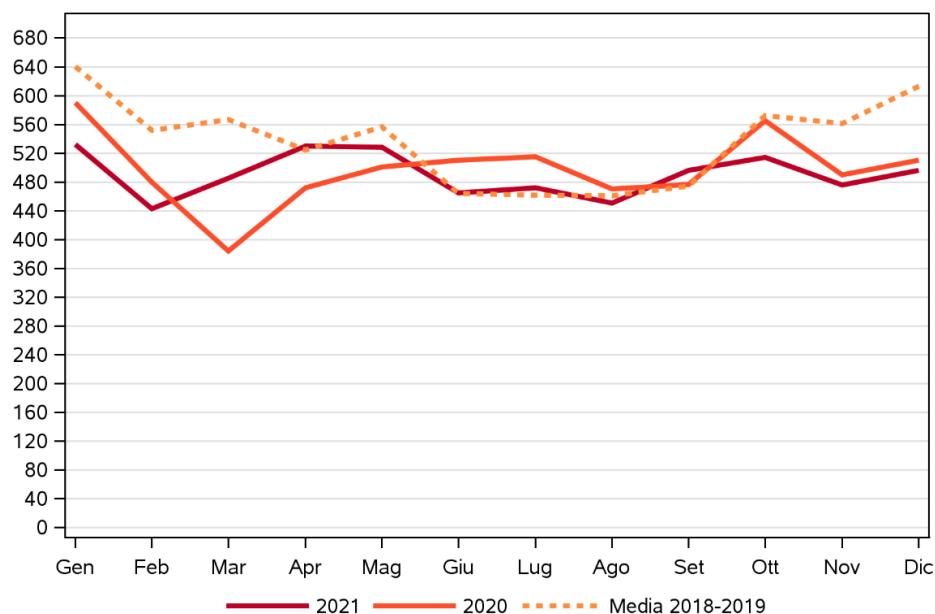
Il ricorso a procedure invasive è identificato dalla presenza dei codici di angioplastica ("36.0x" e "0.66").

Tabella 3.3.1 Numero di eventi di infarto acuto del miocardio ospedalizzati per tipo di infarto. Residenti in Veneto, anni 2006-2021

Tipo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
NSTEMI	2.68	2.67		2.66	2.87	2.92										
	5	1	2.588	8	9	8	3.044	3.084	3.238	3.367	3.479	3.437	3.374	3.433	2.990	2.964
STEMI	4.55	4.36		4.06	3.88	3.67										
	5	6	4.274	6	0	9	3.543	3.350	3.323	3.370	3.351	3.246	3.274	3.217	3.135	2.924
Totale	7.24	7.03		6.73	6.75	6.60										
	0	7	6.862	4	9	7	6.587	6.434	6.561	6.737	6.830	6.683	6.648	6.650	6.125	5.888

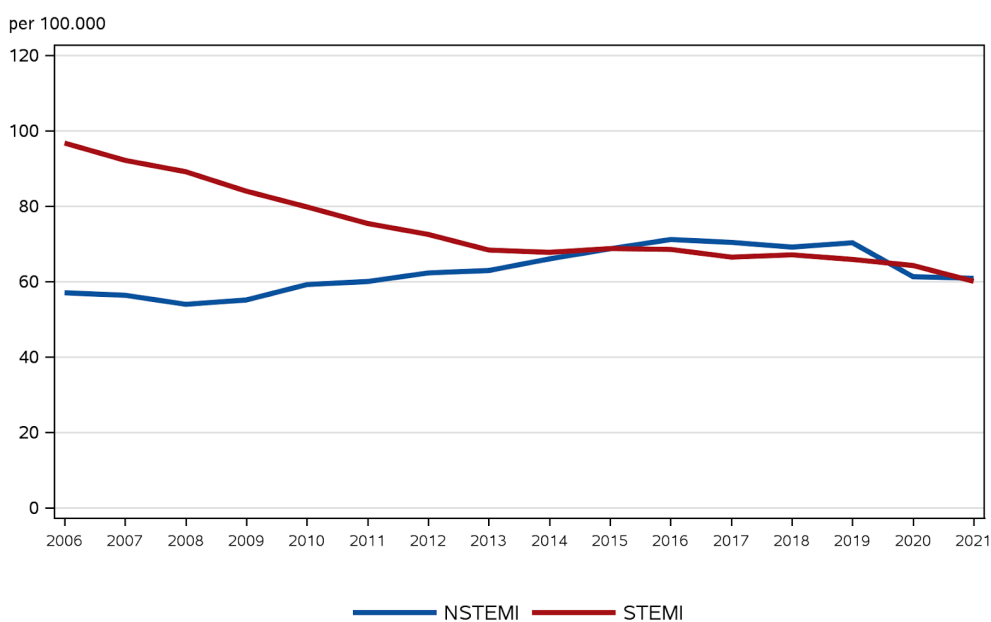
Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Figura 3.3.1 Eventi di IMA per mese nel periodo pre-pandemico (2018-2019) rispetto al 2020 e al 2021. Residenti e ricoverati in Veneto.



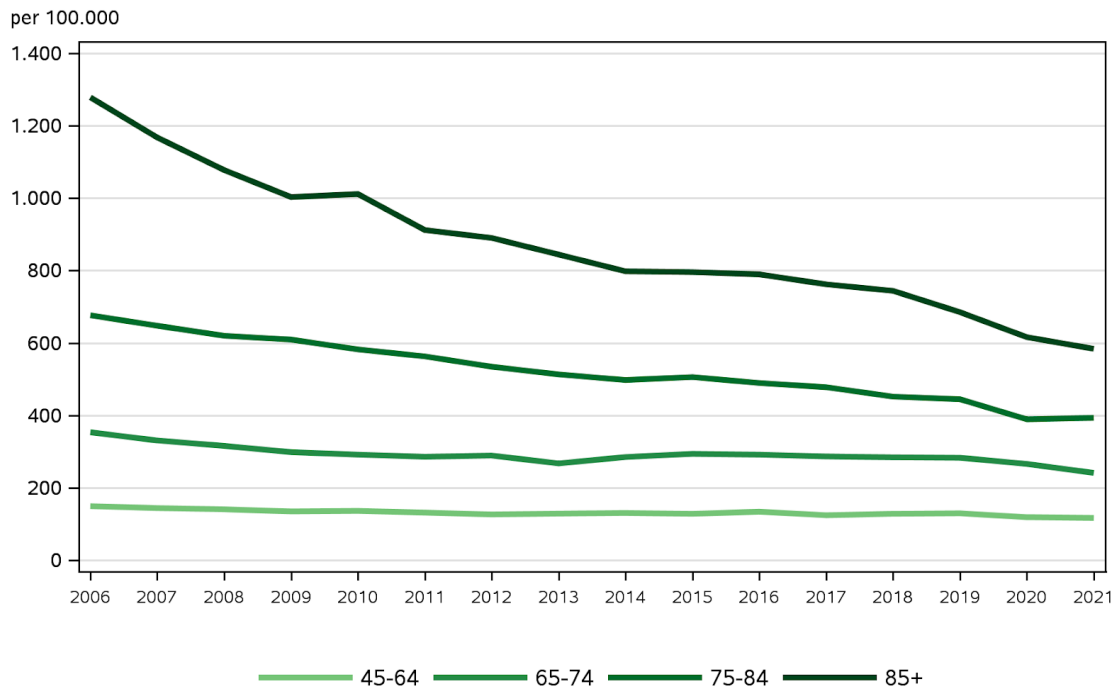
Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Figura 3.3.2 Tasso di eventi di IMA ospedalizzati per tipo di infarto (per 100.000). Residenti in Veneto, anni 2006-2021



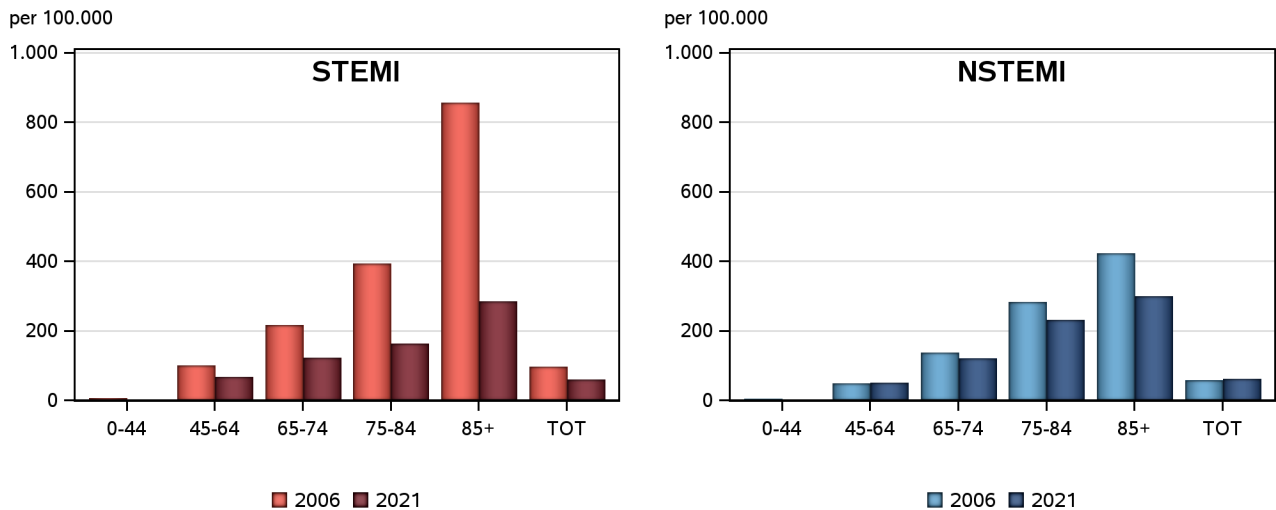
Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Figura 3.3.3 Tasso di eventi di IMA ospedalizzati per classi di età (per 100.000). Residenti in Veneto, anni 2006-2021



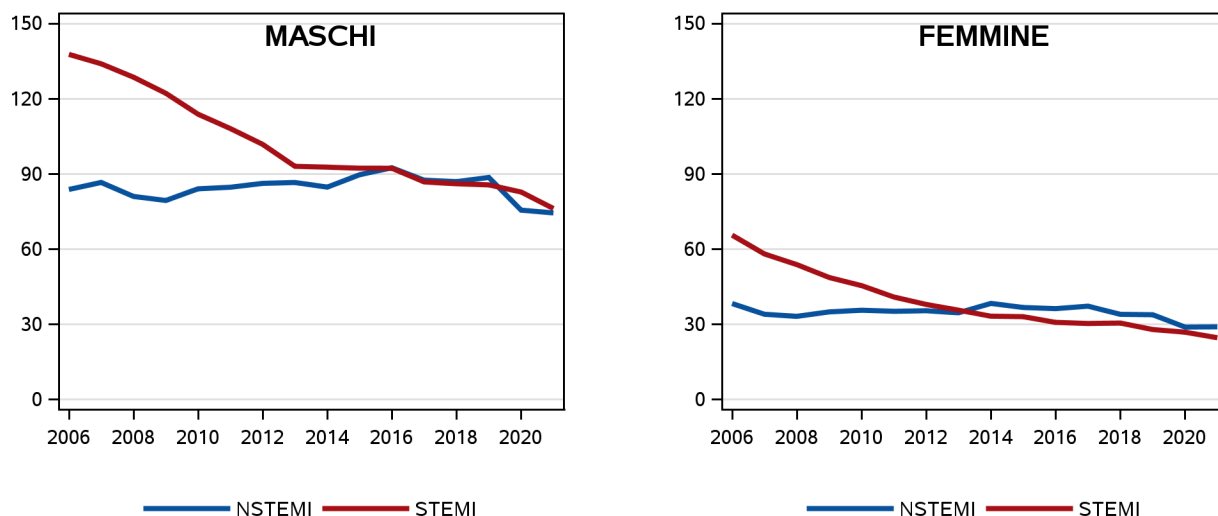
Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Figura 3.3.4. Tasso di eventi di IMA ospedalizzati per classe d'età e tipologia di IMA (per 100.000). Residenti in Veneto, confronto 2006-2021



Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Figura 3.3.5 Tasso standardizzato per età di eventi di IMA ospedalizzati (per 100.000) per genere e tipologia. Residenti in Veneto, anni 2006-2021. Standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007.



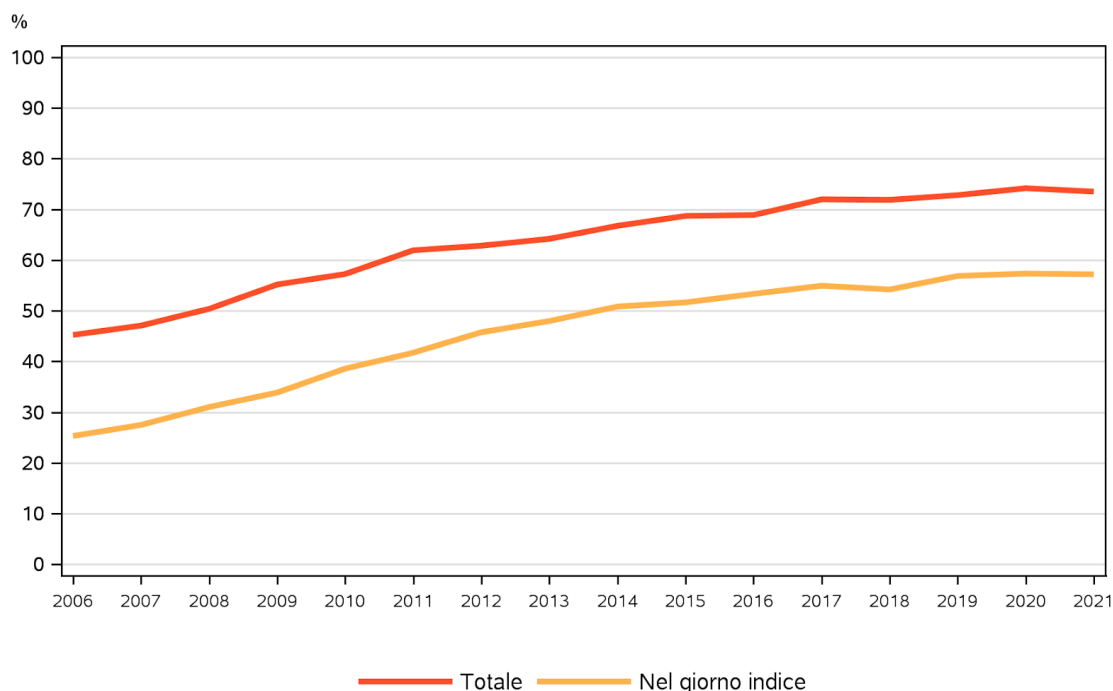
Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Tabella 3.3.2 Tasso standardizzato per età di eventi di IMA ospedalizzati per Azienda ULSS di residenza e tipologia (per 100.000). Residenti in Veneto, periodo 2020-2021. Standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007.

Azienda ULSS di residenza	NSTEMI		STEMI		Totale	
	N. eventi	Tasso standard	N. eventi	Tasso standard	N. eventi	Tasso standard
1-Dolomiti	260	48,9	238	45,4	498	94,3
2-Marca Trevigiana	974	47,1	946	45,5	1920	92,6
3-Serenissima	621	39,1	811	51,7	1432	90,7
4-Veneto Orientale	298	51,8	245	44,1	543	95,9
5-Polesana	386	62,1	325	52,5	711	114,6
6-Euganea	1448	62,9	1476	64,7	2924	127,6
7-Pedemontana	366	42,5	434	50,1	800	92,7
8-Berica	645	56,1	576	49,5	1221	105,6
9-Scaligera	956	44,1	1008	47,1	1964	91,3
VENETO	5954	50,1	6059	51,3	12013	101,3

Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Figura 3.3.6 Percentuale di eventi di IMA STEMI ospedalizzati con angioplastica durante l'evento e nel giorno indice. Residenti in Veneto, anni 2006-2021



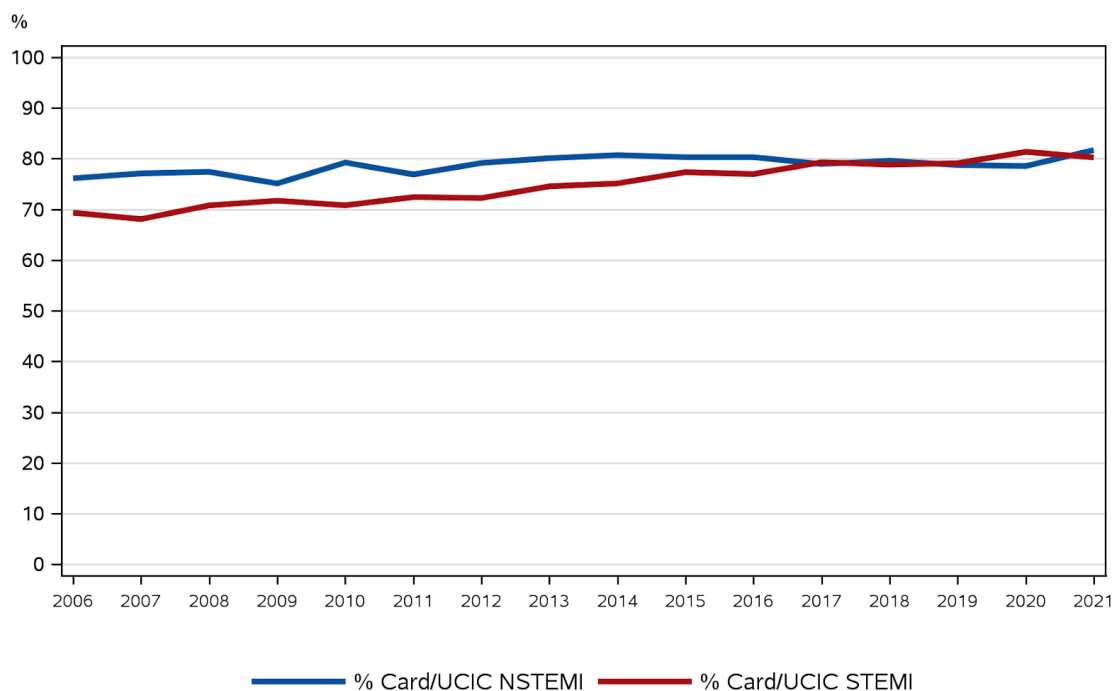
Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Tabella 3.3.3 Numero di eventi di IMA STEMI ospedalizzati e percentuale di eventi con angioplastica (PTCA) durante l'evento e nel giorno indice, per Azienda ULSS di residenza. Residenti in Veneto, periodo 2020-2021

Azienda ULSS di residenza	N. eventi ospedalizzati	% con PTCA	% con PTCA nel giorno indice
1-Dolomiti	238	75,6	65,5
2-Marca Trevigiana	946	76,5	62,3
3-Serenissima	811	79,5	61,9
4-Veneto Orientale	245	79,2	70,6
5-Polesana	325	83,7	68,9
6-Euganea	1.476	63,8	42,0
7-Pedemontana	434	79,3	62,7
8-Berica	576	70,7	55,4
9-Scaligera	1.008	76,0	60,9
VENETO	6.059	73,8	57,3

Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Figura 3.3.7 Percentuale di eventi di IMA ospedalizzati transitati in Cardiologia-UCIC per tipologia. Residenti in Veneto, anni 2006-2021.



Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
Telefono: 049 8778252
E-mail: ser@azero.veneto.it

3.4 Ictus

L'ictus è una malattia molto rilevante per la diffusione e per le gravi conseguenze sulla salute delle persone colpite, causando gravi disabilità. Dal 2015 al 2019, nella popolazione residente in Veneto si è osservata una riduzione del numero di eventi di ictus che richiedevano il ricovero ospedaliero, riduzione che ha interessato in particolare gli eventi di ictus ischemico.

Negli ultimi due anni (2020 e 2021) la pandemia da COVID 19 ha avuto un forte impatto sul ricorso all'ospedalizzazione con una consistente flessione in corrispondenza del periodo del lockdown e delle diverse ondate epidemiche (Figura 3.4.1). Nel 2020 la riduzione del numero di eventi di ictus ospedalizzati è stata del 7,2% rispetto alla media del biennio pre-pandemia; per il 2021 si stima che il volume di eventi nella popolazione residente sia sovrapponibile a quello del 2020.

La distribuzione degli eventi per tipologia è rimasta sostanzialmente stabile nel corso degli anni: nel 77% dei casi si tratta di ictus ischemico, nel 19% di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea (Tabella 3.4.1). Il tasso di eventi cerebrovascolari nella popolazione, ed in particolare degli ictus ischemici, è fortemente correlato all'età (Figura 3.4.2); di conseguenza, in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione, l'andamento dei tassi standardizzati per età risulta in ulteriore diminuzione rispetto al numero di eventi osservati. Rimangono, invece, sostanzialmente stabili nel tempo i tassi standardizzati di emorragia subaracnoidea che, sebbene poco frequenti, si verificano per circa il 60% tra i 45 ed i 74 anni (Figura 3.4.3 e Tabella 3.4.2).

I tassi di ictus ischemico e di emorragia cerebrale sono più elevati nei maschi, con un differenziale rispetto al genere femminile che si mantiene pressoché costante nel tempo. Al contrario, per l'emorragia subaracnoidea i tassi di evento sono superiori nelle femmine per tutte le classi di età ad esclusione dei grandi anziani (85 anni ed oltre).

Nel biennio 2020-2021, le Aziende ULSS con tassi di eventi cerebrovascolari superiori alla media regionale sono la Pedemontana, la Berica (sia per i maschi che per le femmine) e la Polesana (per i maschi), mentre nella ULSS 1 Dolomiti il tasso risulta inferiore alla media sia nei maschi che nelle femmine (Figura 3.4.4).

Nel periodo 2015-2021 si evidenzia un trend in crescita della terapia trombolitica, sebbene nel 2020 e nel 2021 la proporzione di eventi trattati con trombolisi sia leggermente diminuita. Nel corso degli ultimi anni, alla trombolisi si è affiancata la procedura di rimozione meccanica, con una percentuale del 7,2% di eventi trattati con trombectomia nel 2021; considerando entrambe le procedure, sono stati complessivamente trattati il 21,5% degli eventi (1.345/6.267), tenendo conto che nel corso dello stesso evento possono essere stati effettuati entrambi i trattamenti (Figura 3.4.5).

Nota metodologica

Fonti informative: archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Veneto, anni 2015-2021 (aggiornamento al 02/05/2022); mobilità passiva interregionale SDO, anni 2015-2020 (anno 2021 non ancora disponibile).

Sono considerati "eventi di ictus" il verificarsi, per il medesimo paziente, di uno o più ricoveri con diagnosi principale di ictus nell'arco di 28 giorni.

Nella definizione dell'evento sono stati considerati i ricoveri ordinari, ad esclusione dei ricoveri in Unità Operative di Riabilitazione e di Lungodegenza, con le seguenti diagnosi principali ICD9-CM:

*Ictus ischemico: 433.*1, 434.*1, 436*

Emorragia cerebrale: 431

Emorragia subaracnoidea: 430

Tabella 3.4.1 Numero di eventi di ictus ospedalizzati. Residenti in Veneto, anni 2015-2021.

Tipologia	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Emorragia cerebrale	1.717	1.747	1.692	1.725	1.730	1.636	1.546
Emorragia subaracnoidea	352	368	340	393	371	338	349
Ictus ischemico	7.337	7.379	6.970	6.868	6.834	6.341	6.267
Totale	9.406	9.494	9.002	8.986	8.935	8.315	8.162

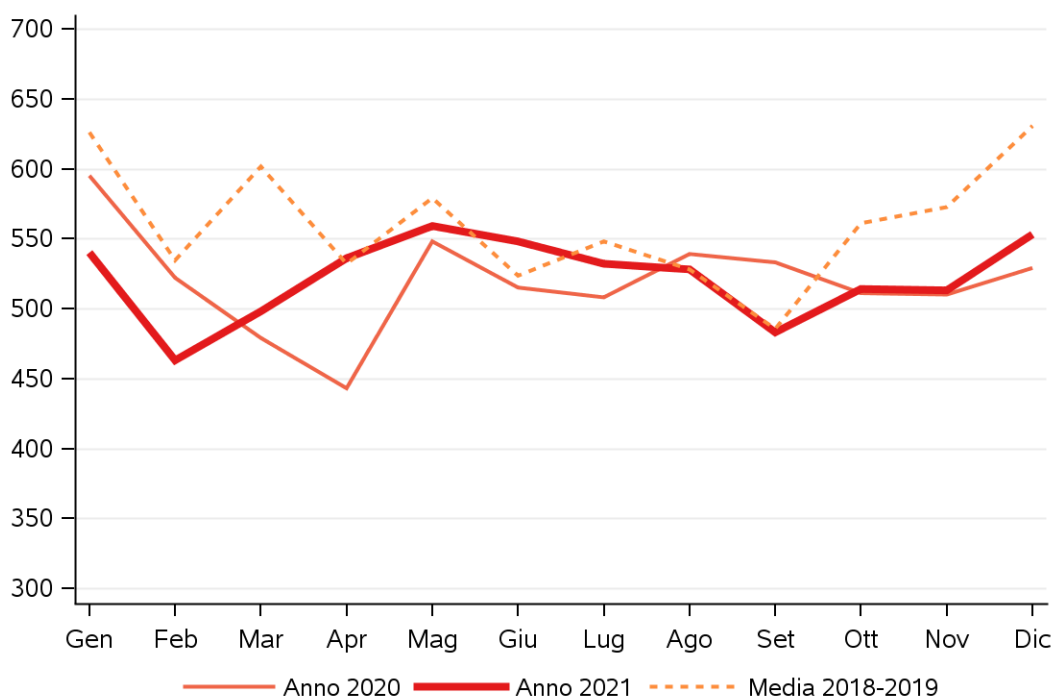
Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Tabella 3.4.2 Numero e percentuale di eventi di ictus ospedalizzati per tipologia, età e sesso. Residenti in Veneto. Periodo 2015-2021.

Classe d'età	Emorragia subaracnoidea		Emorragia cerebrale		Ictus ischemico		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-44	259	10,3	460	3,9	1.067	2,2	1.786	2,9
45-64	1.015	40,4	1.798	15,2	6.889	14,4	9.702	15,6
65-74	452	18,0	2.302	19,5	9.109	19,0	11.863	19,0
75-84	494	19,7	4.121	34,9	16.510	34,4	21.125	33,9
85+	291	11,6	3.112	26,4	14.421	30,0	17.824	28,6
TOTALE	2.511	100,0	11.793	100,0	47.996	100,0	62.300	100,0

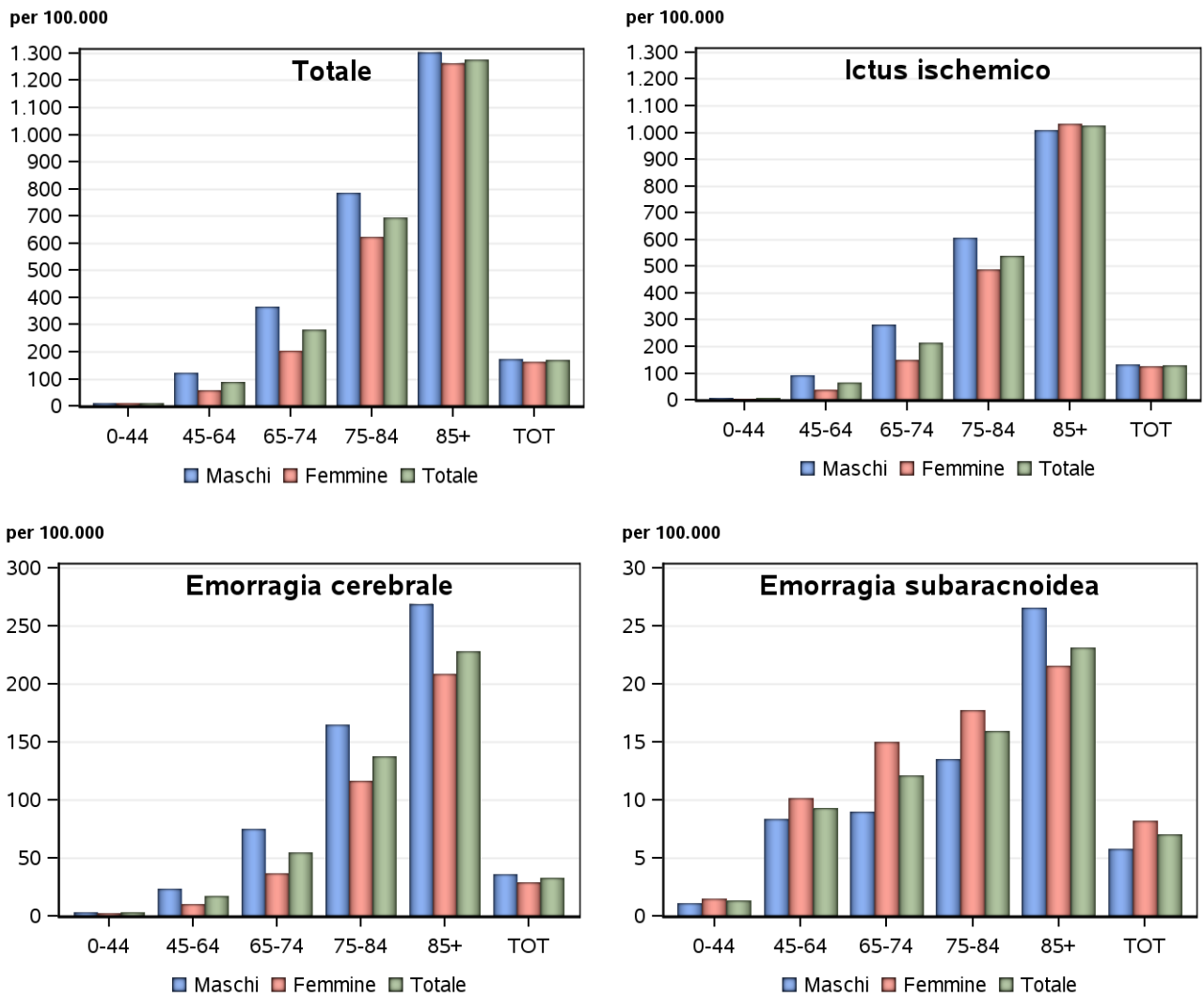
Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Figura 3.4.1 Eventi di ictus ischemico per mese nel periodo pre-pandemico (2018-2019) rispetto al 2020 e al 2021. Residenti e ricoverati in Veneto.



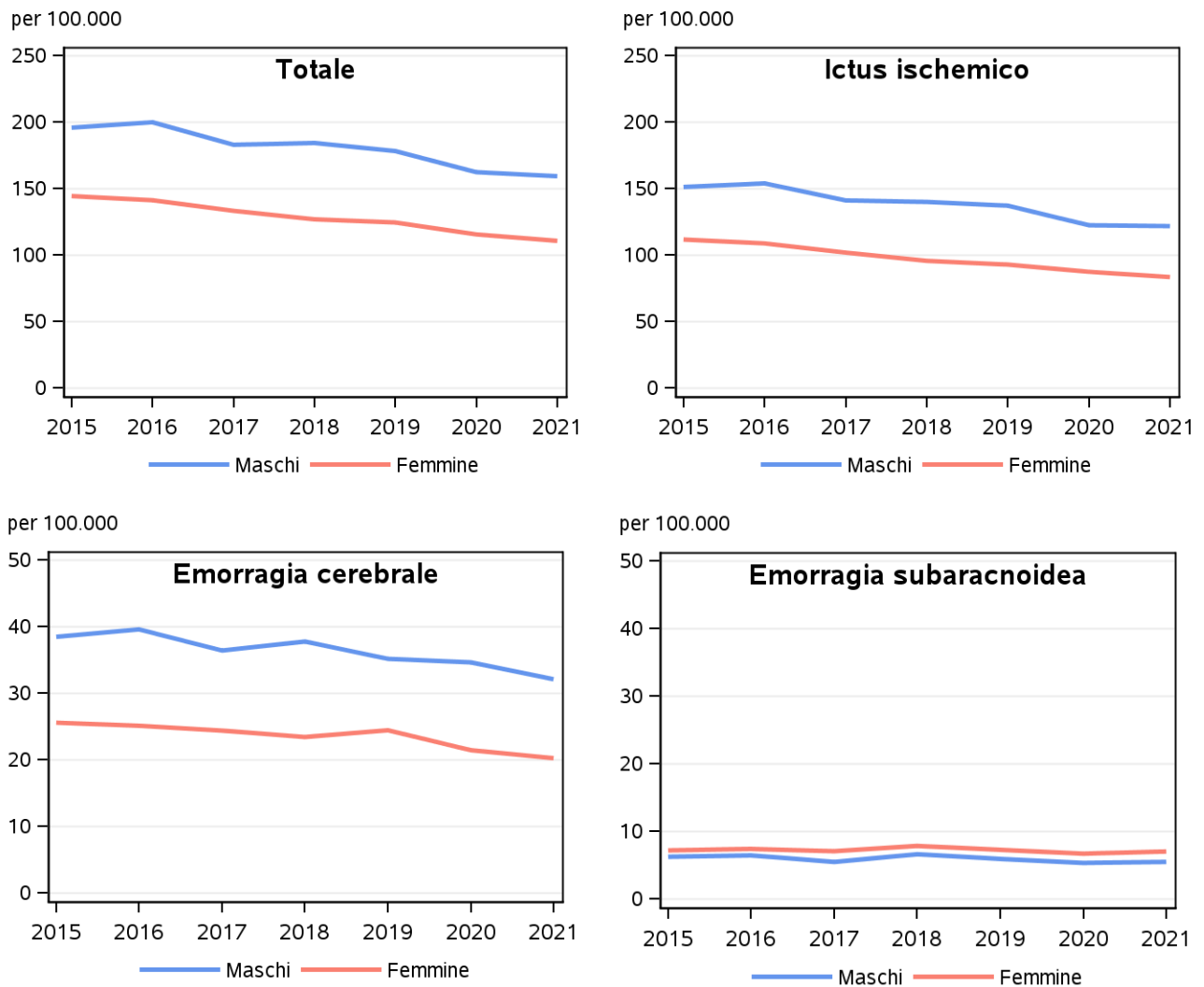
Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Figura 3.4.2 Tasso di eventi di ictus ospedalizzati per età e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto, periodo 2020-2021.



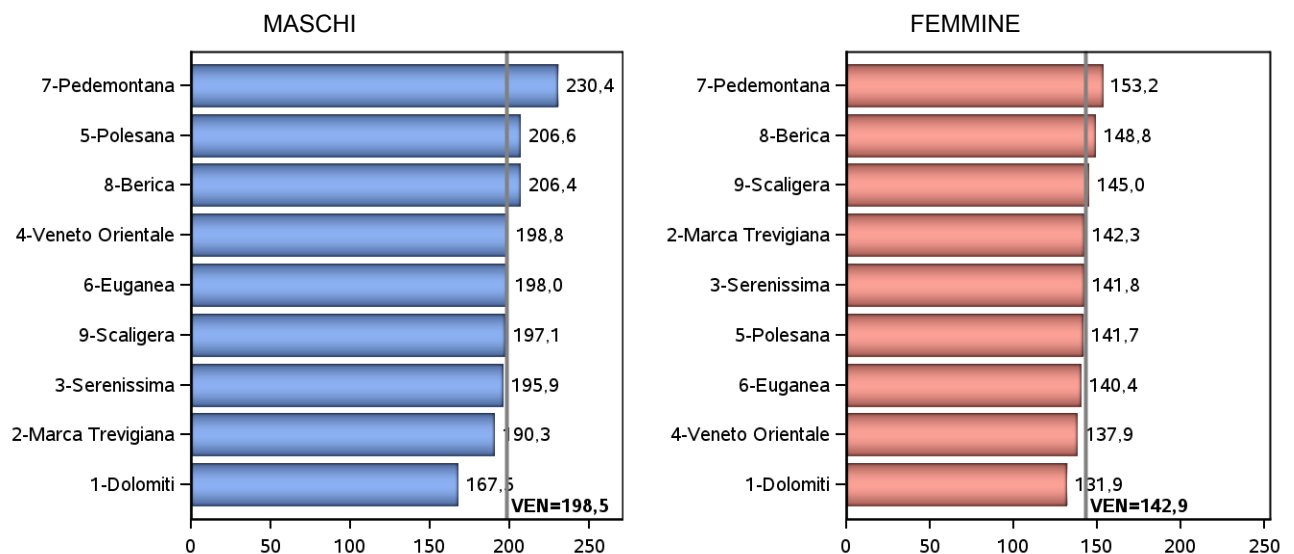
Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Figura 3.4.3 Tassi standardizzati per età di eventi di ictus ospedalizzati per sesso (per 100.000). Residenti in Veneto, anni 2015-2021. Standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007.



Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Figura 3.4.4 Tassi standardizzati per età di eventi di ictus ospedalizzati per Azienda ULSS di residenza (per 100.000). Residenti in Veneto, periodo 2020-2021. Standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto.

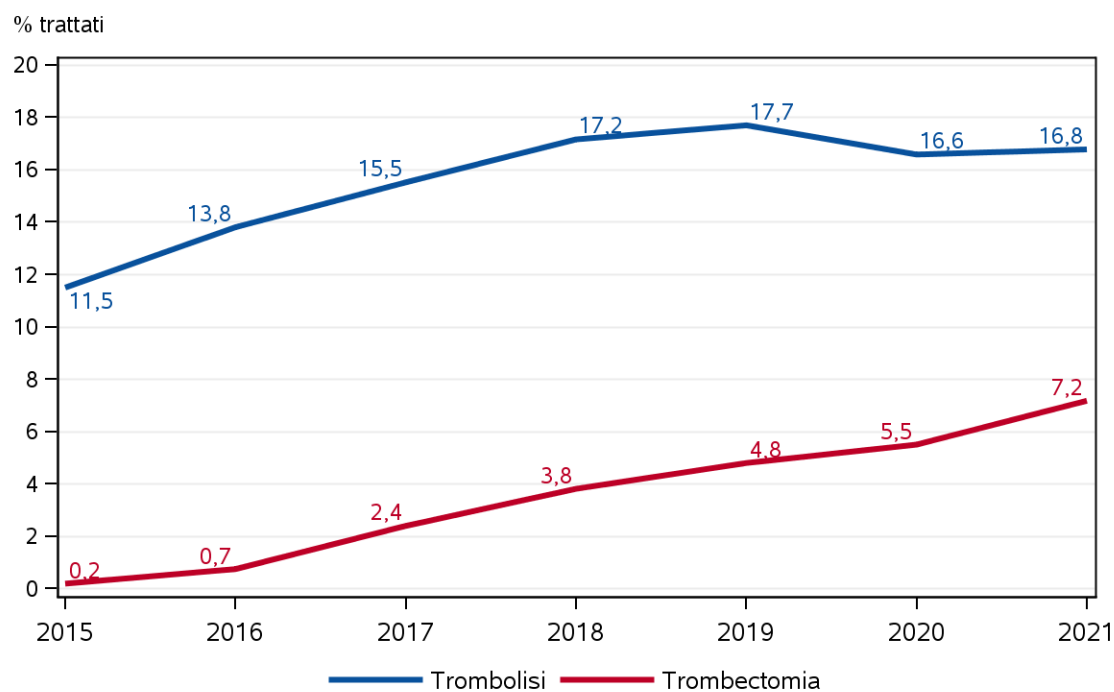


Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Tabella 3.4.3 Eventi di ictus ospedalizzati, tassi grezzi e tassi standardizzati per Azienda ULSS e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto, periodo 2020-2021. Popolazione standard: Veneto.

Azienda ULSS di residenza	Maschi			Femmine			Totale		
	N. eventi	Tasso grezzo	Tasso standard	N. eventi	Tasso grezzo	Tasso standard	N. eventi	Tasso grezzo	Tasso standard
1-Dolomiti	316	162,0	167,5	350	170,0	131,9	666	166,1	147,4
2-Marca Trevigiana	1.395	160,5	190,3	1.419	158,6	142,3	2.814	159,5	164,9
3-Serenissima	1.116	185,6	195,9	1.110	174,3	141,8	2.226	179,8	167,6
4-Veneto Orientale	400	180,5	198,8	380	163,5	137,9	780	171,8	166,8
5-Polesana	466	204,3	206,6	436	182,2	141,7	902	193,0	172,3
6-Euganea	1.564	171,9	198,0	1.506	158,3	140,4	3.070	164,9	166,6
7-Pedemontana	704	196,7	230,4	630	171,1	153,2	1.334	183,7	190,2
8-Berica	834	171,3	206,4	816	164,2	148,8	1.650	167,7	176,1
9-Scaligera	1.531	168,1	197,1	1.504	159,7	145,0	3.035	163,8	169,8
VENETO	8.326	174,2	198,5	8.151	164,1	142,9	16.477	169,0	169,0

Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Figura 3.4.5 Proporzione di eventi di ictus ischemico trattati con trombolisi o trombectomia. Residenti in Veneto, anni 2015-2021.

Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2021

Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252
 E-mail: ser@azero.veneto.it

3.5 Scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco è una condizione caratterizzata dal deterioramento della funzione di pompa cardiaca, per cui il cuore non è in grado di garantire un adeguato apporto di sangue all'organismo. Pertanto, si verificano due effetti principali: a valle gli organi non vengono perfusi a sufficienza, mentre a monte, ed in particolare a livello polmonare, tendono ad accumularsi liquidi.

In Veneto, nel 2021, la prevalenza di scompenso cardiaco nella popolazione residente si attesta all'1,4 per 100 (70.568 assistiti), leggermente più elevata nei maschi (1,5 per 100), che nelle femmine (1,4 per 100) (Tabella 3.5.1). Questa condizione è particolarmente frequente in età avanzata, con una prevalenza del 5 per 100 nei soggetti tra i 75 e gli 84 anni (6,5 per 100 dei maschi e 4,3 per 100 delle femmine) e più del 15 per 100 nella popolazione al di sopra degli 85 anni (16,1 per 100 nei maschi e 14,6 per 100 nelle femmine) (Figura 3.5.1). Tra gli ultraottantacinquenni, quasi i 2/3 dei soggetti con scompenso cardiaco sono di sesso femminile.

Tra il 2017 e il 2021, la prevalenza di scompenso cardiaco è rimasta sostanzialmente invariata, attestandosi attorno all'1,5 per 100 residenti (Tabella 3.5.2). La stabilità del trend è confermata anche dal dato standardizzato, attorno all'1,7 per 100 nei maschi e 1,1 per 100 nelle femmine (Figura 3.5.2). Il divario per sesso riscontrato nei tassi standardizzati, più marcato che non per i tassi grezzi, è dovuto alla diversa distribuzione per età, con la popolazione femminile maggiormente rappresentata nelle classi più anziane.

Dal confronto tra Aziende ULSS, emerge come in rapporto alla media regionale, la prevalenza di scompenso cardiaco sia inferiore nelle ULSS 3-Serenissima, 4-Veneto Orientale e 8-Berica, mentre risulti maggiore nelle ULSS 2-Marca Trevigiana, 5-Polesana e 7-Pedemontana (Figura 3.5.3).

Gli assistiti con scompenso cardiaco presentano spesso un elevato numero di comorbidità. Complessivamente, quasi il 60% è affetto da 4 o più altre condizioni croniche, oltre allo scompenso (circa il 50% tra i 55 e i 64 anni, e oltre il 60% tra i 65 e gli 84 anni) (Figura 3.5.4). Tra le condizioni croniche più comuni vi è l'ipertensione arteriosa (67,2%), la cardiopatia aritmica (62,2%), le dislipidemie (43,8%), la cardiopatia ischemica, incluso l'infarto miocardico acuto (37,3%), altre cardiopatie (33,9%) che includono le patologie cardiache valvolari, il diabete (32,2%), l'insufficienza renale cronica (18,1%) e la vasculopatia cerebrale (17,9%) (Figura 3.5.5). Dalla stratificazione per sesso risultano più comuni nei maschi che nelle femmine le dislipidemie (rispettivamente 52,3% e 35,4%), la cardiopatia ischemica e l'infarto miocardico acuto (rispettivamente 46,0% e 28,7%), e il diabete (rispettivamente 36,1% e 28,2%). Nei maschi risulta, inoltre, frequente la compresenza di broncopneumopatia cronica ostruttiva (14,7%), mentre nelle femmine di demenze (19,7%) e ipotiroidismo (12,2%) (Figure 3.5.6 e 3.5.7).

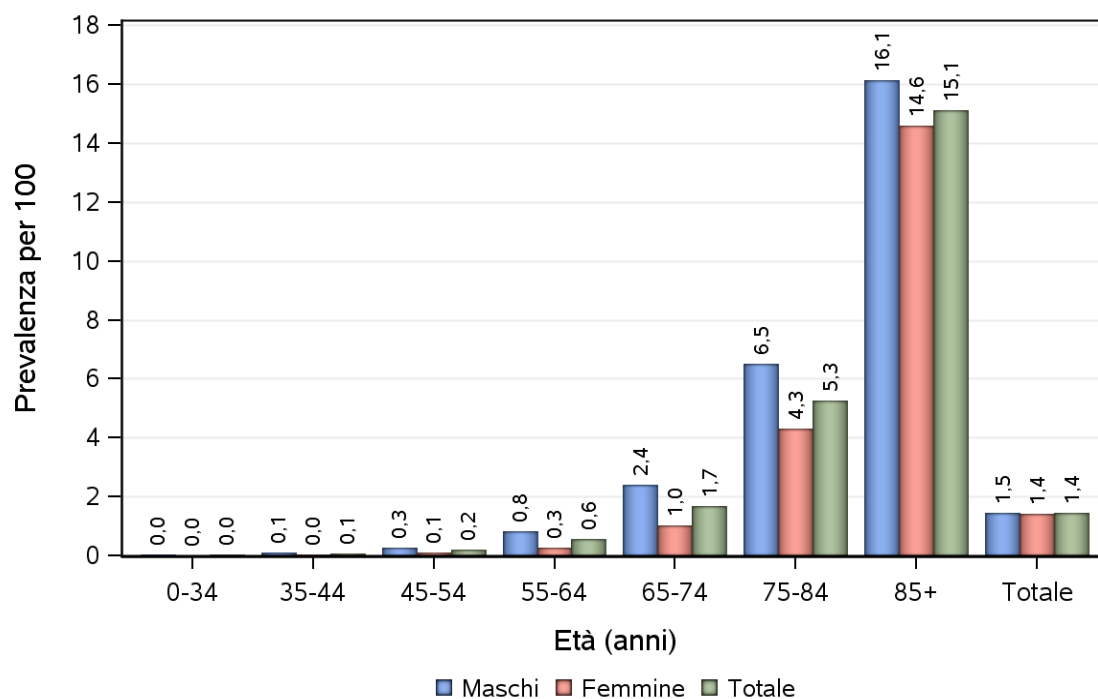
Nota metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di dimissione ospedaliera, Esenzione ticket e Cure domiciliari. Per maggiori dettagli consultare la Tabella "Malattie croniche" in Appendice.

Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 3.5.1 Assistiti con Scopenso cardiaco per classi di età e sesso. Veneto, anno 2021.

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-34	216	0,6	161	0,5	377	0,5
35-44	272	0,8	124	0,3	396	0,6
45-54	1.133	3,2	401	1,1	1.534	2,2
55-64	3.089	8,8	1.073	3,0	4.162	5,9
65-74	6.514	18,6	3.034	8,5	9.548	13,5
75-84	12.487	35,6	10.307	29,0	22.794	32,3
85+	11.347	32,4	20.410	57,5	31.757	45,0
Totale	35.058	100,0	35.510	100,0	70.568	100,0

Figura 3.5.1 Assistiti con Scopenso cardiaco. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100). Veneto, anno 2021.

Tabella 3.5.2 Assistiti con Scopenso cardiaco. Valori assoluti e tassi grezzi di prevalenza per anno e sesso (per 100). Veneto, anni 2017-2021.

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev
Maschi	35.112	1,4	35.454	1,5	36.252	1,5	35.782	1,5	35.058	1,5
Femmine	37.395	1,5	37.704	1,5	38.410	1,5	37.108	1,5	35.510	1,4
Totale	72.507	1,5	73.158	1,5	74.662	1,5	72.890	1,5	70.568	1,4

Figura 3.5.2 Assistiti con Scopenso cardiaco. Tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per sesso (per 100). Veneto, anni 2017-2021. (Popolazione standard: Veneto 2019)

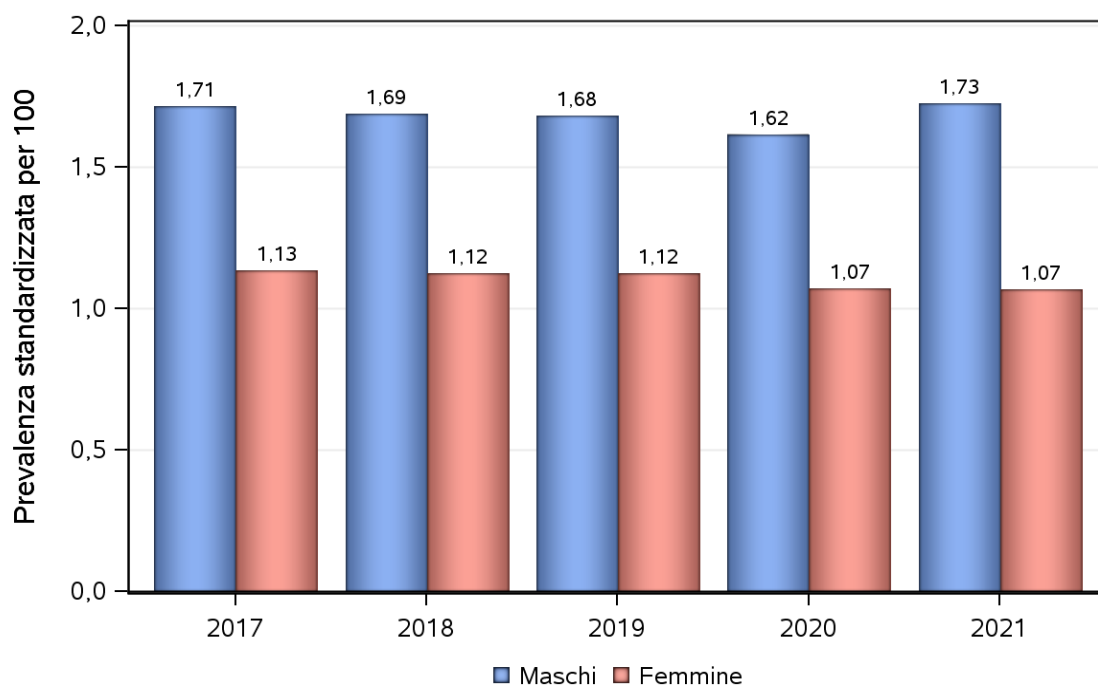


Figura 3.5.3 Assistiti con Scopenso cardiaco. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2021. (Popolazione standard: Veneto 2021)

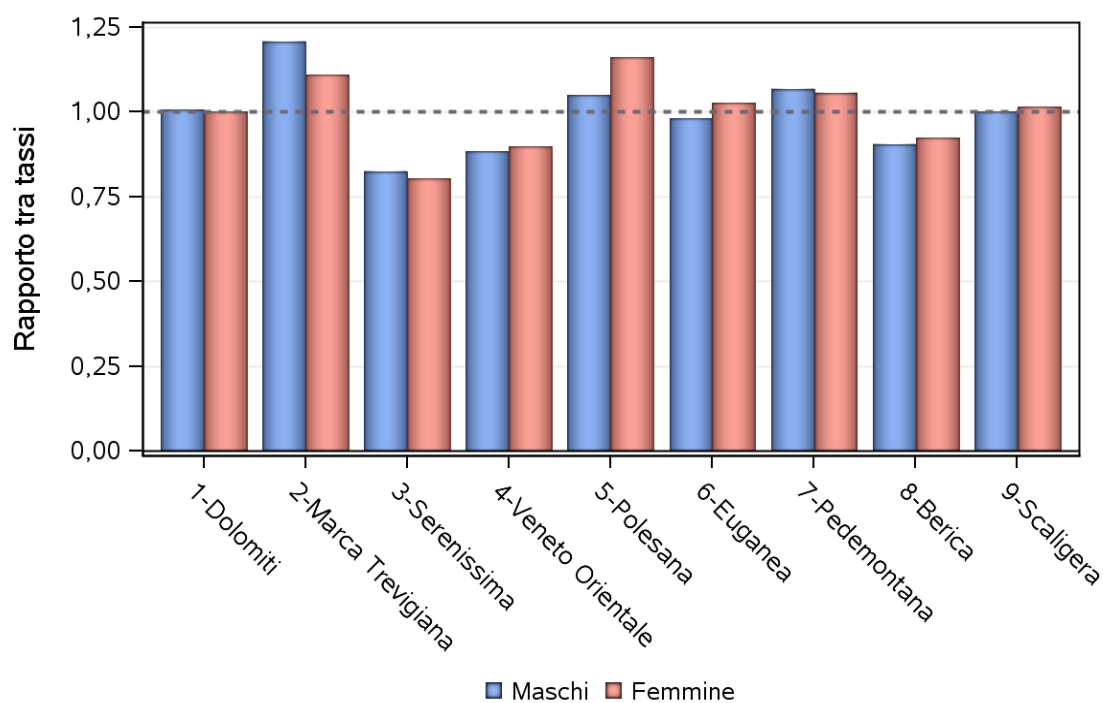


Figura 3.5.4 Assistenti con Scoppio cardiaco per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2021.

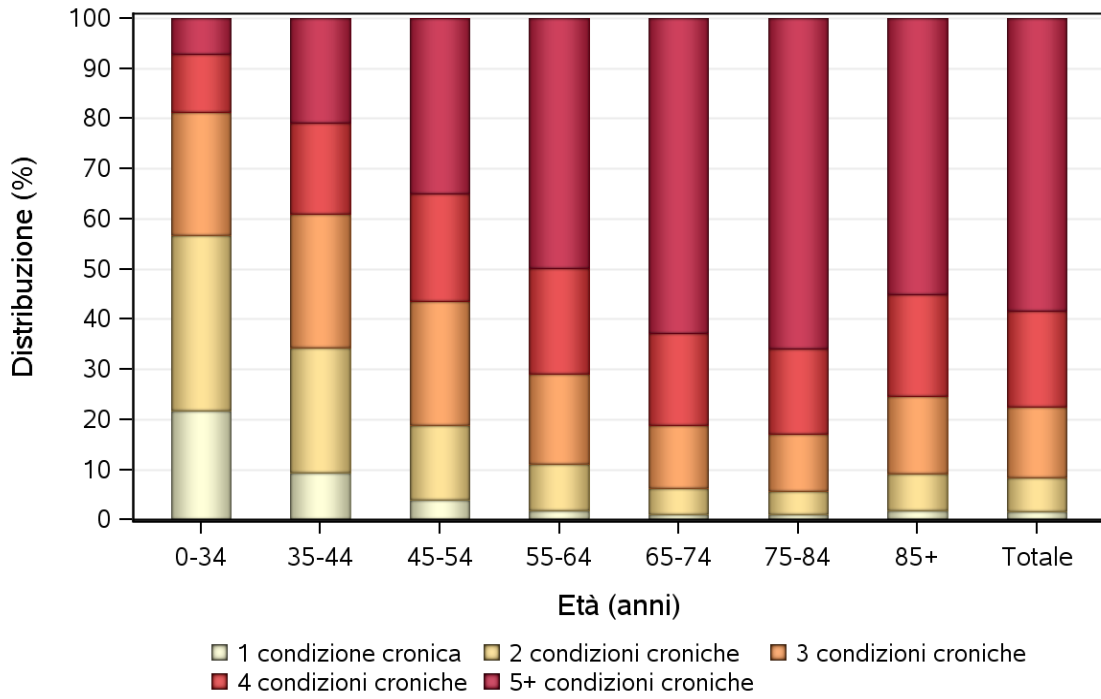


Figura 3.5.5 Assistenti con Scoppio cardiaco. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2021.

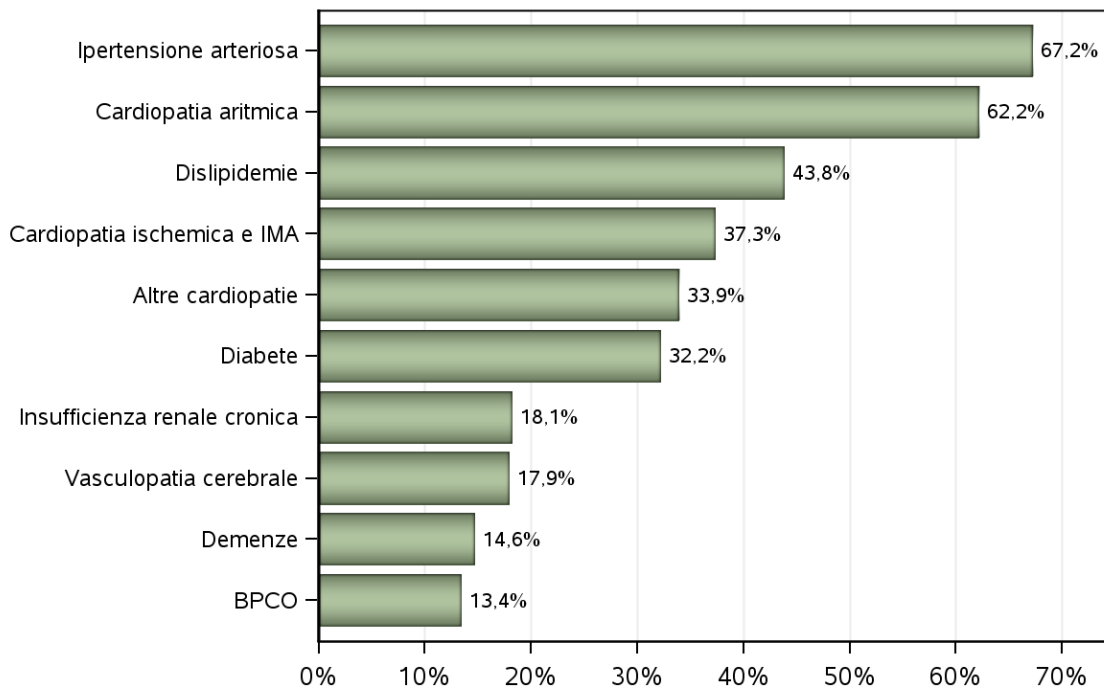


Figura 3.5.6 Assistiti con Scompensazione cardiaca. Prevalenza delle principali comorbidità. Maschi. Veneto, anno 2021.

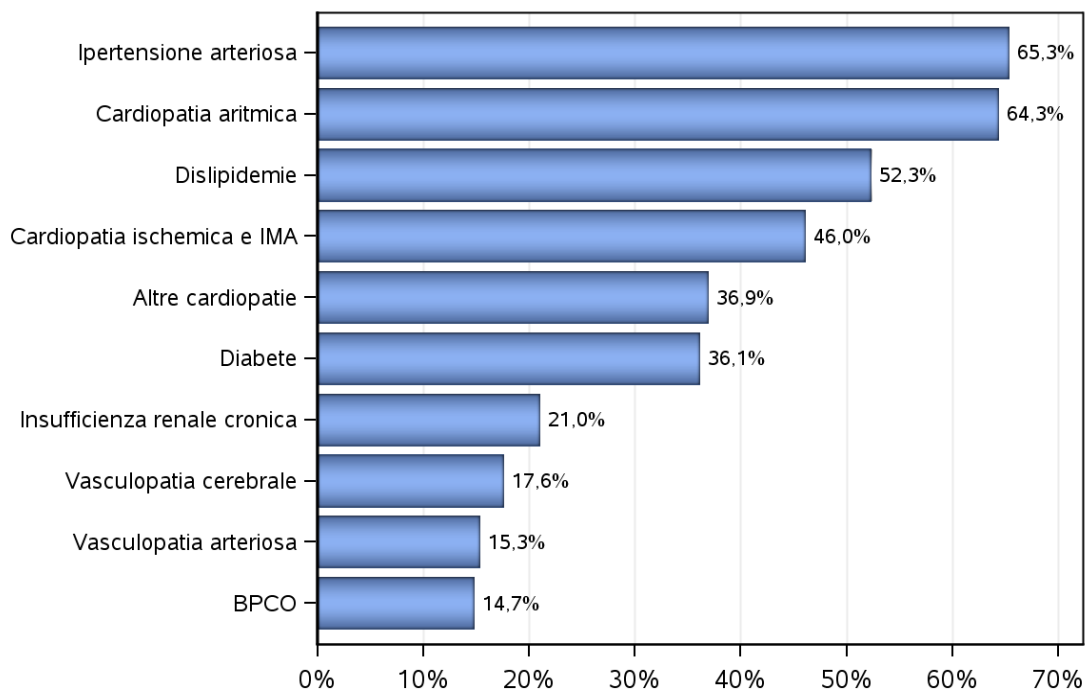
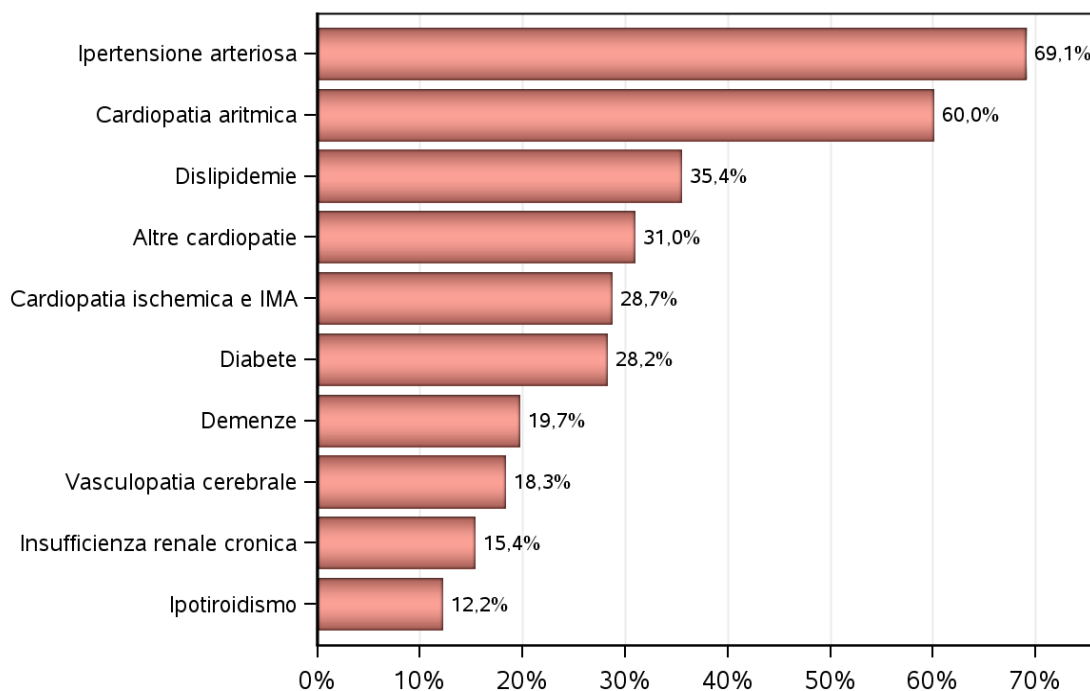


Figura 3.5.7 Assistiti con Scompensazione cardiaca. Prevalenza delle principali comorbidità. Femmine. Veneto, anno 2021.



Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252
 E-mail: ser@azero.veneto.it

3.6 Tumori

Incidenza

Si stima che in Veneto nel 2021 siano stati diagnosticati 33.275 nuovi casi di tumore maligno (17.722 negli uomini e 15.553 nelle donne), di cui 4.988 casi di tumore della mammella nelle donne, 3.697 tumori del colon retto, 3.881 casi di tumore della prostata e 3.195 casi di tumore del polmone (Tabella 3.6.1). Nei maschi con meno di 50 anni i tumori più diffusi sono il melanoma e il tumore al testicolo; il tumore della prostata è il primo tumore negli uomini ultracinquantenni, seguito dal colon retto nei soggetti di 50-69 anni e dal polmone nei soggetti più anziani. Nelle donne il tumore della mammella è il più frequente in tutte le fasce di età analizzate, seguito nelle donne più giovani (0-49 anni) dal tumore della tiroide e da quello del colon-retto nelle donne di età superiore.

A partire dai primi anni 2000 l'incidenza dei tumori è in riduzione negli uomini (-1,7% all'anno) mentre nelle donne l'incidenza è costante dalla fine degli anni '90 (Figura 3.6.1).

Nei maschi sta diminuendo l'incidenza di tutte le 10 sedi tumorali più importanti, ad eccezione del melanoma che è in aumento. Il tumore del polmone mostra un calo quasi del 4% all'anno, in conseguenza della diminuzione dell'abitudine al fumo; si sta riducendo del 4% anche il tumore del colon retto, grazie alla diffusione dello screening organizzato e dell'1% l'incidenza del tumore della prostata, dopo il picco registrato nel 2003. Per il tumore della vescica il decremento è del 1,2% annuo. Infine, il rischio di tumore del rene e degli altri organi urinari è in diminuzione a partire dalla metà degli anni '90 ed è pari a -0,8% all'anno.

Nelle donne l'incidenza del tumore della mammella, dopo la crescita registrata negli anni '90, si è stabilizzata a partire dal 2000 (Figura 3.6.3). L'effetto positivo dei programmi di screening colo-rettale sull'andamento dell'incidenza del tumore del colon retto nella popolazione femminile si è manifestato con un leggero ritardo rispetto ai maschi, con una riduzione dei tassi che è iniziata nel 2010. Il tumore del polmone è in leggero aumento (+0,4%), quello dell'utero è stabile, mentre l'incidenza del melanoma sta crescendo del 3% all'anno.

Tabella 3.6.1 Stima dei nuovi casi di tumore diagnosticati nel 2021 in Veneto

SEDE	MASCHI		SEDE	FEMMINE	
	CASI/ANNO	%		CASI/ANNO	%
Prostata	3.881	21,9%	Mammella	4.988	32,1%
Polmone	2.112	11,9%	Colon Retto	1.657	10,7%
Colon retto	2.040	11,5%	Polmone	1.083	7,0%
Vescica	1.772	10,0%	Utero	925	5,9%
Rene e vie urinarie	869	4,9%	Cute melanomi	717	4,6%
Cute melanomi	842	4,8%	Tiroide	712	4,6%
Linfomi	710	4,0%	Pancreas	670	4,3%
Fegato	708	4,0%	Linfomi	609	3,9%
Pancreas	656	3,7%	Vescica	450	2,9%
Stomaco	572	3,2%	Rene e vie urinarie	407	2,6%
Altre sedi	3.560	20,1%	Altre sedi	3.335	21,4%
Totale tumori	17.722		Totale tumori	15.553	

Figura 3.6.1 Totale neoplasie maligne (escluse le neoplasie cutanee non-melanoma): andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013, per sesso. Veneto, 1987-2018

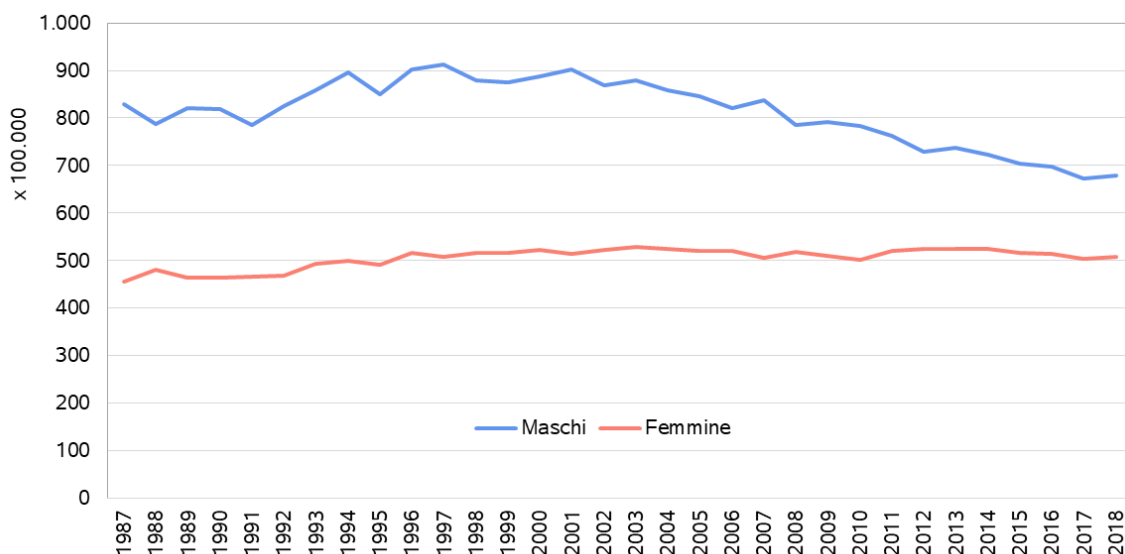


Figura 3.6.2 Sedi più frequenti nei maschi: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013. Veneto, 1987-2018

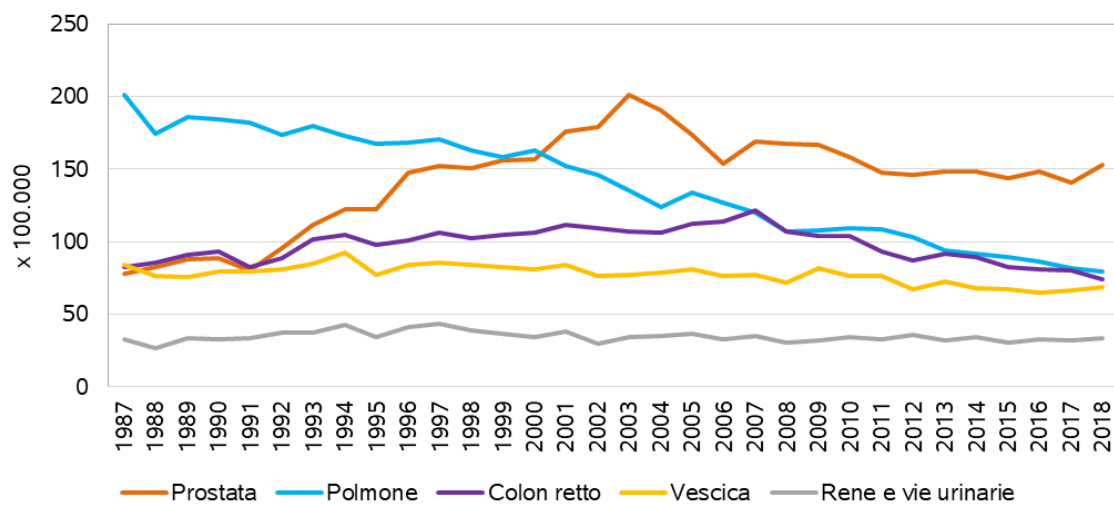
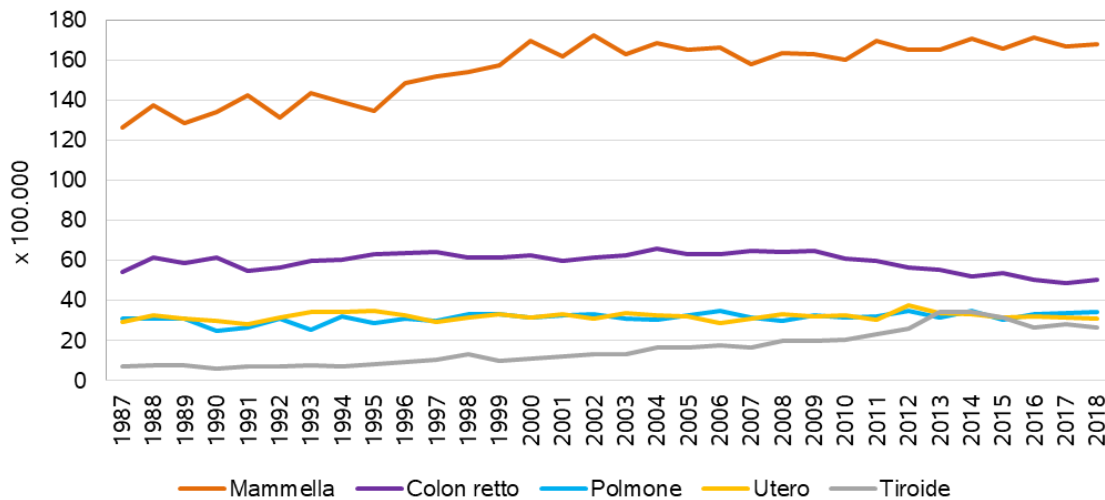


Figura 3.6.3 Sedi più frequenti nelle femmine: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013. Veneto, 1987-2018



Sopravvivenza

L'indicatore più comunemente utilizzato è la “sopravvivenza relativa”, che indica la percentuale di persone con tumore ancora in vita dopo un certo numero di anni dalla diagnosi, tenendo conto anche della mortalità della popolazione generale. Nella popolazione adulta (dai 15 anni di età) con tumore diagnosticato nel 2013-2015, la sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi di tumore maligno è pari a 60% nei maschi e a 67% nelle femmine (Figura 3.6.4). Il dato risulta in linea con le altre aree del centro-nord italiane e con quelle dei Paesi europei più avanzati ed è superiore a quelle del meridione.

Analizzando le sedi tumorali più frequenti (Figure 3.6.5 e 3.6.6), il tumore a miglior sopravvivenza è quello della prostata, con una sopravvivenza relativa del 94% a 5 anni dalla diagnosi. La sopravvivenza a questo tumore negli ultimi anni è fortemente migliorata: si tratta almeno in parte di un artificio riconducibile all'ampia diffusione del test PSA, che ha portato alla diagnosi una quota di tumori che altrimenti sarebbero rimasti latenti (“sovradiagnosi”) e che, per definizione, hanno una sopravvivenza del 100%. La sopravvivenza a 5 anni dei soggetti con tumore del colon retto è del 64%, senza differenze di rilievo tra uomini e donne. Nel tempo la sopravvivenza per questo tumore ha registrato un miglioramento di oltre 20 punti percentuali rispetto ai pazienti con tumore diagnosticato nel 1987. Il tumore del polmone rimane ancor oggi a bassa sopravvivenza: ad un anno dalla diagnosi la sopravvivenza relativa è solo del 38% nei maschi e del 45% nelle femmine; queste percentuali scendono rispettivamente a 14% e 20% a 5 anni dalla diagnosi. Sono comunque osservabili dei miglioramenti della sopravvivenza negli anni, in particolare nelle donne, in cui il guadagno rispetto ai casi diagnosticati nel 1987 è di circa 12 punti percentuali.

Per il tumore della mammella femminile, la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 90%, con un moderato aumento rispetto alla fine degli anni '80 (18 punti percentuali), dovuto sia alla diffusione della diagnosi precoce (all'interno dei programmi di screening o tramite accesso spontaneo) sia al miglioramento delle terapie.

In entrambi i sessi, la sopravvivenza è fortemente correlata con l'età dei pazienti (Figura 3.6.7). Infatti, si osserva un gradiente a sfavore dei pazienti più anziani, che si evidenzia già nel primo anno dopo la diagnosi e si incrementa negli anni successivi. Concorre a questo andamento il fatto che nelle età più anziane è più frequente che vi siano ritardi nella diagnosi; inoltre, le condizioni generali dei pazienti più anziani (es. presenza di comorbidità) possono rendere più difficile l'applicazione dei protocolli terapeutici ottimali.

Figura 3.6.4 Sopravvivenza relativa di soggetti residenti in Veneto con tumore diagnosticato nel 2013-2015 (tutti i tumori esclusa cute), per anni dalla diagnosi

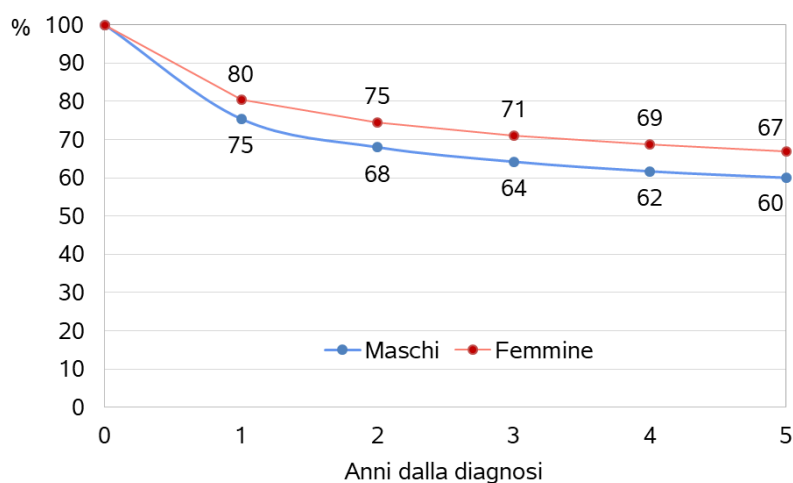


Figura 3.6.5 Sedi più frequenti nei maschi: andamento temporale della sopravvivenza relativa standardizzata (*) a 5 anni per tumore, per anno della diagnosi. Veneto, 1987-2015

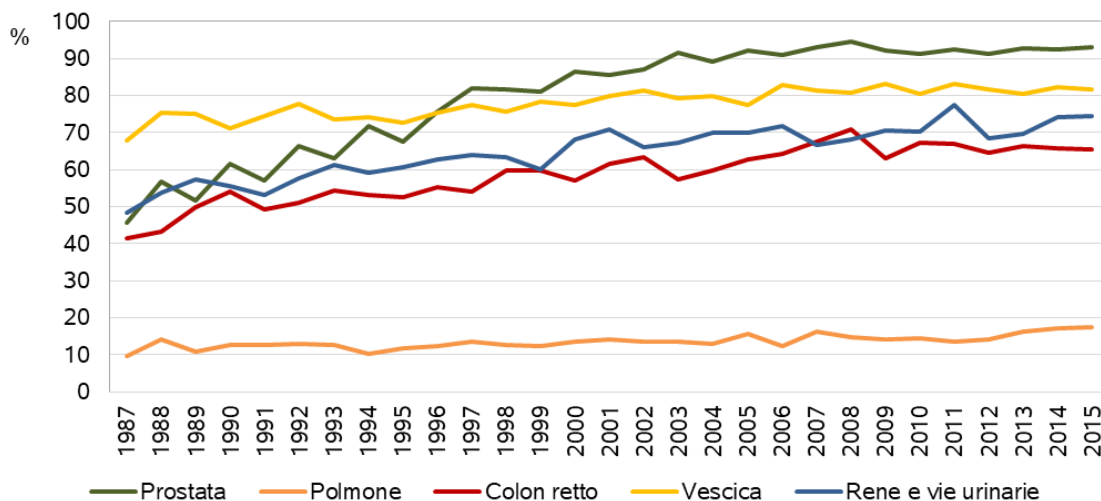
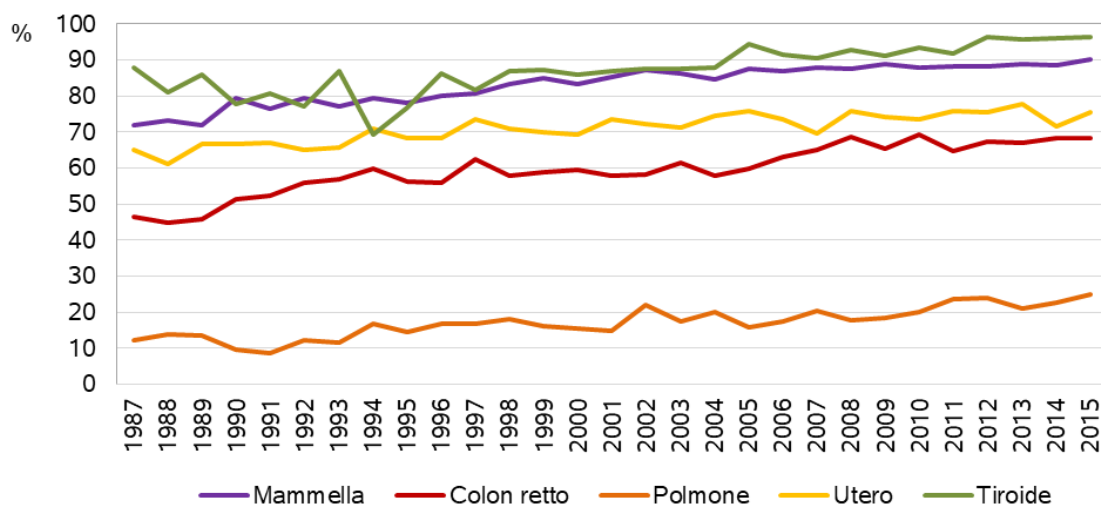
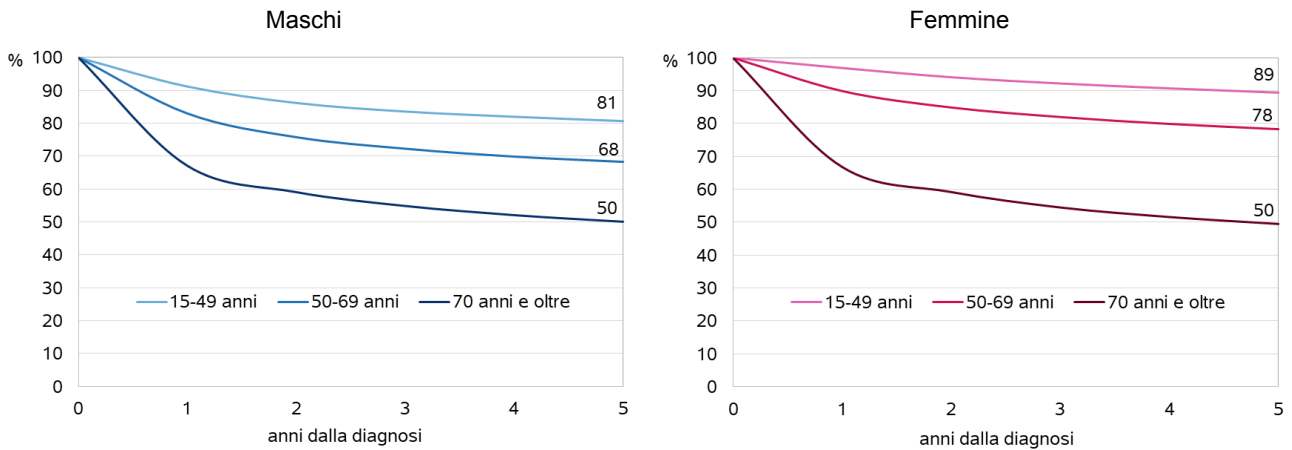


Figura 3.6.6 Sedi più frequenti nelle femmine: andamento temporale della sopravvivenza relativa standardizzata (*) a 5 anni per tumore, per anno della diagnosi. Veneto, 1987-2015



(*) poiché nel tempo si è modificata la composizione dei pazienti per età, viene riportata la sopravvivenza relativa standardizzata che permette di confrontare la sopravvivenza complessiva nel tempo.

Figura 3.6.7 Sopravvivenza relativa per fasce d'età dei soggetti residenti in Veneto con diagnosi di tumore nel 2013-2015 (tutti i tumori esclusa cute), per sesso



Prevalenza

Il numero di persone vive il 1 gennaio 2018 che nel corso della vita hanno avuto una diagnosi di tumore maligno (casi prevalenti) ammonta a quasi 292.000, pari a poco meno del 6% della popolazione. Considerando l'aumento dell'aspettativa di vita e i miglioramenti dei trattamenti di diagnosi e cura, ci si deve attendere una crescita sensibile di questa quota di popolazione nel tempo.

La prevalenza di ciascun tipo di tumore è condizionata sia dalla frequenza della malattia sia dalla sua letalità: tumori meno frequenti ma a buona prognosi tendono ad essere rappresentati nella popolazione più di tumori molto frequenti, ma altamente letali. Il tumore a prevalenza maggiore è quello della mammella femminile (73.691 soggetti, pari al 25% del totale), seguito da tumore della prostata (42.301, 14%) e del colon retto (36.031, 12%) (Tabella 3.6.2).

La popolazione di pazienti con tumore prevalente è molto eterogenea, perché include persone con bisogni sanitari differenti, in relazione alla patologia e alla distanza dalla diagnosi (Tabella 3.6.3). Infatti, se nei primi anni dalla diagnosi si concentrano le fasi di trattamento e sorveglianza più intensive, negli anni successivi si realizzano il follow-up clinico/strumentale e la diagnosi ed il trattamento di eventuali recidive della malattia. Infine, i soggetti lungo-sopravvivenenti (ovvero i pazienti liberi da malattia e vivi dopo molti anni dalla diagnosi) possono presentare bisogni sanitari precisi, essendo possibili effetti collaterali a lungo termine delle terapie precedentemente effettuate.

Tabella 3.6.1 Stima del numero di casi di tumore prevalenti in Veneto al 1 gennaio 2018, per sesso e singola sede tumorale

Sede	Maschi	Femmine	Totale
Cavità orale	3.609	1.938	5.547
Esofago	565	253	818
Stomaco	2.990	2.392	5.383
Colon retto e ano	19.000	17.031	36.031
Fegato	1.882	663	2.545
Vie biliari	408	434	842
Pancreas	764	820	1.584

Sede	Maschi	Femmine	Totale
Laringe	3.660	523	4.183
Polmone	4.649	2.963	7.611
Cute melanomi	8.867	10.259	19.126
Mammella femminile		73.691	73.691
Utero collo		3.663	3.663
Utero corpo		9.288	9.288
Ovaio		3.888	3.888
Prostata	42.301		42.301
Testicolo	4.751		4.751
Rene e vie urinarie	8.640	4.338	12.978
Vescica	17.475	5.307	22.783
Encefalo e altro SNC	1.418	1.474	2.893
Tiroide	3.089	10.235	13.324
Linfoma di Hodgkin	2.761	2.141	4.902
Linfomi non Hodgkin	6.719	6.179	12.897
Mieloma e malattie immunoproliferative	1.717	1.479	3.196
Leucemie	2.994	2.287	5.281
Totale escluso cute non melanoma	132.411	159.520	291.931

Tabella 3.6.2 Stima del numero di casi di tumore prevalenti in Veneto al 1 gennaio 2018, per anni dalla diagnosi

Anni dalla diagnosi	N° prevalenti	%
≤2	42.436	15%
2-5	53.264	18%
5-10	70.734	24%
10-15	51.866	18%
15-20	33.741	12%
>20	39.889	14%
Totale	291.931	100%

Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Registro Tumori
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778130
 E-mail: registro.tumori@azero.veneto.it
 Sito web: <https://www.registrotumoriveneto.it/>

3.7 Malattie respiratorie

3.7.1 Asma

L'asma è una malattia cronica, caratterizzata da un'inflammatione diffusa delle vie aeree che causa un'ostruzione al flusso d'aria, generalmente reversibile. Nell'asma si riconoscono fattori di rischio sia individuali (tra cui predisposizione genetica, pregressa storia di atopia), che ambientali (tra cui esposizioni ad allergeni ambientali ed occupazionali, infezioni respiratorie, fumo di sigaretta, inquinamento ambientale).

I dati presentati in questo paragrafo si riferiscono ai residenti in Veneto nel corso del 2021. La prevalenza complessiva di asma è risultata del 2,2 per 100 (106.088 assistiti), interessando maggiormente soggetti in età giovanile, con un picco tra i 20 e i 34 anni pari a 2,8 per 100 (3,1 per 100 nei maschi e 2,5 per 100 nelle femmine), calando progressivamente con l'aumentare dell'età. Al di sotto dei 34 anni, la prevalenza è nettamente maggiore nei soggetti di sesso maschile, mentre, oltre i 45 anni, l'asma risulta essere più comune nelle donne (Tabella 3.7.1 e Figura 3.7.1).

Tra il 2017 e il 2019 la prevalenza di asma ha mostrato un lieve, ma progressivo aumento, per poi stabilizzarsi su valori pari al 2,1 per 100 nelle femmine e 2,2 per 100 nei maschi, come confermato dal trend di prevalenza standardizzato (Tabella 3.7.2 e Figura 3.7.2).

Dal confronto tra Aziende ULSS, emergono valori di prevalenza standardizzata più bassi nelle ULSS 3-Serenissima, 4-Veneto Orientale, 7-Pedemontana e 8-Berica, mentre risultano avere valori superiori alla media regionale le ULSS 1-Dolomiti, 6-Euganea e 9-Scaligera (Figura 3.7.3).

Tra i soggetti asmatici, soprattutto in età giovanile, non è presente un elevato grado di comorbidità. A 55-64 anni circa il 50% è affetto da almeno un'altra condizione cronica oltre all'asma (Figura 3.7.4). Tra queste condizioni, quelle che si sono riscontrate con maggior frequenza sono l'ipertensione arteriosa (17,4%), le dislipidemie (12,4%), l'ipotiroidismo (6,0%) e il diabete (5,5%) (Figura 3.7.5). Dalla stratificazione per sesso non emergono particolari differenze, se non la compresenza nettamente maggiore di ipotiroidismo nelle donne (9,9%), rispetto agli uomini (1,7%) (Figure 3.7.6 e 3.7.7).

Nota metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di Dimissione Ospedaliera, Esenzione ticket e Cure domiciliari. Per maggiori dettagli consultare la Tabella "Malattie croniche" in Appendice.

Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 3.7.1 Assistiti con Asma per classi di età e sesso. Veneto, anno 2021.

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-9	1.404	2,7	776	1,4	2.180	2,1
10-19	6.598	12,9	3.709	6,8	10.307	9,7
20-34	11.446	22,4	8.674	15,8	20.120	19,0
35-44	6.830	13,4	6.834	12,4	13.664	12,9
45-54	8.208	16,0	10.067	18,3	18.275	17,2
55-64	7.335	14,3	9.532	17,4	16.867	15,9
65-74	5.081	9,9	7.753	14,1	12.834	12,1
75-84	3.383	6,6	5.698	10,4	9.081	8,6
85+	872	1,7	1.888	3,4	2.760	2,6
Totale	51.157	100,0	54.931	100,0	106.088	100,0

Figura 3.7.1 Assistiti con Asma. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100). Veneto, anno 2021.

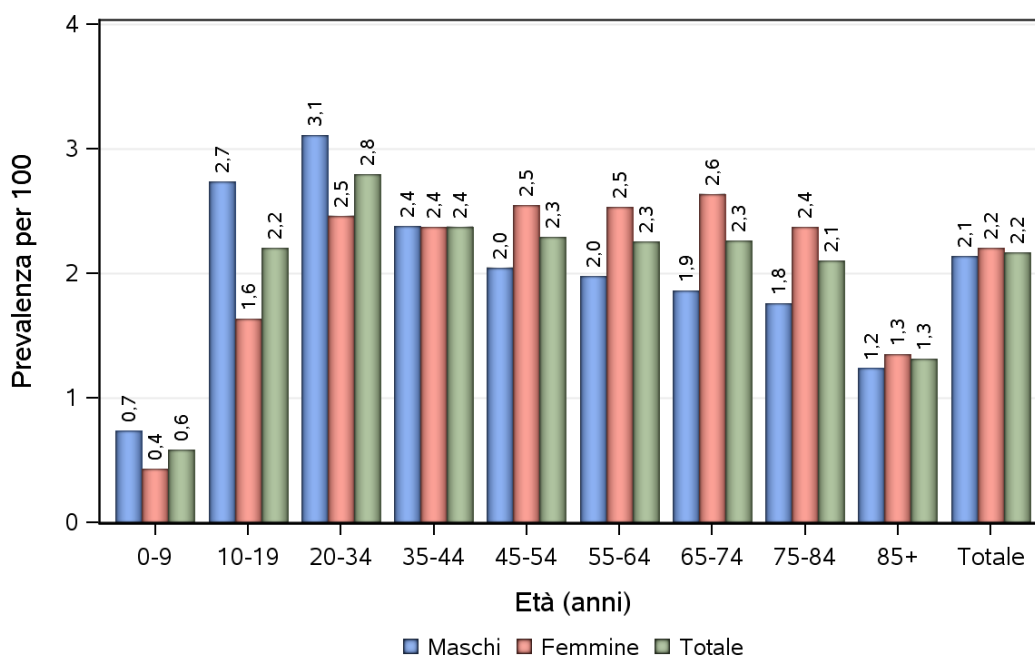


Tabella 3.7.2 Assistiti con Asma. Valori assoluti e tassi grezzi di prevalenza per anno e sesso (per 100). Veneto, anni 2017-2021.

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev
Maschi	47.073	1,9	49.181	2,0	51.170	2,1	51.286	2,1	51.157	2,1
Femmine	49.458	1,9	51.932	2,1	54.262	2,2	54.608	2,2	54.931	2,2
Totale	96.531	1,9	101.113	2,0	105.432	2,1	105.894	2,2	106.088	2,2

Figura 3.7.2 Assistiti con Asma. Tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per sesso (per 100). Veneto, anni 2017-2021. (Popolazione standard: Veneto 2019)

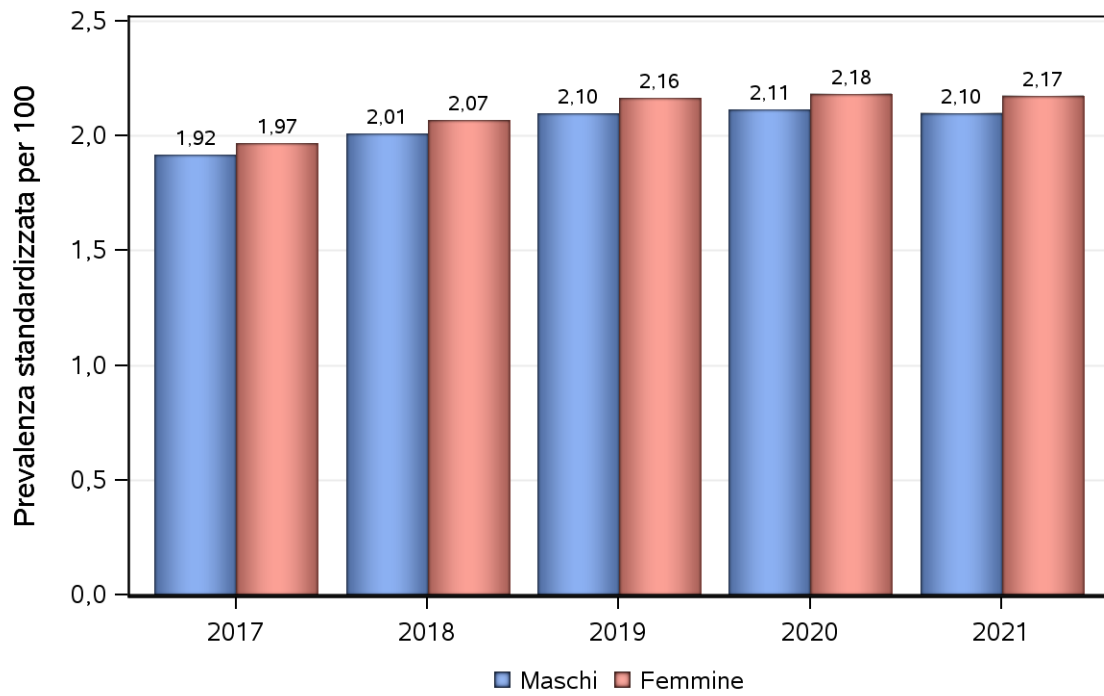


Figura 3.7.3 Assistiti con Asma. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2021. (Popolazione standard: Veneto 2021)

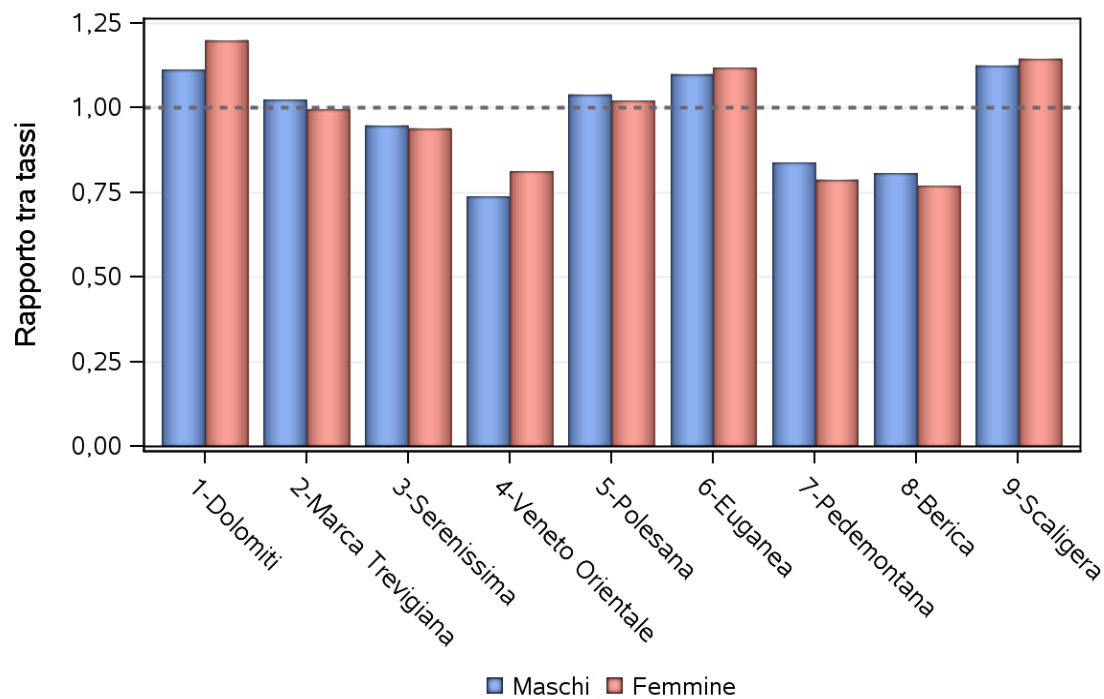


Figura 3.7.4 Assistiti con Asma per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2021.

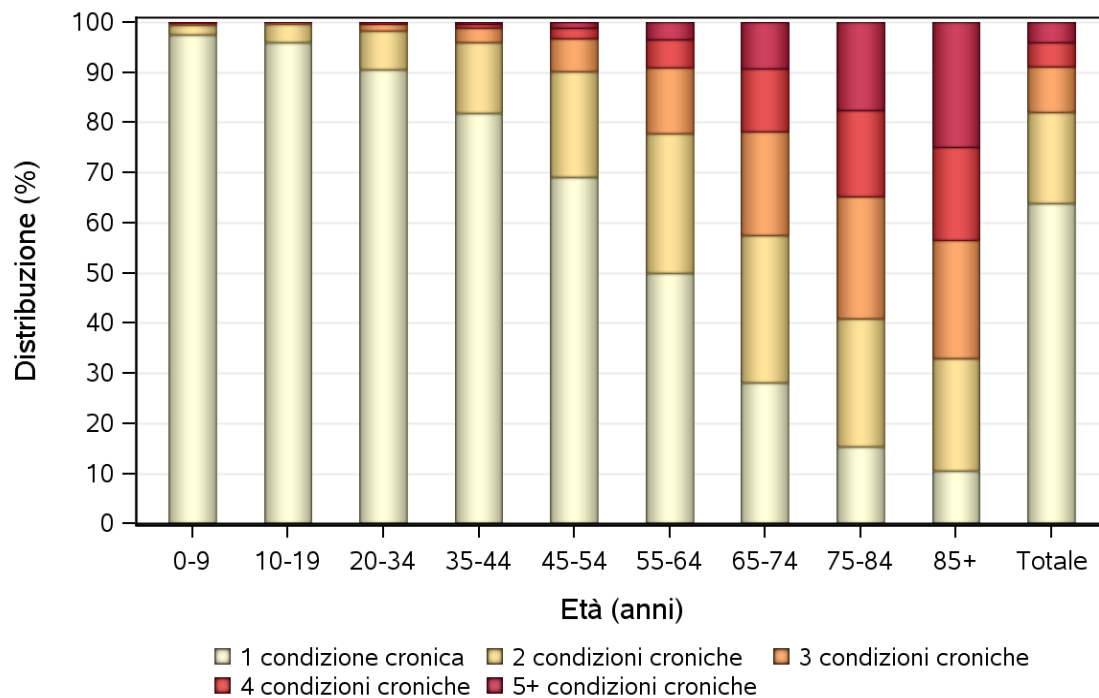


Figura 3.7.5 Assistiti con Asma. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2021.

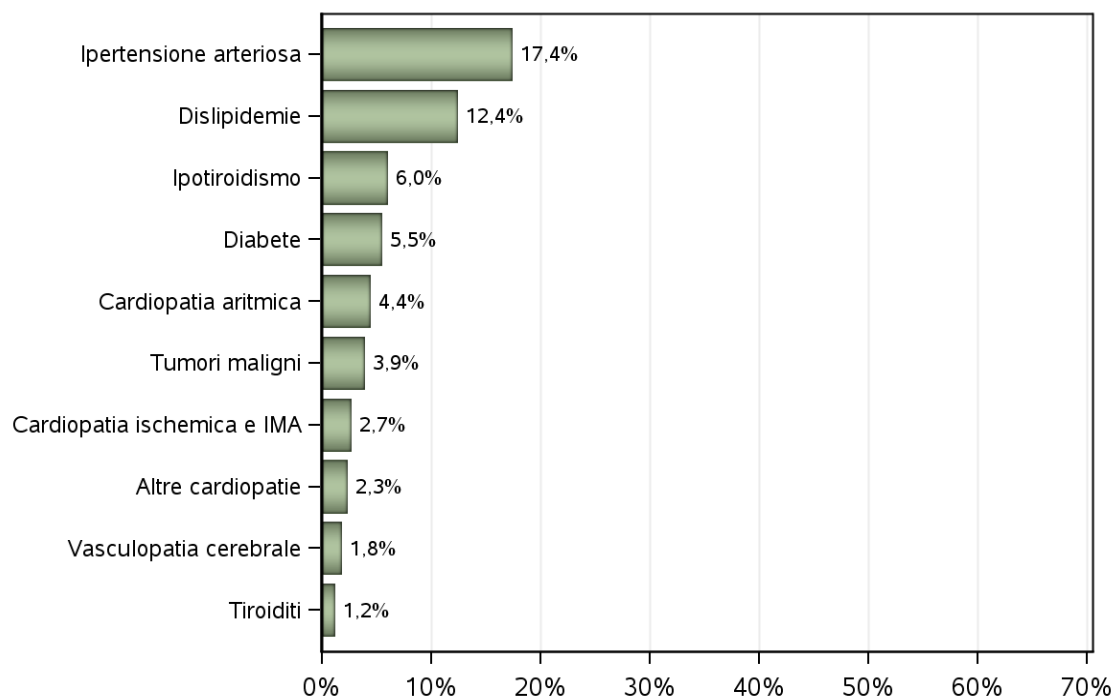


Figura 3.7.6 Assistiti con Asma. Prevalenza delle principali comorbidità. Maschi. Veneto, anno 2021.

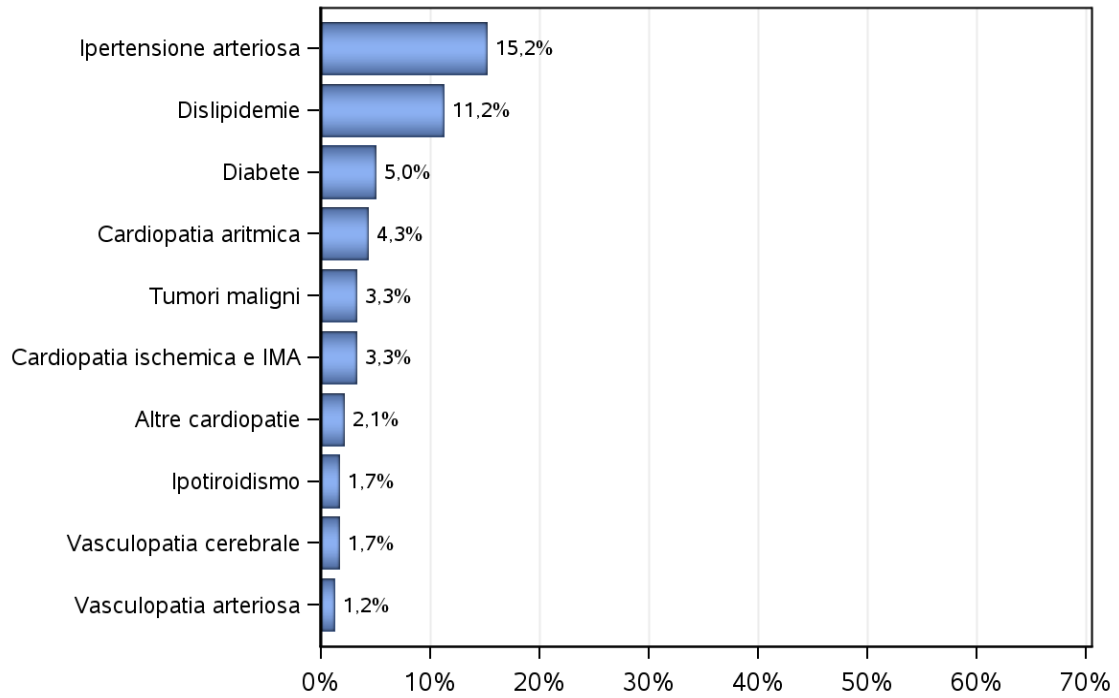
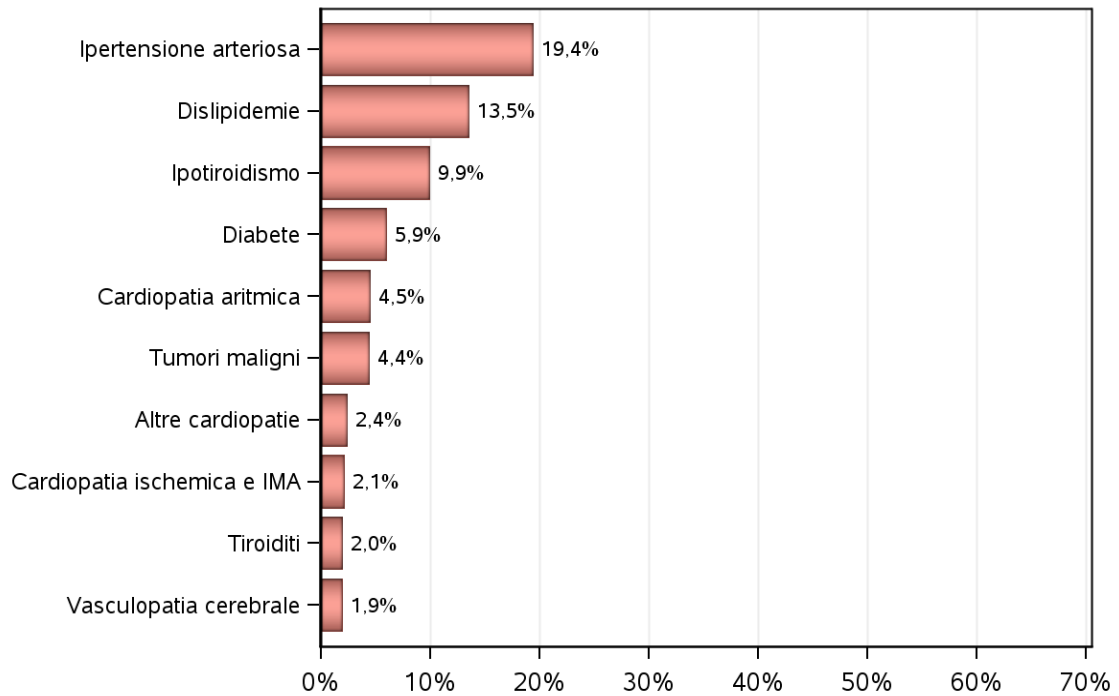


Figura 3.7.7 Assistiti con Asma. Prevalenza delle principali comorbidità. Femmine. Veneto, anno 2021.



3.7.2 Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) moderata e severa

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia infiammatoria cronica dell'apparato respiratorio, caratterizzata da un'ostruzione delle vie aeree che ostacola il flusso d'aria. La malattia ha un esordio insidioso e un decorso abitualmente progressivo, con una gravità variabile, dai casi più lievi a quelli moderati o severi. Le riacutizzazioni sono frequenti e si presentano sotto forma di bronchiti acute e broncopolmoniti, che possono richiedere il ricovero in ospedale. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta.

I dati presentati in questo paragrafo si riferiscono ai residenti in Veneto nel corso del 2021. L'inquadramento epidemiologico della BPCO, riportato qui di seguito, riguarda solo i casi moderati o severi. La prevalenza complessiva di BPCO moderata e severa è risultata del 6,0 per 1.000 (29.309 assistiti), come riportato nella Tabella 3.7.3, nettamente maggiore nei maschi (6,8 per 1.000) che nelle femmine (5,2 per 1.000). La prevalenza della BPCO è trascurabile nei soggetti sotto i 55 anni di età, interessando principalmente gli assistiti di età avanzata, con una prevalenza pari al 24,3 per 1.000 tra 75 e 84 anni, che raggiunge il 43,6 per 1.000 al di sopra degli 85 anni (Figura 3.7.8).

Tra il 2017 e il 2019, la prevalenza di BPCO moderata e severa è rimasta pressoché invariata, mentre ha subito una lieve riduzione nel 2020 e 2021. Questa flessione può essere attribuita, almeno in parte, alla contrazione degli accessi ai servizi sanitari e a una riduzione nel numero di ospedalizzazioni per infezioni respiratorie non-COVID-19 correlate, vista la loro minor diffusione conseguente alle misure per il contenimento della pandemia (dispositivi di protezione individuale e distanziamento in primis) (Tabella 3.7.4 e Figura 3.7.9).

Nel confronto tra Aziende ULSS, si può constatare come la prevalenza standardizzata delle ULSS 2-Marca Trevigiana, 3-Serenissima, 4-Veneto Orientale e 7-Pedemontana si attesti su valori leggermente inferiori rispetto alla media regionale, mentre nelle restanti ULSS la prevalenza è di poco superiore o in linea con quella regionale (Figura 3.7.10).

Tra gli assistiti con BPCO moderata e severa, oltre il 40% presenta almeno 5 condizioni croniche (compresa la BPCO). La quota di assistiti affetti da due o più comorbidità aumenta con l'aumentare dell'età. Già a partire dai 45-54 anni, oltre il 50% dei pazienti affetti da BPCO è affetto da almeno un'altra condizione cronica (Figura 3.7.11).

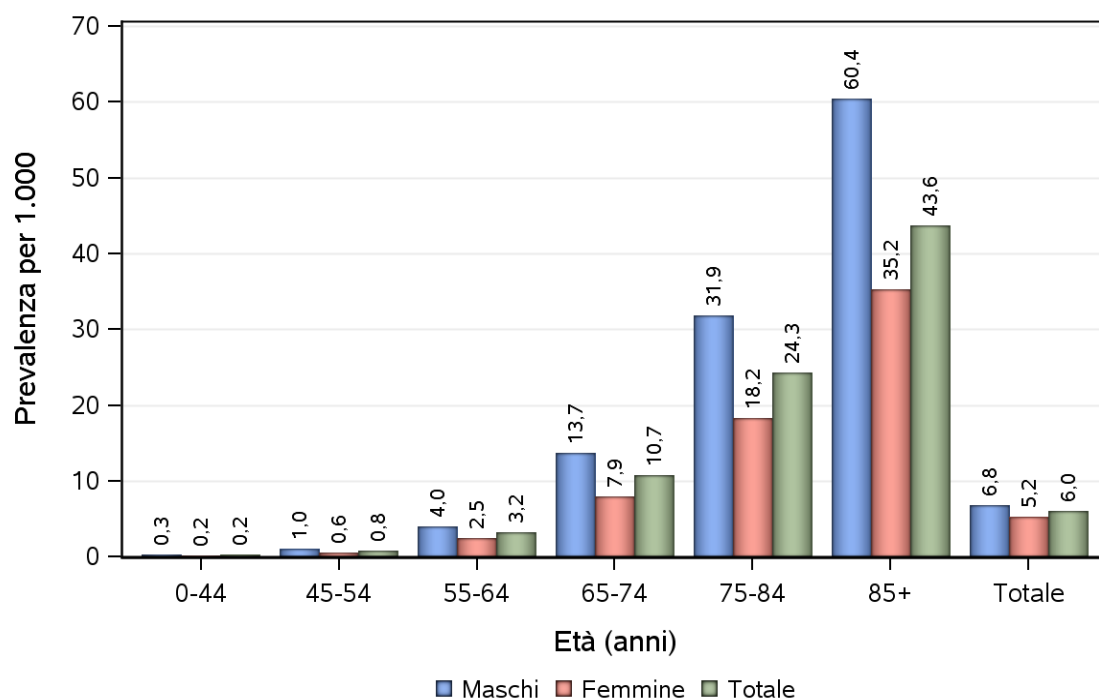
Le condizioni croniche più frequentemente riscontrate negli assistiti con BPCO moderata e severa sono l'ipertensione arteriosa (59,2%), le dislipidemie (37,3%), le patologie cardiovascolari (34,8% cardiopatia aritmica, 32,2% scompenso cardiaco, e 24,0% cardiopatia ischemica, incluso l'infarto miocardico acuto), il diabete (26,4%) e i tumori maligni (14,8%) (Figura 3.7.12). Dalla stratificazione per sesso non sono emerse particolari differenze, se non la maggior frequenza di tumori maligni tra i maschi (17,3%) e di demenza (14,0%) e ipotiroidismo (12,9%) tra le femmine (Figure 3.7.13 e 3.7.14).

Nota metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di Dimissione Ospedaliera, Esenzione ticket e Cure domiciliari. Per maggiori dettagli consultare la Tabella "Malattie croniche" in Appendice. Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 3.7.3 Assistiti con BPCO per classi di età e sesso. Veneto, anno 2021.

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	305	1,9	183	1,4	488	1,7
45-54	402	2,5	237	1,8	639	2,2
55-64	1.498	9,2	931	7,2	2.429	8,3
65-74	3.739	22,9	2.331	17,9	6.070	20,7
75-84	6.125	37,5	4.376	33,7	10.501	35,8
85+	4.253	26,1	4.929	38,0	9.182	31,3
Totale	16.322	100,0	12.987	100,0	29.309	100,0

Figura 3.7.8 Assistiti con BPCO. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2021.**Tabella 3.7.4** Assistiti con BPCO. Valori assoluti e tassi grezzi di prevalenza per anno e sesso (per 1.000). Veneto, anni 2017-2021.

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev
Maschi	17.488	7,2	17.757	7,3	18.086	7,5	17.199	7,1	16.322	6,8
Femmine	14.397	5,7	14.508	5,7	14.817	5,9	13.935	5,6	12.987	5,2
Totale	31.885	6,4	32.265	6,5	32.903	6,7	31.134	6,3	29.309	6,0

Figura 3.7.9 Assistenti con BPCO. Tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per sesso (per 1.000). Veneto, anni 2017-2021. (Popolazione standard: Veneto 2019)

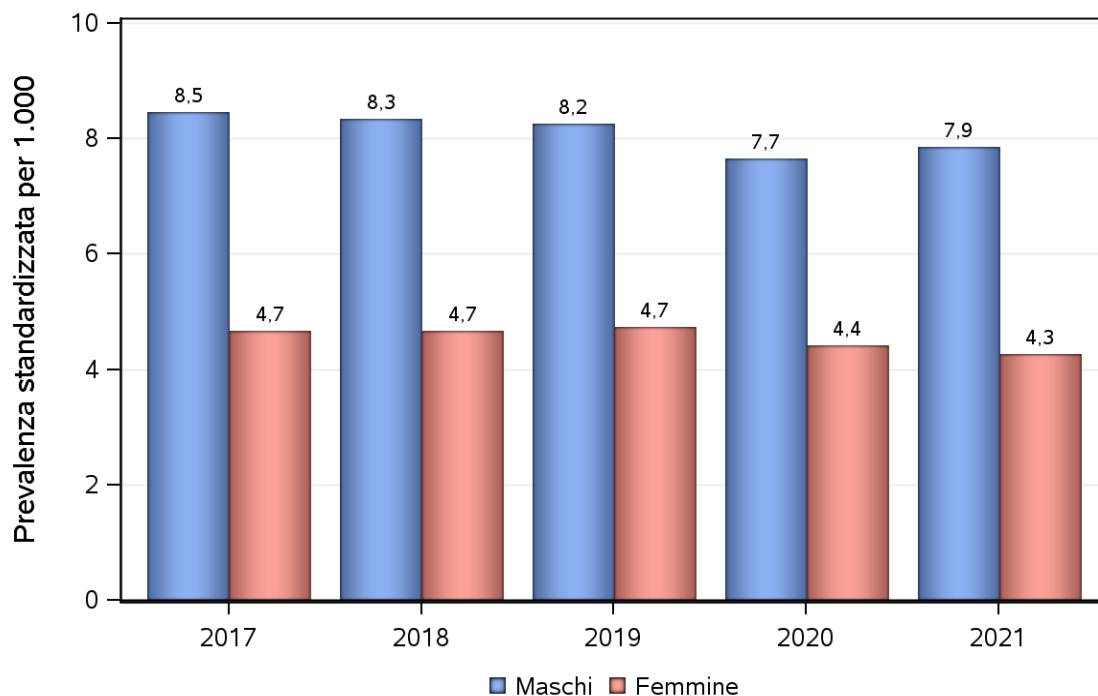


Figura 3.7.10 Assistenti con BPCO. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2021. (Popolazione standard: Veneto 2021)

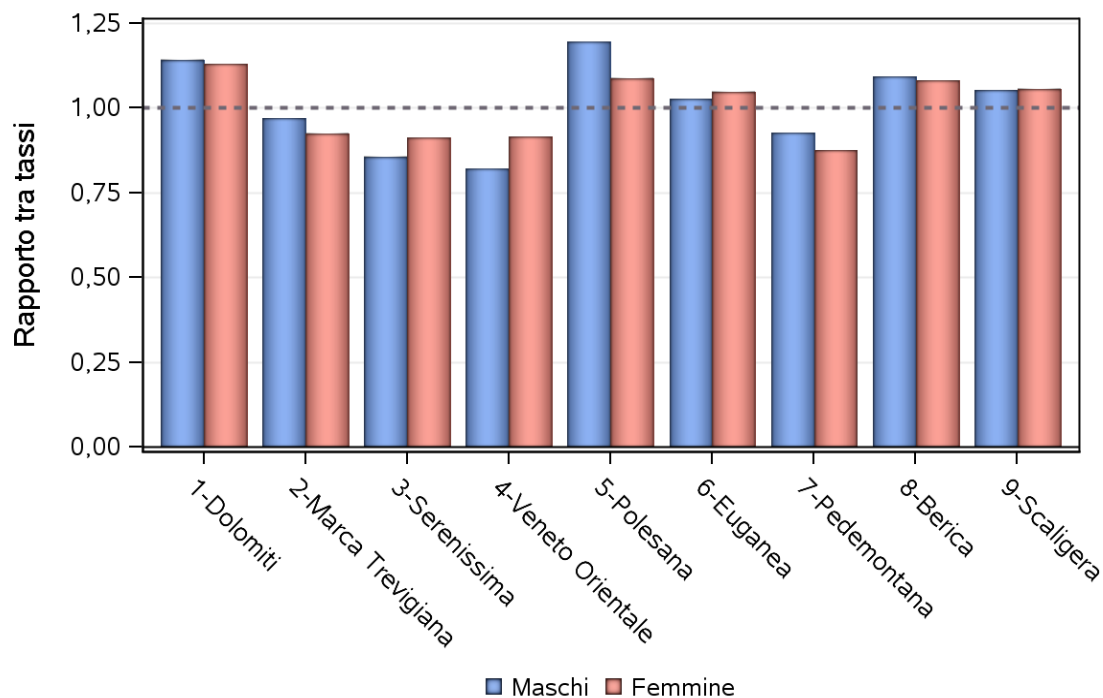


Figura 3.7.11 Assistenti con BPCO per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2021.

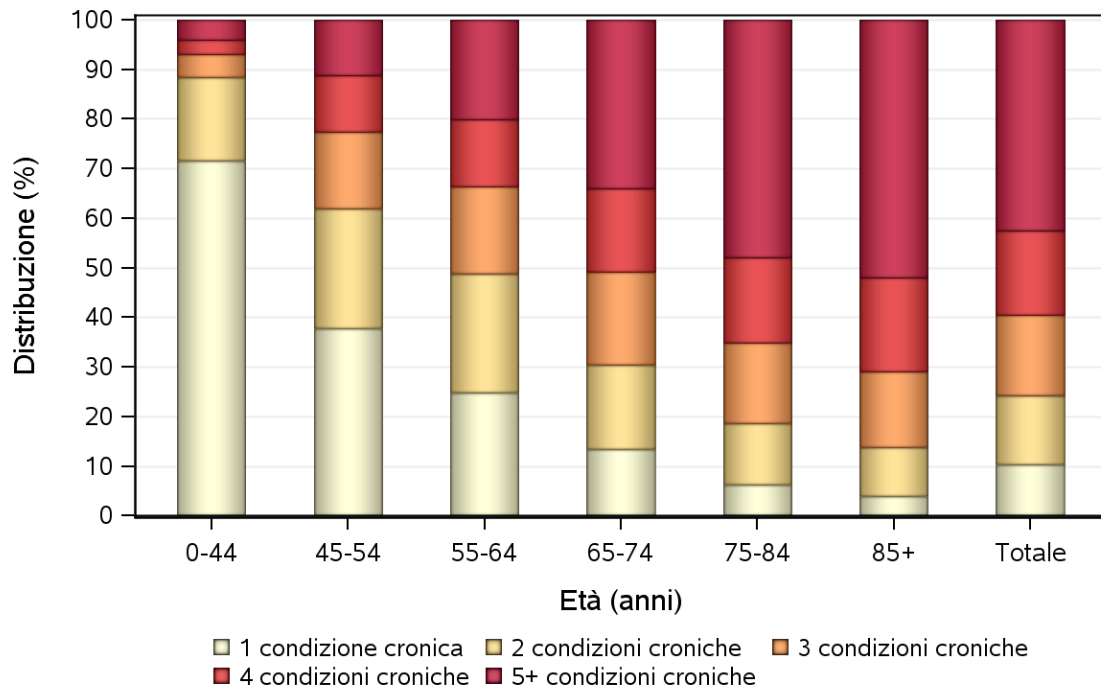


Figura 3.7.12 Assistenti con BPCO. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2021.

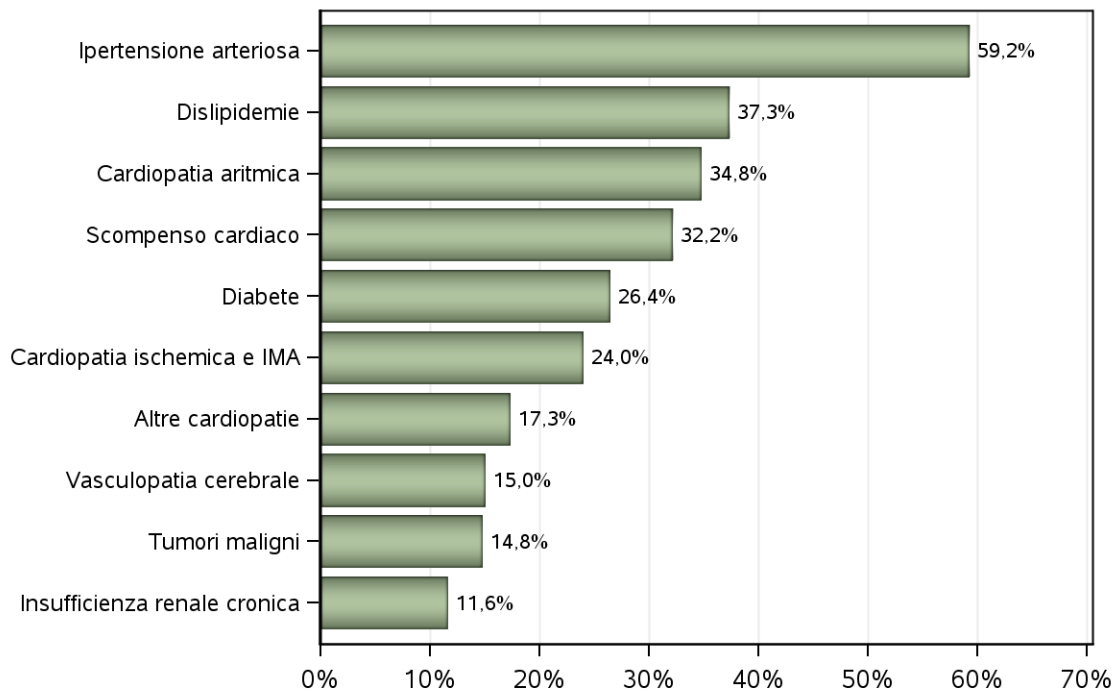


Figura 3.7.13 Assistiti con BPCO. Prevalenza delle principali comorbidità. Maschi. Veneto, anno 2021.

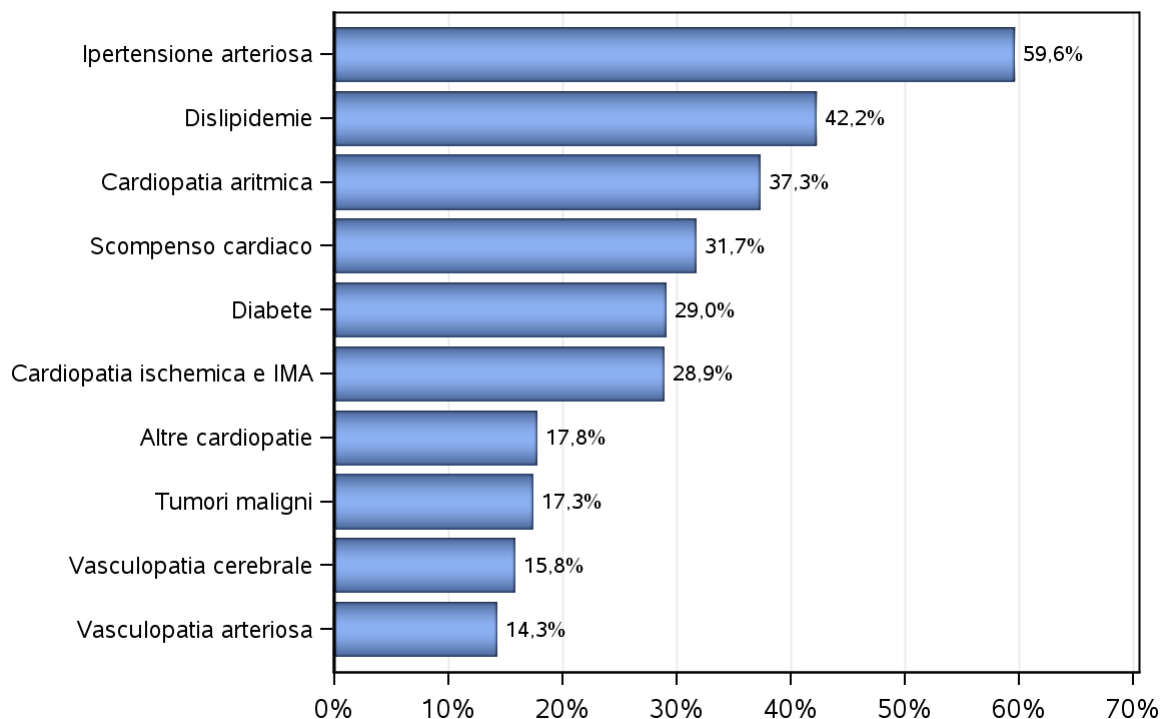
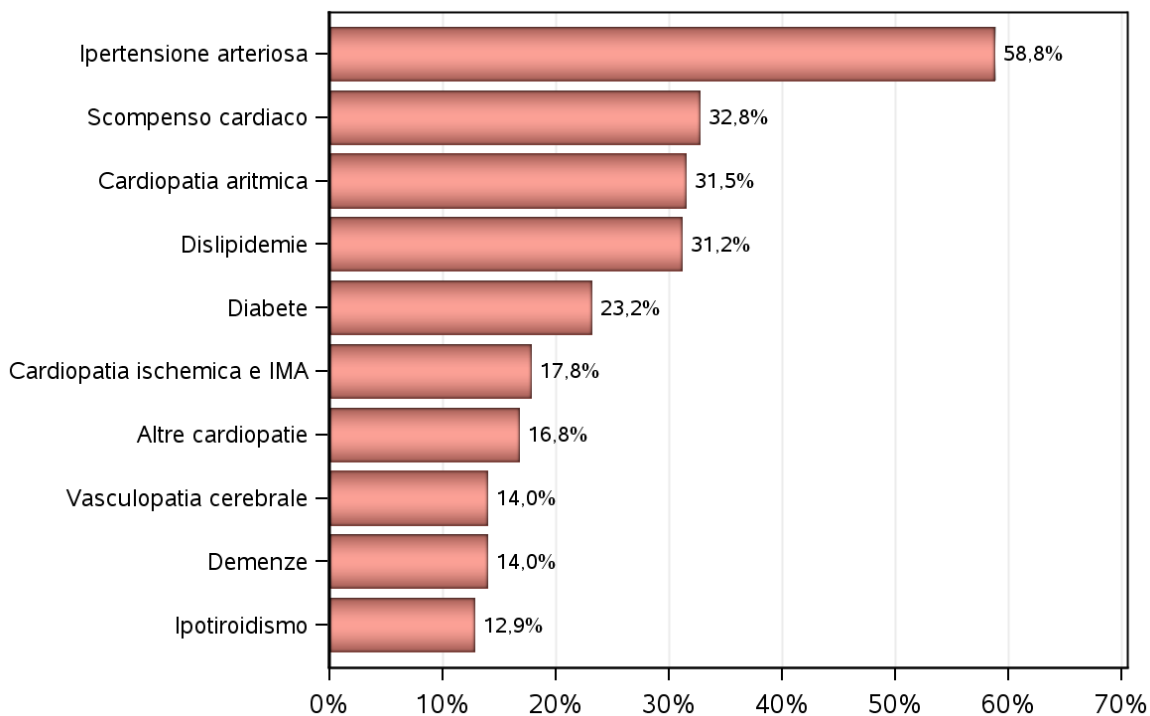


Figura 3.7.14 Assistiti con BPCO. Prevalenza delle principali comorbidità. Femmine. Veneto, anno 2021.



Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252
 E-mail: ser@azero.veneto.it

3.8 Malattie endocrine

3.8.1 Diabete mellito

Il diabete mellito è una malattia cronica, caratterizzata da un difetto assoluto o relativo di insulina; nei casi in cui l'insulina viene prodotta in quantità non sufficiente dal pancreas, o quando le cellule dell'organismo non rispondono alla sua presenza, i livelli di glucosio nel sangue risultano persistentemente più elevati del normale (iperglicemia). Vengono di seguito riportati i dati di prevalenza del diabete in Veneto, senza distinguere tra tipo I, tipo II e altre forme di diabete.

Nel 2021 la prevalenza del diabete mellito è risultata del 5,7 per 100 (280.759 assistiti), interessando maggiormente soggetti in età adulta o anziana, con un picco tra i 75 e gli 84 anni pari al 19,1 per 100 (22,8 per 100 nei maschi e 16,1 per 100 nelle femmine). Al di sotto dei 55 anni, la prevalenza è inferiore al 3 per 100 (Tabella 3.8.1 e Figura 3.8.1).

Tra il 2017 e il 2020 la prevalenza del diabete è rimasta pressoché invariata (attorno al 6,6 per 100 nei maschi e al 4,4 per 100 nelle femmine); nel 2021 si osserva un aumento nei soggetti di sesso maschile (tasso di prevalenza standardizzato pari al 7 per 100), mentre nelle donne il tasso risulta invariato (pari al 4,5 per 100) (Tabella 3.8.2 e Figura 3.8.2).

Dal confronto tra Aziende ULSS, emergono valori di prevalenza standardizzata più bassi nella ULSS 1-Dolomiti, mentre risultano avere valori superiori alla media regionale le ULSS 5-Polesana e 8-Berica (Figura 3.8.3).

Tra i soggetti con diabete mellito in età giovanile non è presente un elevato grado di comorbidità. Tra i 45 e i 54 anni più del 60% è affetto da almeno un'altra condizione cronica oltre al diabete (Figura 3.8.4). Tra queste condizioni, quelle che si sono riscontrate con maggior frequenza sono le dislipidemie (55,7%), l'ipertensione arteriosa (50,8%), la cardiopatia ischemica, incluso l'infarto miocardico acuto (15,7%) e la cardiopatia aritmica (15,3%). Dalla stratificazione per sesso non emergono particolari differenze, se non la compresenza di ipotiroidismo nelle donne (12,5%), ed una compresenza di cardiopatia ischemica, incluso l'infarto miocardico acuto doppia negli uomini rispetto alle donne (20,1% versus 10,1%) (Figure 3.8.6 e 3.8.7).

Nota metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di dimissione ospedaliera, Esenzione ticket e Assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta). Per maggiori dettagli consultare la Tabella "Malattie croniche" in Appendice.

Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 3.8.1 Assistiti con Diabete per classi di età e sesso. Veneto, anno 2021.

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-34	2.487	1,6	3.715	3,0	6.202	2,2
35-44	3.730	2,4	4.215	3,4	7.945	2,8
45-54	13.232	8,4	8.027	6,5	21.259	7,6
55-64	31.246	19,9	16.798	13,5	48.044	17,1
65-74	47.644	30,4	29.388	23,7	77.032	27,4
75-84	43.812	28,0	38.591	31,1	82.403	29,4
85+	14.519	9,3	23.354	18,8	37.873	13,5
Totale	156.670	100,0	124.088	100,0	280.758	100,0

Figura 3.8.1 Assistiti con Diabete. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100). Veneto, anno 2021.

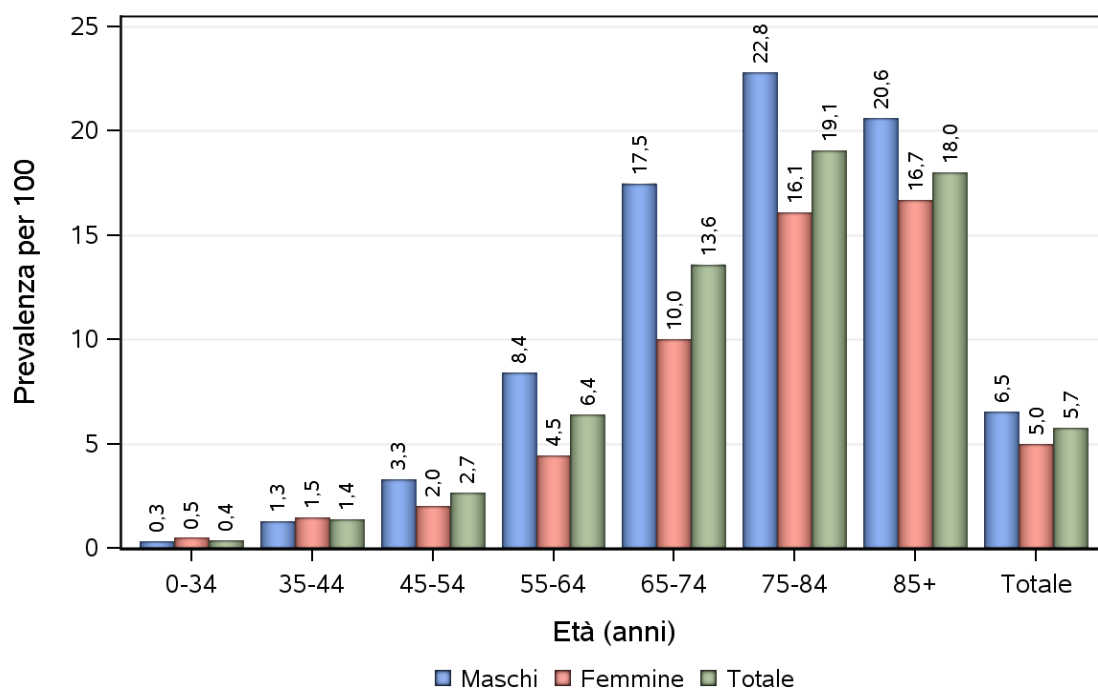


Tabella 3.8.2 Assistiti con Diabete. Valori assoluti e tassi grezzi di prevalenza per anno e sesso (per 100). Veneto, anni 2017-2021.

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev
Maschi	150.252	6,2	151.905	6,3	153.973	6,4	154.623	6,4	156.670	6,5
Femmine	123.392	4,9	123.516	4,9	124.164	4,9	123.463	4,9	124.088	5,0
Totale	273.644	5,5	275.421	5,6	278.137	5,6	278.086	5,7	280.758	5,7

Figura 3.8.2 Assistiti con Diabete. Tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per sesso (per 100). Veneto, anni 2017-2021. (Popolazione standard: Veneto 2019)

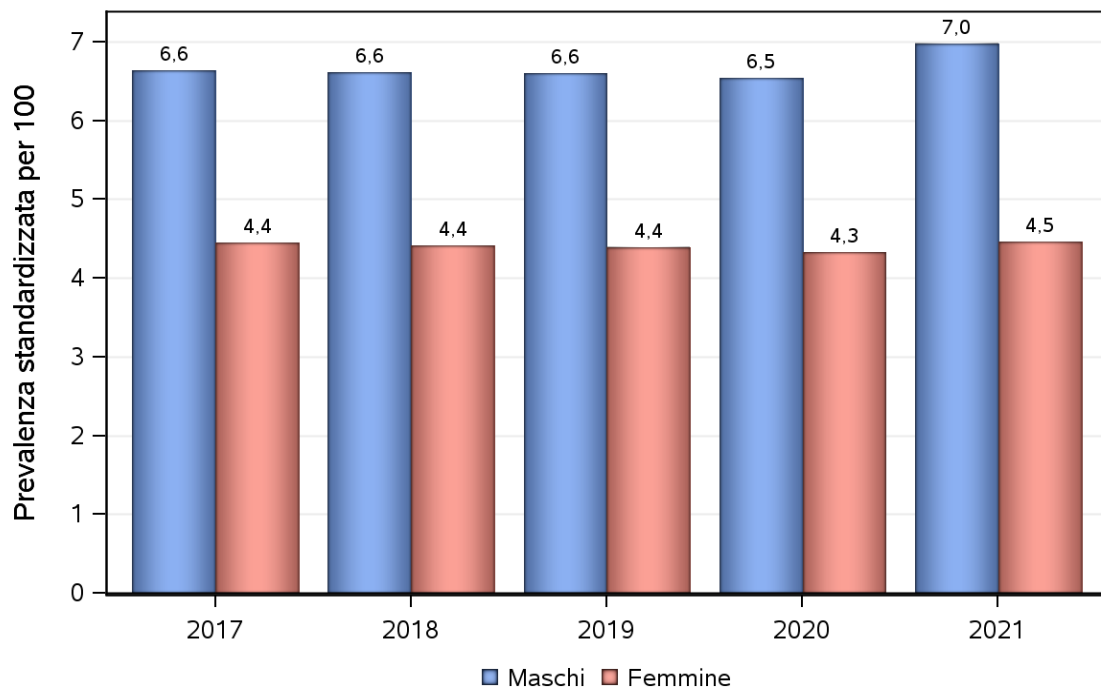


Figura 3.8.3 Assistiti con Diabete. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2021. (Popolazione standard: Veneto 2021)

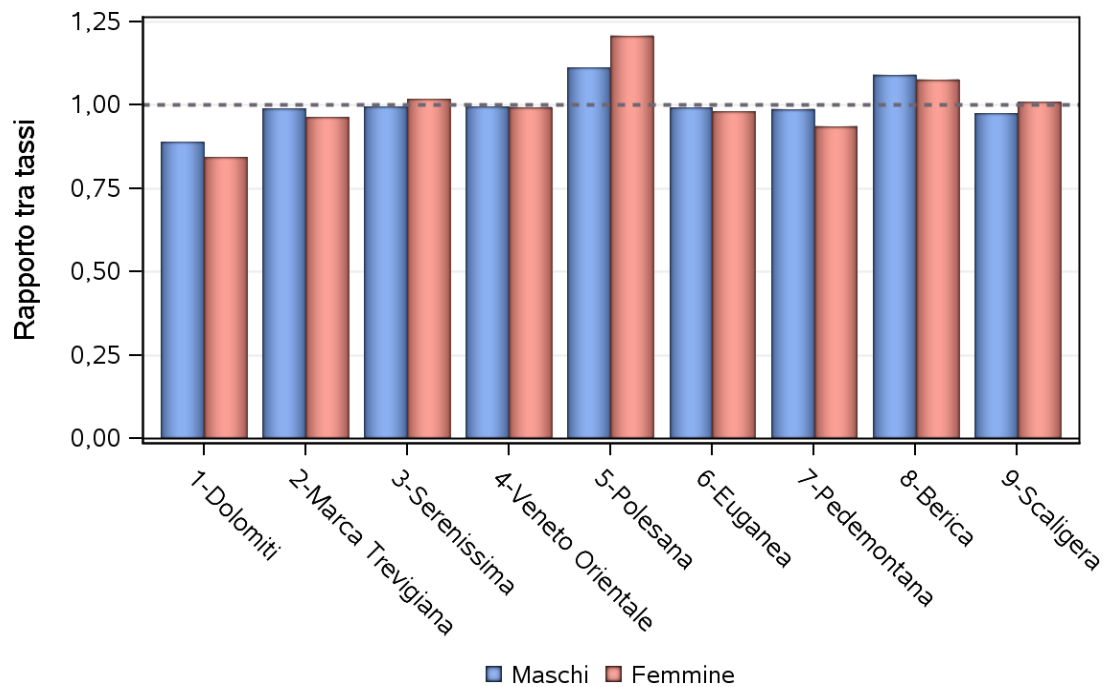


Figura 3.8.4 Assistenti con Diabete per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2021.

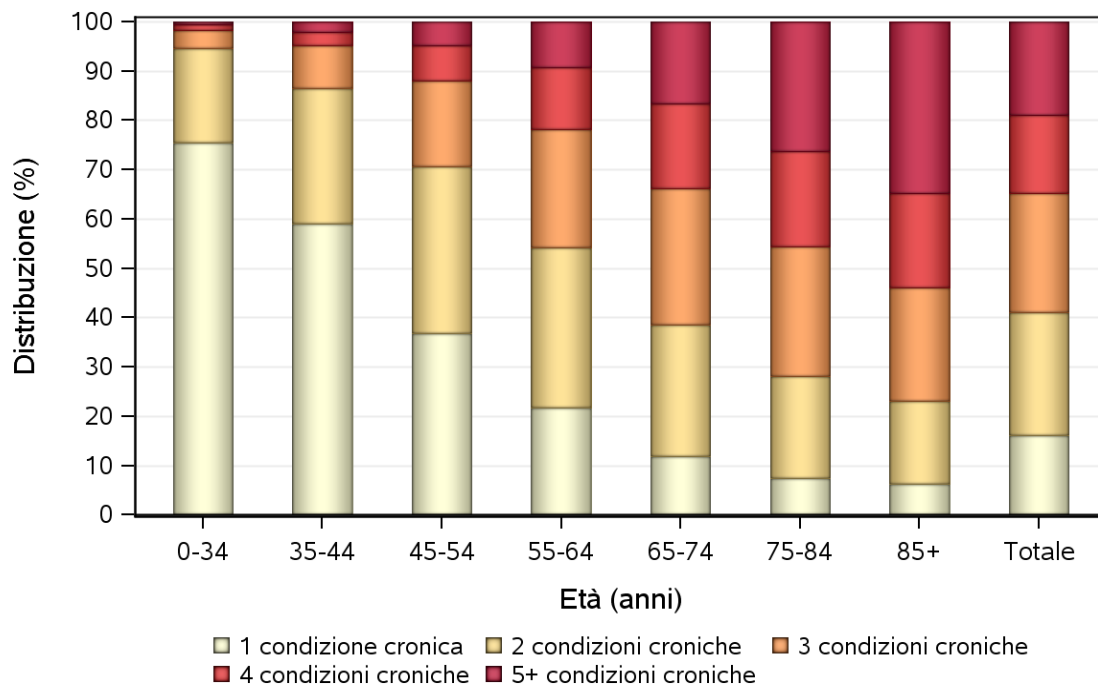


Figura 3.8.5 Assistenti con Diabete. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2021.

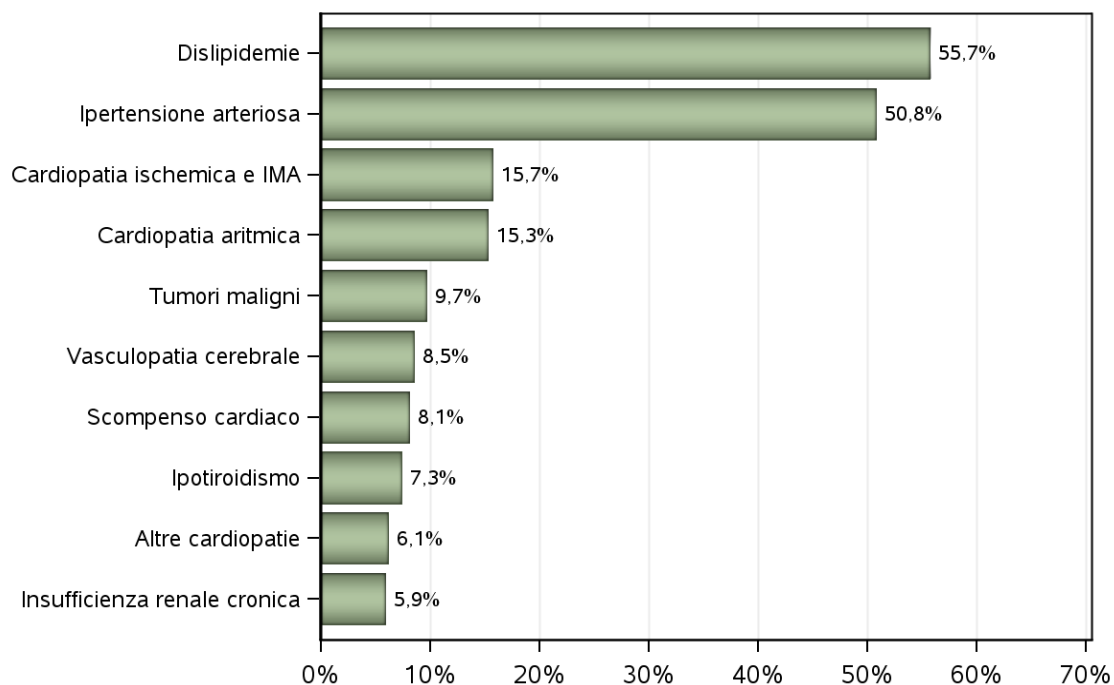


Figura 3.8.6 Assistiti con Diabete. Prevalenza delle principali comorbidità. Maschi. Veneto, anno 2021.

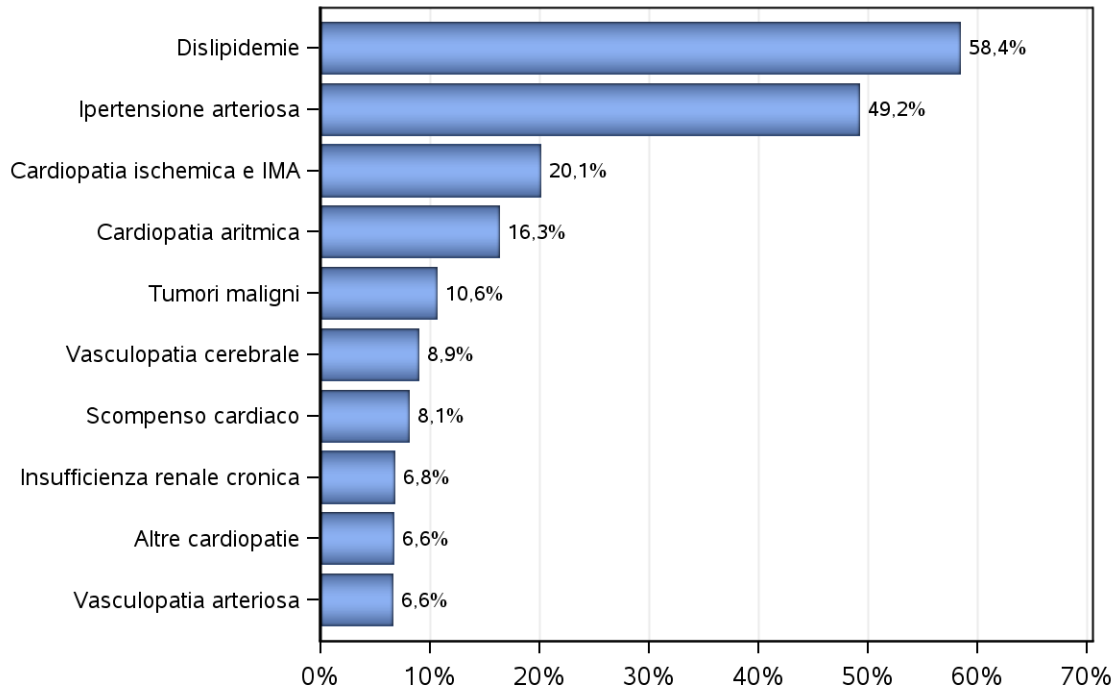
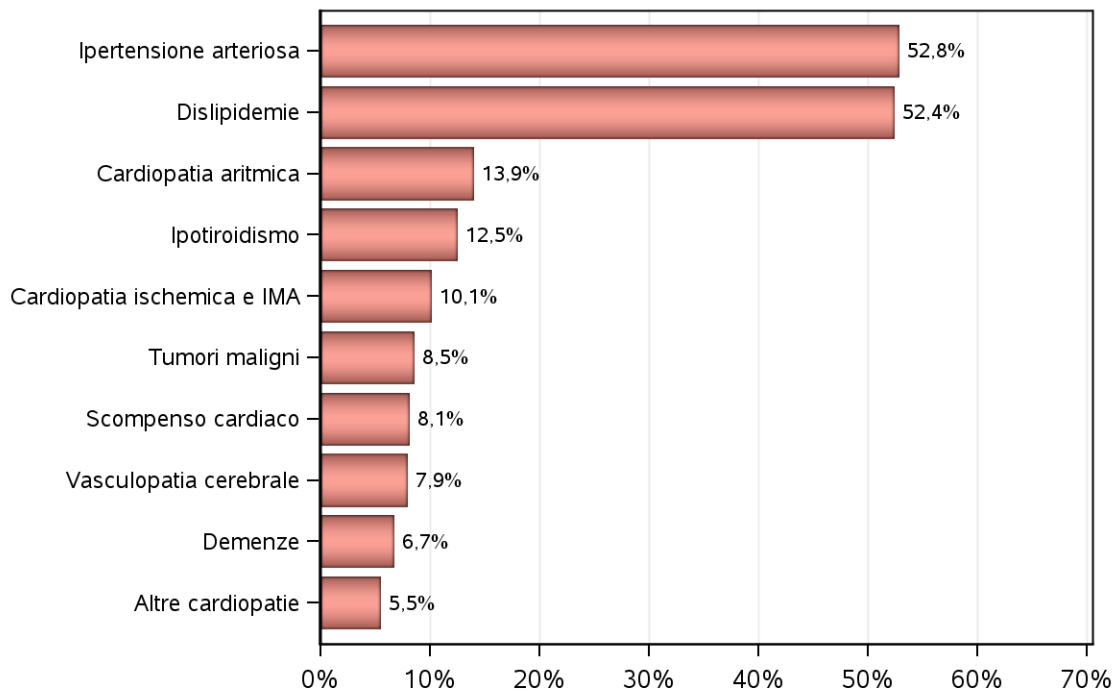


Figura 3.8.7 Assistiti con Diabete. Prevalenza delle principali comorbidità. Femmine. Veneto, anno 2021.



3.8.2 Ipotiroidismo

L'ipotiroidismo è una condizione in cui la tiroide non è in grado di produrre una quantità di ormoni sufficiente a soddisfare il bisogno dell'organismo. Tra le cause più frequenti di ipotiroidismo si annoverano le malattie autoimmuni, le rimozioni chirurgiche parziali o totali della tiroide, le tiroiditi e l'ipotiroidismo congenito.

Nel 2021 la prevalenza di ipotiroidismo era del 4,0 per 100 (194.511 assistiti), con marcate differenze per sesso, raggiungendo il 6,5 per 100 nelle femmine (162.760 assistite) e l'1,3 per 100 nei maschi (31.751 assistiti). L'ipotiroidismo colpisce più frequentemente le donne tra 45 e 84 anni, raggiungendo il picco a 65-74 anni (11,1 per 100), mentre nei maschi si attesta su valori nettamente inferiori e aumenta progressivamente con l'età (Tabella 3.8.3 e Figura 3.8.8).

Tra il 2017 e il 2021 si è registrato un trend in continuo, seppur lieve, aumento in entrambi i sessi, come confermato dal dato di prevalenza standardizzato (Tabella 3.8.4 e Figura 3.8.9).

Dal confronto con la media regionale è emerso come la prevalenza risulti leggermente più bassa nelle ULSS 3-Serenissima, 4-Veneto Orientale e 5-Polesana, marcatamente inferiore nell'ULSS 1-Dolomiti e solo lievemente più elevata nelle ULSS 2-Marca Trevigiana, 8-Berica e 9-Scaligera (Figura 3.8.10).

La quota di assistiti affetti da ipotiroidismo che presentano due o più comorbidità aumenta con l'aumentare dell'età, attestandosi sopra il 50% tra gli ultra-sessantacinquenni (Figura 3.8.11). Tra le comorbidità più frequenti si annoverano l'ipertensione arteriosa (28,0%), le dislipidemie (23,4%), il diabete (10,6%), le patologie tumorali (10,3%) e le cardiopatie aritmiche (8,6%) (Figura 3.8.12). Dalla stratificazione per sesso emerge come tra i maschi affetti da ipotiroidismo il diabete (16,1%), i tumori maligni (14,8%), la cardiopatia aritmica (14,5%) e la cardiopatia ischemica, compreso l'infarto miocardico acuto (11,2%), siano più comuni che tra le femmine (diabete 9,5%, tumori maligni 9,4%, cardiopatia aritmica 7,4% e cardiopatia ischemica, compreso l'infarto miocardico acuto 3,6%) (Figure 3.8.13 e 3.8.14).

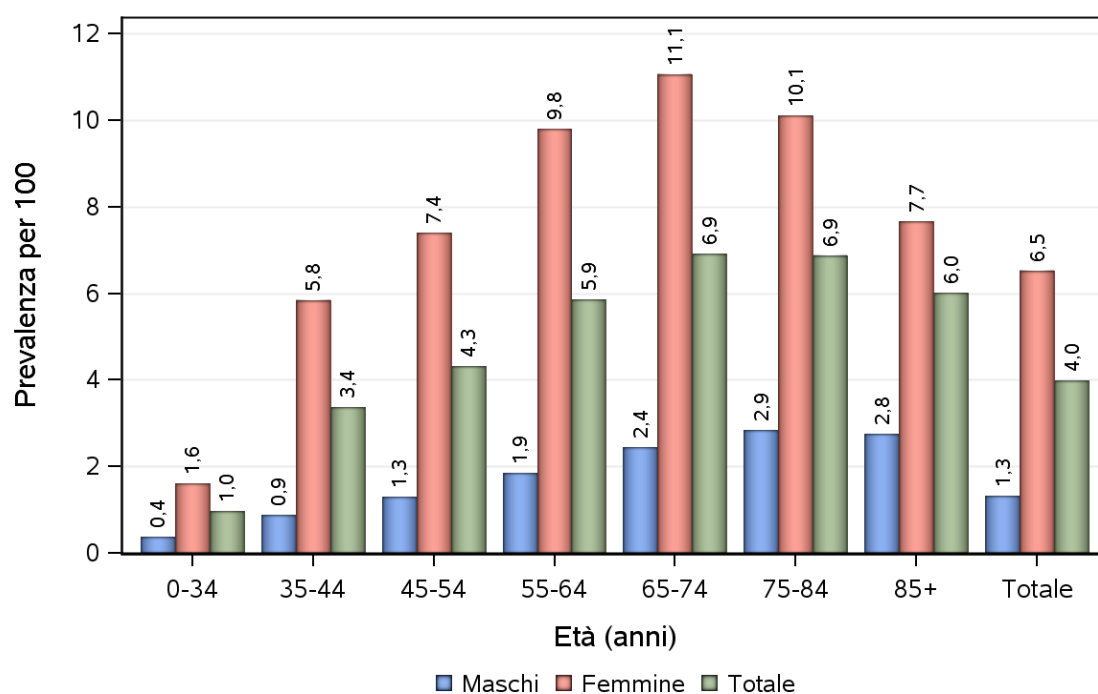
Nota metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di dimissione ospedaliera, Esenzione ticket e Assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta). Per maggiori dettagli consultare la Tabella "Malattie croniche" in Appendice.

Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 3.8.3 Assistiti con Ipotiroidismo per classi di età e sesso. Veneto, anno 2021.

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-34	3.018	9,5	12.270	7,5	15.288	7,9
35-44	2.536	8,0	16.844	10,3	19.380	10,0
45-54	5.216	16,4	29.250	18,0	34.466	17,7
55-64	6.886	21,7	36.907	22,7	43.793	22,5
65-74	6.672	21,0	32.519	20,0	39.191	20,1
75-84	5.480	17,3	24.252	14,9	29.732	15,3
85+	1.943	6,1	10.718	6,6	12.661	6,5
Totale	31.751	100,0	162.760	100,0	194.511	100,0

Figura 3.8.8 Assistiti con Ipotiroidismo. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100). Veneto, anno 2021.

Tabella 3.8.4 Assistiti con Ipotiroidismo. Valori assoluti e tassi grezzi di prevalenza per anno e sesso (per 100). Veneto, anni 2017-2021.

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev
Maschi	27.359	1,1	28.549	1,2	30.027	1,2	30.877	1,3	31.751	1,3
Femmine	146.497	5,8	151.254	6,0	156.151	6,2	158.797	6,3	162.760	6,5
Totale	173.856	3,5	179.803	3,6	186.178	3,8	189.674	3,9	194.511	4,0

Figura 3.8.9 Assistenti con Ipotiroidismo. Tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per sesso (per 100). Veneto, anni 2017-2021. (Popolazione standard: Veneto 2019)

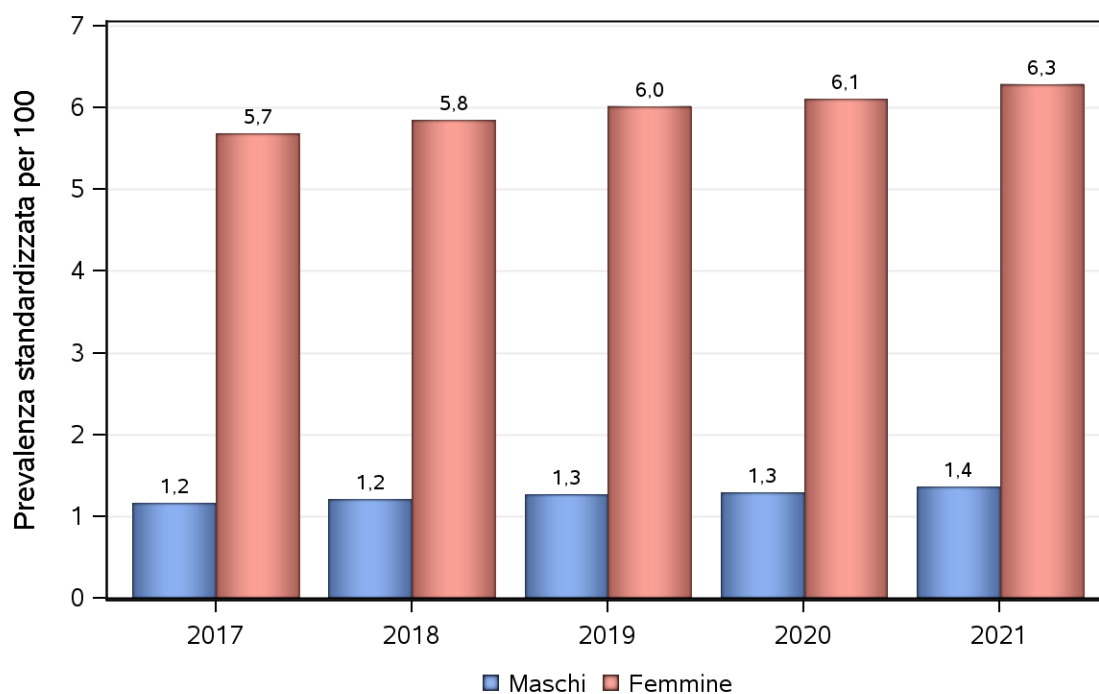


Figura 3.8.10 Assistenti con Ipotiroidismo. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2021. (Popolazione standard: Veneto 2021)

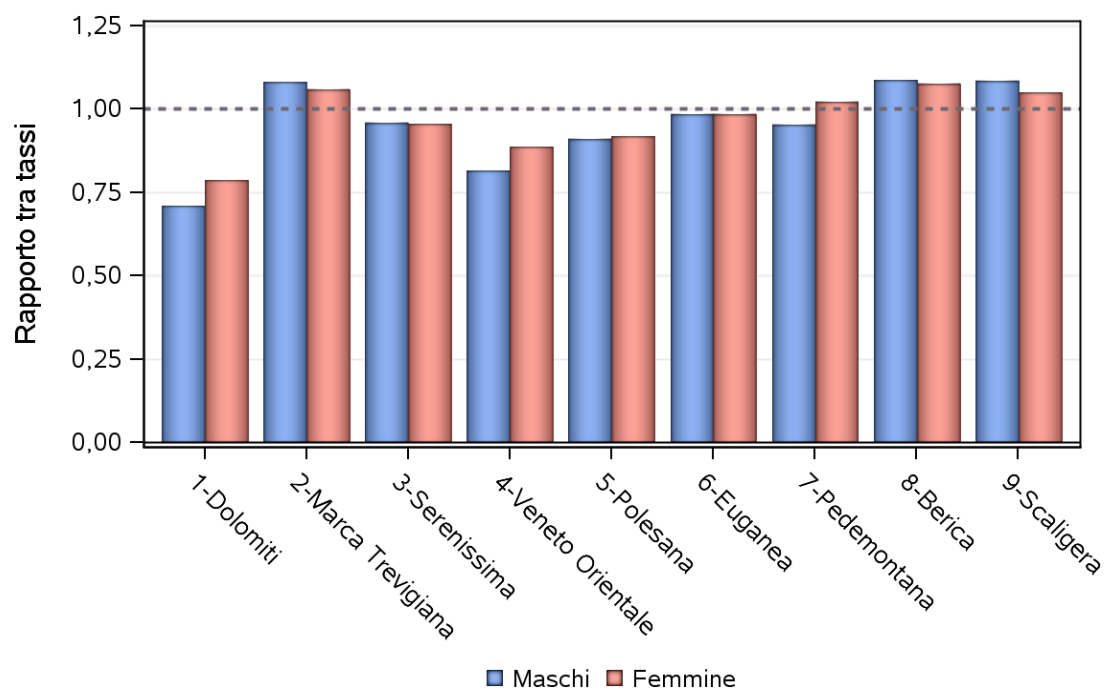


Figura 3.8.11 Assistenti con Ipotiroidismo per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2021.

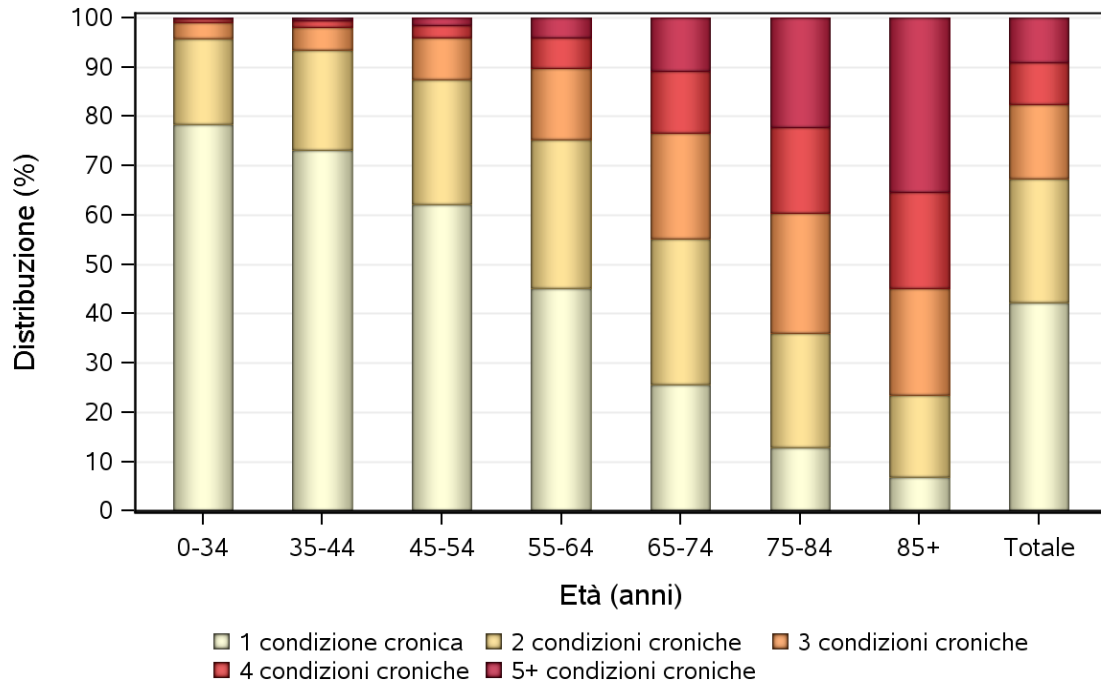


Figura 3.8.12 Assistenti con Ipotiroidismo. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2021.

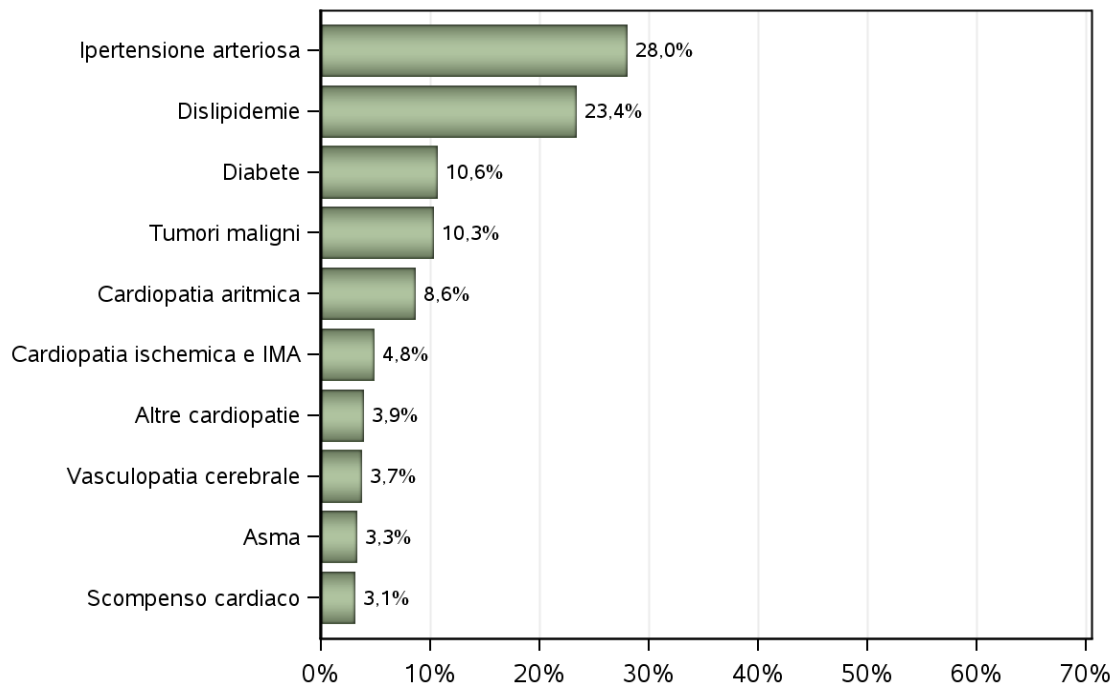


Figura 3.8.13 Assistiti con Ipotiroidismo. Prevalenza delle principali comorbidità. Maschi. Veneto, anno 2021.

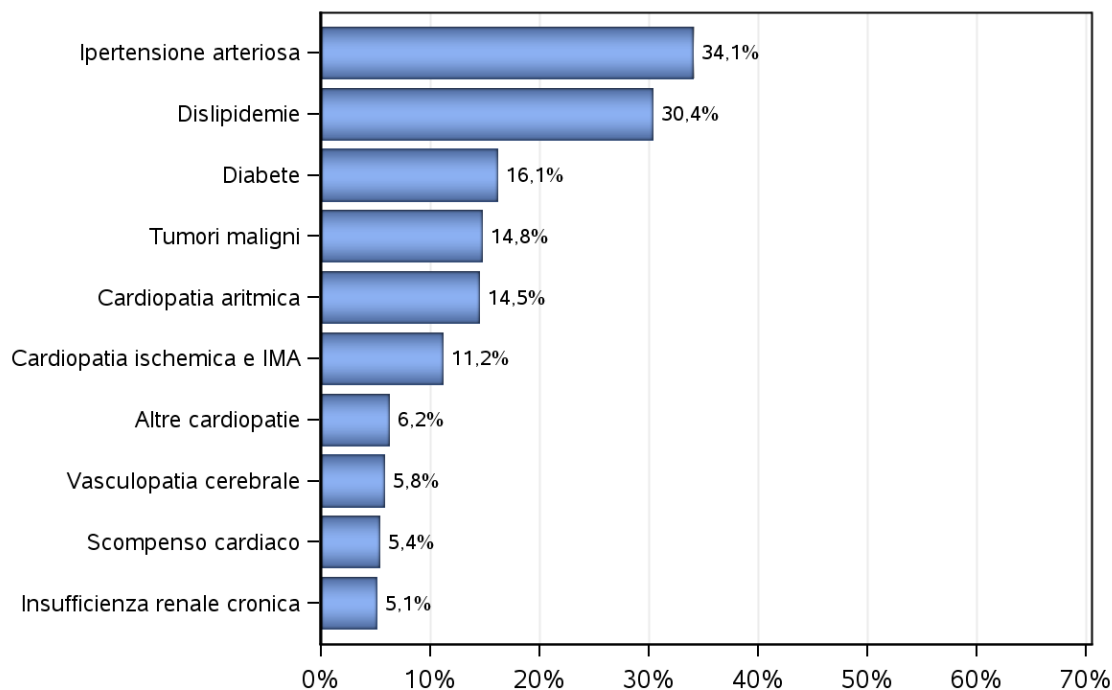
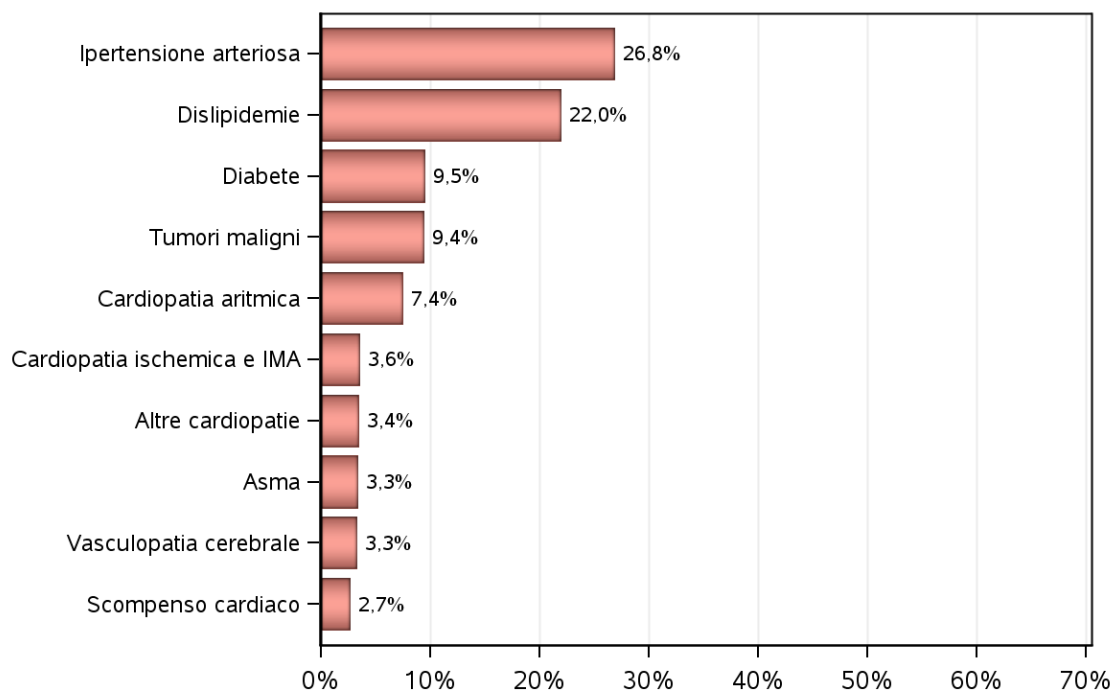


Figura 3.8.14 Assistiti con Ipotiroidismo. Prevalenza delle principali comorbidità. Femmine. Veneto, anno 2021.



Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252
 E-mail: ser@azero.veneto.it

3.9 Malattie del sistema nervoso

3.9.1 Demenze

Con il termine demenze si includono diverse forme di declino cognitivo acquisito, la cui storia naturale è caratterizzata da una progressione più o meno rapida di deficit cognitivi, di disturbi del comportamento e dal danno funzionale con conseguente perdita dell'autonomia sino alla disabilità. La progressione della demenza compromette conseguentemente le attività sociali, lavorative e di relazione della persona. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la demenza come una delle principali cause di disabilità.

In questo paragrafo sono incluse sia forme primarie che secondarie di demenza. Le forme primarie sono di tipo degenerativo e includono la Malattia di Alzheimer, la demenza frontotemporale e quella a corpi di Lewy. Fra le forme secondarie la più frequente è quella vascolare.

Nella Regione Veneto, nel 2021 sono risultate affette da demenza 64.536 persone; il 69% è di sesso femminile, e la maggior parte (98%) ha un'età superiore ai 65 anni (Tabella 3.9.1).

I tassi di prevalenza aumentano significativamente con l'età: risultano affetti 12 soggetti ogni 1.000 abitanti per la fascia di età compresa tra i 70 e i 74 anni, 32 soggetti ogni 1.000 abitanti tra i 75 e i 79 anni, 72 soggetti ogni 1.000 abitanti tra gli 80 e i 84 anni, 136,4 soggetti ogni 1.000 abitanti tra gli 85 e i 89 anni, sino a 231,3 soggetti ogni 1.000 abitanti di età superiore ai 90 anni (Figura 3.9.1).

Confrontando il numero di assistiti e le prevalenze grezze si nota come tra il 2018 e il 2019 ci sia stato un incremento di quasi 2.000 assistiti, mentre si è osservata una riduzione significativa negli anni 2020-2021, anche come conseguenza della pandemia da COVID-19 (Tabella 3.9.2, Figura 3.9.2).

Le Aziende ULSS 3-Serenissima, 5-Polesana e 6-Euganea, presentano un rapporto standardizzato di prevalenza superiore alla media regionale (Figura 3.9.3).

I soggetti con demenza presentano spesso altre patologie croniche associate anche al di sotto dei 50 anni. Dopo i 50 anni, il 50% degli assistiti è affetto da tre o più condizioni croniche compresenti (Figura 3.9.4). Le patologie maggiormente rappresentate sono: l'ipertensione arteriosa equamente distribuita in entrambi i sessi (maschi 53,8%, femmine 54,6%), la cardiopatia aritmica (maschi 30,1%, femmine 23,6%), le dislipidemie (maschi 29,9%, femmine 22,9%), la vasculopatia cerebrale (maschi 26,3%, femmine 20,2%) e il diabete (maschi 24,9%, femmine 18,6%).

Nota metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di dimissione ospedaliera, Esenzione ticket, Cure domiciliari, Assistenza residenziale extra-ospedaliera (case di riposo), Assistenza psichiatrica territoriale, Cartella clinica elettronica per le demenze e Assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta). Per maggiori dettagli consultare la Tabella "Malattie croniche" in Appendice.

Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 3.9.1 Assistiti con Demenze per classi di età e sesso. Veneto, anno 2021.

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-49	83	0,4	68	0,2	151	0,2
50-59	259	1,3	237	0,5	496	0,8
60-64	351	1,8	310	0,7	661	1,0
65-69	661	3,3	642	1,4	1.303	2,0
70-74	1.534	7,7	1.805	4,1	3.339	5,2
75-79	3.062	15,3	4.374	9,8	7.436	11,5
80-84	5.262	26,3	9.114	20,5	14.376	22,3
85-89	4.986	24,9	12.099	27,2	17.085	26,5
90+	3.843	19,2	15.846	35,6	19.689	30,5
Totale	20.041	100,0	44.495	100,0	64.536	100,0

Figura 3.9.1 Assistiti con Demenze. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2021.

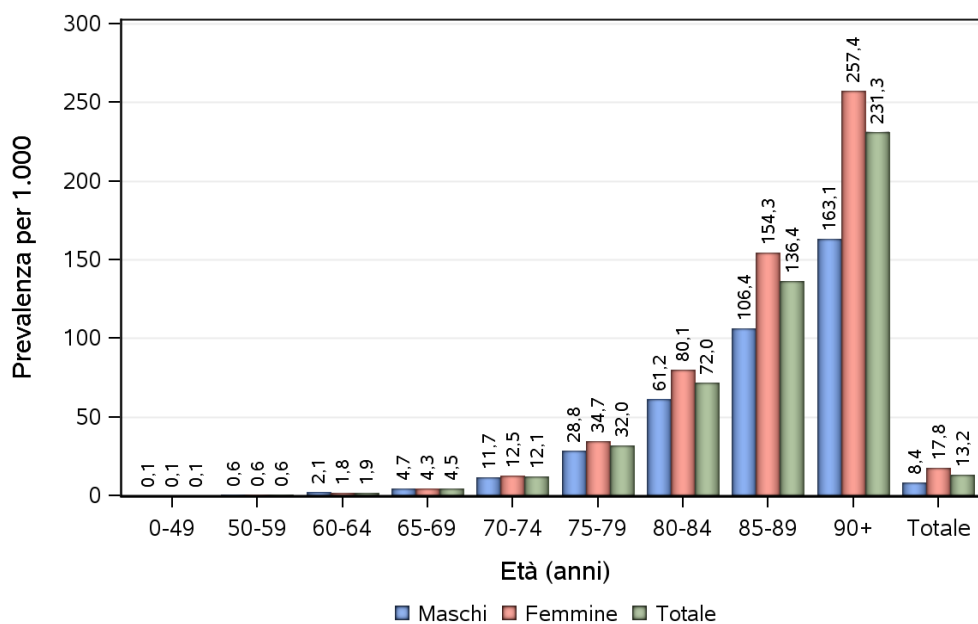


Tabella 3.9.2 Assistiti con Demenze. Valori assoluti e tassi grezzi di prevalenza per anno e sesso (per 1.000). Veneto, anni 2018-2021.

	2018		2019		2020		2021	
	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev
Maschi	20.393	8,4	21.154	8,7	20.725	8,6	20.041	8,4
Femmine	46.385	18,3	47.488	18,8	46.136	18,4	44.495	17,8
Totale	66.778	13,5	68.642	13,9	66.861	13,6	64.536	13,2

Figura 3.9.2 Assisti con Demenze. Tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per sesso (per 1.000). Veneto, anni 2018-2021. (Popolazione standard: Veneto 2019)

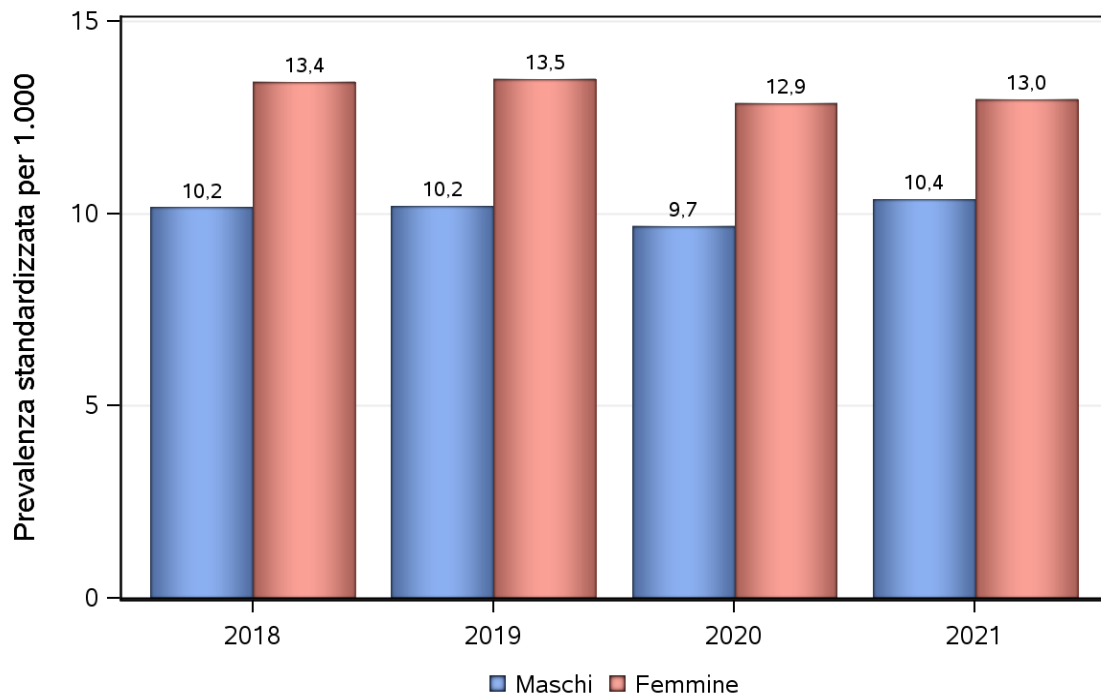


Figura 3.9.3 Assisti con Demenze. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2021. (Popolazione standard: Veneto 2021)

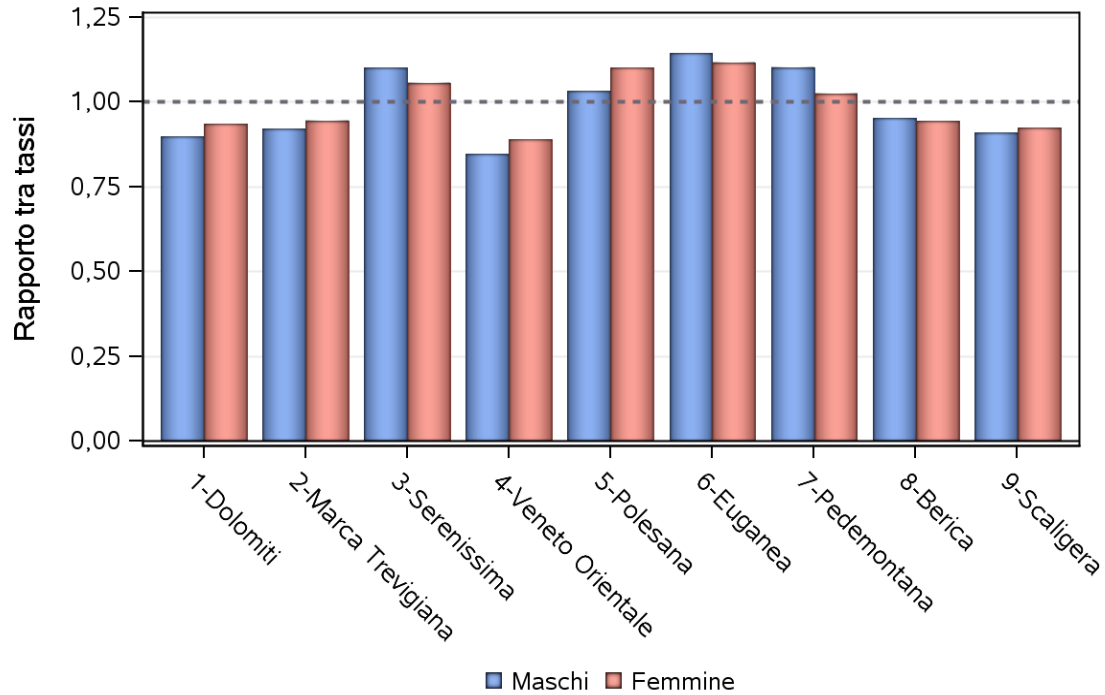


Figura 3.9.4 Assistenti con Demenze per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2021.

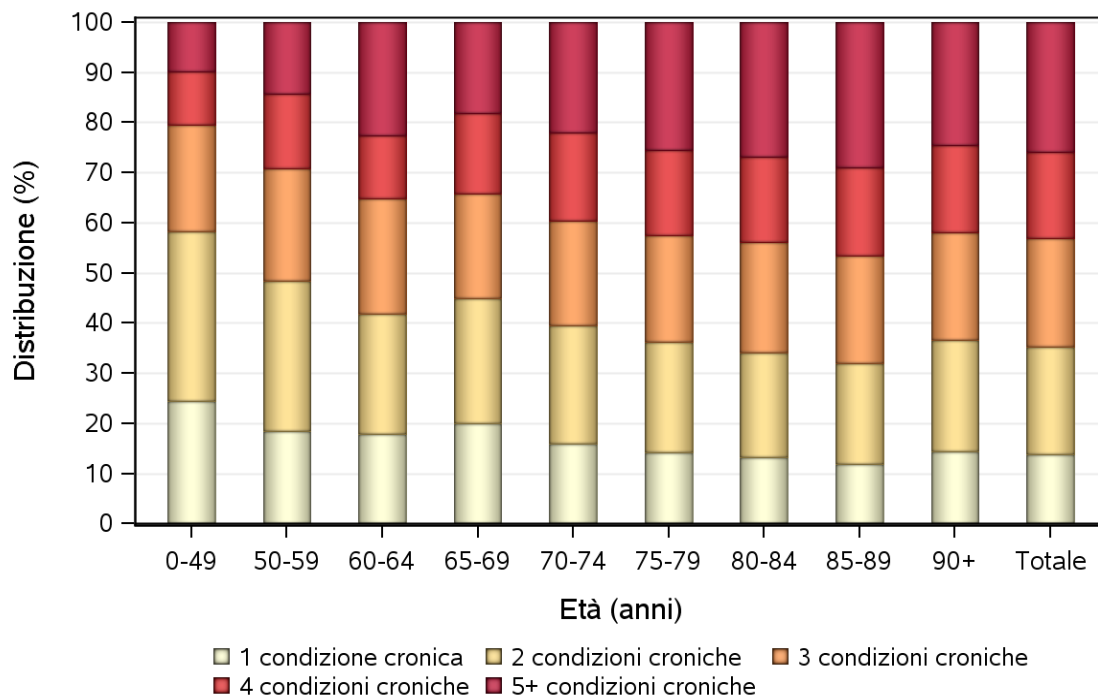


Figura 3.9.5 Assistenti con Demenze. Prevalenza delle principali comorbidity. Popolazione totale. Veneto, anno 2021.

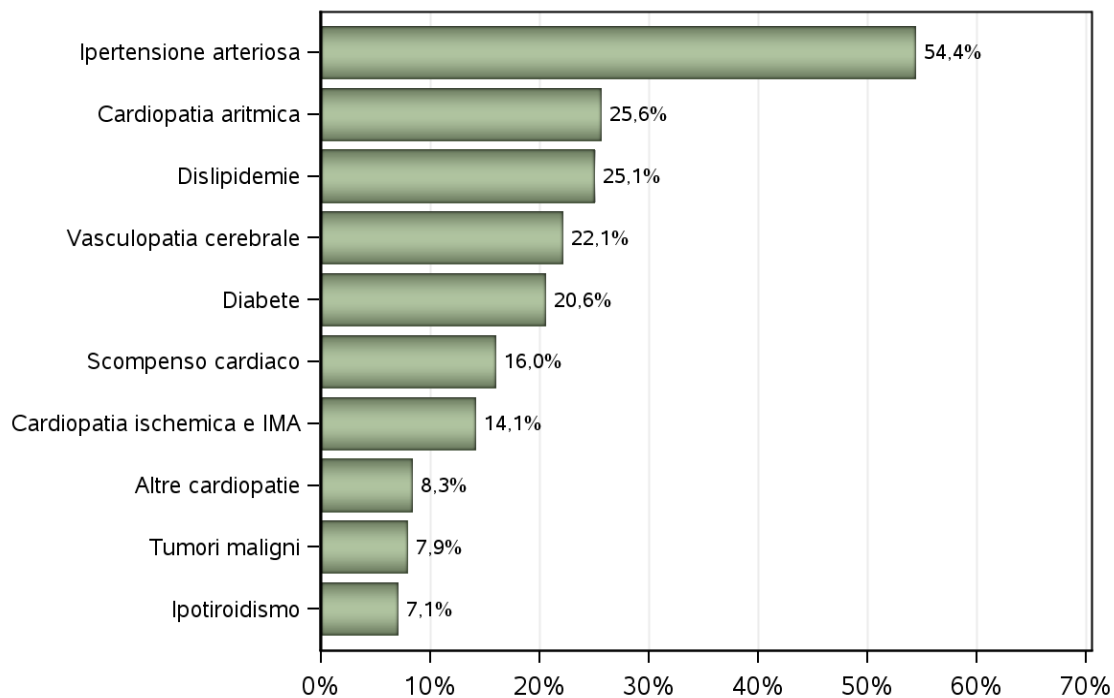


Figura 3.9.6 Assistiti con Demenze. Prevalenza delle principali comorbidità. Maschi. Veneto, anno 2021.

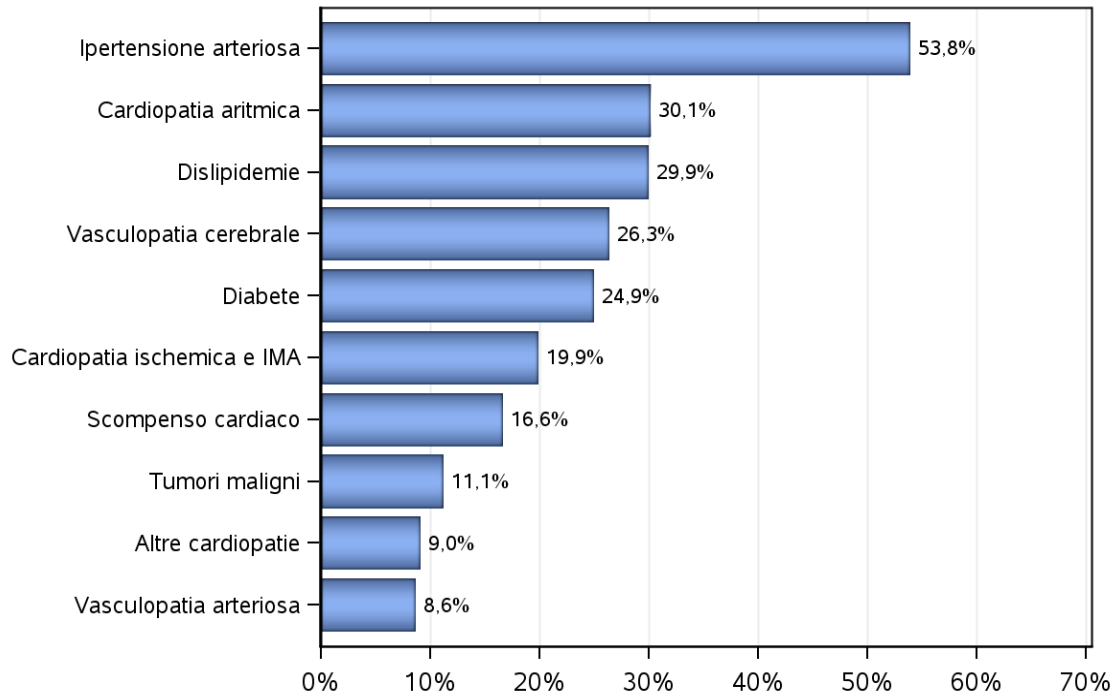
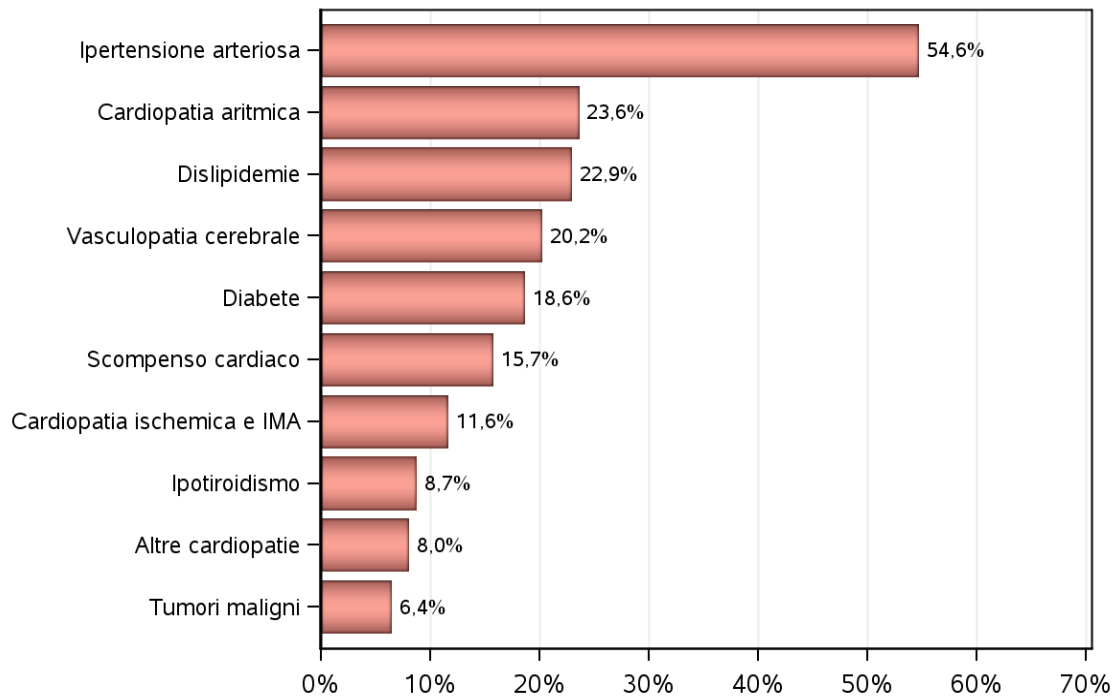


Figura 3.9.7 Assistiti con Demenze. Prevalenza delle principali comorbidità. Femmine. Veneto, anno 2021.



3.9.2 Malattia di Parkinson

La Malattia di Parkinson è una condizione cronica neurodegenerativa che coinvolge le cellule della substantia nigra deputate alla produzione di dopamina, neurotrasmettitore coinvolto nei circuiti che controllano i movimenti e l'equilibrio. La malattia ha un decorso lento, ma progressivo che coinvolge le funzioni motorie, vegetative, comportamentali e cognitive, con importanti conseguenze sulla qualità della vita di chi ne è affetto. I sintomi che la caratterizzano sono di tipo motorio (tremore a riposo, rigidità muscolare, bradicinesia, instabilità posturale), e di tipo non motorio, che possono precedere la comparsa di quelli motori (tra cui stipsi, disturbi urinari, dell'olfatto, del sonno, dell'umore, disturbi cognitivi, astenia e dolore).

Nella Regione del Veneto, nel 2021 sono risultate affette da Malattia di Parkinson oltre 17.700 persone, la maggior parte delle quali (89,7%) ha un'età superiore ai 65 anni e coinvolge prevalentemente il sesso maschile (53%) (Tabella 3.9.3). I tassi di prevalenza aumentano progressivamente con l'età e sono nettamente superiori nei maschi in tutte le classi d'età. Risultano affetti 8,9 soggetti ogni 1.000 abitanti per la fascia di età compresa tra i 70 e i 74 anni, 15,4 soggetti ogni 1.000 abitanti tra i 75 e i 79 anni, 21,4 soggetti ogni 1.000 abitanti tra gli 80 e i 84 anni. La prevalenza più elevata la si osserva negli assistiti di età compresa tra gli 85 e i 89 anni (23,2 soggetti ogni 1.000 abitanti) (Figura 3.9.8).

Confrontando il numero di assistiti e le prevalenze grezze a partire dal 2017 ad oggi si nota una certa stabilità (Tabella 2), confermata anche dai tassi di prevalenza standardizzati (Figura 3.9.9).

Le Aziende ULSS 6-Euganea, 7-Pedemontana e 9-Scaligera presentano un rapporto standardizzato di prevalenza superiore alla media regionale (Figura 3.9.10).

Negli assistiti di età compresa tra i 50 e 59 anni, il 50% presenta almeno un'altra condizione cronica oltre alla Malattia di Parkinson (Figura 3.9.11). Tale percentuale raggiunge il 70% nella fascia di età compresa tra i 65 e i 69 anni e il 90% negli ultraottantacinquenni.

Le patologie maggiormente rappresentate sono l'ipertensione arteriosa (47,1%), le dislipidemie (31,2%), le demenze (19,2%; 17% nei maschi, 21,6% nelle femmine), il diabete (19,1%) e le patologie cardiovascolari, tra cui la cardiopatia aritmica (18,8%) e la vasculopatia cerebrale (13,8%) (Figure 3.9.12, 3.9.13 e 3.9.14). Si evidenzia inoltre come la cardiopatia ischemica sia più frequente nel sesso maschile (15,1%), rispetto a quanto osservato nel sesso femminile (8,1%).

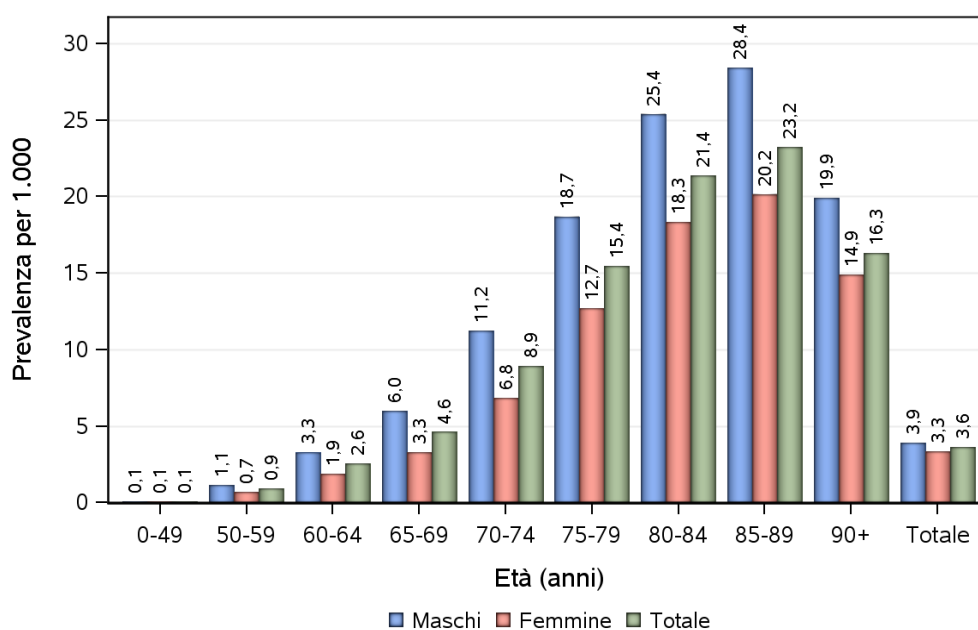
Nota metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di dimissione ospedaliera, Esenzione ticket e Assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta). Per maggiori dettagli consultare la Tabella "Malattie croniche" in Appendice.

Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 3.9.3 Assistiti con Malattia di Parkinson per classi di età e sesso. Veneto, anno 2021.

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-49	100	1,1	76	0,9	176	1,0
50-59	465	4,9	285	3,4	750	4,2
60-64	549	5,8	325	3,9	874	4,9
65-69	847	9,0	492	5,9	1.339	7,5
70-74	1.472	15,7	984	11,8	2.456	13,8
75-79	1.986	21,1	1.601	19,2	3.587	20,2
80-84	2.184	23,2	2.082	25,0	4.266	24,0
85-89	1.331	14,2	1.580	18,9	2.911	16,4
90+	469	5,0	917	11,0	1.386	7,8
Totale	9.403	100,0	8.342	100,0	17.745	100,0

Figura 3.9.8 Assistiti con Malattia di Parkinson. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2021.**Tabella 3.9.4** Assistiti con Malattia di Parkinson. Valori assoluti e tassi grezzi di prevalenza per anno e sesso (per 1.000). Veneto, anni 2017-2021.

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev
Maschi	9.119	3,7	9.355	3,9	9.558	4,0	9.567	4,0	9.403	3,9
Femmine	8.760	3,4	8.775	3,5	8.738	3,5	8.605	3,4	8.342	3,3
Totale	17.879	3,6	18.130	3,7	18.296	3,7	18.172	3,7	17.745	3,6

Figura 3.9.9 Assisti con Malattia di Parkinson. Tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per sesso (per 1.000). Veneto, anni 2017-2021. (Popolazione standard: Veneto 2019)

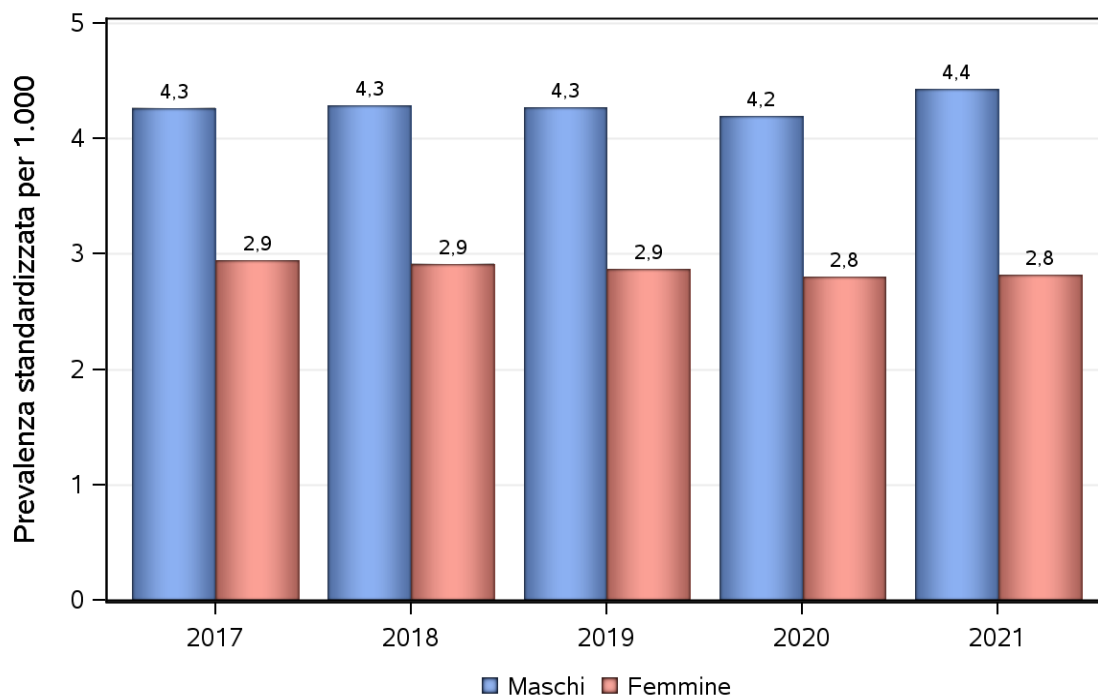


Figura 3.9.10 Assisti con Malattia di Parkinson. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2021. (Popolazione standard: Veneto 2021)

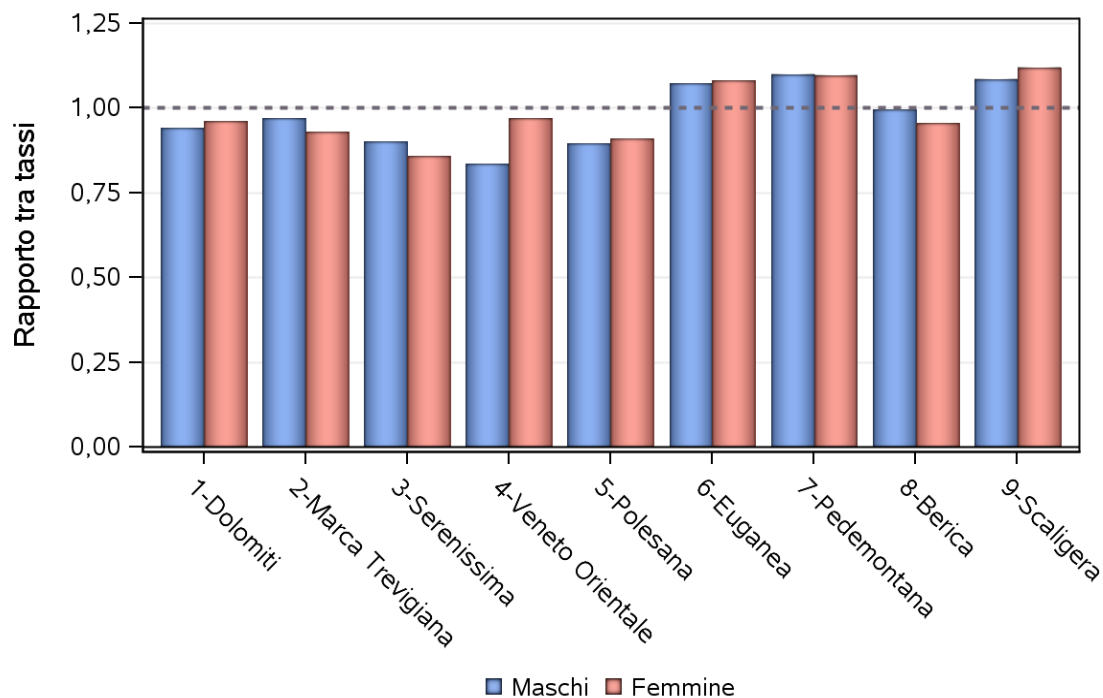


Figura 3.9.11 Assistenti con Malattia di Parkinson per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2021.

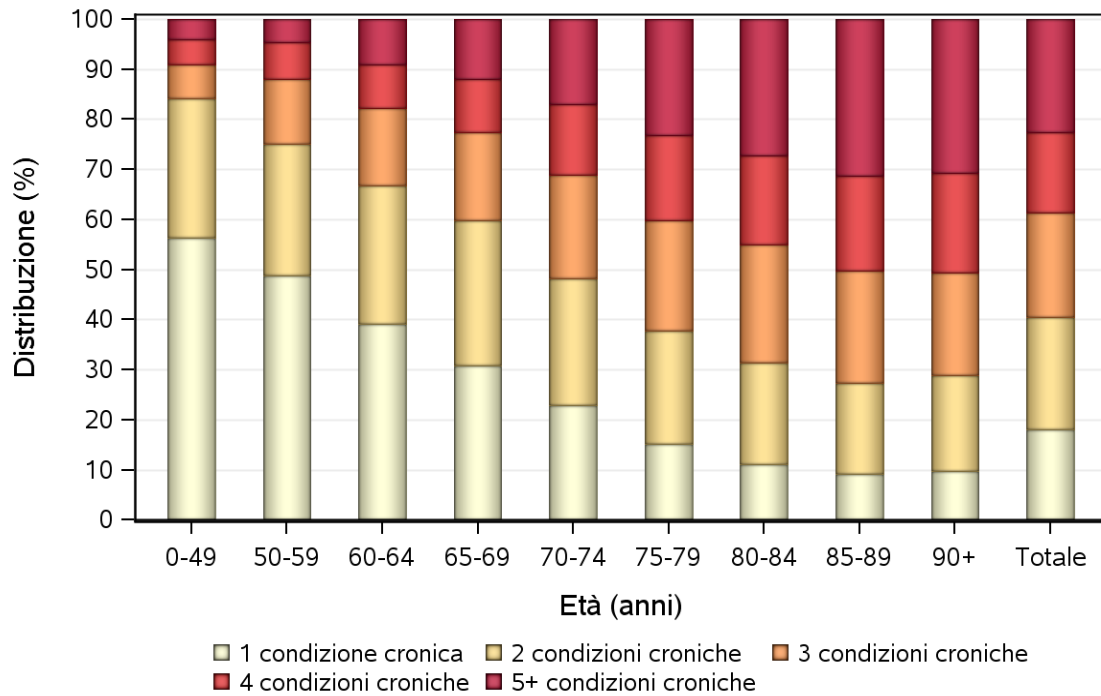


Figura 3.9.12 Assistenti con Malattia di Parkinson. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2021.

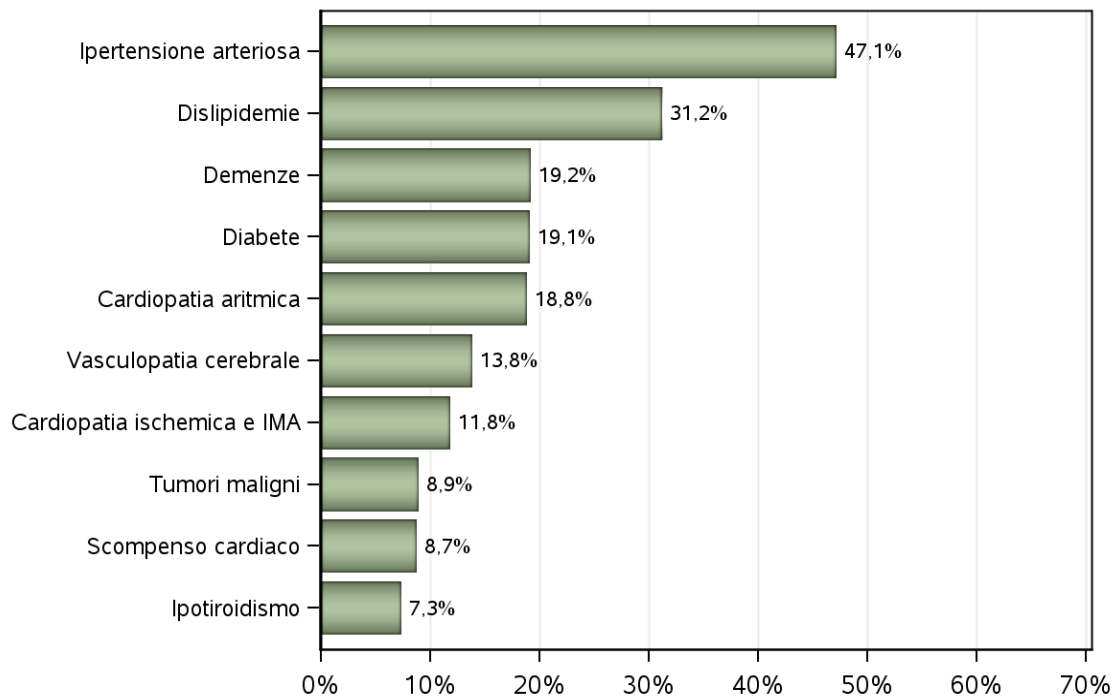


Figura 3.9.13 Assistiti con Malattia di Parkinson. Prevalenza delle principali comorbidità. Maschi. Veneto, anno 2021.

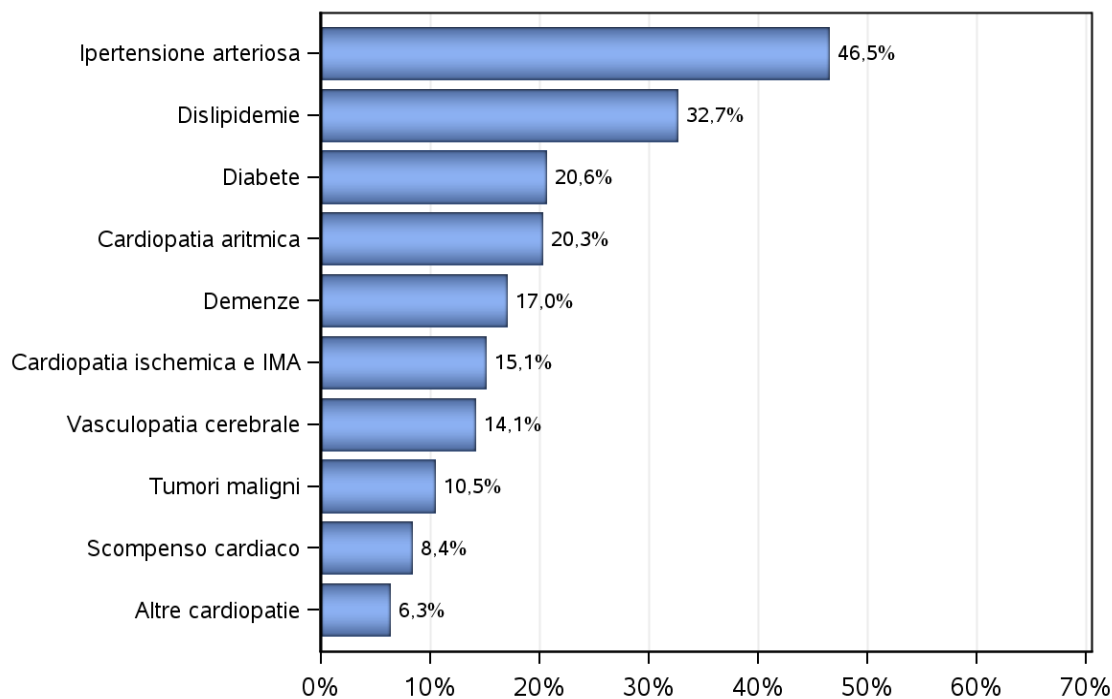
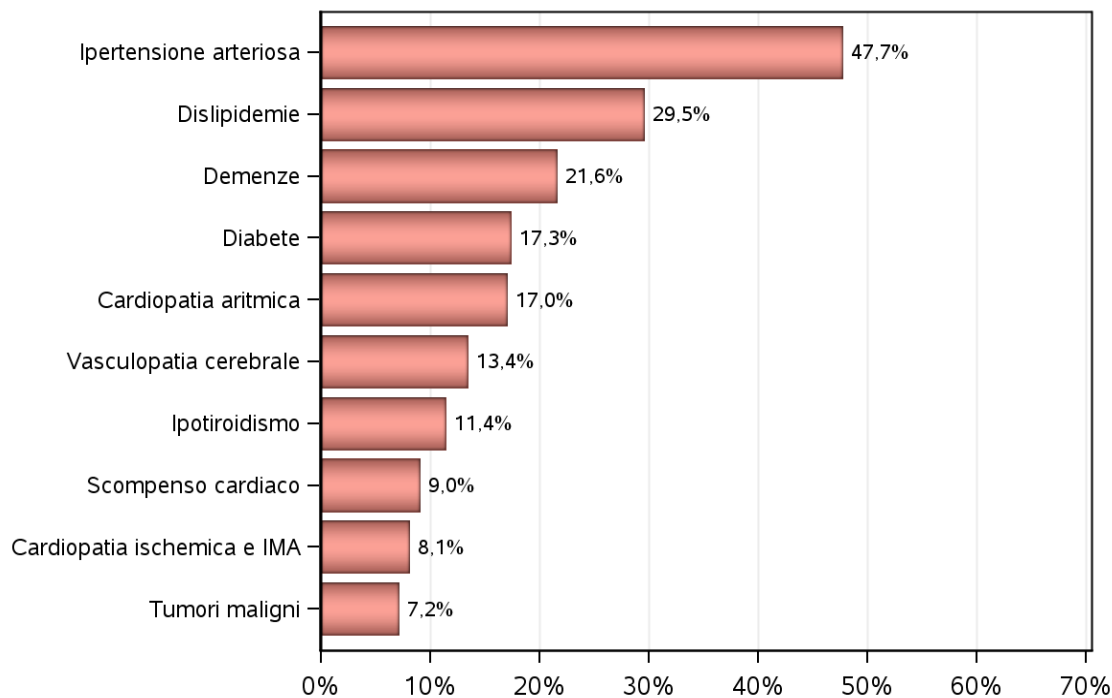


Figura 3.9.14 Assistiti con Malattia di Parkinson. Prevalenza delle principali comorbidità. Femmine. Veneto, anno 2021.



3.9.3 Sclerosi multipla

La Sclerosi multipla è una malattia cronica neurodegenerativa infiammatoria progressiva. È caratterizzata dalla distruzione della guaina mielinica che isola le fibre nervose del sistema nervoso centrale. Il processo di demielinizzazione può determinare danni o perdita della mielina e la formazione di lesioni (placche) che possono evolvere da una fase infiammatoria iniziale a una fase cronica. La prognosi è molto variabile: la forma più comune è caratterizzata da fasi in cui la patologia si manifesta, intervallata da fasi di remissione di diversa durata. Nelle prime fasi della malattia la regressione dei segni risulta pressoché completa, ma con il passare del tempo i sintomi persistono sempre più a lungo con la comparsa di una disabilità progressiva.

Nella Regione del Veneto, nel 2021 sono risultate affette da Sclerosi Multipla 9.779 persone, la maggior parte delle quali hanno un'età compresa tra i 35 e i 64 anni (69,6%), e sono di sesso femminile (67,7%) (Tabella 3.9.5).

Nelle fasce di età 35-44 e 45-54 anni i tassi grezzi di prevalenza per il sesso maschile si mantengono stabili (leggermente al di sopra dei 200 assistiti ogni 100.000 abitanti), mentre per il sesso femminile, tali tassi crescono da 429 a 459 ogni 100.000 abitanti (Figura 3.9.15). In entrambi i sessi i tassi grezzi tornano a ridursi nella fascia di età 65-74 anni (133 assistiti ogni 100.000 nei maschi e 260 nelle femmine).

Confrontando il numero di assistiti a partire dal 2017 ad oggi si nota un progressivo incremento del numero di soggetti affetti da Sclerosi multipla, confermato dai dati di prevalenza standardizzati (Tabella 3.9.6, Figura 3.9.16) che, a differenza di altre patologie neurodegenerative, non ha risentito particolarmente degli effetti della pandemia da COVID-19.

Le Aziende ULSS 1-Dolomiti, 3-Serenissima 5-Polesana e 6-Euganea presentano un rapporto standardizzato di prevalenza superiore alla media regionale (Figura 3.9.17).

La presenza di comorbidità diventa progressivamente più frequente con l'aumentare dell'età. A partire dai 65 anni si rileva la presenza di 3 o più patologie compresenti in oltre il 39% dei casi. Tra le patologie più frequenti: l'ipertensione arteriosa (11,4%) e le dislipidemie (9,6%) (Figure 3.9.18 e 3.9.19). Stratificando per sesso, le donne presentano con maggior frequenza patologie a carico della tiroide (ipotiroidismo 9,8%); i maschi diabete (5,8%) e malattie cerebrovascolari (4,2%) (Figure 3.9.20 e 3.9.21).

Nota metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di dimissione ospedaliera, Esenzione ticket e Cure domiciliari. Per maggiori dettagli consultare la Tabella "Malattie croniche" in Appendice. Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 3.9.5 Assistiti con Sclerosi multipla per classi di età e sesso. Veneto, anno 2021.

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-34	451	14,3	812	12,3	1.263	12,9
35-44	614	19,4	1.236	18,7	1.850	18,9
45-54	856	27,1	1.816	27,4	2.672	27,3
55-64	721	22,8	1.563	23,6	2.284	23,4
65-74	364	11,5	766	11,6	1.130	11,6
75-84	136	4,3	358	5,4	494	5,1
85+	16	0,5	70	1,1	86	0,9
Totale	3.158	100,0	6.621	100,0	9.779	100,0

Figura 3.9.15 Assistiti con Sclerosi multipla. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100.000). Veneto, anno 2021.

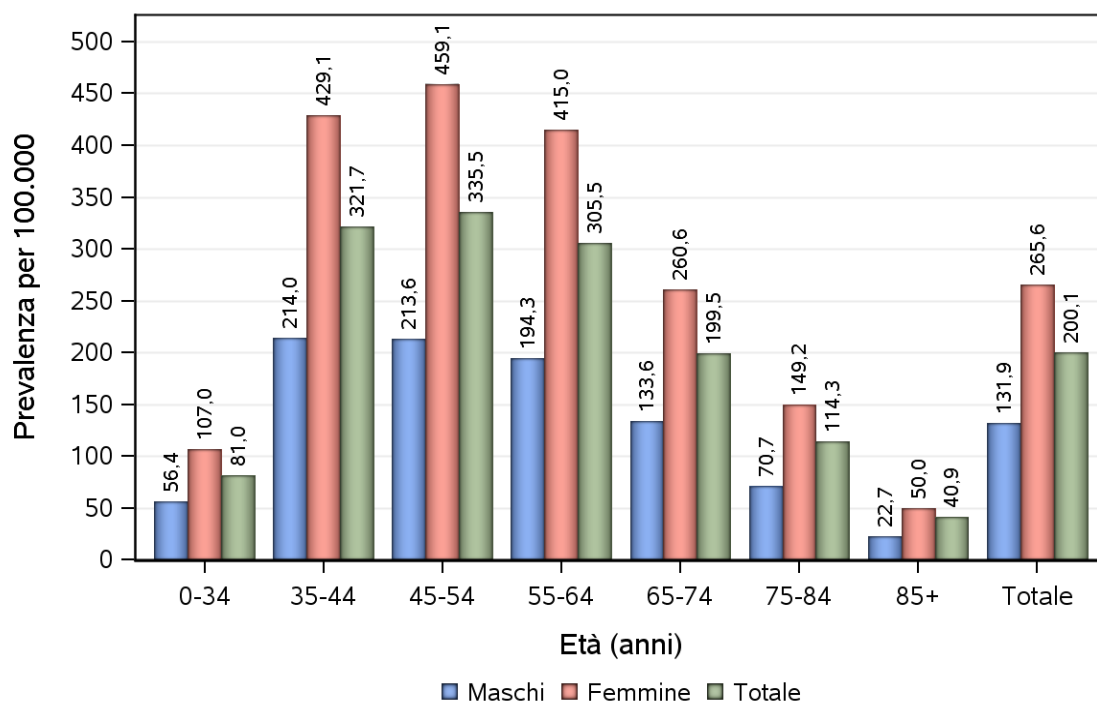


Tabella 3.9.6 Assistiti con Sclerosi multipla. Valori assoluti e tassi grezzi di prevalenza per anno e sesso (per 100.000). Veneto, anni 2017-2021.

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev
Maschi	2.777	114,2	2.896	119,3	3.009	124,4	3.060	127,1	3.158	131,9
Femmine	5.815	228,9	6.030	238,0	6.264	248,3	6.428	256,2	6.621	265,6
Totale	8.592	172,8	8.926	180,0	9.273	187,6	9.488	193,0	9.779	200,1

Figura 3.9.16 Assistiti con Sclerosi multipla. Tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2017-2021. (Popolazione standard: Veneto 2019)

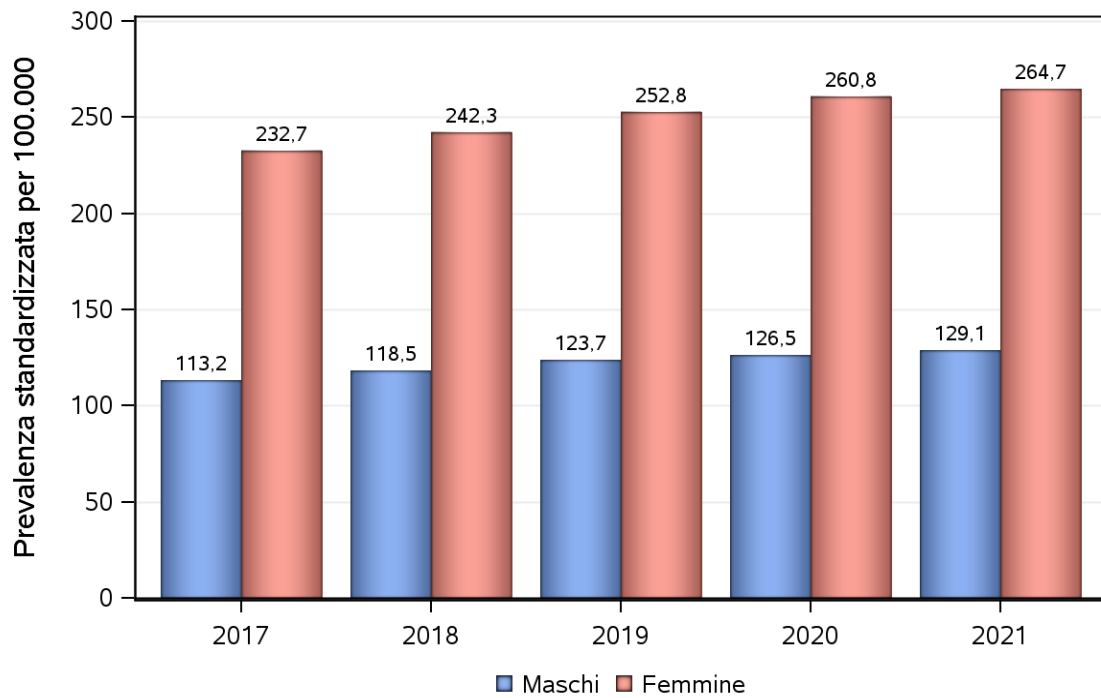


Figura 3.9.17 Assistiti con Sclerosi multipla. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2021. (Popolazione standard: Veneto 2021)

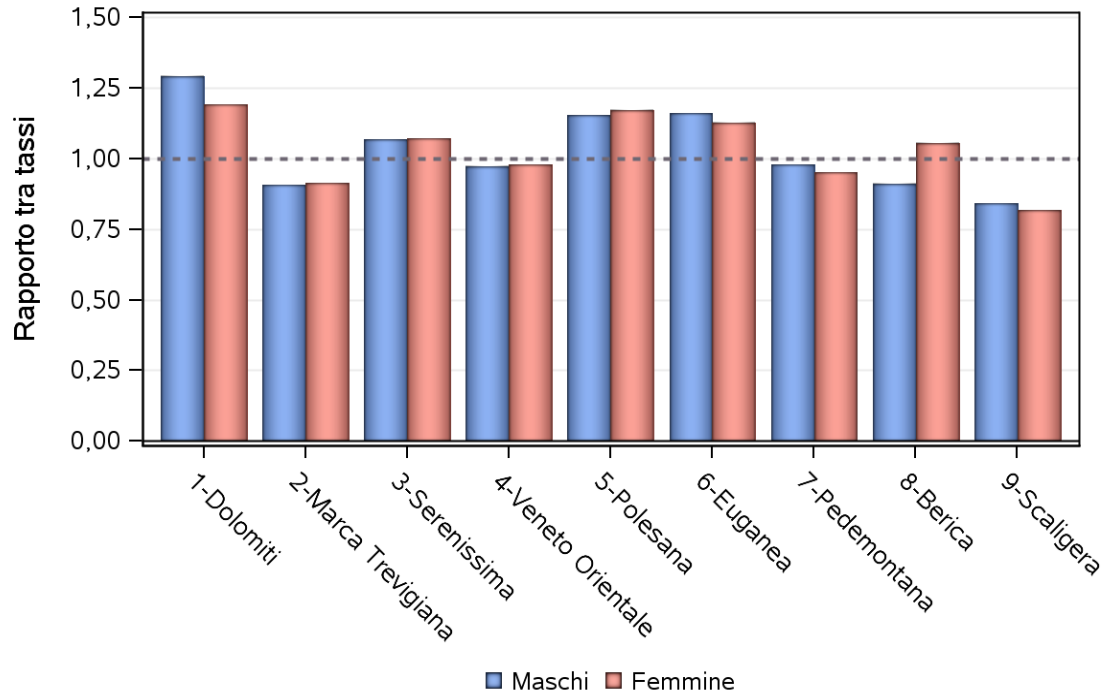


Figura 3.9.18 Assistenti con Sclerosi multipla per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2021.

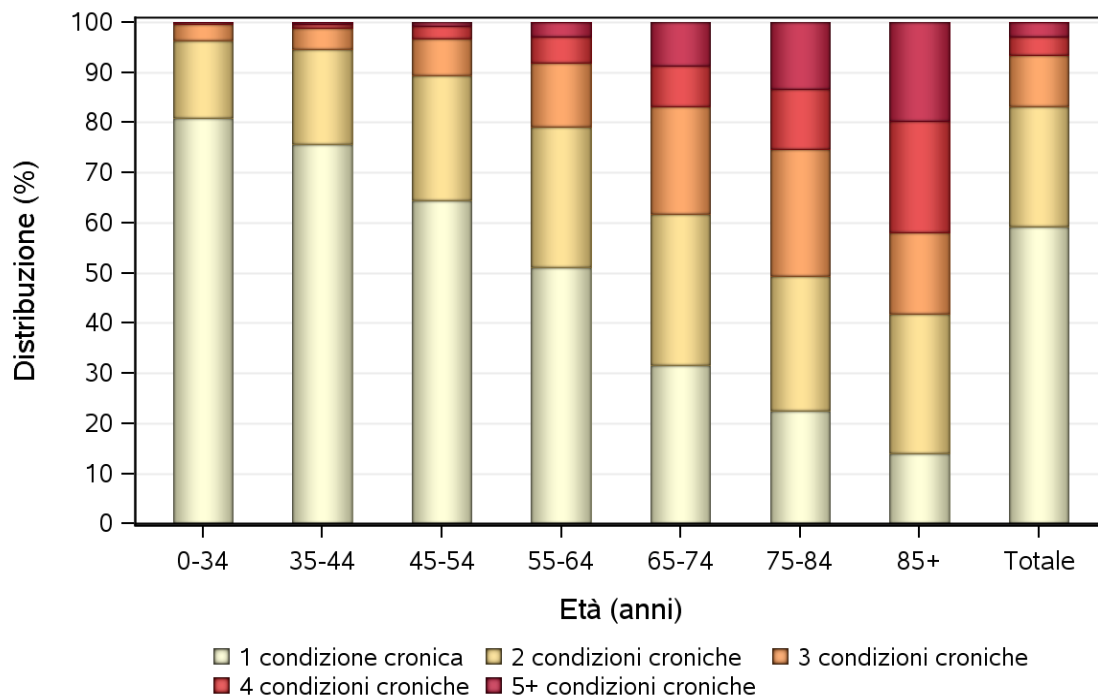


Figura 3.9.19 Assistenti con Sclerosi multipla. Prevalenza delle principali comorbidity. Popolazione totale. Veneto, anno 2021.

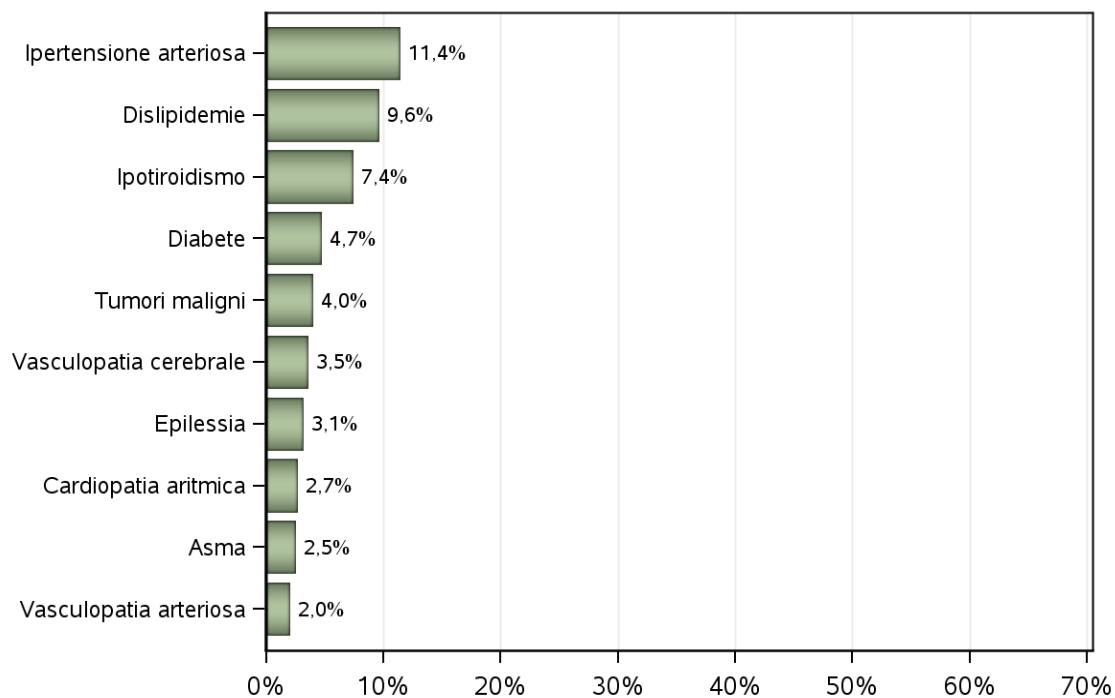


Figura 3.9.20 Assistiti con Sclerosi multipla. Prevalenza delle principali comorbidità. Maschi. Veneto, anno 2021.

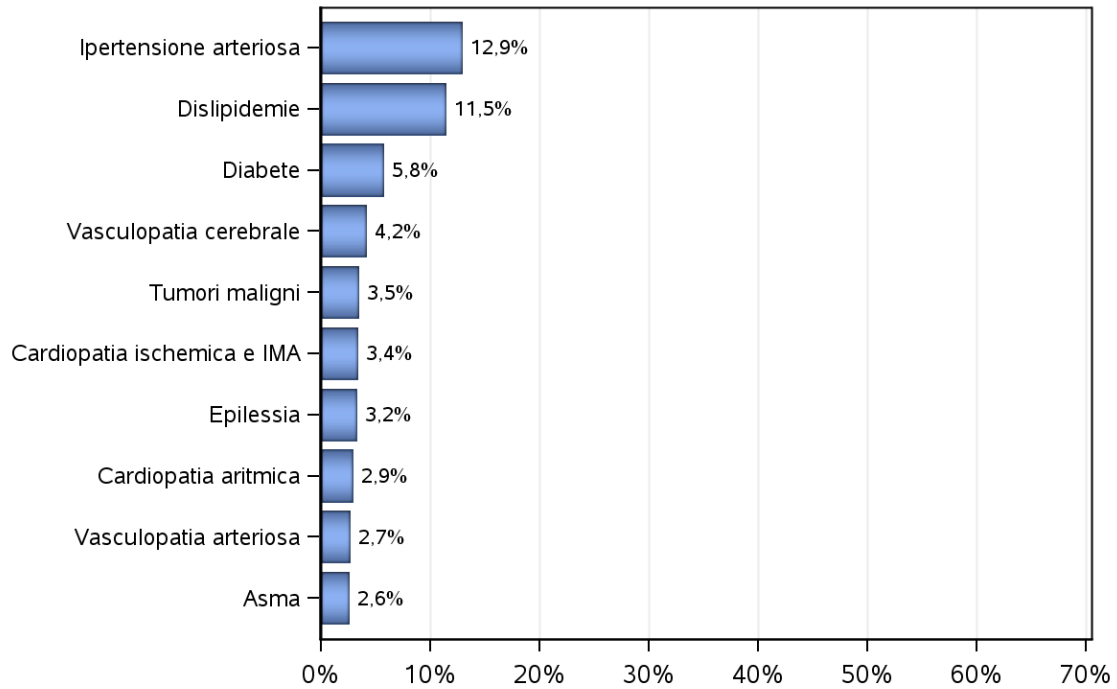
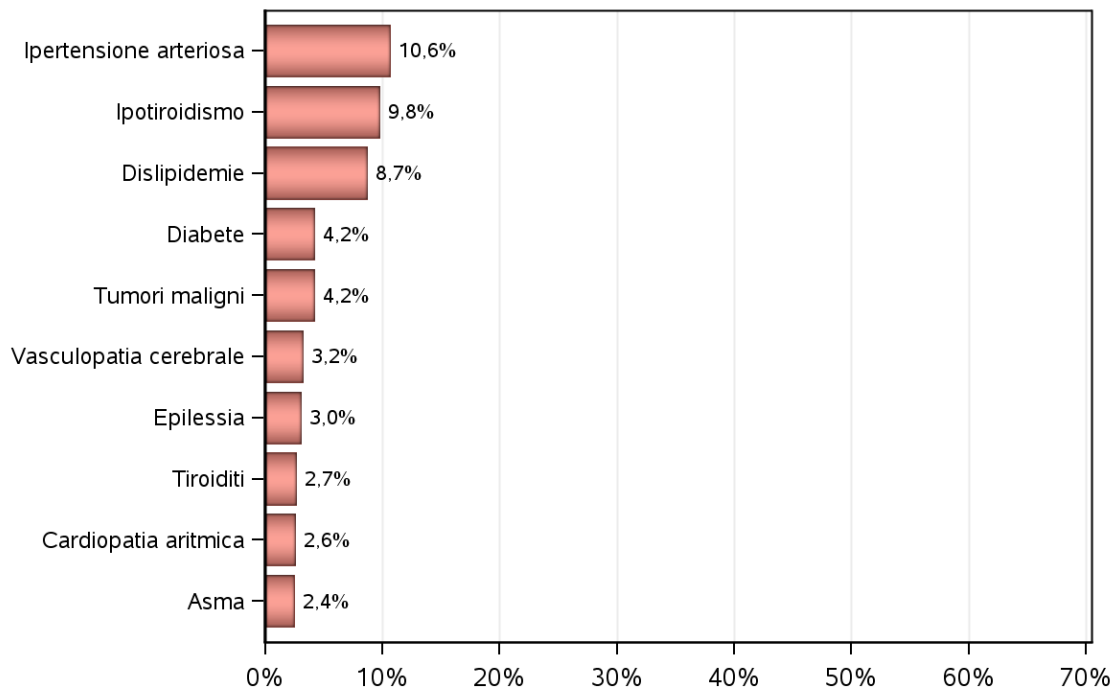


Figura 3.9.21 Assistiti con Sclerosi multipla. Prevalenza delle principali comorbidità. Femmine. Veneto, anno 2021



Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252
 E-mail: ser@azero.veneto.it

3.10 Insufficienza renale cronica

Ogni anno in Veneto circa 600 pazienti affetti da insufficienza renale cronica in stadio terminale iniziano il trattamento renale sostitutivo (emodialisi, dialisi peritoneale o trapianto). Le patologie renali che portano alla dialisi o al trapianto sono differenti in base all'età di insorgenza della malattia: la nefropatia diabetica e quella dovuta a problemi vascolari colpiscono maggiormente le classi adulto-anziane, mentre malattie renali di origine varia e glomerulonefriti primitive sono più frequenti nei giovani. Nel 2020, in circa il 45% dei casi non è stata diagnosticata la causa dell'insufficienza renale terminale. La terapia iniziale nei pazienti incidenti è per lo più emodialisi (74%).

La prevalenza dell'insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo, calcolata come rapporto tra il numero di pazienti affetti da questa malattia, viventi al 31 dicembre di ciascun anno e la popolazione residente al 1° gennaio (fornita da ISTAT), è rimasta stabile intorno a 1.000 pazienti per milione (pmp). Il quadro si mantiene stabilmente impegnativo per il sistema sanitario regionale in termini di consumo di risorse umane, economiche e sociali. Negli ultimi 5 anni, i soggetti di età <25 anni hanno mantenuto un tasso di prevalenza intorno a 300 pmp, mentre la classe 25-44 anni ha visto crescere in modo rapido il proprio tasso di prevalenza, superando 1.200 pmp nel 2020.

La glomerulonefrite primitiva si conferma la prima causa di insufficienza renale cronica tra i pazienti prevalenti, seguita da nefropatie legate ad ipertensione e diabete, quasi raddoppiate nel corso dell'ultimo ventennio. Il tipo di terapia sostitutiva seguita dai pazienti prevalenti è nella maggior parte dei casi l'emodialisi (46% nel 2020), seguita dal trapianto renale (42%) e dalla dialisi peritoneale (12%). Si noti che, nei primi anni Duemila, solo il 33% dei prevalenti era trapiantato.

In Veneto si registrano in media circa 600 decessi annui tra i pazienti in trattamento sostitutivo, quasi lo stesso numero di pazienti incidenti. Il tasso di mortalità nel periodo 2000-2020 è 106 pmp. Nel 2020, anche a causa dell'epidemia da Sars-Cov2, si è registrato un picco di decessi (130 pmp). Il 73% dei pazienti deceduti nel 2020 era in emodialisi, il 12% in dialisi peritoneale e il 15% era trapiantato. L'aumento della mortalità osservato nei trapiantati è probabilmente legato all'esito dei numerosi trapianti effettuati nella regione a fine anni '90, dopo oltre 20 anni.

Nota metodologica

Fonte informativa: Registro Veneto Dialisi e Trapianto, anni 2000-2020

Figura 3.10.1 Tasso di incidenza e di mortalità (pmp) della malattia renale cronica in trattamento sostitutivo. Veneto, anni 2000-2020.

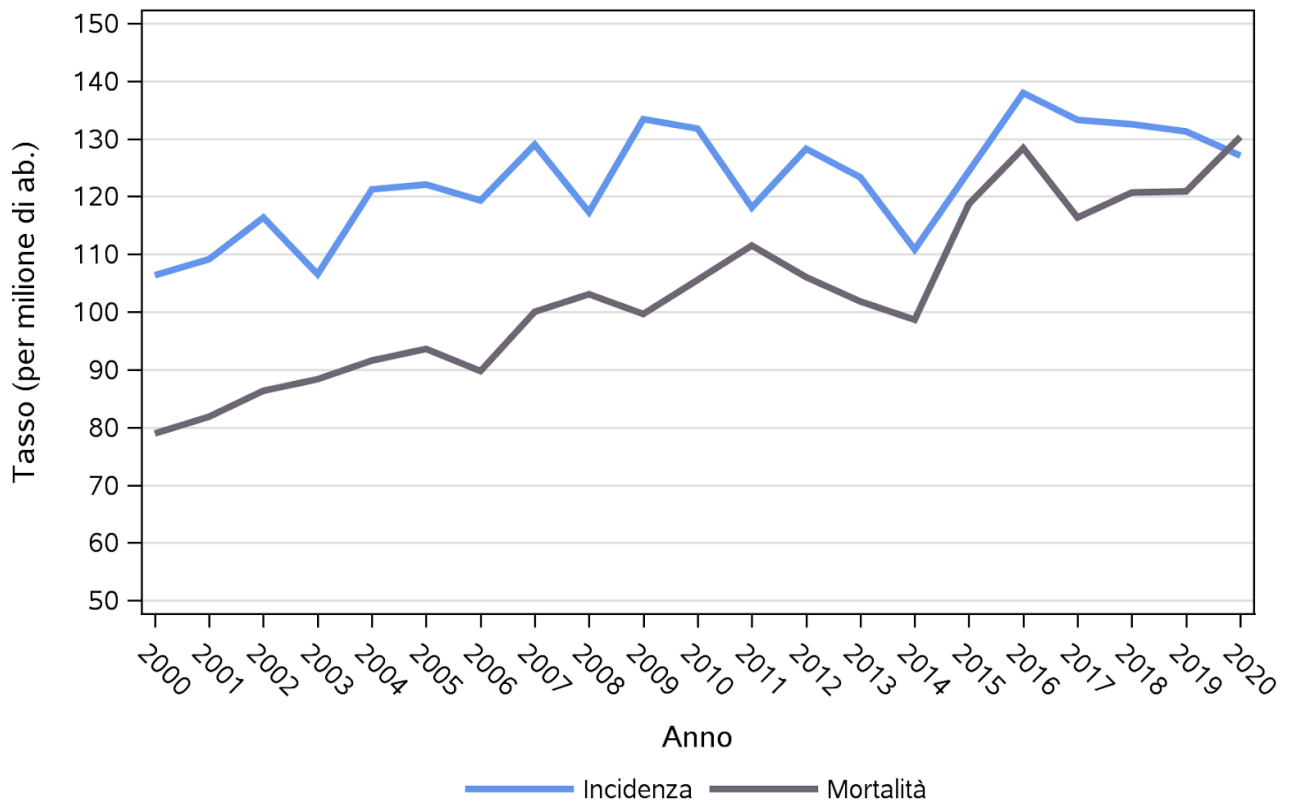


Figura 3.10.2 Numero di pazienti con malattia renale cronica prevalenti a fine anno, per tipologia di ultimo trattamento sostitutivo. Veneto, anni 2000-2020.

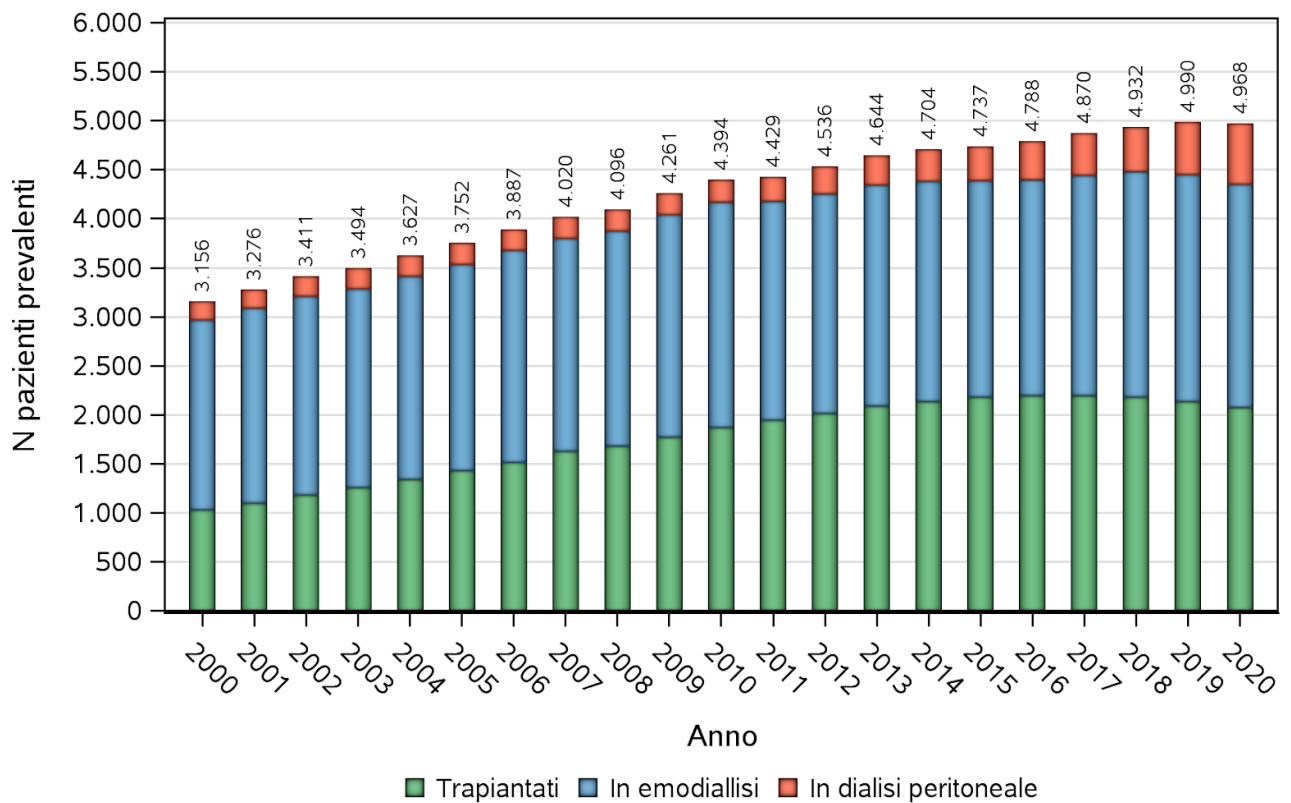
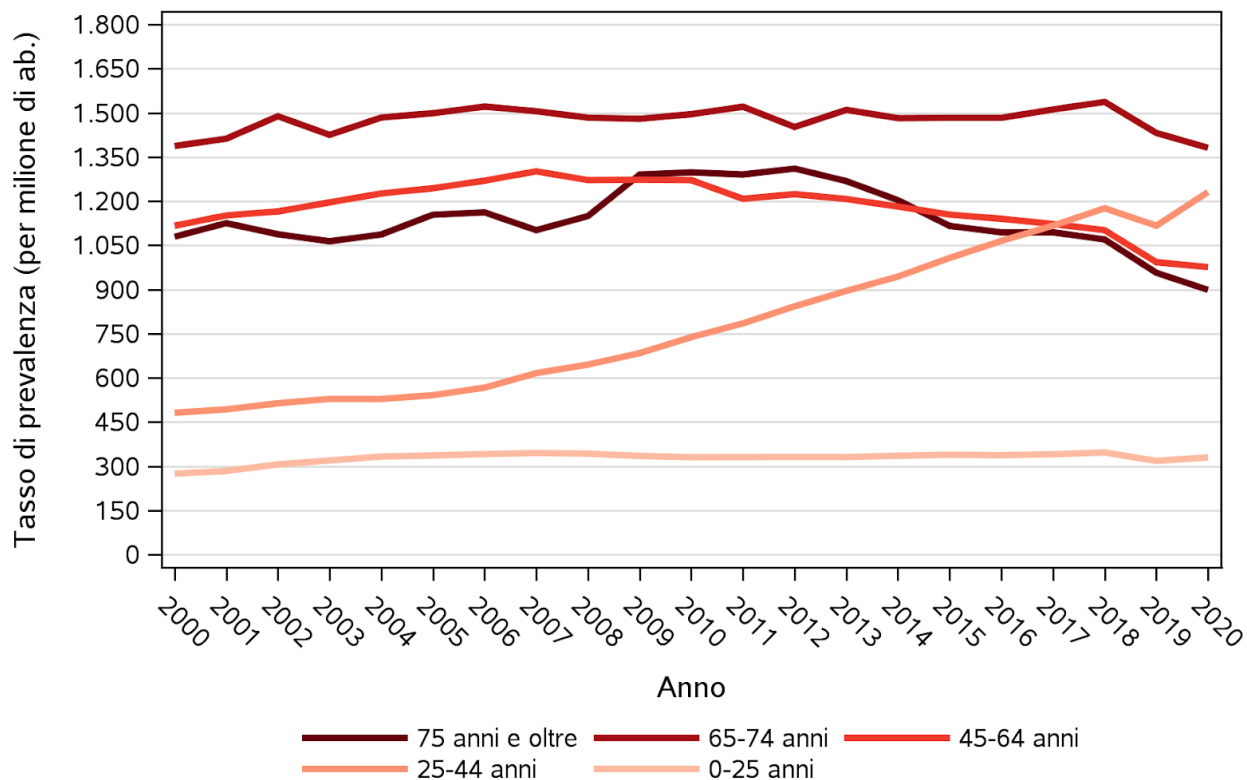


Figura 3.10.3 Tasso di prevalenza (pmp) nei pazienti con malattia renale cronica in trattamento sostitutivo, per classe d'età. Veneto, anni 2000-2020.



Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Registro Veneto di Dialisi e Trapianto
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252
 E-mail: registro.dialisi@azero.veneto.it

3.11 Salute mentale

La prevalenza di alcune patologie psichiatriche in Veneto (disturbo bipolare, depressione, schizofrenia) è di seguito descritta, identificando i soggetti a partire dai codici di diagnosi selezionati nei rispettivi PDTA nazionali.

Di seguito vengono riportati dati descrittivi sulla distribuzione per sesso, età, e ULSS di residenza delle singole patologie; va inoltre sottolineato come spesso i pazienti abbiano più diagnosi psichiatriche compresenti, oltre ad essere frequentemente affetti da molteplici altre comorbidità, che però non verranno approfondite nella presente relazione.

I soggetti affetti da disturbo bipolare sono circa 13.700, con una prevalenza maggiore nel sesso femminile; in Figura 3.11.1 si può osservare come la forbice tra i sessi tenda ad allargarsi progressivamente con l'età, fino ai 75 anni. In ragione della differente struttura demografica nei maschi e nelle femmine (la popolazione femminile è più rappresentata nelle classi di età più avanzate), tra le donne affette da disturbo bipolare, il 35% è ultrasessantacinquenne, in confronto al 25,8% degli uomini (Tabella 3.11.1). La prevalenza è stabile nel tempo, e risulta maggiore nell'ULSS 8-Berica e minore nella 4-Veneto Orientale e nella 5-Polesana (Tabella 3.11.2 e Figure 3.11.2, 3.11.3).

La diagnosi di schizofrenia interessa circa 24.000 residenti in Veneto, con un andamento stabile nel tempo che ha visto una lieve flessione solo nel 2021 (Tabella 3.11.4). La prevalenza fino ai 55 anni è nettamente più alta tra gli uomini, mentre dopo i 55 anni questa tendenza si inverte (Figura 3.11.4). Oltre il 57% dei pazienti di sesso maschile ha un'età compresa tra i 19 e i 54 anni, mentre nelle stesse classi d'età sono presenti poco meno del 41% delle donne affette da schizofrenia (Tabella 3.11.3). Rispetto al dato regionale, la prevalenza risulta maggiore nelle ULSS 1-Dolomiti, 2-Marca Trevigiana e 6-Euganea, mentre valori più bassi si osservano in particolare nella 9-Scaligera (Figura 3.11.6).

La depressione rappresenta la patologia psichiatrica più diffusa (circa 37.000 pazienti), pur con una prevalenza che tende a ridursi nel periodo di osservazione (Tabella 3.11.6, Figura 3.11.8). La prevalenza è nettamente superiore tra le donne in tutte le classi di età e cresce progressivamente fino ai 75-84 anni, dove si apprezza la maggior differenza tra i sessi (Figura 3.11.7); quasi il 42% dei soggetti di sesso femminile con diagnosi di depressione ha un'età superiore o uguale a 65 anni. (Tabella 3.11.5). A livello territoriale, la prevalenza è nettamente più elevata nell'ULSS 1-Dolomiti in entrambi i sessi rispetto a quella osservata nella Regione del Veneto (Figura 3.11.9).

Nota metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di dimissione ospedaliera, Esenzione ticket e Assistenza psichiatrica territoriale. Per maggiori dettagli consultare la Tabella "Malattie croniche" in Appendice. Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Disturbo bipolare

Tabella 3.11.1 Assistiti con Disturbo bipolare per classi di età e sesso. Veneto, anno 2021.

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-18	101	1,7	143	1,8	244	1,8
19-34	774	13,3	717	9,1	1.491	10,9
35-44	708	12,2	802	10,2	1.510	11,0
45-54	1.286	22,2	1.591	20,2	2.877	21,0
55-64	1.434	24,7	1.899	24,1	3.333	24,3
65-74	925	15,9	1.551	19,7	2.476	18,1
75-84	464	8,0	908	11,5	1.372	10,0
85+	113	1,9	272	3,5	385	2,8
Totale	5.805	100,0	7.883	100,0	13.688	100,0

Figura 3.11.1 Assistiti con Disturbo bipolare. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2021.

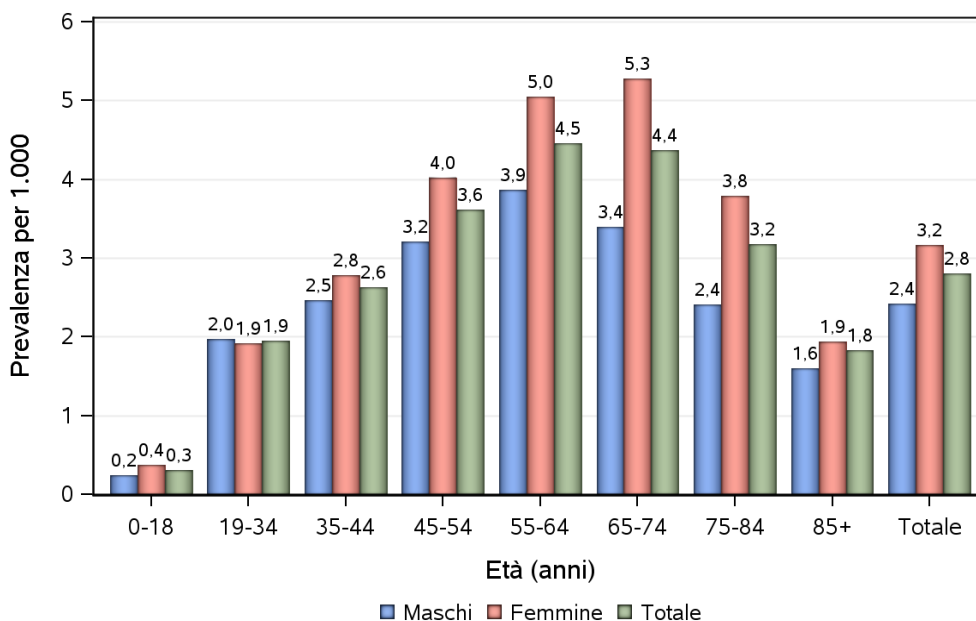


Tabella 3.11.2 Assistiti con Disturbo bipolare. Valori assoluti e tassi grezzi di prevalenza per anno e sesso (per 1.000). Veneto, anni 2017-2021.

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev
Maschi	5.548	2,3	5.673	2,3	5.793	2,4	5.841	2,4	5.805	2,4
Femmine	7.930	3,1	8.025	3,2	8.045	3,2	7.980	3,2	7.883	3,2
Totale	13.478	2,7	13.698	2,8	13.838	2,8	13.821	2,8	13.688	2,8

Figura 3.11.2 Assistenti con Disturbo bipolare. Tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per sesso (per 1.000). Veneto, anni 2017-2021. (Popolazione standard: Veneto 2019)

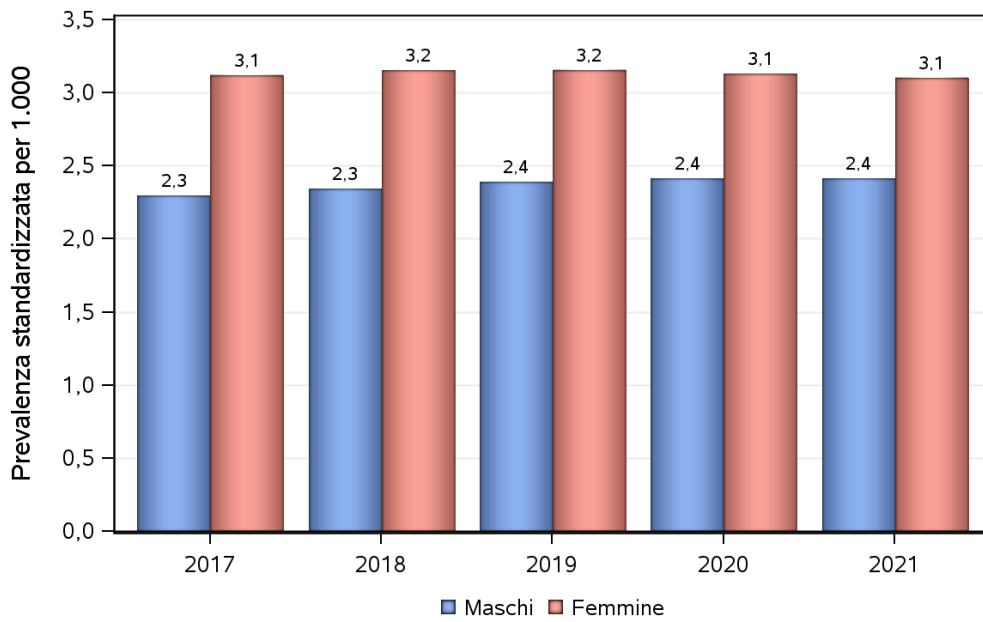
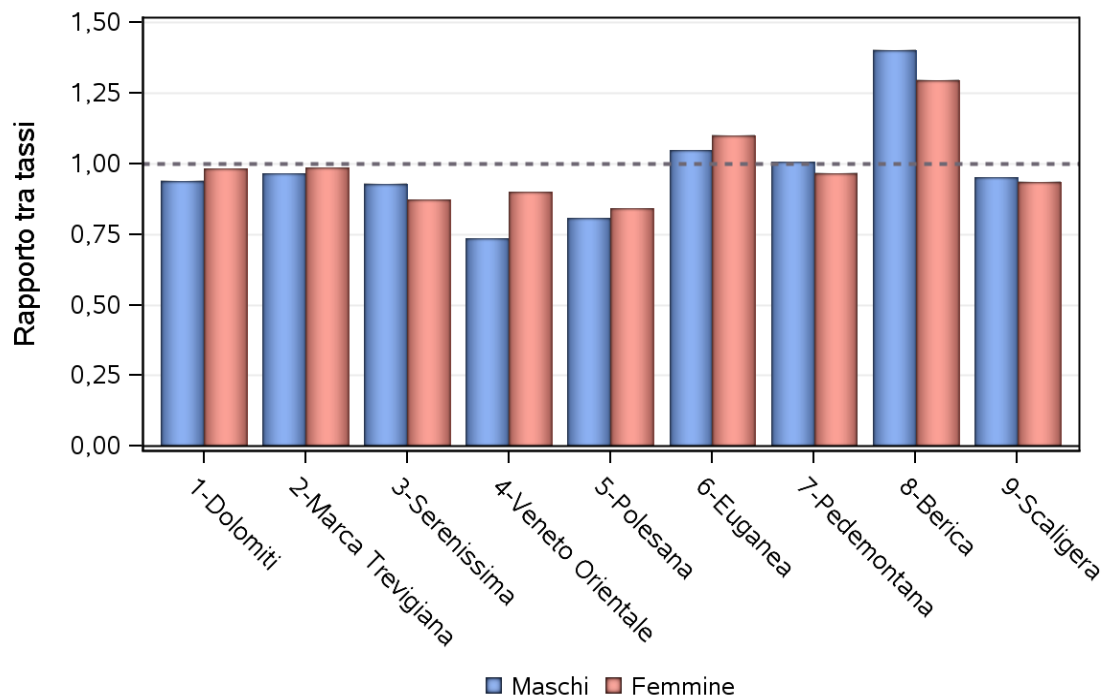


Figura 3.11.3 Assistenti con Disturbo bipolare. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2021. (Popolazione standard: Veneto 2021)



Schizofrenia

Tabella 3.11.3 Assistiti con Schizofrenia per classi di età e sesso. Veneto, anno 2021.

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-18	62	0,5	61	0,5	123	0,5
19-34	1.776	14,8	836	7,3	2.612	11,1
35-44	1.931	16,1	1.304	11,4	3.235	13,8
45-54	3.143	26,3	2.543	22,1	5.686	24,2
55-64	2.746	23,0	2.964	25,8	5.710	24,3
65-74	1.530	12,8	2.055	17,9	3.585	15,3
75-84	631	5,3	1.301	11,3	1.932	8,2
85+	144	1,2	424	3,7	568	2,4
Totale	11.963	100,0	11.488	100,0	23.451	100,0

Figura 3.11.4 Assistiti con Schizofrenia. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2021.

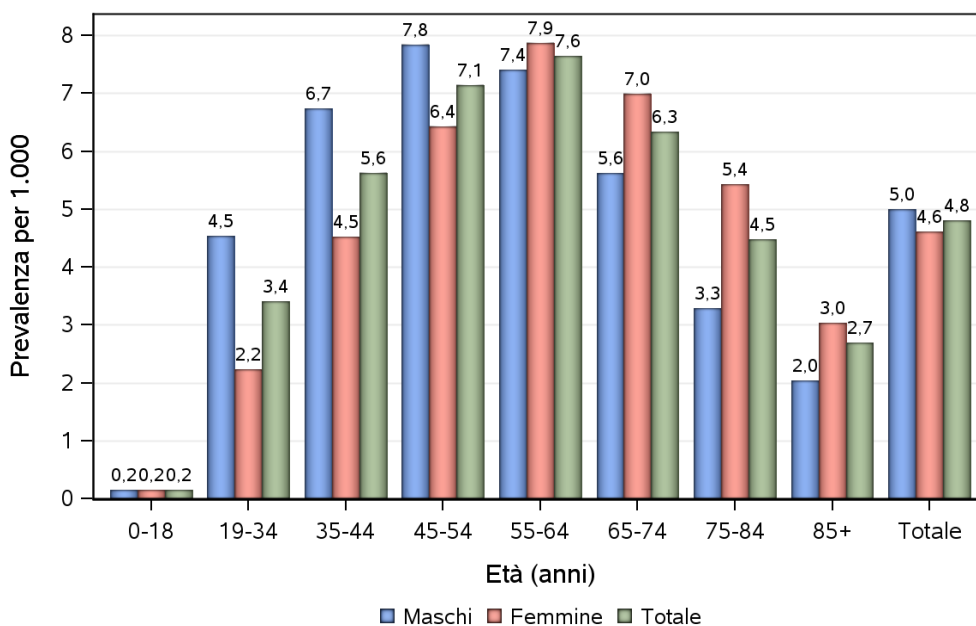


Tabella 3.11.4 Assistiti con Schizofrenia. Valori assoluti e tassi grezzi di prevalenza per anno e sesso (per 1.000). Veneto, anni 2017-2021.

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev
Maschi	12.166	5,0	12.217	5,0	12.302	5,1	12.281	5,1	11.963	5,0
Femmine	11.904	4,7	11.811	4,7	11.901	4,7	11.822	4,7	11.488	4,6
Totale	24.070	4,8	24.028	4,8	24.203	4,9	24.103	4,9	23.451	4,8

Figura 3.11.5 Assistiti con Schizofrenia. Tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per sesso (per 1.000). Veneto, anni 2017-2021. (Popolazione standard: Veneto 2019)

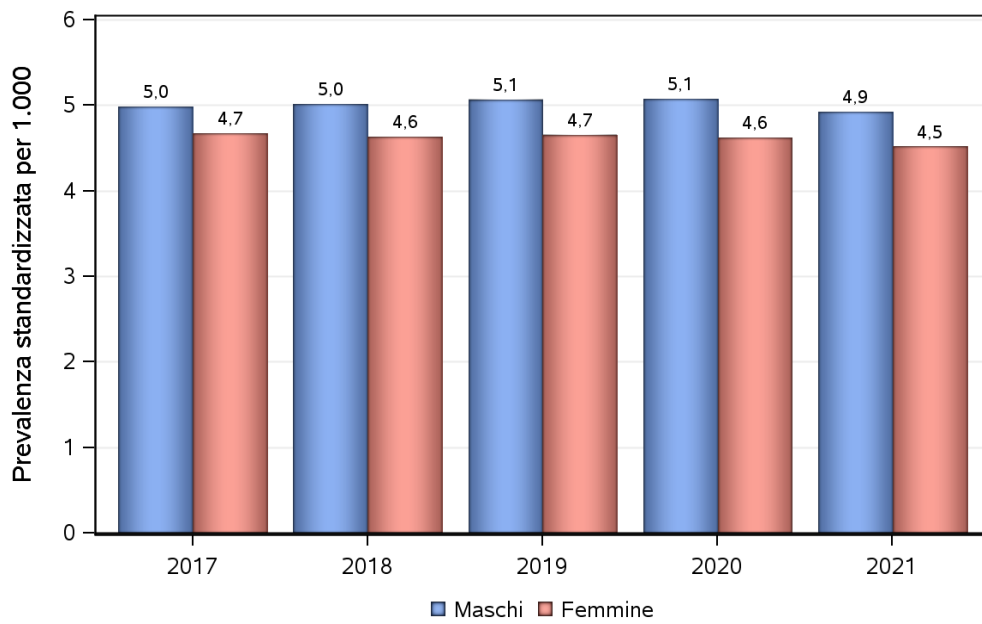
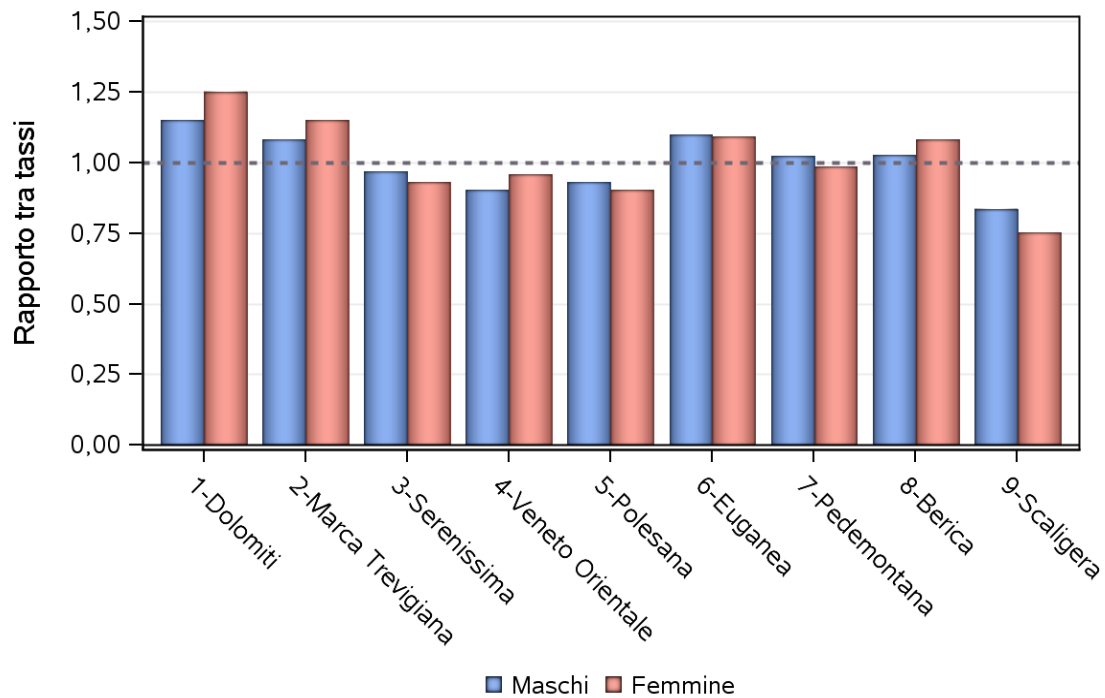


Figura 3.11.6 Assistiti con Schizofrenia. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2021. (Popolazione standard: Veneto 2021)



Depressione

Tabella 3.11.5 Assistenti con Depressione per classi di età e sesso. Veneto, anno 2021.

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-18	121	1,0	361	1,5	482	1,3
19-34	1.551	12,3	2.257	9,1	3.808	10,2
35-44	1.352	10,7	2.164	8,7	3.516	9,4
45-54	2.508	19,9	4.276	17,3	6.784	18,2
55-64	2.988	23,7	5.378	21,7	8.366	22,4
65-74	2.150	17,0	4.553	18,4	6.703	17,9
75-84	1.542	12,2	4.135	16,7	5.677	15,2
85+	418	3,3	1.614	6,5	2.032	5,4
Totale	12.630	100,0	24.738	100,0	37.368	100,0

Figura 3.11.7 Assistenti con Depressione. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2021.

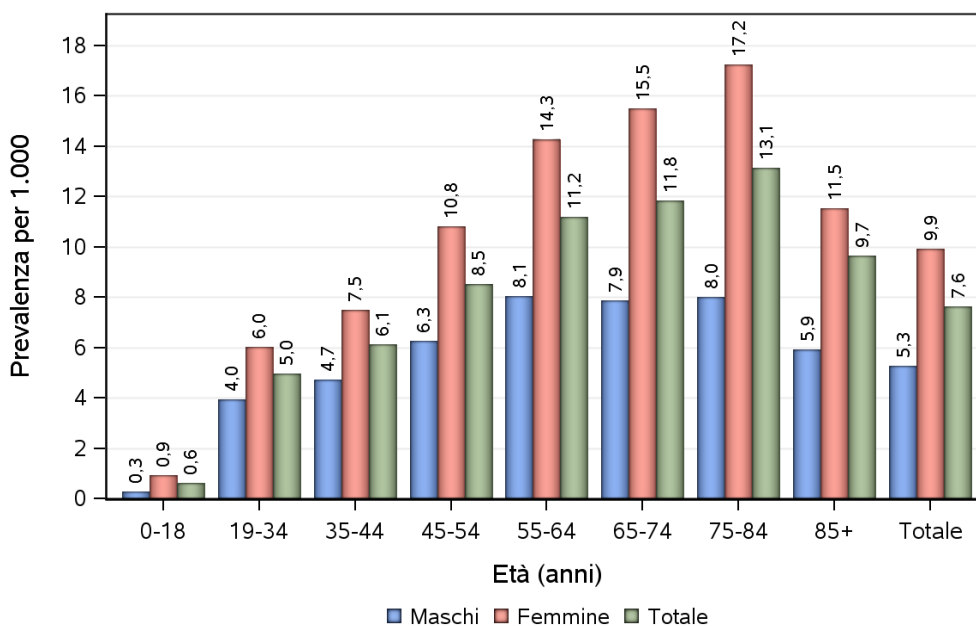


Tabella 3.11.6 Assistenti con Depressione. Valori assoluti e tassi grezzi di prevalenza per anno e sesso (per 1.000). Veneto, anni 2017-2021

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev	N	Prev
Maschi	13.839	5,7	13.526	5,6	13.548	5,6	13.230	5,5	12.630	5,3
Femmine	26.977	10,6	26.269	10,4	26.501	10,5	25.754	10,3	24.738	9,9
Totale	40.816	8,2	39.795	8,0	40.049	8,1	38.984	7,9	37.368	7,6

Figura 3.11.8 Assistenti con Depressione. Tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per sesso (per 1.000). Veneto, anni 2017-2021. (Popolazione standard: Veneto 2019)

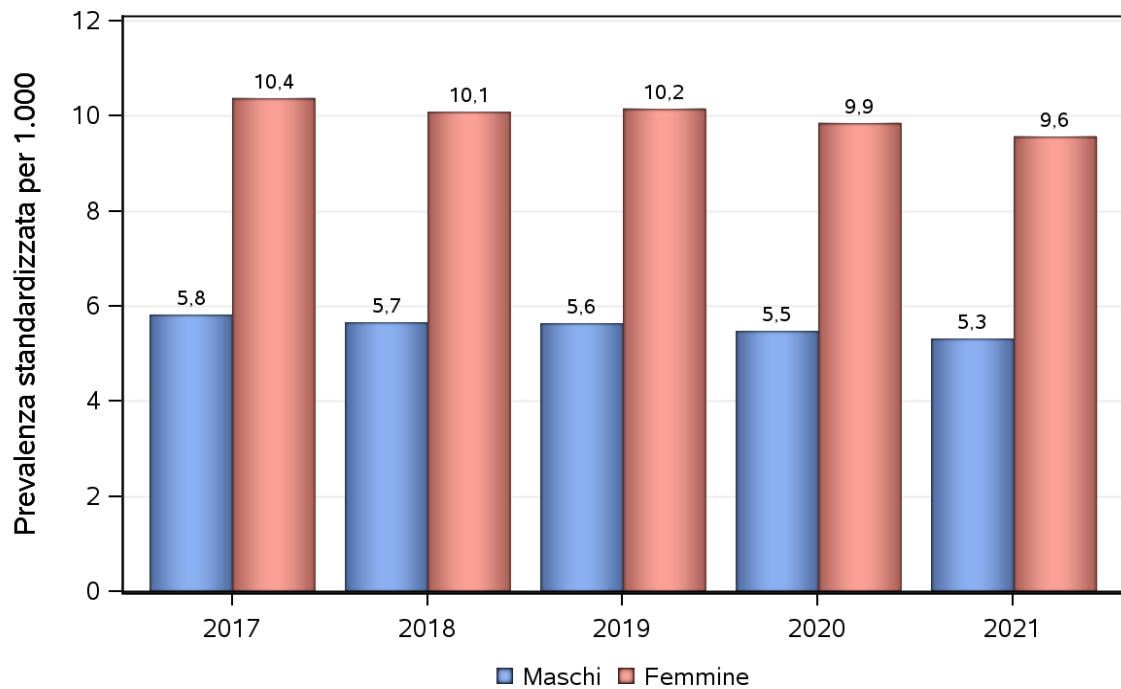
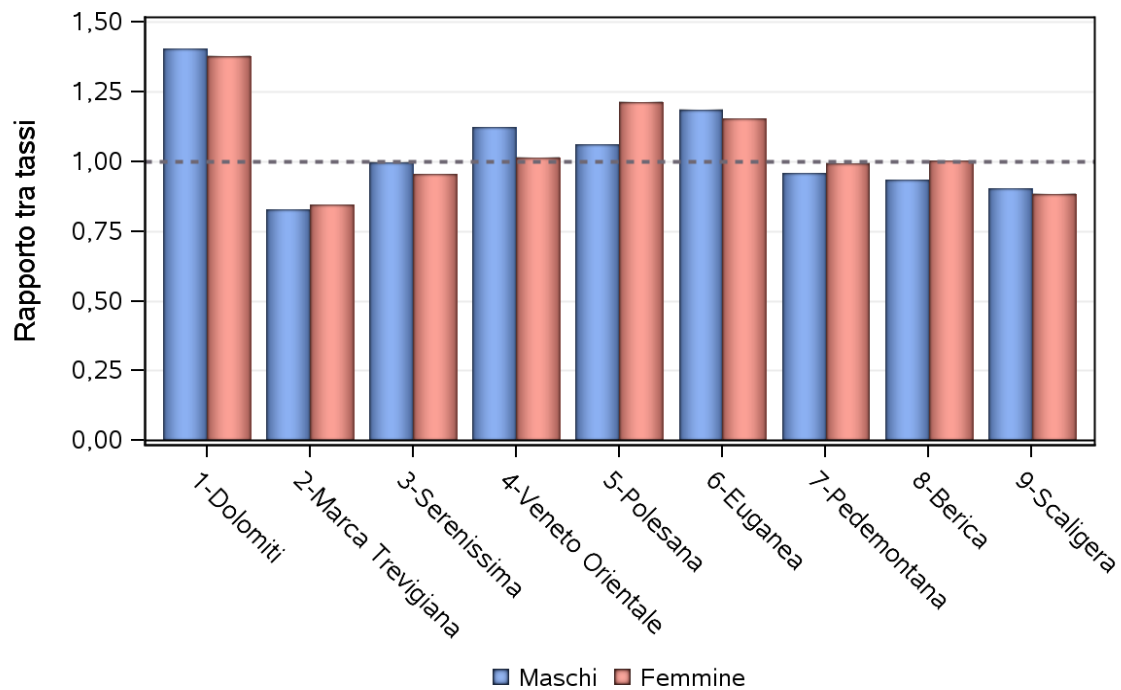


Figura 3.11.9 Assistenti con Depressione. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2021. (Popolazione standard: Veneto 2021)



Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252
 E-mail: ser@azero.veneto.it

3.12 Malattie rare

Il contesto

Le malattie rare sono riconosciute a livello globale come un'importante priorità di sanità pubblica, richiedente politiche ed azioni dedicate. A conferma dell'attenzione crescente riservata a questo tema nel corso del 2021 è avvenuta l'approvazione della Risoluzione ONU "Addressing the challenges of persons living with a rare disease and their families", che riconosce i diritti delle persone che in tutto il mondo vivono con una malattia rara ed intende promuovere strategie e collaborazioni internazionali. La numerosità, l'eterogeneità, la complessità diagnostica ed assistenziale sono tutti elementi comuni a questo gruppo di condizioni, caratterizzate da un impatto rilevante sui pazienti e le loro famiglie, e conseguentemente anche sui sistemi sanitari e sociali nel loro complesso.

Nel 2021 è stato approvato il Testo Unico sulle malattie rare (Legge 2255/2021), una legge quadro che intende consolidare quanto già realizzato nel nostro Paese e promuovere al contempo nuove specifiche azioni nell'ambito della ricerca, dello sviluppo di farmaci orfani e della presa in carico sociale delle persone con malattia rara. A livello regionale, la programmazione sanitaria in tema di malattie rare conta una storia oramai ventennale. Nel tempo si è progressivamente consolidata la rete di assistenza per le persone con malattie rare, basata sugli elementi descritti in Tabella 3.12.1.

L'insieme di questi elementi ha permesso di predisporre azioni in risposta all'emergenza COVID, che ha interessato in modo particolare i malati rari, sia per un maggior rischio correlato all'infezione in alcuni sottogruppi di pazienti, sia per la costante necessità di riferimento ai Centri a causa del decorso cronico di queste patologie. È stato possibile definire quali pazienti fossero caratterizzati da un maggior rischio secondo le indicazioni nazionali, e prevedere il loro accesso prioritario alla campagna vaccinale. L'ambito delle malattie rare, assieme a quello materno-infantile ed oncologico, è stato oggetto di provvedimenti regionali mirati a garantire la continuità di presa in carico, sia per le prime visite specialistiche che per quelle di controllo. Altre azioni hanno riguardato il rinnovo automatico tramite il sistema informativo dei piani terapeutici e la consegna a domicilio di medicinali. E' aumentato inoltre il numero di assistiti che hanno effettuato la somministrazione di terapie infusive a domicilio, secondo il percorso regionale già attivo e definito ancor prima dell'emergenza pandemica.

Tabella 3.12.1 Elementi costitutivi la rete di assistenza per le persone con malattie rare

Elemento	Caratteristiche
Centri di riferimento per gruppi di patologie	Centri funzionali, concentrati in un numero limitato di ospedali e/o IRCCS, comprendenti più servizi e Unità Operative, intra e/o inter-aziendali, selezionati in base ai criteri europei per l'identificazione dei Centri di competenza per le malattie rare. Sono monitorati e valutati periodicamente in base a dati oggettivi di attività. Sono responsabili della diagnosi e presa in carico complessiva dei malati, basata sulla definizione di piani terapeutici e assistenziali personalizzati.
Servizi ospedalieri e territoriali della regione	Sono collegati funzionalmente ai Centri di riferimento. Rappresentano il primo sistema di riferimento per le persone con sospetto di malattia rara e concorrono all'attuazione dei piani di presa in carico definiti dai Centri.
Sistema informativo	Supporta i percorsi assistenziali dei pazienti, realizzati congiuntamente dai vari professionisti che concorrono alla presa in carico.
Coordinamento regionale per le malattie rare	Gestisce il Registro regionale e il Centro Informazioni (<i>help-line</i>) per le malattie rare. Il Registro è basato sul sistema informativo, che garantisce la <i>governance</i> complessiva della rete e il monitoraggio della qualità dei servizi erogati e della presa in carico dei pazienti.

Dati di sintesi

I pazienti con diagnosi di malattia rara (ex allegato 7 del DPCM 12.01.2017) seguiti al 31/12/2021 dai Centri della rete regionale malattie rare sono 51.404. Di questi, 42.819 sono residenti in Veneto, mentre 8.585 provengono da altre regioni, con un indice di attrazione del 6,6%. I pazienti veneti seguiti fuori regione sono invece 1.116. L'indice di fuga è contenuto, pari al 2,6%, in diminuzione rispetto al dato del 2019 (4,1%) per effetto della pandemia.

Nel 2021 le nuove diagnosi di malattia rara effettuate dai Centri della rete regionale sono state 3.838.

Le malattie rare interessano tutte le fasce di età (Figura 3.12.1). Tuttavia, mentre nei primi anni di attività del registro circa un paziente su tre apparteneva alla fascia di età pediatrica, attualmente meno di un paziente su cinque, il 17,5% del totale, ha un'età inferiore ai 18 anni. Negli anni, infatti, è progressivamente aumentato il numero di pazienti che sperimentano la transizione dall'età pediatrica a quella adulta (circa 900 nel 2021).

Nella Tabella 3.12.2 si trova la distribuzione per macro-gruppi della classificazione ICD9-CM dei pazienti con diagnosi di malattia rara residenti in Veneto al 31.12.2021. Il gruppo più rappresentato è quello dei pazienti con malattie rare dell'apparato visivo (15,5%). Seguono i pazienti con sindromi o malformazioni congenite (14,8%), con malattie neurologiche rare (14,6%) e con malattie ematologiche rare (11,1%).

La rete regionale dei servizi vede la partecipazione di un numero consistente di professionisti, operanti sia nei Centri di riferimento per le malattie rare (n=985), sia a livello territoriale nei Distretti (n=643) e nei servizi farmaceutici (n=346). L'impatto delle malattie rare nella nostra Regione si conferma rilevante, sia in termini di numerosità dei pazienti interessati, sia in termini di complessità assistenziale presentata, così come emerge dai piani terapeutici redatti. Dall'analisi dei dati del triennio 2019-2021 relativi alle nuove diagnosi effettuate, ai pazienti per i quali è stato redatto un piano terapeutico e al numero di piani formulati (Figura 3.12.3), emerge che il 2020 ha visto una flessione contenuta dell'attività di presa in carico dei pazienti con malattie rare, nonostante l'impatto dell'emergenza pandemica sull'intero sistema dei servizi, sia ospedalieri che territoriali.

La Tabella 3.12.3 descrive i principali sviluppi del Sistema Informativo malattie rare nel 2020-21.

Nell'ambito dei compiti istituzionali del Coordinamento regionale per le malattie rare, nel biennio 2020-2021 è proseguita l'attività del Centro informazioni-*helpline*, attraverso il numero verde 800-318811, una linea telefonica dedicata, e l'indirizzo di posta elettronica malattierare@regione.veneto.it. Il Centro informazioni ha partecipato alle attività dell'*European Network for Rare Diseases helplines*, coordinato dalla federazione europea delle associazioni di malati rari (Eurordis). I contatti sono stati 2.106 nel 2020 e 2.426 nel 2021. In relazione all'emergenza pandemica, sono state fornite informazioni sui percorsi per l'accesso in sicurezza alle strutture sanitarie, sul rinnovo automatico dei piani terapeutici, sulla possibilità di consegna a domicilio di medicinali, su carenze temporanee di farmaci, sugli esoneri lavorativi, sulle modalità di accesso in via prioritaria alla campagna vaccinale, sulla possibilità di somministrazione a domicilio di alcune terapie infusive. Sono state inviate specifiche comunicazioni ai professionisti della rete, alle associazioni, alla Federazione Uniamo e ad altri soggetti interessati al fine di dare la più ampia diffusione ai contenuti dei provvedimenti via via adottati a livello regionale in relazione alla gestione dell'emergenza pandemica.

Figura 3.12.1 Distribuzione per classi di età dei pazienti residenti in regione Veneto con diagnosi di malattia rara ex all. 7 DPCM 12.01.2017, dati al 31.12.2021 (Fonte: Registro malattie rare - Regione del Veneto)

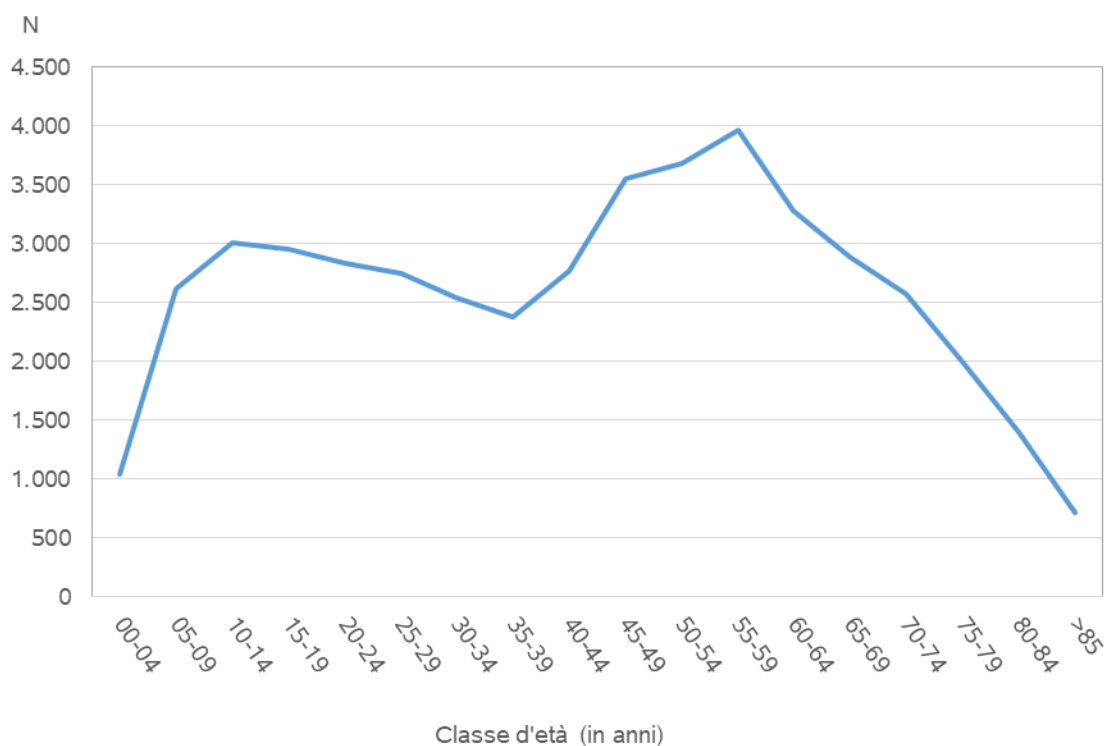


Tabella 3.12.2 Distribuzione percentuale e cumulata dei pazienti residenti in regione Veneto con diagnosi di malattia rara ex all. 7 DPCM 12.01.2017 per gruppo nosologico ICD9-CM, dati al 31.12.2021 (Fonte: Registro malattie rare - Regione del Veneto)

Gruppo nosologico	%	% cumulata
Malattie dell'apparato visivo	15,5%	15,5%
Malformazioni congenite, cromosomiche e sindromi	14,8%	30,3%
Malattie del sistema nervoso centrale e periferico	14,6%	44,9%
Malattie del sangue e organi ematopoietici	11,1%	56,0%
Malattie del metabolismo	7,8%	63,8%
Malattie del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	6,6%	70,4%
Malattie del sistema circolatorio	5,3%	75,7%
Malattie delle ghiandole endocrine	5,2%	80,9%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	4,6%	85,5%
Tumori	4,2%	89,7%
Malattie del sistema immunitario	3,9%	93,6%
Malattie dell'apparato respiratorio	2,2%	95,8%
Malattie dell'apparato digerente	2,1%	97,9%
Malattie dell'apparato genito-urinario	1,6%	99,5%
Malattie infettive	0,6%	100,1%

La discrepanza nella percentuale cumulata è dovuta all'arrotondamento dei valori percentuali

Figura 3.12.3 Andamento delle nuove diagnosi, dei pazienti con piani e dei piani terapeutici redatti per pazienti con diagnosi di malattia rara ex all. 7 DPCM 12.01.2017, anni 2019-2021 (Fonte: Registro malattie rare - Regione del Veneto)

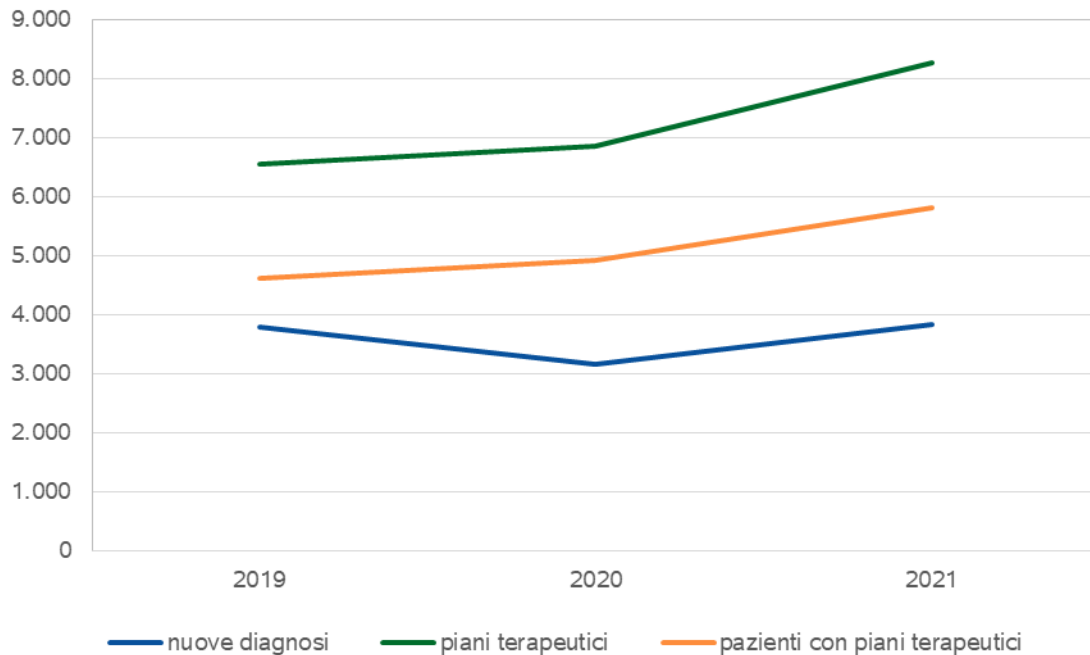


Tabella 3.12.3 Sviluppi del Sistema Informativo malattie rare veneto nel 2020-21

Elemento	Caratteristiche
Integrazione con l'anagrafe unica regionale degli assistiti (AUR)	I dati anagrafici dei pazienti vengono visualizzati e mantenuti aggiornati nel sistema informativo malattie rare a partire da quelli presenti in AUR. Nel contempo, i dati riguardanti le esenzioni per malattia rara vengono inviati dal sistema informativo malattie rare all'AUR, che li rende disponibili agli altri sistemi informativi collegati.
Interoperabilità tra l'elenco delle malattie monitorate dal sistema informativo e la classificazione delle malattie rare Orphanet	Consente di registrare, a scopo di sorveglianza epidemiologica, anche le diagnosi di malattie rare non ancora comprese nell'elenco nazionale. Sia al fine di richiamare più facilmente i pazienti interessati nel caso di revisione dell'elenco nazionale, sia per far risultare l'attività effettivamente svolta dai Centri. Ciascuna entità viene registrata con i codici delle classificazioni internazionali ICD, oltre che con i codici MIM ed ORPHA, così come aggiornati annualmente da Orphanet.

Azioni a livello europeo

La Direttiva europea sull'assistenza sanitaria transfrontaliera n. 2011/24 ha stabilito lo sviluppo di 24 reti europee di riferimento per le malattie rare (*European Reference Networks - ERN*), suddivise per area tematica. A seguito del bando pubblicato nel 2017, si è svolta una selezione prima a livello regionale, poi nazionale ed infine a livello europeo, al fine di valutare la rispondenza di ciascun *health-care provider* (presidio ospedaliero/IRCCS) ad una serie di criteri basati sulla casistica, oltre che di tipo strutturale e relativi all'expertise. Tale processo ha portato al riconoscimento di 5 presidi della rete regionale come *full member* di un numero variabile da 1 a 19 reti europee. La DGR 491/2018 ha affidato le attività di indirizzo, supervisione e controllo della rete dei Centri veneti parte delle ERN al Coordinamento regionale malattie rare. A seguito di una seconda call di partecipazione alle reti europee, il numero di presidi regionali riconosciuti

full-member di reti ERN è passato da 5 a 7, e il numero di ERN alle quali partecipa ciascun presidio parte della rete regionale malattie rare varia da 1 a 23. Questi risultati confermano la qualità della rete regionale nel suo complesso, grazie alla presenza di Centri di eccellenza di livello europeo in molte aree tematiche. A partire da questa opportunità, si conferma la priorità di garantire lo stretto e coerente legame tra l'attività svolta dai Centri partecipanti alle reti europee e la programmazione strategica regionale.

La Regione Veneto ha partecipato, attraverso il Coordinamento malattie rare, al progetto europeo *Codification for Rare Diseases RD-CODE*, coordinato da Inserm-Orphanet Francia e finanziato nell'ambito del *Third Health Programme* dell'Unione europea. L'obiettivo del progetto, iniziato nel 2019 e terminato a dicembre 2021, era quello di aumentare la visibilità dei pazienti con malattie rare nei flussi informativi sanitari attraverso l'utilizzo del sistema di codifica specifico per le malattie rare sviluppato da Orphanet e basato sui codici ORPHA. I Paesi oggetto di questa implementazione sono stati Spagna, Malta, Romania e Repubblica Ceca. Il Coordinamento malattie rare è stato responsabile del work-package "*Enhancements*" che ha avuto come obiettivo l'aggiornamento delle linee-guida per una corretta codifica delle malattie rare, in collaborazione con BFarm (Germania) e AHPH (Francia). Sono stati sviluppati nuovi strumenti a supporto dell'utilizzo della classificazione Orphanet; un gruppo multidisciplinare comprendente anche esperti ERN, di altri progetti europei e rappresentanti dei pazienti, ha definito specifiche linee-guida per la codifica dei pazienti non diagnosticati. Per maggiori informazioni sul progetto e sugli strumenti sviluppati per migliorare la codifica delle malattie rare è possibile consultare il sito www.rd-code.eu.

Approfondimenti

Rapporto tecnico attività Coordinamento malattie rare, anno 2021

Rapporto tecnico attività Registro malattie rare, anno 2021

www.rd-code.eu (sito del progetto europeo RD-CODE)

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale Malattie rare

Registro Regionale Malattie rare

Via Donà 11 - 35129 Padova

Telefono: 049 8215700

Numero verde malattie rare: 800 318811

E-mail: malattierare@regione.veneto.it

3.13 Infortuni sul lavoro e malattie professionali

Nella Regione Veneto sono stati 866.539 gli infortuni sul lavoro denunciati nel periodo 2010-2020. L'anno 2020 si caratterizza per il decremento maggiore nell'ultimo decennio degli infortuni denunciati: -27,9% rispetto al 2010, -11,2% rispetto al 2019. Questo decremento è stato influenzato prevalentemente dal calo delle denunce registrate nel periodo marzo-giugno (-10.622 denunce rispetto allo stesso periodo del 2019 che, in termini percentuali, equivale a -39,4%) a causa della chiusura delle attività produttive considerate non essenziali, mirata al contenimento dell'epidemia da Coronavirus, e alle difficoltà incontrate dalle aziende nel riprendere la produzione a pieno regime nel periodo successivo al *lockdown*. La proporzione di infortuni riconosciuti nel 2020 è il 64,4%, superiore rispetto all'ultimo quinquennio 2015-2019 (62,5%). La Figura 3.13.1 riporta l'andamento temporale degli infortuni denunciati, riconosciuti, riconosciuti non in itinere e gli infortuni riconosciuti in occasione di lavoro. Nell'anno 2020, a fronte di un decremento complessivo delle denunce di infortunio si registra un incremento degli infortuni riconosciuti in occasione di lavoro (+10,9% rispetto al valore medio 2015-2019). Tra questi ultimi (Figura 3.13.2), si è registrato un decremento di quelli con esito invalidante o mortale rispetto all'ultimo quinquennio (-45,2%). Nel complesso gli infortuni invalidanti/mortali rappresentano l'8,6% del totale degli infortuni in occasione del lavoro nel 2020, erano il 16,7% nel 2019 e il 18,2% nel 2015. Analizzando il fenomeno per gruppo ATECO (Tabella 3.13.2) si nota che l'incremento complessivo nell'anno 2020 è dovuto esclusivamente agli infortuni in Sanità (circa 10.000 in più rispetto al valore medio 2015-2019). Escludendo la Sanità, infatti, il 2020 ha registrato un decremento del -19,4% sempre rispetto al valore medio dell'ultimo quinquennio. Interessante è l'andamento mensile degli infortuni (Figura 3.13.3) dove si evidenzia il fenomeno infortunistico nella Sanità in corrispondenza delle ondate epidemiche Covid19 nell'anno 2020, diversamente rispetto ad altri settori produttivi.

Per quanto riguarda il numero di denunce di malattie professionali, caratterizzato da un trend in aumento a partire dall'anno 2006 sino all'anno 2019, nell'anno 2020 esso ha registrato un decremento del -18,1% rispetto al 2019, mentre la proporzione di malattie professionali riconosciute rimane pressoché stabile, attorno ad un valore medio del 45%. La Tabella 3.12.3 riporta la distribuzione delle malattie professionali riconosciute, raggruppate per codici ICD-X.

I casi di mesotelioma sono oggetto di rilevazione da parte del registro regionale dedicato (Tabella 3.13.3). Attualmente nel registro sono inclusi 2.824 mesoteliomi diagnosticati nel periodo 1987-2021 (Tabella 3.13.4); nel 64,4% dei casi, dall'analisi della documentazione raccolta, è stata attribuita un'esposizione lavorativa (47,7% certa, 5,1% probabile e 11,6% possibile).

Nota metodologica

I flussi informativi INAIL-Regioni rappresentano la fonte informativa principale per la descrizione, il monitoraggio e l'analisi degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

L'ultimo aggiornamento disponibile è relativo alle denunce rilevate al 30 aprile 2021. Tutte le elaborazioni si riferiscono all'anno in cui è avvenuto l'infortunio o si è verificata la malattia professionale. Le denunce per malattie professionali riguardano le malattie e non i soggetti ammalati, poiché un singolo soggetto può essere colpito da più malattie.

Per i casi di mesotelioma la fonte informativa è il Registro regionale dei casi di mesotelioma del Veneto

Figura 3.13.1 Infortuni denunciati per tipo di definizione e anno di evento. Veneto, anni 2010-2020

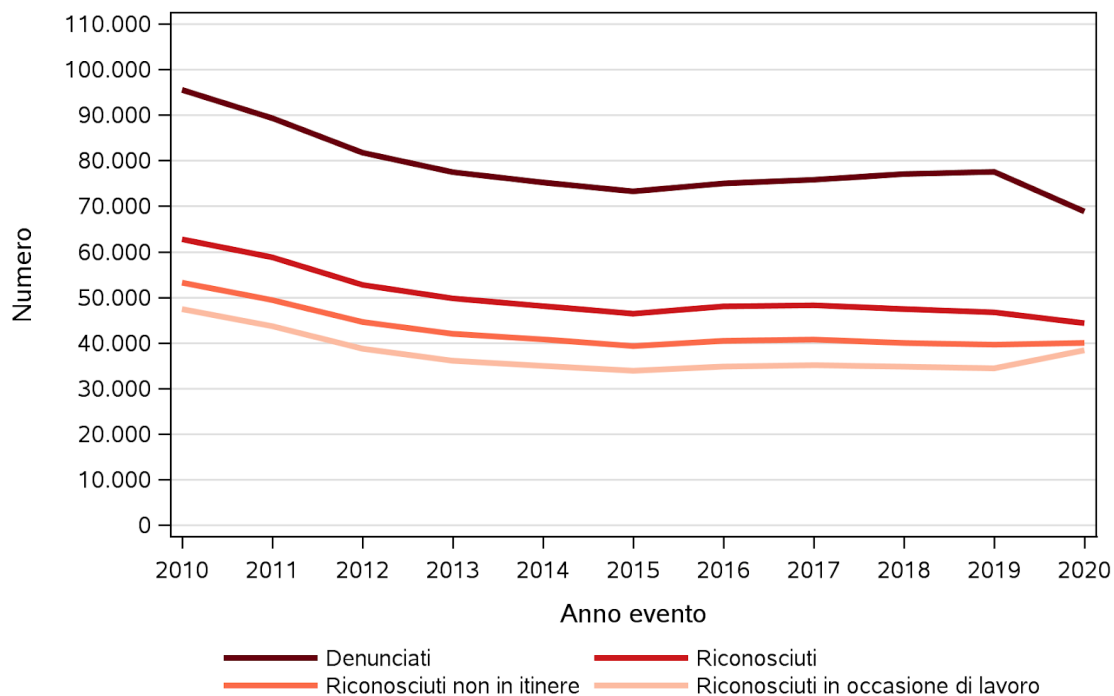
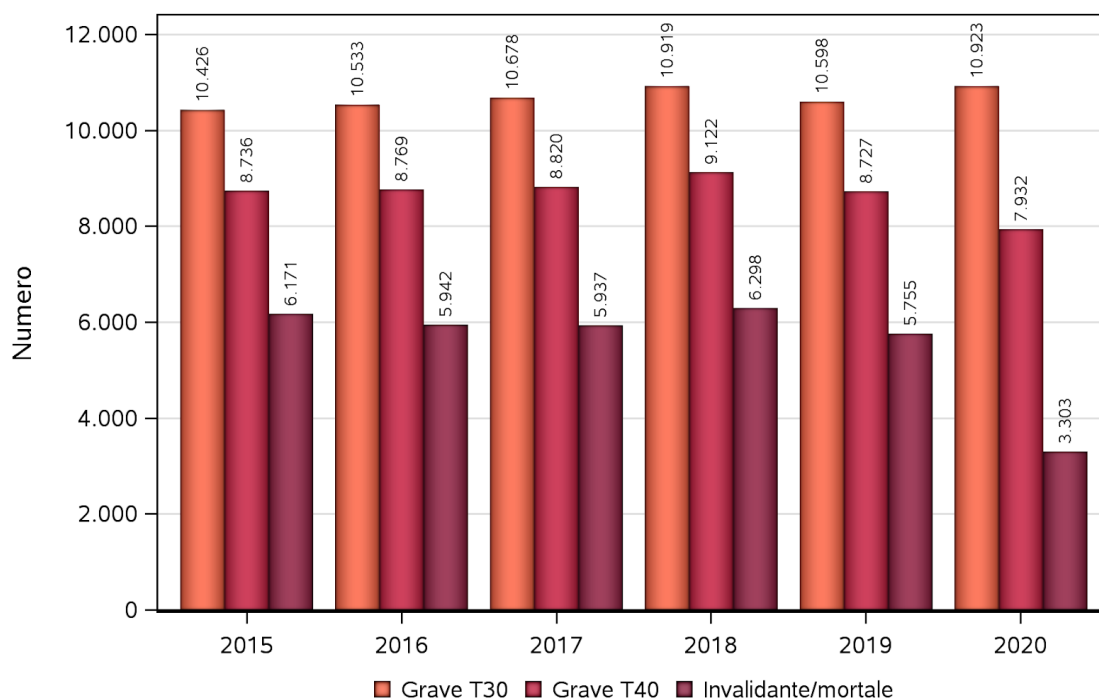


Figura 3.13.2 Infortuni in occasione di lavoro riconosciuti da INAIL, per esito dell'evento e anno di evento. Veneto, anni 2015-2020



*Grave T30: infortunio definito in prognosi temporanea > 30 giorni o con postumi permanenti maggiori di zero o mortale;
Grave T40: infortunio definito con prognosi temporanea > 40 giorni o con postumi permanenti maggiori di zero o mortale;
Invalidante/mortale: infortunio invalidante o mortale.*

Tabella 3.13.1 Infortuni in occasione di lavoro (esclusi Colf, Studenti, Sportivi) riconosciuti da INAIL, per gruppo ATECO 2007 e anno di evento. Veneto, anni 2015-2020

Gruppo ATECO 2007	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Variazione % 2020 vs media 2015-2019
Agricoltura, silvicoltura e pesca	267	266	229	226	229	319	31,1%
Estrazioni di minerali	23	26	28	32	37	22	-24,7%
Attività manifatturiere	11.270	11.289	11.490	11.364	11.010	8.285	-26,6%
- di cui <i>Metalmecanica</i>	2.826	2.811	2.905	2.902	2.767	2.023	-28,8%
- di cui <i>Industria alimentare, bevande e tabacco</i>	944	1.064	1.124	1.039	1.093	1.012	-3,9%
- di cui <i>Gomma e plastica</i>	642	666	645	698	639	486	-26,1%
- di cui <i>Metallurgica</i>	664	661	653	644	626	472	-27,3%
- di cui <i>Lavorazione minerali non metalliferi</i>	632	697	596	600	657	464	-27,1%
Fornitura di energia/acqua	485	520	522	466	481	348	-29,7%
Costruzioni	3.568	3.696	3.448	3.494	3.296	2.618	-25,2%
Commercio	3.596	3.765	3.598	3.596	3.539	2.669	-26,2%
Trasporto e magazzinaggio	2.956	3.109	3.215	2.939	2.832	2.087	-30,7%
Alloggio e ristorazione	1.842	2.047	2.018	1.947	1.845	1.019	-47,5%
Sanità	2.205	2.428	2.549	2.246	2.296	12.394	428,6%
Altri servizi	4.109	4.171	4.176	3.789	3.721	3.732	-6,5%
Non classificato	134	148	620	1.619	2.290	2.633	173,6%
Totale industria	30.455	31.465	31.893	31.718	31.576	36.126	15,0%
Gestione Agricoltura	2.466	2.281	2.163	2.091	1.953	1.594	-27,2%
Gestione Conto Stato	955	1.039	1.035	953	876	647	-33,4%
Totale	33.876	34.785	35.091	34.762	34.405	38.367	10,9%

Dalla modalità "Non classificato" del gruppo ATECO 2007 è stato scorporato il numero degli infortuni della "Gestione Agricoltura" e "Gestione Conto Stato"

Figura 3.13.3 Infortuni in occasione di lavoro riconosciuti da INAIL dei gruppi ATECO 2007 “Attività manifatturiere”, “Costruzioni”, “Alloggio e ristorazione”, “Sanità” per mese di evento. Veneto, anno 2020 e valore medio 2015-2019

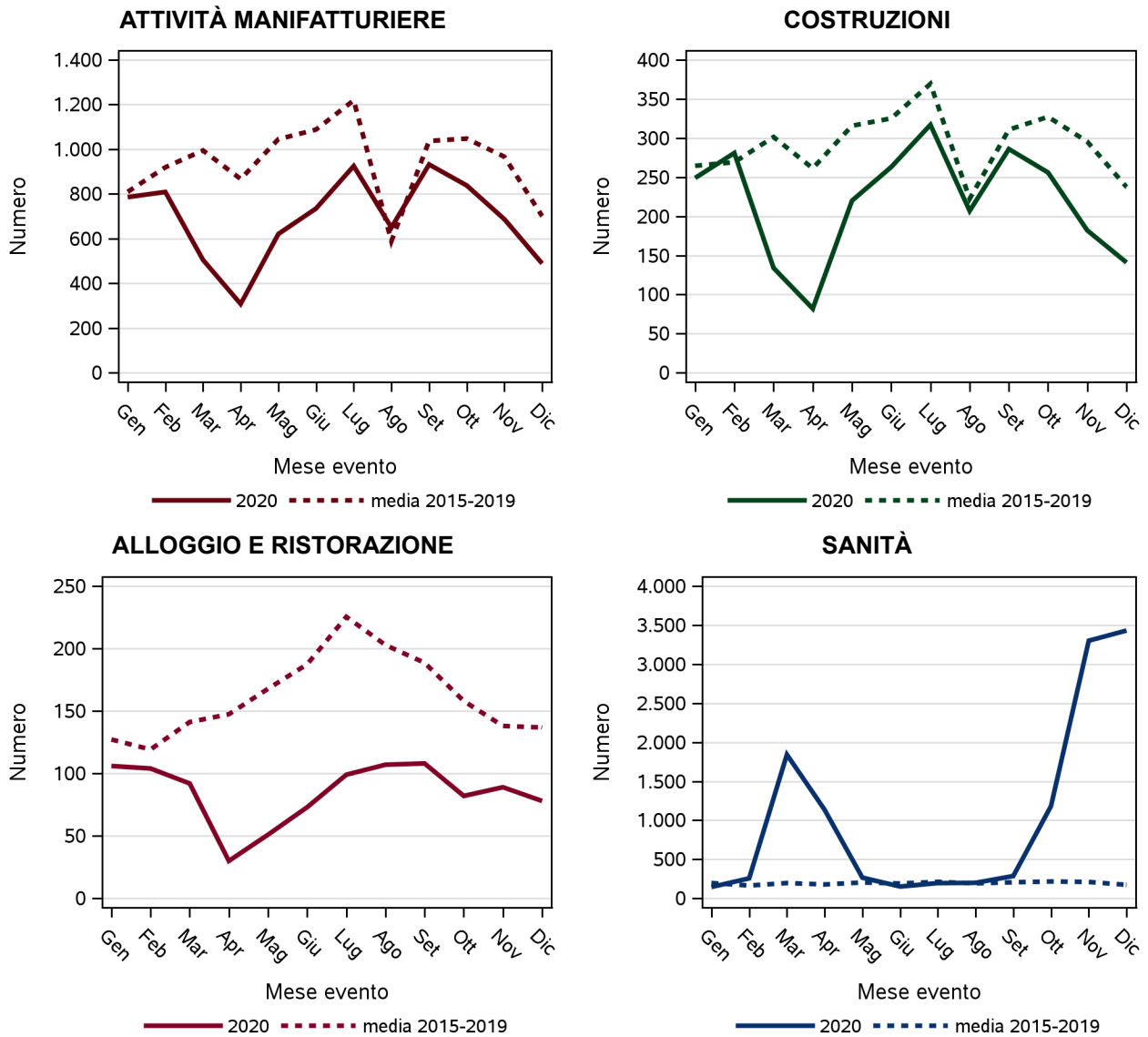


Tabella 3.13.2 Malattie professionali riconosciute per ICD-X (nuovi raggruppamenti) e anno di evento. Veneto, anni 2015-2020

ICD-X nuovi raggruppamenti	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Variazione % 2020 vs media 2015-2019
Tumori	105	113	95	109	82	42	-58,3%
- di cui Mesoteliomi	54	52	39	54	42	25	-48,1%
- di cui Altri tumori maligni dell'apparato respiratorio	28	31	25	24	26	11	-59,0%
- di cui Tumori maligni della cute	18	18	25	27	8	6	-68,8%
Malattie professionali esclusi tumori	1.575	1.601	1.700	1.681	1.678	1.233	-25,1%
Ipoacusia da rumore	165	154	158	158	131	86	-43,9%
Patologia non neoplastica apparato respiratorio	86	55	70	56	53	22	-65,6%
-di cui Placche pleuriche	50	32	37	24	29	8	-76,7%
-di cui Pneumoconiosi	7	12	20	16	9	5	-60,9%
Patologia non neoplastica della cute	39	30	46	36	20	17	-50,3%
- di cui Allergiche da contatto	29	18	33	24	13	10	-57,3%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	1.076	1.144	1.182	1.190	1.276	927	-21,0%
- di cui a carico del Rachide	521	505	491	496	535	369	-27,6%
Malattie del sistema nervoso periferico	206	209	240	238	194	160	-26,4%
- di cui Sindrome del tunnel carpale	196	204	234	228	182	156	-25,3%
Altre patologie	3	9	4	3	4	21	
Patologia non determinata	0	0	2	0	0	0	
Totali	1.680	1.714	1.797	1.790	1.760	1.275	-27,1%

Tabella 3.13.3 Casi di mesotelioma maligno per esposizione e genere. Veneto, periodo 1987-2021

Esposizione	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale
Lavorativa certa	1.278	68	1.346	47,7%
Lavorativa probabile	122	22	144	5,1%
Lavorativa possibile	239	89	328	11,6%
Familiare	24	160	184	6,5%
Ambientale	40	54	94	3,3%
Extra-lavorativa	18	26	44	1,6%
Improbabile	7	11	18	0,6%
Ignota	253	207	460	16,3%
Rifiuto intervista/Non classificabile	107	86	193	6,8%
Esposizione a radiazioni	6	7	13	0,5%
Totale	2.094	730	2.824	100,0%

Approfondimenti

[Gli infortuni sul lavoro nella regione del Veneto. Anni 2010-2019](#)

Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
Telefono: 049 8778252
E-mail: ser@azero.veneto.it

3.14 Disabilità

Nel 2021 gli utenti con disabilità che hanno avuto accesso alle Unità di Offerta territoriali residenziali e semiresidenziali, con almeno un giorno di presa in carico, sono stati 9.997 (Tabella 3.14.1), con una lieve prevalenza per il genere maschile (56%). I minori sono meno dell'1%, mentre quasi il 30% degli utenti superano i 55 anni.

L'accesso alle strutture per persone con disabilità è subordinato ad una valutazione effettuata da una équipe multiprofessionale (l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale) attraverso la compilazione e l'utilizzo della scheda SVaMDi (Scheda di Valutazione Multidimensionale della Disabilità). La somministrazione della scheda esita con un punteggio che va da 0 a 9,6, a cui viene attribuito un livello di gravità (basso, medio, alto, elevata intensità) che consente di individuare il progetto ed il percorso assistenziale più appropriati per l'utente (Decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. 18 del 22/01/2015). La fascia di gravità a cui appartengono il maggior numero di utenti è quella di media intensità (Tabella 3.14.2). L'utenza con un livello di gravità elevato rappresenta poco più del 5% del totale.

I tre gruppi di diagnosi "Disturbi psichici e comportamentali" (53,9%), "Malattie del sistema nervoso" (19,6%) e "Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche" (18,2%) coprono il 91,6% delle diagnosi totali (Figura 3.14.1). Solo il restante 8,4% rappresenta "Altri gruppi di diagnosi".

La Tabella 3.14.3 riporta le prime dieci patologie più frequenti nei tre gruppi di diagnosi prevalenti. Tra i disturbi psichici e comportamentali, la diagnosi più frequente riguarda il ritardo mentale (grave, di media o lieve entità), tra le malattie del sistema nervoso è la tetraplegia spastica, mentre la Sindrome di Down è la prima tra le diagnosi del gruppo malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche.

A livello regionale, la distribuzione percentuale per gruppo di diagnosi negli uomini e nelle donne è simile (Tabelle 3.14.4 e 3.14.5). Analizzando le diverse fasce d'età, tra i maschi nella fascia 0-17 anni prevalgono i disturbi psichici e comportamentali (78,7%), che sono in percentuale minore tra le femmine (52,4%); rispetto ai maschi, le femmine fanno registrare una percentuale più alta tra le malattie del sistema nervoso (28,6%). Tra le donne, i disturbi psichici e comportamentali sono in percentuale maggiore nella fascia d'età 65+ anni (74,3%).

Nota metodologica

*Fonti informative: flusso FAD (Flusso Area Disabilità - DDG Area Sanità e Sociale n. 220/2015)
I dati sono riferiti alle persone con disabilità valutate e accolte nelle strutture extraospedaliere territoriali afferenti al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza: Comunità Alloggio, Comunità Residenziale, Residenza Sanitaria Assistenziale, Centro di Riferimento Gravi Disabilità, Struttura per disabili anziani (di età >65 anni), Centro Diurno per persone con disabilità, Progetto sperimentale esterno al Centro Diurno (DGR 739/2015).*

Tabella 3.14.1 Utenti accolti in strutture per persone con disabilità per classi di età e sesso. Veneto, anno 2021

Classi d'età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-17	75	1,3	21	0,5	96	1,0
18-44	2.601	46,2	1.828	41,9	4.429	44,3
45-54	1.466	26,0	1.102	25,3	2.568	25,7
55-64	1.128	20,0	1.038	23,8	2.166	21,7
65+	364	6,5	374	8,6	738	7,4
Veneto	5.634	100,0	4.363	100,0	9.997	100,0

Tabella 3.14.2 Utenti accolti in strutture per persone con disabilità per classi d'età e livello di gravità esitato dalla scheda di valutazione SVaMDi. Veneto, anno 2021

Classi d'età (anni)	Livello di gravità				Totale
	Bassa intensità	Media intensità	Alta intensità	Elevata intensità	
0-17	5	41	45	5	96
18-44	626	2.106	1.507	190	4.429
45-54	277	1.251	933	107	2.568
55-64	194	1.050	811	111	2.166
65+	37	289	325	87	738
Veneto	1.139 (11,4%)	4.737 (47,4%)	3.621 (36,2%)	500 (5,0%)	9.997 (100%)

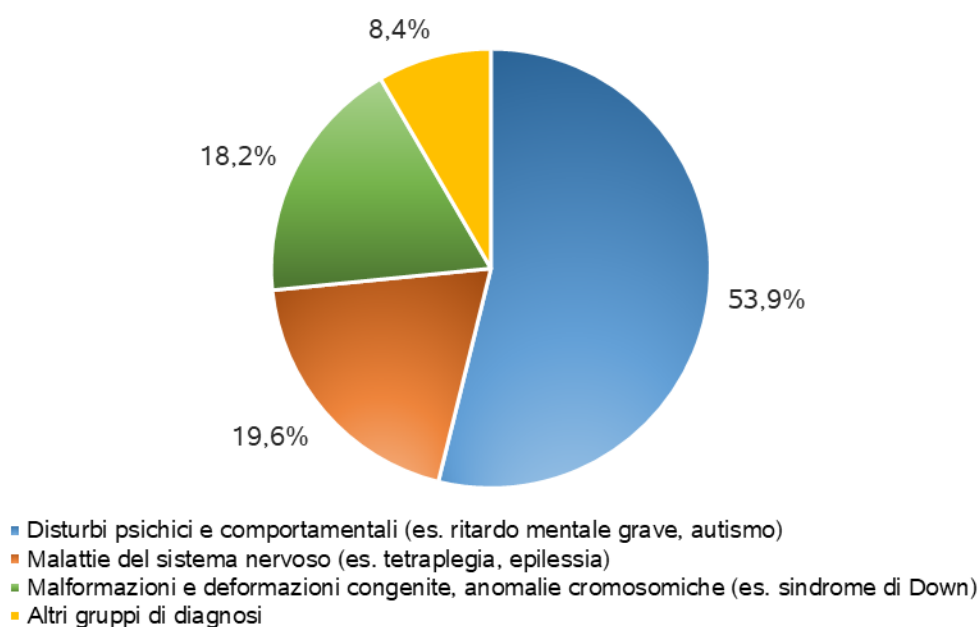
Figura 3.14.1 Utenti accolti in strutture per persone con disabilità per gruppi di diagnosi (patologia principale SVaMDi). Veneto, 2021


Tabella 3.14.3 Utenti accolti in strutture per persone con disabilità: prime dieci patologie più frequenti nei gruppi di diagnosi (patologia principale SVaMDi). Veneto, anno 2021

Gruppi di diagnosi (codici ICD X)	Num. utenti	% sul totale diagnosi
Disturbi psichici e comportamentali	5.384	53,9%
F72-Ritardo mentale grave	1.783	17,8%
F71-Ritardo mentale di media gravità	1.048	10,5%
F84.0-Autismo infantile	355	3,6%
F79-Ritardo mentale non specificato	283	2,8%
F70-Ritardo mentale lieve	221	2,2%
F73-Ritardo mentale profondo	163	1,6%
F71.0-Ritardo mentale di media gravità - Nessuna, o minima, compromissione del comportamento	162	1,6%
F29-Psicosi non organica non specificata	132	1,3%
F71.1-Ritardo mentale di media gravità - Significativa compromissione del comportamento richiedente attenzione o trattamento	123	1,2%
F72.0-Ritardo mentale grave - Nessuna, o minima, compromissione del comportamento	108	1,1%
Altre diagnosi disturbi psichici e comportamentali	1.006	10,1%
Malattie del sistema nervoso	1.956	19,6%
G82.4-Tetraplegia spastica	347	3,5%
G40-Epilessia	246	2,5%
G93.4-Encefalopatia non specificata	198	2,0%
G80-Paralisi cerebrale	184	1,8%
G80.0-Paralisi cerebrale spastica quadriplegica	110	1,1%
G35-Sclerosi multipla	87	0,9%
G82-Paraplegia e tetraplegia	81	0,8%
G81-Emiplegia	70	0,7%
G82.5-Tetraplegia non specificata	51	0,5%
G80.9-Paralisi cerebrale non specificata	36	0,4%
Altre diagnosi malattie del sistema nervoso	546	5,5%
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	1.819	18,2%
Q90-Sindrome di Down	1.066	10,7%
Q90.0-Trisomia 21, non disgiunzione meiotica	96	1,0%
Q90.9-Sindrome di Down non specificata	70	0,7%
Q02-Microcefalia	49	0,5%
Q90.2-Trisomia 21, traslocazione	33	0,3%
Q99.2-Fragilità del cromosoma X	30	0,3%
Q85.1-Sclerosi tuberosa	29	0,3%
Q03-Idrocefalo congenito	27	0,3%

Gruppi di diagnosi (codici ICD X)	Num. utenti	% sul totale diagnosi
Q90.1-Trisomia 21, mosaicismo (non disgiunzione mitotica)	27	0,3%
Q99.9-Anomalia cromosomica non specificata	26	0,3%
Altre diagnosi malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	366	3,7%
Altri gruppi di diagnosi	838	8,4%
Totale utenza	9.997	100,0%

Tabella 3.14.4 Utenti accolti in strutture per persone con disabilità per gruppo di diagnosi (patologia principale SVaMDi) per classi di età. Veneto, anno 2021. MASCHI

Classi d'età (anni)	Disturbi psichici e comportamentali	Malattie del sistema nervoso	Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	Altri gruppi di diagnosi	Totale utenti
0-17	78,7%	13,3%	6,7%	1,3%	75
18-44	54,4%	18,3%	21,5%	5,8%	2.601
45-54	46,8%	23,3%	19,4%	10,4%	1.466
55-64	54,1%	20,9%	11,4%	13,6%	1.128
65+	65,9%	14,3%	5,8%	14,0%	364
Veneto	53,4%	19,8%	17,7%	9,0%	5.634

Tabella 3.14.5 Utenti accolti in strutture per persone con disabilità per gruppo di diagnosi (patologia principale SVaMDi) per classi di età. Veneto, anno 2021. FEMMINE

Classi d'età (anni)	Disturbi psichici e comportamentali	Malattie del sistema nervoso	Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	Altri gruppi di diagnosi	Totale utenti
0-17	52,4%	28,6%	19,0%	0,0%	21
18-44	50,3%	19,4%	23,9%	6,5%	1.828
45-54	50,1%	21,0%	20,6%	8,3%	1.102
55-64	59,1%	18,6%	13,2%	9,2%	1.038
65+	74,3%	14,4%	4,5%	6,7%	374
Veneto	54,4%	19,2%	18,8%	7,6%	4.363

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione regionale servizi sociali
 Unità Organizzativa Non Autosufficienza
 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
 Telefono: 041 2791421 – 1400 – 1379
 E-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Osservatorio regionale politiche sociali e sociosanitarie
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252
 E-mail: orpss@regione.veneto.it

4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie

4.1 Promozione corretti stili di vita

Il biennio 2020-2021 è stato caratterizzato dalla conclusione del Piano Regionale Prevenzione 2014-2019 e dal recepimento del Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 con la conseguente stesura e adozione del nuovo Piano Regionale Prevenzione 2020-2025. Il Macro obiettivo 1 “Malattie croniche non trasmissibili” presente nel nuovo PRP, si occupa di malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, problemi di salute mentale, disturbi muscolo scheletrici, che restano le principali cause di morte a livello mondiale e sono responsabili per quasi il 70% delle morti. Consumo di tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica, consumo rischioso e dannoso di alcol, insieme alle caratteristiche dell’ambiente e del contesto sociale, economico e culturale rappresentano i principali fattori di rischio modificabili. Il MO1, quindi, andrà a definire le azioni strategiche per migliorare la salute e la qualità di vita della popolazione, agendo su tutte le fasce d’età e in tutti i contesti di vita, accompagnando e favorendo un invecchiamento attivo.

Il Piano Regionale Prevenzione è stato adottato con DGR n.1858 del 29/12/2021 e ha dato scadenza alla Aziende ULSS il 30 aprile 2022 per recepire il PRP e approvare il proprio Piano di Prevenzione Aziendale.

Questo Piano è nato dalla collaborazione tra varie Direzioni regionali ed Enti esterni, al fine di supportare la diffusione del PRP e includerlo ed estenderlo nelle politiche, nei piani di indirizzo, nelle programmazioni specifiche di ciascuno. Il lavoro svolto per la stesura del PRP 2020-2025 rappresenta pertanto già in sé un’azione trasversale del Piano in quanto ha comportato un’iniziale presa di contatti e una dichiarazione di intenti nel volere lavorare insieme, ha portato ad una conoscenza delle risorse regionali presenti nell’ambito della promozione e prevenzione del salute, e soprattutto una dichiarata volontà di condividere il percorso dei prossimi cinque anni. Tutto questo sarà sancito con la formalizzazione data da accordi e protocolli ufficiali, l’organizzazione di formazioni e aggiornamenti congiunti, la definizione di un sistema integrato veneto sulla promozione e prevenzione della salute.

L’emergenza Coronavirus ha stravolto ogni attività quotidiana, dal lavoro alla vita privata, dei singoli e della comunità, agendo anche sui determinati comportamentali della salute. La Regione del Veneto, in veste della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria ha risposto immediatamente, aggiornando la sua sezione del sito della Regione del Veneto quotidianamente, fornendo alla popolazione materiale informativo scientifico e sicuro per poter affrontare e gestire al meglio il periodo di quarantena. Le azioni proposte avevano l’obiettivo di aiutare le persone ad affrontare un periodo difficile, per molti caratterizzato da una sensibile diminuzione dell’attività motoria, con l’esposizione ad una probabile crescita ponderale nel breve periodo, oltre che influire negativamente sull’aspetto emotivo e relazionale. Per potere avere il miglior apporto scientifico possibile si è attivata una stretta collaborazione con le Aziende ULSS e i professionisti della salute, creando una rete di esperti che ha contribuito nel dare aggiornamenti e informazioni relative al periodo d’emergenza.

Durante i due anni di pandemia, la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria ha continuato a rispondere ai bisogni dettati dall’emergenza, mettendo in campo varie azioni:

- Sono state mantenute alcune attività previste per le scuole da remoto: Laboratori multimediali di Cà Dotta (fumo di tabacco, alcol, nuove tecnologie);
- Sono state diffuse interviste di esperti professionisti delle Aziende ULSS che hanno dato la loro disponibilità per dirette sui diversi canali social in collaborazione con ViralVeneto: medici epidemiologi e medici infettivologi per rispondere a dubbi e preoccupazioni, medici dei servizi delle dipendenze per parlare del fumo di tabacco in tempo di COVID 19, e alcuni Peer Senior per parlare con i loro coetanei adolescenti e giovani.
- Sono stati realizzati filmati che rappresentano brevi sedute di “allenamento” e di semplici consigli nutrizionali, medici e psicologici, tenuti da personale qualificato. I filmati prodotti sono stati messi a disposizione di tutte le Aziende Sanitarie, per la diffusione nei social aziendali. Filmati in versione breve e lunga con semplici esercizi rivolti alla popolazione adulta e a pazienti con malattie croniche. Questi sono stati messi a disposizione anche di alcune reti televisive regionali che li hanno inseriti nel loro palinsesto dei programmi quotidiani, anche più volte al giorno.
- E' stato dedicato uno spazio online #RESTIAMO IN SALUTE, sul sito regionale, facilmente accessibile a tutti, partendo dalla home page regionale, dove la popolazione poteva trovare informazioni e suggerimenti utili per il benessere e la salute restando a casa. Sono state raccolte in queste pagine diverse iniziative proposte dalle Aziende ULSS venete e non solo, sul muoversi in casa in sicurezza, mangiare sano secondo la dieta mediterranea, come mantenere il proprio benessere psicologico, per i bambini come divertirsi in casa con mamma e papà, filmati dedicati agli adolescenti, come avere aiuto per smettere di fumare, come avere informazioni certe e sicure. Tutti gli interventi sono stati preparati e guidati da specialisti: esperti in scienze motorie, nutrizionisti, medici, psicologi.
- Sono stati realizzati cartoni animati con i personaggi dei Mini Cuccioli, di sprone per i bambini e per le famiglie ad adottare comportamenti corretti, in questo periodo di emergenza sanitaria. Gli amatissimi “Mini Cuccioli” nella versione “Raccontiamo la Salute con 6 A” programma regionale, hanno avuto uno straordinario speciale dedicato alla promozione di stili di vita corretti e salutarissimi su Rai Yoyo e su Rai Play, dove sono stati trasmessi i cartoni animati realizzati partendo dai disegni e dalle idee degli alunni delle scuole primarie del Veneto nell'anno scolastico 2018/2019 confrontandosi sui temi indicati dalle 6 A del titolo: Ambiente, Alimentazione, Agricoltura, Attività motoria, Arte e Amicizi@.
- Sono state organizzate, compatibilmente con le restrizioni imposte dalle misure di contrasto all'epidemia, iniziative per contrastare la sedentarietà:
 - tra giugno e ottobre 2021 è stata avviata in molti Comuni del Veneto la campagna di promozione di attività motoria “Ogni passo conta”; l'obiettivo era quello di creare opportunità di movimento, attività fisica e sport coerenti con lo slogan dell'Organizzazione Mondiale della Sanità “Every movement counts”. Sono stati coinvolti in questa prima edizione 39 Comuni, con il coinvolgimento di oltre 2.000 persone, delle quali un quarto ha continuato ad essere attivo anche oltre la scadenza della campagna;
 - con la collaborazione con gli Uffici Scolastici Regionale e Provinciali è stata organizzata l'iniziativa 1 km al giorno Educational, per la promozione di stili di vita attivi all'interno delle scuole secondarie di I° e II° grado, che vedono i ragazzi impegnati per una parte dell'anno scolastico a camminare per almeno un km al giorno insieme ai loro compagni. L'iniziativa è stata estesa in via sperimentale anche ad alcuni Comuni (“1 km al giorno nel tuo Comune”), per diffondere nella popolazione l'importanza del movimento per la salute e il benessere.

Nell'ambito del contrasto all'epidemia, sono state create una serie di FAQ, in cui la popolazione ha potuto trovare le risposte, provenienti da fonti attendibili, a dubbi e quesiti inerenti l'emergenza in corso. Sono state, inoltre, prodotte delle FAQ specifiche rivolte alle donne in gravidanza o allattamento.

La Direzione ha steso un programma di azioni di comunicazione rivolte alla popolazione generale per diffondere e promuovere comportamenti responsabili a supporto delle iniziative a favore del contrasto al Coronavirus. Le attività realizzate nel periodo pandemico sono state molteplici:

- aggiornando le azioni di comunicazione rivolte alla popolazione generale per diffondere e promuovere comportamenti responsabili a supporto delle iniziative di contrasto al Coronavirus e all'importanza di effettuare la vaccinazione: cartonati con strumenti multimediali rivolti ai bambini presso gli hub vaccinali, video pubblicitari per le terze dosi nei trentenni/quarantenni;
- GiOCA & Impara, classico gioco dell'oca virtuale con i comportamenti corretti da tenere per evitare la diffusione del virus; laboratori sulla storia delle epidemie in collaborazione con il MUSME di Padova, interventi di Peer Education, ecc. Tutto il materiale è stato condiviso con l'Ufficio Scolastico Regionale, grazie al protocollo Scuola Regione Salute in tutte le politiche, per essere messo a disposizione per la diffusione alle Scuole di ogni ordine e grado, attraverso la didattica a distanza;
- utilizzo di canali social: FB, Instagram, You Tube, per target specifici, diffusione delle pillole di salute attraverso l'utilizzo di canali social, grazie alla collaborazione di influencer/testimonial in collaborazione con ViralVeneto.

Il 2021 ha visto l'avvio dell'iniziativa di comunicazione regionale "La Pandemia vista con gli occhi di...", costituita da una serie di eventi: la mostra itinerante "Andrà tutto bene" con l'esposizione dei disegni ed opere prodotti dai bambini veneti durante il lockdown; seminari realizzati dalle Aziende ULSS in cui era ospitata la mostra, incentrati sulle buone pratiche che si sono distinte durante la pandemia. In totale nel 2021 sono state realizzate due tappe e due seminari a Padova e a Venezia; l'iniziativa proseguirà nel 2022 con altri appuntamenti.

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia
Telefono: 041 2791352 - 1353 - 1320
E-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

4.2 Profilassi delle malattie infettive

La vaccinazione è uno degli strumenti principali di prevenzione adottati dalla Regione per il contenimento della diffusione delle malattie infettive. Adottando il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale e definendo il calendario vaccinale nel Piano Regionale di Prevenzione, la Regione definisce le strategie vaccinali per ogni fascia d'età.

Al 2021, considerando tutti i 553.142 soggetti residenti o domiciliati sul territorio regionale, è possibile aggiornare la copertura complessiva per i soggetti di età compresa tra i 2 ed i 14 anni al 95,7% per la terza dose di Poliomielite (rappresentativo anche per le altre vaccinazioni comprese nel vaccino esavalente: Difterite, Tetano, Pertosse, Hib ed Epatite B tra le quali le variazioni di coperture sono contenute) e del 95,3% per la prima dose di Morbillo (rappresentativo anche per Rosolia e Parotite) (Figura 4.2.1).

La copertura per i nati nel 2019, chiamati nel 2021, sono del 95,5% per terza dose di esavalente, e del 95% per Morbillo-Parotite-Rosolia. La rilevazione per il Meningococco ACWY indica una copertura del 92% per i nati nel 2019. A partire dalla coorte dei nati nel 2015, nella Regione del Veneto, viene offerta attivamente (su invito), anche la vaccinazione anti Meningococco B. La copertura ottenuta è del 92,4% per i nati nel 2019, soggetti alla chiamata nel corso dell'ultimo anno. Rispetto alla coorte 2015 l'adesione alla vaccinazione è in forte crescita su tutto il territorio.

Per il Pneumococco la copertura per ciclo di base (da 1 a 3 dosi a seconda dell'età) per la coorte 2019 è del 94,8%. Il dato sulla Varicella si allinea con quello dell'MPR indicato in precedenza.

In Veneto, tra marzo ed ottobre 2008, le diverse Aziende ULSS hanno avviato la campagna vaccinale contro il papilloma virus (HPV) della coorte delle femmine nate nel 1996 (11-12enni). La scelta della Regione Veneto, con l'approvazione del calendario vaccinale (DGRV n. 1564 del 26/08/2014), è stata quella di includere nella campagna vaccinale contro l'HPV le femmine 11-12enni a partire dalla coorte del 1996 e di mantenere l'offerta gratuita per tutte le coorti oggetto della campagna di vaccinazione fino al compimento del 18° anno di età. La copertura vaccinale a livello regionale (Figura 4.2.2) indica una copertura media dell'80% tra le femmine nate tra il 2000 ed il 2007. Le coperture sono simili tra prima dose e completamento del ciclo vaccinale.

La vaccinazione HPV, è offerta anche nei maschi con chiamata attiva a partire dai nati nel 2004 ma l'offerta è gratuita sin dalla coorte 2001. La percentuale di copertura per le coorti dal 2004 al 2007 si aggirano attorno al 73% per prima dose e al 70% per completamento del ciclo. E' bene specificare che per le coorti del 2008 e del 2009 la chiamata non è ultimata uniformemente sul territorio.

L'offerta attiva alla vaccinazione per l'adulto, inserita nel calendario vaccinale regionale, prevede la vaccinazione antipneumococcica, seguita dall'eventuale vaccinazione antipneumococcica 23valente per determinate categorie di rischio, e della vaccinazione anti Herpes Zoster. Inoltre viene verificata e proposta la vaccinazione per difterite-tetano-pertosse, con particolare attenzione al tetano.

La coorte oggetto della chiamata per il 2021 è quella dei nati nel 1956 che comprende circa 62.600 persone registrate in anagrafe tra residenti e domiciliati in Veneto. Le coorti precedenti sono state oggetto di chiamata negli anni passati, il dato riportato è comunque aggiornato alla data di rilevazione (Figura 4.2.3). La coorte dei nati nel 1957 sono soggetti alla chiamata attiva di quest'anno (2022) pertanto il dato va letto come dato di avvio della chiamata.

Il 44,4% dei nati nel 1956 risultano vaccinati per pneumococco ed il 33,0% per Herpes Zoster, tali coperture risultano inferiori rispetto alle coorti passate, flessione è legata ad un ritardo di chiamata disomogeneo sul territorio regionale.

Lo Zoster, proposto attivamente da quattro anni, registra valori attorno al 39% per le tre coorti 1953-1955, mentre è ancora al 33% per l'ultima coorte; la copertura per pneumococco è mediamente del 52% per le coorti del 1950-1955. La proposta della vaccinazione antipneumococcica 23valente è indicativamente del 2,2% per le coorti 1950-1955.

La copertura negli adulti per antitetanica è indicativamente del 48% per 1 dose e del 30% per tre dosi per le coorti 1950-1956, con quest'ultima che registra una copertura del 43% (1 dose) e del 23,1% (3 dosi). La copertura media della pertosse è del 15% con valori massimi del 21% per due coorti.

Figura 4.2.1 Coperture vaccinali per Poliomielite (3° dose) e Morbillo (1° dose) nei soggetti tra 2 e 14 anni (coorti 2019-2007) residenti e domiciliati in Veneto: 553.142 soggetti. Dati al 31/12/2021.

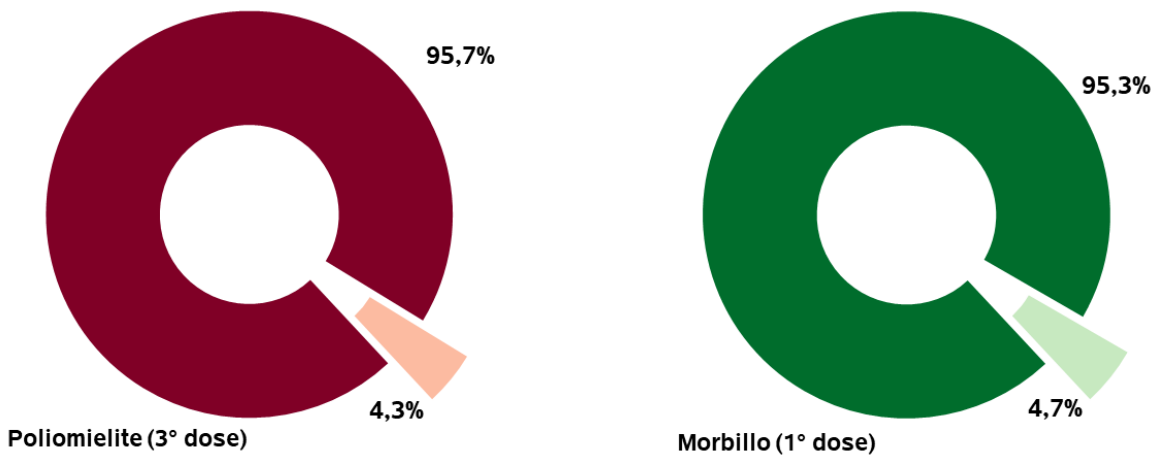


Figura 4.2.2 Coperture vaccinali per papilloma virus, prima dose o ciclo completo. Coorte delle femmine nate nel 1996-2009, residenti in Veneto, dati al 31/12/2021.

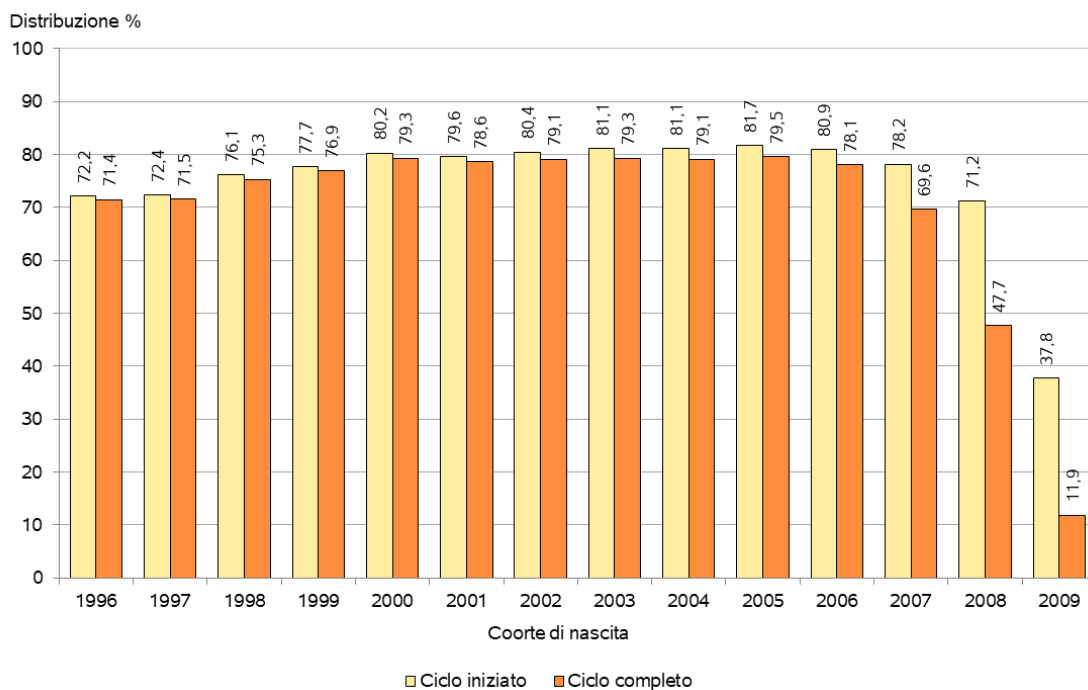
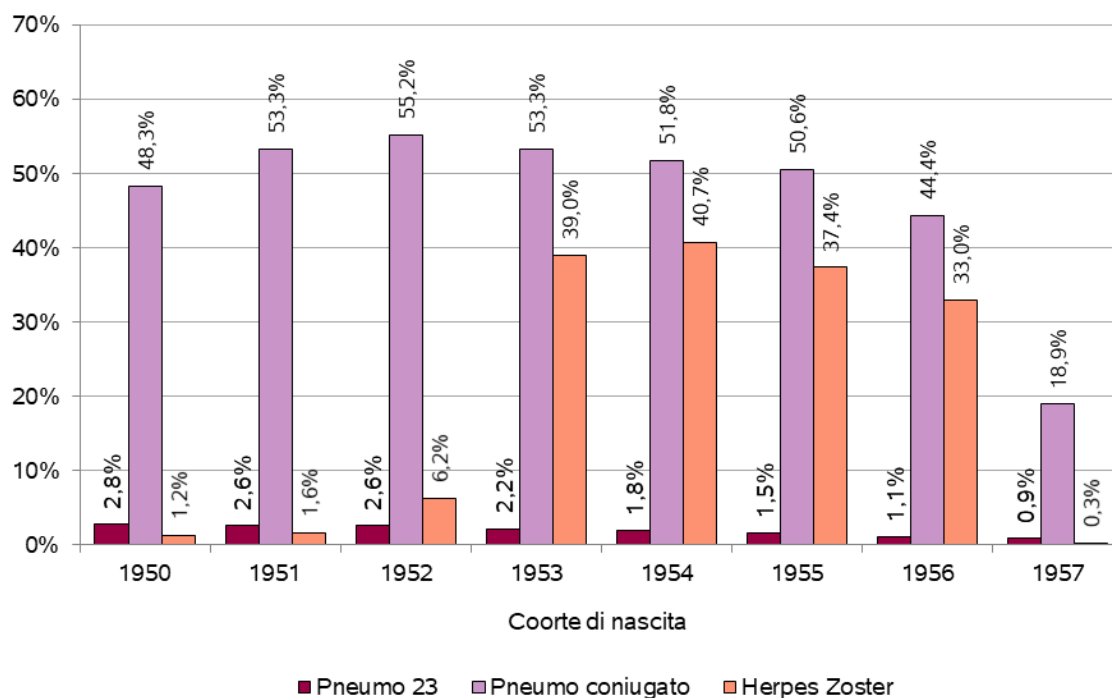


Figura 4.2.3 Coperture vaccinali per Pneumococco 23valente, Pneumococco coniugato, Herpes Zoster (1 dose). Coorti 1950-1957, residenti in Veneto, dati al 15/04/2022.



Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia
 Telefono: 041 2791352 - 1353 - 1320
 E-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

4.3 Screening oncologici

I tre programmi di screening oncologici per il carcinoma del colon-retto, della cervice uterina, e della mammella, basati sulle migliori evidenze disponibili per raggiungere livelli di appropriatezza e di efficacia nella riduzione della mortalità specifica, sono attivi da diversi anni presso le Aziende ULSS del Veneto, ancora prima del loro inserimento nel 2021 all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'impatto della pandemia da Covid-19 ha inevitabilmente avuto un'importante ripercussione anche sugli screening oncologici, con un'interruzione dell'offerta di primo livello da marzo 2020 a maggio 2020, e con una successiva graduale ripresa e riorganizzazione delle attività per adeguare le attività al nuovo scenario. Le attività di secondo livello non sono mai state interrotte, ma hanno dovuto subire anch'esse una riorganizzazione per le misure di riduzione del rischio infettivo applicate durante la pandemia. I dati di seguito presentati sono ricavati dal sistema informativo screening oncologici della Regione del Veneto.

Le Figure 4.3.1, 4.3.2 e 4.3.3 mostrano, per il triennio 2019-2021, l'indicatore di copertura, ossia la proporzione di soggetti aderenti ai tre programmi di screening, sulla popolazione residente in età target. Tale indicatore è oggetto di monitoraggio, a livello ministeriale e regionale, per garantire che la proposta alla popolazione sia adeguata sia in termini di offerta, che di azioni volte a promuovere l'adesione dei cittadini all'invito. I dati del triennio mostrano chiaramente l'importante attività di recupero intrapresa da tutte le Aziende ULSS nel corso del 2021 per assorbire il ritardo accumulato, garantendo il mantenimento a livello Regionale della soglia prevista dagli indicatori LEA.

A fronte di risultati complessivamente positivi dei programmi di screening del Veneto, sono presenti alcune differenze locali, oggetto di specifiche azioni di miglioramento a livello aziendale. Per garantire un elevato livello qualitativo dei percorsi di screening, ed uniformità di offerta nel territorio regionale, anche nel 2021 sono stati predisposti degli eventi formativi regionali, rivolti a tutti gli operatori che operano nei programmi di screening, che hanno visto complessivamente la partecipazione di più di 600 operatori.

Per lo screening della cervice uterina dal 2018 è stata conclusa, e consolidata, la transizione al test HPV DNA per tutta la popolazione in età compresa tra i 30 ed i 64 anni. Inoltre, nel 2021 è stata attivata la rimodulazione del calendario di screening cervicale per le donne che, tra il dodicesimo e il quindicesimo anno di età, erano state vaccinate contro HPV, come previsto dal Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025.

Per lo screening della mammella è stato garantito in tutte le ULSS l'ampliamento dell'estensione alla fascia d'età compresa tra i 70 e i 74 anni.

Per lo screening del colon-retto è stato implementato il progetto sperimentale di collaborazione con le farmacie dei servizi, per cercare di favorire la partecipazione della popolazione all'offerta di screening.

I programmi di screening prevedono oltre alla fase di invito attivo al test di primo livello una presa in carico dei soggetti positivi, comprensiva di tutti gli approfondimenti necessari alla formulazione di una diagnosi e dell'invio ai centri specialistici per l'intervento.

Nella Figura 4.3.4 sono riportati, per ciascun programma, i volumi di attività dei primi livelli relativi all'anno 2021, e la stima degli approfondimenti di secondo livello, delle lesioni pre-cancerose e dei

tumori diagnosticati sulla base dei tassi regionali di adesione e di detection-rate dell'anno precedente.

Figura 4.3.1 Copertura screening della cervice uterina, triennio 2019-2021, per Azienda ULSS e dato complessivo regione Veneto, con riferimento della soglia LEA

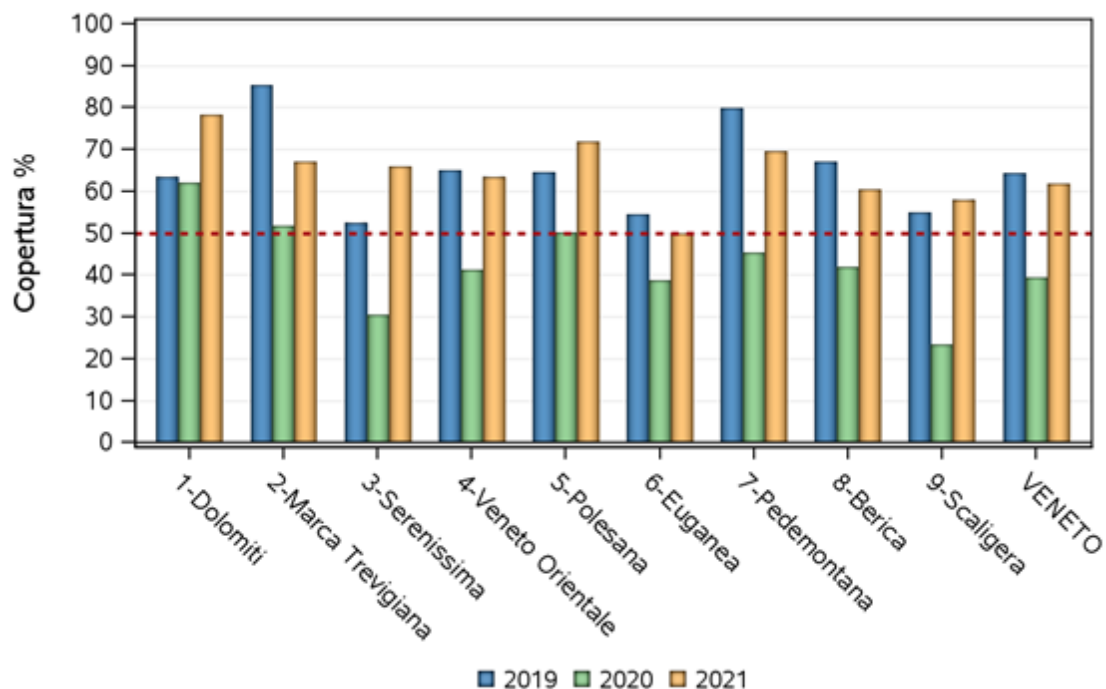


Figura 4.3.2 Copertura screening della mammella, triennio 2019-2021, per Azienda ULSS e dato complessivo regione Veneto, con riferimento della soglia LEA

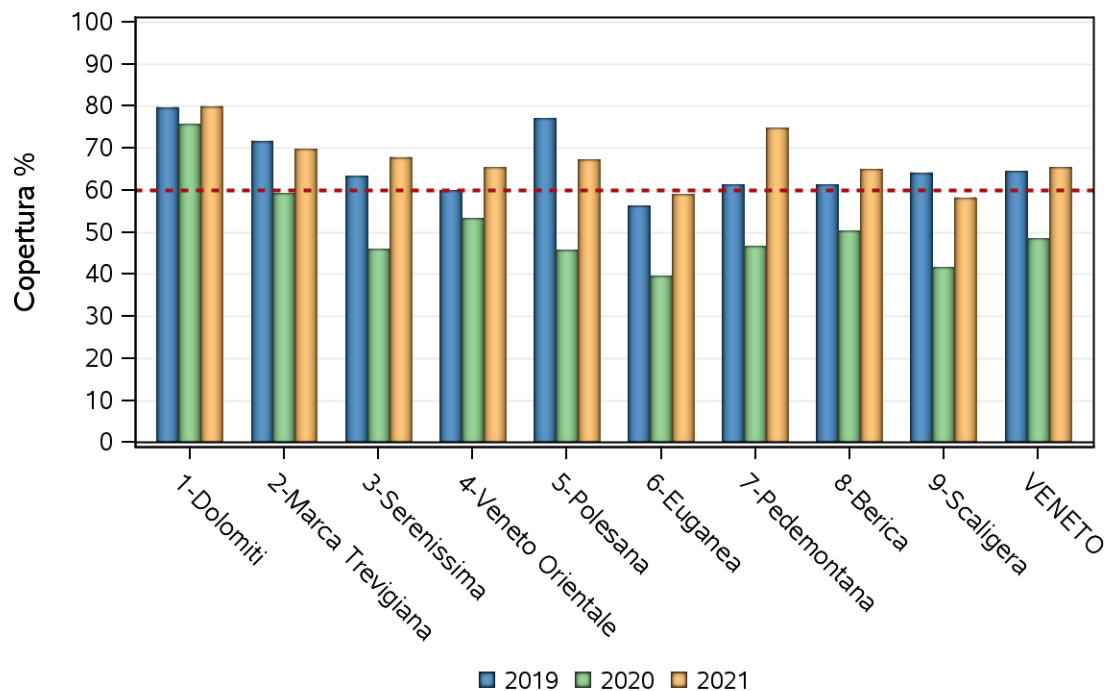


Figura 4.3.3 Copertura screening del colon-retto, triennio 2019-2021, per Azienda ULSS e dato complessivo regione Veneto, con riferimento della soglia LEA

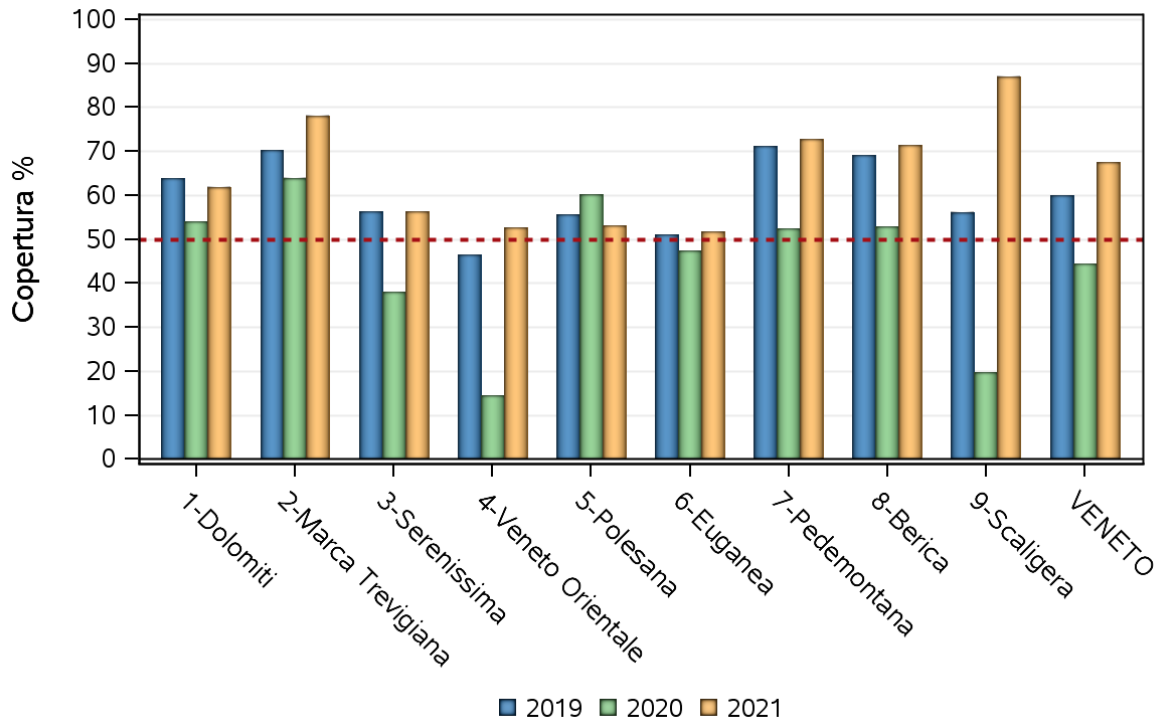
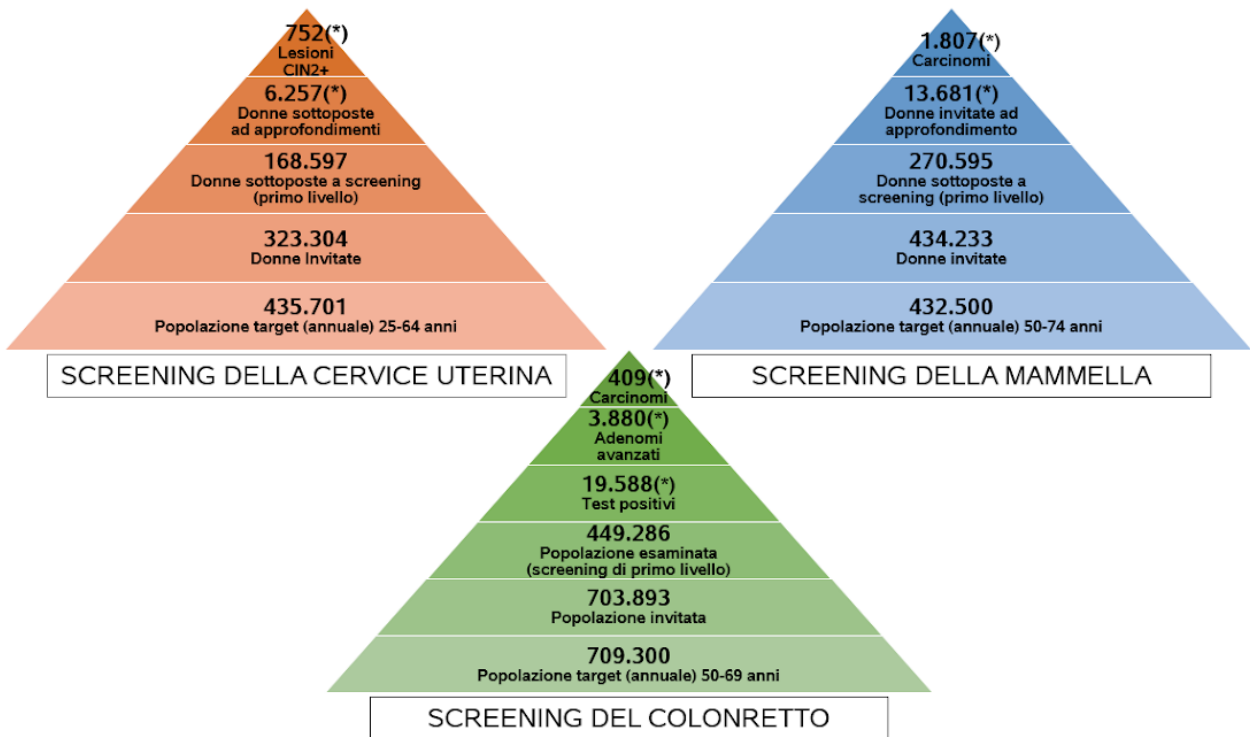


Figura 4.3.4 Volumi di attività, anno 2021, dato complessivo Veneto, per programma di screening.



(*) Dato stimato sulla base degli indicatori dell'anno precedente

Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto - UOC Screening e Valutazione di Impatto Sanitario
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778430
 E-mail: screening.vis@azero.veneto.it

4.4 Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro

La Regione del Veneto interviene nel campo della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro con compiti di programmazione, indirizzo e monitoraggio, mentre l'attuazione sul territorio della programmazione regionale e la vigilanza sull'applicazione della legislazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, ai sensi del D.Lgs. 81/2008 è mandato istituzionale delle Aziende ULSS competenti per territorio, per il tramite dei rispettivi Servizi Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL).

In continuità con l'anno precedente, gli interventi di vigilanza, volti al controllo delle misure di prevenzione (tecniche, comportamentali e gestionali) attuate dalle attività produttive del territorio a tutela della salute e della sicurezza dei propri lavoratori, sono stati orientati nei settori a maggior rischio di infortunio, con priorità per i rischi di infortunio grave e mortale.

La verifica periodica dei volumi di attività ha evidenziato come il sistema regionale, anche nel pieno dell'emergenza pandemica, nel corso della quale molte attività dei Dipartimenti di Prevenzione sono state riorientate per le necessità associate all'emergenza, sia stato in grado di garantire nel suo complesso l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di settore, orientando gli interventi verso le priorità di salute e secondo logiche di efficacia (Tabella 4.4.1).

Tabella 4.4.1 Attività di prevenzione (estratto) e organico SPISAL. Veneto, 2020-2021

	2020	2021
Attività produttive sottoposte a controllo	16.700	12.701
di cui:		
Cantieri	5.741	4.520
Cantieri per bonifica amianto	518	688
Aziende agricole	718	687
Copertura attività produttive soggette a controllo	7,4	5,5
Inchieste per infortuni sul lavoro concluse	1.235	1.430
Inchieste per malattie professionali concluse	1.353	1.126
Visite mediche	3.097	7.340
Ore di formazione erogate	628	1.046
Persone formate	3.327	1.359
Personale	156,83	222,07
di cui:		
Medici del lavoro	25,31	41,3
Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	91,02	128,42
Chimici, biologi, ingegneri, fisici, psicologi	4,96	6,67
Assistenti sanitari, infermieri	17,63	18,22

Controlli COVID negli ambienti di lavoro

In attuazione del "Protocollo di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro", condiviso tra le Parti Sociali in data 14.03.2020, ratificato dalla D.G.R. n. 346 del 17.03.2020, è stata avviata un'attività di supporto e di controllo delle aziende produttive, gestita dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS territorialmente competenti (avvalendosi principalmente di SPISAL, ma anche di SISP, SIAN e

Servizi Veterinari, in base all'attività da controllare) al fine del contenimento della diffusione del contagio da SARS-CoV-2.

In particolare, sono stati condotti controlli sull'applicazione delle principali misure di contenimento, tra cui: pulizia degli ambienti di lavoro, distanziamento tra le persone di almeno 1 metro, utilizzo di mezzi per la protezione delle mani e delle vie respiratorie, presenza di detergenti/igienizzanti per il lavaggio delle mani, presenza di prodotto disinfettanti per la pulizia delle superfici, presenza di cartellonistica informativa, ricorso alle modalità di lavoro agile, gestione delle modalità di accesso e uscita di lavoratori, fornitori e visitatori, regolamentazione dell'accesso a mensa, bagni, spogliatoi (Tabella 4.4.2). All'attività di controllo, è stata affiancata l'attività di assistenza, con diffusione di indirizzi operativi e materiale informativo.

Tabella 4.4.2 Esiti complessivi delle attività di supporto e controllo sull'applicazione delle misure di contenimento della diffusione del contagio da SARS-CoV-2. Veneto 2020,2021

Controlli Covid-19	2020		2021	
	N	%	N	%
Aziende Controllate	20.525	9	7.925	3,4
Lavoratori	543.820	34	292.000	18,3
Esito regolare	15.902	78	6.538	82,5
Esito migliorabile	4.405	21,5	1316	16,6
Esito irregolare	218	1,1	28	0,4
Aziende Controllate	20.525	9	7.925	3,4

Nuovo PRP 2020-2025

La Regione del Veneto, recependo il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, con DGR n. 1858 del 29.12.2021, ha approvato il Piano Regionale della Prevenzione; il Macro Obiettivo 4, "Infortuni sul lavoro e Malattie professionali" comprende i 3 programmi predefiniti:

-PP6 Piani Mirati di Prevenzione;

-PP7 Prevenzione in Edilizia e Agricoltura;

-PP8 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro.

Filo conduttore di tali programmi predefiniti è la filosofia dei Piani Mirati, declinata non solo nel PP6, specifico per la loro attuazione, ma anche nel PP7 - i cui comparti di azione sono limitati a edilizia e agricoltura - e nel PP8, che intende impiegare tale metodologia per prevenire le patologie derivanti dai rischi cancerogeni, ergonomici e da stress lavoro - correlato. Il Piano Mirato di Prevenzione è un nuovo modello di intervento attivo che coniuga la promozione di buone prassi con l'attività di vigilanza e assistenza dei Servizi SPISAL, al fine di migliorare l'efficienza dell'azione pubblica e facilitare le aziende ad acquisire conoscenza.

Le attività di pianificazione, confronto e monitoraggio degli interventi, anche al fine di una programmazione coordinata e mirata, saranno svolte in sede di Comitati di Coordinamento, regionale e provinciali, istituiti ai sensi dell'articolo 7 del DLgs 81/2008.

Coerentemente con la particolare attenzione rivolta all'aspetto dell'equità presente nel PNP, anche la declinazione regionale intende ridurre le disuguaglianze attraverso azioni mirate. In molti comparti, in primis agricoltura e edilizia, è forte la presenza di lavoratori autonomi e stagionali che spesso sono esclusi da interventi formativi, nonché di lavoratori stranieri, che a causa di barriere linguistiche e culturali faticano ad essere raggiunti dai messaggi contenuti negli interventi formativi/informativi. Si intende quindi aggiornare e progettare materiale informativo relativo a "singoli rischi/argomenti" e provvedere alla sua diffusione, in edizioni multilingue, attraverso i siti istituzionali della Regione e delle ULSS ma anche delle figure aziendali della prevenzione (RSPP, Datore di lavoro, Medico Competente, RLS...) e delle loro associazioni.

Piano Strategico 2018-2020 e 2021-2023

A partire dal 2018, la Regione del Veneto ha introdotto una nuova modalità di lavoro fondata sulla partecipazione attiva, nella programmazione delle attività, non solo dei componenti del Comitato Regionale di Coordinamento (ex art. 7 del D.Lgs. 81/2008), ma di tutti gli Enti e le Parti Sociali di livello regionale, per contrastare il fenomeno infortunistico con la maggiore efficacia e capillarità possibile.

In tale contesto, è stato approvato il primo "*Piano strategico 2018-2020 per il consolidamento e il miglioramento delle attività a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori*" (DGR 1055/2018), frutto dell'impegno congiunto di Pubblica Amministrazione e Parti Sociali. Le cui azioni hanno sicuramente determinato un impatto positivo sull'andamento degli infortuni mortali, tuttavia molte importanti attività sono rimaste incompiute a causa della pandemia COVID-19.

Proprio l'esperienza pandemica ha reso ancora più evidente quanto la tutela della salute e sicurezza sul lavoro sia fondamentale per la protezione del singolo e della collettività e per la continuità delle attività economiche e sociali.

Con questa consapevolezza e in totale continuità col Piano 2018-2020, la Regione ha rilanciato l'impegno congiunto di Pubblica Amministrazione e Parti Sociali per il rafforzamento delle azioni a tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, approvando il nuovo "*Piano strategico 2021-2023 per la tutela della salute e sicurezza sul lavoro*" (DGR 145/2022).

Infine, le azioni descritte nel Piano 2021-2023 concorrono anche al raggiungimento di uno degli obiettivi definiti dall'Organizzazione delle Nazioni Unite nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo sostenibile: Obiettivo 8 (Incentivare una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva ed un lavoro dignitoso per tutti) - Traguardo 8.8. "Proteggere il diritto al lavoro e promuovere un ambiente lavorativo sano e sicuro per tutti i lavoratori, inclusi gli immigrati, in particolare le donne, e i precari".

Approfondimenti

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/sicurezza-ambienti-di-lavoro>

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/prp-2020-2025>

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria

U.O. Prevenzione - Sanità pubblica

Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

Telefono: 041 279 1315 - 1311 - 1353

E-mail: sanitapubblica@regione.veneto.it

4.5 Ambiente, Salute e Clima

La complessità tecnico-scientifica e normativa dell'area tematica ambiente e salute richiede una solida leadership a livello regionale, necessaria per garantire che tutti gli Enti del Servizio Sanitario Regionale (Strutture regionali, Aziende ULSS, ARPAV, IZSve) concorrano in maniera coordinata, nell'ambito delle competenze attribuite dalla normativa di settore, al raggiungimento dell'obiettivo di tutelare la salute della popolazione dai rischi connessi all'inquinamento ambientale. Dato il carattere intrinsecamente intersettoriale della problematica, per una gestione efficace è inoltre indispensabile un costante raccordo con Istituzioni operanti in settori diversi da quello sanitario, come l'ambiente, l'agricoltura e la programmazione del territorio. La Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, con il supporto di Azienda Zero (UOC Screening e VIS), ha garantito nel corso del 2021 la funzione di indirizzo e coordinamento del SSR nell'area ambiente e salute, in raccordo con il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità. Ha inoltre assicurato la propria collaborazione alle altre Direzioni regionali competenti in materia, esercitando un ruolo di *advocacy* secondo l'approccio "Salute in tutte le politiche", indirizzo che trova il suo fondamento nei principali documenti programmatori nazionali, da declinare a livello regionale a partire dal 2022, quale il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e quindi il Piano Regionale della Prevenzione di cui alla DGR n. 1858 del 29/12/2021 e il Piano Nazionale Complementare (PNC) al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza di cui al Decreto Legge n. 59 del 06/05/2021, convertito con la Legge n. 101 del 01/07/2021.

La previsione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 è uno specifico programma predefinito (PP9) che individua le linee di attività da implementare a livello regionale, focalizzando nella creazione della rete integrata ambiente e salute a livello regionale e quindi territoriale la solida base sulla quale poggiare le iniziative in questo ambito. Tale previsione è ulteriormente rafforzata nel PNC parte Ambiente, salute, clima e biodiversità. Entrambi questi documenti programmatori si prefiggono la creazione della rete ambiente e salute ai vari livelli di *governance*, che dovranno utilizzare database integrati per l'analisi del rischio inerente a eventi ambientali con impatto sulla salute umana.

Contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS)

La contaminazione da PFAS, problematica complessa e sfaccettata, impegna costantemente la Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria su varie linee di lavoro, che includono: la disamina delle evidenze scientifiche; la programmazione, il coordinamento e il monitoraggio delle attività sanitarie a tutela della popolazione esposta; la ricerca scientifica.

La Regione del Veneto ha garantito il coordinamento e monitoraggio del Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta a PFAS (ex DGRV 2133/2016 e ss.mm.ii.), nonostante i rallentamenti delle attività a livello territoriale in capo alle Aziende ULSS, dovuti all'emergenza Covid-19. Al 19/01/2022, 91.831 persone residenti nell'Area Rossa avevano ricevuto l'invito per lo screening PFAS e 55.597 avevano effettuato la visita. Complessivamente, era stato invitato l'87% degli aventi diritto nati tra il 1951 e il 2002; per quanto riguarda i nuovi 14enni (coorti 2003-2004) e i bambini (coorti 2008-2009-2010), la chiamata attiva procede pressoché in linea con quanto previsto dalla DGRV 691/2018. Più di 11.000 persone con elevati livelli di PFAS nel sangue e alterazioni degli esami bioumorali sono state prese in carico in ambulatori specialistici dedicati.

Per quanto riguarda i soggetti con pregressa esposizione professionale a PFAS, la Direzione Prevenzione, in ottemperanza alla DGRV 1191/2017, aveva già garantito la presa in carico degli

ex-lavoratori Miteni da parte dell'ULSS territorialmente competente secondo un protocollo analogo a quello offerto alla popolazione generale. La sorveglianza dei lavoratori ancora in servizio era invece stata demandata al medico competente aziendale, come previsto dalla normativa. A seguito del fallimento della ditta Miteni, la Giunta Regionale ha stabilito di offrire a tutti gli ex-lavoratori della ditta un percorso di sorveglianza sanitaria ad hoc. Con DGRV 1495/2019 è stato pertanto approvato il protocollo di sorveglianza sanitaria dei soggetti con pregressa esposizione professionale a PFAS. Tale protocollo prevede l'offerta attiva e gratuita delle prestazioni già previste per la popolazione generale e di ulteriori approfondimenti laboratoristici e strumentali ritenuti necessari in ragione dei rischi specifici a cui questo sottogruppo di popolazione è stato esposto. Nel 2020 i 508 ex lavoratori della ditta Miteni sono stati tutti invitati al primo round di sorveglianza e coloro che hanno aderito hanno effettuato esami ematochimici, visita internistica, ecografia addominale e testicolare. Nel 2021 è stato avviato il secondo round di sorveglianza.

Durante il 2021 è stato deliberato un provvedimento di Giunta DGRV n. 801 del 22/06/2021 che approva uno specifico studio di biomonitoraggio sulla popolazione del comune di Trissino, dove ha sede l'impianto produttivo della Miteni (già RIMAR). Dalla documentazione recentemente acquisita, si presume che la popolazione possa essere stata esposta alla contaminazione sia attraverso l'acqua (prima dell'allacciamento all'acquedotto), sia attraverso l'aria.

Per quanto attiene alla sicurezza alimentare nell'ambito della contaminazione da PFAS, sulla base dell'Opinion dell'European Food Safety Authority di dicembre 2018 e della valutazione dell'esposizione trasmessa dall'Istituto Superiore di Sanità a luglio 2019 e dell'Opinion dell'European Food Safety Authority di luglio 2020, la Giunta regionale ha approvato, con DGRV 1494/2019, l'avvio di un "Piano di monitoraggio regionale di PFAS sugli alimenti e sui materiali a contatto presenti sul mercato" e di un "Piano di sorveglianza di PFAS nei prodotti agroalimentari delle zone rossa e arancione". Durante il 2021 è stata avviata l'implementazione delle attività propedeutiche alla predisposizione dei Piani di cui alla summenzionata DGRV, mediante l'interlocuzione con l'Istituto Superiore di Sanità, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie e le Aziende ULSS territorialmente competenti.

Nel corso del 2021 la Direzione Prevenzione ha portato a conclusione il progetto LIFE16/ENV/IT/000488 PHOENIX "Perfluorinated compounds HOlistic ENvironmental Interinstitutional eXperience" (LIFE PHOENIX), finanziato dalla Commissione Europea, che comprende come partner il Consiglio Nazionale delle Ricerche, l'Università degli Studi di Padova, ARPAV e Azienda Zero. LIFE PHOENIX aveva lo scopo di dimostrare come un nuovo modello di governance inter-istituzionale, supportato da sistemi previsionali innovativi e da mirate strategie di mitigazione, possa permettere di gestire in modo tempestivo ed efficace i rischi derivanti da contaminazione delle acque da sostanze organiche mobili e persistenti (definite dall'acronimo PMOC), in particolare i PFAS a catena corta. Rispetto a tali obiettivi sono stati prodotti e divulgati i risultati ottenuti, sia attraverso seminari tematici, materiali informativi e conferenza finale ma soprattutto attraverso importanti documenti conclusivi quali le linee guida per la gestione di eventi di contaminazione ambientale da sostanze emergenti quali i composti persistenti e mobili nell'ambiente, il Layman's report e la pubblicazione scientifica finale (www.lifephoenix.eu).

Qualità e sicurezza del sistema di fornitura dell'acqua destinata al consumo umano

Durante l'anno 2021, la Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, con il supporto di Azienda Zero, UOC Screening e VIS, ha garantito il ruolo di "consulente specialistico" nell'ambito dei Piani di Sicurezza dell'Acqua, a supporto dei Team multidisciplinari deputati alla

predisposizione dei Piani stessi, le cui attività sono coordinate dagli Enti Gestori del Servizio Idrico Integrato. La Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria ha partecipato fin dal 2016, in qualità di componente del team multidisciplinare, al Piano di Sicurezza dell'Acqua (PSA) di Lonigo, conclusosi ad inizio 2019. Uno dei primi PSA implementati in Italia, che ha consentito all'Istituto Superiore di Sanità di sperimentare concretamente le linee guida elaborate sulla materia (Linee guida per la valutazione e gestione del rischio della filiera idropotabile delle acque destinate al consumo umano secondo il modello Water Safety Plan prodotta da ISS - Rapporto ISTISAN 14/21). Questa attività si è configurata come propedeutica all'attuazione del Decreto del Ministero della Salute del 14/06/2017 "Recepimento della direttiva (UE) 2015/1787 che modifica gli allegati II e III della direttiva 98/83/CE sulla qualità delle acque destinate al consumo umano. Modifica degli allegati II e III del decreto legislativo 2 febbraio 2001, n. 31", che prevede l'implementazione dei PSA sull'intero territorio nazionale. Per rendere più omogeneo l'approccio a livello nazionale dell'implementazione dei PSA, la Direzione Prevenzione, durante il 2021, in collaborazione con la Regione Friuli Venezia-Giulia ha predisposto la scheda di gravità, che rappresenta uno degli strumenti attraverso cui viene effettuata da parte del Team Multidisciplinare l'analisi del rischio relativamente al rischio microbiologico, chimico e fisico dei parametri ricercati nell'acqua destinata al consumo umano, anche attivando un confronto e un dialogo sistematico con l'Istituto Superiore di Sanità.

Per quanto riguarda l'attività di monitoraggio della radioattività nell'acqua destinata al consumo umano, la Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, in collaborazione con ARPAV, durante il 2021 ha provveduto alla trasmissione al Ministero della Salute e al Centro Nazionale Protezione dalle Radiazioni e Fisica Computazionale dell'Istituto Superiore di Sanità, dei risultati del Programma di controllo della Regione Veneto per il biennio 2018-2019, per le zone di fornitura con più di 5.000 abitanti, sulla presenza di sostanze radioattive nelle acque destinate al consumo umano di cui al D. Lgs 28/2016 che recepisce la Direttiva Euratom. Nel contempo è stato trasmesso ai suddetti organismi centrali, il programma di monitoraggio sulla presenza di sostanze radioattive nelle acque destinate al consumo umano, per le zone di fornitura con meno di 5.000 abitanti e per le imprese del settore alimentare ricadenti nei controlli da effettuare. Per quanto riguarda quest'ultimo programma di controllo, sono già state avviate le attività a livello territoriale da parte delle Aziende ULSS ed Enti Gestori del Servizio Idrico Integrato interessati.

Il coordinamento delle Aziende ULSS e degli Enti Gestori del Servizio Idrico Integrato, con il supporto di ARPAV, avviene a partire dalla predisposizione del programma di controllo e trasmissione dello stesso al livello centrale, con il concomitante supporto e formazione rivolti agli Enti interessati dalle attività di monitoraggio. A maggio 2021 si è svolto un incontro formativo, per l'aggiornamento necessario di tutti gli operatori coinvolti.

Ricerca del virus SARS-CoV-2 nei reflui urbani

Durante il 2021, la Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria ha coordinato le attività relative all'implementazione sistematica della sorveglianza ambientale finalizzata alla ricerca del Sars-CoV-2 nei reflui urbani delle principali città del Veneto, in ottemperanza alla "Raccomandazione 2021/472 della Commissione UE su un approccio comune per stabilire una sorveglianza sistematica della SARS-CoV-2 e delle sue varianti nelle acque reflue nell'UE". Tale atto comunitario ha fortemente incoraggiato gli Stati membri a mettere in atto, entro e non oltre il 1 ottobre 2021, sistemi nazionali di sorveglianza delle acque reflue, mirati alla raccolta di dati di SARS-CoV-2 e sue varianti. Infatti numerosi studi hanno segnalato l'importanza del sequenziamento ambientale SARS-CoV-2 come strumento per determinare i ceppi circolanti nella

comunità e per studiare la diversità di SARS-CoV-2. La predetta Raccomandazione 2021/472 ha incoraggiato l'attuazione di sistemi di sorveglianza per SARS-CoV-2 e le sue varianti nelle acque reflue in tutta l'Unione, anche come strumento complementare di raccolta e gestione dei dati sull'andamento della pandemia di COVID-19. Considerata l'importanza di tale sorveglianza ambientale, la Regione del Veneto ha partecipato attivamente a tutte le fasi sperimentali, avviate con il coordinamento di ISS durante il 2020, supportandolo con i dati, esito dei campionamenti attuati, utili agli obiettivi dichiarati. Inizialmente, quindi, nel 2020 la Regione del Veneto ha aderito al progetto SARI (Sorveglianza epidemiologica di SARS -CoV-2 nei reflui urbani), condotto da ISS con il supporto delle Regioni su base volontaristica, individuando, come richiesto dallo stesso Istituto, una serie di depuratori da campionare, privilegiando quelli a cui conferiscono i reflui delle città capoluogo di Provincia e i depuratori di luoghi in cui ci sono importanti flussi di turismo.

Il sistema è stato sperimentato nel 2020, permettendo a ISS di perfezionare il metodo laboratoristico e stabilire una nuova frequenza nelle tempistiche relative al campionamento, giungendo, di fatto, al modello attualmente attivato e previsto dalla Raccomandazione comunitaria.

L'istituzione a livello regionale del sistema di sorveglianza sistematica di SARS-CoV-2 e delle sue varianti nelle acque reflue è avvenuta con la DGR n. 1827 del 12/12/2021. La Direzione Prevenzione coordina il gruppo di Enti che partecipano alla sorveglianza: ARPAV, l'Università di Padova e gli Enti Gestori del Servizio Idrico Integrato, deputati ai depuratori selezionati: Venezia, Verona, Padova, Treviso, Vicenza (selezionati dagli organi centrali) e Padova-Guizza ed Abano Terme (individuati dalla Regione del Veneto).

Le attività, declinate in un flusso preciso, prevedono i campionamenti presso il depuratore, l'analisi di laboratorio, secondo una metodologia declinata in specifico protocollo di ISS, immissione dati secondo precise tempistiche nella dashboard nazionale.

Accanto alle attività routinarie vengono effettuate ogni mese, con la medesima metodologia, delle Flash Survey finalizzate alla caratterizzazione delle varianti di SARS-CoV-2 nelle acque reflue, i cui risultati sono pubblicati sul sito di ISS al link <https://www.iss.it/cov19-acque-reflue>.

Controlli su immissione in commercio e utilizzo di prodotti fitosanitari

La Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria ha svolto anche nel 2021 un ruolo di *governance* nell'ambito della tutela della salute dai rischi connessi ai prodotti fitosanitari, attraverso la programmazione delle attività di controllo da effettuare sul territorio regionale per verificare il rispetto della normativa sull'immissione in commercio e l'utilizzo di tali prodotti.

Le attività di controllo, con il supporto analitico di ARPAV, sono condotte dalle Aziende ULSS e rendicontate ad Azienda Zero (UOC Screening e VIS) che provvede a elaborarne una complessiva e poi trasmetterla alla Direzione Prevenzione per l'adempimento del debito informativo verso il Ministero della Salute. I volumi delle attività di controllo svolte dalle Aziende ULSS nel 2021 sono illustrati nelle due tabelle seguenti, relative ai controlli su produzione e immissione in commercio (Tabella 4.5.1) e a quelli sull'utilizzo (Tabella 4.5.2).

A seguito dell'attività ispettiva condotta sulla produzione e commercio di prodotti fitosanitari, sono state comminate 11 sanzioni amministrative, di cui 3 presso altri esercizi di vendita, 1 sequestro (in altro esercizio di vendita) e 1 smaltimento di prodotto revocato. Inoltre, sono state fornite 46 indicazioni di miglioramento, di cui 15 scritte (prescrizioni) e 31 orali.

A seguito dei controlli presso le varie tipologie di utilizzatori di prodotti fitosanitari sono stati adottati 2 provvedimenti sanzionatori (1 presso un'azienda agricola e 1 presso un'azienda che effettua concia di sementi). Inoltre, sono state fornite 70 indicazioni di miglioramento, 27 scritte e 43 orali.

In 34 campionamenti di prodotti fitosanitari, per verificare la corrispondenza tra la composizione chimica effettiva del prodotto e quanto dichiarato in etichetta, non si sono rilevate irregolarità.

Per far fronte alle difficoltà legate alla pandemia che rendevano problematica l'organizzazione di corsi in presenza, con DGR n. 690 del 31/05/2021 è stata modificata la disciplina regionale sui corsi per il rilascio del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari, consentendo lo svolgimento di corsi regionali in modalità FAD, di cui sono state effettuate due edizioni con il supporto organizzativo della Fondazione Scuola di Sanità Pubblica.

Tabella 4.5.1 Produzione e commercio di prodotti fitosanitari: controlli programmati (P) ed effettuati (C), per ULSS. Veneto, Anno 2021

	Officine di produzione (OP)		Importatori paralleli (IP)		Titolari autorizzazione (TA)		Rivendite autorizzate		Altri Esercizi di vendita	
	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C
1-Dolomiti	0	0	0	0	0	0	6	7	1	1
2-Marca Trevigiana	0	0	1	1	2	2	50	51	6	2
3-Serenissima	0	0	0	0	0	0	12	12	6	6
4-Veneto Orientale	0	0	0	0	0	0	12	14	3	2
5-Polesana	1	1	0	0	0	0	16	21	5	5
6-Euganea	0	0	0	0	0	0	33	42	4	4
7-Pedemontana	0	0	0	0	0	0	14	19	4	4
8-Berica	0	0	0	0	0	0	18	20	4	4
9-Scaligera	0	0	0	0	1	1	35	40	4	5
VENETO	1	1	1	1	3	3	196	226	37	33

Tabella 4.5.2 Utilizzo di prodotti fitosanitari: controlli programmati (P) ed effettuati (C), per ULSS. Veneto, Anno 2021

	Aziende agricole		Conto terzi		Aziende florovivaistiche		Aziende sementiere (concia)		Comuni	
	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C
1-Dolomiti	7	7	0	0	1	1	0	0	6	6
2-Marca Trevigiana	23	26	3	3	2	2	1	0	9	9
3-Serenissima	10	10	4	4	1	1	1	0	2	2
4-Veneto Orientale	10	12	2	2	1	2	0	0	2	2
5-Polesana	10	10	4	4	1	1	1	1	5	5
6-Euganea	23	26	5	6	3	3	1	1	10	10
7-Pedemontana	9	13	1	1	2	3	0	0	6	6
8-Berica	11	12	3	3	1	1	1	1	6	6
9-Scaligera	17	17	2	2	1	1	1	1	10	10
VENETO	120	133	24	25	13	15	6	4	56	56

Controlli sulle sostanze chimiche ai sensi dei Regolamenti CE n. 1907/2006 (REACH) e CLP n. 1272/2008 (CLP)

La Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria ha svolto anche nel 2021 un ruolo di *governance* e *advocacy* nell'ambito della tutela della salute dai rischi connessi alle sostanze chimiche, attraverso il coordinamento e monitoraggio delle attività di vigilanza svolte dalle Aziende ULSS in applicazione della normativa comunitaria (Reg. europeo REACH e CLP), nazionale e regionale di settore e la formazione degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione.

Le attività di controllo sono condotte dalle Aziende ULSS, con il supporto analitico di ARPAV, mediante progetti REACH-EN-FORCE (REF) e progetti pilota adottati da ECHA, che permettono di acquisire metodologie di lavoro comuni fra tutti gli Stati Membri e riguardano controlli documentali o analitici. Le Aziende ULSS rendicontano annualmente le attività ad Azienda Zero (UOC Screening e VIS) che elabora un prospetto complessivo e lo trasmette alla Direzione Prevenzione per l'adempimento del debito informativo verso il Ministero della Salute.

Nella Tabella 4.5.3 viene illustrato il numero di aziende ispezionate nel 2021, suddivise in base alla categoria economica e al ruolo nella catena di approvvigionamento. I controlli condotti presso le 41 aziende sono stati rivolti verso sostanze in quanto tali, o contenute in miscele o articoli, classificate come cancerogene, mutagene, reprotossiche, sensibilizzanti o che sono state inserite nell'allegato XIV (autorizzazione) o allegato XVII (restrizione). Inoltre sono stati controllati le sostanze presenti in articoli destinati al consumatore finale con particolare attenzione alle categorie più sensibili. Nella Tabella 4.5.4 sono riportati i controlli su prodotto condotti nel 2021, suddivisi in programmati e reattivi, cioè su richiesta di altri Enti.

Sono stati inoltre effettuati complessivamente 410 controlli su prodotto, di cui 394 documentali e 16 analitici, derivanti dal prelievo di 11 campioni. I controlli condotti hanno riguardato 24 sostanze, 96 miscele e 8 articoli. Sono state controllate 20 Schede Dati di Sicurezza riguardanti sostanze e 61 SDS riguardanti miscele. Sono state rilevate anche alcune non conformità (Tabella 4.5.5).

In relazione ai controlli analitici, è stata riscontrata una sola non conformità che riguardava la composizione di una miscela diluente: la concentrazione verificata dal laboratorio analisi di ARPAV non corrispondeva a quanto dichiarato in Scheda Dati di Sicurezza, pertanto è stata emessa una sanzione ai sensi dell'art. 31 comma 6 del Regolamento n. 1907/2006 REACH.

Tabella 4.5.3 Numero e tipologia di aziende ispezionate in ambito REACH-CLP, Veneto, anno 2021

Categoria di Attività Economica	N° di aziende ispezionate (in base al ruolo nella catena di approvvigionamento)			
	Utilizzatore			Totale
	Distributore	Fabbricante	e	
Prodotti di raffinazione del petrolio		1		1
Prodotti chimici di base, organici, inorganici, e materie plastiche			1	1
Fabbricazione di fitofarmaci e di altri prodotti chimici per l'agricoltura			2	2
Detergenti, profumi e cosmetici		1		1
Fabbricazione prodotti farmaceutici		1		1
Articoli in plastica e gomma		1	2	3
Vetro			1	1
Attività metallurgiche, siderurgiche incluso commercio			6	6

Categoria di Attività Economica	N° di aziende ispezionate (in base al ruolo nella catena di approvvigionamento)			
	Utilizzatore			e Totale
	Distributore	Fabbricante		
Fabbricazione di macchinari, apparecchiature elettriche ed elettroniche			2	2
Tessile	1			1
Pelle	1			1
Magazzini di custodia e deposito per conto terzi	2			2
Altro	5	3	11	18
Totale	9	7	25	41*

*Un'azienda è stata ispezionata sia come fabbricante che come utilizzatore a valle

Tabella 4.5.4 Controlli condotti sui prodotti. Veneto, anno 2021

	Programmati	Reattivi	Totale
Controlli documentali relativi al regolamento REACH	138	1	139
Controlli documentali relativi al regolamento CLP	252	3	255
Subtotale controlli documentali	390	4	394
Controlli analitici relativi al regolamento REACH	13	0	13
Controlli analitici relativi al regolamento CLP	3	0	3
Subtotale controlli analitici	16	0	16
Totale	406	4	410

Tabella 4.5.5 Non conformità rilevate. Veneto, anno 2021

Articolo violato		N° non conformità
art. 6 c. 1 (REACH)	Mancata registrazione a ECHA	3
art. 31 (REACH)	Prescrizione relative alle SDS	3
art. 31 c. 6 (REACH)	SDS incompleta	1
art. 17 c. 1 (CLP)	Etichetta incompleta	1
art. 48 (CLP)	Pubblicità	1

Nel corso del 2021 sono stati erogati 11 corsi di formazione, organizzati dalla Regione del Veneto e dalle singole Aziende ULSS, con il supporto di Azienda Zero e della Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, che hanno permesso la formazione di n. 1015 discenti tra Tecnici della Prevenzione, Chimici, Medici ed altre professioni sanitarie, appartenenti anche ad enti di altre regioni. Quattro corsi su 11 prevedevano l'erogazione di crediti ECM.

Approfondimenti

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/prp-2020-2025>

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/tutela-acque-destinate-al-consumo-umano>

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

Telefono: 041 2791352 - 1353 - 1320

E-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

Azienda Zero - Regione del Veneto

UOC Screening e Valutazione di Impatto Sanitario

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

Telefono: 049 8778430

E-mail: screening.vis@azero.veneto.it

4.6 Veterinaria e Sicurezza alimentare

4.6.1 Epidemia HPAI H5N1 2021-2022 nella Regione Veneto

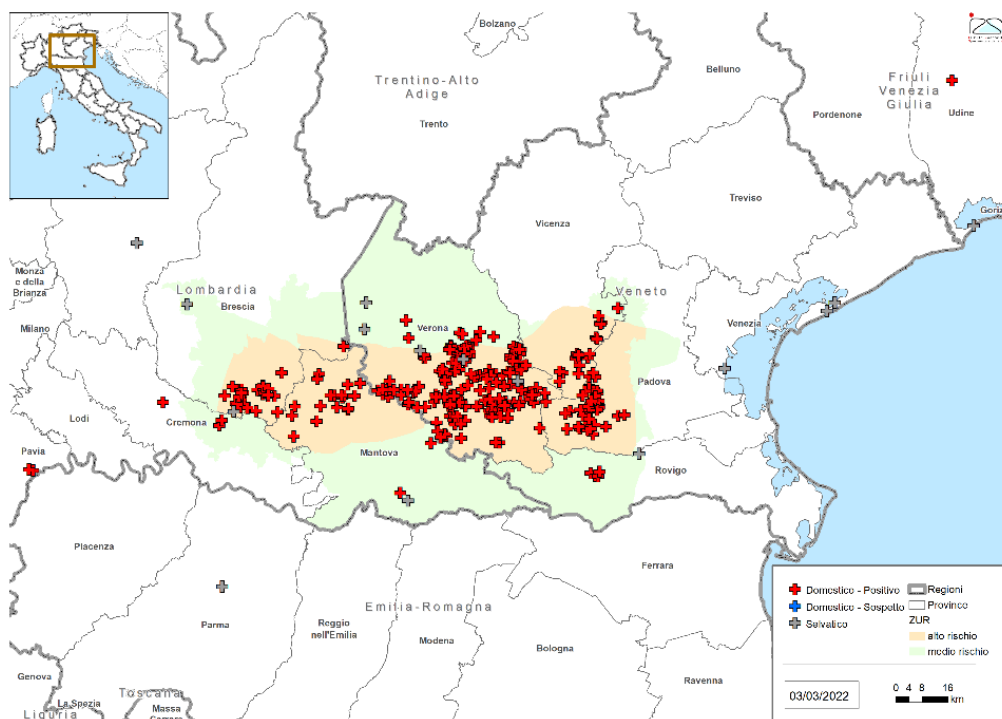
La Regione del Veneto tra ottobre 2021 e gennaio 2022 è stata interessata dalla più grave epidemia di influenza aviaria mai registrata in precedenza. Si sono registrati un totale di 248 focolai in Veneto (130 in tacchini da carne, 65 in allevamenti di polli da carne, 32 in allevamenti di ovaiole, 37 in altre categorie di avicoli). Sono state coinvolte anche altre Regioni, in particolare la Lombardia con 60 focolai.

La circolazione virale ha interessato principalmente la provincia di Verona, a sud dell'autostrada A4, area ad elevatissima densità di allevamenti avicoli e storicamente interessata da numerose epidemie di influenza aviaria sia ad alta che a bassa patogenicità. La malattia è rimasta contenuta nella provincia di Verona per il primo mese dell'ondata epidemica; successivamente casi sono stati notificati anche in altre province venete: Padova, dove ha causato un totale di 40 focolai tra novembre e dicembre 2021; Vicenza, dando luogo a 25 focolai; e Rovigo, dove sono stati notificati 4 focolai, tutti nello stesso comune.

L'epidemia ha colpito prevalentemente allevamenti di tacchini da carne, come comunemente osservato anche in eventi passati; tuttavia l'ondata epidemica del 2021-2022 ha visto un forte coinvolgimento della filiera del pollo da carne, con circa un quarto dei focolai (24%) notificati in questo indirizzo produttivo.

Oltre ai casi in allevamenti di pollame sono stati registrati 23 focolai in volatili selvatici, in 8 regioni italiane, solo 5 focolai hanno coinvolto volatili appartenenti all'ordine Anseriformes (21,7%), considerati tra le specie target per la sorveglianza passiva per Influenza Aviaria nelle popolazioni selvatiche. Il coinvolgimento dei broiler è l'aspetto di novità rispetto alle precedenti epidemie.

Le analisi filogenetiche confermano la somiglianza dei virus isolati dai selvatici con gli isolati nei domestici nelle aree limitrofe e la successiva presenza di cluster tra aziende indicativi di successiva introduzione secondaria. Queste analisi confermano inoltre il ruolo principale del tacchino come specie primaria di introduzione del virus nel comparto e l'interessamento successivo dei broiler e delle altre categorie produttive.

Figura 4.6.1 Mappa dei focolai dell'epidemia HPAI H5N1, periodo ottobre 2021 – gennaio 2022

4.6.2 Sicurezza alimentare

Con l'obiettivo di rafforzare la rete della sorveglianza epidemiologica per quanto concerne le malattie trasmesse da alimenti (MTA) al fine di ottimizzare anche le strategie di controllo degli alimenti, sono state individuate con la nota n° 242214 del 19 giugno 2020 le azioni finalizzate alla rapida individuazione e caratterizzazione di casi/focolai delle malattie a trasmissione alimentare (MTA), alla corretta gestione degli stessi, nonché a favorire una maggiore collaborazione tra le strutture delle Aziende ULSS, la Regione ed i laboratori designati per le analisi sugli alimenti. In particolare si invitano le diverse strutture aziendali ad inserire i dati relativi ai casi e ai focolai nel gestionale regionale; ad indagare anche i singoli casi con interviste e sopralluoghi e ad inviare i campioni prelevati nell'ambito delle indagini ed i ceppi isolati dai pazienti ai laboratori dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVe). Presso tale Ente, infatti, con delibera della giunta regionale n. 803 del 22 giugno 2021 (Bur n. 89 del 06/07/2021) è stato individuato il "Centro regionale per la sorveglianza degli agenti di tossinfezione alimentare".

Dai dati inseriti nel gestionale regionale SIMIWEB (dal 2022 SIRMI), si evince che nel 2021 sono stati registrate 426 notifiche di casi singoli e 3 focolai di MTA.

A IZSVe sono stati inviati nel 2021, 96 ceppi isolati da pazienti di *Salmonella* spp. ed un ceppo di *Campylobacter* spp., e conferiti, in 56 occasioni, campioni di alimenti raccolti nell'ambito di indagini epidemiologiche in caso di episodi di tossinfezione alimentare: in 16 campioni le analisi hanno permesso di isolare l'agente patogeno.

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia
 Telefono: 041 2791352 - 1353 - 1320
 E-mail: prevenzionalealimentareveterinaria@regione.veneto.it

5. Assistenza ospedaliera

5.1 Rete emergenza e pronto soccorso

Nel 2021 si sono registrati 1.524.051 accessi di Pronto Soccorso, registrando un incremento del 16% rispetto al 2020, primo anno della pandemia da Sars-CoV-2 nel corso del quale si è assistito a un calo degli accessi pari al 32% rispetto all'anno precedente, con un andamento condizionato dalle fasi di maggior circolazione virale (Tabella 5.1.1 e Figura 5.1.1).

Dalla distribuzione degli accessi al Pronto Soccorso per modalità di arrivo e per codice colore attribuito in fase di triage (Tabella 5.1.2), emerge come quasi l'80% degli accessi venga effettuato con mezzi propri e il 19% avvalendosi dei mezzi di soccorso; come atteso, vi è un maggior ricorso ai mezzi di soccorso nelle situazioni ad elevata priorità, soprattutto per i codici rossi.

Per quanto concerne gli esiti degli accessi (Tabella 5.1.3) le dimissioni dopo l'accesso al Pronto Soccorso, considerando sia quelle a domicilio che quelle presso le strutture ambulatoriali, si sono attestate al 77%, con un ricorso al ricovero solo nell'11% dei casi, dato plausibilmente riconducibile all'importante attività di osservazione breve intensiva (OBI), attivata in occasione di oltre 130.000 accessi (9%).

Considerando l'attività erogata nei confronti dei cittadini veneti (Tabelle 5.1.4 e 5.1.5), dalla distribuzione degli accessi per genere e classe di età e per azienda ULSS di residenza, oltre alla conferma del maggior tasso di accesso al Pronto Soccorso nei bambini e negli anziani e nel genere maschile, si evidenzia una variabilità non trascurabile per azienda di residenza in un range compreso tra 279,4 e 360,9 accessi annui per 1.000 assistiti.

Tabella 5.1.1 Accessi al Pronto Soccorso per mese. Veneto, anni 2019-2021

Mese	2019	2020	2021
Gennaio	161.497	164.105	95.845
Febbraio	153.395	147.490	98.043
Marzo	163.561	71.275	111.987
Aprile	157.605	69.646	105.893
Maggio	160.029	98.264	128.750
Giugno	173.829	119.007	147.966
Luglio	176.997	126.022	153.425
Agosto	172.655	122.103	148.516
Settembre	155.775	113.322	134.506
Ottobre	160.712	102.914	139.298
Novembre	150.519	81.290	134.804
Dicembre	158.885	102.386	125.018
Totale	1.945.459	1.317.824	1.524.051

Figura 5.1.1 Accessi al Pronto Soccorso per mese. Veneto, anni 2019-2021

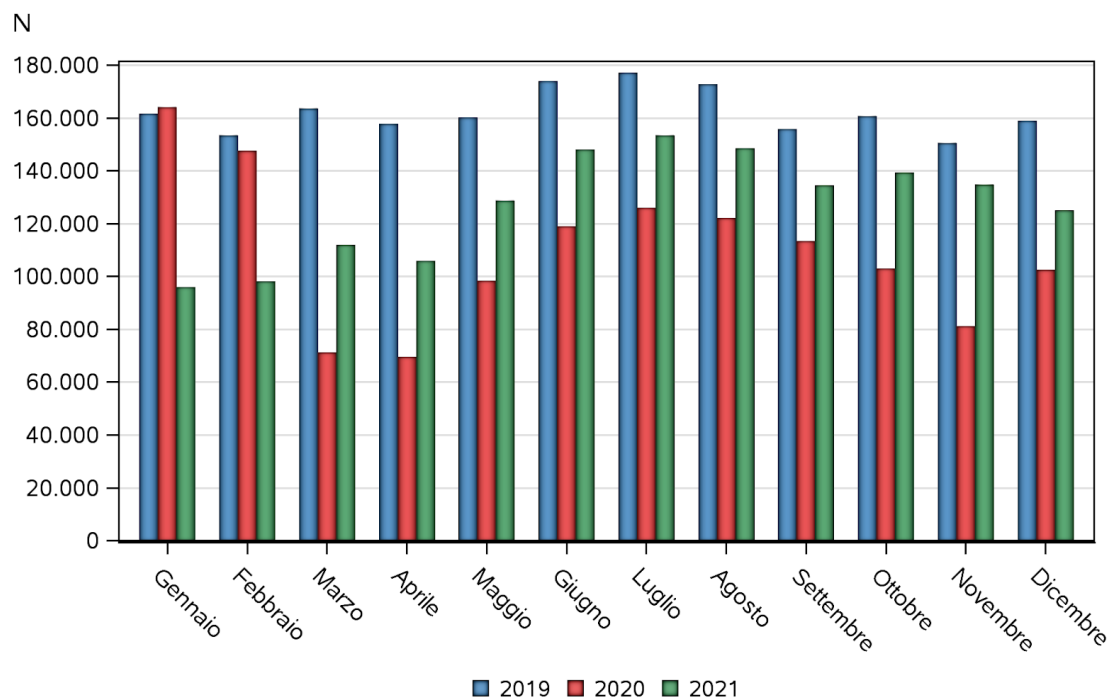


Tabella 5.1.2 Accessi al Pronto Soccorso per codice colore attribuito in fase di triage e modalità di arrivo. Veneto, anno 2021.

Codice colore	Mezzi di soccorso		Mezzi propri		Altro		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Rosso	27.388	79,8	6.367	18,6	565	1,6	34.320	100,0
2. Arancione	51.752	37,9	81.755	59,8	3.113	2,3	136.620	100,0
3. Giallo	89.151	39,6	131.497	58,4	4.540	2,0	225.188	100,0
4. Verde	56.343	17,8	251.271	79,5	8.475	2,7	316.089	100,0
5. Bianco	59.215	7,4	733.164	91,1	12.607	1,6	804.986	100,0
Non attivato	410	6,0	6.233	91,0	205	3,0	6.848	100,0
Totale	284.259	18,7	1.210.287	79,4	29.505	1,9	1.524.051	100,0

Tabella 5.1.3 Distribuzione degli esiti degli accessi di Pronto Soccorso, Veneto, anno 2021

Esito accessi al Pronto Soccorso	N	%
Dimissione a domicilio	1.063.942	69,8
Dimissione a strutture ambulatoriali	99.902	6,6
Ricovero in reparto di degenza	161.647	10,6
Osservazione Breve Intensiva	131.325	8,6
Trasferimento ad altro istituto/str. Territoriale	17.203	1,1
Rifiuta ricovero	6.385	0,4
Abbandono del DEA/PS prima della visita medica	27.921	1,8
Abbandono del DEA/PS in corso di accertamenti e prima della chiusura della cartella clinica	13.865	0,9
Deceduto in DEA/PS	1.733	0,1
Giunto cadavere	83	0,0

Esito accessi al Pronto Soccorso	N	%
Non indicato	45	0,0
Totale	1.524.051	100,0

Tabella 5.1.4 Tasso di accessi al Pronto Soccorso (per 1.000 residenti) per genere e classe di età, Veneto, anno 2021.

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 anni	692,7	625,2	660,3
01-05 anni	441,1	364,2	403,8
06-14 anni	221,5	163,9	193,5
15-24 anni	260,9	237,0	249,4
25-44 anni	251,0	297,1	273,8
45-64 anni	272,8	221,0	246,8
65-74 anni	341,6	278,6	308,7
75-84 anni	543,7	461,5	497,5
85 anni e oltre	811,8	650,9	702,8
Totale	312,5	292,1	301,0

Tabella 5.1.5 Accessi al Pronto Soccorso per Azienda ULSS di residenza, tasso grezzo e tasso standardizzato di accesso per 1.000 residenti (popolazione standard: Veneto 2021). Veneto, anno 2021

Azienda ULSS di residenza	Accessi	Tasso Grezzo	Tasso STD
1. Dolomiti	73.024	365.7	360.9
2. Marca Trevigiana	246.226	279.7	281.2
3. Serenissima	189.572	300.7	297.8
4. Veneto Orientale	76.075	357.1	355.3
5. Polesana	66.127	283.6	279.4
6. Euganea	276.597	297.3	298.9
7. Pedemontana	114.190	315.3	317.0
8. Berica	141.251	286.7	288.6
9. Scaligera	282.729	304.7	305.2
Totale	1.465.791	301.0	301.0

Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Governo Clinico Assistenziale
 Via J. Avanzo, n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778433
 E-mail: governo.clinico@azero.veneto.it

5.2 Ospedalizzazione generale e posti letto

Nel 2021 le strutture ospedaliere del Veneto hanno effettuato 564.050 dimissioni, oltre a circa 24.500 dimissioni di neonati non affetti da patologie; sia nel 2020 che nel 2021, in relazione alle misure di contenimento della pandemia da COVID-19, si è verificata una consistente contrazione dei ricoveri ospedalieri, con una diminuzione rispetto alla media degli anni 2018 e 2019 del 16% e del 13% rispettivamente (Tabella 5.2.1). Per contro, la durata media della degenza dei ricoveri ordinari per acuti negli ultimi due anni è leggermente aumentata rispetto al periodo precedente, in relazione alla tipologia di ricoveri legati alle infezioni da COVID-19 (Tabella 5.2.2). Oltre tre quarti della casistica viene trattata in regime ordinario nei reparti per acuti e il 17% in regime diurno; l'attività riabilitativa riguarda circa il 4,5% dei ricoveri, sostanzialmente costante nel tempo. Sono invece in netto calo i ricoveri nelle Unità Operative di lungodegenza, come previsto dalla programmazione regionale in relazione alla progressiva attivazione degli Ospedali di Comunità.

Considerando le sole dimissioni in regime ordinario, dal confronto con il periodo pre-pandemico (anni 2018 e 2019) emerge come per i DRG medici si sia verificata una contrazione dei ricoveri nel 2020 e nel 2021 nell'arco di tutto l'anno, parzialmente recuperata solo verso la fine del 2021 (Figura 5.2.1). Al contrario, per i ricoveri chirurgici già da luglio i volumi del 2021 risultavano sovrapponibili ai volumi medi degli anni 2018 e 2019 (Figura 5.2.2).

L'analisi del case-mix dei ricoveri medici in regime ordinario, rappresentata in Tabella 5.2.3, mette in evidenza il forte aumento dei ricoveri per Infezioni e infiammazioni respiratorie (DRG 079 e 080) e dei ricoveri che necessitano di respirazione assistita (DRG 565), condizioni strettamente correlate all'infezione da SARS-Cov2. Tra i ricoveri chirurgici, quelli che hanno subito la maggior contrazione riguardano l'attività per lo più programmata, come la colecistectomia laparoscopica (-22%), gli interventi ORL e in generale gli interventi sul sistema osteoarticolare non urgenti, come gli interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione e gli interventi sul piede (Tabella 5.2.4).

Negli anni tra il 2015 e il 2019 il tasso di ospedalizzazione in Veneto si attestava intorno a 130 ricoveri per 1.000 abitanti. Nel periodo pandemico è diminuito al 109 per 1.000 con una timida ripresa nel corso del 2021. La decrescita si è verificata tra il 2019 e il 2020 soprattutto in relazione alla riorganizzazione dell'attività nei reparti per acuti e alla sospensione dell'attività programmata richiesta dalla Regione in conseguenza dell'evento pandemico (Figura 5.2.3).

Nel 2021 i tassi di ospedalizzazione standardizzati delle Aziende ULSS non si discostano molto dal tasso complessivo del Veneto ad eccezione delle ULSS 1-Dolomiti e ULSS 9-Scaligera, che presentano tassi rispettivamente inferiori e superiori alla media regionale (Tabella 5.2.6 e Figura 5.2.4).

Nota metodologica

Fonti informative:

Ricoveri: archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Veneto aggiornato al 02/05/2022; la mobilità sanitaria del 2021 è stata stimata in base alla mobilità sanitaria dell'anno 2020

Posti letto: modello HSP22bis-Posti letto medi delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate. Aggiornamento al 22/04/2022.

Popolazione: popolazione ISTAT al 1 gennaio ricostruita (<https://demo.istat.it/>).

Tabella 5.2.1 Dimissioni dalle strutture della Regione del Veneto: numero (N) e percentuale (%) per tipo di assistenza. Anni 2015-2021

	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2015	477.265	72,2	144.386	21,8	9.306	1,4	30.282	4,6	661.239	100,0
2016	491.949	74,5	129.088	19,6	8.232	1,2	31.000	4,7	660.269	100,0
2017	505.652	77,3	109.734	16,8	7.963	1,2	30.520	4,7	653.869	100,0
2018	504.226	77,6	107.027	16,5	7.571	1,2	30.807	4,7	649.631	100,0
2019	503.611	77,3	110.302	16,9	7.246	1,1	30.577	4,7	651.736	100,0
2020	432.040	78,6	88.202	16,1	4.175	0,8	25.017	4,6	549.434	100,0
2021	440.640	78,1	96.825	17,2	1.877	0,3	24.708	4,4	564.050	100,0

Tabella 5.2.2 Dimissioni dalle strutture della Regione del Veneto: numero di giornate di degenza (N) e degenza media (Media) per tipo di assistenza. Anni 2015-2021

	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Lungodegenza		Riabilitazione		TOTALE	
	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media
2015	3.874.052	8,1	249.767	1,7	258.362	27,8	694.938	22,9	5.077.119	7,7
2016	3.869.360	7,9	227.389	1,8	225.291	27,4	704.756	22,7	5.026.796	7,6
2017	3.859.251	7,6	178.476	1,6	224.102	28,1	678.778	22,2	4.940.607	7,6
2018	3.896.161	7,7	178.034	1,7	225.760	29,8	679.306	22,1	4.979.261	7,7
2019	3.906.679	7,8	165.111	1,5	223.140	30,8	666.597	21,8	4.961.527	7,6
2020	3.453.993	8,0	132.301	1,5	127.108	30,4	558.525	22,3	4.271.927	7,8
2021	3.516.156	8,0	144.385	1,5	46.886	25,0	532.569	21,6	4.239.996	7,5

Figura 5.2.1 Dimissioni in regime ordinario con DRG Medico per mese di dimissione. Veneto, confronto anni 2020 e 2021 con la media 2018-2019

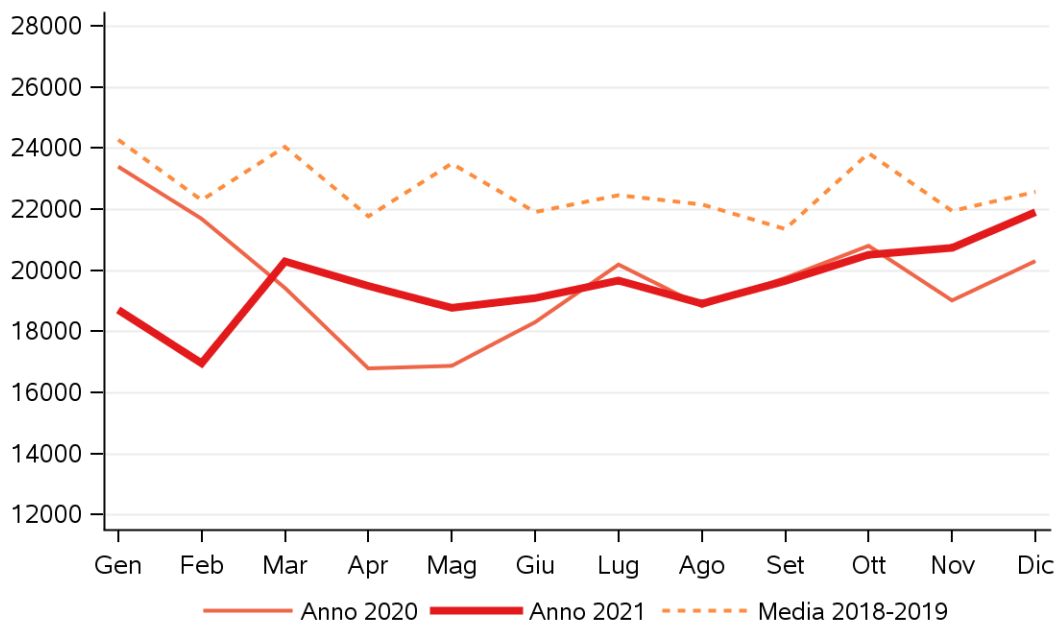


Figura 5.2.2 Dimissioni in regime ordinario con DRG Chirurgico per mese di dimissione. Veneto, confronto anni 2020 e 2021 con la media 2018-2019

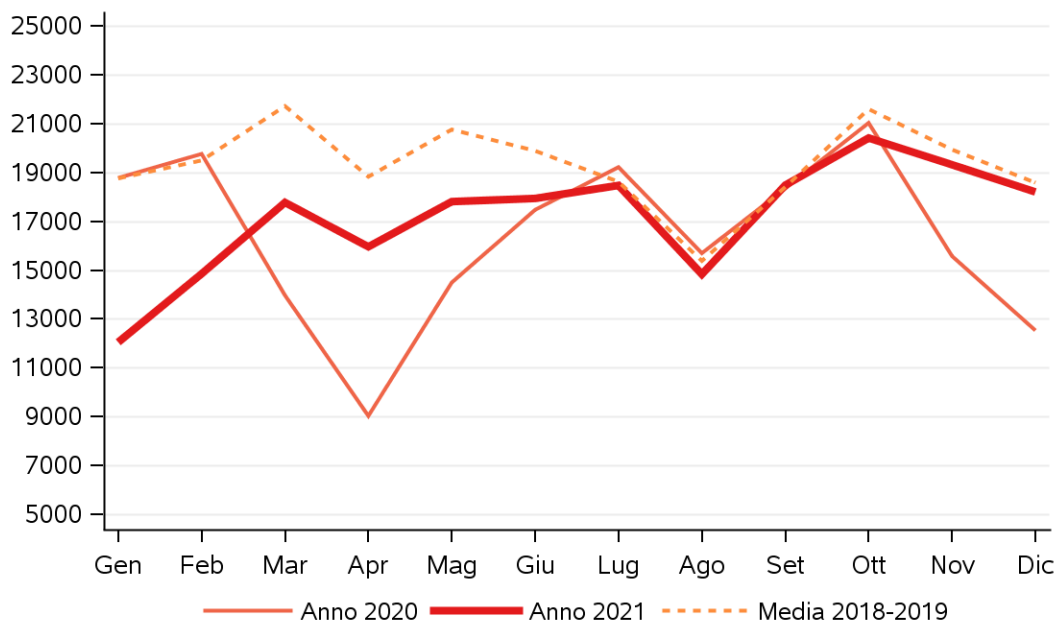


Tabella 5.2.3 Dimissioni in regime ordinario con DRG Medico. Veneto, anni 2020, 2021 e media 2018-2019

DRG medici più frequenti nel 2021	N. dimissioni			Variazione dimissioni	
	Media 2018-2019	2020	2021	2020 vs 2018-2019	2021 vs 2018-2019
012-Malattie degenerative del sistema nervoso	2.195	1.512	1.584	-31%	-28%
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	7.368	6.786	6.677	-8%	-9%
078-Embolia polmonare	2.163	2.075	2.478	-4%	15%
079-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	2.146	8.545	8.249	298%	284%
080-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	1.076	5.378	4.277	400%	298%
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	2.987	2.430	2.353	-19%	-21%
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	12.369	12.638	14.245	2%	15%
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	7.463	5.516	4.184	-26%	-44%
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	3.739	2.723	1.610	-27%	-57%
124-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	2.947	2.502	2.757	-15%	-6%
125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	5.829	4.657	5.112	-20%	-12%
127-Insufficienza cardiaca e shock	15.018	11.785	11.925	-22%	-21%
172-Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	1.906	1.549	1.470	-19%	-23%
174-Emorragia gastrointestinale con CC	2.167	1.982	1.853	-9%	-14%
181-Occlusione gastrointestinale senza CC	1.788	1.397	1.399	-22%	-22%
183-Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	3.632	2.493	2.460	-31%	-32%
202-Cirrosi e epatite alcolica	1.548	1.368	1.239	-12%	-20%
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	3.789	3.286	3.237	-13%	-15%
204-Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	2.322	1.867	1.987	-20%	-14%
207-Malattie delle vie biliari con CC	2.017	1.732	1.863	-14%	-8%
208-Malattie delle vie biliari senza CC	2.625	2.027	2.244	-23%	-14%
316-Insufficienza renale	5.292	4.498	4.637	-15%	-12%
320-Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	1.790	1.570	1.852	-12%	3%
321-Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	2.013	1.597	1.625	-21%	-19%
324-Calcolosi urinaria senza CC	1.778	1.329	1.386	-25%	-22%
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.058	1.047	1.209	-1%	14%
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	23.700	22.756	22.530	-4%	-5%
389-Neonati a termine con affezioni maggiori	1.622	1.659	1.610	2%	-1%
390-Neonati con altre affezioni significative	4.071	3.812	4.533	-6%	11%
395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	2.996	2.447	2.437	-18%	-19%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2.252	1.978	2.043	-12%	-9%
428-Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	2.531	2.383	2.695	-6%	7%
429-Disturbi organici e ritardo mentale	1.638	1.202	1.331	-27%	-19%
430-Psicosi	6.851	5.922	5.972	-14%	-13%
467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	3.358	2.907	2.567	-13%	-24%
524-Ischemia cerebrale transitoria	1.975	1.479	1.330	-25%	-33%
565-Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore	888	1.883	2.244	112%	153%
576-Setticemia senza ventilazione meccanica=96 ore, età > 17 anni	8.802	8.417	9.482	-4%	8%
Altri DRG	112.317	84.559	81.908	-25%	-27%
TOTALE	272.016	235.693	234.594	-13%	-14%

Tabella 5.2.4 Dimissioni in regime ordinario con DRG Chirurgico. Veneto, anni 2020, 2021 e media 2018-2019

DRG chirurgici più frequenti nel 2021	N. dimissioni			Variazione dimissioni	
	Media 2018-2019	2020	2021	2020 vs 2018-2019	2021 vs 2018-2019
053-Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	2.684	2.056	1.765	-23%	-34%
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	3.737	2.586	2.552	-31%	-32%
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	3.184	2.860	3.110	-10%	-2%
158-Interventi su ano e stoma senza CC	3.337	2.244	2.413	-33%	-28%
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	2.805	2.276	2.540	-19%	-9%
167-Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	2.118	1.584	1.757	-25%	-17%
210-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	2.796	2.883	2.781	3%	-1%
211-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	2.398	2.167	2.203	-10%	-8%
219-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	4.299	3.947	4.087	-8%	-5%
223-Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	3.597	2.932	2.848	-18%	-21%
224-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	3.355	2.999	3.076	-11%	-8%
225-Interventi sul piede	2.764	1.650	1.668	-40%	-40%
234-Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	1.745	1.496	1.697	-14%	-3%
260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.485	2.408	2.781	-3%	12%
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	2.564	2.144	2.123	-16%	-17%
290-Interventi sulla tiroide	2.859	2.333	2.416	-18%	-15%
303-Interventi su rene e uretere per neoplasia	1.876	1.754	1.764	-7%	-6%
311-Interventi per via transuretrale senza CC	8.973	7.819	8.553	-13%	-5%
335-Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	2.651	2.251	2.332	-15%	-12%
337-Prostatectomia transuretrale senza CC	3.895	3.057	3.405	-22%	-13%
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	9.263	7.225	7.820	-22%	-16%
371-Parto cesareo senza CC	7.799	7.244	7.365	-7%	-6%
479-Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	2.270	1.797	2.107	-21%	-7%
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	6.240	4.586	4.892	-27%	-22%
498-Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	1.432	1.503	1.899	5%	33%
500-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	2.500	2.061	2.124	-18%	-15%
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	2.643	1.924	1.804	-27%	-32%
518-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IM	2.899	2.566	2.873	-11%	-1%
538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	2.227	1.497	1.680	-33%	-25%
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	17.719	16.214	17.167	-8%	-3%
552-Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	3.523	3.085	3.293	-12%	-7%
557-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	4.204	3.996	3.961	-5%	-6%

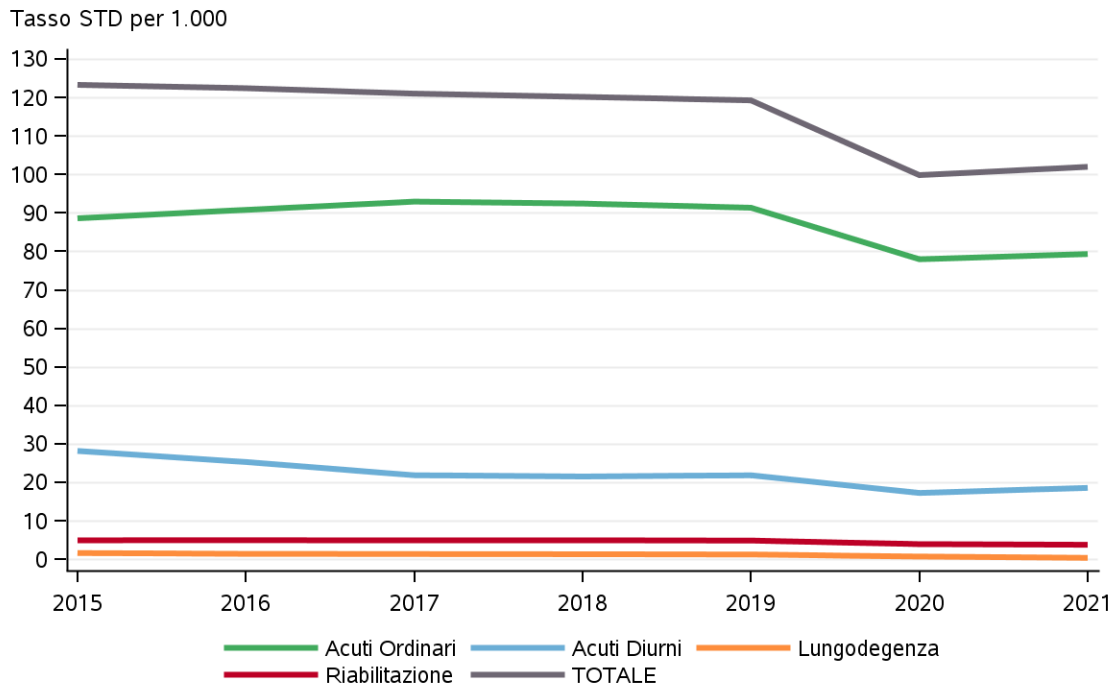
DRG chirurgici più frequenti nel 2021	N. dimissioni			Variazione dimissioni	
	Media 2018-2019	2020	2021	2020 vs 2018-2019	2021 vs 2018-2019
558-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4.072	3.342	3.880	-18%	-5%
569-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	1.646	1.587	1.720	-4%	5%
Altri DRG	99.353	84.272	87.590	-15%	-12%
TOTALE	231.901	196.345	206.046	-15%	-11%

Tabella 5.2.5 Tassi di ospedalizzazione grezzi e standardizzati (per età). Veneto, anni 2015-2021. Standardizzazione diretta, popolazione standard Italia 2001

	N. dimissioni	Popolazione	Tasso grezzo	Tasso Standard diretto
2015	643.565	4.902.694	131,3	123,3
2016	640.499	4.890.648	131,0	122,4
2017	634.906	4.883.373	130,0	121,0
2018	633.156	4.880.936	129,7	120,1
2019	632.561	4.884.590	129,5	119,2
2020	530.986	4.879.133	108,8	99,8
2021	540.336	4.869.830	111,0	101,9

Mobilità 2021 stimata in base alla mobilità 2020

Figura 5.2.3 Tassi di ospedalizzazione standardizzati (per età) per tipo di assistenza. Veneto, anni 2015-2021. Standardizzazione diretta, popolazione standard Italia 2001



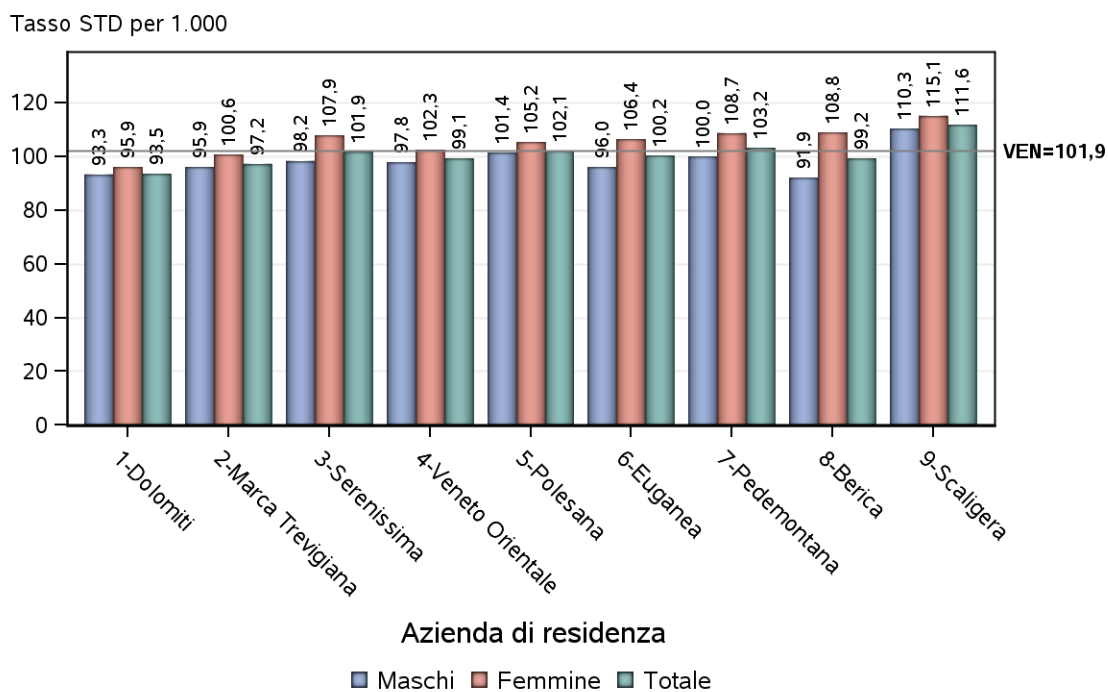
Mobilità 2021 stimata in base alla mobilità 2020

Tabella 5.2.6 Tassi di ospedalizzazione grezzi e standardizzati (per età) per Azienda ULSS di residenza. Anno 2021. Standardizzazione diretta, popolazione standard Italia 2001

	N. dimissioni	Popolazione	Tasso grezzo	Tasso Standard diretto
1-Dolomiti	21.263	199.704	106,5	93,5
2-Marca Trevigiana	92.839	880.417	105,4	97,2
3-Serenissima	71.179	617.107	115,3	101,9
4-Veneto Orientale	24.641	226.438	108,8	99,1
5-Polesana	27.436	233.179	117,7	102,1
6-Euganea	100.658	930.213	108,2	100,2
7-Pedemontana	40.126	362.210	110,8	103,2
8-Berica	51.651	492.752	104,8	99,2
9-Scaligera	110.528	927.810	119,1	111,6
VENETO	540.336	4.869.830	111,0	101,9

Mobilità 2021 stimata in base alla mobilità 2020

Figura 5.2.4 Tassi di ospedalizzazione standardizzati (per età) per sesso e Azienda ULSS di residenza. Anno 2021. Standardizzazione diretta, popolazione standard Italia 2001



Mobilità 2021 stimata in base alla mobilità 2020

Posti letto

I posti letto mediamente disponibili nel corso del 2021 ammontano a 14.877, con una diminuzione di circa 850 posti letto (5,4%) rispetto al dato relativo al periodo pre-pandemico (2019).

Durante il 2021 nel settore pubblico sono stati potenziati i posti letto dell'area medica e delle terapie intensive e contestualmente ridotti i posti letto dell'area chirurgica, materno-infantile e di riabilitazione/lungodegenza (Tabella 5.2.7). Fra le specialità mediche, nel 2021 sono più che raddoppiati i posti letto delle malattie infettive, mentre la riduzione più rilevante si è registrata nei reparti di lungodegenza (Tabella 5.2.8).

Dalla Figura 5.2.5 risulta evidente come la dinamica dei posti letto sia stata pesantemente influenzata dall'andamento della pandemia da COVID 19, con la riduzione dei posti letto di area chirurgica a favore di un aumento dei posti dell'area medica e delle terapie intensive.

Tabella 5.2.7 Posti letto in regime ordinario per Area Funzionale e tipo ospedale. Veneto, anni 2019-2021.

Tipo struttura/Area	Posti letto (Media gennaio – dicembre)				
	2019	2020	2021	var % 2019-2020	var % 2019-2021
1-Pubblico					
1.Area MEDICA	5.656	5.815	5.777	2,8	2,2
2.Area CHIRURGICA	3.405	3.040	2.837	-10,7	-16,7
3.Area TERAPIE INTENSIVE	705	810	792	15,0	12,3
4.Area MATERNO-INFANTILE	1.540	1.416	1.331	-8,0	-13,6
5.Area RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA	1.388	1.057	747	-23,9	-46,2
Totale	12.694	12.139	11.484	-4,4	-9,5
2-Privato					
1.Area MEDICA	745	889	870	19,4	16,8
2.Area CHIRURGICA	502	542	516	8,0	2,8
3.Area TERAPIE INTENSIVE	35	39	40	10,5	13,0
4.Area MATERNO-INFANTILE	25	42	34	71,2	38,3
5.Area RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA	817	813	843	-0,5	3,2
Totale	2.124	2.326	2.303	9,5	8,4
3-Classificato					
1.Area MEDICA	356	442	479	24,1	34,5
2.Area CHIRURGICA	191	198	188	3,7	-1,7
3.Area TERAPIE INTENSIVE	12	24	24	103,1	101,6
4.Area MATERNO-INFANTILE	70	74	73	5,3	3,6
5.Area RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA	279	310	327	10,8	16,8
Totale	909	1.048	1.090	15,3	19,9

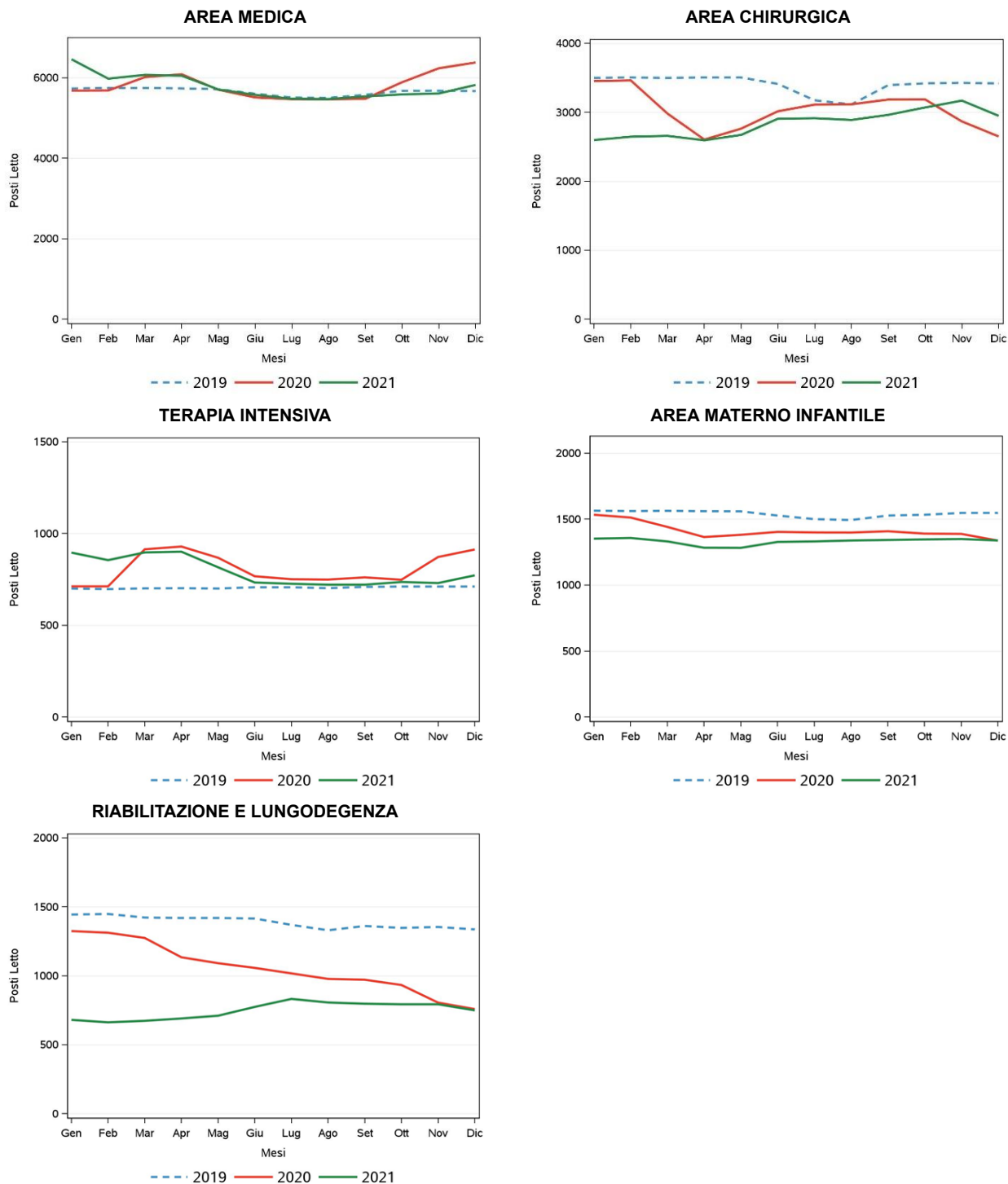
Tabella 5.2.8 Posti letto in regime ordinario per disciplina. Ospedali Pubblici del Veneto, anni 2019-2021

Area/Disciplina	Posti letto (Media gennaio – dicembre)				
	2019	2020	2021	var % 2019-2020	var % 2019-2021
1.Area MEDICA					
01. Allergologia	0	0	0		
05. Angiologia	12	10	9	-17,9	-23,6
08. Cardiologia	510	506	526	-0,7	3,3
18. Ematologia	104	101	100	-3,6	-4,0
19. Malattie Endocrine, del ricambio e della nutrizione	40	34	40	-14,2	1,0
21. Geriatria	864	808	861	-6,5	-0,3
24. Malattie infettive e tropicali	140	383	377	172,9	168,3
26. Medicina Generale	2.323	2.276	2.189	-2,0	-5,8
29. Nefrologia	154	132	133	-14,4	-14,0
32. Neurologia	447	427	420	-4,6	-6,1
40. Psichiatria	442	431	415	-2,6	-6,0
48. Nefrologia	49	49	49	-0,0	-1,3
52. Dermatologia	11	11	10	-1,1	-5,9
58. Gastroenterologia	149	148	148	-0,1	-0,3
64. Oncologia	127	121	119	-4,6	-6,6
66. Oncoematologia	3	7	7	182,2	181,1
68. Pneumologia	220	325	327	47,7	48,5
70. Radioterapia	36	24	21	-33,1	-40,0
71. Reumatologia	25	22	26	-11,2	3,9
TOTALE	5.656	5.815	5.777	2,8	2,2
2.Area CHIRURGICA					
07. Cardiochirurgia	122	122	121	0,3	-0,7
09. Chirurgia generale	1.245	1.123	1.033	-9,8	-17,1
10. Chirurgia maxillofacciale	39	35	28	-10,0	-27,7
12. Chirurgia plastica	59	50	41	-14,8	-30,5
13. Chirurgia toracica	47	46	44	-2,4	-6,8
14. Chirurgia vascolare	91	88	101	-3,0	11,2
30. Neurochirurgia	178	171	165	-3,7	-7,5
34. Oculistica	48	38	36	-21,5	-24,7
36. Ortopedia e traumatologia	987	852	815	-13,7	-17,5
38. Otorinolaringoiatria	216	191	167	-11,8	-22,9
43. Urologia	373	324	286	-13,1	-23,3
TOTALE	3.405	3.040	2.837	-10,7	-16,7

Tabella 5.2.8 Posti letto in regime ordinario per disciplina. Ospedali Pubblici del Veneto, anni 2019-2021

Area/Disciplina	HSP22				
	Posti letto 2019	Posti letto 2020	Posti letto 2021	var % 2019-2020	var % 2019-2021
3.Area TERAPIE INTENSIVE					
47. Grandi ustionati	15	15	15	0,3	0,0
49. Terapia intensiva	445	561	545	26,0	22,5
50. Unita' coronarica	172	164	162	-4,5	-5,9
73. Terapia intensiva neonatale	73	71	70	-3,1	-4,5
TOTALE	705	810	792	15,0	12,3
4.Area MATERNO-INFANTILE					
06. Cardiocirurgia pediatrica	6	6	6	1,7	0,0
11. Chirurgia pediatrica	38	39	39	2,5	2,4
33. Neuropsichiatria infantile	10	10	12	2,0	21,3
37. Ostetricia e ginecologia	997	918	844	-8,0	-15,4
39. Pediatria	319	288	268	-9,7	-16,0
62. Neonatologia	120	107	114	-11,1	-5,2
65. Oncoematologia pediatrica	33	33	32	-1,0	-2,5
76. Neurochirurgia pediatrica	6	6	7	-7,4	1,4
77. Nefrologia pediatrica	10	10	10	-2,2	-3,3
TOTALE	1.540	1.416	1.331	-8,0	-13,6
5.Area RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA					
28. Unita' spinale	65	58	38	-10,0	-41,9
56. Recupero e riabilitazione funzionale	674	565	477	-16,2	-29,2
60. Lungodegenti	619	383	162	-38,1	-73,8
75. Neuro-riabilitazione	30	50	70	67,1	134,2
TOTALE	1.388	1.057	747	-23,9	-46,2

Figura 5.2.5 Posti letto Ospedali Pubblici in regime ordinario per Area Funzionale. Veneto, anni 2019-2021



Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252
 E-mail: ser@azero.veneto.it

5.3 Volumi di attività e qualità delle cure

Nel Decreto Ministeriale n. 70 del 2015 (“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”) vengono identificati parametri di riferimento (soglie) relativamente ai volumi e agli esiti dell'assistenza ospedaliera con riferimento a specifiche aree di attività.

Per alcuni degli indicatori oggetto di monitoraggio, ha avuto un forte peso la riorganizzazione ospedaliera conseguente alla pandemia da COVID-19, soprattutto per quanto riguarda gli interventi programmati, come nel caso degli interventi di colecistectomia laparoscopica. Per questa tipologia di intervento, solo il 59% delle strutture hanno superato nel 2021 la soglia dei 100 interventi annui e, sebbene tale percentuale sia aumentata rispetto al primo anno di pandemia, non raggiunge la quota del periodo pre-Covid (Tabella 5.3.1). Tuttavia, sul piano del processo assistenziale, l'indicatore “Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni” è risultato superiore alla soglia del 70% richiesta dal DM70/2015 per tutte le strutture (Tabella 5.3.2).

Per quanto riguarda gli interventi per frattura del femore, la proporzione di strutture ospedaliere che ha superato i 75 interventi annui è aumentata nel 2021, sebbene si registri una flessione nel grado di tempestività di effettuazione dell'intervento rispetto al periodo precedente, passata dall'83% del 2019 al 72% del 2021.

In ambito cardiovascolare, la percentuale di strutture che ha superato la soglia di 100 ricoveri annui per infarto acuto del miocardio è passata dal 60% del 2019 e 2020 al 64% del 2021, mentre le strutture che negli ultimi due anni hanno erogato almeno 200 interventi di bypass aorto-coronarico sono state solo 2 su 5, così come è diminuita la proporzione di strutture che ha praticato più di 250 interventi di angioplastica coronarica percutanea (dal 72% nel 2019 al 62% nel 2021); tuttavia, per gli indicatori di processo e di esito (“Proporzione di infarti STEMI trattati con angioplastica coronarica entro 2 giorni” e “Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aortocoronarico”) tutte le strutture risultano aderenti agli standard di qualità previsti.

Nel 2021 si conferma la frammentazione dei volumi di intervento per tumore alla mammella, per i quali meno della metà delle strutture ha volumi superiori alla soglia fissata. Il dato relativo al volume di interventi per tumore alla mammella deve tuttavia essere letto tenendo conto della riorganizzazione della rete regionale dei Centri di Senologia (DGR 1693/2017), in cui si prevede la possibilità di attivare equipe chirurgiche uniche formate da personale proveniente da più sedi.

Sul versante degli esiti, rimangono ancora delle criticità per la proporzione di parti con taglio cesareo primario, in particolar modo per strutture con meno di 1.000 parti annui.

Nota metodologica

Fonti informative: archivio regionale Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) aggiornato al 2 Maggio 2022 (fase 14), Anagrafe Unica Regionale

Per gli indicatori di volume sono state considerate le strutture con almeno 10 casi; per gli indicatori di processo/esito sono state valutate le strutture con un numero minimo di eventi a denominatore in accordo con i criteri PNE.

Tabella 5.3.1 Indicatori di Volume DM70/2015. Veneto, anni 2019-2021

Indicatore	Soglia DM70	Totale Strutture (2021)	% Superamento soglia		
			2021	2020	2019
Interventi di bypass aorto-coronarico	200	5	40,0	40,0	80,0
Interventi di colecistectomia laparoscopica	100	46	58,7	47,8	76,6
Interventi per frattura del femore	75	34	94,1	88,9	84,2
Infarto acuto del miocardio	100	39	64,1	60,0	60,0
Interventi per tumore della mammella	150	34	47,1	46,9	50,0
Parti	500	32	81,3	79,4	82,4
Interventi di angioplastica coronarica percutanea	250	24	62,5	60,0	72,0

Tabella 5.3.2 Indicatori di Processo e di Esito DM70/2015. Veneto, anni 2019-2021

Indicatore	Soglia DM70	Totale Strutture (2021)	% Superamento soglia		
			2021	2020	2019
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aortocoronarico	max 4%	5	100,0	100,0	100,0
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache	max 4%	5	100,0	100,0	100,0
Proporzione di parti con taglio cesareo primario (<= 25% per strutture con almeno 1.000 parti annui; <=15% per strutture con meno di 1.000 parti annui)	max 25% o max 15%	31	41,9	53,1	40,6
Proporzione di Interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore in pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni	min 60%	32	71,9	82,4	83,3
Proporzione di STEMI (infarto miocardico con soprasslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni	min 60%	18	100,0	100,0	84,2
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	min 70%	27	100,0	96,6	95,0

Approfondimenti

Sito Programma nazionale esiti - PNE: <https://pne.agenas.it/>

Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252
 E-mail: ser@azero.veneto.it

5.4 Tempi di attesa per ricovero

L'andamento dei tempi di attesa relativi agli anni 2020 e 2021 è stato influenzato dagli effetti pandemici dovuti al nuovo Coronavirus Sars-CoV-2, che hanno provocato sul territorio nazionale uno stato di emergenza sanitaria a cui è stata data risposta immediata da parte del Governo, con una serie di misure urgenti fin dalla dichiarazione dello stato di emergenza del 31 gennaio 2020. In questo contesto, la Regione del Veneto ha dovuto predisporre la sospensione delle attività programmate nel corso di entrambe gli anni nei seguenti periodi:

- dal 10 novembre 2020 al 31 gennaio 2021 per l'attività specialistica ambulatoriale;
- dal 10 novembre 2020 al 7 febbraio 2021 per l'attività di ricovero;
- dal 29 marzo al 26 aprile 2021 per attività specialistica ambulatoriale e attività di ricovero.

A seguito di quanto disposto all'art. 29 del DL 104/2020 (Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia), la Regione del Veneto ha approvato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa (DGRV n. 1329/2020), attivando un monitoraggio mensile per ogni Azienda sull'attuazione del Piano stesso al fine di valutare eventuali azioni migliorative.

Tali azioni hanno consentito alle Aziende del SSR di soddisfare, entro i tempi di attesa già a suo tempo previsti dalla normativa regionale, le richieste di prestazioni di specialistica ambulatoriale, di screening e di ricovero ospedaliero. I tempi massimi per l'effettuazione di interventi chirurgici correlati alle classi di priorità sono stati definiti al comma 16, art. 38 della L.R. 30/2016, a partire dall'anno 2017, e più favorevoli per il paziente di quelli indicati nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA):

Classe di priorità	PNGLA 2019-2021	Legge Regionale 30/2016
Classe A	Entro 30 giorni dalla prenotazione	Entro 30 giorni dalla prenotazione
Classe B	Entro 60 giorni dalla prenotazione	Entro 60 giorni dalla prenotazione
Classe C	Entro 180 giorni dalla prenotazione	Entro 90 giorni dalla prenotazione
Classe D	Senza attesa massima, comunque entro 12 mesi	Classe D entro 180 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore
		Classe E almeno entro 12 mesi

Il monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici viene differenziato in base all'intervento principale, distinguendo tra intervento oncologico e non oncologico.

Nelle Figure 5.4.2 e 5.4.3 vengono presentati i volumi di ricovero e le relative percentuali di rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici/non oncologici

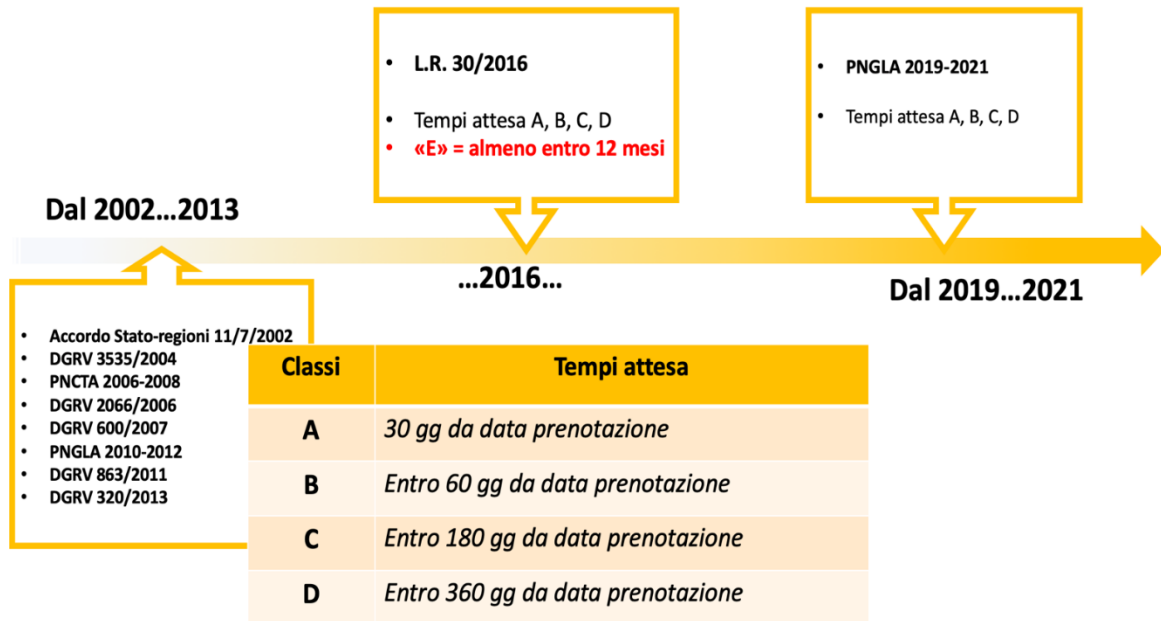
Nota metodologica

Fonte informativa: archivio regionale Schede di Dimissione ospedaliera (SDO) aggiornato alla fase 14

Figura 5.4.1 Schema gestione liste di attesa per ricovero



1.B CLASSI DI PRIORITA' – REGIME DI RICOVERO



1.C SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

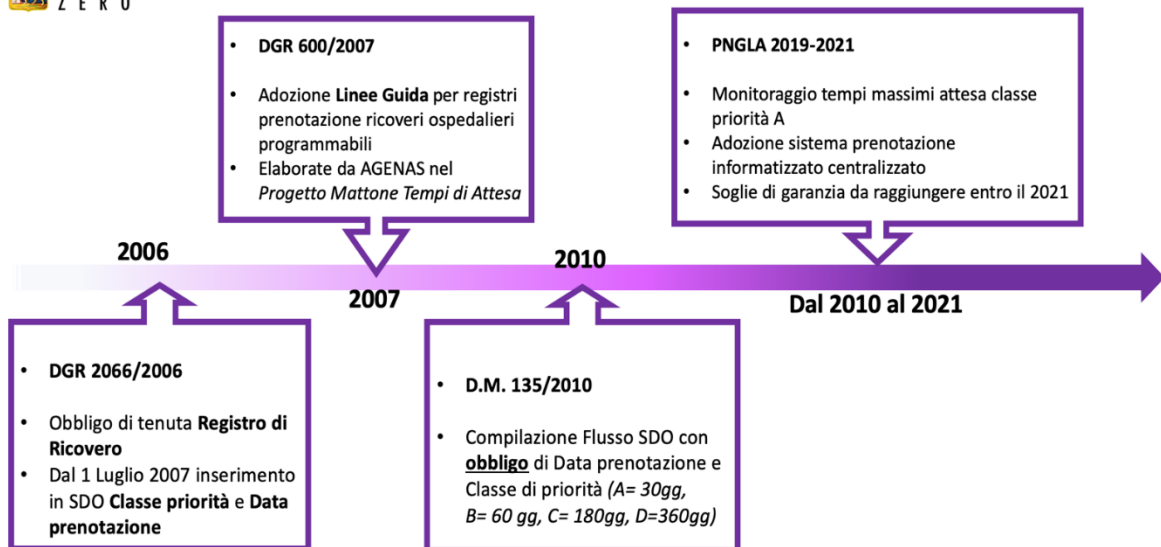


Figura 5.4.2 Ricoveri programmati oncologici con DRG chirurgico per classe di priorità e percentuale di rispetto dei tempi di attesa. Veneto, anno 2021

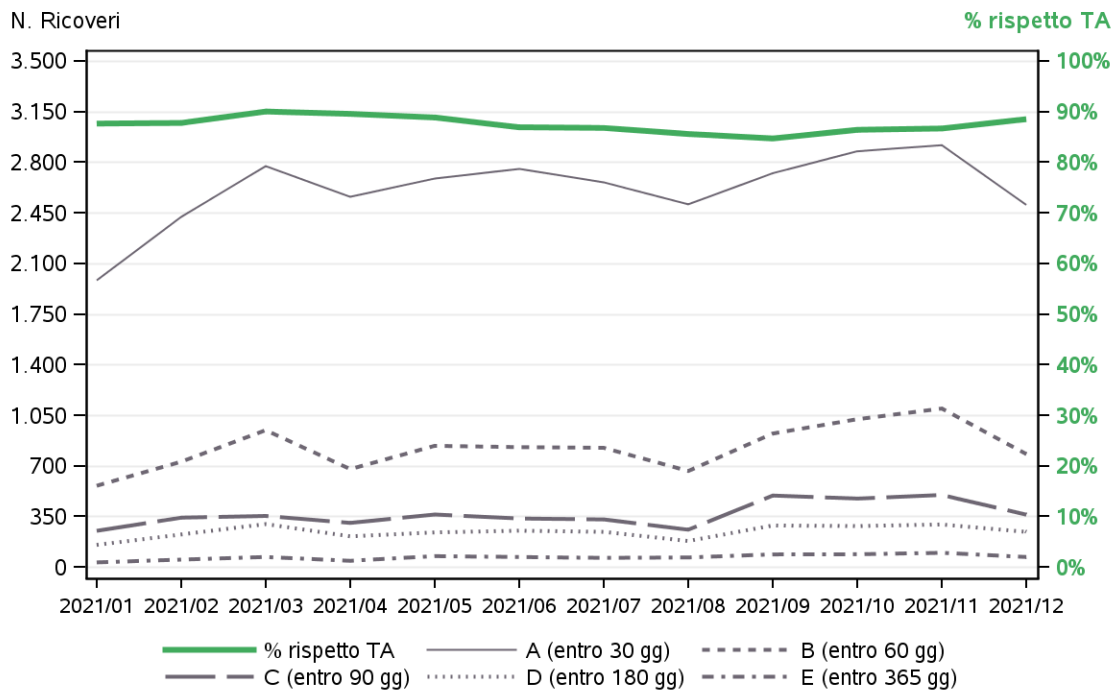
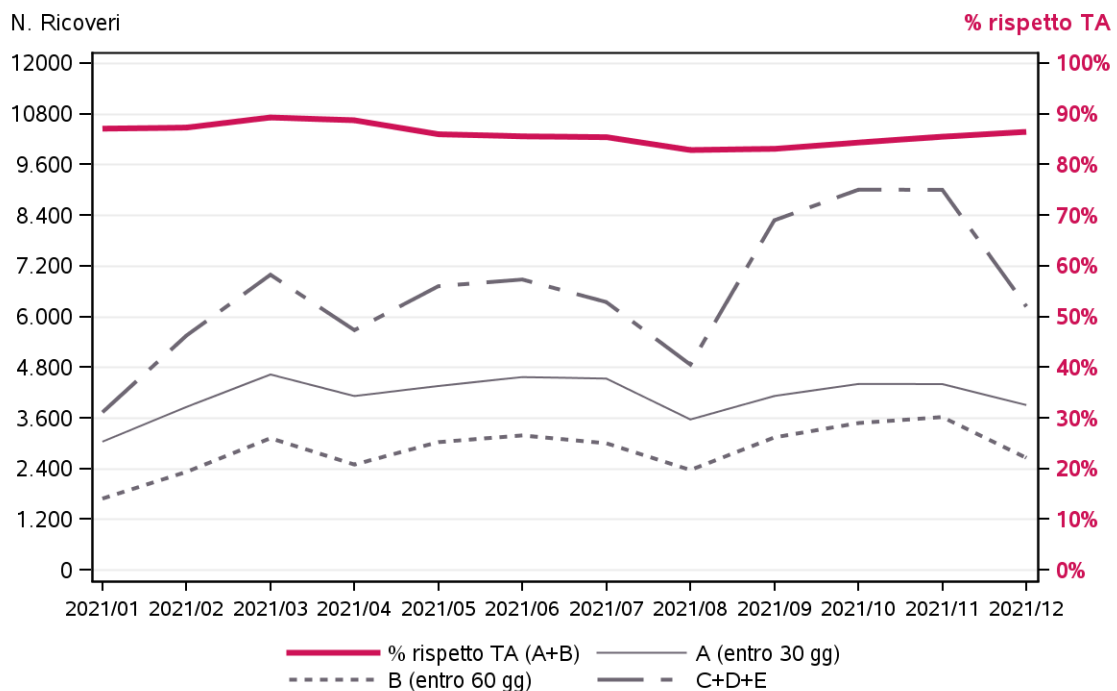


Figura 5.4.3 Ricoveri programmati non oncologici con DRG chirurgico per classe di priorità e percentuale di rispetto dei tempi di attesa. Veneto, anno 2021



Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 E-mail: analisi@azero.veneto.it

5.5 Rete clinica dei trapianti

Il Coordinamento Regionale per i Trapianti (CRT) è una struttura di servizio e coordinamento per il Sistema Regionale Trapianti (SRT), promuove e coordina il monitoraggio dei potenziali donatori di organi e tessuti nelle strutture sanitarie del Veneto con il costante supporto ai Coordinamenti Ospedalieri, ai Centri Trapianto e alle Banche dei Tessuti nel Veneto. Collabora nell'attività di formazione e crescita culturale della popolazione in materia di donazione di organi e tessuti.

Attività di monitoraggio

Il Sistema Regionale Trapianti garantisce la tracciabilità dell'intero processo (dalla donazione al trapianto) attraverso la piattaforma Donor Manager (DM), con cui è possibile ottemperare ai debiti informativi regionali e allo scambio di informazioni fra il Coordinamento Regionale per i Trapianti, il Centro Nazionale Trapianti (CNT) e il Centro di Riferimento Interregionale - Nord Italia Transplant program (NITp).

Nel 2021 sono stati inseriti in DM 12.077 decessi (12.139 nel 2020 e 11.812 nel 2019) avvenuti nelle strutture ospedaliere e nel territorio afferente ai coordinamenti trapianti delle Aziende Ospedaliere, Sanitarie e dell'Istituto Oncologico Veneto. Nello stesso periodo sono state effettuate 604 registrazioni (588 nel 2020 e 859 nel 2019) di donazioni da donatore vivente concluse con prelievo dei tessuti (teste di femore, safene, membrana amniotica, opercoli cranici e dal 2020 tessuto adiposo).

Registro cerebrolesi

Il processo di procurement da donatore a cuore battente (HB) ha come punto di partenza l'attento monitoraggio dei pazienti deceduti con cerebrolesione acuta e ricoverati in Terapia Intensiva. Il numero dei decessi in Terapia Intensiva con lesione cerebrale acuta risulta quindi un indicatore sensibile per valutare le potenzialità di donazione di organi della Regione.

Il registro cerebrolesi del Donor Manager permette di monitorare i ricoveri, i decessi totali e i decessi dei pazienti con cerebrolesione acuta nelle Terapie Intensive. Durante il 2021, nelle 45 Terapie Intensive del Veneto sono stati monitorati 579 decessi con cerebrolesioni (586 nel 2020, 623 nel 2019).

Accertamenti di morte

Sono stati eseguiti, nel 2021, 249 accertamenti di morte (Figura 5.5.1) con attivazione del CAM (Collegio Accertamento della Morte); in 147 casi si è potuto procedere al prelievo degli organi a scopo di trapianto. Nel 18,9% dei casi si è verificata una opposizione alla donazione, ampiamente al di sotto della media nazionale che è del 28,6%.

L'età mediana del donatore segnalato è diminuita da 65 a 63 anni e l'inidoneità del donatore si è mantenuta attorno al 15%. Il numero di donatori PMP (per milione di popolazione, indicatore utile per raffronti a livello nazionale) utilizzati in regione è stato pari a 30,1 rispetto ai 30,4 dello scorso anno (Figura 5.5.2), valori che si confermano al di sopra dei dati nazionali pari rispettivamente a 23,3 e 20,5.

Per misurare oggettivamente il grado di efficienza, efficacia e qualità dei processi gestiti dal SRT sono stati elaborati degli indicatori specifici, condivisi a livello nazionale. Questi indicatori dimostrano l'impegno dell'intera rete regionale al raggiungimento degli obiettivi della donazione (Tabella 5.5.1).

Attività trapiantologica

L'attività trapiantologica nel 2021, ha raggiunto il numero di 526 trapianti totali, di cui 74 da donatore vivente (72 di rene e 2 di fegato). Il totale dei 526 trapianti comprende anche 2 trapianti combinati di rene e fegato, 16 di rene e pancreas, conteggiati singolarmente (Figura 5.5.3).

I centri trapianto del Veneto hanno effettuato nel 2021 il 14% dei trapianti totali in Italia, rispettivamente il 15,6% dei trapianti di rene, il 9,8% di fegato, con il 17,9% di cuore, il 21,4% di polmone e il 35,2% di pancreas. Da segnalare inoltre la presenza dell'attività di trapianto in età pediatrica con 10 trapianti di rene da donatore cadavere e 1 da donatore vivente, 2 di cuore e 9 di fegato, tutti effettuati presso i centri trapianto dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

Donazione tessuti

Nell'ambito dell'attività di banking e distribuzione di tessuti, il CRT assume compiti di "governance" e coordinamento, come previsto dalla legge 91/1999. L'attività di procurement di tessuti in Regione ha registrato, anche nel 2021, un andamento positivo. Nel suo complesso la donazione dei tessuti da donatore cadavere e da donatore vivente, conferma come il Veneto contribuisca all'intera attività del procurement nazionale per il 32,8% (Fonte: News Letter Tessuti CNT "Attività di donazione tessuti" registrata nel SIT). In particolare nel 2021 (Figura 5.5.4) si sono registrati 2.305 donatori di tessuti da cadavere (2.160 nel 2020) e 604 donatori da vivente (588 nel 2020).

Figura 5.5.1 N. Accertamenti di morte (DBD+DCD), Veneto, anni 2006-2021

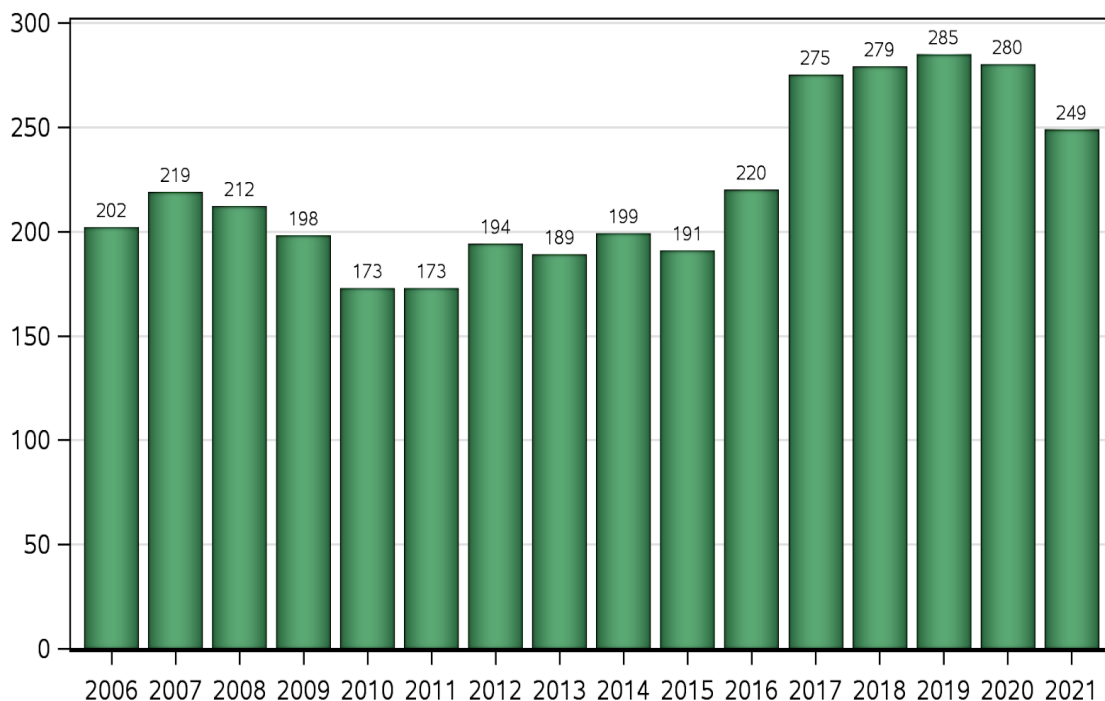


Figura 5.5.2 PMP Accertamenti di morte e PMP Donatori utilizzati, Veneto, anni 2009-2021

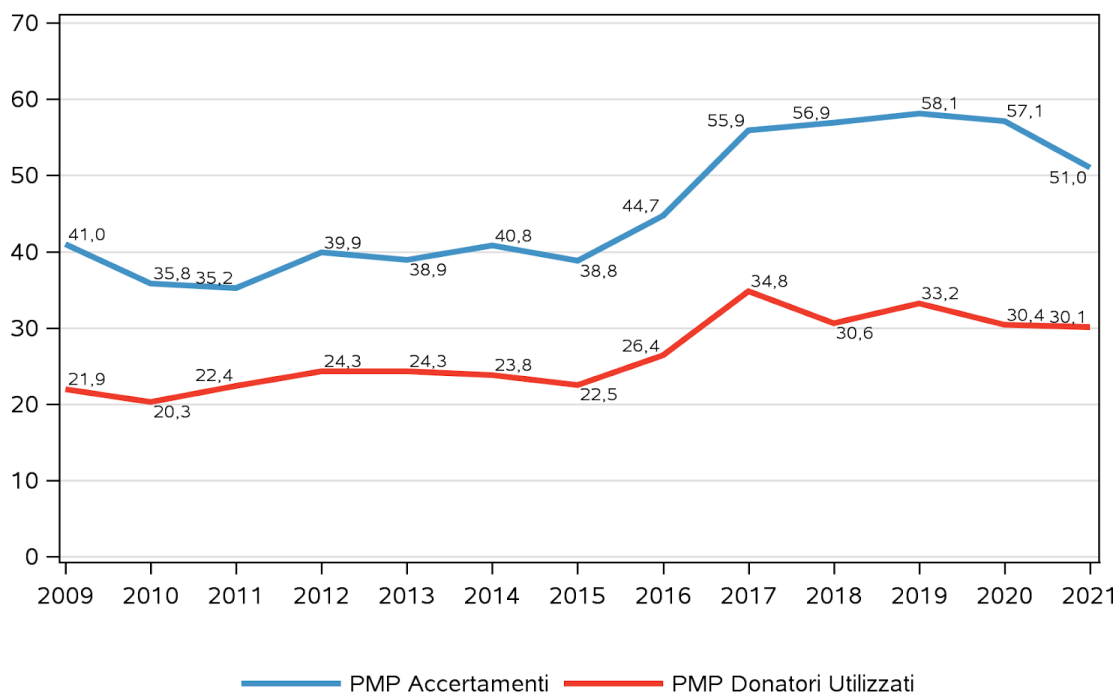


Tabella 5.5.1 Indicatori del Sistema Regionale Trapianti. Veneto, anni 2019-2021

Indicatore	Risultato Atteso	2019	2020	2021
PROCUREMENT 1 (N° Donatori Effettivi / DCLA in TI)	15%-25%	27,2%	26,7%	26,7%
PROCUREMENT 2 (N° Accertamenti/ DCLA in TI)	20%-40%	45,7%	47,8%	42,6%
QUALITA' (N° Donatori Effettivi/ACM)	30%-70%	59,6%	55,7%	62,6%

Attività di Trapianto da donatore cadavere+ vivente

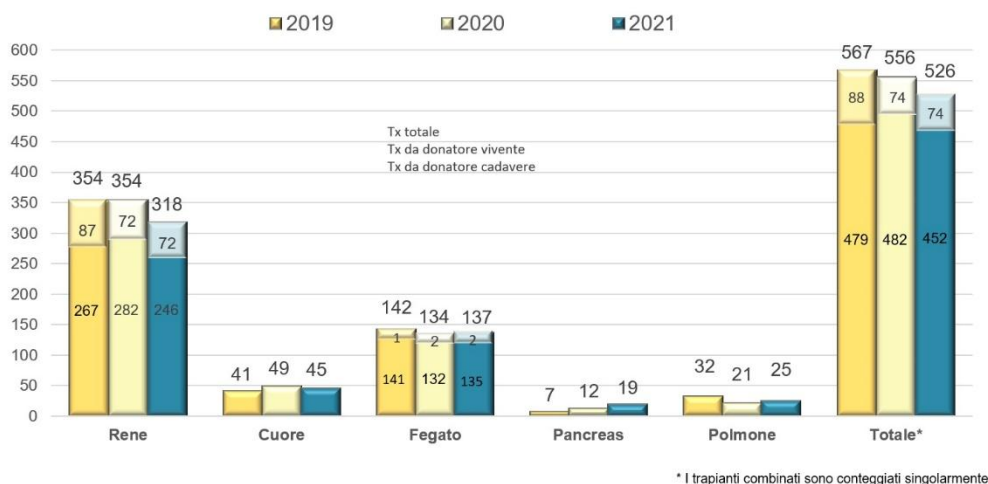


Figura 5.5.3 Trapianti per organo e per tipologia di donatore (nella colonna Totale i “trapianti combinati” sono conteggiati singolarmente), Veneto, anni 2019-2021

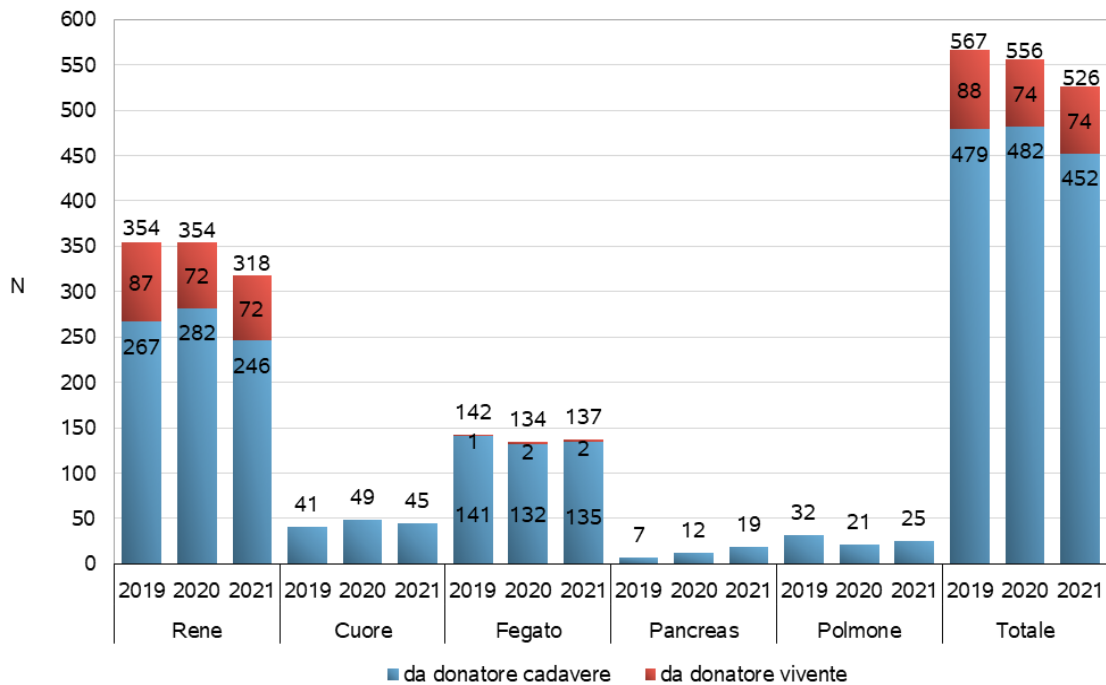
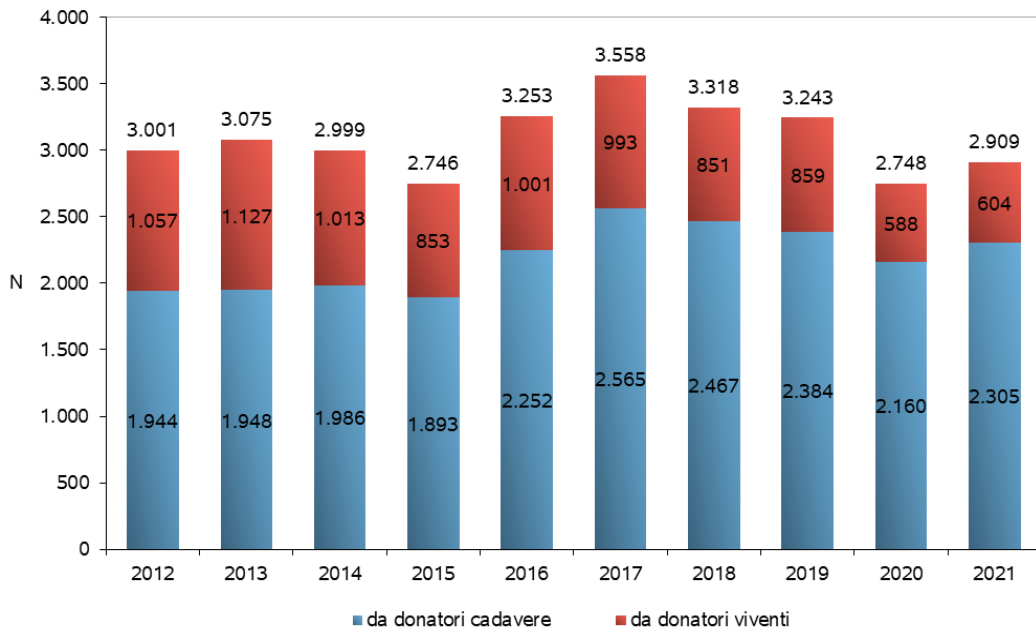


Figura 5.5.4 N° Donatori di tessuti distinti per tipologia, Veneto, 2012-2021



Approfondimenti

- CRT: "Sintesi di Attività Gennaio - Dicembre 2021" (<http://www.crtveneto.it>)
- NITp: "Report di attività 2021-Prelievo e trapianti di organi" (<http://www.policlinico.mi.it/nitp>)
- CNT: "Attività di donazione e trapianto - Dati definitivi al 31 dicembre 2021" (<http://www.trapianti.salute.gov.it/cnt>)

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale per i Trapianti del Veneto
 c/o Azienda Ospedaliera di Padova Via Giustiniani 2 – 35128 Padova
 Telefono: 049/8218124 - 8125 E-mail: veneto.coordinamento@aopd.veneto.it

5.6 Assistenza materno-infantile

Al 1 gennaio 2021, in Veneto si contano 763.938 soggetti minori (15,7% della popolazione totale), di cui 393.160 maschi (51,5%) e 370.778 femmine (48,5%). Le donne in età fertile (14-49 anni) sono 986.921 (39,8% della popolazione femminile totale).

Nel 2020, in Veneto, si sono registrati 32.055 parti per un totale di 32.493 nati (l'1,3% dei parti è stato gemellare), 3.699 aborti spontanei e 4.129 interruzioni volontarie di gravidanze (IVG).

L'assistenza durante l'intero percorso nascita viene garantita attraverso una rete integrata di servizi ospedalieri e territoriali, che comprendono Unità operative infanzia adolescenza e famiglia presenti in tutte le Aziende Sanitarie. La rete conta oggi più di 100 consultori familiari e 33 Punti Nascita (PN) distribuiti su tutto il territorio regionale. Nel 2020 è stata inoltre implementata una rete di sorveglianza e di aiuto per le neo-mamme per prevenire e contrastare il fenomeno della depressione post-partum.

Nel corso del 2020 alcuni PN, collocati presso ospedali che sono stati individuati come "Covid Hospital", hanno sospeso la loro attività.

A livello regionale, 13 PN contano più di 1.000 parti nell'anno, 14 ne registrano tra i 500 e i 1.000 e altri 6 PN meno di 500. Nel 2020, il 62% dei parti è avvenuto in strutture con più di 1.000 parti/anno e solo il 5% in strutture con meno di 500 parti/anno.

Dei 72 ospedali che formano la rete ospedaliera del Veneto, 34 presentano unità operative dedicate ai minori, definibili "i luoghi dell'ospedale per i bambini". Di queste 34 unità operative, 29 sono reparti di Pediatria.

Fecondità

Il quoziente di natalità per la Regione Veneto nel 2020 risulta pari a 6,6 nati per 1.000 residenti, mentre il tasso di fecondità standardizzato è pari a 33,8 nati per 1.000 donne in età feconda (15-49 anni).

Nel 2020 si è registrato il valore più basso di nascite degli ultimi quarantacinque anni (Figura 5.6.1). A tale flessione concorrono sia la crisi economica, sia il minor numero di donne in età fertile e l'impatto della pandemia sulle scelte riproduttive (a dicembre si è registrato un decremento di nascite pari a -12,7% rispetto all'anno precedente). Persiste infine la riduzione del numero dei parti da donne straniere, che dal 2012 al 2020 sono passati da 12.204 a 9.225 unità (Figura 5.6.2). Attualmente essi rappresentano il 28,8% dei parti in Veneto, un valore superiore rispetto alla media nazionale (20,4%).

Il numero medio di figli per donna in Veneto è pari a 1,25, il più basso registrato dal 2003, sovrapponibile al dato nazionale di 1,24.

L'età media al parto in Veneto è di 32,2 anni. Il 40% delle donne sono alla loro prima gravidanza; in particolare il 54% delle donne italiane è primipara rispetto al 37% delle straniere.

Il 70% dei parti riguarda donne di almeno 30 anni e una madre su tre ha 35 anni o più. La percentuale di parti da donne over 35 anni è passata dal 25% nel 2002 al 34,1% nel 2020 ed è più che raddoppiata la quota di parti per la fascia d'età 40-44 anni (dal 3,5% dei parti nel 2002 all'8,2% nel 2020). Rimane invece costante nel tempo la percentuale di parti da minorenni (0,15%).

La Figura 5.6.3 riporta la distribuzione dei tassi di fecondità specifici per età dal 1975 al 2020. Risulta evidente come nell'arco di questi anni l'intervallo delle età più feconde si sia spostato dai

20-30 ai 25-39 anni, e contemporaneamente si sia abbassato il picco del tasso di fecondità, passato da un massimo di 135,9 per 1.000 donne della classe 25-29 nell'anno 1975, ad un massimo di 91,4 per la classe 30-34 nell'anno 2020. Il grafico mette anche in evidenza l'incremento nel tempo della fecondità per le classi 35-39 e 40-44 anni.

Figura 5.6.1 Nati vivi in Veneto. Anni 1975-2020 (Fonte: ISTAT, Coordinamento malattie rare – Registro Nascita)

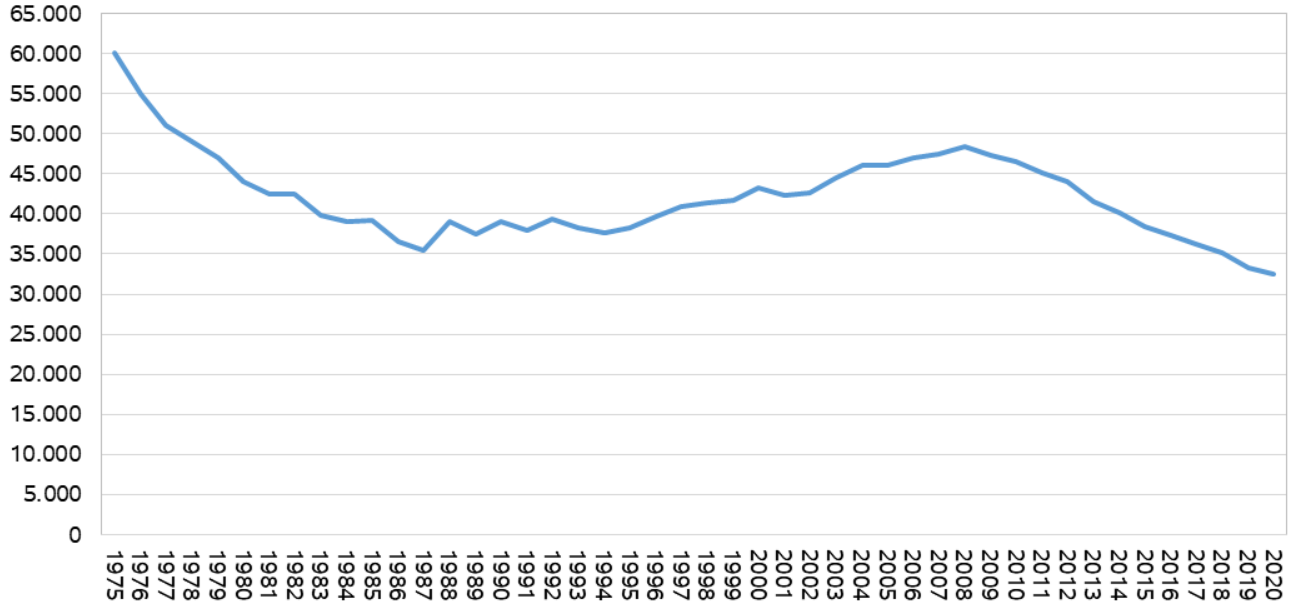


Figura 5.6.2 Numero di parti per cittadinanza e percentuale di parti da donne straniere, Veneto, 2002-2020 (Fonte: Coordinamento Malattie Rare - Registro Nascita)

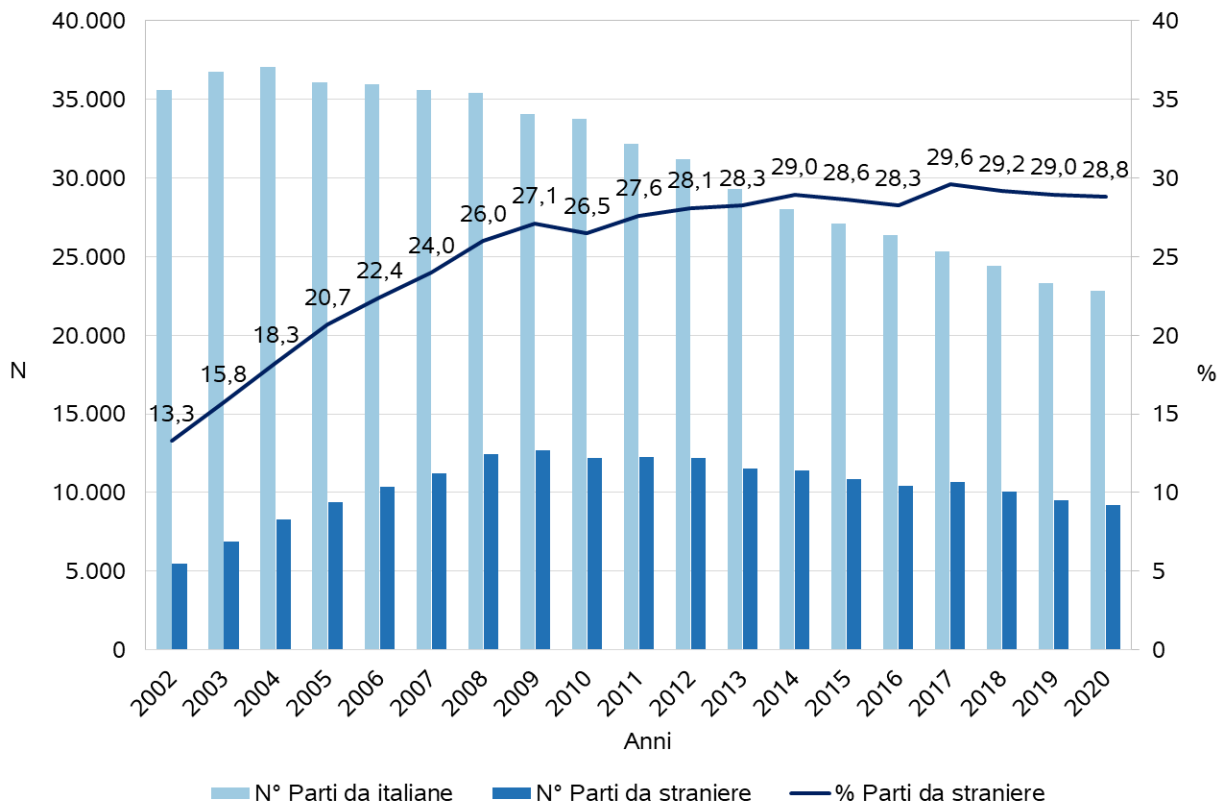
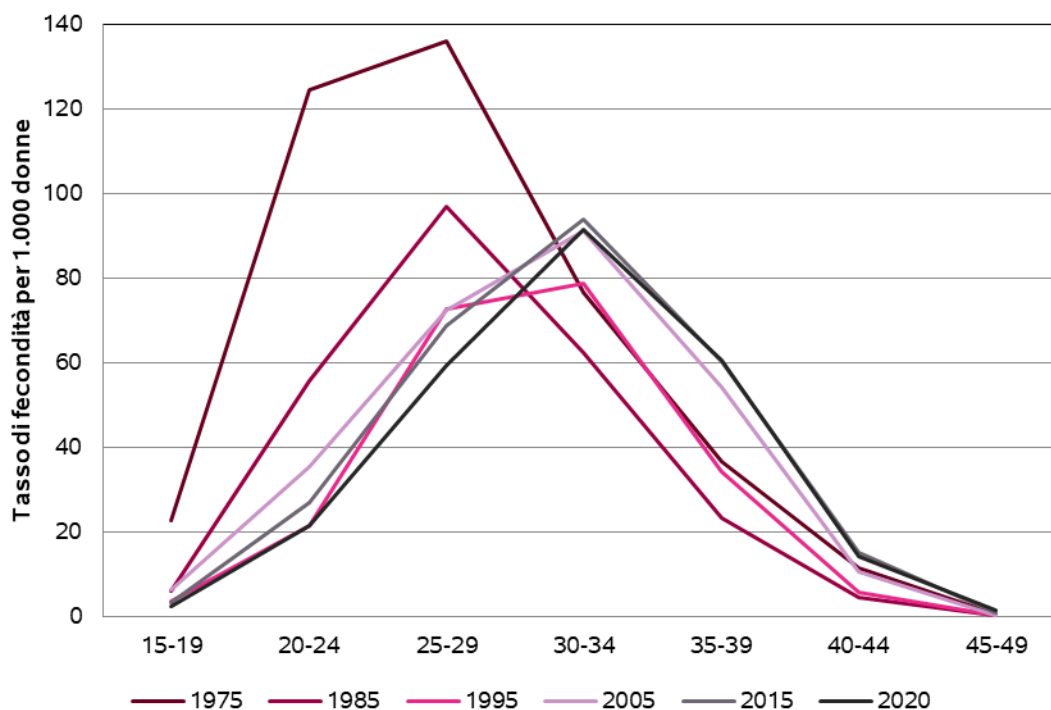


Figura 5.6.3 Tassi di fecondità specifici per età. Veneto, 1975-2020. (Fonte: ISTAT; Coordinamento malattie rare - Registro Nascita)



Gravidanza, parto e nascita

Nel 2020 in Veneto un parto ogni quattro è avvenuto mediante taglio cesareo (da un minimo di 13% ad un massimo di 38% per Punto Nascita). Nel 43,3% dei parti vaginali è stato utilizzato un metodo per il controllo del dolore: l'analgesia farmacologica è stata impiegata nel 58% dei parti con metodiche anti-dolore in travaglio, in particolare l'epidurale (41,3%). Tra i metodi non farmacologici prevale, invece, il travaglio e/o il parto in acqua (6,3%).

Nel 2020 le donne che hanno dato alla luce un nato in seguito al ricorso a procreazione medicalmente assistita (PMA) sono state 1.020. La percentuale di parti da PMA, che risente del progressivo innalzamento dell'età al parto, mostra una graduale crescita dall'1,5% nel 2008 in poi, fino all'attuale valore del 3,2%. Le gravidanze in seguito a PMA sono più frequentemente gemellari (10,2% PMA vs 1,0% concepimento naturale) e presentano un maggior rischio di parto prematuro (17,4% vs 5,8%) anche nel caso di gravidanze singole (8,2% vs 4,8%).

Mediamente le donne che hanno partorito in Veneto hanno effettuato 7 visite durante la gravidanza, oltre un terzo esegue più di 7 visite mentre lo 0,2% non esegue alcuna visita. La proporzione di donne con un numero inferiore allo standard di controlli in gravidanza è maggiore tra le straniere (9,0% vs 2,7%). L'87,5% delle donne gravide in Veneto esegue la prima visita entro le prime 12 settimane di gravidanza, ma una quota rilevante (12,5%) la posticipa oltre la 12esima settimana.

Nonostante la quota di donne over 35 sia andata nel tempo aumentando, il ricorso alla diagnostica prenatale invasiva (amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/funicolocentesi) è andato rapidamente riducendosi, probabilmente per l'ampia diffusione delle tecniche non invasive tra le quali il test combinato. Nel 2020, il 7,5% (n=2.311) delle donne che hanno partorito è ricorso ad almeno una indagine invasiva (range per Punto Nascita: da 1,5% a 20,6%); il 2,8% ha necessitato di più di un'indagine invasiva e più un quarto (26%) di coloro che l'hanno effettuata aveva un'età inferiore a

quella considerata a rischio (35 anni). Le richieste più frequenti riguardano l'analisi dei villi coriali (47,8% dei parti con indagini invasive) e l'amniocentesi (48,5%).

Interruzioni volontarie di gravidanza e abortività spontanea

Negli ultimi quindici anni si è assistito ad un decremento sia del numero assoluto di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), passate da 7.090 (2006) a 4.129 nel 2020 (fonte Modello ISTAT D12), sia degli indicatori di abortività volontaria. Il tasso di abortività volontaria è passato dal 6,4‰ del 2006 al 4,2‰ nel 2020. Anche l'abortività spontanea descrive nel tempo un analogo trend in decremento, passando da 7.094 unità nel 2006 a 3.699 unità nel 2020 (fonte Modello ISTAT D11).

Nel 2020, il 36% delle interruzioni in Veneto ha riguardato donne straniere; il 21% aveva già effettuato una precedente interruzione. Il fenomeno delle IVG ripetute riguarda maggiormente le donne straniere rispetto alle donne italiane (29% vs 17%).

Prematurità e basso peso

La prematurità e il basso peso fungono da indicatori sia della salute riproduttiva che del bisogno di cure neonatali intensive, in particolare per le bassissime età gestazionali, e di cure complesse nei periodi successivi per coloro che sopravvivono. Nel 2020, la percentuale di nati pretermine è pari al 6,2% sotto le 37 settimane, 0,9% sotto le 32 e 0,3% sotto le 28 settimane di gestazione. Tali percentuali sono tra le più basse riportate in letteratura, grazie anche all'ottimo livello dei servizi sanitari nella nostra Regione. Anche la percentuale di nati con basso peso è contenuta: il 5,8% presenta un peso inferiore ai 2.500 grammi, lo 0,8% minore di 1.500 grammi e lo 0,3% inferiore a 1.000 grammi (valori tra i più bassi nel confronto interregionale). In Veneto l'86,6% delle nascite estremamente premature si concentrano negli ospedali specializzati, dando evidenza del buon funzionamento del trasporto in utero.

Natimortalità, mortalità nel primo anno di vita, mortalità pediatrica ed adolescenziale

Nel 2020 sono 90 i neonati nati morti e 5 i deceduti entro un'ora dal parto. La natimortalità (fonte Cedap) in Veneto è pari a 2,77 per 1.000 nati, mentre in Italia risulta pari a 2,65 per 1.000: valori tra i più bassi registrati negli ultimi trent'anni.

Gli indicatori di mortalità perinatale, neonatale precoce e infantile risultano inferiori rispetto ai tassi nazionali (rispettivamente per l'ultimo anno disponibile da fonte ISTAT – anno 2018: 3,4‰ vs 4,1‰ nati vivi, 0,9‰ vs 1,4‰ nati vivi e 2,4‰ vs 3,1‰ nati vivi).

In Veneto, nel 2020, si sono registrati 66 decessi entro l'anno di vita (52% dovuti a condizioni morbose di origine perinatale, 36% a malformazioni), 23 entro i 4 anni (30% malattie rare, 22% tumori, 22% traumatismi/intossicazioni), 12 entro i 9 anni (50% tumori, 8% malattie rare, 8% traumatismi/intossicazioni), 22 entro i 14 anni (32% tumori, 23% traumatismi/intossicazioni, 9% malattie rare) e 33 fino ai 18 anni (45% traumatismi/intossicazioni, 12% malattie rare, 9% tumori).

Ospedalizzazione da 0 a 18 anni

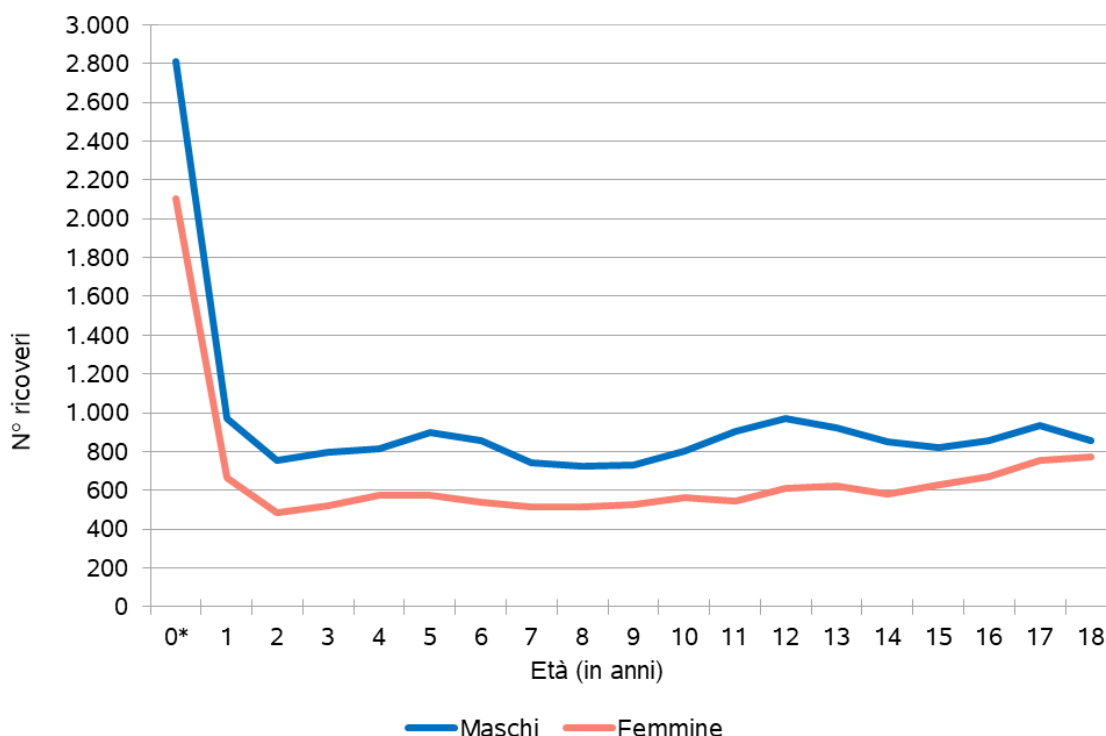
Escludendo i ricoveri di nascita, il tasso di ricovero per i pazienti residenti con età compresa tra 0 e 18 anni nel 2020 in Veneto è stato di 37,6 per 1.000 residenti. Si tratta di 28.024 bambini: 6,3% con patologie rare, 16,5% cronici, 5,2% vulnerabili e 72,0% con un solo episodio di ricovero.

La distribuzione dei ricoveri dei residenti per età (Figura 5.6.4) mostra in particolare un picco nel primo anno di vita ed un numero dei ricoveri costantemente più elevato per i maschi rispetto alle femmine.

Confrontando i ricoveri ordinari di residenti e non residenti in Regione emergono differenze sostanziali tra le diagnosi che hanno causato il ricovero: i veneti vengono ricoverati principalmente per condizioni morbose di origine perinatale (18,9%), malattie dell'apparato respiratorio (14,7%), e traumatismi (10,7%), mentre i residenti fuori regione per malattie del sistema nervoso (14,5%), malformazioni congenite (14,2%), malattie dell'apparato respiratorio (11,0%) e traumatismi (9,1%). In linea di massima, tutte le patologie che richiedono massima expertise assistenziale tendono a crescere di importanza nella distribuzione dei ricoveri dei residenti fuori Regione.

Analizzando ricoveri ordinari per reparto di dimissione si osserva che la pediatria assorbe il 43% dei ricoveri, seguita dalla neonatologia con il 12% e la chirurgia pediatrica con il 9%. Il complesso dei reparti pediatrici dimette il 73% dei ricoverati.

Figura 5.6.4 Età al ricovero dei minori residenti. Veneto, anno 2020 (Fonte: Coordinamento Malattie Rare - Registro Nascita – Schede di Dimissione Ospedaliera)



Famiglie in crisi e maltrattamento ai minori

E' in aumento il numero di famiglie in crisi con comportamenti trascuranti o maltrattanti, che comportano un altissimo rischio per la salute presente ed evolutiva dei minori coinvolti. La Regione ha attivato da tempo una rete di assistenza strutturata in un centro ospedaliero hub presso l'Azienda Ospedale Università di Padova, dedicato alla diagnostica e prima presa in carico, con cinque centri provinciali dedicati alla riabilitazione e presa in carico multidisciplinare.

In Veneto si stima che ogni anno avvengano circa 800 nuovi casi di maltrattamento e che i bambini sotto i 15 anni affetti da una o più forme di maltrattamento siano 3.500. I quadri più complessi e con maggiori ricadute sul piano della salute e dello sviluppo sono i maltrattamenti perpetrati nei primi anni di vita (circa il 40% dei casi valutati): in particolare i traumi cranici abusivi - in Regione circa il 10% delle vittime è andato incontro a decesso, e più del 70% dei lattanti sopravvissuti presenta disabilità medio-gravi o gravissime a vita, con grave compromissione motoria, deficit visivi e ritardo cognitivo; il *neglect* precoce o trascuratezza grave sia nelle cure materiali che

emotive, che si osserva in circa il 60% dei casi sottoposti a valutazione e che comporta alterazioni sul piano neurobiologico in più del 50% dei casi ed esiti medi, gravi o gravissimi sullo sviluppo cognitivo. Si sta inoltre assistendo a una vera “epidemia emergente” legata al Chemical Abuse, ovvero l’esposizione attiva o passiva del minore già nei primi anni di vita a sostanze illecite o a farmaci non prescritti, che risulta presente nell’80% dei bambini maltrattati.

Circa il 70% dei genitori di bambini maltrattati presenta una patologia psichiatrica o tratti psicopatologici, come quadri di depressione post-partum non diagnosticati e/o non trattate. Si stima che un rischio medio-alto di sviluppare depressione post-partum riguardi circa il 13% delle partorienti; al fine di prevenire forme precoci di maltrattamento, vanno definiti percorsi dedicati di sostegno e cure per la madre e il nuovo nato.

L’isolamento forzato imposto alle famiglie per ridurre la diffusione del Covid-19 ha comportato conseguenze significative sul piano sociale, economico e psicologico, che hanno contribuito ad aumentare lo stress e conseguentemente la violenza. In questo contesto si è assistito ad un notevole aumento della violenza intrafamiliare in tutte le sue forme, sia tra partner sia nei confronti dei bambini. L’attività della rete regionale dedicata alla diagnosi e presa in carico dei bambini con problemi di maltrattamento e delle loro famiglie risponde ai bisogni di salute sovra-descritti e ambisce a modificare le storie naturali di questi piccoli pazienti, permettendo la massima espressione del loro potenziale di salute.

Approfondimenti

Rapporto tecnico Attività 2021. Registro Nascite, Regione Veneto.

Ministero della Salute - [Certificato di assistenza al parto \(CeDAP\) – Anno 2020](#)

[\[https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3149_allegato.pdf\]](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3149_allegato.pdf)

Istat – Annuario Statistico Italiano 2021 [\[https://www.istat.it/it/storage/ASI/2021/ASI_2021.pdf\]](https://www.istat.it/it/storage/ASI/2021/ASI_2021.pdf)

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale Malattie Rare

Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica

Registro Nascita

Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato

Via Donà 11- 35129 Padova

Telefono: 049 8215700

E-mail: registronascita@regione.veneto.it

centrobambinomalttrattato@aopd.veneto.it

6. Assistenza territoriale

6.1 Assistenza primaria e distrettuale

6.1.1 La Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta in Veneto

Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) assicurano l'assistenza sanitaria di base prevista dai Livelli essenziali di Assistenza organizzandosi nelle forme associative previste dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali ed Accordi Integrativi Regionali (Tabella 6.1.1). Nel Veneto per aumentare l'accessibilità dei servizi e garantire una migliore presa in carico dei pazienti con cronicità con DGR 751/2015 è stato definito il modello delle Medicine di Gruppo Integrate (MGI); al 31/12/2021 erano attive 77 MGI con 638 MMG (22% del totale).

La distribuzione delle forme più evolute (Medicina di gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) della medicina generale nelle diverse Aziende ULSS non è omogeneo e varia con coperture dal 11% al 46% per le Medicine di Gruppo Integrate (MGI) e dal 16% al 53% per le Medicine di Gruppo. Complessivamente il 53% dei MMG risulta supportato dalla figura del collaboratore di studio mentre il 34% dei MMG lavora con personale infermieristico.

La forma associativa dei PLS più diffusa nel territorio regionale è l'Associazione Semplice, che comprende il 64% dei pediatri che assistono il 63% della popolazione in età pediatrica della Regione Veneto.

Tabella 6.1.1 Forme Associate della medicina generale e della pediatria di libera scelta in Veneto, Anagrafe Unica Regionale al 31/12/2021

	MMG				PLS			
	N° F.A.	%	N° MMG	%	N° F.A.	%	N° PLS	%
Medico Singolo	348	42%	348	12%	99	48%	99	19%
Associazione semplice	12	1%	44	2%	74	36%	337	64%
Rete dei medici (<i>comprese forme miste</i>)	139	17%	720	25%	4	2%	17	3%
Medicina di Gruppo	253	30%	1.107	39%	31	15%	74	14%
MGI sperimentali	2	0,2%	12	0,4%				
Medicina di Gruppo Integrata (MGI)	77	9%	638	22%				
Totale Regione Veneto	831	100%	2.869	100%	208	100%	527	100%

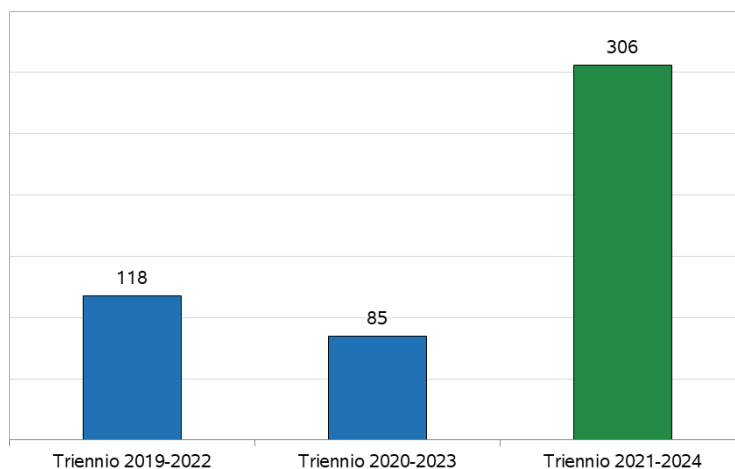
6.1.2 La formazione per lo sviluppo dell'assistenza primaria

A supporto dello sviluppo delle cure primarie ed al fine di conseguire il raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso il continuo miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza, un ruolo importante è rivestito dalla Scuola di formazione specifica in Medicina Generale ed afferente alla Unità organizzativa Cure Primarie.

A seguito del significativo incremento del numero di corsisti ordinari e soprannumerari riscontrato negli ultimi anni, con DGR n. 1763/2018 l'organizzazione didattica è stata affidata alla Fondazione

Scuola Sanità Pubblica, con l'obiettivo di costituire un "campus" dedicato alla formazione e all'aggiornamento continuo della formazione specifica in medicina generale. La Scuola annovera attualmente circa 730 medici in formazione dei corsi triennali attivi; il numero di borse di studio erogate nel corso degli ultimi anni (senza contare i medici ex L. 401/2000, ex avviso riservato e gli ufficiali medici) è più che raddoppiato (Figura 6.1.1).

Figura 6.1.1 Borse di studio erogate per triennio formativo, Veneto



6.1.3 Emergenza COVID-19 – Area territoriale

L'organizzazione a livello territoriale per la gestione e il contenimento dell'emergenza COVID-19, è stata declinata strutturando e definendo strategie di intervento per il potenziamento della capacità di gestione del carico di patologia sul territorio, nonché cercando di assicurare piena accessibilità e continuità delle cure. I Distretti in questo senso hanno, inoltre, esercitato un ruolo centrale nel supporto delle azioni di sanità pubblica, prevedendo un aumento delle attività, l'estensione oraria di alcuni servizi ed una forte integrazione abilitata dagli strumenti tecnologici. Le aree di intervento principali sono state:

- potenziamento del Sistema delle Cure primarie e dell'ADI, anche con la previsione della figura dell'Infermiere di famiglia o di comunità;
- costituzione e successivo potenziamento delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale di cui all'articolo 4-bis del Decreto-legge n. 18 del 17/03/2020;
- coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, avvalendosi di Centrali Operative con funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.

La gestione dei casi COVID: il contributo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

Al fine di individuare precocemente i casi COVID-19 ed i relativi contatti stretti, nonché di attivare conseguentemente le azioni di Sanità Pubblica in stretta relazione con il Dipartimento di Prevenzione, MMG e PLS sono stati dotati di test antigenici rapidi per la diagnosi differenziale, anche in considerazione della stagione invernale ed al conseguente prevedibile aumento dei casi di sindromi simil-influenzali (ILI).

A tale scopo, le Ordinanze n. 148 del 31/10/2020 e n. 156 del 24/11/2020 e s.m.i. - riprendendo quanto previsto dai rispettivi AA.CC.NN. e dai Protocolli d'intesa sottoscritti a livello nazionale e poi approvati in sede di Comitato Regionale, hanno stabilito che il MMG/PLS, previa valutazione clinica, esegua i test antigenici rapidi prevedendo l'accesso su prenotazione e previo triage telefonico a:

- i contatti stretti asintomatici individuati dal MMG/PLS oppure individuati e segnalati dal Dipartimento di Prevenzione in attesa di tampone rapido, anche per l'eventuale tampone previsto per il termine del periodo di quarantena;
- casi sospetti che il MMG/PLS si trova a dover visitare e che decide di sottoporre a test rapido.

Inoltre, è stata prevista:

- la disposizione, per i soggetti con esito positivo del test per Covid-19, del periodo di inizio e fine isolamento con relativo provvedimento contumaciale;
- la disposizione, per i contatti stretti di caso confermato di Covid-19 da loro individuati, del periodo di inizio e fine quarantena con relativo provvedimento contumaciale;
- la presa in carico dei propri assistiti posti in isolamento o quarantena, con l'eventuale supporto, di sistemi di piattaforme digitali che consentano il contatto ordinario e prevalente con i pazienti fragili e cronici gravi;
- la collaborazione a distanza per la sorveglianza clinica dei pazienti in quarantena o isolamento o in fase di guarigione dimessi precocemente dagli Ospedali.

Con DGR. n. 1422/2020 tale strategia è stata inserita nell'aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione". Nel Piano è stata prevista per ogni Azienda ULSS l'organizzazione di Punti di accesso territoriali con il coinvolgimento della Medicina territoriale, anche h24 7 giorni su 7, al fine di ampliare l'offerta di test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2 e consentire una diagnosi tempestiva di COVID-19. Tali indicazioni, aggiornate con DGR. n. 727/2021, sono state confermate nel loro impianto e rimodulate per adattarsi all'evoluzione della situazione epidemiologica.

Tabella 6.1.2 Tamponi rapidi eseguiti e disposizioni contumaciali (provvedimenti di isolamento e quarantena). Veneto, anni 2020 - 2021

	Tamponi rapidi		Disposizioni contumaciali	
	2020	2021	2020	2021
MMG	161.596	182.333	114.158	158.529
PLS	7.032	34.172	3.890	21.744
MCA	3.730	2.731	1.234	1.808
TOTALE	172.359	224.806	119.282	182.514

Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19

Con DGR n. 1523/2020 è stato approvato il documento "Emergenza COVID19 - Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19", che ha fornito indicazioni a supporto della presa in carico a domicilio dei casi COVID prevedendo, tra l'altro, la fornitura ai soggetti sintomatici di saturimetro ed ossigenoterapia a domicilio. In un contesto caratterizzato da una continua evoluzione epidemiologica della pandemia da COVID-19 si è infatti reso necessario definire un percorso di gestione integrata di Cure domiciliari per pazienti con COVID-19 nell'ottica di facilitare l'integrazione tra Ospedale e Territorio.

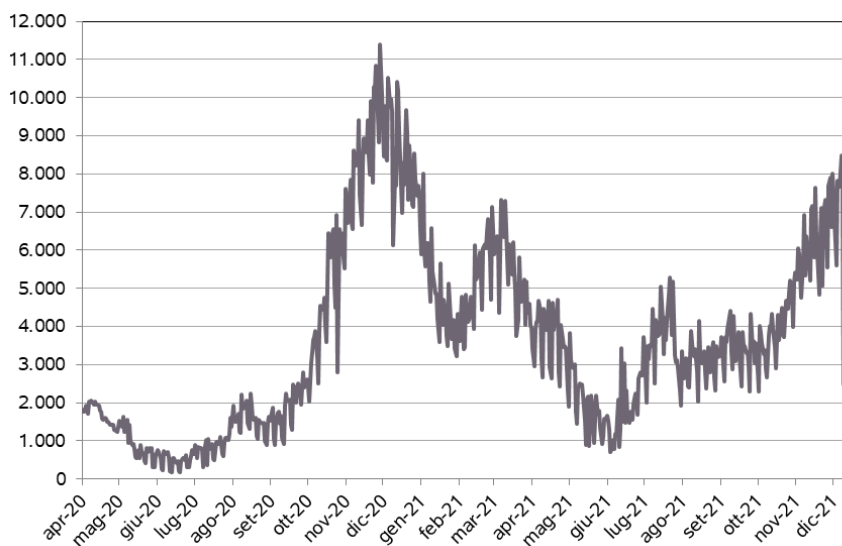
Con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 3 del 12/01/2021 e successivi aggiornamenti, si è proceduto all'approvazione del documento "Gestione della terapia farmacologica nei pazienti con COVID-19 a domicilio" contenente indicazioni a supporto dell'attività della Medicina Generale per la gestione domiciliare e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) dei casi di COVID-19 con malattia lieve.

Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)

Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) nella fase di gestione COVID-19, in supporto a MMG e PLS, hanno garantito l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitavano di ricovero ospedaliero.

La gestione domiciliare è stata inoltre estesa ai Centri Servizi per Anziani e alle strutture di ricovero.

Figura 6.1.2 Trend giornaliero dei pazienti COVID gestiti dalle USCA. Veneto, anni 2020 - 2021



In coerenza con la normativa, sono state previste 98 USCA e si sono dovuti reclutare 624 medici. Nel contesto regionale le Aziende ULSS hanno previsto l'attivazione di un numero di USCA basato sul carico di pazienti positivi COVID, le distanze di percorrenza nonché la possibilità di individuare per la medesima Unità la composizione di un numero superiore di medici. L'accesso domiciliare dei medici USCA, laddove possibile, è stato effettuato congiuntamente con un infermiere delle Cure Domiciliari del Distretto o della Medicina di Gruppo Integrata, organizzando la presa in carico del paziente COVID-19 secondo le disposizioni della DGR n. 1523/2020.

Tabella 6.1.3 Dati di attività USCA. Veneto, anni 2020 - 2021

	2020 (apr. 20 – dic. 20)	2021 (gen. 21 – dic. 21)
N. USCA attivate (31/12)	60	57
N. Medici USCA (31/12)	517	486
N. Accessi totali	79.635	99.292
di cui N. Accessi Percorso Cure domiciliari ex DGR 1523/2020	8.760	34.856
di cui N. Accessi RSA/Strutture intermedie	4.648	9.798
N. Totale Tamponi molecolari effettuati	251.340	762.888

N. Totale Tamponi antigenici effettuati	320.625	868.906
N. Totale Test Sierologici rapidi effettuati	20.319	3.319
N. vaccinazioni eseguite a domicilio	-	36.744

Campagna vaccinale: il contributo dei MMG/PLS/SAI

La campagna vaccinale per il virus SARS-CoV-2 ha richiesto un notevole impegno organizzativo idoneo a sostenere l'eccezionalità delle dimensioni della popolazione destinataria, la concentrazione temporale dell'intervento, nel rispetto delle caratteristiche tecniche del vaccino e modalità di somministrazione. Al fine di procedere alla vaccinazione della popolazione nel più breve tempo possibile si è ritenuto opportuno prevedere coinvolgere MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI).

Medici di Medicina Generale (MMG):

- direttamente a domicilio del paziente;
- nello studio del MMG, ove possibile in rapporto allo standard organizzativo dello studio stesso, o presso strutture messe a disposizione dalle Amministrazioni Comunali/Protezione civile e/o altri Enti presenti sul territorio, ma in ogni caso con propria organizzazione;
- nelle strutture rese disponibili dalle Aziende ULSS con personale amministrativo Aziendale.

Pediatrati di Libera Scelta (PLS):

- nello studio del PLS, concordando con l'Azienda ULSS le modalità di ritiro dei vaccini da somministrare;
- nelle strutture rese disponibili dalle Aziende ULSS contribuendo alla vaccinazione in modo indifferenziato delle categorie di popolazione secondo le tempistiche previste dal Piano vaccinale regionale.

Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI):

- nella sede di lavoro o al di fuori della sede di lavoro ivi compresi i centri di vaccinazione attivati/autorizzati dalle Aziende ULSS;
- nelle strutture residenziali o di ricovero intermedie,
- al domicilio del paziente in ADP/ADI e dei pazienti fragili non deambulabili.

Tabella 6.1.4 Vaccinazioni eseguite dai MMG e PLS. Veneto, anni 2020 - 2021

	2020	2021
MMG	-	581.139
PLS	-	25.983
TOTALE	-	607.122

6.1.4 Assistenza Domiciliare

La Regione Veneto da anni promuove uno sviluppo pianificato ed omogeneo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale e in questo senso si colloca la riorganizzazione avviata nel 2017 con DGR n. 1075/2017. Nel contesto emergenziale è stata prevista la possibilità per le Aziende ULSS di provvedere al completamento del processo di internalizzazione dell'attività delle cure domiciliari, quale obiettivo strategico regionale; per i Distretti di provvedere ad implementare ulteriormente le attività di Assistenza Domiciliare Integrata, o equivalenti; la messa a disposizione di adeguati kit di

monitoraggio dei pazienti al domicilio o presso le Residenze Sanitarie Assistite, l'integrazione dell'attività infermieristica domiciliare con l'attività delle USCA e, nell'ambito dello sviluppo dell'informatizzazione, la previsione del completamento della realizzazione della cartella del paziente ADI unica e informatizzata a livello regionale.

6.1.5 Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT), articolazione organizzativa dell'Azienda ULSS, garantisce e coordina la presa in carico dei pazienti "fragili" rendendo operativi e sicuri i percorsi di integrazione, in particolare tra Ospedale e Territorio. Durante l'emergenza COVID-19 la COT ha rappresentato un nodo di rete che ha consentito l'integrazione tra le diverse strutture aziendali, facilitando la connessione dei vari processi.

La COT, quale luogo di gestione delle transizioni e punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione, ha visto un potenziamento delle sue funzionalità attraverso le disposizioni contenute nelle DGR 782/2020 e 1103/2020. La valorizzazione delle competenze acquisite e l'ampliamento del proprio raggio d'azione secondo quanto disposto a livello regionale, hanno consentito alle COT di mantenere e garantire l'attività ordinaria con lo sviluppo ulteriore delle loro funzioni all'interno del complessivo piano di potenziamento dell'assistenza territoriale - in particolare attraverso il monitoraggio ed il supporto dei processi di presa in carico dei casi COVID sul territorio.

Approfondimenti

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1075 del 13/07/2017
 Deliberazione della Giunta Regionale n. 1763 del 19/11/2018
 Deliberazione della Giunta Regionale n. 782 del 16/06/2020
 Deliberazione della Giunta Regionale n. 1103 del 06/08/2020
 Deliberazione della Giunta Regionale n. 1422 del 21/10/2020
 Deliberazione della Giunta Regionale n. 1523 del 10/11/2020
 Deliberazione della Giunta Regionale n. 281 del 12/03/2021
 Deliberazione della Giunta Regionale n. 579 del 04/05/2021
 Deliberazione della Giunta Regionale n. 727 del 08/06/2021
 Deliberazione della Giunta Regionale n. 728 del 08/06/2021
 Ordinanze del Presidente della Giunta Regionale n. 148 del 31/10/2020 e n. 156 del 24/11/2020 e s.m.i
 Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 3 del 12/01/2021 e n. 36 del 26/03/2021

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Programmazione Sanitaria
 UO Cure Primarie
 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
 Telefono: 041 2793404 - 3529
 E-mail: cureprimarie@regione.veneto.it

6.2 Assistenza specialistica ambulatoriale

Volumi di attività

Nell'anno 2021 sono state effettuate 67.124.977 prestazioni ambulatoriali (fonte dati: Portale Datawarehouse SSR – flusso specialistica ambulatoriale SPS; dati disponibili al 02/05/2022), di cui il 97,4% è stato erogato a favore di utenti residenti in Veneto. Il volume di attività registrato per il 2021 mostra un recupero rispetto al 2020, anno in cui si è assistito ad una deflessione nell'attività ambulatoriale, e addirittura un superamento del numero di prestazioni registrate nel 2019 (+4.200.241 prestazioni nel 2021).

Circa l'86% delle prestazioni sono state erogate da parte di strutture pubbliche (Figura 6.2.1), con percentuali sostanzialmente stabili rispetto ai due anni precedenti.

La distribuzione delle prestazioni per macro-area, illustrata in Figura 6.2.2, indica come la maggior parte sia rappresentata da prestazioni di laboratorio (76,0%), seguita dalle branche a visita (12,7%). Dal confronto con il biennio precedente si rileva un aumento, sia in termini assoluti che relativi, delle prestazioni laboratoristiche a sfavore della diagnostica per immagini, della medicina fisica e riabilitativa e delle branche a visita. Tra queste ultime, la cardiologia e l'oculistica sono le due specialità a cui afferiscono le quote maggiori di prestazioni, rispettivamente 11,9% e 10,7%.

Analizzando le tipologie di strutture erogatrici (pubbliche o private accreditate - Tabella 6.2.1), si nota come le prestazioni di laboratorio rappresentino ben l'80,2% delle prestazioni erogate da strutture pubbliche, mentre rappresentano solo il 50,5% delle prestazioni ambulatoriali eseguite da privati accreditati. Questi ultimi presentano volumi di attività decisamente superiori rispetto alle strutture pubbliche nell'ambito della medicina fisica e riabilitativa (20,5% Vs 2,3%) e della diagnostica per immagini (14,3% Vs 3,3%). Il ricorso a strutture private accreditate, riportato in Figura 6.2.3, presenta un'importante variabilità a livello inter-aziendale.

Per quanto concerne l'attività di chirurgia ambulatoriale, prendendo in considerazione gli interventi di artroscopia, cataratta, riparazione di ernia inguinale e crurale, stripping venoso e liberazione del tunnel carpale, si rileva come, a fronte di una riduzione del 22,6% tra il 2020 ed il 2019, nel 2021 si sia assistito ad un parziale recupero del volume di attività (+14,5% rispetto all'anno precedente, con 99.784 interventi), senza però raggiungere i livelli pre-pandemia. Anche nel caso della chirurgia ambulatoriale, il ricorso a strutture private accreditate è molto variabile, a seconda della tipologia di intervento considerato (Figura 6.2.4).

Figura 6.2.1 Prestazioni ambulatoriali pubbliche e private. Veneto, anno 2021

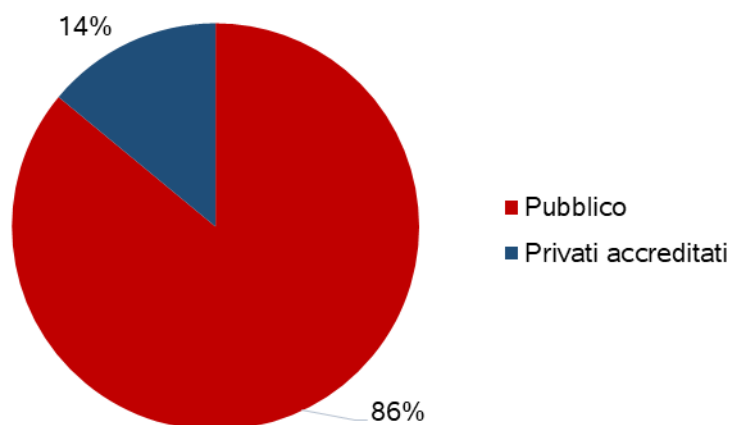


Figura 6.2.2 Distribuzione delle prestazioni per macro-area. Veneto, anni 2019-2021

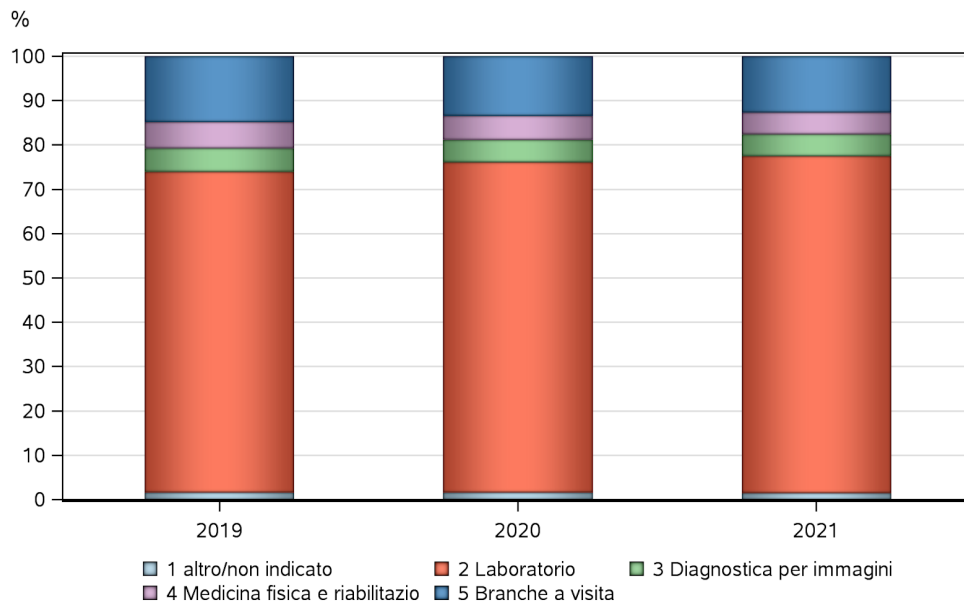


Tabella 6.2.1 Distribuzione delle prestazioni per macro-area e tipologia di struttura. Veneto, anno 2021

	Pubblico		Privati accreditati	
	N	%	N	%
Laboratorio	46.230.121	80,2	4.808.170	50,5
Branche a visita	7.132.151	12,4	1.369.600	14,4
Diagnostica per immagini	1.916.301	3,3	1.364.737	14,3
Medicina fisica e riabilitazione	1.353.563	2,3	1.946.152	20,5
Altro/non indicato	979.688	1,7	24.494	0,3
Totale	57.611.824	100,0	9.513.153	100,0

Figura 6.2.3 Distribuzione delle prestazioni per tipologia di struttura erogatrice per Azienda ULSS di erogazione. Veneto, anno 2021

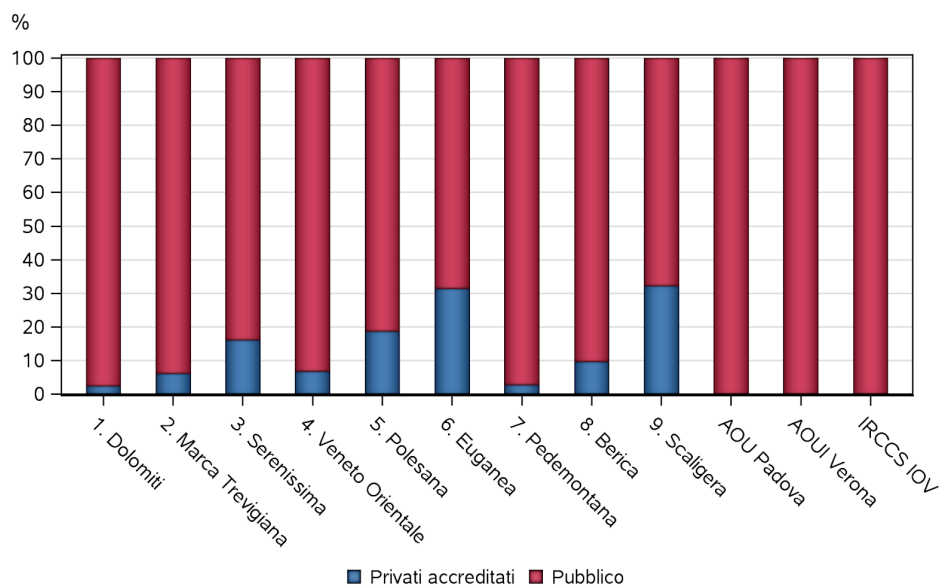
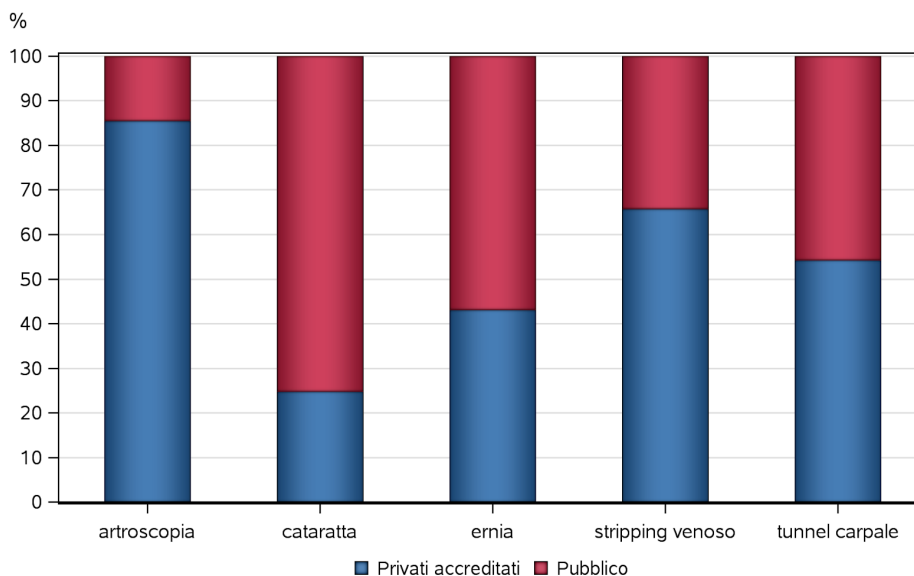


Figura 6.2.4 Interventi chirurgici ambulatoriali per tipologia di struttura erogatrice. Veneto, anno 2021

Tempi di attesa

La Legge Regionale n. 30 del 30 dicembre 2016 ha ridefinito, in modo più stringente rispetto alla normativa nazionale, le tempistiche per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale:

- 1) classe U entro 24 ore dalla prenotazione;
- 2) classe B entro 10 giorni dalla prenotazione;
- 3) classe D entro 30 giorni dalla prenotazione;
- 4) classe P entro 60/90 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore.

La norma inoltre prevede che almeno il 90 per cento delle prestazioni prioritarizzate deve essere erogato entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità da parte delle Aziende ULSS e ospedaliere nonché dalle strutture private accreditate. Il restante 10 per cento deve essere erogato entro i successivi dieci giorni nel caso di classe B, entro i successivi trenta giorni negli altri casi.

In recepimento di quanto stabilito dalla predetta Legge Regionale, nel corso del 2021 sono state monitorate tutte le prestazioni traccianti erogate a utenti che hanno accettato la prima disponibilità offerta dall'Azienda (Garantita=1) e le prestazioni traccianti erogate a utenti residenti che hanno rifiutato la prima disponibilità offerta dall'Azienda (Garantita=2).

Come mostrato in Figura 6.2.5, le percentuali di prestazioni prioritarizzate B "Garantite 1", sono risultate sotto la soglia del 90% nei mesi di luglio e agosto. Le prestazioni Differibili sono risultate sotto soglia da agosto a dicembre, mentre le Programmate hanno sempre rispettato la soglia del 90%. Considerando le prestazioni "Garantite 1" e "Garantite 2", i tempi di attesa sono risultati entro i tempi massimi previsti in più del 90% dei casi durante tutto il corso del 2021 (Figura 6.2.6 – Dati al 05/06/2022).

Per quanto riguarda le aperture serali, prefestive e festive, queste hanno preso avvio alla fine del 2013, coinvolgendo l'area della Diagnostica per Immagini di tutte le Aziende Sanitarie. La DGR 320 del 12 marzo 2013 ha istituito l'ampliamento dell'orario di attività dei servizi ambulatoriali e radiologici nei giorni feriali, prefestivi e festivi ulteriormente normato con L.R. 30/2016 nei giorni feriali fino alle 23:00 per almeno tre giorni alla settimana, prefestivi e festivi dalle ore 8:00 alle ore 12:00. Per ognuna delle seguenti diagnostiche (TAC, RMN, Ecografia, Mammografia, Medicina

Nucleare e Radioterapia), ove presenti, ciascuna Azienda doveva assicurare almeno una apparecchiatura funzionante nelle fasce orarie previste. Nel 2021 sono state erogate 266.951 prestazioni in tali fasce orarie. La Figura 6.2.7 ne riporta il numero erogato mensilmente in giorni festivi, prefestivi ed in orario serale.

Figura 6.2.5 Percentuale di prestazioni erogate in prima disponibilità (G1) con tempi di attesa rispettati, per classe di priorità. Veneto, anno 2021

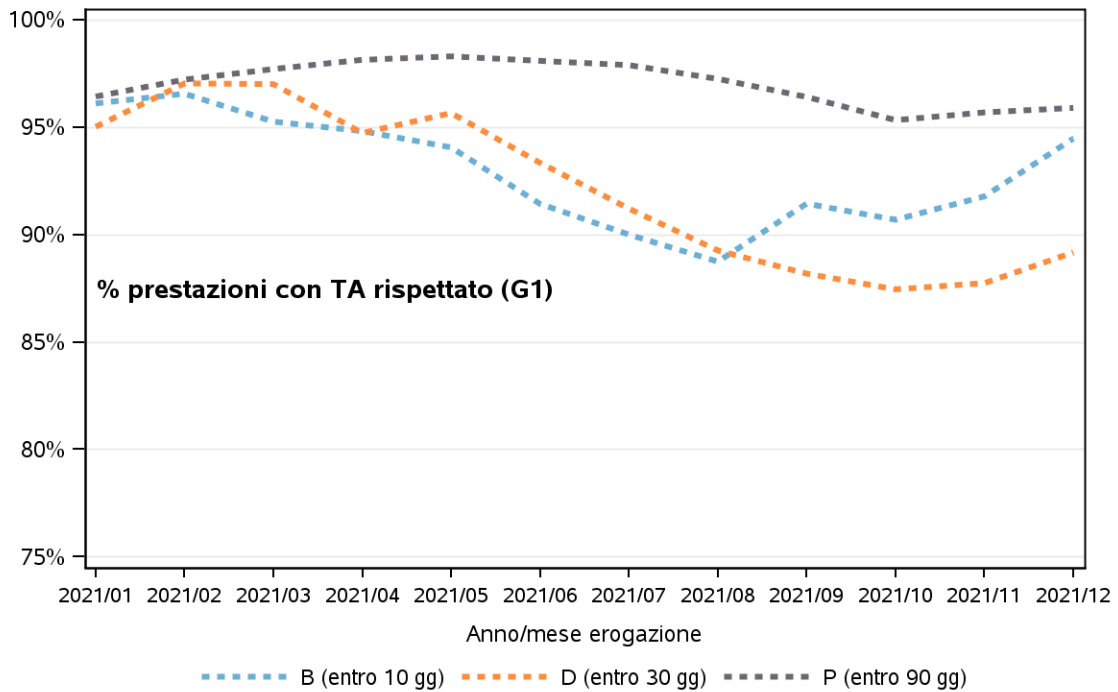


Figura 6.2.6 Percentuale di prestazioni (G1+G2) con tempi di attesa rispettati, per classe di priorità. Veneto, anno 2021

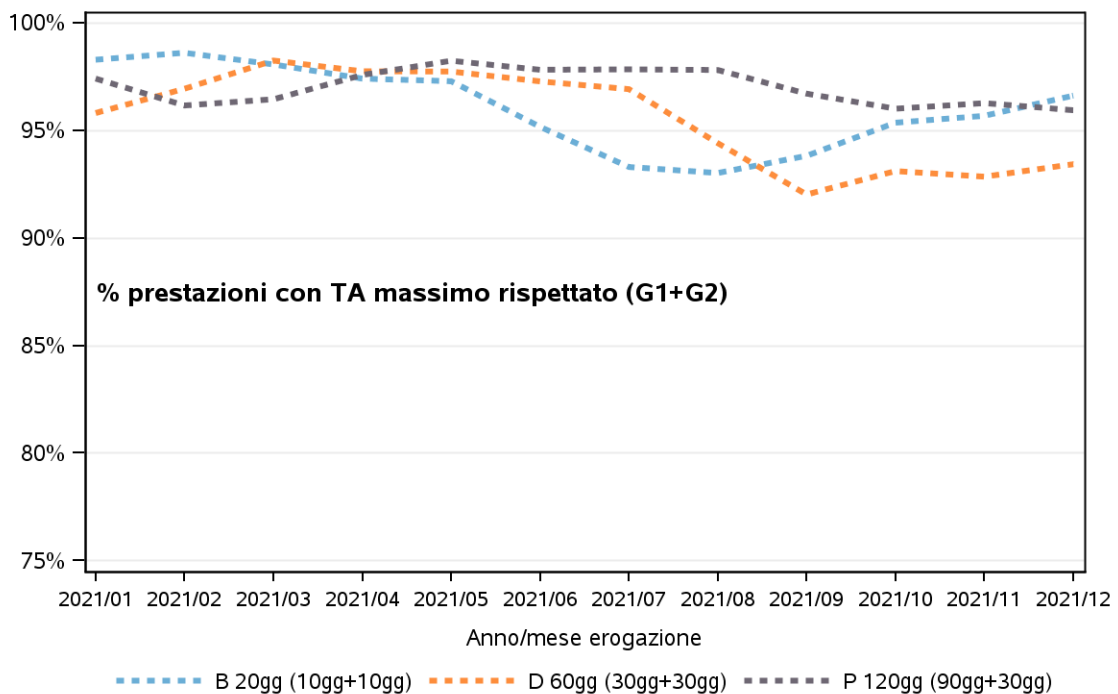
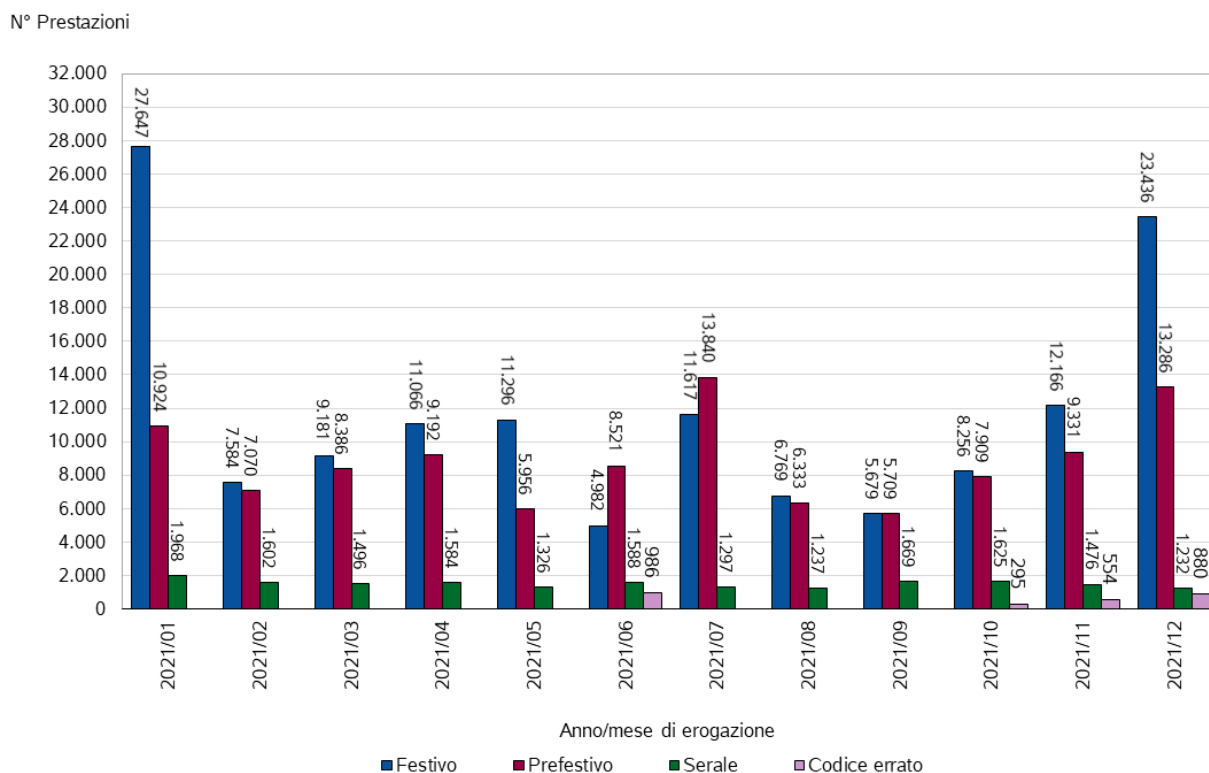


Figura 6.2.7 Numero di prestazioni di Diagnostica per immagini erogate mensilmente in giorni festivi, prefestivi ed in orari serali. Veneto, 2021



Recapiti per ulteriori informazioni (per volumi di attività)

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Governo Clinico Assistenziale
 Via J. Avanzo, n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778433
 E-mail: governo.clinico@azero.veneto.it

Recapiti per ulteriori informazioni (per tempi di attesa)

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 E-mail: analisi@azero.veneto.it

6.3 Assistenza psichiatrica territoriale

Utenti e attività erogata

L'impostazione degli interventi in ambito di salute mentale è basata sui principi di rispetto della dignità della persona, del riconoscimento del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità e dell'appropriatezza delle cure, della forte integrazione fra area delle cure sanitarie e l'area delle iniziative socio-relazionali. Il modello organizzativo delle cure nell'ambito della salute mentale è rappresentato dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM), dipartimento strutturale transmurale istituito all'interno di tutte le 9 ULSS della Regione Veneto con funzione di "core" per la prevenzione, cura e riabilitazione di qualsiasi forma di disagio psichico nell'ottica di un miglioramento della qualità di vita e produttività dell'individuo e della rete sociale a questo prossima.

Nel 2021 sono stati trattati complessivamente circa 67.000 utenti, con una "prevalenza trattata" pari a 163,2 persone ogni 10.000 abitanti maggiorenni. Prevale il sesso femminile, mentre le fasce di età più numerose sono 45-54 anni e 55-64 anni, alle quali si aggiunge anche la classe di età 18-24 per le femmine (Tabella 6.3.1). I dati del 2021 mostrano una ripresa dell'attività dopo l'evidente flessione di utenti nel corso dell'anno 2020, principalmente legata all'esplosione della pandemia da COVID-19 (Tabella 6.3.2 e Tabella 6.3.3).

Per quanto riguarda le modalità d'accesso ai servizi territoriali, buona parte degli utenti viene inviato dal medico di medicina generale; negli altri casi si tratta soprattutto di una richiesta del paziente medesimo o di un autoinvio da parte dell'equipe curante. Le prestazioni erogate nel 2021 dai Centri di Salute Mentale (CSM) ammontano a 703.005, corrispondenti a circa 11 prestazioni per utente nell'anno in esame.

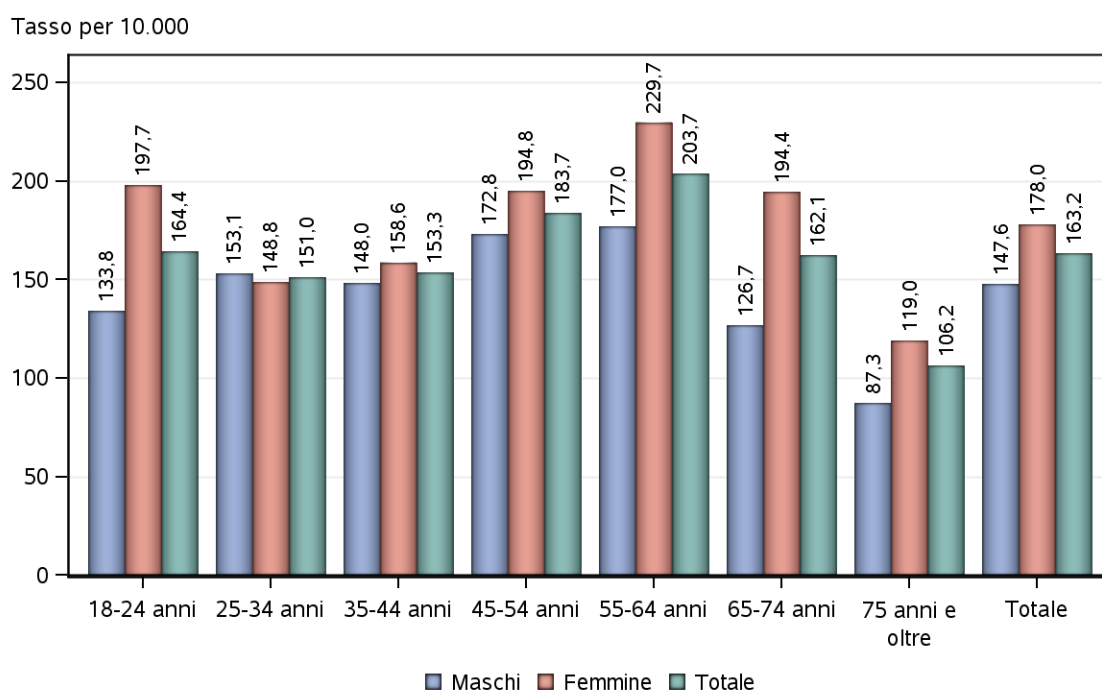
Nel 2021 si registrano 8425 dimissioni dalle strutture psichiatriche ospedaliere pubbliche a cui si aggiungono le 4.446 dimissioni da strutture private accreditate del Veneto per un totale di 127.893 giornate di degenza negli SPDC (di cui 123.786 giornate per residenti in regione Veneto) e 140.109 nelle strutture private accreditate (dato relativo alla popolazione residente in Veneto). I trattamenti ospedalieri in regime di TSO sono 209 (2,3% dei ricoveri in SPDC), evidenziando una riduzione progressiva negli anni (327 nel 2019, 254 nel 2020).

Nota metodologica

*I dati presentati sono ricavati dal Datawarehouse Sanità Regionale aggiornati al 21/04/2022
I dati dell'Azienda Ospedaliera di Padova e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona sono ricompresi nelle rispettive Aziende ULSS*

Tabella 6.3.1 Utenti con almeno un contatto territoriale o ospedaliero per classi di età e sesso. Veneto, anno 2021

	Maschi		Femmine		Totale	
	N. utenti	Tasso per 10.000	N. utenti	Tasso per 10.000	N. utenti	Tasso per 10.000
18-24 anni	2.341	133,8	3.167	197,7	5.507	164,4
25-34 anni	3.895	153,1	3.590	148,8	7.484	151,0
35-44 anni	4.475	148,0	4.735	158,6	9.210	153,3
45-54 anni	7.038	172,8	7.817	194,8	14.853	183,7
55-64 anni	6.319	177,0	8.405	229,7	14.723	203,7
65-74 anni	3.408	126,7	5.710	194,4	9.118	162,1
75 anni e oltre	2.036	87,3	4.128	119,0	6.164	106,2
Totale	29.491	147,6	37.520	178,0	67.006	163,2

Figura 6.3.1 Tasso di utenti con almeno un contatto territoriale o ospedaliero per classi di età e sesso (per 10.000). Veneto, anno 2021

Tabella 6.3.2 Utenti con almeno un contatto territoriale o ospedaliero per Azienda di contatto. Veneto, anni 2019-2021

Azienda di contatto	2019			2020			2021		
	Residente	Non Res.	Totale	Residente	Non Res.	Totale	Residente	Non Res.	Totale
1. Dolomiti	3.821	58	3.877	3.431	51	3.482	3.306	64	3.369
2. Marca Trevigiana	12.902	137	13.033	11.735	140	11.867	11.933	164	12.094
3. Serenissima	7.871	290	8.078	7.620	177	7.791	8.134	210	8.337
4. Veneto Orientale	2.621	100	2.721	2.526	67	2.593	2.818	89	2.907
5. Polesana	4.149	138	4.283	3.996	137	4.132	3.973	95	4.065
6. Euganea	14.757	270	15.003	13.663	211	13.862	14.441	236	14.667
7. Pedemontana	5.356	53	5.408	5.100	39	5.139	5.454	46	5.498
8. Berica	6.592	187	6.775	6.208	127	6.325	5.852	111	5.956
9. Scaligera	9.362	215	9.569	9.609	208	9.811	10.477	219	10.685
AOU Padova	377	33	408	462	40	502	539	84	622

Azienda di contatto	2019			2020			2021		
	Residente	Non Res.	Totale	Residente	Non Res.	Totale	Residente	Non Res.	Totale
Totale	66.582	1.454	67.890	63.161	1.183	64.295	65.756	1.300	67.006

Tabella 6.3.3 Utenti con almeno un contatto territoriale o ospedaliero per diagnosi. Veneto, anni 2019-2021

Diagnosi	2019			2020			2021		
	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale
1. Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti	7.186	8.063	15.249	7.014	7.962	14.976	6.768	7.650	14.416
2. Disturbi affettivi	12.102	7.123	19.225	11.216	6.677	17.893	11.336	6.699	18.034
3. Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi	10.911	7.012	17.923	10.290	6.557	16.847	11.172	6.944	18.116
4. Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	2.753	2.678	5.431	2.725	2.637	5.362	2.926	2.682	5.608
9. Altre diagnosi psichiatriche	4.746	4.744	9.489	4.414	4.530	8.944	4.649	4.834	9.483
Altre Diagnosi	2.126	1.921	4.047	1.997	1.698	3.695	2.390	1.913	4.303
Non Indicato	567	443	1.010	639	535	1.174	771	651	1.422
Totale	37.894	29.997	67.890	35.799	28.496	64.295	37.520	29.491	67.006

Interventi organizzativi

Semi residenzialità e Residenzialità extraospedaliera. E' stato costituito un gruppo di lavoro con il mandato di definire criteri di funzionamento e standard organizzativi dei Centri Diurni. Per quanto riguarda la riorganizzazione dell'offerta residenziale le Azienda Ulss hanno compiuto un rilevante lavoro che ha subito dei rallentamenti in parte legati all'emergenza sanitaria. E' stata quindi concessa (DGR 1498/2021) una proroga al 30 settembre 2022 e definita la prosecuzione dei monitoraggio trimestrali.

Rete sovrazonale dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione. E' stato approvato (decreto del Direttore Generale Area sanità e sociale n. 16/2021) il PDTA per i trattamenti dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione da attuarsi con una sperimentazione di un anno.

PDTA. In attuazione alla Piano di Azione Nazionale per la Salute mentale e al Piano socio sanitario regionale sono stati approvati i seguenti Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali per i disturbi psichiatrici gravi approvati con i seguenti decreti del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale: n. 53 del 28 maggio 2019 (disturbo borderline di personalità), n. 54 del 28 maggio 2019 (disturbo bipolare), n. 59 del 3 giugno 2019 (disturbi schizofrenici) e n. 60 del 10 giugno 2019 (disturbi depressivi).

Rete sanitaria per pazienti psichiatrici autori di reato – Legge 81/2014. Nel corso dell'anno 2021 il numero di pazienti in misura di sicurezza detentiva presso la REMS (*Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza*) di Nogara sono stati 37.

Con DGR n. 208/2020 è stata accreditata la CTRP (*Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta*) di tipo A Don Girelli altamente specializzata nella presa in carico di pazienti autori di reato in misura di sicurezza non detentiva per 16 posti letto, già attiva fin dal 2012 come struttura sperimentale (DGR n. 1331 del 17 luglio 2012). La rete regionale per pazienti in misura di sicurezza non detentiva è stata implementata con l'accreditamento della CTRP ad alta intensità per pazienti

autori di reato di sesso femminile in misura di sicurezza non detentiva “Casa Tezon” della Cooperativa Sociale di Solidarietà Promozione Lavoro a Veronella (VR) - DGR 1501/2020.

Con DGR n. 210/2020 è stata approvata l’attivazione presso gli Istituti Polesani di una struttura sanitaria sperimentale residenziale idonea per l’applicazione della libertà vigilata "residenziale" (art. 228 CP), ovvero per gli arresti domiciliari in luogo di cura (art. 284 cpp) per pazienti psichiatrici autori di reato, finalizzata a garantire, laddove necessario, un adeguato approfondimento giuridico-forense per supportare le decisioni della magistratura competente. Con decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 97 del 16 settembre 2020 sono stati definiti i requisiti di autorizzazione della stessa. Il medesimo provvedimento ha disposto l’incremento dei posti letto complessivi di REMS con la realizzazione di un ulteriore modulo di 16 P.L. presso l’attuale struttura di Nogara. Una quota parte di questi posti (6 P.L.) è dedicata all’accoglimento degli utenti cui, dopo aver approfondito la valutazione peritale presso la struttura sperimentale degli Istituti Polesani, sia comminata la misura di sicurezza detentiva dal magistrato competente.

Inoltre, i pazienti psichiatrici autori di reato con riconosciuta pericolosità sociale e misura di sicurezza non detentiva, possono essere inseriti — con adeguati provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria — anche nelle strutture residenziali del territorio della Regione del Veneto afferenti all’area salute mentale, con progetti terapeutico riabilitativi personalizzati, in conformità a quanto stabilito dall’art. 3 ter della legge n. 9/2012.

Approfondimenti

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/salute-mentale>

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Programmazione Sanitaria
Unità Organizzativa Salute mentale e sanità penitenziaria
Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
Telefono: 0412793490
E-mail: salute.mentale@regione.veneto.it

6.4 Cure domiciliari e cure palliative

Complessivamente nel corso del 2021 risultano erogati a residenti in Veneto 2.220.602 accessi domiciliari. Considerando solo gli accessi degli operatori sanitari di cure domiciliari, risultano essere stati effettuati 1.884.924 accessi, in particolare da infermieri (72%, 1.355.400 accessi) e da medici di medicina generale (20%, 374.750 accessi).

Il tasso di accessi per 1.000 residenti evidenzia una marcata variabilità tra Aziende ULSS sia sul tasso complessivo (range 671,8 – 303,6 per 1.000 residenti) che su quelli per tipologia di operatore sanitario (Figura 6.4.1).

Nel corso del 2021 hanno ricevuto almeno un accesso sanitario domiciliare 143.233 persone; 104.258 di questi sono stati assistiti con una presa in carico (PIC) ordinaria mentre 38.975 hanno ricevuto solo singoli accessi occasionali.

Circa 7 assistiti su 10 hanno 75 anni o più ed in questa fascia di popolazione risultano in carico più del 17% degli assistiti, il 6,7% in maniera più intensiva, cioè con almeno almeno una PIC di livello 1 o superiore erogata nel corso dell'anno. Il tasso complessivo di assistiti ultra 75-enni risulta in aumento, sia rispetto al 2019 che rispetto al 2020, sostanzialmente in linea con il valore del 2018, mentre quello dei soggetti presi in carico in maniera intensiva risulta sempre maggiore rispetto al 2018 (Tabella 6.4.1).

Le malattie cardio e cerebrovascolari sono le patologie più frequenti tra gli assistiti in Cure Domiciliari (24%) seguite dalla sindrome ipocinetica (15%) e dalle neoplasie (11%). A causa della pandemia da COVID-19, i soggetti con malattie respiratorie sono in forte aumento: nel 2021 e 2020 risultano essere l'11% del totale contro il 2% del 2019 e 2018.

Considerando solo i soggetti seguiti in maniera più intensiva le diagnosi prevalenti risultano essere le neoplasie (20%), le malattie cardio e cerebrovascolari (20%) e le malattie respiratorie (18%).

A seguito dell'emanazione del DM del 12 marzo 2019, il monitoraggio dell'attività sanitaria è misurata da alcuni indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) definiti core, che contribuiscono alla valutazione da parte del Ministero della Salute dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Per le cure domiciliari l'indicatore core di valutazione è il "tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA)".

Nel 2021 il Veneto supera la soglia prevista in tutti i livelli di intensità (Figura 6.4.2); in particolare il tasso di pazienti assistiti ogni 1.000 abitanti risulta pari a 5,5 per CIA di livello 1 (soglia 4,0 x 1.000 ab.), 2,8 per il livello 2 (soglia 2,5 x 1.000 ab.) e 3,7 per il livello 3 (soglia 2,0 x 1.000 ab.). Anche considerando i valori delle singole aziende ULSS le soglie risultano sostanzialmente soddisfatte nonostante una certa variabilità intra-regionale.

Cure Palliative Oncologiche

Nel 2021 sono stati assistiti in cura palliativa domiciliare 10.963 pazienti oncologici, ai quali sono stati complessivamente erogati 242.701 accessi, di cui 49.832 da parte del medico palliativista. Nonostante la pandemia da COVID-19 gli accessi erogati risultano in costante aumento dal 2018 in poi (mediamente +6% per anno).

Le diagnosi più frequenti presenti nelle PIC sono: "Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni" (15%), "Tumori maligni del colon" (12%) e "Tumori maligni di altre e mal definite sedi dell'apparato digerente e del peritoneo" (10%).

L'indicatore core NSG che monitora l'attività svolta è la "percentuale di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore" considerando congiuntamente gli assistiti in cure domiciliari e in Hospice.

Anche per quest'ultimo indicatore il dato regionale del Veneto supera la soglia stabilita dal ministero (50%), raggiungendo nel 2021 un valore di 55,6%, pari a 7.458 assistiti di cui 4.813 deceduti a casa durante una PIC di cure palliative domiciliari e 2.645 deceduti in Hospice. I valori raggiunti dalle varie aziende ULSS risultano sempre elevati con un range che va dal 48,4% dell'ULSS 3 Serenissima al 63,1% dell'ULSS 8 Berica (Figura 6.4.3).

Nota metodologica

Tutti le elaborazioni si basano sulle informazioni presenti nei flussi informativi di "Assistenza e Cure Domiciliari" e "Hospice" con dati aggiornati al 06/04/2022.

L'attività di Cure Domiciliari considerata è quella relative alle PIC attive al 2021; il CIA è calcolato sull'intero periodo di assistenza delle PIC anche se iniziato in anni precedenti mentre il conteggio del numero di accessi è fatto solo su quelli erogati nel 2021.

L'attività Hospice considerata è quella relativa ai ricoveri oncologici con dimissione nel 2021.

Figura 6.4.1 Tasso di accessi sanitari per 1.000 abitanti per ULSS di residenza, Veneto, 2021

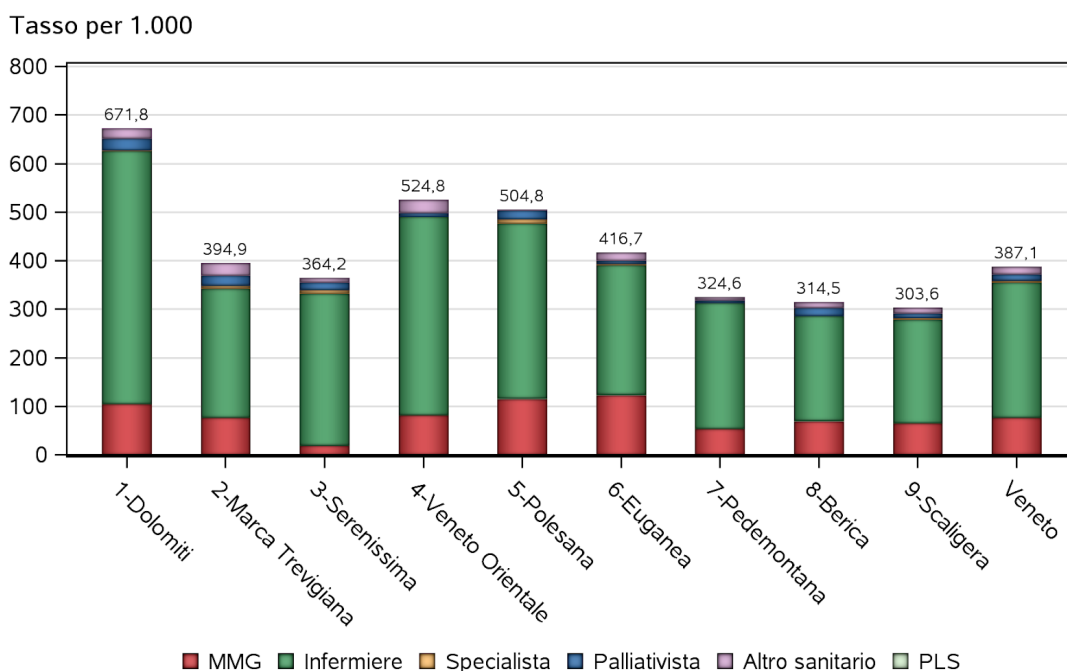


Tabella 6.4.1 Indicatori di attività delle Cure Domiciliari, Veneto, 2021

Indicatori	Almeno 1 accesso all'anno				Almeno una PIC di livello 1 o superiore			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Numero assistiti	134.787	128.506	139.785	143.233	42.033	47.502	49.368	58.645
Assistiti 75+ anni	99.978	96.856	96.462	101.406	30.934	35.339	34.819	38.657
% assistiti 75+ anni	74,2%	75,4%	69,0%	70,8%	73,6%	74,4%	70,5%	65,9%
Tasso x 1.000 ab. 75+ anni	176,9	168,3	164,9	174,8	54,7	61,4	59,5	66,6

Figura 6.4.2 Tasso di assistiti per 1.000 abitanti per ULSS di residenza e livello di intensità assistenziale CIA, Veneto, 2021

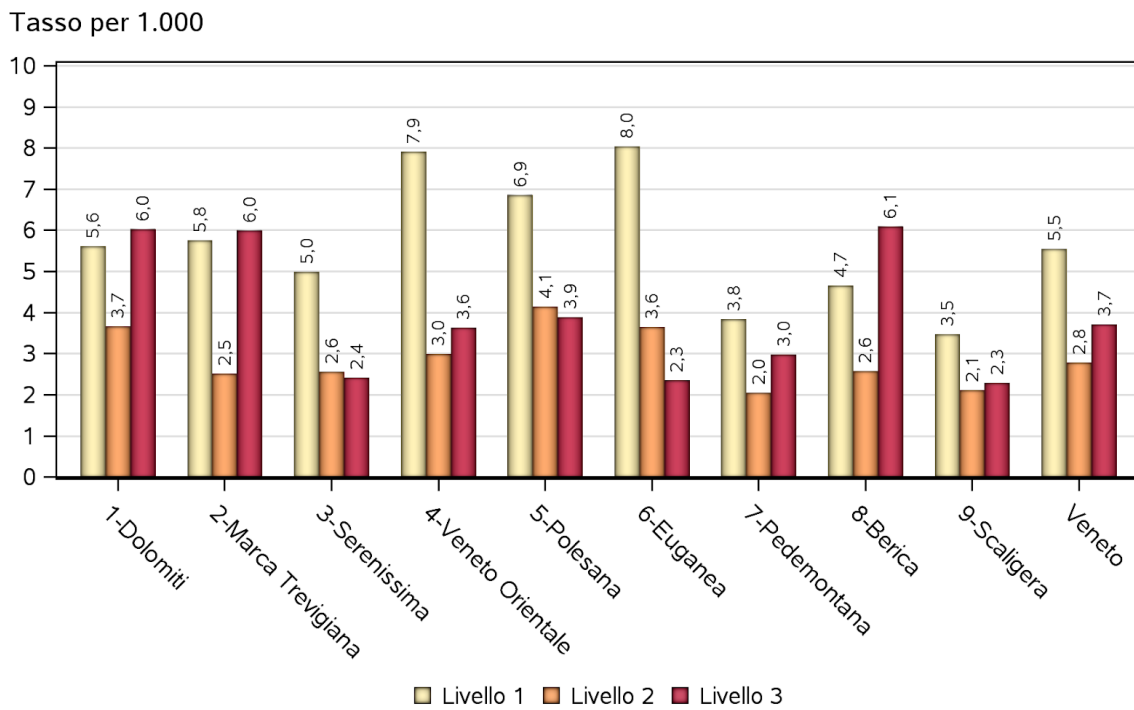
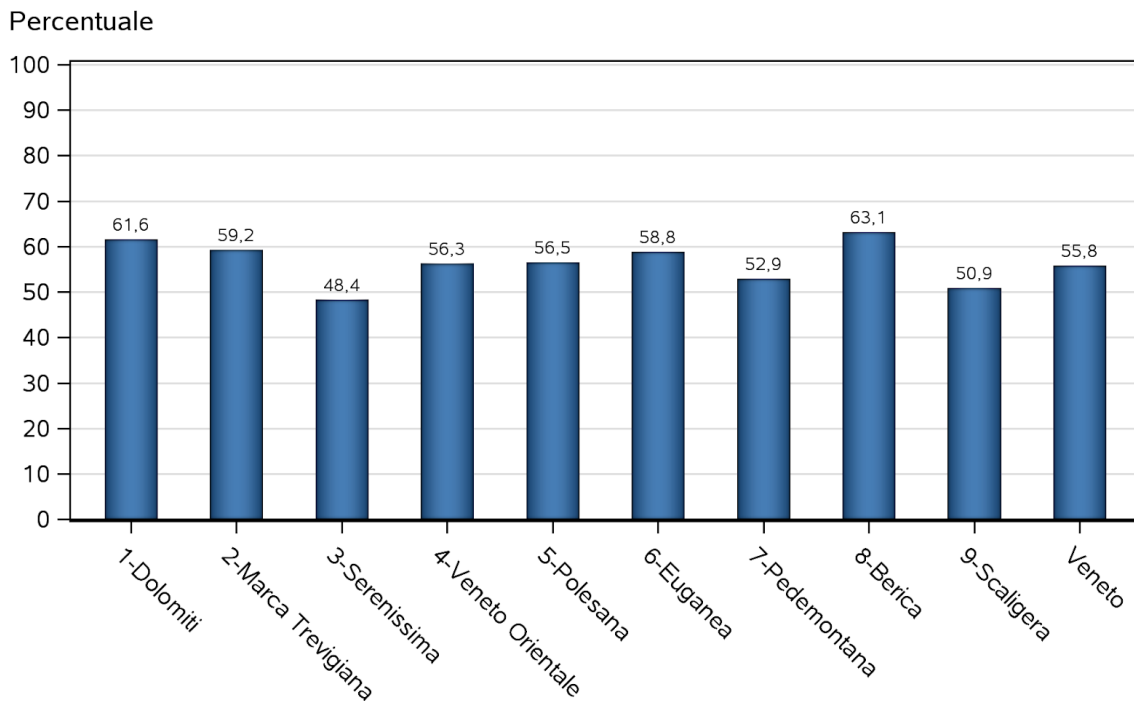


Figura 6.4.3 Percentuale di deceduti oncologici assistiti dalla Rete di Cure Palliative e deceduti a domicilio o in hospice per ULSS di residenza, Veneto, 2021



Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252
 E-mail: ser@azero.veneto.it

6.5 Assistenza nelle strutture intermedie

Le cure intermedie vengono definite come un “modello di assistenza sanitaria sviluppato per ottimizzare il coordinamento fra servizi sanitari e l’indipendenza funzionale dell’assistito”. Le strutture preposte alle cure intermedie accolgono pazienti stabilizzati dal punto di vista medico, ma troppo complessi per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico. Il loro obiettivo è di prevenire i ricoveri inappropriati, ridurre la durata della degenza ospedaliera per favorire un rientro a domicilio e ridurre il rischio dell’istituzionalizzazione, perchè la transizione tra luoghi di cura è particolarmente critica quando avviene dall’ospedale al domicilio (per una definizione più estesa si veda la DGR n. 2718/2012).

6.5.1 Ospedali di Comunità (ODC) e Unità di Riabilitazione Territoriali (URT)

Nel 2021 in totale sono 9.331 gli utenti che hanno usufruito dei servizi di cure intermedie (7.644 presi in carico in ODC, 1.331 in URT e 356 in ODC Covid dedicato). La composizione sociodemografica degli utenti viene descritta in Tabella 6.5.1, in particolare l’utenza è per il 55% composta da donne. Le ULSS che registrano più presenze sono l’Euganea (17,4% degli utenti totali) e la Scaligera (16,4%). Più della metà degli utenti (il 58%) ha un’età all’ammissione superiore agli ottant’anni.

Nella Tabella 6.5.2 vengono presentati i posti letto e le giornate di degenza per le diverse tipologie di strutture nelle aziende ULSS che hanno offerto assistenza intermedia (utenti presi in carico almeno un giorno nell’anno di riferimento): il totale è pari a 1.379 posti letto (670 per ODC, 523 per ODC Covid dedicato e 186 per URT).

Nel 2021 la degenza media presso ODC e URT è di circa 25 giorni (Figura 6.5.1).

La maggior parte degli assistiti accolti in struttura proviene dagli ospedali (87,1%) o dal proprio domicilio (4,3%). Gli utenti che vengono congedati rientrano principalmente a casa (51,2%), o vengono trasferiti in una struttura sociosanitaria residenziale extraospedaliera (19,8%) o in ospedale (13,0%). La percentuale di deceduti in struttura è stata pari all’8,0%.

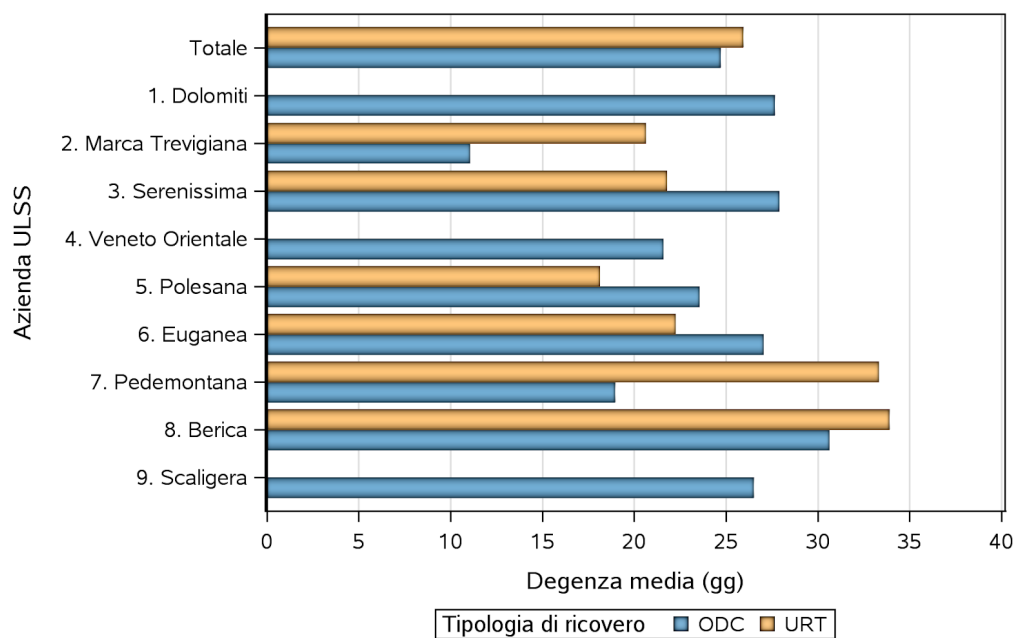
Tra gli “indicatori di attività, funzionali alla verifica dell’attività svolta e dei risultati ottenuti”, definiti nell’allegato D alla DGR 2683/2014, di particolare rilevanza è l’indicatore E4 “Traiettoria prognostica”, che correla gli esiti funzionali al congedo rispetto alla traiettoria prognostica definita all’accoglienza. Nel 2021 su 2.616 soggetti valutati “pazienti con funzioni/abilità perse ma recuperabili, da riabilitare”, il 66% ha recuperato interamente le funzioni; dei 4.494 pazienti con “alcune funzionalità/abilità perse, da stabilizzare” il 56,1% ha stabilizzato le funzioni, infine dei 439 pazienti “con alcune funzionalità/abilità sicuramente perse, in cure palliative”, il 43,3% ha stabilizzato le funzioni e il 35,3% è deceduto (Figura 6.5.2).

Nota metodologica

I dati relativi a ODC e URT sono stati disciplinati da un flusso informativo approvato dalla DGR 2683/2014 e raccolti con cadenza mensile a partire dal 2016. Nel 2020, a causa dell'emergenza pandemica, sono state attivate delle nuove strutture con la dizione "ODC Covid dedicato". La maggior parte di tali strutture è stata attivata presso ODC già esistenti. In questo nuovo setting, l'attività è stata orientata all'accoglienza di pazienti stabilizzati, positivi al Covid e provenienti da strutture ospedaliere. Gli "ODC Covid dedicato" hanno pertanto conferito un supporto rilevante al sistema sanitario regionale in fase emergenziale.

Tabella 6.5.1 Principali caratteristiche socio-demografiche dell'utenza con almeno un giorno di presenza nell'anno in ODC e URT. Percentuali sui totali di classe e colonna. Veneto, anno 2021

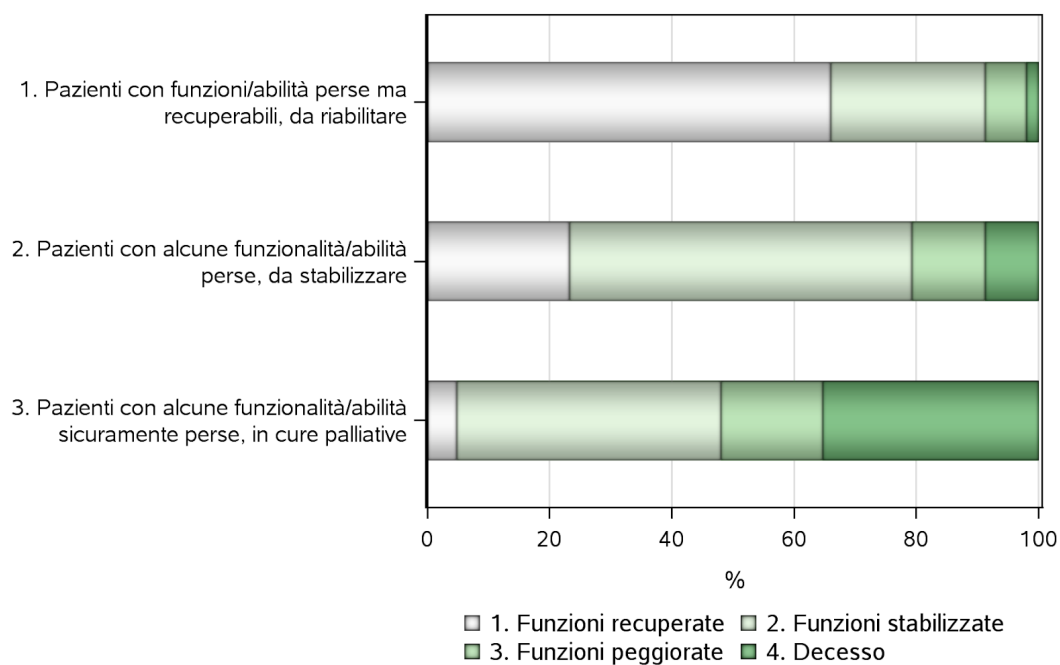
	Tipologia di ricovero						Totale		
	ODC		URT		ODC-Covid dedicato		N	%	
	N	%	N	%	N	%			
Genere									
Maschi	3.495	45,7	512	38,5	195	54,8	4.202	45,0	
Femmine	4.149	54,3	819	61,5	161	45,2	5.129	55,0	
ULSS di residenza all'accoglimento									
1. Dolomiti	769	10,1	0	0	0	0	769	8,2	
2. Marca Trevigiana	696	9,1	403	30,3	356	100,0	1.455	15,6	
3. Serenissima	1.311	17,2	133	10,0	0	0	1.444	15,5	
4. Veneto Orientale	135	1,8	0	0	0	0	135	1,4	
5. Polesana	592	7,7	8	0,6	0	0	600	6,4	
6. Euganea	1.332	17,4	290	21,8	0	0	1.622	17,4	
7. Pedemontana	794	10,4	215	16,2	0	0	1.009	10,8	
8. Berica	482	6,3	282	21,2	0	0	764	8,2	
9. Scaligera	1.533	20,1	0	0	0	0	1.533	16,4	
Classi d'età all'ingresso in struttura									
0-69	1.329	17,4	237	17,8	116	32,6	1.682	18,0	
70-74	735	9,6	172	12,9	38	10,7	945	10,1	
75-79	1.041	13,6	236	17,7	46	12,9	1.323	14,2	
80-84	1.643	21,5	297	22,3	60	16,9	2.000	21,4	
85-89	1.639	21,4	246	18,5	54	15,2	1.939	20,8	
90-94	968	12,7	117	8,8	32	9,0	1.117	12,0	
95+	289	3,8	26	2,0	10	2,8	325	3,5	
Totale utenza	7.644	100,0	1.331	100,0	356	100,0	9.331	100,0	0

Figura 6.5.1 Degenza media in ODC e URT (in giorni) per Azienda ULSS. Veneto, anno 2021

Tabella 6.5.2 Posti letto e giornate di degenza per tipologia di struttura e Azienda ULSS. Veneto, anno 2021

Tipologia di struttura	Azienda ULSS	Numero strutture	Posti letto	Giorni di degenza
Ospedali di Comunità (ODC)	1. Dolomiti	6	97	21.259
	2. Marca Trevigiana	2	58	5.931
	3. Serenissima	7	122	36.556
	4. Veneto Orientale	0		
	5. Polesana	2	44	9.954
	6. Euganea	6	139	26.109
	7. Pedemontana	2	35	9.982
	8. Berica	3	38	10.395
	9. Scaligera	6	137	34.104
	Totale Veneto	34	670	154.290
ODC-Covid dedicato	1. Dolomiti	0		
	2. Marca Trevigiana	6	173	12.768
	3. Serenissima	0		
	4. Veneto Orientale	1	24	2.912
	5. Polesana	2	45	3.979
	6. Euganea	5	85	9.883
	7. Pedemontana	4	60	5.070
	8. Berica	1	24	4.360
	9. Scaligera	4	112	6.522
	Totale Veneto	23	523	45.494

Tipologia di struttura	Azienda ULSS	Numero strutture	Posti letto	Giorni di degenza
Unità di Riabilitazione Territoriali (URT)	1. Dolomiti	0		
	2. Marca Trevigiana	1	25	8.309
	3. Serenissima	1	24	2.896
	4. Veneto Orientale	0		
	5. Polesana	1	14	145
	6. Euganea	3	42	6.446
	7. Pedemontana	2	42	7.161
	8. Berica	2	39	9.558
	9. Scaligera	0		
	Totale Veneto	10	186	34.515

figura 6.5.2 Indicatore E4 'Traiettorie prognostica' (allegato D alla DGR 2683/2014). Veneto, anno 2021



6.5.2 Hospice

Al 31/12/2021 risultavano attivi in Veneto 24 Hospice per un totale di 232 posti letto. Complessivamente sono stati dimessi 3.542 pazienti, con una degenza media di 16,6 giorni (range tra strutture: 4 – 42 gg). Escludendo l'Hospice di Cittadella, che ha ricominciato ad erogare attività da novembre 2021, si osserva una presenza media giornaliera regionale di 160 pazienti con un tasso di occupazione del posto letto del 71%. L'attesa media per l'ingresso in Hospice è di 9 giorni; tuttavia, nel 68% dei ricoveri l'attesa è al più di 3 giorni (Tabella 6.5.3).

L'83% dei ricoveri complessivi è oncologico; escludendo i dati dell'Hospice Pediatrico di Padova, che tratta prevalentemente una casistica non oncologica, il valore sale al 91%. I pazienti sono per il 98% residenti in Veneto, il 53% maschi.

Il contributo dell'Hospice alla copertura delle cure palliative per i deceduti a causa di tumore viene misurato attraverso la percentuale di ricoverati in Hospice con assistenza conclusa per decesso a causa di tumore (ICD9-CM 140-208) sul numero totale di deceduti oncologici. Questo indicatore nel 2019 era pari al 23%, mentre nel biennio 2020-2021 diminuisce al 20%. A livello aziendale si riscontra un andamento disomogeneo, con valori che nel 2021 variano dal 16% al 27% (Figura 6.5.3).

In relazione all'integrazione della rete di cure palliative tra hospice e assistenza domiciliare, si osserva che la proporzione di ricoveri in hospice provenienti dal domicilio con un programma attivo di cure domiciliari riguarda un terzo dei pazienti, in crescita rispetto agli anni precedenti, mentre diminuisce la quota di ricoveri provenienti da una struttura ospedaliera (Figura 6.5.4). L'83% dei ricoveri si conclude con il decesso del paziente, mentre il 5% torna a domicilio con un piano di assistenza domiciliare; per l'Azienda ULSS 1 Dolomiti, questa proporzione è molto più rilevante che per le altre Aziende (Figura 6.5.5).

Tra gli indicatori ministeriali dedicati alla valutazione degli standard qualitativi dell'hospice, la "Percentuale di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero \leq 7giorni" consente di monitorare la quota dei ricoveri in hospice di durata troppo breve rispetto alle finalità e alle funzioni dell'Hospice per il malato oncologico, fatti salvi i casi in cui si verifichi la continuità della cura dal domicilio all'Hospice. Il dato regionale è entro la soglia del 25% stabilita dal ministero, raggiungendo nel 2021 un valore di 20,6%. Il range tra Aziende ULSS va dal 10% dell'ULSS 4 Veneto Orientale al 33% dell'ULSS 8 Berica (Figura 6.5.6).

Nota metodologica

Tutti le elaborazioni si basano sulle informazioni presenti nel flusso informativo "Hospice" (DGR 2851/2012) con dati aggiornati al 06/04/2022. L'informazione sul numero di posti letto in Hospice viene ricavato dal modello ministeriale STS24.

Tabella 6.5.3 Indicatori di attività per struttura Hospice. Veneto, anno 2021

Azienda	Hospice	N° P.L.	Attesa media (giorni)	Ricoveri	Giornate degenza	Degenz a media	Presenza media	T.O.	I.R.	I.T.
Ulss 1	Belluno	8	2,9	128	2.466	19,3	6,7	84,2	16,0	3,6
	Feltre	7	0,2	116	1.928	16,6	5,3	75,3	16,6	5,5
Ulss 2	Vittorio Veneto	10	0,9	232	2.941	12,7	8,0	80,4	23,2	3,1
	Treviso	18	1,8	274	5.896	21,5	16,1	89,5	15,2	2,5
Ulss 3	VE-Zelarino	8	4,8	140	2.421	17,3	6,6	82,7	17,5	3,6
	Venezia	8	4,5	57	2.382	41,8	6,5	81,4	7,1	9,6
	VE-Mestre	25	3,5	190	4.964	26,1	13,6	54,3	7,6	22,0
Ulss 4	San Donà di P.	9	--	111	1.910	17,2	5,2	58,0	12,3	12,5
Ulss 5	Lendinara	10	5,6	180	2.808	15,6	7,7	76,7	18,0	4,7
	Adria	5	2,6	73	1.024	14,0	2,8	56,0	14,6	11,0
Ulss 6	Camposampiero	6	6,3	114	1.752	15,4	4,8	79,8	19,0	3,9
	Cittadella (*)	6	--	6	113	18,8	--	--	--	--
	PD-Paolo VI	16	5,7	191	2.880	15,1	7,9	49,2	11,9	15,6
	PD-Santa Chiara	10	6,3	116	2.257	19,5	6,2	61,7	11,6	12,1
	Montagnana	8	6,6	108	2.540	23,5	6,9	86,7	13,5	3,6
Ulss 7	Bassano del G.	10	2,9	96	2.996	31,2	8,2	81,9	9,6	6,9
	Thiene	9	0,0	156	1.943	12,5	5,3	59,0	17,3	8,7
Ulss 8	Arzignano	7	0,5	112	1.652	14,8	4,5	64,5	16,0	8,1
	Vicenza	11	1,0	245	2.549	10,4	7,0	63,3	22,3	6,0
Ulss 9	Cologna Veneta	7	6,0	88	2.056	23,4	5,6	80,2	12,6	5,8
	VR-Marzana	14	13,4	153	2.957	19,3	8,1	57,7	10,9	14,2
	Castelnuovo G.	10	2,6	225	3.440	15,3	9,4	94,0	22,5	1,0
AOPD	Pediatrico	4	62,3	320	1.252	3,9	3,4	85,5	80,0	0,7
IOV	Castelfranco V.	6	1,5	111	1.602	14,4	4,4	73,0	18,5	5,4
Veneto		232	9,0	3.542	58.729	16,6	160,2	70,9	15,6	6,8
	VR-Marzana									

(*) L'Hospice di Cittadella ha ricominciato ad erogare attività da novembre 2021

P.L.=Posti Letto

T.O.=Tasso di Occupazione del posto letto

I.R.=Indice di Rotazione del posto letto

I.T.=Intervallo di Turn-Over

Figura 6.5.3 Percentuale di ricoverati in Hospice, con assistenza conclusa per decesso a causa di tumore (ICD9-CM 140-208) sul numero di deceduti a causa di tumore, per ULSS di residenza. Veneto, anni 2019-2021

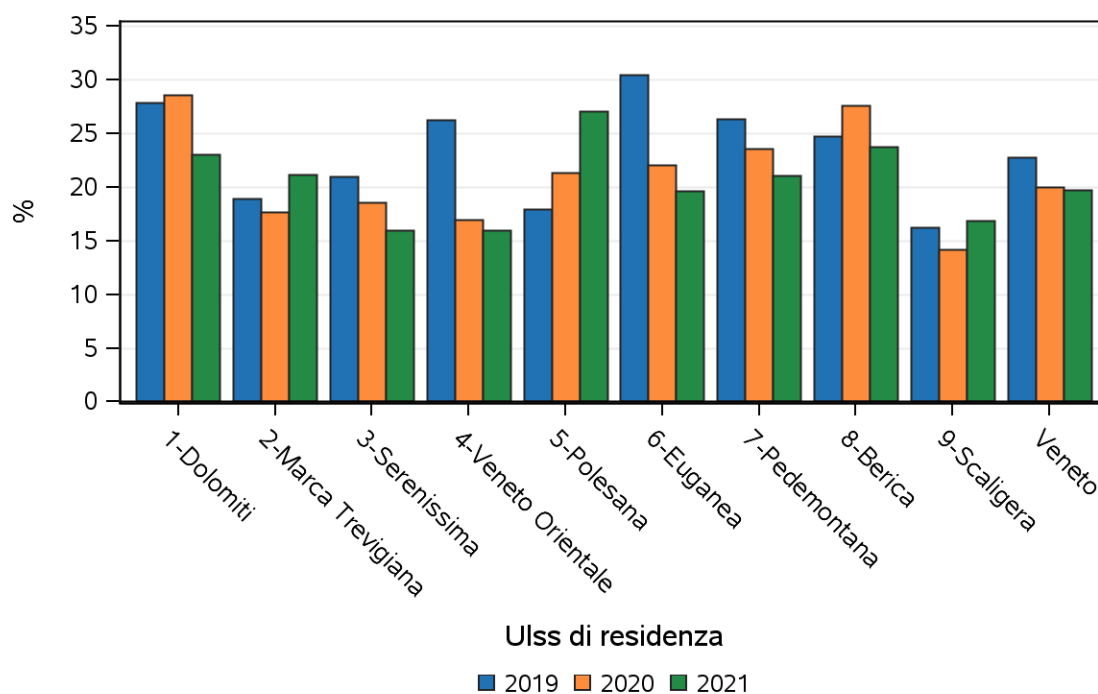


Figura 6.5.4 Ricoveri in Hospice per struttura di provenienza e ULSS di residenza. Veneto, anno 2021

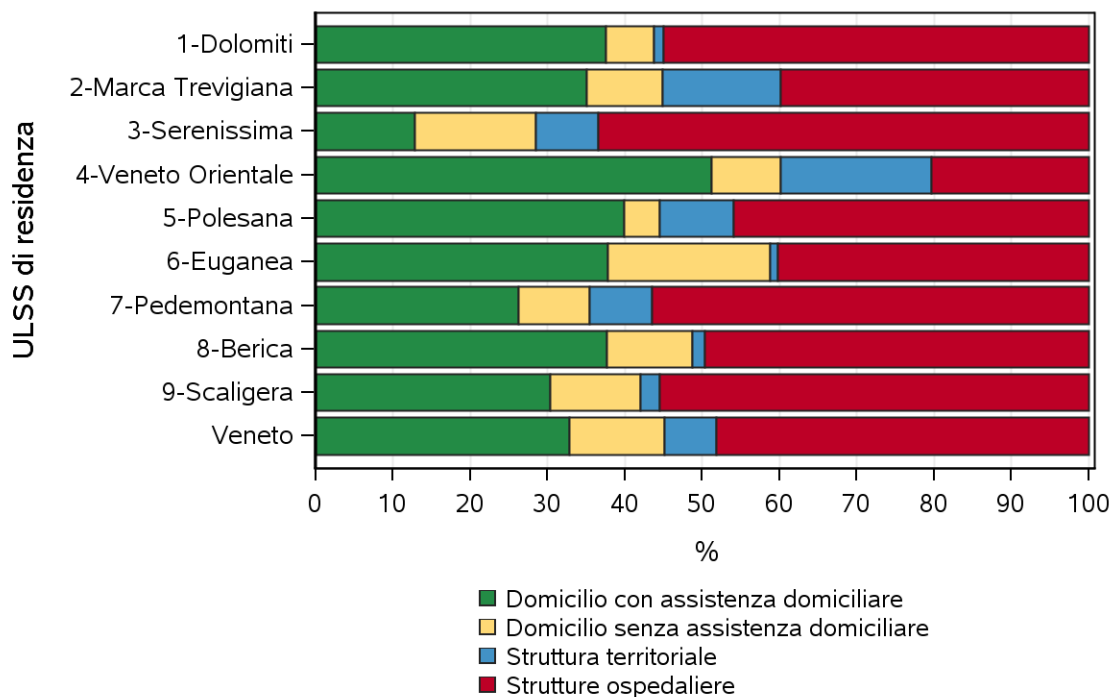


Figura 6.5.5 Ricoveri in Hospice per modalità di dimissione e ULSS di residenza. Veneto, anno 2021

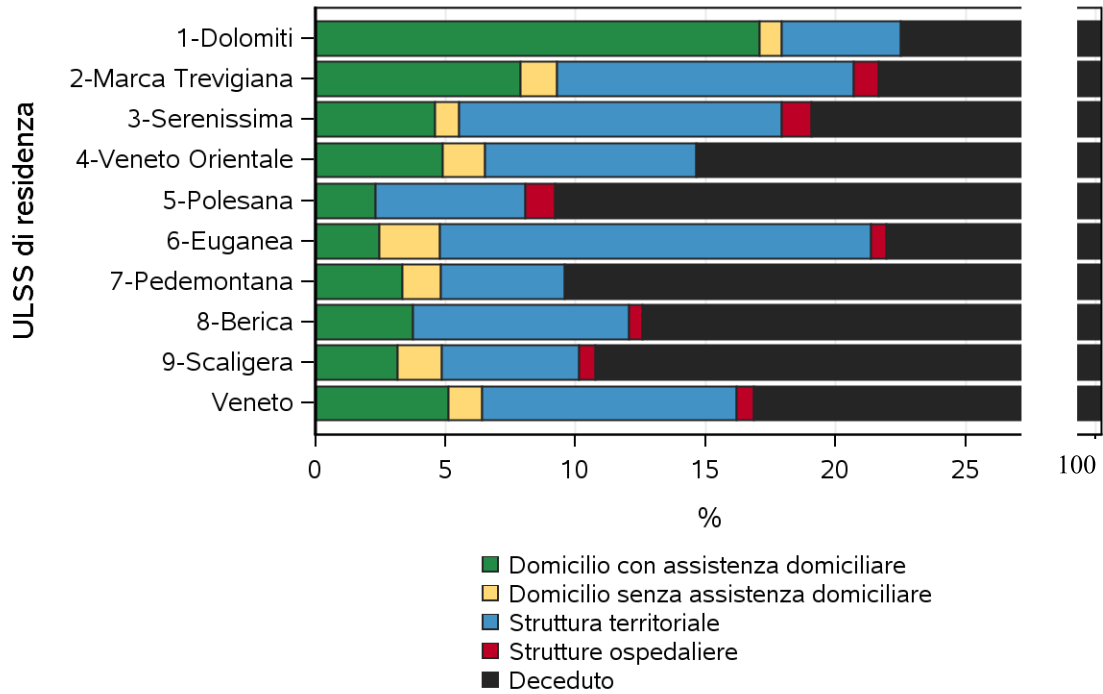
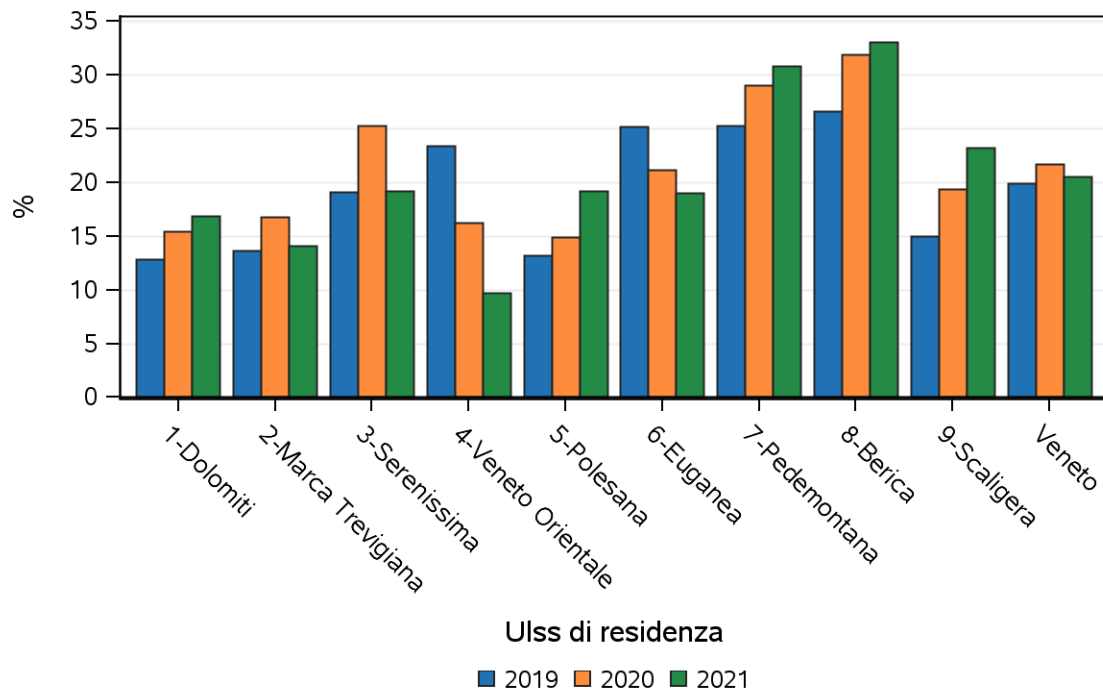


Figura 6.5.6 Percentuale di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg, per ULSS di residenza. Veneto, anni 2019-2021



Hospice pediatrico

L'hospice pediatrico è una struttura gestita dall'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova, inserita all'interno dell'UOSD Terapia del dolore e Cure palliative pediatriche, nella quale, oltre alle cure palliative residenziali, vengono organizzate e coordinate la rete di cure palliative pediatriche specialistiche a domicilio ed in ospedale per tutti i bambini con patologia inguaribile/bisogni complessi.

Sono disponibili 3 posti letto per le degenze ordinarie e un posto letto per le degenze in day-hospital. Gli utenti sono soggetti residenti nella regione Veneto (ma sono previste anche prese in carico extra-regionali con limitazioni rispetto ai servizi erogati) in età evolutiva da 0 a 18 anni, con eventuale estensione del limite d'età in situazioni di cronicità.

Nel triennio 2019-2021 nell'hospice pediatrico sono stati ricoverati 264 pazienti con un totale di 849 ricoveri (più di 3 ricoveri a persona); i ricoverati vanno dagli 0 ai 26 anni, con età media complessiva di 9,3 anni (maschi 10,3; femmine 8,3 anni); il 53% dei ricoveri è rivolto a bambine, l'89% a residenti in Veneto.

La maggior parte delle patologie presenti nei ricoverati sono le malattie del sistema nervoso (62,4%), seguite dalle malformazioni congenite o condizioni morbose di origine perinatale (10,1%) e dalle malattie dell'apparato respiratorio (5,1%), solo il 3% dei ricoveri è dovuto a tumori.

I bisogni maggiormente presenti sono la gestione dell'insufficienza respiratoria, delle stomie artificiali, delle apparecchiature medicali o respiratorie e la somministrazione di cure palliative. Il 4% dei ricoveri si conclude con il decesso. La durata media dei ricoveri è di 4 giorni, inferiore al valore degli hospice per adulti.

Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto
UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
Telefono: 049 8778252
E-mail: ser@azero.veneto.it

Area Sanità e Sociale - Direzione Programmazione Sanitaria
Unità Organizzativa Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
Palazzo Molin, S. Polo, 2514 – 30125 Venezia
Telefono: 041 2791501-1502
E-mail: assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

6.6 Assistenza farmaceutica

Nel 2021, la spesa netta per farmaci erogati dalle farmacie convenzionate con il SSN è stata pari a circa 489 milioni di euro, in diminuzione del -1,0% rispetto al 2020.

La spesa netta pro-capite pesata in convenzionata è stata pari a 99,50 euro, con una variabilità tra Aziende ULSS che passa da 96,30 euro a 101,40 euro (Figura 6.6.1).

La spesa per farmaci, inclusi i vaccini, acquistati direttamente dalle Aziende sanitarie, è stata pari a circa 1.119 milioni di euro, in aumento del 6,2% rispetto al 2020.

Con riferimento al canale di erogazione dei consumi 2021 (Figura 6.6.2), si evidenzia che quasi due terzi del totale è erogato in distribuzione diretta (47%) e DPC-distribuzione per conto (14%). La parte restante (39%) è consumo ospedaliero.

La spesa per acquisti diretti di farmaci con accesso ai fondi innovativi e oncologici innovativi nazionali è stata pari a circa 78 milioni di euro, in aumento del 15,3% rispetto al 2020.

Le classi di farmaci che hanno maggiormente contribuito all'aumento della spesa per acquisti diretti sono rappresentate da farmaci oncologici e oncoematologici, immunosoppressori, antitrombotici, farmaci usati per il diabete e vaccini (Tabella 6.6.1).

Al fine di rispettare i vincoli previsti a livello nazionale (legge n. 178 del 2020), che impongono a livello regionale il rispetto del tetto alla spesa farmaceutica regionale pari al 14,85% del Fondo Sanitario Regionale (escluso quella per farmaci innovativi e oncologici innovativi), la Regione in collaborazione con Azienda Zero:

- ha stabilito limiti di costo per l'acquisto di farmaci e farmaci innovativi per singola Azienda Sanitaria (DDR 30/2021, DDR 108/2021) assegnati come obiettivi alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie (DGR 958/2021) e oggetto di monitoraggi periodici (mensili e trimestrali), incontri e valutazioni intermedie e finali;
- ha elaborato e diffuso documenti in materia di valutazione, uso appropriato e costi dei farmaci, elaborati attraverso gruppi di lavoro multidisciplinari istituiti ad hoc tra cui: 3 raccomandazioni basate sulle evidenze (DDR 74/2021, DDR 115/2021 e DDR 116/2021) e 1 report HTA in ambito oncologico e onco-ematologico (DDR 141/2021); 1 linea di indirizzo sulla terapia farmacologica del diabete di tipo 2 (DDR 43/2021); 56 schede informative di farmaci ad alto costo e/o impatto;
- ha individuato sistematicamente i centri autorizzati alla prescrizione di farmaci ad alto impatto di spesa sulla base delle indicazioni fornite da AIFA, al fine di assicurare una maggiore coerenza tra volumi di casi trattati e prescrizione di farmaci ad alto costo (56 istruttorie);
- ha sviluppato piattaforme informatizzate per il monitoraggio e il governo della spesa farmaceutica e dell'appropriatezza delle prescrizioni in varie aree terapeutiche (usi off-label, preparati a base di cannabis e farmaci biologici);
- ha promosso e ottimizzato i percorsi di sperimentazione clinica, aumentando il numero di sperimentazioni (+23% vs 2020) e migliorando le tempistiche amministrative di stipula dei contratti (-18% vs 2020).

Figura 6.6.1 Costo netto procapite pesato in convenzionata, Veneto, report farmaceutica gen-dic 2021

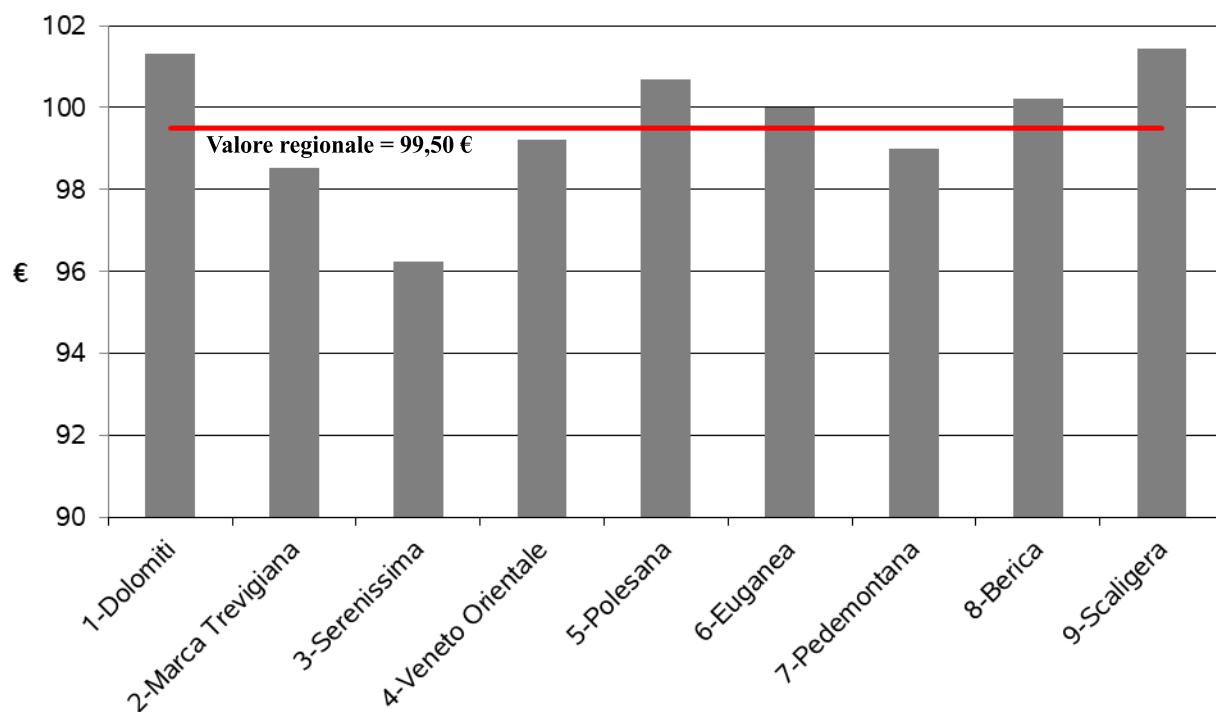


Figura 6.6.2 Spesa per consumi acquisti diretti per canale di erogazione, Veneto, flussi farmaceutica (diretta e consumi ospedalieri) gen-dic 2021

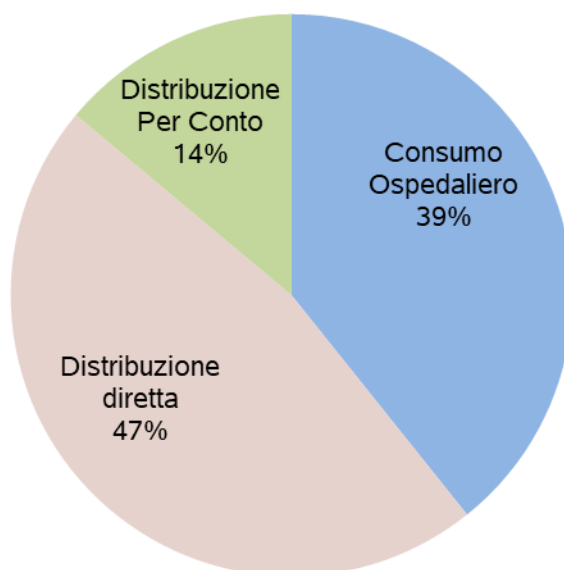


Tabella 6.6.1 Spesa per consumi acquisti diretti, per categoria terapeutica, Veneto, report farmaceutica gen-dic 2021

Categoria terapeutica	Spesa 2021	Variazione vs 2020	Variazione % vs 2020	% su tot
L01. CITOSTATICI	285.352.205	17.587.217	6,6%	24,83%
L04. IMMUNOSOPPRESSORI	194.031.792	11.008.290	6,0%	16,88%
B01. ANTITROMBOTICI	80.836.326	6.732.299	9,1%	7,03%
A10. FARMACI USATI NEL DIABETE	55.143.539	7.511.798	15,8%	4,80%
J07. VACCINI	51.396.102	2.166.824	4,4%	4,47%
B02. ANTIEMORRAGICI	46.119.526	1.532.846	3,4%	4,01%
J05. ANTIVIRALI PER USO SISTEMICO (escluso farmaci epatite C)	45.579.696	-1.356.841	-2,9%	3,97%
L02. TERAPIA ENDOCRINA	30.500.344	3.253.906	11,9%	2,65%
A16. ALTRI FARMACI DELL'APPARATO GASTROINTEST. E DEL METABOLISMO	29.968.462	3.210.554	12,0%	2,61%
V03. TUTTI GLI ALTRI PRODOTTI TERAPEUTICI	23.093.766	1.042.678	4,7%	2,01%
J01. ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	22.230.695	784.145	3,7%	1,93%
B05. SUCCEDANEI DEL SANGUE E SOLUZIONI PERFUSIONALI	19.108.461	1.400.257	7,9%	1,66%
H01. ORMONI IPOFISARI, IPOTALAMICI ED ANALOGHI	19.040.867	73.108	0,4%	1,66%
N05. PSICOLETTICI	18.534.724	1.199.373	6,9%	1,61%
S01. OFTALMOLOGICI	18.160.656	4.254.685	30,6%	1,58%
J06. SIERI IMMUNI ED IMMUNOGLOBULINE	17.928.054	2.165.510	13,7%	1,56%
M09. ALTRI FARMACI PER LE AFFEZIONI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICI	13.662.780	2.516.935	22,6%	1,19%
R07. ALTRI PREPARATI PER IL SISTEMA RESPIRATORIO	12.976.181	5.545.623	74,6%	1,13%
L03. IMMUNOSTIMOLANTI	11.215.964	-778.176	-6,5%	0,98%
J02. ANTIMICOTICI PER USO SISTEMICO	10.659.928	1.082.834	11,3%	0,93%
ALTRI ATC2	143.709.879	9.069.464	6,7%	12,5%
Totale	1.149.249.946	80.003.327	7,5%	100%

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici
 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
 Telefono: 041 2793412 – Fax: 041 2793468
 E-mail: assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

6.7 Dispositivi medici e assistenza protesica

La spesa per consumi di dispositivi medici acquistati direttamente dalle aziende sanitarie è stata pari a 791 milioni di euro, in aumento del 18,3% rispetto al 2020.

Il 31% del totale è costituito da diagnostici in vitro (IVD), la parte restante e maggioritaria (69%) è costituita da dispositivi medici (DM), di cui il 13% protesici impiantabili, il 5% impiantabili attivi e il restante 51% non impiantabili (Figura 6.7.1).

La Tabella 6.7.1 descrive la spesa per consumi di dispositivi medici (escluso IVD), suddivisa per Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (CND) al secondo livello. Le prime 10 CND rappresentano più del 50% della spesa e, tra queste, l'unica che è in lieve diminuzione (-3,3% in termini di spesa) rispetto al 2020 è rappresentata dalle protesi ortopediche e dai mezzi per osteosintesi e sintesi tendineo-legamentosa (CND P09). In forte incremento (+104,9% in termini di spesa) rispetto all'anno precedente, risultano i dispositivi medici per la gestione della pandemia da Covid-19 (es. guanti, teli, indumenti di protezione e DPI).

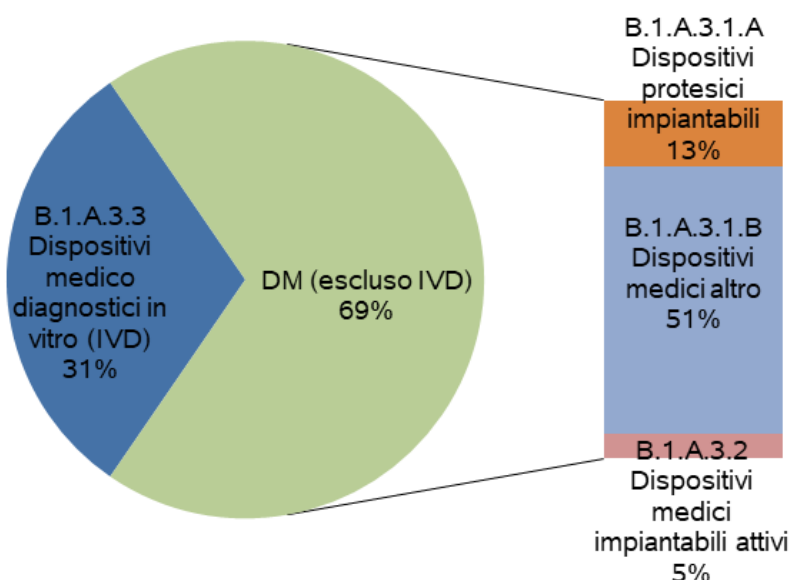
La spesa 2021 in protesi e ausili per assistenza protesica (indipendentemente dal canale di erogazione) è stata invece pari a 46 milioni di euro, in leggero aumento (+3,2%) rispetto al 2020.

La Tabella 6.7.2 riporta i consumi dei primi 10 codici ISO al secondo livello che rappresentano circa l'80% del totale e, tra questi, quelli a maggior incremento risultano gli ausili per l'udito (ISO 22.06), gli ausili per terapia respiratoria (ISO 04.03) e le protesi di arto inferiore (ISO 06.24).

La Legge n. 228/2012 “Legge di stabilità 2013” ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici nella misura del 4,4% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

Al fine di rispettare tale vincolo e migliorare l'appropriatezza dei consumi di DM, la Regione in collaborazione con Azienda Zero:

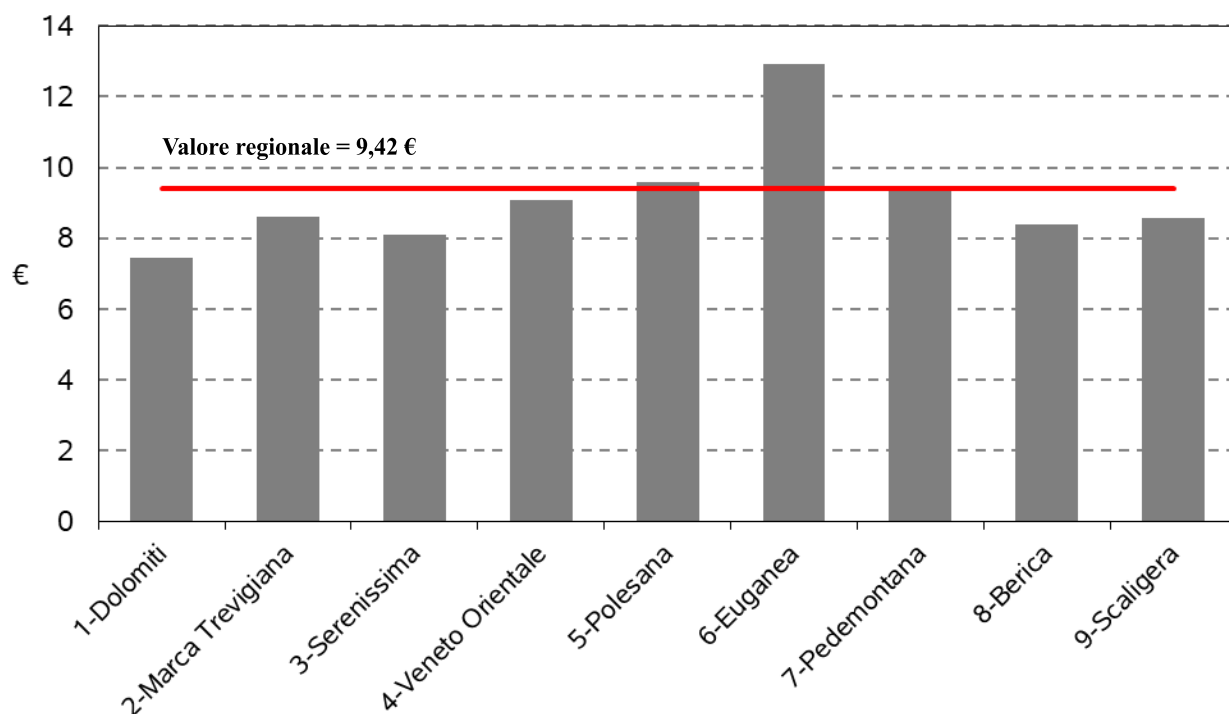
- ha stabilito limiti di costo per i Dispositivi Medici (distinto per DM e IVD) e un pro capite pesato per l'Assistenza Protesica (DDR 30/2021, DDR 108/2021) assegnati come obiettivi alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie (DGR 958/2021) e oggetto di periodici monitoraggi (mensili e trimestrali), incontri e valutazioni intermedie e finali;
- elaborato una valutazione HTA contenente l'impatto economico del Flash Glucose Monitoring di seconda generazione (FGM2);
- ha individuato le strutture autorizzate alla prescrizione delle prestazioni di assistenza protesica tra le strutture pubbliche della Regione del Veneto (DDR 46/2021 e DDR 47/2021);
- ha rinnovato il Tavolo Tecnico Regionale sui Dispositivi Medici (TTR-DM) istituito con DGR n. 811 del 23.6.2020.

Figura 6.7.1 Spesa acquisti diretti, per tipologia di dispositivo medico, Veneto, Preconsuntivo CE anno 2021**Tabella 6.7.1** Spesa in Dispositivi Medici (escluso IVD) suddivisa per CND II livello. Spesa per erogazione in Veneto 2021. (Fonte: report DM gen-dic 2021)

Classificazione Nazionale Dispositivi Medici di II livello	Spesa 2021	Variazione vs 2020	Variazione % vs 2020	% sul totale	% cumulata
P07.PROTESI VASCOLARI E CARDIACHE	38.133.732	3.852.953	11,2%	7,1%	7,1%
P09.PROTESI ORTOPEDICHE E MEZZI PER OSTEOSINTESI E SINTESI TENDINEO-LEGAMENTOSA	37.247.071	-1.258.601	-3,3%	6,9%	14,0%
Z12.STRUMENTAZIONE PER ESPLORAZIONI FUNZIONALI ED INTERVENTI TERAPEUTICI	36.349.325	2.618.323	7,8%	6,7%	20,7%
J01.DISPOSITIVI PER FUNZIONALITA' CARDIACA	32.498.239	2.183.645	7,2%	6,0%	26,7%
999 (DPI senza codice di repertorio)	30.097.496	21.157.093	236,6%	5,6%	32,3%
C01.DISPOSITIVI PER SISTEMA ARTERO-VENOSO	29.757.576	3.539.090	13,5%	5,5%	37,8%
Non indicato (assemblati)	26.847.598	5.571.620	26,2%	5,0%	42,8%
T01.GUANTI (ESCLUSI I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE DPI - D.Lgs. 475/92)	25.970.985	12.229.782	89,0%	4,8%	47,6%
T02.TELI ED INDUMENTI DI PROTEZIONE	18.010.604	4.546.790	33,8%	3,3%	51,0%
K02.DISPOSITIVI PER ELETTROCHIRURGIA	13.066.281	464.621	3,7%	2,4%	53,4%
Tutto il resto	251.333.775	18.698.671	8,04%	46,6%	100,0%
Totale Spesa Dispositivi Medici	539.312.682	73.603.987	15,8%	100,0%	100,0%

IVD= diagnostici in vitro

CND= Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici

Figura 6.7.2 Spesa procapite per Assistenza Protesica, Veneto, anno 2021 (Report cruscotto AP gen-dic 2021)**Tabella 6.7.2** Spesa per consumi in Dispositivi Medici per Assistenza Protesica suddivisa per Codici ISO di II livello. Spesa per erogazione in Veneto 2021 (Report AP gen-dic 2021)

Codici ISO di II livello	Spesa 2021	Variazione vs 2020	Variazione % vs 2020	% sul totale	% cumulata
22.06 ausili per l'udito	7.331.055	752.661	11%	19%	19%
06.12 ortesi per arto inferiore	4.195.587	2.312	0%	11%	30%
18.09 ausili per la posizione seduta	3.514.311	172.963	5%	9%	39%
12.22 carrozzine	2.994.334	-705.190	-19%	8%	47%
04.03 ausili per terapia respiratoria	2.790.680	317.279	13%	7%	54%
06.33 calzature ortopediche	2.411.087	-185.573	-7%	6%	60%
06.03 ortesi spinali	2.304.963	-72.012	-3%	6%	66%
06.24 protesi di arto inferiore (LLPS)	2.202.319	393.187	22%	6%	72%
12.23 carrozzine a motore elettrico	1.396.759	-98.422	-7%	4%	75%
04.33 ausili per gestione integrità tessutale (ausili antidecubito)	1.384.026	78.331	6%	4%	79%
Tutti gli altri dispositivi	8.151.184	697.246	9%	21%	100%
Totale dispositivi	38.676.306	1.352.782	4%	100%	

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici
 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
 Telefono: 041 2793412 – Fax: 041 2793468
 E-mail: assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

6.8 Sanità penitenziaria

Dal 2008, anno di trasferimento delle competenze sanitarie dal Ministero di Giustizia al SSN ai sensi del DPCM 01/04/08, la Regione del Veneto ha compiuto azioni importanti per integrare la sanità penitenziaria con la rete assistenziale territoriale e ospedaliera, soprattutto in termini di efficienza e sicurezza. Più recentemente la DGR n. 1669/2021 ha determinato i presupposti per migliorare la qualità assistenziale con nuovi livelli organizzativi e la definizione degli standard di personale.

Nel periodo 2019-2021 la presa in carico delle persone detenute si è mantenuta costante con una prevalenza significativa per le patologie croniche, psichiatriche e di dipendenza patologica (Tabella 6.8.1).

La DGR n. 1669/2021 e la costituzione di specifici gruppi di lavoro hanno permesso di sviluppare azioni capaci di favorire la gestione della cronicità con la realizzazione presso gli Istituti penitenziari di più grandi dimensioni (presenti nelle Aziende ULSS 3 Serenissima, ULSS 6 Euganea, ULSS 8 Berica, ULSS 9 Scaligera) hub sanitari dotati di servizi specialistici multi-disciplinari di tipo integrato.

In particolare, nell'ambito del contesto della gestione del disagio psichico e delle dipendenze patologiche sono stati approvati specifiche linee di indirizzo operative capaci di favorire il collegamento delle UU.OO. STP, con i Dipartimenti di Salute Mentale, i Dipartimenti per le Dipendenze e con il territorio (DDR n. 7 del 08/04/2021 e DDR n. 8 del 08/04/2021).

L'introduzione della DGR n. 1669/2021 ha permesso di riorganizzare il sistema dell'offerta sanitaria secondo criteri di omogeneità fra le diverse Aziende ULSS, migliorare i percorsi diagnostici terapeutici in termini di efficienza, sicurezza e appropriatezza e adeguare gli standard del personale in base ai bisogni emergenti (Tabella 6.8.2); ciò ha consentito di mantenere costante il tasso annuale di ricoveri e di accessi al pronto soccorso con valori inferiori a quelli nazionali della popolazione generale di riferimento.

Per quanto riguarda i minori e autori di reato l'obiettivo principale è stato quello di sviluppare percorsi specifici e appropriati per l'allocazione e presa in carico dei minori sul territorio. A questo proposito è stato attivato un gruppo di lavoro finalizzato a rinnovare il protocollo in essere fra Centro di Giustizia Minorile e la Regione del Veneto per migliorare il processo di appropriatezza dei percorsi in Comunità (DDR n. 3 del 19/07/2021).

Tabella 6.8.1 Persone detenute nella Regione del Veneto, anni 2019-2021

Azienda ULSS	N° detenuti al 31.12.2019	N° Nuovi Ingressi 2019	N° detenuti al 31.12.2020	N° Nuovi Ingressi 2020	N° detenuti al 31.12.2021	N° Nuovi Ingressi 2021
1. Dolomiti	89	148	99	120	83	122
2. Marca Trevigiana	223	375	193	269	197	269
3. Serenissima	344	578	268	364	267	371
5. Polesana	271	366	210	180	194	181
6. Euganea	825	753	685	407	691	467
8. Berica	412	477	365	330	381	380
9. Scaligera	523	775	472	552	482	547
Totale	2.687	3.472	2.292	2.222	2.295	2.337

Tabella 6.8.2 Rispetto dello Standard di personale sanitario nell’ambito della salute in carcere, Veneto, 2021

	2021	Standard DGR 1669/2021
Responsabili UOC (unità)	0	4
Responsabili UOSD (unità)	7	3
Medici coordinatori (unità)	4	10
Branche specialistiche presenti negli Istituti penitenziari (numero)	21	32
Psicologi-psicoterapeuti (unità)	4	7
Infermieri	64	64
Collaboratori amministrativi (unità)	2	3
Servizi Medici di Guardia h 24 negli Istituti penitenziari (numero)	4	7

Approfondimenti

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/sanita-penitenziaria>

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Programmazione Sanitaria
 Unità Organizzativa Salute mentale e sanità penitenziaria
 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
 Telefono: 0412793419
 E-mail sanitapenitenziaria@regione.veneto.it

7. Assistenza socio-sanitaria

7.1 Il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti

Nel 2021, 41.794 persone hanno avuto accesso, con almeno un giorno di assistenza, al sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone anziane del Veneto. Le principali caratteristiche demografiche degli anziani che hanno avuto accesso alle tipologie di Unità d’Offerta (UDO) afferenti al FRNA con bisogno assistenziale di primo e secondo livello, SAPA (Strutture alta protezione Alzheimer), SVP (Stati vegetativi permanenti) e Centri diurni (CD), sono riportate nella Tabella 7.1.1.

In particolare, gli utenti che afferiscono alle UDO possono essere titolari o meno di impegnativa di residenzialità (IDR) secondo le modalità di cui alla DGR 456/2007. Nel 2020 con DGR 1304 è stata istituita una nuova impegnativa, denominata “Quota Sanitaria d’Accesso (QSA)”, che ha permesso, secondo apposite modalità, l’accesso ai servizi residenziali a una maggiore platea di persone in situazione di bisogno. Nel 2021 quasi la totalità delle impegnative (88,7%) viene spesa per quote di I o II livello. Le IDR destinate a servizi semiresidenziali rappresentano il 4,2% del totale delle impegnative allocate. Nella Tabella 7.1.2 vengono presentati i conteggi per Azienda di emissione e quota di rilievo sanitario giornaliera.

Nell’anno 2021 sono stati accolti 27.092 utenti equivalenti per un totale di 9.888.580 giornate di presenza equivalenti nelle UDO di I, II livello, SAPA e SVP. Nella Tabella 7.1.3 vengono presentati i conteggi degli utenti equivalenti per Azienda ULSS di residenza e tipo di UDO.

Infine, nella Figura 7.1.1 viene presentata una mappa in cui si evidenzia la prevalenza degli utenti over 65 con almeno un giorno di presenza in struttura residenziale o semiresidenziale sulla popolazione residente over 65 delle Aziende ULSS (per 1.000), mentre nella Figura 7.1.2 si riporta una mappa con la prevalenza dei posti letto accreditati sui residenti over 65 delle Aziende ULSS (per 1.000).

Nota metodologica

I dati degli utenti che hanno avuto accesso alle Unità di Offerta (UDO) sono ricavabili dal flusso regionale FAR (DGR 2961/2012), con il quale vengono registrate le prestazioni LEA residenziali e diurne nell’area Anziani, con riferimento sia agli utenti con quota a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) che agli utenti paganti in proprio. Per utente non autosufficiente anziano si intende la persona over 65 valutata con Scheda di Valutazione multidimensionale (SVaMA) in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD), con un profilo di autonomia compreso tra 2 e 17. Per utente equivalente si intende il rapporto fra giornate di presenza nell’anno e 365; si intendono inoltre come giornate di presenza equivalenti, le giornate di degenza al netto delle assenze ospedaliere (il periodo di assenza per assenze temporanee di due giorni viene conteggiato pari a due giorni, mentre per assenze temporanee più lunghe, il periodo di assenza dal secondo al penultimo giorno viene conteggiato al 50%, come stabilito dalla DGR 1438/2017).

Tabella 7.1.1 Utenti per età e sesso e utenti accolti in UDO di I, II livello, SAPA, SVP e CD. Frequenze assolute per Azienda ULSS di residenza all'entrata in UDO. Veneto, anno 2021

Azienda ULSS	Età media all'ingresso	Genere		Utenti per tipologia di Unità D'Offerta						
		Maschi	Femmine	I livello	II livello	SAPA	SVP	CD	I livello religiosi	II livello religiosi
1. Dolomiti	82,4	557	1.616	1.833	179	19	3	104	35	0
2. Marca Trevigiana	82,7	2.239	5.585	6.317	1.123	66	44	135	138	1
3. Serenissima	83,1	1.351	3.753	3.656	1.059	10	22	331	26	0
4. Veneto Orientale	82,2	473	1.175	1.331	287	8	7	15	0	0
5. Polesana	82,7	614	1.923	2.118	401	11	6	0	1	0
6. Euganea	82,6	1.931	4.908	4.922	1.264	18	26	489	89	31
7. Pedemontana	81,7	1.066	2.638	2.428	845	20	19	156	202	34
8. Berica	82,1	1.232	3.425	3.387	942	11	34	88	195	0
9. Scaligera	83,1	2.045	5.263	5.450	1.419	11	29	215	184	0
Veneto	82,6	11.508	30.286	31.442	7.519	174	190	1.533	870	66

Tabella 7.1.2 Impegnative emesse per quota di rilievo sanitario giornaliera. Frequenze assolute e percentuali di riga, per Azienda di emissione IDR. Veneto, anno 2021

Azienda ULSS	Quota di rilievo sanitario giornaliera (*)																	
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Dolomiti	2.275	81,9	193	6,9	89	3,2	3	0,1	95	3,4	4	0,1	118	4,2	1	0,0	1	0,0
2. Marca Trevigiana	5.541	75,8	1.282	17,5	181	2,5	41	0,6	210	2,9	4	0,1	43	0,6	3	0,0	5	0,1
3. Serenissima	3.791	69,5	1.192	21,9	18	0,3	23	0,4	422	7,7	0	0	0	0	7	0,1	0	0
4. Veneto Orientale	1.013	67,9	252	16,9	27	1,8	4	0,3	28	1,9	149	10,0	0	0	0	0	19	1,3
5. Polesana	1.980	78,7	418	16,6	32	1,3	6	0,2	0	0	0	0	81	3,2	0	0	0	0
6. Euganea	4.535	65,8	1.173	17,0	50	0,7	46	0,7	587	8,5	0	0	504	7,3	0	0	0	0
7. Pedemontana	2.122	54,3	894	22,9	62	1,6	18	0,5	157	4,0	3	0,1	652	16,7	3	0,1	0	0
8. Berica	3.460	72,9	720	15,2	1	0,0	19	0,4	91	1,9	0	0	170	3,6	0	0	288	6,1
9. Scaligera	5.910	74,4	1.436	18,1	22	0,3	16	0,2	225	2,8	0	0	113	1,4	4	0,1	217	2,7
Veneto	30.627	71,1	7.560	17,6	482	1,1	176	0,4	1.815	4,2	160	0,4	1.681	3,9	18	0,0	530	1,2

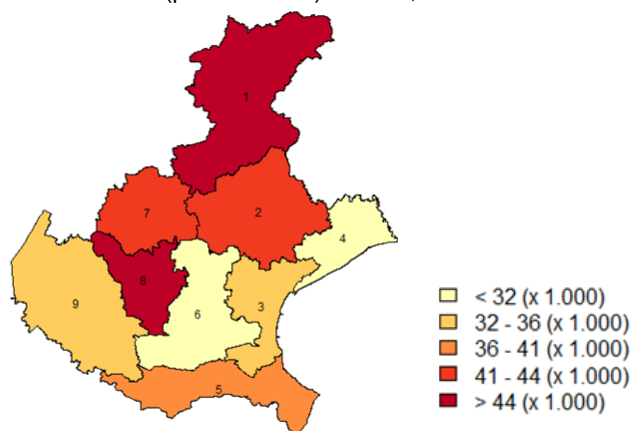
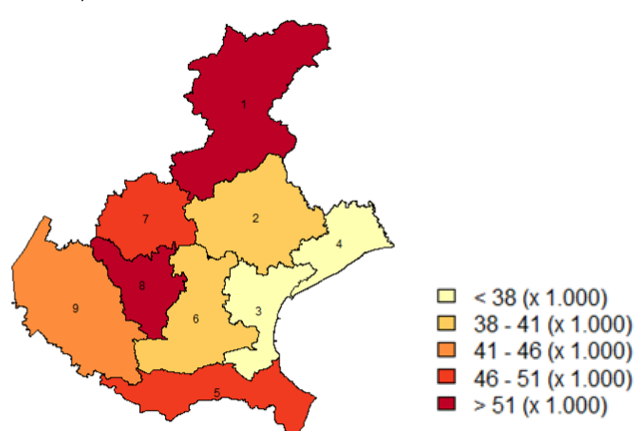
(*) 1: Quota di 1° livello; 2: Quota di 2° livello; 3: Quota SAPA; 4: Quota SVP; 5: Quota CD; 6: Quota giornaliera di utente proveniente da altra Regione; 7: Quota sanitaria di accesso (DGR 1304/2020); 8: Quota SLA (DGR 739/2015); 9: Nessuno

Tabella 7.1.3 Utenti equivalenti e utenti per tipologia di UDO e titolarità di IDR (*). Frequenze assolute (dove non altrimenti specificato) per Azienda di residenza all'entrata in UDO. Veneto, anno 2021

Azienda ULSS	Utenti equivalenti	Tipologia di Unità D'Offerta (**)													
		1		2		3		4		5		7		8	
		IDR	NO IDR	IDR	NO IDR	IDR	NO IDR	IDR	NO IDR	IDR	NO IDR	IDR	NO IDR	IDR	NO IDR
1. Dolomiti	1.540	2.105	432	194	1	89	1	3	0	83	69	34	4	0	
2. Marca Trevigiana	4.944	5.573	2.514	8	1.31	206	181	29	41	5	216	88	114	41	1
3. Serenissima	3.124	3.781	287	0	1.25	32	18	0	24	0	422	8	17	11	0
4. Veneto Orientale	1.115	1.215	384	289	50	27	0	7	0	17	3	0	0	0	0
5. Polesana	1.650	2.098	581	447	41	32	0	6	0	0	0	1	0	0	0
6. Euganea	4.491	5.204	530	9	1.31	84	50	0	27	0	609	2	86	13	31
7. Pedemontana	2.479	2.618	646	918	97	62	0	19	1	167	106	186	31	34	
8. Berica	3.131	3.710	400	8	1.04	138	12	0	40	2	118	71	152	52	0
9. Scaligera	4.620	5.894	727	9	1.53	192	22	0	31	0	230	73	203	2	0
Veneto					8.32					1.86					
	27.092	32.198	6.501	2	841	493	30	198	8	2	420	793	154	66	

(*) NO IDR= Utente non titolare di IDR; IDR=Utente titolare di IDR;

(**) 1: UDO per persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale (1 livello); 2: UDO per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale (2 livello); 3: Nucleo/Sezione Alta Protezione Alzheimer (SAPA); 4: Nucleo/Sezione Stati Vegetativi Permanenti (SVP); 5: Centro diurno per persone anziane non autosufficienti; 7: Struttura per religiosi di 1° livello; 8: Struttura per religiosi di 2° livello.

Figura 7.1.1 Prevalenza di utenti con almeno un giorno di presenza in strutture per anziani su residenti over 65 delle Aziende ULSS (per 1.000 ab.). Veneto, anno 2021

Figura 7.1.2 Prevalenza dei posti letto accreditati sui residenti over 65 delle Aziende ULSS (per 1.000 ab.). Veneto, anno 2021


Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione regionale servizi sociali
 Unità Organizzativa Non Autosufficienza
 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
 Telefono: 041 2791421 – 1400 – 1379

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

Azienda Zero - Regione del Veneto - UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
Osservatorio regionale politiche sociali e sociosanitarie
Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
Telefono: 049 8778252
E-mail: orpss@regione.veneto.it

7.2 Il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità

Nel 2021, 9.997 utenti hanno avuto accesso alle Unità di Offerta territoriali, con almeno un giorno di presa in carico, per un totale di 2.698.373 giornate di assistenza erogate. Hanno beneficiato di almeno un giorno in struttura residenziale 3.805 utenti; sono 6.996 le persone accolte in un Centro Diurno o inserite in una Progettualità sperimentale (DGR 739/2015). Coloro che hanno beneficiato nell'anno di più tipologie di servizi, anche nello stesso periodo, sono 804.

Sono riportate nella Tabella 7.2.1 le principali caratteristiche demografiche delle persone con disabilità che hanno avuto accesso alle strutture. Dei 9.997 utenti accolti, 5.634 (56%) sono di sesso maschile; i minori sono meno dell'1%, mentre quasi il 30% degli utenti superano i 55 anni. Nelle Tabelle 7.2.2 e 7.2.3 vengono rappresentati l'età media e il numero di utenti equivalenti per ULSS sede dell'UDO e tipologia di struttura, rispettivamente, semiresidenziale e residenziale.

Nell'anno 2021, il numero medio giornaliero di utenti nelle strutture residenziali è stato pari a 3.467 (Tabella 7.2.1). Nei servizi semiresidenziali, Centri Diurni per persone con disabilità e Progettualità sperimentale (DGR 739/2015), si sono contati mediamente 6.295 utenti giornalieri (Tabella 7.2.2).

Lo strumento di valutazione per l'accesso ai servizi per persone con disabilità è la scheda SVaMDi. La somministrazione della scheda esita con un punteggio a cui viene attribuito un livello di gravità (basso, medio, alto, elevata intensità) che consente di individuare il percorso assistenziale più appropriato per l'utente (Decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. 18 del 22/01/2015). La Figura 7.2.1 rappresenta il case-mix dei profili di gravità per tipologia di struttura.

Per garantire opportuno sostegno alle famiglie durante il periodo pandemico, la Regione del Veneto ha erogato prestazioni individuali alternative nelle modalità "domiciliari o a distanza" attraverso le DGR 445/2020 e 595/2020.

Nota metodologica

I dati sul sistema dei servizi socio-sanitari residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità della Regione Veneto provengono dal flusso FAD (Flusso Area Disabilità - DDG Area Sanità e Sociale n. 220/2015). Le tipologie di Unità di Offerta (UDO) afferenti al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza sono: Comunità Alloggio, Comunità Residenziale, Residenza Sanitaria Assistenziale, Centro di Riferimento Gravi Disabilità, Struttura per disabili anziani (di età >65 anni), Centro Diurno per persone con disabilità, Progetto sperimentale esterno al Centro Diurno (DGR 739/2015). Il numero di utenti equivalenti viene calcolato dividendo la somma delle giornate di presenza per 365, o per il numero di giorni annui di apertura del Centro Diurno o di durata della Progettualità sperimentale (DGR 739/2015), qualora si tratti di prestazioni semiresidenziali.

Tabella 7.2.1 Utenti accolti in strutture per persone con disabilità per classi di età e sesso. Veneto, anno 2021

Classi d'età (anni)	Genere		Totale
	Maschi	Femmine	
0-17	75	21	96
18-44	2.601	1.828	4.429
45-54	1.466	1.102	2.568
55-64	1.128	1.038	2.166
65+	364	374	738
Veneto	5.634	4.363	9.997

Tabella 7.2.2 Età media e numero di utenti equivalenti nelle strutture semiresidenziali. Veneto, anno 2021

ULSS sede dell'UDO	CD				739	Tot. Utenti equivalenti lordi
	Età media	Utenti equivalenti lordi	Età media	Utenti equivalenti lordi		
1 - Dolomiti	42,9	199,7	31,4	35,0		234,7
2 - Marca Trevigiana	40,6	1.184,3	40,5	83,7		1.268
3 - Serenissima	42,1	533,0	30,4	37,7		570,7
4 - Veneto Orientale	40,9	285,4	35,7	16,8		302,2
5 - Polesana	41,3	171,2	33,4	13,0		184,2
6 - Euganea	42,2	1.283,5	27,5	74,4		1.357,9
7 - Pedemontana	40,0	370,7	37,3	53,4		424,1
8 - Berica	41,9	650,3	33,5	57,8		708,1
9 - Scaligera	40,5	1.100,5	35,9	144,5		1245
Veneto	41,3	5.778,6	34,1	516,3		6.294,9

UDO=Unità di Offerta

CD=Centro Diurno per persone con disabilità

739=Progetto sperimentale esterno al Centro Diurno - DGR 739/2015

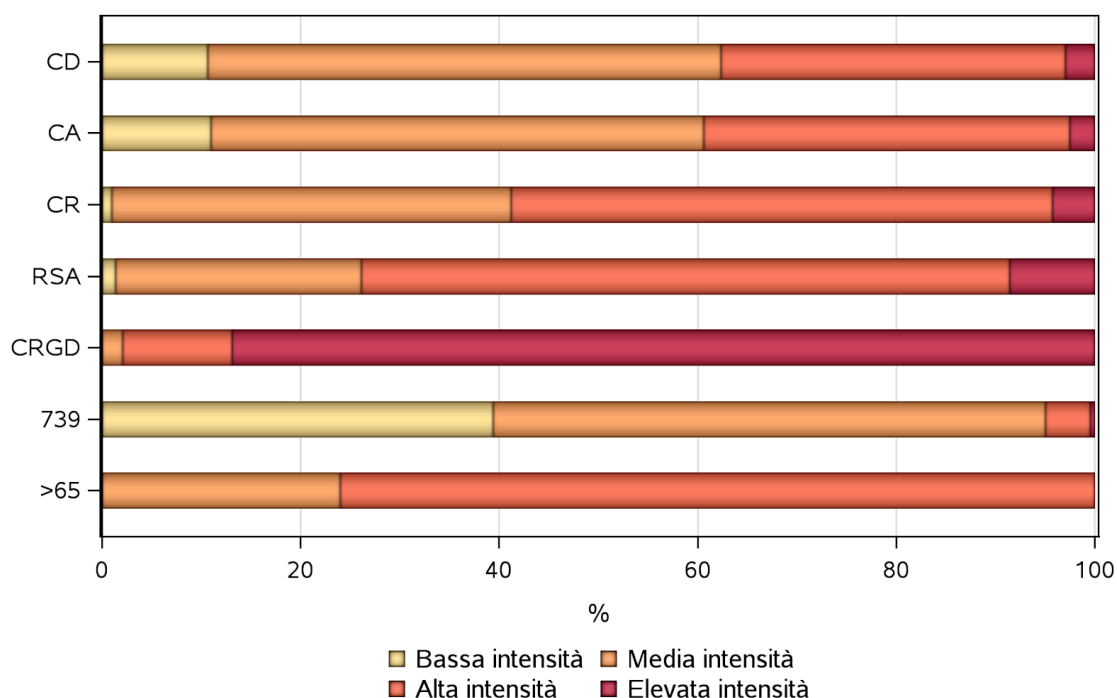
Tabella 7.2.3 Età media e numero di utenti equivalenti nelle strutture residenziali. Veneto, anno 2021

ULSS sede dell'UDO	CA		CR		RSA		CRGD		>65		Tot. Utenti equiv. lordi
	Età media	Utenti equiv. lordi	Età media	Utenti equiv. lordi	Età media	Utenti equiv. lordi	Età media	Utenti equiv. lordi	Età media	Utenti equiv. lordi	
1 - Dolomiti	49,4	67,9			51,0	40,6					108,5
2 - Marca Trevigiana	49,6	490,3			52,1	156,8					647,1
3 - Serenissima	52,1	177,5	50,2	18,7	50,4	52,5					248,7
4 - Veneto Orientale	55,6	70,1									70,1
5 - Polesana	54,5	25,4	57,2	63,8	55,7	221,8	49,3	16,6			327,6
6 - Euganea	49,0	304,8	51,2	10,0	58,4	326,2	59,8	114,5			755,5
7 - Pedemontana	47,3	62,9			55,5	157,1	53,3	42,7	66,0	20,6	283,3
8 - Berica	48,7	347,1	53,2	79,1	52,4	23,3					449,5

ULSS sede dell'UDO	CA		CR		RSA		CRGD		>65		Tot. Utenti equiv. lordi
	Età media	Utenti equiv. lordi	Età media	Utenti equiv. lordi	Età media	Utenti equiv. lordi	Età media	Utenti equiv. lordi	Età media	Utenti equiv. lordi	
9 - Scaligera	52,7	370,4	43,2	21,9	56,4	184,4					576,7
Veneto	50,3	1.916,3	53,0	193,5	55,5	1.162,8	57,0	173,9	66,0	20,6	3.467,1

UDO=Unità di Offerta
 CA=Comunità Alloggio
 CR=Comunità Residenziale
 CRGD=Centro di Riferimento Gravi Disabilità
 >65= Struttura per disabili anziani

Figura 7.2.1 Case-mix delle persone afferenti alle diverse tipologie di Unità di Offerta (UDO). Veneto, anno 2021



CA=Comunità Alloggio
 CR=Comunità Residenziale
 CRGD=Centro di Riferimento Gravi Disabilità
 >65=Struttura per disabili anziani
 CD=Centro Diurno per persone con disabilità
 739=Progetto sperimentale esterno al CD - DGR 739/2015

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione regionale servizi sociali
 Unità Organizzativa Non Autosufficienza
 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
 Telefono: 041 2791421 – 1400 – 1379
 E-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

Azienda Zero - Regione del Veneto
 UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
 Osservatorio regionale politiche sociali e sociosanitarie
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049 8778252
 E-mail: orpss@regione.veneto.it

7.3 Impegnative di cura domiciliare

L'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) (istituita con DGR 1338/2013) mira a garantire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, tramite sia l'assegnazione di un contributo economico riconosciuto alla persona non autosufficiente di qualsiasi età, erogabile alla persona stessa o al familiare che ne garantisce assistenza e cura, sia assegnando un monte ore di prestazioni o servizi di pari valore.

Nel 2021 hanno beneficiato del contributo mensile del fondo Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) 36.188 persone, con una frequenza media mensile di 29.826 beneficiari o utenti equivalenti (calcolati dividendo il totale delle mensilità erogate per 12) (Tabella 7.3.1). L'età dei beneficiari va da 0 a 109, con una prevalenza femminile tra gli over 65 (Figura 7.3.1).

La Tabella 7.3.1 illustra, per ciascuna tipologia di ICD e Azienda ULSS, il numero totale di utenti e il corrispondente numero di utenti equivalenti. Il maggiore o minore scostamento tra i due valori indica il maggiore o minore ricambio dei beneficiari.

La Tabella 7.3.2 riporta il valore medio dell'età dei beneficiari per tipologia di ICD, con indicazione dei valori di età minimi e massimi. Le ICDA, ICDB e le ICDP vengono erogate anche ai minori.

Secondo il Rapporto OASI 2018^a (dati ISTAT^b), la non autosufficienza riguarderebbe il 19,8% della popolazione over 65 e la disabilità l'1,62% della popolazione tra 15 e 64 anni. In Veneto si può stimare in circa 226.264 unità il numero di anziani non autosufficienti e in 50.281 le persone disabili. Si è quindi rapportato il numero di utenti equivalenti al target così stimato, per poter confrontare aree con diversa numerosità di popolazione. Dalle Figure 7.3.2 e 7.3.3, che riportano rispettivamente le stime per le ICDB, ICDM e ICDMGs rispetto al target degli anziani non autosufficienti e delle altre tipologie di ICD con il target delle persone con disabilità, si evidenziano le differenze di risposta tra i vari territori.

Nota metodologica

L'ICD è articolata in sei tipologie, mutuamente esclusive, che rispondono a bisogni assistenziali di diversa intensità misurati con apposite schede di valutazione (SVAMA Semplificata, SVAMA e SVaMDi): ICDB (basso bisogno assistenziale), ICDMGs e ICDM (condizione più o meno grave con demenza di tutti i tipi associata a disturbi del comportamento), ICDA (disabilità gravissima e in condizione di dipendenza vitale, che necessita a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore o dipendenza da apparecchiature elettromedicali o da respiratore artificiale), ICDP (disabilità psichico-intellettuale), ICDF (adulti con disabilità fisica e capacità di autodeterminazione). Successivamente è stata introdotta l'ICD per i malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).

Tabella 7.3.1 Utenti e utenti equivalenti per Azienda ULSS e tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare. Veneto, anno 2021

Azienda ULSS	Tipo ICD														Veneto	
	ICD a		ICD b		ICD f		ICD m		ICD mgs		ICD p		ICD SLA		Totale utenti*	Totale Utenti equiv.*
	Utenti	Utenti equiv.	Utenti	Utenti equiv.	Utenti	Utenti equiv.	Utenti	Utenti equiv.	Utenti	Utenti equiv.	Utenti	Utenti equiv.	Utenti	Utenti equiv.		
1. Dolomiti	50	43,1	1.001	809,2	47	44,9	19	13,9	43	30,9	112	102,2	9	4,4	1.266	1.048,7
2. Marca Trevigiana	96	81,9	4.677	3.773,3	172	159,9	162	108,3	567	388,1	319	293,0	36	24,3	5.891	4.828,7
3. Serenissima	81	69,5	4.860	3.841,7	253	240,5	288	188,6	856	580,3	393	351,5	39	31,8	6.560	5.303,8
4. Veneto Orientale	13	12,7	1.512	1.164,6	64	62,9	83	55,1	382	209,0	158	151,6	9	7,3	2.048	1.663,1
5. Polesana	27	25,0	2.899	2.306,5	60	53,5	87	63,8	233	178,4	240	229,0	10	7,3	3.478	2.863,6
6. Euganea	150	131,5	5.508	4.513,7	233	220,6	226	154,6	597	443,5	375	339,5	42	27,9	6.964	5.831,2
7. Pedemontana	34	28,7	1.210	970,2	62	58,2	95	64,2	114	72,2	278	250,9	23	18,2	1.754	1.462,4
8. Berica	63	57,9	2.013	1.609,3	116	109,8	61	37,0	150	112,6	380	342,0	22	12,8	2.743	2.281,4
9. Scaligera	115	99,6	4.059	3.277,4	200	190,1	150	105,0	523	367,9	528	481,5	33	22,3	5.484	4.543,8
Veneto	629	549,8	27.739	22.265,8	1.207	1.140,4	1.171	790,5	3.465	2.382,9	2.783	2.541,2	223	156,1	36.188	29.826,8

* La colonna Totale non corrisponde al totale derivante dalla somma delle frequenze per riga, in quanto gli utenti che possono aver ricevuto più tipologie di impegnative nel corso dell'anno (in periodi non sovrapponibili) vengono conteggiati nel totale una sola volta.

Tabella 7.3.2 Età media (minima e massima) dei beneficiari per tipologia di ICD e Azienda ULSS di residenza. Veneto, anno 2021

Azienda ULSS	Tipologia di Impegnativa di CD							Veneto
	ICDa	ICDb	ICDf	ICDm	ICDmgs	ICDp	ICD SLA	
1. Dolomiti	51,5 (3 - 91)	71,1 (1 - 102)	50,8 (25 - 65)	81,6 (63 - 95)	86,3 (57 - 97)	19,9 (4 - 62)	65,8 (54 - 82)	65,9 (1 - 102)
2. Marca Trevigiana	44,5 (2 - 97)	71,0 (0 - 106)	52,3 (22 - 78)	83,3 (52 - 101)	86,0 (52 - 105)	24,9 (3 - 68)	61,9 (34 - 82)	69,0 (0 - 106)
3. Serenissima	50,9 (2 - 89)	75,2 (1 - 107)	53,4 (20 - 77)	83,4 (47 - 100)	86,4 (43 - 103)	25,6 (3 - 64)	64,8 (36 - 86)	72,6 (1 - 107)
4. Veneto Orientale	30,4 (6 - 87)	77,6 (1 - 108)	50,8 (24 - 74)	82,4 (56 - 98)	87,4 (55 - 103)	26,9 (3 - 66)	63,7 (46 - 79)	73,9 (1 - 108)
5. Polesana	40,8 (4 - 88)	70,5 (1 - 107)	50,5 (21 - 70)	82,0 (50 - 101)	86,2 (64 - 101)	24,3 (4 - 65)	63,5 (47 - 79)	68,0 (1 - 107)
6. Euganea	41,0 (3 - 96)	69,6 (0 - 104)	50,5 (19 - 76)	82,5 (53 - 99)	85,7 (53 - 103)	24,9 (4 - 64)	65 (44 - 86)	67,6 (0 - 104)
7. Pedemontana	37,7 (5 - 84)	67,7 (1 - 105)	50,6 (21 - 65)	81,8 (54 - 95)	85,0 (60 - 102)	19,7 (3 - 64)	62 (28 - 86)	60,5 (1 - 105)
8. Berica	33,9 (3 - 83)	66,3 (1 - 103)	50,2 (22 - 77)	84,1 (49 - 98)	86,2 (45 - 101)	23,3 (4 - 69)	65,2 (37 - 80)	60,5 (1 - 103)
9. Scaligera	38,6 (2 - 95)	66,2 (0 - 109)	53,0 (20 - 85)	81,9 (46 - 103)	85,4 (46 - 103)	27,7 (3 - 67)	66,0 (40 - 89)	63,6 (0 - 109)
Veneto	41,0 (2 - 97)	70,6 (0 - 109)	51,4 (19 - 85)	82,6 (46 - 103)	86,1 (43 - 105)	24,1 (3 - 69)	64,2 (28 - 89)	67,6 (0 - 109)

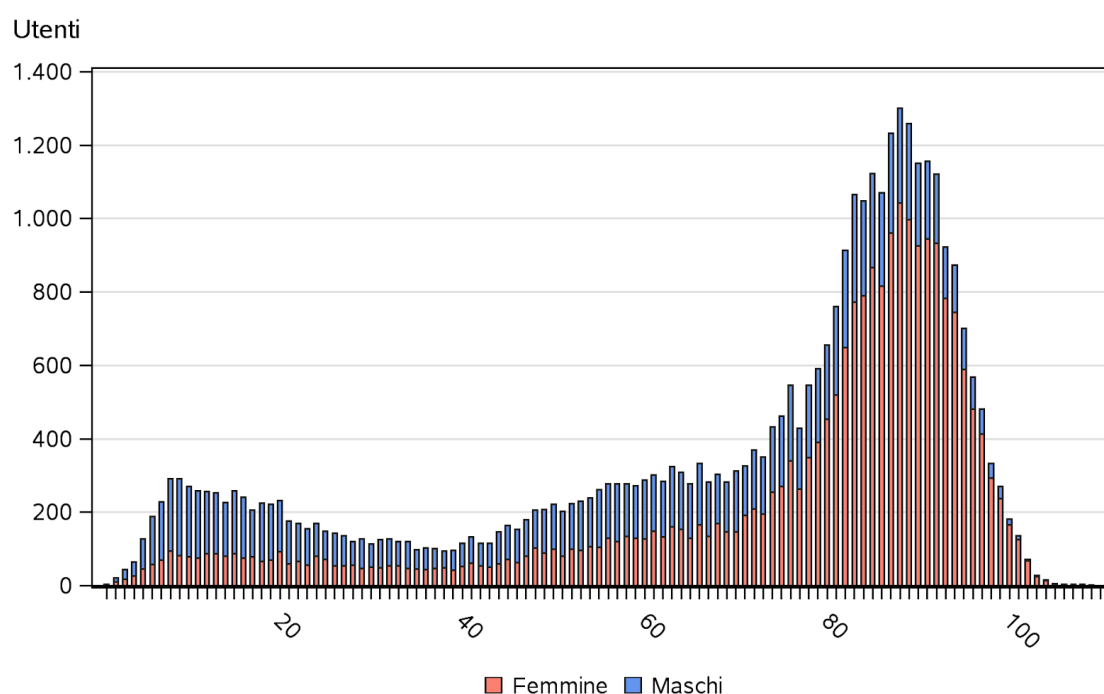
Figura 7.3.1 Distribuzione degli utenti per età e sesso. Veneto, anno 2021

Figura 7.3.2 Utenti equivalenti di ICDb, ICDm e ICDmgs, ogni 100 persone anziane non autosufficienti, per Azienda ULSS di residenza. Veneto, anno 2021

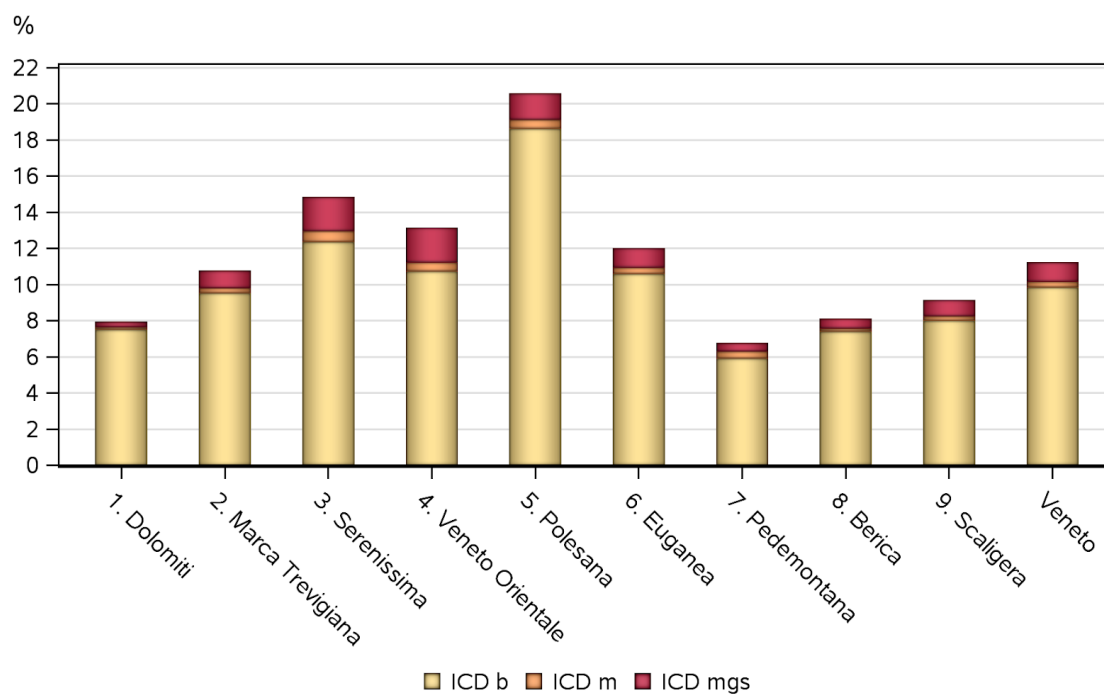
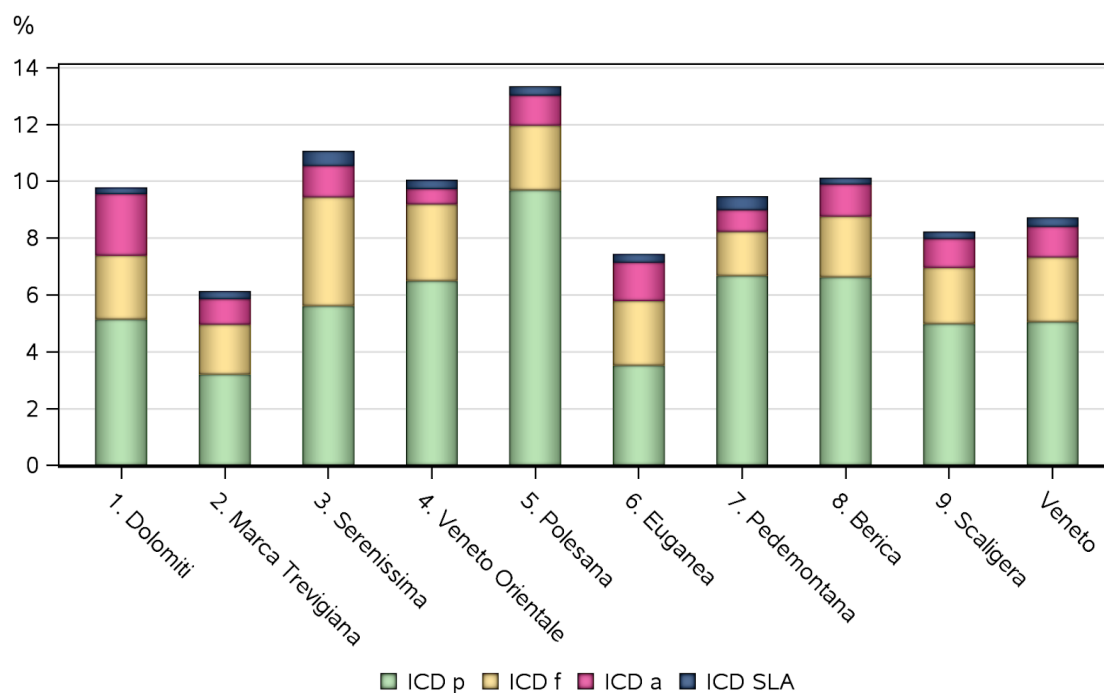


Figura 7.3.3 Utenti equivalenti di ICDp, ICDf, ICDa e ICD SLA, ogni 100 persone con limitazioni funzionali gravi stimate per Azienda ULSS di residenza. Veneto, anno 2021



Approfondimenti

^a CERGAS – Bocconi. Rapporto OASI 2018 - Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano.

^b ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione; ISTAT (2015) Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi.

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione regionale servizi sociali
Unità Organizzativa Non Autosufficienza
Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
Telefono: 041 2791421 – 1400 – 1379
E-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

Azienda Zero - Regione del Veneto
UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
Osservatorio regionale politiche sociali e sociosanitarie
Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
Telefono: 049 8778252
E-mail: orpss@regione.veneto.it

7.4 Interventi socio-sanitari sulle dipendenze

I servizi e i bisogni

La Regione del Veneto ha da tempo incentrato il proprio sistema di intervento sul Dipartimento per le Dipendenze secondo un approccio orientato all'integrazione socio-sanitaria e vede una stretta collaborazione e condivisione delle azioni programmate tra Servizi Pubblici e realtà del Privato Sociale Accreditato.

Nel nostro territorio l'attuazione degli articoli 28 e 35 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, che definisce e aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), si sposa con un'articolazione organizzativa che dà continuità ai programmi terapeutici finalizzati all'assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche, che può anche essere semiresidenziale o residenziale. Tutte le strutture contribuiscono alla promozione e allo sviluppo degli interventi in materia, dagli ambulatori dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D) alle Comunità Terapeutiche.

Sul fronte dei bisogni, l'emergere costante e sistematico di nuove sostanze ed il potenziamento di quelle già conosciute, l'abbassamento dell'età di primo utilizzo, il policonsumo di droghe e alcol, l'incremento di situazioni di cronicità, le accresciute difficoltà delle famiglie sono rappresentative delle mutazioni profonde nel mondo delle dipendenze di questi ultimi anni.

Altri aspetti significativi sono costituiti dai casi di "doppia diagnosi", ovvero di comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze, e dalla cura delle persone che soffrono di dipendenze in uno stato di detenzione carceraria. Infine, tra le cosiddette dipendenze comportamentali assume un rilievo crescente il Disturbo da Gioco d'Azzardo (Figura 7.4.1).

Le sostanze da abuso maggiormente presenti tra le persone seguite, nelle varie tipologie di strutture, sono eroina, cannabinoidi e cocaina, complessivamente in aumento nel periodo 2016-2020 (Figura 7.4.2). Soffermandosi nell'ultimo anno disponibile se ne analizza la struttura per età e sesso (Figure 7.4.3 -7.4.5). Per qualunque sostanza l'utenza maggiore è quella maschile, la suddivisione per classe d'età dipende dal tipo di sostanza: per l'eroina troviamo soprattutto utenti dai 25 ai 59 anni; le persone che utilizzano cocaina hanno una distribuzione a campana con frequenza massima dai 30 ai 44 anni; l'abuso da cannabinoidi si trova soprattutto nei giovani, già a partire dai 15 anni.

Nella Figura 7.4.6 si presenta la distribuzione per età e sesso del numero di abusi da qualunque sostanza, cioè se una persona è seguita per più abusi, viene contata ogni sostanza; le età variano dai 14 ai 74, il maggiorananza si trovano nella fascia 25-59 anni.

Figura 7.4.1 Utenti seguiti per Disturbo da gioco d'Azzardo, residenti o domiciliati in Veneto, anni 2016-2021

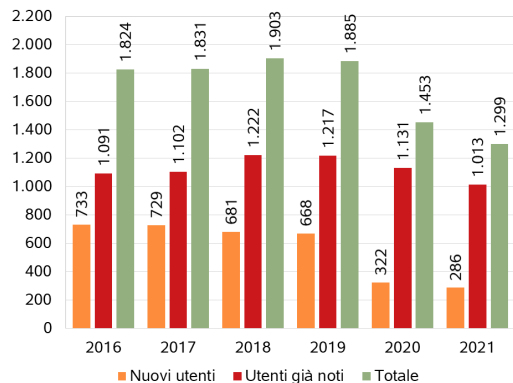


Figura 7.4.2 Numero di abusi, per sostanza, degli utenti residenti o domiciliati in Veneto, anni 2016-2020

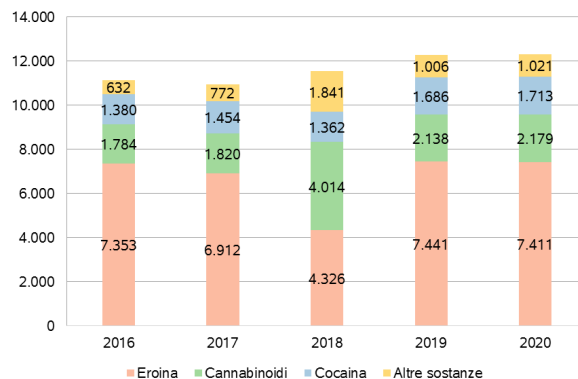


Figura 7.4.3 Distribuzione per sesso e classe d'età del numero di abusi da eroina, utenti residenti o domiciliati in Veneto, anno 2020

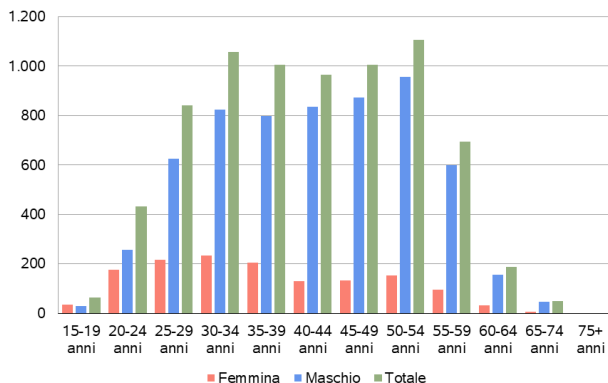


Figura 7.4.4 Distribuzione per sesso e classe d'età del numero di abusi da cocaina, utenti residenti o domiciliati in Veneto, anno 2020

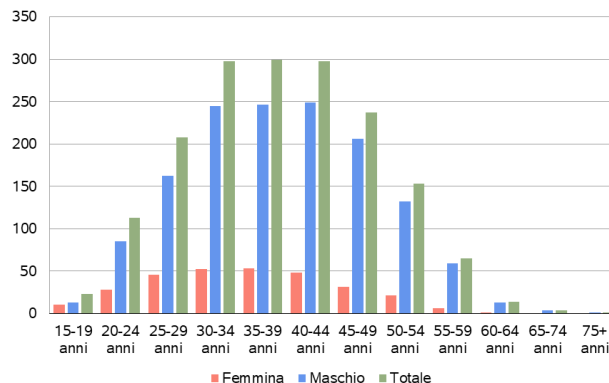


Figura 7.4.5 Distribuzione per sesso e classe d'età del numero di abusi da cannabinoidi, utenti residenti o domiciliati in Veneto, anno 2020

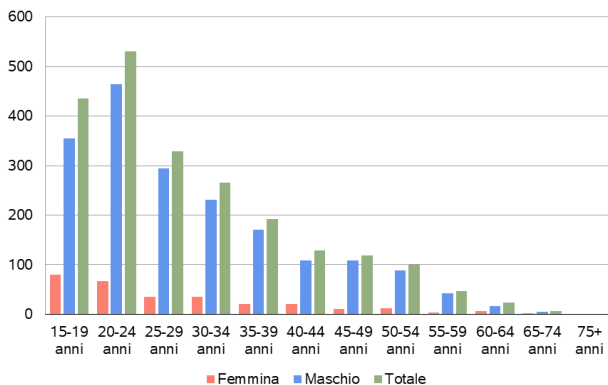
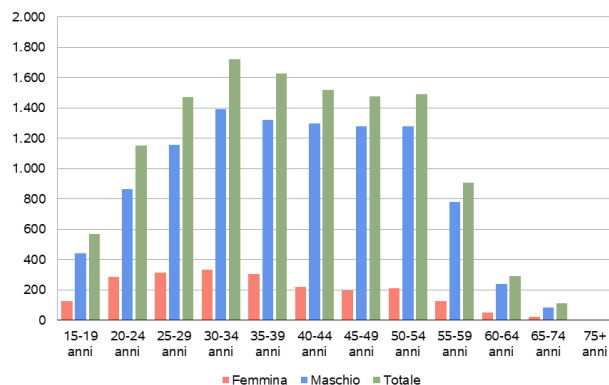


Figura 7.4.6 Distribuzione per sesso e classe d'età del numero di abusi da qualunque sostanza di utenti residenti o domiciliati in Veneto, anno 2020



La situazione nel periodo di pandemia da COVID-19

I Dipartimenti per le Dipendenze delle Aziende ULSS ed i Servizi per le Dipendenze (Ser.D) loro afferenti hanno dovuto affrontare l'emergenza dovuta alla diffusione del virus SARS-CoV-2 con grande abnegazione, data la vulnerabilità e la fragilità delle persone assistite. Le dipendenze da droghe e/o alcol, con le loro conseguenze debilitanti sul piano fisico e psicologico, infatti aumentano sensibilmente i rischi.

La risposta delle Strutture regionali e della rete del Privato Sociale Accreditato è stata efficace, si è mantenuta la continuità terapeutica per i pazienti tossicodipendenti ed alcolodipendenti, in carico ed in trattamento, modificando le prassi operative. In ogni sede è stata garantita l'applicazione dei protocolli previsti dal Ministero della Salute (utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, misurazione della temperatura corporea, costante e sistematica igienizzazione, distanziamento, riduzione dell'utilizzo di strumenti a rischio di contaminazione, ecc.).

Gli accessi ai servizi sono stati contingentati, sono state sospese tutte le attività di gruppo, i colloqui sono stati organizzati su appuntamento; gli incontri in videoconferenza sono stati ampiamente utilizzati per le equipe multiprofessionali e, nel rispetto delle norme sul trattamento dei dati personali sono state attivate videochiamate, sia per i colloqui medici che psicosociali; spesso sono state realizzate importanti sinergie nella rete Pubblico/Privato sociale accreditato, soprattutto per gli inserimenti urgenti in Comunità. Le attività in carcere sono state inevitabilmente ridotte, ma nelle singole sedi l'attività clinica è sempre stata garantita in tutte le sue componenti mediche, psicologiche, sociali ed educative per i pazienti e per i loro familiari.

È stata ampliata la durata di affido dei farmaci a domicilio proporzionalmente alle condizioni di stabilità e di adesione dei pazienti al percorso terapeutico, cercando di monitorarne l'insorgenza del misuso (utilizzo intenzionale e inappropriato del medicinale, nella modalità di assunzione, nell'inosservanza della posologia, nella contrarietà alle indicazioni del prodotto e della prescrizione medica) e della diversione (non assunzione del farmaco e vendita o cessione dello stesso ad altri).

In linea generale, è stata osservata una grande consapevolezza dei rischi connessi alla pandemia COVID-19 che ha portato ad una maggiore collaborazione da parte degli utenti.

Gli interventi della Regione del Veneto

La Regione ha prioritariamente consolidato il processo di assegnazione del budget alle Aziende ULSS per il pagamento dei Livelli Essenziali di Assistenza per persone con dipendenze patologiche (tossico/alcol dipendenze), conferendo sicurezza al Sistema. Si tratta ormai di un intervento routinario, ripetuto anche nel 2020 e nel 2021, tendente a garantire disponibilità economiche certe per le attività previste dall'articolo 35 del DPCM 12 gennaio 2017.

Nel secondo semestre del 2020, con DGR n. 911 del 9 luglio 2020 è stato approvato il Piano Triennale per le Dipendenze 2020-2022 con l'obiettivo di definire una strategia regionale orientata a contrastare il fenomeno delle dipendenze patologiche in tutte le sue sfaccettature in maniera coordinata ed uniforme, valorizzando le esperienze territoriali.

Le azioni per l'attuazione del Piano sono suddivise in: Azioni a valenza territoriale (Area Prevenzione e Area Cura); Azioni a valenza regionale (Area Trasversale).

Tra le iniziative finanziate nell'Area Trasversale vi è:

- a) un Piano triennale di Formazione per gli operatori del Pubblico e Privato Sociale dell'Area Dipendenze della Regione del Veneto, coordinato dall'Azienda ULSS 6 Euganea;
- b) il Progetto R.E.D. Raccolta ed Elaborazione Dati del sistema delle dipendenze del Veneto, coordinato dall'Azienda ULSS 9 Scaligera.

Tutte le azioni previste nel Piano sono in corso di svolgimento.

Per quanto concerne la "doppia diagnosi", con le linee di indirizzo regionali, approvate con Decreto Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 96 del 16 settembre 2020, sono state introdotte fra i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipartimenti delle Dipendenze modalità di presa in carico integrata per gli utenti con comorbidità psichiatrica con l'istituzione di equipe funzionali congiunte gestite da uno stesso case-manager che hanno funzione di "filtro attivo" e raccordo fra i Dipartimenti.

Inoltre, con Decreto Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 8 dell'8 aprile 2021 sono state approvate le "Linee di indirizzo regionali di un percorso integrato per favorire l'accesso a misure alternative al carcere delle persone con disturbo da uso di sostanze (DUS) e del consumatore sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale". Altre iniziative su questo tema sono in corso di svolgimento con il cofinanziamento della Cassa delle Ammende.

Prosegue infine il Piano Operativo Regionale per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico, al secondo biennio di attività. Il Piano sviluppato dalla Regione Veneto si propone di consolidare le capacità dei propri servizi di offrire concrete risposte sociosanitarie ai bisogni di salute correlati al gioco d'azzardo compulsivo. Tale finalità viene perseguita attraverso progettualità locali che si affiancano ai programmi terapeutici già attivi incrementando la qualità e la quantità degli interventi. Altresì si propone di incrementare i progetti di prevenzione ispirandosi alla letteratura scientifica relativamente alle specifiche forme di prevenzione universale, selettiva e indicata.

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione regionale servizi sociali
Unità Organizzativa Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità ed Inclusione Sociale
Rio Novo Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
Telefono: 041/2791445
E-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

7.5 Consulteri familiari

La rete dei Consulteri Familiari delle Aziende ULSS della Regione del Veneto è composta da 85 équipe multi-professionali e multidisciplinari complete, articolate in 109 sedi, di cui 23 principali e 86 periferiche: in media, è presente un'équipe completa ogni 36.882 abitanti di età compresa tra i 14 e i 65 anni (popolazione target dei Consulteri Familiari), con una rilevante variabilità a livello territoriale (Tabella 7.5.1).

Nel corso del 2020, i Consulteri Familiari hanno assistito (ossia hanno erogato almeno una prestazione nell'anno, esclusi i contatti telefonici) 72.800 persone-clienti, il 14% in meno rispetto al 2019. Questa significativa riduzione è dovuta, presumibilmente, alle misure adottate per contenere il contagio e al periodo di lockdown prolungato lungo tutto il 2020. Sul totale delle persone-clienti che si sono rivolte ai Consulteri Familiari nel 2020, 17.084 sono stranieri, pari al 23,5% rispetto all'utenza totale, registrando, anche in questo caso, una riduzione del 5% rispetto al 2019.

Nel 2020 si sono rivolti ai Consulteri Familiari:

- 52.867 singoli: rappresentano il 73% del totale, -14% rispetto al 2019;
- 3.855 coppie: 5,3% del totale, -15% rispetto al 2019;
- 7.605 famiglie: 10% del totale, -7% rispetto al 2019.

I nuovi utenti sono stati 32.340 persone-clienti, pari al 44,4% dell'utenza totale (-14,4% rispetto al 2019); di questi 7.977 sono stranieri (pari al 24,7%, registrando un -11,5% rispetto al 2019).

La prevalenza nel 2020 è stata di 234 assistiti per 10.000 residenti di età compresa tra i 14 e i 65 anni (-13,3% rispetto al 2019), mentre l'incidenza è stata di 104 assistiti per 10.000 residenti di età compresa tra i 14 e i 65 anni (-13,7% rispetto al 2019).

La maggioranza degli utenti si è rivolta ai Consulteri Familiari per interventi dell'area ostetrico-ginecologica: 54.809 persone, il 75,3% dell'utenza totale (+4% rispetto al 2019).

Tabella 7.5.1 Numero di residenti in fascia 14-65 anni rispetto ad ogni équipe completa, per Azienda ULSS. Veneto, anno 2020

	Azienda ULSS									Veneto
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Popolazione per équipe	31.062	37.656	30.693	48.389	29.359	32.773	38.847	45.282	42.267	36.882

Approfondimenti

Consulteri Familiari Report Attività 2020, www.regione.veneto.it/web/sociale/consulteri-familiari

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione regionale servizi sociali
 Unità Organizzativa Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile
 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
 Telefono: 0412791403
 E-mail: famigliaminorigiovani@regione.veneto.it

Appendice

Tabella Malattie croniche

Malattia	Fonte informativa	Criterio
Scompenso cardiaco	Esenzione ticket	Classe di esenzione: 021
	Cure domiciliari	Codice di diagnosi ICPC: K77
	Schede di dimissione ospedaliera	Codici di diagnosi ICD-9-CM: 428*
Asma	Esenzione ticket	Classe di esenzione: 007
	Cure domiciliari	Codice di diagnosi ICPC: R96
	Schede di dimissione ospedaliera	Codici di diagnosi ICD-9-CM: 493*
BPCO moderata e severa	Esenzione ticket	Classe di esenzione: 057
	Cure domiciliari	Codici di diagnosi ICPC: R91; R95
	Schede di dimissione ospedaliera	Codici di diagnosi ICD-9-CM: 491*; 492*; 494*; 496*
Diabete	Esenzione ticket	Classe di esenzione: 013
	Assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta)	Codici ATC: A10* # prescrizioni: >=2 nel periodo di analisi
	Schede di dimissione ospedaliera	Codici di diagnosi ICD-9-CM: 250*
Ipotiroidismo	Esenzione ticket	Classe di esenzione: 027
	Assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta)	Codici ATC: H03AA01 # prescrizioni: >=2 nel periodo di analisi
	Schede di dimissione ospedaliera	Codici di diagnosi ICD-9-CM : 243*, 244*
Demenze	Esenzione ticket	Classe di esenzione: 011, 029
	Schede di dimissione ospedaliera	Codici di diagnosi ICD-9-CM: 290.0-290.4; 291.1-291.2; 294.0; 294.1*; 331.0; 331.1*; 331.2; 331.7; 331.8; 331.82; 331.83; 331.89; 331.9; 046.1; 292.82; 292.83
	Cartella clinica elettronica per le demenze	Codici di diagnosi ICD-9-CM: 290.0-290.4; 291.1; 291.2; 294.0; 294.1*; 331.0; 331.1*; 331.2; 331.7; 331.8; 331.82; 331.83; 331.89; 331.9; 046.1; 292.82; 292.83
	Assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta)	Codici ATC: N06DA, N06DX01 # prescrizioni: >=2 prescrizioni, in date distinte, nel periodo di analisi
	Assistenza residenziale extra-ospedaliera	Codice di diagnosi ICPC: P70
	Cure domiciliari	Codice di diagnosi ICPC: P70
	Assistenza psichiatrica territoriale	Codici di diagnosi ICD-10: F00*-F03*; G30*-G31*

Malattia	Fonte informativa	Criterio
Malattia di Parkinson	Esenzione ticket	Codice di esenzione: 038.332
	Assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta)	Codici ATC: N04BA02; N04BA03; N04BA05; N04BC04; N04BC05; N04BC07; N04BC09; N04BD01; N04BD02; N04BD03; N04BX01; N04BX02; N04BX04 # prescrizioni: >=2 nel periodo di analisi; la distanza tra la prima e l'ultima data di prescrizione deve essere superiore o uguale a 180 giorni
	Schede di dimissione ospedaliera	Codici di diagnosi ICD-9-CM: 332*
Sclerosi multipla	Esenzione ticket	Classe di esenzione: 046
	Cure domiciliari	Codice di diagnosi ICPC: N86
	Schede di dimissione ospedaliera	Codici di diagnosi ICD-9-CM: 340*; 341.9*
Disturbo bipolare	Esenzione ticket	Classe di esenzione: 044 con codici di diagnosi ICD-9-CM: 296.0*; 296.1*; 296.4*; 296.5*; 296.6*; 296.7*; 296.8*; 298.1
	Schede di dimissione ospedaliera	Codici di diagnosi ICD-9-CM: 296.0*; 296.1*; 296.4*; 296.5*; 296.6*; 296.7*; 296.80; 296.81; 296.89; 296.99; 298.1
	Assistenza psichiatrica territoriale	Codici di diagnosi ICD-10: F30.*; F31.*; F34.0; F38.0
Schizofrenia	Esenzione ticket	Classe di esenzione: 044 con codici di diagnosi ICD-9-CM: 295.*; 297.*; 298.2; 298.3; 298.4; 298.8; 298.9
	Schede di dimissione ospedaliera	Codici di diagnosi ICD-9-CM: 295.*; 297.*; 298.2; 298.3; 298.4; 298.8; 298.9
	Assistenza psichiatrica territoriale	Codici di diagnosi ICD-10: F20.*; F21.*; F22.*; F23.*; F24.*; F25.*; F28.*; F29.*
Depressione	Esenzione ticket	Classe di esenzione: 044 con codici di diagnosi ICD-9-CM: 296.2*, 296.3*, 296.9*, 298.0
	Schede di dimissione ospedaliera	Codici di diagnosi ICD-9-CM: 296.2*; 296.3*; 296.82; 296.90; 298.0; 300.4; 309.0; 309.1; 311.*
	Assistenza psichiatrica territoriale	Codici di diagnosi ICD-10: F32.*; F33.*; F34.1; F34.8*; F34.9; F38.1; F38.8; F39.*; F43.1*; F43.2*

**RELAZIONE SOCIO SANITARIA
DELLA REGIONE DEL VENETO
Anno 2022**

Gestione delle risorse



a cura di

Azienda Zero - Regione del Veneto

UOC Controllo di gestione ed adempimenti LEA

UOC Servizio Economico Finanziario

Sezione Gestione delle risorse - Indice

1. Un quadro macro economico sulla spesa sanitaria regionale	222
1.1 Il “peso” della spesa sanitaria sul bilancio regionale	222
1.2 Il trend dei costi del SSR e la relazione con il livello di finanziamento	223
2. La spesa sanitaria regionale e le sue principali determinanti	227
2.1 Le principali determinanti dei costi e l’incidenza della pandemia	227
2.1.1 Acquisti di beni sanitari e non sanitari	228
2.1.2 Acquisti di servizi sanitari e non sanitari	230
2.1.3 Costi del personale dipendente a tempo determinato ed indeterminato	233
2.1.4 Le dinamiche dei costi dei servizi sanitari delle altre regioni italiane	236
2.2 I costi per l’erogazione dei LEA	238
2.3 La spesa sostenuta per l’offerta privata accreditata per l’assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale	244
2.4 L’impatto della mobilità sanitaria interregionale	248
2.5 La spesa per gli investimenti	251
2.5.1 Il quadro degli investimenti nel triennio: trend e relazione con i finanziamenti	251
2.5.2 Le aree di investimento e le determinanti di spesa	254
3. La performance economica e finanziaria del SSR	260
3.1 La performance economica del SSR	260
3.2 La performance finanziaria del SSR	264

1. Un quadro macro economico sulla spesa sanitaria regionale

1.1 Il “peso” della spesa sanitaria sul bilancio regionale

Un primo dimensionamento del “peso” finanziario del settore sanitario per un’amministrazione regionale è derivabile analizzando il bilancio ed, in particolare, gli impegni di spesa.

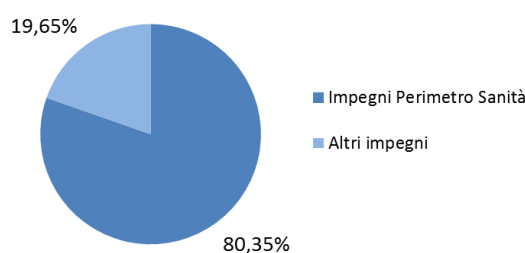
Gli importi economici complessivi (quindi non solo sanità) degli impegni di spesa a valere sui capitoli del bilancio di Regione del Veneto nel triennio 2019-2021 sono i seguenti:

- euro 12.078.606.911,78 nell’esercizio finanziario 2019;
- euro 12.514.462.215,40 nell’esercizio finanziario 2020;
- euro 13.299.786.182,01 nell’esercizio finanziario 2021.

Tali importi tengono in considerazione solamente gli impegni di spesa inerenti alle voci di spesa corrente e spesa in conto capitale, al netto delle partite di giro.

Approfondendo l’analisi è possibile scindere gli impegni effettuati a valere su capitoli di bilancio che rientrano nel perimetro sanitario dagli altri impegni. Il grafico di seguito riportato espone gli impegni di spesa sul bilancio regionale relativo all’esercizio 2019. Come si può evincere, più del 80% delle risorse economico-finanziarie della Regione Veneto sono state destinate alla sanità, per un importo complessivo di euro 9.705.331.097,02.

Figura 1.1.1 Impegni di spesa Regione Veneto anno 2019



La situazione è sostanzialmente confermata negli anni 2020 e 2021.

Nell’esercizio 2020 il valore complessivo degli impegni di spesa inerenti la sanità è pari ad euro 10.198.271.414,98 (81,49% sul totale delle impegni del bilancio regionale). In tale anno, contraddistinto pesantemente dall’emergenza sanitaria conseguente dalla diffusione del virus Sars-Cov-2, la percentuale di utilizzo delle risorse regionali destinate alla sanità è incrementata dell’1,14%. Tale incremento corrisponde in termini assoluti a circa 143 milioni di euro di maggiori impegni rispetto all’esercizio precedente.

Figura 1.1.2 Impegni di spesa Regione Veneto anno 2020

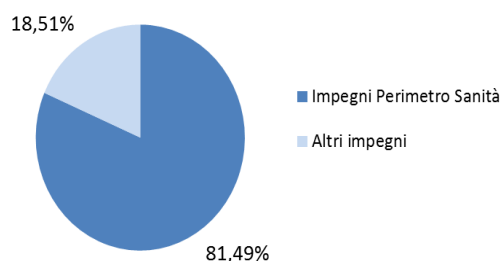
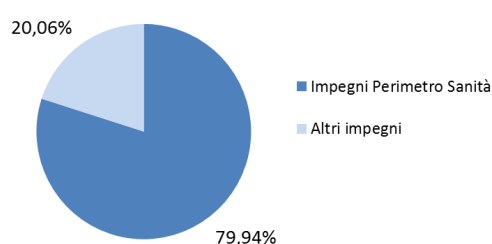


Figura 1.1.3 Impegni di spesa Regione Veneto anno 2021



L'esercizio 2021, anch'esso fortemente segnato dall'emergenza sanitaria da Covid-19, registra una flessione percentuale nell'utilizzo delle risorse finanziarie regionali destinate alla sanità, con una riduzione dell'1,55% circa. Tuttavia questo non si traduce in una contrazione delle risorse impegnate per il settore sanitario che aumentano di circa 433 milioni di euro rispetto all'anno precedente (in termini assoluti sono risultate pari ad euro 10.631.248.923,46). La riduzione percentuale è conseguente ad un aumento delle risorse fuori perimetro sanitario maggiore rispetto a quelle collegate alla sanità.

Si precisa che gli esercizi 2020 e 2021 sono stati caratterizzati da assegnazioni statali emergenziali avvenute durante l'esercizio successivo rispetto a quello di competenza, in quanto gli atti di riparto sono stati assunti dopo la chiusura dell'esercizio stesso. In conseguenza di ciò, gli accertamenti ed impegni relativi a tali risorse sono stati effettuati in contabilità finanziaria nell'esercizio successivo a quello di competenza.

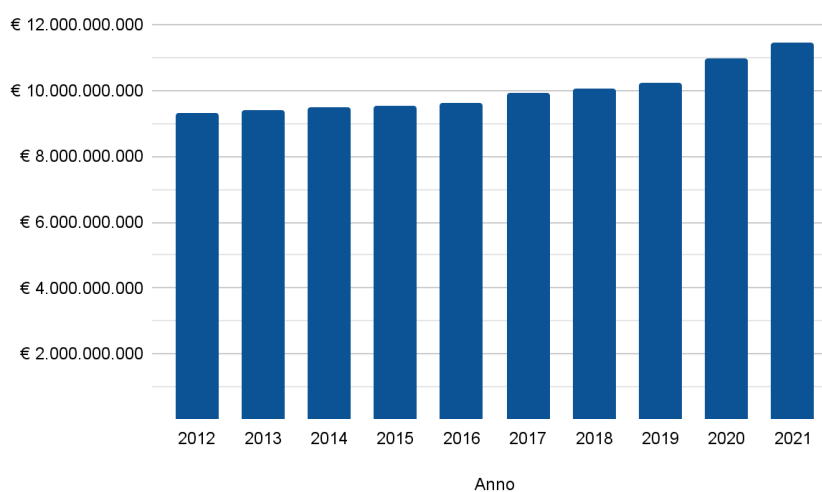
1.2 Il trend dei costi del SSR e la relazione con il livello di finanziamento

Analizzando i bilanci economici consolidati del Servizio Sanitario Regionale (SSR) dall'esercizio 2012 all'esercizio 2021, si può riscontrare un trend dei costi totali in continua crescita.

Se dall'anno 2012 all'anno 2019 l'aumento si può considerare come una crescita - per certi versi - fisiologica dei costi, ed in ogni caso abbastanza contenuta in termini percentuali, lo stesso non si può dire per quanto riguarda gli esercizi 2020 e 2021. Come noto, il diffondersi della malattia Covid-19 nonché le misure poste in essere dall'amministrazione regionale per contrastarla hanno significativamente inciso sulla dinamica di crescita del livello di costosità del sistema sanitario.

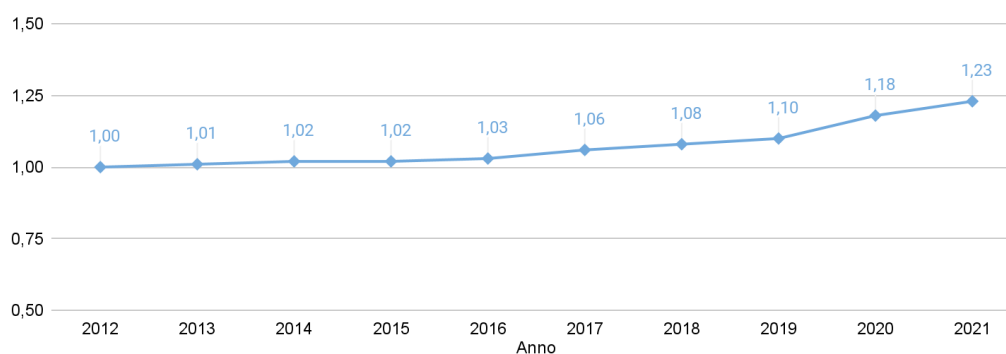
Nel grafico seguente è possibile notare il livello - in termini assoluti - e il trend di aumento dei costi totali del Servizio Sanitario Regionale nel corso degli anni. L'importo è comprensivo dei costi della produzione e dei costi per imposte ed al netto dei costi straordinari.

Figura 1.2.1 Costi complessivi del SSR anni 2012-2021



Il tasso di crescita dei costi del SSR definisce più chiaramente la dinamica rappresentata. Se confrontiamo l'esercizio 2021 con l'anno 2012, l'aumento dei costi si attesta attorno al 23% in 10 anni.

Figura 1.2.2 Tasso di crescita del SSR anni 2012-2021



Appare utile un confronto in parallelo con l'evoluzione del finanziamento del settore sanitario, facendo in particolare riferimento alla quota delle risorse del Fondo Sanitario Regionale (FSR) ricevute annualmente dall'amministrazione centrale.

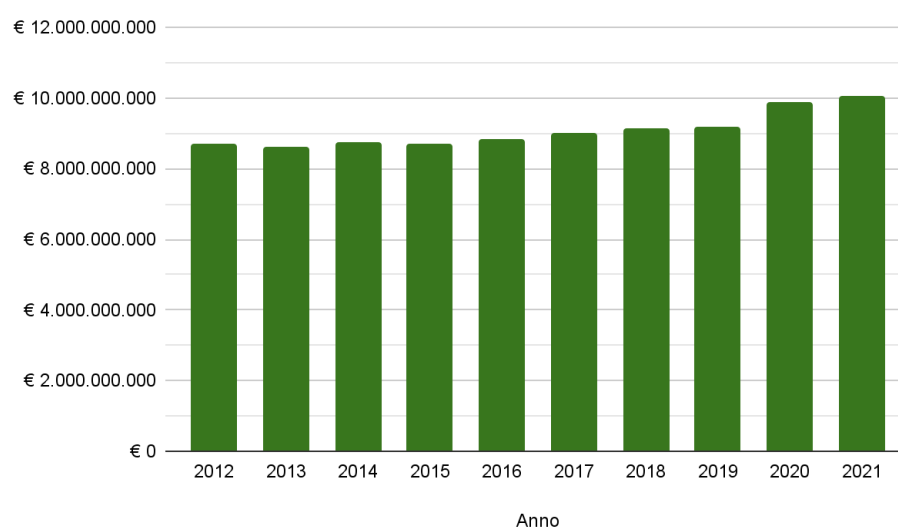
Il livello del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), comprensivo della quota di risorse indistinte e delle risorse vincolate, è cresciuto nel corso degli esercizi e di conseguenza anche la quota di fondo destinato alla Regione Veneto ha subito delle modifiche nel corso degli anni. Oltre che per un incremento assoluto del FSN, il cambiamento del livello del FSR è in parte dovuto anche alla

modifica della quota d'accesso della Regione Veneto che storicamente si attesta poco al di sopra dell'8% (conseguente alla dinamiche demografiche delle popolazioni residenti nella varie regioni). Nell'esercizio 2020 la quota d'accesso al fondo era pari al 8,14%, raggiungendo nell'anno 2021 l'8,19%.

Negli esercizi 2020 e 2021 le risorse del FSN sono state incrementate con i finanziamenti statali emergenziali disposti con i molteplici atti statali di assegnazione che complessivamente, per Regione Veneto, corrispondono a 490 milioni circa nell'esercizio 2020 e 272 milioni circa nell'esercizio 2021.

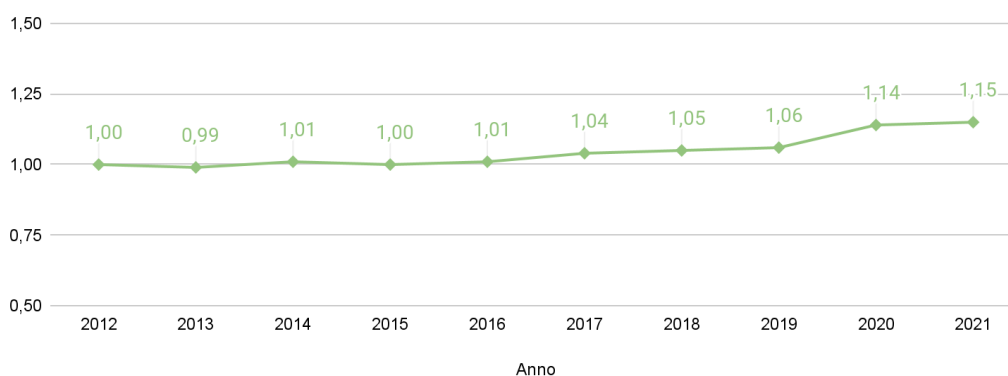
Nel grafico seguente sono indicati i livelli del Fondo Sanitario Regionale dall'esercizio 2012 al 2021.

Figura 1.2.3 Livello del FSR anni 2012-2021



Perseguendo il metodo di analisi attuato in precedenza con i costi complessivi del SSR, si illustra di seguito il tasso di crescita del FSR nell'ultimo decennio.

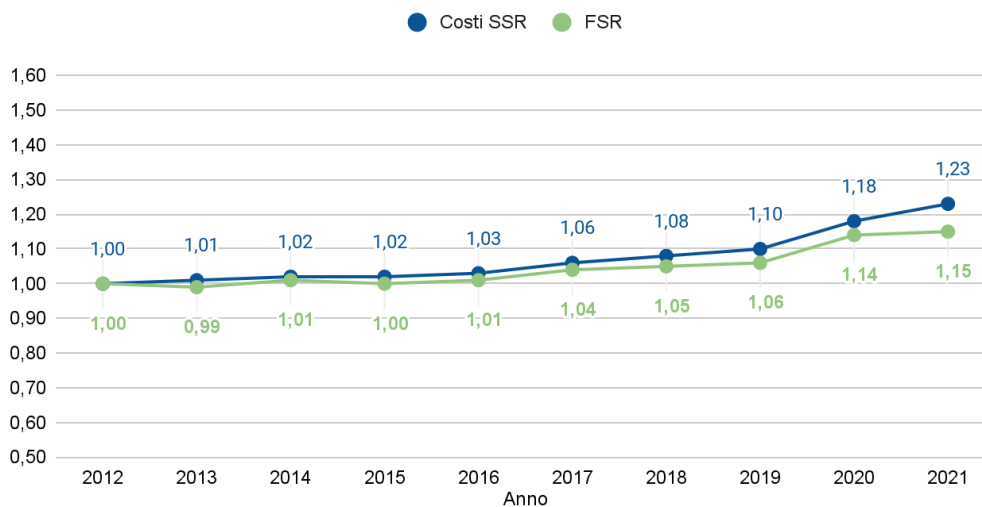
Figura 1.2.4 Tasso di crescita del FSR anni 2012-2021



Se negli anni precedenti il tasso di crescita dei costi complessivi del SSR e il tasso di crescita del FSR sono incrementati in maniera quasi speculare, nell'esercizio 2021 il gap è aumentato notevolmente.

Per maggior chiarezza espositiva si espone di seguito un grafico complessivo che mette a confronto i due tassi di crescita dall'esercizio 2012 all'esercizio 2021.

Figura 1.2.5 Confronto tassi di crescita Costi del SSR e incremento FSR anni 2012-2021



2. La spesa sanitaria regionale e le sue principali determinanti

2.1 Le principali determinanti dei costi e l'incidenza della pandemia

Analizzando la spesa sanitaria¹ del sistema regionale nel quadriennio 2018-2021 si può riscontrare un trend di costante incremento. Considerando i costi della produzione² del bilancio di esercizio consolidato, si è passati da un totale di 9.868 mln di euro nel 2018 a 11.245 mln di euro nel 2021, con un incremento in valore assoluto di +1.376 mln di euro.

Tabella 2.1.1 Costi della produzione anni 2018-2021 (in milioni di euro)

Descrizione voce CE	2018	2019	2020	2020 di cui Covid	2021	2021 di cui Covid
Totale costi della produzione (B)	9.868,59	10.046,03	10.771,97	796,59	11.245,26	741,73
B.1) Acquisti di beni	1.511,60	1.602,95	1.994,20	364,20	2.214,97	458,02
B.2) Acquisti di servizi	4.399,31	4.554,10	4.607,62	181,23	4.959,09	342,28
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	193,93	214,27	226,81	7,36	233,30	5,43
B.4) Godimento di beni di terzi	138,07	128,18	127,53	2,29	138,19	5,69
Totale Costo del personale	2.740,30	2.789,90	2.907,02	87,59	2.975,85	107,00
B.9) Oneri diversi di gestione	41,85	39,17	48,80	6,78	42,33	0,49
Totale Ammortamenti	234,54	239,75	253,12	7,24	273,79	3,65
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	8,46	8,26	9,55	0,00	10,30	0,00
B.13) Variazione delle rimanenze	-15,60	-15,50	-138,41	-99,79	-224,81	-219,74
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	616,13	484,97	735,71	239,68	622,24	39,03

Analizzando l'incidenza del peso delle macro voci che compongono il raggruppamento dei costi di produzione, con riferimento sempre al medesimo periodo, sono tre le categorie di spesa che, da sole, generano un impatto per circa 90% della costosità totale:

- Acquisti di beni
- Acquisti di servizi

¹ Fonte: Conto Economico Consuntivo Consolidato

² Costi legati alla gestione caratteristica escluse le Imposte e tasse

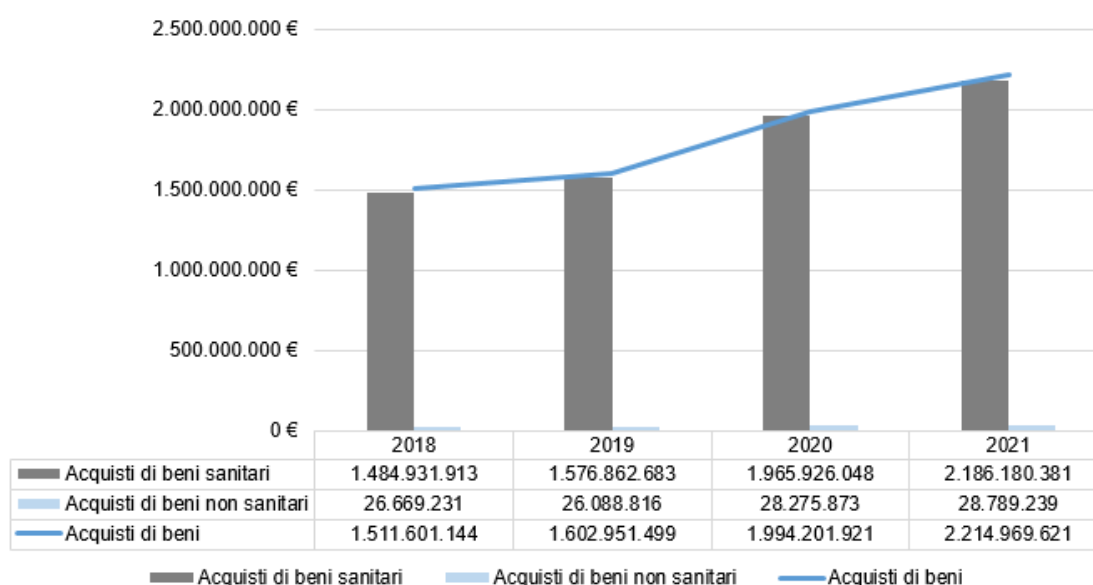
- Costo del personale

Di seguito una breve analisi per ciascuna categoria menzionata.

2.1.1 Acquisti di beni sanitari e non sanitari

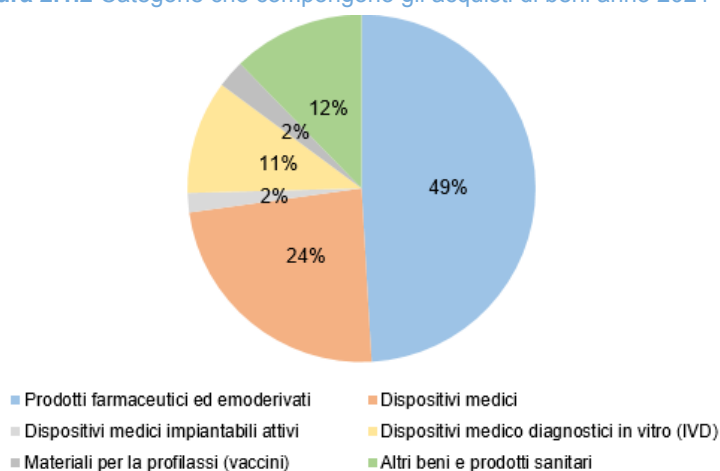
Gli acquisti di beni impattano mediamente nel periodo considerato (2018-2021) sui costi di produzione per circa il 18%.

Figura 2.1.1 Trend andamento dei costi degli acquisti di beni anni 2018-2021



L'andamento nel quadriennio ha evidenziato una costante crescita con un significativo balzo tra il periodo 2019 e il periodo 2020 (+24%). L'incremento, in termini di valore, è stato di circa 391 mln di euro di cui, andando nello specifico, circa 364 mln sono direttamente collegabili alla gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19. Sono due le principali voci che hanno determinato questa dinamica di crescita: i dispositivi di protezione individuale e i tamponi/reagenti per la diagnostica microbiologica (tamponi).

Figura 2.1.2 Categorie che compongono gli acquisti di beni anno 2021

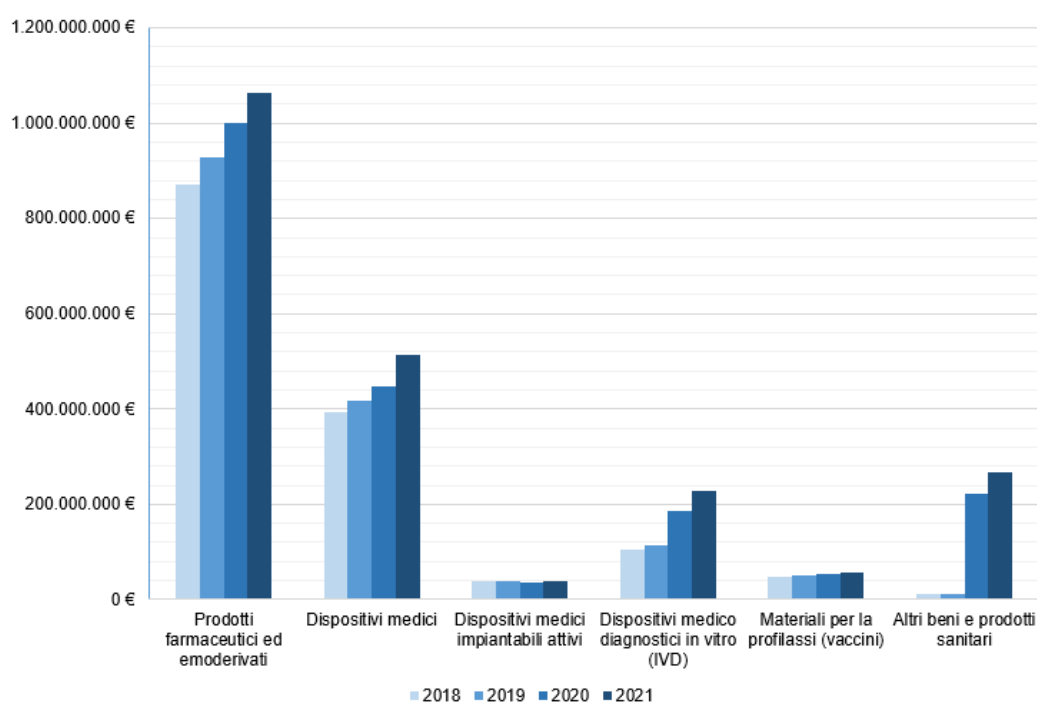


Nel periodo successivo (anno 2021) la tendenza si è mantenuta tale, con un aumento della spesa di circa 220 mln di euro (+11%) rispetto all'anno precedente. L'impatto della pandemia sulla spesa complessiva è stata di circa 458 mln (21% della spesa totale del periodo di riferimento).

Andando ad analizzare la distribuzione percentuale delle voci all'interno dell'aggregato di spesa dei beni sanitari, dal grafico 2.1.2 è possibile verificare che i farmaci (1.029 mln) ed emoderivati (11 mln) rappresentano quasi la metà del valore complessivo (anno 2021). Segue la categoria dei dispositivi medici (impiantabili e non) e quella dei dispositivi diagnostici in vitro per l'attività di laboratorio e microbiologia.

Nel grafico che segue, invece, sono rappresentati in termini assoluti i costi complessivamente sostenuti dal SSR nel quadriennio per ciascuna categoria di acquisto dei beni sanitari.

Figura 2.1.3 Valore delle categorie che compongono gli acquisti di beni sanitari anni 2018-2021

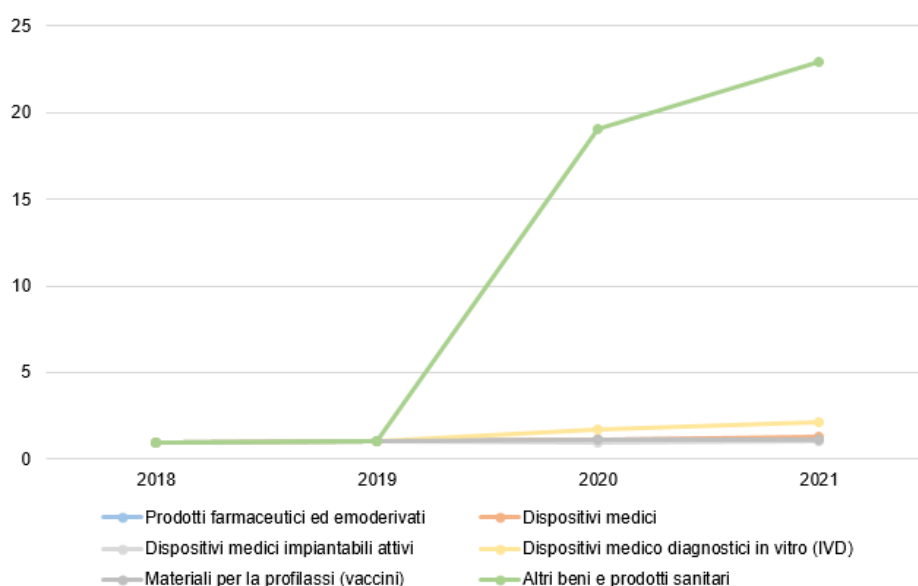


Rappresentando la dinamica in termini relativi, ponendo come base l'anno 2018, si può ancora meglio riscontrare la rilevante crescita degli acquisti nella categoria "altri beni e prodotti sanitari" (composta prevalentemente dai dispositivi di protezione individuale). Gli acquisti effettuati nel 2020 e nel 2021 sono stati mediamente venti volte più alti di quelli effettuati nel periodo pre pandemia (2018 o 2019).

I tassi di crescita delle altre categorie nel periodo (2019-2020) sono stati i seguenti:

- farmaci ed emoderivati: +8%;
- dispositivi medici: +7%;
- diagnostici in vitro (IVD): +64%.

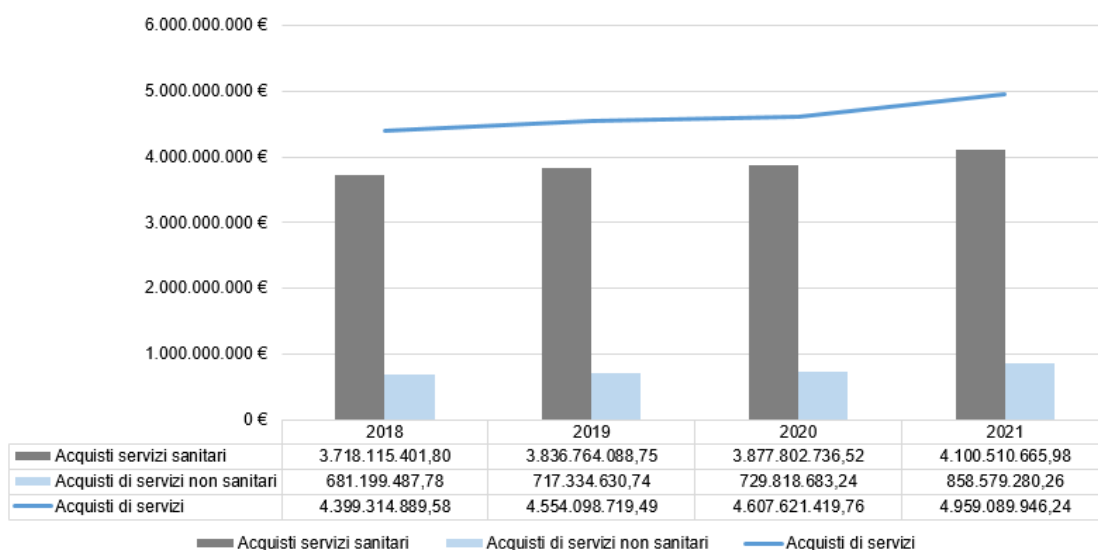
Figura 2.1.4 Trend delle categorie che compongono gli acquisti di beni anni 2018-2021



2.1.2 Acquisti di servizi sanitari e non sanitari

Gli acquisti di servizi impattano mediamente (nel periodo considerato) sui costi di produzione per il 44%. L'andamento nel quadriennio ha evidenziato una tendenza sostanzialmente lineare di crescita, passando da un valore complessivo di 4.399 mln di euro nel 2018 ad un valore di 4.959 mln di euro nel bilancio economico consuntivo consolidato 2021 (+559 mln nel quadriennio di cui circa 523 mln sono riferibili all'effetto della gestione della pandemia).

Figura 2.1.5 Trend andamento dei costi degli acquisti di servizi anni 2018-2021



Analizzando le voci che maggiormente impattano nella composizione degli acquisti di servizi, con riferimento al periodo 2021, si evidenziano le seguenti distribuzioni per i conti afferenti ai servizi sanitari e non sanitari.

Figura 2.1.6 Categorie che compongono i servizi sanitari anno 2021

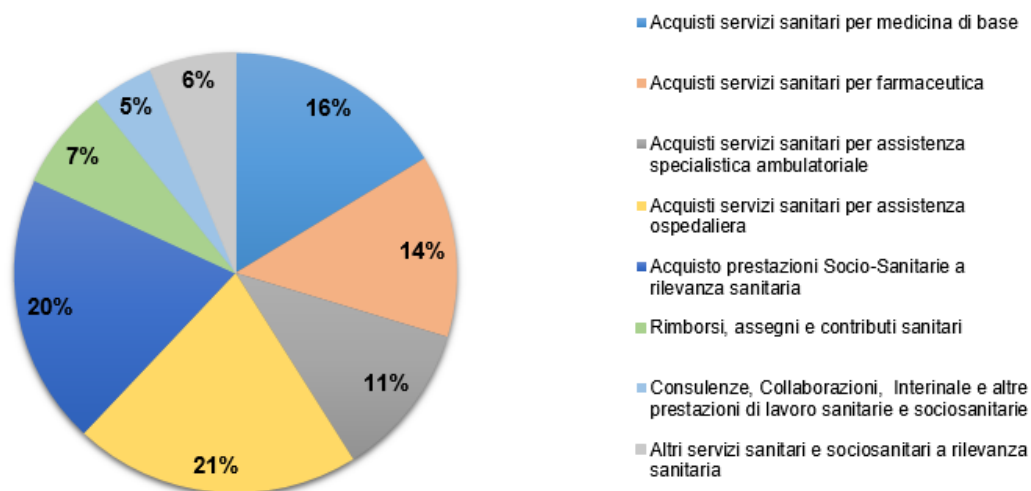
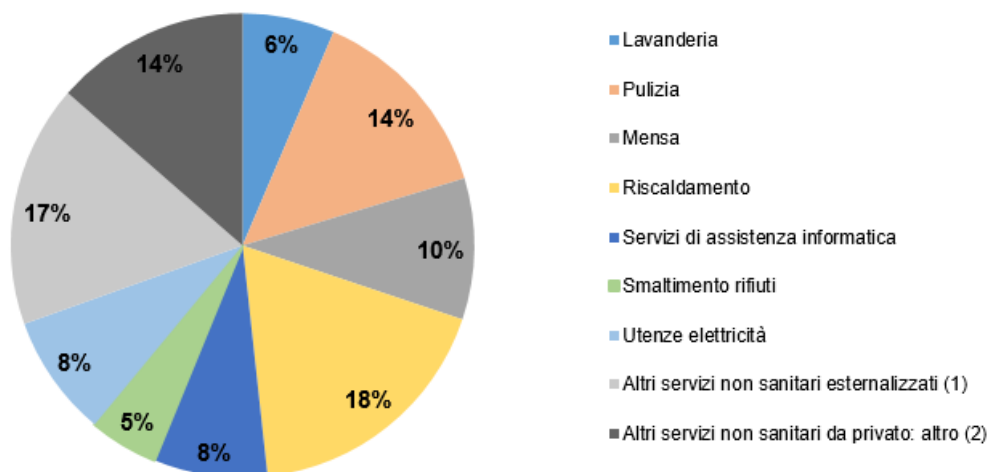


Figura 2.1.7 Categorie che compongono i servizi non sanitari anno 2021



Il trend del periodo evidenzia i seguenti andamenti.

Figura 2.1.8 Trend delle categorie che compongono i servizi sanitari anni 2018-2021

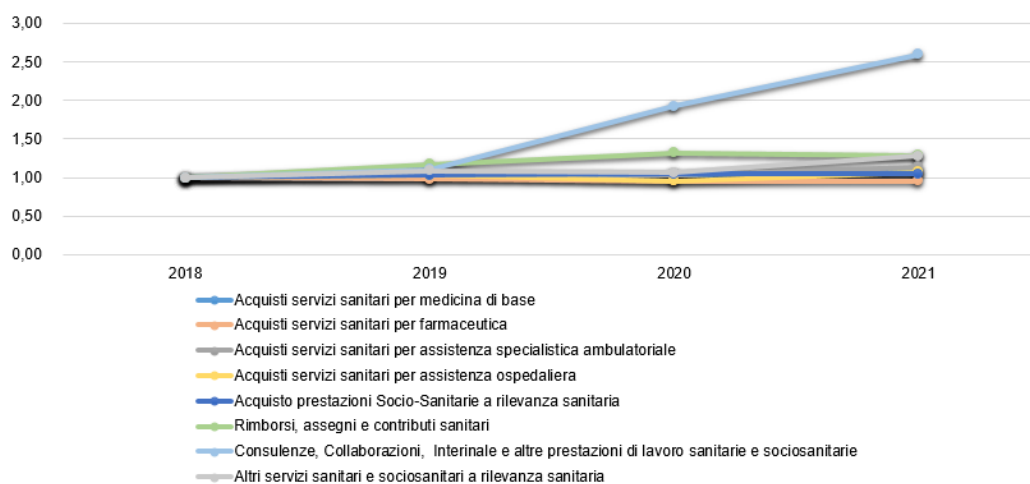


Tabella 2.1.2 Variazioni percentuali tra periodi per i servizi sanitari

	Delta 2019 su 2018	Delta 2020 su 2019	Delta 2021 su 2020
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	-1%	5%	3%
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	-2%	-2%	-1%
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	5%	-1%	10%
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	3%	-7%	13%
Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	3%	1%	0%
Rimborsi, assegni e contributi sanitari	17%	13%	-3%
Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	10%	75%	35%
Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	9%	-2%	21%

La categoria di spesa nei servizi sanitari con il tasso di crescita maggiore è quella relativa alle consulenze e collaborazioni sanitarie e socio-sanitarie. Questo aggregato economico ha risentito molto degli effetti dei provvedimenti programmatori nazionali e regionali relativi alla gestione della pandemia che hanno esteso le possibilità di reclutamento del personale sanitario con rapporti liberi professionali. Nel 2021, su un valore complessivo di consulenze e collaborazioni sanitarie pari ad euro 165 mln, circa il 49% è relativo a contratti stipulati con riferimento ad attività legate alla gestione e contenimento della diffusione del Covid-19.

Gli incrementi 2021 su 2020 negli acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera ed assistenza specialistica risentono, in particolare, dalla ripresa dell'attività dopo la contrazione avuta nel 2020 a seguito dei provvedimenti di sospensione delle attività: da un lato si è assistito ad un aumento della fuga verso altre regioni, seppure - per i ricoveri in particolare - non ai livelli del 2019; dall'altro lato l'incremento dell'attività rispetto al 2020 dei privati accreditati, sia verso cittadini residenti che - soprattutto - verso residenti di altre regioni.

Il trend di aumento nell'assistenza sanitaria di base risente molto delle iniziative legate al Covid-19, in particolare all'attivazione nel 2020 e al consolidamento nel corso del 2021 delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA).

Sul fronte dei servizi non sanitari, l'incremento percentuale più significativo è quello relativo al servizio di smaltimento rifiuti. Ad incidere su questa categoria, nell'anno 2021 nello specifico, è stata l'influenza aviaria: i costi registrati a consuntivo 2021 per smaltimento degli animali abbattuti a causa della malattia ammontano ad oltre 13 milioni di euro.

Inoltre con riferimento ad alcune voci di spesa di questo aggregato (riscaldamento ed utenze elettriche) hanno inciso, per gli ultimi mesi del 2021, le dinamiche di mercato sulle materie prime energetiche.

Negli altri servizi sanitari da privato incidono molto alcune componenti sorte a seguito della pandemia:

- nelle aziende sanitarie, i servizi per i controlli ai varchi d'accesso alle strutture sanitarie, gli ulteriori costi per i servizi di vigilanza presso i punti tampone e vaccinali, il potenziamento dei servizi di contact center o di CUP.
- in Azienda Zero, i servizi per la logistica dei beni acquistati per fronteggiare la gestione emergenziale

Figura 2.1.9 Trend delle categorie che compongono i servizi non sanitari anni 2018-2021

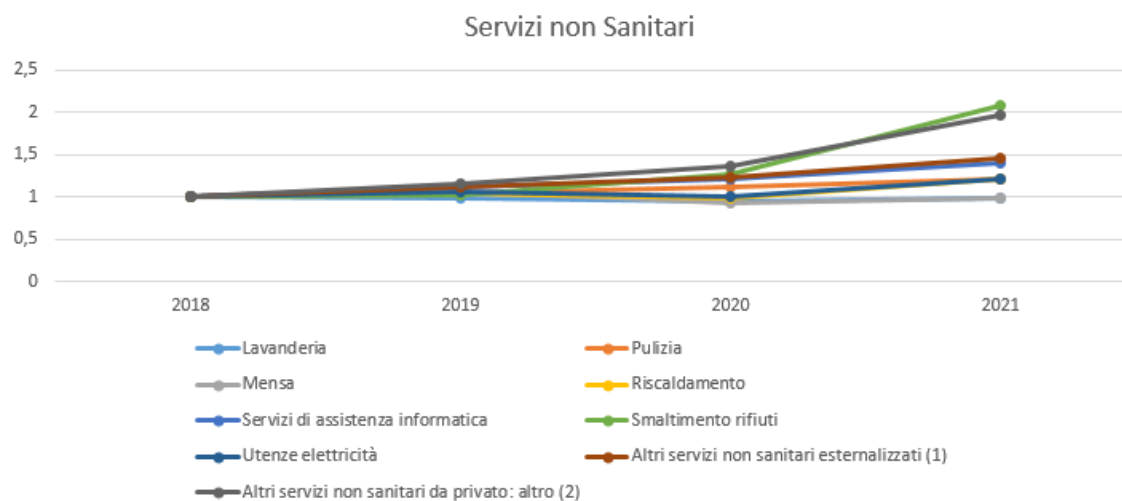


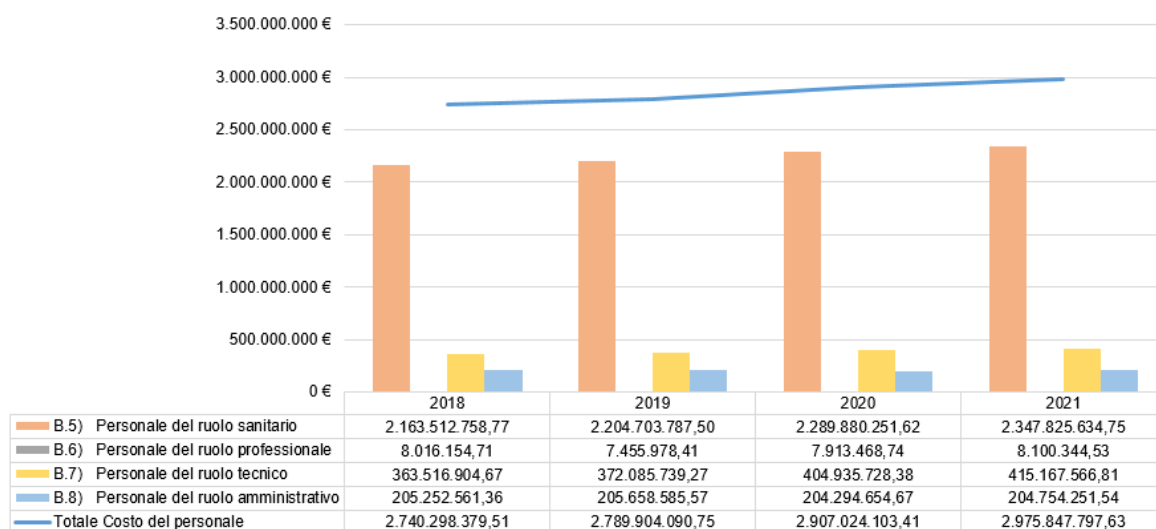
Tabella 2.1.3 Variazioni percentuali tra periodi per i servizi non sanitari

	Delta 2019 su 2018	Delta 2020 su 2019	Delta 2021 su 2020
Lavanderia	-2%	-3%	3%
Pulizia	4%	8%	8%
Mensa	5%	-12%	5%
Riscaldamento	4%	-5%	22%
Servizi di assistenza informatica	12%	8%	17%
Smaltimento rifiuti	2%	23%	64%
Utenze elettricità	6%	-5%	21%
Altri servizi non sanitari esternalizzati (1)	11%	11%	17%
Altri servizi non sanitari da privato: altro (2)	15%	18%	44%

2.1.3 Costi del personale dipendente a tempo determinato ed indeterminato

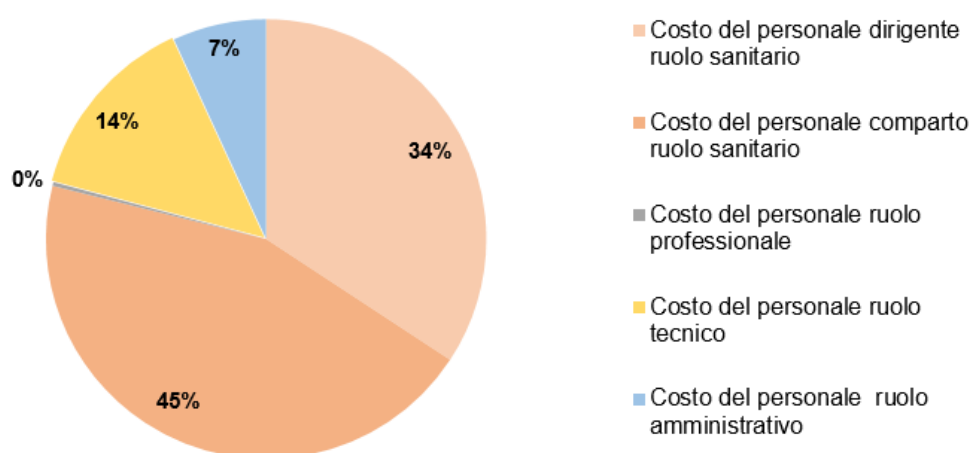
Il costo del personale dipendente impatta mediamente sui costi di produzione per il 27%³. L'andamento nel quadriennio ha evidenziato una tendenza lineare di crescita nel periodo 2018-2019 mentre, anche per dei provvedimenti normativi collegati alla pandemia, nel periodo successivo 2020-2021 il trend di crescita si è accentuato. In termini di importi si è passati da un valore complessivo di 2.740 mln di euro nel 2018 a 2.975 mln di euro nel bilancio economico consuntivo consolidato 2021 (+235 mln nel quadriennio).

Figura 2.1.10 Trend dei costi del personale anni 2018-2021



Sintetizzando le voci che maggiormente impattano nella composizione dei costi del personale, con riferimento al periodo 2021, si evidenzia la seguente distribuzione:

Figura 2.1.11 Categorie che compongono i costi del personale anno 2021



Il trend nel periodo evidenzia i seguenti andamenti per le macro categorie del personale. L'aumento in percentuale più elevato è relativo al personale del ruolo tecnico dove ricadono gli operatori socio sanitari (+9%). Segue il personale del ruolo sanitario con una crescita rispetto al

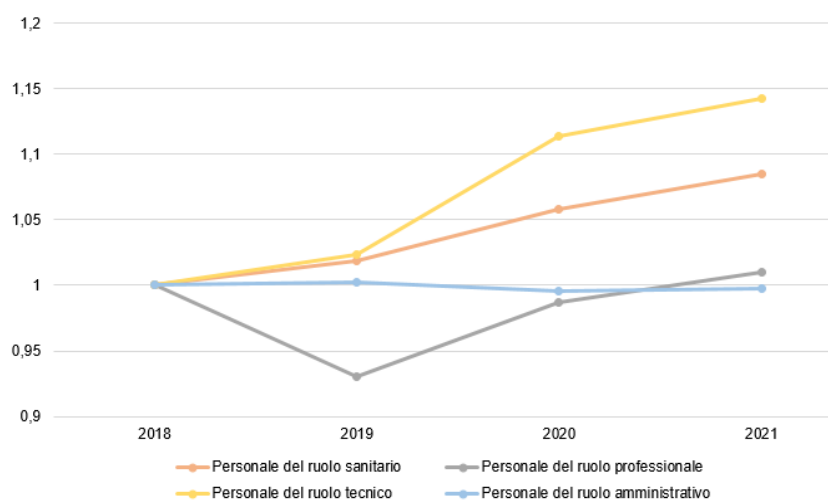
³ Sono pertanto esclusi tutti i rapporti libero professionali.

2018 del 3%. Nel dettaglio il personale medico è aumentato del 2% mentre quello del comparto (dove ricade il personale infermieristico ad esempio) del 4%. Significativo, anche per queste voci, l'impatto dell'emergenza sanitaria: il sistema sanitario regionale ha infatti reclutato molte figure professionali sanitarie a tempo indeterminato.

Tabella 2.1.4 Personale dipendente a tempo determinato o indeterminato in servizio al 15/06/2022 assunto per la gestione dell'emergenza sanitaria Covid-19

Aziende	MEDICO		Infermiere		OSS		Altro		Totale Azienda
	T. Ind.	T. Det.	T. Ind.	T. Det.	T. Ind.	T. Det.	T. Ind.	T. Det.	
1 - Dolomiti	1	0	153	4	65	0	10	2	235
2 - Marca Trevigiana	14	0	97	0	70	4	36	5	226
3 - Serenissima	2	0	89	0	53	12	26	8	190
4 - Veneto Orientale	0	0	77	4	69	7	24	0	181
5 - Polesana	0	0	74	19	24	19	3	17	156
6 - Euganea	3	0	22	30	8	32	4	12	111
7 - Pedemontana	1	0	141	2	33	0	13	1	191
8 - Berica	3	2	253	1	20	29	23	0	331
9 - Scaligera	14	13	257	2	55	14	37	2	394
AO di Padova	7	3	106	0	79	0	15	0	210
AOUI di Verona	37	9	266	1	100	0	56	2	471
IOV	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	82	27	1.535	63	576	117	247	49	2.696

Figura 2.1.12 Trend delle categorie che compongono i costi del personale anni 2018-2021



2.1.4 Le dinamiche dei costi dei servizi sanitari delle altre regioni italiane

Ampliando la visione dal sistema regionale veneto a quello nazionale, in un'ottica di confronto con gli altri sistemi sanitari, vengono confermate le medesime dinamiche che sono state riscontrate nei paragrafi precedenti in merito all'impatto dei costi di produzione nel quadriennio in esame (2018-2021).

Prendendo come riferimento i bilanci consolidati delle diverse regioni⁴ (ad eccezione dei bilanci delle regioni Sicilia e delle province autonome del Trentino Alto Adige non disponibili nel database consultato), emerge che le voci analizzate (acquisto di beni, acquisto di servizi e costo del personale) impattano mediamente per il 90% dei costi di produzione.

Si riporta successivamente la tabella con il dato medio percentuale dei quattro anni per regione di rilevazione.

Tabella 2.1.5 Incidenza media dei costi di produzione delle regioni italiane anni 2019-2021

	REGIONE ABRUZZO	REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA	REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA	REGIONE BASILICATA	REGIONE CALABRIA	REGIONE CAMPANIA	REGIONE EMILIA-ROMAGNA	REGIONE LAZIO	REGIONE LIGURIA	REGIONE LOMBARDIA	REGIONE MARCHE	REGIONE MOLISE	REGIONE PIEMONTE	REGIONE PUGLIA	REGIONE SICILIANA	REGIONE TOSCANA	REGIONE UMBRIA
Totale costi della produzione (B)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
B.1) Acquisti di beni	18,8%	17,9%	18,8%	14,1%	16,8%	17,1%	16,2%	16,4%	15,6%	16,3%	12,2%	19,4%	11,5%	17,5%	18,4%	15,0%	18,8%	19,1%
B.2) Acquisti di servizi	45,1%	38,9%	36,4%	34,8%	44,5%	45,4%	49,3%	41,6%	55,0%	47,3%	48,1%	41,4%	58,6%	42,6%	48,9%	49,8%	40,8%	39,1%
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	2,4%	1,9%	3,0%	2,5%	1,9%	1,3%	1,6%	2,0%	1,2%	1,6%	1,3%	1,6%	1,4%	2,1%	1,6%	1,4%	2,1%	2,1%
B.4) Godimento di beni di terzi	1,0%	1,0%	0,8%	1,4%	0,4%	1,0%	0,6%	0,8%	0,6%	0,8%	0,9%	0,8%	0,2%	1,4%	0,6%	0,7%	1,8%	0,7%
Totale Costo del personale	27,5%	34,0%	34,9%	39,6%	30,6%	28,4%	22,4%	29,8%	22,3%	28,0%	22,1%	30,9%	17,4%	30,2%	25,0%	26,8%	31,2%	31,0%
B.9) Oneri diversi di gestione	0,3%	0,4%	0,3%	1,9%	0,5%	0,5%	0,3%	0,6%	0,4%	0,8%	0,8%	0,6%	0,2%	1,0%	0,4%	0,4%	0,6%	0,4%
Totale Ammortamenti	1,8%	1,8%	2,6%	2,4%	1,8%	1,0%	1,4%	2,4%	1,5%	1,6%	1,8%	2,3%	0,8%	1,7%	1,4%	1,7%	2,6%	1,9%
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0,0%		0,1%	0,0%	0,1%	0,5%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
B.13) Variazione delle rimanenze	-0,2%	-0,2%	-0,1%	-0,1%	0,1%	-0,1%	-0,2%	-0,3%	-0,1%	-0,2%	-0,1%	-0,2%	-0,1%	-0,4%	0,0%	-0,2%	-0,1%	-0,1%
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	2,3%	3,4%	2,7%	3,1%	2,8%	4,1%	6,6%	4,9%	2,5%	2,7%	10,3%	2,5%	8,3%	3,1%	2,8%	3,2%	1,6%	4,1%
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
B.15) Variazione delle rimanenze	0,0%	-0,1%	0,1%	0,0%	-0,1%	-0,1%	-0,1%	-0,1%	0,0%	-0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
B.16) Accantonamenti dell'esercizio	0,9%	0,9%	0,4%	0,3%	0,8%	0,8%	1,7%	1,8%	1,0%	1,0%	2,6%	0,6%	1,6%	0,8%	0,8%	1,1%	0,6%	1,7%

Valutando il trend medio percentuale degli scostamenti tra i periodi delle tre macro voci di costo (acquisto di beni, acquisto di servizi e personale), si evidenzia un andamento non uniforme tra le diverse realtà regionali. Queste dinamiche sono valutabili nei tre grafici che seguono: gli istogrammi rappresentano i delta percentuali di ciascun anno rispetto all'anno precedente; le linee, invece, le variazioni percentuali medie. Il primo grafico è relativo alla voce di spesa dei beni, il secondo all'acquisto di servizi e l'ultimo al personale dipendente.

Per comodità di rappresentazione grafica sono state riportate solamente alcune regioni.

Nei grafici sono evidenti i maggiori incrementi percentuali nell'anno 2020 rispetto al 2019, facilmente collegabili - per buona parte - alle azioni di risposta alla pandemia.

⁴ Fonte: Open Data MEF

Figura 2.1.13 % variazione spese di beni delle regioni benchmark

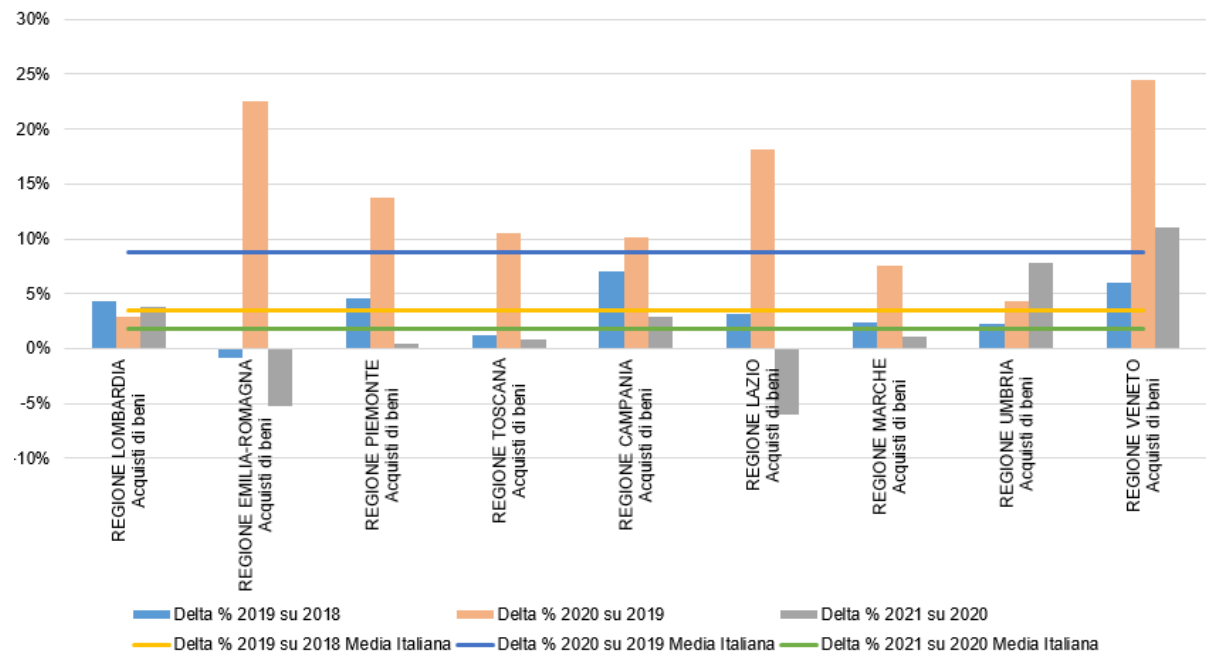


Figura 2.1.14 % variazione spese per servizi delle regioni benchmark

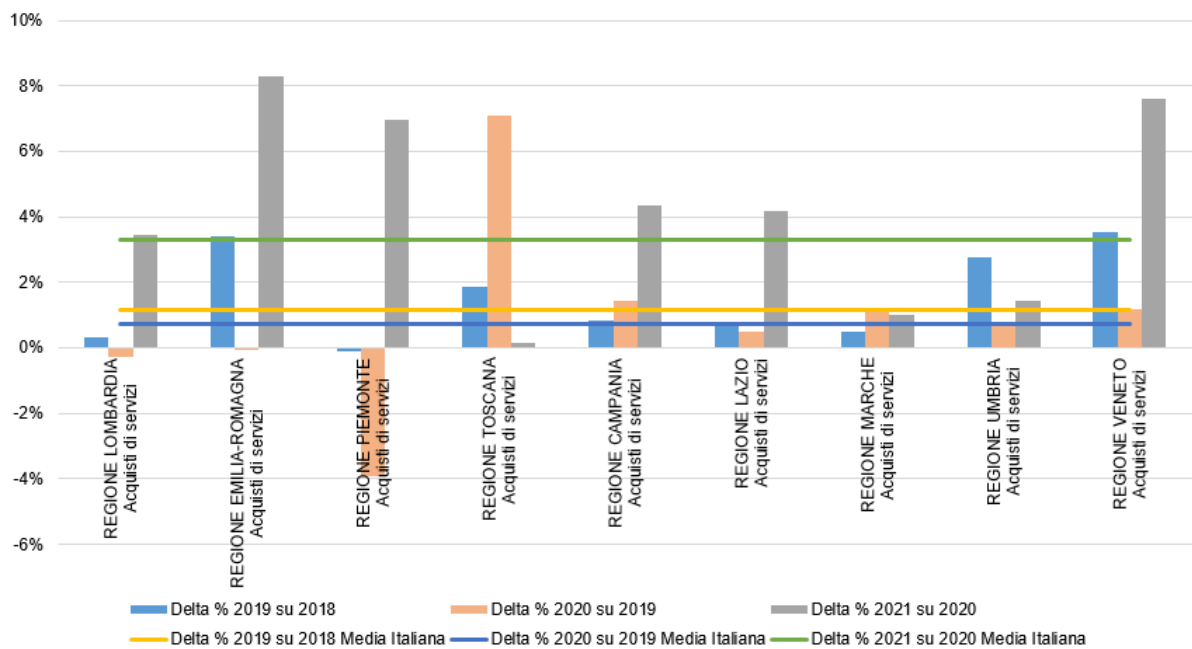
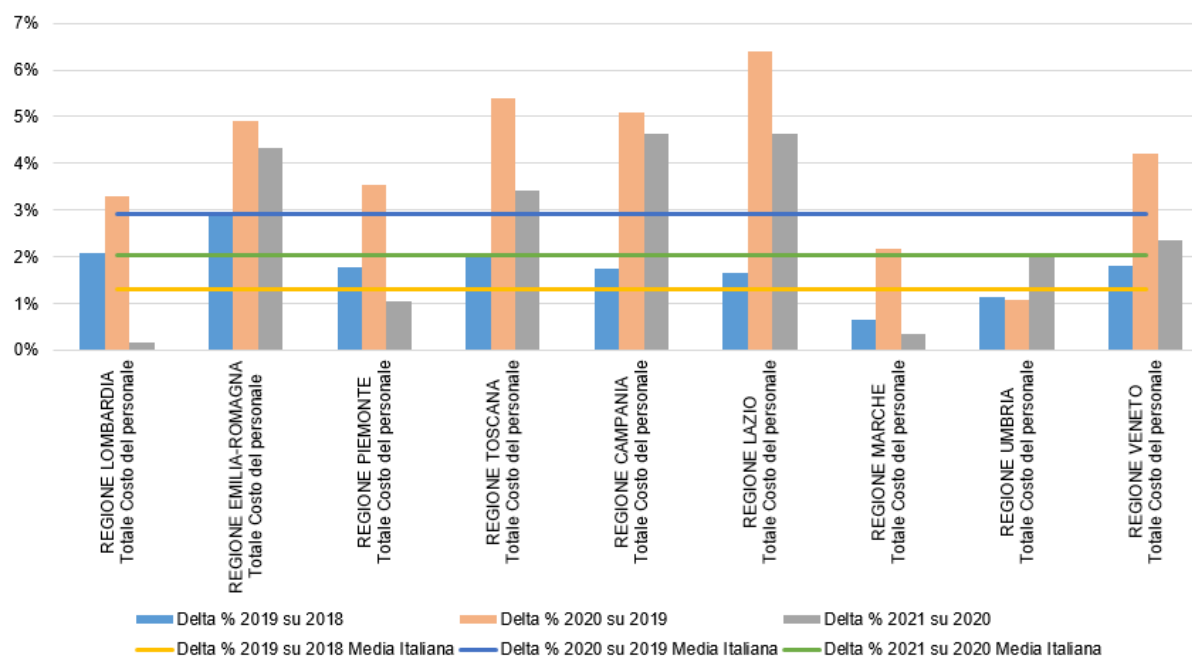


Figura 2.1.15 % variazione spese dei costi del personale delle regioni benchmark



2.2 I costi per l'erogazione dei LEA

L'analisi dei costi per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) utilizza come fonte informativa il modello ministeriale "LA".

Il nuovo modello LA, revisionato con il Decreto Ministeriale del 12 gennaio 2017, è stato compilato per la prima volta - nella sua nuova versione - con riferimento ai dati dell'anno 2019, con una rilevazione di tipo sperimentale.

L'analisi di seguito riportata mette a confronto il biennio 2019-2020 non essendo ancora disponibile ufficialmente il modello LA consolidato regionale relativo all'anno 2021.

Il modello ministeriale LA è compilato annualmente a consuntivo su dati della contabilità generale riclassificati per livelli di assistenza (la fonte è la contabilità analitica).

Mediamente nei due anni presi in considerazione, i costi sono stati sostenuti con la seguente distribuzione nei tre macro livelli di assistenza

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica 4%
- Assistenza distrettuale 52%
- Assistenza ospedaliera 44%.

Di interesse è un primo confronto con quanto previsto dalla programmazione nazionale, nello specifico dall'art. 27 comma 3 del Decreto Legislativo 68/2011 che prevede un'allocazione delle risorse del fondo sanitario nazionale suddiviso nelle seguenti percentuali:

- 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro,
- 51% per l'assistenza distrettuale
- 44% per l'assistenza ospedaliera

Dal confronto emerge una sostanziale coerenza tra programmazione finanziaria (il cosiddetto "Riparto del FSN") e i costi effettivamente sostenuti.

Nel dettaglio nella tabella successiva, si riportano invece i valori complessivi dei costi dei modelli LA consolidati regionali di Regione Veneto con la suddivisione per livello di assistenza e gli scostamenti tra periodi in termini sia assoluti che percentuali⁵.

Tabella 2.2.1 Macro Livelli di Assistenza anni 2019-2020

Macrovoce economiche	Totale 2019	Totale 2020	Delta	Delta %
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	418.333.393,55	446.619.490,22	28.286.096,67	6,8%
ASSISTENZA DISTRETTUALE	5.365.819.464,36	5.416.695.413,90	50.875.949,54	0,9%
ASSISTENZA OSPEDALIERA	4.379.886.019,70	4.656.526.069,24	276.640.049,54	6,3%
COSTI PER ATTIVITA' DI RICERCA	7.719.149,89	10.943.188,46	3.224.038,57	41,8%
TOTALE GENERALE	10.171.758.027,50	10.530.784.161,82	359.026.134,32	3,5%

L'analisi dei costi per LEA è interessante anche se rapportata alla popolazione residente, esprimendo quindi dei costi procapite per livelli di assistenza.

Tabella 2.2.2 Costo pro capite per Macro Livello di Assistenza anni 2019-2020

Descrizione Voce Contabile	Costo Pro Capite 2019	Costo Pro Capite 2020
TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	1.098,52	1.110,18
TOTALE PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	85,64	91,54
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	896,67	954,38
TOTALE COSTI PER ATTIVITA' DI RICERCA	1,58	2,24
TOTALE GENERALE	2.082,42	2.158,33

Di sicuro interesse anche il confronto tra costi per erogare i LEA e livelli di servizio offerti. Su questo tema la veloce analisi che segue pone in relazione i risultati di alcuni sistemi nazionali di valutazione della performance (il Nuovo Sistema di Garanzia - NSG - e il progetto Bersaglio della scuola S. Anna di Pisa) con la costosità procapite dei servizi regionali.

NSG è stato introdotto come strumento per valutare l'erogazione dei LEA a partire dall'anno 2020, sostituendo il precedente sistema denominato "Griglia LEA". NSG consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso

⁵ Da regole ministeriale di costruzione del modello LA, sono esclusi i seguenti conti del bilancio aziendale: BA2770 (B.14.C) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati) e EA0461 (E.2.B.4.1) Insussistenze passive per quote F.S. vincolato)

rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000⁶.

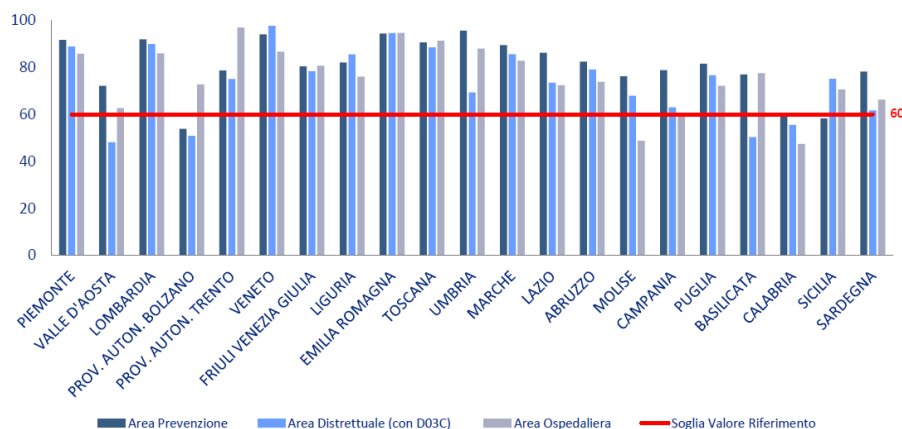
Ad oggi sono però ufficialmente disponibili solamente i risultati della sperimentazione condotta sull'attività erogata nell'anno 2019. Nella tabella che segue sono esposti i risultati distinti per i tre macro livelli.

Tabella 2.2.3 Valutazione Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) anno 2019 delle regioni italiane

Regioni	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	91,72	88,33	85,78
Lombardia	91,95	89,98	86,01
P.A. di Trento	78,63	75,06	96,98
Veneto	94,13	97,64	86,66
Friuli Venezia Giulia	80,39	78,35	80,62
Liguria	82,09	85,48	75,99
Emilia Romagna	94,41	94,51	94,66
Toscana	90,67	88,5	91,39
Umbria	95,65	69,29	87,97
Marche	89,45	85,58	82,79
Lazio	86,23	73,51	72,44
Abruzzo	82,39	79,04	73,84
Campania	78,88	63,04	60,4
Puglia	81,59	76,53	72,22
Sardegna	78,3	61,7	66,21
Valle d'Aosta	72,16	48,09	62,59
P.A. di Bolzano	53,78	50,89	72,79
Molise	76,25	67,91	48,73
Basilicata	76,93	50,23	77,52
Calabria	59,9	55,5	47,43
Sicilia	58,18	75,2	70,47

⁶ Per approfondimenti di rinvia alla pagina del sito del Ministero della Salute:
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

Figura 2.2.1 Valutazione Nuovo Sistema di Garanzia Area Prevenzione - Distrettuale - Ospedaliera delle regioni italiane



Ponendo, come detto, in relazione livelli di performance e costosità dei sistemi - relativamente all'anno 2019 - emerge quanto raffigurato nei grafici che seguono. Nell'asse delle ascisse (asse x) sono riportati i costi pro capite delle varie regioni italiane. Nell'asse delle ordinate (asse y), invece, i punteggi ottenuti nel NSG.

Il costo medio pro capite nazionale per la prevenzione è pari a 96 euro e il valore minimo nella valutazione degli obiettivi del nuovo sistema di garanzia è pari a 60 punti (soglia di sufficienza). La Regione del Veneto si colloca nel quadrante in alto a sinistra del grafico, dove si posizionano i SSR con un punteggio NSG per la prevenzione superiore alla soglia di sufficienza ed un costo medio pro capite inferiore alla media regionale.

Figura 2.2.1 Costi pro capite e punteggi NSG per le regioni italiane - Assistenza Prevenzione - anno 2019

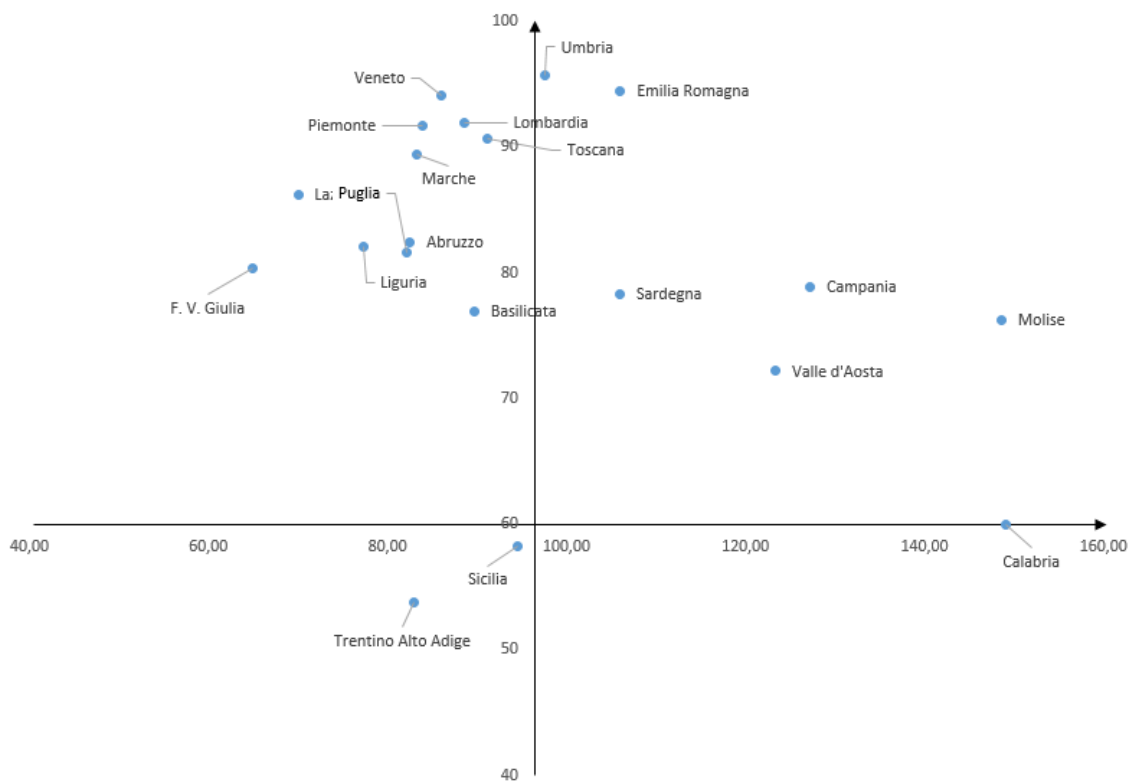
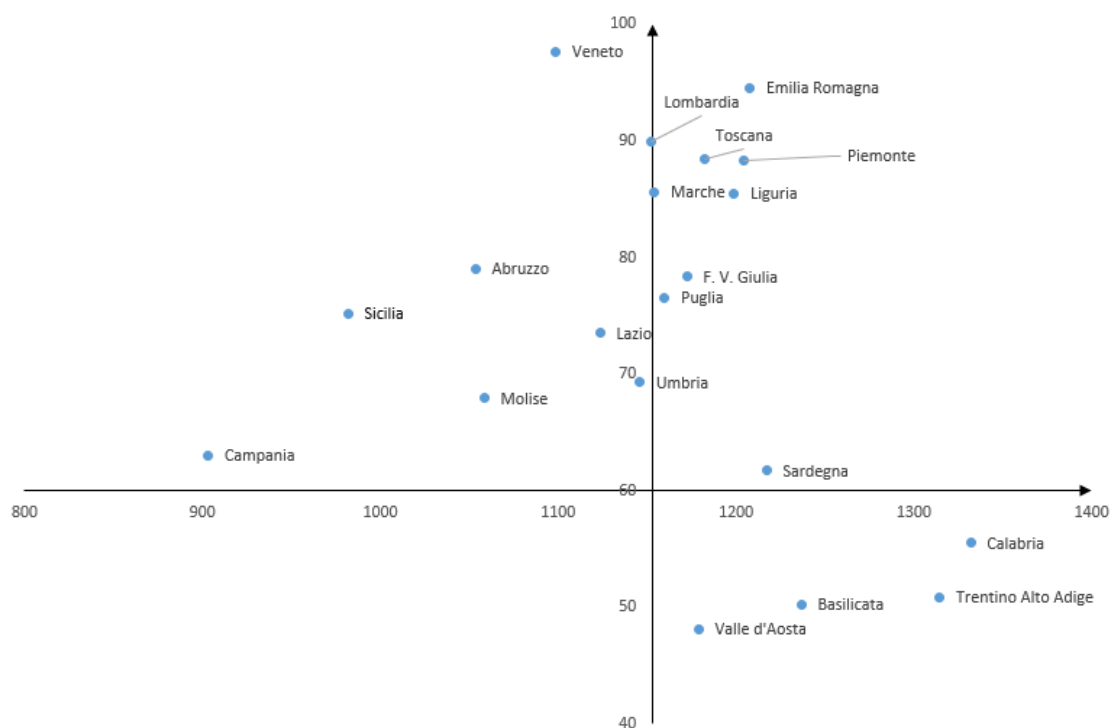
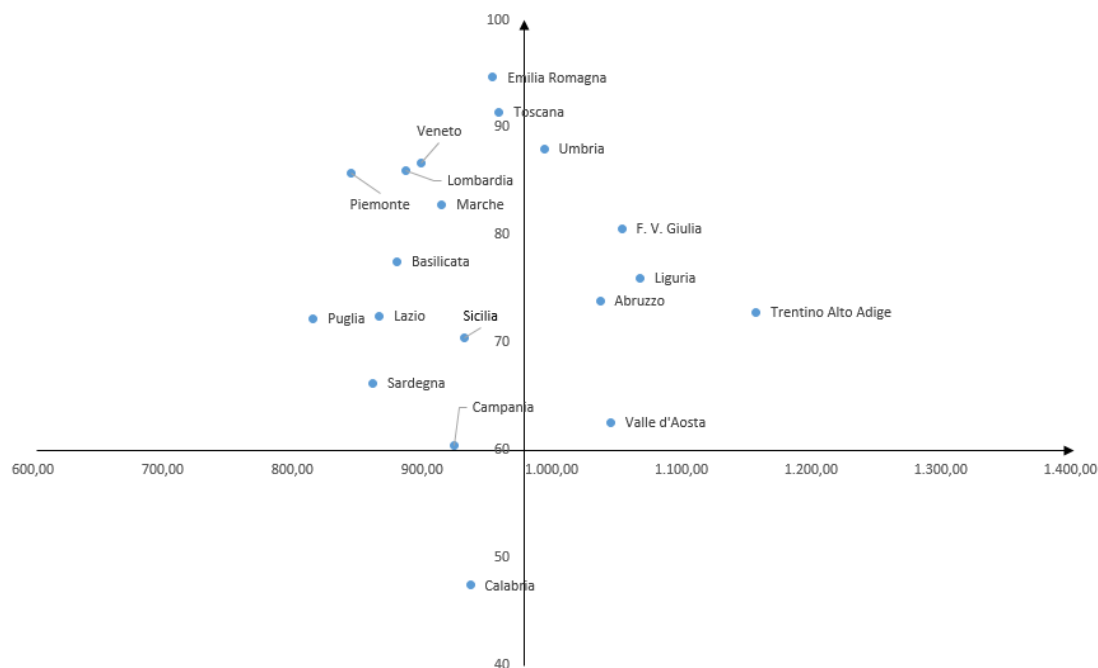


Figura 2.2.2 Costi pro capite e punteggi NSG per le regioni italiane - Assistenza Distrettuale - anno 2019



Il costo medio pro capite nazionale per la distrettuale è pari a 1.154 euro e il valore minimo nella valutazione degli obiettivi del nuovo sistema di garanzia è pari a 60 punti. La Regione Veneto si colloca nel quadrante in cui ha il migliore valore assegnato dal nuovo sistema di garanzia pari a 97,64 con un costo pro capite sovrapponibile alla media pari a 1.099 euro.

Figura 2.2.3 Costi pro capite e punteggi NSG per le regioni italiane - Assistenza Ospedaliera - anno 2019



Il costo medio pro capite nazionale per la ospedaliera è pari a 976 euro e il valore minimo nella valutazione degli obiettivi del nuovo sistema di garanzia è pari a 60 punti. Per i punteggi sopra riportati, la regione Veneto si colloca nuovamente nel quadrante più performante con un costo pro capite inferiore alla media pari a 897 euro e una valutazione del nuovo sistema di garanzia pari a 86,66.

Altro sistema di valutazione è quello dell'Università S. Anna di Pisa. Esso rappresenta le performance dei sistemi regionali aderenti al network attraverso diversi indicatori.

Un indicatore economico che prende come riferimento le rilevazioni dei modelli LA è il “Costo medio per punto DRG”⁷. Il punto DRG fornisce una misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri afferenti a ciascun DRG: maggiore è il valore e più elevato risulterà il carico assistenziale della corrispondente casistica.

Tale indicatore è utile per avere, sotto un altro punto di vista, un'ulteriore dimensione economica del macro LEA dell'assistenza ospedaliera. In estrema sintesi, esso è una buona proxy di quanto mediamente è costato al servizio sanitario l'erogazione un episodio di ricovero per acuti, tenuto conto della complessità della casistica trattata.

I valori di riferimento della Regione Veneto mettono in evidenza una costosità media con riferimento al periodo 2020 di 6.229 euro per punto DRG (anno di rilevazione 2021 con riferimento alla rendicontazione del Modello LA 2020).

Figura 2.2.4 Costo medio per punto DRG anno 2021

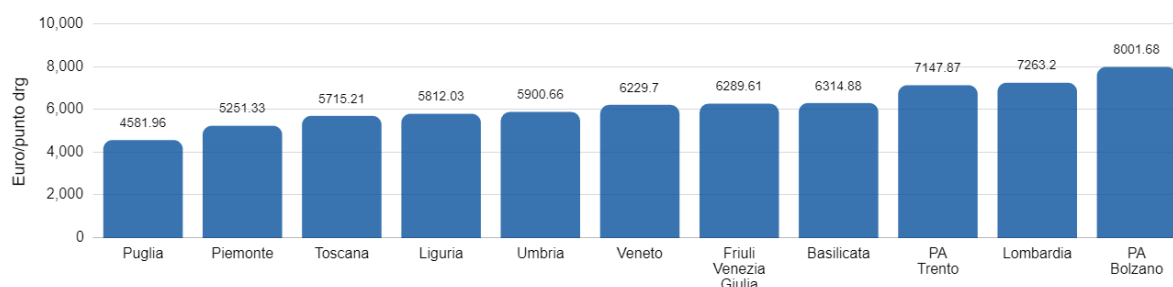
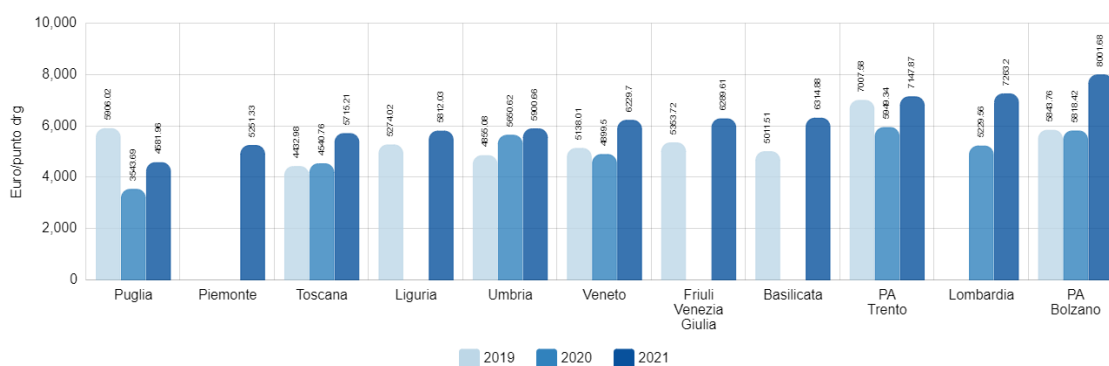


Figura 2.2.5 Trend costo medio per punto DRG anni 2019-2021



⁷ Costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria e per trapianti organi e tessuti (al netto della voce dell'acquisto di prestazioni sanitarie) diviso i punti DRG dei ricoveri erogati in strutture pubbliche con regime di degenza ordinaria/DH/DS.

2.3 La spesa sostenuta per l'offerta privata accreditata per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale

La programmazione sanitaria regionale ha previsto con la DGR 614/2019 n. 3.118 posti letto da privati accreditati per cure ai cittadini veneti (pari al 18% del totale posti letto per residenti in veneto) e n. 587 posti letto per attività nei confronti dei residenti di altre regioni.

I privati accreditati hanno effettuato nel 2021 n. 91.158 ricoveri per residenti in Veneto (pari al 17% dei ricoveri complessivamente erogati nella regione a residenti in veneto) e n. 32.167 per residenti extra Veneto. Hanno inoltre erogato n. 9.061.218 prestazioni di specialistica ambulatoriale per residenti in regione (pari al 14% delle prestazioni complessivamente erogate nella regione a residenti in Veneto) e n. 453.798 prestazioni per extra Veneto⁸.

Gli accessi ai pronto soccorsi delle strutture private accreditate sono stati nel 2021 n. 134.306 (pari al 9% del totale accessi PS della Regione Veneto).

E' stato assegnato, sempre nello stesso periodo, un budget di 636 milioni di euro a privati accreditati per erogare attività a cittadini regionali, di cui 384 milioni di euro per ricoveri, 123 milioni di euro per specialistica erogata da strutture private ospedaliere e 129 milioni di euro per specialistica erogata da strutture esclusivamente ambulatoriali.

⁸ Dati estratti dal DWH regionale nel mese di giugno 2022.

Tabella 2.3.1 N. ricoveri effettuati in strutture private accreditate anni 2018-2021 (fonte: DWH regionale, estrazione mese giugno 2022)

	2021	2020	2019	2018
N. ricoveri residenti in veneto	91.158	87.669	93.416	93.048
N. ricoveri residenti extra veneto	32.167	27.275	33.044	30.659
% dei ricoveri in strutture private per residenti in veneto	17,2%	16,8%	15,3%	15,2%

Tabella 2.3.2 N. prestazioni specialistiche erogate in strutture private accreditate anni 2018-2021 (fonte: DWH regionale, estrazione mese giugno 2022)

	2021	2020	2019	2018
N. prestazioni residenti in veneto	9.061.218	8.175.978	9.267.980	9.387.437
N. prestazioni residenti extra veneto	453.798	364.882	419.007	388.138
% delle prestazioni in strutture private per residenti in veneto	13,8%	15,0%	15,1%	15,7%

Tabella 2.3.3 N. accessi di Pronto Soccorso in strutture private accreditate anni 2018-2021 (fonte: DWH regionale, estrazione mese giugno 2022)

	2021	2020	2019	2018
N. accessi in strutture Private accreditate	134.306	118.748	151.253	141.247
Incidenza % accessi PS privati accreditati	8,8%	8,7%	7,8%	7,4%

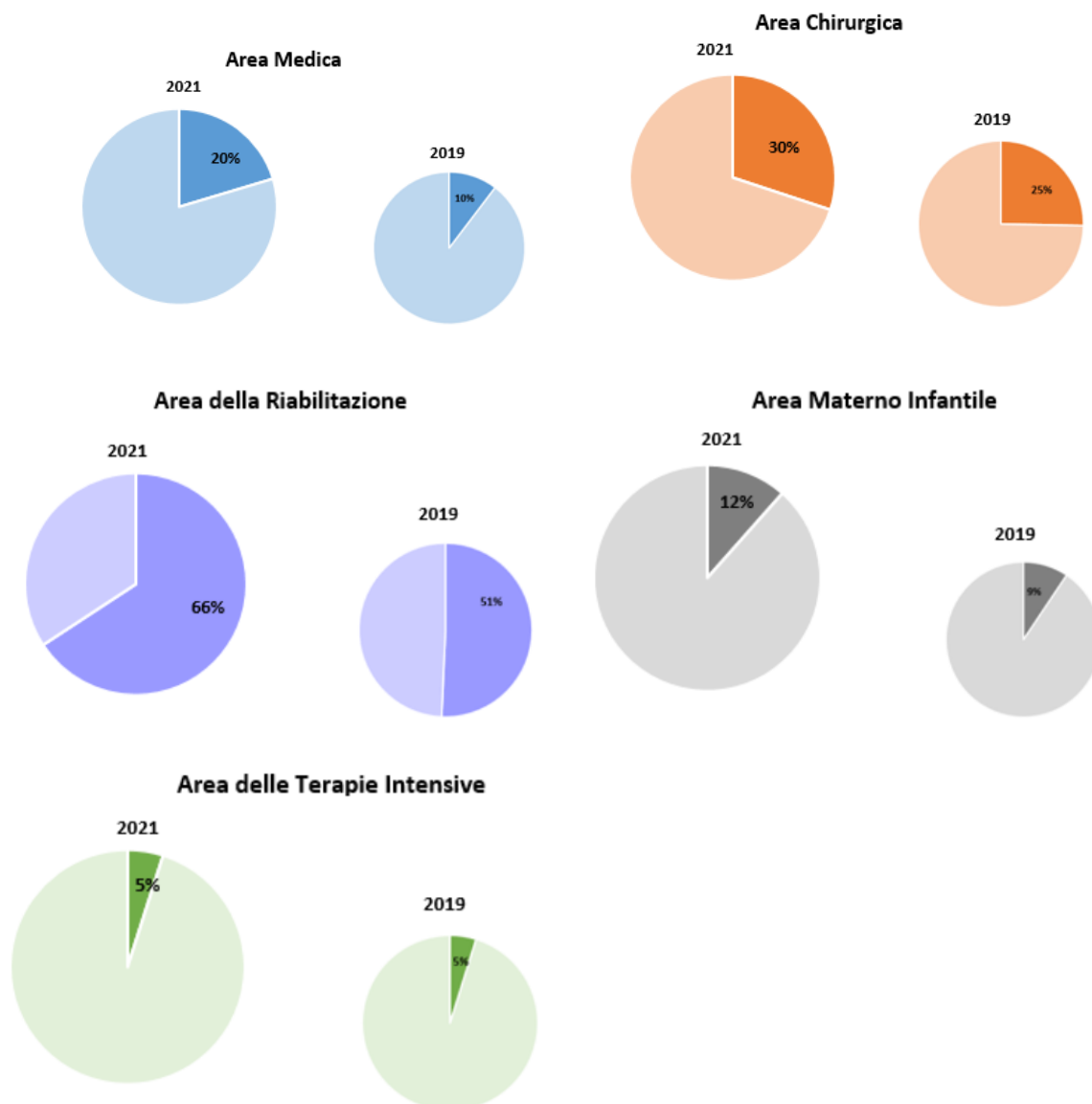
Tabella 2.3.4 Budget in Milioni di € assegnato ai privati accreditati anni 2019-2021

	2021	2020	2019
Budget per ricoveri residenti in veneto	384	375	371
Budget per specialistica ospedalieri residenti in veneto	123	133	131
Budget per specialistica ambulatoriali residenti in veneto	129	129	120
Totale	636	637	622

Nel 2021 sono stati effettuati da strutture private ricoveri di pazienti Covid-19 corrispondenti ad un valore economico pari a circa 9.6 milioni di euro e ricoveri per recupero delle liste d’attesa per un valore pari a circa 7.8 milioni di euro⁹. Sono inoltre state erogate prestazioni di specialistica ambulatoriale per il recupero delle liste d’attesa per un valore tariffario pari a circa 5.6 milioni di euro.

Per quanto riguarda l’attività di ricovero, si illustra di seguito quanto il privato contribuisce per ogni setting assistenziale, tenuto conto il valore totale di dimissioni effettuate nel 2021 e nel 2019.

Figura 2.3.1 Contributo del privato all’attività di ricovero per area anni 2019 e 2021

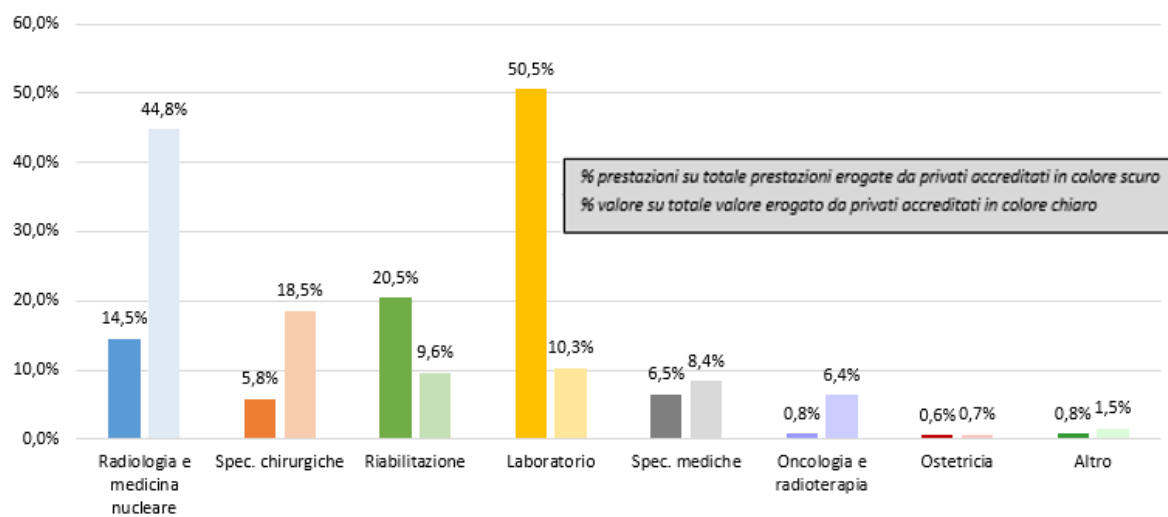


Dai grafici è facilmente riscontrabile come l’offerta privata sia molto forte nell’area della riabilitazione ospedaliera, con un incremento dell’attività erogata - espressa in termini economici -

⁹ Il valore economico è dato dalla tariffa prevista dal nomenclatore/tariffario regionale.

nel 2021 rispetto al 2019. Tale dato è coerente con quanto previsto dalla programmazione sanitaria ospedaliera¹⁰. Gli ospedali e le case di cura privati/e erogano poi poco meno di un terzo dell'attività ospedaliera chirurgica. L'aumento nell'area medica, infine, è conseguente anche al supporto che diverse strutture private hanno dato con l'attività legata al Covid-19 nel 2021. Per quanto riguarda, invece, l'erogazione di prestazioni di specialistica di seguito è rappresentata come risulta suddivisa l'attività del privato accreditato nel 2021 per le principali branche medico-specialistiche, sia in base al valore economico che alla numerosità.

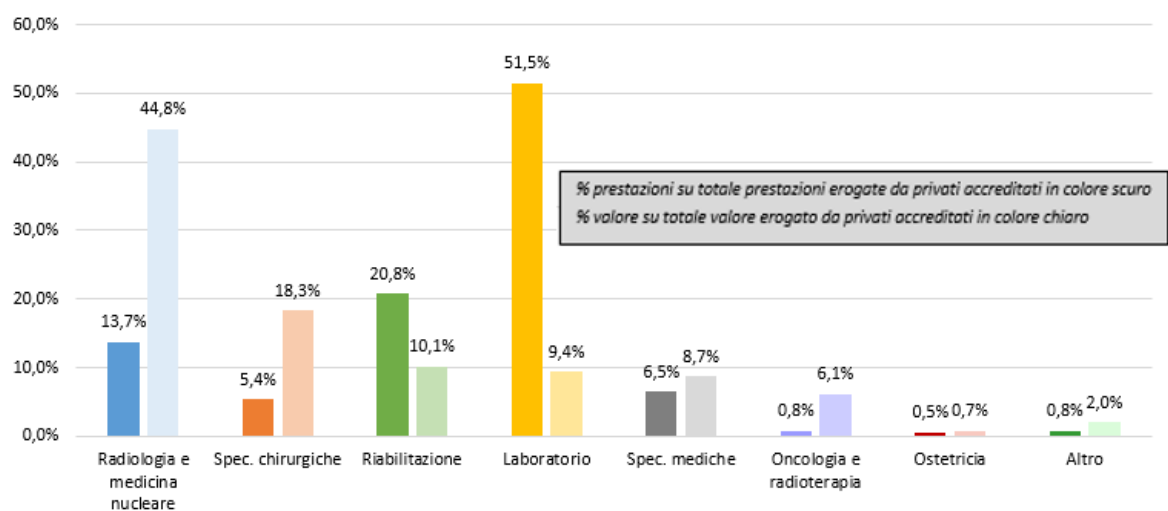
Figura 2.3.2 N. prestazioni e valore attività di specialistica ambulatoriale del privato accreditato per discipline anno 2021



Circa la metà (50,5%) delle prestazioni erogate dai privati è relativa al laboratorio analisi. La percentuale si riduce molto se espressa in termini di valore economico della stessa (le tariffe). Discorso opposto per la diagnostica radiologica e nucleare: in termini di volumi di prestazioni i centri privati hanno erogato poco più del 15% dell'attività, mentre in termini economici la percentuale è pari al 45%.

La stessa rappresentazione viene presentata anche con riferimento all'anno 2019.

Figura 2.3.3 N. prestazioni e valore attività di specialistica ambulatoriale del privato accreditato per discipline anno 2019



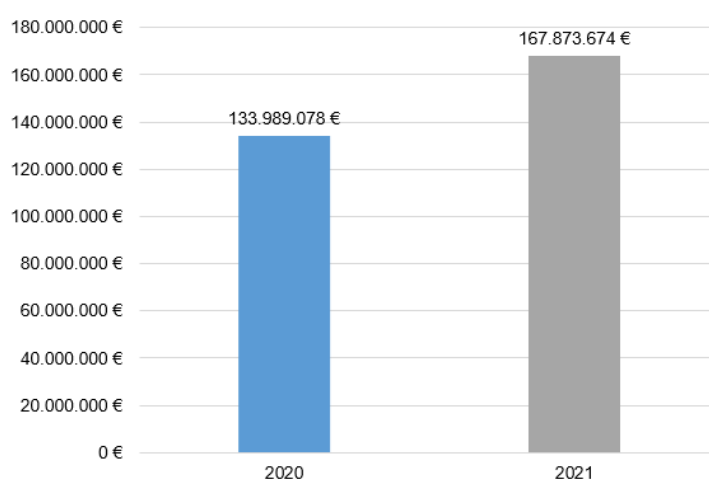
¹⁰ DGR n. 614/2019 considerando i posti letto delle seguenti discipline: 28-Unità spinale, 56-Recupero e riabilitazione funzionale, 60-Lungodegenza, 75-Neuroriabilitazione.

2.4 L’impatto della mobilità sanitaria interregionale

Analizzando l’andamento della mobilità sanitaria dei pazienti fuori regione nel biennio 2020 e 2021 si evidenzia un incremento del saldo regionale di circa 34 mln con un impatto positivo nel bilancio consolidato regionale 2021 per complessivi 167,8 milioni di euro. In altri termini, il valore economico dell’attività erogata dalle strutture sanitarie del Veneto - sia pubbliche che private - a pazienti residenti in altre regioni italiane è superiore al valore dell’attività in favore di residenti veneti ma erogata in aziende o strutture sanitarie di altre zone d’Italia.

Va precisato che il dato qui rappresentato è quello contabile, ovvero sono i valori economici esposti nel bilancio di esercizio consolidato del SSR. Questi discendono dagli accordi sulla mobilità interregionale tra regioni, formalizzati in occasione delle annuali intese sul riparto del Fondo Sanitario Nazionale. Considerando i meccanismi di regolazione e compensazione attuati, i valori “contabili” della mobilità interregionale - a livello complessivo regionale - non corrispondono con il valore economico dell’attività offerta o ricevuta nell’anno di riferimento, bensì - tendenzialmente - a quelli di uno o due anni prima.

Figura 2.4.1 Saldo mobilità veneto anni 2020-2021



Questo aspetto tecnico-contabile, come anticipato, ha effetti solo a livello consolidato. Infatti, la quadratura contabile con i valori delle intese di riparto nazionale è ottenuta mediante il bilancio di esercizio di Azienda Zero. Conseguentemente, i valori di mobilità attiva esposti dalle aziende sanitarie, per la parte attiva, corrispondono alla reale attività erogata nell’anno. La mobilità passiva, conseguentemente alle tempistiche di scambio dati tra regioni, è invece stimata.

Alla luce di queste premesse, di seguito si declina l’analisi per singola azienda sanitaria regionale e per livelli di assistenza.

Il trend del saldo di mobilità per gli anni 2020 e 2021 per ogni singola azienda sanitaria è positivo per la maggior parte, ad eccezione della Marca Trevigiana (-1,1 mln), Serenissima (-365 mila) e Pedemontana (-1,5 mln).

Analizzando i saldi di mobilità dei periodi 2020 e 2021 per linea di attività, a livello regionale l’unica voce che presenta un saldo negativo (mobilità passiva > mobilità attiva) è quella dei

trasporti sanitari pur essendoci comunque un miglioramento nel periodo (riduzione della fuga di circa 1 mln).

A livello di singola azienda sanitaria, il saldo di mobilità tra attiva e passiva nel periodo 2021 risulta negativo per la seguenti ULSS:

- Dolomiti ha un saldo di -1,4 mln dovuto dalla fuga dei propri residenti per attività di ricovero (-1,9 mln) e per effetto della somministrazione diretta di farmaci (-485 mila);
- Marca Trevigiana ha un saldo di -14 mln giustificato dal calo sia nell'attività di ricovero (-6 mln), sia nell'attività ambulatoriale (-5 mln) e infine nella somministrazione diretta farmaci (-4 mln);
- Serenissima ha un saldo di -10,5 mln determinato da una fuga dei pazienti ricoverati (-8 mln), attività ambulatoriale (-1,3 mln) e somministrazione diretta farmaci (-1,3 mln);
- Pedemontana ha un saldo di circa -12 mln causato da dal flusso di residenti ricoverati fuori regione (-10 mln) e pazienti che richiedono prestazioni ambulatoriali (-1 mln);
- Berica ha un saldo negativo di -1,2 mln interamente spiegato da pazienti residenti ricoverati fuori regione (-1,7 mln).

Figura 2.4.2 Saldo mobilità per azienda anni 2020-2021

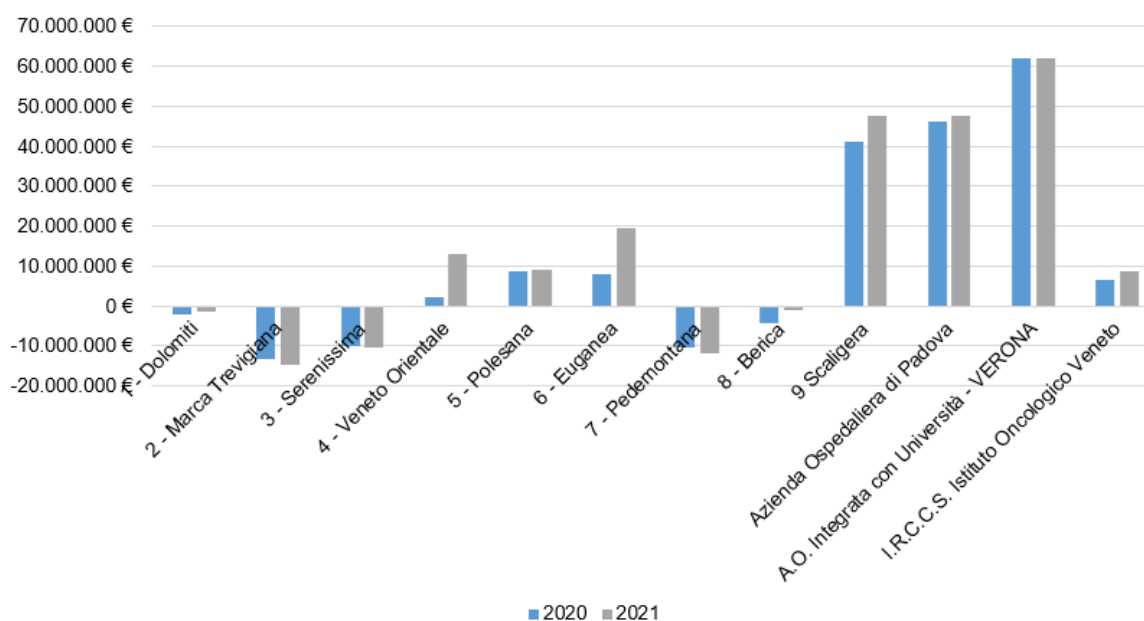


Figura 2.4.3 Saldo mobilità per linea di attività anni 2020-2021

	2020	2021	Delta importo	Delta %
Flusso A - Ricoveri	98.816.900 €	110.660.500 €	11.843.600 €	12%
Flusso B -Medicina di Base	699.223 €	947.620 €	248.397 €	36%
flusso C - Specialistica Ambulatoriale	33.129.317 €	45.031.442 €	11.902.125 €	36%
Prestazioni pronto soccorso non seguite da ricovero	5.094 €	1.816.615 €	1.811.521 €	35562%
Flusso D - Farmaceutica	1.084.615 €	1.583.942 €	499.327 €	46%
Flusso E - Terme	418.474 €	5.202.021 €	4.783.547 €	1143%
Flusso F - Somministrazione Diretta Farmaci	292.027 €	2.225.791 €	1.933.764 €	662%
Flusso G - Trasporti	-2.734.814 €	-1.640.182 €	1.094.632 €	40%
Disabili cronici	2.278.242 €	2.045.925 €	-232.317 €	-10%

Figura 2.4.4 Saldo mobilità per linea di attività per Azienda anno 2021

Azienda inviante	Flusso A - Ricoveri	Flusso B - Medicina di Base	flusso C - Specialistica Ambulatoriale	Prestazioni pronto soccorso non seguite da ricovero	Flusso D - Farmaceutica	Flusso E - Terme	Flusso F - Somministrazione Diretta Farmaci	Flusso G - Trasporti	DISABILI CRONICI PASSIVA	TOTALE
1 - DOLOMITI	- 1.976.159	- 19.583	85.831	478.560	66.951	- 27.096	- 485.783	406.610	-	- 1.470.669
2 - MARCA TREVIGIANA	- 6.027.357	274.440	- 4.854.495	- 84.761	262.880	- 133.675	- 4.072.199	- 283.695	292.479	- 14.626.383
3 - SERENISSIMA	- 8.019.154	45.745	- 1.237.874	148.597	83.379	- 31.547	- 1.315.794	- 190.966	- 18.835	- 10.536.449
4 - VENETO ORIENTALE	10.564.545	47.041	6.429.197	24.516	148.518	630.915	- 4.742.339	- 45.532	-	13.056.861
5 - POLESANA	3.444.760	- 27.714	6.072.984	169.287	64.479	- 36.639	- 2.229.462	- 67.408	1.716.588	9.106.875
6 - EUGANEA	3.534.243	93.931	11.870.199	- 179.997	244.364	5.486.236	- 1.336.071	- 487.866	155.800	19.380.839
7 - PEDEMONTANA	- 9.885.325	42.242	- 1.074.822	21.074	96.412	- 107.912	- 772.808	- 236.514	30.346	- 11.887.307
8 - BERICA	- 1.771.113	128.363	745.974	- 16.959	137.112	- 98.204	117.287	- 421.559	-	- 1.179.099
9 - SCALIGERA	35.479.960	363.155	9.828.737	330.635	479.847	- 480.057	2.555.580	- 787.157	- 130.453	47.640.247
Az. Osped. Padova	37.705.460	-	5.156.823	458.443	-	-	4.228.410	109.523	-	47.658.659
AOUI - Az. Osp. Universitaria Integ	45.216.855	-	8.569.331	467.220	-	-	7.537.781	361.869	-	62.153.056
Istituto Oncologico Veneto	2.393.785	-	3.439.557	-	-	-	2.741.189	2.513	-	8.577.044

Analizzando il trend del biennio per singola azienda (vedasi tabelle successive), emerge che vi sono realtà che migliorano il saldo di mobilità (valori positivi) e realtà territoriali che, invece, riducono il saldo (valori negativi) di mobilità.

Prendendo come riferimento nell'analisi le aziende che hanno un saldo negativo nel 2021, si può osservare che il loro andamento nel biennio risulta essere differente. In particolare, vi sono due aziende (Dolomiti e Berica) che riducono il gap negativo del saldo tra il 2020 e il 2021 mentre le altre realtà (Marca Trevigiana, Serenissima e Pedemontana) che presentano un trend di costante peggioramento dei valori di mobilità.

Si riporta nella tabelle successive, il delta in valore assoluto e percentuale tra il saldo di mobilità 2021 e il saldo di mobilità 2020 per azienda con il dettaglio dell'attività.

Ad eccezione delle tre aziende che continuano a vedere una variazione negativa dei saldi di mobilità (Marca Trevigiana, Serenissima e Pedemontana) si segnala che due aziende stanno peggiorando la mobilità dei pazienti ricoverati:

- Polesana peggiora la mobilità attiva (-650 mila)
- Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona peggiora l'attrazione (-1,2 mln)

Figura 2.4.5 Variazione 2021-2020 saldo mobilità per linea di attività per azienda

Azienda inviante	Flusso A - Ricoveri	Flusso B - Medicina di Base	flusso C - Specialistica Ambulatoriale	Prestazioni pronto soccorso non seguite da ricovero	Flusso D - Farmaceutica	Flusso E - Terme	Flusso F - Somministrazione Diretta Farmaci	Flusso G - Trasporti	DISABILI CRONICI	TOTALE
1 - DOLOMITI	- 406.458	7.180	476.701	105.229	33.451	64.064	312.970	- 83.677	-	509.460
2 - MARCA TREVIGIANA	- 632.734	63.267	- 529.649	128.237	108.561	246.922	- 691.168	193.102	- 61.689	- 1.175.151
3 - SERENISSIMA	- 1.186.539	2.456	48.553	201.063	68.562	171.394	115.728	213.014	-	- 365.769
4 - VENETO ORIENTALE	9.604.477	11.932	1.761.199	105.978	82.312	147.414	- 620.139	- 35.744	-	11.057.429
5 - POLESANA	- 1.026.834	11.266	1.039.663	156.615	28.654	85.307	- 10.270	179.259	- 169.675	293.985
6 - EUGANEA	2.385.667	62.738	5.370.741	200.530	110.070	3.109.979	84.189	244.080	- 709	11.567.285
7 - PEDEMONTANA	- 1.895.365	8.743	223.292	39.538	27.056	166.883	- 105.926	- 15.553	- 244	- 1.551.576
8 - BERICA	2.166.126	22.494	63.321	91.154	50.865	181.203	603.962	- 7.309	-	3.171.816
9 - SCALIGERA	2.648.747	58.321	1.875.929	491.858	- 10.204	610.381	514.370	347.214	-	6.536.616
Az. Osped. Padova	354.839	-	26.401	176.468	-	-	972.766	55.201	-	1.585.675
AOUI - Az. Osp. Universitaria Integ	1.272.395	-	746.336	114.851	-	-	530.813	5.181	-	124.786
Istituto Oncologico Veneto	1.104.069	-	799.638	-	-	-	226.469	- 136	-	2.130.040
RVE	11.843.600	248.397	11.902.125	1.811.521	499.327	4.783.547	1.933.764	1.094.632	- 232.317	33.884.596

Figura 2.4.6 Variazione % 2021-2020 saldo mobilità per linea di attività per azienda

Azienda inviante	Flusso A - Ricoveri	Flusso B - Medicina di Base	flusso C - Specialistica Ambulatoriale	Prestazioni pronto soccorso non seguite da ricovero	Flusso D - Farmaceutica	Flusso E - Terme	Flusso F - Somministrazione Diretta Farmaci	Flusso G - Trasporti	DISABILI CRONICI	TOTALE
1 - DOLOMITI	-26%	27%	122%	28%	100%	70%	39%	-17%	0%	26%
2 - MARCA TREVIGIANA	-12%	30%	-12%	60%	70%	65%	-20%	40%	-17%	-9%
3 - SERENISSIMA	-17%	6%	4%	383%	463%	84%	8%	53%	0%	-4%
4 - VENETO ORIENTALE	1000%	34%	38%	130%	124%	30%	-15%	-365%	0%	553%
5 - POLESANA	-23%	29%	21%	1236%	80%	70%	0%	73%	-9%	3%
6 - EUGANEA	208%	201%	83%	53%	82%	131%	6%	33%	0%	148%
7 - PEDEMONTANA	-24%	26%	17%	214%	39%	61%	-16%	-7%	-1%	-15%
8 - BERICA	55%	21%	9%	84%	59%	65%	124%	-2%	0%	73%
9 - SCALIGERA	8%	19%	24%	305%	-2%	56%	25%	31%	0%	16%
Az. Osped. Padova	1%	0%	1%	63%	0%	0%	30%	102%	0%	3%
AOUI - Az. Osp. Universitaria Integ	-3%	0%	10%	33%	0%	0%	8%	1%	0%	0%
Istituto Oncologico Veneto	86%	0%	30%	0%	0%	0%	9%	-5%	0%	33%

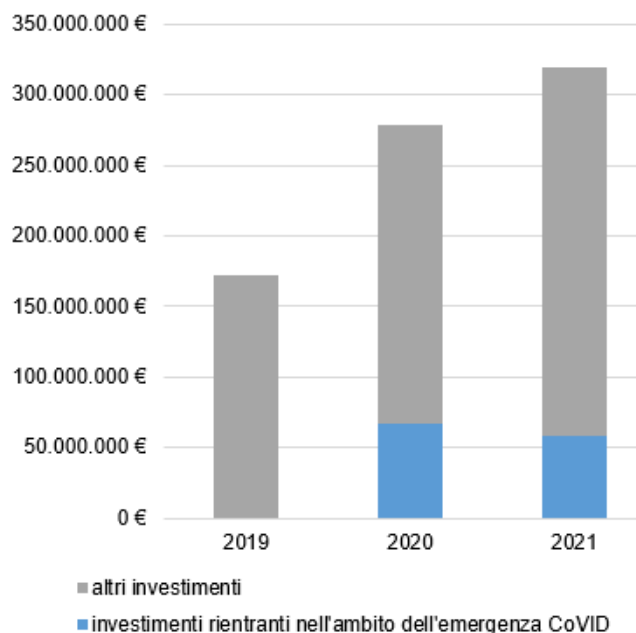
2.5 La spesa per gli investimenti

2.5.1 Il quadro degli investimenti nel triennio: trend e relazione con i finanziamenti

Dall'analisi dei piani di investimento delle aziende sanitarie si può evincere immediatamente come nell'ultimo triennio le aziende abbiano sostenuto investimenti sempre maggiori, con un trend in costante crescita. Il valore del capitalizzato nel 2019, ultimo anno prima dell'impatto generato dalla pandemia Covid-19, è stato di poco inferiore ai 172 milioni di euro, importo che ha subito un incremento di oltre 100 milioni nell'anno successivo, passando a 278 milioni e che nel

2021 si è assestato intorno ai 319,5 milioni (331 milioni considerando anche gli investimenti compiuti da Azienda Zero, gran parte dei quali effettuati per attività in favore dell'intero SSR). Nel grafico successivo si può facilmente notare l'incremento avvenuto nell'ultimo triennio e l'impatto della pandemia, di cui si specifica nel seguito.

Figura 2.5.1 Trend investimenti anni 2019-2021



Si evidenzia come l'impatto dell'emergenza sanitaria generata dalla pandemia da Covid-19 abbia influito in modo rilevante sul peso degli investimenti compiuti dalle aziende sanitarie, con una incidenza pari a circa un quarto degli investimenti effettuati nel 2020 (23,9%) e del 18,3% nel 2021. È altresì opportuno evidenziare come il trend degli stessi fosse comunque in incremento, anche senza considerare i cespiti acquisiti a seguito dell'emergenza, con un tasso annuo di crescita di circa il 23%.

La tabella successiva sintetizza le considerazioni appena esposte in termini di valori assoluti (il dato non comprende Azienda Zero).

Tabella 2.5.1 Dettaglio investimenti anni 2019-2021

	2019	2020	2021	Totale complessivo
Importo capitalizzato al netto di Azienda Zero	171.893.734,01 €	278.074.087,41 €	319.404.889,17 €	769.372.710,59 €
Investimenti rientranti nell'ambito dell'emergenza CoVID	0,00 €	66.445.639,92 €	58.463.343,94 €	124.908.983,86 €
Altri investimenti	171.893.734,01 €	211.628.447,49 €	260.941.545,24 €	644.463.726,74 €

La tabella seguente mostra i livelli complessivi di investimenti nelle singole aziende nel triennio in analisi e, singolarmente sull'anno. Complessivamente gli stessi rispecchiano la dimensione territoriale delle aziende e la complessità degli Ospedali che vi afferiscono, con l'eccezione delle aziende territoriali dove insistono le due aziende ospedaliero-universitarie e l'IRCCS Oncologico. Tuttavia è opportuno evidenziare come si riscontrino alcuni casi dove si verifica un forte impatto per la capitalizzazione di specifiche linee di investimento pluriennali. Tra queste si ricordano, le principali:

- i lavori per l'Ospedale di Asiago per circa 27 milioni (anno 2021);
- la capitalizzazione della fase 2 del Project Financing dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona (22 milioni nel 2021);
- la ristrutturazione del padiglione Gaggia dell'Ospedale San Giovanni e Paolo (9,2 milioni nel 2021);
- la nuova Piastra Operatoria di Feltre (19 milioni nel 2020)

Tabella 2.5.2 Totale capitalizzato per azienda anni 2019-2021

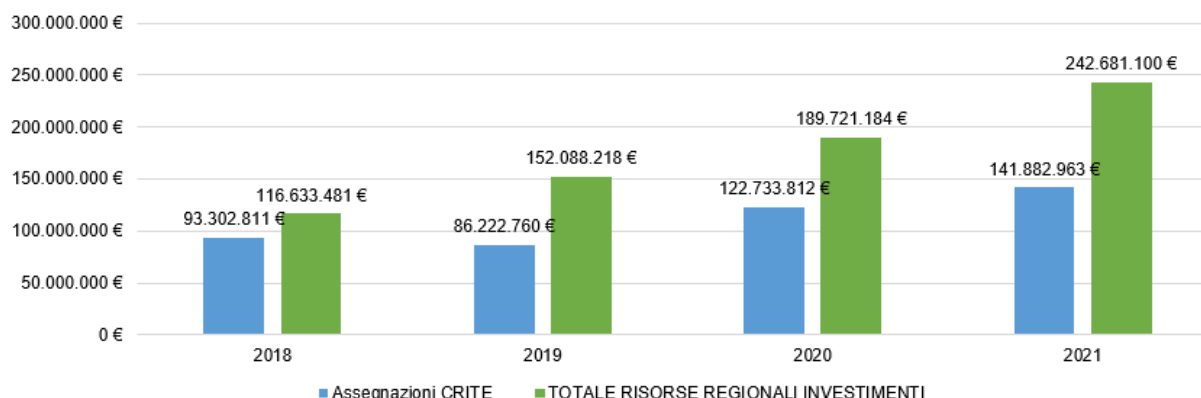
	2019	2020	2021	Totale complessivo
1 - Dolomiti	7.696.144,99 €	39.927.460,65 €	16.137.449,04 €	63.761.054,68 €
2 - Marca	30.243.502,14 €	28.877.157,06 €	27.304.805,48 €	86.425.464,68 €
3 - Serenissima	17.852.001,01 €	31.446.406,80 €	40.818.518,83 €	90.116.926,64 €
4 - Veneto Orientale	10.074.982,72 €	12.647.593,11 €	18.309.656,12 €	41.032.231,95 €
5 - Polesana	10.308.929,55 €	16.903.193,90 €	20.394.672,31 €	47.606.795,76 €
6 - Euganea	15.758.193,67 €	26.490.756,34 €	22.991.492,11 €	65.240.442,12 €
7 - Pedemontana	12.196.737,45 €	15.748.427,88 €	46.050.556,73 €	73.995.722,06 €
8 - Berica	21.086.906,45 €	41.298.464,02 €	29.139.406,79 €	91.524.777,26 €
9 - Scaligera	9.684.363,68 €	21.698.161,69 €	14.684.844,42 €	46.067.369,79 €
AOUPD	15.391.548,21 €	18.945.673,20 €	32.119.651,10 €	66.456.872,51 €
AOUIVR	19.127.035,63 €	19.854.811,84 €	46.127.147,20 €	85.108.994,67 €
IOV	2.473.388,51 €	4.235.980,92 €	5.326.689,05 €	12.036.058,48 €
Totale complessivo	171.893.734,01 €	278.074.087,41 €	319.404.889,17 €	769.372.710,59 €

Contestualmente anche il livello dei fondi regionali destinati al finanziamento degli investimenti delle aziende sanitarie si è incrementato (con un significativo rialzo se si va a considerare anche l'esercizio 2018).

Tuttavia, ad un'analisi più approfondita, si può constatare come l'incremento in parola sia in realtà dovuto ad accantonamenti derivanti da "residui" dei fondi stanziati l'anno precedente e non utilizzati dalle aziende. Al netto di tali disponibilità residue, le risorse regionali destinate agli investimenti, ad integrazione delle risorse aziendali e di quelle provenienti direttamente dallo Stato, rimangono assestate su un livello più o meno costante tra i 115 e i 135 milioni di euro.

Nel grafico seguente sono indicati i livelli delle risorse complessive¹¹ assegnate dalla Regione agli investimenti, in rapporto a quanto assegnato annualmente dalla Giunta Regionale su parere della Commissione Regionale per gli Investimenti in tecnologia ed Edilizia (CRITE).

Figura 2.5.2 Investimenti e risorse dedicate anni 2018-2021



2.5.2 Le aree di investimento e le determinanti di spesa

Il quadro complessivo degli investimenti suddiviso per tipologia e con l'evidenza dei trend nel triennio in analisi, nonché dell'impatto di ciascuna categoria sul valore complessivo pre e post Covid-19, è sintetizzato nella tabella seguente (i dati comprendono investimenti di Azienda Zero).

Tabella 2.5.3 Totale capitalizzato per categoria investimento anni 2019-2021

Categoria investimento	2019	2020	2021	Totale complessivo
Altri beni	18.603.861,42 €	22.121.312,07 €	25.340.240,59 €	66.065.414,08 €
Attrezzature	73.114.731,34 €	123.461.428,41 €	112.155.854,94 €	308.732.014,69 €
Edilizia	63.005.340,01 €	109.751.781,43 €	158.549.540,80 €	331.306.662,24 €
Informatica	17.169.801,24 €	36.465.550,17 €	34.908.313,55 €	88.543.664,96 €
Totale complessivo	171.893.734,01 €	291.800.072,08 €	330.953.949,87 €	794.647.755,96 €

Analizzando l'incidenza delle categorie di investimento a livello consolidato, all'interno del triennio in analisi, si possono mettere in luce alcune considerazioni rilevanti.

➤ Edilizia Sanitaria

Gli investimenti correlati all'edilizia ed ai lavori impiantistici rappresentano l'area senza dubbio a più forte e costante incremento, con un aumento annuo di cespiti capitalizzati

¹¹ Sia risorse in conto capitale che di parte corrente.

compreso tra i 46,7 ed i 48,8 milioni di euro (rispettivamente +74% tra il 2020 ed il 2019 e +44,5% tra il 2021 ed il 2020).

Anche in questo caso, tuttavia, va evidenziato l'impatto della pandemia scoppiata all'inizio del 2020: i precedenti incrementi annui evidenziati, senza considerare gli investimenti correlati al Covid-19 sarebbero risultati pari a 29,7 e 43,8 milioni ossia un incremento relativo del 47% annuo, senz'altro rilevante, ma più in linea con l'incremento annuo degli investimenti al netto di quelli Covid-19, rispettivamente pari a +31% e +20%.

In effetti l'impatto delle linee di investimento correlate all'edilizia ed impiantistica risultava, nel 2019, ultimo anno prima della pandemia, pari al 36,7% del totale dei cespiti capitalizzati in un esercizio, risultando ora (consuntivo 2021) pari a quasi il 48% del totale degli investimenti annui capitalizzati. E' evidente che fenomeni quali l'arrivo a conclusione di ingenti investimenti pluriennali possono incidere in maniera determinante su alcuni esercizi specifici (es. capitalizzazione Ospedale di Asiago per l'ASL 7 Pedemontana nel 2021 o la realizzazione della Piastra Operatoria di Feltre nell'esercizio 2020). A questi fenomeni principali, si aggiunge, pur in misura minore, l'effetto Covid-19, che ha comunque richiesto investimenti anche sul fronte edile (si pensi agli allestimenti dei pre-triage per citare un esempio ricorrente)

I grafici seguenti mostrano il trend degli investimenti in edilizia, rispetto al totale del capitalizzato nell'ultimo triennio, con esclusione di quelli correlati al Covid, e la composizione, sul totale triennale, degli investimenti a maggior impatto nella categoria in analisi.

Figura 2.5.3 Investimenti in area edilizia rispetto agli investimenti complessivi anni 2019-2021

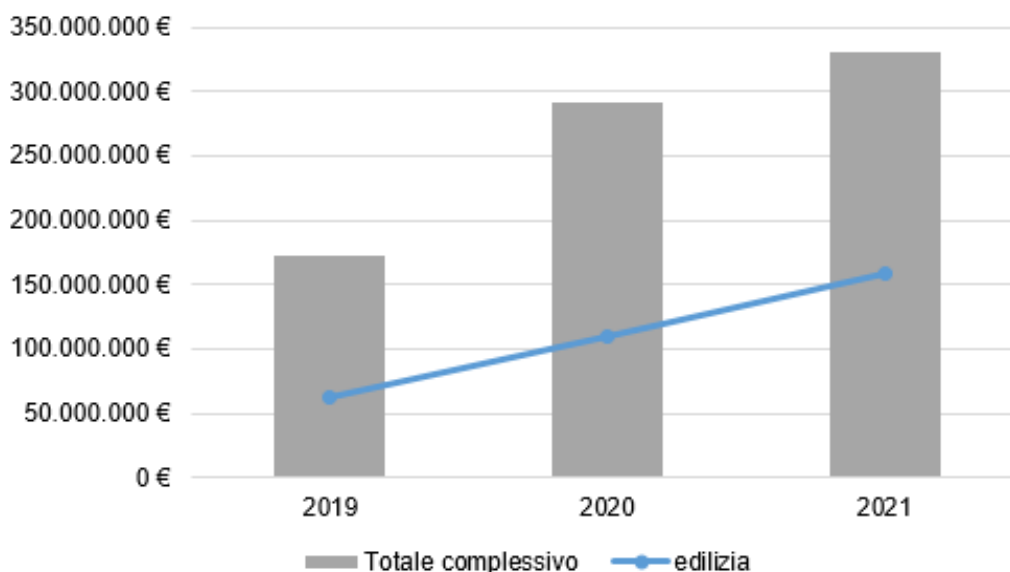
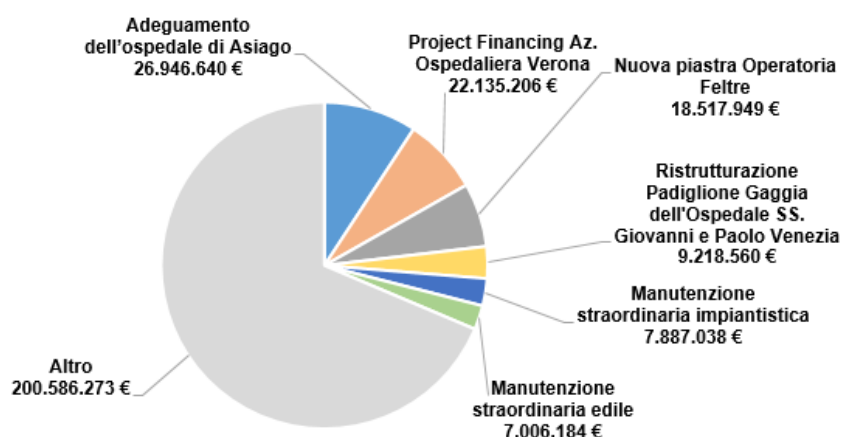


Figura 2.5.4 Principali investimenti in area edilizia/impiantistica anni 2019-2021

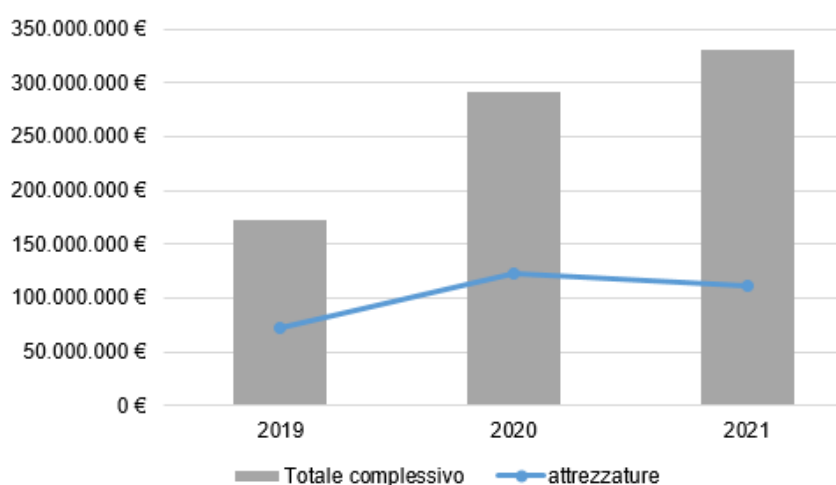


➤ **Attrezzature sanitarie**

Gli investimenti in attrezzature sanitarie rappresentano la seconda categoria di investimenti quanto a rilevanza degli importi impiegati complessivamente nel triennio 2019-2021. Tuttavia queste linee di investimento hanno avuto un andamento molto irregolare in questi ultimi esercizi. Le attrezzature infatti, con i loro 73 milioni capitalizzati nel 2019 su un totale di poco inferiore ai 172 milioni di investimenti, rappresentavano il 42,5% del totale degli importi capitalizzati nel 2019, superando anche l'edilizia di 10 milioni.

L'incremento registrato negli anni è stato però molto variabile: nel 2020 si è registrato un aumento del 69%, mentre nel 2021 si è registrata una contrazione di tale classe di beni che ha visto ridursi il totale dei cespiti capitalizzati di 11,3 milioni, pari a -9,2%. Ciò porta ad un peso del valore delle stesse sul totale degli investimenti di poco inferiore al 34%.

Come già registrato per gli investimenti in edilizia, anche per le attrezzature i dati esposti subiscono importanti variazioni, una volta esclusi i cespiti acquistati a seguito delle azioni di contenimento della pandemia da SARS COV-2. Le precitate variazioni sugli importi investiti subiscono infatti una decisa contrazione in valore assoluto al netto dei beni correlati al Covid-19: l'incremento del 2020 rispetto al 2019 risulterebbe pari a 7,8 milioni (+10,7%) mentre la riduzione negli investimenti tra il 2020 e il 2021 si circoscriverebbe ampiamente, risultando un sostanziale allineamento (-750 mila euro, pari a -0,9%).

Figura 2.5.5 Investimenti in attrezzature rispetto agli investimenti complessivi anni 2019-2021

Per questa categoria di beni l'impennata avuta nel 2020 rispetto all'anno precedente testimonia come i maggiori sforzi per contrastare la pandemia si siano concentrati nell'acquisizione di nuove di attrezzature.

Di seguito si propone la lettura non solo del trend degli investimenti in attrezzature rispetto al totale del capitalizzato nell'ultimo triennio e la composizione, sul totale triennale, degli investimenti a maggior impatto nella categoria in analisi, ma altresì le componenti più significative di investimenti destinati a fronteggiare la pandemia. Questi ultimi, in ogni caso, sono sempre correlati ad investimenti di non ingente valore unitario, ma impattanti anche in considerazione dei quantitativi acquistati (es. sistemi radiologici portatili, ecografi, ventilatori polmonari, carrelli di emergenza, defibrillatori, apparecchi per ossigenoterapia, centrali di monitoraggio, estrattore di acidi nucleici, pompe per infusione, etc...)

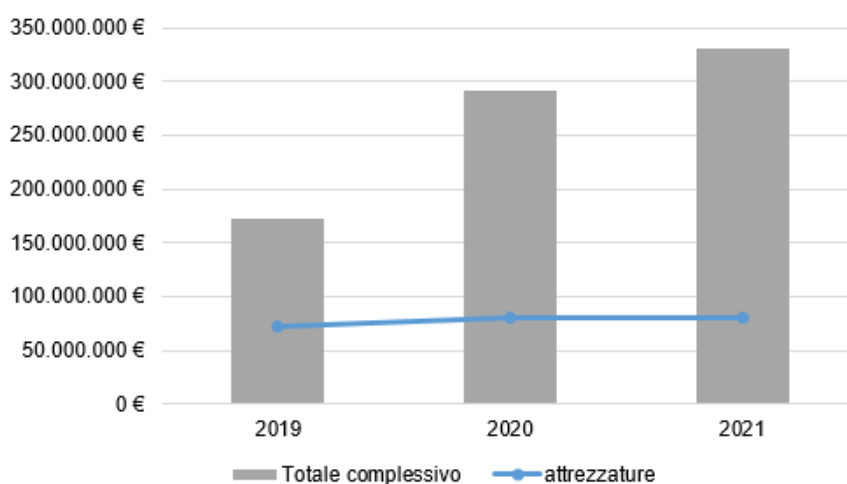
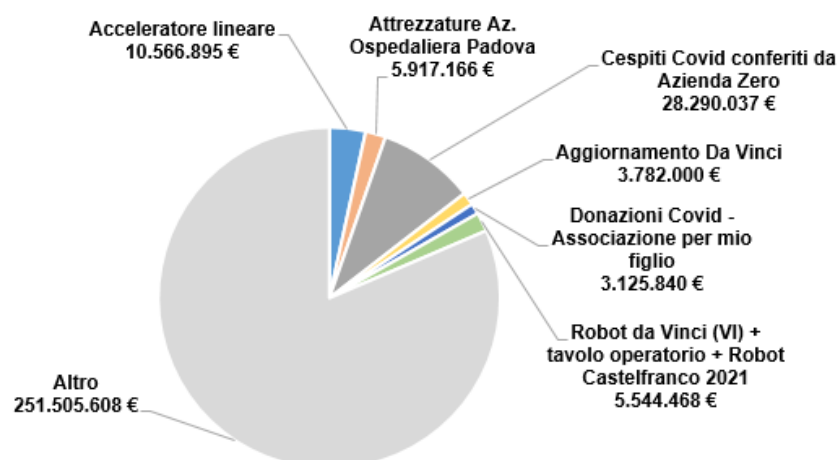
Figura 2.5.6 Investimenti in attrezzature rispetto agli investimenti complessivi anni 2019-2021 (senza impatto Covid)

Figura 2.5.4 Principali investimenti in attrezzature anni 2019-2021

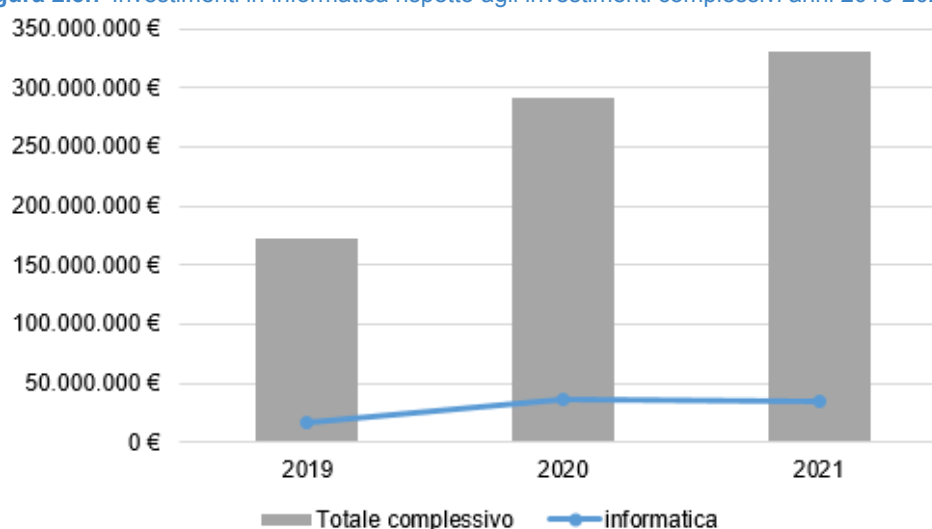


➤ Informatica

L'informatica costituisce un'ultima categoria sulla quale si ritiene necessario esplicitare alcune considerazioni. Ancorché rappresenti la categoria di cespiti che nel 2019 aveva il minor peso sulle capitalizzazioni complessive a livello regionale (17,1 milioni su 171,9 pari al 10%), gli investimenti in tecnologia informatica hanno avuto il maggior incremento in valore relativo nel 2020. L'incremento infatti è stato di oltre 19 milioni in valore assoluto che si riducono a 16,1 mln, escludendo gli investimenti connessi alla pandemia, il che si traduce, sostanzialmente, in un raddoppio del volume di investimenti.

Tuttavia questo forte incremento registrato tra il 2019 ed il 2020 non ha avuto la medesima entità nel 2021, anno nel quale si è registrata una contrazione del 4,3% (-1,5 milioni) che, escludendo gli investimenti Covid-19, è ancora più marcata (- 8,2%).

Figura 2.5.7 Investimenti in informatica rispetto agli investimenti complessivi anni 2019-2021



Quanto riportato deve essere inserito nel contesto attuale che prevede la riduzione degli investimenti da parte delle aziende sanitarie ed il contestuale impegno, da parte di Azienda Zero, nella gestione (spesso anche dal punto di vista economico-finanziario) dei seguenti processi. Tra i principali:

- avvio del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) che, di fatto, solo in parte si configura come un investimento di cespiti (per la restante parte è un'acquisizione di un servizio);
- sviluppo del fascicolo sanitario elettronico regionale (FSER) e delle infrastrutture delle aziende sanitarie.

3. La performance economica e finanziaria del SSR

3.1 La performance economica del SSR

Nel 2021 il SSR ha conseguito un risultato economico positivo complessivo pari a 9,8 milioni di euro.

Il bilancio consolidato delle aziende del sistema sanitario Veneto (esclusa Azienda Zero) al 31/12/2021 si chiude con una perdita complessiva di 362,8 milioni di Euro, contro i 356,9 milioni di euro del 2020 e i 71,1 milioni di euro del 2019.

Le aziende Ulss Marca Trevigiana, Veneto Orientale e lo IOV hanno chiuso il bilancio 2021 con un risultato di esercizio positivo. Tutte le restanti aziende Ulss (Dolomiti, Serenissima, Polesana, Euganea, Pedemontana, Berica e Scaligera), l'AOPD e l'AOUIVR hanno chiuso il loro bilancio con una perdita.

Tuttavia le perdite registrate devono necessariamente tenere conto del forte impatto dell'emergenza sanitaria e della situazione generale di incertezza previsionale nella determinazione dei fabbisogni che ha caratterizzato anche l'anno 2021, come il precedente. A seguire si rappresentano i dati di sintesi di come il risultato d'esercizio 2021 delle aziende sanitarie sia stato influenzato dalla gestione dell'emergenza Covid-19.

Figura 3.1.1 Impatto Covid-19 sui risultati di esercizio delle aziende anno 2021 (Fonte: FM Bilancio regionale)

AZIENDE	Risultato d'esercizio CE 2021	Risultato d'esercizio CE COVID 2021	Risultato d'esercizio al netto CE COVID 2021
1 - Dolomiti	-19.077.966,18	-2.689.702,12	-16.388.264,06
2 - Marca Trevigiana	129.489,59	-5.681.784,57	5.811.274,16
3 - Serenissima	-145.907.747,81	-23.733.914,57	-122.173.833,24
4 - Veneto Orientale	205.073,02	-3.305.991,58	3.511.064,60
5 - Polesana	-42.823.789,84	-4.947.526,16	-37.876.263,68
6 - Euganea	-34.678.991,50	-35.395.346,57	716.355,07
7 - Pedemontana	-6.269.821,57	-7.537.283,72	1.267.462,15
8 - Berica	-18.346.407,81	-11.916.964,85	-6.429.442,96
9 - Scaligera	-985.555,84	-29.862.546,56	28.876.990,72
Ao Padova	-56.744.853,75	-5.872.956,51	-50.871.897,24
Aoui Verona	-37.981.589,72	-5.776.297,46	-32.205.292,26
IOV	980.008,21	-162.755,27	1.142.763,48
AZIENDA ZERO	371.340.856,24	-7.719.931,29	379.060.787,53

Tabella 3.1.1 Riclassificazione Conto economico consolidato a Valore aggiunto anni 2019-2021

Descrizione Conto CE	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	Consuntivo 2021
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	10.051.039.205,56	10.741.137.847,66	11.201.691.683,18
AA0010 (A.1) Contributi in c/esercizio)	9.161.741.791,62	9.991.957.592,91	10.051.690.581,39
AA0240 (A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti)	-173.544.215,58	-191.753.385,42	-184.728.677,19
AA0270 (A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	38.022.619,96	59.228.525,68	311.239.510,05
AA0320 (A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria)	647.625.618,96	568.938.864,92	590.196.001,86
AA0750 (A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi)	111.918.773,01	113.639.351,45	200.514.915,75
AA0940 (A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket))	177.038.866,82	119.023.183,18	127.698.654,91
AA1050 (A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni)	85.957,93	36.601,19	9.607,52
AA1060 (A.9) Altri ricavi e proventi)	88.149.792,84	80.067.113,75	105.071.088,89
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	6.523.155.637,18	6.866.557.323,93	7.363.081.753,97
BA0020 (B.1.A) Acquisti di beni sanitari)	1.576.862.682,95	1.965.926.048,19	2.186.180.381,08
BA0310 (B.1.B) Acquisti di beni non sanitari)	26.088.815,78	28.275.873,05	28.789.239,44
BA0400 (B.2.A) Acquisti servizi sanitari)	3.836.764.088,75	3.877.802.736,52	4.100.510.665,98
BA1560 (B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari)	717.334.630,74	729.818.683,24	858.579.280,26
BA1910 (B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata))	214.265.647,80	226.809.635,94	233.302.693,24
BA1990 (B.4) Godimento di beni di terzi)	128.179.256,48	127.533.145,41	138.192.603,26
BA2500 (B.9) Oneri diversi di gestione)	39.165.053,11	48.800.223,74	42.332.077,12
BA2660 (B.13) Variazione delle rimanenze)	-15.504.538,43	-138.409.022,16	-224.805.186,41
C) VALORE AGGIUNTO (A-B)	3.527.883.568,38	3.874.580.523,73	3.838.609.929,21
BA2080 (Totale Costo del personale)	2.789.904.090,75	2.907.024.103,41	2.975.847.797,63
E (EBITDA o MARGINE OPERATIVO LORDO o MARGINE SANITARIO LORDO (C-D))	737.979.477,63	967.556.420,32	862.762.131,58
F (AMMORTAMENTI, SVALUTAZIONI E ACCANTONAMENTI)	732.973.951,45	998.388.038,15	906.329.057,76
BA2570 (B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali)	26.358.662,65	27.625.140,83	27.730.574,61
BA2580 (B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali)	213.386.968,27	225.498.097,38	246.058.591,91
BA2630 (B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti)	8.256.744,60	9.553.652,97	10.296.401,94
BA2690 (B.14) Accantonamenti dell'esercizio)	484.971.575,93	735.711.146,97	622.243.489,30
H (RISULTATO DELLA GESTIONE EXTRACARATTERISTICA)	36.919.462,14	40.189.369,58	51.385.570,35
CZ9999 (Totale proventi e oneri finanziari (C))	-2.175.185,99	-1.609.462,16	-691.974,46
DZ9999 (Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D))	886.869,51	0,00	1.368.681,00
EZ9999 (Totale proventi e oneri straordinari (E))	38.207.778,62	41.798.831,74	50.708.863,81
I (RISULTATO OPERATIVO DELLA GESTIONE AZIENDALE (G+H))	41.924.988,32	9.357.751,75	7.818.644,17
YZ9999 (Totale imposte e tasse)	204.572.271,97	212.522.731,81	226.209.089,82
K (RISULTATO ECONOMICO ANTE STERILIZZAZIONI (I-J))	-162.647.283,65	-203.164.980,06	-218.390.445,65
AA0980 (A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio)	192.079.952,61	208.848.423,43	228.229.148,69
L (UTILE (PERDITA) DI ESERCIZIO (K+A.7))	29.432.668,96	5.683.443,37	9.838.703,04

Nonostante il forte impatto dell'epidemia, gli utili di Azienda Zero, conseguenti alle assegnazioni previste dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 586/2022, risultano sufficienti a garantire il totale ripiano delle perdite e a produrre un utile consolidato pari - come detto - a circa 9,8 milioni di euro.

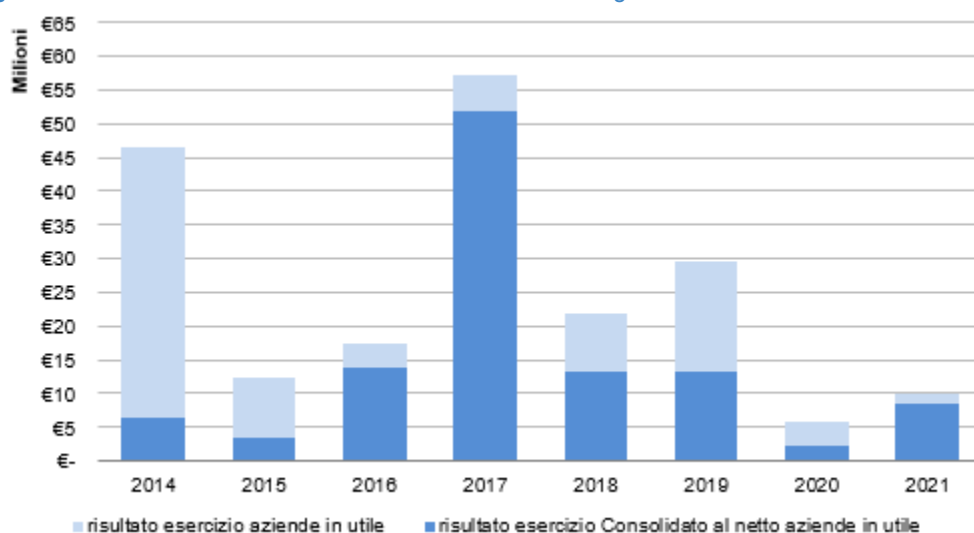
Nel grafico 3.1.2 è rappresentato il trend del risultato di bilancio consolidato.

Il prospetto di riclassificazione del conto economico (Tabella 3.1.1) pone invece in evidenza un primo importante risultato rappresentato dal valore aggiunto, ottenuto dalla differenza tra il valore della produzione (i ricavi della gestione ordinaria) e i costi dei beni acquistati e dei servizi esterni utilizzati. Tale grandezza (valore aggiunto) rappresenta quanto rimane a disposizione per la remunerazione del personale ed eventuali costi interni sostenuti (ammortamenti, svalutazioni e

accantonamenti), la remunerazione della gestione finanziaria e straordinaria, il pagamento delle imposte.

Il valore aggiunto 2021 si attesta a circa 3.839 mln di euro (34% del valore della produzione) e risulta in incremento rispetto ai valori registrati nel corso degli esercizi precedenti (+11% rispetto al 2019). Tale incremento è collegabile principalmente all'emergenza Covid-19: da un lato per i maggiori ricavi (utilizzi nel 2021 di risorse del 2020) registrati a fronte degli specifici finanziamenti statali ricevuti per fronteggiare i costi dell'emergenza; dall'altro lato per l'effetto positivo della variazione delle rimanenze conseguente alla necessità di disporre di adeguate scorte di dispositivi medici e altri beni sanitari (es. dispositivi individuali di protezione). Il valore aggiunto 2021 riesce a coprire i costi del personale pari a circa 2.976 mln di euro anch'essi in crescita e in buona parte collegabili all'emergenza sanitaria (+7% rispetto al 2019) creando un risultato intermedio (margine operativo lordo o "EbitDA") di circa 862,7 mln di euro. Quest'ultima grandezza può essere considerata una rappresentazione delle risorse finanziarie generate dalla gestione, ovvero direttamente collegata alla "mission" del SSR.

Figura 3.1.2 Risultato di esercizio del bilancio consolidato regionale veneto anni 2014-2021



Il risultato operativo 2021 della gestione caratteristica, calcolato considerando anche l'apporto della struttura del capitale durevole (inteso come ammortamenti e accantonamenti dell'esercizio), risulta essere negativo attestandosi su un valore pari a -43,6 mln di euro. Si specifica, tuttavia, che tale calcolo risente dell'assenza delle sterilizzazioni previste nella voce "A.7 Quota contributi in conto capitale imputata all'esercizio" (228,2 mln di euro). Nel prospetto sopra riportato, infatti, tale importo è stato scorporato dal valore della produzione, al fine di monitorare l'impatto degli ammortamenti sul reddito operativo effettivo della gestione caratteristica. Considerando tale elemento, il risultato operativo si attesterebbe su un valore positivo pari a 185 mln di euro.

Tale grandezza, unitamente al risultato della gestione extra caratteristica (676,7 mila euro), della gestione straordinaria (50,7 mln di euro) e all'importo relativo alle imposte e alle tasse (226,2 mln di euro), determina un risultato di esercizio positivo pari a 9,8 mln di euro.

Il grafico 3.1.3 mostra la distribuzione percentuale dettagliata dei ricavi per anno di adozione del bilancio d'esercizio consolidato. Si evince che la maggior quota di ricavi è costituita, stabilmente negli anni per una percentuale > 70%, dalla quota di finanziamento indistinto del riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale, esclusivamente destinate all'anno corrente d'esercizio (non accantonabili per anni successivi).

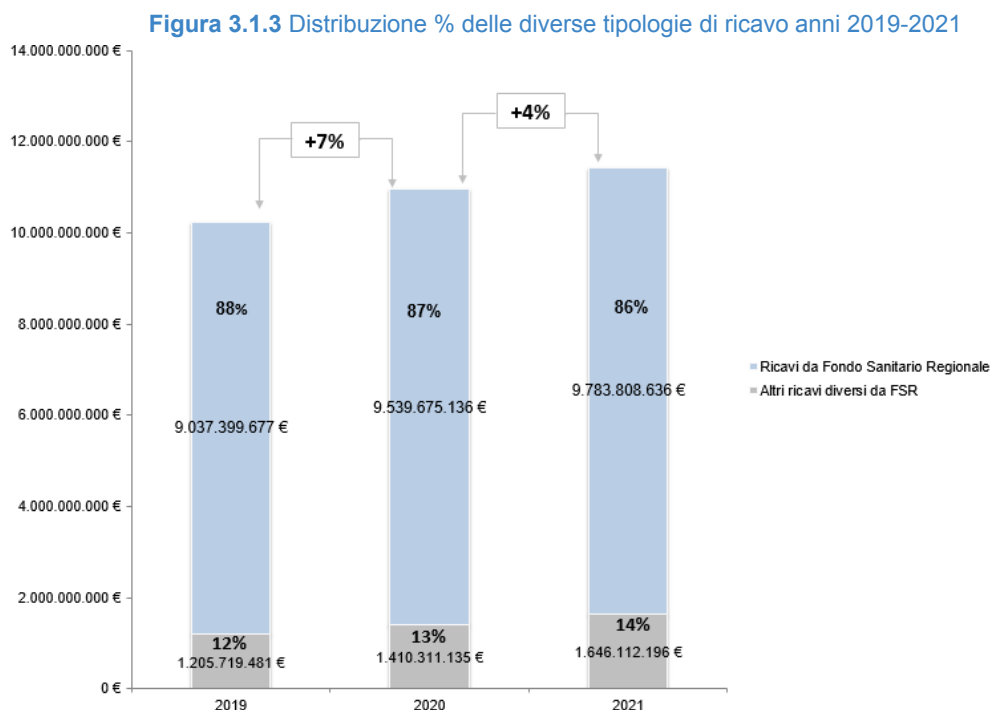


Figura 3.1.4 Andamento pluriennale impatto delle diverse tipologie di ricavo anni 2019-2021

Tipologia di Finanziamento	Conto Economico	2019	2020	2021
Fondo Sanitario Regionale	(A.1.A.1.1) Finanziamento Indistinto)	8.013.514.970,50	8.299.045.524,21	8.546.063.363,58
	(A.1.A.1.2) Finanziamento indistinto finalizzato da Regione)	448.057.577,50	670.921.925,70	512.726.252,62
	(A.1.A.1.3) Funzioni)	377.128.000,00	367.537.016,00	456.821.000,00
	(A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato)	198.699.128,98	202.170.669,75	268.198.019,68
Altri ricavi diversi da FSR	(A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo))	108.515.359,49	401.886.891,22	247.890.703,96
	(A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca)	11.870.457,77	14.611.593,99	15.646.359,71
	(A.1.D) Contributi c/esercizio da privati)	3.956.297,38	35.783.972,04	4.344.881,84
	(A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti)	-173.544.215,58	-191.753.385,42	-184.728.677,19
	(A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti)	38.022.619,96	59.228.525,68	311.239.510,05
	(A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria)	647.625.618,96	568.938.864,92	590.196.001,86
	(A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi)	111.918.773,01	113.639.351,45	200.514.915,75
	(A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket))	177.038.866,82	119.023.183,18	127.698.654,91
	(A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio)	192.079.952,61	208.848.423,43	228.229.148,69
	(A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni)	85.957,93	36.601,19	9.607,52
(A.9) Altri ricavi e proventi)	88.149.792,84	80.067.113,75	105.071.088,89	
(Totale valore della produzione (A))		10.243.119.158,17	10.949.986.271,09	11.429.920.831,87

Da evidenziare i decrementi sia della voce “Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria” (-9% 2021 vs 2019) sia della voce “Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - ticket” (-28% 2021 vs 2019) entrambi dovuti alla riduzione delle prestazioni erogate durante la pandemia con limitato accesso agli ospedali. Già a partire dall'anno 2021, Regione Veneto ha attuato un intenso programma atto al recupero delle prestazioni non erogate e quindi alla riduzione delle liste d’attesa. Il trend dettagliato dei ricavi è rappresentato graficamente come segue (quota complessiva dei ricavi in costante aumento dal 2019 al 2021 + 11%).

3.2 La performance finanziaria del SSR

Tra il 2013 e 2014 attraverso gli strumenti messi a disposizione dal Decreto Legge 35/2013, il SSR è stato “ricapitalizzato” per circa 1,5 miliardi di euro consentendo l’abbattimento del debito scaduto pregresso. Successivamente le attività di razionalizzazione sulla gestione del SSR hanno permesso di alimentare la progressiva crescita del Patrimonio Netto.

Figura 3.2.1 Patrimonio Netto delle aziende del SSR, inclusa Azienda Zero anni 2011-2021



Le risorse finanziarie del D.L. 35/2013 sono state integralmente girate alle aziende sanitarie, permettendo a queste ultime di eliminare gran parte dello stock di debito pregresso scaduto. Parallelamente sono stati introdotti tra gli obiettivi dei Direttori Generali delle aziende SSR appositi indicatori di efficienza finanziaria volti a scongiurare la formazione di nuovo debito scaduto.

Il livello dei debiti v/fornitori, dopo aver sfiorato i 2,9 mld di euro (nel 2011), è ora allineato ai valori delle fatture presenti a fine anno 2021 e non ancora scadute. Il valore raggiunto al 2021 dunque si mantiene attorno a 1,3 miliardi di euro, valore coerente con lo stock di debito fisiologicamente presente a fine anno e relativo alle fatture di novembre e dicembre non ancora scadute.

La razionalizzazione degli investimenti attuata a partire dal 2011 e soprattutto le due iniezioni di liquidità ex D.L. 35/2013 erogate nel 2013 (777 mln di euro) e nel 2014 (810 mln di euro) hanno permesso di liberare le risorse finanziarie annualmente a disposizione delle aziende e di avviare il progressivo miglioramento delle performance di pagamento. L'indice di tempestività dei pagamenti è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, e presenta un valore obiettivo pari a 0.

Se l'importo registrato è maggiore di zero, allora il sistema paga mediamente oltre i termini di scadenza previsti dalle fatture, viceversa con valori negativi, il pagamento avviene mediamente entro i termini. L'indice di tempestività è nettamente migliorato negli anni, fino a raggiungere una performance di pagamento media del SSR che, nel 2021, si attesta sui 30 giorni di anticipo rispetto alle scadenze. Tale performance risulta essere tra le più virtuose d'Italia.

Figura 3.2.2 Debiti verso fornitori, inclusa Azienda Zero anni 2011-2021

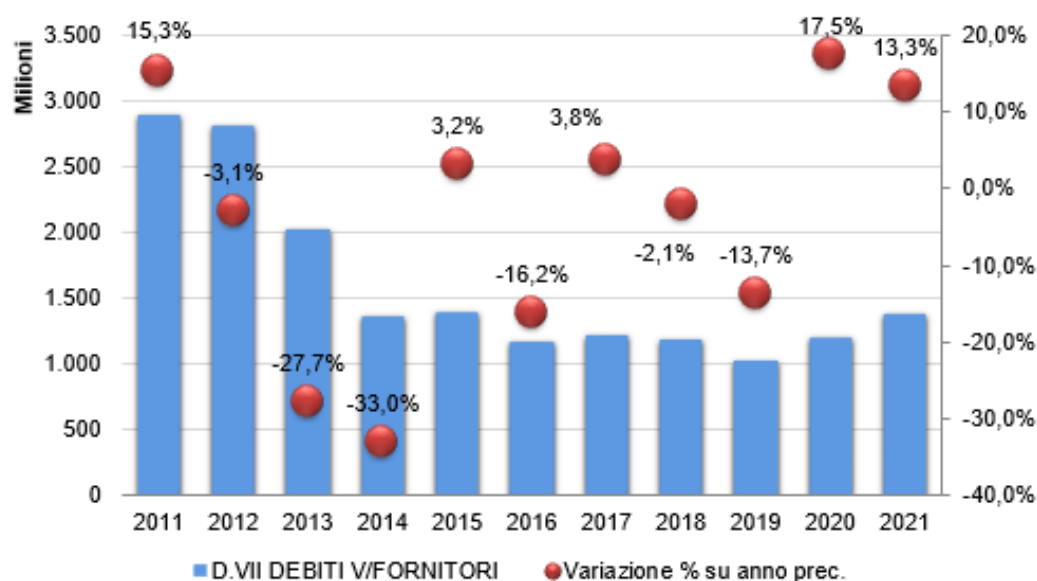


Figura 3.2.3 Indice di Tempestività dei pagamenti anni 2015-2021

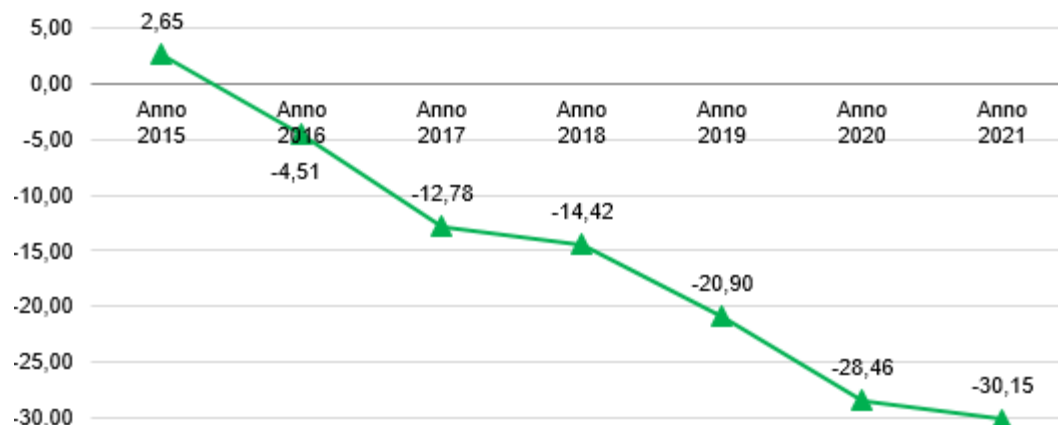


Tabella 3.2.1 Indice di Tempestività dei pagamenti per azienda anno 2021

Azienda	ITP anno 2021
Azienda Zero GSA	-41,63
1 - Dolomiti	-27,60
2 - Marca Trevigiana	-37,45
3 - Serenissima	-18,08
4 - Veneto Orientale	-29,76
5 - Polesana	-24,70
6 - Euganea	-35,09
7 - Pedemontana	-30,07
8 - Berica	-30,87
9 - Scaligera	-29,98
Ao Padova	-10,58
Aoui Verona	-29,07
IOV	-34,93
TOTALE	-30,15

Nel periodo analizzato, l'ammontare di debito scaduto si è ridotto notevolmente passando dai 625 milioni di euro del 2013 ai 3 milioni di Euro del 2021 con un'incidenza percentuale esigua sul totale dei debiti verso fornitori . Regione Veneto monitora costantemente il valore del debito scaduto per pervenire progressivamente alla sua completa eliminazione, implementando anche specifici indicatori di efficienza finanziaria legati agli obiettivi annualmente assegnati ai Direttori Generali delle aziende sanitarie.

Infine, l'analisi del rapporto tra impieghi e fonti determina l'equilibrio finanziario del SSR nel breve, medio e lungo termine:

- Gli Impieghi (o Fabbisogni) indicano la ricchezza di mezzi finanziari e rappresentano le modalità con cui le fonti sono impiegate, ovvero come sono utilizzate (acquisto di immobilizzazioni materiali, immateriali e finanziarie e l'attivo corrente ovvero gli impieghi di breve durata ed i mezzi liquidi a disposizione);
- Le Fonti indicano la capacità di procurare mezzi finanziari per far fronte ai fabbisogni/impieghi del SSR e sono formate dalle fonti proprie (Patrimonio Netto), dalle Passività correnti (i debiti di funzionamento e di finanziamento a breve termine, con

scadenza entro i 12 mesi) e dalle Passività consolidate (date dai debiti di funzionamento e di finanziamento a medio/lungo termine, mutui passivi, TFR, fondi per rischi ed oneri). Il grafico 3.2.5 evidenzia l'equilibrio e la solidità della struttura patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale mettendo a confronto Fonti ed Impieghi (Fabbisogni):

Figura 3.2.4 Debito scaduto anni 2013-2021

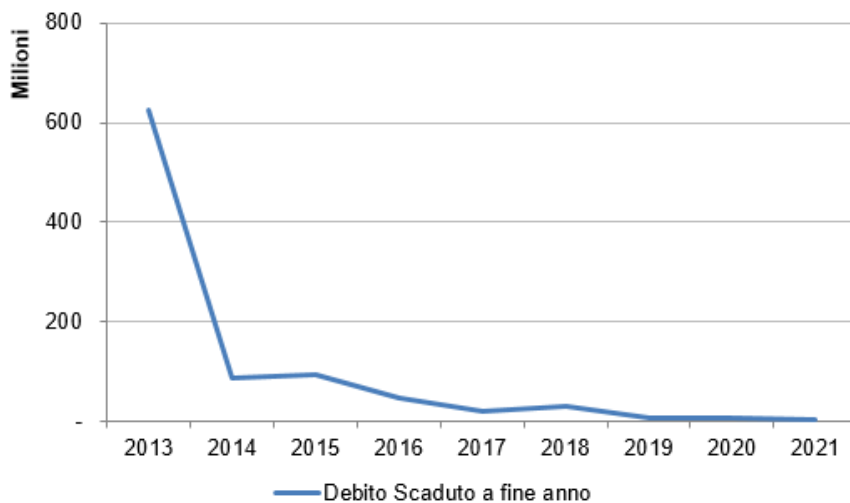


Figura 3.2.5 Struttura Patrimoniale SSR Veneto Fonti/Impieghi anno 2021

Istogramma di composizione attivo e passivo

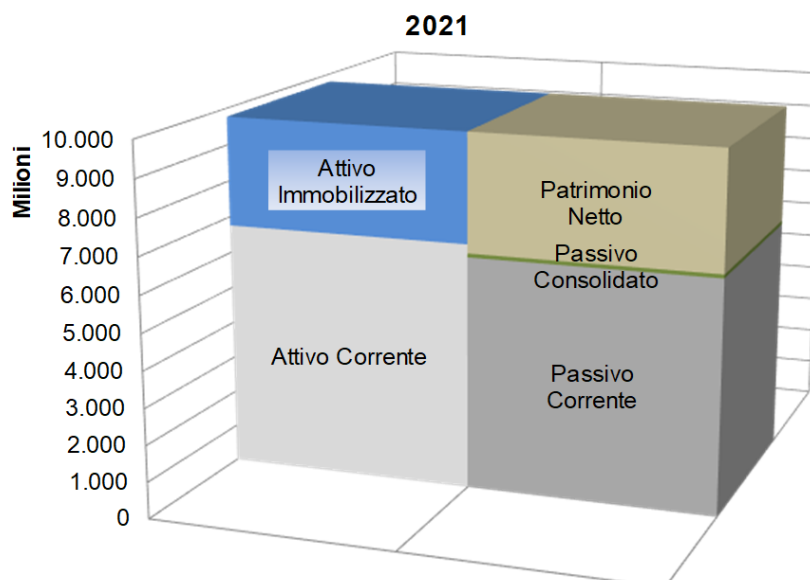
Valore informativo

Grafico a istogramma che consente di monitorare la composizione delle fonti e degli impieghi patrimoniali nel corso del tempo ed in particolare il rapporto tra fonti e impieghi di parte corrente e fonti e impieghi consolidati.

Modalità di costruzione

I dati per la composizione del presente grafico derivano dallo stato patrimoniale riclassificato con criterio finanziario.

Valore Obiettivo: coincidenza tra fonti e impieghi di parte corrente; coincidenza tra fonti e impieghi consolidati.



**RELAZIONE SOCIO SANITARIA
DELLA REGIONE DEL VENETO
Anno 2022**

Attuazione obiettivi PSSR

Sezione Attuazione obiettivi PSSR - Indice

INTRODUZIONE	273
LA SCHEDA DI ANALISI	277
Scheda n. 2	279
LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E LA PREVENZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO	279
Scheda n. 3	282
LA PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA DELLA REGIONE DEL VENETO	282
Scheda n. 4	289
LA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	289
Scheda n. 5	293
IL PERCORSO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	293
Scheda n. 6	296
LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E DELLA MULTIMORBILITÀ PER INTENSITÀ DI CURA E DI ASSISTENZA	296
Scheda n. 7	301
LE MALATTIE RARE	301
Scheda n. 8	304
LA SALUTE MENTALE	304
Scheda n. 9	306
L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	306
Scheda n. 10	315
IL GOVERNO DEL SISTEMA E IL GOVERNO DELLE AZIENDE	315
Scheda n. 11	318
LA GESTIONE DEL PATRIMONIO INFORMATIVO SOCIO-SANITARIO	318
Scheda n. 12	321
IL GOVERNO DELLA FARMACEUTICA E DEI DISPOSITIVI MEDICI	321
Scheda n. 13	324
IL GOVERNO E LE POLITICHE PER IL PERSONALE	324
Scheda n. 14	331
IL GOVERNO DELLE RISORSE FINANZIARIE E STRUMENTALI	331

Scheda n. 15	341
RICERCA, INNOVAZIONE E VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE	341
Scheda n. 16	344
RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ	344

INTRODUZIONE

Durante la pandemia si sono verificate importanti novità nelle modalità di raggiungimento di un obiettivo da parte del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

Gli elementi che hanno caratterizzato maggiormente la risposta all'emergenza pandemica sono stati:

- la definizione di obiettivi condivisi tra il livello nazionale e regionale;
- la velocità di riorganizzazione dei sistemi regionali.

Relativamente al primo punto i cambiamenti che si sono verificati riguardano tutti gli ambiti, strategico, organizzativo, amministrativo e clinico.

Per quanto riguarda l'ambito strategico a livello nazionale basti pensare all'accelerazione normativa riguardante temi in discussione da anni come gli ospedali di comunità, gli infermieri di famiglia e la telemedicina.

Oppure l'introduzione di novità assolute come le USCA o la denominazione di posti letto semi intensivi.

Rispetto all'ambito clinico si è assistito a interventi, numerosi e con tempi più veloci rispetto alla fase pre pandemica, di indicazioni da parte degli enti e comitati del Ministero come l'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia Italiana del Farmaco, l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali, il Comitato tecnico Scientifico.

In ambito amministrativo - logistico per la prima volta sono stati acquistati e distribuiti farmaci e sono state gestite forniture di attrezzature a livello centrale.

Infine, dopo anni si è assistito a tre azioni in discontinuità con gli anni precedenti: finanziamento della sanità superiore al 7% del pil, acquisizioni di personale con modalità straordinarie e sopra il tetto, e indicazione di aumento di posti letto (di terapia intensiva).

Tutte queste azioni sono state possibili grazie a uno stretto, continuo e nuovo confronto tra le regioni e il livello centrale che ha fatto maturare la necessità di dare risposte nuove a tematiche vecchie: il finanziamento del SSN, la programmazione determinata sulla base dei fabbisogni e indicazioni organizzative chiare e tempestive.

Prima di analizzare quali sono gli elementi di organizzazione regionale che hanno determinato la velocità di risposta del SSR c'è però da chiedersi quali siano le situazioni pre Covid che anche nella nostra regione possono aver pesato maggiormente nella gestione emergenziale.

In primis la carenza di personale che non era in numero sufficiente per rispettare il fabbisogno di personale determinato dalle analisi dei fabbisogni standard, ma anche un'edilizia ospedaliera non sempre attenta alla possibilità di isolare i percorsi di accesso, la mancanza della cultura dell'emergenza e della prevenzione e preparazione pre emergenza, la non completa attivazione dei posti letto sanitari territoriali previsti dalla programmazione regionale, e la gestione dei rapporti contrattuali diversi dalla dipendenza con attori che concorrono a pieno titolo all'erogazione dei servizi sanitari e socio sanitari.

Le pagine che seguono approfondiscono per ogni area tematica le sfide che il SSR ha dovuto affrontare durante la pandemia ma la sfida più grande sarà far diventare normalità ciò che di positivo si è sviluppato durante l'emergenza.

A distanza di qualche mese dai picchi delle fasi emergenziali ora è il momento in cui ricordare le problematiche pre pandemiche, sedimentare le esperienze del Covid e guardare al futuro con consapevolezza del passato.

In quest'ottica vengono quindi riproposti alcuni spunti di esperienze vissute con il Covid che vanno a rileggere il passato "non solo" in ottica futura "ma anche".

Covid e sistema produttivo

Non solo sistema sanitario ma anche salute integrata in tutte le politiche

I paragrafi iniziali del PSSR 2019-2023 sono dedicati, in coerenza con gli indirizzi dell'OMS del documento "Salute 2020", alla salute integrata con le politiche: "salute e comunità", "salute e ambiente" salute e lavoro".

Il Covid ha evidenziato una volta di più come la salute non è slegata dagli altri ambienti ma ne è condizionata e li condiziona.

La partecipazione delle comunità e le amministrazioni, anche nell'allestimento dei centri vaccinali, è stato elemento essenziale per la riuscita delle campagne vaccinali e la gestione degli isolamenti; questo legame diretto e di fiducia che si è creato non può essere disperso ma deve essere valorizzato anche negli altri ambiti che riguardano sia l'erogazione dei servizi ma soprattutto le politiche di promozione della salute e prevenzione.

Anche nel legame con il settore produttivo è emerso come la salute del lavoratore non sia una problematica del singolo individuo ma un valore da salvaguardare da parte dell'intero sistema economico.

Covid e abnegazione

Non solo eroi ma anche valorizzazione del personale e nuove competenze

Il termine abnegazione descrive bene lo sforzo del personale del SSR durante la pandemia, motivato non solo dallo svolgere il proprio lavoro ma anche dal fatto di appartenere a un'organizzazione che ha a cuore la salute delle altre persone e nella quale ci si riconosce come parte attiva e fondamentale. Solo questa è la forza che permette di non stancarsi, di esserci nonostante la fatica e di voler migliorare quello che è stato possibile garantire con l'apporto di ognuno, consapevoli di essere in un sistema che continua a voler garantire a tutti il diritto alla salute.

In quest'ottica quindi la valorizzazione professionale e economica non è che la giusta conseguenza del riconoscimento della qualità del lavoro svolto. Tale percorso di valorizzazione prevede il coinvolgimento di ogni livello di contrattazione e decisionale, in parte già avviato, per il quale è imprescindibile un dialogo continuo, allo scopo di arrivare a un risultato condiviso.

Il Covid ha inoltre evidenziato il valore di alcune competenze professionali non sempre riconosciute: infermieri, assistenti sanitari, operatori sanitari specialisti, tecnici sanitari, assistenti sociali, psicologi, tutte figure professionali per le quali come indicato nel PSSR 2019-2023 è necessario continuare il percorso di definizione di nuovi orizzonti nella trasformazione della "geografia" delle professioni sanitarie al fine di valorizzarne maggiormente le competenze.

Covid e centri servizi per anziani

Non solo sanità ma anche socio sanitario e sociale

Spesso durante il Covid sono stati utilizzati con la stessa accezione i termini CSA, centri servizi per anziani e RSA, residenze sanitarie per anziani. Nella nostra regione quest'ultimo acronimo non si usa più, perchè da molti anni è radicata la consapevolezza che le strutture per anziani sono dei luoghi di vita e non solo di cura sanitaria. Senza dubbio le persone anziane necessitano di molti interventi sanitari, ma sono solo alcuni dei servizi che vengono offerti alle persone che vivono in queste strutture.

La pandemia ha reso evidente da un lato come le persone anziane, in particolar modo quando vivono in ambienti a maggior rischio di circolazione virale, siano le più vulnerabili e quindi da

proteggere, dall'altro lato come l'attenzione debba essere rivolta alla persona nella sua totalità, prestando attenzione a tutte le sue esigenze, sia sanitarie che socio sanitarie e sociali.

Il dialogo nuovo che si è creato tra i responsabili dei centri servizi e le Aziende Ulss ha aperto la strada a nuove possibilità di sinergie, confronti e collaborazioni che mirano a creare interazioni continue per supportarsi, nel rispetto delle diverse responsabilità di ogni struttura, nel fare le migliori scelte sia i termini sanitari che socio sanitari.

Covid e Covid hospital

Non solo hub ma anche ospedali di prossimità

Tra gli ospedali che si sono occupati di Covid in modo prioritario in Veneto ci sono stati dei centri di riferimento importanti dove le professionalità presenti si sono confrontate per studiare la patologia e concordare su protocolli e terapie per la cura del Covid, ma ci sono stati molti altri ospedali che hanno curato malati Covid che nella rete ospedaliera definita dal PSSR sono definiti spoke - ospedali presidi di rete e nodi di rete.

E' evidente che l'importanza dei Covid hospital non è stata secondaria come non è secondario il ruolo degli ospedali presidi e nodi di rete nel modello dei luoghi di cura definito dal PSSR 2019-2023.

La chiarezza dei ruoli dell'ospedale all'interno della programmazione valorizza l'attività dell'ospedale stesso e non solo per l'emergenza Covid.

Covid e prenotazione

Non solo presenza ma anche servizi on line, televisiva, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio

Il Covid ha accelerato l'utilizzo di sistemi on line, come nel caso delle prenotazioni delle vaccinazioni o dell'accesso on line ad alcuni servizi delle aziende sanitarie.

Per la prima volta si è assistito all'utilizzo della telemedicina anche per visite e consulti. In pochi mesi sono numericamente cresciuti sia i professionisti che proponevano tali modalità di visita che gli utenti che riuscivano ad accedervi.

Di pari passo è aumentata anche la consapevolezza dell'importanza di avere questi ulteriori servizi a disposizione nel futuro prossimo. Tale percorso non può che essere inserito, come definito nel PSSR 2019-2023 *"nel disegno complessivo di integrazione sistematica e organica dei servizi di telemedicina, teleassistenza e telemonitoraggio all'interno dell'infrastruttura tecnologico-informativa del FSSE regionale al fine di rendere strutturale il disegno della rete dei servizi al cittadino"*.

Covid e prestazioni

Non solo accesso ma anche appropriatezza

Durante la pandemia, anche a seguito del lockdown, gli accessi ai pronto soccorsi sono crollati, i medici di base hanno rivisto le priorità delle prescrizioni e si è assistito alla difficoltà di erogare prestazioni non differibili e all'allungamento dei tempi di erogazione delle prestazioni.

Il recupero delle liste d'attesa sta impegnando molto anche attualmente il sistema sanitario, pubblico e privato accreditato, perché si assiste a una domanda che sembra essere illimitata al contrario delle risorse umane e economiche in campo.

Priorità e appropriatezza sono i termini che accompagnano da anni l'organizzazione delle attività sanitarie, ma è evidente che il crollo degli accessi ai pronto soccorsi ha evidenziato che c'è ancora margine di miglioramento dell'appropriatezza agli accessi stessi e probabilmente anche nella definizione delle priorità delle prescrizioni specialistiche.

Come delineato anche nel PSRR 2019-2023, migliorare l'appropriatezza non vuol dire diminuire gli accessi bensì *“garantire ai cittadini l'accessibilità e l'appropriatezza dei servizi attraverso anche la gestione dei tempi di attesa”*.

Il PNRR su questo aspetto indica una strada piuttosto chiara: nel territorio nascono i fabbisogni e una parte di essi può trovare risposta nei servizi territoriali che sono da sviluppare ulteriormente per portare i servizi prossimi al cittadino.

Covid e long Covid

Non solo ospedale ma territorio

Soprattutto per la gestione della fase post acuta del Covid è stato evidente come le Aziende Sanitarie che avevano attivato le strutture intermedie hanno potuto avere a disposizione un'offerta maggiore di posti letto di assistenza sanitaria territoriale che ha permesso di utilizzare i posti letto ospedalieri solo nella fase acuta della patologia.

Gli ospedali di comunità infatti sono stati utilizzati proprio nella loro funzione di degenza in fase post acuta ma è stato possibile accedervi direttamente dal territorio o dal Pronto soccorso.

Il Long Covid ha inoltre evidenziato come il percorso di cura non termina con la fase ospedaliera e come l'integrazione con i servizi territoriali sia fondamentale per completare tale percorso.

Uno degli obiettivi della riforma del PSSR 2019-2023 e del PNRR è infatti il superamento della frammentazione dei luoghi di cura ed erogazione dei servizi, che si attua con la definizione di tipologie di strutture che nel PNRR assumono anche nuovi nomi come le case della comunità, che saranno presenti nel territorio proprio come punto di riferimento per l'accesso ai servizi territoriali programmati.

Un'ulteriore importante tipologia di servizio territoriale che durante il Covid ha dimostrato di essere indispensabile per l'offerta e il servizio fornito ai cittadini, sono le farmacie. Queste ultime, infatti, saranno chiamate sempre di più, in linea con quanto descritto nel PSSR 2019-2023, a svolgere attività in coordinamento con le Aziende Sanitarie.

LA SCHEDE DI ANALISI

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 è articolato in una serie di capitoli che definiscono, esplicitano e analizzano i bisogni e la domanda a cui il SSR deve rispondere, l'offerta e i Sistemi di Supporto, intesi come insiemi di azioni a supporto a disposizione del governo del sistema.

In questa sezione della relazione socio sanitaria si è voluto mantenere l'impostazione del PSSR predisponendo delle schede di rilevazione specifiche per ciascun capitolo e analizzando quanto avvenuto negli anni 2020 e 2021 rispetto agli obiettivi strategici descritti nel PSSR.

La metodologia proposta è l'analisi swot, una tecnica che aiuta a identificare i fattori che possono aver influenzato la capacità di attuare le strategie programmate e permette di valutare scenari di sviluppo alternativi.

In particolare vengono individuati e analizzati i diversi fattori esterni e interni all'organizzazione che esercitano un'influenza nella capacità di realizzare un obiettivo.

Tra i fattori esterni si è cercato di identificare:



- le minacce, al fine di individuare come poter attenuare i rischi collegati;
- le opportunità, al fine di poterle sfruttare per il raggiungimento degli obiettivi.

Tra i fattori interni invece sono stati identificati:



- i punti di debolezza, al fine di poterli eliminare dall'organizzazione;
- i punti di forza, al fine di farli diventare le basi su cui costruire l'organizzazione.

Senza dubbio la capacità di raggiungimento degli obiettivi da PSSR nel biennio 2020 e 2021 è stata fortemente influenzata dalla pandemia; la stesura di questo documento vuole quindi essere un'occasione per analizzare, a distanza di qualche mese dalle fasi emergenziali più acute, ciò che ha impattato maggiormente nelle dinamiche programmatiche e organizzative del SSR, far emergere quali elementi hanno permesso al SSR di rispondere all'emergenza e individuare il modo di valorizzare e portare a sistema l'importante esperienza clinico-organizzativa vissuta.

Per ogni capitolo del PSSR quindi si è cercato di rispondere alle seguenti domande:

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate	
	MINACCE "attenuare i rischi"
<i>Nel perseguire gli obiettivi del PSSR in che modo il Covid ne ha impedito il raggiungimento e come posso agire nell'organizzazione per prevenire le situazioni che mi hanno minacciato?</i>	
	OPPORTUNITA' "sfruttare le opportunità"

Nel perseguire gli obiettivi del PSSR come il Covid ha evidenziato delle opportunità di cui non c'era consapevolezza e come è possibile renderle stabili all'interno dell'organizzazione affinché si possano strutturare meglio?

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)	
	PUNTI DI DEBOLEZZA “eliminare i punti di debolezza”
<i>Nel perseguire gli obiettivi del PSSR tra le variabili che fanno parte del sistema stesso, quali sono quelle che hanno impedito il raggiungimento degli obiettivi e come posso limitarle per il futuro?</i>	
	PUNTI DI FORZA “costruire sulla base dei punti di forza”
<i>Nel perseguire gli obiettivi del PSSR tra le variabili che fanno parte del sistema stesso, quali sono quelle che sono state valorizzate e che hanno portato a risultati positivi?</i>	

Infine, considerati tutti gli elementi sopra descritti, viene riportato per ogni scheda un obiettivo che si ritiene sia stato raggiunto correlato da un indicatore di risultato. L'obiettivo è stato scelto tra quelli che si ritiene possano e debbano indirizzare maggiormente le prossime attività programmatiche. I risultati sono incardinati nelle schede “Uscire più forti dalla pandemia” nel caso in cui l'obiettivo sia stato raggiunto superando i fattori esterni che ne hanno minacciato il raggiungimento e “Costruire una ripresa resiliente” nel caso in cui l'obiettivo sia stato raggiunto grazie alla valorizzazione dei punti di forza interni all'organizzazione.

Scheda n. 2 LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E LA PREVENZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO

Obiettivi strategici OS2. Sviluppare l'approccio strategico "Salute in tutte le politiche"
OS7. Aumentare l'adesione consapevole alle vaccinazioni

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate



MINACCE "riorientamento delle attività complessive anche con il coinvolgimento di figure di ambiti professionali diversi"

Nel perseguire gli obiettivi del PSSR, i Dipartimenti di Prevenzione, per fronteggiare l'emergenza pandemica, hanno dovuto rimodulare significativamente e costantemente le proprie attività anche differendo - nelle fasi più acute - le prestazioni meno urgenti al fine di attuare le azioni di contrasto alla diffusione virale e a tutela della salute pubblica. Tali rimodulazioni hanno comportato un riorientamento delle attività complessive anche con il coinvolgimento di figure professionali ed operatori non ordinariamente coinvolti in quegli specifici ambiti professionali, assicurandone la formazione e sviluppando le nuove competenze richieste.



OPPORTUNITA' "sinergia con altri ambienti non sanitari"

Nel perseguire gli obiettivi del PSSR, l'emergenza pandemica ha evidenziato l'importanza delle sinergie tra il Dipartimento di Prevenzione e il mondo della scuola, i contesti della vita di comunità e le attività produttive, economiche e sociali. Queste sinergie, rafforzate da un continuo lavoro di rete tra i diversi nodi operativi, costituiscono una opportunità che dovrebbe essere mantenuta e strutturata per l'attuazione di tutti gli interventi di prevenzione e promozione della salute previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 e non solo specifici di un contesto emergenziale. In aggiunta, l'emergenza pandemica ha favorito una maggiore conoscenza e consapevolezza del ruolo della Prevenzione sia all'interno del Servizio Sanitario Regionale, sia degli altri Enti e Istituzioni esterni al mondo della Sanità nonché dell'importanza di una comunicazione chiara, strutturata e programmata nei confronti della popolazione generale in tema di prevenzione e di salute pubblica, a tutela del singolo e della comunità.

Uscire più forti dalla pandemia

OS2. Sviluppare l'approccio strategico "Salute in tutte le politiche"

Con DGR n. 480/2022 è stato approvato il protocollo d'intesa finalizzato a stringere una collaborazione tra 20 Direzioni Regionali, le 3 Università, gli Uffici Scolastici Regionali e Provinciali, ANCI, INAIL, IOV al fine di consolidare i processi di intersectorialità a livello locale e sviluppare e mantenere reti che promuovano scelte favorevoli a comportamenti corretti per la salute; favorire la creazione di ambienti che promuovono salute; sostenere la connessione tra

salute e ambiente, attraverso l'attivazione di tavoli con diversi enti, per condividere strategie e interventi comuni; rafforzare le competenze degli operatori coinvolti attraverso percorsi formativi congiunti; contrastare le disuguaglianze in salute e l'approccio di genere; predisporre percorsi di presa in carico per il contrasto delle fragilità; aumentare la consapevolezza dell'importanza di agire sulla cosiddetta "alfabetizzazione sanitaria" della popolazione generale, per incrementare competenze e risorse determinanti nel prevenire malattie croniche non trasmissibili e malattie infettive.

Tale risultato è stato possibile grazie al lavoro di rete che la Direzione Prevenzione ha realizzato negli anni, ma che si è rafforzato e ha dimostrato le sue potenzialità nell'ambito della gestione dell'epidemia.

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)



PUNTI DI DEBOLEZZA "consapevolezza del percorso"

Nel perseguire gli obiettivi del PSSR, una delle maggiori criticità nell'attuazione delle azioni previste è da individuarsi nel fatto che le misure di prevenzione promosse dai Dipartimenti di Prevenzione possono essere efficaci solo se rimane alta la consapevolezza e la sensibilità da parte di tutti gli operatori e i servizi - ospedalieri e territoriali - del Servizio Sanitario Regionale che sono determinanti per un impatto concreto sull'attuazione delle misure stesse.



PUNTI DI FORZA "coordinamento multiprofessionale"

Il Dipartimento di Prevenzione garantisce le attività previste grazie ad un'organizzazione già definita e strutturata nel tempo nel contesto della Regione del Veneto e che prevede il coinvolgimento principale di figure professionali con formazione e competenze specifiche (es. medici specialisti in Igiene, Medicina del Lavoro, Medicina Legale, Assistenti Sanitari, Tecnici della Prevenzione, Statistici, Chimici, etc.). L'organizzazione e le competenze specifiche costituiscono la base di partenza per la pianificazione e il coordinamento delle complesse attività che i Dipartimenti di prevenzione sono chiamati ad attuare nel contesto di tutti gli ambiti di vita della comunità (es. salute e ambiente, promozione della salute e contrasto alle malattie croniche, sorveglianza delle malattie infettive, prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro, sicurezza degli alimenti, sanità veterinaria, etc.).

Costruire una ripresa resiliente

OS7. Aumentare l'adesione consapevole alle vaccinazioni

L'organizzazione della campagna vaccinale anti Covid-19 (DGR n. 1801/2020 e ss.mm.ii.) ha consentito l'offerta capillare a tutta la popolazione e l'attuazione di specifici interventi di promozione, informazione e adesione consapevole, ed è stata possibile grazie ai punti di forza sopra descritti, con particolare riferimento alle capacità organizzative e alle competenze del

Dipartimento di Prevenzione e al suo ruolo nel coordinamento di tutti i soggetti, anche esterni al Dipartimento, coinvolti nella campagna vaccinale.

Dati aggiornati al 14 giugno 2022:

- Totale dosi somministrate: 11.054.556;
- Copertura a due dosi della popolazione >12 anni: 89,5%.

Scheda n. 3

LA PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA DELLA REGIONE DEL VENETO

- Obiettivi strategici**
- OS2. Organizzare il sistema di offerta con modelli integrati che garantiscano continuità nel percorso assistenziale
 - OS3. Garantire ai cittadini l'accessibilità e l'appropriatezza dei servizi attraverso anche la gestione dei tempi di attesa

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate



MINACCE "sospensione attività programmate"

Nel corso del biennio 2020-2021, a causa della diffusione dell'epidemia da Virus Sars-Cov-2 e degli effetti pandemici, la Regione del Veneto ha dovuto predisporre diversi prolungati periodi di sospensione delle attività programmate.

La restrizione dell'accesso ai servizi di ricovero e di prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale, non urgenti o differibili, ha determinato un eccessivo allungamento delle liste d'attesa, con il rischio di compromettere la prognosi dei pazienti affetti da patologie non Covid-19, e di determinare un peggioramento dei principali indicatori di esito, costituendo una minaccia per il SSR.

Questo è esitato in un accumulo delle prestazioni programmate da erogare (liste d'attesa) sia di ricoveri, soprattutto chirurgici, che di attività ambulatoriale, che sono state oggetto di un primo Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa approvato con dgr n. 1329 dell'8 settembre 2020 e aggiornato con dgr n. 1061 del 3 agosto 2021. All'interno di tali delibere è esplicitamente prevista la possibilità di integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato accreditato, fermo restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale in un'ottica di collaborazione pubblico-privato.



OPPORTUNITA' "adozione di nuove tecnologie"

Durante il periodo pandemico da Covid-19, il sistema sanitario regionale ha aumentato l'utilizzo di tecnologie digitali consentendo la liberazione di spazi e di capacità all'interno delle strutture sanitarie, la diminuzione della possibilità di trasmissione del virus SARS-CoV-2 e la continuità di cura anche per i pazienti, soprattutto cronici, non affetti dal virus. Da questo punto di vista, la situazione emergenziale ha richiesto cambi organizzativi e adozione di nuove tecnologie a ritmi repentini.

Se da un lato tale situazione rappresenta un importante traguardo che dimostra come il sistema sanitario sia in grado di adattarsi e di trasformare in modo efficace la propria gestione, dall'altro è

essenziale che questo progresso venga mantenuto con sufficienti risorse in termini economici, di infrastrutture e di risorse umane.

Uscire più forti dalla pandemia

OS3. Garantire ai cittadini l'accessibilità e l'appropriatezza dei servizi attraverso anche la gestione dei tempi di attesa

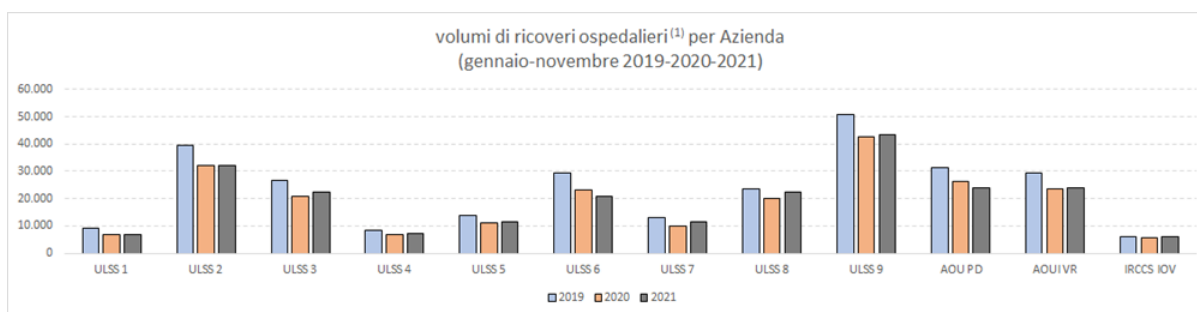
Tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale si sono attivate per ripristinare i livelli di produttività antecedenti l'epidemia; convenzionalmente è stata considerata come riferimento la produttività del 2019.

Il conseguimento di tale risultato ha costituito e costituisce un obiettivo di per sé sfidante, in quanto le procedure di sicurezza (degli operatori e degli assistiti) introdotti durante l'epidemia, hanno comportato e comportano una riduzione della produttività.

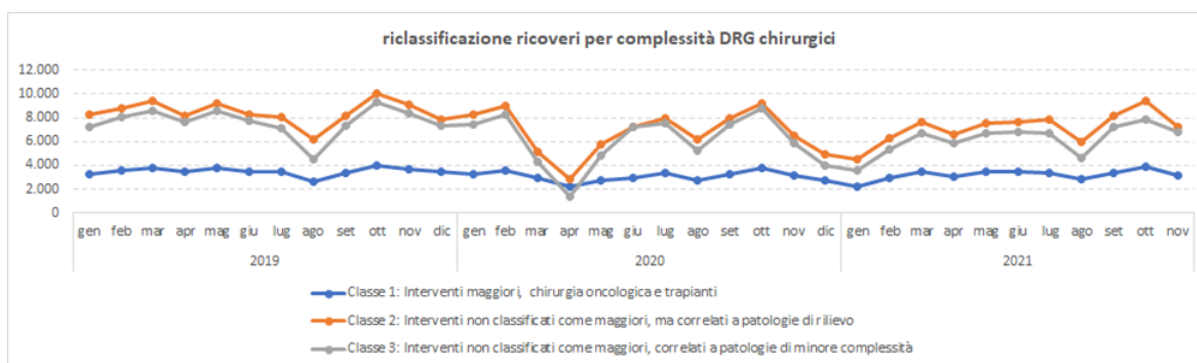
Ricoveri ospedalieri - Liste d'attesa

Per quanto riguarda l'attività ospedaliera, l'attività del 2021 soprattutto negli ultimi mesi si è avvicinata alla performance del 2019, senza pienamente raggiungerla in termini di volumi, ma raggiungendola a livello economico già nel mese di agosto; questo sta ad indicare che nel corso del 2021 si è ridotta l'inappropriatezza, andando a ricoverare pazienti con patologie più impegnative e complesse, che si sono tradotte in DRG di maggior peso. Poiché maggiore è il peso e più elevato risulterà il carico assistenziale della corrispondente casistica, il peso relativo è indicatore proxy della complessità del ricovero, che quindi risulta maggiore rispetto al 2019.

Da un'analisi della figura 1, che riporta i volumi 2019-2020-2021 sul periodo gennaio-novembre per ciascuna azienda, si evince che, ad eccezione dello IOV che ha garantito i ricoveri oncologici secondo le indicazioni regionali, i volumi complessivi 2021 sono ancora al di sotto dello standard 2019 preso come riferimento, pur avendo recuperato tutta l'attività sospesa nel corso del 2020.



Secondo la riclassificazione per complessità DRG chirurgici si può constatare come l'attività prioritaria, della classe 1, sia sempre stata garantita in maniera costante, come d'altra parte richiesto dalla Regione stessa (Fig. 2).



Specialistica ambulatoriale - Liste d'attesa

Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, nel corso del 2021 si è provveduto a recuperare le prestazioni ambulatoriali in stato “sospeso” nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov 2 in seguito alle indicazioni fornite dalla Regione. In particolar modo, dalla tabella sottostante (Fig. 3), si può vedere lo sforzo messo in campo dalle singole Ulss che ha portato ad una riduzione di circa il 70% di tali prestazioni. In sintesi sono state recuperate tutte le prestazioni sospese nel 2020 e rimane da recuperare la quota sospesa nell'ultimo periodo del 2021. Si ricorda infatti che, dal 14 dicembre all'8 febbraio 2022, è stata disposta l'ennesima sospensione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale .

Azienda	NUMERO PRETAZIONI da recuperare al 30 aprile 2021 non eseguiti nel periodo pandemico	NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI da recuperare al 30 Aprile 2021 non eseguite al 30 settembre 2021	Delta %	NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI da recuperare al 30 Aprile 2021 non eseguite al 31 ottobre 2021	Delta %	NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI da recuperare al 30 Aprile 2021 non eseguite al 30 novembre 2021	Delta %	NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI da recuperare al 30 Aprile 2021 non eseguite al 31 dicembre 2021	Delta %
501. Dolomiti	10.339	3.820	37	2.896	28	1.831	18	-	-
502. Marca Trevigiana	13.195	4.525	34	4.104	31	2.725	21	2.098	16
503. Serenissima	32.395	17.114	53	16.827	52	16.061	50	15.959	49
504. Veneto Orientale	-	0	-	0	-	0	-	-	-
505. Polesana	1.780	1.570	88	1.271	71	1.216	68	1.335	75
506. Euganea	17.428	10.636	61	4.283	25	4.283	25	1.673	10
507. Pedemontana	26.669	21.063	79	3.963	15	2.603	10	2.014	8
508. Berica	7.703	4.102	53	3.051	40	2.686	35	1.501	19
509. Scaligera	208.184	89.203	43	89.203	-	89.203	43	75.218	36
901. AOU Padova	4.021	91	2	36	1	36	1	1.230	31
912. AOUI Verona	2.648	2.034	77	133	5	85	3	302	11
952. IRCCS IOV	980	0	0	-	-	-	-	-	-
Totale	325.342	154.158	47	125.767	39	120.729	37	101.330	31

Screening oncologici

Le attività dei programmi di screening oncologici nella Regione Veneto hanno subito un'interruzione, solo per i primi livelli, esclusivamente nel corso della prima ondata della pandemia Covid tra marzo 2020 e maggio 2020.

I secondi livelli non sono mai stati interrotti e, in corso di recupero, dove possibile, sono stati potenziati parallelamente al rinforzo delle attività di primo livello, per evitare il rischio di allungare i tempi di attesa per gli approfondimenti richiesti in caso di positività al primo livello.

Le attività di screening, nel periodo da maggio 2020 a dicembre 2021, sono proseguite con forte coinvolgimento delle Aziende ULSS nell'attivare i piani di recupero.

Per lo screening del colon-retto e lo screening della mammella, i dati relativi agli inviti e all'attività erogata nei primi livelli nel 2021, evidenziano l'incremento di attività rispetto al 2019, scelto come anno di riferimento. Per lo screening della cervice uterina, le analisi di confronto con il 2019 presentano dei limiti oggettivi di valutazione in quanto i volumi di inviti risentono delle modifiche attuate nel programma con l'esecuzione dello screening con test HPV, che prevede un diverso intervallo di chiamata per le donne.

Di seguito i volumi di inviti e di soggetti esaminati al primo livello nei programmi di screening della Regione del Veneto nel 2020 vs 2019 e nel 2021 vs 2019 (Fig. 4).

Regione del Veneto		Delta Volumi Primo Livello 2020 vs 2019	Delta % Volumi Primo Livello 2020 vs 2019	Delta Volumi Primo Livello 2021* vs 2019	Delta % Volumi Primo Livello 2021 vs 2019
Screening del colon-retto	Inviti	- 113.099	-19%	99.544	16%
	Esaminati	- 103.560	-26%	47.363	12%
Screening della mammella	Inviti	- 55.226	-15%	59.697	16%
	Esaminati	- 56.794	-23%	15.765	6%
Screening della cervice uterina*	Inviti	- 114.010	-33%	- 16.663	-5%
	Esaminati	- 70.578	-39%	- 9.705	-5%

* per lo screening della cervice uterina il confronto con l'anno 2019 presenta dei limiti correlati all'impiego del test HPV che presenta diverso round di screening.

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate




MINACCE "Aumento repentino richiesta posti letto post acuti"


La velocità di trasmissione del virus è stata un elemento che ha messo a dura prova il sistema di offerta di posti letto ospedalieri e post ospedalieri perché i nuovi ingressi ospedalieri sono cresciuti in modo repentino e continuativo per mesi interi.

Inoltre, soprattutto nella prima ondata, le conoscenze del trattamento del paziente Covid erano limitate e questo determinava tempi di degenza molto diversi e incerti.

La degenza media dei pazienti è stata influenzata spesso anche dalla diffusione del virus nella popolazione e dall'età dei pazienti.

Queste condizioni hanno determinato aumenti repentini di richiesta di posti letto sia ospedalieri che post ospedalieri per la gestione del paziente in fase non acuta (e spesso ancora positivo).

	<p>OPPORTUNITA' "Accelerazione attivazione Ospedali di comunità"</p>															
<p>La Regione del Veneto nel 2019 con i provvedimenti della programmazione regionale ha individuato l'aumento dei posti letto delle strutture intermedie, in particolare dei posti di ospedale di comunità che già erano stati previsti dal 2013 per la Regione del Veneto.</p> <p>L'attuazione della programmazione prima del Covid non era del tutto conclusa e durante l'emergenza sanitaria, nell'ambito dell'organizzazione dei servizi in ottica di continuità assistenziale e determinazione del setting più opportuno, si è decisa l'attivazione di strutture provvisorie per la cura dei pazienti Covid. Alcune aziende sanitarie hanno quindi accelerato l'attivazione di ospedali di comunità previsti dalla programmazione, mentre altre hanno individuato strutture che potessero svolgere la funzione di ospedale di comunità.</p> <p>A complemento del sistema di offerta nel piano emergenziale per l'organizzazione dei servizi sono stati inoltre attivati alcuni ex ospedali.</p>																
<p>Costruire una ripresa resiliente</p>																
<p>Numero posti letto attivi</p> <table border="1" data-bbox="188 945 1481 1128"> <thead> <tr> <th></th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>Var % 19-21</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ODC</td> <td>446</td> <td>646</td> <td>769</td> <td>72%</td> </tr> <tr> <td>Strutture intermedie</td> <td>846</td> <td>1.086</td> <td>1.253</td> <td>48%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Posti letto di strutture intermedie emergenziali esclusivamente dedicate a pazienti Covid: 546.</p>			2019	2020	2021	Var % 19-21	ODC	446	646	769	72%	Strutture intermedie	846	1.086	1.253	48%
	2019	2020	2021	Var % 19-21												
ODC	446	646	769	72%												
Strutture intermedie	846	1.086	1.253	48%												

<p>I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)</p>	
	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA "Servizi ad accessibilità on line limitati"</p>
<p>Il servizio sanitario regionale da anni ormai sta promuovendo la possibilità di accedere ai servizi, soprattutto amministrativi, anche on line.</p> <p>L'adeguamento e l'acquisto di sistemi informativi nuovi sono stati a volte rallentati da problematiche amministrative, ma ogni azienda ha attivato con modalità proprie dei servizi che agevolano l'accesso on line e a livello regionale si è lavorato sullo sviluppo di infrastrutture regionali che potessero rendere omogenea l'implementazione in tutte le aziende sanitarie.</p> <p>Inoltre, nell'ambito dello sviluppo di sistemi di telemedicina, ha gravato negli anni la carenza di personale che, dato il sovraccarico di lavoro, ha faticato a dedicare del tempo aggiuntivo per l'attivazione di nuovi servizi o nuove modalità di erogazione dei servizi.</p>	



PUNTI DI FORZA “l’opportunità della Telemedicina”

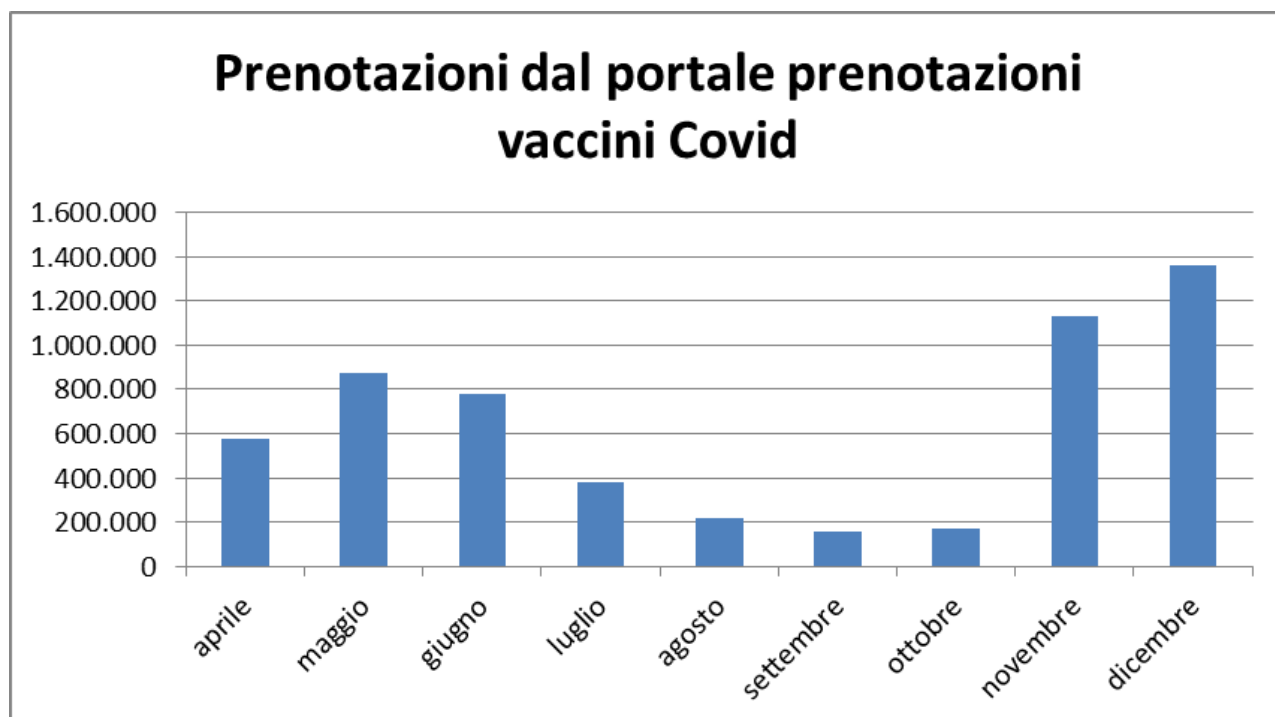
La telemedicina rappresenta una nuova ed importantissima frontiera della professione medica in quanto implica un insieme dei processi organizzativi e tecnologici che permettono di eliminare le barriere di distanza, di tempo e di costi per l'accesso alle cure. Inoltre, come evidenziato dall'esperienza pandemica, può contribuire significativamente alla riduzione dei costi e all'innalzamento del livello delle prestazioni sanitarie.

In questa direzione una forte spinta legislativa viene data dalla DGR n. 568 del 5 maggio 2020; con tale delibera, in coerenza con le Linee di indirizzo nazionali di cui all'Intesa del 20 febbraio 2014 (rep. atti n.16/CSR), anche al fine di dare un'efficace risposta alla situazione emergenziale in essere, è stata riconosciuta agli Enti del SSR la possibilità di erogare servizi sanitari con modalità di Telemedicina, disponendo che le prestazioni sanitarie di cui al vigente Nomenclatore Tariffario Regionale della specialistica ambulatoriale (e CVP) siano erogate in modalità di Telemedicina.

Nell'ambito dell'accessibilità ai servizi si evidenzia che un efficace esempio di implementazione omogenea per il territorio regionale è stato lo sviluppo del portale regionale delle vaccinazioni che ha permesso alla popolazione di accedere on line al sistema di offerta vaccinale.

Costruire una ripresa resiliente

OS2. Organizzare il sistema di offerta con modelli integrati che garantiscano continuità nel percorso assistenziale



Servizio di telesoccorso di base		
anno	n. pazienti	n. giorni
2019	59.652	7.052.344
2020	79.369	6.958.343
2021	75.147	6.552.709
Totale	214.168	20.563.396


Servizio di telemonitoraggio B - Rischio di cadute		
anno	n. pazienti	n. giorni
2019	5	277
2020	0	0
2021	0	0
Totale	5	277

Servizio di telemonitoraggio C - Parametri vitali		
anno	n. pazienti	n. giorni
2019	47	3.779
2020	45	3.700
2021	29	2.539
Totale	118	10.018

Servizio di telemonitoraggio D - Scompenso cardiaco		
anno	n. pazienti	n. giorni
2019	36	2.635
2020	67	5.832
2021	54	4.607
Totale	157	13.074

Scheda n. 4 LA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

- Obiettivi strategici**
- OS2. Migliorare le performance della rete pre, peri e post natale
 - OS3. Eliminare o contenere l’impatto dei principali fattori di rischio ambientali agenti negativamente sulla salute e sullo sviluppo del bambino
 - OS4. Promuovere stili di vita positivi, livelli crescenti di autonomia e ruolo sociale adeguato all’età, equilibrio nelle relazioni intra familiari
 - OS5. Migliorare la qualità dei processi diagnostici e di trattamento e presa in carico dei bambini con malattia cronica e/o rara e/o severa e/o disabilitante.
 - OS6. Garantire risposte rapide, appropriate ed efficaci alla urgenza ed emergenza pediatrica e una adeguata risposta alle patologie ad insorgenza acuta, al fine di ridurre la mortalità e disabilità legata a tali condizioni acute
 - OS7. Favorire il passaggio da bambino ad adulto, mantenendo e promuovendo durante l’adolescenza stili di vita positivi e contrastando i principali fattori di rischio
 - OS8. Disegnare risposte e percorsi per la cronicità, rarità e/o disabilità che tengano conto delle peculiarità biologiche e psicologiche degli adolescenti
 - OS9. Rispondere adeguatamente alle problematiche psichiatriche e di dipendenza degli adolescenti con particolare riguardo alle fasi di scompenso acuto
 - OS10. Migliorare la partecipazione agli screening dei principali tumori che interessano le donne e favorire l’accesso precoce alle cure più adeguate
 - OS11. Migliorare la diagnosi e presa in carico della donna oggetto di violenza e maltrattamento

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l’attuazione delle strategie programmate	
	<p>MINACCE “aumento fattori di rischio”</p>
<p>L'emergenza sanitaria ha forzatamente portato a dei mutamenti organizzativi del sistema sanitario, tra cui la revisione delle risorse disponibili e dell’offerta assistenziale nel pre-concepimento, durante la gravidanza e al momento del parto, la trasformazione di ospedali sedi di Punti Nascita in COVID-hospital, la riduzione dell’offerta attiva e delle risorse dedicate ai percorsi di gravidanza territoriali, l’allontanamento dalle reti formali di assistenza di molte gravide e partorienti con contemporaneo depotenziamento dell’apporto delle reti informali.</p>	

Questi elementi hanno portato ad un aumento della solitudine e dell'ansia delle gravide e dei fattori di rischio per depressione peri-partum. Si è osservato inoltre un aumento della quota di donne che non hanno seguito i percorsi previsti di cura durante la gravidanza e di donne che si sono recate al momento del parto isolate dall'ambiente familiare e al di fuori delle normali reti sia informali che formali.

La distrazione delle risorse disponibili negli ambiti emergenziali maggiormente colpiti dalla pandemia da Covid 19 ha portato ad una diminuzione delle offerte di controlli per out-patient e parzialmente anche per in-patient in condizioni di patologie croniche, tumori e malattie rare, ad una diminuzione degli accessi da parte delle donne ai percorsi di screening per patologia oncologica e gli accessi alle modalità di diagnosi precoce e ad una diminuzione delle possibilità di presa in carico riabilitativa e di condizioni di integrazione sociale, scolastica e lavorativa a causa del persistere dei periodi di lockdown.

Parallelamente e in maniera correlata si è osservato un aumento della patologia da ansia e stress e degli scompensi in condizioni di rischio psichiatrico, in particolar modo negli adolescenti legati all'isolamento e alla mancanza di relazioni sociali e tra pari.

Da ultimo, ma non meno importante, si è osservato un aumento di condizioni forzate di convivenza familiare stressanti e contemporaneamente aumento dei fattori di rischio legati alla situazione socio-economica della famiglia; ciò ha portato ad un aumento delle condizioni di conflittualità familiare e di rischio di violenza e di maltrattamento contro donne e minori.



OPPORTUNITA' "assistenza domiciliare e telemedicina"

Nonostante le difficoltà presenti in stato emergenziale, sono state elaborate e messe in campo delle soluzioni per spostare l'assistenza a domicilio di malati cronici e rari che non avevano la possibilità di accedere alle cure ambulatoriali ospedaliere e sono stati attivati i trattamenti domiciliari per l'infusione di farmaci orfani ed innovativi, trasfusioni, etc;

Inoltre, sono stati attivati dei percorsi e delle procedure di controllo a distanza e tramite la telemedicina per pazienti in condizioni di complessità assistenziale, con particolare riguardo ai minori con patologie croniche disabilitanti e con malattie rare.

Uscire più forti dalla pandemia

OS5. Migliorare la qualità dei processi diagnostici e di trattamento e presa in carico dei bambini con malattia cronica e/o rara e/o severa e/o disabilitante.

OS8. Disegnare risposte e percorsi per la cronicità, rarità e/o disabilità che tengano conto delle peculiarità biologiche e psicologiche degli adolescenti

Obiettivi parzialmente raggiunti

Quasi l'80% dei minori che devono sottoporsi a trattamento infusione a scadenza intra - o pluri - settimanale riceve queste infusioni o nel proprio domicilio o in situazione ambulatoriale confortevole vicino al proprio domicilio.

Solo un 20% deve effettuare routinariamente questi trattamenti in ambiente ospedaliero lontano dalla propria abitazione.

In generale i minori seguiti in ADI ad alta intensità assistenziale in Veneto per patologie complesse era del 4.1% su un dato medio nazionale del 2.9%. Nel corso della pandemia, la percentuale in Veneto è cresciuta al 4.7% su un dato nazionale del 2.8%. Pur quindi essendo ancora lontano il

soddisfacimento del bisogno di assistenza domiciliare ad alta complessità per i minori, certamente nella nostra Regione questa offerta assistenziale è più solida che nel resto dell'Italia ed è aumentata nel corso della pandemia.

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)



PUNTI DI DEBOLEZZA “mancanza di personale e di risorse”

La grave penuria di personale in relazione agli standard nazionali previsti per i Punti Nascita e la ridotta dotazione di risorse nei reparti di pediatria, rende questi settori in parte non adatti ad affrontare le nuove sfide date dalla patologia legata alla vulnerabilità psichiatrica e psicologica soprattutto di adolescenti, l'aumento della violenza intra-familiare e il persistere di una gravosa quota di condizioni di alta complessità assistenziale.

Si osserva una carenza di risorse e di organizzazione specifica per la rete di neuropsichiatria infantile e per i servizi di riabilitazione rivolti alla disabilità in età evolutiva. I servizi territoriali, compresa l'assistenza domiciliare integrata, infatti, sono strutturati e gestiti in relazione a richieste e condizioni tipiche dell'adulto/anziano e sono poco propensi alla declinazione rispetto alle differenti richieste derivanti dal mondo pediatrico ed adolescenziale.

Tale criticità si riflette anche in una mancanza di collegamenti strutturati e costanti tra mondo assistenziale del bambino ed equivalenti servizi per l'adulto.

Ancora attuale è il rimando diretto alle cure prestate dalla famiglia in sostituzione alla deficitaria rete formale e socio-sanitaria, anche nel caso di condizioni di grandissima complessità assistenziale, caratterizzate da un pesantissimo carico assistenziale e da una competenza di tipo tecnico non sempre a disposizione delle famiglie..



PUNTI DI FORZA

Nonostante l'emergenza sanitaria in corso, è stato possibile nel territorio regionale mettere in atto dei percorsi comuni ospedale-territorio tendenti a contrastare le condizioni di rischio per la salute materno-infantile.

Inoltre è importante sottolineare la tenuta a regime e l'implementazione per tutti i nuovi nati di un'offerta assistenziale attiva di diagnosi precoce alla nascita, basata su screening neonatali interessanti pacchetti di patologie maggiori di quelli definiti a livello nazionale come LEA.

Infine, per rispondere a potenzialità terapeutiche innovative, è stato possibile offrire gratuitamente trattamenti, farmacologici e non, anche di elevato onere economico, a bambini affetti da patologie rare gravi o gravissime, in precedenza invariabilmente letali.

Costruire una ripresa resiliente

OS3. Eliminare o contenere l'impatto dei principali fattori di rischio ambientali agenti negativamente sulla salute e sullo sviluppo del bambino

OS4. Promuovere stili di vita positivi, livelli crescenti di autonomia e ruolo sociale adeguato all'età, equilibrio nelle relazioni intra familiari

OS11. Migliorare la diagnosi e presa in carico della donna oggetto di violenza e maltrattamento

Obiettivi parzialmente raggiunti.

E' stato implementato e messo a regime il programma di diagnosi precoce delle condizioni di rischio di depressione materna perinatale e il contrasto alle condizioni cliniche manifeste e ad altre situazioni di rischio nell'ambiente familiare (ad esempio: malattia psichiatrica nei genitori, tossicodipendenza, violenza intra-familiare).

Tale percorso è stato condotto in oltre l'80% delle partorienti che sono giunte nel corso degli ultimi due anni nei Punti Nascita del Veneto.

Si è evidenziato un aumento delle puerpere segnalate con depressione attiva giunte alla presa in carico dei servizi di psichiatria territoriale e parallelamente una diminuzione delle puerpere che assumono psicofarmaci senza nessun controllo specialistico psichiatrico. Le puerpere con depressione maggiore dopo l'implementazione del programma sono seguite dai servizi di psichiatria territoriale nel 64% dei casi, mentre prima dell'intervento lo erano in meno del 20%. Le puerpere con depressione maggiore che assumono psicofarmaci senza una supervisione psichiatrica specialistica sono ora il 26% contro una quota eccedente il 50% prima dell'intervento.

A tutti i nati nei nei Punti Nascita sono state attivate le procedure di screening neonatale; esse comprendono tutte le patologie metaboliche previste per legge a livello nazionale e altre patologie metaboliche (come ad esempio le lisosomiali) sperimentalmente testate per i nati nelle Province di Belluno, Venezia, Padova, Rovigo e Vicenza. Fondamentale è la diagnosi precoce e l'immediata presa in carico terapeutica in nati normalmente diagnosticabili solo in seguito alla comparsa di segni clinici testanti la presenza di danni non reversibili.

E' stato possibile erogare trattamenti essenziali e non sostituibili per minori in gravi condizioni cliniche, trattamenti peraltro non compresi all'interno del quadro dei LEA nazionali. E' stato effettuato un controllo a priori del prescritto, dell'approvvigionato e dell'erogato con un'integrazione che ha interessato quasi il 50% dei minori che si sono trovati in questo particolare stato di necessità, con un impatto economico comunque contenuto (circa per milioni di abitanti l'anno) grazie al sistema informativo di controllo e monitoraggio a priori attivato.

Scheda n. 5 IL PERCORSO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE

- Obiettivi strategici**
- OS1. Assicurare al paziente la gestione della fase dell'emergenza urgenza e la fase critica del percorso assistenziale
 - OS4. Migliorare l'efficienza organizzativa ospedaliera

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate



MINACCE “evitare contaminazioni tra soggetti positivi al Coronavirus e pazienti non positivi”

La Regione Veneto in materia di emergenza/urgenza, al fine di rispondere adeguatamente ai bisogni di salute dell'utenza nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza, ha adottato numerosi provvedimenti e dato avvio ad un sistema di coordinamento e gestione di assistenza sanitaria in emergenza che ha portato progressivamente i Dipartimenti di Emergenza - DEA ad acquisire un ruolo sempre più definito.

Nel corso degli anni 2020/2021 a seguito della pandemia da Covid-19 le strutture hanno dovuto rivedere la propria organizzazione interna, soprattutto per quanto riguarda le attività di Pronto Soccorso, prevedendo un percorso immediato per tutti quei pazienti che presentavano sintomi respiratori acuti.

Con la DGR n. 552/2020 tutti i Pronto Soccorso hanno previsto specifici percorsi di pre-triage tesi ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti positivi a malattie infettive al fine di indirizzarli verso i percorsi specificatamente dedicati ed evitare al massimo contaminazioni sia tra i soggetti in attesa di diagnosi, sia contaminazioni intraospedaliere da parte di soggetti affetti da patologie acute. Non essendo definibili soluzioni specifiche strutturali da garantire una soluzione a breve termine e prevedendo necessità di definire nuovi spazi dedicati in tutti i pronto soccorso, la Regione del Veneto ha adottato moduli di pre triage Covid in relazione alla tipologia di struttura ospedaliera e di servizio. Per i moduli da collocare negli ospedali con elevata affluenza nei pronto soccorso, è stata prevista inoltre la presenza di una tac dedicata.



OPPORTUNITA' “riorganizzazione complessiva degli spazi e incremento offerta posti letto”

In relazione all'emergenza Covid-19 e alle indicazioni ministeriali della circolare del Ministero della Salute prot. n. 2627 del 01/03/2020 relative all'aumento di posti letto di terapia intensiva, pneumologia e malattie infettive è stato approvato, il 15 marzo 2020, dall'Unità di crisi istituita con decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020, il Piano di Emergenza Ospedaliera Covid-19 del Veneto, finalizzato ad assicurare che l'intero sistema ospedaliero fosse in grado di affrontare l'ipotesi di maggior pressione possibile. Considerata l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese con tale piano, è stata approvata il 5 maggio 2020 la DGR n. 552/2020

“Approvazione Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici” che permette di definire la risposta del sistema ospedaliero in caso di emergenza.

E' stata necessaria una riorganizzazione complessiva degli spazi e del personale per separare i percorsi ospedalieri destinati ai pazienti positivi al Coronavirus dagli altri, disponendo posti letto in isolamento e adottando tutte le misure di sicurezza necessarie. Una ripartizione che ha interessato quasi tutte le strutture, in particolare il Pronto Soccorso, le Malattie Infettive e Anestesia e Rianimazione al fine di evitare il contagio e ottimizzare l'attività di assistenza.

In considerazione dell'evoluzione del contagio, per far fronte ai bisogni emergenti, si è reso necessario un incremento dell'offerta di posti letto aggiuntivi, potenziando la capacità degli ospedali Hub e attrezzando ulteriori posti letto di area intensiva e semintensiva respiratoria, ritenendo di fondamentale importanza la presenza di questi ultimi al fine di consentire la corretta selezione dei pazienti da destinare all'assistenza intensiva e di malattie infettive. Il potenziamento della disponibilità posti letto di tale piano emergenziale ha previsto la strutturazione di 825 posti letto di terapia intensiva e 383 posti letto di pneumologia. Inoltre è stata rimodulata l'offerta ospedaliera prevedendo l'individuazione di ospedali interamente dedicati a pazienti Covid-19. Tale programma ha reso necessario il trasferimento e la ricollocazione dei pazienti da detti ospedali ad altri ospedali del Servizio Sanitario Regionale.

Uscire più forti dalla pandemia

OS1. Assicurare al paziente la gestione della fase dell'emergenza urgenza e la fase critica del percorso assistenziale

Nuovi pre triage allestiti durante la pandemia	43
Posti letto di terapia semi intensiva allestiti per emergenza pandemica	343
Posti letto di terapia intensiva attivabili in 24 ore per emergenza pandemica	1.000

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)



PUNTI DI DEBOLEZZA “carenza personale”

Le strutture sanitarie registrano sempre maggiori difficoltà di reperire sul mercato del lavoro personale dirigente medico, con particolare riferimento alle specialità di anestesia e rianimazione, medicina d'urgenza, malattie infettive, pneumologia, radiodiagnostica, ostetricia e ginecologia, pediatria, ma la criticità investe trasversalmente tutta la professione medica. Anche per il personale del comparto si rileva un'offerta di operatori significativamente insufficiente rispetto ai nuovi fabbisogni, con particolare riferimento agli infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica, tecnici di laboratorio biomedico, assistenti sanitari e operatori socio-sanitari.

**PUNTI DI FORZA** “capacità di riorganizzazione”

La riconversione di un intero ospedale dedicato a un'unica tipologia di paziente è una situazione emergenziale che non si era mai verificata precedentemente e soprattutto con l'urgenza temporale che si è venuta a creare durante la pandemia.

Tale riorganizzazione è stata possibile grazie allo sforzo e all'impegno del personale delle aziende sanitarie che ha rivoluzionato le prassi organizzative dei reparti.

In particolar modo quando il virus ha colpito pazienti con altre comorbilità c'è stata una stretta e continua collaborazione multiprofessionale sia all'interno dell'ospedale che tra specialisti di altri ospedali che hanno lavorato su più sedi ospedaliere.

Non da meno è stato lo sforzo organizzativo degli ospedali non esclusivamente dedicati a pazienti Covid, che da una parte hanno dovuto accogliere i pazienti provenienti dai bacini d'utenza dei Covid hospital, dall'altra hanno dovuto gestire un'offerta ospedaliera separata per pazienti Covid e non Covid.



Costruire una ripresa resiliente**OS4. Migliorare l'efficienza organizzativa ospedaliera**

Provincia	N. Covid hospital
Belluno	1
Treviso	2
Venezia	3
Padova	1
Vicenza	1
Verona	2

	2020		2021	
	n.	%	n.	%
Covid Hospital	8.739	44%	3.971	22%
Ospedali Hub	6.055	30%	8.536	47%
Altri ospedali	5.245	26%	5.682	31%

Scheda n. 6 LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E DELLA MULTIMORBIDITÀ PER INTENSITÀ DI CURA E DI ASSISTENZA

Obiettivi strategici OS6. Organizzare una filiera dell'assistenza che sia in grado di garantire le transizioni tra luoghi e/o livelli assistenziali differenti, favorendo la domiciliarità ed il recupero funzionale

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate	
	<p>MINACCE "isolamento dei cronici"</p>
<p>L'emergenza epidemiologica da Covid-19 ha impattato sull'intero SSSR ed in particolare sui pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione. A tale categoria di pazienti è rivolto il modello regionale di presa in carico della cronicità e della multimorbilità, fondato sul concetto di intensità di cura e di assistenza.</p> <p>Nel contesto attuale, con il prevalere delle patologie croniche e della multimorbilità, il SSSR ha l'obiettivo di essere in grado di aiutare le persone a raggiungere il massimo grado di funzionalità possibile in relazione al proprio stato di salute.</p> <p>L'assistenza territoriale, tassello fondamentale della filiera dell'assistenza per la presa in carico della cronicità, è stata interessata da una spinta acceleratrice nel suo processo di rafforzamento, imposto anche dalla necessità di fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus.</p>	
	<p>OPPORTUNITA' "sviluppare, integrare e potenziare l'assistenza domiciliare"</p>
<p>Nell'affrontare l'emergenza epidemiologica da Covid-19 sono state programmate ed attuate una serie di azioni riguardanti lo sviluppo ed il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, con particolare riguardo all'integrazione e all'informatizzazione.</p> <p>E' stata implementata l'assistenza domiciliare per garantire la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti, nonché affette da Covid-19, potenziando anche il servizio di assistenza infermieristica sul territorio.</p> <p>E' stata estesa l'attività delle USCA anche ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti, integrandola funzionalmente con l'attività infermieristica domiciliare, a supporto di RSA, strutture intermedie, ecc., e coinvolgendo le stesse nel processo di gestione delle terapie Monoclonali.</p> <p>Si è reso necessario inoltre il rafforzamento del coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, attraverso centrali operative con funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina,</p>	

anche telefonici, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio assicurando un coordinamento e una comunicazione unitari.

Si è data attuazione ai piani di sviluppo delle cure primarie, dei team multiprofessionali, con la partecipazione dei MMG, degli specialisti territoriali, degli infermieri, degli assistenti sociali, con legami funzionali con i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere e con gli operatori del Dipartimento di Prevenzione. Infine, è stata introdotta la figura dell'infermiere di famiglia o di comunità.

Uscire più forti dalla pandemia

OS6. Organizzare una filiera dell'assistenza che sia in grado di garantire le transizioni tra luoghi e/o livelli assistenziali differenti, favorendo la domiciliarità ed il recupero funzionale

Nel periodo pandemico si è evidenziata un'ulteriore accelerazione nel rafforzamento dell'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, in particolare dell'assistenza territoriale, tassello fondamentale della filiera per la presa in carico della cronicità.

In particolar modo, relativamente all'assistenza domiciliare, sono stati emanati atti normativi e programmatori nazionali e regionali di rafforzamento della domiciliarità mettendo a disposizione anche risorse aggiuntive.

ADI

% di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI (obiettivo LEA):

*(numero di anziani trattati in ADI residenti nella regione / Popolazione anziana residente) * 100*

Anno 2019: 7,54*

Anno 2020: 7,33*

Anno 2021: 7,77*

Differenza 2019-2021: + 0,23*

Variazione % 2019-2021: + 3,05%



PUNTI DI DEBOLEZZA "sviluppo disomogeneo delle COT"

Il percorso normativo regionale e di affiancamento allo sviluppo delle COT (Centrale Operativa Territoriale) è iniziato nel 2013 con DGR n. 2271/2013 e si è consolidato negli anni successivi, ma è ancora necessario perseguire una maggiore omogeneità su tutto il territorio regionale.

Lo sviluppo delle COT in Veneto ha orientato la definizione delle centrali operative anche a livello nazionale e molte esperienze aziendali sono di eccellenza; tuttavia, il Covid ha evidenziato come sia necessario il potenziamento delle attività di rete per il supporto alle transizioni, sia dal punto di vista di strumenti informativi sia per quanto riguarda la definizione e gestione dei processi che devono essere coordinati dalle COT.

Il passaggio da un setting assistenziale ad un altro dovrà essere gestito in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, con procedure formalizzate che definiscano le modalità di transizione e gli strumenti.

**PUNTI DI FORZA** “Unità valutativa multi-dimensionale e quadro organizzativo della gestione delle transizioni”

La Regione del Veneto, al fine di dare una risposta sanitaria al paziente che non si trova in condizioni critiche, offre una rete capillare di servizi costituita da luoghi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, che, in un’ottica di appropriatezza e sicurezza, assicurano all’interno del percorso di cura procedure/interventi e prestazioni che richiedono competenze e tecnologie specifiche.

A fronte della complessità dei bisogni assistenziali, in considerazione della crescita della cronicità, vi è l’esigenza di definire nuovi modelli assistenziali con approccio multidisciplinare e interdisciplinare in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali, territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure e ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica ed efficacia al fine di promuovere team multi professionali, garantendo l’integrazione dell’assistenza attraverso l’implementazione di appositi PDTA.

La cronicità complessa ed avanzata richiede frequentemente la connessione fra i vari ambiti assistenziali e trova nella COT una risposta operativa in quanto svolge una funzione di «centrale della continuità», garantendo un coordinamento unitario del percorso di cura ed assistenza. Tale percorso viene definito secondo i criteri della valutazione multidimensionale, che riconosce nella Unità valutativa multidimensionale (UVMD) un efficace strumento per la pianificazione dell’assistenza dei malati con maggiore complessità.

Nello specifico, la COT rappresenta lo strumento organizzativo funzionale a tutti gli attori della rete socio-sanitaria coinvolti nella presa in carico della persona con cronicità complessa ed avanzata e le sue funzioni fondamentali sono: mappare costantemente le risorse della rete assistenziale; coordinare le transizioni protette (intra ed extra Azienda ULSS), per le quali non esistono già percorsi strutturati, con la possibilità di entrare provvisoriamente in modo operativo nel processo, facilitandone una definizione condivisa; raccogliere i bisogni espressi/inespressi, di carattere sociale/sanitario/socio sanitario, indipendentemente dal setting assistenziale e trasmettere le informazioni utili a garantire le transizioni protette; garantire la tracciabilità dei percorsi attivati sui pazienti segnalati, offrendo trasparenza e supporto nella gestione delle criticità di processo ai soggetti della rete; facilitare la definizione/revisione di PDTA/procedure/modalità operative aziendali, anche alla luce delle criticità riscontrate nel corso del monitoraggio dei percorsi attivi.

Costruire una ripresa resiliente**OS6. Organizzare una filiera dell’assistenza che sia in grado di garantire le transizioni tra luoghi e/o livelli assistenziali differenti, favorendo la domiciliarità ed il recupero funzionale**

La necessità di fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus ha promosso e imposto il rafforzamento e un ulteriore sviluppo del lavoro di integrazione operativa tra Ospedale - Distretto - Dipartimento Prevenzione - SISP, che ha consentito di migliorare la reciproca conoscenza delle specifiche competenze e la messa in comune/trasferimento di competenze prima non previste con conseguente miglioramento della qualità del servizio offerto alla popolazione.

Tale conoscenza ha permesso di gestire le prese in carico dei pazienti e le transizioni.

Da un parte infatti si è continuato a lavorare in modo multidisciplinare con le UVMD e dall’altro sono state attivate nuove attività come quelle svolte dalle USCA.

Il coordinamento e l'integrazione di tutti gli interventi è la sfida del prossimo futuro che però non può che iniziare dal coordinamento dei percorsi strutturati che sono stati attivati durante la pandemia.

Valutazioni UVMD flusso Cure Domiciliari per tipologia e utenti, confronto anni 2020 - 2021.

Tipo Valutazione	Bisogni Assistenziali: COVID-19	2020		2021	
		Numero Valutazioni	Numero Utenti	Numero Valutazioni	Numero Utenti
non indicata	Sì	-	-	1.940	1.384
	No	-	-	-	-
1. valutazione iniziale (prima presa in carico)	Sì	4.295	4.165	30.879	22.400
	No	145.176	87.460	172.759	95.656
2. rivalutazione	Sì	559	550	4.196	3.983
	No	43.002	28.041	44.576	29.873
Totale		193.032	114.775	254.350	141.664

N. USCA attive, confronto anni 2020 - 2021.

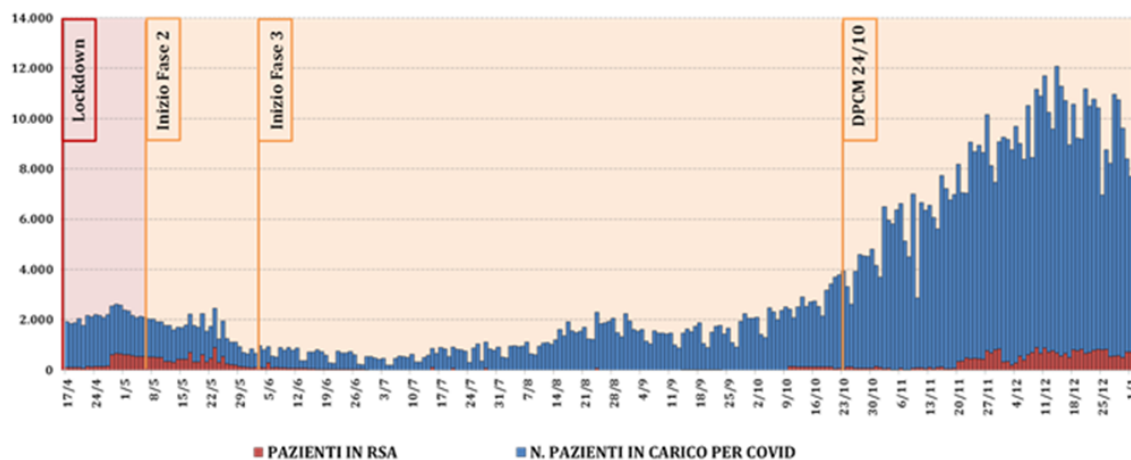
N. USCA PROGRAMMATE	N. USCA ATTIVE AL 31/12/2020	N. USCA ATTIVE AL 31/12/2021
98	60	57

N. Medici USCA incaricati (inclusi cessati e nuove attivazioni), confronto anni 2020 - 2021.

FABBISOGNO MEDICI	N. MEDICI USCA INCARICATI AL 31/12/2020	N. MEDICI USCA INCARICATI AL 31/12/2021
624	583	562

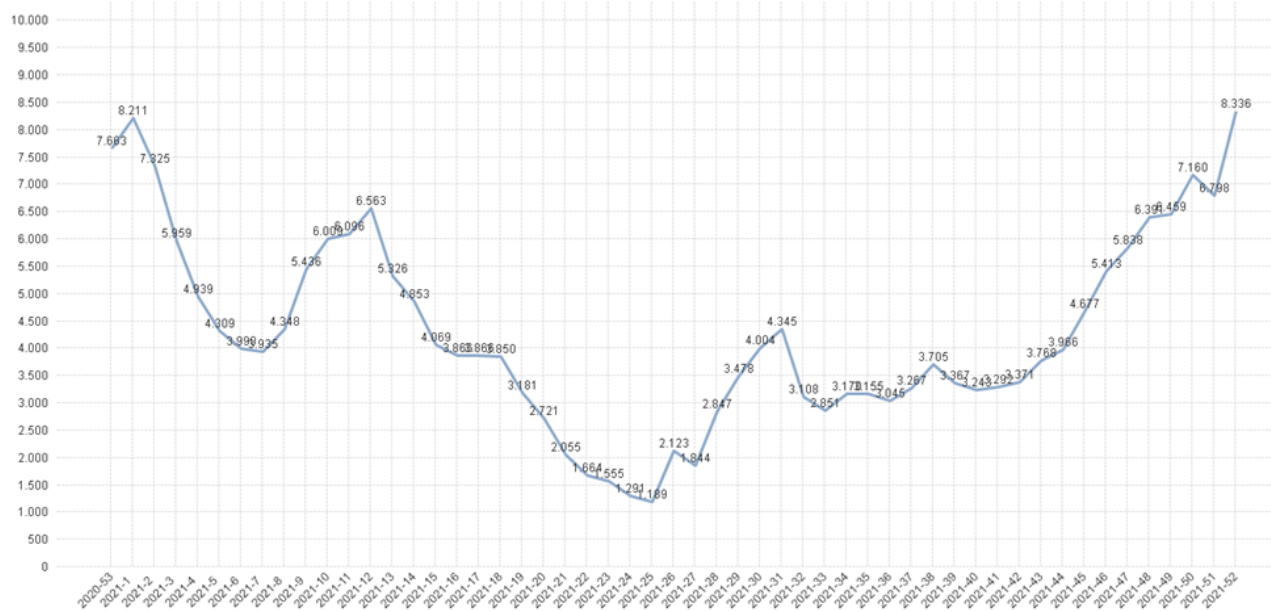
Fonte: Monitoraggio giornaliero USCA. Dati dichiarati dalle Aziende ULSS in sede di monitoraggio

Trend Pazienti in carico per COVID USCA, Anno 2020 (dato giornaliero regionale - periodo 17/04/2020 - 31/12/2020).



Fonte: Monitoraggio giornaliero U.S.C.A. Dati dichiarati dalle Aziende ULSS in sede di monitoraggio.

Trend pazienti in carico per COVID USCA, anno 2021 (dato settimanale regionale medio)



Fonte: Monitoraggio giornaliero USCA. Dati dichiarati dalle Aziende ULSS in sede di monitoraggio

Attività COVID USCA, anni 2020-2021

	2020	2021
Accessi	79.635	91.576
Tamponi	792.322	1.635.113
Vaccinazioni anti-COVID a domicilio	-	36.744

Scheda n. 7 LE MALATTIE RARE

- Obiettivi strategici**
- OS1. Migliorare la fase diagnostica, limitando la latenza tra comparsa dei sintomi e diagnosi della malattia
 - OS2. Migliorare la qualità della presa in carico integrata del malato raro e realizzare una assoluta continuità assistenziale nei tempi e fasi della vita e nei diversi sistemi e luoghi di cura
 - OS3. Garantire lo stretto collegamento delle attività di assistenza attuate dei Centri veneti, parte delle reti europee di riferimento (ERN), con il restante sistema dei servizi sanitari e la loro coerenza con la programmazione regionale in materia

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate



MINACCE “distrazione del personale verso i settori emergenziali”

L'emergenza sanitaria ha forzatamente portato a dei mutamenti organizzativi del sistema sanitario, in particolare su alcuni reparti ospedalieri, quali ed es. pneumologie, medicine interne, etc. All'interno di queste unità operative, particolarmente e per lungo periodo operanti nell'emergenza, i centri per le malattie rare non erano più disponibili per l'assistenza ai malati rari.

Stessa difficoltà si è riscontrata per quanto riguarda il personale dei distretti territoriali, in particolar modo delle Unità cure primarie e materno-infantile, il quale è stato coinvolto nelle attività emergenziali di contrasto alla pandemia da Sars-Cov-2 e quindi era indisponibile per i percorsi per i malati rari.

Infine, i malati più fragili hanno osservato in questo periodo uno stretto isolamento per paura del contagio e hanno manifestato l'indisponibilità di ricevere a domicilio operatori esterni; di conseguenza per questi soggetti è stato di fatto impossibile mantenere dei piani di cura integrata che prevedessero l'accesso o ambulatoriale o domiciliare continuativo di personale ad esempio quello riabilitativo.



OPPORTUNITA' “attuazione Accordo Stato Regioni sulla telemedicina nelle malattie rare”

Pur essendo stato sottoscritto un Accordo Stato Regioni sulla telemedicina nelle malattie rare già nel 2015, fino a questo momento tale accordo non era mai stato attivato. Spinti dall'emergenza COVID, si è ricorsi a tale opportunità, seppur in modo parziale, trovando un ostacolo al suo utilizzo più estensivo a causa della mancanza di specifiche tariffe delle diverse tipologie di prestazioni di cui all'Accordo.

L'area delle malattie rare, unitamente a quella oncologica e materno-infantile, è stata identificata come una delle aree da privilegiare e garantire anche durante il periodo dell'emergenza; ciò ha permesso il mantenimento di una offerta assistenziale sia per i malati già noti che per quelli con nuovo sospetto.

Inoltre, la presenza di un sistema informativo integrato con AUR ha permesso di:

- garantire la continuità terapeutica grazie al rinnovo automatico dei piani terapeutici già in essere, a meno di necessità di modifiche in base alle condizioni cliniche;
- facilitare l'attuazione della consegna a domicilio dei farmaci, come previsto dalle azioni regionali, potendo i servizi farmaceutici e distrettuali conoscere i pazienti in trattamento e con quali farmaci;
- stimare e richiamare attivamente i soggetti identificati come fragili candidati alla somministrazione dei vaccini Covid in via prioritaria secondo le indicazioni nazionali.

Uscire più forti dalla pandemia

OS2. Migliorare la qualità della presa in carico integrata del malato raro e realizzare una assoluta continuità assistenziale nei tempi e fasi della vita e nei diversi sistemi e luoghi di cura

Obiettivo parzialmente raggiunto.

I malati rari in situazione di alta complessità assistenziale, richiedenti l'utilizzo a domicilio di supporti per la sopravvivenza (es. respirazione, alimentazione, etc.), l'utilizzo di terapie infusive innovative ad alto costo e contemporaneo trattamento riabilitativo complesso, sono stati 2.312 il primo anno e 2.715 il secondo. Si tratta del tasso per abitante di gran lunga più alto dell'Italia e l'unica area che ha presentato un simile incremento nel tempo.

È stata garantita la continuità assistenziale con il rinnovo di tutti i piani in scadenza e la distribuzione a domicilio del prescritto (farmaci, dietetici, presidi, etc.) in 3.456 piani terapeutici.

I pazienti per i quali sono stati attivati percorsi speciali di integrazione alle prese in carico ordinarie con il coinvolgimento del Coordinamento regionale sono stati 9.197.

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)



PUNTI DI DEBOLEZZA “mancanza di personale dedicato”

Anche per quanto concerne i Centri per le malattie rare si evidenziano insufficienti risorse di personale dedicato, sia in assoluto che in relazione al riutilizzo parziale o totale del personale e dei reparti per rispondere all'emergenza ospedaliera causata dalla pandemia da Sars-Cov-2.

Si osserva inoltre la persistenza della frammentazione dei percorsi assistenziali nel passaggio tra diverse le Aziende sanitarie ospedaliere e territoriali.



PUNTI DI FORZA “Centri di riferimento per le malattie rare”

E' importante evidenziare come anche nel corso dell'emergenza pandemica c'è stato uno stretto legame tra i Centri per le malattie rare e i pazienti, richiamati attivamente e seguiti.

I percorsi già esistenti (es. Decreto su somministrazione a domicilio di farmaci) sono rimasti attivi e hanno potuto beneficiare di un efficace sistema a supporto.

L'esistenza di una helpline e di un Centro informazioni strutturato presso il Coordinamento regionale malattie rare ha permesso di rispondere efficacemente a quesiti su vaccinazioni, percorsi, etc. rivolti dai pazienti.

Parallelamente sono presenti e attivi un alto numero di Centri di riferimento della rete malattie rare veneta presenti come full-member all'interno delle reti di eccellenza europee ERN ed elevato numero di ERN in cui sono rappresentati (23 su 24).

Infine, anche nel periodo emergenziale è stato possibile sviluppare e mettere in atto un efficace sistema di diagnostica precoce neonatale con l'estensione dell'offerta di procedure di screening neonatali per patologie non comprese nel pacchetto di cui all'elenco nazionale (DM 13.10.2016), come ad esempio le malattie lisosomiali.

Costruire una ripresa resiliente

OS1. Migliorare la fase diagnostica, limitando la latenza tra comparsa dei sintomi e diagnosi della malattia

OS2. Migliorare la qualità della presa in carico integrata del malato raro e realizzare una assoluta continuità assistenziale nei tempi e fasi della vita e nei diversi sistemi e luoghi di cura

OS3. Garantire lo stretto collegamento delle attività di assistenza attuate dei Centri veneti, parte delle reti europee di riferimento (ERN), con il restante sistema dei servizi sanitari e la loro coerenza con la programmazione regionale in materia

Obiettivi parzialmente raggiunti.

Durante il periodo COVID i contatti al Centro informazioni del Coordinamento Malattie Rare (telefono Helpline e sito web) sono stati 2.106 nel 2020 e 2.426 nel 2021.

N. 7 Health Care Provider veneti sono stati ammessi come full member all'interno delle ERN.



In Veneto i nati sottoposti a screening neonatali (elenco nazionale e programmi sperimentali) sono stati n. 32.493 nel 2020 e n. 32.603 nel 2021.

Scheda n. 8

LA SALUTE MENTALE

Obiettivi strategici

- OS3. Promuovere la presa in carico assertiva dell'utenza
- OS4. Promuovere il benessere psico-fisico del paziente

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate	
	<p>MINACCE “limitazione delle attività cliniche di monitoraggio e socio-riabilitative”</p>
<p>La salute mentale è indubbiamente un fattore imprescindibile per conseguire uno stato di salute e di benessere in tutti i contesti relazionali.</p> <p>La pandemia ha reso ancora più evidente la centralità di questo bene mettendo in evidenza criticità e necessità di prevedere risorse per fornire risposte appropriate ai bisogni di salute mentale. Risposte che devono essere costantemente monitorate e, se necessario, riorientate, ridefinendone le priorità e le azioni da intraprendere, integrate ed estese, ampliando gli investimenti per garantire in tutti i contesti i LEA in modo omogeneo.</p> <p>Nel corso del biennio 2020-2021, l'emergenza pandemica ha di fatto interferito con la normale attività, limitando le attività cliniche di monitoraggio e le attività socio-riabilitative a causa delle restrizioni legate ai contatti sociali.</p>	
	<p>OPPORTUNITA' “l'utilizzo della Telemedicina per permettere l'osservazione del paziente nel suo ambiente di vita”</p>
<p>La pandemia ha evidenziato la necessità di soddisfare adeguatamente il “bisogno di salute mentale” della popolazione in particolare attuando politiche di prevenzione e di intercettazione precoce del disagio. Questa crisi ha posto l'attenzione dell'opinione pubblica e dei decisori su questa necessità. E' fondamentale ripensare ai modelli di risposta trattamentale e riabilitativa a questo bisogno, alla luce del mutato interesse dell'opinione pubblica, definendo adeguati standard strutturali ed organizzativi.</p> <p>Una risorsa preziosa e indispensabile in questo periodo si è rivelata essere l'utilizzo della telemedicina nella salute mentale nei diversi setting assistenziali, risorsa da implementare e integrare sempre di più.</p> <p>La telemedicina, inoltre, ha rappresentato uno strumento importante per i Dipartimenti di Salute mentale durante la pandemia, alla luce delle disposizioni di distanziamento e di limitazioni dei contatti. Le esperienze attivate hanno evidenziato come il colloquio in regime di telemedicina possa permettere l'osservazione del paziente nel suo ambiente di vita, la possibile compresenza di altri familiari o persone vicine che possono essere coinvolte nel colloquio.</p>	

Uscire più forti dalla pandemia

OS3. Promuovere la presa in carico assertiva dell'utenza

La DGR n. 371/2022, approvata alla fine di un percorso pluriennale anche alla luce dell'esperienza pandemica dell'ultimo biennio, definisce un modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale.

La delibera individua, tra le altre cose, standard regionali di figure professionali - psicologo psicoterapeuta, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, educatore socio-sanitario e assistente sociale - che consentono di dare risposta agli obiettivi di promozione della presa in carico assertiva dell'utenza e di promozione del benessere psico-fisico del paziente nell'ottica di permettere risposte omogenee all'interno della regione Veneto, anche in relazione agli effetti "a cascata" del periodo pandemico.

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)



PUNTI DI DEBOLEZZA "far emergere i bisogni"

La difficoltà di individuare i fabbisogni della popolazione è emersa maggiormente durante la pandemia quando oltre ai precedenti bisogni non espressi si sono sommate le nuove esigenze nate nella fase emergenziale.

E' quindi importante aumentare il coordinamento dei servizi per rendere più capillare la possibilità di accesso ai servizi.



PUNTI DI FORZA "ricerca di percorsi condivisi"

In questi ultimi anni la programmazione sanitaria regionale si sta orientando in maniera sempre più organizzata ed efficace verso una partecipazione e condivisione delle strategie e degli indirizzi operativi con i diversi portatori di interesse.

Questa strategia, valorizzata anche dalla letteratura nazionale ed internazionale, permette una visione multifocale ed una diminuzione della potenziale conflittualità.

Costruire una ripresa resiliente

OS4. Promuovere il benessere psico-fisico del paziente

La DGR n. 371/2022, approvata alla fine di un percorso pluriennale anche alla luce dell'esperienza pandemica dell'ultimo biennio, definisce un modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale.

Tale delibera valorizza, tra le altre cose, il ruolo della Commissione Regionale Salute Mentale e promuove sia la Conferenza Regionale della Salute Mentale che la ridefinizione di un nuovo Progetto Obiettivo per la Salute Mentale regionale.

Scheda n. 9 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Obiettivi strategici OS5. Rivedere gli interventi assistenziali affinché abbiano una consistenza più mirata (es. ICD)
 OS14. Contribuire alla tutela alla salute e all'assistenza socio-sanitaria delle persone affette da demenza e a rischio demenza e ridurre l'incidenza del rischio di demenza

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate



MINACCE "l'acuirsi dell'isolamento delle persone non autosufficienti o con disabilità"

Il periodo emergenziale dettato dalla pandemia da Covid-19 ha fortemente stressato il sistema della rete di servizi socio-assistenziali e sanitari dedicata alle persone non autosufficienti o con disabilità.

Prioritarie in quest'ottica la necessità di protezione legata alla fragilità intrinseca che vivono queste persone e la necessità di sostegno, vicinanza e assistenza in virtù della loro particolare situazione di svantaggio che le pone a rischio di esclusione ed isolamento (a causa delle limitazioni ai servizi di cui usufruiscono, nonché di quelle relative alla limitazione dei contatti sociali).

L'elevato grado di incertezza del contesto generale e la complessità e variabilità dei fattori che hanno inciso nel periodo pandemico hanno repentinamente mutato ed acuito la sofferenza e l'isolamento influenzando il benessere fisico e psichico delle persone vulnerabili.

La pandemia ha contribuito a mettere in discussione il modello a silos verso una circolarità delle idee e a ridimensionare le barriere disciplinari e professionali che hanno consentito il cambio repentino degli assetti organizzativi esistenti. Tali assetti spesso si sono dimostrati resilienti ai cambiamenti e alle riconfigurazioni, favorendo una maggiore flessibilità nell'organizzazione e integrazione dei processi assistenziali sia a livello domiciliare e semiresidenziale sia a livello residenziale.



OPPORTUNITA' "Piani organizzativi e delle attività per la ripresa dei servizi semiresidenziali"

Per favorire la continuità degli interventi di accompagnamento all'inclusione e all'occupabilità delle persone con disabilità sono state adottate, da parte di tutte le Aziende ULSS del Veneto a seguito della DGR 595/2020, modalità organizzative atte a garantire la prosecuzione in sicurezza, rispetto al rischio di contagio da Covid-19, degli interventi previsti nell'ambito dell'occupabilità e dell'inclusione a favore della persona con disabilità.

In particolare la delibera citata fornisce indicazioni per la riattivazione graduale dei servizi semiresidenziali per persone con disabilità. Tali modalità organizzative, definite tramite una fase di co-progettazione tra le Aziende ULSS e gli enti gestori, si sono formalizzate in “Piani organizzativi e delle attività” ed hanno consentito la continuazione e il sostegno durante tutta la biennalità 2020-2021.

Il coordinamento delle filiere assistenziali dedicate alla *long term care* ha richiesto un importante sforzo a livello programmatico volto a definire nuove soluzioni organizzative per far fronte a problemi legati alla gestione delle risorse umane e alle riorganizzazioni di spazi e *setting* assistenziali. Nella prospettiva di co-progettare risposte adeguate e flessibili alle esigenze delle persone con disabilità, capaci di tener conto dei loro bisogni mutevoli, si sono ri-organizzati e concepiti percorsi assistenziali attraverso l'integrazione di modelli di intervento ispirati a criteri di appropriatezza, sostenibilità e accessibilità che tengano conto della necessità di inclusione della persona con disabilità per rispondere in maniera efficiente e integrata all'interno delle comunità di appartenenza. E' stata rafforzata la relazione di partnership tra i diversi soggetti della rete di *welfare* regionale in una logica di corresponsabilità nella programmazione di obiettivi e azioni, nell'individuazione e apporto delle risorse necessarie all'attuazione di quanto programmato e nella proposizione di ogni iniziativa volta a migliorare il sistema rispetto all'evolversi dei bisogni, migliorandone l'appropriatezza.

Con l'obiettivo di diversificare e rendere maggiormente diffusi nell'intero territorio regionale tali interventi si è investito nel rafforzamento dell'interazione tra la rete dei servizi e il contesto sociale di appartenenza delle persone al fine di radicare il più possibile, in linea e nell'ambito di quanto previsto dalla legge n. 112/2016 (cd “dopo di noi”), la presa in carico nel contesto di vita.

In questa prospettiva si inserisce la valorizzazione di nuovi interventi alternativi al centro diurno, diversificando e gestendo le opportunità in relazione alla gravità delle persone con disabilità e orientando i percorsi attivati dalle Aziende ULSS verso il raggiungimento del maggior grado di autonomia e di inclusione sociale. Con la DGR n. 1375 del 16/09/2020, la Giunta regionale ha disposto, quale ulteriore sviluppo delle progettualità previste dalla DGR n. 739/2015 e della DGR n. 154/2018, l'avvio di una sperimentazione per l'accompagnamento all'inclusione e all'occupabilità delle persone con disabilità, secondo contenuti e modalità operative articolate e modulate verso un modello caratterizzato da un diverso grado di protezione, maggiormente orientato verso un target di utenza meno grave dove viene valorizzato il ruolo dei servizi integrazione lavorativa.

L'opportunità di gestire il passaggio da un *setting* assistenziale - riabilitativo a maggior grado di protezione proprio del centro diurno per persone con disabilità verso un modello maggiormente aperto al territorio ed alle diverse opportunità della comunità garantisce che il sistema risponda all'esigenza di fornire alle persone occasioni a diverso grado di inclusione. Tali percorsi integrati socio-riabilitativi di abilitazione e sviluppo delle competenze, finalizzati al recupero, mantenimento e/o potenziamento delle abilità e capacità funzionali della persona con disabilità, vengono qualificati nella collaborazione integrata tra i Servizi Integrazione Lavorativa (SIL) e i servizi tecnico professionali di presa in carico delle Aziende ULSS. Tale sistema integrato, che trova la sua declinazione nell'ambito del programma del “dopo di noi”, garantisce risposte diversificate anche a favore di persone non in condizione di gravità così come disciplinata dall'art. 3 comma 3 della L. n. 104/1992.

Uscire più forti dalla pandemia

OS5. Rivedere gli interventi assistenziali affinché abbiano una consistenza più mirata

Nonostante le prime resistenze da parte dell'utenza e dei servizi nell'aderire alla sperimentalià delle nuove modalità organizzative scorrelate dal modello in presenza, queste nuove forme flessibili e innovative hanno riscosso con il tempo l'accrescimento della relazione di fiducia operatore-utente e una buona aderenza sia da parte delle persone con disabilità sia da parte dei professionisti; inoltre, hanno promosso modelli sostenibili e di prossimità tali da essere replicati e consolidati nella prassi operativa anche con il superamento del periodo di emergenza sanitaria.

Anno 2020/2021	n. prestazioni garantite a domicilio	n. prestazioni garantite in presenza	n. prestazioni garantite da remoto
9 Aziende ULSS	724	149.968	11.108

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)



PUNTI DI DEBOLEZZA "sviluppare maggiormente i percorsi di vita partecipati"

La realizzazione dello sviluppo della presa in carico globale della persona, attraverso la definizione di progetti personalizzati programmati in un quadro coordinato con la rete dei servizi socio sanitari accreditati, garantisce un approccio mediato e dinamico; tale metodo consente il transito da percorsi di integrazione socio sanitaria a maggior grado di protezione verso percorsi di accrescimento delle competenze per favorire l'occupabilità e l'inserimento lavorativo nonché l'autonomia personale, modulati sulla base del bisogno della persona.

La gestione del modello descritto - contestualizzata nel processo derivante dalla multiprofessionalità e interdisciplinarietà delle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), nel rispetto dell'autodeterminazione e orientato all'integrazione sociale e socio lavorativa della persona con disabilità - punta allo sviluppo e alla definizione di percorsi di vita partecipati. Quest'ultimo aspetto è il fulcro del tema scelto dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD) nel 2021 intitolato "Ricostruire meglio: verso un mondo post Covid-19 inclusivo della disabilità, accessibile e sostenibile".



PUNTI DI FORZA "lavoro in equipe flessibile e continuativo"

Per agevolare e facilitare il lavoro delle UVMD nel 2020-2021 sono state adottate e rese accessibili nuove modalità virtuali di incontro mai utilizzate prima del periodo pandemico. Nella quotidianità dei professionisti si sono affermate con forza metodologie di lavoro a distanza che hanno reso flessibile e continuativo il lavoro d'equipe e hanno agevolato e strutturato in maniera

innovativa forme di integrazione istituzionale e professionale che possono essere sviluppate e consolidate anche con il superamento dell'emergenza sanitaria.

Inoltre, con l'avvio della sperimentazione dei percorsi integrati socio-riabilitativi di abilitazione e sviluppo delle competenze finalizzati al recupero, mantenimento e/o potenziamento delle abilità e capacità funzionali della persona con disabilità, sono stati sviluppati gli strumenti di monitoraggio per verificare l'andamento e l'esito degli interventi. Punto di forza per superare le complessità legate al periodo pandemico, sono stati gli incontri periodici di coordinamento con le Aziende ULSS del territorio che sistematicamente hanno garantito uno scambio costruttivo di esperienze e pratiche che hanno orientato meglio le attività dei progetti sperimentali. Questa attività di interazione, ha permesso di cogliere con tempestività le difficoltà e al contempo le potenzialità delle azioni progettuali permettendo un monitoraggio attento degli interventi che ha accompagnato l'azione dei professionisti del territorio.

Ulteriore elemento qualificante di questa metodologia operativa è stata l'opportunità di sviluppare progressivamente il modello avviato. Con la deliberazione n. 1678/2021, è stata quindi approvata un'implementazione aggiuntiva della sperimentazione avviata con DGR n. 1375/2021, valorizzando nuove progettualità e nuove reti, garantendo l'opportunità di rafforzare quelle esistenti, attraverso nuove prese in carico.

Costruire una ripresa resiliente

OS5. Rivedere gli interventi assistenziali affinché abbiano una consistenza più mirata

I dati di sintesi derivano da un costante monitoraggio degli interventi realizzato attraverso la produzione di reportistiche prodotte mediante estrazioni dal flusso fad ed in aggiunta attraverso il coinvolgimento delle Aziende ULSS mediante google suite. Quest'ultima modalità è stata utilizzata in occasione dell'implementazione degli interventi riferibile alla DGR n. 1678/2021 per la valutazione della domanda di prese in carico in attesa di risposta.



Nel corso dell'anno 2021 il quadro dell'offerta di intervento per la DGR 1375/2021 si è così consolidato:

Azienda ULSS	n. progetti individuali	n. reti
ULSS 1	38	2
ULSS 2	0	2
ULSS 3	19	3
ULSS 4	9	1
ULSS 5	13	3
ULSS 6	16	9
ULSS 7	4	2
ULSS 8	31	5
ULSS 9	48	4
Veneto	178	31

Sempre con riferimento alla sperimentazione come strumento per valorizzare nuove progettualità e nuove reti è opportuno citare la DGR 739/2015 in continua evoluzione. Il quadro dell'offerta di intervento per l'anno 2021 si è così consolidato:

Azienda ULSS	n. progetti individuali	n. reti
ULSS 1	63	3
ULSS 2	110	13
ULSS 3	60	8
ULSS 4	19	4
ULSS 5	16	1
ULSS 6	110	16
ULSS 7	61	4
ULSS 8	101	10
ULSS 9	168	18
Veneto	708	77

Obiettivi strategici OS14. Contribuire alla tutela alla salute e all'assistenza socio-sanitaria delle persone affette da demenza e a rischio demenza e ridurre l'incidenza del rischio di demenza

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate	
	<p>MINACCE "l'aumento dei rischi per i soggetti fragili"</p>
<p>Nell'ambito della presa in carico delle persone con declino cognitivo, dalle evidenze scientifiche relative allo scenario pandemico emerge che l'emergenza pandemica ha acuito l'estrema vulnerabilità clinica, sociale e assistenziale che hanno vissuto le persone con disturbo neuro-cognitivo.</p> <p>Covid-19 e demenza interagiscono in uno scenario sindemico; infatti, dalle stime di rischio di mortalità disponibili, si evince come la presenza di demenza abbia aumentato di circa 3 volte la probabilità di morire dopo aver contratto l'infezione da SARS-CoV-2 anche per effetto della frequente presenza di patologie croniche concomitanti nei soggetti portatori di malattie neurodegenerative.</p> <p>Per tali ragioni, è stato necessario individuare e condividere interventi di supporto e presa in carico integrati e coordinati per garantire maggiore appropriatezza dei percorsi di integrazione socio-sanitaria volti a migliorare la qualità delle cure e l'assistenza continuativa.</p>	
	<p>OPPORTUNITA' "ricomporre la frammentazione"</p>
<p>Con l'avvento dell'emergenza pandemica è stato necessario puntare fortemente allo sviluppo di modelli organizzativi flessibili alternativi a quelli presenti nel territorio regionale, confermando il carattere strategico della ricerca di forme innovative di risposta ai bisogni che valorizzino la centralità della persona, la promozione del suo benessere e l'integrazione della sua presa in carico.</p> <p>Uno strumento che ha veicolato capillarmente tali contenuti è stato il sito regionale <i>Una Mappa per le demenze</i> (https://demenze.regione.veneto.it/), in grado di aiutare la ricomposizione della frammentazione delle cure orientando la persona con demenza, familiari e professionisti. Tale sito ha rappresentato un punto di riferimento sicuro e qualificato, che ha favorito non solo la massima condivisione delle conoscenze relative all'importanza della sinergia tra le diverse figure professionali secondo la logica di integrazione socio-sanitaria, ma ha anche fornito indicazioni</p>	

concrete su come riconoscere situazioni di fragilità e di complessità sanitaria e sociale che necessitano di segnalazione al fine di attuare interventi specifici e tempestivi. Inoltre, si è tenuto conto del frequente peggioramento dello stress del caregiver legato al periodo pandemico e sono stati inseriti nel sito web suggerimenti pratici ed indicazioni su come gestire la quotidianità delle persone affette da demenza e di chi assiste.

Uscire più forti dalla pandemia

OS14. Contribuire alla tutela alla salute e all'assistenza socio-sanitaria delle persone affette da demenza e a rischio demenza e ridurre l'incidenza del rischio di demenza

Il sito regionale *Una Mappa per le demenze* (<https://demenze.regione.veneto.it/>), risponde all'esigenza di garantire continuità, omogeneità ed equità per superare la frammentazione delle cure e delle informazioni rivolte alle persone con patologie neurodegenerative, anche attraverso l'integrazione e l'implementazione della collaborazione multidisciplinare.

Il fine ultimo infatti è quello di orientare persone con problemi di memoria, familiari e professionisti all'interno della rete dei servizi e guidarli nei percorsi più appropriati di presa in carico nelle diverse fasi della malattia.

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)



PUNTI DI DEBOLEZZA "intercettazione precoce dei casi di declino cognitivo"

Nell'ambito della presa in carico della persone con patologia neurodegenerativa l'implementazione dei dati epidemiologici relativi alle demenze nel periodo di attività del PSSR ha visto un upgrade delle funzioni della Cartella Clinica Elettronica per le DEMENZE (CaCEDEm), una cartella clinica elettronica regionale web-based utilizzabile sia negli ambulatori che a domicilio tramite tablet come strumento di gestione e monitoraggio della presa in carico del disturbo cognitivo attraverso una sezione apposita denominata fascicolo "Valutazione cognitiva e comportamentale".

Dall'analisi dei dati relativi all'utilizzo della cartella si è evidenziato come la pandemia abbia purtroppo condizionato in maniera negativa sia le prime visite, impattando sulla riduzione dell'intercettazione precoce dei casi di declino cognitivo, sia le visite di controllo con una seguente ripresa graduale delle attività ambulatoriali nel 2021:

- prime visite: 7.455 nel 2020, 9.233 nel 2021;
- visite di controllo: 7.812 nel 2020, 10.220 nel 2021.

**PUNTI DI FORZA** “appropriatezza del PDTA delle Demenze “

L'utilizzo dei nuovi codici del CVP inseriti nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) delle Demenze del Veneto (DGR 570/2019) per l'identificazione dei volumi di attività dei CDCD, ossia i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, ha messo in evidenza un progressivo incremento del loro utilizzo, a testimonianza della maggiore appropriatezza per quanto riguarda l'invio del paziente con sospetto declino cognitivo ai centri di riferimento.

Tra le azioni che riguardano la prevenzione dei fattori di rischio modificabili è stata inserita la demenza nel Piano Regionale Prevenzione (2021) e nel sito *Una Mappa per le demenze* è stato creato un approfondimento sul tema della prevenzione di competenza delle diverse figure professionali che si interfacciano con il paziente e la famiglia (MMG, infermiere, medico specialista e assistente sociale).

Costruire una ripresa resiliente**OS14. Contribuire alla tutela alla salute e all'assistenza socio-sanitaria delle persone affette da demenza e a rischio demenza e ridurre l'incidenza del rischio di demenza**

Con il Progetto Sollievo, avviato come iniziativa pilota nel 2013 e consolidatosi nel corso degli anni, la Regione del Veneto ha dato avvio in tutto il territorio regionale ad un progetto allo scopo di mettere in campo sinergie tra istituzioni ed associazioni, tra soggetti deputati all'assistenza e il mondo del volontariato, per favorire una strategia di lavoro in rete che permetta di meglio fronteggiare la criticità dovuta alla carenza di risorse, mantenendo l'obiettivo di garantire la continuità dell'assistenza a domicilio delle persone affette da demenza.

Durante l'anno 2020, allo scopo di supportare ulteriormente i *caregiver* e la famiglia, la Regione ha sostenuto il Progetto Sollievo con un finanziamento aggiuntivo e, nonostante il lockdown, la maggior parte dei Centri Sollievo ha garantito le attività con i pazienti e supportato i familiari con modalità da remoto.

MAPPATURA CENTRI SOLLIEVO 2021

AZIENDA ULSS	Centri Sollievo Attivi	Comuni coinvolti	Soggetti del Terzo Settore coinvolti	Volontari impiegati	Persone assistite	Familiari coinvolti	Professionisti non dipendenti attivati	Personale ULSS attivato	Giornate/anno	Utenti con malattia di Parkinson	Utenti con demenza giovanile
1	5	10	8	50	50	25	8	3	250	0	4
2	46	56	41	505	270	270	37	6	1.00	0	4
3	18	24	7	69	284	186	32	28	2.08	50	4
4	5	7	6	75	53	38	15	4	174	0	0
5	12	11	4	52	61	6	10	2	866	15	22
6	25	23	8	209	241	434	21	2	3.08	0	2
7	10	14	9	48	137	50	10	7	6.03	0	8
8	11	59	4	55	165	192	16	7	1.04	40	16
9	38	25	38	233	501	254	115	9	13.02	185	3
TOTALI	170	229	125	1296	1762	1455	264	68	16.35	290	63

Nel corso del 2021 nel Progetto sono state coinvolte 1762 persone con demenza e 290 soggetti con Malattia di Parkinson, 1455 familiari, 125 soggetti del Terzo Settore, 229 Comuni, per un totale



di 170 Centri Sollievo attivi sul territorio regionale (vedi geolocalizzazione all'interno del sito regionale *Una Mappa per le demenze*).

Durante questo triennio le attività di implementazione della Mappa web hanno coinvolto MMG, psicologi, medici specialisti dei CDCD, infermieri, assistenti sociali, logopedisti, terapisti occupazionali ed educatori nell'ottica di concretizzare nel territorio l'integrazione socio-sanitaria nel modello di presa in carico della persona con demenza.

Nel perseguire il modello di *design-thinking* per la costruzione di sistemi sanitari centrati sui bisogni della persona sono stati coinvolti pazienti in fase iniziale di malattia come *patient expert* per restituire punti di vista di chi ha bisogno di assistenza e cure con soluzione migliorative implementando alcuni contenuti della Mappa web.

Scheda n. 10 IL GOVERNO DEL SISTEMA E IL GOVERNO DELLE AZIENDE

Obiettivi strategici OS3. Sviluppare un modello di governance multilivello consolidando il ruolo di indirizzo e pianificazione del livello centrale, il ruolo di gestione e controllo del livello intermedio, il ruolo di produzione ed erogazione dei servizi delle Aziende sanitarie e il ruolo di supporto degli enti strumentali

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate	
	<p>MINACCE “stato di emergenza ”</p>
<p>Lo stato di emergenza indica una situazione non ordinaria e determina strumenti straordinari che o vengono condivisi in tempo pre pandemico o diventano modalità di gestione nuove. La mancanza di cultura dell'emergenza a livello nazionale ha determinato soprattutto nella fase iniziale della pandemia alcune situazioni che sono state necessariamente gestite a livello regionale.</p>	
	<p>OPPORTUNITA' “nuovi coordinamenti e modalità di comunicazione”</p>
<p>La necessità di sviluppare un'azione efficace di risposta alla pandemia è subordinata alla capacità di coordinamento dei vari attori coinvolti nella gestione. La Regione del Veneto aveva già attivato una task force regionale a gennaio 2020 ma al crescere delle problematiche si è rafforzata questa attività con la creazione di nuovi coordinamenti non solo strategici ma anche organizzativi, clinici e amministrativi. A livello strategico sono stati istituiti l'Unità di crisi, il comitato scientifico e una prassi di confronto quotidiano tra la regione e le direzioni aziendali. Dal punto di vista clinico sono stati attivati gruppi coordinati relativamente alle terapie intensive, malattie infettive (con anche formalizzazione della rete), semi-intensive, pneumologica, microbiologie, trasfusionale che hanno portato a definire documenti di potenziamento delle rete dei laboratori, all'istituzione della banca del plasma, ad indirizzi procedurali per la gestione dei pazienti covid. A livello amministrativo e logistico si sono attivate prassi di valutazione dei fabbisogni, approvvigionamento e distribuzione che hanno collegato i livelli di governance, permettendo velocità di conclusione dei procedimenti, legate anche alle caratteristiche dello stato di emergenza che hanno permesso velocità straordinarie. Infine sono state implementate modalità di comunicazione con campagne informative e messa a disposizione di reportistica aggiornate quotidianamente.</p>	

Uscire più forti dalla pandemia

OS3. Sviluppare un modello di governance multilivello consolidando il ruolo di indirizzo e pianificazione del livello centrale, il ruolo di gestione e controllo del livello intermedio, il ruolo di produzione ed erogazione dei servizi delle Aziende sanitarie e il ruolo di supporto degli enti strumentali

Il monitoraggio continuo e in tempo reale dell'occupazione delle terapie intensive dell'intera Regione Veneto è stato uno strumento sviluppato ex novo nel corso dell'emergenza pandemica, compilato direttamente dalle unità operative coinvolte e monitorato e coordinato centralmente a livello regionale.

Tale strumento, reso disponibile già dalle primissime fasi emergenziali, ha permesso di fornire gli elementi utili per le valutazioni sull'andamento della pandemia e per la gestione dell'apertura di ulteriori posti letto di terapia intensiva in corso d'opera.

Lo strumento ha quindi permesso di integrare i livelli di erogazione (le unità operative), quello gestionale per quanto riguarda il coordinamento delle terapie intensive e di pianificazione fornendo le informazioni per le definizioni dei piani ospedalieri emergenziali.

Inoltre nel mese di marzo 2020 è stato definito un piano straordinario ospedaliero e la sua attuazione nel corso dell'estate ha permesso di determinare prima dell'inverno 2020 l'identificazione di fasi di rischio specifiche e azioni conseguenti a ogni fase.

Il monitoraggio giornaliero della situazione regionale ha permesso di condividere la conoscenza della situazione complessiva e di avviare le azioni conseguenti.

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)



PUNTI DI DEBOLEZZA "analisi dei fabbisogni"

L'istituzione di Azienda Zero ha creato le condizioni per la gestione accentrata e delegata da parte delle Aziende Sanitarie di alcune funzioni tra cui l'approvvigionamento e la logistica.

Per esercitare al meglio tali funzioni è necessaria una puntuale analisi dei fabbisogni delle Aziende Sanitarie che si sviluppa attraverso la modalità di confronto continuo.

Parte di queste attività si sono sviluppate all'interno della commissione regionale per gli investimenti e tecnologie (C.R.I.T.E.), altre necessitano di ulteriori percorsi di sviluppo, come ad esempio le valutazioni sulla logistica.



PUNTI DI FORZA "accentrato e velocità di approvvigionamento e sviluppo"

La definizione di schede di attrezzamento per i posti letto di terapia intensiva, frutto di un lavoro congiunto tra la parte clinica e il coordinamento regionale, ha permesso di definire il fabbisogno emergenziale legato all'aumento dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva da mettere a disposizione dei pazienti Covid.

Una volta determinato e approvato il fabbisogno, Azienda Zero, ente di supporto della Regione, ha avuto la capacità di entrare nel mercato come unico soggetto per l'intero territorio regionale, acquisendo quindi un potere contrattuale maggiore rispetto alle singole Aziende Sanitarie.

La medesima modalità organizzativa di analisi dei fabbisogni, valutazione e posizionamento sul mercato come soggetto unico si è verificata anche per i dispositivi di sicurezza individuale (DPI), per la fornitura di test diagnostici e dei materiali da laboratorio.

Un'ulteriore scelta organizzativa pre pandemica che ha permesso di sviluppare velocemente sistemi informativi di biosorveglianza e reportistica è la gestione dei sistemi informativi a livello centrale presso Azienda Zero.

Costruire una ripresa resiliente

OS3. Sviluppare un modello di governance multilivello consolidando il ruolo di indirizzo e pianificazione del livello centrale, il ruolo di gestione e controllo del livello intermedio, il ruolo di produzione ed erogazione dei servizi delle Aziende sanitarie e il ruolo di supporto degli enti strumentali

Tutte le scelte strategiche riguardanti la pandemia sono state condivise quotidianamente tra il livello regionale e le direzioni generali aziendali e parallelamente a livello di singola Azienda Sanitaria avveniva un quotidiano aggiornamento della situazione al fine di individuare le specifiche azioni da avviare.



La coerenza di tutti i livelli decisionali ha permesso di definire, monitorare e raggiungere obiettivi comuni in una logica di interventi coordinati.

E' stato possibile ottenere tale risultato anche grazie al fatto che i ruoli e le responsabilità di ogni interlocutore erano chiari e riconosciuti.

Coerentemente con il livello di chiarezza interna all'organizzazione è stata perseguita la continua ricerca di chiarezza informativa anche con l'esterno, elemento che ha portato a un dialogo costante con i cittadini attraverso ogni mezzo di comunicazione disponibile.

Scheda n. 11 LA GESTIONE DEL PATRIMONIO INFORMATIVO SOCIO-SANITARIO

- Obiettivi strategici**
- OS1. Potenziare la cooperazione informativa e informatica tra tutte le strutture sanitarie regionali
 - OS2. Potenziare il sistema informatico, garantendo la massima interoperabilità e il governo in tempo reale delle informazioni
 - OS3. Controllare e validare le soluzioni informatiche adottate a livello regionale ed aziendale
 - OS4. Mantenere ed evolvere il fascicolo socio sanitario elettronico regionale e garantire la sua alimentazione continuativa con dati e documenti digitali permettendo agli assistiti l'accesso, la consultazione e la gestione di essi
 - OS5. Garantire ampio accesso e utilizzo dei servizi innovativi proposti con particolare riguardo per i cittadini anziani e/o con scarsa attitudine alla tecnologia

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate	
	MINACCE "rallentamento dell'implementazione dei processi informatici programmati"
<p>La sopravvenienza della pandemia da Covid-19 ha avuto un significativo impatto nel rallentare l'implementazione dei processi informatici regionali programmati.</p> <p>In particolar modo, l'implementazione del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), finalizzato a potenziare il sistema informatico, garantendo la massima interoperabilità e il governo in tempo reale delle informazioni (OS2), ha dovuto essere temporaneamente sospeso al fine di concentrare le risorse aziendali nello sviluppo degli strumenti informativi necessari ad affrontare la pandemia.</p>	
	OPPORTUNITA' "sviluppo nuovi processi necessari per il contrasto alla pandemia"
<p>La pandemia da Covid-19, se da un lato ha rallentato l'attività di sviluppo informatico in programmazione, dall'altro ha permesso di sviluppare in tempi ristretti altri processi coerenti con gli obiettivi strategici e necessari per la lotta al contrasto della pandemia e ha confermato la necessità di sviluppare una forte governance del sistema informativo, centralizzata in Azienda Zero in stretto rapporto di coordinamento con la Regione del Veneto.</p>	
Uscire più forti dalla pandemia	
<p>OS1. Potenziare la cooperazione informativa e informatica tra tutte le strutture sanitarie regionali</p> <p>OS2. Potenziare il sistema informatico, garantendo la massima interoperabilità e il governo in tempo reale delle informazioni</p>	

Attivazione del sistema regionale di “Biosorveglianza” in grado di unire e armonizzare i dati ricevuti dalle Aziende sanitarie pubbliche e private (accreditate e non) del Veneto e ritornare, alla Regione del Veneto e alle Aziende Sanitarie stesse, le informazioni necessarie per la governance della pandemia, per esempio:



- dati per gli indicatori richiesti dal Ministero della Salute, dalla Protezione Civile, dall’Istituto Superiore di Sanità;
- report giornaliero con andamento dei soggetti positivi, guariti, ricoverati, deceduti (distinti tra totali, in ospedale per acuti, in ospedale di comunità) e vaccinazioni;
- modello predittivo dei casi positivi, dell’indice di contagio Rt, dei ricoveri in Terapia Intensiva, dei guariti e dei deceduti.

OS3. Controllare e validare le soluzioni informatiche adottate a livello regionale ed aziendale

Sulla base delle necessità di poter garantire la gestione dei pazienti, si è attivato il sistema regionale per la gestione clinica dei pazienti assistiti dalle USCA.

OS5. Garantire ampio accesso e utilizzo dei servizi innovativi proposti con particolare riguardo per i cittadini anziani e/o con scarsa attitudine alla tecnologia

In fase di emergenza Covid sono stati implementati, con ottimo successo, nuovi sistemi di prenotazione rivolti ai cittadini, di facile accessibilità che hanno permesso la prenotazione del vaccino anti SARS-COV2 e dei test diagnostici.

	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA “sistemi informativi disomogenei nel territorio”</p>
<p>I Sistemi Informativi attualmente presenti e utilizzati dalle singole Aziende Sanitarie sono disomogenei e non ancora integrati tra loro. Tale elemento ha comportato maggiori difficoltà nella raccolta e validazione delle informazioni (p.e. ricoveri, accessi in Pronto Soccorso, ecc.)</p>	
	<p>PUNTI DI FORZA “sistemi centrali efficaci”</p>
<p>I sistemi centrali già in uso presso le Aziende Sanitarie, sia per la gestione clinica del paziente che per la condivisione dei documenti, nonché i sistemi di Business Intelligence hanno permesso di raggiungere parte degli obiettivi prefissati.</p>	
<p>Costruire una ripresa resiliente</p>	
<p>OS2. Potenziare il sistema informatico, garantendo la massima interoperabilità e il governo in tempo reale delle informazioni</p> <p>L'utilizzo massivo della piattaforma GSuite per il lavoro a distanza tramite videoconferenze ha permesso ai vari servizi sia di agevolare lo Smartworking sia di effettuare riunioni, anche</p>	

interaziendali, per il coordinamento dell'emergenza. Grazie all'utilizzo sempre più spinto di tale piattaforma è stato, inoltre, possibile la condivisione e la modifica di documenti tra più soggetti.

L'utilizzo dell'applicativo di screening e della sua interoperabilità su scala regionale ha permesso di gestire l'accettazione dei test diagnostici Covid19 refertati da Aziende Sanitarie diverse (es: microbiologia AOPD centro refertazione HUB).

Inoltre, è stato potenziato il Sistema Qlik View già in uso con l'implementazione di:

- oltre 8 mail automatiche con allegati bollettini giornalieri informativi (relativi alla campagna vaccinale, ai test eseguiti, all'andamento dei casi, ai ricoveri, ecc.);
- 8 cruscotti Qlik View di monitoraggio dei dati in tempo reale (relativi alla qualità del contact tracing, all'attività degli MMG, ai tamponi effettuati sul territorio regionale, al numero di nuovi casi e di ricoveri, alla campagna vaccinale, all'andamento delle prenotazioni del vaccino, ecc.).

Parallelamente si è ricorsi all'utilizzo e al potenziamento del Software regionale SIAVr per:

- la gestione dei casi in isolamento e in quarantena da Covid-19 e la registrazione dei ricoveri e decessi per Covid-19;
- la gestione della registrazione delle Vaccinazioni COVID-19 nell'ambito della campagna (nei CVP, nelle Farmacie e tramite flusso ACN per gli MMG);
- il coinvolgimento del cittadino come parte attiva nel processo contact tracing (tramite inserimento sintomi, scarico certificato di isolamento e di guarigione, ecc.).

Infine, è stato utilizzato in maniera continuativa l'applicativo "portale operatori", da un lato per permettere la registrazione degli esiti dei test antigenici rapidi e delle disposizioni contumaciali ai MMG, ai PLS e alle farmacie in autonomia, dall'altro per consentire la collaborazione tra MMG, COT e CRP nella gestione del percorso di somministrazione delle terapie monoclonali.

OS4. Mantenere ed evolvere il fascicolo socio sanitario elettronico regionale e garantire la sua alimentazione continuativa con dati e documenti digitali permettendo agli assistiti l'accesso, la consultazione e la gestione di essi



Nel biennio 2020-2021 è stata attivata all'interno del Fascicolo Socio Sanitario Elettronico regionale l'indicizzazione di nuovi documenti quali il certificato vaccinale, i certificati Covid (cd. "Green Pass") e i referti di screening.

OS5. Garantire ampio accesso e utilizzo dei servizi innovativi proposti con particolare riguardo per i cittadini anziani e/o con scarsa attitudine alla tecnologia

Nel biennio 2020-2021 sono stati attivati nuovi servizi verso il cittadino fruibili tramite il Fascicolo Socio Sanitario Elettronico, quali la prenotazioni delle prestazioni prescritte su ricette dema, la scelta e revoca del MMG/PLS.

Scheda n. 12 **IL GOVERNO DELLA FARMACEUTICA E DEI DISPOSITIVI MEDICI**

Obiettivo strategico OS5. Valorizzare le Farmacie di comunità attraverso i nuovi Servizi

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate	
	<p>MINACCE "limitazione progettualità sperimentali a seguito della pandemia"</p>
<p>La sopravvenienza della pandemia da Covid-19, se non propriamente impedito, ha comunque destabilizzato il buon andamento delle progettualità sperimentali ricomprese nella cd. "Farmacia dei Servizi", definite nell'ambito dell'Intesa Stato-Regioni 17.10.2019 (Rep. Atti n. 167/CSR) e riferite alle seguenti attività in capo alle farmacie di comunità partecipanti: "Ricognizione della terapia farmacologica" (AULSS 7); Monitoraggio dell'aderenza terapeutica nei pazienti affetti da diabete e BPCO; apertura FSEr, Telemedicina (AULSS 7). Ciò in virtù anche del fatto che dette progettualità richiedevano una costante interlocuzione da parte del farmacista con il paziente, oggettivamente limitato nella libera circolazione e nell'accesso agli esercizi a seguito delle misure cautelative stabilite dalle norme statali.</p> <p>Proprio in ragione del fatto che i progetti di cui sopra hanno subito una limitazione, si è provveduto ad integrare l'obiettivo con nuove attività in capo alle farmacie nell'ambito della farmacia dei servizi anche con la sottoscrizione di specifici protocolli regionali di intesa con le Associazioni di categoria delle farmacie stesse.</p>	
	<p>OPPORTUNITA' "vaccinazioni in farmacia"</p>
<p>Attività come la vaccinazione in farmacia sia anti Covid-19 che antinfluenzale e la somministrazione di test rapidi antigenici per la rilevazione SARS-CoV-2, sono opportunità rese possibili in virtù di nuove norme statali introdotte proprio in relazione alla pandemia; tali norme sono da considerarsi innovative non solo perché in relazione ad una situazione del tutto eccezionale, ma anche perché non rientranti in precedenza nelle funzioni proprie del farmacista.</p> <p>In particolare, con riferimento alla vaccinazione anti Covid-19 è tuttora in corso di validità - fino al 31.12.2022 - l'Accordo nazionale, integrato dall'Accordo regionale, con le Associazioni di Categoria rappresentative delle farmacie convenzionate.</p> <p>Tanto la vaccinazione anti Covid-19 quanto la vaccinazione antinfluenzale potranno essere strutturate stabilmente all'interno dell'organizzazione regionale tramite successivi nuovi accordi regionali in considerazione dell'intervenuta norma statale che ne disciplina l'attività in via ordinaria (DL 24/2022, convertito dalla L. n. 52/2022).</p> <p>L'attività qui descritta costituisce una grande opportunità in quanto supporta, alleggerendolo, il gravoso impegno dei punti vaccinali delle Strutture sanitarie pubbliche del Veneto; noto è lo sforzo di questi ultimi nel corso della fase più acuta della pandemia.</p>	

Inoltre, il poter contare sulla presenza capillare delle farmacie nel territorio regionale fa sì che tale nuova opportunità possa portare verosimilmente dei vantaggi in termini di partecipazione alla campagna vaccinale (anti Covid-19 e antinfluenzale) da parte dei cittadini.

Ulteriore elemento innovativo, facente parte delle misure nazionali correlate alla pandemia, è la ricetta dematerializzata dei farmaci di fascia C, spendibile in farmacia, volta a limitare l'accesso dei cittadini agli studi dei propri medici curanti e al contempo a facilitare l'accesso ai farmaci; perfezionatasi nell'anno in corso, farà parte dell'organizzazione regionale.

Uscire più forti dalla pandemia

OS5. Valorizzare le Farmacie di comunità attraverso i nuovi Servizi

Sotto obiettivo: rilevazione SARS-CoV-2 nella popolazione veneta.

Indicatore: n. farmacie aderenti all'attività di *testing*/totale delle farmacie = almeno il 60%.

Tale sotto obiettivo è stato ampiamente raggiunto; le farmacie che hanno supportato i cittadini nell'effettuare test rapidi antigenici sono state il 65% -70% del totale.

Sotto obiettivo: prevenzione dell'infezione attraverso la vaccinazione anti Covid-19.

Indicatore: % delle farmacie aderenti all'attività di vaccinazione per singola ULSS/totale farmacie afferenti alla singola ULSS = almeno 10%.

Tale sotto obiettivo è stato raggiunto; le farmacie che per singola ULSS hanno garantito tale attività si attestano tra il 10 e il 30%.

Sotto obiettivo: supporto della farmacia al cittadino nella prenotazione della vaccinazione presso i CVP.

Indicatore: n. farmacie aderenti all'attività di prenotazione/ totale delle farmacie (almeno il 70%).

Tale sotto obiettivo è stato ampiamente raggiunto; le farmacie che hanno supportato i cittadini nell'effettuare la prenotazione, promuovendo quindi la campagna vaccinale anti Covid- 19, sono state il 90% del totale.

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)



PUNTI DI DEBOLEZZA "sviluppare in modo più adeguato gli strumenti informativi di supporto"

Il punto di debolezza che è emerso attiene principalmente ad un aspetto fondamentale: gli strumenti informatici di supporto a disposizione del SSR non si sono rivelati adeguatamente strutturati rispetto alle esigenze progettuali da espletare in farmacia, con inevitabili ripercussioni sulla conclusione degli accordi con le farmacie stesse.

Per il futuro sarà necessario lavorare per dei miglioramenti in quest'ambito.



PUNTI DI FORZA “collaborazione attiva regione, aziende sanitarie e farmacie”

La variabile dominante che ha consentito di raggiungere un buon risultato nel controllo della pandemia con il supporto delle farmacie di comunità è stata la proficua collaborazione tra la Direzione Farmaceutico, Protesica, Diagnostici medici regionale e la rete territoriale costituita principalmente dai Servizi Farmaceutici aziendali a cui fanno capo i rapporti con le farmacie, le Farmacie ospedaliere per la gestione della logistica e disponibilità dei vaccini da distribuire per il tramite della distribuzione intermedia alle farmacie, le Associazioni di Categoria rappresentative delle farmacie convenzionate e dei Distributori intermedi.

Costruire una ripresa resiliente

OS5. Valorizzare le Farmacie di comunità attraverso i nuovi Servizi

Nonostante gli impedimenti oggettivi legati alla pandemia, il progetto dello screening del colon retto all'interno del macro progetto “Farmacia dei Servizi” non ha risentito di interruzioni ed è stato condotto con grande impegno organizzativo da parte di tutti gli attori del sistema (Regione, Strutture Sanitarie, Aziende ULSS, Azienda Zero, farmacie convenzionate, distribuzione intermedia) in termini anche di formazione degli addetti sia pubblici che privati, promozione della campagna di comunicazione sul territorio regionale, monitoraggio delle tempistiche.

Dalla rendicontazione dell'attività svolta al 28.2.2022 risulta che su n. 1497 farmacie hanno aderito n. 1254 farmacie, vale a dire circa l'84% e che, a fronte di n. 755.231 di lettere di invito inviate ai cittadini da parte delle Aziende ULSS, le farmacie sono intervenute nel percorso coinvolgendo circa n. 314.650 cittadini.

Scheda n. 13

IL GOVERNO E LE POLITICHE PER IL PERSONALE

Obiettivi strategici

- OS1. Definire nuovi orizzonti nella trasformazione della “geografia” delle professioni sanitarie
- OS3. Innovare modalità e strumenti per la gestione del personale
- OS4. Assicurare la piena copertura dei fabbisogni di personale del sistema del Servizio Sanitario Regionale
- OS5. Definire strumenti per affrontare la carenza di medici specialisti

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l’attuazione delle strategie programmate



MINACCE "carenza di personale: peggioramento delle condizioni di lavoro e scarsa attrattività delle professioni sanitarie"

Durante gli anni 2020-2021 caratterizzati da una ciclica riaccutizzazione degli eventi pandemici, le risorse a disposizione del sistema sono state necessariamente indirizzate alle attività di contrasto del virus. I professionisti sanitari e gli operatori di interesse sanitario sono stati coinvolti in prima persona nel potenziamento della rete assistenziale per far fronte alle nuove richieste di salute. Tuttavia la limitatezza delle risorse a disposizione e la nota carenza di personale sanitario hanno comportato un peggioramento delle condizioni di lavoro dei professionisti e acuito il problema dell’attrattività delle professioni sanitarie.

La necessità di far fronte al ciclico inasprirsi della pandemia durante tutto il 2020 e il 2021 e il conseguente potenziamento delle terapie intensive, semintensive e delle malattie infettive ha comportato l'esigenza di far fronte ai bisogni urgenti della popolazione limitando i tempi di inserimento dei professionisti e i loro percorsi di crescita professionale. Durante il periodo pandemico non è stato possibile sviluppare e progettare momenti di crescita professionale e percorsi formativi per i professionisti coerenti con le nuove esigenze di salute.

L'emergenza sanitaria ha messo in evidenza gli aspetti problematici del Servizio Sanitario Nazionale tra cui le carenze, specie in alcuni ambiti, di personale specialistico. Per fronteggiare l'emergenza, sono state utilizzate procedure straordinarie di reclutamento del personale per il potenziamento, in particolare, delle reti di assistenza territoriale e dei reparti ospedalieri di malattie infettive e terapia intensiva. Tuttavia questi professionisti, principalmente personale in quiescenza, specializzandi, medici abilitati e non specializzati, sono stati inseriti nel sistema a mezzo di contratti non strutturati, di lavoro autonomo o di collaborazione, attraverso il ricorso a strumenti straordinari messi a disposizione dalle norme emergenziali e non inseriti in un graduale percorso di crescita nelle aziende sanitarie.

Durante il periodo emergenziale è stato inoltre necessario ridefinire i fabbisogni in ragione di esigenze quotidiane di organizzazione dei servizi, valutando le necessità di brevissimo periodo. Conclusa l'emergenza sarà necessario rivedere l'allocazione delle risorse umane inserite nel sistema in ragione di ponderate scelte strategiche e del soddisfacimento delle esigenze di salute della popolazione.

L'emergenza sanitaria ha inoltre messo in luce la scarsa attrattività di alcuni contesti clinici e la conseguente opzione da parte dei professionisti per contesti diversi da quelli del Servizio Sanitario Nazionale che presentano migliori condizioni economico contrattuali e migliori possibilità di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.



OPPORTUNITA' "accelerazione processo di revisione di adattamento delle proprie competenze da parte degli operatori"

La riorganizzazione e la necessità di rispondere in tempi rapidi alle indicazioni dei piani pandemici ha reso possibile il superamento di ostacoli organizzativi difficilmente superabili prima della pandemia. Sono stati sviluppati strumenti di organizzazione necessari a far fronte alle necessità immediate del sistema; a titolo esemplificativo, la riorganizzazione dei servizi vaccinali per riuscire a far fronte alle necessità della vaccinazione di massa in tempi brevi.

Gran parte degli operatori sanitari sono stati coinvolti in un processo di revisione di adattamento delle proprie competenze accelerato rispetto ai normali tempi di adattamento degli operatori. L'introduzione dell'Infermiere di famiglia/comunità (IFeC) ha affrettato la revisione dei modelli di risposta al bisogno di salute a livello territoriale. La necessità di fornire una risposta ai bisogni di salute non solo a livello ospedaliero ma anche territoriale, attivando la medicina di prossimità e una serie di interventi di medicina preventiva, è stata strutturata a livello centrale, con la consapevolezza che la risposta ospedaliera pensata per il paziente acuto non è sufficiente per far fronte alle necessità di una popolazione con caratteristiche di cronicità che deve trovare risposte nell'organizzazione dei servizi territoriali. I decreti emergenziali e la riorganizzazione dei servizi territoriali proposta con il PNRR costituiscono sicuramente un'opportunità per attivare un processo di cambiamento soprattutto in termini di risorse umane e di competenze delle stesse sul territorio.

I decreti emergenziali hanno previsto la possibilità di stipulare contratti di lavoro autonomo con personale medico ed infermieristico, in deroga alle norme vigenti, con la specifica finalità di incrementare il personale necessario per rafforzare i reparti di terapia "intensiva e sub intensiva" necessari per la cura dei pazienti affetti Covid-19. Le norme sono state prorogate più volte, in ultimo al 31 dicembre 2022 dall'art. 1, comma 268, lettera a), della legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021). Alcuni contratti previsti dalla disciplina transitoria possono essere attribuiti anche a tutti i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti all'ordine professionale. E' stata inoltre prevista la possibilità di cumulo tra trattamento pensionistico e remunerazione dell'incarico di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a dirigenti medici, veterinari e sanitari e al personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza (anche se non iscritti al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo), nonché agli operatori socio-sanitari collocati in quiescenza.

E' stata inoltre introdotta la possibilità di attribuire incarichi a medici specializzandi, iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, che continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione medico-specialistica, integrato dagli emolumenti corrisposti per l'attività lavorativa.

La misura ha consentito nel 2020 e 2021 il ricorso a rapporti libero professionali di specializzandi, medici specialisti, medici abilitati ma non specializzati, infermieri, operatori delle professioni sanitarie.

Gli strumenti elencati devono essere valutati anche oltre il periodo emergenziale, utilizzati in contesti “circostanziati”, dedicando risorse per il coinvolgimento nell’organizzazione aziendale e per il potenziamento del percorso professionale degli interessati.

Oltre la fase emergenziale è necessario riattivare il processo di analisi e approfondimento dei modelli organizzativi in modo da adeguarsi ai nuovi fabbisogni della popolazione.

E’ necessario inoltre porre in essere strumenti per aumentare l’attrattività dei contesti organizzativi maggiormente critici, rivedendo i modelli organizzativi, creando condizioni economico - organizzative più interessanti per i professionisti.

Uscire più forti dalla pandemia

L’obiettivo di copertura vaccinale della popolazione è stato raggiunto grazie all’attività di ripianificazione e riorganizzazione continua che si è articolato su 3 sotto obiettivi raggiunti:

- riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali e coinvolgimento dei professionisti sanitari nelle attività di vaccinazione dei centri vaccinali;
- coinvolgimento di tutti i professionisti interessati nel processo di somministrazione della vaccinazione: dipendenti, lavoratori autonomi, personale della protezione civile, organizzazione del personale volontario ed efficientamento dei correlati servizi amministrativi;
- revisione continua delle priorità strategiche dei servizi in ragione degli obiettivi attesi.

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell’organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)



PUNTI DI DEBOLEZZA “carenza di adeguate strutture e processi per fare fronte in maniera sistematica ai fenomeni stress-lavoro correlati”

Uno degli aspetti maggiormente critici è la carenza di professionisti, soprattutto medici specialisti e personale infermieristico, su tutto il territorio regionale. Tale problematica, infatti, non può trovare risposte solo in strumenti di carattere straordinario ed estemporaneo, bensì il personale dei servizi sanitari deve essere adeguatamente strutturato per rispondere a esigenze di medio-lungo periodo e conformi ai bisogni di salute della popolazione.

L’auspicata e necessaria revisione della “geografia dei professionisti” deve necessariamente essere sostenuta da un potenziamento del personale in servizio e da un inserimento graduale che tenga conto delle necessità di crescita dei professionisti sanitari, pur all’interno di un quadro più generale che deve tenere conto di limitate possibilità di contrattazione a livello locale, della necessità di conformarsi al CCNL e di rispettare i limiti di spesa a livello nazionale sia in materia di costo del personale sia relativamente al trattamento accessorio.

Altro aspetto da tenere in debita considerazione, in quanto attualmente limitante, è la disponibilità di strumenti informatici di supporto non rispondenti a caratteristiche di semplicità di utilizzo che possano essere messi a disposizione dei professionisti in tempi brevi per facilitare i percorsi di cura e l’accesso ai diversi settings assistenziali.

Non ultimo, si riscontra la difficoltà di adeguamento delle infrastrutture logistiche che tengano conto da un lato delle nuove esigenze infettive della popolazione, dall’altro della necessità di adeguare l’organizzazione del personale a contesti logistici non pensati per eventi pandemici.



PUNTI DI FORZA “sperimentazioni di riorganizzazioni”

La possibilità di disporre di strumenti flessibili e agili di reclutamento del personale ha consentito di raggiungere un buon risultato durante la fase pandemica, inserendo nel sistema professionisti in ambiti circostanziati e limitati.

Questa flessibilità organizzativa ha portato alla luce la sperimentazione di processi di riorganizzazione rapidi e basati sulle esperienze quotidiane dei professionisti che vanno sicuramente studiati e “messi a sistema”.

Durante il 2020 e il 2021 alcune aziende del SSR hanno sperimentato l’inserimento dell’infermiere di famiglia (IFeC) e la riorganizzazione dei servizi infermieristici territoriali.



La possibilità di ricorrere massivamente allo strumento dell’acquisto di prestazioni dai professionisti sanitari ha permesso di recuperare parte dell’attività sospesa che non era stato possibile erogare durante il periodo pandemico.

Costruire una ripresa resiliente

L’obiettivo di attivazione di percorsi per l’inserimento di infermieri di famiglia e comunità nel territorio regionale è stato finora parzialmente raggiunto con l’assegnazione sperimentale dell’IFeC nel contesto di 7 aziende Ulss con implementazione di 4 progetti sperimentali.

I risultati dei progetti così sperimentati saranno oggetto di studio, monitoraggio ed approfondimento e gli esiti verranno condivisi con le Aziende coinvolte.

Obiettivi strategici OS2. Incrementare le competenze e favorire lo sviluppo del potenziale del personale


I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate	
	<p>MINACCE "rallentamento delle attività formative"</p> <p>La necessaria riorganizzazione dovuta alla pandemia ha temporaneamente rallentato tra le altre cose anche l'attività di analisi relativa al progetto ESA, Esiti sensibili all'assistenza infermieristica e delle cure compromesse, come previsto da DGR n. 20/2018, attivato presso Azienda Zero su indicazione regionale e mirato a censire gli Esiti dell'Assistenza infermieristica nei diversi contesti di cura e a fornire ai professionisti un feedback utile al miglioramento continuo.</p> <p>Sono state inoltre temporaneamente sospese le attività formative volte all'acquisizione di competenze avanzate ex DGR 1580/2019, causa impossibilità di organizzazione delle attività.</p> <p>Anche con riferimento all'Educazione continua in Medicina (ECM), inteso come processo attraverso il quale il professionista della salute garantisce il proprio aggiornamento professionale per poter rispondere, nel miglior modo possibile, ai bisogni delle persone assistite, alle esigenze del servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale, la situazione pandemica ha reso difficoltosa la partecipazione in presenza agli eventi formativi dei professionisti sanitari e l'organizzazione degli eventi stessi.</p>
	<p>OPPORTUNITA' "utilizzo crescente di modalità telematiche per erogare attività formativa"</p> <p>L'attività relativa all'analisi sugli Esiti dell'Assistenza infermieristica è continuata regolarmente nel 2021, tuttavia la restituzione alle Aziende è stata fatta in modalità telematica (videoconferenza).</p> <p>L'attività di erogazione eventi ECM è stata mediata da alcune deroghe rispetto alla formazione residenziale, che è stata convertita in Videoconferenza e Formazione a Distanza (FAD). Gli eventi formativi, pur diminuiti come quantità, hanno comunque assicurato l'offerta formativa non derogabile o necessaria, come ad esempio quella relativa alla formazione specifica sul Covid-19. Il personale destinatario dei progetti formativi ha cominciato a utilizzare strumenti diversi dalla formazione in aula, modalità di erogazione dell'attività formativa preponderante nel periodo pre-pandemico, acquisendo dimestichezza con strumenti informativi.</p>
<p>Uscire più forti dalla pandemia</p>	
<p>OS2. Incrementare le competenze e favorire lo sviluppo del potenziale del personale</p> <p><u>Sotto obiettivo:</u> analisi degli interventi erogabili anche in modalità on line, possibilità di continuare con l'utilizzo di questi strumenti.</p>	

L'attività di fruizione degli eventi ECM è stata convertita principalmente utilizzando modalità di erogazione in Videoconferenza e FAD.

Gli organizzatori di eventi formativi (Provider) hanno comunque assicurato continuità nell'offerta formativa non derogabile o necessaria relativa alla formazione specifica sul Covid-19 per tutta la durata del periodo pandemico.

E' necessario che, per quanto possibile, questi strumenti continuino a venire utilizzati, diventando parte integrante dell'offerta formativa e facilitando la fruizione da parte degli utenti, che possono essere messi in condizione di limitare spostamenti e relativi costi, sia in termini finanziari che temporali.


I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)

	PUNTI DI DEBOLEZZA “difficoltà nell'utilizzo di modalità e strumenti nuovi”
---	--

Per quanto concerne i progetti esaminati, sono state rilevate due macro filoni di criticità nel corso di questi due anni di pandemia.

Da un lato si è rilevata la difficoltà di coinvolgere sia i referenti aziendali per quanto riguarda il progetto Esa che i referenti della Formazione dei Provider ECM per l'organizzazione di eventi formativi, data l'oggettiva criticità pandemica in essere e la carenza di personale adibito ai servizi.

Dall'altro lato, soprattutto nella fase iniziale dell'emergenza pandemica, si è riscontrato una diffusa difficoltà nell'utilizzo di strumenti diversi da quelli abitualmente conosciuti e impiegati da parte dei professionisti, ritrosia rapidamente e proficuamente superata da parte degli stessi operatori.

	PUNTI DI FORZA “aumento delle attività di supporto”
---	--

In riferimento al progetto regionale ESA, esiti sensibili all'assistenza infermieristica, si è rilevato che lo stesso era sufficientemente avviato per garantire un mantenimento nel livello di risposta nonostante l'emergenza pandemica in corso.

Per quanto riguarda l'offerta formativa ECM, si segnala che è aumentata in maniera significativa l'attività di supporto da parte dell'Ente Accreditante, al fine di sostenere l'erogazione delle attività formative da parte dei Provider. Attraverso il loro supporto, i Provider sono stati in grado di erogare in maniera continuativa la formazione prevista e necessaria per i professionisti sanitari, utilizzando principalmente differenti tipologie di erogazione (FAD – Videoconferenza in deroga – evento ibrido) rispetto a quelle usuali nel periodo pre-pandemico.

Costruire una ripresa resiliente


OS2. Incrementare le competenze e favorire lo sviluppo del potenziale del personale

Per quanto riguarda il Progetto ESA, si è ottenuto il coinvolgimento di tutte le aziende sanitarie nel progetto e la prosecuzione del monitoraggio degli indicatori degli esiti sensibili all'assistenza infermieristica ex DGR 20/2018.

Per quanto riguarda l'erogazione ECM, è stato possibile garantire la formazione ECM secondo gli standard stabiliti, così come prevista dal Piano Formativo Annuale dei vari Provider regionali accreditati, pubblici e privati, ad eccezione di soli 3 Provider privati.

Scheda n. 14 IL GOVERNO DELLE RISORSE FINANZIARIE E STRUMENTALI

Obiettivi strategici OS2. Aumentare la flessibilità nell'utilizzo delle risorse finanziarie

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate	
	<p>MINACCE “affrontare spese sanitarie impreviste”</p>
<p>Ad inizio 2020 l'emergenza epidemiologica causata dal contagio da SARS-COV-2 (Covid-19) ha determinato una difficilissima situazione anche dal punto di vista economico-finanziario, dovendo affrontare spese impreviste di considerevole ammontare in un contesto mondiale di eccesso di domanda di determinati prodotti e/o tecnologie.</p> <p>Le disposizioni normative statali urgenti, emanate nel corso del 2020 per fronteggiare l'emergenza sanitaria, hanno previsto misure di contrasto dell'epidemia e di potenziamento del Servizio sanitario: si fa riferimento in particolare a quelle previste dal D.L. 9 marzo 2020, n.14 e D.L. 17 marzo 2020, n. 18 convertito con modificazioni nella L. 24 aprile 2020, n. 27, dal D.L. 19 maggio 2020, n. 34 convertito con modificazioni nella L.17 luglio 2020, n. 77 e dal D.L. 14 agosto 2020, n. 104 convertito con modificazioni nella L.13 ottobre 2020, n. 126.</p> <p>Per la realizzazione delle misure di intervento, tali disposizioni hanno assegnato alle regioni ulteriori risorse ad integrazione del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale 2020; in particolare, alla Regione Veneto sono state complessivamente assegnate risorse per 489.768.690,91 euro, suddivise in specifiche misure di intervento.</p> <p>Il finanziamento vincolato di ciascuno di questi interventi in ambiti regionali diversi sia per variabili strutturali sia epidemiologiche si è subito rivelato come una rigidità, una minaccia all'operatività delle regioni nella lotta alla pandemia. Un dato testimonia questa criticità: la Regione del Veneto a chiusura dell'esercizio 2020 ha utilizzato solo 295 milioni dei 489 finalizzati statali per l'emergenza Covid-19, e ne ha accantonati 193 pur sostenendo un ammontare di costi riconducibili all'emergenza molto superiore alle risorse statali finalizzate ripartite (489 milioni di euro appunto).</p> <p>A seguito dell'interlocuzione in sede di tavoli tecnici e politici Stato-regioni, è stata approvata una norma di flessibilizzazione delle risorse statali. Tale flessibilizzazione ha permesso alla Regione del Veneto, nel corso dell'esercizio successivo, 2021, di finanziare quelle linee di intervento, tra quelle previste a livello statale, che più drenavano risorse nello specifico scenario epidemiologico del Veneto. In un contesto normativo così modificato, nel corso del 2021, la Regione del Veneto ha potuto ripartire agli enti del SSR tutti i 193 milioni di euro statali vincolati Covid-19 accantonati a fine 2020.</p>	

RIFERIMENTO NORMATIVO	IMPORTO PER MISURA NORMATIVA
DL 14/20, art.1 c.1 a) DL 18/20, art. 2bis	44.683.936,00
DL 14/20, art.5 DL 18/20, art. 2sexies	487.462,00
DL 14/20, art.8 DL 18/20, art. 4bis	8.449.326,00
DL 18/20, articolo 1, c.1 e C.2	20.310.880,00
DL 18/20, articolo 1, c.3	8.124.352,00
DL 18/20, art.3 c.1 e 2	19.498.445,00
DL 18/20, art.3 c. 3	12.998.963,00
DL 34/20, art.1 c.2 e c.3	2.645.903,00
DL 34/20, art. 1 c.4	59.758.417,00
DL 34/20, art. 1 c.8	4.018.595,00
DL 34/20, art. 1 c.5	27.082.939,00
DL 34/20, art. 1 c.6	4.966.508,00
DL 34/20, art. 1 c.7	1.160.697,00
DL 34/20, art. 1 c.9	814.182,00
DL 34/20, art. 2 c.6 lett. a)	15.469.452,00
DL 34/20, art. 2 c.5 - 2°	4.231.709,00
DL 34/20, art. 2 c.7	15.388.033,00
DL 104/20, art. 29 c.2 e c.3	9.151.970,00
DL 104/20, art. 29 c.2 e c.3	28.969.544,00
DL 104/20, art. 29 c.3 lett. c)	814.181,91
L. 178/2020 art. 1 c.413	3.249.741,00
D.L. 41/2021 art. 24	197.493.455,00
TOTALE	489.768.690,91

Con riferimento all'esercizio 2021, le disposizioni normative statali urgenti per fronteggiare l'emergenza sanitaria hanno prorogato e previsto nuove misure di contrasto dell'epidemia e di potenziamento del Servizio sanitario. Si fa riferimento in particolare ai seguenti atti statali: D.L. 28 ottobre 2020, n. 137, convertito con modificazioni nella L. 18 dicembre 2020, n. 176; L. n. 178 del 30 dicembre 2020; D.L. 22 marzo 2021, n. 41, convertito con modificazioni nella L. 21 maggio 2021, n. 69; D.L. 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni nella L. 23 luglio 2021, n. 106; D.L. 21 ottobre 2021, n. 146, convertito con modificazioni nella L. 17 dicembre 2021, n. 215; D.L. 27 gennaio 2022, n. 4, convertito con modificazioni nella L. 28 marzo 2022, n. 25.; D.L. 1 marzo 2022, n. 17, in via di conversione.

Tali disposizioni hanno assegnato alle regioni ulteriori risorse ad integrazione del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale 2021. Per quanto riguarda la Regione del Veneto, l'importo di risorse assegnato a valere sull'equilibrio economico di gestione del SSR per l'esercizio 2021, è pari complessivamente ad euro 272.462.199,05, di cui euro 208.601.142,85 iscritti nel bilancio finanziario dell'esercizio 2021 ed euro 63.861.056,20 imputati finanziariamente nel bilancio di previsione dell'esercizio 2022.

RIFERIMENTO NORMATIVO	IMPORTO PER MISURA NORMATIVA
D.L. 34/2020 art. 1, cc. 4-5-8 e art. 2, c. 10	106.160.217,00
L. 178/2020 art. 1, cc. 416-417	5.702.059,00
L. 178/2020 art. 1, cc. 464-467	8.141.817,00
L. 178/2020 art. 1, cc. 468-470	2.035.454,00
L. 178/2020 art. 1, cc. 469-470	814.182,00
D.L. 41/2021 art. 20, c. 2 lett c)	28.089.267,00
D.L. 41/2021 art. 21	4.201.177,00
D.L. 41/2021 art. 18-bis	154.393,20
D.L. 73/2021 art. 27	2.460.801,00
D.L. 73/2021 art. 33, cc. 1-2	651.345,00
D.L. 73/2021 art. 33, cc. 3-4-5	1.622.827,00
D.L. 73/2021 art. 50	276.822,00
D.L. 137/2020 art. 19/novies	4.857.613,85
D.L. 146/2021 art. 16 c. 8/septies	43.587.561,00
D.L. 4/2022 art. 11 - D.L. 17/2022 art. 26	63.706.663,00
TOTALE	272.462.199,05

Anche nel corso del 2021, è subentrata una normativa statale di flessibilizzazione delle risorse statali finalizzate Covid-19 precedentemente vincolate alla realizzazione di specifici interventi. A seguito della flessibilizzazione la Regione del Veneto ha ripartito agli enti del SSR 265 milioni di euro su 272 assegnati per l'esercizio 2021.



OPPORTUNITA' "usufruire della flessibilizzazione di utilizzo delle risorse statali"

L'opportunità di usufruire della flessibilizzazione di utilizzo delle risorse statali finalizzate all'emergenza sanitaria da Covid-19 è stata colta pienamente dalla Regione del Veneto sia nel 2020 che nel 2021.

In tal modo il SSR Veneto ha agito in linea con le previsioni normative di contrasto alla pandemia, focalizzandosi sul reale profilo dei bisogni della popolazione del territorio senza condizionamenti riconducibili alla copertura finanziaria dei relativi costi per linea di intervento ma solo in una logica di sostenibilità finanziaria complessiva.

Uscire più forti dalla pandemia

OS2. Aumentare la flessibilità nell'utilizzo delle risorse finanziarie

L'obiettivo strategico di aumento della flessibilità nell'utilizzo delle risorse finanziarie può essere misurato come rapporto (percentuale) delle risorse statali vincolate all'emergenza Covid-19 utilizzate in modalità flessibile sul totale assegnato per ciascuno dei due esercizi 2020 e 2021:

- esercizio 2020: 193 mil di euro/489 mil di euro pari al 39,5%.
- esercizio 2021: 265 mil di euro/272 mil di euro pari al 97,4%.

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)



PUNTI DI DEBOLEZZA "eliminare i punti di debolezza"

Conformemente alla fattispecie dei finanziamenti statali finalizzati all'emergenza epidemiologica causata dal contagio da SARS-COV-2, anche in ambito "interno" regionale esistono possibilità di intervento per aumentare la flessibilità nell'utilizzo delle risorse finanziarie, almeno in due ambiti:

- 1) ridurre la predisposizione di provvedimenti e riparti di risorse vincolate regionali a specifiche linee di attività e/o intervento;
- 2) flessibilizzare il riparto delle risorse fra gli enti del SSR in una logica di equilibrio economico-finanziario di "sistema regionale".

Con riferimento al punto 1) è possibile basarsi sulle linee di intervento vincolate regionali, le cosiddette linee GSA che, se utilizzate male, vanno ad immobilizzare anche per lustri, ingenti risorse nei bilanci delle aziende del SSR sotto forma di accantonamento a fondo quote inutilizzate di stato patrimoniale, sottraendole al beneficio dell'equilibrio economico-finanziario del sistema e comportando costi amministrativi di gestione.

Con riferimento al punto 2) occorre premettere alcune considerazioni:

- La regione/Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) è un ente di programmazione che va a fare una scelta politica di allocazione delle risorse disponibili (limitate) e a verificarne, a posteriori, efficacia ed efficienza di utilizzo.
- Gli enti del SSR sono aziende di erogazione di servizi e in quanto tali mosse da logiche di impiego dei fattori produttivi e come tali in grado di drenare tutte le risorse disponibili andando a soddisfare la domanda di servizi sanitari via via in ordine di priorità ed urgenza.
- Occorre infine ricordare che nell'ambito delle verifiche dell'equilibrio economico-finanziario fatte a livello statale dal Tavolo adempimenti di cui alla L. 311/2004 art. 1 c. 174, ai fini del calcolo sono conteggiate le perdite delle aziende sanitarie regionali e solo l'utile della GSA, non gli eventuali utili delle ULSS.

Per queste ragioni, andare non a sottrarre ma solo a posticipare il riparto di una quota del FSR, a consuntivo dell'esercizio, tra gli enti erogatori del SSR può essere visto come un'attenta politica di tenuta economica-finanziaria del sistema regionale nel suo complesso.

Posticipare una quota di riparto del FSR (8-9%) andandola ad assegnare con provvedimenti a consuntivo in funzione delle perdite generate nei conti economici delle ULSS (dovuti appunto al fatto di aver trattenuto in GSA una quota di ricavi del FSR) o meglio ancora a ripiano delle perdite, massimizza le risorse disponibili per mettere in equilibrio il sistema regionale complessivo sulla base delle regole di verifica del Tavolo adempimenti ministeriale. Tale politica va affiancata da altre misure coerenti:

- un sistema di valutazione dei DG non basato direttamente sul risultato economico, ma solo indirettamente (in quanto i DG governano solo in piccola parte i ricavi) attraverso la predisposizione di obiettivi e indici di monitoraggio riferiti all'efficienza di impiego dei fattori produttivi (indici sui costi) e alla qualità e all'efficacia dei servizi erogati.

- Far sì che sia regione/GSA sia le aziende ULSS possano usufruire di anagrafiche, processi e software comuni e condivisi tra loro e delle necessarie competenze sia in termini numerici sia qualitativi per realizzare accurate analisi dei costi e dei risultati, benchmark tra enti e analisi continuative di impatto economico-finanziario sul SSR sia delle nuove previsioni di politica sanitaria emanate in corso di esercizio (a livello nazionale e regionale) sia delle variabili del contesto sociale economico e finanziario in cui si va a operare (queste sono misure collegate al punto precedente in quanto un sistema premiante basato su indici di questo tipo sconta una conoscenza approfondita delle dinamiche dei fattori produttivi impiegati in ciascuna ULSS).

In tal modo i manager delle ULSS saranno più liberi nel garantire gli effettivi bisogni di salute dei cittadini e attenti all'uso efficiente dei fattori produttivi a disposizione.

Una teorica criticità da monitorare nell'attuazione di una tale misura di flessibilizzazione delle risorse disponibili è quella di veder ridurre la disponibilità di liquidità degli enti mettendo a rischio le ottime performance di pagamento fin qui garantite dal SSR Veneto. Questa criticità viene mensilmente monitorata e risolta, eventualmente procedendo ad anticipazioni di cassa a valere sui successivi contributi a ripiano delle perdite.



PUNTI DI FORZA “flessibilità di utilizzo delle risorse”

Per le considerazioni sopra espresse, negli ultimi esercizi, la Giunta regionale ha limitato l'attivazione di linee vincolate regionali realizzando delle economie a fine gestione rispetto alla programmazione iniziale dell'esercizio che sono state successivamente destinate a garantire indistintamente la copertura dei costi per la garanzia dei LEA alla popolazione del Veneto.

Le linee vincolate risultano comunque utili in ambiti di azione nuovi rispetto alla prassi oppure per interventi che anticipano o affiancano linee di intervento previste a livello nazionale e/o europeo. In tal modo si responsabilizzano di più gli enti attuatori alla realizzazione degli obiettivi, al raggiungimento dei quali è direttamente collegata la possibilità di accesso ai fondi stanziati.

Tuttavia si tratta di fattispecie ben definite e da cercare di limitare in termini numerici e temporali (una volta attivata una nuova linea di intervento che si intende incentivare, dopo due o tre annualità, raggiunta la prassi, la linea vincolata deve poter essere assorbita dal finanziamento indistinto del FSR).

Si configura come ottimale un binario di finanziamento generale dei costi del SSR parallelo ma svincolato finanziariamente da un binario di specifiche previsioni legislative, regolamentari e/o amministrative di individuazione delle linee di attività e di intervento delle politiche di salute. In tal modo ciascuna azienda del SSR attiverà le linee di attività e di intervento per garantire ai cittadini veneti il reale profilo di bisogno di servizi sanitari di cui necessitano, bisogni che differiscono, anche nel contesto regionale, da provincia a provincia.

Per portare un esempio concreto, nei provvedimenti di riparto delle risorse disponibili del FSR a consuntivo delle ultime due annualità, sono state realizzate:

- 1) economie di gestione delle risorse inizialmente programmate per politiche di vincolo di finalizzazione regionale (GSA);
- 2) riparto a consuntivo di risorse precedentemente destinate a generica garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del SSR.


Costruire una ripresa resiliente

OS2. Aumentare la flessibilità nell'utilizzo delle risorse finanziarie

Ai sensi della DGR n. 535/2021 e DGR n. 586/2022, rispettivamente con riferimento all'esercizio 2020 e 2021, si ricavano i seguenti due indicatori dell'obiettivo interno di flessibilità dell'utilizzo delle risorse:

1. Risorse a equilibrio/Totale FSR ripartibile
 - esercizio 2020: 579 mil di euro/9.138 mil di euro pari al 6,3%.
 - esercizio 2021: 566 mil di euro/9.424 mil di euro pari al 6,0%.
2. Economie gestione GSA/Risorse programmate GSA
 - esercizio 2020: 286 mil di euro/616 mil di euro pari al 46,5%.
 - esercizio 2021: 319 mil di euro/616 mil di euro pari al 51,9%.

- Obiettivi strategici**
- OS5. Garantire l'efficacia e l'efficienza del patrimonio immobiliare e tecnologico del SSSR
 - OS6. Garantire la sostenibilità degli investimenti per il SSSR
 - OS7. Aumentare la qualità e l'efficienza delle forniture dei beni e dei servizi per le aziende del SSSR
 - OS8. Aumentare la trasparenza del processo di acquisto
 - OS9. Semplificare il processo di acquisto
 - OS10. Risparmiare sui costi di approvvigionamento

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate	
	<p>MINACCE “attenuare i rischi di paralisi dei lavori”</p>
<p>Nel corso della crisi pandemica di inizio 2020, la Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (C.R.I.T.E.), le cui funzioni sono state esplicitamente previste dal Piano Socio Sanitario 2019-2023, ha contribuito ad assicurare alle Aziende sanitarie il regolare espletamento delle funzioni strategiche alle stesse assegnate.</p> <p>In continuità con i precedenti provvedimenti, il Piano Socio Sanitario evidenzia come alla CRITE sia affidato il compito di supportare la Giunta regionale nella definizione e realizzazione degli obiettivi di governo attraverso la verifica della coerenza con la programmazione regionale e della sostenibilità economico finanziaria dei progetti di investimento, di tecnologia e di edilizia in ambito sanitario e socio sanitario, supportando l'organo di governo regionale nella scelta dei progetti di importo superiore alla soglia comunitaria.</p> <p>Il Piano socio sanitario da atto, altresì, di come le competenze della CRITE si siano nel tempo ampliate ed ad essa siano state attribuite nuove funzioni, al fine di supportare più compiutamente la Giunta regionale in tutti quegli ambiti in cui vi sia l'esigenza di verificare la sostenibilità economica di azioni attuative della programmazione regionale, anche in relazione a eventuali limiti di spesa o di risorse assegnate.</p> <p>La Legge regionale n. 48/2018, di approvazione del Piano socio sanitario, demanda esplicitamente alla Giunta regionale la definizione della composizione della CRITE e del suo ruolo di supporto nei vari ambiti di competenza. Con DGR n. 1953 del 23/12/2019 ad oggetto “<i>Approvazione disciplina della composizione delle attribuzioni e del funzionamento della Commissione regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE)</i>”, la Giunta regionale ha ottemperato al dettato normativo e ricondotto ad un atto unitario la disciplina degli ambiti di intervento della Commissione ed il suo funzionamento, sia interno che nei confronti delle aziende sanitarie.</p> <p>Con l'inizio del periodo emergenziale, la Commissione non ha potuto più svolgere in presenza le proprie attività ed ha organizzato i propri lavori in modalità telematica.</p>	



OPPORTUNITA' "nuova modalità di organizzazione dei lavori della Commissione"

Il periodo emergenziale ha costretto la Commissione a cercare soluzioni organizzative al fine di non interrompere i propri lavori e la scelta della modalità telematica si è rivelata estremamente utile e vantaggiosa: nella sede usuale si riunivano in presenza il Presidente, il Vice Presidente, il Direttore e alcuni rappresentanti della U.O. a cui spetta l'organizzazione delle sedute, mentre i componenti di Commissione, i Dirigenti incaricati delle istruttorie e i rappresentanti aziendali partecipavano ai lavori in modalità di videoconferenza. Ciò ha permesso alla Commissione di lavorare con continuità e in maniera più snella con notevole vantaggio soprattutto per i rappresentanti delle aziende che potevano partecipare agli incontri senza spostarsi fisicamente dalle rispettive sedi, con notevole risparmio di tempo.

La nuova organizzazione dei lavori della Commissione è stata valutata nell'ambito degli obiettivi di performance organizzativa 2020, legato al monitoraggio della qualità dei servizi resi dall'Amministrazione. Si è scelto di somministrare dei Questionari di Customer satisfaction, indirizzandoli sia ad utenti interni che esterni all'Amministrazione regionale: sono stati formulati dei quesiti, al fine di ottenere informazioni sul grado di soddisfazione dell'utenza interna ed esterna e individuare eventuali ambiti che necessitavano di specifiche azioni di miglioramento, in un'ottica di semplificazione e snellimento delle procedure che il periodo di emergenza sanitaria richiedeva.

Gli esiti relativi ai livelli di soddisfazione espressi sui quesiti posti sono stati molto positivi, sia da parte dell'utenza interna (dirigenti incaricati dell'istruttoria) che dell'utenza esterna (referenti aziendali che sottopongono le istanze alla Commissione), e non sono state evidenziate criticità.

I risultati sopra esposti inducono ad affermare che le nuove modalità di operare della CRITE hanno assicurato una corretta sinergia tra gli uffici dell'Area Sanità e Sociale e Azienda Zero e le aziende sanitarie, in ottemperanza alle circolari regionali e alle indicazioni dell'Area Sanità e Sociale, anche in forza del ruolo e dei compiti delle strutture di afferenza.

Tutti i referenti interni della Customer, inoltre, si sono dichiarati favorevoli all'utilizzo di un supporto informatico condiviso, realizzato in collaborazione tra l'Area Sanità e Sociale e Azienda Zero. Tale supporto è stato implementato nel corso del 2021 e sta assicurando ad oggi un flusso continuo di informazioni tra le strutture, fornendo a ciascuno componente/istruttore informazioni in tempo reale sullo stato di avanzamento delle attività, oltre all'immediata disponibilità di un archivio informatico condiviso.

Sempre nel corso del periodo emergenziale, allo scopo di fornire risposte più tempestive alle Aziende, si è anche stabilito che i rinnovi di acquisizione di beni e servizi, già autorizzati dalla Commissione, o le acquisizioni mediante adesione a Convenzioni Consip (modalità scelta dal legislatore per l'acquisizione degli investimenti con copertura derivante dai fondi del PNRR), potesse avere un regime giuridico maggiormente semplificato. Infatti, qualora l'istruttoria, tempestivamente avviata, non ravvisi criticità, l'autorizzazione avviene attraverso una nota del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale e viene "ratificata" dalla Commissione nella prima seduta utile.

Uscire più forti dalla pandemia

Andando a esaminare nel concreto l'attività della Commissione, si evidenzia l'entità delle procedure esaminate nel biennio di riferimento nonostante la situazione emergenziale.

In ambito di investimenti in edilizia, attrezzature sanitarie, ICT, la Commissione ha esaminato nel biennio 2020-2021 n. 183 progetti di investimento/service/ivd/noleggio, per un importo complessivo

presunto pari ad € 308.088.816,98 di cui n. 77 progetti nell'anno 2020 (per € 108.233.506,17) e n. 106 progetti nell'anno 2021 (per € 199.855.310,81) . Tali progetti sono stati, quindi, approvati dalla Giunta regionale.

Relativamente alle procedure di gara per l'acquisizione di beni e servizi, la Commissione ha esaminato n. 386 istanze di cui n. 177 istanze nell'anno 2020 per € 231.255.288 e n. 209 istanze nell'anno 2021 per € 768.154.976.

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)



PUNTI DI DEBOLEZZA “difficoltà di procedere tempestivamente con le procedure di acquisizione”

A fronte dell'approvazione degli investimenti e dei relativi finanziamenti attribuiti, si rileva a volte la difficoltà per le aziende di procedere tempestivamente con le procedure di acquisizione che, se non avviate in tempi brevi, possono comportare l'utilizzo della proroga dei contratti oppure possono veder cambiare il contesto di riferimento per il quale le eventuali prescrizioni della CRITE non risultano più appropriate. O ancora, possono esserci finanziamenti "prenotati" ma non effettivamente utilizzati dalle Aziende o utilizzati nel momento in cui le condizioni di mercato possono essere significativamente diverse.

Per stimolare le Aziende ad avviare celermente le procedure di acquisizione, la Commissione, nell'esprimere il proprio parere sulle istanze di autorizzazione, ha deciso di introdurre la prescrizione che, in caso di mancata indicazione della procedura di acquisizione entro 6 mesi dall'ottenimento del parere, quest'ultimo perderà di efficacia, con conseguente necessità di riavviare l'iter autorizzatorio.



PUNTI DI FORZA “programmazione e monitoraggio procedure di gara centralizzate”

Particolare attenzione è, inoltre, riservata alle procedure di gara centralizzata che, come noto, consentono il conseguimento di economie di scala e di avere una uniformità di attrezzature e prodotti negli Enti del SSR. Nel biennio di riferimento, la CRITE ha esaminato n. 54 procedure di gara centralizzate, consentendo l'avvio del relativo iter procedurale. Inoltre, particolare attenzione è rivolta alla pianificazione delle gare, da avviare a livello centralizzato, al fine di dare certezza alle Aziende sanitarie di quali siano le gare effettivamente svolte a livello regionale e quali restino in capo alle singole Aziende. La programmazione delle gare centralizzate del biennio 2020/2021, non interamente espletata anche a seguito dell'emergenza, è stata quindi rigorosamente vagliata, allo scopo di verificare le procedure da riproporre nella pianificazione del biennio successivo. La nuova programmazione è stata discussa dalla CRITE nella seduta del 4/4/2022 e successivamente vagliata, senza modifiche, dal Comitato dei Direttori Generali.

Costruire una ripresa resiliente



OS9. Semplificare il processo di acquisto

A seguito delle aggiudicazioni delle procedure centralizzate da Azienda Zero, nell'anno 2020 si è conseguito un risparmio complessivo di € 330.021.823,21 IVA esclusa, corrispondente ad un aumento di circa +60% rispetto ai risparmi conseguiti nell'anno 2019.

Particolarmente significative, e di vantaggio per le Aziende sanitarie, si sono rivelate le iniziative di acquisto centralizzato aventi ad oggetto dispositivi di protezione individuale, gel e disinfettanti da utilizzare nell'ambito della gestione dell'emergenza Covid-19.

Scheda n. 15 RICERCA, INNOVAZIONE E VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE

- Obiettivi strategici** OS2. Favorire mediante la ricerca e l'Health Technology Assessment (HTA) il processo di introduzione delle nuove tecnologie
 OS3. Promuovere, a livello nazionale ed internazionale, le eccellenze del Veneto

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate	
	<p>MINACCE “rallentamento dei progetti di approfondimento e valutazione delle tecnologie con metodologia HTA e dei processi ordinari di acquisto centralizzato”</p>
<p>Per fronteggiare la pandemia da Covid 19 assicurando un efficiente ed efficace coordinamento delle azioni è stato necessario avviare tempestivamente nuove attività e rimodulare quelle ordinarie redistribuendo il personale nelle stesse sia presso Azienda Zero sia presso la Regione del Veneto.</p> <p>Presso la Regione del Veneto è stata istituita un'Unità di Crisi composta da professionisti regionali e clinici delle Aziende Sanitarie che sono stati impegnati nella predisposizione del Piano Ospedaliero Straordinario per l'Emergenza Covid-19, elaborato in ottemperanza alle indicazioni del Ministero della Salute (prot. 2619 del 29/02/2020 e prot. 2627 del 01/03/2020), nell'ottica di preparare l'intero Sistema Sanitario all'ipotesi di maggior pressione possibile.</p> <p>Al fine di dare attuazione a tale piano, il Presidente della Regione del Veneto, in qualità di soggetto attuatore (come da Decreto del Capo del Dipartimento della Protezione Civile rep. n. 573 del 23/02/2020), ha stabilito (con Decreto n. 1 del 2/3/2020) di accentrare presso Azienda Zero le procedure di acquisto dei beni e dei servizi necessari alle Aziende Sanitarie per far fronte all'emergenza, comprese tutte le attività tecniche e amministrative associate.</p> <p>Molte risorse normalmente impiegate nei progetti di approfondimento e valutazione delle tecnologie con metodologia HTA e nei processi ordinari di acquisto centralizzato (es. Ingegneria Clinica di Azienda Zero) sono state precettate nelle nuove attività, riservando a quelle ordinarie solamente il personale non impegnabile nella gestione dell'emergenza, il quale si è dedicato a portare avanti quanto avrebbe potuto avere gravi ricadute sulle Aziende Sanitarie se rallentato troppo (es. procedure di gara e istruttorie CRITE urgenti).</p>	
	<p>OPPORTUNITA' “Diffusione standardizzata nella pratica clinica di tecnologie innovative; rinnovo delle dotazioni tecnologiche; potenziamento delle reti cliniche in particolare della Microbiologia; promozione, a livello nazionale, delle eccellenze del Veneto”</p>
<p>La necessità di trovare tempestivamente nuove soluzioni per il trattamento di una patologia non ancora conosciuta quale il Covid 19 e l'accentramento della definizione delle dotazioni standard, delle loro caratteristiche, delle valutazioni tecniche dei prodotti e delle procedure di acquisto ha contribuito alla diffusione, in modo omogeneo e standardizzato in tutte le Aziende Sanitarie, di</p>	

attrezzature e dispositivi ancora poco utilizzati nella pratica clinica regionale, quali sistemi ad alti flussi e caschi CPAP. Anche se non si può parlare di tecnologia innovativa, l'accentramento di queste attività ha permesso di distribuire in maniera capillare sul territorio, ai MMG, attrezzature di base quali i saturimetri.

Nel periodo autunno/inverno 2020-2021, ricevute le forniture della struttura commissariale e a seguito di una redistribuzione delle attrezzature del Commissario e di Azienda Zero, le apparecchiature eccedenti il piano di contingenza sono state destinate alla sostituzione delle attrezzature obsolete dei posti ordinari di Terapia Intensiva delle Aziende Sanitarie, con un positivo effetto di rinnovo tecnologico. Inoltre il progetto di potenziamento della funzione di pre-triage di pronto soccorso con acquisto di apparecchi portatili per la diagnostica RX, destinati anche alla diagnostica al letto di Terapia Intensiva, Sub Intensiva e degenza ordinaria, ha costituito l'occasione per il rinnovo tecnologico dei portatili RX installati in Regione Veneto obsoleti e non più allo "stato dell'arte", in particolare di quelli analogici sostituiti con apparecchi digitali.

La necessità di diffondere e potenziare la diagnostica Covid (tamponi) ha contribuito, inoltre, alla crescita e allo sviluppo organizzativo della rete delle Microbiologie e all'introduzione di nuove tecnologie ad alta produttività.

La Struttura di Progetto per il Potenziamento della Rete Ospedaliera e Grandi Strutture di Cura di Area Sanità e Sociale, l'ingegneria Clinica di Azienda Zero hanno collaborato con la Struttura Commissariale e con la Protezione Civile fornendo supporto nella definizione sia delle dotazioni standard dei posti di Terapia Intensiva, Sub Intensiva e Pronto Soccorso Covid che delle caratteristiche tecniche delle attrezzature da acquistare con procedura di gara Consip, Invitalia.

Nella fase post-pandemica di ripresa, il PNRR costituisce un'opportunità di rinnovare la tecnologia degli Ospedali liberando risorse da investire nell'innovazione. Per fare in modo che questi investimenti siano realmente produttivi e rispondano a reali bisogni di salute, l'Ingegneria Clinica di Azienda Zero ha utilizzato, nel processo di pianificazione, criteri di appropriatezza allocativa e di corretta ed efficace distribuzione delle tecnologie, con uno sguardo alla futura evoluzione tecnologica del mercato e dello stato dell'arte (es. sostituzione di gamma camere tradizionali con sistemi ibridi gamma camera/TC che sono considerate, sulla base delle evidenze e delle opinioni degli esperti, il "gold standard" in quanto, integrando le immagini morfologiche con le immagini funzionali, garantiscono una correlazione più precisa con il sito anatomico oggetto di indagine aumentando la qualità dell'immagine e, di conseguenza, l'accuratezza diagnostica).

Uscire più forti dalla pandemia

OS2. Favorire mediante la ricerca e l'Health Technology Assessment (HTA) il processo di introduzione delle nuove tecnologie

Acquisto e distribuzione delle dotazioni previste di tecnologia non capillarmente diffusa ed efficace per il trattamento del Covid (es. sistemi ad alti flussi e CPAP): 100%.

Potenziamento dei laboratori di microbiologia per la processazione dei tamponi.

Rinnovo tecnologico apparecchi portatili per la diagnostica RX:

- sostituzione dei portatili RX regionali analogici: 100%;
- rinnovo installato regionale: > 40%

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)



PUNTI DI DEBOLEZZA “aree di miglioramento organizzativo della sanità veneta”

La prima fase della gestione dell'emergenza Covid ha inizialmente evidenziato delle aree di miglioramento organizzativo della sanità veneta, che potenzialmente avrebbero potuto ostacolare il tempestivo ed efficace raggiungimento dell'obiettivo di potenziamento dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva; tale criticità è stata gestita e superata tramite l'istituzione di un forte coordinamento regionale.

Gli elementi di criticità emersi, in ogni caso, possono costituire uno spunto di miglioramento nel processo di revisione degli atti aziendali di Azienda Zero e delle Aziende Sanitarie.



PUNTI DI FORZA “sinergie tra Aziende Sanitarie, Azienda Zero e Regione”

L'epidemia da Covid-19 ha richiesto un'elevata reattività nelle attività tecnico-amministrative centralizzate e delegate alle Aziende Sanitarie, quali la definizione delle dotazioni standard, delle loro caratteristiche, configurazioni e accessori, le procedure di acquisto, le valutazioni tecniche dei prodotti in acquisto/in donazione, la logistica distributiva, l'installazione, il collaudo e la formazione all'utilizzo. Tali attività hanno messo in evidenza uno spiccato orientamento al problem solving, al lavoro in team dei professionisti delle strutture tecniche e la loro capacità di tradurre i bisogni clinico-assistenziali in soluzioni tecnologiche.

La pandemia ha permesso di testare, in una situazione di particolare stress, il modello di collaborazione in sinergia tra Azienda Zero e Aziende Sanitarie, con la regia della Regione, con buoni risultati.

Infatti, è stato possibile attrezzare i posti letto aggiuntivi di Terapia Intensiva e Sub-Intensiva previsti dalla programmazione nazionale e regionale (DGR n. 552/2020 e n. 782/2020) con tecnologia adeguata, efficiente e sicura e con tempistiche congrue alla necessità di contrastare la crescita della curva dei contagi, intercettando all'origine potenziali situazioni particolarmente critiche se non pericolose (es. il forte aumento del fabbisogno di O2 medicale con la messa in uso dei sistemi ad alto flusso e caschi CPAP).



Costruire una ripresa resiliente

OS2. Favorire mediante la ricerca e l'Health Technology Assessment (HTA) il processo di introduzione delle nuove tecnologie

Attrezzamento di posti letto aggiuntivi di Terapia Intensiva e Sub-Intensiva previsti dalla programmazione nazionale e regionale (DGR 552/2020 e 782/2020), con tecnologia adeguata, efficiente e sicura e con tempistiche congrue alla necessità di contrastare la crescita della curva dei contagi: 100%

Scheda n. 16 RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ

Obiettivi strategici OS1. Favorire la collaborazione tra Regione e Università nel raggiungimento dei compiti istituzionali

I fattori esterni: elementi di contesto esterno che influenzano l'attuazione delle strategie programmate	
	<p>MINACCE “sospensione applicazione rotazione specializzandi medici”</p>
<p>La pandemia ha temporaneamente sospeso l'applicazione di quanto previsto in materia di rotazione degli specializzandi medici ai fini formativi presso le strutture sanitarie del SSR di cui all'accordo sottoscritto in data 10 gennaio 2020 con gli Atenei di Padova e di Verona.</p> <p>La complessità e le caratteristiche di urgenza del periodo pandemico non hanno consentito la corretta pianificazione dell'inserimento degli specializzandi nelle strutture. Molti reparti sono stati chiusi o riorganizzati, adibiti a servizi diversi. Durante l'emergenza sanitaria è stato necessario rivedere completamente l'organizzazione dei servizi e agire per dare una risposta all'urgenza che mal si concilia con le necessità di programmazione e organizzazione degli specializzandi nel loro percorso formativo. I professionisti delle strutture sanitarie si sono inoltre trovati a fronteggiare la pandemia e le esigenze derivanti dal recupero delle liste di attesa, dovendo necessariamente limitare le attività formative.</p>	
	<p>OPPORTUNITA' “impiego degli specializzandi presso le strutture del SSR”</p>
<p>La legge 30 dicembre 2018 n. 145, recante “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021” e s.m.i., all'articolo 1, co. 548-bis, dispone che le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possano procedere, fino al 31 dicembre 2022, all'assunzione, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative di coloro che sono utilmente collocati nella graduatoria di cui al comma 547. La misura è stata prevista anche dal DL 18/2020 che ha previsto la possibilità di procedere alle assunzioni di cui all'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, anche in assenza dell'accordo quadro previsto.</p> <p>La misura pertanto ha consentito di reclutare specializzandi presso i presidi ospedalieri della regione inseriti nella rete formativa.</p>	
<p>Uscire più forti dalla pandemia</p>	
<p>OS1. Favorire la collaborazione tra Regione e Università nel raggiungimento dei compiti istituzionali</p>	
<p><u>Obiettivo</u>: assunzione specializzandi utilmente inseriti in graduatoria</p>	

Sotto obiettivo: durante il periodo emergenziale sono stati assunti specializzandi a tempo determinato e sono stati stipulati contratti da lavoro autonomo con i medici in formazione specialistica, sia per le attività ordinarie che per le attività vaccinali legate all'emergenza.

Sotto obiettivo: sono stati sottoscritti accordi per l'assunzione a tempo determinato dei medici in formazione con numerosi atenei extra regione:

- Università degli Studi BICOCCA di MILANO
- Università degli Studi di FERRARA
- Università MAGNA GRAECIA di CATANZARO
- Università degli Studi di BRESCIA
- Università degli Studi di GENOVA
- Università degli Studi di PISA
- Università degli Studi di TRIESTE
- Università Campus Bio Medico di ROMA

L'obiettivo è stato raggiunto.

I fattori interni: gli elementi costitutivi dell'organizzazione utili o dannosi nel perseguimento degli obiettivi dove si ha la possibilità di agire (ovvero analisi degli ambiti dove si ha la possibilità di agire)



PUNTI DI DEBOLEZZA "formazione specialistica"

I medici in formazione specialistica vengono inseriti nei contesti lavorativi per un periodo limitato e pertanto l'investimento in termini formativi e organizzativi richiede un costo elevato in termini di risorse ma garantisce un rendimento limitato nel breve periodo.



PUNTI DI FORZA "collaborazione tra atenei"

Sia gli Atenei che le aziende sanitarie hanno attivato le procedure previste per l'impiego degli specializzandi medici.

Possibilità di instaurare rapporti professionali con il personale in formazione specialistica e di attivare rapporti e collaborazioni con gli atenei.

Possibilità di individuati contesti di cura accuratamente circoscritti rispetto ai quali i medici in formazione specialistica possano esercitare le loro potenzialità.

Costruire una ripresa resiliente

OS1. Favorire la collaborazione tra Regione e Università nel raggiungimento dei compiti istituzionali

L'obiettivo indicato si intende pienamente raggiunto con la sottoscrizione di 22 contratti di lavoro a tempo determinato e 213 contratti di lavoro in libera professione nel 2020; nell'anno 2021 sono stati sottoscritti 26 contratti di lavoro a tempo determinato e n. 1272 contratti di lavoro in libera professione con i medici.

