



REGIONE DEL VENETO

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto



Anno 2017
(dati 2015-2016)

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto

Anno 2017
(dati 2015-2016)



Alcuni diritti riservati - La Relazione Socio Sanitaria è rilasciata ai termini della licenza Creative Commons.

Publicazione a cura della Giunta Regionale del Veneto
Area Sanità e Sociale
Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
SER Sistema Epidemiologico Regionale

Le libertà per l'utente



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

alle seguenti condizioni:



Attribuzione: l'utente deve attribuire la paternità dell'opera alla Giunta Regionale del Veneto
Area Sanità e Sociale
Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
SER Sistema Epidemiologico Regionale
in modo tale da non suggerire un avallo delle strutture regionali dell'utente stesso e del modo in cui usa l'opera.



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



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

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

Finalità della relazione socio sanitaria regionale

Il piano socio sanitario 2012-2016 (L.R.29.06.2012 n. 23) prevede all'articolo 12 che *"Entro il 30 giugno di ogni anno la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale, tramite la competente commissione consiliare, la relazione sanitaria comprendente la verifica e la valutazione dell'attuazione del piano socio-sanitario regionale, dell'andamento della spesa sociale e sanitaria, dello stato sanitario della popolazione, dello stato dell'organizzazione e dell'attività dei presidi e dei servizi della Regione"*.

Modalità di realizzazione

La Relazione Socio Sanitaria viene realizzata attraverso i contributi delle strutture afferenti all'Area regionale Sanità e Sociale. La redazione finale del documento è a cura del

SER Sistema Epidemiologico Regionale
Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 – Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it
sito Internet: <http://www.ser-veneto.it/>

Il SER è una struttura che svolge attività di rilevazione epidemiologica per patologie o problemi di salute rilevanti a livello di popolazione, con funzioni di supporto alle attività di Sanità Pubblica e di miglioramento dell'assistenza in coerenza con la programmazione regionale. La presente pubblicazione è realizzata, nell'ambito delle funzioni istituzionali del SER Sistema Epidemiologico Regionale, sulla base delle disposizioni contenute nella nota prot. 318950 del 10 luglio 2012 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale (attribuzione obiettivi per l'attuazione del Piano Socio Sanitario).

Comitato redazionale

Elisabetta Pinato, Francesco Avossa, Angela De Paoli, Matilde Dotto, Ugo Fedeli, Eliana Ferroni, Nicola Gennaro, Michele Pellizzari, Silvia Pierobon, Elena Schievano, Maria Chiara Corti

Presentazione della Relazione Socio Sanitaria 2017 della Regione del Veneto

A conclusione del ciclo quadriennale di programmazione del Piano Socio-Sanitario 2012-2016, la Relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto vuole fare il punto sullo stato di salute dei Veneti, evidenziando come si sono modificate le caratteristiche demografiche, epidemiologiche e di utilizzo dei servizi socio-sanitari per i nostri assistiti in salute e in malattia.

L'immagine che ne emerge è articolata e composita, grazie alla ricchezza di dati e di informazioni raccolte attraverso centinaia di flussi informativi che dalle aziende pubbliche e dagli erogatori privati accreditati giungono regolarmente in Regione. L'obiettivo principale della Relazione, pienamente raggiunto, è di descrivere, facendo sintesi, lo stato di salute della nostra popolazione e la capacità del sistema dei servizi di rispondere ai bisogni espressi, ma anche a quelli inespressi, delle persone.

L'uso dei dati consente la massima trasparenza nel rappresentare le diverse realtà e nel restituire a tutti non solo l'analisi dei bisogni socio-sanitari, ma anche il risultato delle decisioni prese, sulla base dei dati, da chi ha responsabilità di governo per meglio rispondere alle esigenze delle persone.

Il quadro restituito è sicuramente polarizzato dalla consapevolezza ormai chiara che il servizio sanitario regionale è universalistico, quindi rivolto a tutti, ma che la maggior parte delle risorse e dei servizi è dedicata a circa un quarto della popolazione, affetta da patologie croniche, con multi-morbilità e deficit funzionali.

Questa parte della popolazione è quella più vulnerabile, fragile, disabile e a rischio di eventi avversi, ma è proprio la parte di popolazione che un sistema civile, equo e universalistico vuole proteggere e mantenere al massimo livello di salute possibile e raggiungibile. E rappresenta anche quella parte delle nostre famiglie cui dedichiamo cure e assistenza quotidiana, bambino, giovane adulto o adulto maturo, abile o disabile, uomo o donna che sia.

Per questo motivo, come nelle nostre famiglie chi è più fragile riceve maggiori cure ed attenzione, così questa fetta di persone particolarmente vulnerabili per motivi di salute, assorbe circa tre quarti delle risorse socio-sanitarie regionali, con una distribuzione popolazione-costi molto simile a quella di tutti i Paesi occidentali con un sistema di copertura universalistico come il nostro. Con questo obiettivo sfidante, siamo riusciti a garantire ad un numero crescente di persone con gravi patologie croniche ed evolutive, sia trasmissibili che non-trasmissibili, anche l'accesso a farmaci estremamente innovativi, tra cui i farmaci per l'epatite C, ma anche a nuovi farmaci per patologie neurodegenerative, infiammatorie ed oncoematologiche. Se in alcuni casi abbiamo garantito la guarigione, in altri abbiamo migliorato di

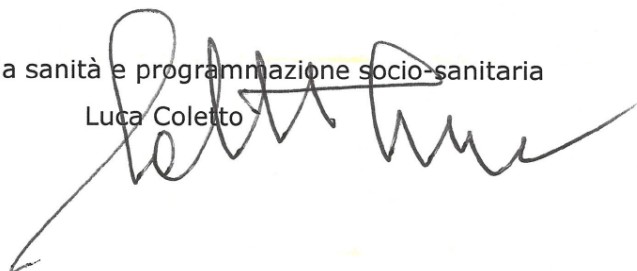
molto gli esiti funzionali, la ripresa della capacità lavorativa e l'autonomia personale ed in altri ancora abbiamo prolungato significativamente la sopravvivenza e la qualità di vita.

Però questa rete di assistenza, complessa e articolata, tecnologicamente molto avanzata, a volte non riesce a garantire ai malati l'accessibilità che si aspettano e per questo i sistemi stanno lavorando ed hanno ottenuto comunque importanti miglioramenti in indicatori quali i tempi di attesa per le prestazioni, il pronto soccorso e le attese per gli interventi chirurgici elettivi. Con l'avvio ed il funzionamento di diverse reti cliniche tra cui la ROV (Rete Oncologica Veneta) ed altre reti cliniche che si stanno consolidando, la Regione vuole garantire integrazione e continuità a pazienti che necessitano non solo di prestazioni singole ma di percorsi clinici transmurali e interdisciplinari, legati a patologie o condizioni ad elevata prevalenza.

La Relazione non è esaustiva di tutte le attività che si sono completate in questi anni, ma rappresenta un documento tecnico sintetico frutto del lavoro di tutte le Direzioni Regionali dell'Area Sanità e Sociale, affiancate dalle Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario della nostra Regione, coordinato e armonizzato dal Sistema Epidemiologico Regionale.

Con l'auspicio che questa Relazione contribuisca al continuo miglioramento e alla conoscenza delle attività garantite da tutti gli attori del nostro Servizio Sanitario Regionale, auguro a tutti buon lavoro.

L'Assessore alla sanità e programmazione socio-sanitaria
Luca Coletto

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luca Coletto', is written over the printed name. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Introduzione

Questa Relazione Socio Sanitaria vuole rappresentare l'impegno ed il lavoro quotidiano che tutti gli operatori sanitari della Regione del Veneto hanno profuso per rispondere alle attese di salute della nostra popolazione.

In uno scenario epidemiologico, demografico ed economico in continua evoluzione e di fronte a sfide quotidiane per il contenimento dei costi pur con un sistema sanitario a copertura universale, la risposta che qui i nostri servizi hanno cercato di rappresentare connota la capacità del sistema Veneto di saper offrire alla popolazione prestazioni di qualità garantendo la sostenibilità complessiva.

Nel 2016 un'altra sfida è iniziata. Con la Legge Regionale 19 del 2016 si è avviato un ambizioso percorso di riforma della Regione del Veneto che ha definito nuovi ambiti territoriali per le Aziende Ulss e ha introdotto un nuovo ente di governance della sanità della Regione del Veneto, denominato Azienda Zero.

Con questa riforma il Veneto si prefigge di consolidare l'elevata qualità dei servizi socio-sanitari erogati agli assistiti, ottimizzando l'utilizzo delle risorse impiegate, dando all'Azienda Zero l'obiettivo di razionalizzare, integrare ed efficientare i servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del SSR, continuando a rispondere alla Regione nel suo ruolo di programmazione ed indirizzo.

Il cambio di passo può essere considerato epocale perché la nascita dell'Azienda Zero è contestuale alla riorganizzazione di 21 Aziende in 9 nuove Aziende Ulss con l'obiettivo di permettere alle nuove Aziende Ulss, alle Aziende Ospedaliere e allo IOV di svolgere al meglio il loro ruolo di erogazione di servizi di elevata qualità, tempestività ed accessibilità ai cittadini.

Questo processo di trasformazione però parte da lontano. Il Piano Socio-Sanitario 2012-2016 aveva disegnato la rotta e guidato la Regione verso questa importante transizione, favorendo l'innovazione ed il cambiamento, sorvegliando sull'accessibilità, equità ed efficacia delle cure, investendo nell'integrazione e nella continuità delle cure.

Il modello ospedaliero è stato profondamente riformato, gerarchizzato con ruoli diversi nella rete ospedaliera e con il potenziamento delle reti cliniche, tessuto vitale costituito da nodi raccordati con il territorio per i percorsi clinici e diagnostico-terapeutici per i pazienti.

Sono stati introdotti modelli innovativi per la gestione della continuità dell'assistenza come la Centrale Operativa Territoriale, le Medicine di Gruppo Integrate, gli Ospedali di Comunità, le Unità Riabilitative Territoriali e sono stati sperimentati e applicati modelli innovativi di

stratificazione e segmentazione della popolazione per misurarne il case-mix, la presenza di malattie ed i bisogni di salute, come il sistema ACG.

Sono state affrontate sfide inattese, e nonostante la crisi economica abbia continuato anche nel 2016 a rendere incerte la programmazione e la disponibilità delle risorse per la sanità, la Regione ha saputo fronteggiare un'emergenza ambientale come la contaminazione delle acque da sostanze perfluoroalchilate (PFAS) in un ampio bacino idro-geografico che ha impattato sulla salute di quasi 100.000 persone. Con il lavoro della Prevenzione regionale, l'azione congiunta di diverse istituzioni regionali e nazionali ed in una nuova logica di intersettorialità, sono state messe in sicurezza e sotto sorveglianza le popolazioni e le matrici ambientali colpite. L'opera è solo all'inizio, perché non sappiamo quando potremo dichiarare il cessato allarme per questo evento, ma possiamo dare garanzie che la sorveglianza è massima e che stiamo rileggendo le scelte del passato alla luce della evidente e innegabile inter-dipendenza tra salute e ambiente.

Il futuro ci attende e attende i nostri figli, ai quali dobbiamo consegnare non solo un servizio sanitario evoluto, innovativo, equo e sostenibile, ma anche ambienti di vita, di studio, di lavoro e di cura sani per tutti, che garantiscano il massimo livello di salute e funzionalità che ogni persona può raggiungere.

“Il segreto del cambiamento - ci dice Socrate – è focalizzare tutte le tue energie non nel cambiare ciò che è già vecchio, ma nel costruire oggi il nuovo”.

Il Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Dr. Domenico Mantovan



Indice

1. Scenario demografico	11
2. Condizioni e profili di salute	15
2.1 Stili di vita e condizioni di rischio	15
2.2 Mortalità per causa	23
2.3 Malattie infettive	29
2.4 Cronicità e multimorbilità	33
2.5 Tumori	43
2.6 Infarto acuto del miocardio	46
2.7 Malattie cerebrovascolari	50
2.8 Insufficienza renale cronica	53
2.9 Salute materno-infantile	56
2.10 Malattie professionali e infortuni sul lavoro	65
3. La nuova organizzazione del SSR : la riforma avviata dalla Legge Regionale 19/2016	73
4. Attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie	77
4.1 Promozione di corretti stili di vita	77
4.2 Profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni	83
4.3 Screening oncologici	87
4.4 Salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro	92
4.5 Veterinaria e sicurezza alimentare	98
5. Assistenza ospedaliera	101
5.1 La rete ospedaliera e i posti letto	101
5.2 L'ospedalizzazione in Veneto	105
5.3 Controlli sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero	110
5.4 Volumi di attività e qualità delle cure	111
6. Assistenza territoriale e socio-sanitaria	115
6.1 Assistenza primaria	115
6.2 Strutture Intermedie e Hospice	121
6.3 Care Management del paziente complesso	129
6.4 Assistenza ai pazienti con malattie croniche	132
6.5 Assistenza specialistica ambulatoriale	136

6.6	Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali	138
6.7	Cure domiciliari	140
6.8	Impegnative di Cura Domiciliare	144
6.9	Cure palliative	148
6.10	Residenzialità extra-ospedaliera	152
6.11	Residenzialità extra-ospedaliera: persone con disabilità	157
6.12	Riabilitazione ex art. 26	161
6.13	Interventi socio-sanitari sulle dipendenze	165
6.14	Consultori familiari	167
6.15	Salute mentale	168
6.16	Sanità penitenziaria	171
7.	Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici	175
7.1	Assistenza farmaceutica	175
7.2	Dispositivi medici e assistenza protesica	184
8.	Le reti cliniche	189
8.1	Rete clinica dei trapianti	189
8.2	Rete delle malattie rare	193
8.3	Rete dell'infarto acuto del miocardio	198
8.4	Rete attività trasfusionale	201
8.5	Rete oncologica	205
8.6	Rete emergenza urgenza	209
8.7	Rete per l'Alzheimer e le demenze	213
9.	Il personale e la spesa Socio Sanitaria Regionale	217
9.1	Le politiche del personale del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto	217
9.2	Analisi economica del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto	225
9.3	Procedure di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi a favore delle aziende sanitarie tramite la Unità organizzativa Acquisti Centralizzati SSR-CRAV (ex Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità)	232
10.	La valutazione della performance del SSR (Progetto Bersaglio)	235
11.	Il Fascicolo Sanitario Elettronico	239

1. Scenario demografico

Quadro di sintesi

La popolazione del Veneto è di oltre 4,9 milioni di residenti, in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente (-0,2%), poiché il saldo migratorio positivo non riesce ad assorbire il saldo naturale negativo.

Per il progressivo invecchiamento, i residenti con più di 64 anni sono il 22% del totale con un rapporto rispetto alla popolazione 0-14 anni di 1,6 a 1.

I cittadini stranieri residenti in Veneto sono poco meno del 10%, leggermente in calo rispetto all'anno precedente.

La popolazione residente in Veneto al 01/01/2017 (fonte ISTAT) è di 4.907.529 abitanti di cui 2.394.567 (48,8%) maschi e 2.512.962 femmine (51,2%), con un calo di -7.594 residenti rispetto all'anno precedente. Il bilancio demografico del 2016 presenta un saldo migratorio positivo +2.395, ma un saldo naturale che continua ad essere negativo, pari a -9.989 persone. In tutte le province il saldo naturale risulta negativo (Figura 1.2): le province di Vicenza e Rovigo hanno anche il saldo migratorio negativo e solo la provincia di Treviso presenta un bilancio demografico positivo (saldo naturale più saldo migratorio= +525).

Figura 1.1 - Popolazione residente in Veneto dal 2002 al 2017 (situazione al 1° gennaio) (Fonte: ISTAT)

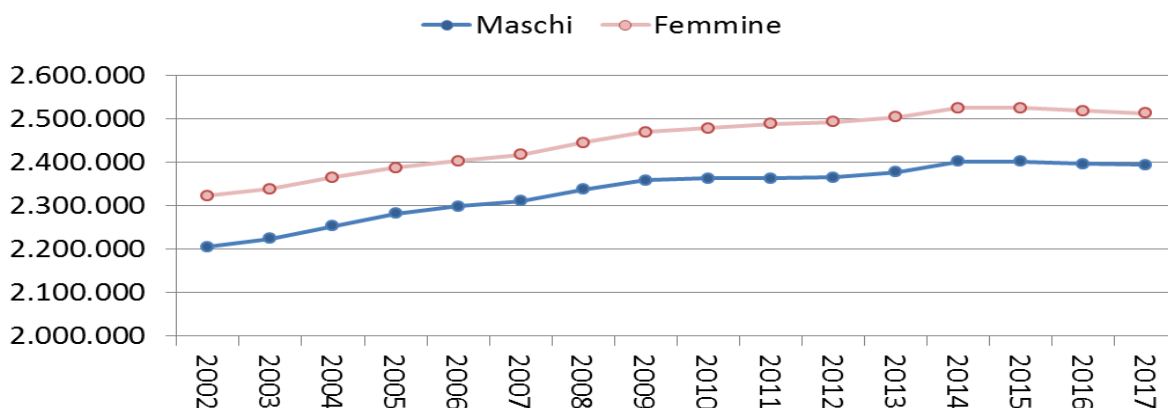
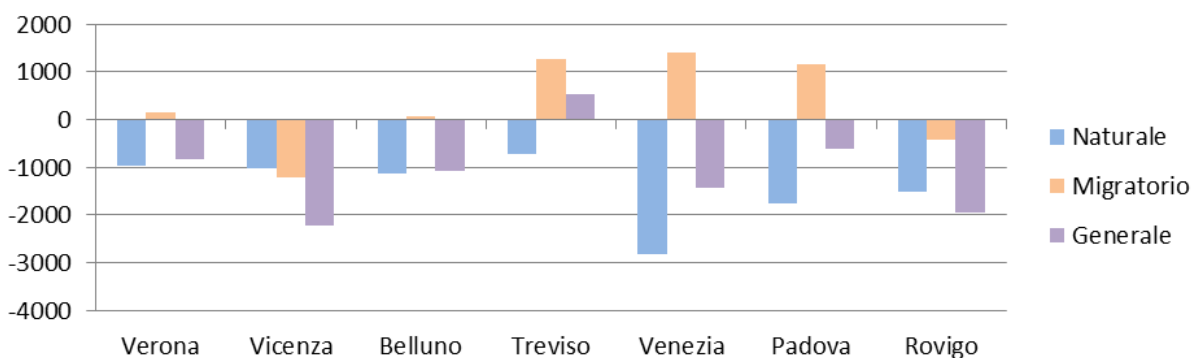


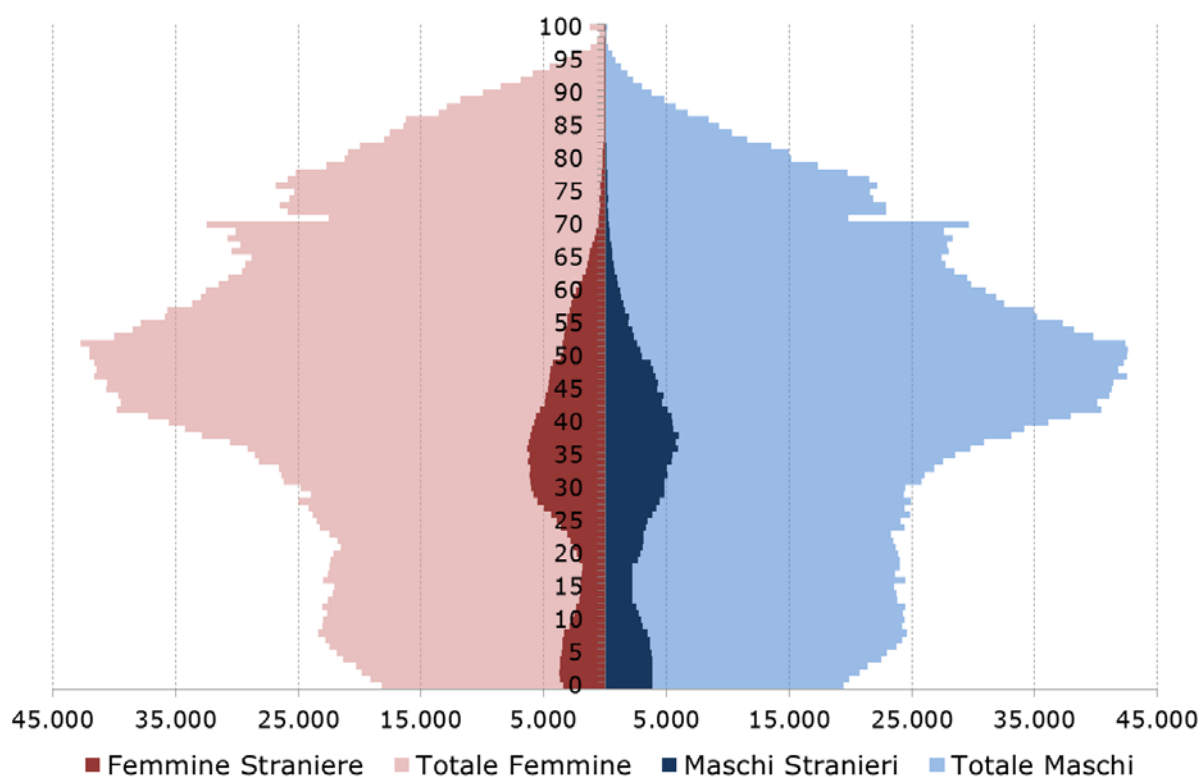
Figura 1.2 – Saldo naturale, migratorio e generale della Popolazione residente per Provincia. Veneto, Anno 2016 (Fonte: ISTAT)



La struttura per età della popolazione è quella tipica dei paesi post transizione demografica, dove la quota di anziani è importante e supera la quota di giovanissimi tra 0 e 14 anni (Figura 1.3). La restante parte della popolazione (15-64 anni) è quella più consistente ed è costituita da una numerosa quota di individui nati nel periodo del baby-boom degli anni '60 e '70. Questo spiega la forma "a botte" della piramide delle età.

I cittadini stranieri residenti in Veneto rappresentano il 9,9% della popolazione complessiva, leggermente meno dell'anno precedente (10,1%). I 485.477 stranieri residenti sono quasi equamente distribuiti per sesso (228.176 maschi, il 47%, e 257.301 femmine, il 53%). La struttura per età della popolazione straniera è più giovane di quella della popolazione italiana, collocandosi prevalentemente nelle fasce di età infantili e lavorative.

Figura 1.3 - Piramide d'età per genere e cittadinanza residente in Veneto al 1° gennaio 2017 (Fonte: ISTAT)



Nella Tabella 1.1 vengono presentati alcuni indicatori demografici con riferimento agli ambiti territoriali delle Aziende ULSS vigenti nel 2016 e quelli previsti a partire dal 2017 con la Legge Regionale 19/2016. Il territorio delle nuove ULSS 1-Dolomiti e 5-Polesana è quello con la più alta proporzione di abitanti di età avanzata (25-26% di persone con almeno 65 anni) e con un indice di vecchiaia che supera i 220. In particolare, le aree dove la quota di persone con più di 64 anni è più del doppio di quella di età fino ai 14 anni sono i territori delle ex-ULSS di Belluno e Feltre, di Rovigo e Adria, di Venezia e Chioggia.

La popolazione straniera rappresenta oltre il 10% della popolazione totale in corrispondenza delle aree metropolitane (Padova, Venezia, Verona) e nell'area dell'Ovest Vicentino (ex ULSS 5)

Tabella 1.1 - Popolazione residente per ULSS al 1° Gennaio 2017: distribuzione per grandi classi di età, indice di vecchiaia e percentuale di popolazione straniera. (Fonte: ISTAT)

Azienda ULSS di residenza	N	Classe di Età (%)			Indice di vecchiaia	popolazione straniera %
		0-14	15-64	65 +		
101-Belluno	123.156	12%	62%	26%	225	5%
102-Feltre	82.625	12%	62%	25%	203	7%
Ulss Dolomiti	205.781	12%	62%	26%	215	6%
103-Bassano del Grappa	180.336	14%	64%	21%	148	7%
104-Alto Vicentino	187.015	14%	64%	22%	154	9%
Ulss Pedemontana	367.351	14%	64%	22%	151	8%
105 Ovest Vicentino	179.644	15%	65%	21%	141	12%
106-Vicenza	318.087	14%	65%	21%	152	10%
Ulss Berica	497.731	14%	65%	21%	147	11%
107-Pieve di Soligo	215.413	14%	63%	23%	170	10%
108-Asolo	250.952	15%	65%	20%	131	10%
109-Treviso	419.607	14%	64%	21%	147	10%
Ulss Marca Trevigiana	885.972	14%	64%	21%	148	10%
110-Veneto Orientale	215.232	13%	64%	23%	175	10%
Ulss Veneto Orientale	215.232	13%	64%	23%	175	10%
112-Veneziana	301.017	12%	61%	27%	224	12%
113-Mirano	271.369	14%	64%	22%	160	8%
114-Chioggia	66.657	11%	64%	25%	224	5%
Ulss Serenissima	639.043	13%	63%	24%	195	10%
115-Alta Padovana	258.080	15%	66%	19%	128	9%
116-Padova	493.758	13%	64%	23%	173	12%
117-Este	181.916	13%	64%	23%	183	6%
Ulss Euganea	933.754	14%	64%	22%	161	10%
118-Rovigo	169.329	12%	64%	25%	215	9%
119-Adria	71.779	10%	64%	26%	245	5%
Ulss Polesana	241.108	11%	64%	25%	223	8%
120-Verona	470.773	14%	63%	23%	164	13%
121-Legnano	154.439	14%	64%	22%	154	10%
122-Bussolengo	296.345	15%	65%	20%	134	10%
Ulss Scaligera	921.557	14%	64%	22%	152	11%
Veneto	4.907.529	14%	64%	22%	164	10%

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale
 Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
 Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: ser@regione.veneto.it

2. Condizioni e profili di salute

2.1 Stili di vita e condizioni di rischio

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

Capitolo 3.4 Promozione della salute e prevenzione delle malattie: promuovere la prevenzione primaria e la promozione di stili di vita sani per prevenire le patologie cronico-degenerative e le loro complicanze (Pag 89); ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari (Pag 90); prevenire le malattie determinate dagli alimenti, ivi compresa l'acqua (Pag 91).

Quadro di sintesi

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'86% dei decessi e il 75% della spesa sanitaria in Europa e in Italia sono determinate da patologie croniche, dovute a scorretta alimentazione, inattività fisica, abitudine al fumo ed abuso di alcol, principali fattori di rischio di malattie cronico-degenerative. In Veneto sono attive 4 sorveglianze per monitorare l'evoluzione dei comportamenti:

- OKKIO (stili alimentari e di vita dei bambini che frequentano la terza primaria) realizzato per la prima volta nel 2008, ripetuto nel 2010, 2012, 2014 e 2016;
- HBSC (comportamenti legati alla salute, stili di vita e percezione della salute degli adolescenti di 11-13 e 15 anni e sui fattori che li possano influenzare);
- PASSI (fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali e diffusione delle misure di prevenzione di un campione rappresentativo della popolazione tra 18 e 69 anni) Dall'inizio della sorveglianza, aprile 2007, alla fine del 2016, nel Veneto, sono state intervistate circa 47.700 persone;
- PASSI D'ARGENTO (qualità della vita e sulla salute nella terza età-over 64) il Veneto partecipò alla sperimentazione nel 2008-2010 con l'Azienda ULSS 15; nel 2012 la sorveglianza è stata estesa con l'adesione di 19 delle 21 Aziende ULSS del Veneto. Tra ottobre 2012 e febbraio 2013 sono state raccolte 1.060 interviste. È in corso la rilevazione 2016/2017 che vede coinvolte tutte le Aziende ULSS.

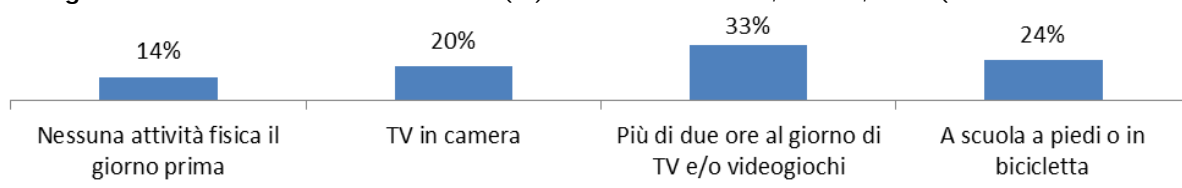
Con l'eccezione di HBSC, tutte le indagini sono realizzate da personale dei Dipartimenti di Prevenzione.

Si presenta l'aggiornamento 2016 delle sorveglianze PASSI e OKKio alla SALUTE. Per le sorveglianze HBSC e Passi D'Argento si rimanda alla precedente Relazione Sanitaria, in quanto HBSC ha cadenza quadriennale e Passi d'Argento è in corso.

Attività fisica

In Veneto nel 2016 il 14% 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 non ha giocato all'aperto nel pomeriggio il giorno precedente la rilevazione. Il 46% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata ed il 74% ha giocato all'aperto. Entrambe queste attività sono svolte con maggiore frequenza dai bambini maschi (OKKio alla Salute).

Figura 2.1 – Attività fisica e sedentarietà (%). Bambini di 8-9 anni, Veneto, 2016 (Fonte OKKio alla Salute)



Dallo studio PASSI emerge come nel 2016, il 34% delle persone intervistate abbia 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). Il 46% pratica attività fisica in quantità inferiore al raccomandato e 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. Negli ultimi anni c'è una lieve diminuzione della sedentarietà, soprattutto tra i giovani e le persone con minori difficoltà economiche e maggiore livello di istruzione.

Tabella 2.1 – Prevalenza percentuale della sedentarietà a 18-69 anni. Veneto 2008-2016.
(Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI Regione Veneto)

Sedentari	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
TOTALE	25	25,5	23,2	23,9	22,8	23,4	22,5	22,5	19,5
nei due sessi									
Uomini	23	24	22	23	21	22	21	21	18
Donne	27	27	25	25	25	25	24	24	21
nelle classi di età									
18-34 anni	24	22	20	21	20	21	17	18	16
35-49 anni	24	26	23	25	22	24	21	23	21
50-69 anni	27	28	26	25	26	25	27	25	21
nei diversi livelli di istruzione									
Nessuna/elem.	32	33	28	31	32	25	32	37	29
Media inferiore	27	30	27	26	25	27	27	26	24
Media super.	23	23	21	22	21	23	20	20	17
Laurea	20	16	19	17	18	17	17	17	15
nelle diverse situazioni economiche									
Molte difficoltà	30	28	33	32	27	33	29	36	23
Qualche difficoltà	29	29	26	28	24	25	25	25	23
Nessuna difficoltà	23	23	21	21	21	20	20	19	17

Consumo di alcol

Nel 2016, il 66% degli intervistati dichiara di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese. Complessivamente, il 26% degli intervistati viene definito consumatore a maggior rischio, ovvero bevitore fuori pasto e/o con consumo abituale elevato e/o "binge" (che negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta in una singola occasione almeno 5 unità alcoliche, se uomini, o almeno 4 se donne). Il consumo binge (13%) risulta più diffuso tra i 18-24 anni (21%), negli uomini (20% vs. 7% nelle donne) e nelle persone con un alto livello di istruzione e senza difficoltà economiche.

Tabella 2.2 – Prevalenza percentuale del consumo di alcool a 18-69 anni. Veneto 2010-2016.
(Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI Regione Veneto)

Consumo di alcol	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bevuto più di 1 unità alcolica nell'ultimo mese	65,6	64,9	63,5	63,6	62,5	63,3	65,9
Bevitori prevalentemente fuori pasto	12,3	12,6	13	12	12,5	12,9	14,7
Bevitori binge	12,1	12	12,4	12,4	12,7	13,2	13,3

Abitudine al fumo

Nel 2016, il 56% della popolazione veneta intervistata tra i 18 e 69 anni dichiara di non aver mai fumato, il 22% dichiara di essere un ex fumatore e meno di un 1 su 4 (22%) fuma (Tabella 2.3) Tale percentuale stima una fetta importante della popolazione veneta (737.000 persone) che necessita di un'attenzione particolare in termini di prevenzione e assistenza, soprattutto perché interessa soggetti che presentano anche difficoltà economiche. Nel confronto con il pool nazionale, in Veneto si riscontrano meno fumatori.

Tabella 2.3 – Prevalenza percentuale dell'abitudine al fumo a 18-69 anni. Veneto 2008-2016.
(Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI Regione Veneto)

Fumatori	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
TOTALE	25,9	24,9	24,0	24,5	23,6	23,4	21,9	23,4	22,3
nei due sessi									
Uomini	30	30	28	28	28	27	26	28	26
Donne	22	20	20	21	20	19	18	19	18
nelle classi di età									
18-24 anni	36	34	32	35	29	29	28	31	32
25-34 anni	34	32	32	32	30	29	26	29	29
35-49 anni	26	25	23	24	24	23	23	24	21
50-69 anni	19	19	18	18	19	20	17	19	18
nei diversi livelli di istruzione									
Elementare	16	18	17	15	18	15	19	17	17
Media inferiore	30	29	26	28	27	28	25	28	25
Media superiore	28	26	26	26	24	23	23	22	24
Laurea	20	15	18	19	19	19	15	20	13
nelle diverse situazioni economiche									
Molte difficoltà	36	37	41	34	38	37	31	34	31
Qualche difficoltà	29	27	26	26	26	26	24	25	25
Nessuna difficoltà	23	22	21	23	19	19	19	21	19

Alimentazione

Eccesso ponderale

Nel 2016, in Veneto, il 4% delle persone intervistate tra i 18 e 69 anni risulta sottopeso, il 56% normopeso, il 31% sovrappeso e il 9% obeso (complessivamente il 40% presenta un eccesso ponderale). Nella popolazione oltre i 65 anni, il 2% risulta sottopeso, il 39% normopeso e il 59% in eccesso ponderale (44% in sovrappeso e 15% obesi).

L'eccesso ponderale è significativamente più frequente al crescere dell'età (nella fascia 50-69 anni il 53% delle persone sono in eccesso ponderale), negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone con difficoltà economiche. Negli corso degli anni, la percentuale di persone in eccesso ponderale non si è modificata ed è sempre più elevata nelle fasce di età con bassa scolarizzazione e situazione economica più disagiata.

Nel 2016 l'1% dei bambini veneti tra gli 8 e 9 anni risulta in condizioni di obesità severa, il 5% risulta obeso, il 19% in sovrappeso. Complessivamente il 25% dei bambini presenta un eccesso ponderale. Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 27% dei bambini risulta in eccesso ponderale, mentre quando un genitore è obeso il 41% dei bambini è in eccesso ponderale (di cui 13% obeso).

Tabella 2.4 – Prevalenza percentuale dell'eccesso ponderale a 18-69 anni. Veneto 2008-2016.
(Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI Regione Veneto)

Eccesso ponderale	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
TOTALE	40,2	40,1	39,7	41,7	40,3	39,7	38,9	42,0	40,2
nei due sessi									
Uomini	42	51	51	54	50	49	49	50	51
Donne	30	29	28	30	30	30	29	34	30
nelle classi di età									
18-34 anni	23	23	22	23	21	22	21	24	22
35-49 anni	40	40	38	41	40	37	36	42	39
50-69 anni	57	54	56	56	55	54	54	54	53
nei diversi livelli di istruzione									
Nessuna/elem.	62	59	61	61	61	63	61	65	61
Media inferiore	47	48	46	48	48	47	49	51	50
Media superiore	35	33	34	36	34	34	34	38	36
Laurea	29	25	26	30	28	29	24	26	26
nelle diverse situazioni economiche									
Molte difficoltà	45	48	46	51	42	49	55	55	47
Qualche difficoltà	47	43	41	45	45	41	41	46	44
Nessuna difficoltà	37	37	37	39	36	37	35	38	37

Consumo di frutta e verdura

In Veneto, il 42% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 43% riferisce di mangiarne 3-4 porzioni al giorno e solo il 12% mangia le 5 porzioni raccomandate. L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa tra le persone di 50- 69 anni e tra le donne. Non emergono differenze legate alla condizione economica e alla situazione ponderale. I genitori dei bambini di 8-9 anni riferiscono che il 27% dei bambini consuma frutta 2-3 volte al giorno, mentre il 37% una sola porzione al giorno. I genitori riferiscono che il 30% dei bambini ne consuma verdura 2-3 volte al giorno e il 33% solo una volta al giorno.

Rischio cardiovascolare

Iperensione

Nel Veneto nel 2016 il 20% degli intervistati tra i 18 e 69 anni che hanno effettuato la misurazione della pressione arteriosa (PA) riferisce di aver avuto una diagnosi di ipertensione arteriosa. 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 circa 3 volte quella riscontrata tra le persone normopeso), mentre diminuisce al crescere del livello di istruzione.

Il 74% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico.

Ipercolesterolemia

Tra le persone di 18-69 anni, che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 25% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia. L'ipercolesterolemia cresce con l'età ed è più frequente nelle persone in eccesso ponderale (BMI \geq 25), senza difficoltà economiche e con un livello di istruzione basso.

Nel 2016 in Veneto, il 29% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

Tabella 2.5 – Prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare a 18-69 anni. Veneto, 2015
(Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI Regione Veneto)

Fattori di rischio cardiovascolare	Prevalenza	(CI 95%)
Ipertensione arteriosa	19,8	(18,6-21,0)
Ipercolesterolemia	25,0	(23,6-26,4)
Sedentarietà	19,5	(18,4-20,8)
Fumo	22,3	(21,0-23,5)
Sovrappeso	30,9	(29,5-32,3)
Obesità	9,3	(8,5-10,2)
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	87,5	(86,5-88,5)

Rischi ambientali

Le evoluzioni delle normative in ambito UE evidenziano un'attenzione crescente della prevenzione sanitaria pubblica all'impatto sulla salute degli inquinamenti ambientali da agenti potenzialmente pericolosi per l'uomo.

Tale indirizzo è confermato dagli enti internazionali ed europei che negli anni recenti stanno riportando la Salute al centro di tutte le politiche (Health 2020), indicando per la Sanità un ruolo strategico di guida, coordinamento e sorveglianza sulle possibili fonti di pressione ambientale o su inquinamenti diffusi potenzialmente dannosi per la salute.

Rischi ambientali - Fonti di pressione industriale di potenziale impatto sanitario

Le aziende a Rischio Incidente Rilevante (RIR), dette anche "aziende Seveso", sono quelle che utilizzano per la loro attività sostanze classificate come pericolose, che costituiscono un pericolo per le persone e per l'ambiente. La distribuzione numerica delle aziende soggette agli adempimenti previsti dal D.Lgs 334/99 (art. 6 e 8) può considerarsi un primo indicatore del livello complessivo di rischio presente nel territorio di ciascuna provincia. È tuttavia necessario sottolineare come il livello di pericolosità reale associato a ciascuna azienda non dipenda esclusivamente dalle quantità di sostanze pericolose detenute, ma anche dalle misure di prevenzione e sicurezza in essa adottate.

La distribuzione sul territorio delle aziende RIR consente di valutare le possibili interazioni che tali aziende hanno fra loro, con le infrastrutture e con l'ambiente in generale. Per la valutazione dello stato attuale dell'indicatore è stato preso come riferimento il dato della densità nazionale di aziende RIR ($3,8 \times 10^{-3}$ aziende/km² – Fonte: inventario degli stabilimenti RIR del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare).

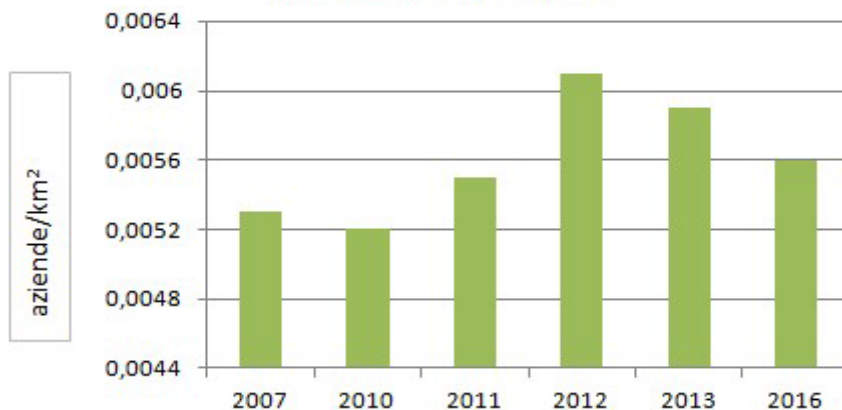
Nel Veneto la maggior concentrazione di aziende ad alto rischio è nella provincia di Venezia (densità pari a $9,3 \times 10^{-3}$ aziende/km²), dovuta alla presenza del polo industriale di Porto Marghera (nel Comune di Venezia).

Anche la provincia di Vicenza presenta una densità di aziende RIR notevolmente superiore rispetto alla media nazionale ($8,4 \times 10^{-3}$ aziende/ km²).

La provincia di Belluno, al contrario, si differenzia dal contesto regionale per la presenza di sole due aziende in articolo 6.

A febbraio 2016 la densità di aziende RIR in Veneto risulta pari a $5,6 \times 10^{-3}$ aziende/km², valore decisamente superiore a quello nazionale, pari a $3,8 \times 10^{-3}$ aziende/km²; la differenza è leggermente più marcata se si considerano le sole aziende soggette all'art. 8 ($3,0 \times 10^{-3}$ aziende/km² in Veneto, contro le 2×10^{-3} aziende/km² in Italia). Infatti, rispetto all'Italia nella nostra regione c'è una maggiore numerosità delle aziende soggette all'art. 8 rispetto a quelle soggette all'art. 6 (56 contro 48).

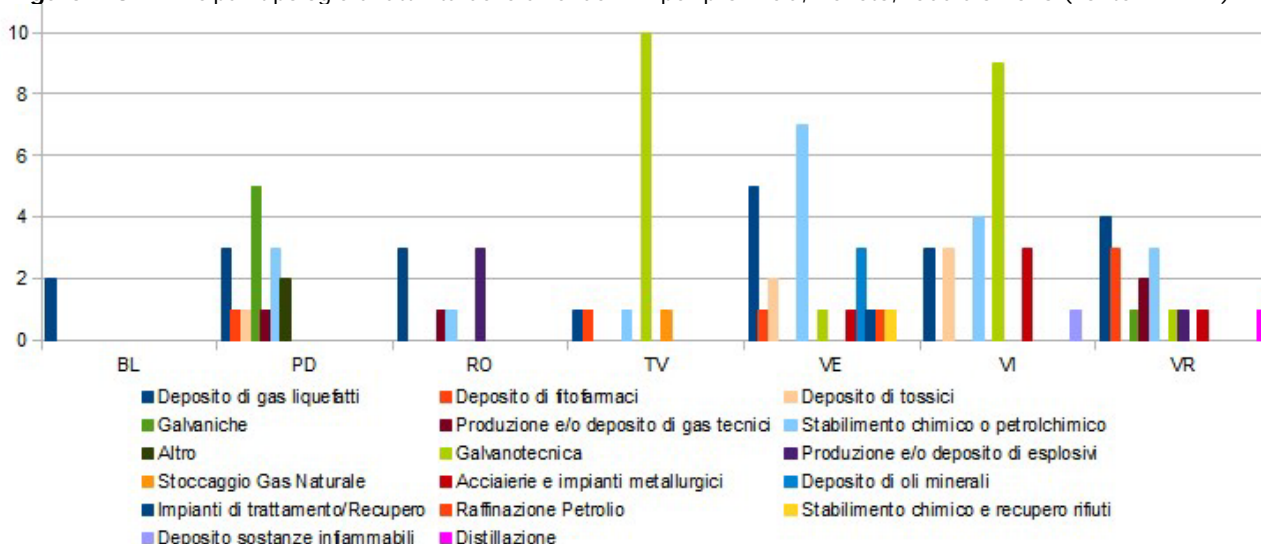
Figura 2.2 – Densità aziende RIR in Veneto, 2007-2016 (Fonte: ARPAV)



L'identificazione delle attività economiche più diffuse che comportano la detenzione di sostanze pericolose permette di effettuare delle valutazioni sui possibili rischi specifici associati. La suddivisione per tipologia, inoltre, aiuta a valutare la natura degli eventi incidentali cui l'azienda è potenzialmente soggetta, e quindi a prevedere le misure da intraprendere in caso di accadimento.

20

Figura 2.3 - Principali tipologie di attività delle aziende RIR per provincia, Veneto, febbraio 2016 (Fonte: ARPAV)



E' evidente una preponderanza di 3 tipologie di attività che costituiscono il 57% del totale delle aziende venete a Rischio di Incidente Rilevante: aziende galvanotecniche (20%), stabilimenti chimici e/o petrolchimici (17%), depositi di gas liquefatti (20%). Le aziende galvanotecniche soggette alla normativa Seveso sono concentrate quasi principalmente nel territorio della provincia di Treviso (10 aziende su 26 presenti in Veneto) e nella provincia di Vicenza (9 aziende). Il principale rischio per la salute presente nelle galvaniche è quello chimico; tra le numerose sostanze che possono causare gravi effetti

alla salute si deve prestare particolare attenzione alle sostanze cancerogene. I principali trattamenti di elettrodeposizione collegati al rischio cancerogeno risultano essere: la cromatura a spessore, la cromatura lucida, la nichelatura, la nichelatura chimica, la zincatura, la cadmiatura, l'anodizzazione dell'alluminio (anodizzazione cromica). Il rischio cancerogeno è dovuto all'utilizzo, nei bagni, di sostanze cancerogene, quali ad esempio: il cromo e i suoi composti, il cadmio, il nichel e i suoi composti.

Gli stabilimenti chimici e petrolchimici sono concentrati per la maggior parte nella provincia di Venezia, ove è presente il polo chimico dell'area industriale di Porto Marghera, mentre i depositi di gas liquefatti sono più omogeneamente distribuiti nelle diverse province. Gli stabilimenti chimici e petrolchimici possono essere molto diversi tra loro, a seconda della tipologia di lavorazione effettuata. Per i primi la principale fonte di rischio è solitamente costituita dalla presenza di sostanze tossiche, e quindi dalle possibili fughe. I depositi di gas liquefatti, invece, sono più standardizzati: il rischio principale è rappresentato da possibili esplosioni o incendi, i cui effetti, tuttavia, interessano aree più circoscritte rispetto a quelle interessate dalle fughe tossiche (Dati ARPAV).

Le aziende che sottostanno alla normativa IPPC (Integrated Pollution Prevention and Control), dette anche "aziende IPPC", sono quelle che rientrano per tipologia di attività e soglie di produzione nell'allegato VIII della parte II del D.Lgs 152/06 e s.m.i., e riguardano attività industriali e agricole ad alto potenziale inquinante, attività energetiche, produzione e trasformazione dei metalli, industria dei prodotti minerali, industria chimica, gestione dei rifiuti, allevamento di animali. La distribuzione numerica delle aziende soggette agli adempimenti previsti dal D.Lgs 152/06 e s.m.i. può considerarsi un primo indicatore del livello complessivo di pressione ambientale presente nel territorio di ciascuna provincia. È, tuttavia, necessario sottolineare come il livello di pressione ambientale reale associato a ciascuna azienda dipenda dalla tipologia di azienda (a titolo di esempio: fonderia piuttosto che galvanica o inceneritore...), dalla grandezza dell'azienda e anche dalle misure di prevenzione e gestione ambientale in essa adottate. La direttiva IPPC impone il rilascio di un'autorizzazione chiamata AIA – Autorizzazione Integrata Ambientale- e può essere concessa solo se vengono rispettate alcune condizioni ambientali, per far sì che le imprese stesse si facciano carico della prevenzione e della riduzione dell'inquinamento che possono causare.

La distribuzione sul territorio delle aziende IPPC per provincia (Figura 2.4) consente di valutare la pressione ambientale che queste attuano nel territorio, collegandolo alle possibili interazioni che tali aziende hanno fra loro, con le infrastrutture e con l'ambiente in generale. Non esiste al momento un riferimento nazionale per la valutazione dello stato dell'indicatore. Nel 2015 la maggior concentrazione di aziende IPPC è nella provincia di Verona, dovuta però ad un gran numero di allevamenti di pollame e di suini che ricadono, per il numero di capi allevati, all'interno della direttiva IPPC. La provincia con meno aziende IPPC è Belluno con sole 25 su un totale regionale di circa 838 aziende IPPC. Il Veneto è una tra le prime regioni per numero di aziende IPPC, insieme a Lombardia, Emilia Romagna e Piemonte. La tipologia di aziende maggiormente presenti nel Veneto sono gli allevamenti di pollame e suini, seguiti dagli impianti trattamenti rifiuti, dagli impianti che trattano la superficie dei metalli, come le aziende galvaniche, e dalle attività di lavorazione metalli come fonderie o acciaierie.

Figura 2.4 - Numero impianti con autorizzazione IPPC per provincia, Veneto, 2015 (Fonte: Arpav)

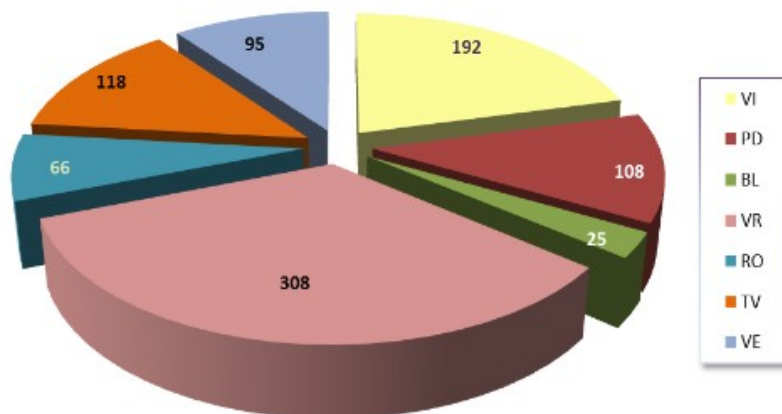
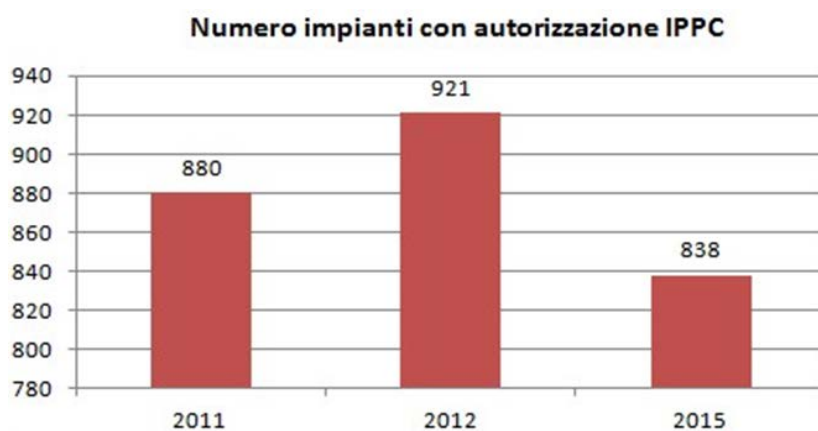


Figura 2.5 - Numero impianti con autorizzazione IPPC, Veneto, 2011, 2012, 2015 (Fonte: Arpav)



Approfondimenti

Monografie Sistemi di Sorveglianza presso il sito della Regione del Veneto:

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/sistemi-di-sorveglianza>

www.epicentro.iss.it/passi/

www.arpav.veneto.it

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Dorsoduro 3494/A, 30123 Venezia

Telefono: 041 2791352-1353

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

2.2 Mortalità per causa

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

L'analisi della mortalità per causa rappresenta uno degli strumenti più importanti dell'epidemiologia per lo studio dello stato di salute delle popolazioni e della sua evoluzione nel tempo. Può fornire, infatti, indicazioni utilizzabili sia per comprendere l'origine e l'andamento temporale-spaziale di determinate patologie nella popolazione, sia per poter delineare scenari di interventi in tema di programmazione sanitaria a partire dai bisogni in salute. (Paragrafo 1.3.2, Pag. 12-14)

Quadro di sintesi

Nel periodo 2000-2015 si è registrato un forte calo della mortalità per tumore del polmone negli uomini, ma non nelle donne. Soprattutto nella seconda metà del periodo di osservazione, si registra una consistente riduzione della mortalità per neoplasie del grosso intestino. La mortalità per cardiopatie ischemiche e malattie cerebrovascolari si è ridotta nettamente in entrambi i sessi. La mortalità per incidenti stradali si è più che dimezzata, mentre la mortalità per suicidi, dopo una lieve riduzione nella prima parte dello scorso decennio, è cresciuta nel 2010-2011 per rimanere poi stabile negli ultimi anni.

Nel 2015 si è osservato un incremento della mortalità rispetto all'anno precedente, con due picchi distinti di mortalità nei mesi di gennaio e di luglio. L'analisi delle cause di morte evidenzia come nel 2015 si sia amplificata la preesistente tendenza all'aumento della mortalità per patologie degenerative ed infettive tipiche dei grandi anziani con ridotto grado di autonomia e multiple comorbidità.

I dati provvisori 2016 confermano la distribuzione delle principali cause di morte nel Veneto, rappresentate dai tumori negli uomini e dalle malattie circolatorie nelle donne.

Copia delle schede ISTAT di morte è inviata dalle Aziende ULSS al SER (Sistema Epidemiologico Regionale) per la codifica della causa di morte ed il data entry, in seguito viene restituita alle singole Aziende ULSS la sezione dell'archivio informatizzato di propria competenza. A partire dal 2007 la codifica viene effettuata secondo la decima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-10). I dati regionali di mortalità sono consolidati al 2015 e consultabili sul sito web del SER; in questo capitolo si presentano inoltre i dati provvisori relativi al 2016, con una copertura stimabile intorno al 99% (devono ancora essere recuperate le schede di morte mancanti od illeggibili).

Trend di mortalità per causa nel periodo 2000-2015

La principale causa di morte per tumore negli uomini è ancora rappresentata dal tumore del polmone, nonostante prosegua un trend storico di forte riduzione; nelle donne invece i tassi di mortalità sono rimasti sostanzialmente stabili (Figura 2.6).

I tumori del grosso intestino, pur presentando tassi standardizzati in notevole riduzione a partire da metà degli anni 2000, sono la seconda causa di decesso per neoplasie dopo il tumore del polmone negli uomini e la terza dopo i tumori di mammella e polmone nelle donne. Il tumore della mammella mostra una mortalità in diminuzione, ma costituisce ancora la principale causa di morte per tumore nelle donne.

Tra le malattie circolatorie, le più rappresentate sono le cardiopatie ischemiche (che includono l'infarto acuto del miocardio, altre cardiopatie ischemiche acute, e le cardiopatie ischemiche croniche). Un'altra importante classe di patologie circolatorie è costituita dalle malattie cerebrovascolari (ictus ed esiti di ictus). Si può osservare come vi sia stata nel tempo una forte riduzione della mortalità per questi due gruppi di patologie in entrambi i sessi; in particolare la riduzione della mortalità per cardiopatie ischemiche si è verificata principalmente negli ultimi anni di osservazione (Figura 2.7).

La mortalità per incidenti stradali si è più che dimezzata; nonostante questo, gli incidenti stradali costituiscono ancora una rilevante causa di mortalità prematura soprattutto tra gli uomini. La mortalità per suicidi, dopo una lieve riduzione osservata nella prima parte dello scorso decennio, è rimasta sostanzialmente invariata nel periodo 2005-2009; nel biennio 2010-2011 ha invece mostrato una crescita consistente, portandosi a tassi che sono rimasti stabili nel 2012-2015 (Figura 2.8).

Figura 2.6 – Mortalità per tumore al polmone, colon-retto e mammella: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, 2000-2015, stand. diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007

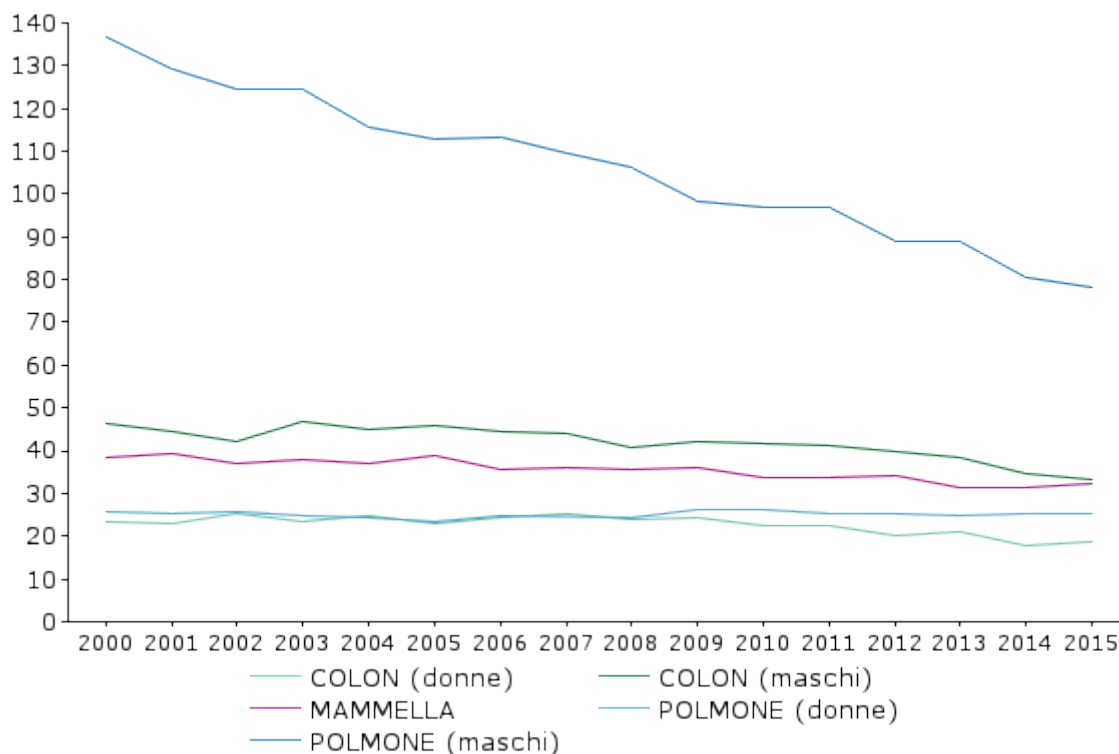


Figura 2.7 – Mortalità per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, 2000-2015, stand. diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007

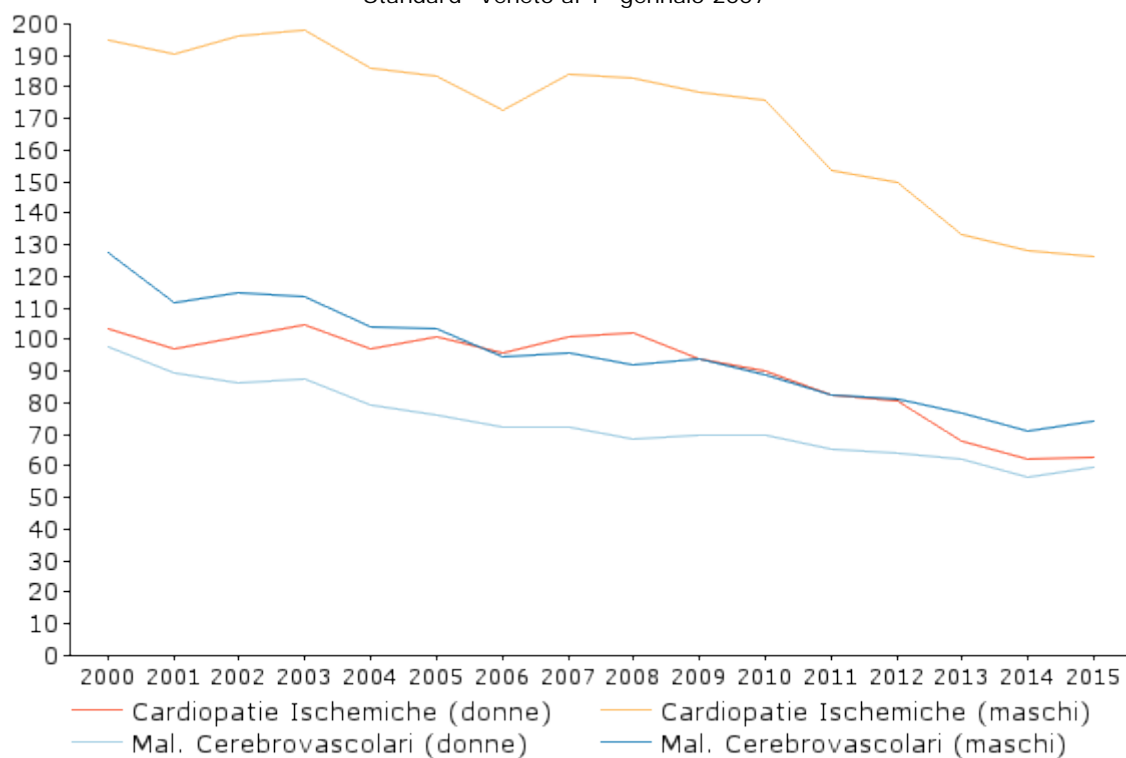
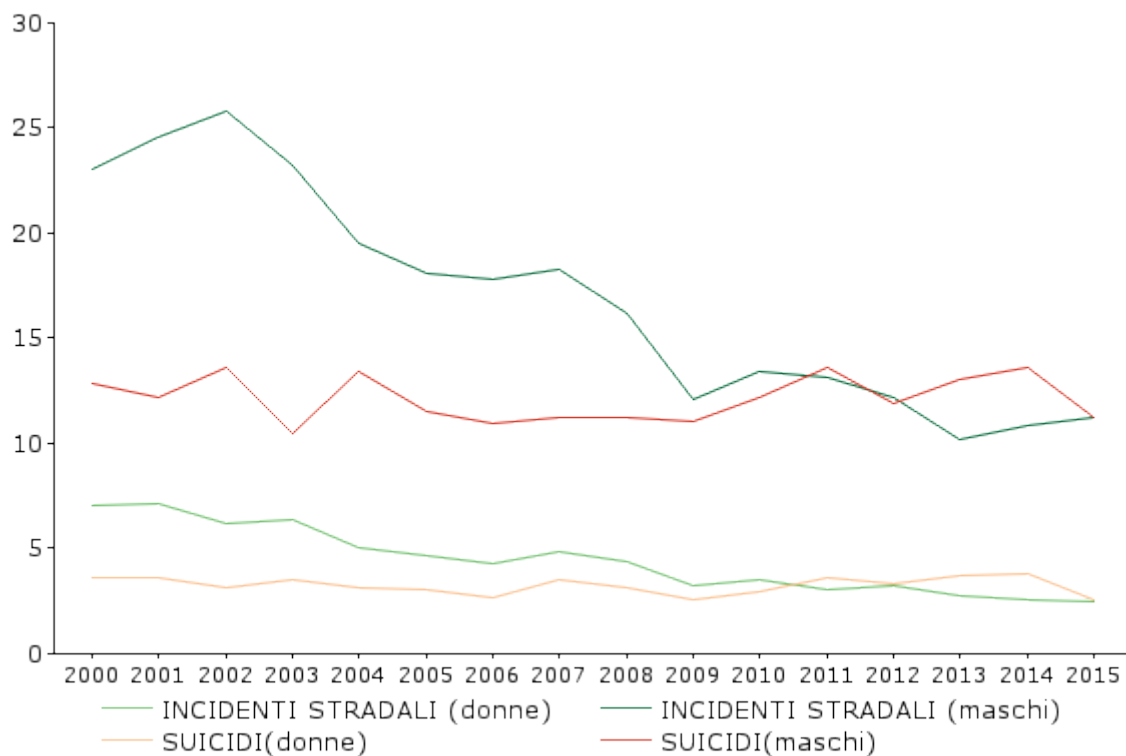


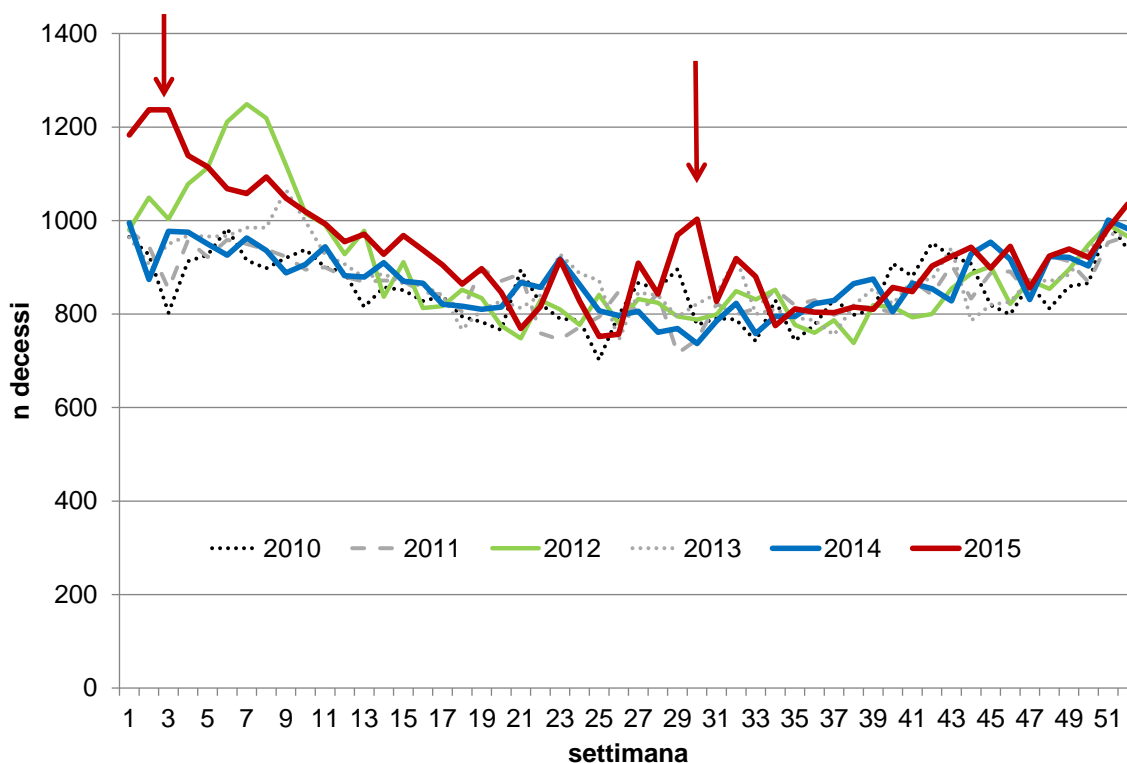
Figura 2.8 – Mortalità per incidenti stradali e suicidi: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, 2000-2015, stand. diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007



L'eccesso di mortalità nel 2015

Nel 2015 si è registrato in tutta Italia un consistente incremento del numero assoluto di decessi. Nel Veneto tale eccesso ha raggiunto quasi l'8%; considerando però che si sta osservando un'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione, l'incremento del tasso standardizzato di mortalità è risultato complessivamente limitato al 4,5% (Tabella 2.6). L'eccesso di mortalità in particolare si è concentrato in due periodi: nella prima parte dell'anno, e nel periodo estivo (Figura 2.9). L'eccesso nel mese di gennaio è almeno in parte associato all'epidemia influenzale, e riflette un picco di mortalità che si è osservato in tutta Europa. E' da notare come un incremento simile si sia registrato anche nell'inverno 2012 (a febbraio si era verificata un'ondata di freddo). Il picco osservato a luglio 2015 è riconducibile alle condizioni di disagio climatico registrate in quel periodo.

Figura 2.9 – Numero settimanale di decessi negli anni 2010-2015.



Considerando le principali cause di morte, nel 2015 prosegue il trend storico di riduzione della mortalità per neoplasie. La mortalità per malattie del sistema circolatorio mostra invece un lieve aumento rispetto al 2014. Un incremento molto più consistente si è invece registrato per le patologie neurologiche/psichiatriche (rappresentate principalmente da demenza, Parkinson, Alzheimer ed altre patologie degenerative tipiche della popolazione anziana), amplificando una tendenza che si era già cominciata a manifestare negli anni precedenti. E' la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio ad avere registrato l'incremento più consistente nel 2015, con tassi che si portano a livelli vicini a quelli osservati nel 2012. Bisogna sottolineare che quest'ultimo dato è fortemente

influenzato dalla mortalità per polmonite ed altre infezioni respiratorie. La Tabella 2.6 presenta dunque anche i dati relativi ad una categoria aggregata che include alcune comuni malattie infettive: quelle incluse nei capitoli A e B dell'ICD10 (escluse le epatiti virali, B15-B19), alcune infezioni respiratorie (J10-J22, J69, J85-J86), ed urinarie (N10-N12, N136, N15, N390). Per questa aggregazione di cause di morte si era già registrato un notevole incremento nel periodo precedente, e si è osservato nel 2015 un incremento superiore al 25% rispetto al 2014.

Tabella 2.6 - Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000) per alcuni settori nosologici/gruppi di cause. Veneto, 2000-2015, stand. diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007

Causa	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ15-14	Δ15-07
Tutte le cause	910	914	897	890	865	874	829	795	831	+4,5%	-8,7%
Malattie circolatorie	342	344	332	328	307	311	284	273	285	+4,4%	-16,7%
Tumori	293	288	284	276	276	271	263	255	250	-2,0%	-14,7%
Malattie respiratorie	59	58	59	59	60	64	58	54	63	+16,7%	+6,8%
Malattie neurologiche/ psichiatriche	64	66	68	67	67	70	69	67	74	+10,4%	+15,6%
Infezioni	33	38	40	43	49	49	51	46	58	+26,1%	+75,8%

Dati provvisori di mortalità nel 2016

La Tabella 2.7 riporta numero di decessi osservati, mortalità proporzionale (quota rappresentata da una singola causa sul totale dei decessi), e tassi grezzi di mortalità per le principali cause di morte registrate nell'archivio provvisorio del 2016. Le più frequenti cause di morte sono rappresentate dai tumori negli uomini e dalle malattie del sistema circolatorie nelle donne. La diversa distribuzione delle cause nei due sessi è in parte spiegata dalla diversa struttura per demografica: essendo la popolazione femminile sbilanciata verso classi di età più avanzate, anche le principali cause di decesso sono quelle tipiche dei grandi anziani.

Tabella 2.7 – Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N), mortalità proporzionale (%) e tasso osservato (TO) di mortalità per causa (tasso per 100.000). Veneto, archivio provvisorio 2016 (Fonte: SER)

Cause di morte	Femmine			Maschi		
	N	%	TO	N	%	TO
ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSIT.	788	3,2	31,3	657	3,0	27,4
Setticemia	525	2,1	20,8	435	2,0	18,2
TUMORI	6.132	24,7	243,5	7.643	34,3	318,9
TM colon, retto e ano	610	2,5	24,2	795	3,6	33,2
TM fegato e dotti biliari intraepatici	227	0,9	9,0	545	2,4	22,7
TM pancreas	528	2,1	21,0	473	2,1	
TM trachea, bronchi e polmone	750	3,0	29,8	1.800	8,1	
TM mammella femminile	974	3,9	38,7			
TM prostata				488	2,2	20,4
MAL. ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METAB.	1.009	4,1	40,1	841	3,8	35,1
Diabete mellito	742	3,0	29,5	668	3,0	27,9
DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	1.749	7,1	69,4	807	3,6	33,7
Demenza	1.671	6,7	66,3	720	3,2	30,0
MAL. DEL SISTEMA NERVOSO	1.100	4,4	43,7	935	4,2	39,0
Malattia di Parkinson	213	0,9	8,5	268	1,2	11,2
Malattia di Alzheimer	537	2,2	21,3	274	1,2	11,4
MAL. DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	9.443	38,1	374,9	6.978	31,3	291,2
Malattie ipertensive	1.762	7,1	70,0	844	3,8	35,2
Cardiopatie ischemiche	2.468	9,9	98,0	2.614	11,7	109,1
Altre malattie cardiache	2.619	10,6	104,0	1.723	7,7	71,9
Malattie cerebrovascolari	2.241	9,0	89,0	1.476	6,6	61,6
MAL. DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1.660	6,7	65,9	1.664	7,5	69,4
Polmonite	549	2,2	21,8	497	2,2	20,7
Malattie croniche basse vie respiratorie	520	2,1	20,6	640	2,9	26,7
MAL. APPARATO DIGERENTE	936	3,8	37,2	791	3,6	33,0
Cirrosi epatica, altre epatopatie croniche	187	0,8	7,4	344	1,5	14,4
MAL. DELL'APPARATO GENITOURINARIO	412	1,7	16,4	370	1,7	15,4
CAUSE ESTERNE DI MORTALITA'	656	2,6	26,0	1.078	4,8	45,0
Accidenti da trasporto	70	0,3	2,8	255	1,1	10,6
Autolesioni intenzionali	70	0,3	2,8	284	1,3	11,9
TUTTE LE CAUSE	24.805	100,0	984,9	22.266	100,0	929,1

Approfondimenti

Sezione dedicata alla mortalità nel sito Internet del Sistema Epidemiologico Regionale. Rapporto "[La mortalità nella regione del Veneto - Periodo 2010-2013](#)" a cura del SER.

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale
 Direzione Risorse Strumentali SSR
 Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: ser@regione.veneto.it

2.3 Malattie infettive

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

Capitolo 3.4 Promozione della salute e prevenzione delle malattie: prevenire le malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione (Pag. 88); prevenire le Zoonosi e le malattie emergenti (Pag. 92)

Quadro di sintesi

Per sostenere il controllo e l'eradicazione delle malattie infettive il sistema sanitario si avvale della promozione di idonee misure di controllo per la profilassi delle malattie infettive e dello sviluppo di nuovi protocolli operativi al fine del miglioramento della sorveglianza in Sanità Pubblica e del potenziamento delle sue caratteristiche fondamentali: la raccolta dei dati, la loro analisi e interpretazione e la loro diffusione.

In Veneto la notifica delle malattie infettive viene effettuata utilizzando un applicativo informativo SIMIWEB adottato dal 2006 in tutte le Aziende Ulss; prevede l'inserimento, per ogni malattia, dei dati anagrafici presenti nella scheda di segnalazione e quelli più approfonditi della scheda "flusso speciale" per la tubercolosi, le malattie batteriche invasive e la malaria. Le schede di sorveglianza di altre malattie come morbillo e rosolia, West-Nile, influenza, epatiti vengono inserite in applicativi dedicati predisposti dall'Istituto Superiore di Sanità.

E' attivo un sistema di sorveglianza delle forme batteriche invasive dovute ai tre principali agenti responsabili di meningite: lo *Streptococco pneumoniae*, la *Neisseria meningitidis* e l'*Haemophilus Influenzae*, al fine di monitorare e dare un profilo completo dell'andamento epidemiologico di questa malattia.

In Veneto è attivo un applicativo ONVAC per la gestione delle vaccinazioni, utilizzato da tutte le Aziende Ulss, che consente il monitoraggio delle vaccinazioni e delle coperture vaccinali in tempo reale, garantito da un'anagrafe vaccinale centralizzata in costante aggiornamento.

Malaria

Il Programma Regionale pone particolare attenzione sulla sorveglianza della malaria e sull'attuazione delle azioni di prevenzione nei confronti di questa malattia particolarmente grave e ad esito fatale. Nel 2015 i casi di malaria nel mondo sono stati 212 milioni e l'infezione ha causato circa 400 mila decessi (dati dell'ultimo rapporto dell'Oms).

A partire dal 2006 la sorveglianza della malaria nella Regione Veneto si basa sul flusso integrato sia della scheda di notifica raccolta utilizzando l'applicativo informatico SIMIWEB che della scheda ministeriale di "flusso speciale" che contiene, oltre alle informazioni presenti nella scheda di notifica, anche i dati relativi all'ospedalizzazione del malato, alla terapia somministrata, alle eventuali misure di profilassi adottate durante il soggiorno.

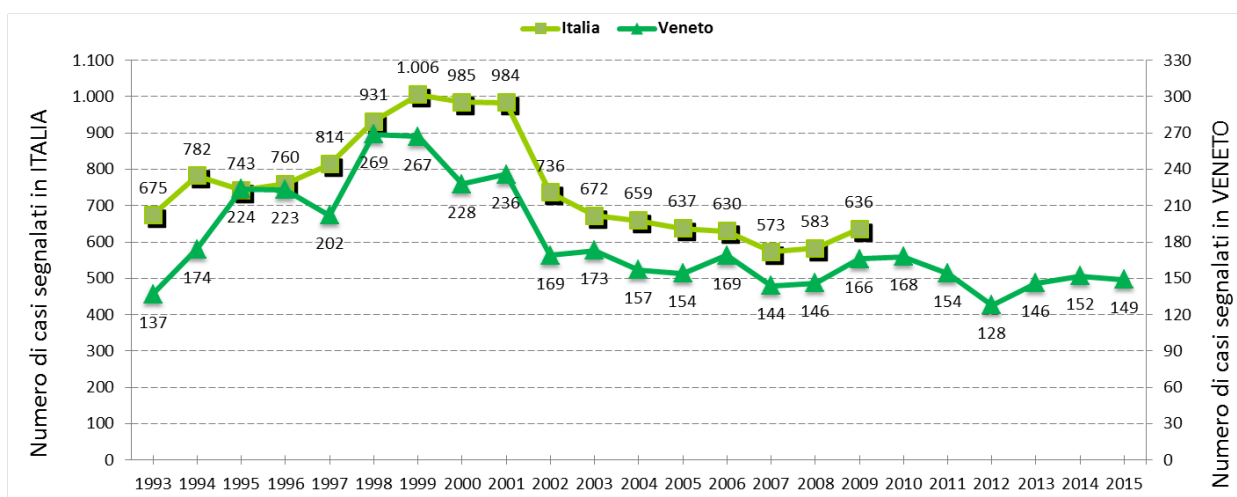
Analogamente al resto del Paese, in Veneto i casi di malaria notificati nel periodo 1993-2015 hanno riguardato prevalentemente cittadini stranieri provenienti da aree endemiche (Figura 2.10). Nel 2015 il 75,2% dei casi (n=112) si è verificato in cittadini stranieri, dato in lieve aumento rispetto agli anni precedenti in termini sia assoluti sia percentuali. Va tenuto presente che negli ultimi tre anni molti casi hanno riguardato stranieri che hanno ottenuto la cittadinanza nel corso della loro vita. Pertanto, dal punto di vista epidemiologico il fenomeno del rientro nel Paese di origine per visitare familiari e amici

rappresenta la causa preponderante dei casi di malaria notificati nella nostra Regione. Nel 2015 nella Regione Veneto sono stati segnalati in totale 149 casi di malaria. L'incidenza, stabile negli ultimi sei anni, è di circa 3 casi ogni 100.000 abitanti.

Nell'arco temporale considerato (2002-2015) il principale motivo (65% circa dei casi) che ha spinto le persone che poi si sono ammalate a recarsi in un Paese endemico è stato il rientro nel Paese di origine per fare visita ai familiari. Questa motivazione è riportata per l'81% di tutti i casi riguardanti gli stranieri, mentre fra gli italiani le motivazioni del viaggio si distribuiscono in modo piuttosto uniforme tra lavoro (26%), missione/volontariato (23%), rientro al Paese di origine (20%), turismo (19%) e altro (12%).

La maggioranza degli immigrati che contraggono la malaria proviene dall'Africa occidentale, (soprattutto da Nigeria, Ghana, Burkina Faso, Senegal e Costa D'Avorio) dato che rispecchia il pattern di immigrazione nel nostro territorio.

Figura 2.10 – Casi di malaria in Italia e nel Veneto. Anni 1993-2015

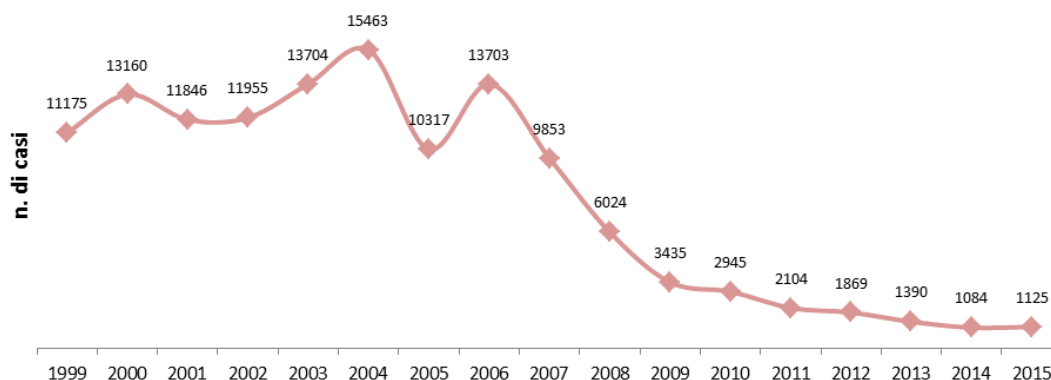


Nel 2002-2015, la quasi totalità dei casi di malaria è da imputare al *P. falciparum*. Tra tutti i casi di malaria, il 77% non hanno effettuato la profilassi farmacologica mentre il 23% ha dichiarato di averla effettuata. La proporzione di Italiani che hanno effettuato la chemioprolissi (30%) è significativamente superiore a quella degli stranieri (20%).

Nel periodo 2002-2015, tra i 2.175 casi di malaria notificati in Veneto sono stati riscontrati 10 decessi (8 sono cittadini italiani e 2 cittadini extracomunitari), che rappresentano lo 0,46% della casistica.

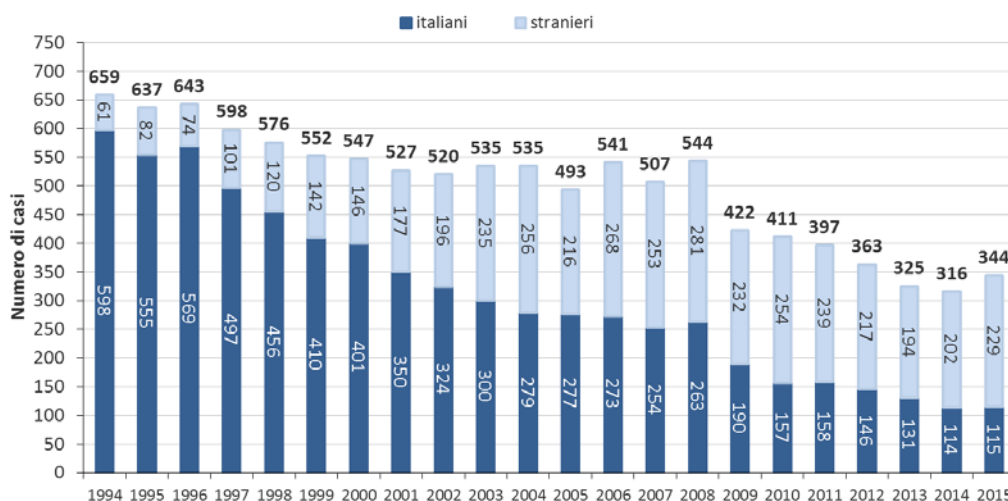
Varicella

Dal 2006 si è verificata una forte riduzione del numero di casi di varicella notificati: nel 2015 si è ridotto di oltre il 90% rispetto al valore registrato nel 2006 (da 13.703 a 1.125). Il tasso di notifica mostra un picco massimo di quasi 330 casi per 100.000 abitanti in corrispondenza del 2004, mentre nel 2015 si aggira attorno a 22 casi ogni 100.000 abitanti (con una riduzione del 93% rispetto al dato massimo del 2004). Nell'ultimo quinquennio il tasso ha registrato una costante diminuzione.

Figura 2.11 – Casi di varicella notificati nella Regione Veneto, 1999-2015.

Tubercolosi (TBC)

Nel corso degli anni, il numero di casi di tubercolosi (TBC) risulta in progressivo calo. Dopo una prima fase di costante decremento (periodo 1994-2002), il numero di notifiche di TBC si è attestato tra i 500 e i 550 casi negli anni 2003-2008. Nell'ultimo triennio il numero di malati si è ulteriormente ridotto collocandosi sotto ai 400 casi annui.

Figura 2.12 – Numero di casi di TBC nella popolazione per cittadinanza. Veneto 1994-2015.

Nel 2015 si sono registrate 344 notifiche di TBC e il tasso di notifica risulta pari a 7 casi ogni 100.000 abitanti; differenziando l'analisi per cittadinanza, c'è una notevole discrepanza tra il tasso di notifica nella popolazione autoctona e in quella straniera: nel primo caso il valore si attesta a 2,6 casi ogni 100.000 italiani residenti, mentre nel secondo caso sale a 46 casi ogni 100.000 stranieri residenti. Si osserva inoltre che per gli italiani il numero di notifiche ha un andamento decrescente durante tutto il periodo, scendendo al di sotto dei 200 casi annui a partire dal 2009.

HIV ed AIDS

Nel 2015 si osservano 12.991 casi cumulativi di HIV. Il picco massimo viene registrato in corrispondenza dei primi anni di avvio del Sistema di Sorveglianza regionale (SSRHIV,

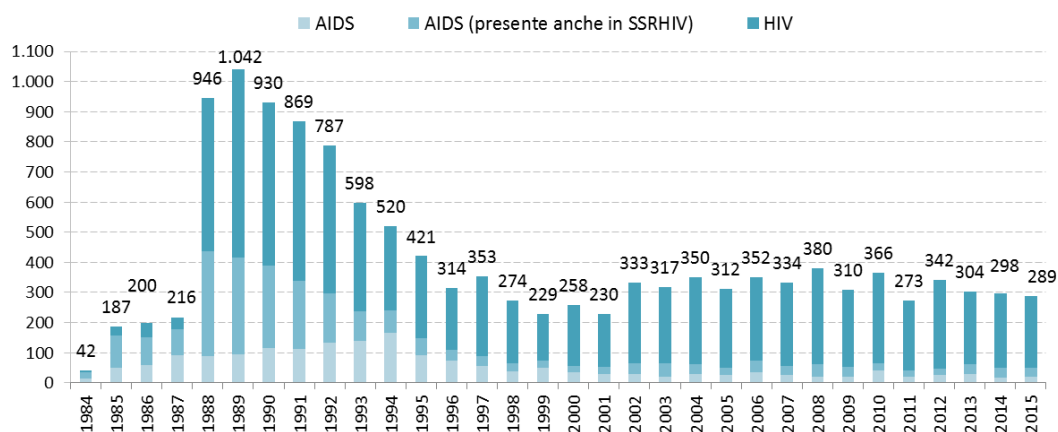
attivo dal 1988). Sottraendo i deceduti, si stima che per il 2015 siano 10.319 le persone affette da virus dell'immunodeficienza umana che interessano la nostra Regione (residenti e non). Il numero di casi notificati ogni anno risulta ormai costante da diversi anni variando tra i 250 ed i 380 casi.

Per quanto riguarda l'AIDS è dal 2000 che il numero di notifiche si attesta al di sotto dei 100 casi annui, il minimo è stato raggiunto nel biennio 2011-12 con meno di 50 casi all'anno. Nel 2015 sono state 54 le segnalazioni di nuovi casi di AIDS. Complessivamente dal 1984 sono stati notificati 3.753 casi residenti nella regione Veneto, di questi 2.540 risultano deceduti con una letalità complessiva per l'intero periodo del 68%.

Il 77% delle diagnosi complessive di AIDS si è verificato tra gli uomini, poco più del 76% dei casi si è verificato nei soggetti di età compresa tra i 25 e i 44 anni.

Si osserva un progressivo aumento del numero di casi tra gli stranieri: dal 2000 la percentuale di stranieri residenti in Veneto affetti da AIDS ha superato il 10%. Nel periodo 2000-2015 la quota media di soggetti stranieri con AIDS è circa del 30% e raggiunge il picco massimo del 47% nel corso del 2010. Nel 2015 invece il numero di nuove infezioni da AIDS negli stranieri è risultato di 13 casi (24%).

Figura 2.13 – Casi di infezioni da HIV per anno di prima positività. Integrazione dati SSRHIV e REGAIDS. Veneto 1984-2015.



Approfondimenti

www.regione.veneto.it/web/sanita/malattie-infettive-popolazione

www.vaccinarsinveneto.org

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Dorsoduro 3494/A, 30123 Venezia

Telefono: 041 2791352-1353

e-mail: prevenzionalealimentareveterinaria@regione.veneto.it

2.4 Cronicità e multimorbilità

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

Alla programmazione spetta il compito di:

- *individuare e monitorare i bisogni di salute della popolazione, evidenziando le priorità, analizzandone i profili per territori e per tipologie di popolazione;*
- *indicare ed attuare, partendo da queste basi di conoscenza e secondo criteri di equità di allocazione delle risorse, di accessibilità, di qualità, di appropriatezza e di sostenibilità, interventi assistenziali adeguati per le diverse fasi della vita, in relazione ai diversi problemi ed alle differenti aree geografiche.*

Quadro di sintesi

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale che riguarda sia i paesi occidentali che i paesi in via di sviluppo.

Con l'allungamento della vita media e grazie ai progressi della medicina, risulta in aumento la prevalenza di molte patologie croniche età-correlate. Nonostante la multimorbilità oggi sia la regola nella pratica clinica, dati epidemiologici, linee guida e modelli organizzativi sono spesso ancora orientati alla singola patologia. La disponibilità di dati solidi sulle popolazioni target diviene quindi elemento fondamentale sia per definire le priorità nelle azioni di riorganizzazione, sia per poter monitorare nel tempo i risultati ottenuti con tali azioni.

Profili di comorbilità

Il tema della misurazione della prevalenza delle patologie cronicamente-degenerative e della valutazione del carico complessivo di malattia di un territorio rappresenta un ambito di indagine particolarmente rilevante per la programmazione dell'assistenza alla popolazione. Per questo motivo, da alcuni anni la Regione del Veneto è impegnata nell'analisi del case-mix di malattia della popolazione utilizzando anche il Sistema di classificazione ACG (Adjusted Clinical Groups) che, integrando sul paziente i dati dei flussi informativi sanitari correnti, stratifica la popolazione generale in un numero limitato di categorie che identificano profili simili per carico di malattia e conseguente impatto assistenziale.

I dati del 2015, elaborati con il Sistema ACG, descrivono una popolazione che per circa un terzo convive con almeno una malattia cronica, con costi assistenziali crescenti all'aumentare del numero di condizioni croniche (Figura 2.14).

A partire dai 55 anni, quasi il 50% della popolazione risulta affetto da almeno una patologia cronica e circa il 20% è in condizione di multimorbilità. Al progredire dell'età, i soggetti affetti da almeno due patologie diventano la maggioranza, arrivando a quasi i due terzi del totale oltre gli 85 anni (Figura 2.15).

Osservando i profili di comorbilità dei soggetti affetti da alcune patologie croniche, si evince che le persone con maggior grado di complessità sono quelle affette da scompenso cardiaco, insufficienza renale e BPCO di grado moderato/grave: più del 90% di queste è in condizione di multimorbilità, con oltre il 50% affette da 5 o più patologie croniche (Figura 2.16).

Figura 2.14 - Popolazione e costi per numero di condizioni croniche, Veneto, 2015.
(Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)

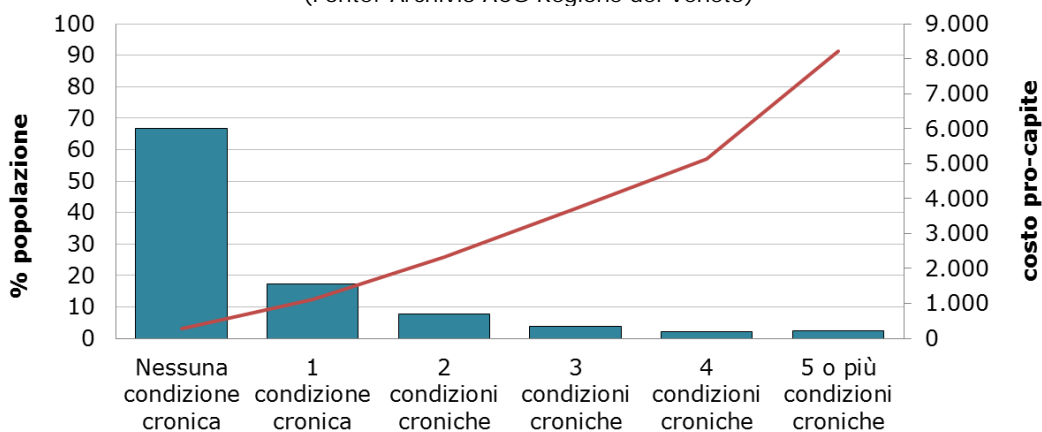


Figura 2.15 - Popolazione per numero di condizioni croniche e classi di età, Veneto, 2015.
(Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)

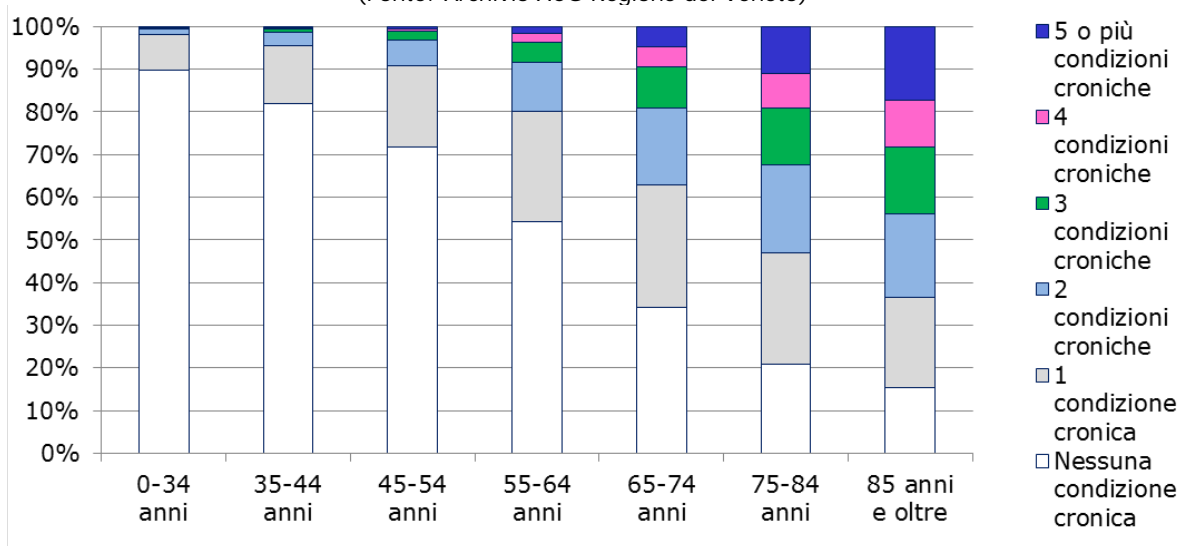
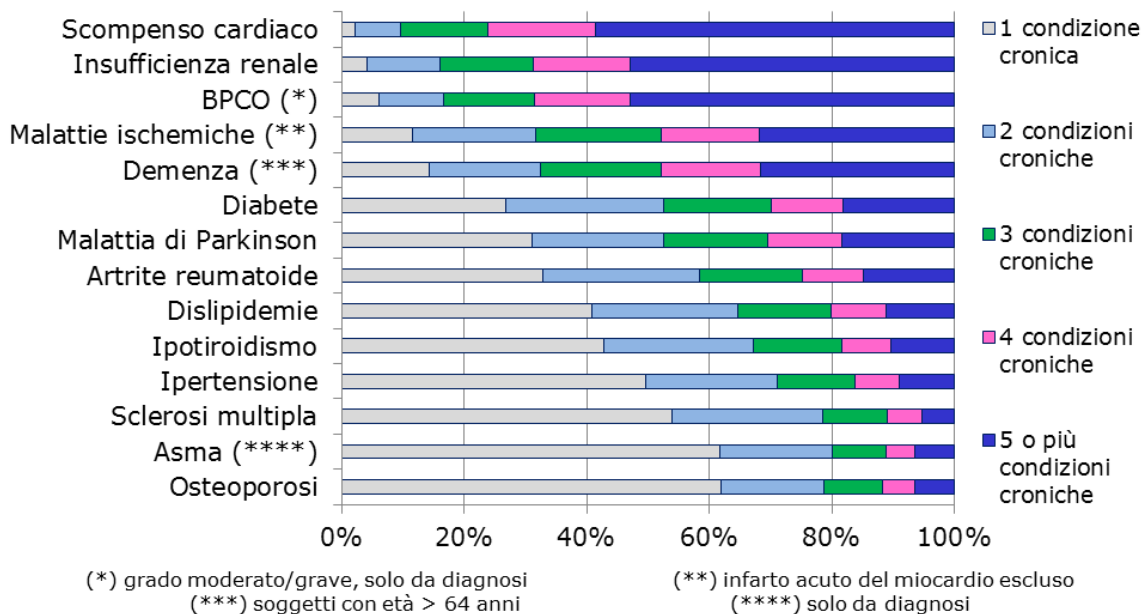
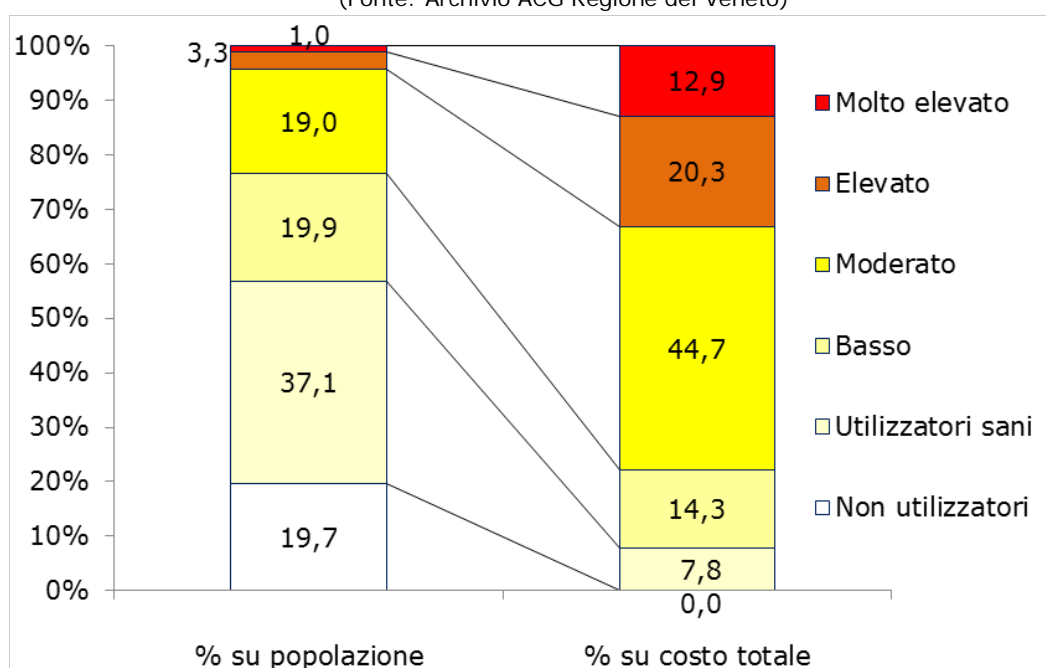


Figura 2.16 - Profilo di comorbidità della popolazione affetta da alcune patologie croniche, Veneto, 2015.
(Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)



Una delle metriche utilizzate dal Sistema ACG per stratificare la popolazione rispetto al carico di malattia è la classificazione per RUB (Resource Utilization Bands), 6 categorie di bisogno assistenziale (da “Nessuno” a “Molto alto”) definite in base alla complessità del soggetto. In base a questa stratificazione, la popolazione che non è entrata in contatto con il Sistema Sanitario Regionale o che presenta problemi di salute e sintomi a bassa complessità, prevalentemente curati con farmaci e interventi ambulatoriali (cosiddetti “Utilizzatori sani”), rappresenta circa il 57% del totale. Il restante 43% della popolazione presenta un bisogno assistenziale progressivamente più elevato, soprattutto nei soggetti più complessi (carico di malattia elevato e molto elevato), che, sebbene siano una minima parte della popolazione totale (4,3%), assorbono circa un terzo del totale dei costi assistenziali (Figura 2.17).

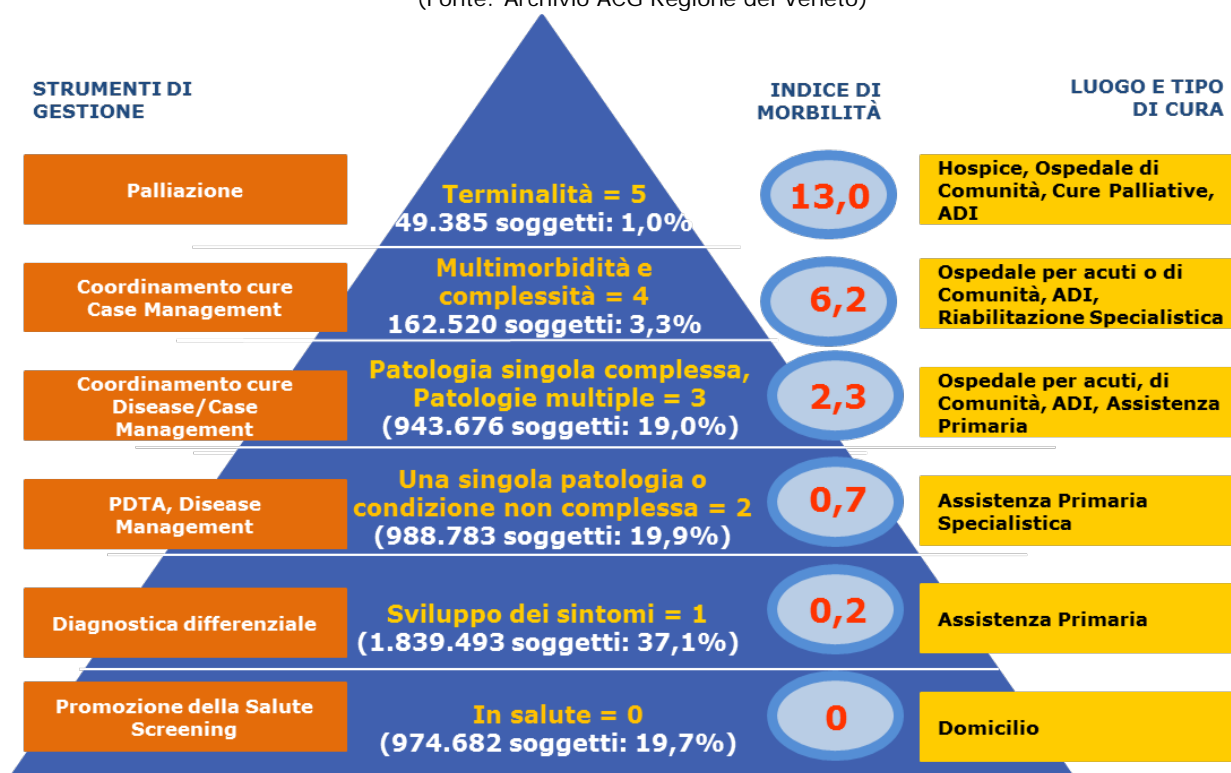
Figura 2.17 - Popolazione e costi per carico di malattia (RUB), Veneto, 2015
(Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)



Considerando il modello concettuale della Piramide del rischio (Kaiser Permanente), nella quale ai diversi segmenti di complessità assistenziale della popolazione vengono associati luoghi di cura e strumenti di gestione della malattia, la stratificazione della popolazione per RUB fornisce una quantificazione iniziale sulla consistenza dei diversi strati (Figura 2.18).

Inoltre, utilizzando l'indice di carico assistenziale attribuito dal Sistema ACG a ciascun assistito (indice di morbilità), è possibile valutare, in termini relativi, l'impatto assistenziale delle diverse categorie rispetto al carico di malattia osservato in media nell'intera popolazione (media=1). I valori dell'indice di morbilità variano da 0,2 nei soggetti a basso carico di malattia (sviluppo dei sintomi) a 0,7 nei pazienti con una singola patologia o condizione non complessa, fino a raggiungere il valore di 6,3 per i soggetti con elevato carico di malattia (multimorbilità e complessità) e di 13,0 per quelli con carico molto elevato (fine vita).

Figura 2.18 - Piramide del rischio (case-mix della popolazione) e indice di morbilità, Veneto, 2015.
(Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)



Nei paragrafi successivi viene presentato un breve focus su tre patologie croniche:

- diabete mellito e broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), patologie caratterizzate da elevate prevalenza e comorbilità;
- sclerosi multipla, patologia a bassa prevalenza, comorbilità moderata, ma ad alto impatto sui costi assistenziali.

Il diabete mellito

La prevalenza di assistiti affetti da diabete al 31/12/2015 della Regione del Veneto è stata stimata in base all'algoritmo definito dal Sistema ACG, che tiene conto della presenza, nei flussi informativi correnti, di codici sia di diagnosi sia di farmaci specifici per il diabete. Il risultato di questo algoritmo è in linea con i più comuni algoritmi utilizzati per l'identificazione dei soggetti affetti da diabete, fornendo una prevalenza pari al 5,3%. Essa risulta maggiore nel sesso maschile e tende ad aumentare notevolmente in entrambi i sessi all'aumentare dell'età (Figura 2.19).

La prevalenza varia a seconda delle aree territoriali, passando dal 4,6% registrato nella ex-ULSS di Bussolengo al 7,5% della ex-ULSS di Adria.

Il diabete è una malattia che si associa di frequente ad altre condizioni, soprattutto all'aumentare dell'età. Il 46,2% dei pazienti affetti da diabete presenta in media almeno tre condizioni croniche: 7,3% nella fascia 0-24 anni, 8,8% nella fascia 25-34 anni, 14,2% nella fascia 35-44, 24,3 % nella fascia 45-54, 35% nella fascia 55-64, 47,4 % nella fascia 65-74, 61,1% nella fascia con 75 e più anni (Figura 2.20).

Le più frequenti condizioni co-presenti nella popolazione diabetica sono l'ipertensione arteriosa, le malattie ischemiche del cuore (escluso l'infarto del miocardio), le aritmie cardiache, le patologie cerebrovascolari e i disturbi del metabolismo lipidico (Figura 2.21).

Figura 2.19 - Diabete. Prevalenza per età e sesso al 31.12.2015, Veneto.
(Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)

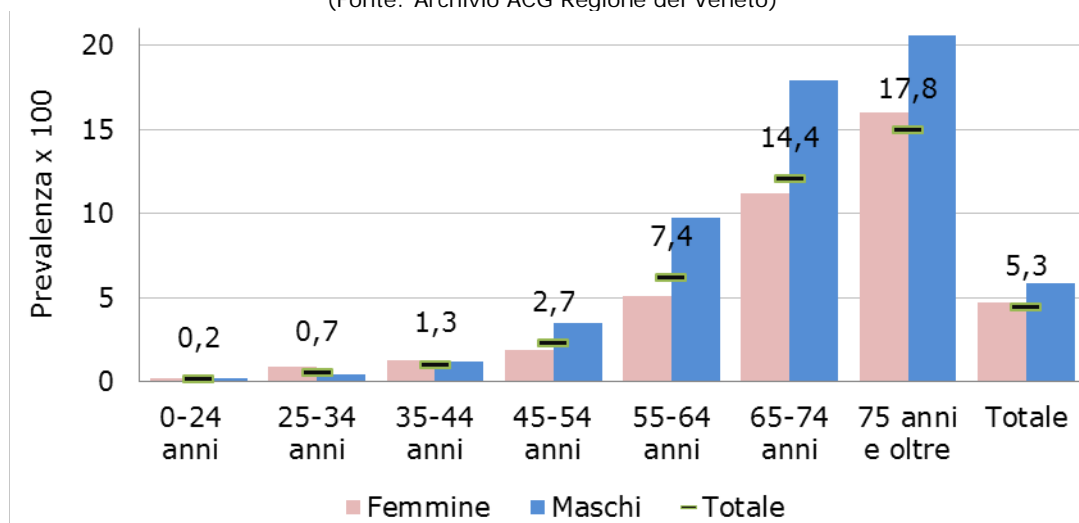


Figura 2.20 - Diabete. Numero di condizioni croniche per classi di età. Prevalenti al 31.12.2015, Veneto
(Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)

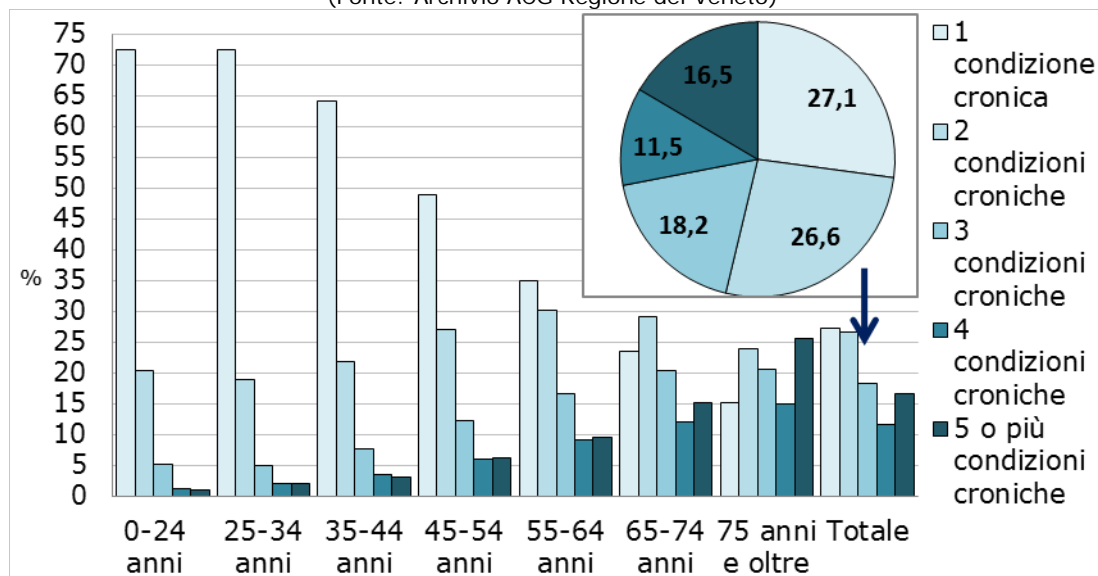
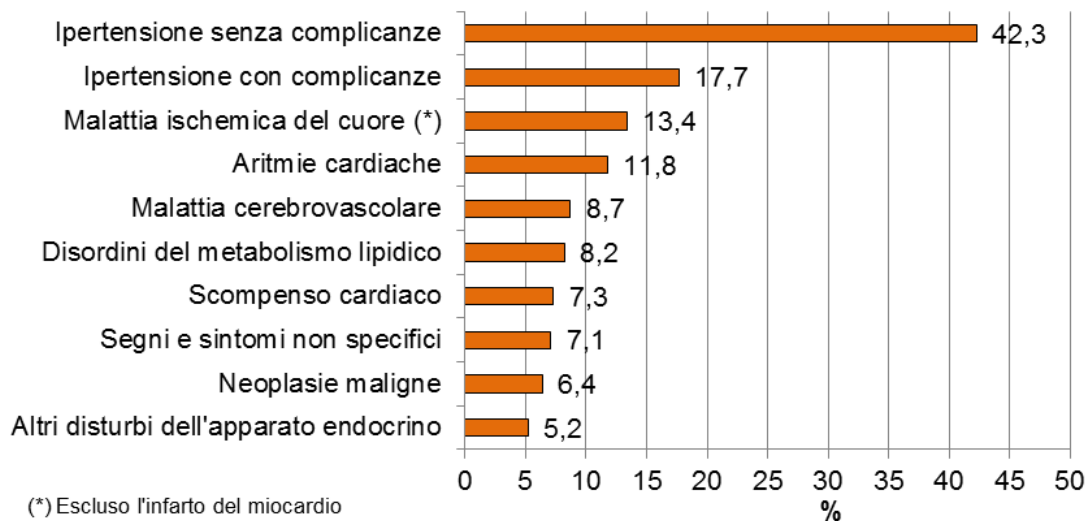
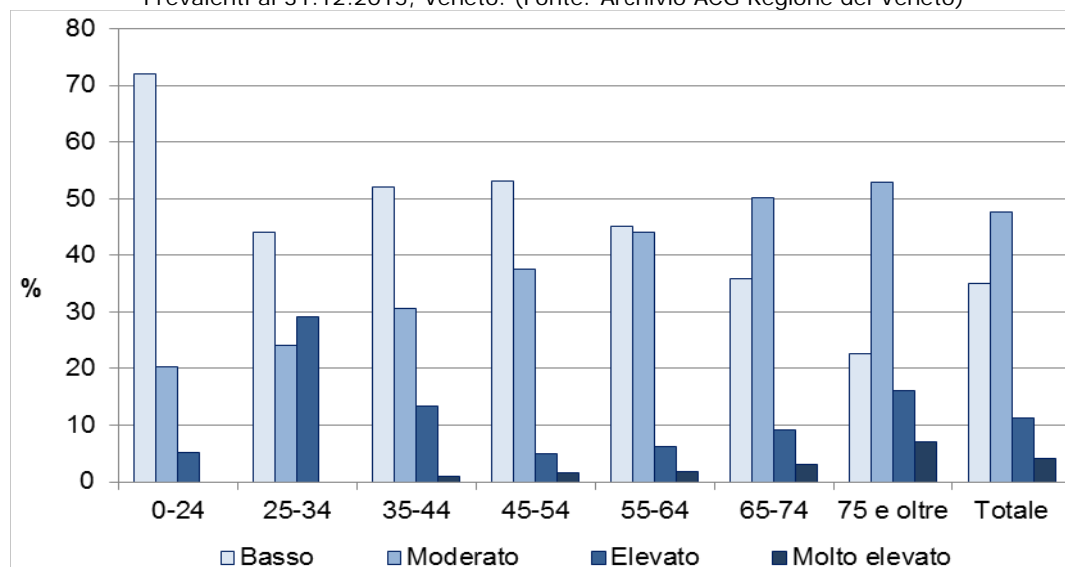


Figura 2.21 - Malattie più frequenti negli assistiti con diabete. Prevalenti al 31.12.2015, Veneto
(Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)



Rispetto al carico complessivo di malattia (categorie RUB), la maggior parte della popolazione diabetica (84,7%) si colloca nella classi con basso e moderato bisogno assistenziale (Figura 2.22). La quota di soggetti con moderato carico di malattia cresce progressivamente all'aumentare dell'età, mentre la percentuale di soggetti con carico elevato registra un picco nella fascia di età 25-34 anni (29,1%), per poi assestarsi su valori più bassi nelle fasce successive. La percentuale elevata tra i 25 e i 34 anni è riconducibile alle donne con diabete gestazionale che, essendo comunque in condizione di gravidanza, sono caratterizzate da un elevato impatto assistenziale

Figura 2.22 - Diabete. Assistiti per carico di malattia (RUB) e classi di età. RUB da basso a molto elevato. Prevalenti al 31.12.2015, Veneto. (Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)



Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree caratterizzata da una riduzione dei flussi espiratori ed associata ad una anormale risposta infiammatoria delle vie respiratorie a gas ed agenti esterni. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta.

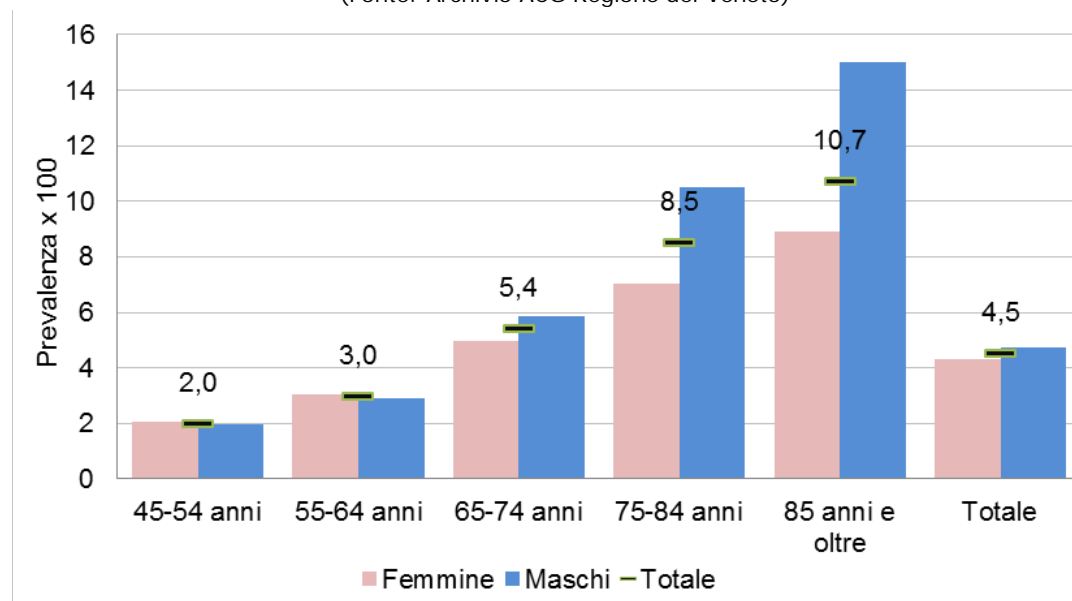
La malattia ha un esordio insidioso, con decorso abitualmente progressivo a causa di una riduzione del volume espiratorio non completamente reversibile. Le riacutizzazioni sono frequenti e si presentano sotto forma di bronchiti acute e broncopolmoniti. Insufficienza respiratoria e scompenso cardiaco sono complicanze frequenti.

I dati presentati in questo paragrafo si riferiscono ai residenti in Veneto al 31/12/2015 di età maggiore o uguale a 45 anni. Per la selezione dei soggetti affetti da BPCO, nell'intento di catturare anche i casi di grado lieve, è stato utilizzato un algoritmo che tenesse conto anche delle prescrizioni farmaceutiche (secondo specifici criteri di continuità).

La prevalenza è risultata del 4,5% (114.668 soggetti); la malattia colpisce maggiormente gli uomini rispetto alle donne (4,7% e 4,3% rispettivamente), è più frequente con l'aumentare dell'età e raggiunge il 15% nei maschi di 85 e più anni (Figura 2.23).

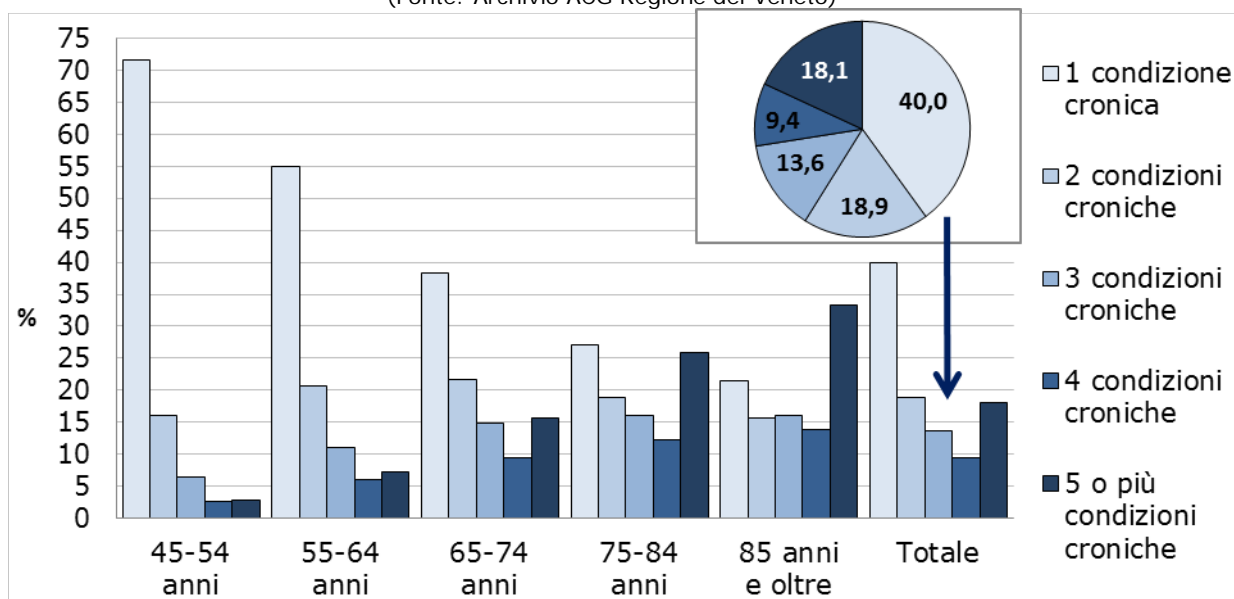
A livello territoriale, i tassi di prevalenza variano tra il 3,3% della ex ULSS Alto Vicentino ed il 5,3% della ex ULSS di Rovigo.

Figura 2.23 - BPCO. Prevalenza per età e sesso. Prevalenti al 31.12.2015 (x 100.000), Veneto
(Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)



Il 41,1% dei pazienti affetti da BPCO presenta almeno tre condizioni croniche co-presenti: 12,1% nella fascia 45-54, 24,4% nella fascia 55-64, 39,9% nella fascia 65-74, 54,3% nella fascia 75-84 ed infine 63,1% nella fascia 85 e più anni (Figura 2.24).

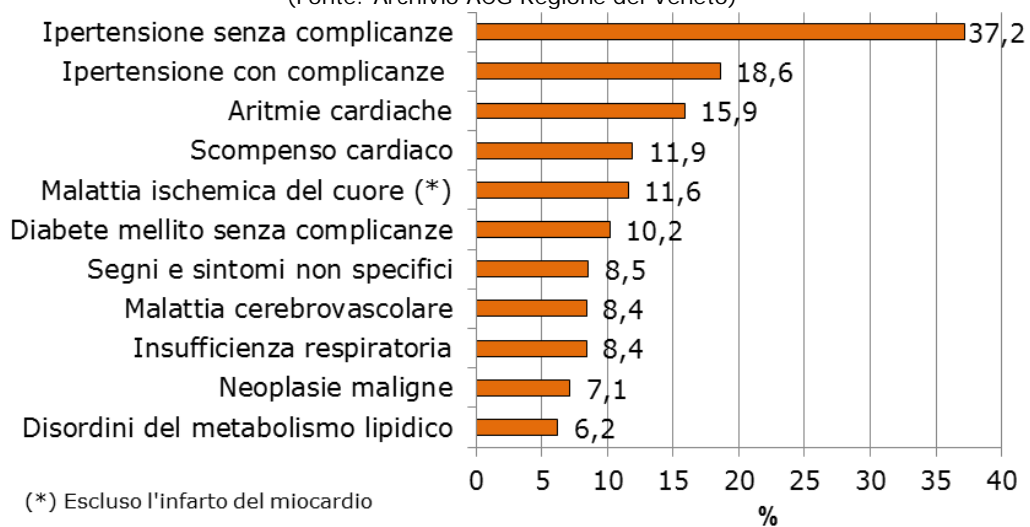
Figura 2.24 - BPCO. Numero di condizioni croniche per età. Prevalenti al 31.12.2015, Veneto
(Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)



Le più frequenti condizioni co-presenti nella popolazione con BPCO sono l'ipertensione arteriosa, con o senza complicanze, le aritmie cardiache, lo scompenso cardiaco e le malattie ischemiche del cuore (escluso l'infarto del miocardio) (Figura 2.25).

Circa un terzo della popolazione con BPCO ha un carico di malattia almeno moderato (35,5%). I soggetti con carico di malattie elevato o superiore tendono a crescere con l'aumentare dell'età (1,1% 45-54 anni; 26,1% negli 85 e più).

Figura 2.25 - Malattie più frequenti negli assistiti con BPCO. Prevalenti al 31.12.2015, Veneto
(Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)

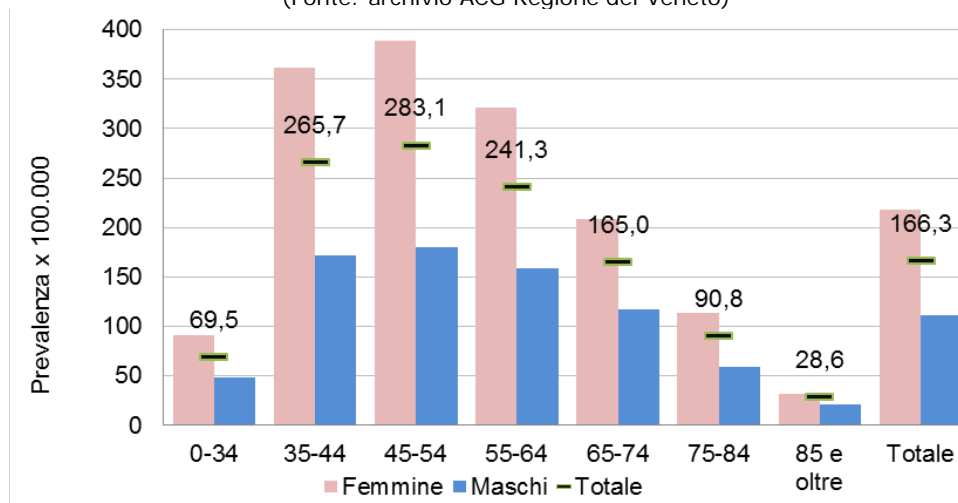


Sclerosi multipla

La sclerosi multipla è la prima causa non traumatica di disabilità nei giovani adulti. A causa della giovane età dei pazienti che ne sono colpiti (il picco di esordio è intorno ai 20-40 anni), al tipo di terapie utilizzate per rallentarne la progressione (gravate inoltre da forti effetti collaterali) e al decorso cronico della patologia che richiede specialmente nelle fasi terminali la presa in carico da parte del territorio, i soggetti affetti da sclerosi multipla richiedono un elevato impegno assistenziale multiprofessionale da parte del Sistema Sanitario Regionale.

Per la selezione della popolazione affetta da sclerosi multipla sono stati considerati i soggetti classificati dal Sistema ACG nella categoria diagnostica NUR08-Multiple Sclerosis; tale categoria raggruppa anche diagnosi relative alla mielite ed altre cause di demielinizzazione e ciò determina stime di prevalenza leggermente superiori a quelle riportate in letteratura. Nel 2015 sono stati identificati 8.245 casi, dei quali 2.695 (32,7%) maschi e 5.550 (67,3%) femmine. La prevalenza di sclerosi multipla è risultata complessivamente pari a 166,3 casi per centomila abitanti (Figura 2.26).

Figura 2.26 - Sclerosi multipla. Prevalenza per età e sesso (x 100.000), Veneto, 2015.
(Fonte: archivio ACG Regione del Veneto)



Il 46,1% delle persone con sclerosi multipla presenta almeno un'altra condizione cronica, percentuale relativamente bassa rispetto ad altre patologie croniche.

La condizione di multimorbilità diviene più comune a partire dai 55 anni di età (Figura 2.27); tra le comorbilità, le patologie più frequenti sono l'ipertensione arteriosa non complicata e altre patologie o complicanze di tipo neurologico o muscolo-scheletrico. In minor misura sono presenti la patologia cardio e cerebrovascolare e il diabete mellito di tipo 2 (Figura 2.28).

Figura 2.27 - Sclerosi multipla. Numero di condizioni croniche per età, Veneto 2015.
(Fonte: archivio ACG Regione del Veneto)

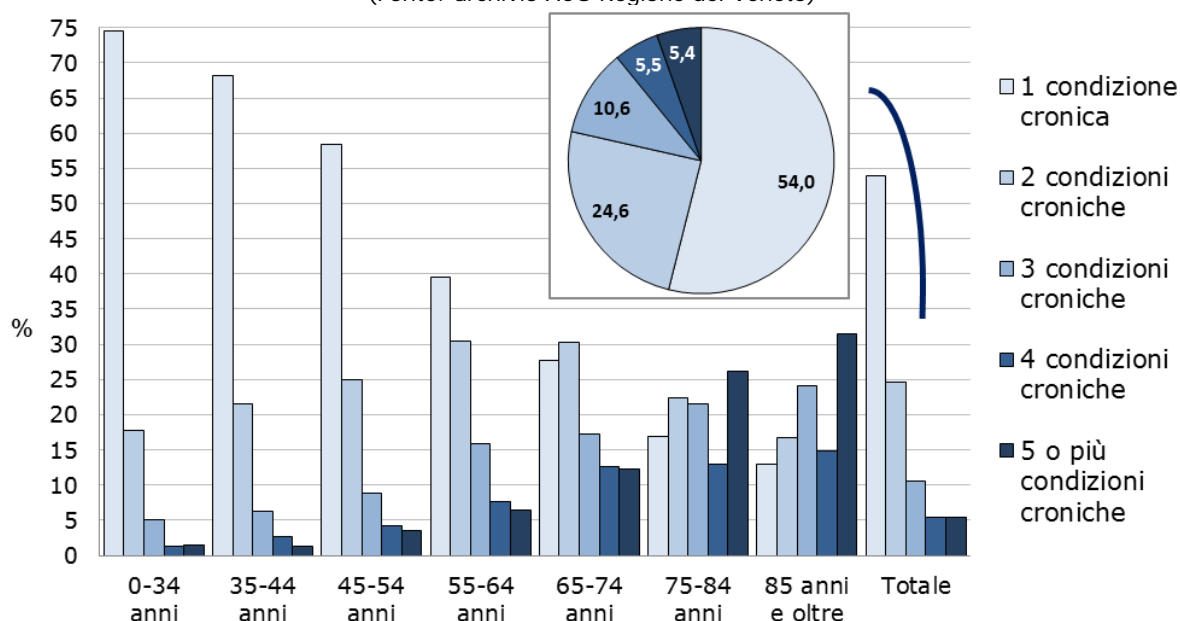
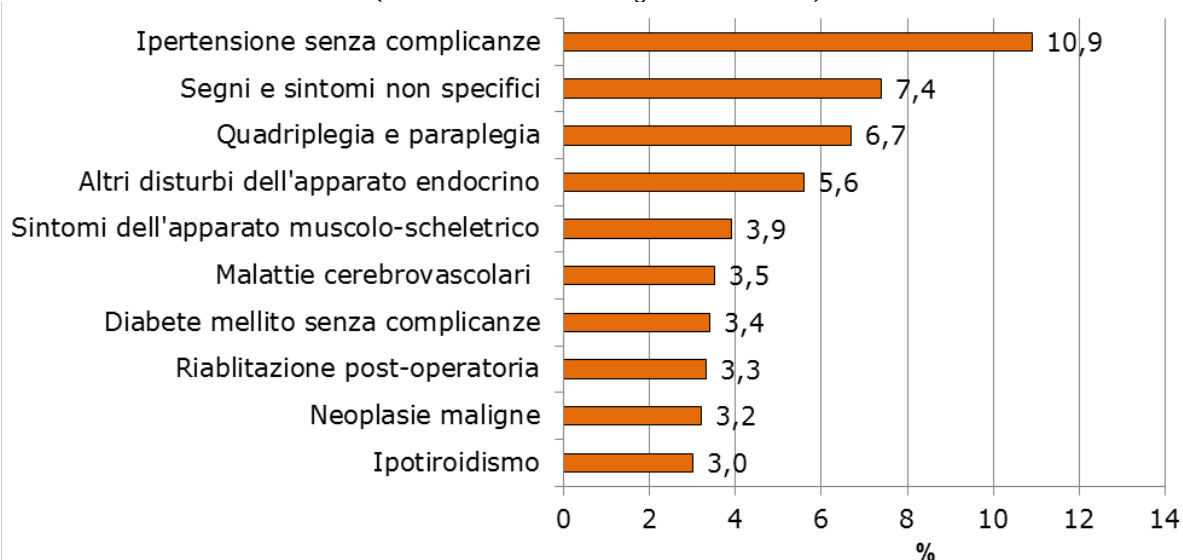
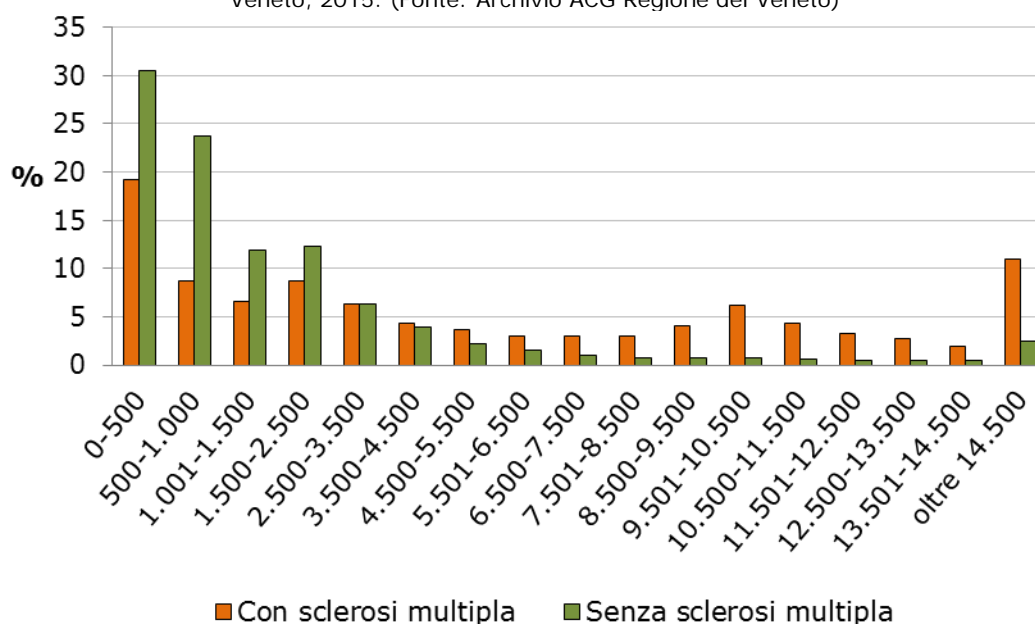


Figura 2.28 - Malattie più frequenti negli assistiti con sclerosi multipla, Veneto 2015.
(Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)



Il notevole impatto assistenziale della sclerosi multipla appare evidente analizzando la distribuzione del costo totale pro capite: tra i pazienti con moderato carico di malattia (RUB 3, pari al 90% di tutti i malati di sclerosi multipla), oltre il 10% supera i 14.500€ annui (Figura 2.29).

Figura 2.29 - Assistiti con Complessità moderata (RUB 3). Costo totale per presenza di sclerosi multipla, Veneto, 2015. (Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)



Il costo totale pro capite dei pazienti con sclerosi multipla è circa triplo rispetto alla popolazione senza tale patologia; ciò è imputabile soprattutto alla terapia farmacologica, il cui costo supera di sei volte quello delle persone non affette da sclerosi multipla.

Tabella 2.8 - Assistiti con Complessità moderata (RUB 3). Costo totale pro capite e costo per farmaci pro capite per presenza di sclerosi multipla, Veneto 2015 (Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)

	Costo farmaci pro capite	Costo totale pro capite	% costo farmaci su costo totale
Con sclerosi multipla	4.677,00	6.344,40	73,8
Senza sclerosi multipla	707,60	2.326,30	30,4

Approfondimenti

<http://acg.regione.veneto.it>

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità organizzativa Strutture intermedie e socio-sanitarie territoriali
 Direzione Programmazione Sanitaria
 Rio Novo–Dorsoduro 3493, 30125 Venezia
 Telefono: 041 2793513
 e-mail: acg@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale
 Direzione Risorse Strumentali SSR
 Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: ser@regione.veneto.it

2.5 Tumori

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

La raccolta, l'analisi e la interpretazione dei dati che si riferiscono a persone con diagnosi di tumore, costituiscono risorse insostituibili per la programmazione, oltre che per la ricerca clinica ed epidemiologica. Il Piano Socio Sanitario individua aspetti organizzativi tesi al buon funzionamento e all'aggiornamento costante del Registro Tumori del Veneto. (Paragrafo 4.4.4, pag 140)

Quadro di sintesi

Dalla fine degli anni '90, l'incidenza dei tumori è in diminuzione nei maschi e stabile nelle femmine.

La ridotta incidenza negli uomini è attribuibile alle neoplasie polmonari (-5% all'anno); alle neoplasie della prostata (dopo il picco registrato nel 2003); alle neoplasie coloretali, per cui, a seguito dell'introduzione delle campagne di screening l'incidenza decresce dal 2007 (-4% per anno).

Nelle donne, la crescente incidenza del carcinoma mammario (anni '90), si è arrestata e stabilizzata dal 2002; sono in lieve (ma significativo) aumento i tumori polmonari e coloretali.

Le stime effettuate a partire dai tassi osservati nel periodo di registrazione più recente, indicano 33.402 nuovi casi di tumore diagnosticati in Veneto nel 2016, di cui 4.638 casi di tumore della mammella nelle donne, 3.867 casi di tumore della prostata, 4.431 tumori del colon retto e 3.467 casi di tumore del polmone.

Stima dei nuovi casi annui di tumore diagnosticati nel 2016 tra i residenti in Veneto

La stima dei casi di tumore è stata ottenuta applicando alla popolazione ISTAT 2016 i tassi di incidenza osservati nel triennio 2008-2010.

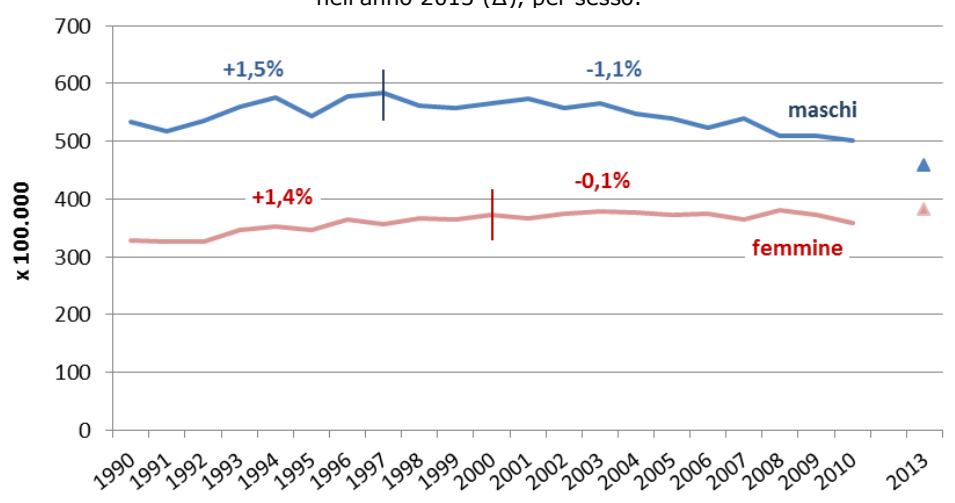
Tabella 2.9 - Nuovi casi di tumore stimati in Veneto nel 2016 per sesso e per le sedi tumorali ad elevata numerosità e per il totale dei tumori.

MASCHI			FEMMINE		
SEDE	CASI /ANNO	%	SEDE	CASI /ANNO	%
Prostata	3.867	21%	Mammella	4.638	31%
Polmone	2.518	14%	Colon retto	1.923	13%
Colon retto	2.508	14%	Polmone	949	6%
Vescica	1.794	10%	Utero	911	6%
Fegato	876	5%	Pancreas	582	4%
Rene e vie urinarie	779	4%	Cute melanomi	537	4%
Stomaco	622	3%	Tiroide	524	4%
Linfomi non Hodgkin	620	3%	Linfomi non Hodgkin	500	3%
Cute melanomi	587	3%	Vescica	431	3%
Pancreas	586	3%	Ovaio	429	3%
Totale tumori	18.512		Totale tumori	14.890	

Variazioni temporali dell'incidenza dei tumori in Veneto a partire dal 1990

Fino alla fine degli anni '90, l'incidenza della patologia neoplastica è cresciuta in entrambi i sessi. Successivamente, l'incidenza diminuisce significativamente nel genere maschile e si mantiene costante nelle donne. I dati relativi al 2013 confermano questi andamenti.

Figura 2.30 – Anni 1990-2010 (totale delle neoplasie maligne, escluse le neoplasie cutanee non-melanoma): andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea osservato nell'area RTV (-) e valore del tasso standardizzato osservato nelle ex Aziende ULSS Padova, Ovest Vicentino e Este-Monselice nell'anno 2013 (Δ), per sesso.

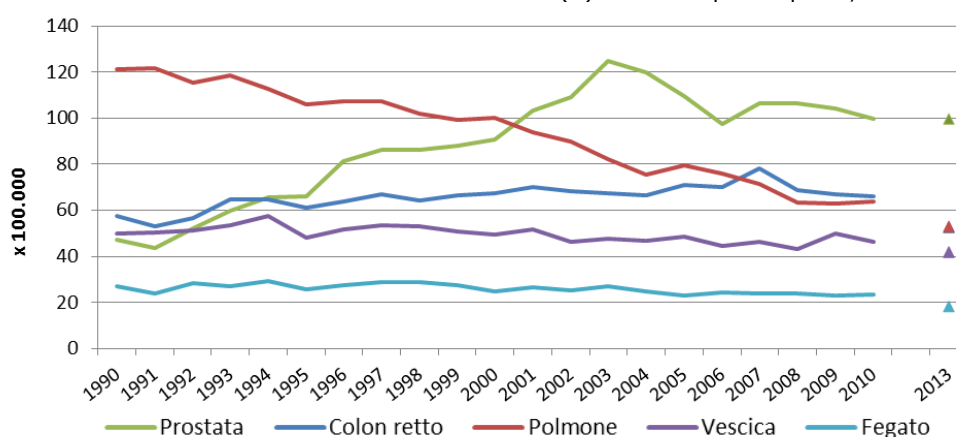


Nel sesso maschile, nell'ultimo periodo di osservazione sono in decremento tutte le sedi più importanti (Figura 2.31). Dopo il picco registrato nel 2003, si riduce l'incidenza del tumore della prostata. Tale andamento (correlato a una riduzione del test PSA dopo la seconda metà degli anni '90) è più evidente nelle fasce d'età più avanzate.

Persiste la riduzione di incidenza del tumore del polmone.

L'andamento dell'incidenza dei carcinomi coloretali risente dell'introduzione dello screening nella popolazione di età 50-69 anni. All'avvio delle campagne di screening (tra il 2002 e il 2009) è conseguito un iniziale aumento di incidenza, dovuto all'anticipo diagnostico di tumori. Dal 2007, si nota una riduzione dell'incidenza, legata sia all'esaurirsi dell'effetto di "anticipazione diagnostica", sia alla identificazione/asportazione di lesioni precancerose (adenomi avanzati). I tumori della vescica e del fegato mostrano una lieve (ma significativa) diminuzione di incidenza.

Figura 2.31 - Andamento temporale dal 1990 al 2009 dei tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea osservato nell'area RTV (-) e valore del tasso standardizzato osservato nelle ex Aziende ULSS Padova, Ovest Vicentino e Este-Monselice nell'anno 2013 (Δ). Le 5 sedi più frequenti, Maschi.



Per i 5 tumori più frequenti l'incidenza osservata nel 2013 è inferiore a quella del 2010; la riduzione è superiore al 20% per i tumori di polmone, colon retto e fegato.

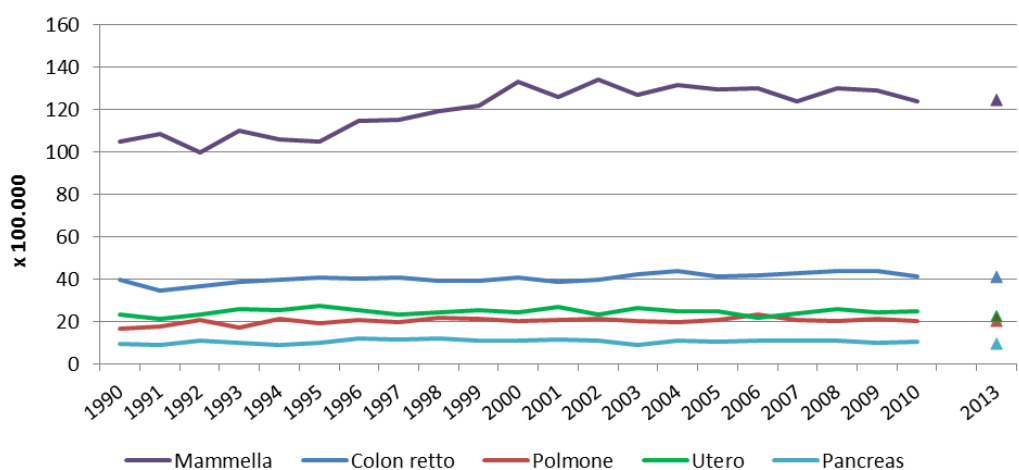
Nelle donne risultano in aumento significativo l'incidenza del tumore del polmone e del colon retto (Figura 2.32). Dopo la crescita registrata negli anni '90, dal 2002, l'incidenza

dei carcinomi mammari si è stabilizzata (esaurimento dell'incremento diagnostico associato alla attivazione dei programmi di screening avviati dal 1998).

L'effetto dei programmi di screening sull'andamento dell'incidenza del tumore del colon retto nella popolazione femminile è meno evidente di quello già descritto per i maschi.

L'incidenza dei tumori del pancreas e dell'utero è stabile. Per i 5 tumori più frequenti l'incidenza osservata nel 2013 è molto simile a quella del 2010.

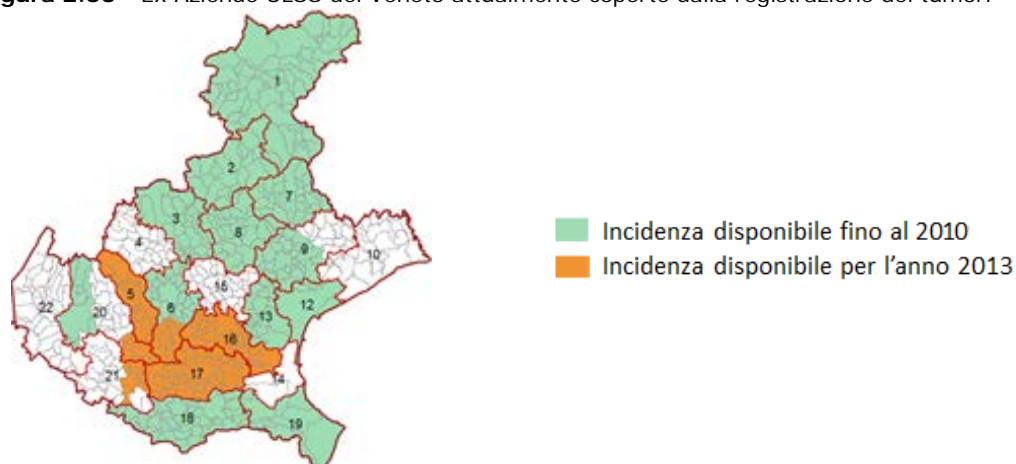
Figura 2.32 - Andamento temporale dal 1990 al 2009 dei tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea osservato nell'area RTV (-) e valore del tasso standardizzato osservato nelle ex Aziende ULSS Padova, Ovest Vicentino e Este-Monselice nell'anno 2013 (Δ). Le 5 sedi più frequenti, Femmine.



Copertura del Registro Tumori del Veneto

La mappa indica in verde le aree storicamente coperte da registrazione; di cui sono disponibili i dati di incidenza dall'inizio degli anni '90. In arancione, le aree in cui la registrazione è stata attivata a partire dal 2013. Entro la fine del 2017, la registrazione dei tumori coprirà non meno del 95% della popolazione regionale.

Figura 2.33 - Ex Aziende ULSS del Veneto attualmente coperte dalla registrazione dei tumori



Recapiti per ulteriori informazioni

Registro Tumori del Veneto
 Passaggio Gaudenzio 1 - 35131 Padova
 Telefono: 049 8778130 – Fax: 049 8778147
 e-mail: registro.tumori@regione.veneto.it
<https://www.registrotumoriveneto.it/>

2.6 Infarto acuto del miocardio

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

L'infarto acuto del miocardio (IMA) costituisce una delle più frequenti emergenze mediche e richiede un'efficiente organizzazione sanitaria per garantire tempestivamente le cure più efficaci. Tra le aree prioritarie di intervento del piano vi è la riduzione dell'incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore. (Paragrafi 1.3 pag 14 e 3.4.1 pag 90).

Quadro di sintesi

Il tasso di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio (IMA) è andato riducendosi nel periodo 2006-2016 in tutte le classi di età. In particolare il tasso di eventi con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) è in continua ed importante riduzione, mentre il tasso di eventi senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) evidenzia delle oscillazioni, con un lieve aumento negli ultimi anni; di rilievo il sorpasso degli eventi NSTEMI a scapito degli STEMI nell'ultimo anno di osservazione. I tassi osservati sono nettamente superiori nel sesso maschile, dove quasi il 40% dei ricoveri per IMA avviene prima dei 65 anni.

E' stato analizzato l'andamento dell'ospedalizzazione per IMA nel periodo 2006-2016 (i criteri di calcolo degli eventi di IMA sono riportati nel rapporto *I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2015*, sul sito www.ser-veneto.it). Le analisi includono i ricoveri dei residenti nel Veneto sia in strutture regionali che fuori Regione (mobilità passiva), eccetto che per il 2016 per cui quest'ultimo dato non è ancora disponibile. Negli ultimi anni di osservazione gli eventi di infarto acuto del miocardio ospedalizzati nei residenti in Veneto oscillano intorno ai 6.500 per anno; in circa il 50% dei casi si è trattato di infarto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). Il numero annuo di eventi di STEMI mostra un andamento in sensibile calo. Per quanto riguarda l'infarto senza sopraslivellamento del tratto ST (o infarto subendocardico, NSTEMI) il numero di eventi ospedalizzati è rimasto stabile fino al 2009, per poi aumentare negli ultimi anni. Di rilievo dal punto di vista epidemiologico il sorpasso degli eventi NSTEMI a scapito degli STEMI nell'ultimo anno di osservazione.

Tabella 2.10 - IMA: numero di eventi ospedalizzati per tipo di infarto. Residenti in Veneto, 2006-2016
(Fonte: SER su dati SDO)

Tipo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
NSTEMI	2.685	2.671	2.588	2.670	2.879	2.928	3.044	3.084	3.238	3.365	3.248
STEMI	4.555	4.366	4.274	4.068	3.880	3.679	3.543	3.350	3.323	3.367	3.141
TOTALE	7.240	7.037	6.862	6.738	6.759	6.607	6.587	6.434	6.561	6.732	6.389

L'IMA è raro in età giovanile, mentre risulta frequente a partire dai 45 anni nei maschi; nelle femmine colpisce principalmente le età più avanzate (circa i 2/3 degli IMA nelle donne avvengono sopra ai 75 anni, nei maschi questa proporzione è pari al 38%).

Tabella 2.11 - IMA: numero e percentuale di eventi ospedalizzati per età e sesso. Residenti e ospedalizzati in Veneto, 2016 (Fonte: SER su dati SDO)

Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	132	3,1	35	1,6	167	2,6
45-64	1.469	34,8	330	15,2	1.799	28,2
65-74	1.097	26,0	366	16,9	1.463	22,9
75-84	1.072	25,4	687	31,7	1.759	27,5
85+	455	10,8	746	34,5	1.201	18,8
TOTALE	4.225	100,0	2.164	100,0	6.389	100,0

Il tasso complessivo di ricovero osservato nel periodo si è ridotto del 16% (anche se il dato del 2016 è ancora sottostimato per la mancanza dei dati di mobilità passiva); tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione mediante standardizzazione, la riduzione si amplia ulteriormente. Il calo dei tassi è maggiore nelle femmine, e più evidente per gli eventi STEMI. Il tasso osservato di ricovero per IMA è superiore nei maschi rispetto alle femmine (rapporto di 2,1:1 nel 2016); il tasso standardizzato accentua le differenze tra i sessi (rapporto di 2,7:1 nel 2016), confermando come l'IMA colpisca con frequenza nettamente superiore i maschi.

Tabella 2.12 - IMA: tassi osservati di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto, 2006-2016 (Fonte: SER su dati SDO)

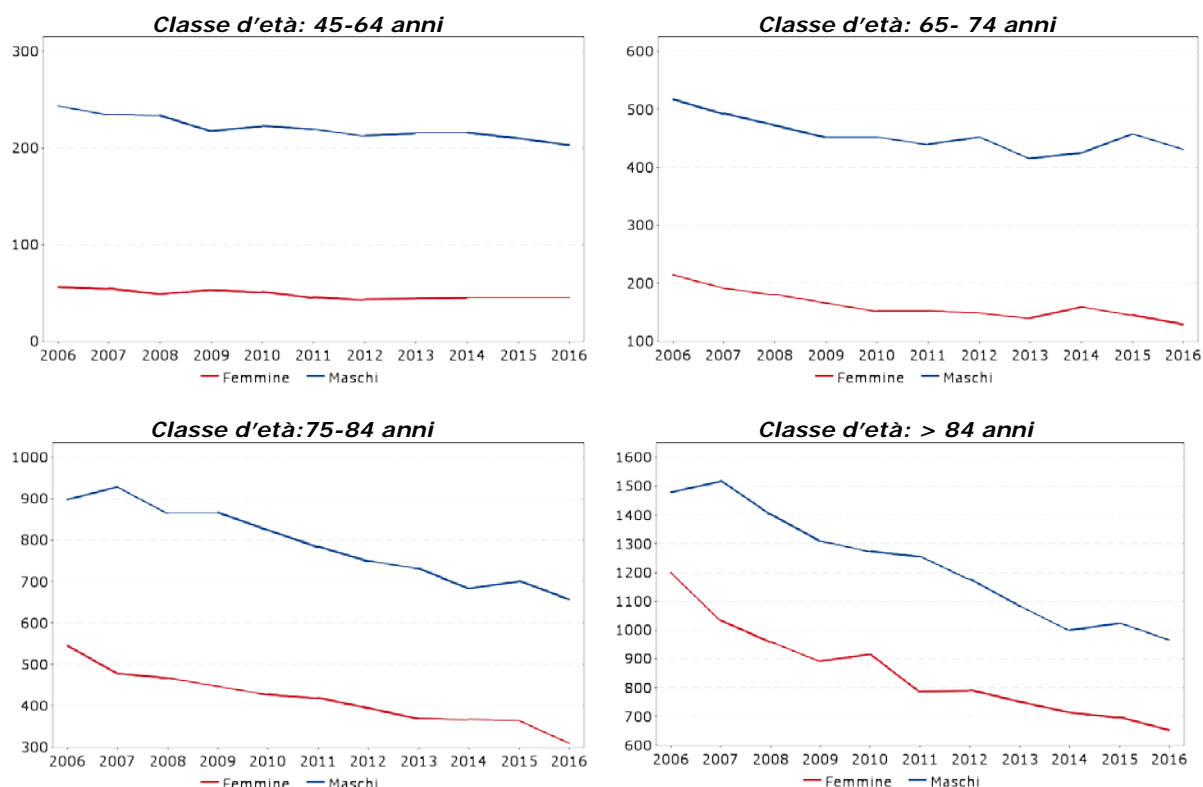
	Maschi			Femmine			Totale		
	NSTEMI	STEMI	Totale	NSTEMI	STEMI	Totale	NSTEMI	STEMI	Totale
2006	70,0	117,3	187,3	44,8	77,3	122,1	57,1	96,9	154,0
2007	73,7	115,4	189,1	40,0	70,3	110,3	56,5	92,3	148,8
2008	69,1	113,9	183,0	39,8	65,9	105,7	54,1	89,4	143,5
2009	68,7	109,8	178,5	42,6	59,9	102,4	55,3	84,3	139,6
2010	75,5	103,9	179,4	44,1	57,5	101,6	59,5	80,1	139,6
2011	77,4	101,2	178,6	44,1	51,8	95,9	60,3	75,8	136,2
2012	81,1	97,8	178,8	45,2	49,4	94,6	62,7	72,9	135,6
2013	82,7	91,4	174,1	44,7	47,0	91,7	63,2	68,6	131,8
2014	82,7	92,1	174,8	49,5	44,0	93,6	65,7	67,4	133,2
2015	89,1	93,7	182,7	48,5	44,2	92,7	68,3	68,3	136,6
2016	87,2	89,1	176,3	46,0	39,9	85,9	66,1	63,9	130,0

Tabella 2.13 - IMA: tassi standardizzati di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto, 2006-2016.
Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO)

	Maschi			Femmine			Totale		
	NSTEMI	STEMI	Totale	NSTEMI	STEMI	Totale	NSTEMI	STEMI	Totale
2006	83,8	137,7	221,4	38,3	65,7	104,0	58,1	98,8	156,9
2007	86,6	133,9	220,4	34,0	58,2	92,2	56,5	92,3	148,8
2008	81,1	128,8	210,0	33,2	54,0	87,2	53,6	88,4	141,9
2009	79,6	122,6	202,1	35,0	48,8	83,8	54,1	82,4	136,5
2010	84,3	114,2	198,6	35,7	45,6	81,3	57,3	76,8	134,1
2011	85,1	108,7	193,8	35,3	41,0	76,3	57,3	71,8	129,0
2012	87,1	102,8	189,8	35,6	38,2	73,8	58,6	67,8	126,4
2013	87,3	93,8	181,1	34,8	35,8	70,5	58,2	62,8	120,9
2014	84,7	92,6	177,2	38,3	33,2	71,5	59,5	60,8	120,2
2015	89,5	92,0	181,5	36,6	32,9	69,5	60,5	60,6	121,1
2016	85,5	85,8	171,3	34,2	29,2	63,4	57,5	55,7	113,2

Figura 2.34 - IMA: Tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso e classe di età. Residenti in Veneto, 2006-2016 (Fonte: SER su dati SDO)

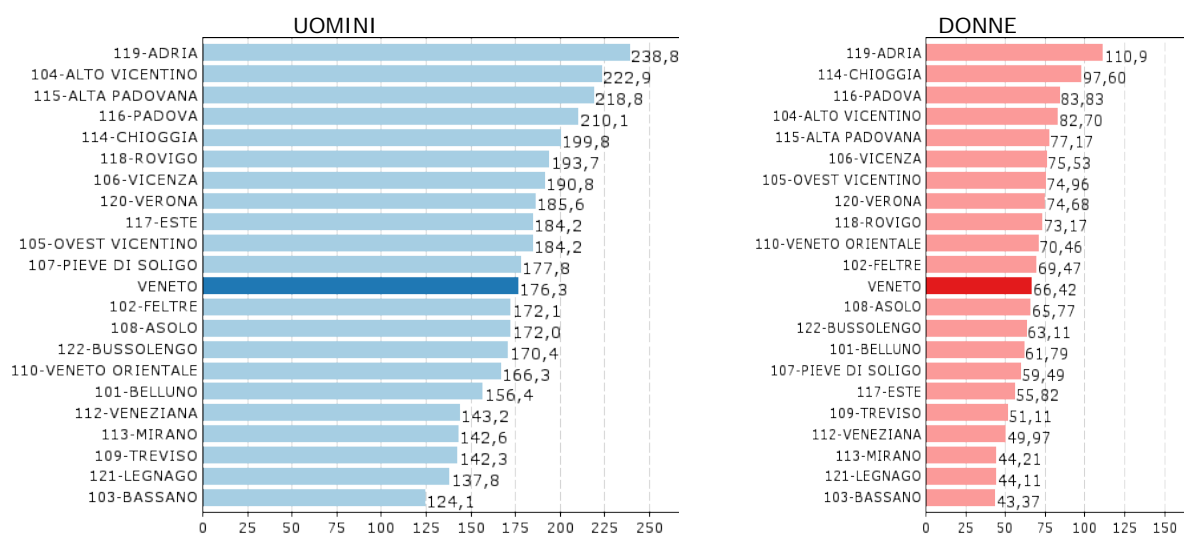
48



Confrontando i tassi specifici per classe di età e sesso, si evidenzia un notevole gap tra maschi e femmine, che tende a ridursi, almeno in termini relativi, con l'aumentare dell'età. L'andamento nel periodo 2006-2016 mostra un calo nell'ospedalizzazione per

IMA sostanzialmente in tutte le età e per entrambi i sessi. Sotto i 45 anni gli eventi sono rari e colpiscono pressoché esclusivamente il sesso maschile. Tra i 45 ed i 64 anni l'ospedalizzazione risulta comunque ancora quadrupla nel sesso maschile. La riduzione maggiore dei tassi di ricovero per IMA nell'ultimo periodo si è registrata a partire dai 74 anni. A livello di Azienda ULSS di residenza vi sono differenze notevoli nel tasso di ospedalizzazione per IMA, anche tenendo conto della diversa struttura per età della popolazione. Le diversità possono essere legate sia a una reale differenza di incidenza dell'IMA, sia a difformità della codifica delle diagnosi nella scheda di dimissione ospedaliera.

Figura 2.35 - IMA: Tasso standardizzato di eventi ospedalizzati (per 100.000) per Azienda ULSS di residenza. Residenti in Veneto, periodo 2015-2016.
Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO)



Approfondimenti

www.ser-veneto.it

Rapporto SER "I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2015", gennaio 2017

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale
Direzione Risorse Strumentali SSR
Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it

2.7 Malattie cerebrovascolari

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

Le malattie cerebrovascolari acute sono una delle principali cause di mortalità, morbosità e disabilità con rilevante impatto sullo stato di salute della popolazione e sui costi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed insieme all'ictus, che rappresenta la terza causa di morte nei paesi industrializzati, costituiscono la principale causa di disabilità nell'adulto. Tra le aree prioritarie di intervento del piano vi è la riduzione dell'incidenza e mortalità per malattie cerebrovascolari. (Paragrafi 1.3 pag 15 e 3.4.1 pag 90).

Quadro di sintesi

Le malattie cerebrovascolari acute costituiscono un ambito estremamente rilevante per la loro diffusione e per le gravi conseguenze sullo stato di salute delle persone colpite. Ogni anno in Veneto si verificano circa 9.000 eventi di ictus ospedalizzati nei residenti; nel 77% circa dei casi si tratta di ictus ischemico, nel 19% di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea. L'analisi dell'andamento temporale nel periodo considerato rivela una riduzione dei tassi standardizzati negli ultimi anni. Oltre il 62% degli eventi avviene in soggetti di età superiore ai 74 anni.

Per descrivere i principali aspetti epidemiologici dell'ospedalizzazione per ictus in Veneto sono stati considerati i ricoveri con le seguenti diagnosi principali: emorragia subaracnoidea (codice ICD-9-CM: 430); emorragia cerebrale (431); ictus ischemico o non specificato (433.1 con DRG medico, 434.1, 436). I trasferimenti tra ospedali per acuti (evento frequente soprattutto per gli ictus di tipo emorragico) e le riammissioni avvenute entro 28 giorni dalla data del primo ricovero sono stati ricondotti allo stesso evento. Le analisi includono i ricoveri ospedalieri di residenti avvenuti sia in ospedali del Veneto che fuori Regione, ad eccezione dell'anno 2016 per cui non sono ancora disponibili i dati di mobilità passiva.

Negli ultimi anni il numero di eventi ospedalizzati di ictus tra i residenti in Veneto oscilla attorno ai 9.200.

Tabella 2.14 - Numero di eventi di ictus ospedalizzati per anno.
Residenti in Veneto, 2006-2016 (Fonte: SER su dati SDO)

Tipo di ictus	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Emorragia cerebrale	1.518	1.481	1.608	1.586	1.703	1.629	1.664	1.771	1.748	1.750	1.765
Emorragia subaracnoidea	387	354	361	409	423	380	361	390	406	362	368
Ictus ischemico	7.430	7.464	7.255	7.181	7.258	6.897	6.982	6.949	7.044	7.163	7.070
Totale	9.335	9.299	9.224	9.176	9.384	8.906	9.007	9.110	9.198	9.275	9.203

Va evidenziata una disomogeneità nell'andamento temporale delle ospedalizzazioni nei tre sottotipi, con una tendenza alla stabilità nel numero di eventi per l'ictus ischemico mentre c'è un aumento per gli eventi di tipo emorragico. Nel 2016 il 77% degli eventi è di tipo ischemico, nel 19% dei casi si tratta di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea. La distribuzione per sesso e classe di età evidenzia come l'ictus sia una

patologia frequente principalmente nelle età avanzate: oltre il 62% degli eventi avviene in soggetti di età superiore ai 74 anni (il 49% negli uomini ed il 73% nelle donne).

Tabella 2.15 - Numero e percentuale di eventi di ictus ospedalizzati per età e sesso. Residenti in Veneto. Periodo 2006-2016 (Fonte: SER su dati SDO)

Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	1.948	4,1	1.364	2,5	3.312	3,3
45-64	9.856	20,7	4.962	9,3	14.818	14,7
65-74	12.287	25,8	8.047	15,0	20.334	20,1
75-84	15.996	33,6	19.441	36,3	35.437	35,0
85+	7.455	15,7	19.758	36,9	27.213	26,9
TOTALE	47.544	100,0	53.573	100,0	101.117	100,0

La riduzione del numero di eventi si accompagna a modifiche demografiche piuttosto importanti (aumento della numerosità della popolazione e della quota di popolazione anziana); ciò comporta una diminuzione del tasso osservato di ospedalizzazione per ictus ed un calo molto più marcato di quello standardizzato, sia nei maschi che nelle femmine. Il tasso standardizzato diretto di ospedalizzazione evidenzia valori superiori nei maschi (in quanto, a parità di età, l'ictus si verifica con maggior frequenza nel sesso maschile).

Figura 2.36 - Tassi standardizzati di eventi di ictus ospedalizzati per sesso (per 100.000) Residenti in Veneto, 2006-2016. Standardizzazione diretta per età. Popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO)

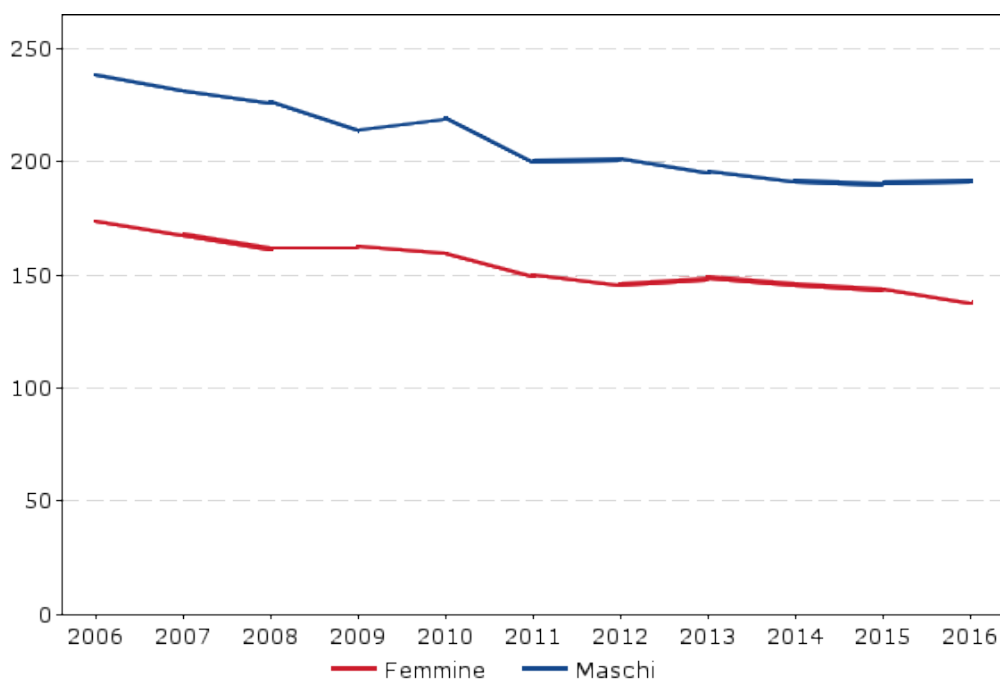
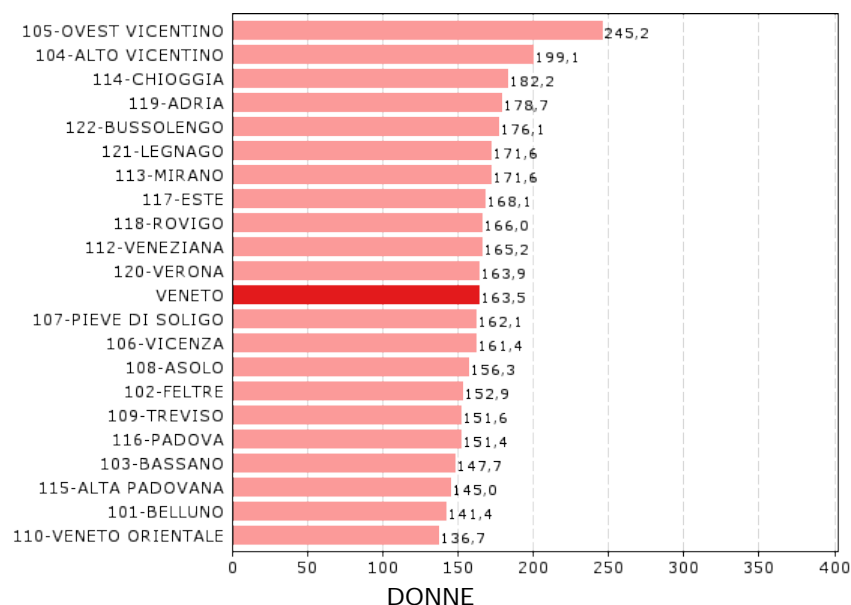
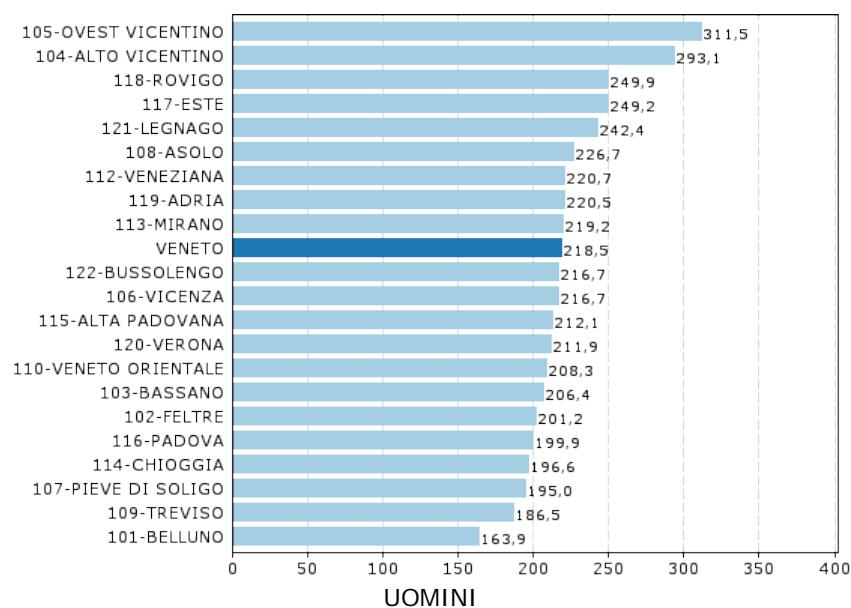


Figura 2.37 - Tasso standardizzato di ictus ospedalizzati (per 100.000) per ULSS di residenza. Residenti in Veneto. Periodo 2015-2016. Popolazione standard: Veneto, 01/01/07 (Fonte: SER su dati SDO)



A livello di Azienda ULSS di residenza si può osservare una variabilità nel tasso standardizzato di ospedalizzazione per ictus con scostamenti di modesta entità, fatta eccezione per alcune Aziende ULSS (in particolare l'Azienda ULSS 5). È presumibile che parte delle differenze riscontrate sia giustificata da una diversità nella codifica delle diagnosi nella scheda di dimissione ospedaliera.

Approfondimenti

www.ser-veneto.it

Rapporto SER "*L'ictus in Veneto*", dicembre 2013

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale
 Direzione Risorse Strumentali SSR
 Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: ser@regione.veneto.it

2.8 Insufficienza renale cronica

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

1. *Il Sistema Centri regionale/Sistema epidemiologico Regionale/Registro regionale dialisi e trapianto*, pag 140.
2. *Presidi ospedalieri di rete con bacino di circa 200.000 abitanti, servizi di diagnosi e cura (... dialisi)*, pag. 70.
3. *Rete clinica dei trapianti*, pag. 79

Quadro di sintesi

La malattia renale cronica (MRC) rappresenta un importante problema di salute pubblica che interessa circa il 10% della popolazione ed è frequentemente associata a patologie cardiovascolari e diabete. Circa 26 pazienti per milione (pmp) sono affetti da malattie renali primitive potenzialmente curabili (censite dal Registro delle biopsie renali). Malattie vascolari, diabete e glomerulonefriti primitive sono le prime cause di MRC che portano a dialisi o trapianto.

Nel 2015, sono entrati in dialisi circa 110 pmp, la metà dei quali di oltre 70 anni. Nello stesso anno, risultano in trattamento sostitutivo 966 pmp, di cui 47% in emodialisi, 42% trapiantati e 11% in dialisi peritoneale. Il numero di trapianti, in evidente aumento fino al 2011, ha mostrato una flessione negli ultimi anni, rappresentando una quota appena accettabile in confronto alle altre nazioni europee: ciò indica che esiste, nella nostra popolazione, un margine di potenziale trapiantabilità stimato in circa 200 pmp.

La mortalità media annuale in terapia renale sostitutiva è di circa il 12% e la sopravvivenza è molto più bassa rispetto alla popolazione generale, raggiungendo il 50% a 5 anni e il 30% a 15 anni. Questo indica la gravità prognostica della MRC, che determina esiti peggiori di molte neoplasie. Nonostante ciò, la speranza di vita dei dializzati è nettamente superiore alla media europea e quella dei trapiantati è simile, indicando una buona qualità delle cure offerte.

Insufficienza renale cronica in trattamento conservativo

La malattia renale cronica (MRC) è presente in circa il 10% della popolazione nel Veneto e costituisce un importante problema di salute pubblica perché condiziona altre malattie concomitanti, come le malattie cardiovascolari e il diabete, peggiorandone l'esito. Per questo motivo recentemente la Giunta Regionale ha recepito il "Documento di indirizzo per la Malattia Renale Cronica".

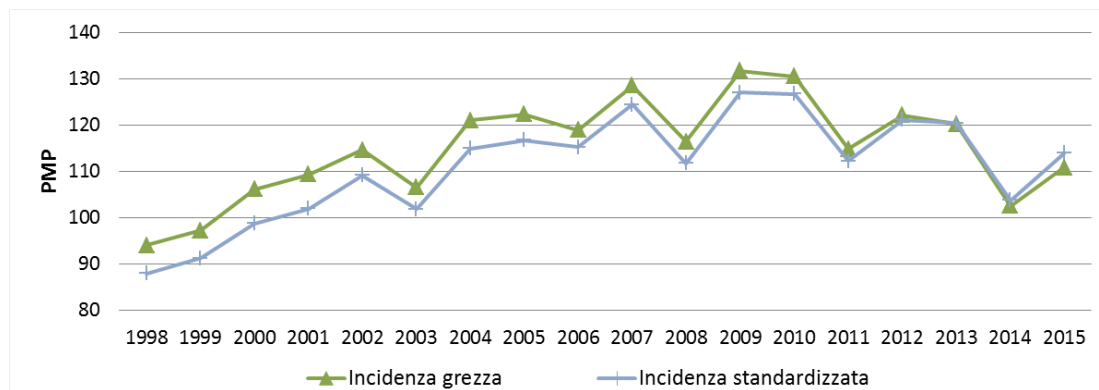
Il Registro delle Biopsie renali, che costituisce una sezione del RVDT, raccoglie i casi di MRC in cui è presente una diagnosi istologica, con particolare riguardo alle glomerulonefriti (GN) primitive. Le GN sono potenzialmente curabili e hanno registrato un'incidenza di circa 26 pazienti per milione (pmp) tra il 2004 e il 2015.

Nella maggior parte dei casi, la MRC è concomitante alle malattie cardiovascolari e al diabete e si presenta come malattia renale di origine vascolare e ipertensiva, tipologie ad oggi non curabili, ma prevenibili. Dai dati di incidenza del Registro di Dialisi e Trapianto, si colgono due risultati molto importanti: il rischio di entrare in dialisi aumenta per i nati dopo il 1945-1950 (periodo in cui sono cambiati gli stili di vita nel Veneto), ma nell'ultimo triennio sta diminuendo per effetto delle cure prestate.

Insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo

Nel 2015 hanno iniziato il trattamento renale sostitutivo (RRT) in emodialisi, dialisi peritoneale o trapianto 546 nuovi soggetti, con incidenza di 111 pmp, dato piuttosto stabile nel tempo (Figura 2.38). Il Veneto presenta un'incidenza più bassa rispetto alle altre regioni italiane.

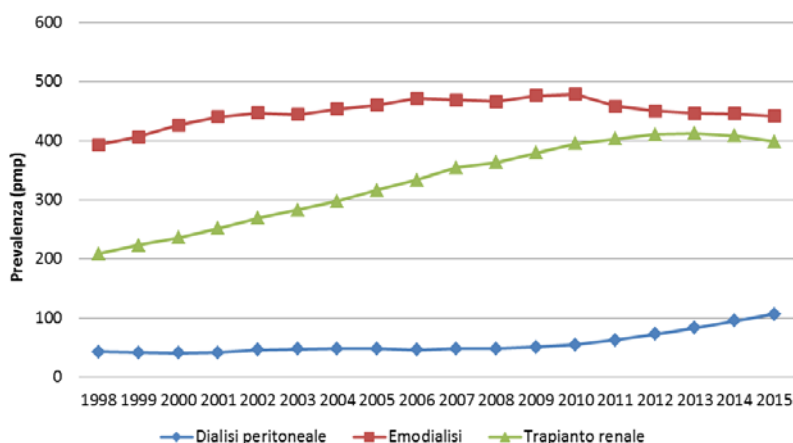
Figura 2.38 - Incidenza pmp, grezza e standardizzata per età, della malattia renale cronica in trattamento sostitutivo. Veneto, anni 1998-2015. Standardizzazione diretta (pop std: Italia, censimento 2011)



L'incidenza è proporzionale all'età: da 10 pmp nei soggetti con meno di 25 anni a oltre 350 pmp oltre i 75 anni. Le tipologie di malattia renale che più frequentemente portano alla dialisi sono la nefropatia vascolare, la nefropatia diabetica e le glomerulonefriti primitive, ma nella maggior parte dei casi non è possibile una diagnosi eziologica. Circa l'80% dei pazienti inizia il trattamento con l'emodialisi, il restante 20% con la dialisi peritoneale, mentre i pazienti che iniziano con un trapianto sono una quota marginale, anche se in aumento negli ultimi 5 anni. I pazienti in dialisi peritoneale e trapiantati godono in genere di uno stato di salute migliore.

Al 31/12/2015, la prevalenza in trattamento renale sostitutivo (dialisi e trapianto) in Veneto risultava di 966 pmp. La classe di età tra i 65 e 74 anni registra la prevalenza più elevata (circa 1500 pmp), superando anche quella dei pazienti over 75, gravata da maggiore mortalità. Il 47% dei pazienti è sottoposto ad emodialisi, il 42% è trapiantato di rene e il restante 11% è in dialisi peritoneale. La prevalenza di pazienti trapiantati è di circa 400 pmp, in leggera flessione negli ultimi anni (Figura 2.39).

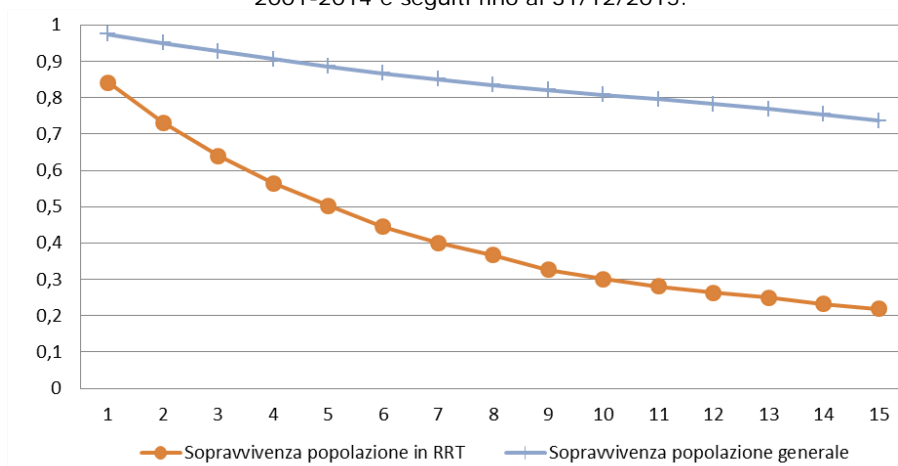
Figura 2.39 - Prevalenza a fine di ciascun anno, per malattia renale cronica in trattamento sostitutivo, per tipologia dell'ultimo trattamento ricevuto. Veneto, anni 1998-2015.



Confrontando con le altre regioni italiane, la prevalenza di trapiantati in Veneto è elevata: risulta appena inferiore a quella di Trentino-Alto Adige e Valle D'Aosta, ma, se si confronta il dato con quello di altri paesi europei, esso risulta appena accettabile. In molte nazioni europee, infatti, la prevalenza dei trapiantati supera i 500 pmp, con un picco di oltre 700 pmp in Spagna. Esiste, quindi, per il Veneto, un margine di circa 200 pmp in dialisi che potrebbero essere trapiantati. La differenza è fondamentalmente dovuta alle diverse legislazioni nazionali sulla donazione di organi.

La mortalità dei pazienti in terapia renale sostitutiva è di circa il 12% l'anno. Confrontando la sopravvivenza dei pazienti in trattamento sostitutivo con quella della popolazione del Veneto, essa risulta essere più bassa del 49% dopo 5 anni e del 70% a 15 anni (Figura 2.40).

Figura 2.40 - Sopravvivenza della popolazione del Veneto e dei pazienti in trattamento renale sostitutivo, per anni trascorsi dall'inizio del trattamento sostitutivo. Pazienti in trattamento sostitutivo arruolati in Veneto nel 2001-2014 e seguiti fino al 31/12/2015.



Approfondimenti

Gambaro G, Yabarek T, Graziani M et al. Prevalence of MRC in northeastern Italy: results of the INCIPE study and comparison with NHANES. Clin J Am Soc Nephrol 2010; 5: 1946–1953.

De Nicola L, Donfrancesco C., Minutolo R et al. Epidemiologia della MRC in Italia: stato dell'arte e contributo dello studio CHARES. G Ital Nefrol 2011; 28: 401 – 407.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 283 del 14 marzo 2017](#). Recepimento dell'Accordo, ai sensi degli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul "Documento di indirizzo per la Malattia Renale Cronica" (rep. atti 101/CSR del 5 agosto 2014)

[Registro Italiano di dialisi e trapianto \(RIDT\) – Report 2014](#)

[ERA-EDTA Registry Annual Report 2014](#). Academic Medical Center, Department of Medical Informatics, Amsterdam, the Netherlands, 2016.

Recapiti per ulteriori informazioni

Registro Veneto di Dialisi e Trapianto
 Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
 Telefono: 049 8778257 - Fax: 049 8778235
 e-mail: maurizio.nordio@regione.veneto.it

2.9 Salute materno-infantile

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

Il Piano Socio Sanitario individua e riconosce, in diverse sezioni, tematiche sottoposte alla cura del Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica, attestando la rilevanza di attività che influenzano trasversalmente diversi ambiti di intervento. Tali attività si esplicano attraverso una rete di servizi offerti nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, territoriale e servizi integrati tra le due realtà. L'obiettivo è di rispondere ai bisogni di salute della popolazione e dei diversi gruppi di popolazione, ciascuno con le proprie specificità, attuando interventi assistenziali adeguati per le diverse fasi della vita, supportando quindi la salute materno-infantile fin dalle prime fasi della gravidanza, alla nascita e nelle fasi successive dello sviluppo, coinvolgendo in modo trasversale realtà ospedaliere e territoriali, a seconda dei bisogni. Alla luce inoltre dei cambiamenti socio-culturali in atto e dell'aumento del numero di famiglie multiproblematiche con potenziale bassa soglia di vulnerabilità sono previste strutture con competenze e strumenti specifici che, nell'ambito della tutela della salute del minore e della sua famiglia, divengono punti di riferimento per la diagnosi, la presa in carico, il monitoraggio, e la prevenzione, nell'ambito di un regime di forte integrazione socio-sanitaria che sia quindi trait d'union tra le famiglie, i servizi e la Comunità.

Quadro di sintesi

In Veneto è attiva una qualificata rete di servizi ospedalieri e territoriali che garantisce assistenza e supporto a tutela della salute materno infantile, con 37 Punti nascita, approvata a livello nazionale in termini di organizzazione e qualità assistenziale.

Il parto avviene nel 26% dei casi mediante taglio cesareo, valore che colloca la nostra regione in posizione largamente inferiore alla media nazionale; esiste un'importante variabilità per Punto nascita nel ricorso alla diagnosi prenatale (circa 16% in media), e circa 1/5 delle indagini interessa donne in età inferiore a quella considerata a rischio. Il ricorso alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) riguarda il 2,3% dei parti. Prematurità e basso peso mantengono un peso percentuale costante, tra i più bassi riportati in letteratura.

La rete dei servizi integrati ospedaliero-territoriali dedicati al percorso nascita presenta buoni esiti in salute confrontata con le altre reti regionali.

Un problema in crescita, in parte dovuto alla crisi economica, è l'aumento delle famiglie in crisi con comportamento trascuranti o maltrattanti verso i minori, che rappresentano un altissimo rischio per la loro salute attuale ed evolutiva. La Regione ha attiva da tempo una rete di assistenza con un hub regionale dedicato alla diagnostica e dei centri provinciali alla riabilitazione che è attivo e competente nell'identificare i problemi e orientare la presa in carico multidisciplinare del bambino e della sua famiglia.

Fecondità

L'andamento delle nascite in Veneto è stato caratterizzato dal precipitare del numero dei nati dagli anni '70 fino alla metà degli anni '80, cui ha fatto seguito una progressiva crescita a partire dal 1987, e, solo negli anni recenti, dal 2009, una flessione del numero dei nati (Figura 2.41). Più fattori concorrono a determinare il recente decremento, certamente i più importanti sono rappresentati dalla crisi economica e dalla diminuzione del numero delle potenziali madri, in quanto nate durante il periodo di minimo storico. Ci si può ragionevolmente attendere una futura ripresa della natalità durante i prossimi anni, quando si presenteranno, all'età di maggior fecondità, le coorti di donne, più

numerose, nate alla fine degli anni '80.

Dopo l'incremento rilevante delle nascite da straniere registrato dal 2002 al 2009 (+131%), a partire dal 2010 la crescita in termini percentuali di parti da immigrate è stata più contenuta. Nel 2015 i parti da straniere hanno rappresentato il 29% dei parti in Veneto (Figura 2.42). Nonostante il contributo delle donne straniere alle nascite in Veneto rimanga dunque importante, dal 2011 si osserva anche per i parti da straniere una riduzione nel numero assoluto, passando da 12.280 a 10.863 unità.

Figura 2.41 - Nati vivi in Veneto, 1975-2015

(Fonte: ISTAT; Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)

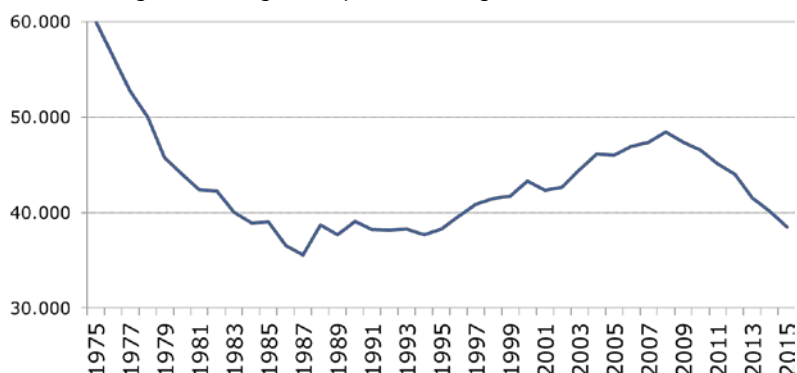
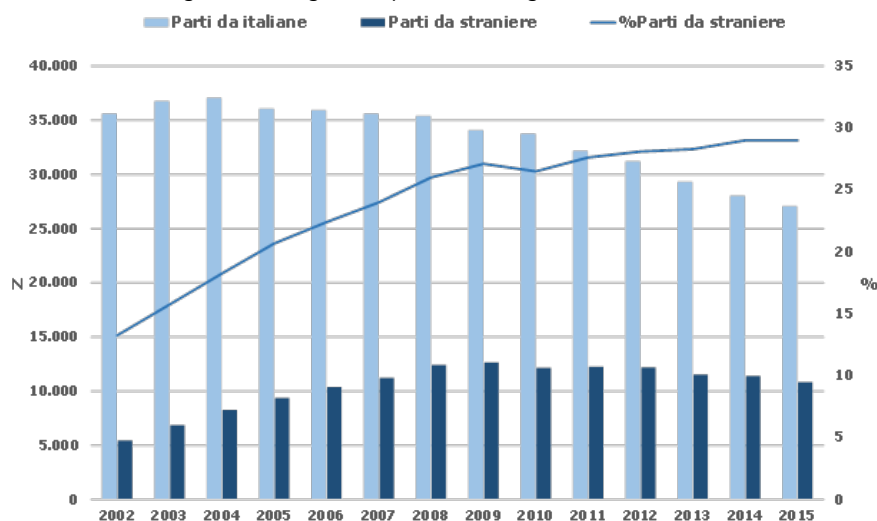


Figura 2.42 – N° di parti per cittadinanza, Veneto, 2002-2015

(Fonte: ISTAT; Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)



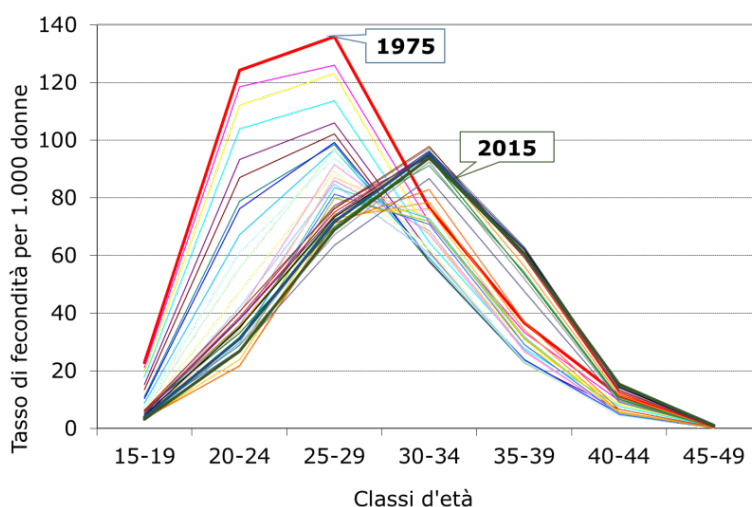
Nel 2015 le donne in età fertile ammontano a 1.084.080, dalle quali si registrano circa 49.056 gravidanze, 37.967 parti e 38.610 nati.

Il numero medio di figli per donna è pari a 1,35, in leggero calo rispetto al 2014 (1,37), e in linea con il dato nazionale. Verona e Padova si confermano le provincie con il quoziente di natalità (rispettivamente 9,2 e 8,5 per 1.000) e di fecondità (rispettivamente 41,7 e 38,7 per 1.000) più elevati, anche se in discesa rispetto allo scorso anno, mentre Rovigo registra i valori più bassi della Regione.

L'età media al parto è per il Veneto di 32 anni. Il 69% dei parti riguarda donne con età pari o superiore ai 30 anni, in particolare una madre su tre ha 35 anni o più. Negli ultimi dodici anni la percentuale di parti da donne over 35 anni è passato gradualmente dal 25% (2002) al 35% (2015), in particolare è più che raddoppiata la percentuale dei parti

per la fascia d'età 40-44 anni rappresentata dal 3,5% dei parti nel 2002 e dal 8,4% nel 2015. Rimane invece costante nel tempo la percentuale di parti da minorenni (0,2%). La Figura 2.43 riporta la distribuzione dei tassi di fecondità specifici per età dal 1975 al 2015. Risulta evidente come nell'arco di questi quarant'anni l'intervallo delle età più feconde si sia spostato dai 20-30 ai 25-35 anni, e contemporaneamente si sia abbassato il picco del tasso di fecondità, passato da un massimo di 135,9 per 1000 donne della classe 25-29 nell'anno 1975, ad un massimo di 93,8 per la classe 30-34 nell'anno 2015. Viene evidenziato l'incremento nel tempo della fecondità per la classe 40-44 anni. Le italiane affrontano il primo parto ad età più avanzata rispetto alle straniere, in particolare un'italiana primipara su 2 ha un'età superiore a 32 anni, mentre due terzi delle straniere dà alla luce il primo figlio sotto i 30 anni.

Figura 2.43 - Tassi di fecondità specifici per età. Veneto, 1975-2015
 (Fonte: ISTAT; Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)



Gravidanza, parto e nascita

Attualmente il 25,6% dei parti avviene mediante il taglio cesareo con un'importante variabilità tra Punti nascita (Figura 2.44), ma comunque in diminuzione nel tempo (Figura 2.45).

Figura 2.44 - Punti nascita per n° parti e % di cesarei. Veneto, 2015
 (Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)

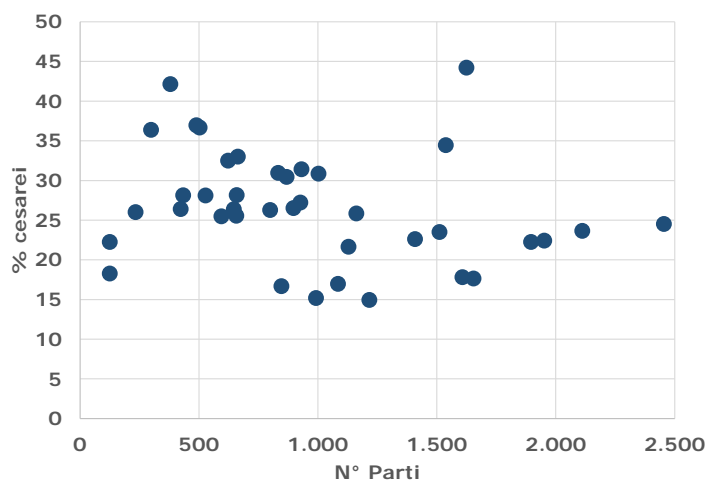
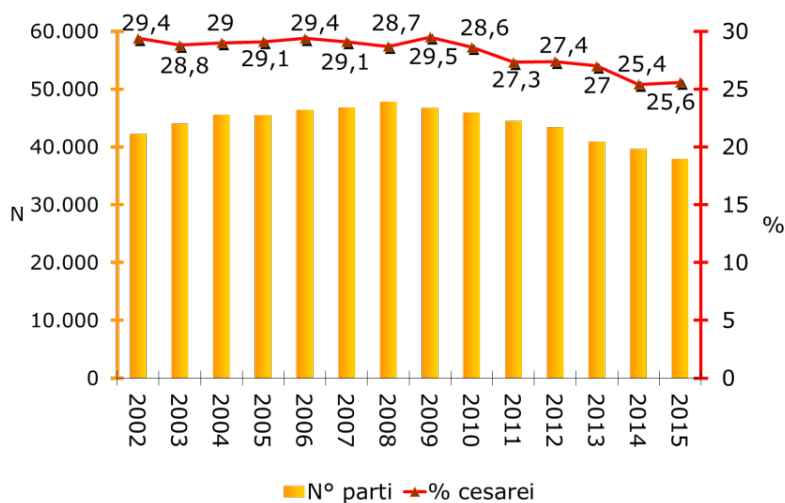


Figura 2.45 - N° di parti percentuale di cesarei. Veneto, anni 2002-2015
(Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)



L'Accordo Stato-Regioni del 2010 prevedeva l'adozione di procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto: in Veneto un parto vaginale su tre avviene in parto analgesia (Tabella 2.16).

Tabella 2.16 - Distribuzione parti vaginali con controllo del dolore per tipo di tecnica di controllo del dolore. Veneto, Anno 2015. (Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)

TIPOLOGIA DI CONTROLLO DEL DOLORE	N
Analgesia epidurale	3.947
Analgesia spinale	227
Analgesia combinata epidurale/spinale	491
Analgesia farmacologica enterale/parentale	42
Analgesia inalatoria (protossido)	630
Agopuntura	5
Blocco del nervo pudendo (solo se pre-parto)	5
Blocco paracervicale	2
Ipnosi	0
Travaglio/parto in acqua	843
Più metodi combinati	498
Altri metodi	2.165
Totale	8.855

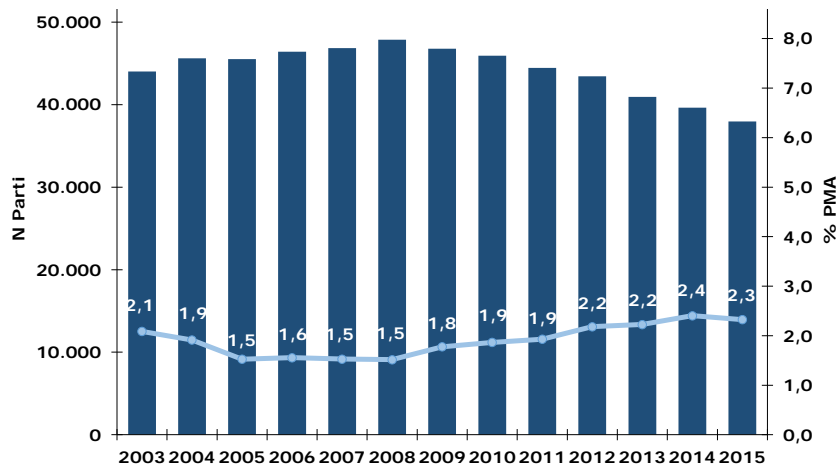
Altri importanti aspetti di rilievo che interessano il percorso nascita, comprendono il ricorso alla PMA e la diagnostica prenatale invasiva.

Nel 2015, 883 donne hanno dato alla luce un nato in seguito a procreazione medicalmente assistita (PMA), pari al 2,3% dei parti (Figura 2.46). Nell'arco di tempo osservato, la percentuale di parti da PMA ha ripreso gradualmente a crescere. I nati da PMA, sia singoli che plurimi, presentano rischi maggiori di prematurità e basso peso alla nascita: il 2,2% vs lo 0,8% dei nati singoli e il 15,5% vs il 8,8% dei nati plurimi nasce prima delle 32 settimane gestazionali, mentre il 2,0% vs lo 0,7% dei nati singoli ed il 15,2% vs 8,5% dei plurimi nasce con peso inferiore ai 1.500 grammi.

Il ricorso alla diagnostica prenatale riguarda il 16% dei parti e circa un quinto delle indagini interessa donne in età inferiore a quella considerata a rischio (35 anni).

Nel tempo il ricorso all'amniocentesi, tecnica invasiva più frequente fino al 2013, è andato rapidamente riducendosi (68,3% nel 2003, 48,6% nel 2015), a favore, invece, del solo prelievo dei villi coriali passati dal 28% (2003) all'attuale 48,6% (2015).

Figura 2.46 - Parti e percentuale di parti in seguito al ricorso alla PMA. Veneto, anni 2003-2015.
(Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)



Prematurità e basso peso

La prematurità e il basso peso costituiscono importanti indicatori di salute, in quanto esprimono, da una parte le condizioni della salute riproduttiva e, contemporaneamente, rappresentano un indicatore di bisogno di cure neonatali intensive, in particolare per le bassissime età gestazionali, e di cure complesse nei periodi successivi per coloro che sopravvivono.

Negli anni la percentuale di nati pretermine rimane costante (7% sotto le 37 settimane di gestazione, 0,4% sotto le 28 settimane e 0,7% tra le 31 e le 28 settimane) e tra le più basse riportate in letteratura, testimoniando l'ottimo livello dei servizi sanitari nella nostra Regione, oltre che il buon livello di condizione socio-economica dei presenti. Anche la percentuale di basso peso è estremamente contenuta rispetto all'atteso.

Natimortalità

La natimortalità in Veneto è pari a 2,8 per 1.000 nati nel 2015: valore tra i più bassi registrati negli ultimi trent'anni.

Per poter confrontare i valori di natimortalità della nostra Regione con quelli nazionali, dobbiamo riferirci al 2014, ultimo anno disponibile dalle statistiche nazionali tratte dal flusso Cedap (Certificato di Assistenza al Parto) da cui emerge che i valori registrati nella nostra Regione sono perfettamente sovrapponibili ai dati nazionali (2,7 vs 2,7 per 1.000). L'analisi dei trend storici ha permesso di confermare per gli anni dal 2002 al 2015 una stabilità dei valori veneti, calcolati a partire dai dati Cedap, con oscillazioni comprese da un massimo di 3,1 (2002) ad un minimo di 2,6 per 1.000 nati (2013).

Ospedalizzazione da 0 a 18 anni

Nella rete ospedaliera regionale sono presenti 38 unità operative dedicate ai minori, unità che possono essere chiamate "i luoghi dell'ospedale per i bambini". Di queste 38 unità operative, 32 sono reparti di Pediatria.

Il tasso stimato di ricovero per i pazienti 0-18 anni per il 2015 è pari a 47,4 per 1.000 residenti. Tuttavia, se si tiene presente che la quasi totalità delle nascite avviene in ospedale, il tasso stimato di ospedalizzazione complessivo, cioè comprensivo anche dei nati, sale a 89,5 per 1.000 residenti.

La distribuzione dei ricoveri dei residenti per età presenta, come per gli anni passati, un picco di ricoveri nel corso del primo anno di vita, seguito da una rapida discesa che si arresta entro il secondo anno di vita per poi riprendere, meno accentuata, fino al settimo anno di età, al quale fa seguito un plateau che tende ad innalzarsi dopo il 13° anno di età. Il numero dei ricoveri è costantemente più elevato per i maschi rispetto alle femmine.

Il tasso stimato di ospedalizzazione per Azienda ULSS di residenza per la fascia d'età 0-18 anni compresi i ricoveri per nascita mostra fluttuazioni attorno al dato medio regionale, dal momento che si osservano valori di minimo pari a 72,1 per 1.000, per i residenti nell'ULSS 10 Veneto Orientale, e valori di massimo pari a 114,2 per 1.000 in corrispondenza dell'Azienda ULSS 20 Verona. In generale, i valori più alti di ospedalizzazione si osservano per due (Azienda ULSS 20 e 22) delle tre Aziende ULSS appartenenti alla provincia di Verona (Azienda ULSS 20, 21 e 22).

I tassi stimati di ricovero calcolati escludendo il ricovero per nascita confermano quanto osservato per i tassi calcolati su tutti i ricoveri: Bussolengo e Verona presentano i tassi di ricovero più alti, mentre l'Alto Vicentino si distingue per il tasso più basso.

La rete ospedaliera veneta serve anche una quota di popolazione non residente: gli Ospedali Veneti esercitano, infatti, un'importante effetto di attrazione nei confronti di altre Regioni italiane.

Confrontando i ricoveri ordinari tra residenti e non residenti in Regione, escludendo i ricoveri con diagnosi principale di ricorso ai servizi sanitari (si tratta nel 96% di ricoveri per nascita), emergono differenze sostanziali tra le diagnosi che hanno causato il ricovero: i Veneti vengono ricoverati principalmente per condizioni morbose di origine perinatale (20%), malattie dell'apparato respiratorio (13%), traumatismi (11%) e malattie dell'apparato digerente (9%); i residenti fuori regione per malattie del sistema nervoso (13%), malformazioni congenite (14%), e traumatismi (11%).

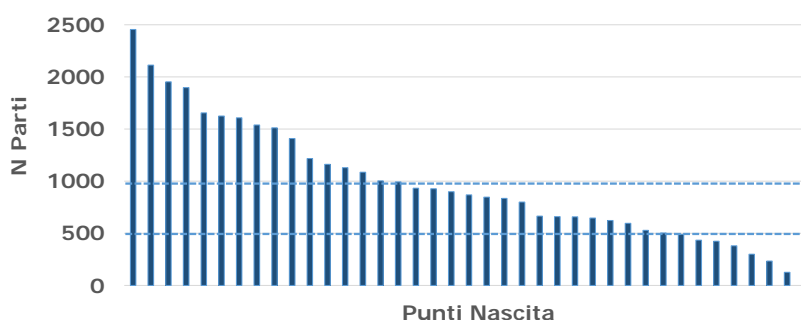
Analizzando ricoveri ordinari per reparto di dimissione, compresi i ricoveri di nascita, si osserva che il nido assorbe il 51% dei ricoveri, mentre la Pediatria costituisce il secondo reparto di dimissione con il 23% circa dei ricoveri 0-18 anni.

Il percorso nascita: i servizi e gli esiti in salute

L'assistenza durante tutto il percorso nascita viene garantita attraverso una rete integrata di Servizi Ospedalieri e Territoriali. Le Unità operative materno infantili sono attive da molti anni in tutte le Aziende Sanitarie, e sono articolate, al loro interno, in numerosi servizi dedicati alla famiglia e ai minori. Esiste una qualificata rete che conta oggi 37 Punti nascita e più di 100 Consultori familiari.

Il PSSR 2012-2016 ha previsto la riorganizzazione della rete dei Punti nascita, tenendo a riferimento i contenuti dell'accordo Stato-Regioni del 2010. In relazione a quanto predisposto da tale Accordo, la situazione della rete attuale del Veneto vede la presenza di 13 punti nascita con più di 1.000 parti, 8 Punti nascita al di sotto di 500 parti e 16 Punti nascita da 500 a 1.000 parti. Tale rete regionale è stata approvata dal Tavolo nazionale sui LEA e dalla Commissione nazionale percorso nascita.

Figura 2.47 - Distribuzione dei punti nascita per numero di parti. Veneto, anno 2015
(Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)



L'area materno infantile è stata caratterizzata negli ultimi decenni da profondi cambiamenti culturali, epidemiologici, nell'offerta di servizi e nella disponibilità di nuove tecnologie. La tendenza a posticipare l'inizio della vita riproduttiva, con un recupero di fecondità in età matura, il ricorso a tecniche di riproduzione assistita, accompagnati dalla riduzione ai minimi storici della mortalità perinatale, neonatale ed infantile nonché della mortalità materna sono solo alcuni degli aspetti più significativi di tali cambiamenti.

Questi importanti mutamenti nell'area materno infantile comportano la necessità di un monitoraggio degli esiti materni e neonatali mediante opportuni indicatori. In Italia già nel 2000 il POMI (Progetto obiettivo materno-infantile) suggeriva numerosi indicatori destinati a descrivere il Percorso nascita.

La scelta di indicatori adeguati è determinante per la corretta valutazione dei fenomeni: troppo spesso solo alcuni indicatori sono stati privilegiati, in quanto considerati sufficientemente rappresentativi delle complesse problematiche che caratterizzano l'ambito materno infantile, primo fra tutti il tasso di cesarei come descrittore dell'eccessiva medicalizzazione o il numero di parti per punto nascita come indicatore di qualità dell'assistenza. Per questo motivo, nell'ambito della valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento delle Aziende per l'anno 2016 (DGR n. 2072 del 30 dicembre 2015), sono stati introdotti alcuni nuovi indicatori relativi all'area materno-infantile: cesarei primari, Adverse Outcome Index (AOI) e tasso di ricoveri di minori in reparti per adulti. La percentuale di cesarei primari calcola la quota di cesarei in donne primipare o pluripare, non precesarizzate, mentre l'indicatore sintetico AOI fornisce la percentuale di parti con almeno uno degli eventi avversi materni e neonatali considerati (Figura 2.48); infine, l'ultimo indicatore, calcolato per classi di età, consente di valutare i ricoveri di minori in reparti medici o intensivi per adulti.

Figura 2.48 - Elenco eventi avversi per il calcolo dell'indicatore AOI

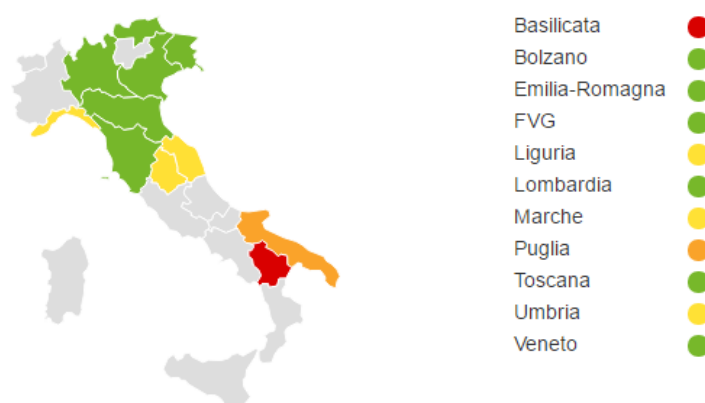
ESITI MATERNI	ESITI NATO
Morte materna	Morte intraparto, morte neonatale (<i>nati</i> >=2500 grammi, senza anomalie congenite o idrope fetale)
Rottura uterina	Trauma ostetrico (nato)
Ricovero materno in cure intensive	Ricovero nato in cure intensive (<i>nati</i> >=2500 grammi, senza anomalie congenite o idrope fetale)
Intervento chirurgico (nel ricovero per parto o entro 30 g)	Apgar <7 al 5° min (<i>nati</i> >=2500 grammi, senza anomalie congenite o idrope fetale)
Trasfusione materna	
Lacerazioni di III° e IV° grado	

In Veneto nel 2016 l'indicatore cesarei primari risulta pari a 18,8%, ma assume valori per struttura che variano dall'8,9% al 34%, mentre l'indicatore AOI assume un valore pari al 5,2% nel 2016 con picchi massimi pari a 14,9% e minimi di 0,6%.

Durante il periodo di valutazione, è possibile mettere in luce dei processi di miglioramento continuo da parte dei servizi dei Punti nascita regionali: 9 punti nascita sono riusciti ad abbassare il valore di entrambi gli indicatori; 7, con valori nel 2015 per l'indicatore cesarei primari al di sotto del 20%, hanno aumentato leggermente i cesarei ottenendo però una riduzione della percentuale di eventi avversi; viceversa 7 punti nascita con percentuali di cesarei primari sopra il 20%, hanno ridotto il valore per questo indicatore a scapito di un leggero aumento dell'indicatore AOI che per tutti questi punti nascita, ad eccezione di uno, si mantiene comunque al di sotto della soglia del 5%.

Anche nell'ambito del Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali (Progetto Bersaglio), il Veneto ha ottenuto per l'area materno-infantile una buona valutazione.

Figura 2.49 - Bersaglio 2016 indicatore C7 materno infantile.



Famiglie in crisi e maltrattamento ai minori

In Italia 5 bambini ogni 1.000 sono maltrattati e ogni anno se ne aggiunge 1 ogni 800. Tutti i diversi tipi di maltrattamento (trascuratezza, abuso fisico, sessuale, psico-emozionale e forme peculiari) determinano un danno globale dello sviluppo che va a interagire, indipendentemente dall'azione maltrattante, con la maturazione fisica del bambino, lo sviluppo psichico, le competenze cognitive, sociali e relazionali, creando esiti che permangono per tutta la vita.

In Veneto, nel contesto dei servizi dedicati ai minori, è attiva una rete assistenziale di prevenzione, contrasto e presa in carico delle situazioni di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale dei minori, con il Centro per la Diagnostica del Bambino Maltrattato-Unità di Crisi per Bambini e Famiglie, istituito con DGR N. 2989 del 22.09.2000 presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, come servizio diagnostico specialistico di riferimento dell'intera rete regionale di assistenza ospedaliera e dei servizi territoriali socio-sanitari di cure primarie rivolti all'età pediatrica.

L'attività assistenziale svolta è orientata alla diagnosi di patologia e di danno attuale e futuro dovuto al maltrattamento e all'abuso, con il fine di orientare la gestione del

paziente e la definizione del piano assistenziale e l'eventuale prevenzione di danni secondari futuri.

Il Centro è stato il primo in Italia ad entrare in funzione con queste caratteristiche. Negli ultimi tre anni più Regioni hanno deciso con atti formali di costituire una simile struttura e una rete simile a quella veneta: tutte hanno chiesto la formazione e supervisione del centro di Padova (Regioni Puglia, Liguria, Lombardia, Umbria).

Inoltre, è stato compreso nella rete nazionale dei centri di eccellenza ospedalieri per la diagnosi e cura dei casi, con l'Ospedale Meyer di Firenze, l'Ospedale Regina Margherita di Torino, il Policlinico di Bari e la Clinica Mangiagalli di Milano.

Il Centro rappresenta un esempio concreto di completa integrazione di interventi sanitari di alta tecnologia e specializzazione con aspetti psicologici, sociali, giuridici e di tutela. Grazie a questa organizzazione interna all'ospedale e alla rete nei servizi socio-sanitari veneti, le prese in carico garantiscono precocità e rapidità di intervento, complessità di azione e continuità assistenziale, limitando i rinvii e gli "abbandoni". Il contatto con altre realtà ospedaliere ha portato anche in altre Regioni una simile volontà programmatica che ha generato strutture simili a quella padovana, che aprono nuove possibilità di ricerca epidemiologica e biologica in quest'ambito.

Con un bacino d'utenza nominalmente regionale ma nella pratica anche extraregionale, dalla propria attivazione nel gennaio 2008, il Centro ha prestato cure e assistenza ad oltre 900 minori di età compresa tra zero e 18 anni, aventi un'età media di poco più di 6 anni. Dal 2011 il Centro ha eseguito più di 100 ricoveri specifici di maltrattamento per un totale 2.200 giornate di degenza.

L'impatto distruttivo del maltrattamento sulla sopravvivenza, salute, sviluppo e dignità del minore richiede in modo imperativo un impegno programmatico di prevenzione attraverso interventi di sostegno alla genitorialità fin dalla gravidanza e durante i primi anni di vita del bambino, campagne educative specifiche (es. campagna di prevenzione della Shaken Baby Syndrome) e tramite la formazione degli operatori anche con l'obiettivo di effettuare diagnosi sempre più tempestive.

Approfondimenti

Facchin P. et al., Rapporto tecnico Attività 2016. Registro Nascite, Regione Veneto.

Facchin P. et al., Rapporto tecnico Attività 2016. Programma Regionale della Patologia in Età Pediatrica, Regione Veneto

[Maltrattamento e abuso sui bambini: una questione di salute pubblica, indagine nazionale sull'attività diagnostica del fenomeno delle eccellenze ospedaliere di: Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana e Puglia.](#) Terre des hommes, 2016.

[Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto \(CeDAP\) Analisi dell'evento nascita - Anno 2014](#)

Recapiti per ulteriori informazioni

Programma regionale per la Patologia in Età Pediatrica
via Donà 11, 35129 Padova
Telefono: 049 8215700
e-mail: registronascita@regione.veneto.it

2.10 Malattie professionali e infortuni sul lavoro

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

Promozione della salute e prevenzione delle malattie. Aree prioritarie di intervento. Prevenire gli eventi infortunistici in ambito lavorativo e le patologie lavoro-correlate e Prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici (Paragrafo 3.4.1. pag. 90).

Quadro di sintesi

Il quadro economico generale, che si è delineato negli ultimi anni, non è sostanzialmente mutato nonostante alcuni timidi e incostanti accenni di ripresa dopo la crisi del 2008. Il numero di infortuni sul lavoro è ancora in progressiva riduzione; accanto ad un'effettiva riduzione del rischio di infortuni per molteplici fattori di tipo organizzativo, connessi al contesto produttivo e alla maggiore attenzione alla prevenzione da parte delle imprese, continua la riduzione del numero di infortuni dovuta alla riduzione della produzione manifatturiera e alla crisi del settore delle costruzioni; è in continuo aumento (già dal 2000) anche la tendenza a non denunciare gli infortuni più lievi. Le malattie professionali denunciate si sono stabilizzate dopo un aumento dovuto per lo più al recupero di casi non segnalati in precedenza e alle modifiche apportate alle tabelle delle malattie indennizzate. In ogni caso le malattie sono ancora largamente sotto notificate e vi sono ampi spazi per migliorare la conoscenza del fenomeno.

Anche se nel lungo periodo vi è un trend netto e costante in riduzione degli infortuni sul lavoro e le condizioni di esposizione a fattori di rischio professionali sono migliorate, permane un elevato numero di persone che vivono in condizione di disabilità totale o parziale negli anni successivi ad un infortunio sul lavoro o ad una malattia professionale.

Secondo dati INAIL relativi al Veneto, aggiornati al 31 dicembre 2016, sono 48.532 (erano 49.391 al 31/12/2015 e 52.628 al 31/12/2012) i lavoratori (o gli eredi in caso di morte) titolari di rendita per lesioni permanenti, di cui 42.843 maschi e 5.689 femmine. Questi dati non rappresentano tuttavia l'interezza del fenomeno poiché non considerano i danni permanenti al di sotto della soglia di indennizzabilità (10% fino al 2000, 5% dopo il DLgs 38/2000 che ha introdotto il danno biologico) e le lesioni minori indennizzabili ma liquidate in capitale senza costituzione di rendita; queste due situazioni, anche se per lesioni meno gravi, sono numericamente superiori ai valori sopra riportati. Al danno alla salute deve aggiungersi il danno economico costituito dai costi diretti e indiretti dell'infortunio o della malattia professionale che gravano sulla società e sull'azienda.

Infortuni sul Lavoro

L'obiettivo della riduzione degli infortuni più gravi, condiviso dagli stati membri della Comunità Europea, è stato recepito dal Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 e fatto proprio dal Piano Regionale di Prevenzione della Regione del Veneto che ha sviluppato diversi progetti su questo tema.

Allo stato attuale si evidenzia una netta riduzione del numero di infortuni totali e dei relativi tassi di incidenza; tuttavia, ad una più attenta analisi, emergono alcuni elementi che inducono a valutare con prudenza l'ipotesi che questo dato sia dovuto ad un miglioramento delle condizioni di sicurezza nei luoghi di lavoro. Le variazioni rapide sono più verosimilmente connesse all'andamento economico mentre, nel lungo periodo, si

possono osservare cambiamenti dovuti ad una diversa distribuzione delle attività a rischio (aumento del terziario e delocalizzazione delle attività manifatturiere), al miglioramento delle tecnologie produttive (automazione) e all'applicazione della normativa sulla sicurezza. A questi miglioramenti effettivi si devono aggiungere le riduzioni apparenti del numero di infortuni (sottonotifica dei casi lievi) o dei tassi di incidenza (contemporanea riduzione del numero di infortuni e scarsa rispondenza alla realtà della stima dei lavoratori esposti, calcolata sulla base del monte salariale erogato e usata al denominatore del tasso di incidenza che, non sempre, corrisponde all'effettiva riduzione della produzione in periodi di crisi). Per analizzare questi complessi fenomeni non è sufficiente utilizzare un solo indicatore ma è necessario considerare in modo integrato le diverse informazioni.

In Tabella 2.17 sono riportati gli infortuni definiti positivamente in occasione di lavoro, quindi ad esclusione di quelli avvenuti a sportivi, studenti, colf, badanti e in itinere. Gli infortuni gravi sono quelli con prognosi superiore ai 40 giorni o invalidanti o mortali.

Tabella 2.17 - Infortuni in occasione di lavoro definiti positivamente dall'INAIL. Veneto, 2010-2015.
(Fonte: Flussi Inail-Regioni)

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTALE
VERONA	Totale	9.914	9.212	8.432	7.865	7.541	7.198	50.162
	Prognosi>40gg + invalidanti+ mortali	1.976	1.944	1.800	1.793	1.738	1.665	10.916
	% infortuni gravi sul totale	20%	21%	21%	23%	23%	23%	22%
VICENZA	Totale	9.034	8.254	7.237	6.759	6.450	6.311	44.045
	Prognosi>40gg + invalidanti+ mortali	2.021	1.823	1.701	1.627	1.621	1.494	10.287
	% infortuni gravi sul totale	22%	22%	23%	24%	25%	24%	23%
BELLUNO	Totale	1.892	1.770	1.571	1.518	1.354	1.233	9.338
	Prognosi>40gg + invalidanti+ mortali	433	440	384	382	343	302	2.284
	% infortuni gravi sul totale	23%	25%	24%	25%	25%	24%	24%
TREVISO	Totale	8.812	7.940	7.032	6.193	6.154	5.790	41.921
	Prognosi>40gg + invalidanti+ mortali	2.233	1.922	1.727	1.640	1.702	1.526	10.750
	% infortuni gravi sul totale	25%	24%	25%	26%	28%	26%	26%
VENEZIA	Totale	7.415	6.973	6.035	5.800	5.823	5.571	37.617
	Prognosi>40gg + invalidanti+ mortali	1.808	1.707	1.422	1.501	1.552	1.405	9.395
	% infortuni gravi sul totale	24%	25%	24%	26%	27%	25%	25%
PADOVA	Totale	8.367	7.746	6.818	6.413	6.124	5.857	41.325
	Prognosi>40gg + invalidanti+ mortali	1.908	1.760	1.620	1.546	1.554	1.378	9.766
	% infortuni gravi sul totale	23%	23%	24%	24%	25%	23%	24%
ROVIGO	Totale	1.949	1.739	1.568	1.514	1.434	1.302	9.506
	Prognosi>40gg + invalidanti+ mortali	452	442	445	421	400	351	2.511
	% infortuni gravi sul totale	23%	25%	28%	28%	28%	27%	26%
VENETO	Totale	47.383	43.634	38.693	36.062	34.880	33.262	233.914
	Prognosi>40gg + invalidanti+ mortali	10.831	10.038	9.099	8.910	8.910	8.121	55.909
	% infortuni gravi sul totale	23%	23%	23%	25%	25%	24%	24%

Dal 2010 al 2015 c'è una riduzione degli infortuni del 30% (Tabella 2.17 e Figura 2.50). Le riduzioni maggiori si registrano per le province di Belluno e Treviso (circa 35% e 34% rispettivamente), ma la percentuale di infortuni gravi sul totale tende ad aumentare (Figura 2.51). È da tener presente che la definizione dei casi gravi per il 2015 è ancora incompleta, pertanto tali infortuni potrebbero essere sottostimati. La loro riduzione di

minor grado (aumento in percentuale), sembra confermare il notevole ruolo della sottonotifica dei casi lievi nella riduzione totale degli infortuni; sembra tuttavia in atto un trend in riduzione anche dei casi gravi che, se confermato nei successivi aggiornamenti, indicherebbe un positivo effetto di abbattimento del rischio. L'analisi più approfondita degli indicatori consente di evidenziare l'agricoltura e l'edilizia come i due settori produttivi in cui è maggiore il rischio di infortuni gravi anche se negli ultimi due anni la notevole diminuzione di attività in edilizia ha ridotto anche gli infortuni. Le modalità di accadimento più coinvolte nei casi gravi (escludendo gli incidenti stradali sia in itinere sia in orario di lavoro) sono le cadute dall'alto, la caduta dall'alto di oggetti pesanti, il ribaltamento dei trattori agricoli, lo schiacciamento fra automezzi o parti di macchine. Anche le piccole dimensioni aziendali (in particolare per quanto riguarda i lavoratori autonomi) e l'esecuzione di lavori estemporanei sembrano essere correlate con il maggior rischio di infortuni. La disponibilità dei dati INAIL, trasmessi alle Regioni e alle ASL nell'ambito dei Flussi Informativi Inail Regioni, consentono di indirizzare la programmazione regionale e locale verso le situazioni e le aziende a maggior rischio.

Figura 2.50 – Infortuni in occasione di lavoro definiti positivamente dall'INAIL. Veneto, 2010-2015. (Fonte: FLUSSI INAIL – Regioni)

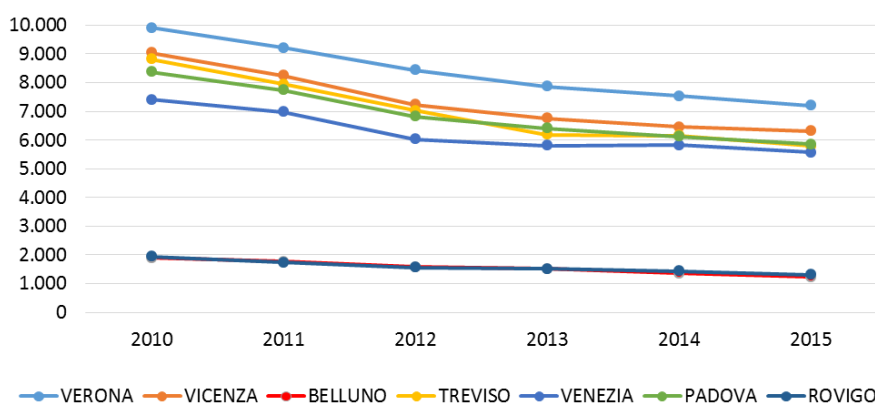
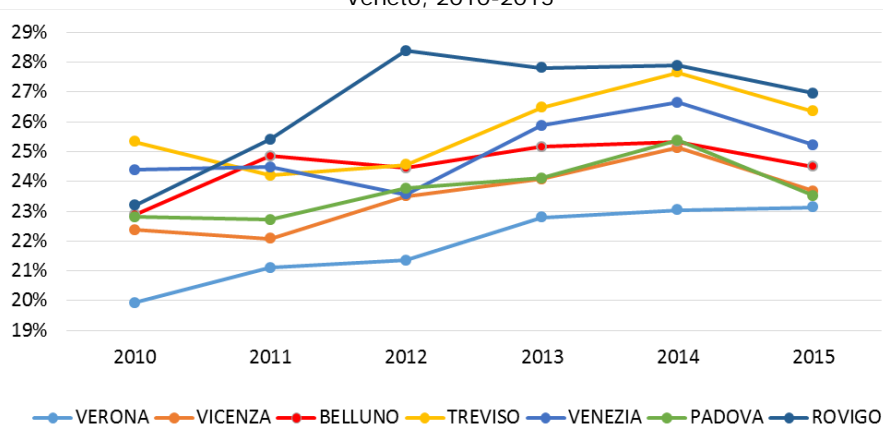


Figura 2.51 – Percentuale infortuni con prognosi > 40 gg o invalidanti o mortali su riconosciuti. Veneto, 2010-2015

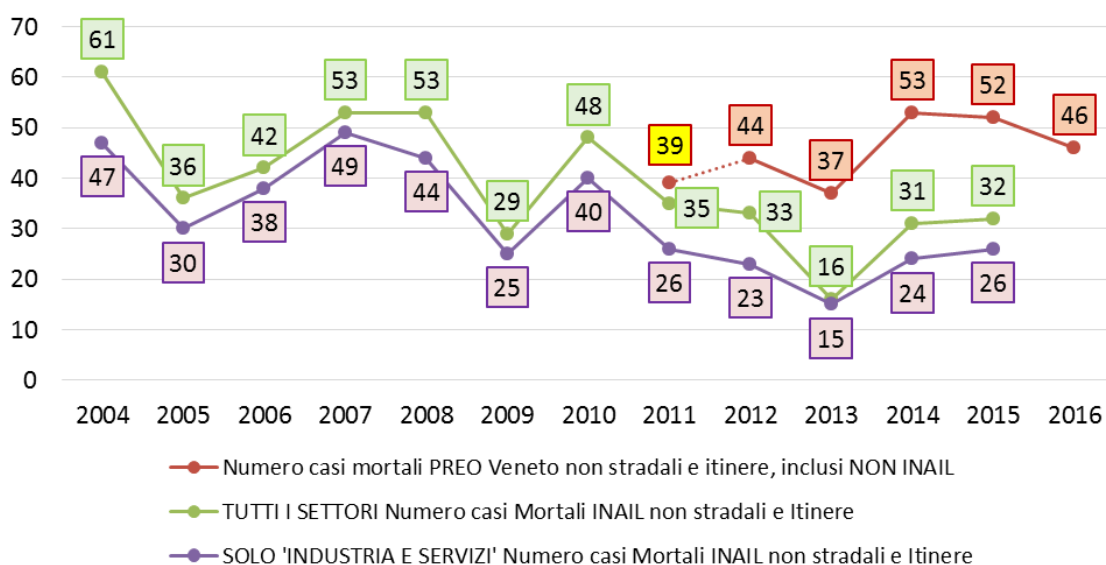


Infortunati mortali

Da alcuni anni il Programma Regionale Epidemiologia Occupazionale (PREO) effettua il monitoraggio in tempo reale degli eventi mortali che include anche i soggetti non assicurati INAIL che a qualunque titolo esercitano un'attività a scopo remunerativo.

Il numero di questi infortuni presenta ampie variazioni casuali e non rispecchia necessariamente differenze nelle condizioni di rischio, ma viene attentamente seguito per il rilevante impatto sociale. Nel monitoraggio non sono inclusi gli incidenti stradali. Un primo elemento che si differenzia rispetto alla fonte INAIL è proprio il numero elevato di soggetti anziani, non assicurati, che si infortuna in agricoltura (prevalentemente per ribaltamento del trattore). I dati INAIL sono riferiti ai casi mortali riconosciuti, non a quelli denunciati in totale.

Figura 2.52 - Andamento dei casi mortali per fonte informativa. (rilevazione PREO 2011 incompleta). Veneto, 2004-2016



68

Figura 2.53 – Andamento mensile e numero cumulato di infortuni mortali. Veneto, 2014-2016. (esclusi infortuni stradali e in itinere, inclusi anche i soggetti non assicurati INAIL) (Fonte: Rilevazione PREO)

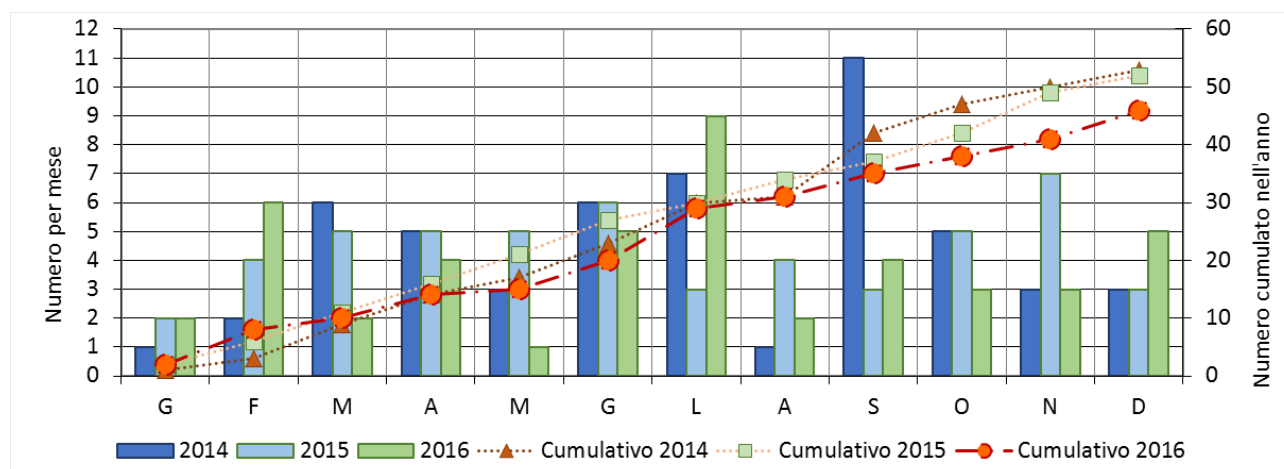
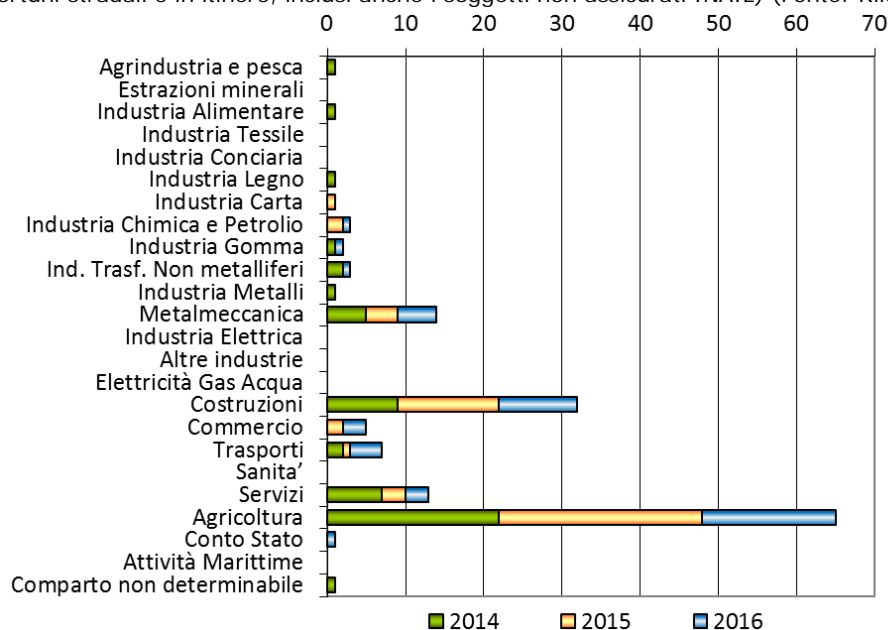


Figura 2.54 – Numero infortuni mortali per comparto produttivo e anno. Veneto, 2014-2016. (esclusi infortuni stradali e in itinere, inclusi anche i soggetti non assicurati INAIL) (Fonte: Rilevazione PREO)



Malattie Professionali

L'andamento delle malattie professionali è più difficilmente inquadrabile rispetto a quello degli infortuni a causa del tempo di latenza molto variabile tra esposizione ed insorgenza della malattia e dell'effetto connesso all'aggiornamento delle tabelle delle patologie indennizzate da INAIL. I dati più recenti mostrano come le patologie muscolo scheletriche siano oggi al primo posto, avendo superato l'ipoacusia da rumore. In questo campo esiste tuttavia un ampio margine di recupero di casi non segnalati, anche perché può essere difficile riconoscere una malattia causata da esposizioni remote nel tempo. Il numero stesso di malattie professionali non è ben noto poiché le segnalazioni che pervengono all'INAIL e alle ASL non sono sovrapponibili. Il trend attuale è di nuovo in aumento per le muscoloscheletriche dopo un primo aumento nel 2009, verosimilmente per effetto di "recupero" di patologie non segnalate in precedenza dopo la pubblicazione delle nuove tabelle nel 2008. Una possibile causa dell'aumento risiede anche nelle denunce di malattie plurime; infatti con l'adozione del codice ICD X per individuare la malattia, ogni sede corrisponde ad un caso e se ci sono sedi plurime ci sono più denunce per la stessa persona.

Tabella 2.18 - Malattie segnalate agli SPISAL e totale denunciate all'INAIL, Veneto, 2011-2016

Patologia	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ipoacusie	523	453	354	347	340	337
Dermatiti	69	95	50	65	78	51
Patologie apparato respiratorio	141	129	152	177	104	92
Patologie apparato muscolo-scheletrico	932	912	1.043	1.059	1.773	1.841
Altri tumori	114	191	153	132	102	92
Mesoteliomi	117	105	89	169	110	97
Patologie da disagio lavorativo	24	22	24	26	18	37
Altre patologie	60	57	23	46	26	29
Totale malattie segnalate agli SPISAL	1.956	1.942	1.864	1.995	2.533	2.539
Totale malattie denunciate all'INAIL	2.384	2.441	2.619	3.077	3.451	-

Ciò si verifica in particolare per le malattie muscolo-scheletriche dove in passato si registrava una sindrome da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore, oggi, per esempio, si registrano le lesioni distintamente per polso, gomito e spalla. Per i motivi sopra descritti, non sono disponibili i dati INAIL degli anni più recenti. Le segnalazioni pervenute agli SPISAL evidenziano dal 2015 un netto aumento dei casi di patologia muscolo-scheletrica che riguarda soprattutto l'agricoltura, molto probabilmente per un "recupero" di casi non segnalati precedentemente ed oggi ricercati in modo sistematico.

Prevenzione e contrasto del disagio negli ambienti di lavoro e promozione del benessere organizzativo

Accanto ai rischi tradizionali assumono oggi sempre maggior rilievo negli ambienti di lavoro i cosiddetti rischi psicosociali, ovvero quegli "aspetti di progettazione, di organizzazione e gestione del lavoro, nonché i rispettivi contesti ambientali e sociali, che potenzialmente possono arrecare danni fisici o psicologici".

La Regione Veneto con la legge regionale n. 8 del 22 gennaio 2010 "Prevenzione e contrasto dei fenomeni di mobbing e tutela della salute psico-sociale della persona sul luogo di lavoro" ha voluto mettere le basi per un'azione mirata e strutturata volta a prevenire il disagio lavorativo e a disincentivare comportamenti discriminatori o vessatori correlati all'attività lavorativa.

Sono stati attivati presso gli SPISAL di ciascuna azienda ULSS "Sportelli di assistenza ed ascolto sul mobbing, sul disagio lavorativo e sullo stress psico-sociale nei luoghi di lavoro" con la funzione di fornire informazioni ed indicazioni sui diritti dei lavoratori e sui relativi strumenti di tutela e di orientare il lavoratore presso specifiche strutture di supporto.

Come ulteriore strumento di approfondimento ed intervento, nell'ambito delle aziende ULSS capoluogo di provincia sono stati inoltre istituiti i "Centri di riferimento per il benessere organizzativo" che, avvalendosi di competenze e professionalità multidisciplinari (psicologiche/psicoterapeutiche, mediche e psichiatriche), hanno la triplice funzione di: a) accertare lo stato di disagio psico-sociale o di malattia del lavoratore con eventuale indicazione del percorso terapeutico di sostegno, cura e riabilitazione; b) individuare eventuali misure di tutela che i datori di lavoro dovrebbero adottare in caso di rilevante disagio lavorativo; c) supportare gli SPISAL nelle verifiche sui luoghi di lavoro in tema di valutazione dei rischi psicosociali ai sensi dell'art. 28 del D.Lgs. 81/08.

Il coordinamento a livello regionale delle azioni per la prevenzione e contrasto del disagio negli ambienti di lavoro e promozione del benessere organizzativo, in attuazione della legge sopra richiamata, rientra tra le attività del Programma Regionale per l'Ergonomia Occupazionale.

Nel 2015 sono stati accolti presso gli Sportelli di assistenza ed ascolto complessivamente 247 lavoratori: 86 maschi (35%) e 161 (65%) femmine; il 70% è occupato nel privato, il restante nel pubblico. I principali settori lavorativi di provenienza sono la sanità e assistenza sociale (25%), il comparto manifatturiero (17%), seguiti da commercio, servizi, istruzione e pubblica amministrazione.

Sono stati indirizzati ai Centri provinciali di riferimento per il benessere organizzativo 75 lavoratori, 69 dei quali sono stati presi in carico. Nella maggior parte dei casi si è provveduto ad un approfondimento psicodiagnostico.

La funzione di individuazione delle eventuali misure di tutela – organizzative, tecniche e procedurali – da adottarsi da parte delle aziende è stata attivata in 23 casi. La funzione di supporto agli SPISAL nelle verifiche sui luoghi di lavoro in tema di valutazione dei rischi psicosociali, ai sensi dell'art. 28 del D.Lgs. 81/08, è stata attivata in 21 aziende.

Esposizione ad amianto nei soggetti con mesotelioma in Veneto

Il Registro regionale dei casi di mesotelioma svolge la funzione di Centro Operativo Regionale (COR), cioè di articolazione regionale del Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM), istituito secondo il DPCM 308/2002, con lo scopo di svolgere la raccolta e approfondimento sistematico dei casi di mesotelioma, cui il Veneto contribuisce per l'8% dei casi. Tra il 1987 ed il 2016 sono stati registrati 2.375 casi di mesotelioma, registrati nel 70% dei casi in uomini, nel 32% dei casi in ultra 75-enni. Le province del Veneto che presentano per entrambi i generi la maggiore incidenza di mesotelioma sono Venezia e Padova, che esprimono all'incirca la metà del totale dei casi. Sulla base delle informazioni raccolte per ciascun nuovo caso, a ciascun caso di mesotelioma è attribuito un livello di probabilità per l'esposizione ad amianto e per circostanza di esposizione.

Tra tutti i casi completati è presente una frazione per i quali non è stato possibile raccogliere informazioni per il rifiuto all'intervista, l'assenza di dati nelle fonti consultabili, o se deceduti, l'assenza di parenti. Per l'94,5% dei casi è stato possibile recuperare informazioni e risalire ad eventuali cause di esposizione ad amianto e a radiazioni ionizzanti usate a fini terapeutici (Tabella 2.19). Negli anni 2005-2016, tra i casi per cui è stato possibile recuperare informazioni attendibili, l'87,8% dei mesoteliomi insorti in uomini e il 68,2% dei mesoteliomi insorti in donne ha avuto un'esposizione ad amianto ritenuta causale nel determinare la patologia.

Tabella 2.19 - Esposizione ad amianto per circostanza di esposizione nei casi di mesotelioma insorti in residenti del Veneto, Periodo 1987–2016

Categorizzazione dell'esposizione ad amianto	UOMINI		DONNE	
	N	%	N	%
1. Lavorativa certa	1.074	62%	64	10%
2. Lavorativa probabile	107	6%	19	3%
3. Lavorativa possibile	192	11%	81	13%
4. Familiare	18	1%	144	23%
5. Ambientale	34	2%	37	6%
6. Extralavorativa	17	1%	26	4%
7. Improbabile	6	0,3%	9	1%
8. Ignota	195	11%	167	26%
9. In completamento	43	2%	19	3%
10. Non rintracciabili	45	3%	46	7%
11. Esposizione a radiazioni	5	0,3%	6	1%
12. Rifiuto intervista	8	0,5%	13	2%
Totale	1.744	100%	631	100%

Sorveglianza sanitaria ex-esposti amianto

Particolare importanza occupa l'attività di sorveglianza sanitaria sugli ex esposti ad amianto svolta sulla base di protocolli codificati da ultimo nella DGR 2041/2008. Per completezza d'esposizione viene riportato il dato di sintesi delle attività di prevenzione svolte dagli SPISAL rivolte ai lavoratori esposti ad amianto nel 2016 (Tabella 2.21).

Tabella 2.20 - Sorveglianza sanitaria ex-esposti ad amianto: visite e patologie diagnosticate, Veneto, 2006–2016

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Visite effettuate	640	915	1.071	1.230	1.276	1.137	1.210	1.013	1.110	1.034	964
TAC (Rx)	381 (40)	465 (89)	383 (111)	506 (134)	385 (145)	360 (161)	292 (140)	282 (96)	334 (82)	277 (64)	233 (139)
Patologie professionali diagnosticate											
Placche pleuriche	38	57	79	70	35	73	41	73	52	38	24
Asbestosi	3	6	12	5	10	2	4	4	3	1	3
Tumore polmonare	5	5	4	3	2	7	3	4	8	1	0
Mesotelioma	1	4	1	4	2	2	1	3	1	5	4

Tabella 2.21 - Dati di sintesi attività di prevenzione, Veneto, 2016

ATTIVITA' RELATIVE ALLA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DA AMIANTO	UNITA'
N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto (ex art. 256 punto 2 D. Lgs. 81/08) e n° notifiche (ex art. 250 D. Lgs. 81/08)	8.597
N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto friabile	227
N° di relazioni pervenute da parte delle aziende che hanno effettuato bonifiche di materiali contenenti amianto ai sensi dell'art. 9 comma 1 Legge 257/92	973
Totale di cantieri amianto ispezionati	1.251
di cui numero di cantieri ispezionati per amianto friabile	204
N° cantieri amianto sanzionati per violazioni al Titolo IX, Capo III	37
Quantitativo di amianto compatto rimosso nell'anno – tonnellate	49.121
Quantitativo di amianto friabile rimosso nell'anno – tonnellate	2.420
N° di lavoratori addetti ai lavori di smaltimento o bonifica amianto	5.483
Durata delle attività di smaltimento o bonifica amianto-ore esposizione	44.370
N° misurazioni periodiche della concentrazione di fibre di amianto nell'aria del luogo di lavoro	907
N° totale campionamenti ambientali effettuati dagli SPISAL	50
N° misurazioni con superamento del Valore Limite di concentrazione delle fibre di amianto nell'aria di cui all'art. 254 D.Lgs. 81/08	16

Approfondimenti

[Programma Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale](#) (presso SPISAL Azienda ULSS 9)

[Registro regionale dei casi di mesotelioma](#)

[Programma Regionale per l'Ergonomia Occupazionale](#)

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/linee-guida-e-indirizzi-operativi-ergonomia>

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Dorsoduro 3494/A, 30123 Venezia

Telefono: 041 2791352-1353

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale
Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it

3. La nuova organizzazione del SSR : la riforma avviata dalla Legge Regionale 19/2016

Quadro di sintesi

In questo capitolo si descrivono le principali novità in termini di riorganizzazione del sistema di governo del SSSR del Veneto in relazione ai cambiamenti introdotti dalla legge regione n. 19 del 25 ottobre 2016; si riportano le principali funzioni del nuovo ente "Azienda Zero" e l'organizzazione delle nuove Aziende ULSS, delle Aziende Ospedaliere e dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV).

Davanti all'ineludibile sfida del contenimento dei costi e degli sprechi, negli ultimi anni le realtà regionali hanno risposto con un ripensamento dei modelli organizzativi e di governo. Anche la Regione del Veneto, con propria Legge 19/2016, ha messo in atto un processo di riforma, definendo nuovi ambiti territoriali per le Aziende Ulss e introducendo un nuovo ente di *governance* del Sistema Socio-Sanitario Regionale (SSSR), denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero", attraverso il quale si prefigge di consolidare l'elevato livello qualitativo raggiunto dai servizi socio-sanitari erogati agli assistiti, ottimizzando nel contempo l'utilizzo delle risorse impiegate. Entrambi gli interventi, seppure per motivi e modalità differenti, permettono alle Aziende sanitarie, quali strutture di produzione di servizi, di razionalizzare l'uso delle risorse e di dedicarsi in modo più efficace proprio all'erogazione dei servizi.

L'organizzazione del SSSR prevede quindi un sistema di *governance* multilivello che attribuisce a ogni attore del sistema un ruolo definito.

- La Regione con un ruolo di programmazione e indirizzo: una volta individuati i fabbisogni e le aree di intervento, si esprime con atti di pianificazione, indirizzo e attuazione della programmazione attraverso le sue articolazioni Area Sanità e Sociale, Giunta e Consiglio.
- Azienda Zero e altri enti di supporto con un ruolo gestionale e di controllo: forniscono strumenti e informazioni ai decisori per le scelte di programmazione. Azienda Zero, in particolare, ha come obiettivo la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico amministrativi del Servizio Sanitario Regionale.
- Le aziende sanitarie con il ruolo fondamentale di erogare i servizi ai cittadini: si articolano in due Aziende Ospedaliere Universitarie, l'Istituto Oncologico Veneto (IOV), e nove Aziende Ulss.

Azienda Zero

La costituzione dell'Azienda Zero, nuovo ente del SSSR, risponde all'esigenza di operare una forte semplificazione e razionalizzazione del sistema, assorbendo le attività di natura gestionale (c.d. "gestione sanitaria accentrata") finora condotte dall'amministrazione regionale, e una quota rilevante delle attività tecnico - amministrative oggi replicate, in modo non sempre efficiente, presso le Aziende ULSS.

I tre principali ruoli di Azienda Zero possono essere così riassunti:

- **Supporto alla programmazione socio sanitaria regionale**
- **Rafforzamento della governance** attraverso l'implementazione di modelli organizzativi efficienti e l'omogeneizzazione di procedure economiche e finanziarie, assumendo un ruolo di coordinamento forte che miri a uniformare le attività amministrative gestionali delle Aziende ULSS.
- **Semplificazione e accentramento amministrativo** attraverso l'accentramento di processi di supporto tecnico-amministrativo su scala regionale favorendo l'aumento della specializzazione e delle competenze. Effetto secondario di queste azioni è la riduzione dei costi a fronte di un forte efficientamento.

La LR 19/2016 attribuisce specifiche funzioni a Azienda Zero che riguardano:

- funzioni e responsabilità della Gestione Sanitaria Accentrata (e redazione del bilancio consolidato della sanità).
- Indicazioni in ambito economico finanziario (gestione dei flussi di cassa, indirizzi in materia contabile).
- Gestione di attività tecnico – specialistiche per il sistema e per gli enti del servizio sanitario regionale (tra cui acquisti centralizzati, selezione personale, sistemi informatici e informativi...).

Le Aziende Ulss

La decisione di ridefinire gli ambiti territoriali delle Aziende ULSS ha un impatto sull'organizzazione e la gestione della loro attività, ma non sui servizi sanitari e socio sanitari erogati ai cittadini.

Il cambiamento organizzativo dovuto alla riduzione delle Aziende ULSS tiene comunque in necessaria considerazione il mantenimento di strutture e direttori responsabili che coprano gli ambiti territoriali delle ex ULSS a salvaguardia della vicinanza tra chi eroga i servizi socio sanitari e la popolazione stessa.

Già con il Piano Socio Sanitario del 2012 (PSSR 2012-2016) la Regione del Veneto ha introdotto un modello ospedaliero che definisce chiaramente il ruolo dei singoli ospedali nella rete ospedaliera veneta. Questo modello denominato "hub and spoke" prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che richiede più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (hub) che trattino volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata attraverso

connessioni funzionali con quella dei centri periferici (spoke) che assicurano l'assistenza per la casistica residua.

Il sistema ospedaliero a sua volta si regge sull'organizzazione per reti cliniche.

Le reti clinico assistenziali rappresentano un modello organizzativo finalizzato all'integrazione dei luoghi di cura, dei professionisti e dei servizi, per assicurare al paziente un accesso alle cure migliori e più appropriate che sia più tempestivo possibile.

La rete deve garantire al paziente continuità attraverso:

- l'identificazione di ogni nodo della rete clinica, ospedaliero o territoriale, che sarà coinvolto nel percorso assistenziale del paziente, dalla prevenzione secondaria alla diagnosi, alla cura e terapia;
- il superamento della frammentazione dei percorsi di cura e la facilitazione della ricomposizione dei servizi intorno alla persona.

Le esperienze delle reti cliniche, attivate sulla base di quanto previsto dal PSSR 2012-2016 e la revisione degli ambiti territoriali previsti dalla Legge 19/2016 rendono necessaria la ridefinizione delle reti e del ruolo di indirizzo e di coordinamento regionale al fine di raccordare i diversi attori in una logica di sistema.

Il percorso clinico dei pazienti all'interno delle reti cliniche e dei nodi delle stesse è definito con il percorso diagnostico terapeutico assistenziale - PDTA, che rappresenta il percorso più razionale, finalizzato al miglior esito delle cure.

Il PDTA è uno strumento di trasversalità che consente di creare collegamenti tra i nodi individuati nella rete e le figure professionali che entrano nel percorso di cura garantendo continuità nell'assistenza; il PDTA garantisce la riproducibilità delle azioni e l'uniformità delle prestazioni erogate, divenendo uno strumento importante del controllo dell'appropriatezza erogativa.

Un aspetto distintivo del sistema sanitario regionale del Veneto, che si sta sempre più definendo e migliorando, è l'integrazione tra ospedale e territorio, con l'introduzione di modelli di gestione del paziente che garantiscono la continuità dell'assistenza.

Si sono definiti strumenti innovativi come la centrale operativa territoriale, strumento strategico per guidare la presa in carico del cittadino, in funzione delle specifiche esigenze e bisogni, coordinando e raccordando i soggetti della rete assistenziale; gli ospedali di comunità, strutture in grado di erogare assistenza sanitaria a degenza breve dedicate soprattutto a quei pazienti che, pur non presentando patologie acute ad elevata necessità di assistenza medica, non possono tuttavia essere assistiti adeguatamente a domicilio per motivi socio sanitari; le Medicine di Gruppo Integrate (MGI), innovativo modello organizzativo che prevede l'aggregazione, in un unico ambulatorio, di più medici e pediatri di famiglia, della guardia medica, di infermieri, assistenti sociali e personale di segreteria. Il modello delle MGI deve garantire una copertura sanitaria 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, al fine di permettere al paziente di trovare una risposta sanitaria in qualunque momento, promuovendo come fulcro dell'assistenza territoriale l'assistenza sanitaria erogata dai Medici di Medicina Generale.

I bacini delle Aziende ULSS esistenti anteriormente alla data di entrata in vigore della L.R. n. 19/2016 si configurano come distretti delle nuove Aziende ULSS (dove erano

presenti più distretti, gli stessi vengono confermati, con un totale di 26 distretti in Veneto).

Il Distretto viene rafforzato nel suo ruolo di articolazione dell'Azienda ULSS deputata ad analizzare e a misurare i bisogni di salute, stratificando la popolazione assistita sulla base del carico di malattia (analisi del case-mix), decodificando e trasformando i bisogni in domande, definendone la complessità assistenziale e identificando i modelli organizzativi più efficaci/efficienti e i luoghi di cura più appropriati.

Nel distretto inoltre si persegue l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione. La LR 19/2016 conferma e consolida ulteriormente il ruolo cruciale del distretto.

Infine, ulteriore aspetto organizzativo introdotto con la riforma riguarda il modello organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione, che prevede l'individuazione di alcune funzioni ed attività da svolgersi su scala multizonale, con livelli di integrazione intradipartimentale, interdipartimentale, interistituzionale, anche mediante un potenziamento dei servizi dei Dipartimenti stessi.

Recapiti per ulteriori informazioni

Area Sanità e sociale
Palazzo Molin-San Polo 2514, 30125 Venezia
Telefono: 041 2793455-3447
e-mail: area.sanitasociale@regione.veneto.it

4. Attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie

4.1 Promozione di corretti stili di vita

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

Capitolo 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie: promuovere la prevenzione primaria e la promozione di stili di vita sani per prevenire le patologie cronico-degenerative e le loro complicanze (Pag. 89); ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari (Pag. 90).

Quadro di sintesi

Piano regionale Prevenzione (DGR 749/2015) – Macro obiettivi 1 – 6

MO1: riduzione delle malattie croniche degenerative, articolato in Piano Regionale Guadagnare Salute e Piano Regionale Screening Oncologici;

MO2: prevenzione dei disturbi neurosensoriali;

MO3: promozione del benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani;

MO4: prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti;

MO5: prevenzione degli incidenti stradali;

MO6: prevenzione degli incidenti domestici.

La maggior parte dei Programmi si concentra nel MO1 che si articola nel Piano Regionale Guadagnare Salute e Screening Oncologici.

Il Piano Guadagnare Salute comprende i Piani Regionali per Promozione dell'Attività Motoria nel Veneto, ambienti e persone libere dal fumo di tabacco, promozione della salute materno-infantile, oltre a laboratori multimediali con alunni e studenti sui quattro principali fattori di rischio per la salute: alcool, fumo, attività motoria e alimentazione; organizzazione di eventi formativi e divulgativi, produzione di materiale specifico per l'implementazione del programma Guadagnare Salute nelle ULSS.

I Programmi contenuti nei primi 6 MO si sviluppano ampiamente in:

- Setting Scuola, con Programmi atti a promuovere corretti stili di vita, prevenzione degli incidenti domestici e stradali, per studenti dalla scuola dell'infanzia alla secondaria di II grado. Viene così soddisfatta la vision regionale che mira a coinvolgere gli alunni di ogni ordine e grado, con l'obiettivo di implementare la rete regionale delle Scuole che Promuovono la salute, in stretta sinergia con l'Ufficio Scolastico Regionale Veneto.

- Setting Comunità, con Programmi di promozione di vita attiva e libera dal fumo, corretta alimentazione, anche attraverso la chiamata allo screening Cardio 50, di prevenzione degli incidenti domestici e stradali in tutte le fasce di età, dai 0 anni fino ai 65 ed oltre.

- Setting Ambienti Sanitari, con il coinvolgimento degli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Servizi Ospedalieri e territoriali, per la promozione di sani stili di vita sin dal periodo preconcezionale e lungo tutto l'arco della vita. Si riconosce il ruolo fondamentale del personale sanitario che, opportunamente formato anche sul counselling breve per la promozione di corretti comportamenti, può dare contributo all'empowerment individuale e collettivo promuovendo scelte salutari di vita e ambienti sanitari che promuovono la salute.

Tabella 4.1 – I programmi attivi in Veneto nell'ambito della promozione di corretti stili di vita

Programma	Azioni	Attività svolte
Coordinamento operativo sorveglianze su stili di vita (Passi, Passi D'Argento, OkKio alla Salute, HBSC)	<ul style="list-style-type: none"> - Conduzione sorveglianze di popolazione nelle Aziende ULSS - Miglioramento della comunicazione dei risultati - Estensione della comunicazione dei risultati a target specifici delle sorveglianze 	<ul style="list-style-type: none"> - Tutte le Aziende ULSS hanno aderito alle sorveglianze regionali. Con II PASSI sono state raccolte 5.250 interviste. - E' stata condotta la sorveglianza Okkio alla Salute, con un campione regionale di 1.858 bambini.
Guadagnare Salute: Formazione, produzione di materiali e organizzazione di eventi	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione materiale didattico-informativo - Formazione - Eventi di sensibilizzazione/ divulgazione a livello regionale 	<ul style="list-style-type: none"> - Seconda edizione dell'iniziativa "Raccontiamo la salute con 3 A", con la partecipazione di circa 1000 bambini (48 scuole primarie)
Laboratori multimediali per la promozione della salute	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione di laboratori multimediali per la promozione della salute (per i 4 stili di vita) - Aumentare la partecipazione delle scuole ai laboratori - Aumentare la consapevolezza del ruolo sociale ricoperto dagli adulti 	<ul style="list-style-type: none"> - Sono state implementate le aperture dei laboratori: 7 aperture la settimana. E' stata realizzata una versione trasportabile del laboratorio alimentazione da mettere a disposizione delle A.ULSS. - 1 giornata di formazione per operatori ed insegnanti sui vari laboratori. - 9.576 studenti delle scuole della Regione del Veneto hanno partecipato ai 4 laboratori, provenienza da tutte le A.ULSS.
MuoverSi - Promozione attività motoria nel ciclo di vita, con attenzione all'intervento su determinanti ambientali e contrasto delle disuguaglianze	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivazione del movimento nelle donne in età fertile e miglioramento dell'autonomia nei bambini (0-6 anni). - Percorso Muovimondo - Laboratorio esperienziale MuoverSi - Incremento attività fisica nella vita quotidiana e attività organizzate per adulti e anziani - Realizzazione di interventi sui determinanti ambientali della sedentarietà e per il contrasto alle disuguaglianze di salute nell'ambito del movimento e degli stili di vita sani - Sviluppo della rete intersettoriale, anche attraverso la formazione e la comunicazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Adesione di 21 A.ULSS - Laboratorio MuoverSi a Verona per scuole primarie e secondarie accessi anno 2016: 1664 alunni (88 classi) - Manuale "Andiamo a scuola da soli" - Formazione per operatori ULSS e insegnanti. - Presenza di gruppi cammino e attivazione Pedibus in tutte le ULSS. - Aggiornamento sito web
Sviluppo Carta di Toronto come modello per l'advocacy, la creazione di reti, la progettazione partecipata	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione Comunità di pratica e apprendimento tra gruppi Guadagnare Salute in Veneto, autoformazione e tutoraggio - Formazione con esperti su temi emersi dall'analisi dei bisogni formativi - Revisione esperienze di interventi di advocacy, networking e progettazione partecipata secondo il modello delle Buone Pratiche (DORS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione attività di formazione del personale Ulss per acquisizione di competenze nell'ambito della promozione della salute: 4 giornate di formazione con esperti, 9 incontri di supervisione. - Adesione di 17 A.ULSS
Prescrizione dell'esercizio fisico	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione gruppi di lavoro all'interno delle ULSS partecipanti - Creazione della rete palestre territoriali - Formazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Adesione di 15 A.ULSS - Censimento delle palestre aderenti (126) in 9 ULSS - Realizzazione di una Formazione a Distanza per tutto il personale sanitario ("Attività fisica e corretti stili di vita")

Programma	Azioni	Attività svolte
Coordinamento sistemi di monitoraggio della normativa sul fumo e promozione ambienti liberi dal tabacco	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio della normativa sul fumo, con interventi di promozione della salute - Iniziative per la promozione di stili di vita sani coinvolgendo i diversi soggetti della comunità 	<ul style="list-style-type: none"> - Adesione di 17 ULSS al percorso "Azienda Sanitaria Libera dal fumo" - Adesione di 11 ULSS al monitoraggio del rispetto della normativa - Produzione e distribuzione di 840 adesivi, campagna di sensibilizzazione e informazione attraverso auto aziendali - Produzione e distribuzione di 45.000 dépliant per accertatori Azienda sanitaria Libera dal fumo a supporto attività di monitoraggio e di promozione della salute - Produzione e distribuzione di 300 locandine per sensibilizzazione Azienda sanitaria Libera dal Fumo - Incontri di sensibilizzazione e formazione operatori sanitari impegnati nei monitoraggi - Incontro di coordinamento con i Referenti Aziendali di Programma
Coordinamento e sviluppo della prevenzione del tabagismo in ambiti scolastici e di comunità in un'ottica di promozione della salute	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione congiunta rivolta ad operatori sanitari e scolastici - Revisione ed implementazione dei progetti esistenti regionali di prevenzione del tabagismo nelle scuole, secondo una logica intersettoriale - Sviluppo di una rete regionale di scuole che promuovono la salute - Progettazione e realizzazione di strumenti multimediali per la promozione della salute 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione di 4 eventi formativi - Adesione di 18 A.ULSS (circa il 6% degli istituti scolastici target del Veneto) - Sperimentazione in 12 A.ULSS del progetto innovativo "Diario della salute" - Concluso il progetto di sviluppo dell'App NO THANKS e presentazione in via sperimentale - Incontro di coordinamento con i Referenti Aziendali di Programma
Coordinamento e sviluppo del sistema veneto del trattamento del tabagismo	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione moduli formativi di 1° e 2° livello sul trattamento del tabagismo - Comunicazione - Reti 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione modulo formativo 1° livello TT: 10 edizioni per un totale di 312 operatori formati. - Formazione formatori (1ª edizione): 25 discenti appartenenti a A.ULSS - 27 ambulatori specialistici attivi di 2° livello di TT: 588 nuovi accessi (dati relativi a 15 A.ULSS) - 320 fumatori trattati in gruppo (dati relativi a 15 A.ULSS) - Aggiornamento costante del sito dedicato www.smettintempo.it - Incontro di coordinamento con i Referenti Aziendali di Programma
Coordinamento e sviluppo rete Ospedali Amici del Bambino e promozione allattamento al seno	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione Progetto OMS/UNICEF "Ospedali Amici dei Bambini (Percorso a tappe dell'Audit UNICEF, che include attività di tutoraggio, da parte di un Tutor assegnato ad ogni Punto Nascita, e tre successivi momenti di Valutazione del Percorso BFH nei Punti Nascita aderenti al progetto) - Promozione del Progetto OMS/UNICEF "Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno" 	<ul style="list-style-type: none"> - Certificazione BFH di Feltre - Gli ospedali di Belluno e di Vittorio Veneto hanno superato la Fase 1; - L'Ospedale di Venezia ha iniziato la parte di perfezionamento della Fase 2; - Ospedale di Mestre e Ospedale di Santorso hanno concluso la Fase 2 e si avvicinano al riconoscimento finale
GenitoriPiù – Coordinamento Promozione Salute Materno-Infantile	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione delle 8 azioni di promozione della salute 	<ul style="list-style-type: none"> - Rete: consolidamento rete regionale anche in sinergia con altri progetti regionali - Promozione: gestione sito dedicato www.genitoripiu.it (62.954 utenti)

Programma	Azioni	Attività svolte
MammePiù Guadagnare Salute in gravidanza	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione delle ostetriche e di altre figure professionali dell'area materno-infantile al counselling breve sugli stili di vita sani - Aggiornamento e diffusione di materiale educativo e informativo specifico 	<ul style="list-style-type: none"> - Corso di formazione regionale in presenza (70 operatori) - Corsi di formazione locale (138 operatori ULSS 22 e ULSS 9) - 85% delle A.ULSS coinvolte
Programma promozione corretta alimentazione	<ul style="list-style-type: none"> - Consulenza dietetico-nutrizionale - Educazione e promozione della salute in ambito alimentare - Ristorazione collettiva sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - Stesura Linee di indirizzo per Ambulatori Nutrizionali dei SIAN - 2 corsi di formazione rivolti agli operatori degli ambulatori nutrizionali: 1 di primo livello e 1 di secondo livello sul counselling motivazionale - Coordinamento delle attività degli ambulatori nutrizionali dei SIAN (rete integrata dei SIAN): il numero degli ambulatori è passato da 7 a 8, con una diffusione capillare nei territori aziendali di riferimento. Infatti, i 7 ambulatori erano rappresentati da 10 sedi diverse, passate a 15 sedi nel 2016 - Revisione Linee di indirizzo sulla ristorazione collettiva scolastica sociale
Formazione personale sanitario su prevenzione problemi alcol-correlati	<ul style="list-style-type: none"> - Corsi per medici di medicina generale - Formazione e retraining operatori sanitari ULSS e Ospedalieri - Interscambio esperienze e conoscenze a livello nazionale e europeo 	<ul style="list-style-type: none"> - Completata la realizzazione della FAD per MMG e operatori sanitari - Pubblicazione della FAD (marzo) ECM 10,5 crediti - N° 1.467 operatori sanitari che hanno completato con successo la FAD appartenenti al 100% delle A.ULSS venete - Predisposizione ed avvio valutazione formazione operatori sanitari 2014 - Report dei risultati della valutazione del percorso formativo - Incontro di coordinamento con i Referenti Aziendali di Programma
Programma di screening cardiovascolare	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo ed attivazione programma di screening per prevenzione malattie cardiovascolari - Ampliamento conoscenze su malattie cardiovascolari - Attivazione e/o implementazione di percorsi dedicati alla modificazione dei fattori di rischio scorretti 	<ul style="list-style-type: none"> - Attivo in 11 A.ULSS del Veneto - Tasso di adesione del 60% - Attività formative per gli operatori coinvolti nello screening
Peer education: prevenzione dei comportamenti a rischio (alcol, tabacco, sostanze psicoattive, HIV/MTS...) negli adolescenti in ambito scolastico	<ul style="list-style-type: none"> - Osservatorio/laboratorio - Formazione operatori - Interscambio esperienze e conoscenze a livello regionale, nazionale e europeo - Corso formazione peer seniors 	<ul style="list-style-type: none"> - 9 A.ULSS hanno aderito al Programma con un totale di 1.047 nuovi peer formati appartenenti a 57 istituti secondari di II grado veneti - Corso di formazione per peer senior: "Summer school per peer senior del Veneto": 14 partecipanti - Formazione congiunta operatori sanitari/docenti per un totale di 120 persone formate - 5 incontri dell'Osservatorio /laboratorio
Prevenzione incidenti stradali	<ul style="list-style-type: none"> - Advocacy - Empowerment - Comunicazione - Formazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione e divulgazione di kit formativo/comunicativo ("Percorsi Comuni") per i portatori di interesse, in più lingue. - Analisi epidemiologica del fenomeno

Programma	Azioni	Attività svolte
Prevenzione incidenti domestici	<ul style="list-style-type: none"> - Baby bum. La vita cambia, cambia la casa - Affy Fiutapericolo - Argento Attivo - Comunicazione e Formazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Baby bum: realizzazione dell'opuscolo unico multilingue; attività di monitoraggio dell'effettivo utilizzo del materiale e valutazione della sua efficacia, produzione del report - Affy Fiutapericolo: realizzazione di nuovo materiale didattico per le scuole dell'infanzia e DVD sulla prevenzione dell'inalazione di corpi estranei. Il 90% delle A.ULSS ha aderito - ARGENTO ATTIVO: materiali informativi. Adesione del 90% delle A.ULSS - Formazione alle A. ULSS - FAD: "Gli incidenti domestici: dalla conoscenza alla prevenzione" per 1000 operatori sanitari della Regione del Veneto: 1000 iscritti e 813 aspiranti partecipanti (su 1000 posti disponibili). L'81% dei partecipanti effettivi ha superato il corso. Hanno partecipato tutte le 21 A.ULSS.

Comunicazione e Formazione

Nel Piano Regionale Prevenzione (PEP) 2014-2018 la comunicazione e la formazione sono attività trasversali presenti, con varie modalità, in quasi tutti i Programmi.

La **comunicazione** risponde ai seguenti obiettivi specifici nell'ambito della salute:

- migliorare le competenze comunicative dei professionisti della salute;
- supportare la popolazione che cerca informazioni sulla salute e sui servizi offerti;
- educare i cittadini in merito a tematiche sanitarie, rischi, misure preventive e modalità di accesso ai servizi sanitari.

Nelle diverse forme di comunicazione ritroviamo alcuni dei punti cardine della programmazione del PRP 2014-2018, quali:

- *life course* una comunicazione per ogni fase del ciclo della vita;
- strumenti di comunicazione diversi per *setting di vita* diversi, al fine di raggiungere le persone là dove vivono;
- comunicazione a servizio dell'*intersettorialità*;
- comunicazione quale strumento per *contrastare le disuguaglianze di salute*.

L'Area Comunicazione, sia nella forma classica che digitale, è oggetto di monitoraggio continuo tra le diverse tipologie di attività centrali svolte dalle Aziende ULSS Assegnatarie di Programma.

Dal monitoraggio emerge che nel corso del 2016:

- 16 Programmi hanno svolto almeno una attività di comunicazione *classica* (3 programmi in ben tre attività diverse). Il metodo che appare più diffuso è quello dei Volantini/Brochure. Sono stati prodotti e distribuiti:
 - 54 spot/video,
 - 3.068 manifesti/poster,
 - 712.300 volantini/brochure,
 - 1.222 adesivi,
 - 751 partecipanti a convegni.
- 17 Programmi hanno svolto almeno una attività di comunicazione digitale:

- 9 programmi hanno attivato una newsletter,
- 13 programmi hanno un proprio sito dedicato,
- 4 programmi hanno uno spazio dedicato all'interno della pagina web regionale,
- 7 programmi hanno attivato pagine Facebook specifiche e Twitter.

La **formazione** è fondamentale sia per l'importanza della veicolazione di messaggi coerenti e promulgabili in tutto il territorio regionale sia come strumento per l'apprendimento e/o l'aggiornamento di nuove competenze, strategie e tecniche specifiche, ma anche quale momento di confronto e di possibilità di potenziare e dare vita a quell'importante modalità di lavoro in rete che non comprende solo il mondo sanitario. Diversi programmi infatti prevedono eventi formativi congiunti cioè rivolti ad operatori sanitari e rappresentanti di soggetti partner e/o stakeholder al di fuori dal mondo sanitario. Quindi la Regione del Veneto, attraverso la collaborazione scientifica e organizzativa delle Aziende Ulss Assegnatarie, sostiene e finanzia numerose attività formative.

Anche la raccolta delle attività formative svolte nel 2016 ha fatto parte del monitoraggio delle attività centrali del PRP (attività attraverso le quali la Regione sviluppa alcune azioni di programma in collaborazione con le Aziende ULSS Funzione/Assegnatarie).

Dai dati raccolti emerge che:

- La formazione in aula è stata utilizzata in 24 programmi, con un'erogazione di 799 ore (di cui 528 con accreditamento ECM), 2.775 iscrizioni interne al SSN e 870 iscrizioni esterne, pari a 100 giornate formative nell'anno (ipotizzando una media di 8 ore al giorno).
- Sono state attivate 5 formazioni a distanza (FAD) che hanno conteggiato complessivamente 10.334 "accessi" e 6.516 discenti che hanno completato con successo la FAD. I programmi che hanno attivato la FAD hanno avuto una partecipazione pressoché totale di tutte le Aziende ULSS.
- In 4 programmi sono state svolte attività di formazione sul campo, istruendo 206 persone.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Dorsoduro 3494/A, 30123 Venezia

Telefono: 041 2791352-1353

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

4.2 Profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni

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

Capitolo 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie: prevenire le malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione (Pag 88); prevenire le Zoonosi e le malattie emergenti (Pag 92)

Quadro di sintesi

Nel macro obiettivo 9 del Piano Regionale Prevenzione (*Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie*) trovano sviluppo gli interventi per il miglioramento della sorveglianza e controllo di malattie infettive, in particolare il morbillo e rosolia, la tubercolosi, l'HIV-AIDS, le zoonosi e le malattie batteriche invasive. Tali malattie infettive sono ritenute prioritarie come ambito di intervento, in quanto rappresentano un importante problema di sanità pubblica per la popolazione.

Le attività incluse nei programmi del presente macro obiettivo sono indirizzate a implementare le azioni già previste dai piani esistenti e a identificare nuove strategie di controllo. Particolare importanza è stata data alla sorveglianza della diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti, perché il nostro Paese si colloca tra i primi per il loro utilizzo. L'intervento a livello regionale è orientato a contribuire, attraverso l'implementazione di un flusso di raccolta dati e la comunicazione sul corretto uso degli antibiotici alla popolazione, al controllo del consumo degli antibiotici in ambiente ospedaliero e territoriale e al controllo delle infezioni correlate all'assistenza, in quanto spesso sono sostenute da microrganismi multi resistenti.

Il Programma per la sorveglianza e la prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione e profilassi per i Viaggiatori Internazionali e il Programma delle Emergenze in Sanità Pubblica comprendono attività trasversali che riguardano azioni a supporto di più Programmi all'interno del Piano Regionale Prevenzione (Tabella 4.2):

- implementazione di reti organizzative intraziendali e interaziendali;
- formazione per gli operatori sanitari e per la popolazione;
- confronto dei protocolli regionali con i protocolli e le linee guida nazionali ed internazionali per la gestione delle emergenze in Sanità Pubblica;
- implementazione della competenza in ambito delle malattie infettive emergenti, legate ai viaggi ed ai flussi migratori, in tutti gli operatori sanitari delle Aziende Ulss;
- miglioramento delle attività di controllo e sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive prioritarie;
- sorveglianza delle reazioni avverse a vaccino;
- implementazione delle strategie di comunicazione rivolte agli operatori sanitari ed alla popolazione per aumentare la consapevolezza circa l'importanza dell'adesione alla vaccinazione.

Vaccinazioni

La Regione Veneto con la Legge Regionale n. 7 del 23 marzo 2007 ha sospeso l'obbligo vaccinale per l'età evolutiva, a partire dai nuovi nati dal 1 gennaio 2008. Con la DGR n. 1564 del 26.08.2014 è stato approvato il nuovo calendario vaccinale regionale con

un'offerta più ampia volta a fornire ai cittadini una copertura più completa verso le malattie infettive prevenibili da vaccino.

Negli ultimi anni si è riscontrato un calo progressivo delle coperture vaccinali, sia per le ex obbligatorie sia per le altre, in linea con quanto si è osservato in tutto il paese. Tale tendenza ha subito un'inversione nelle ultime rilevazioni.

E' di fine 2016 la formalizzazione della DGR n. 1935 del 29 novembre 2016 che ha come oggetto: *Misure straordinarie per il recupero delle coperture vaccinali in età pediatrica nella Regione Veneto ed approvazione delle procedure operative per la gestione delle vaccinazioni delle indicazioni per il recupero delle coperture e del report sull'attività vaccinale dell'anno 2015 e il monitoraggio della sospensione dell'obbligo vaccinale al 30.03 e al 30.09.2016. Parziale modifica della D.G.R. n. 2867 del 30.11.2010 e integrazione del Comitato Tecnico in materia di sospensione dell'obbligo vaccinale.*

Per le coperture vaccinali contenute nell'esavalente (poliomielite, tetano, pertosse, difterite, Hib ed epatite B) la copertura aggiustata per la coorte 2014 (ultima rilevata a 24 mesi) si attesta attorno al 92% dei nati, in crescita rispetto alla coorte precedente.

Si è inoltre osservato che per le coorti 2015-2016, nelle rilevazioni nel breve periodo, il trend di crescita si è consolidato, continuando con una decisa crescita dei tassi di copertura. Tale fenomeno verrà verificato ed osservato nei prossimi anni al consolidamento dei dati di copertura a 24 mesi.

Tabella 4.2 - Programmi per la prevenzione delle malattie prevenibili con vaccino e non prevenibili con vaccino

Programma	Azioni	Breve sintesi attività svolte
Le emergenze in Sanità Pubblica	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio Comitato per le Emergenze in Sanità Pubblica (CESP) e Gruppi Operativi a Risposta Rapida (GORR) Revisione dei Protocolli operativi - Gestione di emergenze che possono interessare l'ambiente - Formazione dei professionisti che potrebbero essere coinvolti in caso di eventi emergenziali - Avvio-indagine epidemiologica per malattie prevenibili da vaccino con sorveglianza specifica e costituzione laboratorio di diagnosi - Utilizzo delle positività entomologiche e veterinarie come trigger per lo screening dei donatori di sangue - Pubblicazione operatori sanitari dei dati epidemiologici sul web - Corso di formazione per i bambini della scuola primaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisione protocollo relativo ai profughi - Redatto nuovo protocollo per l'infezione da Zika virus - Posizionamento di una trappola entomologica ogni 15 km-quadrati - Collaborazione tra Coordinamento Regionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCMR-Veneto), GORR e CESP presenti in ogni A.ULSS
Sorveglianza delle patologie correlate alle vaccinazioni. Il sistema di sorveglianza delle meningiti	<ul style="list-style-type: none"> - Identificazione e segnalazione casi MIB - Integrazione dati sistemi di sorveglianza SSM e SIMIWEB - Integrazione dati flussi informativi e SDO 	<ul style="list-style-type: none"> - raccolte 166 segnalazioni di malattia batterica invasiva (MIB) attraverso il sistema di sorveglianza regionale (SSM). - integrazione dei dati di sorveglianza regionali (SSM) e nazionali (SIMIWEB) con rilevazione di 352 casi di MIB - stesura di 4 reports epidemiologici periodici

Programma	Azioni	Breve sintesi attività svolte
<p>La comunicazione nell'ambito delle malattie infettive – sito vaccinarsinveneto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Campagna Informativa Interna - Campagna Divulgativa Esterna 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione dell'area pubblica del sito web vaccinarsinveneto.org (86.650 visualizzazioni; 36.234 utenti unici) - Implementazione area intranet operatori - Servizio di rassegna stampa giornaliera su vaccinazioni e malattie infettive per gli operatori - Indagine sui determinanti delle scelte vaccinali nella Regione Veneto e su tutto il territorio nazionale (questionario on line e NGT operatori) - Campagna di comunicazione Vaccinazione antinfluenzale - Attivazione campagna social con creazione account Facebook e Twitter - Attivazione newsletter per operatori - Incontri con la popolazione sul tema della vaccinazione.
<p>Piano Formativo Regionale a sostegno del calendario vaccinale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione operatori. - Aumentare le conoscenze dei cittadini sulle vaccinazioni e sui rischi delle malattie infettive prevenibili da vaccini. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizzazione e realizzazione di tre eventi formativi residenziali rivolti al personale sanitario (*Ostetriche e assistenti sanitari insieme per promuovere la salute di mamme e bambini"– "Tutto sui vaccini, in parole semplici. La formazione sulle vaccinazioni si apre al cittadino: primo corso online promosso dalla Regione Veneto" – "Sanità Pubblica e Giustizia" – 276 operatori formati) - Erogazione di tre corsi formativi a distanza (FAD) rivolti al personale sanitario (formati 1.909 operatori dei quali 143 composti da enti esterni (es. IOV) e cittadini - Predisposizione dei contenuti scientifici di un corso formativo/informativo online per i cittadini "Tutto sui vaccini, in parole semplici - Distribuzione alle Az. ULSS di materiale informativo sulle vaccinazioni rivolto alla popolazione
<p>Programma regionale di consulenza prevaccinale e sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione "canale verde"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione delle reazioni avverse a vaccini in soggetti a rischio - Sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta dei dati relativi agli eventi avversi a vaccini (EAV) segnalati e sono stati calcolati i tassi sulla base delle dosi somministrate. - Sono state analizzate e classificate 1154 schede di segnalazione riferite a vaccini somministrati nel 2016. - 261 consulenze pre- e post-vaccinali, per il proseguimento della vaccinazione dopo un evento avverso - Preparazione e pubblicazione della definizione di caso della vasculite cutanea in collaborazione con la Brighton Collaboration e l'AIFA. - Pubblicazione articolo sullo studio di sorveglianza attiva degli eventi avversi di due strategie vaccinali (MPRV vs MPR+V) E' stato infine redatto un documento nazionale dal titolo "Guida alla valutazione delle reazioni avverse osservabili dopo vaccinazione", pubblicato dall'AIFA a disposizione degli operatori dei Servizi vaccinali e di Farmacovigilanza. - Formazione e aggiornamento del personale addetto alle vaccinazioni.

Programma	Azioni	Breve sintesi attività svolte
<p>Progetto per la sorveglianza e la prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione e profilassi per i Viaggiatori Internazionali</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Attività formativa e informativa - Stesura di protocolli/procedure. - Organizzazione dell'attività degli ambulatori dei viaggiatori internazionali delle A. ULSS 	<ul style="list-style-type: none"> - due eventi formativi residenziali rivolti al personale sanitario ("Aggiornamenti in tema di medicina dei viaggi e delle migrazioni. Zika virus e altre arbovirusi" – "Aggiornamenti in tema di Medicina dei viaggi e delle migrazioni II evento: la gravidanza nella salute globale" - 213 operatori formati) - Collaborazione con il Centro per le Malattie Tropicali (Ospedale di Negrar) per l'organizzazione e la realizzazione del corso "Travel Medicine" - Produzione e invio ai referenti aziendali degli ambulatori Viaggiatori Internazionali di Newsletter periodiche (8/anno) sui temi della medicina dei viaggi e delle migrazioni e in generale di profilassi malattie infettive; - Traduzione e invio ai referenti aziendali degli ambulatori Viaggiatori Internazionali regionali di aggiornamenti epidemiologici periodici sulle principali malattie legate ai viaggi e alle migrazioni; - Attuazione di un progetto di approfondimento diagnostico sulla strongiloidosi in soggetti italiani e stranieri con eosinofilia, in collaborazione con la Medicina di Laboratorio dell'Ulss 20 di Verona e con il Centro per le Malattie Tropicali dell'Ospedale di Negrar. - Collaborazione con il Centro Malattie Tropicali di Negrar e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie per la prevenzione, il controllo e la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive tropicali legate ai viaggi e alle migrazione o a rischio di diffusione in Italia, comprese le patologie trasmesse da vettori.
<p>Controllo e lotta alla tubercolosi e implementazione dell'offerta del test HIV per la riduzione del numero dei late presenter</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento della sorveglianza della malattia tubercolare - Miglioramento della sorveglianza e dell'offerta e accessibilità al test HIV 	<ul style="list-style-type: none"> - Rafforzamento del controllo delle notifiche di tubercolosi nel software informatico SIMIWEB - Eliminazione di tutti gli account obsoleti per l'accesso al SSRHIV e ricognizione delle strutture di afferenza al sistema. - 7 centri di malattie infettive, i laboratori di microbiologia ed alcuni Servizi per le dipendenze offrono gratuitamente test per l'HIV - Monitoraggio periodico delle attività dei dispensari funzionali
<p>Promozione di politiche per il corretto uso dell'antibiotico e per il controllo dell'antibiotico-resistenza in strutture assistenziali e in comunità</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sorveglianza delle ICA - Sorveglianza antibiotico-resistenza - Processi di valutazione sullo stato attuale della sorveglianza e controllo delle CPE - Consensus conference - Programma di comunicazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizzazione della formazione rivolta ai referenti delle strutture individuate per l'indagine. - Selezione del materiale informativo (brochure, dépliant, video e locandine) per le attività di comunicazione - Sorveglianza delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Dorsoduro 3494/A, 30123 Venezia

Telefono: 041 2791352-1353

e-mail: prevenzionalealimentareveterinaria@regione.veneto.it

4.3 Screening oncologici

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

Ridurre la mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto (Paragrafo 3.4.1. Pagina 88).

Quadro di sintesi

I tre programmi di screening oncologici di riconosciuta efficacia (colon, cervice uterina, mammella) previsti nei LEA sono attivi presso tutte le Aziende ULSS del Veneto. Nel 2016 l'estensione degli inviti è stabile su livelli ottimali e si confermano i livelli elevati dei tassi di adesione corretta all'invito. Gli indicatori del percorso diagnostico-terapeutico sono generalmente positivi, a testimonianza di un'attenzione per la qualità superiore a quella accettata per altri interventi. I livelli di qualità raggiunti e mantenuti dai programmi del Veneto passano attraverso il monitoraggio costante di tutte le fasi della procedura di screening, la formazione continua degli operatori, la condivisione di esperienze e di protocolli mediata dai gruppi di lavoro regionali degli specialisti. Nonostante siano presenti alcune criticità locali, i risultati complessivi dei programmi del Veneto pongono la nostra Regione tra le migliori sia a livello nazionale che sul piano internazionale.

Gli screening oncologici dal 2001 fanno parte dei LEA e sono compresi tra gli obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale nell'area della promozione della salute e prevenzione delle malattie del PSSR 2012-2016. Il monitoraggio delle attività di screening è fortemente strutturato, l'analisi e la valutazione avvengono utilizzando gli indicatori di qualità e gli standard di riferimento che sono stati elaborati a livello europeo e ripresi sia dal Ministero per la Salute che dalle Società scientifiche nazionali di riferimento (GISCi, GISMa, GISCoR). Per tutti gli screening sono disponibili dati e indicatori di qualità consolidati al 31/12/2015 e, limitatamente ad estensione ed adesione all'invito, a fine 2016.

Attività di coordinamento

Ciascuna Azienda ULSS è responsabile della gestione dell'intervento sul territorio. L'attività di coordinamento, svolta dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, (DGR 1736 del 02/11/2016), attraverso il Coordinamento Regionale Screening Oncologici (CRSO), riguarda oltre all'organizzazione ed alla valutazione dei programmi, il monitoraggio degli indicatori di qualità, la stesura di relazioni ad hoc e rapporti annuali, la promozione della qualità tramite formazione del personale e il coordinamento di gruppi di lavoro specialistici.

Formazione degli operatori dei programmi di screening e gruppi di lavoro

Più di 1.000 operatori, il 70% non medici, sono attualmente coinvolti negli screening oncologici del Veneto. L'obiettivo è offrire la possibilità di una formazione di base, oltre ad eventi specifici per le diverse professionalità. Nel biennio 2015-2016 il CRSO ha organizzato 24 eventi formativi, per un totale di circa 1700 partecipanti. Da alcuni anni sono attivi, all'interno dei percorsi dei programmi di screening cervicale, mammografico e coloretale, Gruppi Regionali di Lavoro per la promozione della qualità degli screening,

composti dagli specialisti dei rispettivi settori e coordinati dal CRSO. Con DGR 926/2016 sono stati formalizzati sia quelli di nuova costituzione che quelli storicamente attivi.

Sistema informativo regionale

Il sistema informativo Screening Oncologici Regionale, comprende un applicativo per la gestione dei programmi di screening oncologici ed il relativo sistema di Business Intelligence, entrambi sviluppati su piattaforme web indipendenti e gestiti presso il Sistema Informatico della Regione. Il software per la gestione degli screening presenta caratteristiche omogenee tali da garantire la semplificazione e la completa standardizzazione dei processi organizzativi, permettendo la comparazione dei dati di attività dei diversi programmi. Inoltre, il recupero degli archivi storici di screening e la realizzazione di un cruscotto statistico hanno permesso, sia a livello locale che centralizzato, il monitoraggio dei principali dati di attività. Il sistema è integrato per l'invio delle work list e per la ricezione dei referti con i principali gestionali coinvolti nel processo degli screening oncologici, quali Anatomie Patologiche, Laboratori Analisi e Radiologie, nonché con l'Anagrafe Unica Regionale.

Le principali attività di sviluppo sono state:

- l'attivazione del modulo HPV-DNA per lo screening cervicale, presso tutte le aziende ULSS, ed il relativo collegamento con i centri di riferimento regionali per la lettura del test HPV e con il centro di refertazione dei pap-test di triage;
- l'implementazione del "Sistema Rete Mammografica" che, attraverso un'infrastruttura aderente agli standard del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale, consente di ottimizzare l'organizzazione delle letture delle mammografie e di rendere disponibili le immagini delle precedenti mammografie per tutte le donne residenti nel territorio delle Aziende ULSS appartenenti alla rete.

Screening cervicale con Pap test

È rivolto alle donne in età compresa fra 25 e 64 anni, che vengono invitate ad eseguire un pap test ogni tre anni. A inizio 2016 la popolazione target era pari a 1.347.195 donne. Nel 2016 i programmi hanno mantenuto la capacità di invitare la quasi totalità della popolazione target, recuperando il calo registrato nel 2015 dovuto all'attivazione del programma con HPV, con un'estensione corretta degli inviti del 93,5%. Anche il dato dell'adesione corretta migliora rispetto l'anno precedente (63,2%). Il dato è superiore rispetto alla media nazionale, che risultava del 39,8% nel 2015 (Figura 4.1). Nel 2015, su 208.895 donne screenate e 368.633 donne invitate, sono stati diagnosticati 18 carcinomi della cervice uterina e 519 lesioni precancerose CIN2 o CIN3. Il 2015 ha visto il miglioramento della maggior parte degli indicatori e, nonostante una certa variabilità dei risultati dei singoli programmi aziendali, questo testimonia un incremento generale della qualità del servizio erogato. Sia l'estensione degli inviti che l'adesione da parte della popolazione mantengono livelli ottimali. Va comunque ribadito che lo screening cervicale può mantenere un impatto sul tumore della cervice uterina, una patologia ormai rara, solo se i programmi sono in grado di sviluppare e sostenere risultati di qualità rispetto a tutti gli indicatori in modo omogeneo nel territorio regionale.

Screening cervicale con test HPV

Esistono ormai chiare evidenze scientifiche che uno screening con test clinicamente validati per la ricerca del DNA di ceppi ad alto rischio di HPV ("test HPV") come test di screening primario e con un protocollo appropriato, è più efficace dello screening basato sul pap test nel prevenire i tumori invasivi del collo dell'utero. Alla luce di queste evidenze scientifiche, in linea con il nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, la Regione del Veneto, tramite DGR 772/2014, ha deciso di introdurre, a partire dal 2015 su tutto il territorio regionale, il test HPV come test primario nei programmi di screening cervicale, per potenziare la strategia di prevenzione del tumore del collo dell'utero, tramite l'offerta di un test ancora più protettivo e di elevata qualità nell'ambito di una strategia più sostenibile e meno costosa di quella con Pap test. Le donne tra i 30 ed i 64 anni sono sottoposte a test HPV ogni cinque anni, le donne dai 25 ai 29 anni continuano ad effettuare il Pap test con intervallo triennale. In sintesi, il protocollo dello screening con test HPV prevede che le donne invitate allo screening effettuino un prelievo, del tutto analogo al pap test, per l'esecuzione del test HPV. Alle donne con test negativo verrà inviata una lettera con l'indicazione di un nuovo appuntamento a cinque anni. In caso di positività al test HPV, dallo stesso prelievo sarà possibile allestire e leggere un pap test: alle donne con pap test negativo verrà dato un nuovo appuntamento di controllo ad un anno. Le donne con Pap test positivo verranno invece inviate all'approfondimento colposcopico. Il protocollo entrerà pienamente a regime nel 2018. Per il triennio 2015-2017 è stato previsto un periodo di transizione: nel 2015 sono state invitate le donne tra i 50 e 64 anni, nel 2016 quelle a partire dai 46 anni. I test HPV vengono processati presso l'Anatomia Patologica di Treviso per le ULSS delle Province di Belluno, Treviso e Venezia, presso l'Anatomia Patologica di San Bonifacio per le ULSS delle Province di Verona e Vicenza e presso l'UOC Immunologia e Diagnostica Molecolare Oncologica dello IOV di Padova per le ULSS delle Province di Padova e Rovigo. L'esecuzione dei Pap test di triage per tutta la Regione è affidata all'Anatomia Patologica di Santorso (VI).

Screening mammografico

Rivolto alle donne fra 50 e 69 anni, che vengono invitate ad eseguire una mammografia con cadenza biennale. L'obiettivo principale è la riduzione della mortalità per tumore della mammella, un obiettivo secondario è l'applicazione di terapie chirurgiche e mediche il più possibile conservative ed accettabili. A inizio 2016 la popolazione target era pari a 677.143 donne con una percentuale di estensione degli inviti ottimale pari al 97% (Figura 4.1). Il dato dell'adesione corretta (76% nel 2016) negli ultimi anni è in lieve crescita e in prossimità dello standard desiderabile del GISMa (>75%).

Nel 2015, su 187.464 donne screenate e 288.894 donne invitate, i tumori screen detected sono stati 961. Come nell'anno precedente, il tasso di identificazione agli esami successivi soddisfa lo standard di riferimento, mentre ai primi esami è inferiore. Una possibile spiegazione sta nel frequente ricorso alla mammografia nelle donne con meno di 50 anni.

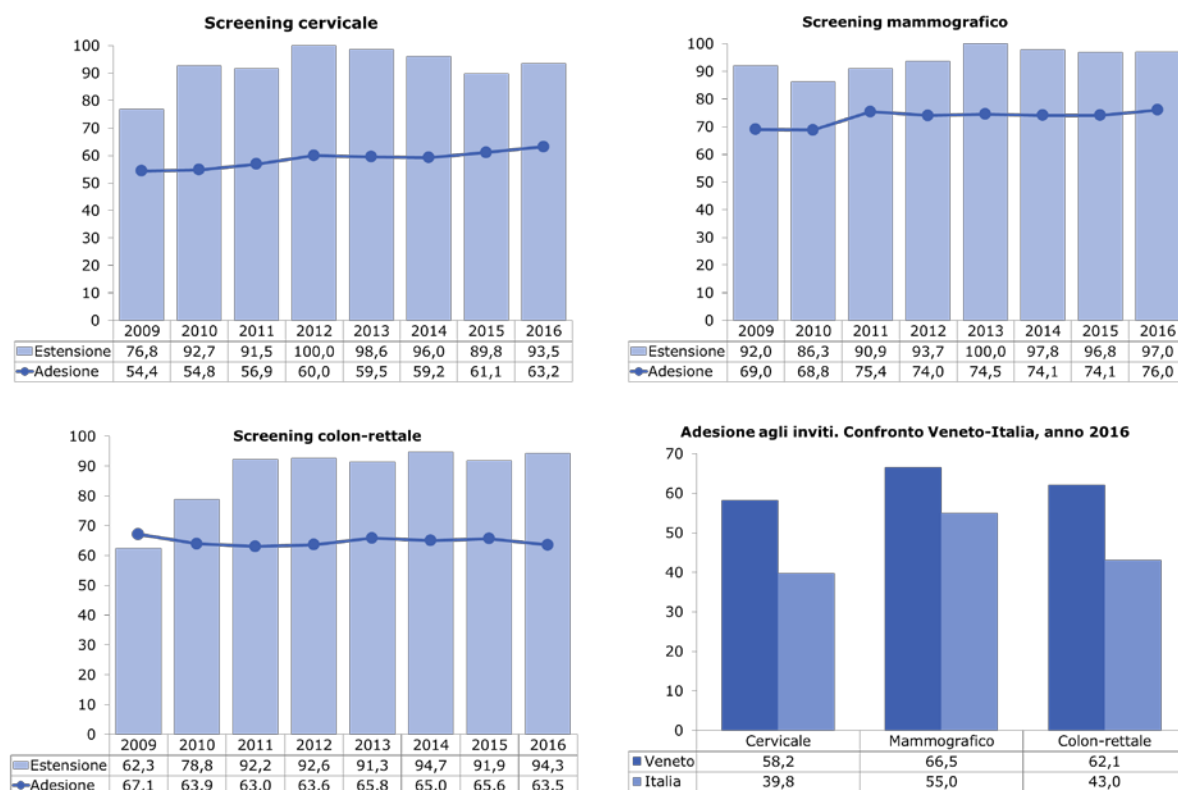
Gli indicatori risultano soddisfacenti nel confronto con gli standard nazionali, e stabili rispetto all'anno precedente, anche se con molta variabilità nelle Aziende ULSS. Con l'adozione della doppia lettura, diminuisce la difformità dei modelli organizzativi e dei percorsi diagnostici, migliorando l'uso efficiente della risorsa più scarsa, cioè il tempo-radiologo.

Screening coloretale

Ha la potenzialità di ridurre sia la mortalità che l'incidenza del tumore del colon retto, mediante la bonifica di grandi numeri di adenomi. Il programma è rivolto alla popolazione fra i 50 e i 69 anni, che viene invitata ad eseguire la ricerca del sangue occulto fecale con cadenza biennale. A inizio 2016 la popolazione target regionale era pari a 1.332.072 persone. L'estensione degli inviti nel 2016 si mantiene a livelli ottimali, pari al 94,3% (Figura 4.1).

Nel 2016 il dato dell'adesione subisce un lieve calo riportandosi ai valori registrati nel 2012, distaccandosi dallo standard desiderabile GISCoR (65%). Tuttavia, il dato del Veneto continua ad essere tra i migliori a livello nazionale (adesione del 43% nel 2015). Complessivamente sono stati diagnosticati 379 carcinomi e 3023 adenomi avanzati (forme benigne dotate di potenziale di progressione verso l'adenocarcinoma di forma maligna). Il tasso di identificazione per adenomi avanzati e cancro si colloca entro i valori attesi. Possiamo concludere evidenziando l'alto livello di adesione agli inviti in Veneto, rispetto al contesto nazionale, per tutti tre gli screening, che fanno sì che l'esperienza della nostra Regione sia collocata tra le migliori sviluppate in questo ambito (Figura 4.1).

Figura 4.1 - Screening cervicale, mammografico e colon-rettale. Percentuali di estensione e di adesione agli inviti (Veneto 2009-2016) e confronto Veneto-Italia 2016 (Fonte: Coordinamento Regionale Screening Oncologici)



Approfondimenti

I programmi di screening oncologici del Veneto. Rapporto 2013-2014, Padova: CLEUP, 2015 (<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/screening-oncologici>)

I programmi di screening in Italia, 2014, Osservatorio Nazionale Screening; Zadig Editore (www.osservatorionazionale screening.it)

DGR n. 772 del 27 maggio 2014: Modifica del programma regionale di screening oncologico per i tumori della cervice uterina con utilizzo del test HPV-DNA come test primario a parziale sostituzione del Pap Test

DGR n. 760 del 14 maggio 2015: Prime Indicazioni di riordino dei programmi di screening regionali ai sensi del D.Lgs. 29/04/98, n. 124 e delle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate ai sensi dell'art. 85, comma 4, della legge 23/12/00, n. 388.

DGR n. 926 del 22 giugno 2016: Formalizzazione ed implementazione dei Gruppi Regionali di Lavoro specialistici all'interno dei programmi di screening oncologici e recepimento dei documenti da essi prodotti

DGR n. 1736 del 2 novembre 2016: Consolidamento dell'assetto organizzativo dei programmi di screening oncologici e approvazione nuovo schema di convenzione con l'Istituto Oncologico Veneto (IOV) per la gestione contabile ed amministrativa del "Coordinamento Regionale Screening Oncologici"

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Dorsoduro 3494/A, 30123 Venezia

Telefono: 041 2791352-1353

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

4.4 Salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

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

Prevenire gli eventi infortunistici in ambito lavorativo e le patologie lavoro-correlate; promuovere la cultura della salute nei confronti dei datori di lavoro e dei lavoratori dei comparti a rischio; prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici. Prevenire le malattie determinate dagli alimenti, ivi compresa l'acqua (Paragrafo 3.4.1 Pag. 86, 87, 90, 91).

Quadro di sintesi

La programmazione degli interventi regionali a tutela della salute e sicurezza nei luoghi di vita e lavoro discende dal Piano Regionale Prevenzione (DDR n.10/2015), che dà attuazione ai macro obiettivi 2.7 (Prevenire infortuni e malattie professionali) e 2.8 (Riduzione delle esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute) del Piano Nazionale Prevenzione.

L'Unità Organizzativa Prevenzione e Sanità Pubblica fornisce supporto operativo e sovrintende le attività del Comitato Regionale di Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro, la cui collaborazione con i Servizi Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) produce lo strumento di pianificazione delle attività ispettive.

Nell'ambito della tutela della salute negli ambienti di vita si inserisce il monitoraggio del rischio indotto da agenti fisici di origine naturale o artificiale, e chimici, nonché le iniziative di informazione alla popolazione e alle imprese. Alcune linee di intervento sono il monitoraggio del gas radioattivo naturale Radon, le misurazioni delle emissioni elettromagnetiche (sette settore delle comunicazioni elettroniche, trasporto e trasformazione dell'energia elettrica), il monitoraggio dei prodotti fitosanitari e il loro relativo impiego (progetto regionale FAS: Fitosanitari Ambiente e Salute). Infine, particolare attenzione è rivolta al sistema regionale REACH (Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemical substances), con l'obiettivo di migliorare la tutela della salute attraverso il controllo dell'utilizzo delle sostanze chimiche.

Prevenire gli eventi infortunistici in ambito lavorativo e le patologie lavoro correlate e promuovere la cultura della salute nei confronti dei datori di lavoro e dei lavoratori dei comparti a rischio

La pianificazione regionale 2016, in coerenza con il macro obiettivo 2.7 del Piano Regionale di Prevenzione (PRP), prevede:

- incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la prevenzione, finalizzati al perfezionamento dei sistemi di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro e alla pianificazione mirata alle priorità di rischio delle attività di prevenzione;
- prevenzione degli infortuni sul lavoro, mediante il mantenimento delle azioni rivolte a contrastare il rischio di infortuni gravi in agricoltura, in edilizia e negli altri comparti produttivi, in un'ottica di miglioramento dell'omogeneità, del coordinamento e dell'orientamento proattivo delle azioni preventive;
- prevenzione delle malattie professionali, mediante il mantenimento delle azioni rivolte a contrastare il rischio di danni cronici da lavoro e mediante lo sviluppo di azioni rivolte all'emersione delle patologie professionali sotto-notificate;
- promozione della cultura della salute e della sicurezza nel mondo del lavoro, con l'obiettivo di rafforzare il coordinamento tra istituzioni e partenariato economico sociale e tecnico scientifico al fine di assicurare sinergie tra enti e forze sociali; di

promuovere l'organizzazione e la gestione aziendale della sicurezza da parte dei datori di lavoro; di favorire la promozione della cultura della sicurezza nel mondo della scuola per formare in modo consapevole i futuri lavoratori; di assicurare il coinvolgimento dei lavoratori attraverso i loro rappresentanti della sicurezza (RLS e RLST).

Gli interventi di vigilanza, volti alla verifica delle misure di prevenzione adottate dalle aziende a tutela della sicurezza dei lavoratori (tecniche, comportamentali e gestionali), 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 di prevenzione negli ambienti di lavoro nel suo complesso sia in grado di garantire la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza di settore (>5%), orientando gli interventi verso le priorità di salute e secondo logiche di efficacia, con risultati positivi sul numero degli infortuni accaduti all'interno degli ambienti di lavoro: nel corso del 2016 sono stati garantiti interventi di vigilanza nel 5,8% delle aziende attive (con lavoratori dipendenti o equiparati).

L'attività di monitoraggio degli infortuni gravi e mortali è stata garantita dal Programma Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale, operante in convenzione presso l'Azienda ULSS 9 Treviso (oggi Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana), che elabora periodicamente report sull'andamento degli infortuni mortali, con lo scopo di fornire in tempo reale il quadro aggiornato di tutti gli infortuni mortali sul lavoro avvenuti in Veneto.

L'attività di indagine e monitoraggio delle patologie muscolo-scheletriche correlate al lavoro è stata assicurata dal Programma Regionale per l'Ergonomia Occupazionale, operante in convenzione presso l'Azienda ULSS 17 Este (oggi Azienda ULSS n.6 Euganea), che rende disponibili report annuali di attività, linee guida di comparto e buone prassi. Nel 2016 sono state pubblicate le "Buone pratiche ergonomiche in agricoltura, edilizia e selezione dei rifiuti". Lo stesso Programma ha garantito il coordinamento dell'attività degli sportelli aziendali e dei centri provinciali di riferimento per il contrasto del mobbing, del disagio lavorativo e per la tutela della salute psico-sociale nei luoghi di lavoro.

A sostegno della promozione della cultura della sicurezza e della salute nei comparti a rischio, sono stati realizzati e diffusi i manuali relativi a cinque comparti produttivi (Autofficine, Lavorazione carni, Lavorazione legno, Metalmeccanica, Panifici artigianali), condivisi con le componenti del Comitato Regionale di Coordinamento.

Prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, al Gas Radon

Il Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 prevede il monitoraggio annuale, tramite ARPAV, delle concentrazioni di gas radon presso le strutture scolastiche (nidi e materne, pubbliche e private) selezionate secondo l'indice di criticità dell'area di appartenenza, per un numero complessivo di mille punti di misura. E' inoltre prevista la definizione di linee guida regionali per la stesura di regolamenti edilizi in tema di radon.

Nel 2016 si è provveduto, tramite indagini metrologiche svolte da ARPAV, all'aggiornamento della mappatura delle aree ad elevato potenziale di radon in Veneto. Sul sito web ARPAV e della Regione Veneto è possibile consultare l'elenco aggiornato dei Comuni inseriti nella predetta mappatura. Nello specifico, per la zona dei Colli Euganei,

sono state perfezionate le misure della durata di un anno in alcune abitazioni arrivando al numero complessivo di 118 unità. Nel Comune di Vicenza sono stati eseguiti controlli con misure di durata annuale in 96 edifici scolastici. Tutti gli edifici scolastici monitorati sono risultati inferiori al limite di Legge per quanto riguarda la concentrazione media annua di radon definita dal Decreto Legislativo n. 241/2000 (500 Bq/mc).

Prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, alle Radiazioni non ionizzanti e alle Teleradiocomunicazioni - Elettrodotti

Sono stati effettuati, in collaborazione con ARPAV, monitoraggi delle sorgenti di campi elettromagnetici a bassa frequenza (elettrodotti e cabine elettriche di trasformazione) e ad alta frequenza (stazioni radio base per la telefonia mobile, impianti radiofonici e impianti televisivi). Per le stazioni radio base sono stati rilasciati 1.297 pareri preventivi o istruttorie tecniche e realizzati 162 interventi di controllo; non è stato riscontrato alcun superamento dei parametri di emissione di campo elettromagnetico fissati dalla normativa di settore. Per gli impianti radiotelevisivi sono stati rilasciati 27 pareri preventivi o istruttorie tecniche e realizzati 44 interventi di controllo. E' ulteriormente in fase di ultimazione un intervento di bonifica presso Monte Cero (PD) per una situazione pregressa di superamento. Non è stato riscontrato alcun nuovo superamento dei parametri di emissione fissati dalla normativa di settore. Infine, per gli elettrodotti sono stati rilasciati 114 pareri preventivi o istruttorie tecniche e realizzati 53 interventi di controllo su cabine e linee elettriche. Non è stato rilevato alcun superamento dei parametri di emissione fissati dalla normativa di settore.

94

Prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, ai prodotti fitosanitari

In ambito regionale la tutela della salute in riferimento al fenomeno dell'impiego dei prodotti fitosanitari è stato assicurato attraverso tre linee di intervento:

- informazione e formazione;
- analisi del fenomeno;
- attività di vigilanza e controllo.

L'attività di informazione, formazione e aggiornamento a favore dei venditori e degli utilizzatori è continuata nel rispetto della normativa nazionale in materia, mentre l'attività di aggiornamento in favore degli operatori delle Aziende ULSS volta a garantire il pieno rispetto della normativa (Direttiva U.E. n. 128/2009, Piano d'Azione nazionale sull'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari, di cui al D.I. 22.1.2014) assicurando la preparazione in materia degli stessi operatori, è continuata sulla base delle disposizioni regionali di cui alla DGR 1682/2014.

Attraverso la puntuale rilevazione delle dichiarazioni di vendita presentate in ambito regionale dai rivenditori, che sono 653 nel territorio regionale, è stato possibile conoscere la quantità dei prodotti fitosanitari venduti in ambito regionale nell'anno 2016, quantità pari a 17.098.560 kg/l. La conoscenza di tali dati consente di effettuare un'analisi territoriale sul fenomeno dell'impiego dei prodotti fitosanitari in Veneto, analisi utile per l'individuazione di interventi di prevenzione sanitaria più opportuni da parte delle Aziende ULSS nelle singole aree, con la possibilità di orientare gli obiettivi e i caratteri del controllo sanitario sulle attività di vendita ed impiego dei prodotti fitosanitari. L'attività di

vigilanza sanitaria svolta dalle Aziende ULSS sulla base dell'atto di programmazione regionale (DGR n. 890/2016) sulla vendita e sull'impiego dei prodotti fitosanitari, ha comportato 393 controlli presso rivendite di prodotti fitosanitari e 661 verifiche in contesti di utilizzo degli stessi prodotti fitosanitari (Aziende agricole, contoterzisti e aree extra-agricole).

Prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici

Con il progressivo miglioramento sul piano operativo e di risultato, il sistema regionale REACH (Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemical substances) ha consentito la realizzazione dell'attività di controllo ufficiale sulla base del "Piano regionale di controllo 2016", adottato con la DGR n. 736/2016. In particolare sono stati effettuati, da parte delle Aziende ULSS competenti, 40 controlli in imprese di produzione di sostanze chimiche sull'applicazione della normativa REACH.

Nel 2016 sono state svolte numerose iniziative di formazione, finalizzate al consolidamento e alla diffusione della preparazione degli operatori delle Aziende ULSS nel settore della tutela della salute in riferimento alla problematica delle sostanze chimiche:

- Un Corso di aggiornamento sui Regolamenti REACH e CLP per gli Utilizzatori del Portale PD-NEA (Portal Dashboard for National Enforcement Authorities) della durata di 7 ore. Vi hanno partecipato 16 ispettori REACH Ripe Users .
- Un Corso di aggiornamento sui Regolamenti REACH e CLP per gli Ispettori REACH, della durata di 7 ore. Vi hanno partecipato 40 ispettori REACH.
- Tre edizioni del corso "Le informazioni prodotte dai Regolamenti REACH e CLP: loro utilizzo per una prevenzione efficace", della durata di 4 ore. Vi hanno partecipato complessivamente 94 operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto, 25 Operatori di ARPAV e 2 dell'Università.
- Workshop Nazionale REACH-CLP "Le Autorità Competenti a confronto" con presentazione di una relazione sul Progetto controllo dell'utilizzo del Triossido di diarsenico nelle vetrerie artistiche.

Sorveglianza sulle sostanze perfluoroalchiliche

La Regione del Veneto che è caratterizzata da un territorio molto fragile, con importante dissesto idrogeologico e con la presenza di una concentrazione consistente di attività produttive, si sta trovando, negli anni recenti a dover arginare situazioni di emergenza sanitaria che, in ultima istanza finiscono con il coinvolgere lo stato di salute della popolazione e l'impegno specialistico ed economico delle strutture sanitarie.

Il Piano Nazionale Prevenzione ed i Piani Regionali Specifici della Prevenzione presentano pertanto un impegno molto rilevante sui controlli, sul monitoraggio e sulle informazioni precoci relative all'inquinamento di matrici ambientali potenzialmente dannose per la salute della popolazione. I Piani della Regione del Veneto coordinano l'attività integrata Ambiente e Salute.

Gli indirizzi operativi della Prevenzione Regionale si sono in particolare rivolti all'attivazione di strumenti di sorveglianza e di controllo sulla distribuzione di acqua ad uso potabile per la popolazione veneta. Tale azione si è approfondita in particolare per la gestione dell'emergenza da sostanze perfluoroalchiliche in alcuni ambiti del territorio regionale. Sul tema la prevenzione sanitaria regionale ha ruolo solido di coordinamento

interistituzionale e multidisciplinare, attuando tutti i protocolli più avanzati per l'analisi di rischio e la gestione dello stesso.

Nel 2016 sono state attuate le seguenti attività:

- 5 piani straordinari di controllo sulle matrici ambientali come early warning di impatto sanitario (acque di fiume, acque sotterranee, suoli, scarichi ecc);
- 1 Piano straordinario di sorveglianza sull'acqua potabile distribuita dagli acquedotti;
- 1 Piano straordinario di sorveglianza sulle captazioni autonome ad uso potabile;
- 2 Piani straordinari di sorveglianza su alimenti;
- 2 Piani straordinari di Sorveglianza su acque di interesse sanitario (irrigue e di abbeverata);
- 1 Piano straordinario di sorveglianza sulla popolazione potenzialmente esposta;
- 1 Piano straordinario di presa in carico delle popolazione potenzialmente esposta;
- 20 Incontri di Coordinamento e supervisione interventi tecnologici per l'abbattimento delle sostanze in acque di interesse sanitario;
- 4 Protocolli integrati e condivisi anche in ambito nazionale, UE ed internazionale (OMS) di analisi del rischio;
- 3 Protocolli integrati e condivisi di gestione del rischio;
- 4 Attivazioni di studi epidemiologici su popolazione, lavoratori, iperesposti ;
- 60 incontri tecnico specialistici per attività scientifica e di coordinamento;
- 20 Rapporti specialistici;
- 6 Bollettini;
- 30 iniziative pubbliche a livello divulgativo e tecnico specialistico anche a livello internazionale.

96

Dal punto di vista delle attività di analisi e di prelievo per la rilevazione della diffusione dei PFAS su matrici ambientali, che rappresentano un indicatore precoce di diffusione di inquinante su matrici di interesse sanitario, nel 2016 sono stati prelevati e analizzati circa 1000 campioni;

Tutti i protocolli istituzionali, amministrativi, giuridici e tecnico scientifici attivati per il caso PFAS, hanno consentito l'impostazione di un Nuovo Modello di intervento efficace interistituzionale a solida guida sanitaria che hanno permesso di attivare in Regione del Veneto protocolli rigorosi e in linea con gli indirizzi europei per la sorveglianza sulla qualità dell'acqua potabile a livello regionale.

Sorveglianza sulle acque ad uso potabile

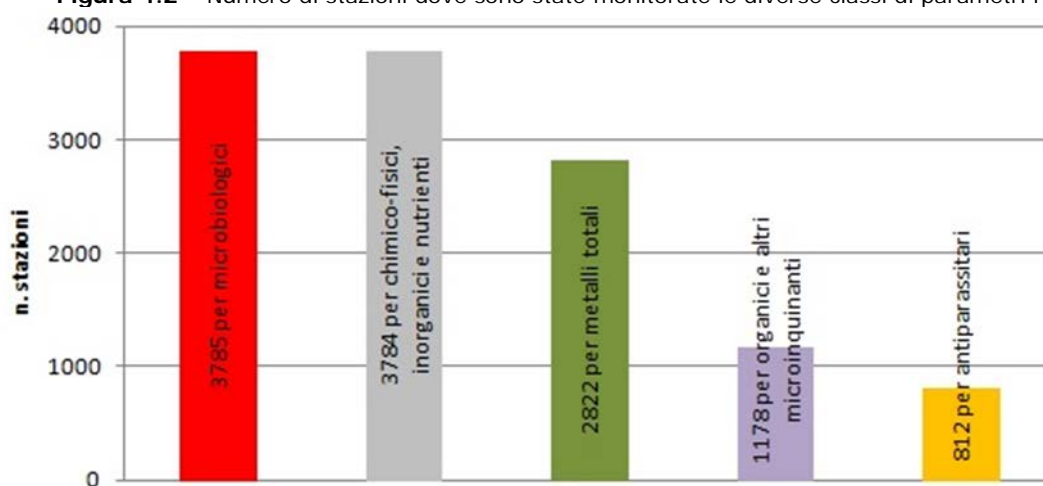
La Regione ha pianificato ed attuato attraverso le ULSS il monitoraggio dell'idoneità al consumo umano delle acque distribuite dalle reti acquedottistiche e degli approvvigionamenti autonomi, effettuando esami ispettivi sulle fonti di approvvigionamento, sugli impianti e sulle reti nonché effettuando campionamenti (controlli esterni: art.6 D.Lgs 31/01) atti alla valutazione del rispetto dei requisiti minimi dei parametri microbiologici chimici ed indicatori (emissione di un giudizio di idoneità: cap.4 DdD 15/2009).

Di seguito i dati sulla sorveglianza dell'acqua potabile Gennaio-Dicembre 2016 ("Rete Regionale Acque Potabili"):

- 711 Acquedotti;
- 228 Approvvigionamenti autonomi a rilevanza pubblica;
- 3.872 Siti di controllo visitati;
- 7.900 Campioni raccolti;
- 193.991 Analisi eseguite.

Nei punti di controllo l'elenco degli analiti ricercati dipende dai risultati del monitoraggio della qualità ambientale dei corpi idrici di approvvigionamento, dall'affidabilità dell'acquedotto e dalla sua vulnerabilità e, infine, dalla valutazione dei risultati analitici storici derivanti sia dai controlli dell'ente sanitario sia dai piani di autocontrollo dei gestori (DDRV 15/2009). Nel 2016 sono state visitate 3.873 stazioni in cui sono stati monitorate le diverse classi di parametri (Figura 4.2). L'entità e la dimensione delle azioni sopra descritte è desumibile dai dati analitici reperibili nel sito di ARPAV il cui laboratorio ha svolto il supporto analitico per le matrici ambientali e sanitarie.

Figura 4.2 – Numero di stazioni dove sono state monitorate le diverse classi di parametri nel 2016



Approfondimenti

Regione del Veneto – Programma Regionale Epidemiologia Occupazionale, Rapporto sull'andamento degli Infortuni mortali nel quadriennio in corso (2013-2016)
www9.ulss.tv.it/Minisiti/spisal/epidemiologia.html

Regione del Veneto – Programma Regionale Ergonomia Occupazionale, Buone pratiche ergonomiche in agricoltura, edilizia e selezione dei rifiuti (Dicembre 2016).
<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/linee-guida-e-indirizzi-operativi-ergonomia>

Regione del Veneto – Gruppo di lavoro per la condivisione delle modalità di utilizzo e diffusione dei manuali operativi e dei questionari di autovalutazione dei rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro, Manuali per la prevenzione: Autofficine – Lavorazione delle carni – Lavorazione del legno – Metalmeccanica – Panifici artigianali (2016)

<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/salute-e-sicurezza-negli-ambienti-di-lavoro>

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
 Dorsoduro 3494/A, 30123 Venezia
 Telefono: 041 2791352-1353
 e-mail: prevenzionalealimentareveterinaria@regione.veneto.it

4.5 Veterinaria e sicurezza alimentare

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

Le politiche di promozione della salute e prevenzione delle malattie ambito in cui operano i servizi inerenti l'area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, devono concorrere ad un miglioramento di salute della comunità, utilizzando principi di priorità, efficacia ed efficienza (Paragrafo 3.4.1 Pagine 91-94).

Quadro di sintesi

Il paragrafo riporta informazioni relative alle attività svolte in tema di Sicurezza Alimentare, sia su alimenti di origine animale che di origine vegetale, Sanità Animale (piani di risanamento e controllo), Igiene degli allevamenti ed Alimentazione animale.

Sicurezza alimentare

Nell'ambito della sicurezza alimentare, in relazione alla programmazione ed all'implementazione dei controlli ufficiali sugli operatori del settore alimentare (OSA), nella Tabella 4.3 si riportano i dati di confronto dal 2014 al 2016.

Tabella 4.3 – Controlli su operatori del settore alimentare. Veneto, 2014-2015-2016

	Operatori registrati 2014	Operatori riconosciuti 2014	Operatori registrati 2015	Operatori riconosciuti 2015	Operatori registrati 2016	Operatori riconosciuti 2016
NUMERO DI UNITA'	137.442	1.064	143.156	1.054	142.913	1.062
NUMERO DI UNITA' CONTROLLATE	39.133	1.064	38.015	1.054	43.241	1.062
NUMERO DI CONTROLLI UFFICIALI/ISPEZIONI -VERIFICHE	76.324	33.351	72.788	10.941	73.678	10.812
NUMERO DI AUDIT		406		451		418
TOTALE CAMPIONI	24.330		21.796		23.657	
CAMPIONI NON REGOLAMENTARI	278		250		262	
TOTALE NON- CONFORMITA	4.247	1.752	3.581	1.796	4.536	1.763
PROVVEDIMENTI:						
a) Amministrativi	4.428		4.119		5.276	
b) Notizie di reato	87		85		80	

Il Piano Regionale Integrato 2015-2018 dei Controlli sulla sicurezza alimentare, il benessere e la sanità animale, la sanità dei vegetali (P.R.I.C.) è stato sviluppato nel 2016 secondo la programmazione formalizzata con la DGR n. 391 del 31/03/2015.

Sanità animale

Per quanto riguarda la sanità animale, uno dei compiti prioritari dei Servizi Veterinari è rappresentato dalla prevenzione e controllo delle malattie infettive trasmissibili dall'animale all'uomo (zoonosi). Recentemente si è affermata la consapevolezza dell'impatto economico che le malattie infettive animali, come l'influenza aviaria e l'afta epizootica possono avere per gli allevatori e di conseguenza dell'importanza delle azioni poste a difesa del patrimonio zootecnico.

Nel corso del 2016 la gestione dei Piani di risanamento ha comportato la scelta di controllare il 20% degli allevamenti bovini da riproduzione per tubercolosi (TBC), leucosi (LBE) e brucellosi (BRC) bovina e, con cadenza biennale, la totalità degli allevamenti ovi-caprini. Ispezioni predisposte sulla base della Direttiva 64/432/CEE, coniugando gli obiettivi di risparmio della spesa pubblica con il miglioramento dell'attività di controllo e in considerazione che il Veneto ha acquisito negli anni precedenti la qualifica di Regione ufficialmente indenne da tubercolosi bovina, leucosi e brucellosi bovina/ovicaprina. In base ai suddetti Piani, i Servizi Veterinari delle Aziende ULSS del Veneto hanno effettuato, nel 2016, i seguenti campionamenti:

-BRC bovina: sono stati testati (mediante prove sierologiche e/o esame sul latte sfuso) 1.473 allevamenti (1.657 nel 2015), per un totale di 54.954 bovini (60.379 nel 2015); sono stati inoltre analizzati per BRC 362 feti abortiti (354 nel 2015).

-LBE: sono stati testati (mediante prove sierologiche e/o esame sul latte sfuso) 1.402 allevamenti (1.650 nel 2015), per un totale di 53.181 bovini (59.765 nel 2015).

-BRC ovi-caprina: sono stati testati (sierologicamente) 1.876 allevamenti (1.009 nel 2015), per un totale di 31.953 animali (24.401 nel 2015).

-TBC bovina: Dal 2016 il test di intradermotubercolizzazione (che fino al 2015 veniva eseguito sul 100% degli allevamenti bovini ogni 4 anni) viene eseguito sul 20% delle aziende di bovini ogni anno. Nel 2016 sono stati testati 1.341 allevamenti (5620 nel 2015), per un totale di 70.246 capi (305.969 animali nel 2015).

Tutti i prelievi effettuati per TBC bovina, LBE e BRC bovina e ovi-caprina sono risultati negativi.

Per il controllo delle malattie infettive, particolare importanza è stata posta alla verifica dei controlli per l'anagrafe zootecnica, che garantiscono la tracciabilità delle movimentazioni necessarie per il tracing back in caso di focolaio. Nel 2016 sono stati effettuati 543 (523 nel 2015) controlli negli allevamenti bovini, 149 (105 nel 2015) negli allevamenti suini e 149 (126 nel 2015) in quelli ovi-caprini. Sono stati rilevati 62 allevamenti bovini (89 anno 2015), 6 allevamenti suini (7 nel 2015) e 14 (9 nel 2015) ovi-caprini con non conformità.

Igiene degli allevamenti

La cura delle malattie degli animali riconosce nell'utilizzo del farmaco veterinario uno strumento indispensabile per il ripristino delle condizioni fisiologiche e per il benessere degli animali. Il Ministero della Salute prevede annualmente l'applicazione di un Piano Nazionale Residui (PNR) con l'obiettivo di evidenziare non conformità nell'utilizzo dei

farmaci veterinari. Per il controllo del farmaco veterinario nel corso del 2016 sono state effettuate 6.523 ispezioni (6.894 nel 2015) in allevamento, presso grossisti di farmaci, farmacie e parafarmacie. Sono state riscontrate 6 violazioni amministrative (11 nel 2015). Per il PNR sono stati invece effettuati 7.057 campionamenti in allevamento e presso i macelli, a seguito dei quali sono state rilevate 13 non conformità. Per razionalizzare le risorse è stato inoltre concordato, congiuntamente con l'ente pagatore regionale dei Premi Comunitari (AVEPA), uno specifico piano di monitoraggio, che prevedeva controlli sulla corretta tenuta dei registri aziendali del farmaco veterinario e sulla gestione dello stesso eseguiti su un campione di 31 allevamenti (atto CGO 4).

Per quanto riguarda l'alimentazione animale, il Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA) assicura, in accordo con quanto introdotto dal Regolamento (CE) n. 178/2002 e dal Regolamento (CE) 882/2004, un sistema ufficiale di controllo dei mangimi lungo tutta la filiera dell'alimentazione animale, al fine di garantire un elevato livello di protezione della salute umana, animale e dell'ambiente. Nell'ambito del PNAA sono state effettuate 3.518 (2.836 nel 2015) ispezioni presso operatori primari e altri operatori registrati ai sensi del Regolamento (CE) 183/2005. Sono state riscontrate 103 (80 nel 2015) non conformità di vario genere con 18 sanzioni amministrative.

L'azione di controllo sul benessere animale, introdotta dalla UE recentemente, sta assumendo sempre più importanza poiché consente indiscutibili benefici agli animali, ma soprattutto di elevare la qualità degli alimenti/derivati di origine animale. I Servizi Veterinari delle Aziende ULSS nel 2016 hanno effettuato 1.345 (1.207 anno 2015) controlli per benessere animale in allevamento, rilevando un totale di 87 non conformità, a cui hanno fatto seguito 15 sanzioni (amministrative o penali).

Per quanto riguarda il benessere al trasporto degli animali, nel 2016 sono state effettuate 1.252 ispezioni (1.095 nel 2015) ai sensi del Regolamento (CE) 1/2005, che hanno coinvolto un totale di 4.964.733 animali (4.948.997 nel 2015), 803 mezzi di trasporto (987 nel 2015) e 1.245 (1.179 nel 2015) documenti di accompagnamento; a seguito di tali controlli, sono state rilevate 26 non conformità (32 nel 2015), a cui hanno fatto seguito altrettante sanzioni ai sensi del citato Regolamento.

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Veterinaria e Sicurezza Alimentare
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
Telefono: 041-2791352-53
e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

5. Assistenza Ospedaliera

5.1 La rete ospedaliera e i posti letto

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

L'Ospedale per acuti è la struttura aziendale in cui vengono erogate prestazioni di ricovero a pazienti con patologie in fase acuta o nell'immediata fase post-acuzie ed è orientato ad un modello basato su livelli di intensità delle cure. Vi vengono collocate anche attività di riabilitazione ed attività ambulatoriali specialistiche di secondo livello, la cui erogazione sia legata ad attività di monitoraggio del paziente nella logica della presa in carico o ad esecuzione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità. (Paragrafo 3.2 Assistenza ospedaliera, pag. 59-79)

Quadro di sintesi

Il D.M. 70/2015: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" dà avvio al processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera nazionale. Le Regioni sono quindi chiamate ad adottare un provvedimento generale di programmazione per fissare la propria dotazione dei posti letto ospedalieri ed i relativi provvedimenti attuativi, garantendo il progressivo adeguamento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi indicati. Con la D.G.R. n. 1527/2015, la Regione Veneto ha redatto un documento tecnico che evidenzia come gli standard richiesti siano stati raggiunti.

Con il D.M. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", il Ministero della Salute ha individuato i nuovi standard per gli ospedali. A livello regionale questo percorso era già stato avviato con la L.R. n. 23/2012 (Piano Socio Sanitario Regionale), cui sono seguiti vari provvedimenti attuativi nei settori dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, del settore socio-sanitario e delle reti assistenziali, tra i quali la DGR n. 2122/2013 ad oggetto "Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie". Si riportano di seguito gli standard richiesti dal D.M. 70/2015 e per i quali la Regione ha già provveduto ad emanare la delibera di Giunta n. 1527/2015 contenente il documento tecnico in attuazione del Decreto.

Classificazione delle strutture e posti letto

Con la D.G.R. 2122/2013 è stata definita la classificazione di ciascuna struttura ospedaliera, sia pubblica che privata accreditata e sono state definite le funzioni per le quali è prevista una integrazione tra i diversi livelli della rete:

- 7 Ospedali Hub (2 regionali e 5 provinciali). Per essi sono individuati ambiti territoriali di riferimento, funzioni, specialità e servizi di diagnosi e cura. Per le Az. Osp. di Padova e di Verona gli ambiti territoriali, per alcune specialità, sono estesi all'intero ambito regionale (emergenza neonatale, ustioni, trapianti, chirurgia oncologica);

- 20 Presidi ospedalieri “spoke” di rete con bacino di riferimento di circa 200.000 abitanti, per i quali sono individuate funzioni, specialità di base e di media complessità e servizi di diagnosi e cura;
- Strutture integrative della rete ad indirizzo mono-specialistico, denominate “Ospedali nodi della rete” (17, di cui 4 con specificità montana ed con 1 specificità polesine).
- Il PSSR prevede che il presidio ospedaliero possa articolarsi su più sedi al fine di facilitare l’integrazione e la specializzazione dei poli. Pertanto, la DGR 2122/2013 stabilisce tale articolazione per 7 ospedali. Nella rete regionale è presente lo IOV.

Standard minimi e massimi di struttura per disciplina

Il DM 70/2015 prevede l’individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera, che, pertanto, deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza laddove le regioni non dimostrino di avere già strutturato una rete con un numero di strutture inferiore allo standard previsto. Si evidenzia che la programmazione regionale ha previsto l’integrazione delle attività prevedendo l’istituzione di Unità Semplici a valenza Dipartimentale (USD) al fine di supportare il modello di rete “Hub and Spoke” e l’attivazione delle reti. Tali strutture sono previste in stretto raccordo con le strutture complesse di riferimento. Nella Tabella 4.1 sono riportati il numero di strutture minime e massime previste dal DM 70/2015 per la Regione Veneto e il numero di strutture previste della programmazione regionale.

Tabella 5.1- Standard minimi e massimi di struttura per disciplina

Disciplina	Numero minimo di strutture	Numero massimo di strutture	Numero di strutture di cui alla DGR 2122/2013	Note
Allergologia	2	5	0	Previste 3 Unità semplici a valenza dipartimentale (PL in area omogenea)
Anatomia e istologia patologica	16	33	14	La DGR 1174/2014 definisce ambiti territoriali ottimali per UOC di anatomia patologica
Cardiochirurgia pediatrica	1	1	1	
Cardiochirurgia	4	8	5	
Cardiologia ed emodinamica	24	49	33	
Chirurgia generale	25	49	55	10 strutture hanno attività in regime Week-Surgery/Diurno/Ambulatoriale
Chirurgia maxillo facciale	2	5	5	
Chirurgia pediatrica	2	3	4	
Chirurgia plastica	2	5	5	
Chirurgia toracica	3	6	4	
Chirurgia vascolare	6	12	9	
Ematologia ed Oncoematologia	4	8	6	
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	4	8	5	

Disciplina	Numero minimo di strutture	Numero massimo di strutture	Numero di strutture di cui alla DGR 2122/2013	Note
Immunologia e centro trapianti	1	2	1	
Medicina Generale, Geriatria, Medicina d'Urgenza	55	107	85	
Malattie infettive e tropicali	4	8	8	
Medicina del lavoro	2	5	2	
Nefrologia ed Emodialisi	12	24	21	
Neurochirurgia	4	8	8	
Neurologia	16	33	25	
Neuropsichiatria infantile	1	2	2	
Oculistica	16	33	24	
Odontoiatria e stomatologia	6	12	1	Ciascuna Ulss deve garantire, anche mediante convenzioni, odontoiatria di comunità per diversamente abili
Ortopedia e traumatologia	25	49	45	
Ostetricia e ginecologia	16	33	38	"Punti nascita" che svolgono attività in area dipartimentale, di cui 4 in zone particolarmente disagiate
Otorinolaringoiatria	16	33	24	
Pediatria	16	33	26	
Psichiatria	16	33	32	
Tossicologia	1	1	1	
Urologia	16	33	26	
Grandi ustioni	1	1	1	
Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	1	2	1	
Terapia intensiva ed anestesia e rianimazione	16	33	48	15 strutture svolgono supporto all'attività chirurgica con moduli di 2-4 posti letto
Unità coronarica	16	33	25	
Dermatologia	4	8	7	
Fisiopatologia della riproduzione umana	1	2	1	
Gastroenterologia	6	12	15	DGR 1183/2010 definisce il sistema ad alta integrazione per gestione urgenze endoscopiche-gastroenterologiche
Lungodegenti	33	62	36	
Medicina nucleare	4	8	8	
Neonatologia	4	8	19	Con atto CU n. 137/2010 e DGR 1085/2011 è garantito il supporto neonatologico a tutti i punti nascita
Oncologia	16	33	24	
Oncoematologia pediatrica	1	2	2	
Pneumologia	6	12	16	Nell'ottica dell'integrazione ospedale territorio, le strutture sono state potenziate

Disciplina	Numero minimo di strutture	Numero massimo di strutture	Numero di strutture di cui alla DGR 2122/2013	Note
Radiologia	16	33	29	
Reumatologia	4	8	3+2	Prevista per 2 strutture in area funzionale medica
Terapia intensiva neonatale	4	8	7	
Radioterapia oncologica	4	8	5	
Neuro-riabilitazione	4	8	9	
Neurochirurgia pediatrica	1	1	2	Prevista nei 2 Hub a valenza regionale come requisito della rete ospedaliera integrata per gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza (DGR 3318/2009)
Nefrologia pediatrica	1	1	1	
Urologia pediatrica	1	1	0	Prevista una USD afferente ad una UOC di urologia con specifici posti letto
Farmacia ospedaliera	16	33	23	
Laboratorio analisi	16	33	20	
Microbiologia e virologia	4	8	5	
Fisica sanitaria	4	8	5	
Servizio trasfusionale	16	33	8	Prevista organizzazione dipartimentale interaziendale provinciale (delib. Consiglio Regionale 18/2004 e provvedimenti attuativi della Giunta Regionale). L'erogazione del servizio è comunque garantita in ogni ULSS
Neuroradiologia	2	5	5	
Genetica medica	1	2	1	
Dietetica/Dietologia	4	8	1	
Direzione medica di presidio	16	33	30	

Il DM 70/2015 richiede anche che ogni Regione abbia attivato le 4 reti tempo dipendenti: Rete emergenza/urgenza, Rete per le emergenze cardiologiche, Rete per il Trauma, Rete Ictus. Con la ridefinizione della rete ospedaliera secondo il modello "Hub and Spoke", il PSSR aveva già previsto lo sviluppo e il potenziamento di queste e di altre reti cliniche già definite dalla normativa regionale (Trapianti di organi e tessuti, Trasfusionale, Malattie rare, Gestione del neonato critico e del bambino in emergenza-urgenza, Urgenze endoscopiche gastroenterologiche, Paziente con neurolesione grave, Riabilitazione, Oncologica, Anatomia patologica, Breast Unit, Diabetologia), per consentire la scelta del percorso più appropriato possibile in riferimento alle condizioni cliniche del paziente, nel rispetto delle massime condizioni di sicurezza possibile.

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata Accreditata
 Direzione Programmazione Sanitaria
 Palazzo Molin-San Polo 2514, 30125 Venezia
 Telefono: 041 2791501-1502
 e-mail: assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

5.2 L'ospedalizzazione in Veneto

Quadro di sintesi

Nel 2016 le dimissioni dalle strutture ospedaliere del Veneto sono diminuite di circa un migliaio rispetto al 2015. La diminuzione ha riguardato l'attività di ricovero diurno e di lungodegenza, mentre c'è stato un aumento dei ricoveri ordinari in relazione alla progressiva attivazione della week surgery. Si rileva inoltre una riduzione della degenza media dei ricoveri nei reparti per acuti. L'attività delle strutture private convenzionate incide per il 19% del totale, mentre arriva a coprire il 69% dei ricoveri in area riabilitativa.

Nel 2016 le strutture ospedaliere del Veneto hanno effettuato 660.165 dimissioni, oltre a circa 30.000 dimissioni di neonati non affetti da patologie. Sebbene nell'arco dell'ultimo decennio il numero assoluto di ricoveri in Veneto sia calato del 25%, con dinamiche diverse per le varie tipologie di ricovero, rispetto al 2015 la diminuzione è molto contenuta (circa un migliaio di ricoveri) ed ha riguardato i ricoveri in lungodegenza e i ricoveri diurni. Viceversa, l'attività per acuti in regime ordinario è aumentata di 14.663 ricoveri, imputabili interamente alla week surgery, ossia ai ricoveri in regime ordinario pianificati nell'arco dei 5 giorni feriali per l'effettuazione di interventi chirurgici di bassa-media complessità (DGR 2688/2014). La progressiva diminuzione del numero dei ricoveri diurni è inoltre conseguenza dell'estensione delle tipologie di interventi chirurgici erogabili in regime ambulatoriale (DGR 859/2011 e successive) oltre che dello spostamento verso l'assistenza ambulatoriale della quasi totalità delle prestazioni di chemioterapia (Tabella 5.2).

Tabella 5.2 - Numero di ricoveri per tipo di assistenza, Veneto, 2006-2016
(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO Regione del Veneto)

Anno	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2006	571.285	66,2	249.831	28,9	12.778	1,5	29.625	3,4	863.519	100,0
2007	557.607	67,6	226.067	27,4	11.455	1,4	29.714	3,6	824.843	100,0
2008	549.127	69,0	207.601	26,1	11.466	1,4	27.900	3,5	796.094	100,0
2009	537.098	69,1	199.556	25,7	11.173	1,4	29.217	3,8	777.044	100,0
2010	527.086	68,7	199.663	26,0	10.369	1,4	30.324	4,0	767.442	100,0
2011	503.418	69,0	186.743	25,6	9.542	1,3	29.741	4,1	729.444	100,0
2012	485.689	70,6	162.291	23,6	9.687	1,4	30.404	4,4	688.071	100,0
2013	480.816	71,2	155.385	23,0	10.173	1,5	29.081	4,3	675.455	100,0
2014	477.378	71,5	151.700	22,7	9.732	1,5	28.703	4,3	667.513	100,0
2015	477.265	72,2	144.386	21,8	9.306	1,4	30.282	4,6	661.239	100,0
2016	491.928	74,5	129.008	19,5	8.230	1,2	30.999	4,7	660.165	100,0

La durata media della degenza dei ricoveri ordinari per acuti è scesa nel 2016 sotto gli 8 giorni: sebbene la diminuzione rispetto agli anni precedenti sia di lieve entità, l'impatto

sull'elevato numero di ricoveri si traduce in una diminuzione del numero totale di giornate di degenza erogate (Tabella 5.3).

Tabella 5.3 - Numero di giornate di degenza e degenza media per tipo di assistenza – Veneto, 2006-2016
(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO Regione del Veneto)

Anno	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media
2006	4.516.972	7,9	737.842	3,0	325.858	25,5	616.315	20,8	6.196.987	7,2
2007	4.450.330	8,0	641.931	2,8	312.326	27,3	627.895	21,1	6.032.482	7,3
2008	4.408.794	8,0	501.173	2,4	303.173	26,4	613.257	22,0	5.826.397	7,3
2009	4.336.491	8,1	422.934	2,1	306.115	27,4	630.013	21,6	5.695.553	7,3
2010	4.285.033	8,1	406.765	2,0	295.400	28,5	648.596	21,4	5.635.794	7,3
2011	4.146.390	8,2	369.274	2,0	267.834	28,1	651.614	21,9	5.435.112	7,5
2012	3.963.950	8,2	306.116	1,9	264.405	27,3	673.413	22,1	5.207.884	7,6
2013	3.905.605	8,1	275.487	1,8	279.041	27,4	667.654	23,0	5.127.787	7,6
2014	3.904.061	8,2	258.446	1,7	267.812	27,5	666.936	23,2	5.097.255	7,6
2015	3.874.052	8,1	249.767	1,7	258.362	27,8	694.938	22,9	5.077.119	7,7
2016	3.869.254	7,9	227.243	1,8	225.234	27,4	704.740	22,7	5.026.471	7,6

La casistica trattata dai reparti ordinari per acuti è per circa il 56% di tipo medico: le condizioni mediche per le quali la popolazione ricorre più frequentemente al ricovero ospedaliero sono il parto con e senza diagnosi complicanti (5,6% del totale dei ricoveri ordinari per acuti), lo scompenso cardiaco (3,4%), la polmonite con e senza complicanze (2,3%), l'edema polmonare e l'insufficienza respiratoria (2,0%) e l'ictus (1,6%). Tra i ricoveri per intervento chirurgico, i più frequenti sono la sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (3,4%), i parti cesarei con e senza complicanze (1,9%) e gli interventi sull'utero non per neoplasia maligna (1,9%).

Nell'ambito della degenza ordinaria, la week-surgery risulta attiva nel 2016 in 40 dei 45 istituti di ricovero pubblici della Regione con circa 34.400 interventi effettuati. I ricoveri più frequenti sono per interventi per via transuretrale (8,8%), per colecistectomie laparoscopiche (8,0%) e per interventi su utero non per neoplasie maligne (4,6%)

I ricoveri in regime diurno sono per tre quarti di tipo chirurgico. Tra gli interventi chirurgici più frequenti ci sono quelli in ambito ginecologico, ortopedico, urologico e di chirurgia generale (Tabella 5.5).

Tabella 5.4 - Dimissioni per acuti in regime ordinario per i DRG più frequenti nel 2016. Veneto, 2015 e 2016
(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO Regione del Veneto)

DRG	2015		2016	
	N	Deg. Media	N	Deg. Media
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	26.213	3,4	25.504	3,4
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.293	4,6	1.357	4,7
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	16.584	9,7	17.301	9,3
127-Insufficienza cardiaca e shock	16.914	10,5	16.518	10,6
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	7.349	12,2	6.704	12,2
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	3.740	9,2	3.299	9,0
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	9.991	11,8	9.722	11,4
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	8.818	3,6	9.029	3,3
358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	457	7,0	403	6,6
371-Parto cesareo senza CC	8.757	4,8	8.489	4,9
370-Parto cesareo con CC	815	8,0	789	7,7
125-Malattie cardiovascolari eccetto IMA, con catet. cardiaco senza CC	4.857	4,4	5.154	4,2
124-Malattie cardiovascolari eccetto IMA, con catet. cardiaco con CC	2.847	9,8	2.835	9,7
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	7.982	11,9	7.917	11,8
494-Colecistectomia laparosc. senza esplorazione dotto biliare senza CC	6.080	2,9	6.276	2,7
493-Colecistectomia laparosc. senza esplorazione dotto biliare con CC	673	8,2	761	8,9
311-Interventi per via transuretrale senza CC	4.306	2,6	6.034	2,2
310-Interventi per via transuretrale con CC	696	6,2	922	6,1
576-Setticemia senza ventilazione meccanica 96+ ore, età > 17 anni	6.497	14,5	6.846	14,8
430-Psicosi	6.898	19,3	6.758	18,8

107

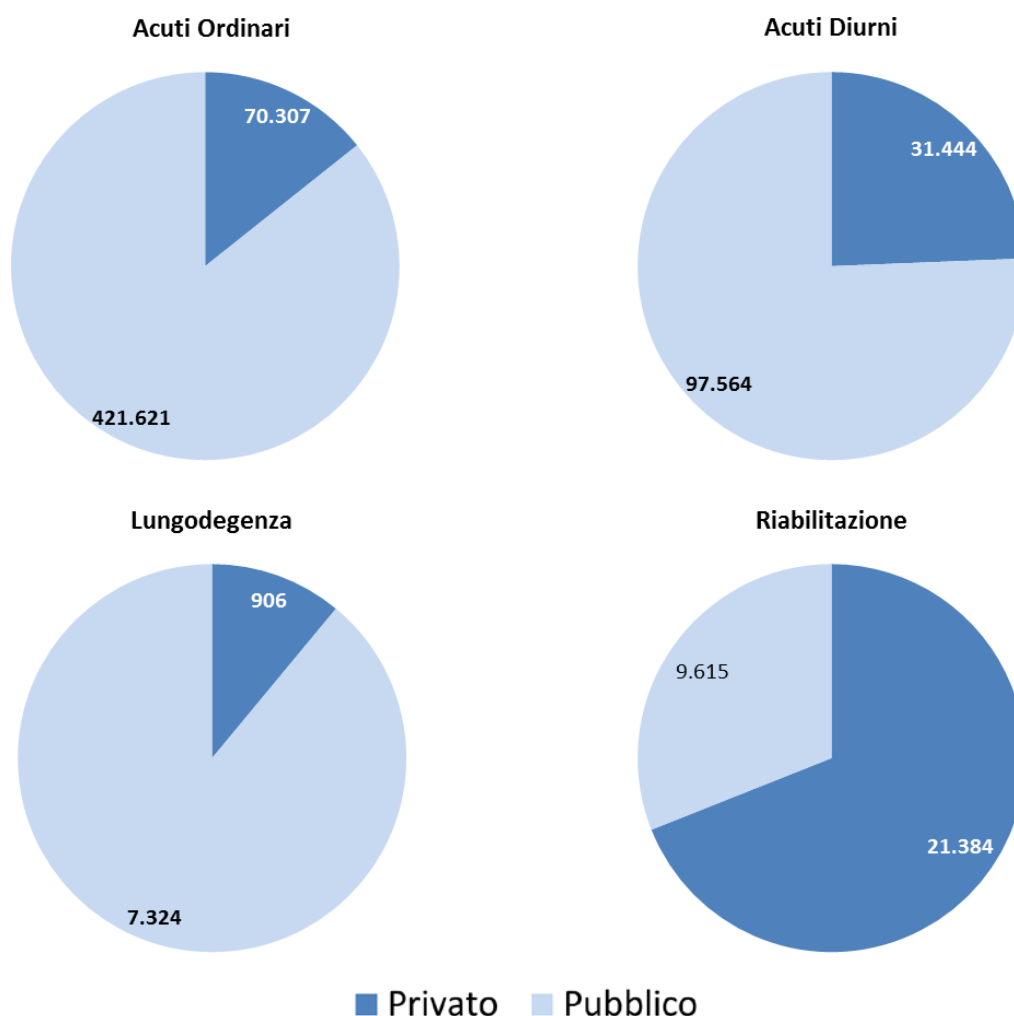
Tabella 5.5 Dimissioni per acuti in regime diurno per i DRG più frequenti nel 2016. Veneto, 2015 e 2016
(Fonte: elaborazioni SER su SDO Regione del Veneto)

DRG	2015		2016	
	N	Media accessi	N	Media accessi
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, per aspirazione o isterotomia	7.371	1,2	7.084	1,2
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	7.192	1,2	7.004	1,2
358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	13	1,2	10	1,5
225-Interventi sul piede	5.593	1,4	4.859	1,4
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti no per ulcere /cellulite senza CC	4.651	1,5	4.691	1,4
265-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti no per ulcere /cellulite con CC	41	1,3	54	1,3
311-Interventi per via transuretrale senza CC	5.177	1,6	3.926	1,7
310-Interventi per via transuretrale con CC	217	1,8	181	2,1
158-Interventi su ano e stoma senza CC	4.260	1,7	3.642	1,7
157-Interventi su ano e stoma con CC	47	1,9	128	2,0
364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione non per neoplasie maligne	3.328	1,2	3.517	1,2
538-Escissione loc. e rimozione mezzi fissazione no anca e femore no CC	3.973	1,3	3.448	1,3
537-Escissione loc. e rimozione mezzi fissazione no anca e femore con CC	26	2,2	29	1,9
139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	3.524	1,5	3.361	1,6

Dimissioni dalle strutture private accreditate

Le dimissioni dalle strutture ospedaliere private accreditate ammontano nel 2016 a 124.041, in lieve aumento rispetto all'anno precedente, e rappresentano quasi il 19% del totale. La quota di ospedalizzazione privata sul totale delle dimissioni dalle strutture regionali è del 14% per i ricoveri ordinari per acuti, del 24% per i ricoveri diurni, del 11% per la lungodegenza e del 69% nei ricoveri riabilitativi. Questi ultimi si riferiscono a periodi di riabilitazione sia a seguito di eventi traumatici a danno del sistema muscolo-scheletrico, sia a seguito di eventi cardio e cerebro-vascolari.

Figura 5.1 – Dimissioni da strutture pubbliche e private per area assistenziale. Veneto, 2016
(Fonte: elaborazioni SER su SDO Regione del Veneto)



Considerando i ricoveri in discipline per acuti, ordinari e diurni, la casistica trattata è prevalentemente di tipo chirurgico: più del 53% delle dimissioni vengono effettuate dalle Unità operative di chirurgia generale e di ortopedia (Tabella 5.6).

Tabella 5.6 - Dimissione dalle strutture private per specialità – Ricoveri per acuti ordinari e diurni Veneto, 2015 e 2016 - (Fonte: elaborazioni SER su SDO Regione del Veneto)

Specialità di dimissione (Ricoveri per acuti ordinari e diurni)	2015		2016	
	N	%	N	%
Cardiologia	3.663	3,6	3.252	3,2
Chirurgia Generale	23.439	23,3	31.573	31,0
Chirurgia Plastica	4	0,0		
Chirurgia Vascolare	884	0,9	665	0,7
Gastroenterologia	625	0,6	621	0,6
Malattie Infettive	396	0,4	383	0,4
Materno Infantile	10.371	10,3	8.951	8,8
Medicina Generale	13.601	13,5	13.568	13,3
Neurochirurgia	39	0,0		
Neurologia	1.864	1,9	1.807	1,8
Oculistica	2.290	2,3	2.070	2,0
Oncoematologia	595	0,6	525	0,5
Ortopedia	30.164	30,0	27.068	26,6
Otorinolaringojatria	3.454	3,4	2.949	2,9
Psichiatria	2.870	2,9	2.788	2,7
Terapia intensiva	955	1,0	770	0,8
Urologia	5.281	5,3	4.761	4,7
Totale	100.495	100,0	101.751	100,0

Approfondimenti

[L'ospedalizzazione in Veneto dal 2006 al 2015](#), Padova: Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, Gennaio 2017

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale
 Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
 Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: ser@regione.veneto.it

5.3 Controlli sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero

In ambito regionale i controlli sull'attività sanitaria sono disciplinati dalla DGR n. 3444/2010 che ha previsto l'articolazione dell'attività in controlli interni ed esterni, attribuendo la responsabilità alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie. Gli organi di supervisione e vigilanza sono rappresentati dai Nuclei Aziendali di Controllo, presenti presso ogni Azienda Sanitaria e presso ogni struttura privata accreditata, dai Nuclei Provinciali di Controllo e dal Nucleo Regionale di Controllo che, con il supporto del Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste di attesa e la sicurezza del paziente, ha il compito di dirimere le controversie irrisolte a livello locale e provinciale. La normativa nazionale prevede che il 12,5% dell'attività di ricovero annuale di ogni struttura debba essere sottoposta a puntuale verifica sulla documentazione sanitaria e, in aggiunta, il Coordinamento regionale ha la facoltà di incrementare l'attività oggetto di verifica sulla base di difformità in termini di ricorso a determinate prestazioni risultanti da analisi epidemiologiche, proponendo una serie di indicatori aggiuntivi rispetto a quelli contenuti nella DGR 3444/2010. Per le prestazioni ambulatoriali, il suddetto provvedimento prevede una verifica dell'impegnativa SSR (attribuzione della classe di priorità, presenza del quesito diagnostico, indicazione dell'eventuale esenzione), e sulla base della documentazione clinica, una verifica della congruità tra quanto prescritto e quanto erogato. Nel 2016 (Tabella 5.7) a fronte di un controllo eseguito su oltre 100.000 ricoveri (16%), per effetto delle modifiche apportate all'8% dei DRG, si è verificato un abbattimento (rivalorizzazione) economico di circa 4 milioni di €, a carico delle strutture pubbliche.

Tabella 5.7 - Attività di controllo di appropriatezza sulle prestazioni di ricovero, 2016
(Fonte: Rapporto LEA 2016)

Tipologia Erogatore	Cartelle cliniche controllate		Modifiche DRG		Abbattimento tariffario
	N	%	N	%	
Strutture pubbliche	91.181	16%	7.885	9%	-€ 4.613.169,51
Strutture private accreditate	18.602	15%	725	4%	€ 228.969,33
Totale	109.783	16%	8.610	8%	-€ 4.384.200,19

Approfondimenti

[DGR 2072 del 30 dicembre 2015](#): Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" per l'anno 2016.

[DGR 3444 del 30 dicembre 2010](#): Modifica del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto.

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente - Area Sanità e Sociale
Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
Telefono: 041 2791308
e-mail: controlli@regione.veneto.it

5.4 Volumi di attività e qualità delle cure

Nell'ambito della rete ospedaliera, il Decreto Ministeriale 2 Aprile 2015, n.70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015) individua per alcune attività/processi assistenziali, specifiche soglie minime di volume e valori di rischio di esito alle quali le singole strutture ospedaliere devono adeguarsi.

Quadro di sintesi

Il volume di attività rappresenta una delle caratteristiche di processo misurabili che possono avere un rilevante impatto sull'efficacia degli interventi e sull'esito delle cure. La revisione sistematica della letteratura scientifica ha fatto emergere come, per numerose attività ospedaliere, la specializzazione e l'esperienza derivata da un elevato volume di casi trattati conducano a miglioramenti della qualità dell'assistenza e a migliori esiti per il paziente. La rilevazione condotta sui dati di dimissione del 2016 mette in evidenza che la proporzione di strutture che superano le soglie di volume fissate dal DM70/2015 è aumentata rispetto a quella del 2015 per tutti gli indicatori. Persiste tuttavia una certa frammentazione per gli interventi per tumore alla mammella per i quali solo il 39,5% delle strutture ha volumi superiori alla soglia fissata. Analogo miglioramento tra il 2015 e il 2016 è stato registrato anche per gli indicatori di esito; le criticità riguardano in particolare gli indicatori "proporzione di tagli cesarei primari" e "proporzione di fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età operate entro 2 giorni", per i quali rispettivamente metà e sei strutture su dieci superano gli standard di qualità fissati dal Ministero della Salute.

Il Decreto Ministeriale n. 70 del 2015 (DM70), conosciuto come "Regolamento Ospedali", individua alcuni indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera basati sui volumi di attività, sui processi di cura e sugli esiti. Per tali indicatori, che derivano dal più ampio sistema degli indicatori di volume ed esito sviluppato da AGENAS nell'ambito del Programma Nazionale Esiti (PNE), sono state individuate, a livello nazionale e sulla base di evidenze scientifiche, delle soglie minime applicabili a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati.

Gli indicatori di volume e di esito previsti dal DM70 sono calcolati in base all'archivio regionale delle SDO e fanno riferimento a 5 aree cliniche principali: cardiocircolatoria, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare.

Nelle Tabelle 5.8 e 5.9 si presenta, per ciascun indicatore contemplato dal DM70, il numero e la percentuale di strutture ospedaliere che nel 2016 soddisfano i requisiti di volume e di esito richiesti e la variazione rispetto al 2015. Sia per gli indicatori di volume che per quelli di esito sono aumentate le strutture che si sono adeguate alle soglie previste. Per i volumi di attività persiste una certa frammentazione per gli interventi per tumore alla mammella per i quali solo il 39,5% delle strutture ha volumi superiori alla soglia ministeriale; rispetto a queste situazioni nel 2016 sono stati avviati dei percorsi di riorganizzazione i cui risultati si potranno osservare nel 2017. Un'altra criticità riguarda i volumi di attività per l'infarto acuto del miocardio: si tratta tuttavia di una condizione che, non nella fase acuta, viene trattata anche nelle strutture non specialistiche e questo determina una certa dispersione della casistica.

Tabella 5.8 - Volumi Veneto anno 2016: sintesi strutture e soglie (solo strutture con almeno 10 casi)
Analisi per Struttura Ospedaliera (Fonte: Elaborazioni su dati SDO – maggio 2017)

Indicatore	Soglia DM70	2016			2015	Var.
		N. totale strutture	Superamento soglia DM70		Superamento soglia DM70	
			N.	%	%	
Interventi di colecistectomia laparoscopica	100	51	38	74,5	72,0	+2,5
Interventi per frattura del femore	75	39	34	87,2	80,0	+7,2
Infarto acuto del miocardio	100	47	28	59,6	50,0	+9,6
Interventi per tumore della mammella	150	38	15	39,5	31,7	+7,8
Parti	500	37	30	81,1	78,9	+2,2
Interventi di angioplastica coronarica	250	23	18	78,3	55,2	+23,1
Interventi di bypass aorto-coronarico	200	5	4	80,0	50,0	+30,0

Sul versante degli esiti, gli indicatori mostrano complessivamente una buona performance; tra le situazione che più si discostano dagli standard di qualità del DM70 è stata posta particolare attenzione all'area osteomuscolare, il cui indicatore tracciante, "Proporzione di fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età operate entro 2 giorni", non raggiunge ancora i livelli ottimali in alcune aree della Regione.

Tabella 5.9 - Esiti Veneto anno 2016: sintesi strutture e soglie (solo strutture che soddisfano il numero minimo di eventi a denominatore). Analisi per Struttura Ospedaliera (Fonte: Elaborazioni su dati SDO – maggio 2017)

Indicatore	Soglia DM70	2016			2015	Var.
		N. totale strutture	Superamento soglia DM70		Superamento soglia DM70	
			N.	%	%	
Proporzione di STEMI (infarto miocardico con soprallivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni	min 60%	17	15	88,2	82,4	+5,8
Intervento di bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	max 4%	5	5	100,0	100,0	--
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	max 4%	5	5	100,0	83,3	+16,7
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	min 70%	43	33	76,7	65,1	+11,6
Proporzione di parti con taglio cesareo primario ($\leq 25\%$ per strutture con almeno 1000 parti annui; $\leq 15\%$ per strutture con meno di 1000 parti annui)	max 25% o 15%	34	17	50,0	41,7	+8,3
Proporzione di interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore in pazienti di età ≥ 65 anni	min 60%	34	20	58,8	55,9	+2,9

Comunicazione dei dati

L'aggiornamento mensile degli indicatori previsti dal DM70 ha consentito di monitorare costantemente l'andamento degli indicatori durante tutto il 2016 in collaborazione con le Aziende Sanitarie. A tal fine è stata sviluppata una reportistica nel Datawarehouse del Sistema Informativo regionale allo scopo di "anticipare" i risultati del 2016 che PNE pubblicherà nell'autunno 2017. La presentazione e discussione dei risultati è stata fatta sia in occasione degli incontri trimestrali per la valutazione degli obiettivi di salute delle Aziende, sia con incontri specifici con le Direzioni Sanitarie delle Ulss e delle Aziende Ospedaliere. Questi incontri hanno permesso di segnalare e successivamente correggere, per specifici indicatori, problemi nella registrazione dei dati e per ricevere segnalazioni in merito alla chiusura di alcuni reparti o alla riorganizzazione di alcune attività.

Approfondimenti

[DM n.70 del 02.04.2015, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.](#)

Sito Programma nazionale esiti - PNE: http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata Accreditata
Direzione Programmazione Sanitaria
Palazzo Molin-San Polo 2514, 30125 Venezia
Telefono: 041 2791501-1502
e-mail: assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale
Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it

6. Assistenza territoriale e socio-sanitaria

6.1 Assistenza primaria

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

Per rendere operativo il modello di presa in carico della cronicità è necessario implementare in modo diffuso su tutto il territorio regionale le Medicine di Gruppo Integrate (Paragrafo 3.1.2-Modelli organizzativi dell'assistenza territoriale, pag. 49).

Diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, intesi come contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili; e come strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura (Paragrafo 2.3.2-L'integrazione Ospedale-Territorio, pag. 37).

Implementazione graduale di modelli organizzativi in grado di garantire assistenza nelle 24 h, 7 su 7, anche attraverso lo sviluppo di centrali operative come punti di ricezione delle istanze, di coordinamento delle risposte e di gestione dei trasferimenti dall'Ospedale alle strutture territoriali (ammissioni e dimissioni protette), nonché di costante collegamento con i medici di famiglia (Paragrafo 3.1.3-La filiera dell'assistenza territoriale, pag. 52).

Quadro di sintesi

La gestione integrata e la continuità dell'assistenza rappresentano i due obiettivi principali del PSSR 2012-2016, che danno valore all'assistenza garantita nella Regione Veneto. Per questo motivo si è dato avvio ad un processo di riorganizzazione della rete dei servizi sanitari, al fine di dare concreta attuazione al modello di "filiera dell'assistenza", caratterizzato da nodi strettamente correlati e atti a garantire un sistema di cure graduali e continue.

Gli obiettivi principali riguardano:

- diffusione della "Medicina di Gruppo integrata", quale unico modello organizzativo per l'assistenza primaria;
- definizione ed applicazione di percorsi clinico-assistenziali condivisi;
- sviluppo del modello di Centrale Operativa Territoriale quale strumento funzionale a tutti attori della rete socio-sanitaria;
- sviluppo di percorsi formativi quali leva del cambiamento.

Lo sviluppo delle Medicine di Gruppo Integrate

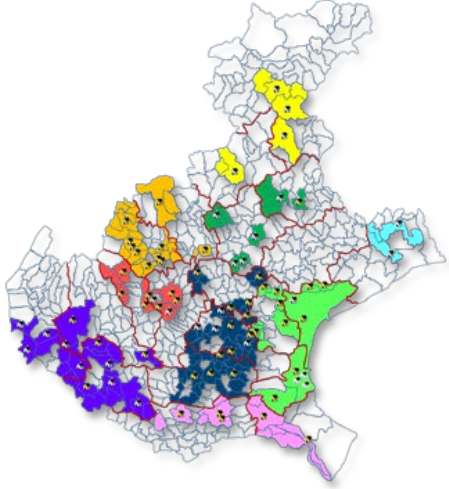
In conformità con quanto disposto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 e nel rispetto della DGR n. 751/2015, si sta procedendo con la diffusione su tutto il territorio regionale del modello di Medicina di Gruppo Integrata (MGI). Proprio perché queste forme organizzative vengono considerate un investimento per la Comunità, è stata codificata una procedura per la valutazione della conformità dei progetti stessi e per la loro autorizzazione (CRITE-MGI).

Nel corso del biennio 2015-2016, la CRITE-MGI ha autorizzato 78 progettualità presentate da 20/21 AULSS, che coinvolgono n. 695 Medici di Medicina Generale (MMG)

(22% del totale dei MMG nella Regione Veneto) e n. 947.717 assistiti (22% della popolazione assistita nel Veneto).

Nel dettaglio, tali progettualità derivano prevalentemente da trasformazioni di medicina di GRUPPO pre-esistenti o da attivazioni di MGI ex Novo (Tabella 6.1).

Tabella 6.1 – Evoluzione in Medicine di Gruppo Integrate. Veneto, 2016 (Fonte: Monitoraggio a cura dell'UO Cure Primarie e LEA)

	MGI AUTORIZZATE	N	%
	conferme di sperimentazione MGI	4	5%
	trasformazioni da UTAP	24	31%
	trasformazioni da GRUPPO	30	38%
	attivazioni di MGI ex NOVO	20	26%
	Totale	78	

Al termine del 2016, risultano attivate 45 MGI, delle quali quasi tutte mantengono una o più sedi periferiche per garantire di una copertura capillare dei territori, coinvolgendo complessivamente un centinaio di comuni.

In ben 42 Comuni del Veneto sono presenti sedi di riferimento aperte h12, ove dalle ore 8 alle ore 20 vi è la presenza medica ed infermieristica. In taluni casi nelle sedi di riferimento sono erogate attività di prelievo e c'è la possibilità di prenotazione delle visite specialistiche (collegamento al CUP).

È interessante osservare che le Sedi di Riferimento delle MGI attivate sono ubicate presso locali di proprietà dei MMG componenti (22/45), ma anche dell'AULSS (13/45 MGI) e dei Comuni (10/45).

Dalle esperienze che si vanno via via consolidando sul territorio regionale, si evince che le MGI consentono concretamente di ampliare la gamma dei servizi offerti ai cittadini, sono un ottimo setting per costruire una relazione di fiducia con i pazienti e per sperimentare l'integrazione multiprofessionale, venendo a rappresentare un luogo dedicato alla salute della Comunità.

Già nel breve termine, la componente multiprofessionale ed il lavoro in team consentono di riscontrare trasformazioni delle modalità di approccio e operative in riferimento alle aree della promozione della salute, della gestione dei pazienti cronici e della partecipazione alla governance.

A titolo di esempio, nell'area della promozione della salute, al fine di migliorare il tasso di adesione alle campagne di vaccinazione antiinfluenzale si stanno diffondendo alcune buone pratiche, quali:

- la redazione di liste di soggetti ultra65enni con il contributo attivo della MGI nel ricontatto telefonico dei non aderenti alla campagna vaccinale;
- la comunicazione delle informazioni utili ad opera di tutto il team della MGI (ivi compresa la figura infermieristica), rendendo il paziente più consapevole dei rischi e dei benefici.

Relativamente all'ambito infermieristico, il lavoro in team sviluppato all'interno della MGI si differenzia da quello in altri contesti (es. ospedale, struttura residenziale ecc.).

Infatti, le competenze dell'infermiere vengono valorizzate:

- nell'attività di gestione dell'ambulatorio della cronicità per la presa in carico dei pazienti con Diabete, BPCO, scompenso e TAO/NAO, mediante verifiche periodiche secondo i PDTA;
- negli interventi in team di educazione sanitaria agli assistiti;
- nell'attività infermieristica prestazionale ambulatoriale, di consulenza e di educazione sanitaria e terapeutica;
- nell'attività di front-office sanitario (anche telefonico), con gestione della documentazione e dei materiali sanitari.

A completamento della costruzione del team multiprofessionale, è opportuno richiamare l'attenzione sulla necessità di integrare nelle MGI anche la componente della Continuità Assistenziale e della Specialistica Ambulatoriale interna. Per questo motivo sono stati attivati:

- un Tavolo paritetico per l'integrazione della Continuità assistenziale nella riorganizzazione delle cure primarie con lo scopo di creare dei punti h24 per assicurare risposte ai cittadini e per la definizione di una cartella informativa integrata unica a livello regionale;
- un Tavolo per l'integrazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni nel modello cure primarie, sviluppando un rapporto di "consulenza" con il medico di famiglia, impiegando il metodo della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e dei relativi indicatori, nonché diffondendo il teleconsulto specialistico e la telerefertazione.

La Cronicità e i Percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali

I PDTA sono strumenti di trasversalità che consentono di creare collegamenti tra i diversi setting assistenziali e tra le figure professionali che entrano nel percorso di cura, garantendo la continuità dell'assistenza.

Nel 2015-2016, tre proposte di PDTA regionali hanno concluso l'iter di formulazione, secondo una medesima metodologia e mediante il coinvolgimento di specifici professionisti interessati nella presa in carico. Sono stati, infatti, approvati il PDTA sulla BPCO (DGR n. 206/2015), il PDTA sul Diabete Mellito di Tipo 2 (DGR n. 759/2015), e il PDTA sulla Gestione della Terapia Anticoagulante Orale (TAO) (DGR n. 1374/2016).

Inoltre, al fine di provare l'effettiva applicabilità delle proposte regionali, nel corso del 2015, si è conclusa la prima sperimentazione di valutazione operativa del PDTA della

BPCO, coinvolgendo le quattro aziende della provincia di Vicenza (ULSS 3-4-5-6). Nel 2016 è stata avviata la seconda sperimentazione, che vede il coinvolgimento delle Aziende delle provincie di Belluno e Treviso (ULSS 1-2-7-8-9) nell'implementazione del PDTA del Diabete Mellito di Tipo 2. Tale percorso ha portato alla formulazione di linee di indirizzo (*in corso di ultimazione*) da diffondersi su tutto il territorio regionale quali indicazioni operative a supporto dell'implementazione dei PDTA.

La formazione a supporto del cambiamento

In linea con la consapevolezza che il cambiamento derivi necessariamente da un nuovo modo di pensare e che la formazione ne rappresenti la leva strategica, nel corso del 2016 sono stati avviati due programmi formativi.

Progetto formativo "*le cure integrate nel paziente complesso nella Regione del Veneto: il modello di care management*" (DGR n. 1532/2016). Si tratta di un progetto formativo sul Modello di Care Management rivolto ai MMG e infermieri operanti nelle Medicine di Gruppo Integrate, nonché agli infermieri del territorio, ed è finalizzato a facilitare l'integrazione tra professionisti diversi e tra unità di offerta differenti. L'obiettivo complessivo è di realizzare un modulo formativo in ciascuna provincia, coinvolgendo pertanto tutte le MGI autorizzate ed attivate.

Per l'edizione del primo anno (2016) sono state coinvolte le ULSS della provincia di Vicenza e di Padova/Rovigo, per approfondimenti si rinvia al Paragrafo 6.3 *Care Management del paziente complesso*.

Percorso di formazione manageriale per i Direttori di Distretto (DGR n. 462/2016), che è finalizzato a costruire la nuova figura di Direttore di Distretto, capace di gestire molteplici servizi e risorse del territorio in un'ottica di "*network manager*", in grado di presiedere ai processi decisionali rilevanti per i servizi territoriali, con un approccio inclusivo e di condivisione delle responsabilità (*Direttore facilitatore*), qualificandosi come "*garanti della salute della comunità*".

L'implementazione del modello di Centrale Operativa Territoriale (COT)

La "Centrale della Continuità" (DGR n.2271/2013) rappresenta lo strumento organizzativo funzionale a tutti attori della rete socio-sanitaria coinvolti nella presa in carico dell' "utente fragile", ossia caratterizzato da multimorbilità, elevata complessità e/o terminalità.

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.

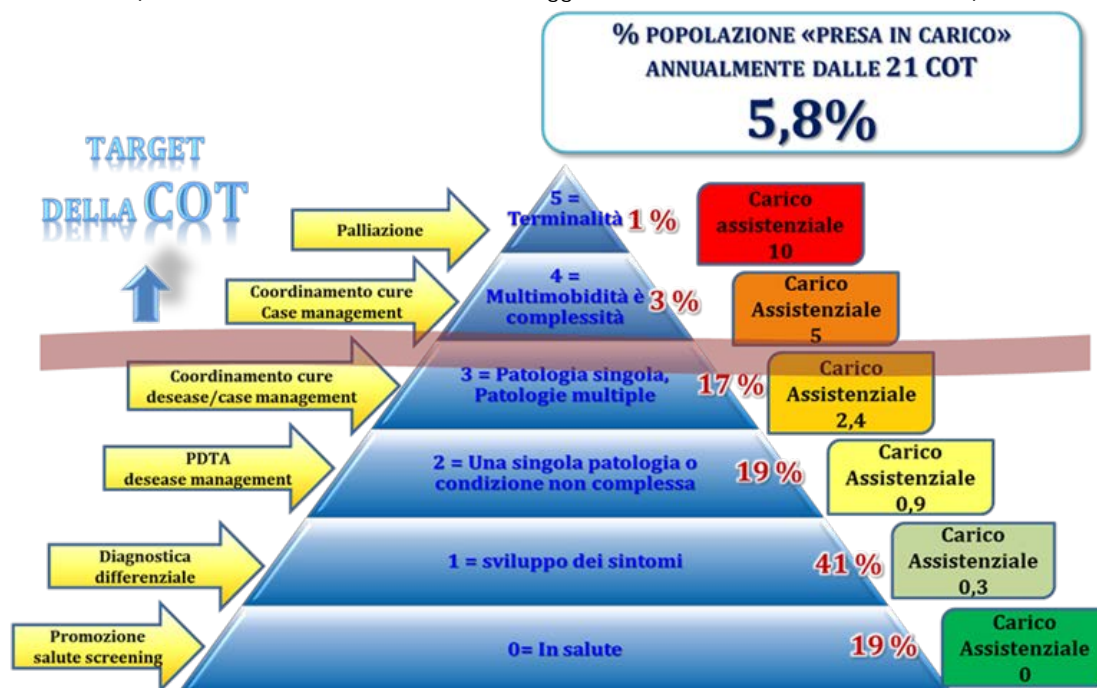
Nell'arco del 2015-2016 la COT è stata attivata in tutte le 21 Aziende ULSS, seppur con assetti organizzativi differenti, definiti a partire da un'analisi dei bisogni locali, dei modelli organizzativi e del contesto culturale di ciascuna Azienda ULSS, elementi questi che concorrono a determinarne diversità e peculiarità.

Data la caratterizzazione innovativa dello strumento a livello regionale, si è reso necessario attivare un percorso di "accompagnamento" di tutte le AULSS nella progettazione e attivazione della Centrale Operativa Territoriale. La finalità è stata ed è (essendo il percorso ancora attivo) quella di condividere obiettivi e contenuti, di mettere a fattor comune le esperienze e le soluzioni operative, andando verso la formulazione di un modello regionale.

Questo percorso è stato supportato anche da una azione di monitoraggio costante delle attività svolte, da cui emerge che su base annuale le COT coordinano mediamente la presa in carico del 5,8% della totalità degli assistiti della Regione, annoverando circa n. 3.500 "transizioni protette" al mese, la maggior parte delle quali riguarda i processi per l'inserimento di un paziente in un setting domiciliare, sia che provenga dall'ospedale che da altri setting territoriali (circa 2.400 transizioni mensili gestite dalle 21 COT).

Il target è, infatti, rappresentato dall'apice della piramide del *case mix* (Figura 6.1), in cui si collocano anche i Pazienti inseriti in programmi di cure palliative, e si caratterizza per la presenza di una "Complessità multiprofessionale", nella quale la connessione fra i vari ambiti assistenziali trova nella COT una risposta operativa quale «centrale della continuità», garantendo un coordinamento unitario del percorso di cura ed assistenza.

Figura 6.1 Piramide del *case mix* della popolazione. Veneto.
(Fonte: Elaborazione dati del monitoraggio a cura dell'UO Cure Primarie e LEA)



Nello specifico il percorso del paziente viene definito secondo i criteri della valutazione multidimensionale e multiprofessionale, che riconosce nella UVMD un efficace strumento per la pianificazione dell'assistenza dei malati con maggiore complessità.

La strategicità del modello ha reso, altresì, necessario progettare ed attivare un percorso di alta formazione per i responsabili della Centrale Operativa Territoriale, ruolo ricoperto da professionisti delle professioni sanitarie e che richiede specifiche competenze gestionali ed organizzative, nonché una buona conoscenza del contesto organizzativo aziendale. Detto progetto è stato approvato con DGR n. 463/2016 ed avviato nel giugno 2016.

Approfondimenti

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 462 del 19 aprile 2016](#) Percorso di formazione manageriale per Direttori di Distretto. Approvazione.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 463 del 19 aprile 2016](#) Progetto formativo di alto livello per Responsabili della Centrale Operativa Territoriale (DGR n. 2271/2013).

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1374 del 09 settembre 2016](#) Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale per la gestione della terapia anticoagulante orale (TAO) in pazienti adulti con fibrillazione atriale non-valvolare (FANV). Approvazione.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1532 del 10 ottobre 2016](#) Approvazione del progetto formativo: "le cure integrate del paziente complesso nella Regione del Veneto: il modello di care management." L.R n.23 del 29 giugno 2012.

[Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 29 del 6 aprile 2016](#) Tavolo Tecnico regionale per la definizione di progettualità finalizzate alla partecipazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni nel progetto di sviluppo delle cure primarie. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, recepito con Intesa Stato-Regioni in 17 dicembre 2015.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 129 del 16 febbraio 2016](#) Approvazione del programma relativo alle procedure di gara centralizzate di acquisizione di beni e servizi in carico al Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità (CRAS) per il biennio 2016-2017

[Decreto del Direttore regionale della Sezione Controlli, Governo e Personale SSR n. 9 del 7 marzo 2016](#) Procedura di gara, ad evidenza pubblica, per l'acquisto di un software unico a livello regionale per la gestione delle centrali operative del 118 e di un software per la gestione della continuità assistenziale, autorizzata con DGR n. 129/16.02.2016. Nomina del gruppo tecnico.

Centrale operativa territoriale come centrale della continuità: l'esperienza nella Regione Veneto. Politiche Sanitarie. Aprile-giugno 2016; 17(2): 105-117

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Cure Primarie e LEA
Direzione Programmazione Sanitaria
Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
Telefono: 041 2793404-3529
e-mail: cure.primarie@regione.veneto.it

6.2 Strutture Intermedie e Hospice

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

Si configura come obiettivo strategico regionale lo sviluppo dell'assistenza intermedia, attivando strutture di ricovero temporaneo in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione. (Paragrafo 3.1.3-La filiera dell'assistenza territoriale, pag. 55).

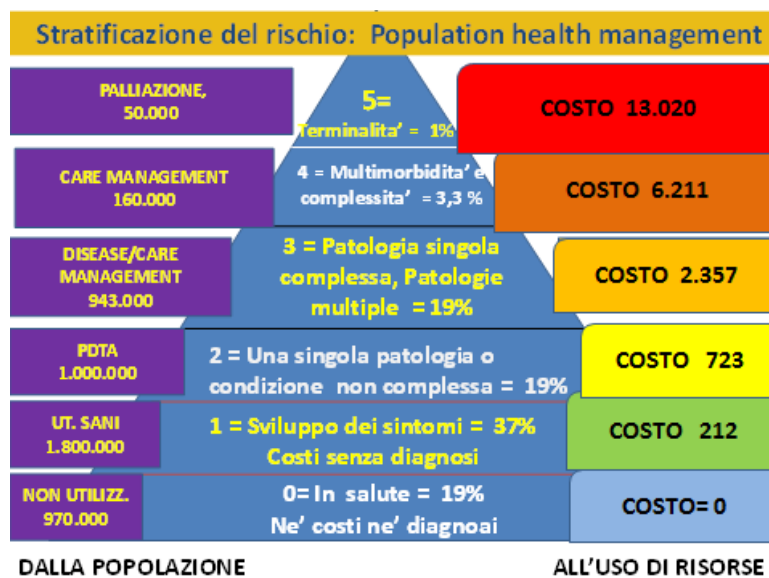
Quadro di sintesi

- Sono le strutture atte a garantire risposta per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo complessi per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e che trattano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo.
- Sono strutture in grado di offrire risposta polifunzionale a carattere temporaneo (in genere 4-6 settimane) con possibilità di offerta principalmente di tre tipi: di riattivazione funzionale/riabilitazione, di stabilizzazione, di palliazione.
- Nel 2016 è stato avviato il flusso informativo relativo alle attività di ricovero presso ODC e URT.

Strutture Intermedie

Con l'aumento negli ultimi anni della popolazione anziana e delle persone affette da malattie croniche e da multimorbilità, sono cambiate le necessità assistenziali con un crescente bisogno di diversificare i luoghi di cura ridefinendo e ripopolando quell'area compresa tra l'ospedale e il domicilio. Per rispondere a queste mutate esigenze è necessario ripensare sia ai luoghi di cura che agli strumenti con cui affrontare i bisogni di salute della popolazione. Con il framework concettuale cui la Regione Veneto fa riferimento (classificazione del case-mix con ACG®) la popolazione può essere segmentata (Figura 6.2) in strati omogenei al loro interno per bisogni di salute e intensità nell'utilizzo di risorse: ai diversi gradi di compromissione dello stato di salute corrispondono diversi ambiti assistenziali tra i quali va favorita la transizione del paziente. È importante quindi che gli strumenti di gestione della salute siano il più possibile appropriati per il livello di complessità e per l'intensità assistenziale necessaria. Ne consegue che la prevenzione e la gestione delle patologie semplici deve avvenire nel territorio ed in ambito domiciliare o ambulatoriale, mentre la gestione delle patologie acute importanti e della riacutizzazione di patologie croniche e co-prevalenti deve avvenire in ambito ospedaliero.

Figura 6.2 - Stratificazione del rischio



Per essere tali, le cure intermedie devono:

- avere la funzione chiara di cura nella fase post-acuta o di prevenzione dei ricoveri inappropriati per riportare sempre il paziente a domicilio, se e quando possibile;
- utilizzare strumenti di *assessment* (o valutazione) e gestione multi professionali e multidimensionali;
- offrire una opportunità di recupero funzionale, se possibile;
- essere di durata limitata nel tempo;
- coinvolgere e attivare diverse istituzioni e enti erogatori di servizi alla persona (comuni, strutture residenziali).

Non devono avere una funzione meramente di transizione del paziente.

In questo framework concettuale si riconosce che nella storia naturale delle malattie esiste anche la convalescenza e che se, per le condizioni funzionali del paziente, non è affrontabile a domicilio, può e deve essere organizzata in strutture di ricovero temporanee che favoriscono rapide transizioni ai livelli intermedi come gli ospedali di comunità o le unità di riabilitazioni territoriali dove gestire la riattivazione dopo allettamento, il recupero funzionale dopo evento disabilitante e, se necessario, per la mancata possibilità di guarigione, la palliazione. Un aspetto caratterizzante di queste strutture è la dimensione più funzionale che diagnostica della cura e una forte integrazione tra Sanitario e Sociale con una ricomposizione della frammentazione dell'offerta assistenziale.

In base alla traiettoria prognostica del paziente, possono essere individuate tre funzioni fondamentali delle cure intermedie (Tabella 6.2): una di stabilizzazione del paziente subacuto con disabilità definitiva, una funzione di recupero funzionale, ed una terza funzione di accompagnamento del paziente terminale; tutte orientate al sostegno alla domiciliarità e alla deospedalizzazione.

Tabella 6.2 - Strutture intermedie: tipologia di pazienti e obiettivi assistenziali

Ospedale di comunità	Unità di riabilitazione	Hospice
Pazienti con perdita di alcune funzioni (es. ADL) ma con 3 possibili traiettorie diagnostiche: <ul style="list-style-type: none"> Le funzioni perse sono recuperabili; Alcune funzioni sono perse, ma devo far adattare il paziente (e famiglia); La malattia ha una prognosi infausta e necessita di cure palliative. 	Pazienti <ul style="list-style-type: none"> Le cui funzioni/abilità perse sono recuperabili; Che hanno già effettuato riabilitazione intensiva ma necessitano di proseguire il trattamento; Cronico evolutivo (es. Parkinson) con grave disabilità residua che necessita di periodo di riabilitazione/adattamento. 	Pazienti con: <ul style="list-style-type: none"> Aspettativa di vita inferiore a 6 mesi; Completamento di tutte le indagini diagnostiche ed esclusione di terapie volte alla guarigione della malattia; Indice di Karnofsky uguale od inferiore a 50.
Obiettivo assistenziale: <ul style="list-style-type: none"> stabilizzazione, riattivazione, palliazione. 	Obiettivo assistenziale: <ul style="list-style-type: none"> riabilitazione, riattivazione. 	Obiettivo assistenziale: <ul style="list-style-type: none"> palliazione, qualità della vita.

Ospedali di Comunità e Unità di Riabilitazione Territoriali

Il Piano Socio Sanitario della Regione del Veneto (LR 23 del 2012) e la DGR attuativa di approvazione delle schede ospedaliere e territoriali 2122 del 2013 hanno indicato il fabbisogno di posti letto di Cure Intermedie. In parte sono stati attivati ed in funzione (Tabella 6.3), mentre una parte è tuttora in corso di autorizzazione o accreditamento secondo la LR 22/2004. Per l'attivazione di questi posti territoriali, le Aziende Sanitarie hanno presentato nel 2014 un Piano Attuativo, approvato e modificato da appositi atti giuntali che, per ODC e URT, ne disciplinano la realizzazione, l'esercizio e l'accreditamento, secondo standard strutturali e organizzativi definiti per garantirne omogeneità e qualità (DGR 2718/2012; 2108/2014; 2683/2014, DGR 2091/2015 con nuova tariffa di 130 e 135 euro). Alla fine del 2016 risultano già autorizzati o accreditati 279 posti letto in 16 Ospedali di Comunità e 2 URT.

Nel 2016 con i nuovi assetti territoriali (LR 19/2016) sono in via di ridefinizione sia il fabbisogno di posti letto di cure intermedie delle nuove aziende che la localizzazione geografica delle strutture.

Tabella 6.3 - Posti letto Ospedali di Comunità e Unità di Riabilitazione in funzione, Veneto, 2016

	Posti letto ODC e URT in funzione
101-Belluno	25
102-Feltre	20
103-Bassano del Grappa	12
105-Ovest Vicentino	21
108-Asolo	15
110-Veneto Orientale	8
112-Veneziana	40
116-Padova	60
117-Este	33
118-Rovigo	20
120-Verona	15
122-Bussolengo	10
VENETO	279

Hospice

Quadro di sintesi

- Nel 2016 nelle strutture Hospice del Veneto ci sono stati 2.912 ricoveri, con un aumento del 17% dal 2013 al 2016, di questi ricoveri il 99% è stato rivolto a residenti in Veneto, il 54% a maschi.
- Il 2% degli assistiti ha dai 18 ai 44 anni, il 19% dai 45 ai 64 anni, il 62% dai 65 agli 84 anni e il restante 17% è ultra 85-enne.
- Le donne sono in genere più anziane, con un'età media di 74 anni rispetto ai 73 degli uomini, non si trovano differenze della patologia tra i due sessi.
- Il 62% dei ricoverati proviene da una struttura ospedaliera, il 24% dalla propria abitazione con un servizio di cure domiciliari attive, il 12% da casa senza essere inseriti in un programma di assistenza domiciliare, il restante 2% proviene da altre strutture territoriali.
- Il 94% degli assistiti ha una diagnosi di Tumore Maligno; con alcune differenze nelle diverse classi d'età, infatti i più giovani sono ricoverati maggiormente per Altre Patologie: 11% nei 18-44 anni e 7% nei 45-64 anni, rispetto al 6% di tutti i ricoverati. Il 6% dei casi sono ricoverati non a causa di un Tumore Maligno.
- Oltre il 60% dei ricoverati aspetta meno di 4 giorni per entrare in hospice.
- La degenza media è pari a 20,5 giorni nel 2016, simile a quella nel 2015.

In Veneto, nel 2016, sono attivi 20 Hospice in 14 Aziende ULSS, con 194 posti letto complessivi (range tra ULSS: 6–25) e una presenza media giornaliera, a livello regionale, di 163 pazienti; il tasso di occupazione è dell'84% (range tra ULSS: 56%-104%); la degenza media è di 20,5 giorni (range tra ULSS: 9,8–40,9) in 2.912 ricoveri totali.

Tabella 6.4 - Indicatori di attività per Hospice, Veneto, 2016

ULSS/Hospice	N° Posti Letto	N° giorni attesa media	N° ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media	Presenza media	Tasso di Occupazione	Indice di Rotazione	Intervallo di Turn-Over
1 Belluno	8	2,8	139	2.178	16,1	6	75	17	5
2 Feltre	7	1,2	164	2.340	14,1	6	92	23	1
7 Vittorio Veneto	10	0,9	155	3.529	22,7	10	97	16	1
9 Treviso	12	7,4	227	4.075	17,7	11	93	19	1
12 VE-Zelarino	8	6,7	115	2.752	24,1	8	94	14	1
12 Venezia	8	7,7	73	2.947	40,9	8	101	9	0
12 VE-Mestre	25	3,5	275	8.145	29,6	22	89	11	4
10 San Donà di Piave	7	1,6	109	1.967	18,0	5	77	16	5
10 Portogruaro	10	0,8	114	2.389	20,8	7	65	11	11
18 Lendinara	8	8,6	126	2.426	18,2	7	83	16	4
15 Camposampiero	6	4,5	122	2.100	15,6	6	96	20	1
15 Cittadella	6	5,3	87	2.271	26,7	6	104	15	-1
16 PD- Paolo VI	19	5,4	273	3.875	14,3	11	56	14	11
16 PD- Santa Chiara	7	4,6	93	2.522	27,4	7	99	13	0
17 Montagnana	8	6,2	117	2.619	22,4	7	90	15	3
3 Bassano del G.	8	2,6	109	2.722	25,6	7	93	14	2
4 Thiene	9	0,0	94	1.850	9,8	5	56	10	15
6 Vicenza	7	4,3	178	2.330	13,4	6	91	25	1
20 Cologna Veneta	7	12,8	90	2.320	25,7	6	91	13	3
20 VR-Marzana	14	21,1	252	4.483	17,8	12	88	18	3
Veneto	194	5,9	2.912	59.840	20,5	163	84	15	4

Oltre a misurare l'attività (Tabella 6.4), a livello nazionale sono stati individuati, con i Decreti Ministeriali del 22 febbraio 2007 (n.43) e del 6 giugno 2012, alcuni indicatori e relativi standard per le Cure Palliative erogate in Hospice che prevedono in particolare:

- almeno 1 posto letto in Hospice ogni 56 deceduti per tumore;
- tempo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore a 4 giorni per almeno il 40% dei ricoveri;
- durata della degenza inferiore a 8 giorni per non più del 20% dei ricoveri con diagnosi oncologica;
- durata della degenza superiore a 30 giorni per non più del 25% dei ricoveri con diagnosi oncologica.

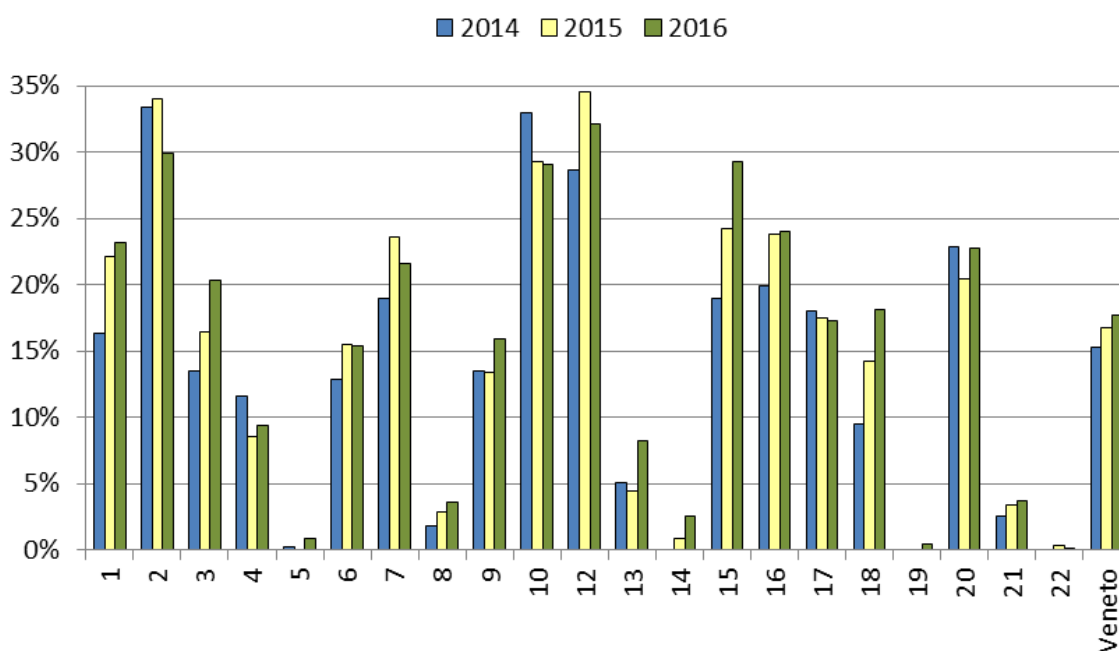
Tabella 6.5 - Indicatori DMS 43/2007, per Ulss di residenza. Veneto, anno 2016

ULSS di residenza	N° Posti Letto	Posti letto per raggiungere lo standard	% ricoveri con attesa fino a 3 gg	% ricoveri con degenza ≤ 7 gg	% ricoveri con degenza ≥ 30 gg
1 Belluno	8	8	75%	34%	15%
2 Feltre	7	6	89%	40%	11%
3 Bassano del G.	8	9	70%	33%	22%
4 Alto vicentino	9	9	100%	59%	6%
5 Ovest Vicentino	0	9	20%	25%	25%
6 Vicenza	7	16	60%	42%	9%
7 Pieve di Soligo	10	11	92%	28%	27%
8 Asolo	0	11	77%	26%	30%
9 Treviso	12	20	64%	33%	17%
10 San Donà di Piave	17	13	90%	34%	21%
12 Veneziana	41	21	53%	24%	35%
13 Mirano	0	14	36%	36%	19%
14 Chioggia	0	5	86%	29%	57%
15 Alta Padovana	12	12	85%	36%	17%
16 Padova	26	26	62%	40%	16%
17 Este	8	10	60%	27%	22%
18 Rovigo	8	11	31%	34%	19%
19 Adria	0	5	100%	0%	0%
20 Verona	21	24	40%	34%	19%
21 Legnago	0	9	37%	26%	32%
22 Bussolengo	0	13	0%	0%	0%
Veneto	194	250	65%	34%	20%

La presenza di circa 34% di ricoveri di durata inferiore a 8 giorni va letta alla luce della organizzazione nella Regione del Veneto degli accessi di Cure Palliative Domiciliari. Questi sono integrati con l'attività di Hospice, costituendo un unico programma di Cure Palliative; per cui un paziente seguito a domicilio dall'equipe Cure Palliative, solo nella fase finale dell'assistenza può avere necessità di un trasferimento in Hospice per la presenza di specifici problemi clinici o assistenziali non più gestibili a domicilio. Questo giustifica pienamente una breve durata del ricovero in Hospice perché si è privilegiata la permanenza a domicilio il più a lungo possibile.

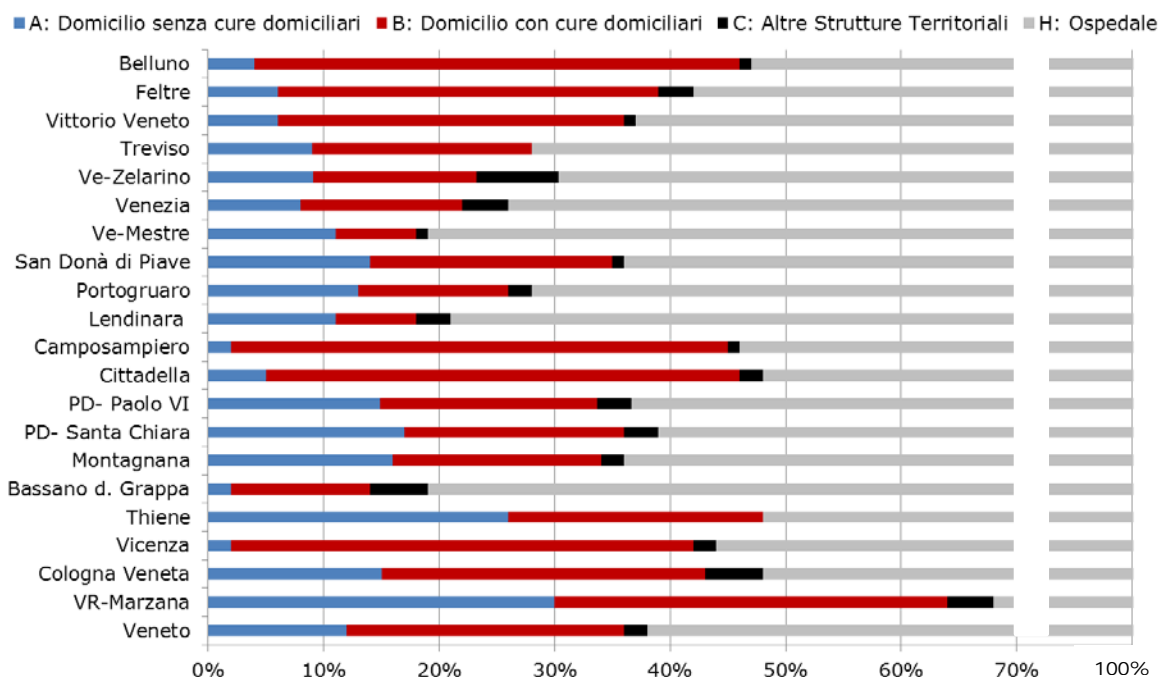
Tra il 2014 e il 2016, la percentuale di persone con tumore decedute in Hospice, rispetto al totale dei deceduti per tumore, è aumentata al 18%, sebbene a livello territoriale la situazione sia molto eterogenea (Figura 6.3).

Figura 6.3 - Percentuale di deceduti in Hospice per tumore sul totale dei deceduti per tumore per Azienda ULSS di residenza (codici ICD9-CM 140-208). Veneto, anni 2014-2016



La provenienza dei ricoverati in Hospice mette in evidenza una forte eterogeneità nel territorio: sebbene oltre il 60% dei ricoverati provengano da strutture ospedaliere, il range varia dal 32% all'81%, il 12% proviene dal domicilio senza essere inserito in un programma di cure domiciliari con un range tra strutture dal 2% al 30%, un quarto degli assistiti arrivano da casa con cure domiciliari attive (range tra strutture: 7%-40%).

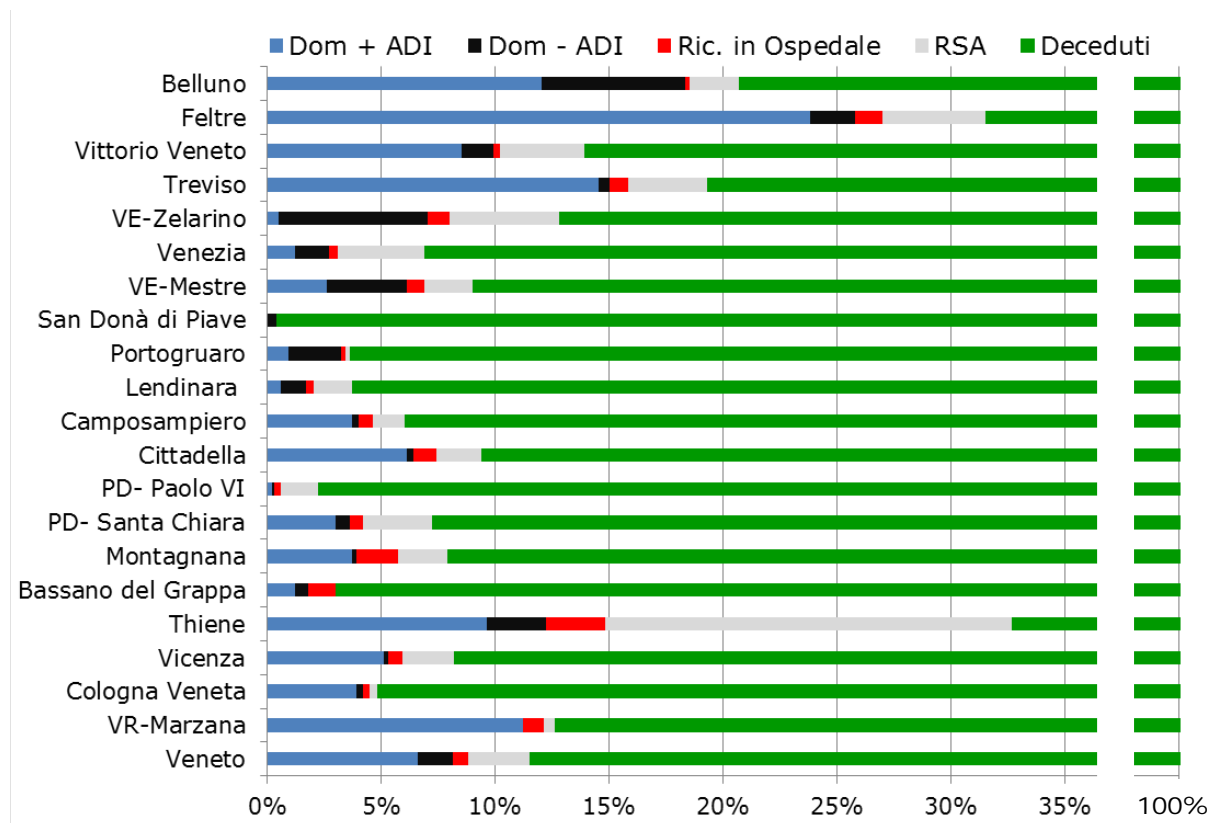
Figura 6.4 – Ricoveri per provenienza e Hospice di ricovero. Veneto, periodo 2013-2016



Una discreta quota (9%) dei pazienti in uscita dall'Hospice viene dimessa a casa con il supporto delle cure domiciliari, a conferma del ruolo di supporto alla domiciliarità che

questo tipo di struttura sta assumendo. Un'altra piccola fetta, l'1%, viene ricoverata in Ospedale, mentre il 3% viene trasferito in una struttura residenziale (RSA); il restante 87% muore in Hospice. La percentuale di dimissioni dall'hospice per decesso varia tra il 67% di Thiene e il 99% di San Donà di Piave.

Figura 6.5 – Dimissioni dagli Hospice per modalità di dimissione. Veneto, periodo 2013-2016



Approfondimenti

Sito web dedicato alle Cure Intermedie: <http://cureintermedie.regione.veneto.it>

Deliberazione della Giunta Regionale n. 433 del 6 aprile 2017: Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale: modifica del profilo assistenziale ed economico delle prestazioni mediche, e definizione dei criteri volti al superamento della sospensione del rilascio di nuovi accreditamenti disposta con DGR n. 2174 del 23 dicembre 2016.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2091 del 30 dicembre 2015: Tariffazione delle strutture per le Cure intermedie. DGR 2621/2012 e DGR 2718/2012. (Con riferimento agli standard definiti dalla programmazione regionale, si aggiornano i valori delle tariffe giornaliere per il ricovero presso le strutture per le Cure intermedie, modificando i valori definiti con l'Allegato D della DGR 2621/2012.)

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2683 del 29 dicembre 2014: Approvazione dei requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale, del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, del tracciato del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata e degli indicatori di attività e risultato per Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. L.R. 22/2002

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2108 del 10 novembre 2014: L.R. 23/2012 art. 10 Strutture di Ricovero intermedie. Standard strutturali minimi Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. Definizione del procedimento di autorizzazione alla realizzazione, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 22/2002, mediante trasformazione di spazi

esistenti, già autorizzati all'esercizio per l'erogazione di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, o comunque inseriti in contesto sanitario o socio/sanitario.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2122 del 19 novembre 2013: Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013.

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale
Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it

Unità Organizzativa Strutture intermedie e socio-sanitarie territoriali
Direzione Programmazione Sanitaria
Rio Novo–Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
Telefono 041 2793513-3543
e-mail: cureintermedie@regione.veneto.it

6.3 Care Management del paziente complesso

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

Per la gestione della cronicità il Veneto si orienta verso un modello di assistenza integrato, nel quale una dimensione strategica riguarda l'individuazione di un case manager all'interno del team multiprofessionale che prenda in carico l'assistito e proattivamente lo segua, ne verifichi i progressi e coordini gli interventi fra i vari attori, funga da interfaccia con il medico di famiglia e gli specialisti (Paragrafo 3.1.2, pag. 48).

I criteri cardine sui quali si fonda l'organizzazione distrettuale sono: [...] La valorizzazione del ruolo dell'infermiere nel prendersi cura autonomamente del processo di nursing nell'ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di case manager della persona in stato di cronicità, attivando le risorse assistenziali e comunque coordinandosi con il medico/pediatra di famiglia (Paragrafo 3.1, pag. 44).

In particolare si rende necessario: [...] prevedere moduli formativi specifici e coerenti con le funzioni da garantire per le professionalità sanitarie e sociali, finalizzate alla valorizzazione del loro ruolo a fini organizzativi-gestionali e/o per profili di competenza innovativi (es. coordinatore di Ospedale di comunità e di percorsi Ospedale-territorio, infermiere di famiglia, infermiere case-manager, ecc.), sviluppando competenze avanzate clinico-assistenziali e organizzative-gestionali e prevedendo un ruolo specifico nell'ambito della gestione della cronicità (Paragrafo 4.3, pag. 123).

Quadro di sintesi

- Nel 2015, nelle ULSS del Veneto, è stato avviato un progetto di Care Management per la presa in carico integrata di pazienti complessi, a supporto del quale sono stati organizzati due corsi di formazione regionale (DGR n.1097/2015); ogni Azienda ha partecipato con 2 Medici di Medicina Generale (MMG) e 2 infermieri del territorio utilizzando modalità e strumenti del Care Management. I pazienti attualmente coinvolti nel progetto sono 291.
- Nel rispetto della riorganizzazione in atto del SSR e con la diffusione delle Medicine di Gruppo Integrate (MGI), nel 2016 si è evidenziata la necessità di rivedere, implementare e diffondere il modello di Care Management in tutta la Regione attraverso la riprogettazione e l'avvio di un nuovo percorso formativo che ha coinvolto MMG e infermieri prevalentemente inseriti nelle Medicine di Gruppo Integrate (DGR 1532/2016).
- Nel 2016 i pazienti affetti da scompenso cardiaco già presi in carico e nuovi pazienti con patologie croniche e multimorbidity, sono stati costantemente monitorati attraverso visite ambulatoriali e/o domiciliari e follow-up telefonici, intervenendo precocemente e proattivamente per assicurare l'aderenza al Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e cogliere tempestivamente cambiamenti nello stato di salute al fine di promuovere e mantenere uno stile di vita corretto e ridurre accessi impropri al Pronto Soccorso o ricoveri ospedalieri.

Nel 2015 è stato avviato nelle ULSS del Veneto un progetto di Care Management, modello assistenziale innovativo per la presa in carico di pazienti complessi. Nella prima fase l'attenzione è stata rivolta alle persone affette da scompenso cardiaco, malattia a forte rilevanza epidemiologica e con elevati tassi di re-ospedalizzazione. I pazienti arruolati nel progetto di Care Management sono stati identificati utilizzando il Sistema Adjusted Clinical Groups (ACG®), introdotto in Veneto sperimentalmente a partire dal 2012, che consente di stratificare la popolazione rispetto alla complessità assistenziale, al rischio di ospedalizzazione e al consumo di risorse atteso. Le liste prodotte dal Sistema

ACG sono quindi state integrate dai MMG con ulteriori pazienti che risultavano eleggibili secondo i criteri previsti dal progetto.

I pazienti identificati con il MMG e presi in carico dall'Infermiere con funzione di Care Manager sono quelli che possono maggiormente beneficiare di interventi educativi, rivolti ai pazienti stessi e ai loro caregiver, finalizzati allo sviluppo dell'empowerment. Punto di forza del modello è la centralità della paziente cronico e della propria famiglia/caregiver che partecipano attivamente alla promozione della propria salute e ai processi di cura e assistenza, nel rispetto dei propri valori e delle proprie priorità di salute.

Il modello di Care Management prevede diverse fasi: dopo un primo contatto del MMG con il paziente finalizzato ad illustrare il programma, viene organizzato un incontro fra MMG, Infermiere, paziente e caregiver (se presente) che può avvenire nella sede della MGI, se il paziente deambula, o presso il suo domicilio se non è in grado di spostarsi. L'infermiere procede alla stesura dell'Accertamento infermieristico di bisogni e preferenze del paziente attraverso una raccolta dei dati a domicilio del paziente e tramite la consultazione della cartella clinica del MMG. Successivamente, l'infermiere si confronta con il MMG per realizzare la stesura condivisa del piano di cura (PAI), documento di riferimento per la gestione del programma individualizzato di Care Management usato come strumento di comunicazione tra professionisti. Il PAI contiene gli obiettivi e le intenzioni di paziente, caregiver, medico e infermiere, la terapia in atto e fornisce indicazioni per la gestione delle singole patologie (dieta, monitoraggio, attività fisica...).

L'infermiere con il paziente traduce il PAI nel piano di azione (Patto con il paziente), documento che funge da promemoria per un'assunzione corretta dei medicinali, per ricordare l'importanza di svolgere un'attività fisica regolare, osservare un'alimentazione corretta e monitorare parametri specifici (peso, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, diuresi...). I follow-up successivi garantiscono il periodico monitoraggio del paziente e la rivalutazione, con il MMG, delle cure e degli interventi assistenziali.

Il modello prevede anche l'integrazione dell'infermiere con funzioni di Care Manager con i diversi professionisti dell'équipe per la valutazione e la facilitazione dell'accesso alle risorse socio-sanitarie del territorio dove vive la persona.

Nel rispetto della riorganizzazione del SSR e con la diffusione delle Medicine di Gruppo Integrate (MGI), nel 2016 si è evidenziata la necessità di rivedere, implementare e diffondere il modello di Care Management in tutta la Regione attraverso la riprogettazione e l'avvio di un nuovo percorso formativo, che nel 2016, ha coinvolto altri 33 MMG e 37 infermieri prevalentemente inseriti nelle MGI.

Durante la realizzazione del recente percorso formativo sono stati rivisti gli strumenti utilizzati a supporto della presa in carico dei pazienti arrivando alla definizione, condivisa tra MMG ed infermieri, del Fascicolo informatico per la presa in carico del paziente complesso, del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), del Patto con il paziente e della Scheda di monitoraggio per i follow-up.

Approfondimenti

<http://acg.regione.veneto.it>

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Strutture intermedie e socio-sanitarie territoriali
Direzione Programmazione Sanitaria
Rio Novo–Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
Telefono: 041 2793408
e-mail: acg@regione.veneto.it

Unità Organizzativa Cure Primarie e LEA
Direzione Programmazione Sanitaria
Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
Telefono: 041 2793404 – 041 2793529
e-mail: cure.primarie@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale
Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it

Unità Organizzativa Personale e Professioni SSR
Direzione Risorse Strumentali SSR–CRAV
Palazzo Molin-San Polo 2514, 30125 Venezia
Telefono: 041 2793482
e-mail: risorsestrumentalissr@regione.veneto.it

6.4 Assistenza ai pazienti con malattie croniche

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

Per rendere operativo il modello di presa in carico della cronicità è necessario implementare in modo diffuso su tutto il territorio regionale delle forme associative della Medicina Generale più evolute, quali team multiprofessionali fondati sull'implementazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali, con riferimento particolare al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e BPCO (Paragrafo 3.1, pag. 43).

Quadro di sintesi

In molte Aziende ULSS del Veneto sono stati attivati PDTA per il Diabete e la BPCO. Grazie allo sviluppo di specifici indicatori è possibile valutare la qualità clinica dell'assistenza territoriale per queste due patologie.

Per il diabete, un percorso appropriato prevede l'esecuzione programmata di controlli clinici effettuati in maniera integrata dal MMG e dal medico specialista, esami di laboratorio ed esami strumentali per controllare e prevenire le complicanze della patologia. Nel 2016 il 75,3% dei diabetici ha effettuato un controllo per l'emoglobina glicata, il 49,6% gli esami per la microalbuminuria, il 65,4% il controllo del metabolismo lipidico ed il 22,8% l'esame del fondo dell'occhio.

Per i pazienti affetti da BPCO, un'adeguata assistenza territoriale, unita ad una continuità terapeutica con broncodilatatori ad azione di lunga durata, sono in grado di ridurre il rischio di riacutizzazioni della malattia garantendo una buona qualità della vita. In Veneto nel 2016 l'11,2% dei pazienti con BPCO ha avuto una riacutizzazione (il 9,4% di grado moderato, il 2,4% di grado severo, alcune persone rientrano in entrambe le categorie). I dati sull'aderenza alla terapia con broncodilatatori mostrano come soltanto il 33,8% sia stato in trattamento continuo nel 2016.

132

Per il loro impatto sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza erogata, nonché per l'utilizzo dei servizi sanitari, le malattie croniche rappresentano una area importante che necessita di un approccio multidisciplinare che favorisca la continuità delle cure, integrando prestazioni sanitarie e sociali, sia territoriali che ospedaliere. Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), rappresenta uno strumento di coordinamento che, attraverso un approccio per processi, consente di strutturare e integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d'azione sono implicate nella presa in cura attiva e globale del cittadino che presenta un problema di salute e/o assistenziale.

In molte Aziende ULSS sono già operativi i PDTA di alcune patologie croniche, in particolare il diabete mellito e la BPCO, corredati da specifici indicatori di valutazione della qualità clinica dell'assistenza. Il monitoraggio di questi indicatori può essere in parte effettuato tramite l'utilizzo dei flussi informativi sanitari correnti per gli indicatori di percorso, mentre per il monitoraggio degli esiti intermedi (ad es. controllo metabolico) è fondamentale il contributo informativo delle cartelle della Medicina Generale. Alcune esperienze condotte a livello Aziendale documentano già il raggiungimento di un buon livello di assistenza al paziente cronico e possono servire come punto di riferimento per guidare un processo regionale di miglioramento.

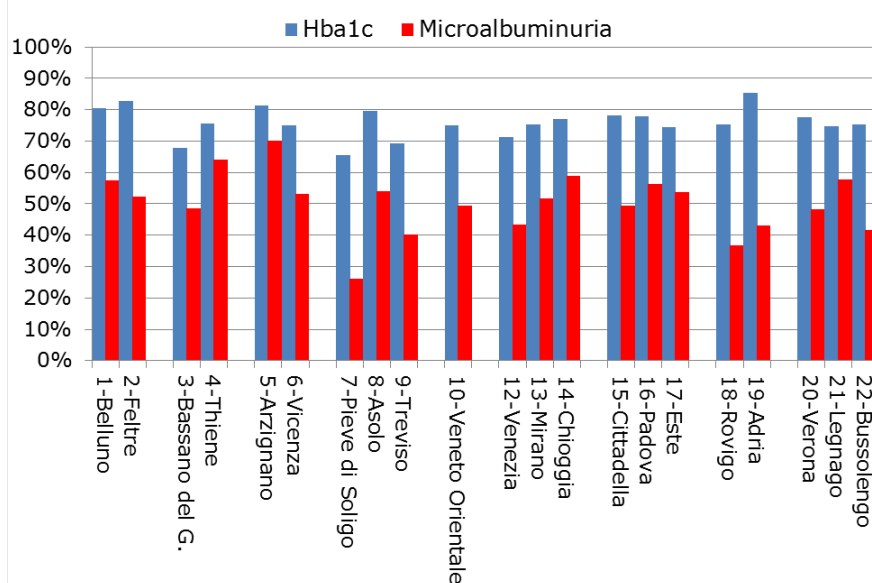
Diabete

Gli indicatori di processo più comunemente utilizzati per il monitoraggio del processo di assistenza ai pazienti diabetici sono: almeno due valutazioni l'anno dell'emoglobina glicata, almeno un monitoraggio l'anno della microalbuminuria (per l'individuazione precoce del danno renale), misurazione del profilo lipidico ed esame della retina. In Tabella 6.6 si riportano i dati relativi a questi indicatori, per tutti i diabetici e per la coorte degli insulino-trattati. La valutazione dell'emoglobina glicata (almeno un monitoraggio l'anno) resta costante nel triennio, attestandosi sul 75,3% nel 2016, con una variabilità tra le ULSS: dal 65,4% dei diabetici residenti nell'ULSS di Pieve di Soligo all'85,4% dei diabetici residenti nell'ULSS di Adria. Invece il monitoraggio del profilo lipidico mostra una riduzione nel periodo, passando dal 68,5% nel 2014 al 65,4% nel 2016. Un trend in diminuzione emerge anche per la valutazione del fondo dell'occhio, mentre il monitoraggio della microalbuminuria resta costante negli anni (49,6%).

Tabella 6.6 - Percentuale di pazienti diabetici e diabetici Insulino-trattati che hanno eseguito almeno una valutazione dell'emoglobina glicata, almeno un monitoraggio del profilo lipidico, almeno un monitoraggio della microalbuminuria ed almeno un esame del fondo dell'occhio nel triennio 2014-2016, Veneto

	2014	2015	2016	Range tra ULSS (2016)
Tutti i diabetici				
Almeno un esame di Emoglobina Glicata	75,8%	75,2%	75,3%	65,4% - 85,4%
Almeno un monitoraggio del profilo Lipidico	68,5%	67,9%	65,4%	50,6% - 79,4%
Almeno un monitoraggio della microalbuminuria	49,6%	49,6%	49,6%	26,1% - 70,1%
Almeno un esame del fondo dell'occhio	25,6%	24,2%	22,8%	13,7% - 35,7%
Diabetici insulino-trattati				
Almeno un esame di Emoglobina Glicata	85,8%	85,9%	86,4%	72,6% - 94,0%
Almeno un monitoraggio del profilo Lipidico	75,8%	75,7%	73,3%	56,2% - 89,0%
Almeno un monitoraggio della microalbuminuria	62,6%	63,7%	63,2%	36,7% - 85,8%
Almeno un esame del fondo dell'occhio	31,1%	29,3%	26,8%	16,3% - 39,3%

Figura 6.6 - Proporzioni di pazienti diabetici che hanno eseguito almeno una valutazione dell'emoglobina glicata e almeno un monitoraggio della microalbuminuria nel 2016, per Azienda ULSS di residenza, Veneto



I pazienti diabetici insulino-trattati mostrano percentuali più elevate degli indicatori di processo valutati. E' sempre presente una forte variabilità nel monitoraggio

laboratoristico tra le aziende sanitarie. Nel 2016, la valutazione dell'emoglobina glicata (almeno un monitoraggio l'anno) varia dal 72,6% dei diabetici residenti nell'ULSS di Pieve di Soligo al 94,0% dei diabetici residenti nell'ULSS di Adria. Complessivamente a livello regionale la proporzione è dell'86,4%. Il monitoraggio del profilo lipidico, invece, varia dal 56,2% di Pieve di Soligo all'89,0% di Arzignano, con un valore medio regionale pari al 73,3%. L'ULSS di Pieve di Soligo registra la proporzione più bassa per quanto concerne l'effettuazione del controllo della microalbuminuria (36,7%), mentre nell'ULSS di Arzignano l'indicatore raggiunge l'85,8% a fronte del dato regionale del 63,2%. L'esame del fondo dell'occhio viene eseguito in media dal 26,8% dei pazienti, il dato più basso è registrato nella ULSS di Treviso (16,3%), il più elevato nella ULSS di Feltre (39,3%).

Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

Tra gli indicatori di valutazione del PDTA misurabili attraverso i flussi informativi sanitari regionali, riportiamo il tasso di ospedalizzazione per riacutizzazione di BPCO e la proporzione di pazienti con BPCO in continuità terapeutica con broncodilatatori a lunga durata d'azione. In occasione della conclusione della Ricerca Sanitaria Finalizzata sulle Aggregazioni Funzionali Territoriali è stato possibile documentare nella rete regionale di Medici di Medicina Generale "Milleinrete" anche altri indicatori di processo molto importanti, come la prevalenza, la documentazione in cartella della spirometria diagnostica e la rilevazione dell'abitudine al fumo.

Per riacutizzazione di BPCO, secondo la definizione della strategia GOLD condivisa a livello internazionale, si intende un "peggioramento dei sintomi del paziente rispetto alle sue condizioni abituali che va oltre la variabilità tra giorno e giorno e ha un inizio acuto. I sintomi di solito riportati dal paziente sono un peggioramento del respiro, tosse, aumento dell'escreato e cambiamenti nel colore dell'escreato". La maggior parte delle riacutizzazioni sono di grado lieve e moderato, autolimitanti, tanto da poter essere gestite farmacologicamente dal paziente a casa; i casi più severi necessitano, invece, del ricovero ospedaliero. Le riacutizzazioni, specie se frequenti, sono associate ad un aumento delle ospedalizzazioni e della mortalità. Quindi la loro misura rappresenta un indicatore della qualità dell'assistenza e della gestione intra ed extraospedaliera del paziente. Permette, inoltre, di valutare la qualità dell'assistenza territoriale, poiché una gestione adeguata a livello extra-ospedaliero è in grado di ridurre l'insorgenza di complicanze e, di conseguenza, il ricorso all'ospedalizzazione.

Nella Tabella 6.7 sono mostrati i tassi di riacutizzazione per BPCO per gravità, misurabili attraverso le prescrizioni farmaceutiche ed i dati relativi agli episodi più severi, misurabili con i ricoveri ospedalieri. L'indicatore che misura le ospedalizzazioni per BPCO non valuta la qualità dell'assistenza ospedaliera ma la capacità dell'assistenza territoriale di gestirla adeguatamente evitando l'evoluzione verso livelli di gravità maggiori.

In Veneto la percentuale di pazienti affetti da BPCO che ha avuto almeno un episodio di riacutizzazione (lieve/moderata o severa) è rimasta pressoché costante nel triennio considerato pari all'11,2% nel 2016, con una certa variabilità territoriale: dal 7,9% della ULSS Veneziana al 16,4% della ULSS di Este (Figura 6.7).

Tabella 6.7 – Tassi di riacutizzazioni nella coorte dei pazienti con BPCO. Veneto, anni 2014-2016

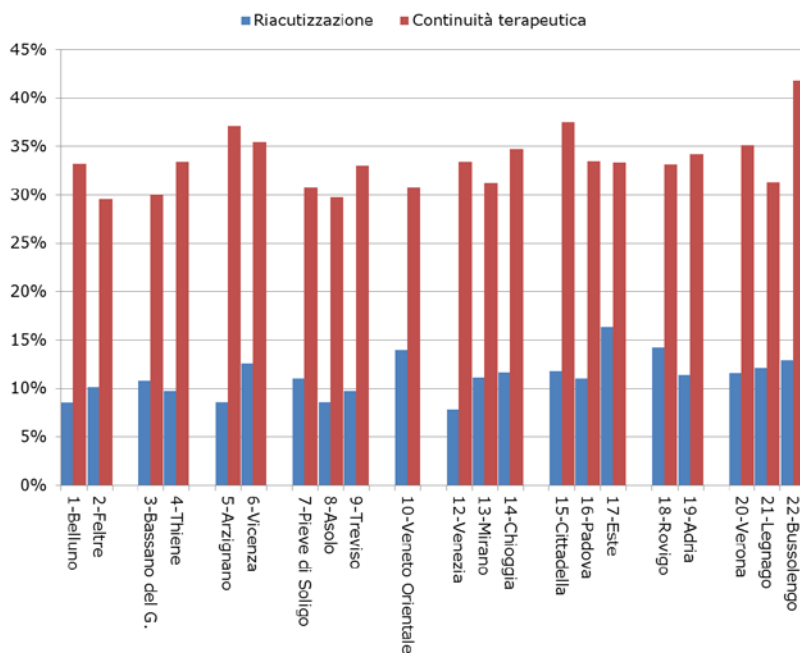
	2014	2015	2016	Range tra ULSS (2016)
Riacutizzazione	11,7%	11,8%	11,2%	7,9% - 16,4%
Riacutizzazione lieve/moderata*	9,7%	9,8%	9,4%	6,1% - 15,4%
Riacutizzazione severa§	2,7%	2,8%	2,4%	1,7% - 3,1%

* prescrizione di Corticosteroidi orali e antibiotici; § ricovero ospedaliero per riacutizzazione di BPCO

Continuità terapeutica con broncodilatatori a lunga durata d'azione

La terapia per la BPCO è cambiata radicalmente negli ultimi due decenni. Un trattamento regolare con broncodilatatori a lunga durata d'azione nella fase stabile della malattia si è dimostrato in grado di controllare i sintomi, ridurre l'insorgenza di riacutizzazioni e migliorare la qualità di vita del paziente. Un paziente può essere considerato in terapia continua se in ciascun trimestre dell'anno ha almeno una prescrizione di broncodilatatori a lunga durata d'azione. Nel 2016 in Veneto il 33,8% dei pazienti affetti da BPCO risulta in terapia continua con broncodilatatori a lunga durata d'azione, con una diminuzione del 7,5% rispetto al 2014 e variabilità territoriale, dal 29,6% della ULSS di Feltre al 41,8% della ULSS di Bussolengo. I dati quindi mostrano un'ampia possibilità di miglioramento dell'attività prescrittiva integrata degli specialisti pneumologi e dei Medici di Medicina Generale, in particolare a favore dei pazienti più giovani e negli stadi iniziali di malattia.

Figura 6.7 - Riacutizzazioni e continuità terapeutica nella coorte dei pazienti con BPCO prevalenti al 31/12/2015 e vivi al 31/12/2016 per Azienda ULSS di residenza. Veneto, anno 2016.



Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale
 Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
 Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: ser@regione.veneto.it

6.5 Assistenza specialistica ambulatoriale

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

Paragrafo 3.3.1. Assistenza Specialistica, pag. 80-82.

Quadro di sintesi

Nell'anno 2016 sono state registrate nel flusso dell'attività specialistica ambulatoriale del Veneto 60.493.636 prestazioni di cui 59.011.171 erogate a favore di cittadini residenti in Veneto; rispetto all'anno 2015 si è riscontrata una diminuzione dell'8%. L'attività clinica (Branche a visite e Medicina Fisica e Riabilitazione) rappresenta il 24% delle prestazioni erogate, l'attività di Diagnostica per immagini il 6% ed il Laboratorio il 70%.

Il rapporto pubblico/privato accreditato per l'anno 2016 conferma, in generale, il ruolo dominante del settore pubblico che eroga l'83% delle prestazioni totali mentre i privati accreditati erogano il 17% delle prestazioni, confermando sostanzialmente la proporzione dell'anno precedente, 82% pubblico e 18% privato accreditato.

L'analisi dei dati di attività di specialistica ambulatoriale dell'anno 2016, erogata a favore dei cittadini residenti in Veneto, raffrontati con quelli dell'anno precedente, evidenziano un andamento dell'offerta diversificato in relazione alle specifiche macroaree, anche se in tutte si riscontra un calo (Figura 6.8):

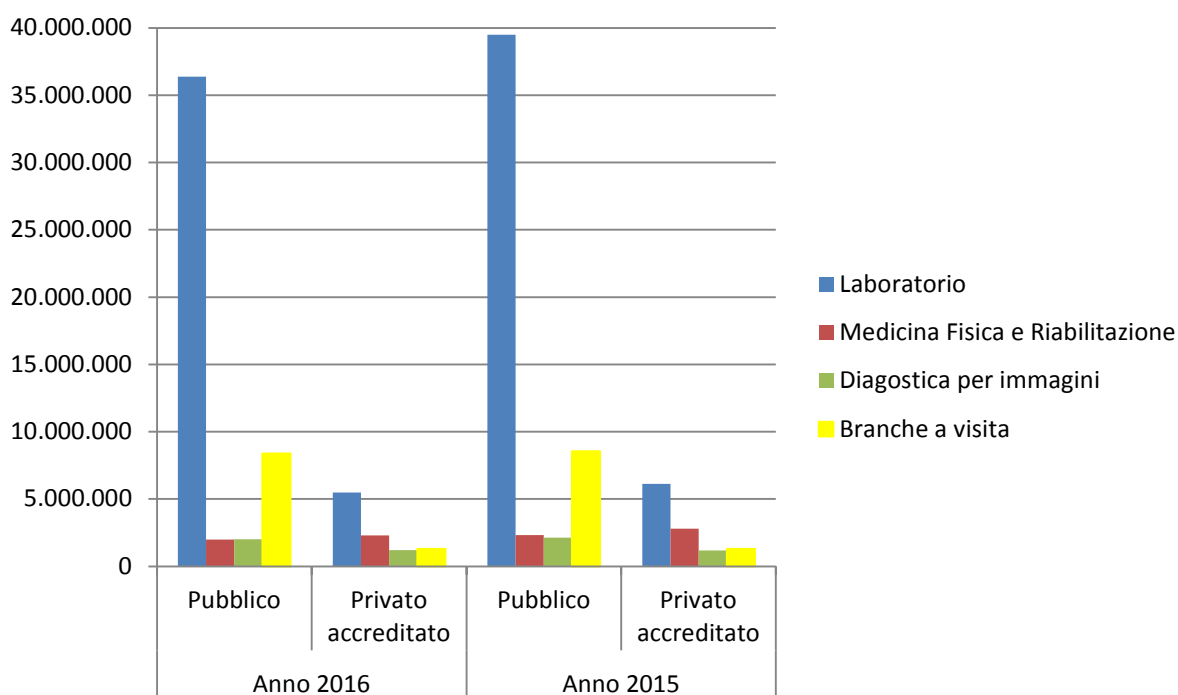
- la macroarea di Laboratorio riscontra complessivamente 41.840.088 prestazioni erogate nel 2016 a fronte di 45.612.011 nell'anno 2015. La diminuzione di prestazioni è pari all'8%, il più elevato, come numero assoluto di prestazioni, tra le quattro macroaree; le strutture private accreditate evidenziano un calo dell'11%, gli erogatori pubblici dell'8%.

- la macroarea di Medicina Fisica e Riabilitazione riscontra 4.266.420 prestazioni erogate nel 2016 a fronte di 5.112.471 nell'anno 2015, evidenziando una diminuzione del 17%, la più elevata, come percentuale, tra le quattro macroaree; le strutture private accreditate evidenziano un calo del 18% mentre, gli erogatori pubblici del 15%.

- la macroarea di Diagnostica per Immagini riscontra 3.210.177 prestazioni erogate nel 2016 a fronte di 3.298.735 nel 2015, evidenziando una diminuzione del 3%; le strutture pubbliche evidenziano un calo del 5% mentre per gli erogatori privati accreditati risulta un sostanziale mantenimento del numero di prestazioni erogate.

- la macroarea Branche a Visita riscontra 9.694.486 prestazioni erogate nel 2016 a fronte di 9.854.526 nell'anno 2015, evidenziando una diminuzione del 2%; le strutture pubbliche evidenziano un calo del 2% mentre per gli erogatori privati accreditati risulta un sostanziale mantenimento del numero di prestazioni erogate.

Figura 6.8 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale distinte per macroarea, Veneto, 2015-2016



Approfondimenti

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 246 del 07 marzo 2017](#) "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017"

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Assistenza specialistica, liste d'attesa, termale
 Direzione Programmazione Sanitaria
 Palazzo Molin-S. Polo 2514, 30125 Venezia
 Telefono: 041 2791501 - 041 2791502; Fax: 041 2791367
 e-mail: assistenza.ambulatoriale@regione.veneto.it

6.6 Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali

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

Definizione dei setting erogativi più appropriati sotto il profilo clinico, organizzativo ed economico, consolidando il percorso già avviato di trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale. Riduzione delle differenze sul numero di prestazioni erogate per tipo in rapporto alla popolazione, con particolare riferimento alla diagnostica strumentale e per immagini. Miglioramento dell'accessibilità, del governo della domanda e dell'offerta di prestazioni ambulatoriali anche al fine di ridurre le liste d'attesa e di azzerarle per il paziente oncologico, dando piena applicazione agli atti di programmazione regionale (Paragrafo 3.3.1. Assistenza Specialistica, pag. 80-82).

Quadro di sintesi

Con il D.Lgs. 124/1998 le Regioni devono disciplinare il rispetto della tempestività di erogazione delle prestazioni prescritte; la Regione Veneto con la DGR 3683/1998, individua gli standard di riferimento relativi ai tempi di attesa massimi attribuendone la responsabilità ai Direttori Generali.

In seguito si sono susseguiti numerosi provvedimenti nazionali e regionali, fino ad arrivare all'attuale organizzazione regionale basata sulla DGR 320/2013, che riconosce il ruolo centrale del governo delle liste di attesa dei percorsi assistenziali; ribadisce l'obiettivo del contenimento del numero di prestazioni annuali per abitante (4 prestazioni ambulatoriali pro capite escluse le prestazioni di laboratorio) e la contestuale necessità di perseguire politiche di appropriatezza sotto il profilo clinico e organizzativo nel pieno rispetto dell'allocazione delle risorse. Inoltre indica un utilizzo massimale fino alle ore 24.00 della diagnostica strumentale e per immagini, anche nei giorni festivi, per garantire le prestazioni nei tempi indicati.

138

Monitoraggio e controllo

Le azioni intraprese dalle singole Aziende Sanitarie in relazione al rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali, sono state oggetto di puntuale monitoraggio e analisi delle criticità, valutando sia l'attività erogata che quella prenotata, ovvero la tempistica fornita all'utente al momento del suo primo contatto con la struttura. Nel corso del 2016 sono state monitorate le prestazioni traccianti per le quali gli utenti residenti in Veneto hanno accettato la prima disponibilità offerta dall'Azienda (Garantita=1), analizzando l'andamento delle percentuali di rispetto dei tempi di attesa e le medie dei giorni di attesa oltre soglia presentate dalle Aziende, evidenziando con cadenza mensile le principali criticità riscontrate. La vigente normativa nazionale e regionale – Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, PNGLA 2010-2012, recepito dalla DGR n. 863 del 21 giugno 2011 – stabilisce infatti che il rispetto del tempo di attesa standard, previsto dalla relativa classe di priorità, deve avvenire per almeno il 90% delle prestazioni erogate nelle classi di priorità B (10 gg) e D (30 gg per visite, 60 gg per prestazioni strumentali) e tendere al 100% di quelle erogate in classe P (180 gg). Nel 2016 affinché nelle Aziende fosse garantito in modo uniforme il rispetto del tempo di attesa previsto dagli standard per le prime visite/prestazioni in classe B, D e P, superando le eventuali criticità residue, sono stati individuati con DGR 2072/2015, Obiettivi Direttori Generali 2016, al punto E.1.4. per ciascuna Azienda, i PIANI AZIENDALI DI RIDUZIONE TEMPI DI ATTESA. I risultati ottenuti, come rappresentati, evidenziano un miglioramento del rispetto dei tempi di attesa ottenuti nel 2016 rispetto al 2015 (Figure 6.9 e 6.10).

Figura 6.9 - Percentuale di rispetto dei tempi di attesa per classe di priorità. Veneto, 2015-2016.
(Fonte: Datawarehouse Regione Veneto – estrazione del 01.04.17)

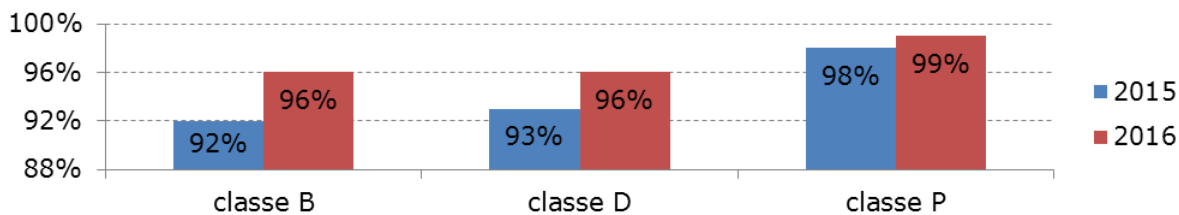
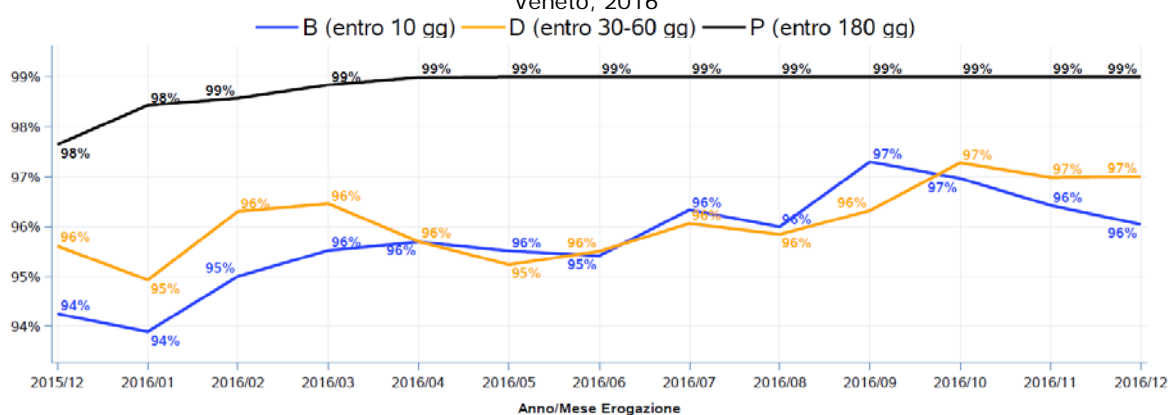


Figura 6.10 – Andamento mensile della percentuale prestazioni con tempo di attesa entro i limiti previsti. Veneto, 2016



Aperture serali, prefestive e festive

Le aperture serali, prefestive e festive hanno preso avvio alla fine del 2013, coinvolgendo l'area della Diagnostica per Immagini di tutte le Aziende ULSS ed Ospedaliere. La DGR 320 del 12 marzo 2013 ha introdotto le aperture secondo le seguenti fasce orarie: Lunedì e Mercoledì 4 ore serali; il Sabato dalle ore 14.00 alle ore 20.00; la Domenica dalle ore 8.00 alle ore 14.00. Questa innovazione organizzativa è stata attuata per raggiungere l'obiettivo, previsto dal PSSR 2012-2016 di miglioramento dell'accessibilità, del governo della domanda e dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, e ha contribuito anche a ridurre le liste d'attesa. 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 2016 sono state erogate 116.356 prestazioni in tali fasce orarie.

Tabella 6.8 - Numero prestazioni in Aperture serali, prefestive e festive, Veneto, 2016

	FESTIVO	PREFESTIVO	SERALE	TOTALE
MAMMOGRAFIE	1.379	6.695	429	8.503
RMN	4.851	9.202	9.705	23.758
ECOGRAFIE	2.932	12.555	3.650	19.137
TAC	1.366	3.013	2.721	7.100
ALTRO	10.755	36.623	10.480	57.858
TOTALE	21.283	68.088	26.985	116.356

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente - Area Sanità e Sociale

Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

Telefono: 041 2791308

e-mail: controlli@regione.veneto.it

6.7 Cure domiciliari

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

Favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio, in particolare con lo sviluppo di modelli che garantiscano la continuità dell'assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7 e consolidino le esperienze di ammissione e dimissione protetta (Paragrafo 3.1.3, pag. 50).

Quadro di sintesi

In Veneto nel 2016 sono stati effettuati da parte del Medico di Medicina Generale e degli operatori sanitari del Distretto oltre due milioni di accessi domiciliari a favore di oltre centomila assistiti, con una copertura pari al 173 per mille per gli ultra 75enni, in aumento rispetto al 2015. Circa 20.000 sono gli utenti più complessi, che ricevono almeno 2 accessi/settimana per almeno un mese, in linea con il valore rilevato nel 2015. Uno su quattro di questi pazienti ha una diagnosi di cancro.

Tra gli ultrasessantacinquenni dimessi a domicilio con un precedente ricovero quasi 2 su 10 vengono visitati a domicilio entro due giorni, indipendentemente dal giorno della settimana in cui avviene il rientro a casa; inoltre tra gli ultra 75enni deceduti più di 1 su 8 riceve 8 o più accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita, dato in miglioramento rispetto all'anno precedente.

Cure domiciliari

L'attività di Cure Domiciliari (CD) è entrata già da alcuni anni a far parte a pieno titolo degli obiettivi di valutazione delle Aziende ULSS (DGR n. 2072 del 30 dicembre 2015) sia rispetto alla qualità delle informazioni raccolte sia rispetto all'attività svolta in post-dimissione e nel fine vita. Nel 2016 risultano erogati a residenti nella Regione del Veneto 2.056.183 accessi domiciliari da parte degli operatori sanitari, con importanti differenze tra le diverse Aziende ULSS sia rispetto all'attività svolta a favore della popolazione residente, sia rispetto alla quota di CD svolte dal MMG e dagli Infermieri Distrettuali.

Figura 6.11 - Tassi di accessi sanitari per 1.000 ab., per ULSS di residenza. Veneto, anno 2016

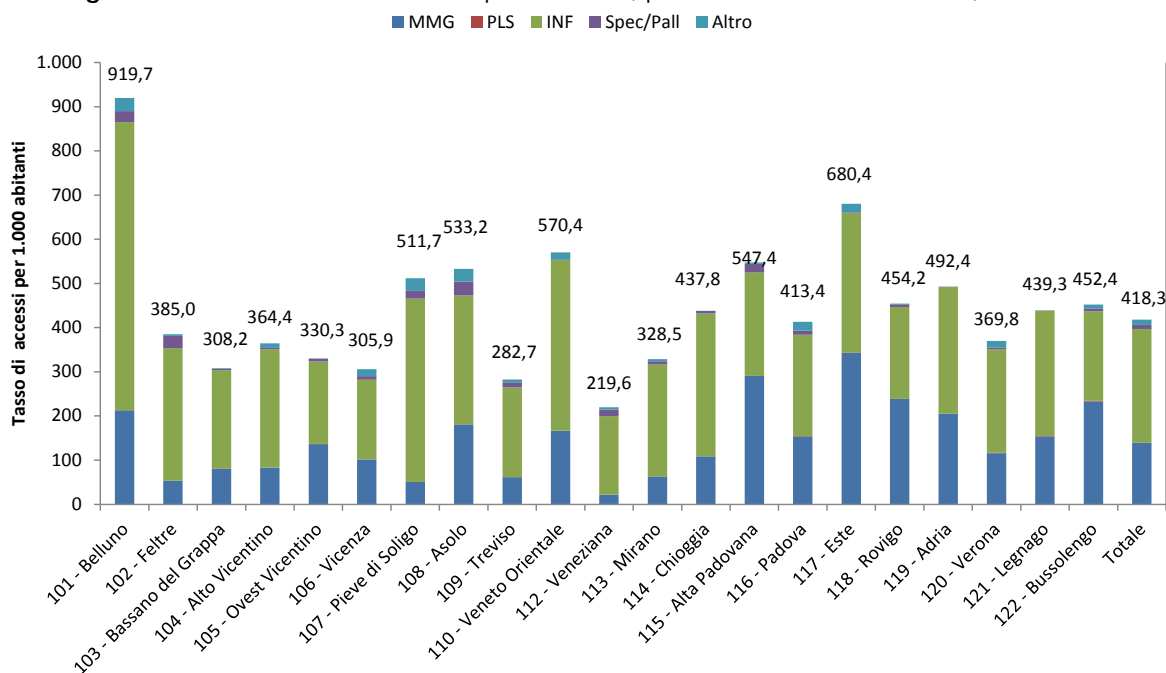
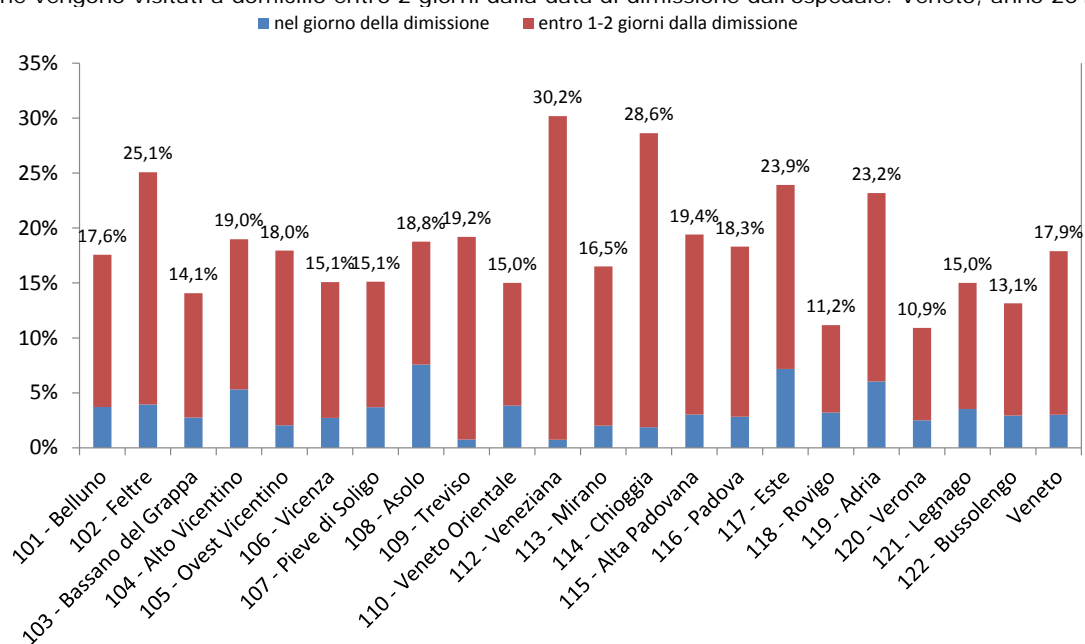


Tabella 6.9 - Indicatori di attività delle Cure Domiciliari. Veneto, anni 2014-2016.

Indicatori	1+ accesso nell'anno			8+ accessi per 1+ mesi		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Numero di assistiti	108.027	113.606	127.774	18.770	19.798	19.744
Assistiti 75+ anni	85.197 (78,9%)	89.521 (78,8%)	94.349 (73,8%)	13.395 (71,4%)	14.196 (71,7%)	14.108 (71,5%)
Tasso di copertura per 1.000 ab. 75+ anni	165,0	168,0	173,0	25,9	26,6	25,8

Più di 7 assistiti su 10 hanno almeno 75 anni ed in questa fascia di età risulta in carico più del 17% della popolazione, il 2,6% in maniera più intensiva, cioè con almeno 8 accessi per almeno un mese. Dal 2014 al 2016 si rileva un incremento del numero assoluto e del tasso di assistenza complessivo degli assistiti in CD ed una sostanziale stabilità dei tassi dei pazienti seguiti in maniera più intensiva (Tabella 6.9). Nel 2016 risultano assistiti in CD 127.774 residenti veneti, di cui 19.744 con almeno 8 accessi/mese per almeno 1 mese (rispettivamente 113.606 e 19.798 nel 2015). La descrizione dei problemi di salute degli assistiti in CD è molto migliorata: quasi tutti i pazienti seguiti in maniera non occasionale hanno una diagnosi (i pazienti senza diagnosi erano il 44% nel 2011 ed il 3% nel 2015) e documentano che più di 1 paziente su 10 ha una diagnosi di cancro che sale a 1 paziente su 4 tra quelli seguiti più intensivamente; complessivamente i pazienti con diagnosi di cancro seguiti a casa sono 10.051.

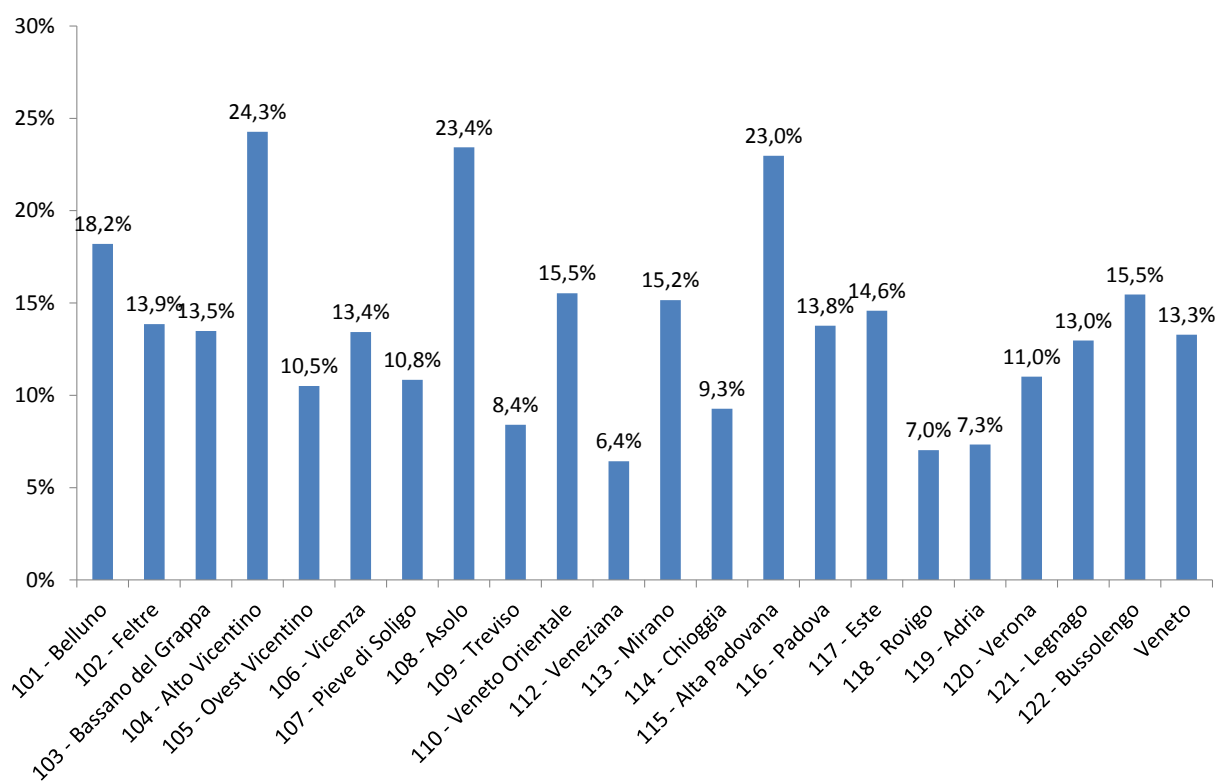
La tempestività delle CD in post-dimissione si valuta con la percentuale di pazienti ultra75enni dimessi a domicilio dopo ricovero medico acuto ordinario che vengono visitati a casa entro 2 giorni dalla data di dimissione. Dal 2016 questo indicatore è stato misurato solo sulle dimissioni degli assistiti più "fragili" individuando quelli che avevano già avuto un ricovero ordinario avvenuto nei 6 mesi precedenti; il valore osservato è stato pari al 17,9% (Figura 6.12).

Figura 6.12 - Percentuale di pazienti ultra75enni dimessi a domicilio dopo un ricovero medico acuto ordinario che vengono visitati a domicilio entro 2 giorni dalla data di dimissione dall'ospedale. Veneto, anno 2016.

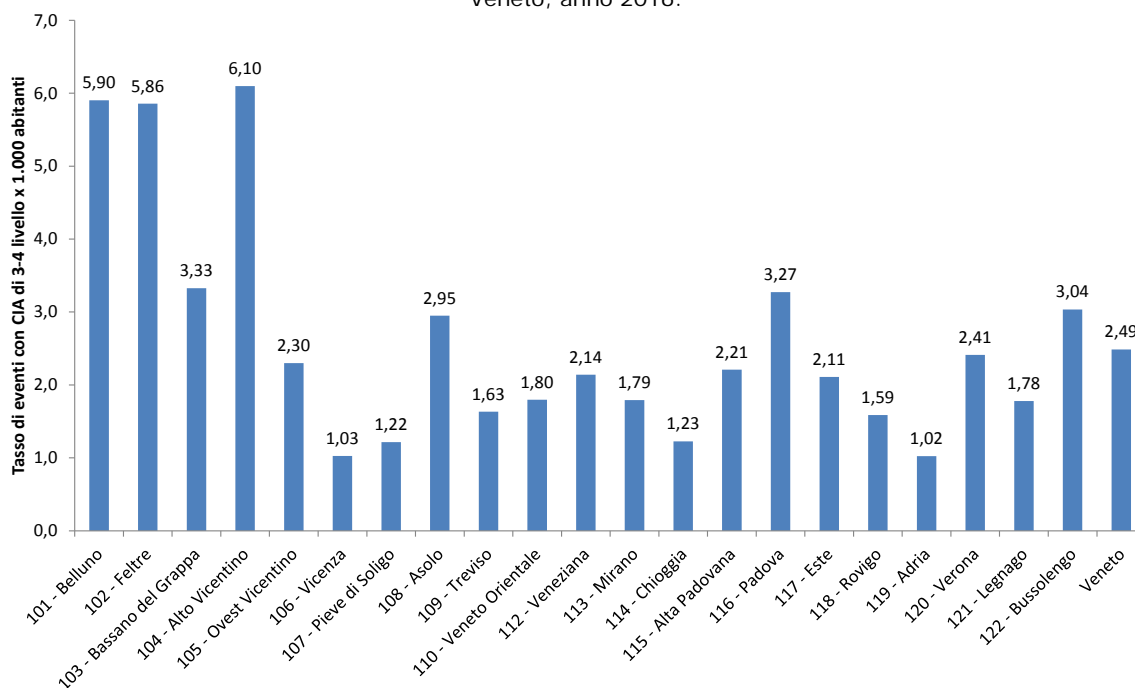
La percentuale di accessi erogati durante il Sabato, la Domenica, che è un indicatore importante della continuità dell'offerta assistenziale delle diverse Aziende ULSS, nel 2016 è risultata del 3,0%.

La percentuale di ultra75enni che hanno ricevuto un'assistenza intensiva (almeno 8 accessi/mese) nell'ultimo mese di vita è pari all'13,3% (Figura 6.13). Questo dato si ricollega indirettamente al tema delle Cure Palliative non oncologiche (infatti quasi il 60% di questi pazienti, pari in valore assoluto a 2.892, risulta preso in carico per una causa non neoplastica). Per tutti gli indicatori il valore medio regionale risulta in aumento rispetto al 2015.

Figura 6.13 - Percentuale di ultra75enni deceduti, con 8+ accessi nell'ultimo mese di vita. Veneto, anno 2016.



Dal 2015, per adempiere alla corretta alimentazione del Sistema Informativo Nazionale, con la nota regionale N.196925 del 11/05/2015, si è rivisto il disciplinare tecnico, introducendo il concetto di "evento di assistenza di Cure Domiciliari". L'applicazione del disciplinare ha richiesto un forte impegno di lavoro sia agli operatori delle CD sia ai servizi informativi di ciascuna Azienda ULSS, dovendo suddividere la presa in carico dell'assistito in più eventi (ad es. interruzione per ricovero ordinario intercorrente, per entrata in struttura residenziale, per guarigione o peggioramento della situazione clinica). Le persone assistite nel 2016 hanno generato 139.212 eventi considerati "non occasionali" dal Ministero della Salute e considerati per il calcolo del Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), che misura il numero di giornate con accessi domiciliari sul totale delle giornate di presa in carico. Il tasso di eventi assistenziali con CIA di 3°-4° livello, che equivalgono a quelli in cui sono stati erogati accessi almeno nel 50% dei giorni di presa in carico, costituiscono un importante indicatore dei LEA Ministeriali (Figura 6.14) e risultano in aumento rispetto al 2015.

Figura 6.14 – Tasso di eventi assistenziali con CIA di 3-4 livello per 1.000 abitanti per ULSS di erogazione. Veneto, anno 2016.

Le Cure Domiciliari, in stretta integrazione con i servizi territoriali, hanno un impatto formativo, organizzativo e professionale molto importante per i professionisti della salute ed una ricaduta etica e sociale di grande rilevanza. Costituiscono un presidio fondamentale per la deospedalizzazione dei malati acuti e non acuti e per la continuità di cura dei malati che hanno bisogno di Cure Palliative oncologiche e non oncologiche.

Approfondimenti

Deliberazione della Giunta Regionale n. 246 del 7 marzo 2017: Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017.

Impact of intensity and timing of integrated home palliative cancer care on end-of-life hospitalization in Northern Italy - Support Care Cancer. Aprile 2017; 25(4):1201-1207.

Intensity of Integrated Primary and Specialist Home-Based Palliative Care for Chronic Diseases in Northeast Italy and Its Impact on End-of-Life Hospital Access – Journal of Palliative Medicine. Dicembre 2016; 19(12):1260-1266.

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale
 Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
 Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: ser@regione.veneto.it

6.8 Impegnative di Cura Domiciliare

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

Favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio (Paragrafo 3.1.3, pag. 50).

Quadro di sintesi

La condizione di non autosufficienza per l'accesso all'Impegnativa di Cura Domiciliare viene effettuata utilizzando lo strumento della SVaMA, con una versione semplificata per utenti di ICDB.

A numerosità di utenti sostanzialmente immutata rispetto agli anni precedenti (per i cui dati si fa rinvio alla Relazione 2016), in questa Relazione si vogliono mettere a fuoco alcuni aspetti salienti ricavati dalle dimensioni della SVaMA per stratificare le complessità del bisogno assistenziale nell'ambito delle ICDB e delle ICDM. Va ricordato che requisito per l'accesso alle ICDB e ICDM, oltre alla condizione di non autosufficienza, è la presenza di un ISEE sociosanitario inferiore a € 16.700,00.

I dati relativi all'utenza dell'Impegnativa di Cura Domiciliare non sono sostanzialmente variati nel corso del 2016 rispetto agli anni precedenti. Il numero complessivo degli utenti beneficiari è pari a 30.413 persone, mentre il numero di ICD complessivamente staccate nello stesso anno, distinte per tipologia è di 907 ICDA, 22.962 ICDB, 4.449 ICDM e 1.265 ICDF con 2.228 ICDP rivolte a persone con disabilità. La somma dei valori per ciascuna di queste tipologie è superiore al totale indicato sopra in quanto più utenti nel corso del medesimo anno possono essere stati beneficiari in periodi distinti e non concomitanti di diverse tipologie di ICD.

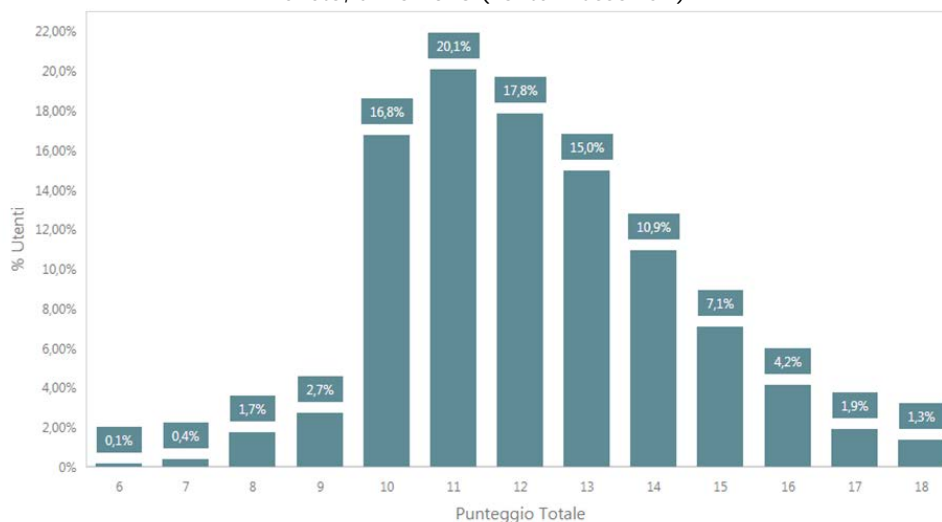
Le ICD con maggior numero di utenti beneficiari sono le ICDB, rivolte a persone non autosufficienti con bisogni assistenziali bassi, e le ICDM, destinate a persone con malattia di tipo Alzheimer accompagnata da gravi disturbi del comportamento. Requisito comune ad entrambe è possedere un ISEE calcolato per prestazioni sociosanitarie inferiore a € 16.700,00. Il valore economico delle ICDB e delle ICDM è rispettivamente pari a € 120,00 e € 400,00 mensili. Nel 2016 sono state erogate 217.616 mensilità di ICDB, per un totale di 18.135 utenti per un costo complessivo di € 26.114.000, e 39.235 mensilità di ICDM, per un totale di 3.270 utenti per un costo complessivo di € 15.700.000.

Caratteristiche sociosanitarie degli utenti di ICDB e ICDM

La valutazione della condizione di non autosufficienza per l'accesso all'ICDB è effettuata dal MMG e dall'assistente sociale attraverso la SVaMA semplificata. Lo strumento prevede la valutazione della situazione cognitiva (1–lucido; 2–confuso; 3–molto confuso, stuporoso), dei problemi comportamentali (1–assenti/lievi; 2–moderati; 3–gravi: l'attribuzione dei valori 2 o 3 innesca l'iter per l'attribuzione dell'ICDM, previa somministrazione del test NPI, della situazione funzionale o ADL (1–autonomo o quasi; 2–dipendente; 3–totalmente dipendente dall'aiuto di altri, nello svolgimento delle attività della vita quotidiana), della mobilità (1–si sposta da solo; 2–si sposta assistito; 3–non si sposta), della necessità di assistenza sanitaria (1–bassa; 2–intermedia; 3–elevata) ed infine del supporto della rete sociale (per tenere conto dell'adeguatezza fornita dalla

famiglia o dalla rete sociale a copertura delle esigenze della persona: 1–non assistito; 2–parzialmente assistito; 3–ben assistito). Il range di punteggio attribuibile è tra 6 a 18. Con DGR 1047/2015 è stata determinata la soglia minima di 10 punti per l’accesso o rinnovo dell’ICD. Nel 2016 sono presenti alcuni utenti con punteggio inferiore a 9.

Figura 6.15 - Distribuzione dei punteggi ottenuti dalla SVaMA semplificata per l’accesso all’ICDb. Veneto, anno 2016 (Fonte: flusso ICD)



L’analisi della distribuzione dei punteggi per ciascuna dimensione, sul totale degli utenti di ICDb, mette in evidenza la prevalente compromissione nelle ADL (oltre 90% dell’utenza è dipendente o totalmente dipendente) e nella mobilità (80% si sposta assistito o non si sposta). La situazione cognitiva e quella comportamentale sono gravi nel 10% delle valutazioni, mentre la necessità di assistenza sanitaria è elevata solo per il 16,5%, pur avendo un prevalente un bisogno sanitario intermedio (56%). I valori dell’asse sociale rispondono alle attese, con oltre l’80% di utenti valutato “ben assistito”.

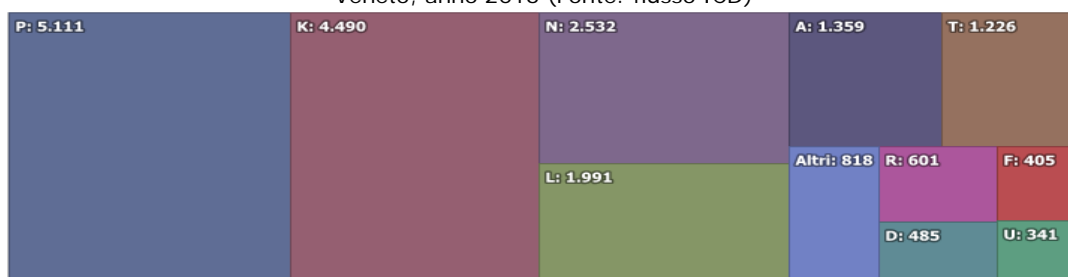
Figura 6.16 - Distribuzione dei punteggi per i sei assi di SVaMA: cognitivo, comportamentale, mobilità, ADL, sanitario e sociale con riferimento valutazioni per l’accesso all’ICDb. Veneto, anno 2016 (Fonte: flusso ICD)



Con la SVaMA semplificata sono raccolte informazioni sulle principali patologie che concorrono a determinare la situazione di non autosufficienza codificate con il sistema ICPC. Per quanto riguarda la prima patologia, il 26% appartiene al gruppo dei disturbi mentali/psicologici (codici P, tra i quali prevale il codice P70–Demenza senile / Alzheimer), il 23% alle malattie del sistema cardiocircolatorio (codici K, tra i quali prevale

K90–Colpo/accidente cardiovascolare), il 13% alle malattie del sistema nervoso (N), il 10% alle malattie del sistema muscoloscheletrico (L). Al quinto posto il gruppo delle malattie generiche (A, tra le quali è ancora indicato il codice A00 – Sindrome ipocinetica, che tuttavia non fornisce nessuna informazione sulla malattia), seguito dal gruppo delle malattie del sistema endocrino metabolico e nutrizione (T). L'intera codifica è disponibile dall'allegato B della DGR 2961/2012.

Figura 6.17 - Distribuzione, per gruppo di malattie (ICPC) della prima patologia registrata nella SVaMA semplificata e concorrente a determinare la condizione di non autosufficienza negli utenti di ICDB. Veneto, anno 2016 (Fonte: flusso ICD)



Se consideriamo i punteggi al netto del punteggio sociale, per il quale vi è sempre prevalenza del valore 3 (Figure 6.18 e 6.19), la distribuzione diventa:

Figura 6.18 - Distribuzione dei punteggi ottenuti dalla SVaMA semplificata, al netto del punteggio sociale per l'accesso all'ICDB. Veneto, anno 2016 (Fonte: flusso ICD)

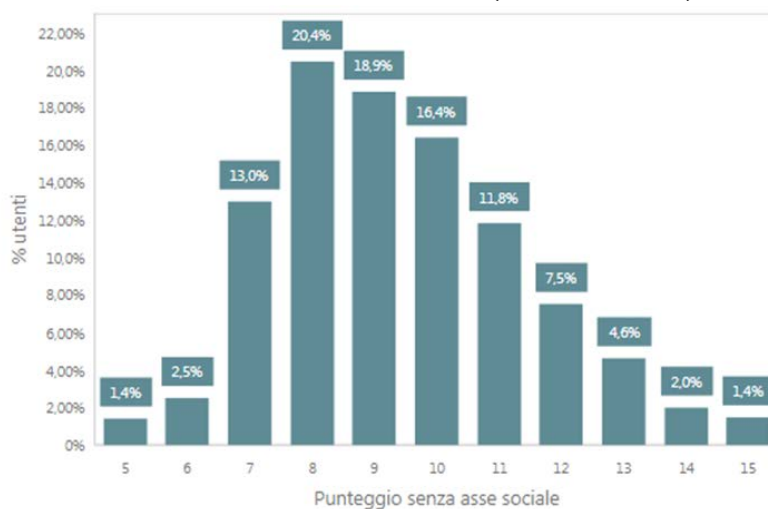
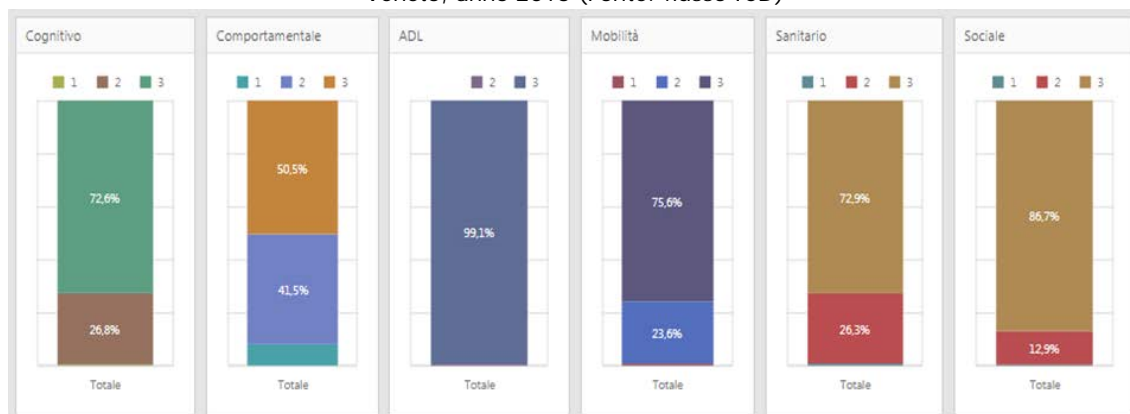


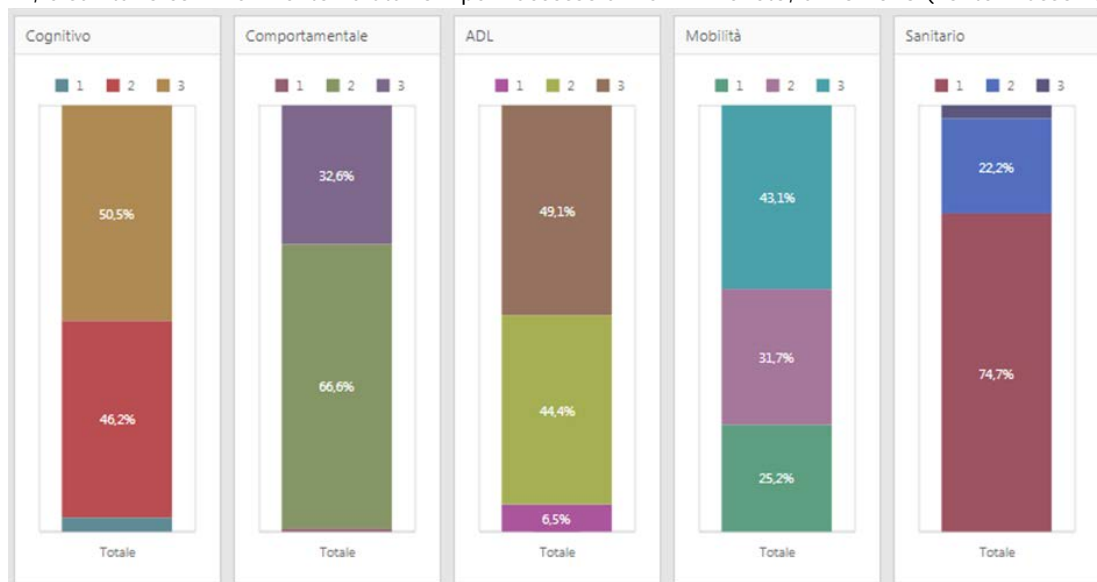
Figura 6.19 - Distribuzione dei punteggi per i sei assi di SVaMA: cognitivo, comportamentale, mobilità, ADL, sanitario e sociale con riferimento valutazioni per l'accesso all'ICDB ed agli utenti più gravi. Veneto, anno 2016 (Fonte: flusso ICD)



L'8% dei beneficiari di ICDB, pari a circa 1.800 utenti (valori 13, 14 e 15 nella Figura 6.18) presenta situazioni di gravità totale in almeno tre delle 5 condizioni valutate, con una situazione complessiva rappresentata nel grafico successivo. Si tratta di una classe di utenti la cui complessità aumenta per l'associazione a problematiche di tipo funzionale e motorio con problemi cognitivi, comportamentali e sanitari.

Per quanto riguarda invece l'accesso all'ICDm è necessaria la valutazione da parte dell'UVMD con la scheda SVaMA, oltre che la somministrazione del test dei disturbi cognitivi e comportamentali NPI, a cura del medico specialista o del Centro per il Declino Cognitivo e le Demenze (CDCD). La SVaMA analizza con maggiore dettaglio gli assi cognitivo, comportamentale, della mobilità, funzionale e sanitario (Figura 6.20). Si evince il dato, comunque atteso, di una maggiore gravità negli assi cognitivo e comportamentale, oltre ad una sostanziale equivalenza nelle ADL e una migliore mobilità. L'asse sanitario, invece indica che quasi il 75% dell'utenza ha un basso bisogno sanitario. Il punteggio medio della SVaMA con cui si accede all'ICDm è pari a 77,52. La mediana è pari a 79, mentre i valori del primo e del terzo quartile sono rispettivamente 72 e 83.

Figura 6.20 - Distribuzione dei punteggi per i cinque assi di SVaMA: cognitivo, comportamentale, mobilità, ADL, e sanitario con riferimento valutazioni per l'accesso all'ICDm. Veneto, anno 2016 (Fonte: flusso ICD)



Approfondimenti

Aree web dedicate alla impegnative di cura domiciliare e residenzialità extra-ospedaliera:

<http://icd.regione.veneto.it/>

<http://extraospedaliero.regione.veneto.it/>

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità organizzativa Non Autosufficienza - Direzione Servizi Sociali

Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

Telefono: 041 2791421

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

Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie

Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

Telefono: 041-2793513

e-mail: orpss@regione.veneto.it

6.9 Cure palliative

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

In continuità con le Cure Ospedaliere e con l'obiettivo di qualificarle e renderle più appropriate vengono erogate le Cure Palliative negli ambiti assistenziali più coerenti ai bisogni dei pazienti e delle famiglie (prevalentemente a domicilio, ma anche in posti letto dedicati presso gli Hospice, gli Ospedali di Comunità o nelle strutture residenziali) per una precoce ed efficace presa in carico viene altresì previsto il consolidamento dell'attività ambulatoriale.

L'organizzazione si articola in un'unità operativa aziendale per le Cure Palliative ed in un Nucleo di Cure Palliative, cui afferiscono in maniera funzionale tutti gli operatori coinvolti nel processo di cura e assistenza e – ove possibile – le associazioni di volontariato (Paragrafo 3.1.3, pag. 52-54).

Quadro di sintesi

In conformità a quanto stabilito dal PSSR, nel biennio 2015-2016 è stato avviato l'iter per la definizione della Rete delle Cure Palliative e sono stati attivati i tavoli di lavoro per la redazione di tre proposte di PDTA regionali (Cure palliative nell'adulto, Terapia del Dolore nell'adulto e Cure Palliative e terapia del dolore nel bambino), coinvolgendo tutte le categorie di professionisti che entrano a vario titolo nella presa in carico della persona.

Al contempo, a livello aziendale, si stanno progressivamente sviluppando strumenti e procedure operative formalizzate per garantire la continuità dell'assistenza all'interno della rete e la gestione integrata.









Il 56% dei pazienti deceduti per cancro vengono presi in carico in Cure Palliative, nel 67,5% dei casi esclusivamente a domicilio, nel 18,8% sia a casa che in Hospice e nel 13,7% dei casi solo in Hospice.

Strategie di sviluppo delle Cure Palliative nel Veneto

Nel corso del biennio 2015-2016 si stanno progressivamente sviluppando strumenti e procedure operative formalizzate per garantire la continuità dell'assistenza e la gestione integrata del paziente in cure palliative. Nello specifico sono elementi fondamentali (Tabella 6.10):

- la definizione e l'utilizzo della lista dei soggetti in Cure Palliative, che risulta diffusa in tutte le Aziende ULSS e rappresenta lo strumento di supporto organizzativo per la presa in carico tempestiva ed appropriata;
- l'utilizzo di una scheda informativa strutturata per la presa in carico all'interno di un percorso di Cure Palliative, presente in 17/21 Aziende, informatizzata in 6/17;
- la formalizzazione di percorsi per l'accompagnamento dei malati inseriti in Cure Palliative, nei trasferimenti tra i vari setting assistenziali, presenti in quasi tutte le Aziende: 20/21 Aziende ULSS hanno attivato procedure per la transizione da Ospedale e da Territorio (MMG), mentre in 19/21 Aziende ULSS è presente una procedura per i pazienti provenienti dalle Strutture Residenziali.

Tabella 6.10 – Monitoraggio procedure operative per la gestione integrata del paziente in cure palliative. Veneto, anni 2015- 2016 (Fonte UO Cure Primarie e LEA)

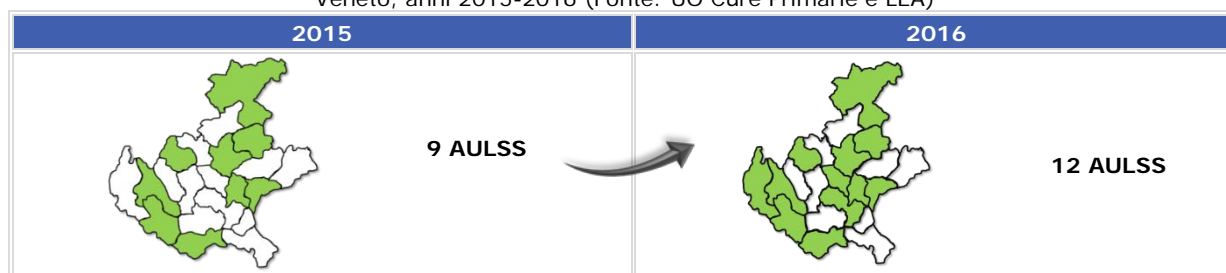
	2015	2016
Attivazione e informatizzazione della scheda per la presa in carico dei pazienti in Cure Palliative	 <p>17 AULSS</p> <p>■ PRESENTE ■ PRESENTE E INFORMATIZZATA</p>	 <p>17 AULSS</p> <p>■ PRESENTE ■ PRESENTE E INFORMATIZZATA</p>
Aziende in cui esiste una procedura per i pazienti provenienti dall'ospedale	 <p>19 AULSS</p>	 <p>20 AULSS</p>
Aziende in cui esiste una procedura per i pazienti provenienti da una struttura residenziale (no Hospice)	 <p>12 AULSS</p>	 <p>16 AULSS</p>
Aziende in cui esiste una procedura per i pazienti provenienti dal territorio (MMG)	 <p>19 AULSS</p>	 <p>20 AULSS</p>

I Percorsi Diagnostico Terapeutici assistenziali in Cure Palliative

I percorsi assistenziali costituiscono strumenti di trasversalità che consentono di definire bisogni, competenze necessarie, funzioni, ruoli e responsabilità. Tra il 2015 e 2016 vi è stato un progressivo incremento nella messa a punto di PDTA in Cure Palliative, condivisi con i MMG. Per fornire un quadro di riferimento regionale e garantire una uniformità nella presa in carico, sono stati attivati, nell'ambito del coordinamento regionale delle Cure palliative, tre specifici tavoli tecnici di lavoro con il compito di definire:

- la proposta di PDTA regionale per le Cure Palliative e Terapia del Dolore in età pediatrica;
- la proposta regionale del Profilo Integrato di Cura (PIC) per le Reti Aziendali di Cure Palliative in età adulta;
- le Linee di indirizzo regionali sul trattamento del paziente adulto con dolore.

Tabella 6.11 – Attivazione dei PDTA in Cure Palliative e loro condivisione con i MMG.
Veneto, anni 2015-2016 (Fonte: UO Cure Primarie e LEA)



Inoltre, le Aziende stanno gradualmente attivando programmi su specifici profili di cura (Tabella 6.12).

Tabella 6.12 – Attivazione di programmi di cura specifici nella Rete di Cure Palliative.
Veneto, anni 2015-2016 (Fonte: UO Cure Primarie e LEA)

	2015	2016
Sclerosi Laterale Amiotrofica	18/21 AULSS	19/21 AULSS
Malattie Respiratorie	11/21 AULSS	12/21 AULSS
Sclerosi Multipla	10/21 AULSS	19/21 AULSS
Malattia di Alzheimer	9/21 AULSS	11/21 AULSS
Morbo di Parkinson	7/21 AULSS	8/21 AULSS

Infine, ritenendo la formazione una leva importante per lo sviluppo del lavoro integrato multiprofessionale e per rendere fattiva la funzionalità della rete, è in corso di progettazione un programma di formazione specifica nell'ambito delle cure palliative.

La certificazione dell'esperienza in Cure Palliative

In attuazione dell'articolo 1, comma 425, della L. n. 147/2013 e del Decreto del Ministero della Salute del 4 giugno 2015, con la DGR n. 541 del 26 aprile 2016 è stata regolamentata la procedura per il rilascio della certificazione dell'esperienza professionale svolta nella rete delle cure palliative, indicata come necessaria per consentire ai medici privi di specializzazione o in possesso di specializzazione diversa da quelle di cui al Decreto del Ministero della Salute del 28 marzo 2013 di operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate.

Nel 2016, sono state presentate 48 domande e si sta procedendo con la fase istruttoria e la loro valutazione.

Gli indicatori delle Cure Palliative

A livello nazionale gli indicatori e relativi standard per le Cure Palliative integrate sono definiti dal DMS 43/2007. La copertura per le Cure Palliative oncologiche integrate viene documentata attraverso le diagnosi di neoplasia annotate nel flusso informativo delle Cure Domiciliari e dell'Hospice e per il 2016 risulta pari al 56% (Tabella 6.24). A questi pazienti sono state erogate 131.100 giornate di assistenza pari a una media di 16,7 giornate annue ad assistito, con un ampio range di variazione tra le Aziende ULSS (da 11,1 a 28,2). Il 67,5% dei pazienti presi in carico viene seguito esclusivamente a domicilio ed il 18,8% dei pazienti viene assistito sia a casa sia in Hospice, in genere in prossimità del decesso, per la comparsa di complicazioni che non possono essere gestiti al domicilio.

Tabella 6.13 - Pazienti oncologici deceduti per setting assistenziale (CPD=Cure Palliative Domiciliari) e percentuale di copertura dei decessi oncologici attesi. Veneto, anno 2016

Azienda ULSS di residenza	Pazienti oncologici deceduti, assistiti in:			Totale assistiti deceduti	% Copertura raggiunta
	Solo CPD	Hospice e CPD	Solo Hospice		
101-Belluno	172	76	31	279	64,7%
102-Feltre	116	73	37	226	74,3%
103-Bassano del Grappa	176	31	63	270	57,7%
104-Alto Vicentino	272	30	17	319	64,7%
105 Ovest Vicentino	168	3	1	172	38,3%
106-Vicenza	351	94	40	485	57,3%
107-Pieve di Soligo	251	78	54	383	62,8%
108-Asolo	401	15	7	423	72,1%
109-Treviso	307	93	100	500	45,3%
110-Veneto Orientale	184	121	82	387	55,7%
112-Veneziana	224	152	223	599	52,4%
113-Mirano	362	41	21	424	57,2%
114-Chioggia	104	2	5	111	47,0%
115-Alta Padovana	280	105	86	471	73,4%
116-Padova	583	263	84	930	65,3%
117-Este	217	61	34	312	58,4%
118-Rovigo	163	41	66	270	47,1%
119-Adria	56	1	0	57	22,6%
120-Verona	450	187	110	747	57,5%
121-Legnano	163	7	11	181	39,6%
122-Bussolengo	283	0	0	283	41,9%
Veneto	5.283	1.474	1.072	7.829	56,1%

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale
 Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
 Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: ser@regione.veneto.it

Unità Organizzativa Cure Primarie e LEA
 Direzione Programmazione Sanitaria
 Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
 Telefono 041 2793404-3529
 e-mail: cure.primarie@regione.veneto.it

6.10 Residenza extra-ospedaliera

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

L'assistenza residenziale e semiresidenziale svolta dai centri di servizio e dai centri diurni, oltre ad essere di fondamentale supporto ai processi di continuità Ospedale-Territorio, rappresenta per alcune tipologie di utenti l'unica vera risposta ai bisogni socio-sanitari.

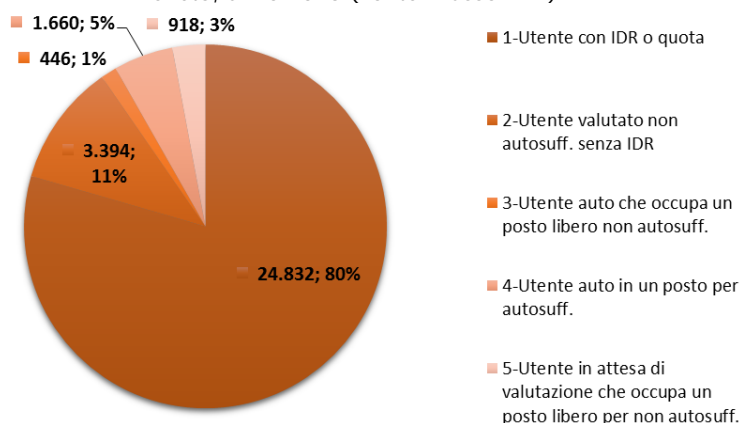
Casi relativamente complessi e per i quali non sia possibile un progetto domiciliare possono essere di fatto assistiti solo in condizioni di lungo assistenza residenziale, siano essi anziani, disabili, o persone affette da malattie psichiatriche (Paragrafo 3.1.3., Pag. 54-55).

Quadro di sintesi

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

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

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



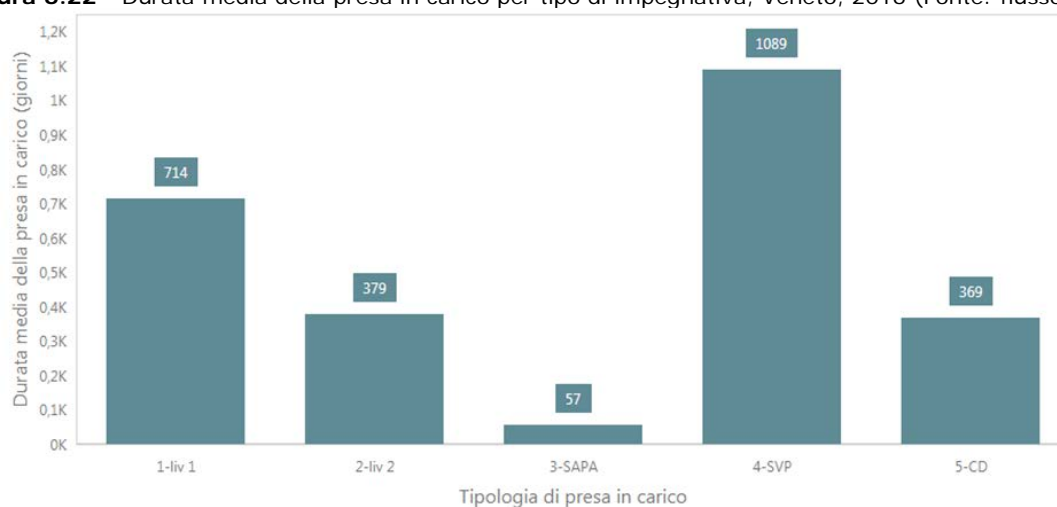
Il totale complessivo è pari a 31.281 unità ed è confrontabile con il numero complessivo di impegnative o di posti di residenzialità autorizzati ed accreditati. Nella Tabella 6.14 sono presentati i dati sull'utenza con impegnativa di residenzialità.

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

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

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

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



Offerta e fabbisogno. Un confronto tra regioni

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

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

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

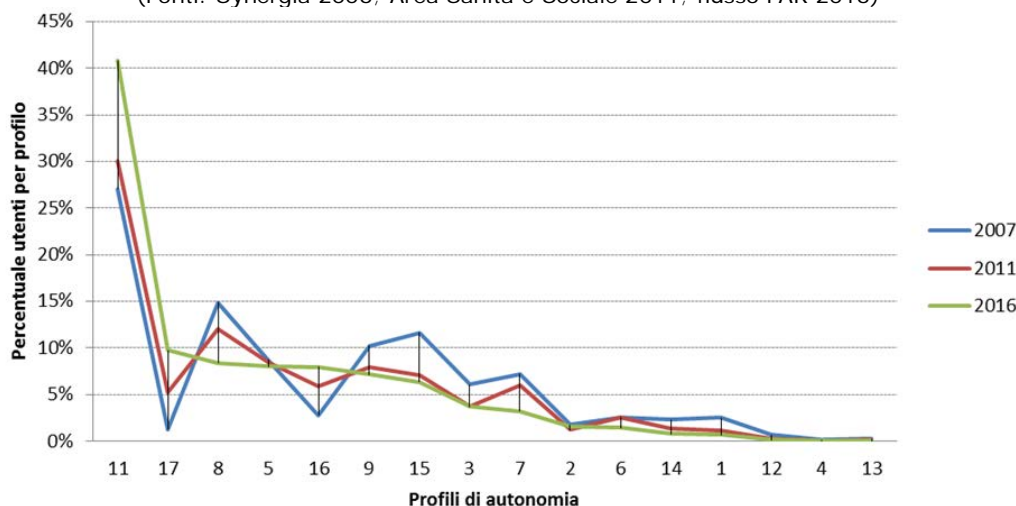
REGIONE	PERSONE prese in carico (migliaia)	POPOLAZIONE Totale (milioni)	POPOLAZIONE non autosuff. (migliaia)	COPERTURA
Lombardia	93,3	9,9	394	24%
Veneto	38,8	4,9	194	21%
Emilia-Romagna	33,3	4,4	177	19%
Piemonte	30,4	4,2	168	18%
Toscana	15,0	3,7	149	10%
Sicilia	9,9	5,0	201	5%
Puglia	6,8	3,9	155	4%
Lazio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

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

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

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

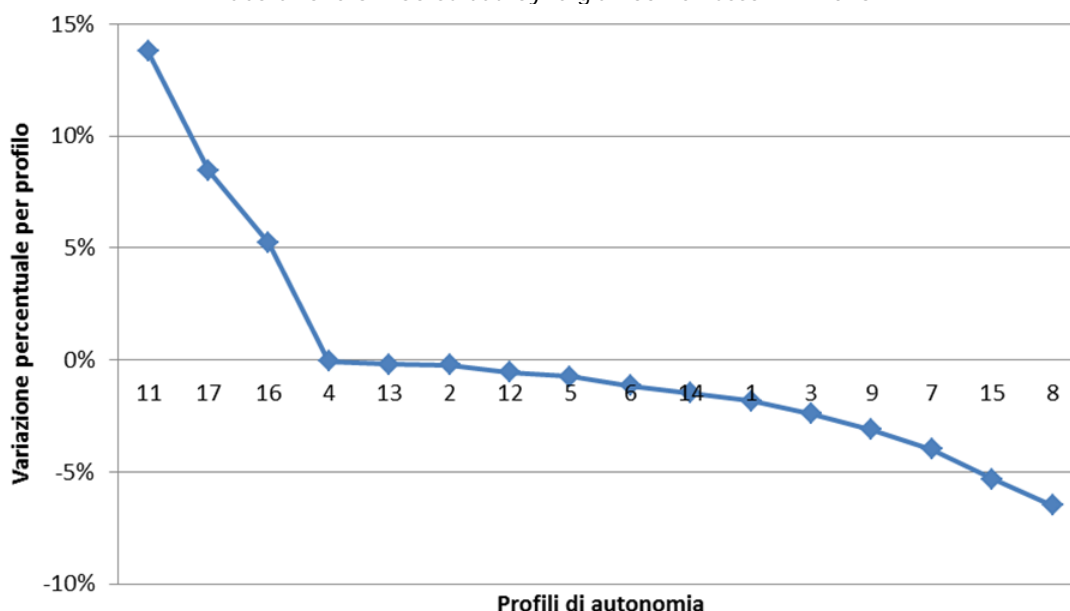
Figura 6.23 - Analisi longitudinale del case mix dei profili di autonomia esitati da SVaMA (Ordinamento sul valore 2016). Veneto, anni 2006, 2011, 2016. (Fonti: Synergia 2006; Area Sanità e Sociale 2011; flusso FAR 2016)



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

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

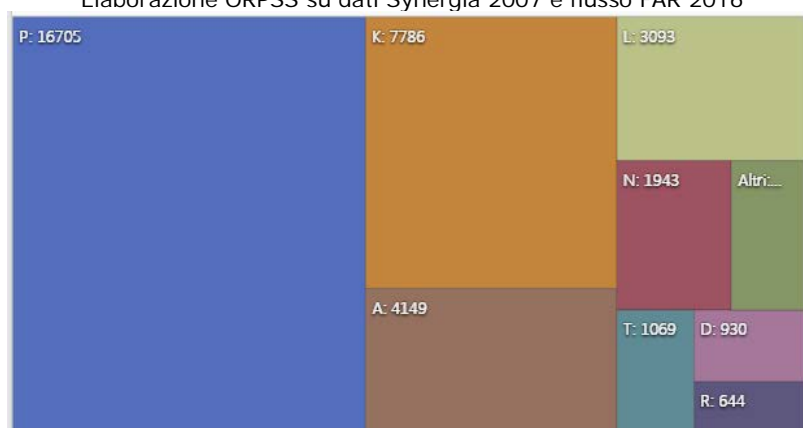
Figura 6.24 - Variazione % dell'utenza per profilo di autonomia SVaMA 2016 sul 2007.
Elaborazione ORPSS su dati Synergia 2007 e flusso FAR 2016



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

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

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

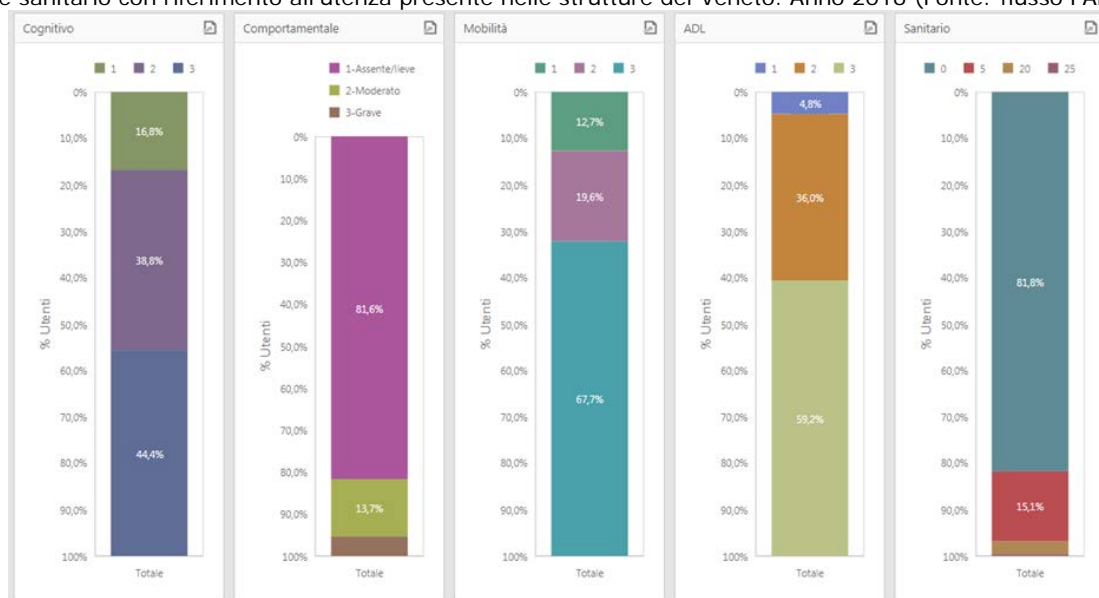


Il 44% delle malattie appartiene al gruppo dei disturbi mentali/psicologici (codici P, tra i quali prevale il codice P70–Demenza senile/Alzheimer in 13.772 casi), il 21% alle

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

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

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



Approfondimenti

Area web dedicato alla residenzialità extra-ospedaliera:

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità organizzativa Non Autosufficienza

Direzione Servizi Sociali

Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

Telefono: 041-2791421

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

Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie

Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

Telefono: 041-2793513

e-mail: orpss@regione.veneto.it

6.11 Residenzialità extra-ospedaliera: persone con disabilità

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

Costituisce obiettivo strategico della programmazione regionale la considerazione della complessità del bisogno della persona con disabilità, bisogno non lineare e non facilmente prevedibile che rende necessaria la personalizzazione dei percorsi. Il Piano prevede azioni di potenziamento della rete residenziale per le persone con disabilità, anche in termini di sostenibilità gestionale. (Paragrafo 3.5.5, pag. 103-105).

Quadro di sintesi

Il case mix dei punteggi di gravità esitati da SVaMDi consente una lettura del sistema della residenzialità per le persone con disabilità, che mette in evidenza la diversa articolazione delle tipologie di UDO nella presa in carico dell'utenza. Si esaminano in questo capitolo le distribuzioni dei profili di gravità nelle varie tipologie di UDO, mettendo in evidenza la presa in carico delle persone con gravi disturbi del comportamento.

Profili di gravità esitati da SVaMDi

Sin dal 2007, la Regione del Veneto ha adottato sperimentalmente la Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone con Disabilità (SVaMDi) quale strumento di lettura e discriminazione del bisogno assistenziale delle persone adulte con disabilità. La scheda è basata sulla struttura e sull'organizzazione concettuale dell'ICF (International Classification of Functioning, disability and Health), sistema di classificazione approvato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001 quale strumento riconosciuto a livello internazionale per la descrizione e valutazione della condizione di disabilità. Questo strumento viene utilizzato dalle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (UVMD) per l'elaborazione dei progetti individuali delle persone con disabilità in età adulta a partire dal 1 marzo 2007.

Nel 2012 lo strumento è stato informatizzato attraverso la piattaforma regionale "Atl@nte web" e nel 2014, al termine di un congruo periodo di sperimentazione, sono state approvate le linee guida regionali per l'utilizzo della scheda, nonché l'algoritmo per il calcolo dei punteggi di gravità e di funzionamento, al fine di costruire il progetto personalizzato della persona con disabilità. Nella prima fase temporale successiva sono state altresì definite le soglie di accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali a valenza sociosanitaria.

Nell'ambito dei servizi residenziali sociosanitari per persone con disabilità, la programmazione regionale (DGR 4589/2007 emanata ai sensi della LR 59/2007 art. 59) ha previsto la definizione di tre livelli assistenziali, articolati per gravità, integrati da un ulteriore livello per i casi di elevata necessità sanitaria. In attuazione della DGR 1804/2014, pertanto, con decreto del Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale e sulla base delle prime evidenze fornite dalla lettura del sistema informativo, sono stati determinati i valori soglia dei punteggi di gravità esitati da SVaMDi per l'assegnazione dei livelli assistenziali previsti dalla programmazione regionale.

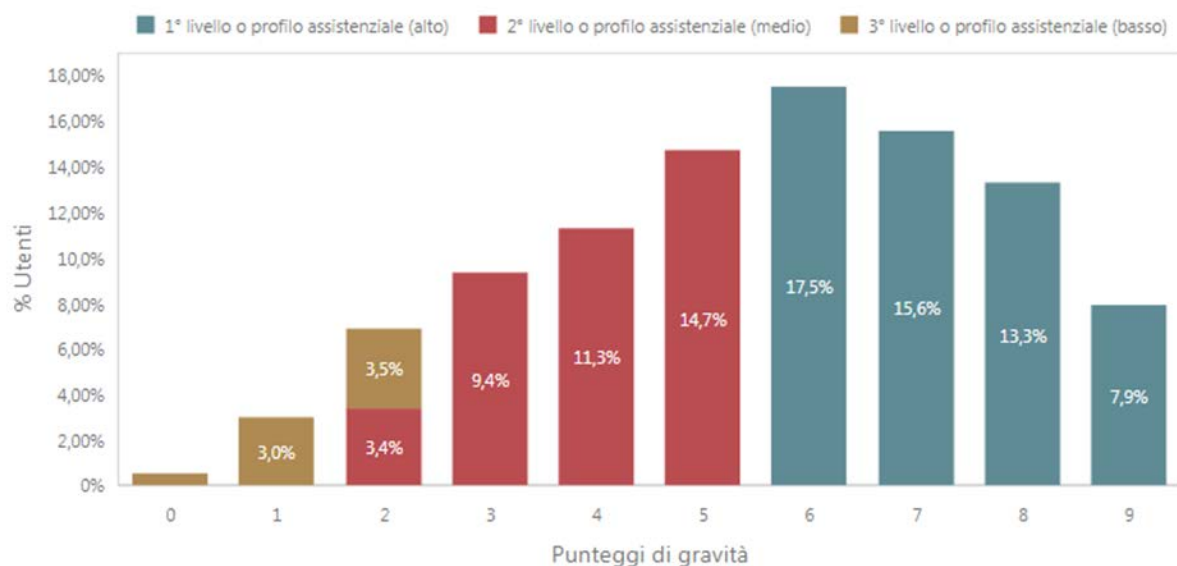
I valori soglia sono stati così definiti: 2,5 punti è valore al di sotto del quale gli utenti sono classificati di livello assistenziale basso (o 3° livello); tra 2,5 e 6,0 (compresi) gli utenti sono classificati di livello assistenziale medio (o 2° livello); oltre i 6 punti il livello

assistenziale è alto, e assurge ad elevato per la residenzialità quanto maggiore o uguale a 9 punti. Quest'ultimo punteggio (compreso tra 9 e il valore massimo 9,6) rende gli utenti eligibili all'ingresso al Centro di Riferimento per le Gravi Disabilità (CRGD).

Il case mix nelle strutture residenziali per persone con disabilità

Nel 2016 3.149 persone con disabilità hanno usufruito dei servizi residenziali del Veneto, nella Figura 6.27 si illustra la distribuzione percentuale dei punteggi. La curva del grafico è, come da attese, asimmetrica verso destra, a significare un'appropriata presa in carico nel sistema della residenzialità di utenza con maggiore bisogno assistenziale. Nel 1° livello si trova il 54,3% dell'utenza, nel 2° livello il 38,8% e nel 3° profilo il 6,9%.

Figura 6.27 - Distribuzione percentuale dei punteggi di gravità degli utenti delle strutture residenziali per persone con disabilità, Veneto, 2016 (Fonte: flusso FAD)



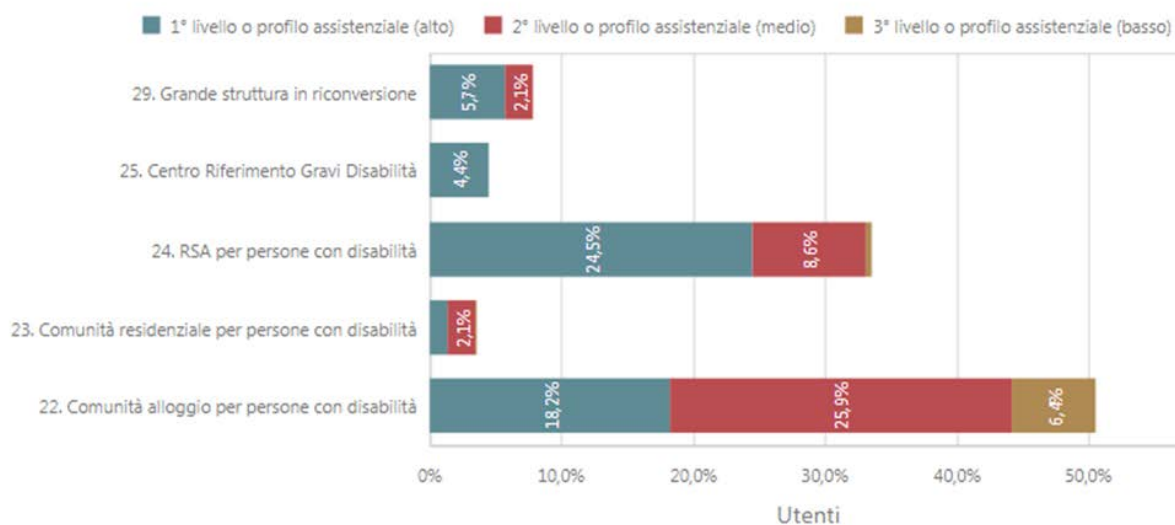
Il sistema di offerta residenziale sociosanitario per persone con disabilità (DGR 84/2007) prevede le seguenti tipologie di strutture: comunità alloggio, comunità residenziale, RSA e – integrato dalla DGR 40/2013 – il CRGD, ognuna con diversi standard organizzativi e di personale (Tabella 6.16).

Tabella 6.16 - Principali standard organizzativi e di personale delle strutture sociosanitarie residenziali per persone con disabilità (DGR 84/2007 e DGR 40/2013)

Tipologia di offerta	Dimensioni nucleo	OSS	Educatore	Coordinatore	Infermiere	Riabilitazione	Assistente sociale	Psicologo	Note
22. Comunità alloggio per persone con disabilità	10+10	1:1,8	1:10	1 operatore con laurea	da ULSS, al bisogno	da ULSS, al bisogno	da ULSS, al bisogno 0,2:10	da ULSS, al bisogno 0,5:10	
23. Comunità residenziale per persone con disabilità	20	1:1,2	2:20	uno degli educatori	da ULSS, al bisogno	da ULSS, al bisogno	da ULSS, al bisogno	da ULSS, al bisogno	
24. RSA per persone con disabilità	20+20	1:1,4	1:20	uno delle professioni sanitarie	1:20	da ULSS, al bisogno	da ULSS 1:40	da ULSS 1:40	
25. Centro Riferimento Gravi Disabilità	da 12 a 40 per nucleo	1:1,4	>1:20	infermiere o educatore prof. 1:40	1:20 e h24	secondo esigenze degli ospiti	secondo esigenze degli ospiti	secondo esigenze degli ospiti	1680 min. set. assist. diretta e 180 min. indiretta

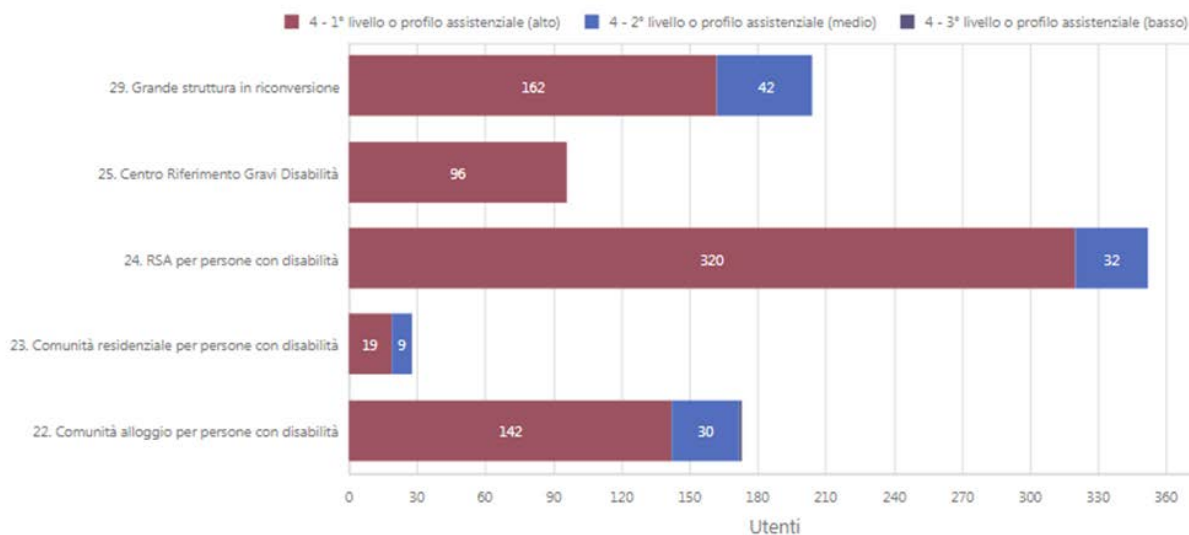
Nella Figura 6.28 si mette in relazione la tipologia di offerta con il *case-mix* dei profili di gravità conteggiando la frequenza degli utenti sul totale complessivo. Nel 2016 è ancora presente una "Grande struttura in riconversione" i cui valori troveremo dal 2017 all'interno dei RSA e Comunità residenziale.

Emerge con particolare evidenza la prevalenza della Comunità alloggio (il cui sistema di remunerazione prevede che la tariffa sia per il 30% a carico del FSR e per il 70% a carico del Comune e della persona, ai sensi della DGR 3972/2002), all'interno della quale è presente un terzo dell'utenza di 1° livello. La rimanente utenza di 1° livello è ospite presso le altre strutture, che presentano standard organizzativi con maggiore presenza di personale.

Figura 6.28 – *Case-mix* dei profili di gravità per tipologia di struttura residenziale per persone con disabilità, Veneto, 2016 (Fonte: flusso FAD)

Uno degli aspetti maggiormente critici nell'organizzazione dell'assistenza all'interno delle unità di offerta è legato alla presenza di persone che presentano gravi disturbi del comportamento. Questo fattore è evidenziato nella SVaMDi con l'attribuzione del qualificatore 4 (valore massimo della scala) nei disturbi del comportamento, 662 persone, distribuite nelle varie unità di offerta (Figura 6.29) si evidenzia, tra questi, i 113 utenti con un profilo di gravità medio.

Figura 6.29 - Distribuzione per tipologia di offerta residenziale per persone con disabilità degli utenti con qualificatore "4 - Grave" nei disturbi comportamentali, con riferimento al livello di gravità, Veneto, 2016 (Fonte: flusso FAD)



Approfondimenti

Area web dedicato alla residenzialità extra-ospedaliera:
<http://extraospedaliero.regione.veneto.it/area-disabili>

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità organizzativa Non Autosufficienza
 Direzione Servizi Sociali
 Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
 Telefono: 041-2791421
 e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie
 Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
 Telefono: 041-2793513
 e-mail: orpss@regione.veneto.it

6.12 Riabilitazione ex art. 26

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

Il PSSR, in merito alla riabilitazione, sottolinea l'importanza del percorso personalizzato del cittadino e dell'integrazione socio-sanitaria, dell'attenzione alla valutazione ed eventuale modifica dell'ambiente in un'ottica di autonomia e indipendenza possibile per la persona. All'interno della rete di riabilitazione, è riconosciuto il ruolo della riabilitazione intensiva extra-ospedaliera, in continuità con la riabilitazione ospedaliera e con la riabilitazione estensiva. Riferimenti specifici nel PSSR 2012-2016 sono: capitoli "Area Disabilità" (pagine 103-105) e "Rete di Riabilitazione" (pagine 70-72).

Quadro di sintesi

Gli Istituti ex art.26 sono, secondo le indicazioni della legge istitutiva del SSN 833/78, strutture che svolgono attività riabilitativa intensiva in convenzione con il SSN, a supporto ed integrazione dell'attività prestata dai servizi delle Aziende ULSS della Regione.

In Veneto è attivo da tempo un flusso informativo, gestito dal Programma della patologia in età pediatrica, che raccoglie dati sui pazienti, diagnosi e disabilità, trattamenti erogati e risorse impiegate con cui è possibile valutare quali bisogni trovano risposta in questi centri e le attività prestate.

Gli Istituti ex art. 26 della Regione Veneto, negli anni, si sono dedicati in modo particolare, anche se non esclusivo, alla riabilitazione complessa e multidisciplinare delle persone con disabilità della popolazione pediatrica, con diagnosi di ordine neuropsichiatrico e disabilità multiple, coinvolgenti più dimensioni della vita delle persone (problemi del comportamento, locomotorie e circostanziali). Sono in continuo aumento sia i pazienti seguiti che le attività effettuate. Durante il 2016 è stato convenzionato un nuovo centro di riabilitazione e l'attività di programmazione e valutazione dei centri si è dedicata, in un'ottica di miglioramento della rete assistenziale, su attività di valutazione dell'appropriatezza dell'utilizzo delle strutture che si occupano di riabilitazione respiratoria.

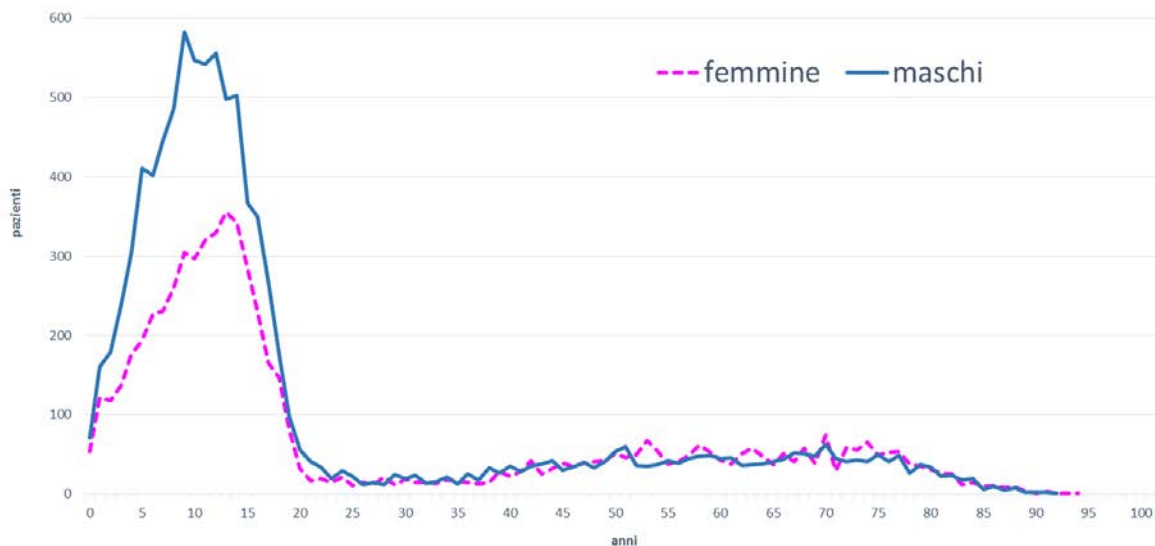
Il percorso riabilitativo della persona con disabilità rappresenta un aspetto importante della sua presa in carico complessiva, che può influenzare altri aspetti delle attività assistenziali, fino all'integrazione scolastica, lavorativa, sociale. Esso è un processo di soluzione dei problemi nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, caratterizzato da un susseguirsi di cicli diversi, sia per intensità assistenziale, che per regime di trattamento.

L'attività prestata dai centri ex art.26 in Veneto durante l'anno 2016 riguarda le seguenti strutture: Istituto Pio XII di Misurina (BL); Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM) di Padova e Rosà (VI); La Nostra Famiglia di Padova, Treviso, Vicenza, Oderzo, Conegliano, Pieve di Soligo, San Donà di Piave; Istituto Villa Maria (VI); Fondazione F. Milcovich (ex UILDM di Padova) e Fondazione Speranza (ex UILDM di Verona); Centro Claudio Santi (VR); Codess Sanità srl di Villorba di Treviso; Fondazione Più di un Sogno di Verona; Associazione Genitori Bambini Down - AGDB di Verona; ASSP Onlus di Padova e Centro Archimede di Torri di Quartesolo.

Il numero totale dei pazienti seguiti dai centri nel corso del 2016 è pari a 16.198. Il 58,6% dei pazienti presi in carico è di genere maschile. La Figura 6.30 riporta la

distribuzione per sesso ed età dei pazienti. Il 68,3% dei casi ha meno di 18 anni e il 36,7% ha meno di 10 anni. Tra i 5 e i 15 anni d'età si evidenzia una netta prevalenza di pazienti di genere maschile rispetto a quello femminile.

Figura 6.30 - Distribuzione per età dei pazienti presi in carico nei Centri ex art. 26. Veneto, anno 2016



Il 72,0% dei pazienti risiede nella stessa Azienda ULSS del servizio; il restante 28,0% si rivolge ad una struttura di un'Azienda ULSS diversa da quella di residenza. Il tasso complessivo di ricorso alla riabilitazione convenzionata è pari a 0,33 residenti ogni 100. Il tasso per la fascia d'età "0-17 anni" è pari a 1,35 per 100 residenti, confermando una maggiore vocazione degli Istituti ex art.26, stabile negli anni, di presa in carico di pazienti in età pediatrica.

Un soggetto riabilitato può presentare più diagnosi di malattia contemporaneamente. Sommando tutte le diagnosi presentate dai 16.198 casi seguiti dalle strutture riabilitative, si giunge ad un numero di diagnosi pari a 20.995. La Figura 6.31 riporta la distribuzione delle diagnosi per macro-gruppo di patologia.

Il gruppo nosologico più rappresentato è quello relativo ai disturbi psichici con 7.939 diagnosi pari al 37,8% del totale delle diagnosi dichiarate, seguono le malattie del sistema nervoso con 4.960 diagnosi (23,6%), le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo con 2.064 diagnosi (9,8%) e le malformazioni congenite con 1.615 (7,7%).

Il numero totale delle disabilità seguite dai centri convenzionati è pari a 18.961 (Figura 6.32). Le disabilità maggiormente rappresentate sono quelle relative alla locomozione (18,0%), al comportamento (9,2%), circostanziali (7,3%) e all'assetto corporeo (5,5%).

La Figura 6.33 presenta la distribuzione delle tipologie di trattamento effettuato. La maggior parte dei trattamenti sono effettuati in regime ambulatoriale (48,8%), nel 18,1% dei casi viene effettuata una visita di accertamento e nel 15,0% un diurnato diagnostico.

Figura 6.31 - Distribuzione percentuale dei macro-gruppi di patologia. Pazienti presi in carico nei Centri ex art. 26. Veneto, anno 2016.

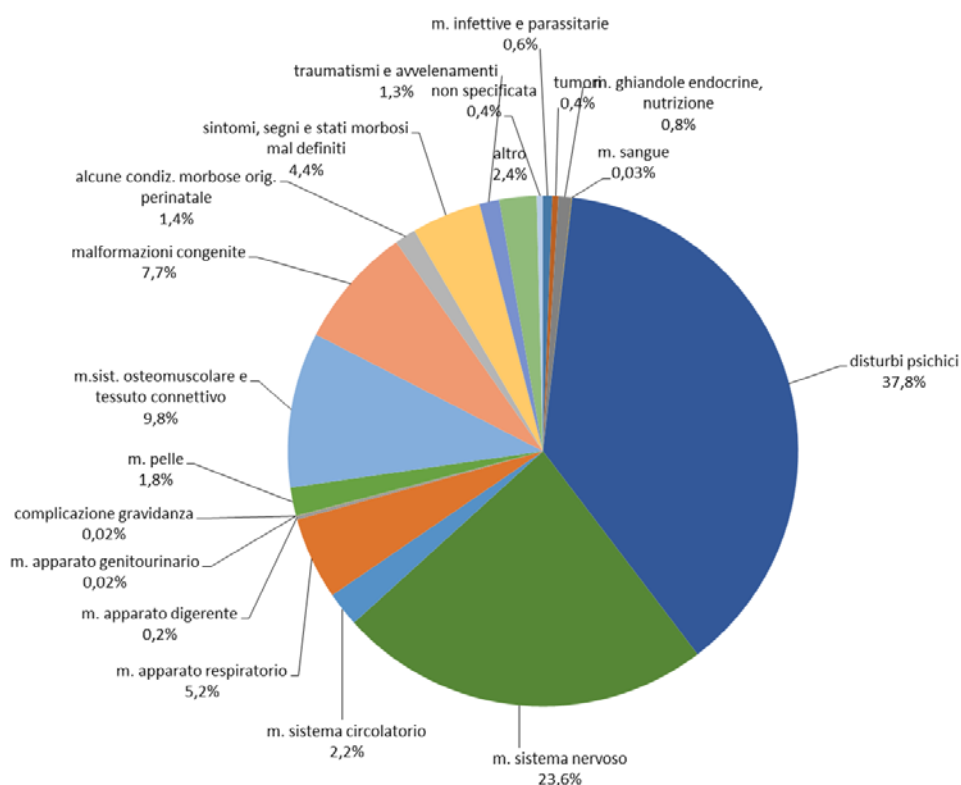


Figura 6.32 - Distribuzione percentuale delle categorie di disabilità. Pazienti presi in carico nei Centri ex art. 26. Veneto, anno 2016.

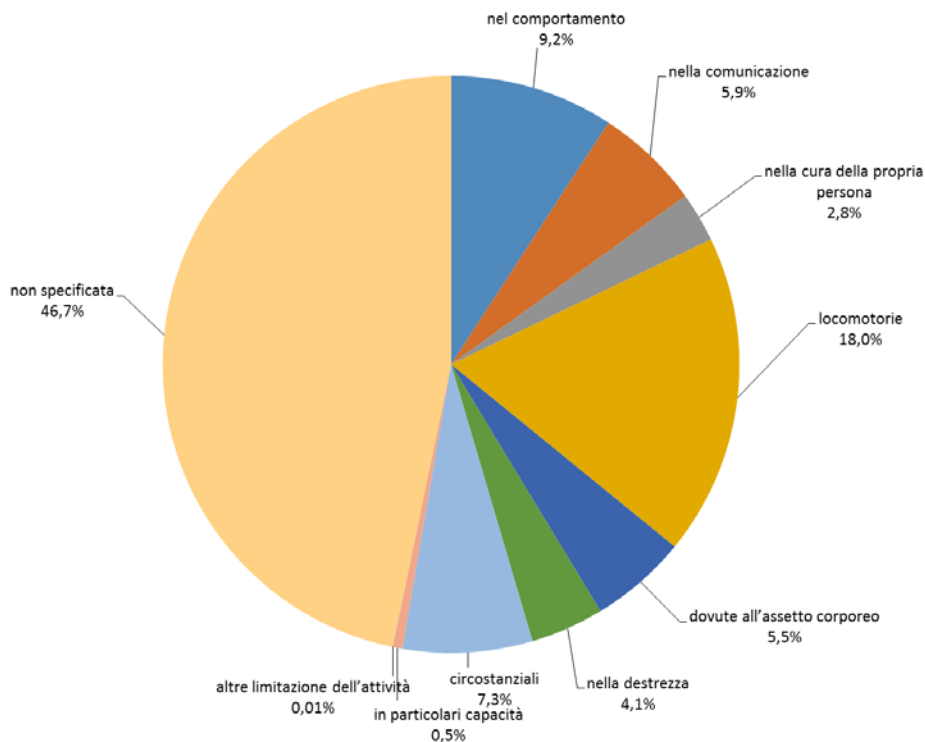
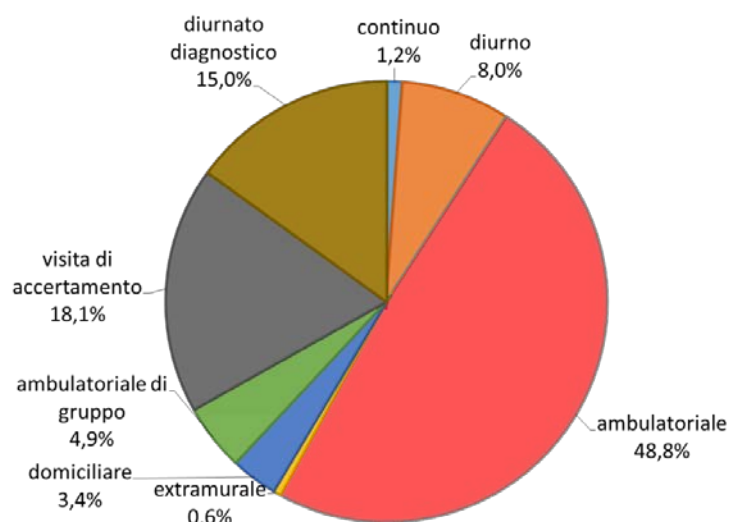


Figura 6.33 - Distribuzione delle tipologie di trattamento. Pazienti presi in carico nei Centri ex art. 26. Veneto, anno 2016



Il numero totale di prestazioni erogate ai 16.198 pazienti seguiti dalle strutture convenzionate ex art.26 è pari a 493.048. L'indice di prestazione per residente in riferimento all'età pediatrica si attesta intorno a 0,80, mentre quello per l'età adulta a 0,08. Il 66% dei pazienti è stato preso in carico effettuando un unico regime di trattamento, il 25,9% due regimi, il 6,8% tre e l'1,3% quattro o più. Le risorse impiegate totali sono dell'ordine di più di 27 milioni e mezzo di euro per l'anno 2016. Il costo medio per paziente è di 1.769,56 euro, il costo mediano di 690,00 euro fino ad un massimo di oltre 57.000 euro, a conferma della complessità di alcuni pazienti.

Appropriatezza dell'utilizzo delle strutture

Durante il 2016, sono state elaborate linee di indirizzo per il trattamento riabilitativo di malattie respiratorie croniche, con la finalità di favorire l'appropriatezza dell'attività assistenziale delle strutture riabilitative ex art. 26 che si occupano nello specifico di tale bisogno assistenziale. Sulla base dell'analisi di più di 200 lavori scientifici, dell'elaborazione dei dati di attività delle strutture, dall'analisi dell'epidemiologia delle patologie che richiedono un programma di riabilitazione respiratoria nella regione Veneto, è stata formulata una proposta di rete regionale di riabilitazione respiratoria per le tre fasi (acuta, post-acuta, cronica), con definizione specifica delle caratteristiche dei pazienti inclusi nelle varie fasi, la stima delle loro numerosità, l'individuazione dei servizi specifici coinvolti, ospedalieri e/o territoriali, della loro eventuale riconversione, della loro organizzazione, degli strumenti da utilizzare, dei setting e dei professionisti.

Approfondimenti

Rapporto tecnico attività Programma regionale della Patologia in Età Pediatrica, 2016

Rapporto tecnico "Gruppo di lavoro per l'individuazione di linee di indirizzo e protocolli diagnostico-terapeutici per il trattamento riabilitativo di malattie respiratorie croniche", anno 2016.

Recapiti per ulteriori informazioni

Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica

Via Donà 11, 35129 Padova

Telefono: 049 8215700

e-mail: malattierare@regione.veneto.it; registronascita@regione.veneto.it

6.13 Interventi socio-sanitari sulle dipendenze

Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
 Paragrafo 3.5.6-Area delle Dipendenze.

Quadro di sintesi

Il Sistema delle dipendenze si è sviluppato intorno al principio di integrazione socio-sanitaria, favorendo la valorizzazione del ruolo del privato sociale, in una logica anticipatoria del principio di sussidiarietà orizzontale e ponendo, attraverso l'accreditamento, le basi per una compartecipazione degli stessi allo svolgimento della funzione pubblica sociale. Una politica complessiva nell'area della dipendenza deve considerare anche interventi di informazione e di educazione alla popolazione giovanile, di cura e trattamento, reinserimento e integrazione sociale attraverso risorse sanitarie e sociali.

Nel 2017 con DGR 2012/2016 si è avviata una sperimentazione di budget per le strutture accreditate che accolgono persone tossico/alcolodipendenti.

La Regione del Veneto ha previsto nella propria programmazione socio-sanitaria interventi tesi a contrastare/prevenire/curare le persone ed i loro familiari con problemi di dipendenza da gioco d'azzardo. Ha presentato un piano operativo che comprende attività di informazione, di assistenza specialistica medica, psicologica e supporto sociale alle persone e alle famiglie con problemi di azzardopatia.

Negli ultimi anni anche in Veneto si è assistito ad una forte evoluzione nell'uso, abuso e dipendenza da sostanze psicotrope e dall'alcol. L'uso di cocaina, anfetamine e "droghe ricreative" è in costante incremento e le modalità assuntive comportamentali vengono sempre più a configurarsi come rituali sociali. In particolare si configura stabile il consumo ed il numero delle persone dipendenti da eroina, la diffusione del consumo di alcol tra le giovani generazioni e l'abbassamento, per i vari tipi di sostanze, dell'età di primo consumo. Un ulteriore fattore di criticità è rappresentato dal consumo di tabacco che, a fronte di una riduzione del numero dei fumatori adulti, è in aumento tra i giovani. L'approccio socio-sanitario alle dipendenze considera la tossicodipendenza come una condizione della persona con bisogni e problemi:

- sanitari (morbilità psichiatrica, problemi cardiovascolari, polmonari e neurologici);
- psicologici (vissuto di alterata percezione di sé, difficoltà di ruoli adulti e di responsabilità familiare e genitoriale, ecc.);
- sociali (graduale difficoltà di mantenere un adeguato adattamento relazionale e comportamentale).

Azioni prioritarie della programmazione regionale:

- garantire un'informazione ed educazione alla popolazione giovanile per prevenire i danni causati dall'uso di sostanze stupefacenti;
- favorire una presa in carico la più precoce possibile, aggiornando la tradizionale operatività dei Ser.D all'evoluzione dei nuovi assuntori;
- individuare idonee strategie per coinvolgere i minori e le loro famiglie, assicurando una integrazione degli interventi e dei servizi;
- favorire iniziative di sostegno per le persone e i loro familiari con problemi di dipendenza dal gioco d'azzardo, problematica che acquista sempre maggiore rilievo;

- prevedere percorsi riabilitativi flessibili nelle strutture preposte e percorsi estensivi, di lunga durata, sperimentando forme di responsabilizzazione con finalità educative e di recupero;
- favorire il reinserimento e l'integrazione sociale delle persone con problemi di dipendenza, attraverso un appropriato uso delle risorse sanitarie e sociali;
- accompagnare le famiglie nel percorso terapeutico del loro congiunto, attraverso un sostegno specifico (psicoeducazionale) e/o l'inserimento in gruppi di auto-aiuto.

La Regione persegue la realizzazione di un Sistema Integrato delle Dipendenze, formato da soggetti pubblici e privati accreditati, con compiti e responsabilità complementari, fortemente coordinati e integrati, per garantire globalità e continuità assistenziale, con riferimento alla complessità sociale e alle diverse dinamiche che in essa si esprimono, anche in termini di rischio comportamentale e sociale.

In tale contesto si prevede l'adozione di adeguati sistemi di verifica e valutazione sulla coerenza dei risultati raggiunti, sulla qualità dei processi e sull'efficace utilizzo delle risorse. Ne consegue l'impegno regionale a promuovere e realizzare una rete di interventi e servizi diffusi su tutto il territorio che offrano livelli di assistenza qualitativamente adeguati in grado di rispondere alla complessità dei bisogni riconducibili all'area delle dipendenze attraverso il sistema di accreditamento istituzionale. Trova collocazione in questo contesto l'attività di raccolta ed elaborazione dati, attraverso il SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) per descrivere ed analizzare l'uso e abuso di alcol e di sostanze illecite, raccogliere e rendere disponibili gli indicatori epidemiologici "standard" definiti a livello europeo.

Il Sistema delle Dipendenze

Attualmente, si articola in 9 Dipartimenti per le Dipendenze, che si declinano in:

- 38 Ser.D (Servizi per le Dipendenze);
- 3 Comunità Terapeutiche pubbliche;
- 30 Enti ausiliari (Servizi socio sanitari privati) con oltre 100 sedi operative.
- oltre 600 gruppi di auto aiuto (soprattutto nel settore dell'alcolismo);
- oltre 60 Associazioni di volontariato.

L'attività del sistema delle dipendenze è definita dalla DGR n. 247 del 3 marzo 2015 - Attuazione DGR n. 929 del 22/05/2012 "Progetto Dipendenze 2012/2014". Sperimentazione e Budgettazione alle Aziende ULSS per pagamento LEA Tossico/alcol dipendenze e sperimentazione "servizi territoriali".

Le caratteristiche più importanti del Sistema Regionale delle Dipendenze sono:

- rispondere adeguatamente ai bisogni di cura ed assistenziali dei cittadini nell'ambito delle dipendenze;
- essere in grado di trasformare se stesso in funzione del cambiamento di tali bisogni.

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Dipendenze, Terzo Settore, Nuove marginalità, Inclusione Sociale
Direzione Servizi Sociali
Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
Telefono: 041 2791627; Fax: 041 2791367
e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

6.14 Consulteri familiari

Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
 Paragrafo 3.5.3-Area famiglia, infanzia, adolescenza, giovani.

Quadro di sintesi

La Regione del Veneto persegue la realizzazione di un'organica ed integrata politica di sostegno alla famiglia ed alla genitorialità e riconosce a pieno titolo soggetti di diritto anche i minori di età. Uno degli strumenti di intervento più importanti è quello dei Consulteri Familiari, un vero e proprio "servizio relazionale" in costante integrazione e raccordo con il territorio, che eroga sia interventi di Prevenzione e Promozione della Salute rivolti alla comunità, sia interventi di Sostegno e Cura rivolti alla persona e alla famiglia. Nel 2016 si sono rivolti ai Consulteri Familiari Pubblici oltre 80.000 utenti.

I Consulteri Familiari, istituiti e disciplinati con la L.R. n. 28/1977, costituiscono una rete capillare, composta da 146 sedi, di cui 118 pubbliche afferenti alle 21 ex-Aziende ULSS e 28 private (dati 2016, fonte Aziende ULSS). Si collocano, prevalentemente, nel Distretto Socio-Sanitario-U.O.C. Infanzia Adolescenza e Famiglia, per rispondere ai bisogni sempre più complessi della famiglia attraverso un "servizio relazionale", che richiede costante raccordo ed integrazione con MMG, PLS, Servizi di Età Evolutiva e/o di NPI, SERD, Servizi Ospedalieri, Enti Locali, Scuole, Autorità Giudiziarie, Terzo settore, comunità. Sono dotati di équipe multi-professionali specializzate in diversi ambiti di intervento: adozioni, affido familiare, spazio neutro, spazio adolescenti/giovani, protezione e tutela del minore, mediazione familiare, sostegno alla genitorialità e neo-genitorialità.

Le prestazioni riguardano la "Prevenzione-Promozione" con il "percorso nascita", "l'educazione socio affettiva e sessuale", il "percorso 0-3 anni"; e il "Sostegno-Cura", i cui interventi programmati rispondono alla domanda di supporto e/o presa in carico della persona e/o della famiglia, con particolare riguardo all'aspetto relazionale.

L'area psicologica e sociale, avente mandato istituzionale (la maggioranza delle Aziende ULSS ha la delega per la tutela minorile da parte dei Comuni), si attesta, come negli anni precedenti, a volumi elevati di prestazioni di assistenza diretta (ambito medico-ginecologico, infermieristico, ostetrico, di assistenza sanitaria, di assistenza psicologica): colloqui e visite ostetrico-ginecologiche, prestazioni psicologiche e sociali, consulenze, colloqui, visite domiciliari, psicoterapia, valutazione delle funzioni genitoriali, relazioni e pareri alle autorità giudiziarie, sostegno alla genitorialità, mediazione familiare.

Nel 2016 oltre 80.000 utenti si sono rivolti ai Consulteri Familiari Pubblici, dei quali quasi 40.000 sono nuovi utenti; le prestazioni psicologiche e sociali senza mandato istituzionale sono state in totale oltre 126.000, mentre quelle con mandato istituzionale sono state oltre 110.000. Inoltre, in tutte le 21 ex-Aziende ULSS sono garantiti gli "Spazi adolescenti/giovani" con circa 9.200 utenti nel 2016.

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Famiglia Minori Giovani e Servizio civile
 Direzione Servizi Sociali
 Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
 Telefono: 041-2791403
 e-mail: famigliaminorigiovani@regione.veneto.it

6.15 Salute mentale

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

Nel corso degli anni si è rilevato un incremento significativo della domanda di interventi psichiatrici, collegati ad una evoluzione qualitativa e quantitativa della patologia psichiatrica. Inoltre vanno aumentando le richieste di visite specialistiche e di presa in carico per disturbi ansioso-depressivi, gli interventi complessivi per i disturbi schizofrenici e dell'umore, l'incidenza dei disturbi di personalità.

L'impostazione degli interventi in questo ambito 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 operativo adottato per la prevenzione e cura della patologia psichiatrica è quello dell'organizzazione dipartimentale, articolato in una rete integrata di servizi, secondo una logica di psichiatria di comunità, che, sotto la regia del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), deve lavorare attraverso il metodo del Progetto Assistenziale Individualizzato, condiviso con gli altri servizi del territorio, a partire dalla medicina di famiglia e, per i casi complessi, definito in UVMD: questa modalità consentirà di concretizzare sempre di più l'integrazione del DSM nel Distretto, pur salvaguardando la sua natura transmurale. (Paragrafo 3.5.7-Area della salute mentale, pag. 109)

Quadro di sintesi

La salute e il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie e delle comunità: non c'è salute senza salute mentale (Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa, 2005). La disabilità provocata dalle malattie mentali e i relativi costi rappresentano circa il doppio della disabilità e dei costi dovuti a tutte le forme di cancro e sono comunque maggiori della disabilità e dei costi delle malattie cardiovascolari (indicatore Daly's – OMS).

Per quanto riguarda la prevalenza trattata annua, a livello nazionale essa è di 159,4 persone per 10.000 abitanti di età maggiore di 17 anni (Ministero della Salute – Rapporto Salute Mentale Anno 2015), a livello regionale nel 2016 sono stati 71.088 i cittadini che si sono rivolti ai Dipartimenti di Salute Mentale del Veneto, con una prevalenza di 173,5 persone/10.000 ab di età superiore a 17 anni.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale e si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione. Il DSM è un dipartimento strutturale transmurale (ospedaliero e territoriale), dotato di autonomia tecnico-organizzativa, formalmente istituito in tutte le Aziende ULSS della Regione Veneto per coordinare sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche e private convenzionate dell'assistenza psichiatrica.

L'utenza psichiatrica

La prevalenza trattata annua è costituita da 173,5 persone ogni 10.000 abitanti. Prevale il sesso femminile (57%), mentre la fascia di età prevalente è quella compresa tra i 45 e i 54 anni (24%), seguita da quella tra i 55 e i 64 anni (19%) e da quella tra i 35 e i 44 anni (17%). Il rapporto tra gli utenti psichiatrici e la popolazione di età superiore a 17 anni presenta una certa variabilità territoriale. Si precisa che, considerato che i DSM di Padova e Verona sono dipartimenti ospedale-territorio-università integrati, i dati dell'Azienda ULSS 16 includono i dati dell'Azienda Ospedaliera di Padova e quelli dell'Azienda ULSS 20 includono i dati dell'Azienda Ospedaliera Univ. Integrata di Verona.

Tabella 6.17 - Utenti con almeno un contatto (territoriale e/o ospedaliero) per ULSS di contatto, Veneto 2016

Azienda ULSS di contatto	N. utenti	Utenti per 10.000 ab. > 17 anni
1-Belluno	2.270	214,29
2-Feltre	1.734	246,83
3-Bassano del Grappa	2.689	181,10
4-Alto Vicentino	2.846	184,02
5-Ovest Vicentino	2.381	161,15
6-Vicenza	4.234	160,46
7-Pieve di Soligo	3.191	177,97
8-Asolo	3.841	187,93
9-Treviso	5.855	169,48
10-Veneto Orientale	2.450	135,10
12-Veneziana	3.705	143,56
13-Mirano	3.601	159,31
14-Chioggia	1.312	227,62
15-Alta Padovana	4.201	199,11
16-Padova	9.336	225,47
17-Este	3.009	194,61
18-Rovigo	3.415	232,40
19-Adria	2.056	325,83
20-Verona	6.592	167,88
21-Legnago	1.711	133,14
22-Bussolengo	2.839	117,00
Veneto	71.088	173,52

Le patologie più frequenti tra tutti gli utenti psichiatrici (assistiti negli ospedali e/o nei servizi territoriali) sono i disturbi affettivi (29%), i disturbi dello spettro d'ansia e somatoformi (26%) e la schizofrenia (22%): tra i maschi prevalgono la schizofrenia (26%), seguita dai disturbi affettivi (24%), e dai disturbi dello spettro d'ansia e somatoformi (24%), mentre tra le femmine prevalgono i disturbi affettivi (33%), seguiti dai disturbi dello spettro d'ansia e somatoformi (28%) e dalla schizofrenia (19%).

I disturbi dello spettro d'ansia e somatoformi sono predominanti nella fascia di età dai 18 ai 44 anni (30-34% a seconda dell'età). Nella fascia di età dai 45 ai 54 anni circa l'80% delle diagnosi si distribuisce tra schizofrenia (26%), disturbi affettivi (28%) e disturbi dello spettro d'ansia e somatoformi (26%). I disturbi affettivi aumentano progressivamente con l'età fino al picco del 40% nella fascia tra 65 e 74 anni, oltre sono in diminuzione; al contrario, la prevalenza degli utenti con disturbi dello spettro d'ansia e somatoformi o con disturbi della personalità e disturbi del comportamento hanno la massima distribuzione nelle fasce di età più giovani e poi tendono a ridursi progressivamente con l'età.

Le patologie più frequenti tra gli utenti dei CSM sono i disturbi affettivi (28%), i disturbi dello spettro d'ansia e somatoformi (27%) e dalla schizofrenia (22%).

Le patologie più frequenti tra gli utenti assistiti negli ospedali sono i disturbi affettivi (35%), la schizofrenia (27%) e disturbi della personalità e del comportamento (18%).

L'attività dei servizi psichiatrici territoriali

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 2016 dai Centri di Salute Mentale (CSM) ammontano a 760.769, corrispondente a circa 11 prestazioni per utente per anno.

Inoltre, vanno considerate le giornate di presenza presso strutture semiresidenziali che nel 2016 sono state 299.961 per 4.072 utenti, pari a circa il 6% degli utenti dei servizi psichiatrici territoriali e le giornate di presenza nelle strutture residenziali che sono state 731.476 per 2.591 persone, pari a 3,9% degli utenti dei servizi psichiatrici territoriali.

L'attività ospedaliera

Nel 2016 si registrano 12.502 dimissioni dalle strutture psichiatriche ospedaliere (pubbliche e private) del Veneto di cui 9.758 (78%) dagli SPDC (servizi psichiatrici di diagnosi e cura), e 2744 presso le strutture private accreditate, per un totale di 238.637 giornate di degenza, di cui 145.161 (61%) dagli SPDC.

Per quanto concerne i trattamenti ospedalieri, si rileva che 8.864 utenti hanno fruito di almeno un periodo di degenza nell'arco dell'anno per un totale di 12.502 ricoveri totali effettuati negli SPDC e nelle strutture accreditate del Veneto. Si tratta del 12,5% dell'utenza psichiatrica globale.

Del totale delle dimissioni, se ne osservano 2302 relative a degenze superiori a 30 giorni. Questo campione è costituito per il 57% da ricoveri effettuati presso strutture private accreditate, ed il restante 43% presso SPDC. Le riammissioni in qualsiasi struttura della rete ospedaliera regionale specialistica a 30 giorni dalla data di dimissione rappresentano il 16,6% negli SPDC e il 14,7% nelle strutture private accreditate, mentre quelle a 180 giorni rappresentano il 35% negli SPDC e il 29% nelle strutture private accreditate.

I trattamenti ospedalieri in regime di TSO sono 375 e il 3% di tutte le degenze.

Le strutture

Nella nostra regione operano oltre 400 strutture territoriali psichiatriche, di cui circa il 70% sono a gestione diretta delle Aziende ULSS. La gestione delle strutture "ambulatoriali" è per la quasi totalità pubbliche, mentre la presenza del privato convenzionato si concentra nelle strutture residenziali. Oltre metà delle strutture psichiatriche territoriali sono residenziali e circa un quarto semi-residenziali. I posti autorizzati per trattamenti riabilitativi a livello territoriale sono in totale circa 3.500, dei quali quasi 1.900 residenziali e oltre 1.600 semi-residenziali. Per l'assistenza ospedaliera, sono disponibili in Regione Veneto 928 posti letto, il 54% dei quali pubblici.

Il personale

Al 31/12/16 nel Veneto ci sono 3.239 operatori equivalenti della salute mentale, ossia 7,9 operatori equivalenti ogni 10.000 abitanti d'età superiore a 17 anni, dei quali 336 psichiatri. La figura professionale maggiormente rappresentata è quella dell'infermiere (35%), seguita dagli OTA/OSS (33%), dagli psichiatri (10%), dagli educatori (8%), dagli psicologi (4%), dagli assistenti sociali (2%) e altre figure professionali (8%).

Approfondimenti

www.regione.veneto.it/salutementale sezioni "statistiche" e "pubblicazioni".

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Salute mentale e sanità penitenziaria

Direzione Programmazione Sanitaria

Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

Telefono: 041 2793490

e-mail: salutementale@regione.veneto.it

6.16 Sanità penitenziaria

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

Il DPCM 1° aprile 2008 ha completato il trasferimento dall'Amministrazione penitenziaria al SSN delle funzioni sanitarie relative alla Sanità penitenziaria, attribuendo alle Regioni:

- a) l'assistenza sanitaria a favore della popolazione detenuta, riconoscendo la piena parità di trattamento degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale e garantendo la gestione unitaria di tutte le attività sociosanitarie a favore dei detenuti, integrando l'assistenza alla tossico/alcoldipendenza con le altre forme di assistenza sanitaria in carcere; inoltre, andrà adeguata l'offerta di assistenza ospedaliera per acuti per rispondere ai bisogni di ricovero della popolazione detenuta;
- b) la gestione dell'inserimento in comunità, su provvedimento dell'Autorità giudiziaria, di minori e giovani adulti tossicodipendenti e/o affetti da disturbi psichici, confermando la competenza dell'invio del minore in struttura da parte del Centro Giustizia Minorile (CGM) e la titolarità dei servizi sociosanitari territoriali di residenza del minore per la presa in carico, il progetto terapeutico riabilitativo, la valutazione diagnostica e, salvo i casi urgenti, l'individuazione della comunità terapeutica idonea
- c) la dismissione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), prendendo in carico nel territorio della nostra Regione attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale gli internati veneti dimessi dagli OPG e prevedendo, compatibilmente con le risorse disponibili, percorsi di inserimento in strutture intermedie, che permettano una collocazione temporanea a persone con misure detentive o in libertà vigilata, oppure percorsi di affidamento ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, nonché tramite la realizzazione delle strutture residenziali sanitarie per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) di cui alla Legge 9/2012.

Viene ribadita la necessità di una piena e leale collaborazione interistituzionale tra SSN, Amministrazione penitenziaria e Giustizia Minorile, al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute ed il recupero sociale dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, nonché l'esigenza di sicurezza all'interno degli istituti penitenziari. (Paragrafo 3.5.8 Area della Sanità penitenziaria, pag. 112)

Quadro di sintesi

In Veneto al 31/12/2016 nei 9 Istituti di Pena per adulti (uno per capoluogo di provincia, due a Padova e due a Venezia), con una capienza regolamentare complessiva di 1.963 posti, erano presenti 2.181 detenuti (con un sovraffollamento pari all'11%); nel corso del 2016 si sono registrati 2.241 ingressi dalla libertà di cui 1.421 di nazionalità straniera. I detenuti nelle carceri del Veneto rappresentano il 4% dei detenuti totali in Italia; il 95% sono maschi, il 23% sono giovani fino ai 29 anni di età, il 55% è di nazionalità straniera e il 69% sta scontando una condanna definitiva.

Il 29/02/2016 è stato inaugurato il Nuovo Istituto Penitenziario di Rovigo, che a regime avrà una dotazione totale di 207 posti e sostituisce il vecchio penitenziario di 71 posti. Nel mese di maggio il nuovo Istituto è stato formalmente aperto e a dicembre 2016 erano presenti 120 detenuti a fronte dei 34 presenti al 31/12/2015 nel vecchio carcere.

Nell'Istituto Penale per Minorenni di Treviso, alla stessa data erano presenti circa 14 detenuti.

Assistenza sanitaria ai detenuti

Le funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione Penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e internati tossicodipendenti sono state trasferite alle Regioni e Province Autonome a decorrere dal 1 gennaio 2000 per effetto del Decreto Legislativo 230/99. Tutte le altre funzioni sanitarie finalizzate a

garantire i LEA a favore delle persone detenute, inclusi gli internati in Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e i minori tossicofili e/o con disagio psichico, sono state trasferite alle Regioni e PA a decorrere dal 14 giugno 2008 per effetto del DPCM 1 aprile 2008.

Le principali criticità per garantire un'adeguata assistenza sanitaria ai detenuti riguardano:

- il sovraffollamento degli istituti penitenziari ;
- le condizioni igienico-sanitarie (non drammatiche, ma comunque problematiche anche nel Veneto);
- la presenza di extracomunitari;
- la presenza di tossicodipendenti;
- la tutela della salute mentale in carcere: l'assistenza psichiatrica è assicurata in tutti gli istituti, ma risulta generalmente insufficiente la gestione dei disturbi mentali per i quali si renda necessaria un'osservazione prolungata e una presa in carico continuativa;
- la somministrazione dei farmaci, con il conseguente rischio di accumulo e utilizzo improprio da parte dei detenuti;
- le risorse finanziarie trasferite inferiori ai costi reali;
- i LEA: quelli garantiti dall'Amministrazione penitenziaria prima del trasferimento delle funzioni erano superiori (es. farmaci ormonali per transessuali; protesi dentarie)
- la piena e leale collaborazione interistituzionale: per certi aspetti la criticità principale, che deriva dalla difficoltà di dialogare tra due mondi (sanitario e penitenziario) con organizzazioni, regole, culture, principi distinti e spesso in contrasto

172

I detenuti assistiti negli istituti penitenziari del Veneto nel 2016 sono stati in totale 4.321, dei quali 2.080 presenti alla data del 1° gennaio e 2.241 nuovi ingressi nel corso dell'anno. Buona parte dei detenuti assistiti sono reclusi negli istituti penitenziari di Padova, Verona e Venezia.

Tabella 6.18 – Detenuti assistiti per sede penitenziaria, Veneto, 2016

Sedi penitenziarie	N. detenuti al 1° gennaio	N. Nuovi Ingressi	Totale assistiti
Belluno–Casa Circondariale	89	44	133
Vicenza–Casa Circondariale	216	221	437
Treviso–Casa Circondariale	199	260	459
Venezia-Casa di Reclusione Femminile e Casa Circondariale maschile	289	519	808
Padova-Casa di Reclusione e Casa Circondariale	773	463	1.236
Rovigo-Casa Circondariale	34	101	135
Verona-Casa Circondariale	480	633	1.113
Totale	2.080	2.241	4.321

Il personale sanitario che opera negli istituti penitenziari del Veneto al 31 dicembre 2016 è costituito in totale da 150 operatori per 14.432 ore mensili, con un aumento di 40 unità per 3.109 ore mensili rispetto al settembre 2008 quando il personale è effettivamente transitato dall'Amministrazione penitenziaria alle Aziende ULSS.

Tabella 6.19 – Personale sanitario nelle carceri venete, numero assoluto e ore mensili, Veneto 2008 e 2015

Figura professionale	30/09/2008		31/12/2015		Scostamento 2015 vs 2008	
	N	h/mese	N	h/mese	N	h/mese
Medici incaricati (L. 740/1970)	12	915	11	768	-1	-147
Medici SIAS	46	4.808	50	5.116	4	308
Medici dipendenti	0	0	5	696	5	696
Psicologi di ruolo	0	0	1	80	1	80
Psicologi a contratto	0	0	3	60	3	60
Infermieri di ruolo	2	288	36	3.200	34	2.912
Infermieri a contratto	47	4.864	41	4.176	-6	-688
Educatori professionali	0	0	1	144	1	144
Assistenti sanitari	0	0	1	48	1	48
Operatori socio sanitari	0	0	1	144	1	144
Personale ausiliario a contratto	3	448	0	0	-3	-448
Totale	110	11.323	150	14.432	40	3.109

Per tutelare la salute mentale nelle carceri venete, migliorando la gestione dei disturbi mentali per i quali si renda necessaria un'osservazione prolungata e una presa in carico continuativa, è stata attivata dal 1° marzo 2012 una Sezione di osservazione psichiatrica presso la Casa circondariale di Verona con una disponibilità di 5 posti. Nel 2016 è stata provvisoriamente chiusa dal Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria del Triveneto per ristrutturazione.

Dal 15 novembre 2015 è attiva presso la Casa Circondariale di Belluno una Sezione per l'accoglienza dei detenuti con infermità psichica sopravvenuta nel corso della detenzione (art. 148 c.p.) e dei detenuti a pena diminuita per vizio parziale di mente (art. 111 comma 5 e 7, DPR 230/2000) per un totale di 6 posti; dal 1° gennaio 2016 a Padova è attiva, presso la Casa di Reclusione, una Sezione per gli internati in Casa lavoro di 40 posti. E' inoltre attiva una Sezione a Custodia attenuata per il trattamento dei Tossicodipendenti presso la Casa Circondariale di Padova.

Dismissione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)

Il DPCM 1° aprile 2008 ha stabilito, tra l'altro, il trasferimento dall'Amministrazione Penitenziaria alle Regioni delle funzioni sanitarie svolte negli OPG.

La Legge 9/2012 ha previsto la definitiva chiusura degli OPG al 31 marzo 2015.

Nell'ambito del percorso di dismissione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, come delineato dalla normativa di settore, la Regione del Veneto ha approvato con DGR 1331 del 17 luglio 2012 il progetto presentato dall'Azienda ULSS 21 di Legnago – ora Azienda ULSS 9 Scaligera – l'attivazione di una struttura intermedia di accoglienza per l'inserimento di pazienti internati negli ospedali psichiatrici giudiziari (denominata REMS-Residenza con Misure di Sicurezza), per complessivi 18 posti letto. La suddetta struttura, con sede a Ronco all'Adige (VR), attiva dal mese di settembre 2012, accoglie utenti autori di reato e affetti da forme di patologie psichiatriche stabilizzate e con basso grado di problematicità provenienti sia dal territorio di residenza, su indicazione dei rispettivi DSM, che dalla REMS, che godono dei benefici della licenza esperimento o altre forme di benefici previsti dalla normativa in vigore.

Inoltre, i pazienti psichiatri giudiziari sono 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 del decreto legge 211/2011. In data 20 gennaio è stata attivata presso il Centro sanitario polifunzionale Stellini di Nogara la REMS Provvisoria. A far data dal 27 giugno 2016 la dotazione della REMS (provvisoria e prodromica) è diventata di 36 posti letto, raggiungendo a dicembre i 40 posti letto previsti dal programma regionale approvato a livello nazionale. Nel 2016 sono stati internati presso la REMS di Nogara 40 pazienti, di cui 6 dimessi.

Tabella 6.20 – Provenienza degli internati al momento dell’inserimento in REMS, Veneto, 2016

Provenienza	Numero Pazienti
Carcere	7
OPG	11
Comunità	8
Ospedale SPDC	7
Libertà	7

Minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico

Il DPCM 1° aprile 2008 ha trasferito alle Regioni e PA dal 1° gennaio 2009 il pagamento delle rette per gli inserimenti in comunità su provvedimento dell’Autorità Giudiziaria di minori e giovani adulti con problemi di tossicodipendenza/tossicofilia e/o disagio psichico che hanno commesso reati, di cui all’articolo 24 del decreto legislativo n. 272/1989. Nel 2016 se ne sono registrati 24 casi per un totale di 3.790 giornate di inserimento in comunità, il 31,6 % delle quali fuori regione. Le Aziende ULSS interessate sono 13.

Tabella 6.21 – Inserimento in comunità di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico. Veneto, 2010-2016

Anno	N.	Giorni di permanenza	% fuori regione	N. ASL con minori
2010	20	3.971	46,2	10
2011	16	3.947	43,8	8
2012	16	2.327	43,8	8
2013	16	3.489	58,6	9
2014	12	2.263	47,5	7
2015	16	3.085	28,4	11
2016	24	3.790	31,6	13

Approfondimenti

www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria sezioni “statistiche” e “pubblicazioni”.

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Salute mentale e sanità penitenziaria
 Direzione Programmazione Sanitaria
 Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
 Telefono: 041 2793490
 e-mail: salutementale@regione.veneto.it

7. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici

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

Il PSSR contiene indirizzi volti a migliorare la gestione complessiva dell'assistenza farmaceutica e protesica attraverso la ricerca dell'appropriatezza sotto il profilo prescrittivo ed economico (Paragrafo 3.3 Assistenza specialistica, farmaceutica e protesica, pag. 82-85).

Quadro di sintesi

La Regione ha proseguito le politiche di governo della spesa e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva mediante la definizione di tetti di spesa ed indicatori di appropriatezza per le Aziende Sanitarie e loro monitoraggio periodico a livello regionale, aziendale e per singolo medico; la valutazione dei farmaci innovativi e ad elevato impatto di spesa attraverso gruppi di lavoro appositamente istituiti utilizzando il metodo dell'Evidence Based Medicine (EBM) e dell'Health Technology Assessment (HTA); la gestione integrata della continuità terapeutica in ambito aziendale ed interaziendale, la prescrizione esclusiva da parte di centri autorizzati dei trattamenti specialistici, spesso guidata da registri di patologia. E' stata migliorata la sorveglianza sulle reazioni avverse da farmaci, anche attraverso piattaforma web, e degli incidenti da dispositivi attraverso la rete dei referenti aziendali della vigilanza. È stata data diffusione alla gestione del rischio clinico e inoltre valorizzata la distribuzione per conto da parte delle farmacie sul territorio, ricontrattando l'accordo.

175

7.1 Assistenza farmaceutica

Health Technology Assessment

Obiettivi Valutazione dell'impatto delle tecnologie con metodologia HTA e azioni di controllo dell'appropriatezza prescrittiva e della sicurezza;

Azioni Organizzazione delle attività delle Commissioni Tecniche Regionali e delle Commissioni Terapeutiche Aziendali (CTA) di Farmaci;
Gruppi di Lavoro sui farmaci ad elevato impatto di spesa;
Attività di formazione per le CTA locali.

Risultati Valutazione di nuovi farmaci e nuove indicazioni con produzione di Raccomandazioni basate sull'evidenza, Indirizzi, Percorsi Diagnostico Terapeutici (**26 per l'anno 2016**);

Individuazione dei centri autorizzati alla prescrizione (**31 per l'anno 2016**).

Attraverso l'attività dei Gruppi di Lavoro a supporto della Commissione Tecnica Regionale Farmaci sono stati definiti documenti di indirizzo su aree terapeutiche di ambito ospedaliero e territoriale (farmaci per la procreazione medica assistita, PDTA del paziente adulto affetto da infezione da HIV/AIDS, farmaci per la cura dell'ipercolesterolemia primaria e ipercolesterolemia familiare omozigote, gestione di farmaci CNN, farmaci per l'osteoporosi). Inoltre sono state prodotte raccomandazioni evidence-based su farmaci innovativi nell'area oncoematologica (Mieloma Multiplo, Leucemia Linfatica Cronica, Linfoma Follicolare, Linfoma Mantellare, Leucemia Mieloide Cronica, Leucemia

Linfoblastica Acuta) e nell'area oncologica (GIST, pNET, carcinoma gastrico e adenocarcinoma della giunzione gastro-esofagea, NSCLC, carcinoma ovarico, prostatico, carcinoma peritoneale e alle Tube di Falloppio). Sono stati individuati e/o aggiornati i Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci di ambito specialistico (oncologia, oncoematologia, anticoagulanti orali, epatite C, farmaci biologici in reumatologia, dermatologia, gastroenterologia, ipercolesterolemia, insufficienza cardiaca, ipertensione arteriosa polmonare, acromegalia, farmaci intravitreali, farmaci per BPCO, Asma e fibrosi polmonare idiopatica). La DGR n. 1121/2016 ha approvato la revisione dei Centri autorizzati a prescrivere farmaci con Piano Terapeutico/nota AIFA. Valutazioni di HTA hanno riguardato anche l'uso terapeutico della cannabis per l'individuazione degli impieghi erogabili a carico del SSR (DGR n. 1428/2016).

Per la formazione delle CTA Farmaci sono state organizzate diverse giornate formative incentrate sulla definizione delle modalità di verifica del monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni basate sull'evidenza.

Farmacovigilanza

Obiettivi *Rafforzamento delle azioni di sorveglianza sulle reazioni avverse dei farmaci e vaccini (ADR - Adverse Drug Reaction);*

Azioni *Potenziamento del sistema di farmacovigilanza;
Maggiore diffusione delle segnalazioni ADR tramite web.*

Risultati *Il tasso di segnalazione regionale risulta sopra le di 1.100 segnalazioni per milione di abitanti. Tutte le strutture hanno superato il numero minimo di segnalazioni stabilito dagli obiettivi regionali e metà delle segnalazioni sono state inviate tramite web.*

176

Nonostante la conclusione di un importante progetto di sorveglianza attiva sui vaccini, il tasso di segnalazione del Veneto nel 2016 ha superato le 1.100 segnalazioni per milione di abitanti (5.476 segnalazioni), secondo valore in Italia subito dopo la Toscana. Complessivamente le segnalazioni sono calate del 37% rispetto al 2015 ma quelle da farmaci sono in continua ascesa negli ultimi anni, pur in assenza di specifici progetti attivi di sorveglianza. Gli obiettivi assegnati alle strutture dalla DGR 2072/2015 sono stati raggiunti e superati da tutte le Aziende Sanitarie del Veneto.

L'uso della piattaforma web per la segnalazione si è progressivamente esteso nel corso dell'anno. La metà delle segnalazioni viene inviata via web, con punte vicine al 100% in alcune strutture. Il Veneto è la regione dove il sistema della segnalazione spontanea è più digitalizzato, con più efficace e veloce gestione delle schede. Il numero delle segnalazioni da vaccino, pur in calo rispetto al 2015, rimane il più alto d'Italia.

Centralizzazione Allestimento Antiblastici

Obiettivi *Riorganizzazione dei laboratori dedicati all'allestimento centralizzato dei farmaci antitumorali.*

Azioni *Verifica del rispetto dei requisiti strutturali e organizzativi per l'allestimento dei farmaci antitumorali in condizioni di sicurezza per paziente e operatore attraverso visite di audit presso le Unità Farmaci Antiblastici (UFA) operative nel territorio regionale;
workshop formativo per operatori sanitari coinvolti nel processo*

Risultati *Il 96% delle strutture che somministrano farmaci antineoplastici ha centralizzato l'allestimento in UFA o stipulato convenzioni con strutture pubbliche che dispongono di UFA*

La Regione con delibera n. 1335/2014, recepisce la Raccomandazione Ministeriale n. 14 secondo cui preparazione e distribuzione dei farmaci antineoplastici devono essere ricondotte a una unità centralizzata (U.F.A.) sotto il coordinamento e la responsabilità di un farmacista ospedaliero, precisando che le strutture sanitarie con un numero limitato di trattamenti antineoplastici devono stipulare di preferenza, ove le caratteristiche logistiche lo consentano, specifiche convenzioni con altre Aziende. La deliberazione inoltre indicava i requisiti che devono essere obbligatoriamente presenti in ogni UFA, compresa la dotazione di sistemi informatici adeguati dedicati alla gestione delle terapie oncologiche. Nel 2016, considerata la necessità di procedere con un'analisi puntuale dello stato delle attività di allestimento nel territorio regionale, è stato istituito un Gruppo di lavoro multidisciplinare denominato "Gruppo di lavoro regionale delle farmacie oncologiche" che ha monitorato il rispetto della DGR n. 1335/2014 e formulato una proposta di riorganizzazione. È stato realizzato un corso teorico pratico, accreditato ECM, per operatori coinvolti nella gestione delle terapie antineoplastiche per la verifica continua in autonomia della conformità ai requisiti cogenti con particolare attenzione a quelli dettati dalle Norme di Buona Preparazione e dalla Raccomandazione Ministeriale n.14/2012.

Rischio clinico

Obiettivi *Diffusione delle attività di gestione del rischio clinico*

Azioni *Verifica dell'implementazione della procedura regionale di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica;
verifica della implementazione dei documenti regionali inerenti la gestione della terapia farmacologica negli Istituti penitenziari.*

Risultati *Produzione e trasmissione alle Aziende di un documento sull'implementazione delle linee d'indirizzo regionali in materia di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica.
Comunicazione di indicazioni chiare alle U.O. Sanità Penitenziaria in sede di visita di audit al fine di realizzare le buone pratiche per la corretta gestione delle terapie farmacologiche.*

Prevenire il rischio di errori di terapia e di reazioni avverse da farmaco è prioritario per la sicurezza dei pazienti in ambito ospedaliero, nella continuità terapeutica ospedale-territorio e negli istituti penitenziari. La Regione ha prodotto, pertanto, un documento di indirizzo sulla ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica, per garantire che al paziente venga sempre prescritta e comunicata la terapia corretta in qualsiasi transizione fra diversi setting di cura e due specifici documenti sulla gestione della terapia farmacologica negli Istituti Penitenziari. Nel 2016, si sono svolte visite di audit negli Istituti Penitenziari del Veneto con la collaborazione dei responsabili U.O. Sanità Penitenziaria e dei farmacisti delle Aziende ULSS territorialmente competenti per rilevare lo stato di applicazione delle Linee di indirizzo regionali, con indicazioni tese a migliorare la gestione della terapia farmacologica.

In tema di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica, è stata fatta una rilevazione sull'applicazione del decreto regionale nelle Aziende Sanitarie della Regione

Veneto invitando le Aziende non adempienti a predisporre una procedura aziendale ad hoc, anche tenendo conto del nuovo assetto definito dalla Legge Regionale n. 19/2016.

Sperimentazione Clinica - infrastruttura a sostegno della ricerca clinica nella Regione del Veneto

Obiettivi *Ottimizzare i percorsi sperimentazione clinica*

Azioni *Predisposizione di indicatori di performance organizzativa; misurazione delle tempistiche nel processo della sperimentazione clinica*

Risultati *Definizione delle tempistiche per la valutazione e la firma del contratto*

Nel 2016 si è conclusa l'attivazione della piattaforma Regionale CeOnline con l'obiettivo di mettere in rete i Comitati Etici e i Nuclei per la Ricerca Clinica della Regione Veneto. Attraverso tale piattaforma i Comitati Etici possono gestire le sedute e il flusso documentale collegato verso i componenti. Il Registro regionale raccoglie in un unico repository i dati e i documenti di tutti gli studi clinici svolti sul territorio e, attraverso il cruscotto informativo regionale consente l'analisi e il monitoraggio delle attività. Nel 2016 si sono valutati 892 studi clinici: 303 (34%) osservazionali senza farmaci e dispositivi medici, 264 (29,6%) studi interventistici con farmaco, 96 (10,8%) osservazionali con farmaci, 36 (4%) interventistici con dispositivi medici, 31 (3,5%) osservazionali con dispositivi medici. Il rimanente 18,1% include altri tipi di studi interventistici (ad esempio senza farmaci e dispositivi).

Dal 2016, con il collegamento in rete dei Nuclei per la Ricerca Clinica delle strutture sanitarie regionali, è possibile tracciare lo stato di avanzamento degli studi clinici, in particolare le tempistiche di firma del contratto finalizzato alla realizzazione di studi clinici interventistici con farmaco profit. Nel 2016 sono stati tracciati 264 studi interventistici con farmaco (29,6% del totale) nei quali il 71,2% era promosso da un ente profit. E' stata rilevata un'ampia variabilità nei tempi per la finalizzazione del contratto. La media delle migliori performance (38 giorni) sarà utilizzata come tempistica di riferimento per proporre azioni di miglioramento per il 2017. Nel 2016 è stato inoltre organizzato un corso rivolto ai Nuclei per la Ricerca Clinica per analizzare le criticità nel processo della sperimentazione clinica.

Registri AIFA e Registri regionali

Obiettivi *Potenziamento dell'osservazione epidemiologica, con il coinvolgimento dei prescrittori per un'azione preventiva sulle popolazioni a rischio per patologie croniche o invalidanti e a supporto di un appropriato utilizzo dei farmaci correlati alla casistica; recupero di risorse economiche.*

Azioni *Individuazione centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci come da termine AIFA; dei farmaci biologici per le patologie dell'area reumatologica, gastroenterologica e dermatologica; dei farmaci per l'epatite C.*

Risultati *Abilitazione dei Centri autorizzati alla prescrizione identificati dalla regione e verifica della compilazione dei registri AIFA attraverso l'estrazione dei dati dal database; attivazione registri regionali e informatizzazione del percorso (arruolamento paziente, dispensazione del farmaco, follow-up); monitoraggio dei rimborsi ottenuti*

I Registri dei farmaci AIFA, strumento di governo dell'appropriatezza prescrittiva e di controllo dall'applicazione dei Managed Entry Agreements (accordi negoziali tra AIFA e Aziende farmaceutiche) gestiscono tutte le fasi inerenti alla prescrizione, al monitoraggio, alla dispensazione, al controllo degli esiti e ai rimborsi dei medicinali interessati, ovvero principalmente quelli innovativi e/o ad alto costo in quanto derivati da tecnologie high-tech. Inoltre, attraverso procedure on-line le Aziende Sanitarie trasmettono alle Aziende farmaceutiche le richieste dei rimborsi applicabili secondo gli accordi negoziali in essere. Nel biennio 2015-2016, le strutture sanitarie del Veneto hanno recuperato dalle Aziende farmaceutiche circa 13 milioni di euro, risorse che sono state destinate a terapie farmacologiche innovative.

Registri regionali, Sistemi regionali di prescrizione informatizzata

- Sistema di prescrizione per i farmaci biologici inerenti l'area reumatologica, dermatologica e gastroenterologica

Attivato nel 2014 per fornire ai clinici un supporto guidato per la prescrizione di farmaci biologici per patologie moderato-severe ad alto impatto di spesa, ad oggi il sistema gestisce i piani terapeutici riferiti a: a) 5.265 pazienti con patologia reumatologica (il 50% dei quali presenta l'artrite reumatoide, 30% artrite psoriasica, 16% spondilite anchilosante mentre il rimanente 4% è riferito ad artrite giovanile); b) 976 pazienti affetti da psoriasi a placche; c) 1.480 pazienti con patologia gastroenterologica (di cui il 65% affetto da malattia di Crohn e 35% da colite ulcerosa).

Il sistema risulta altamente integrato e collega tutti i centri regionali autorizzati alla prescrizione (Decreto Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 329/2015).

- OSVE (per la prescrizione di farmaci per pazienti con osteoporosi severa)

Attivo dal 2014 nell'ambito di un progetto PRIHTA, coinvolge tutti i Centri autorizzati alla prescrizione del farmaco teriparatide. Fino ad oggi il sistema ha gestito la prescrizione e il follow-up di 1.807 pazienti con osteoporosi severa di cui 803 presentano un piano terapeutico attivo.

- Registro ReFOL per il monitoraggio dei farmaci off-label

Nel 2016 sono stati implementati nel registro per prescrizione e monitoraggio dei farmaci off-label (farmaci impiegati per un'indicazione o un dosaggio o una popolazione o una via di somministrazione non autorizzata) i contenuti informativi raccolti nella fase pilota. L'avvio è previsto nel 2017.

- Registro NAVIGATORE

Dal 2014 la terapia per l'Epatite cronica C (HCV) si è evoluta grazie all'immissione in commercio di nuovi farmaci antivirali ad azione diretta (DAA), sottoposti a monitoraggio in apposito registro AIFA web-based che permette la prescrizione ai pazienti rientranti in determinate categorie/criteri di eleggibilità. È attivo presso l'Università di Padova il registro regionale informatizzato Navigatore. Con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 224/2014 e successivi, si è stabilita l'obbligatorietà di registrare i pazienti trattati ed eleggibili al trattamento inserendo informazioni sulla terapia ed outcome. Dal 2015 è iniziato il monitoraggio dei dati elaborati dai registri AIFA e Navigatore, della spesa sostenuta e relativi pay-back. Al 31.12.2016 sono stati avviati alla terapia con i nuovi DAA 3.971 pazienti. Nel 2016 sono stati prodotti e trasmessi alle strutture sanitarie 3 report di monitoraggio.

La capillarità delle farmacie sul territorio**Obiettivi** *Valorizzazione della capillarità delle farmacie sul territorio***Azioni** *Definizione nuovo accordo regionale sulla distribuzione per conto delle ULSS dei farmaci A-PHT attraverso le farmacie convenzionate; rideterminazione dei prezzi dei dispositivi per il diabete; gruppo di lavoro sull'introduzione di dispositivi per il diabete dotati di nuove tecnologie.***Risultati** *Erogazione di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete mellito; approvazione nuovo accordo DPC con nuova remunerazione farmacie.*

Con DGR n. 739 del 27.5.2016 è stato approvato il nuovo schema di Accordo tra Regione del Veneto e Associazioni rappresentative delle farmacie pubbliche e private per la distribuzione per conto delle AULSS dei farmaci del PHT già distribuiti con tale modalità e di taluni farmaci ex OSP2 specificamente individuati, demandando alla Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF) la scelta in ordine alle modalità distributive sui farmaci successivamente classificati dall'AIFA A-PHT.

L'Accordo DPC che stabilisce anche una nuova remunerazione del servizio, meno onerosa per gli Enti del SSN, è entrato in vigore il 22.7.2016 (data di ultima sottoscrizione).

Con decreto n. 94/2014 è stato sottoscritto, tra Regione e Associazioni di categoria rappresentative delle farmacie pubbliche e private, l'Accordo per la gestione informatizzata dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione dei pazienti affetti da diabete mellito attraverso l'utilizzo da parte delle farmacie stesse oltre che delle Aziende sanitarie del sistema WebCare diabete.

Con DGR n. 633 del 11.5.2016, sono stati ridotti, in accordo con le medesime Associazioni di Categoria, i prezzi di rimborso delle strisce reattive per la misurazione della glicemia capillare e degli aghi per iniettore a penna. Inoltre, a fine anno 2016 sono state riaperte le trattative per definire prezzi meno onerosi di rimborso dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete, valevoli per l'anno 2017.

Sotto il profilo tecnico-scientifico, la competente Struttura regionale ha coordinato nel 2016 un Gruppo di lavoro composto da Diabetologi, Medici di Medicina Generale, Farmacisti e rappresentanti delle Direzioni Sanitarie e Mediche delle Aziende Sanitarie, e dal Coordinamento delle Associazioni regionali dei pazienti diabetici, al fine di valutare l'introduzione nella Regione del Veneto di dispositivi per il diabete dotati di nuove tecnologie quale quella denominata FGM (Flash Glucose Monitoring). Con riferimento a tale ultimo dispositivo, la Regione ha provveduto anche in via legislativa; si richiama al riguardo l'art. 53 della L.R. 30.12.2016, n. 30 - Collegato alla legge di stabilità 2017.

Spesa Farmaceutica e monitoraggio dei consumi**Obiettivi** *Governo della spesa farmaceutica e potenziamento del monitoraggio dei consumi***Azioni** *Ottimizzazione e potenziamento degli attuali flussi amministrativi; individuazione di nuovi indicatori di appropriatezza mediante l'incrocio dei flussi di spesa e dei flussi di diagnosi/patologia; potenziamento dell'osservatorio della spesa dei farmaci presso il Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco (CRUF)*

individuazione di tetti di spesa per farmaci per Azienda Sanitaria

Risultati *Report di monitoraggio sulla spesa e consumi farmaceutica per Azienda Sanitaria (monitoraggio mensile, trimestrale, annuale).
Focus su alcune categorie terapeutiche ad alto impatto di spesa, monitoraggio di indicatori di appropriatezza prescrittiva.*

La spesa farmaceutica 2016 a carico del Servizio Sanitario Nazionale nella regione Veneto è stata di circa 1.300 milioni di euro (+3% vs 2015).

Nel 2016 si registra una diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata del 2,5% rispetto al 2015, mentre aumenta la spesa farmaceutica relativa alla distribuzione diretta e distribuzione per conto e quella ospedaliera del 5,8% vs 2015.

Relativamente alla farmaceutica convenzionata la spesa si è ridotta di 14,6 milioni di euro, passando da 574 mil€ nel 2015 a 560 mil€ nel 2016.

Tabella 7.1 – Farmaceutica Convenzionata per gruppi terapeutici, Veneto, 2016 (Fonte: Regione del Veneto)

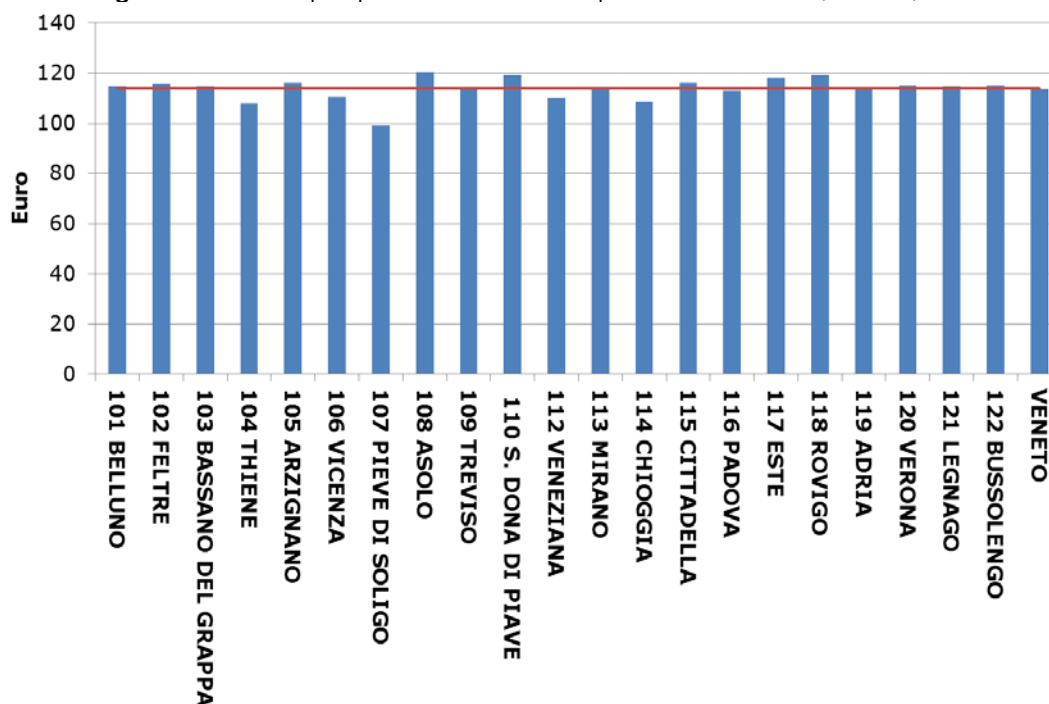
<i>Categorie Terapeutiche</i>	<i>Spesa 2016 (mil €)</i>	<i>% cumulata</i>
<i>Ipertensione</i>	114	20%
<i>Dislipidemie</i>	53	30%
<i>Broncopneumopatia cronica ostruttiva</i>	51	39%
<i>Protezione gastrointestinale</i>	32	45%
<i>Osteoporosi</i>	18	48%
<i>Tromboembolia Venosa</i>	12	50%
<i>Antibiotici</i>	22	54%
<i>Diabete</i>	26	59%
<i>Antiepilettici</i>	24	63%
<i>Analgesici</i>	24	67%
<i>Altro</i>	184	100%
Totale	560	% cumulata

Con DGR 2072/2015 la Regione ha assegnato alle ULSS per il 2016 l'obiettivo di ridurre al di sotto dei 114 euro il costo pro capite per l'assistenza farmaceutica convenzionata. Tale valore è stato calcolato tenendo conto del trend regionale di consumo e spesa, del possibile risparmio ottenibile dal raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva e della rinegoziazione del prezzo di rimborso dei medicinali a carico SSN, nell'ambito di raggruppamenti terapeuticamente assimilabili. A livello regionale l'obiettivo è stato raggiunto ed è pari a 114 euro con una variabilità tra Aziende ULSS da 99 euro per l'ULSS di Pieve di Soligo a 120 euro per l'ULSS di Asolo (Figura 7.1).

Tra gli obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie sono stati inclusi indicatori di appropriatezza prescrittiva farmaceutica per una graduale convergenza di tutte le Aziende verso le best practice regionali, per migliorare l'aderenza terapeutica e per liberare risorse da destinare ai farmaci innovativi, senza incidere sulla qualità delle cure. Il miglioramento nel 2016 degli indicatori di appropriatezza prescrittiva prettamente territoriali, sulle aree terapeutiche a maggior impatto di spesa (relativamente ai farmaci per l'ipertensione, la protezione gastrointestinale, le dislipidemie, alla TEV e ai farmaci biosimilari) ha portato ad un risparmio effettivo di oltre 5 milioni di euro. Le Aziende ULSS che hanno maggiormente migliorato la performance sugli indicatori di

appropriatezza, hanno anche ridotto in misura maggiore il costo per trattato nelle aree terapeutiche oggetto dei indicatori.

Figura 7.1 – Pro capite pesato convenzionata per Ulss di residenza, Veneto, 2016.



182

Analizzando alcuni gruppi terapeutici in regime convenzionata, si è registrato un incremento di pazienti trattati nei primi nove mesi dell'anno 2016 con farmaci ipolipemizzanti dell'1,2% (+5.500 pazienti), con una spesa di 48,5 milioni di euro, in aumento rispetto allo stesso periodo del 2015 del 9% (+3,9 milioni di euro). Mentre per quanto riguarda gli inibitori di pompa si evidenzia per i primi nove mesi dell'anno 2016 una riduzione dei pazienti trattati dell'11,5% rispetto al 2015, (76 mila pazienti in meno), con una spesa di 24,5 milioni di euro, in calo vs 2015 del 17% (4,9 mln di euro in meno).

La spesa farmaceutica ospedaliera

La spesa ospedaliera è rappresentata dal consumo di farmaci in ambito di ricovero, Day Hospital, ambulatorio e in distribuzione diretta/DPC di classe A (come antidiabetici e nuovi anticoagulanti orali) e di classe H (come antitumorali, farmaci per l'HIV, biologici per l'artrite reumatoide), medicinali di classe C, preparazioni magistrali e officinali. La DGR 2072/2015 ha assegnato alle Aziende Sanitarie per il 2016 l'obiettivo di ridurre al di sotto di 41 euro il costo pro capite pesato per la distribuzione diretta di fascia A e al di sotto di 33 euro il costo pro capite pesato per la distribuzione diretta di fascia H (Figura 7.2). Il limite di costo pro capite è stato calcolato per Azienda di residenza, escludendo la spesa per ossigeno, per i farmaci per le malattie rare e per la cura dell'epatite C. In Tabella 7.2 si riportano i principali gruppi terapeutici che coprono circa il 90% della spesa farmaceutica ospedaliera. In particolare, le prime due categorie coprono il 32% della spesa: L01–farmaci oncologici e L04–immunosoppressori, farmaci biologici impiegati in area reumatologica, gastroenterologica e dermatologica e farmaci impiegati nel trattamento della sclerosi multipla.

Rispetto al 2015 le tre voci registrano a livello regionale un incremento di spesa del 10% per i farmaci oncologici, del 4% per i farmaci biologici impiegati nelle tre aree terapeutiche sopra riportate e del 18% per i farmaci impiegati per la sclerosi multipla. Inoltre, si evidenzia un aumento del 7% del numero di assistiti trattati con medicinali biologici utilizzati in area gastroenterologica, dermatologica e reumatologica e dell'11% dei pazienti in trattamento con i farmaci per la sclerosi multipla.

Figura 7.2 – Pro capite pesato di classe A e H per Azienda di erogazione, Veneto 2016

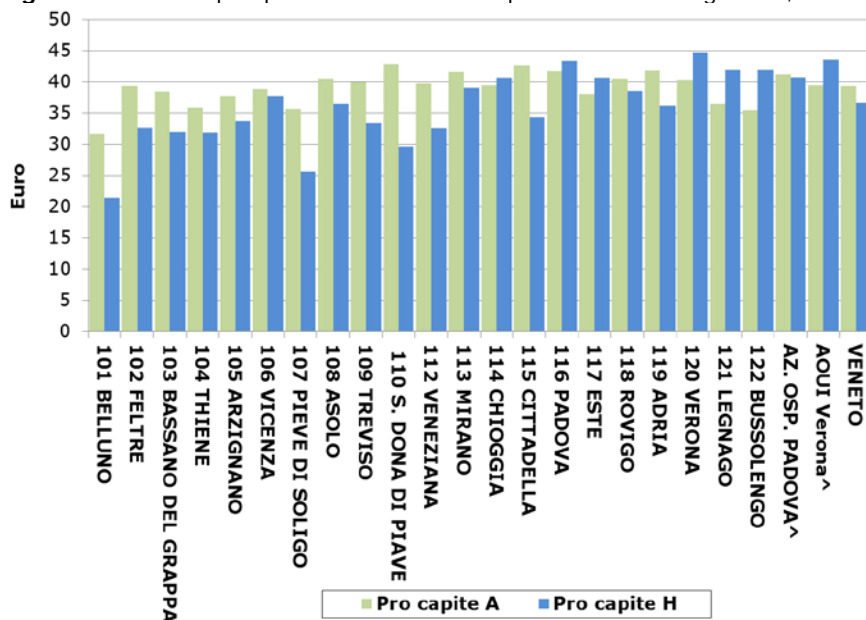


Tabella 7.2 – Farmaceutica ospedaliera, Veneto, 2016 (Fonte: Regione del Veneto)

ATC II livello	spesa erogata nel 2016	% cum su tot
L01. CITOSTATICI	172.550.843	18,8%
L04. IMMUNOSOPPRESSORI	120.281.372	32,0%
J05. ANTIVIRALI PER USO SISTEMICO (Senza farmaci epatite)	52.850.284	37,7%
B01. ANTITROMBOTICI	38.211.400	41,9%
J07. VACCINI	37.766.604	46,0%
B02. ANTIEMORRAGICI	33.394.729	49,7%
A10. FARMACI USATI NEL DIABETE	29.362.705	52,9%
J01. ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	22.731.027	55,4%
L03. IMMUNOSTIMOLANTI	19.929.836	57,6%
V03. TUTTI GLI ALTRI PRODOTTI TERAPEUTICI	19.805.134	59,7%
A16. ALTRI FARMACI APPARATO GASTROINT. E DEL METABOL.	19.687.058	61,9%
L02. TERAPIA ENDOCRINA	19.360.941	64,0%
N05. PSICOLETICI	16.536.085	65,8%
J06. SIERI IMMUNI ED IMMUNOGLOBULINE	15.993.902	67,5%
B05. SUCCEDANEI DEL SANGUE E SOLUZIONI PERFUSIONALI	15.628.346	69,2%
H01. ORMONI IPOFISARI, IPOTALAMICI ED ANALOGHI	15.047.479	70,9%
J02. ANTIMICOTICI PER USO SISTEMICO	13.819.289	72,4%
N07. ALTRI FARMACI DEL SISTEMA NERVOSO	11.533.007	73,6%
S01. OFTALMOLOGICI	10.616.066	74,8%
B03. FARMACI ANTIANEMICI	9.619.675	75,9%
nuovi farmaci epatite	125.926.953	89,6%
TOTALE	915.842.407	100,0%

7.2 Dispositivi medici e assistenza protesica

Health Technology Assessment (HTA)

Obiettivi	<i>Valutazione dell'impatto delle tecnologie con metodologia HTA e azioni di controllo dell'appropriatezza prescrittiva e della sicurezza</i>
Azioni	<i>Riorganizzazione delle attività di Commissione Tecnica Regionale e Commissioni Aziendali sui dispositivi medici; gruppi di lavoro ad hoc</i>
Risultati	<i>Valutazione di nuove tecnologie, produzione di report di HTA e documenti di Indirizzo (6)</i>

Con DGR n. 2700 del 29.12.2014 è stata ridisegnata la rete regionale delle Commissioni competenti in materia di dispositivi medici, articolata in un livello regionale (Commissione tecnica regionale dei dispositivi medici) ed uno locale (Commissione Tecnica Aziendale dei Dispositivi medici). La CTR-DM promuove azioni di governo finalizzate all'uso appropriato dei dispositivi medici e delle tecnologie a disposizione del SSR, nonché delle procedure nelle quali vengono utilizzati secondo criteri di priorità riportati nel vigente regolamento (<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/ctrdm>):

- tecnologie innovative ad elevato impatto economico e/o organizzativo;
- tecnologie a rischio di utilizzo improprio.

La CTR-DM ha svolto, nel 2016, attività in diverse aree di competenza. L'area predominante è stata la valutazione, secondo la metodologia HTA, dei dispositivi medici e la valutazione epidemiologica dell'uso dei dispositivi medici per definire i criteri di utilizzo in relazione alle patologie. Tali valutazioni hanno prodotto linee di indirizzo con raccomandazioni regionali relativamente a tecnologie innovative e dispositivi medici tra cui: trattamento del dolore resistente non oncologico con i dispositivi per neurostimolazione spinale, trattamento domiciliare con Pressione Positiva Continua nelle Vie Aeree (CPAP) nella Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno, utilizzo dei sistemi per chirurgia ad alta energia per emostasi e sintesi vasale, valvole aortiche a rilascio veloce, neurostimolatori in pazienti affetti da Parkinson avanzato, emicrania cronica refrattaria ed epilessia farmaco-resistente. Con il supporto del Tavolo Tecnico della Continenza, sono stati licenziati due documenti d'indirizzo relativi a: utilizzo appropriato dei Dispositivi Medici ad elevata tecnologia a maggior impatto di spesa per incontinenza fecale e urinaria e Linee di indirizzo regionali per la gestione dei pazienti adulti con colostomie, ileostomie e urostomie.

Vigilanza sui dispositivi medici

Obiettivi	<i>Azioni di sorveglianza degli incidenti dei dispositivi medici</i>
Azioni	<i>Implementazione del sistema di dispositivo-vigilanza regionale per l'inserimento e l'analisi delle segnalazioni</i>
Risultati	<i>Nel 2016 le segnalazioni nel database sono state 323</i>

A livello regionale esiste dal 2012 una banca dati di Dispositivo Vigilanza che consente, attraverso la raccolta da parte dei referenti regionali della Vigilanza (RAV), la creazione di un archivio delle segnalazione di incidenti che coinvolgono i dispositivi; nella primavera del 2016 il sito è stato implementato con le funzioni statistiche per permette in maniera rapida alle singole Aziende di mappare le segnalazioni aziendali e verificare il trend regionale.

Le segnalazioni inserite nel database regionale per il 2016 sono state in totale 323 quasi tutte a carico di dispositivi medici (92%), pari ad un tasso di segnalazione annuale di 65.7 segnalazioni per milione di abitanti nell'anno 2016 (vs 58,4 nel 2015).

Dall'analisi effettuata sulle segnalazioni è emerso che la categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (CND) maggiormente segnalata è la categoria P "dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi" (46%); seguono le categorie: C "Dispositivi per apparato cardiocircolatorio" (9%), J "dispositivi impiantabili attivi" (9%) e A "dispositivi da somministrazione, prelievo, raccolta" (8%).

Spesa dispositivi medici e monitoraggio dei consumi

Obiettivi *Governo della spesa e potenziamento del monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici, dispositivi medici diagnostici in vitro e assistenza integrativa regionale*

Azioni *Ottimizzazione e potenziamento degli attuali flussi amministrativi; individuazione tetti di spesa per dispositivi medici, dispositivi medici diagnostici in vitro e assistenza integrativa regionale per Azienda Sanitaria*

Risultati *Report di monitoraggio mensile, trimestrale, annuale su spesa e consumi per dispositivi medici, dispositivi medici diagnostici in vitro e assistenza integrativa regionale per Azienda Sanitaria*
Focus su alcune categorie CND ad alto impatto di spesa.

La Legge n. 228/2012 "Legge di stabilità 2013" ha rideterminato a partire dal 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici nella misura del 4,4% del FSN. Nel 2016 la spesa dei Dispositivi Medici, in lieve aumento rispetto al 2015, è risultata superiore al tetto nazionale di 1,5 punti percentuali: la spesa dei DM, esclusi i Dispositivi Medico Diagnostici in vitro (IVD), è stata di 413 milioni di euro (+1,9% vs 2015 - Tabella 7.3), la spesa degli IVD di 105 milioni di euro (+9% vs 2015). E' importante specificare che l'aumento della spesa registrata nel Conto economico, relativo agli IVD, non è dovuto ad un maggiore consumo di risorse ma ad una diversa imputazione di spesa (circa 9 milioni euro) prima rilevata attraverso il conto economico relativo al Service. Quindi, non considerando questa diversa registrazione, si registra nel 2016 un decremento pari allo 0,3% rispetto all'anno precedente.

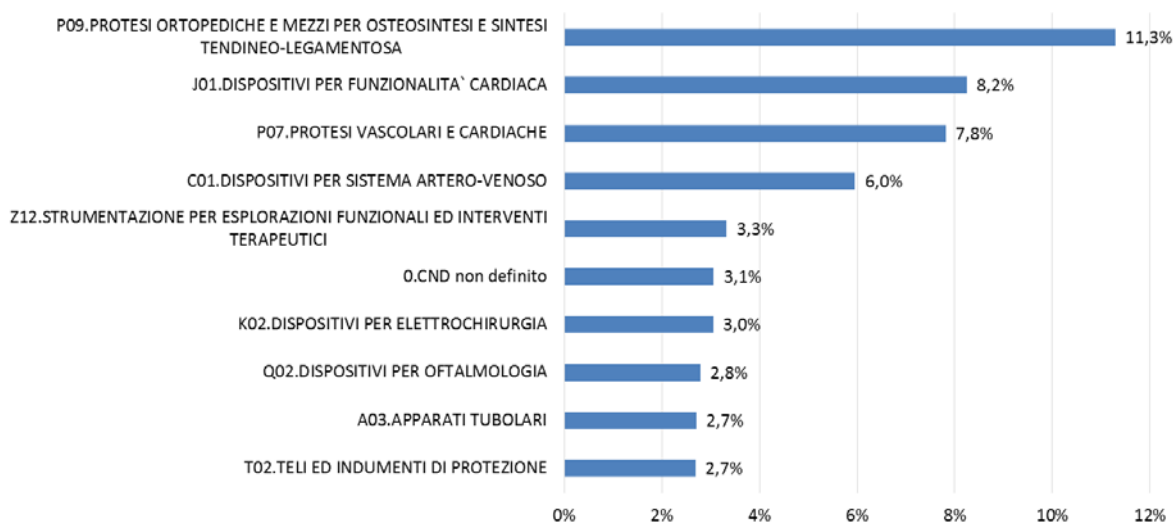
Anche per il 2016 la Regione, con DGR n. 28/2016, ha assegnato alle Aziende Sanitarie i limiti di costo per i Dispositivi Medici, successivamente rettificati con DGR n. 1632/2016. Il valore assegnato per i Dispositivi Medici (esclusi IVD) tiene conto sia della spesa sostenuta in ospedale sia di quella relativa all'assistenza territoriale. Per quanto riguarda la spesa sostenuta in ospedale, una quota di DM ad alto impatto di spesa (area cardiologica, ortopedica e oculistica) è stata correlata a specifici interventi definendo dei costi standard per tipologia di intervento. La quota rimanente è stata suddivisa in area chirurgica e in area medica. Gli ospedali sono stati classificati in cluster di complessità così come definiti dalla rete di assistenza ospedaliera (DGR 2122/2013); per ciascun cluster è stato individuato il costo mediano per dimesso pesato. Il tetto assegnato per l'assistenza ospedaliera tiene conto del costo mediano e della casistica registrata nell'anno precedente. Il limite di costo relativo all'assistenza territoriale è stato assegnato utilizzando il costo mediano per posto letto pesato alle strutture di ricovero intermedie e ai centri di servizio per anziani, mentre è stata assegnata la spesa storica alle strutture

territoriali senza posti letto. L'individuazione dei limiti di costo ha stimolato le aziende sanitarie a mettere in atto azioni mirate a migliorare l'appropriatezza prescrittiva, utilizzando anche i diversi strumenti di valutazione e di intervento messi a disposizione della Regione stessa (es. report mensile/trimestrale). Tra le diverse informazioni presenti nei report, molto utile alle Aziende sanitarie risulta essere l'andamento della spesa dettagliato per CND al II livello (Figura 7.3).

Tabella 7.3 - Spesa Dispositivi Medici (esclusi IVD) da Conto Economico*, Veneto, 2015 e 2016

Azienda Sanitaria	2015	2016	Var % 2016 vs 2015
101. Belluno	9.299.453	9.199.320	-1,1%
102. Feltre	7.146.253	7.213.627	0,9%
103. Bassano del Grappa	12.777.393	12.463.970	-2,5%
104. Alto Vicentino	14.409.659	14.110.745	-2,1%
105. Ovest Vicentino	9.786.618	9.507.049	-2,9%
106. Vicenza	30.515.198	33.726.241	10,5%
107. Pieve di Soligo	13.920.655	13.289.110	-4,5%
108. Asolo	17.323.589	17.289.701	-0,2%
109. Treviso	31.530.565	35.249.462	11,8%
110. Veneto Orientale	12.410.956	12.471.890	0,5%
112. Veneziana	29.208.733	30.170.482	3,3%
113. Mirano	18.454.199	16.886.575	-8,5%
114. Chioggia	4.538.214	4.729.164	4,2%
115. Alta Padovana	17.805.621	17.087.982	-4,0%
116. Padova	12.799.577	11.796.926	-7,8%
117. Este	9.185.271	9.331.085	1,6%
118. Rovigo	15.982.566	14.831.455	-7,2%
119. Adria	2.999.738	2.821.400	-5,9%
120. Verona	8.760.286	8.754.784	-0,1%
121. Legnago	12.448.987	11.896.175	-4,4%
122. Bussolengo	6.043.309	6.046.540	0,1%
901. AO Padova	54.156.144	57.041.337	5,3%
912. AOUI Verona	51.283.394	54.022.654	5,3%
952. IRCCS IOV	2.841.206	3.219.978	13,3%
Totale	405.627.584	413.157.654	1,9%

*conti economici considerati: B.1.A.3.1.A - Dispositivi protesici impiantabili; B.1.A.3.1.B - Dispositivi medici altro; B.1.A.3.2 - Dispositivi medici impiantabili attivi

Figura 7.3 - Percentuale di spesa dei Dispositivi Medici suddivisa per CND II livello (prime 10 voci di spesa), Veneto, 2016

Le prime 10 CND (esclusi gli IVD) rappresentano circa il 50% della spesa complessiva dei dispositivi medici per un valore di € 214 milioni. Le protesi ortopediche e i mezzi per osteosintesi e sintesi tendineo-legamentosa (CND P09) sono la categoria a maggior spesa (47,5 milioni di €), costituita per il 64% da protesi d'anca (P0908) e mezzi per osteosintesi e sintesi tendineo-legamentosa (P0912). Tra i dispositivi per funzionalità cardiaca emergono i defibrillatori (J0105; 52% della spesa relativa alla CND J01) e i pacemaker (J0101; 33%). Infine per le protesi vascolari e cardiache il 91% della spesa è da attribuire alle endoprotesi (P0704; 56%) e alle valvole cardiache (P0703; 35%).

Assistenza Protesica (AP)

Obiettivi Monitoraggio dell'assistenza protesica sia in termini di spesa che di prescrizione ed erogazione degli ausili presso le Aziende ULSS

Azioni Assegnazione obiettivo pro capite;
monitoraggio della spesa per assistenza protesica attraverso il cruscotto regionale AP;
messa a regime del flusso informativo che rileva la spesa per l'assistenza protesica

Risultati Report di monitoraggio della spesa;
report di monitoraggio di invio dati nel flusso AP;
contenimento della spesa (-2,7% vs 2015)

In virtù dell'inserimento a livello nazionale del tetto di spesa per l'acquisizione dei dispositivi medici (Legge 135/2012 art.15, comma 13 lettera F) la Regione con DGR n. 28/2016, ha confermato per l'assistenza protesica una spesa per assistibile pari a euro 15 (comprensiva dei dispositivi extra-elenchi del nomenclatore), calcolata sulla base della rilevazione annuale LEA dei consumi riferiti agli elenchi di cui al D.M. 332/99. Per il monitoraggio della spesa per l'assistenza protesica, si è provveduto, anche nel 2016, all'invio alle Aziende Sanitarie di report di rilevazione dei costi sostenuti.

Il dato complessivo di spesa regionale per il 2016 è di circa 83 milioni di euro (costo pro capite medio di circa € 17), così suddivisa:

- circa 34,6 milioni per l'acquisizione di ausili contenuti nell'Elenco 1;

- circa 34,2 milioni per l'acquisizione di dispositivi contenuti nell'Elenco 2;
- circa 2,6 milioni per l'acquisizione degli ausili dell'Elenco 3;
- i restanti 11,2 milioni per gli ausili Extra Elenco (circa 1,3 milioni) e per i cosiddetti servizi accessori (circa 9,9 milioni), che comprendono anche le spese sostenute per l'acquisto dei dispositivi la cui quota parte non può essere scorporata dai relativi servizi di manutenzione, service, noleggio, etc..

Nel 2016 ha preso avvio il monitoraggio del nuovo *flusso informativo per la rilevazione della spesa per AP* (flusso AP), che permette di tracciare in maniera puntuale i dati di erogazione dei dispositivi al singolo paziente, per migliorare compilazione e completezza.

Assistenza Integrativa (AIR)

In questa area rientrano i dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete e i prodotti destinati ad una alimentazione particolare. Con DGR 28/2016 la Regione Veneto ha assegnato il limite di costo per l'AIR calcolato tenendo conto del trend del numero di soggetti diabetici che utilizzano dispositivi per l'autocontrollo e l'autosomministrazione, di soggetti celiaci e di soggetti affetti da insufficienza renale cronica. In particolare si è stimato per i dispositivi per diabetici un costo pro capite pesato annuo pari a €7,5 e per i prodotti per celiaci un costo per trattato pari a circa €1.183,00. Per il monitoraggio della spesa per l'AIR, si è provveduto, anche nel 2016, all'invio alle Aziende Sanitarie di report di rilevazione dei costi sostenuti.

La spesa per i dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete sostenuta nel 2016 è stata di 37 milioni di euro, -1,1% rispetto al 2015. Nel corso del 2016 è entrato a regime l'applicativo WebCare Diabete, che permette di gestire on-line prescrizione e dispensazione dei dispositivi per diabetici. Grazie alla piattaforma si è reso possibile un attento monitoraggio dei Programmi di cura, riducendo la quota di chi non si automonitora correttamente.

La dispensazione dei prodotti dietetici destinati all'alimentazione dei pazienti con celiachia o con malattie metaboliche congenite nonché l'erogazione dei sostituti del latte materno per i nati da madri sieropositive per HIV rientrano nei LEA. In Veneto è prevista quale livello aggiuntivo la fornitura dei prodotti a proteici a favore di soggetti affetti da Insufficienza Renale Cronica in trattamento conservativo (DGR n. 2661/2003). Nel 2016 la spesa regionale per i prodotti dietetici destinati ad alimentazione particolare è aumentata del 7% rispetto al 2015 (15,9 milioni di euro; +7% vs 2015). Il 94% di questa spesa (15 milioni di euro, +7% vs 2015) è da attribuire agli alimenti per celiaci.

Approfondimenti

Relazione integrale in <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/assistenza-farmaceutica>

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Farmaceutico, Protesica, Dispositivi Medici
Area Sanità e Sociale
Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
Telefono: 041 2793412 - Fax 041 2793468
e-mail: assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

8. Le reti cliniche

8.1 Rete clinica dei trapianti

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

Gli obiettivi della programmazione regionale sono:

- il rafforzamento della struttura operativa del Coordinamento Regionale per i Trapianti;
- il coordinamento dei servizi di supporto all'attività trapiantologica;
- il consolidamento dell'organizzazione dei Coordinamenti Ospedalieri per i Trapianti anche per un'ottimizzazione nell'identificazione del potenziale donatore;
- il rafforzamento dei programmi di trapianto d'organi ad elevato volume su scala nazionale, per ottimizzare l'impiego delle risorse umane e strutturali;
- il potenziamento dei poli di banking tissutale mediante specifica strutturazione;
- l'intensificazione delle iniziative volte a mantenere accesa l'attenzione della popolazione in tema di donazione, chiave di volta per il mantenimento degli attuali livelli assistenziali (Paragrafo 3.2.4, pag, 69-70).

Quadro di sintesi

La rete trapiantologica regionale si compone di un Coordinamento Regionale, la cui sede operativa si trova a Padova, e di un sistema di Coordinamenti Ospedalieri per i trapianti, all'interno di ciascuna Azienda ULSS o Ospedaliera. Della rete regionale fanno parte anche i dieci programmi di trapianto d'organo per il paziente in età adulta e pediatrica (polmoni, cuore, fegato, reni, pancreas) e tre poli di *banking* tissutale. All'interno del paragrafo è possibile trovare dati sull'attività di monitoraggio, del registro cerebrolesi, accertamenti di morte, attività trapiantologica, donazione tessuti e alcuni progetti futuri della rete.

Attività di monitoraggio

Il Sistema Regionale Trapianti (SRT) 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 (CRT), il Centro Nazionale Trapianti (CNT) e il Centro di Riferimento Interregionale, Nord Italia Transplant program (NITp).

Nel 2016 sono stati monitorati, attraverso il DM, 25.011 decessi (25.345 nel 2015) avvenuti nelle strutture ospedaliere e nel territorio afferenti ai 24 coordinamenti del Veneto; nello stesso periodo sono state effettuate 1.001 registrazioni (853 nel 2015), concluse con altrettanti prelievi di donazioni dei tessuti da vivente (teste di femore, safene, membrana amniotica, opercoli cranici).

Registro cerebrolesi

Il processo di procurement da donatore a cuore battente (HB) ha come punto di partenza l'attento monitoraggio dei pazienti con cerebrolesione acuta 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 monitorizza i ricoveri, i decessi totali e i decessi dei pazienti con cerebrolesione acuta nelle Terapie Intensive.

Dai dati rilevati nelle 44 Terapie Intensive del Veneto monitorate, risultano 24.142 ricoveri totali, in aumento rispetto all'anno precedente (22.672), il numero dei decessi totali è rimasto stabile (2.422 vs 2.464) mentre il dato dei decessi con cerebrolesioni acute è nettamente aumentato (546 vs 464), dimostrando una maggiore attenzione al cerebroleso acuto.

Accertamenti di morte

Sono stati eseguiti, nel 2016, 220 accertamenti di morte con criteri neurologici in altrettanti pazienti, in aumento del 15,2% rispetto al 2015 (191 pazienti). In 130 casi si è potuto procedere al prelievo degli organi a scopo di trapianto.

Tabella 8.1 – Donatori di organi, Veneto, 2015- 2016

Anno	Segnalati	Effettivi	Utilizzati
2015	191	113	111
2016	220	134	130

(Segnalati: Donatori sottoposti ad accertamento di morte cerebrale. Effettivi: Donatori ai quali è stato prelevato almeno un organo solido. Utilizzati: Donatori dei quali almeno un organo solido è stato utilizzato per trapianto.)

Il numero pmp (donatori per milione di popolazione, indicatore utile per raffronti a livello nazionale) dei donatori utilizzati in regione è stato pari a 26,4 vs 22,5 dello scorso anno, al di sopra del dato nazionale pari a 21,4.

Nel 27,3% degli accertamenti effettuati si è verificata una opposizione alla donazione da parte dei congiunti del potenziale donatore, ampiamente al di sotto della media nazionale del 32,8%.

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 dimostrano l'impegno dell'intera rete regionale al raggiungimento degli obiettivi della donazione e si dimostrano allineati con il dato nazionale.

Tabella 8.2 – Indicatori Sistema Regionale Trapianti, Veneto, 2015- 2016

INDICATORE	RISULTATO ATTESO	2015	2016	DATO NAZIONALE*
PROCUREMENT 1 (Don.Effettivi / dec. Cerebrolesi)	15%-25%	24,4%	24,5%	27,3%
PROCUREMENT 2 (Accertamenti/ dec. Cerebrolesi)	20%-40%	41,2%	40,3%	49,3%
QUALITA' (Don. Effettivi/ACM)	30%-70%	59,1%	60,9%	54,8%

*Fonte dati SIT agg. al 06/06/2017

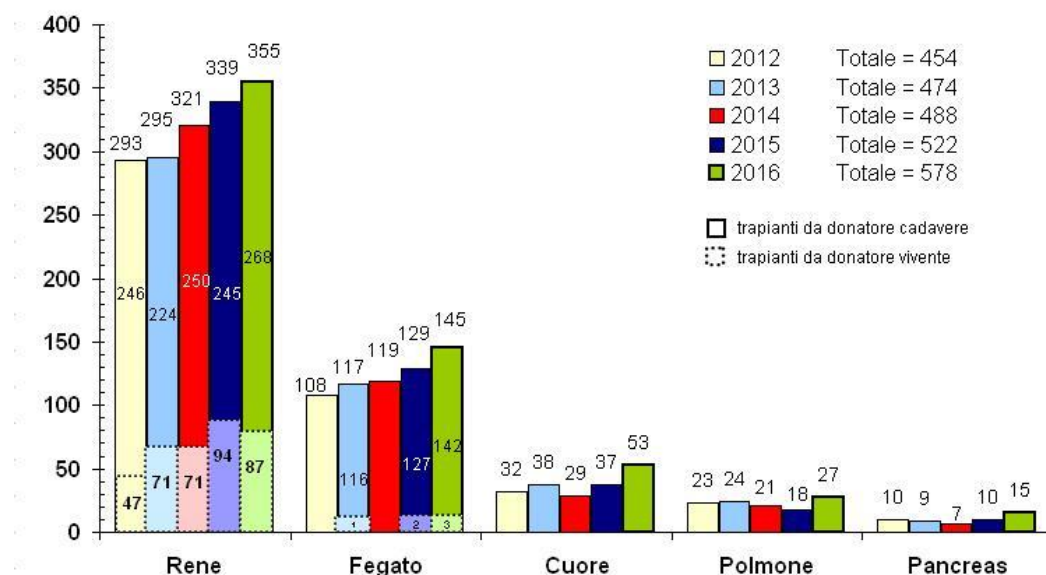
Attività trapiantologica

L'attività trapiantologica dei centri della Regione Veneto presenta nel triennio un trend di crescita che nel 2016 ha portato un aumento pari al 10,7% del totale dei trapianti (+ 56 tx). In particolare per quanto riguarda i trapianti da cadavere, l'incremento rispetto all'anno precedente è stato del 14,6% (+ 62 tx), in linea con il trend nazionale. I trapianti da vivente sono leggermente diminuiti (- 6 tx), rappresentando comunque un primato a livello nazionale. Nel 2016, infatti, si sono effettuati 578 trapianti totali di cui

90 da donatore vivente (87 di rene e 3 di fegato) contro i 522 trapianti effettuati nel 2015 di cui 96 da donatore vivente (94 di rene e 2 di fegato).

Il totale dei 578 trapianti comprende anche 2 trapianti combinati di Rene e Fegato e 15 di rene e pancreas. I centri trapianto del Veneto contribuiscono con il 17,1% dei trapianti di Rene, 11,7% dei trapianti di Fegato, 19,9% dei trapianti di Cuore, 18,4% dei trapianti di Polmone e 22,4% dei trapianti di Pancreas del trapianti totali in Italia. Da segnalare inoltre la presenza dell'attività di trapianto in età pediatrica con 11 trapianti di rene, 2 trapianti di cuore, 11 trapianti di fegato e 2 trapianti di Polmone a Padova.

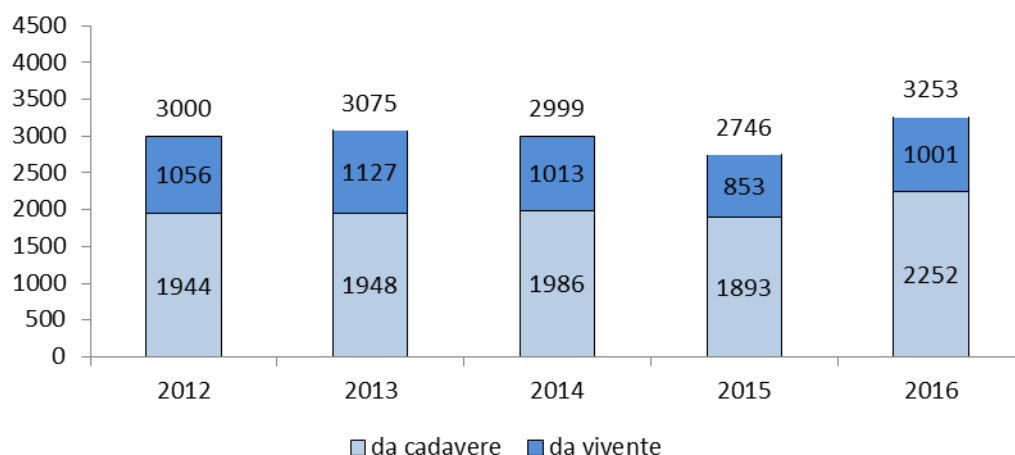
Figura 8.1 – Numero totale di trapianti in Veneto, anni 2012- 2016
(Nel totale i trapianti combinati vengono conteggiati singolarmente)



Donazioni 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 e dalla DE 23/2004.

Figura 8.2 – Donatori di tessuti distinti per tipologia, Veneto, 2012-2016



L'attività di procurement di tessuti in Regione ha registrato, anche nel 2016, un aumento sostanziale. Nel suo complesso la donazione dei tessuti da donatore a cuore battente, da

donatore cadavere e da vivente, conferma la leadership del Veneto che contribuisce all'intera attività del procurement nazionale per il 26,5% e per il 39,9% dell'area NITp. Si è registrato un aumento del numero di donatori di tessuti da cadavere pari al 18,9% (2.252 nel 2016 vs 1.893 nel 2015) e dei donatori da vivente pari al 17,3% (1.001 nel 2016 vs 853 nel 2015); l'analisi per tipologia di tessuti procurati mostra che nel 7,7% dei casi sono state raccolte più tipologie di tessuti vs 9% dello scorso anno, quali tessuto valvolare, segmenti vascolari, tessuto muscolo-scheletrico e tessuto cutaneo, registrando 174 donatori multi tessuto vs 169 del 2015. I tessuti oculari raccolti in Veneto nel 2016 sono stati 4.428 vs 3.739 del 2015.

Progettualità

I principali progetti del CRT per il 2017 sono:

- sostenere i Coordinamenti ospedalieri per i Trapianti nelle attività di procurement di organi e tessuti anche attraverso attività di audit e benchmarking
- implementare l'attività per la donazione a "cuore fermo" di organi
- sostenere, promuovere, incentivare l'attività formativa a favore degli operatori del Sistema Regionale Trapianti
- rivedere i modelli allocativi regionali esistenti per alcune tipologie di organi
- predisporre una campagna informativa sui temi del trapianto destinata alla popolazione

Approfondimenti

- CRT: "Sintesi di Attività Gennaio - Dicembre 2016" - <http://www.srtveneto.it>
- NITp: "Report di attività 2016 - Prelievo e trapianti di organi" - <http://www.policlinico.mi.it/nitp>
- CNT: "Attività di donazione e trapianto – Dati definitivi al 31 dicembre 2016" - <http://www.trapianti.salute.gov.it/cnt>

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale Trapianti
c/o Azienda Ospedaliera di Padova Via Giustiniani 2, 35128 Padova
Telefono: 049/8218124-8125
e-mail: veneto.coordinamento@sanita.padova.it

8.2 Rete delle malattie rare

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

La rete regionale delle malattie rare presenta come base fondante l'integrazione tra la rete dei centri di riferimento per le malattie rare e la rete dei servizi territoriali, vicini al luogo di vita della persona. (pag. 18: "Malattie rare"- pag. 67: "Le reti cliniche integrate anche con il Territorio"- pag. 72: "Rete delle malattie rare").

Quadro di sintesi

Le malattie rare rappresentano un tema prioritario di salute pubblica, sia in termini di ricerca che di programmazione sanitaria, per il loro impatto rilevante sulla salute della popolazione e sui sistemi sanitari. In Regione Veneto più di 30.000 persone vivono con una malattia rara. La definizione di percorsi e di organizzazioni specifiche per le persone con malattie rare rappresenta un elemento strategico per la programmazione regionale. La rete assistenziale regionale dedicata alle persone con malattia rara presenta un'organizzazione che mette in comunicazione i Centri accreditati di eccellenza per specifiche malattie rare con gli altri ospedali coinvolti nella presa in carico dei pazienti, vicino al luogo di vita delle persone, con i servizi territoriali, le farmacie ospedaliere e territoriali. Essa si basa su un sistema informativo, alla base del Registro regionale malattie rare, sviluppato attorno ad un'unica cartella clinica condivisa, che collega in tempo reale tutti i professionisti ed i servizi coinvolti nel percorso assistenziale dei malati. Durante il 2016 è stata ulteriormente sviluppata l'architettura modulare del sistema informativo, per esempio per quanto riguarda la gestione del percorso per la somministrazione domiciliare di farmaci ad alto costo; sono stati supportati i Centri regionali nel percorso per poter diventare membri delle reti europee di riferimento (ERN); è proseguita l'attività svolta nell'ambito della Joint-action europea sulle malattie rare ed il coordinamento del Tavolo interregionale per le malattie rare.

La Regione Veneto si è dotata di una propria programmazione per la realizzazione della rete di servizi ed interventi a favore delle persone con malattie rare sin dal 2000. Gli elementi essenziali costituenti la rete assistenziale sviluppata in questi anni per le persone con malattie rare sono:

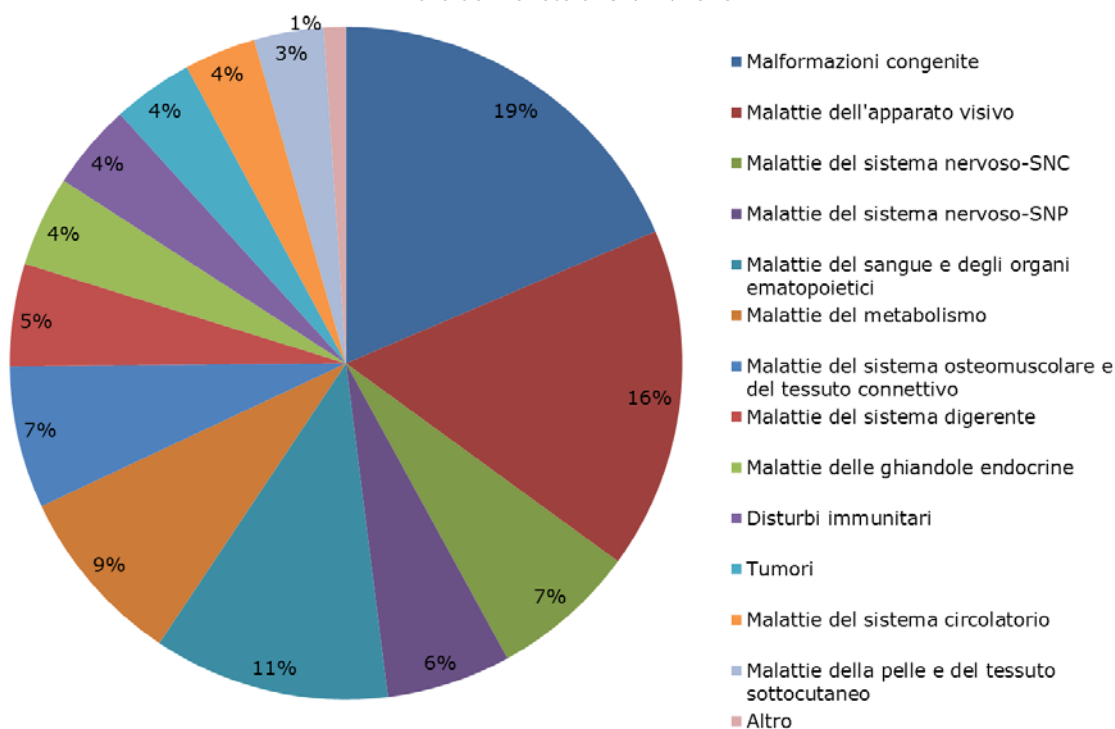
- 1) la rete dei centri di riferimento, individuata formalmente e periodicamente aggiornata con specifiche Delibere, a seguito di istruttorie tecniche basate su criteri oggettivi e dati di attività derivanti da più fonti informative. La rete, a carattere interregionale, è formata da Centri, ciascuno costituito da più unità operative e dedicato ad uno specifico gruppo di malattie rare.
- 2) un sistema informativo dedicato, che alimenta il Registro regionale, basato su un'unica cartella clinica informatizzata, che raccoglie gli elementi clinici essenziali e mette in rete in tempo reale tutti i servizi ospedalieri o territoriali che sono chiamati a realizzare il piano assistenziale del malato, indipendentemente dal tipo di *setting* assistenziale (es. degenza ospedaliera, attività ambulatoriale territoriale o ospedaliera, assistenza domiciliare integrata, etc.). Tale sistema informativo permette agli altri ospedali ed ai servizi territoriali di fornire l'assistenza e le prestazioni di eccellenza definite e supervisionate in tempo reale dai Centri accreditati. Il sistema permette inoltre di monitorare a priori l'appropriatezza delle prescrizioni, prerogativa dei Centri di riferimento, e di omogeneizzare il percorso per l'effettiva erogazione di tutti i trattamenti per le persone con malattia rara (farmaci, inclusi quelli ad alto costo,

- parafarmaci, prodotti dietetici, galenici, protesi, ausili, etc.) gestendo tutti i passaggi dalla prescrizione all'erogazione, alla somministrazione, anche a domicilio.
- 3) una serie di protocolli clinico-assistenziali e di percorsi di presa in carico, definiti per specifica malattia rara e per specifico problema assistenziale, comuni a tutta la Regione, stabiliti attraverso un processo di consenso tra gli attori regionali impegnati nella rete di assistenza, basato sulle evidenze scientifiche, completamente monitorato dal sistema informativo di cui al punto 2 e comprendente anche eventuali livelli integrativi ai LEA.
 - 4) un pacchetto di indicatori di governo del sistema, definente in tempo reale i carichi assistenziali per paziente, malattia, problema assistenziale e singola prestazione, e i relativi costi, compreso quelli delle erogazioni dei trattamenti.

Dati di sintesi

L'esperienza veneta è stata condivisa dalle Province Autonome di Trento e Bolzano sin dal 2004. Attualmente queste amministrazioni condividono lo stesso sistema informativo, gli stessi protocolli, con le relative integrazioni ai LEA, formando un'unica ampia area dove il paziente può muoversi liberamente. I dati derivanti dal tipo di organizzazione sopra descritta e raccolti dal sistema informativo malattie rare hanno la finalità di definire l'impatto che queste malattie hanno sulla salute della popolazione e sul sistema dei servizi. I pazienti con malattia rara presenti al 31.12.2016 nel Registro Malattie Rare del Veneto sono 37.230. Di questi, 31.395 (84%) sono residenti in Regione Veneto e 5.835 (16%) sono residenti fuori Regione, seguiti da Centri accreditati della Regione Veneto. Il rapporto maschi/femmine è di 1:1. I pazienti in età pediatrica costituiscono il 32,4% dei pazienti totali e l'età media alla diagnosi è di 32,8 anni. Considerando tutte le classi di età, i gruppi di patologie con la più elevata numerosità di pazienti (Figura 8.3) sono le malformazioni congenite (18,4%), seguite dalle malattie rare oculari (16,4%), dalle malattie rare neurologiche (13,0%) del sistema nervoso centrale o periferico e malattie rare ematologiche (11,4%).

Il sistema informativo alla base del Registro, oltre a raccogliere i dati epidemiologici sulle persone con malattie rare, è strutturato per supportare l'intero percorso dei pazienti attraverso la rete regionale dei servizi, evitando la frattura tra momenti di cura e setting assistenziali diversi. Il sistema connette, attraverso la rete Intranet regionale, i diversi attori coinvolti nella presa in carico delle persone. Gli utenti che utilizzano il sistema nella Regione Veneto sono ad oggi 1.587: 685 medici operanti nei Centri accreditati, 539 medici e altro personale operanti nella rete territoriale, 286 farmacisti, tra ospedalieri e territoriali. Il sistema è in continuo sviluppo e si caratterizza per avere un'architettura di tipo modulare. In particolare, il modulo del piano terapeutico consente la prescrizione da parte dei Centri di tutti i trattamenti necessari per la presa in carico delle persone con malattie rare: farmaci in commercio in Italia ed esteri, parafarmaci, presidi ed ausili, dispositivi medici, galenici. Al 31 dicembre 2016, i piani assistenziali redatti per pazienti veneti erano 21.218. La spesa per l'erogazione di trattamenti extra-LEA a favore di pazienti con malattie rare secondo il percorso dei protocolli è stata di 3,6 milioni di euro per milione di abitanti nell'anno 2016. Nello stesso periodo, con i dati del sistema informativo malattie rare, è possibile stimare il risparmio raggiunto grazie al controllo dell'appropriatezza prescrittiva, pari a 12,8 milioni di euro per milione di abitanti.

Figura 8.3 - Pazienti con malattie rare per macro-gruppo di diagnosi ICD9-CM presenti nel Registro Malattie Rare del Veneto al 31/12/2016

Nell'ambito dei suoi compiti istituzionali, nel 2016, è proseguita l'attività di gestione del Centro informazioni-helpline per le malattie rare, al quale fanno capo un numero verde (800-318811), una linea telefonica e un indirizzo di posta elettronica dedicati. Il Centro informazioni anche nel 2016 ha partecipato alle attività dell'European Network for Rare Diseases helplines, coordinato da Eurordis, la federazione europea delle associazioni di malati rari, che riunisce helplines operanti in 12 Paesi europei. Nel 2016 il Centro informazioni ha ricevuto e fornito una risposta a 2.112 telefonate, 2.448 e-mail e 480 fax per un totale di 5.040 contatti.

Azioni a livello europeo – Joint Action europea sulle malattie rare

La Regione Veneto partecipa, dal 2015 e fino al 2018, alla Joint Action europea "RD-Action". L'attività svolta riguarda la promozione dell'uso a livello di Stati membri di sistemi di codifica specifici per le malattie rare, basati sulla classificazione Orphanet, e di metodi per consentire una migliore tracciabilità delle persone con malattia rara all'interno dei sistemi informativi sanitari, base essenziale per l'identificazione dei loro bisogni e per la valutazione dell'efficacia delle politiche sanitarie messe in atto. Per maggior informazioni e per consultare i documenti prodotti: www.rd-action.eu.

Azioni a livello europeo – Reti europee di riferimento

La Direttiva europea sull'assistenza sanitaria transfrontaliera n. 2011/24 ha stabilito lo sviluppo di reti europee di riferimento (*European Reference Networks*), citando come unico esempio le reti di assistenza per le malattie rare. Nel 2016 la Commissione europea ha definito le modalità per l'istituzione delle reti e per la partecipazione degli ospedali (*health care providers- HCP*) alle stesse. Il processo di selezione dei Centri e delle reti da

attivare si è basato su una call della Commissione Europea, lanciata nel marzo 2016, con termine fissato per il giugno 2016.

Tabella 8.3 - Aziende della rete regionale malattie rare partecipanti a reti europee per ERN di afferenza, Veneto, 2016

Nome ERN e gruppo di malattie rare	Azienda prestatore di assistenza sanitaria (HCP) rete
ERN BOND European Reference Network on Rare Bone Disorders	Azienda Ospedaliera di Padova
	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
ERN GUARD-HEART European Reference Network on Uncommon And Rare Diseases of the HEART	Azienda Ospedaliera di Padova
ERN ReCONNET - Rare Connective Tissue and Musculoskeletal Diseases Network	Azienda Ospedaliera di Padova
ERN CRANIO - European Reference Network on Rare craniofacial anomalies and ENT disorders	Azienda Ospedaliera di Padova
	Azienda ULSS 6 Vicenza - Ospedale San Bortolo
ENDO-ERN - European Reference Network on Rare Endocrine Conditions	Azienda Ospedaliera di Padova
ERN EYE - European Reference Network on Rare Eye Diseases	Azienda Ospedaliera di Padova
	Azienda ULSS 12 Mestre - Ospedale dell'Angelo
	Azienda ULSS 15 Alta Padovana - Ospedale di Camposam.
ERNICA - European Reference Network on Rare inherited and congenital anomalies	Azienda Ospedaliera di Padova
ERN EuroBloodNet - European Reference Network on Rare Haematological Diseases	Azienda Ospedaliera di Padova
	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
	Azienda ULSS 6 Vicenza - Ospedale San Bortolo
ERN RARE-LIVER European Reference Network on Rare Hepatological Diseases	Azienda Ospedaliera di Padova
Metab-ERN European Reference Network for Rare Hereditary Metabolic Disorders	Azienda Ospedaliera di Padova
	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
ERN-I THACA European Reference Network on Rare Congenital Malformations and Rare Intellectual Disability	Azienda Ospedaliera di Padova
ERN-NMD European Reference Network for Rare Neuromuscular Diseases	Azienda Ospedaliera di Padova
ERN PaedCan - European Reference Network for Paediatric Cancer (haemato-oncology)	Azienda Ospedaliera di Padova
ERN EURACAN - European Reference Network on Rare Adult Cancers (solid tumours)	Azienda ULSS 9 Treviso - Ospedale Ca' Foncello
ERN LUNG - European Reference Network on Rare Respiratory Diseases	Azienda Ospedaliera di Padova
	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
ERKNet - European Rare Kidney Diseases Reference Network	Azienda Ospedaliera di Padova
ERN SKIN - European Reference Network on Rare and Undiagnosed Skin Disorders	Azienda Ospedaliera di Padova
E-UROGEN - European Reference Network on rare and complex urogenital diseases	Azienda Ospedaliera di Padova
ERN TRANSPLANT-CHILD - European Reference Network on Transplantation in Children	Azienda Ospedaliera di Padova

Nodi delle reti ERN sono i Centri di competenza (expertise). Per la loro selezione è stato definito a livello europeo un primo processo di selezione a livello nazionale, operato nel nostro Paese dall'organismo nazionale di coordinamento e monitoraggio per la partecipazione dei Centri italiani alle ERN, istituito nel luglio 2015 presso il Ministero, composto da rappresentanti del Ministero della Salute, di alcune Regioni, tra cui la Regione Veneto, oltre a rappresentanti dell'ISS ed altri esperti. Il Coordinamento malattie rare veneto ha condotto un'istruttoria, basandosi sui dati oggettivi di attività dei propri Centri. Sono stati quindi ufficialmente comunicati al Ministero della Salute i prestatori di assistenza sanitaria (*health care providers- HCP*) parte della rete regionale malattie rare rispondenti ai criteri definiti a livello europeo e nazionale per la candidabilità alle reti europee di riferimento. Per quanto riguarda la regione Veneto i Centri della rete regionale sono risultati tra i primi per numero complessivo di pazienti seguiti in pressoché tutti i gruppi di malattie considerati. Il Coordinamento malattie rare ha quindi supportato i Centri veneti relativamente alla diffusione delle informazioni provenienti dal livello europeo e da quello nazionale rispetto al processo di costituzione delle ERN e alla definizione dei contenuti da utilizzare per la compilazione dei documenti richiesti a livello europeo. Il supporto è proseguito anche nella fase di revisione della documentazione prodotta da parte dell'Agenzia andalusa per i servizi sanitari, nominata dalla Commissione europea come valutatore indipendente. Nel dicembre 2016 è avvenuta la definitiva approvazione delle reti ERN da parte del Board of Member States, costituito da rappresentanti nominati di tutti i Paesi europei. Sono state approvate 24 reti ERN. I Centri della Regione Veneto partecipano a 18 ERN su 24.

In particolare, l'Azienda Ospedaliera di Padova è risultato il primo ospedale italiano ed in Europa per numero di reti di riferimento europee alle quali partecipa. Questi risultati estremamente positivi rappresentano indicatori di ottima performance della rete assistenziale veneta per le malattie rare e danno impulso per le linee future di programmazione. Queste si basano essenzialmente sullo sviluppo di sperimentazioni gestionali ed amministrative che tengano conto della complessità della gestione assistenziale del malato raro nel *setting* ospedaliero e territoriale (es. applicazione dell'Accordo sulla teleconsulenza e relativa tariffazione delle prestazioni) e sulla creazione di spazi fisici nelle Aziende partecipanti alle reti ERN denominati "piattaforme malattie rare", che favoriscano la semplificazione dei percorsi, la presa in carico multidisciplinare e lo sviluppo delle capacità di *assessment* funzionale dei Centri della rete a favore delle persone con malattia rara.

Approfondimenti

Rapporto tecnico attività Coordinamento malattie rare, anno 2016;

Rapporto tecnico attività Registro malattie rare, anno 2016;

Stato dell'assistenza alle persone con malattie rare in Italia: il contributo delle Regioni. 21 aprile 2015, Venezia; ISBN: 978-88-6787-389-0.

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale Malattie rare - Registro Regionale Malattie rare

Via Donà 11, 35129 Padova

Telefono: 049 8215700, 800318811 (numero verde malattie rare)

e-mail: malattierare@regione.veneto.it

8.3 Rete dell'infarto acuto del miocardio

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

La programmazione regionale individua come obiettivo strategico il consolidamento delle reti cliniche, tra le quali la rete dell'infarto miocardico acuto – IMA (Paragrafo 3.2.4-Le reti cliniche integrate anche con il Territorio, pag 67).

Quadro di sintesi

La rete di assistenza ai pazienti con infarto acuto del miocardio (IMA) è organizzata secondo il modello Hub and Spoke, con centri di riferimento e periferici coordinati tra loro, e la condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi intra-ospedalieri.

Nell'ultimo decennio si è verificato un sostanziale aumento dei soggetti con IMA sottoposti ad angioplastica coronarica, soprattutto nelle classi di età più giovani e nel sesso maschile. Nel caso di infarto con sopraslivellamento del tratto ST, la percentuale complessiva di pazienti trattati lo stesso giorno di esordio dell'evento è salita al 53%.

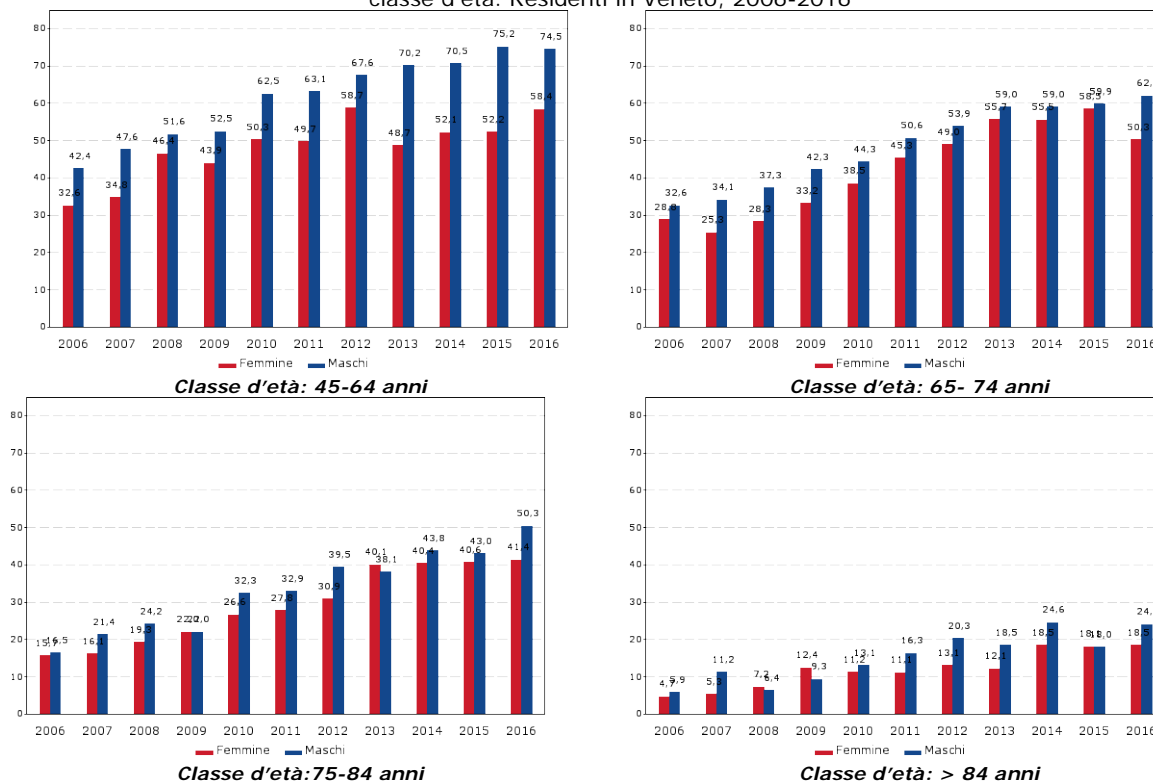
L'approccio alle malattie cardiovascolari e alle sindromi coronariche acute è stato oggetto di una serie di studi da parte di gruppi tecnici regionali sulla gestione extraospedaliera dell'IMA, in considerazione dell'efficacia della trombolisi precoce e dell'angioplastica primaria nel ridurre significativamente la mortalità. Nel 2008 è stata attivata la "Rete interospedaliera e trattamento delle Sindromi Coronariche Acute (SCA)", avente come obiettivo primario la gestione appropriata dei soggetti con IMA, indipendentemente da dove viene formulata la diagnosi, nell'ottica della piena equità di accesso al servizio più appropriato, indipendentemente dal luogo presso il quale il paziente si trova al momento dell'evento. Per poter raggiungere l'ambizioso obiettivo di una gestione dei pazienti con sindrome coronarica acuta secondo criteri di efficacia e appropriatezza, la strategia si basa su riduzione dei tempi di accesso dei pazienti al trattamento, maggior diffusione dell'uso della trombolisi precoce ed aumento del numero delle rivascolarizzazioni coronariche, garantendo l'accesso all'angioplastica. Si è optato per la realizzazione di una rete assistenziale interospedaliera riguardante tutte le strutture operanti in ambito regionale, secondo il modello organizzativo "Hub and Spoke", ovvero con la presenza di centri di riferimento (Hub) e di centri periferici (Spoke) coordinati tra loro, in applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi interospedalieri condivisi e periodicamente oggetto di revisioni e aggiornamenti.

Le analisi di seguito riportate si riferiscono ai ricoveri ospedalieri di cittadini veneti avvenuti all'interno della Regione. Per quanto concerne l'approccio terapeutico ai pazienti con diagnosi di IMA, si è assistito a un progressivo incremento dei soggetti sottoposti a intervento di angioplastica coronarica, sia per gli eventi STEMI che NSTEMI, ed è rilevante il fatto che la proporzione di eventi di STEMI sottoposti ad angioplastica lo stesso giorno di esordio dell'evento sia cresciuta dal 25,2% del 2006 al 53,5% del 2016, a fronte di una quota di rivascolarizzazioni complessiva pari al 68,7% nel 2016.

Tabella 8.4 - IMA: percentuale di eventi con angioplastica durante l'evento (%) ed entro 24 ore dal suo esordio (% 24 ore), per tipo di infarto. Residenti in Veneto, 2006-2016.

Anno	Tipo infarto								
	Infarto NSTEMI			Infarto STEMI			Totale		
	N	%	% 24	N	%	% 24	N	%	% 24
2006	2.685	37,7	6,6	4.555	45,2	25,2	7.240	42,4	18,3
2007	2.671	37,4	6,9	4.366	47,1	27,3	7.037	43,4	19,6
2008	2.588	37,5	6,5	4.274	50,4	30,9	6.862	45,5	21,7
2009	2.670	37,6	6,0	4.068	55,2	33,8	6.738	48,2	22,8
2010	2.879	43,9	7,7	3.880	57,2	38,6	6.759	51,6	25,4
2011	2.928	45,1	8,4	3.679	61,9	41,6	6.607	54,5	26,9
2012	3.044	49,8	8,8	3.543	62,8	45,7	6.587	56,8	28,6
2013	3.084	50,7	11,3	3.350	64,2	48,0	6.434	57,7	30,4
2014	3.238	52,5	11,6	3.323	66,7	50,7	6.561	59,7	31,4
2015	3.365	53,4	12,2	3.367	68,7	51,6	6.732	61,0	32,0
2016	3.248	55,7	13,4	3.141	68,7	53,5	6.389	62,1	33,1

Per quanto riguarda il ricorso all'angioplastica primaria negli eventi STEMI, la cui distribuzione è riportata in Figura 8.4, si nota come questa decresca all'aumentare dell'età e sia maggiore nel sesso maschile almeno fino ai 74 anni. Entrambi i dati sono in linea con la letteratura maggiormente accreditata.

Figura 8.4 - IMA (STEMI): % eventi con angioplastica lo stesso giorno di esordio dell'evento, per sesso e classe d'età. Residenti in Veneto, 2006-2016


Approfondimenti

Sito web del Sistema Epidemiologico Regionale www.ser-veneto.it

Rapporto SER [L'ospedalizzazione in Veneto dal 2006 al 2015](#), gennaio 2017

[Delibera della Giunta Regionale n. 4550 del 28 dicembre 2007](#) Rete integrata interospedaliera per il trattamento in emergenza dell'infarto miocardico acuto (IMA) nella Regione Veneto - Disposizioni applicative.

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata Accreditata

Direzione Programmazione Sanitaria

Palazzo Molin-San Polo 2514, 30125 Venezia

Telefono: 041 2791501

e-mail: assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale

Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV

Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

8.4 Rete attività trasfusionale

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

Paragrafo 3.2.4 Le reti cliniche integrate anche con il Territorio. Pag. 67

Paragrafo 4.4.4 Strutture e attività a supporto della programmazione. - Il Sistema Centri regionale. - Coordinamenti regionali e programmi regionali. Pag. 139

Quadro di sintesi

Il CRAT (Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali), struttura afferente ad Azienda Zero, garantisce il coordinamento della rete trasfusionale regionale attraverso attività di programmazione e controllo tecnico-scientifico sui Dipartimenti Interaziendali per le Attività Trasfusionali (DIMIT), attuando gli obiettivi della Legge 21 ottobre 2005, n. 219 "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati". L'ambito trasfusionale comprende attività di produzione e prestazioni di diagnosi e cura. Gli obiettivi principali del Sistema sangue regionale sono:

- l'autosufficienza regionale e nazionale in sangue ed emocomponenti;
- l'autosufficienza regionale ed interregionale in medicinali plasmaderivati;
- la qualità e la sicurezza trasfusionale sviluppata attraverso i processi di Autorizzazione e Accreditamento istituzionale e le verifiche dell'Industria di frazionamento per la conformità agli standard di funzionamento europei (Good Manufacturing Practice) nella produzione del plasma;
- l'ottimizzazione del modello organizzativo dipartimentale in relazione alla complessità della rete ospedaliera pubblica e privata del territorio di competenza;
- il consolidamento della Rete delle Banche del sangue del cordone ombelicale;
- lo sviluppo della contabilità analitica quale strumento per la promozione delle buone prassi organizzative.

201

Autosufficienza regionale e nazionale in sangue ed emocomponenti

Nel 2016, il Veneto ha confermato l'autosufficienza interna in sangue ed emocomponenti per la complessa attività sanitaria erogata, grazie al modello a rete che garantisce i bisogni trasfusionali anche nelle realtà dove, per l'elevata e qualificata attività sanitaria, la raccolta locale non sarebbe sufficiente. Nel quadro dell'autosufficienza, la strategia regionale, confermata negli anni, è quella di un forte impegno nella raccolta pubblica affiancata da una quota significativa assegnata in convenzione al Volontariato di AVIS. È stata registrata nel 2016 una conferma dei volumi di raccolta dell'anno precedente, mentre per il trasfuso si è assistito ad un lieve incremento, localizzato soprattutto nella realtà di Verona. Ciò ha comportato una flessione del supporto all'autosufficienza nazionale.

Il Registro Sangue 2016, che contiene dati relativi ai donatori e all'attività trasfusionale, rappresenta una situazione sostanzialmente positiva per quanto riguarda l'autosufficienza regionale:

- circa 156mila donatori, il 13% diventati tali in corso d'anno, il 92% periodici e il 97% appartenenti ad una Associazione/Federazione;
- circa 257mila procedure di raccolta di sangue intero, di cui il 13% effettuate da AVIS in convenzione, e 48mila procedure di plasmaferesi;

- circa 240mila emazie e 36mila unità di plasma trasfuse
- circa 12,7mila emazie scambiate tra i DIMT per l'autosufficienza regionale (solo 98 acquisite fuori Regione)
- circa 10,9mila emazie cedute fuori Regione per l'autosufficienza nazionale.

Autosufficienza regionale ed interregionale (AIP) in medicinali plasmaderivati (MDP)

Al fine di contribuire al raggiungimento dell'obiettivo prioritario dell'autosufficienza in medicinali plasmaderivati (MDP) si è stipulato fin dal 1998 un Accordo Interregionale di 11 Regioni e Province Autonome per la Plasmaderivazione (AIP), con il Veneto in qualità di Regione Capofila, che ha permesso un più elevato livello di autosufficienza degli aderenti grazie all'interscambio dei prodotti. Nel 2016 è stato creato un nuovo accordo interregionale (NAIP), partecipato da 9 Regioni e Province Autonome, che conferirà il plasma a CSL Behring, industria biofarmaceutica leader mondiale del settore.

È compito del CRAT predisporre una programmazione riguardante il fabbisogno dei MDP che porta alla formulazione di due Piani di distribuzione di MDP, uno extraregionale riguardante l'AIP e uno intraregionale per le Farmacie delle Aziende sanitarie. Il risultato operativo dell'attività 2016 è stata una copertura della richiesta interna del 100% dei MDP oggetto del paniere dell'attuale ditta di frazionamento (Kedrion S.p.A.), eccetto per le Immunoglobuline polivalenti dove la domanda pubblica viene garantita per circa l'80% del fabbisogno complessivo. Il Veneto ha quindi confermato la sostanziale autosufficienza in MDP, grazie alla lavorazione del plasma raccolto dai propri donatori.

Il monitoraggio dell'utilizzo dei MDP sottolinea la strategicità dell'azione dei Comitati per il Buon Uso del Sangue (CoBus) e più in generale degli Organismi del DIMT per promuovere una incisiva azione sull'appropriatezza del loro utilizzo, in particolare dell'albumina, per ricondurre i consumi a volumi analoghi a quelli di gran parte dei paesi europei di pari livello sanitario. L'autosufficienza raggiunta, in un contesto di necessaria sostenibilità complessiva, ha imposto valutazioni regionali per un maggior allineamento tra domanda appropriata di MDP e produzione di plasma per il frazionamento industriale in termini di maggiore efficienza della raccolta in aferesi attraverso l'adozione di modelli organizzativi coerenti con economie di scala (DGR n. 954/13, in recepimento dell'Accordo Stato Regioni n. 149/12).

Con riferimento ai dati di conferimento del plasma e di distribuzione di MDP nell'anno 2016, sono stati ritirati dall'Industria circa 24mila litri di plasma da aferesi e circa 64,7mila litri di plasma da scomposizione, per un totale di circa 88,7mila litri, pari al 25,5% del conferimento AIP. Per contro, sono stati ritirati circa 2mila kg di Albumina, 307,5 kg di Immunoglobuline polivalenti, 4,7mln U.I. di Antitrombina, 7.7mln U.I. di Fattore VIII, 1,1mln U.I. di Fattore IX e 4,1mln U.I. di Complesso Protrombinico.

Qualità e sicurezza nel Sistema trasfusionale regionale

La Regione del Veneto ha recepito ed implementato i contenuti della normativa nazionale (DGR n. 755/11 che recepisce l'Accordo Stato Regioni n. 242/CSR/2010, DGR n. 954/13 che recepisce l'Accordo Stato Regioni n. 149/CSR/2012) sulle norme e specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i Servizi trasfusionali e le prescrizioni in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la

notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi; la finalità è di garantire un funzionamento delle Strutture trasfusionali regionali basato su standard qualitativi omogenei sul territorio nazionale ed a renderli compatibili con quanto richiesto dalle GMP previste per la produzione del plasma destinato alla lavorazione industriale.

A seguito dei citati provvedimenti, ed essendo stabilita una periodicità non superiore ai due anni per le ispezioni e le misure di controllo presso i Servizi trasfusionali e le Unità di Raccolta per verificarne la rispondenza ai requisiti previsti, la Regione del Veneto ha provveduto ad avviare un'attività di valutazione delle Strutture del Sistema trasfusionale regionale sulla base di tali requisiti, conclusasi con l'emanazione in data 31 marzo 2016 dei Decreti del Dirigente del Settore Accreditamento Area Sanitaria di rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio. Inoltre, tutte le Strutture trasfusionali, siano esse pubbliche o convenzionate, risultano accreditate.

Le Strutture del Sistema trasfusionale regionale sono pertanto conformi alle norme nazionali in tema di requisiti minimi di qualità previsti in ambito trasfusionale e grazie alle attività correlate al conferimento del plasma all'Industria di frazionamento sono rispettati gli standard GMP di matrice europea.

Il modello organizzativo dipartimentale

La progettazione del DIMT è stata esaustiva di indirizzi, azioni e verifiche; il supporto normativo investe la connotazione organizzativa, gli aspetti gestionali, inclusa l'istituzione e avvio del Finanziamento Regionale per le Attività Trasfusionali (FRAT), l'informatizzazione (Sistema Informativo Trasfusionale Regionale) e la qualità attraverso l'Autorizzazione e l'Accreditamento istituzionale. Le Aziende Sanitarie hanno ottemperato all'attivazione degli aspetti formali, riscontrando difficoltà nel superamento della condizione di funzionalità a fronte della proposta di strutturalità per il DIMT inserito nel modello a rete del Sistema trasfusionale regionale, ora in gran parte risolte anche grazie alla nuova organizzazione delle Aziende sanitarie regionali.

Con la DGR 954/13 la Giunta Regionale, in adeguamento alle linee nazionali, ha proposto un nuovo modello organizzativo che prevede 7 Centri regionali di lavorazione del sangue intero (1 per ogni DIMT) e 5 Centri regionali per la qualificazione biologica degli emocomponenti (1 per i DIMT di Padova, Venezia, Verona, Vicenza e Treviso; i DIMT di Belluno e Rovigo inviano i campioni delle unità da validare rispettivamente ai Centri di Treviso e Padova), con ciò realizzandosi un incremento dell'efficienza ma, soprattutto, della qualità.

La Rete delle Banche del sangue del cordone ombelicale

La Legge n. 219/05 ha definito un quadro all'interno del quale la donazione e la conservazione del sangue del cordone ombelicale (SCO) si collegano ad usi di tipo solidaristico ed in tal senso i successivi atti applicativi regionali sono stati adottati in conformità all'impostazione che si fonda sulla donazione volontaria, periodica, responsabile, anonima e gratuita del sangue umano e dei suoi componenti.

Ai fini del bancaggio per uso solidaristico, sono state istituite sul territorio regionale le Banche del cordone ombelicale presso il SIT (Servizio Immunotrasfusionale) dell'Azienda

ULSS n. 2 di Treviso, presso il SIT dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e presso l'Oncoematologia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova cui afferiscono punti nascita dislocati tra Veneto, Friuli Venezia Giulia e P.A. di Bolzano. Le azioni regionali hanno ampliato la possibilità di accedere alla donazione in una logica di rete regionale e si è provveduto alla progressiva applicazione di requisiti di qualità e sicurezza, presso i punti nascita e le Banche stesse, previsti dalle disposizioni normative vigenti nazionali e dagli standard tecnici ed operativi condivisi all'interno della rete delle banche.

Per i dati relativi allo stato delle certificazioni e degli accreditamenti e all'attività delle Banche del cordone nell'anno 2016, si rimanda alla sezione *Approfondimenti*.

La contabilità analitica nel Sistema trasfusionale regionale ed il Fondo Regionale per le Attività Trasfusionali (FRAT)

Il quadro normativo nazionale recente offre utili riferimenti all'obbligo dell'introduzione della contabilità analitica. Il Veneto ha voluto fortemente tale criterio normativo per poter formulare, al fine di incrementare l'efficienza, il consumo effettivo di risorse per ogni prestazione sia in termini complessivi che medi unitari a livello dipartimentale e regionale e per poter giungere alla determinazione dei costi standard per prestazione e prodotto. Nel corso del 2016 è stata avviata una revisione sia per quanto riguarda la tassonomia delle prestazioni e dei prodotti, sia sui criteri di allocazione delle voci di spesa, con l'introduzione altresì di un'analisi organizzativa per area di attività.

E' proseguita anche nel 2016 la collaborazione con la U.O. Sistema Informativo SSR per l'analisi del consumo di emocomponenti per episodio di ricovero che è funzionale alla determinazione, sia in termini quantitativi che contabili, dell'assorbimento di risorse trasfusionali sia per DRG che per episodio di ricovero. Un ulteriore utilizzo della contabilità analitica è l'oggettiva quantificazione del FRAT: l'ammontare economico è vincolato sulle assegnazioni aziendali con destinazione di erogazione per l'attività trasfusionale il cui volume è soggetto a revisione annuale, sulla base della proposta del CRAT, applicando il criterio del finanziamento sui costi come da strumento di analisi adottato; la corresponsione è vincolata al raggiungimento degli obiettivi precedentemente descritti, con affidamento al CRAT dei relativi compiti di verifica.

Approfondimenti

www.crat.veneto.it/home

<http://www.centronazionalesangue.it/pagine/rapporti-di-attivita>

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali (CRAT)
c/o Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana Ospedale De Gironcoli Via Manin 110, Conegliano
Telefono: 0438668353; cellulare 3204338656
e-mail: crat.veneto.aulss2@pecveneto.it

8.5 Rete oncologica

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

§ 3.2.4 "Il modello di riferimento a cui il progetto si ispira, anche conformemente a quanto previsto dal Piano oncologico nazionale, è quello di un network assistenziale riconducibile alle reti hub & spoke"

Quadro di sintesi

La Regione del Veneto ha affidato il Coordinamento della Rete Oncologica Veneta allo IOV IRCCS (funzione di Hub), in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere Universitarie di Padova e Verona, delle attività di alta specializzazione ed eccellenza condotte per conto delle Aziende ULSS.

Gli obiettivi, come previsto dal PSSR 2012-2016, sono di garantire:

- uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie
- sicurezza delle prestazioni correlata all'expertise clinica e ad una adeguata organizzazione
- tempestività nella presa in carico
- continuità dell'assistenza
- appropriatezza prescrittiva ed erogativa
- innovazione e ricerca
- fornire un sistema informatico comune per la condivisione di strumenti e informazioni del malato oncologico sia nel percorso ospedaliero che territoriale attraverso il supporto della cartella clinica oncologica

Ad oggi le aree di attività intraprese dalla Rete Oncologica sono: definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA, comprensivi di indicatori di processo ed esito), Raccomandazioni sui farmaci innovativi in oncologia, e su Diagnostica Molecolare e Biobanche, sviluppo della cartella clinica informatizzata oncologica, attività di Ricerca Clinica.

205

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

L'obiettivo principale perseguito in fase di stesura dei PDTA è quello di garantire tempestività nella presa in carico dei pazienti, adeguati livelli di cura e di continuità assistenziale, equità nelle condizioni di accesso e fruizione, controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Ogni PDTA viene redatto da un gruppo multidisciplinare seguendo una metodologia di lavoro strutturata:

- definire l'episodio clinico;
- stabilire il momento preciso nel quale il paziente entra nel percorso;
- definire le modalità di presa in carico del paziente da parte di ciascun professionista;
- definire le modalità della valutazione multidisciplinare;
- definire i criteri adottati per gli snodi decisionali del percorso, compresi quelli per i quali le linee guida non danno indicazioni precise;
- individuare indicatori di appropriatezza e qualità.

Nel processo di definizione dei PDTA sono stati finora coinvolti più di 200 professionisti di tutta la Regione e sono stati svolti più di 150 incontri complessivi.

I PDTA già pubblicati sono relativi alle seguenti neoplasie: Colon e retto, melanoma (cutaneo e uveale) e Sarcomi (Sarcomi dei tessuti molli, Sarcomi uterini, Sarcomi retro

peritoneali, GIST), Prostata, Rene e Mammella mentre sono stati ultimati e sono in attesa di pubblicazione i PDTA relativi alle neoplasie di: Polmone, Esofago, Testa-Collo, Epatobiliari, Ovaio, Stomaco, Neuroendocrini. Sono in via definizione i PDTA per i tumori di Sistema Nervoso Centrale, Vescica, Pancreas, Endometrio, Cervice Uterina, Vulva e Testicolo.

Indicatori di processo e di esito

La verifica sul campo dei miglioramenti introdotti dai PDTA viene realizzata tramite il calcolo di indicatori, cioè variabili ad altro contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e aiutano ad orientare le decisioni. Gli indicatori vengono ad oggi costruiti utilizzando le informazioni rese disponibili dai flussi informativi correnti (Assistenza specialistica, ricoveri, farmaceutica, assistenza domiciliare, registro regionale di mortalità) opportunamente integrati con tecniche di record linkage; parallelamente a questo, sono in corso di definizione i requisiti informativi della cartella oncologica: oltre a facilitare la gestione condivisa del paziente, è progettata per consentire il calcolo di indicatori clinico-epidemiologici più puntuali e rilevanti.

Raccomandazioni sui farmaci innovativi in oncologia (Decreto 199 del 12/11/2014)

L'obiettivo di questo gruppo di lavoro all'interno della Rete è quello di elaborare raccomandazioni in merito a farmaci innovativi in ambito oncologico e di alto impatto economico indicandone la forza e gli indicatori d'uso atteso attraverso specifici quesiti clinici, che riguardano:

- il bilancio benefici/rischi
- la qualità delle evidenze, classificata (secondo il metodo GRADE) in quattro categorie
- la disponibilità di alternative terapeutiche
- il costo rispetto alle alternative

Sono previsti quattro possibili livelli di raccomandazione, cui corrisponde una percentuale di utilizzo atteso:

- Raccomandato "utilizzabile nella maggioranza dei pazienti"
- Moderatamente raccomandato "Si nutrono dei dubbi sul fatto che il farmaco debba essere utilizzato nella maggioranza dei pazienti, ma si ritiene che il suo impiego debba essere tenuto in considerazione"
- Raccomandato in casi selezionati "utilizzabile solo in casi selezionati di pazienti"
- Non raccomandato "si sconsiglia l'utilizzo del farmaco"

Il gruppo di lavoro ha formulato **42 raccomandazioni** evidence based con relativi indicatori d'utilizzo in merito alle seguenti molecole:

- Pertuzumab Mammella (4 raccomandazioni)
- Everolimus Mammella (4 raccomandazioni)
- Bevacizumab Ovaio (2 raccomandazioni)
- Trastuzumab-Emtansine Mammella (2 raccomandazioni)
- Aflibercept Colon-Retto (4 raccomandazioni)
- Bevacizumab Colon-Retto (2 raccomandazioni)
- Cabazitaxel prostata (1 raccomandazione)
- Enzatulamide prostata (1 raccomandazione)
- Abiraterone prostata (1 raccomandazione)

- Crizotinib (1 raccomandazione)
- Permetrexed (2 raccomandazioni)
- Afatinib (2 raccomandazioni)
- Radio 223-Dicloruro (2 raccomandazioni)
- Paclitaxel-Albumina (1 raccomandazione)
- Regorafenib colon-retto (2 raccomandazioni)
- Vismodegib basocellulare (2 raccomandazioni)
- Regorafenib GIST (1 raccomandazione)
- Sunitinib pNET (2 raccomandazioni)
- Ramucirumab gastrico (2 raccomandazioni)
- Olaparib ovaio (2 raccomandazioni)
- Nivolumab NSCLC istologia squamosa (2 raccomandazioni)

Sul sito ROV, nella sezione Raccomandazioni Farmaci Innovativi, si possono trovare i decreti del Direttore Regionale alla Sanità nelle quali vengono convalidati le raccomandazioni dopo l'approvazione della Commissione Tecnica Regionale Farmaci.

Diagnostica Molecolare e Biobanche

Nel 2015 il gruppo di lavoro ha aggiornato l'elenco ed i tempi massimi di refertazione dei test di diagnostica molecolare di rilevanza clinica per specifiche neoplasie, condiviso con tutte le Unità Operative di Oncologia del Veneto. Il gruppo ha inoltre effettuato un'analisi sui volumi dei test di diagnostica molecolare nelle varie anatomie patologiche del Veneto.

Punti d'Accoglienza

E' in via di realizzazione il servizio Punti d'Accoglienza, che permetterà al paziente oncologico una tempestiva entrata nel PDTA adeguato alla propria patologia. Cinque Punti d'Accoglienza, uno per ogni Polo Oncologico, faranno da tramite tra paziente e professionisti sanitari permettendo la presa in carico della persona il più possibile vicino a casa, fornendo un punto di riferimento stabile lungo tutto il percorso di cura.

Ricerca Clinica

- Promozione di studi no-profit per la valutazione degli outcome "real life": Studio MOST; Progetto di Ricerca Finalizzata Regionale Valutazione raccomandazioni farmaci oncologici ; Progetto PRITHA Metastasi Ossee;
- Attività formativa: Master Universitario interateneo (Padova – Verona) di I° livello: "La Sperimentazione Clinica in Oncologia: aspetti clinici, gestionali ed operativi"

Centri di riferimento per PDTA

La ROV ha il compito di proporre i centri di riferimento delle patologie che hanno un PDTA definito e concluso. Sono stati definiti i criteri per definire tali centri che sono i seguenti:

- Incidenza e Prevalenza (dati RTV);
- Volumi di attività soglia (dati PNE e SER; considerato il triennio 2014-2016);
- Adozione PDTA ROV da parte delle rispettive Direzioni Sanitarie;
- Aderenza ai benchmark definiti dagli indicatori proposti nei PDTA;
- Istituzione di Gruppi Oncologici Multidisciplinari;

- Dotazioni tecnologiche (diagnostica molecolare avanzata, diagnostica per immagini, diagnostica endoscopica, radioterapia, UFA).

Piattaforma informatica della ROV (<https://salute.regione.veneto.it/web/rov>)

Include:

Le sperimentazioni cliniche profit e no-profit delle oncologie del Veneto (descrizione della patologia, schema terapeutico, criteri di eleggibilità, centro attivato); Gruppi di lavoro: Biobanche, Diagnostica Molecolare, Farmaci Innovativi, Calendario delle riunioni PDTA; Documenti deliberati (PDTA e Raccomandazione farmaci innovativi); Eventi, convegni della ROV;

Approfondimenti

Sito web della Rete Oncologica Veneta: <https://salute.regione.veneto.it/web/rov>

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale
Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it

Coordinamento Rete Oncologica Veneta -Istituto Oncologico Veneto
Via Gattamelata 64, 35128 Padova
Telefono: 049 8215533
e-mail: pierfranco.conte@iov.veneto.it alberto.bortolami@iov.veneto.it

8.6 Rete emergenza urgenza

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

In conformità all'indirizzo programmatico sulla definizione di reti assistenziali, persiste il ruolo strategico del Pronto Soccorso (PS) con le centrali 118/SUEM sulla corretta gestione dei pazienti critici e, in parallelo, la condivisione di modelli operativi-organizzativi di continuità assistenziale con i medici, per favorire una gestione e presa in carico dei codici bianchi da parte dell'assistenza territoriale. All'interno della rete informatica risulta di fondamentale importanza l'attivazione, in tutti i PS, di un programma informatico gestionale che possa essere condiviso e che favorisca la raccolta dati omogenea in tutte le sedi e, nel contempo, garantisca l'accesso e la condivisione di informazioni e risorse necessarie al trattamento del paziente in emergenza-urgenza. (Paragrafo 3.2.4, pag. 69)

Quadro di sintesi

Negli ultimi anni sta proseguendo la riorganizzazione attuata dalla Regione dell'Area Emergenza-Urgenza con la definizione di indicatori specifici per il controllo del rispetto dei tempi di attesa previsti dalle DGR 1513/2014 e 1888/2015: massimo 90 minuti tra l'accesso in PS e la visita medica e massimo 240 minuti di permanenza complessiva in PS.

L'addestramento e la formazione di medici e infermieri con corsi di triage avanzato (DGR 1888/2015), ha ulteriormente sottolineato l'importanza della funzione di presa in carico infermieristica (PiC): questa funzione, non è ancora attiva in alcuni PS per le ben note cronicità di carenza del personale, lo dovrà essere uniformemente al fine di una riduzione dei tempi di gestione dei pazienti. Sono in analisi anche possibili correttivi sulla gestione rapida dei ricoveri ospedalieri a seguito di accesso in PS con la proposta, condivisa a livello ministeriale, di incorporare "il tempo di destinazione" dal "tempo di permanenza" condizionato in molti casi dalla disponibilità di posti letto nei reparti.

All'inizio del 2016 il modello organizzativo del Coordinamento Regionale del sistema Emergenza-Urgenza (CREU) è stato aggiornato portando l'individuazione di due aree di attività, denominate rispettivamente "Servizio Emergenza Urgenza Medica 118" e "Accettazione e Pronto Soccorso" (DGR 133/2016).

Durante il 2016 è stato inoltre realizzato un percorso di formazione regionale sul triage, secondo le indicazioni della DGR 1888/2015, che ha coinvolto 160 operatori e che ha portato all'individuazione di 87 istruttori in monitoraggio e 43 operativi. Un gruppo contenuto di istruttori sarà selezionato come Direttori di corso ed avrà il compito di gestire tutta la formazione regionale di triage.

Nel contempo sono proseguite le valutazioni di appropriatezza sulla corretta applicazione dei codici colore sia in entrata che in uscita con la condivisione delle criticità emerse nei PS con maggiori scostamenti rispetto alla media regionale (incontri che hanno coinvolto le Direzioni Sanitarie e Mediche di Vicenza, Arzignano e Valdagno).

Si è conclusa la definizione dei valori minimi di riferimento per il personale medico quantificando la dotazione necessaria di personale in base al numero totale degli accessi al PS (DGR 128CR/2016).

Si è continuata la revisione del flusso APS-EMUR; per consentire una più adeguata lettura dell'attività, basata negli anni precedenti solo sull'allarme Target dei 118/SUEM. Si rende necessario, per il corretto monitoraggio delle prestazioni, la creazione di una codifica specifica per tutto quello che viene eseguito in Pronto Soccorso (da inserire nel tariffario nazionale con codice 85) in quanto, attualmente, tutte le prestazioni eseguite vengono

caricate nelle discipline specialistiche, che spesso non le hanno materialmente effettuate: ad esempio una cardioversione elettrica, in un paziente con fibrillazione atriale, viene attribuita alla cardiologia anche se materialmente la manovra viene effettuata in PS. La necessità di un ampliamento degli indicatori di processo che non valutino solo l'attività dei SUEM/118 ma che siano bilanciati da altri parametri legati all'attività svolta nei vari PS, è giustificata per una globale ed oggettiva valutazione dell'emergenza urgenza. Si è proceduto ad una capillare identificazione di tutti i Fast-Track attivati nei vari PS (percorsi veloci, programmati nella DGR 74/2014).

Tabella 8.5 – Numero di Fast-Track attivati per Azienda ULSS/Ospedaliera. Veneto, 2016.

ULSS/Azienda ospedaliera	Ospedale	Tipo	N Fast-Track	ULSS/Azienda ospedaliera	Ospedale	Tipo	N Fast-Track
Belluno	Belluno	PS	10	Chioggia	Chioggia	PS	6
	Agordo	PS	0	Alta Padovana	Cittadella	PS	1
	Auronzo	PPI	2		Camposampiero	PS	2
	Pieve Di Cad.	PS		Padova	Piove Di Sacco	PS	3
Feltre	Feltre	PS	7		Pd Sant'Antonio	PS	4
	Bassano del G.	Bassano	PS		5	Abano	PS
Bassano del G.	Asiago	PS		Este	Montagnana	PS	6
	Alto Vicentino	Santorso	PS		5	Schiavonia	PS
Ovest Vicentino	Valdagno	PS	0	Rovigo	Rovigo	PS	7
	Arzignano	PS	0		Trecenta	PS	
	Montecchio	PPI		Adria	Portoviro	PS	7
	Lonigo	PPI			Adria	PS	4
Vicenza	Vicenza	PS	14	Verona	San Bonifacio	PS	2
	Noventa Vic.	PS		Legnago	Bovolone	PPI	3
Pieve di Soligo	Conegliano	PS	7		Legnago	PS	
	Vittorio	PS		Bussolengo	Bussolengo	PS	4
Asolo	Montebelluna	PS	6		Malcesine	PPI	
	Castelfranco	PS			Caprino Veronese	PPI	
Treviso	Treviso	PS	6		Isola Della Scala	PPI	
	Oderzo	PS	5		Villafranca	PS	
Veneto Orientale	San Donà	PS	5		Peschiera	PS	
	Jesolo	PS	1		Negrar	PS	2
	Portogruaro	PS	7	Az.Osp Padova	Padova	PS	8
Veneziana	Mestre	PS	11	Az.Osp Verona	Borgo Roma	PS	3
	Venezia	PS	9		Borgo Trento	PS	4
	Lido Di VE	PPI		Veneto			180
Mirano	Mirano	PS	5				
	Dolo	PS					

PS: Pronto Soccorso; PPI: Punti di Primo Intervento

Nell'ottica di un'omogenea distribuzione dei flussi dei pazienti che accedono con il 118/SUEM presso l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'ULSS 6 Euganea, in base all'analisi dei dati, sia a livello locale che regionale, si è provveduto ad attivare l'apertura notturna al 118/SUEM anche presso l'Ospedale San Antonio, a partire dal 01/07/2017. A livello

regionale infatti esiste un finanziamento che garantisce il servizio H24, sia per quanto riguarda gli accessi spontanei che quelli accompagnati dai mezzi di soccorso. L'equa distribuzione dei pazienti tra i due pronti soccorso di Padova, garantirebbe una presa in carico più rapida vista la fisiologica riduzione del personale in servizio nelle ore notturne. Per quanto riguarda il 118, il CREU ha contribuito assieme al Gruppo interregionale Emergenza-Urgenza della Commissione Salute, alla stesura preliminare di documenti ora in rivalutazione, sia sulla formazione distinta dell'autista soccorritore e del soccorritore che sull'accreditamento delle ambulanze.

Continua la collaborazione con la Protezione Civile per la programmazione condivisa di interventi in caso di grande emergenza sanitaria. Gli eventi sono stati divisi in Sportivi e non sportivi. I primi sono stati considerati in base all'elenco delle federazioni affiliate CONI e a questi si sono aggiunte le gare da ballo. Quelli non sportivi sono stati classificati in: religioso, politico, festa popolare, concerto, spettacolo teatrale, raduno, air show, spettacolo pirotecnico, fiera riunioni assemblee. I parametri considerati per la presenza o meno dell'ambulanza sono stati: tipo di evento, durata, numero di persone. Negli eventi sportivi si aggiungono: dimensione, presenza o assenza di un regolamento federale.

A luglio 2016 è stata attivata l'App della Regione Veneto "Info Pronto Soccorso", con cui tutti i cittadini possono conoscere in tempo reale la mappa dei PS, i percorsi e i tempi per raggiungerli, la loro situazione operativa al momento e la gravità dei pazienti in cura (codici rossi, gialli, verdi e bianchi).

Tabella 8.6 – Accessi totali in PS, percentuale di accessi esitati in ricoveri in reparto di degenza, percentuale di ammessi in OBI e percentuale di ricoveri tra gli ammessi in OBI per Azienda ULSS/Ospedaliera. Veneto, 2016.

ULSS/Azienda ospedaliera	Accessi totali	% Ricoveri	% OBI	% Ricoveri tra i transitati in OBI
101-Belluno	71.886	9,7	7,6	17,1
102-Feltre	30.741	14,1	10,1	28,3
103-Bassano del Grappa	69.125	12,3	9,8	24,0
104-Alto Vicentino	58.875	14,6	7,6	23,6
105-Ovest Vicentino	60.744	12,8	8,3	21,0
106-Vicenza	108.188	14,2	15,0	23,6
107-Pieve di Soligo	79.899	10,6	8,2	17,8
108-Asolo	68.432	16,0	14,2	19,0
109-Treviso	117.489	15,1	9,1	21,2
110-Veneto Orientale	101.573	9,2	12,3	17,9
112-Veneziana	130.905	13,2	12,1	18,9
113-Mirano	81.591	12,0	18,6	18,3
114-Chioggia	27.757	11,1	23,9	19,7
115-Alta Padovana	71.072	12,6	22,1	23,5
116-Padova	89.070	10,8	11,9	14,5
117-Este	53.702	12,5	9,0	22,6
118-Rovigo	63.471	12,8	8,6	36,7
119-Adria	40.335	11,0	12,5	22,7
120-Verona	54.916	11,1	20,4	25,7
121-Legnago	66.572	10,6	13,1	21,3
122-Bussolengo	144.039	10,1	9,6	15,8
901-Az. Osp Padova	106.917	14,8	12,2	14,0
912-Az. Osp Verona	131.987	16,1	7,9	13,5
Veneto	1.829.286	12,6	11,9	20,1

Accessi in Pronto Soccorso

Nel 2016 sono stati registrati 1.829.286 accessi al PS in tutto il territorio regionale. Il 12,6% è esitato in un ricovero ospedaliero e per l'11,9% è stato necessario il ricorso all'Osservazione Breve Intensiva (OBI), modalità di gestione delle patologie a bassa complessità che non necessitano di ricovero immediato ma di un approfondimento diagnostico e/o di una terapia con osservazione per un tempo di permanenza compreso tra un minimo di 6 ore ed un massimo di 48 ore. Circa un quinto degli accessi ammessi in OBI è esitato in un ricovero in reparti di degenza (Tabella 8.6).

Approfondimenti

[DGR n. 4419 del 30 dicembre 2005](#) Attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) nell'attività di Pronto Soccorso della Regione Veneto.

[DGR n. 74 del 04 febbraio 2014](#) Gestione delle attese in Pronto Soccorso - Adozione del documento di linee guida regionali per la realizzazione dei progetti aziendali.

[DGR n. 714 del 13 maggio 2014](#) Gestione delle attese in Pronto Soccorso - DGR n.74 del 4.2.2014. Approvazione del progetto di formazione dell'assistente di sala.

[DGR n. 1513 del 12 agosto 2014](#) Indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso; criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell'accesso.

[DGR n. 1888 del 23 dicembre 2015](#) Indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso; criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell'accesso.

[DGR n. 133 del 16 febbraio 2016](#) Coordinamento Regionale del sistema Emergenza - Urgenza. Aggiornamento del modello organizzativo.

[DGR n. 245 del 07 marzo 2017](#) Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico - documento metodologico generale e definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dei Pronto Soccorso. D.G.R. n 128/CR del 30 dicembre 2016, Art. 8 comma 1 della L.R. 29 giugno 2012, n. 23.

Rapporto SER ["Gli accessi in Pronto Soccorso in Veneto. Anno 2013"](#)

Recapiti per ulteriori informazioni

CREU Coordinamento Regionale del sistema Emergenza Urgenza

Via Giustiniani 3, 35100 Padova

Telefono: 049 8217621 041 2791639 cell. 335 8769288

e-mail: gianna.vettore@regione.veneto.it

8.7 Rete per l'Alzheimer e le demenze

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

la Regione ha costituito una rete di servizi clinico assistenziali dedicati alle persone colpite da malattia di Alzheimer e da altri tipi di declino cognitivo e demenza... l'adozione di sistemi omogenei di raccolta dati (cartella clinica informatizzata regionale) indispensabile per la costruzione di un registro regionale (Paragrafo 3.2.4 pag 75).

Quadro di sintesi

Con la DGR n. 653 del 2015 la Regione del Veneto ha recepito il Piano Nazionale Demenze (ottobre 2014) attivando un nuovo flusso informativo e lo strumento per la sua implementazione: la Cartella Clinica Elettronica per le Demenze (CaCEDem), le cui prime evidenze sono illustrate in questo paragrafo. Le attività definite nel provvedimento attuativo erano già state previste nel PSSR 2012-2016, nell'ambito della Rete dell'Alzheimer.

Il Piano Socio Sanitario del Veneto 2012-2016 ha previsto la costituzione della Rete per l'Alzheimer e per le demenze, per la cui attuazione è stato avviato nel 2013 un apposito tavolo tecnico. L'attività compiuta è stata coordinata con la predisposizione e l'entrata in vigore del Piano Nazionale per le Demenze, approvato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni il 30 ottobre 2014 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 13 gennaio 2015 (serie generale, n. 9).

Il Veneto è stata una delle prime regioni italiane a recepire formalmente il Piano Nazionale con un proprio provvedimento, e ad avviare un plafond di strumenti ed iniziative con lo scopo di migliorare la conoscenza, la presa in carico e la continuità delle cure delle persone malate di demenza.

Il sistema di case-mix territoriale (ACG) della Regione del Veneto, costruito analizzando i dati relativi alle persone prese in carico per le cure domiciliari, ospedaliere, extraospedaliere, ambulatoriali o utenti di Impegnativa di Cura Domiciliare, ha portato a quantificare in 59.013 il numero di persone con demenza nel Veneto nel 2015. Il 2,2% ha un'età inferiore a 65 anni, mentre gli over 75 sono l'89,3%. L'alto indice di vecchiaia comporta un elevato tasso di mortalità, pari al 20,4% annuo.

Le analisi svolte nel 2016 sul database regionale dell'anno 2015 hanno evidenziato una prevalenza grezza di demenza nella popolazione ultrasessantacinquenne pari al 5,1% (3,5% per il genere maschile – 6,3% per quello femminile), con valori che raddoppiano ogni 5 anni, con una differenza tra i due sessi progressivamente più marcata e crescente all'aumentare dell'età, in modo più evidente a partire dai 75 anni (Tabella 8.7).

Tabella 8.7 – Prevalenza (per 100) in soggetti con età maggiore o uguale a 65 anni con demenza (diagnosi o farmaci) residenti in Veneto, per classi di età quinquennali e per genere, 2015. Fonte: archivio ACG

Sesso	Totale Popolazione	Prevalenza demenza per classi d'età quinquennali					Totale
		65-69 anni	70-74 anni	75-79 anni	80-84 anni	85 anni e oltre	
Femmine	40.614	0,6	1,4	3,9	8,7	18,4	6,3
Maschi	17.100	0,5	1,4	3,2	6,6	12,2	3,5
Totale	57.714	0,5	1,4	3,6	7,8	16,6	5,1

Nella popolazione ultra 65-enni è stato rilevato che la cura della persona affetta da demenza comporta un'elevata necessità assistenziale ed un importante impiego di

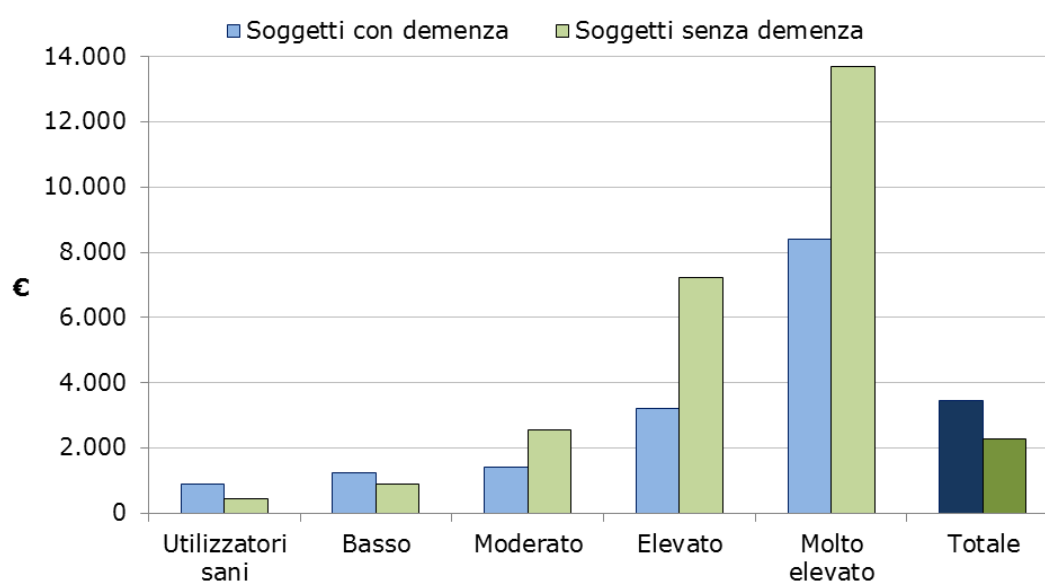
risorse, pari ad un incremento del 50% del costo sanitario rispetto all'utente medio di pari età e complessità, ma non affetto da demenza. Nel eseguire questa analisi sono stati esclusi i costi legati alla residenzialità e sono sottostimati i costi dei farmaci assunti in residenzialità. Più in dettaglio, considerando il carico di malattia, il 44,1% dei malati ha un complessità assistenziale moderata, il 26,9% ed il 22,6% si collocano rispettivamente nelle categorie ad elevato e molto elevato bisogno assistenziale.

Tabella 8.8 – Costo totale procapite e costo farmaci procapite per carico di malattia (complessità) e presenza di demenza (diagnosi o farmaci) in soggetti con età > 64 anni residenti in Veneto, 2015. (Fonte: archivio ACG)

Carico di malattia (complessità)	Soggetti senza demenza			Soggetti con demenza		
	N	Costo totale procapite	Costo farmaci procapite	N	Costo totale procapite	Costo farmaci procapite
Non utilizzatori	40.459	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Utilizzatori sani	215.596	453,9	203,0	1.599	877,7	552,4
Basso	255.716	890,8	395,8	2.120	1.228,6	722,2
Moderato	452.005	2.536,0	798,0	25.455	1.418,0	521,2
Elevato	79.166	7.238,4	1.253,8	15.509	3.219,7	527,5
Molto elevato	29.694	13.706,9	1.508,3	13.031	8.416,0	656,5
Totale	1.072.636	2.285,9	605,7	57.714	3.460,3	561,7

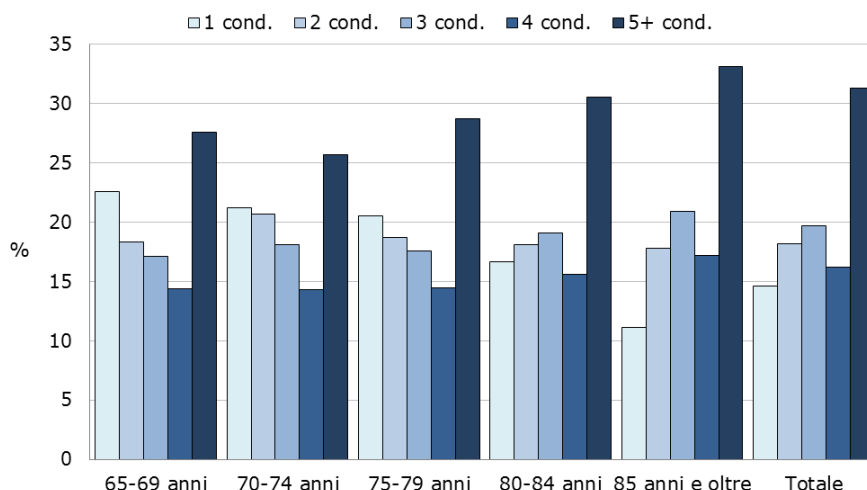
I pazienti ultrasessantacinquenni a bassa complessità affetti da demenza presentano costi sanitari e costi relativi al consumo di farmaci superiori rispetto ai soggetti senza demenza di pari età e comorbilità. Tali costi si riducono con l'aumentare della complessità (moderata, elevata, molto elevata) per i pazienti con demenza rispetto ai soggetti di pari età e comorbilità senza demenza. Questo andamento può essere spiegato dalla tendenza a limitare procedure sanitarie e trattamenti farmacologici quando il paziente è affetto da demenza in fase severa-avanzata e di fronte ad un quadro di importante co-morbilità (rinuncia terapeutica).

Figura 8.5 – Demenza (diagnosi o farmaci). Costo totale procapite per carico di malattia. Età > 64 anni, residenti in Veneto, 2015. (Fonte: Archivio ACG)



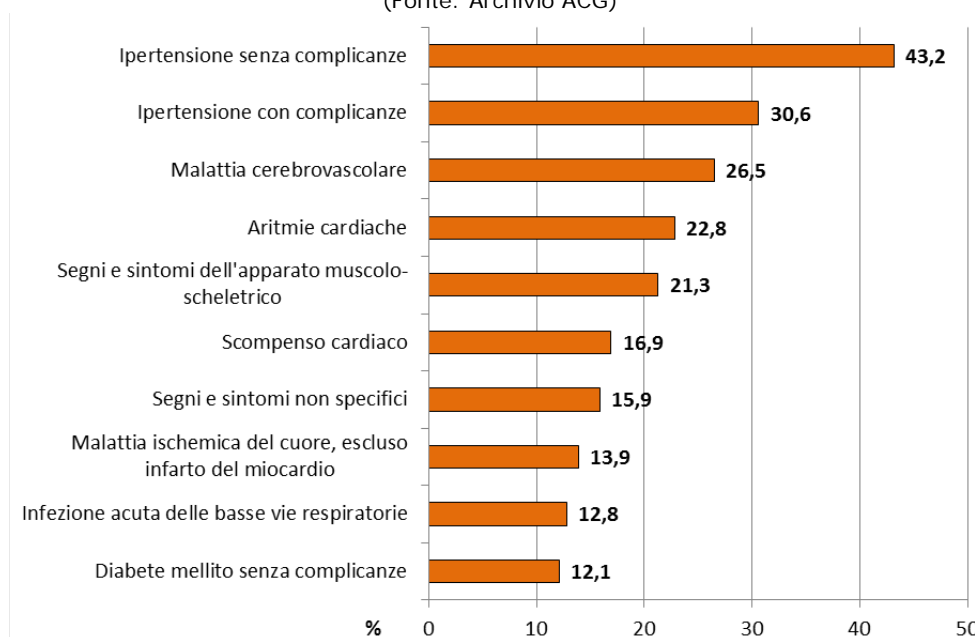
I pazienti affetti da demenza presentano diverse condizioni patologiche associate. Il 47,5% delle persone ha 4 o più patologie co-presenti (Figura 8.6).

Figura 8.6 – Demenza (diagnosi o farmaci). Numero di condizioni croniche per età. Età > 64 anni, residenti in Veneto, 2015. (Fonte: Archivio ACG)



Tra le patologie co-presenti più frequenti si rilevano: ipertensione senza complicanze (ne è affetto il 43,2% dei malati di demenza), patologie cerebrovascolari (26,5%), scompenso cardiaco (16,9%) e diabete mellito (12%) (Figura 8.7).

Figura 8.7 – Demenza (diagnosi o farmaci). Malattie più frequenti. Età > 64 anni, residenti in Veneto, 2015. (Fonte: Archivio ACG)



Tali risultati hanno portato a concludere che per la presa in carico delle demenze non può più esistere un modello di cura di un'unica malattia in un luogo di cura unico, ma c'è bisogno di modelli di assistenza integrata per persone che vivono a lungo con patologie croniche e che attraversano diversi ambienti di cura.

L'insorgere della malattia ha come sensore e primo contatto il medico di medicina generale che viene sempre più chiamato ad intercettare precocemente la patologia per indirizzare il paziente ad una diagnosi tempestiva con lo specialista ospedaliero o territoriale. Per gli aspetti di diagnosi differenziale e di terapia il paziente è seguito dalla rete dei 46 Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze del Veneto (CDCD), così denominati con i provvedimenti di attuazione del PSSR 2012-2016 e di recepimento del Piano Nazionale Demenza, dove sono presenti specialisti neurologi, geriatri, psicologi e

infermieri. Il Centro Regionale per l'Invecchiamento Cerebrale (CRIC) dell'Azienda Ospedaliera di Padova si conferma centro di riferimento regionale per i pazienti con particolari complessità e necessità diagnostico-differenziali di secondo e terzo livello e per attività di coordinamento per la ricerca e la formazione regionale nell'ambito delle demenze.

L'attività dei CDCD è coadiuvata dalla disponibilità di uno strumento informativo unico regionale, Cartella Elettronica Digitale per le Demenze (CaCEDem), per la registrazione della presa in carico clinica delle persone con demenza, che diventa la fonte informativa di riferimento per quantificare i pazienti e documentare le attività sanitarie dei Centri.

La rete dei luoghi di assistenza e cura per i malati di demenza è costituita inoltre dai centri residenziali extraospedalieri (dove le persone con diagnosi di demenza costituiscono il 50% dell'utenza, giornalmente pari a 24 mila persone), all'interno dei quali in Veneto sono presenti 165 posti nelle Sezioni Alta Protezione Alzheimer (SAPA). La presa in carico del paziente con demenza, lungo tutto il percorso della malattia dalla diagnosi alla terminalità, necessita di una integrazione delle cure che favorisca la domiciliarità appoggiandosi a centri sollievo, centri diurni dedicati, SAPA e contributi economici. In Veneto, circa 5.000 persone beneficiano ogni anno dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (contributo di 400 euro mensili che viene erogato in presenza di elevati disturbi del comportamento e a chi ha un ISEE inferiore a 16.700 euro).

Contestualmente è stato istituito il Tavolo regionale permanente per la rete dell'Alzheimer, del quale fanno parte anche i rappresentanti delle associazioni di familiari presenti e attive in Veneto.

Inoltre è stato sperimentato e organizzato un sistema continuo di formazione per gli operatori, attraverso cicli di incontri formativi che puntano al coinvolgimento di tutti gli attori della rete, compresi i MMG, gli assistenti sociali, i radiologi, neuroradiologi oltre ai professionisti dei CDCD (geriatri, neurologi, psicologi ed infermieri) al fine di diffondere ed uniformare il concetto di rete, di multidisciplinarietà e di continuità della presa in carico del paziente e della propria famiglia. La progettazione partecipata rappresenterà un punto di forza per la creazione di un PDTA regionale basato anche sulle esigenze espresse dalle diverse figure professionali coinvolte nella cura ed assistenza.

Le attività da compiere nel periodo di vigenza del presente Piano sono la messa a punto del Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le persone con demenza anche con riferimento alla presa in carico residenziale, la riorganizzazione delle Sezioni Alta Protezione Alzheimer (SAPA), e la programmazione e definizione di standard assistenziali dei Centri Diurni dedicati alle persone con Alzheimer e demenza.

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale
Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it

Unità Organizzativa Cure Primarie e LEA
Direzione Programmazione Sanitaria
Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
Telefono 041.279.3404-3529
e-mail: cureprimarie@regione.veneto.it

9. Il personale e la spesa Socio Sanitaria Regionale

9.1 Le politiche del personale del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto

Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016:

Il PSSR evidenzia l'importanza delle iniziative atte a favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale. La valorizzazione delle risorse umane e l'investimento che ne consegue rappresentano una condizione necessaria per supportare le strategie di cambiamento previste dalla programmazione regionale (Paragrafo 4.3-Azioni per la valorizzazione delle risorse umane, pag. 122).

Quadro di sintesi

Con riferimento alle politiche regionali per la gestione del personale, nel 2016 sono state programmate e attivate diverse progettualità, realizzate con la collaborazione di numerosi operatori.

Sono stati costituiti gruppi di lavoro e tavoli tecnici per introdurre e sviluppare le tematiche previste dalla programmazione regionale, approfondire il tema degli standard di personale, promuovere la crescita e la valorizzazione dei professionisti, l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare e il lavoro d'équipe.

Sono proseguite inoltre le attività di consolidamento del sistema regionale per l'educazione continua in medicina (ECM) e, nell'ambito della formazione di base, l'analisi e il monitoraggio del fabbisogno formativo universitario per le professioni sanitarie e per la formazione specialistica del personale medico; inoltre, le attività formative gestite dalla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica (Fondazione SSP) sono notevolmente aumentate.

Infine, con la collaborazione del MeS-Sant'Anna di Pisa, è stata pianificata la realizzazione di un'indagine regionale sul clima organizzativo, per consentire alla Regione ed al top management delle Aziende sanitarie di raccogliere informazioni utili ad orientare interventi di miglioramento su questo aspetto.

Le azioni per la valorizzazione delle risorse umane

Il PSSR 2012–2016 evidenzia il ruolo strategico che riveste la formazione per sostenere i cambiamenti prefigurati dalla programmazione regionale, per raggiungere gli obiettivi di salute, l'introduzione di nuovi modelli organizzativo-assistenziali, migliorare la qualità e l'appropriatezza degli interventi e la sostenibilità del sistema. I percorsi assistenziali delineati nel Piano si basano sulla centralità dei bisogni dei cittadini e presuppongono un approccio multidisciplinare nella loro presa in carico.

L'integrazione, lo sviluppo delle competenze dei professionisti e la loro valorizzazione diventano pertanto un requisito indispensabile per ridisegnare i percorsi socio-assistenziali e l'organizzazione del lavoro. Secondo questo presupposto, sono stati realizzati alcuni progetti organizzativo-assistenziali per il miglioramento della presa in carico dei pazienti (es. care management), che hanno richiesto un ampliamento delle competenze dei professionisti coinvolti.

Le cure integrate del paziente complesso nella Regione del Veneto: il modello di care management

Nel 2015, nelle ULSS del Veneto, è stato avviato un progetto di Care Management per la presa in carico integrata di pazienti complessi, a supporto del quale sono stati formati 2 Medici di Medicina Generale (MMG) e 2 infermieri del territorio utilizzando modalità e strumenti del Care Management.

Nel rispetto della riorganizzazione in atto del SSR e con la diffusione delle Medicine di Gruppo Integrate (MGI), nel 2016 si è evidenziata la necessità di rivedere, implementare e diffondere il modello di Care Management in tutta la Regione attraverso la riprogettazione e la realizzazione delle prime due edizioni di un nuovo percorso formativo, che ha coinvolto 20 MMG e 20 infermieri prevalentemente inseriti nelle Medicine di Gruppo Integrate.

La gestione della gravidanza a basso rischio

Il progetto "pilota" per la gestione della gravidanza a basso rischio è stato introdotto in tre Aziende sanitarie nel 2015 ed è stato ulteriormente implementato nel 2016. Esso prevede il monitoraggio di tutte le gravidanze, la loro classificazione in base al grado di rischio e la gestione di quelle a basso rischio da parte del personale ostetrico. Per tale progetto è stata creata e inserita in una piattaforma regionale una cartella in formato digitale, nella quale vengono condivise le informazioni relative a dati clinici ed epidemiologici fruibili in tempo reale a livello ambulatoriale, ospedaliero e nell'emergenza.

218

La formazione dell'assistente di sala

Un progetto, collegato alla valorizzazione e sviluppo delle competenze del personale Operatore Socio Sanitario (OSS), ha previsto una formazione specifica per la funzione di "assistente di sala", finalizzata a realizzare una corretta accoglienza dell'utente e degli eventuali accompagnatori nell'ambito dell'attesa in Pronto Soccorso.

Modelli organizzativo-assistenziali

È stato condotto uno studio descrittivo negli ospedali spoke della Regione, finalizzato ad identificare un modello organizzativo assistenziale ottimale per il personale infermieristico e di supporto che opera nei team di Area Medica e Chirurgica. Lo studio ha evidenziato l'esigenza di elaborare ed emanare direttive inerenti i modelli organizzativi ed assistenziali delle aree mediche e chirurgiche di tali contesti.

L'age/diversity management

Una ricerca CERGAS Bocconi, che ha coinvolto anche la Regione del Veneto, ha rilevato la necessità di attivare «azioni per definire politiche e regole di gestione del personale che si basino esplicitamente sulla gestione dell'età». L'allungamento della età lavorativa connesso alle riforme dei sistemi pensionistici ha determinato l'urgenza di inserire il tema dell'age management tra le strategie da adottare per un'adeguata gestione del personale. A tal fine, è stato istituito un Gruppo di Lavoro e Ricerca con l'obiettivo di elaborare linee guida per sviluppare e gestire a livello aziendale politiche del personale basate sull'età anagrafica dei lavoratori del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Il profilo di competenza del coordinatore appartenente delle professioni sanitarie nella Regione del Veneto

L'introduzione di nuovi modelli organizzativi e percorsi assistenziali basati sull'approccio multidisciplinare e i numerosi processi di adeguamento alle indicazioni della programmazione regionale impegnano tutti i ruoli manageriali, tra cui i coordinatori delle professioni sanitarie.

Per sostenere questa importante funzione organizzativa è stato deliberato il profilo regionale del coordinatore appartenente alle professioni sanitarie quale standard di riferimento per tutte le Aziende sanitarie della Regione, che dovevano recepirlo senza modificarlo nella sostanza, adattandolo se necessario alle specificità locali.

La rilevazione del clima organizzativo

Nell'ambito del Sistema di valutazione della performance dei Sistemi Sanitari Regionali, coordinato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, è stata pianificata una rilevazione dell'esperienza e giudizio dei dipendenti, per monitorare i fattori che ne determinano il benessere, la motivazione e l'engagement. L'indagine, che a partire dal 2017 dovrà essere realizzata con cadenza biennale, ha come obiettivo il monitoraggio delle modalità di coinvolgimento del personale nelle strategie con cui le aziende perseguono gli obiettivi previsti dalla Regione, e affianca le altre dimensioni che compongono il sistema di Valutazione delle Performance (valutazione dello stato di salute della popolazione, delle strategie regionali, delle performance sanitarie e della dinamica economico-finanziaria).

Elaborazione dei valori di riferimento per il personale di assistenza

L'art. 8, c. 1, della L.R. 29 giugno 2012, n. 23, prevede che la Giunta regionale, d'intesa con la competente Commissione consiliare, definisca le dotazioni standard del personale sanitario, professionale e amministrativo dei servizi sanitari e socio-sanitari necessari a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Al fine di dare applicazione a tale previsione normativa, è stata avviata un'attività di monitoraggio a livello centrale dei tempi di assistenza erogati dal personale infermieristico e degli operatori socio sanitari, seguita con molto interesse da parte di tutti gli stakeholder interessati. La misurazione del tempo assistenziale erogato (ex. DGR 610/2014) è stata affiancata da un'attività di studio e analisi dei modelli assistenziali della Regione, individuando buone pratiche in termini di qualità e sicurezza, in contesti di efficienza allocativa. La misurazione, il monitoraggio e lo studio dei modelli organizzativi costituiscono un fondamentale strumento di pianificazione, gestione e controllo dei processi organizzativi ed assistenziali da parte della Regione e delle Aziende/Enti sanitari, anche con riferimento alle strutture private accreditate.

E' stato, inoltre, attivato un gruppo per la definizione di valori minimi di riferimento per il personale del pronto soccorso, in termini di personale medico e personale infermieristico, approvati con DGR 245/2017.

L'organizzazione ospedaliera e della rete regionale costituiscono fattori fondamentali per la determinazione del fabbisogno di personale. Nel corso del 2016 è stato attivato un gruppo di lavoro per la definizione di valori minimi di riferimento del personale medico. È stato, innanzitutto, necessario definire dei criteri organizzativi minimi, con riferimento, per esempio, all'organizzazione delle guardie interdivisionali, che sono stati approvati con la DGR 245/2017. Il lavoro del gruppo prosegue con la definizione di valori minimi di

riferimento per specialità in relazione al tipo di presidio e al suo ruolo nella rete ospedaliera veneta.

Il Sistema regionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM)

Nell'ambito delle attività previste per l'Educazione Continua in Medicina (ECM), la Regione svolge le seguenti funzioni:

- accreditamento dei Provider regionali;
- monitoraggio delle attività formative erogate, definizione e sviluppo di obiettivi formativi regionali in linea con il PSSR 2012-2016;
- monitoraggio dei costi di formazione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere;
- governo del sistema attraverso la Commissione Regionale ECM e l'Osservatorio regionale per la formazione continua, in collaborazione con le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, le Università, gli Ordini, i Collegi e le Associazioni professionali.

Secondo le procedure definite dalla programmazione regionale e nel rispetto degli Accordi Stato-Regioni del 2009 e del 2012, inerenti la formazione continua (ECM), nel 2016 è stata assicurata l'attività di verifica dei soggetti erogatori di formazione (Provider ECM) condotta dagli organismi di governance dedicati, ovvero la Commissione Regionale ECM e l'Osservatorio regionale per la formazione continua. Tale attività, prevista nell'ambito del procedimento di accreditamento standard, è finalizzata alla valutazione del possesso dei requisiti strutturali ed organizzativi previsti per la gestione del processo formativo. Nel 2016 le visite di verifica hanno coinvolto i Provider pubblici e privati in scadenza dell'accreditamento provvisorio. Oltre all'attività di verifica prevista nel procedimento di accreditamento standard, sono state realizzate attività di monitoraggio presso le sedi di svolgimento degli eventi formativi, svolte dall'Osservatorio regionale.

Complessivamente sono state effettuate 17 visite che non hanno evidenziato particolari criticità e pertanto si sono concluse con esito positivo.

A decorrere dal mese di dicembre 2016, essendo scaduta la convenzione sottoscritta con l'Agenas, è stato attivato il nuovo applicativo regionale ECM all'interno del portale www.salute.regione.veneto.it.

La Formazione di base

Il fabbisogno formativo

In base alla normativa vigente, le Regioni e le Province autonome formulano al Ministero della Salute il fabbisogno formativo ovvero il numero di posti da programmare nei corsi di laurea e corsi di laurea magistrale delle Professioni Sanitarie nonché presso le Scuole di Specializzazione post-lauream di area sanitaria. Con il fine di migliorare le politiche di pianificazione e programmazione della determinazione del fabbisogno degli operatori sanitari a livello europeo, la Regione del Veneto, in qualità di supporter del Ministero della Salute, ha aderito ad un progetto europeo denominato "Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting". Tale progetto, che ha visto il coinvolgimento e la partecipazione di molti soggetti istituzionali, tra i quali il Miur, l'Istat, Agenas, Cogeaps, le altre Regioni e Province Autonome e Ordini, Collegi ed Associazioni professionali, si è posto come obiettivo la definizione di una metodologia comune e condivisa ai diversi livelli istituzionali per la previsione degli operatori necessari al mantenimento del sistema sanitario pubblico e privato. A decorrere dall'anno accademico 2016/2017, come sancito dall'Accordo Stato/Regioni del 9/06/2016, prot. n. 105/CSR, il modello previsionale ha

rappresentato lo strumento per la determinazione del fabbisogno, dapprima per le figure professionali di medico chirurgo, odontoiatra, farmacista, infermiere ed ostetrica/o, successivamente, per l'anno accademico 2017/2018 la medesima metodologia è stata estesa a tutte le 22 professioni sanitarie, oltre che alla figura del medico, dell'odontoiatra, del veterinario e del farmacista (si veda l'Accordo Stato/Regioni del 25 maggio 2017-rep. 69/CSR).

La formazione di base delle Professioni Sanitarie

Ai sensi del D.Lgs n. 502/92, le Aziende ULSS ed Ospedaliere rappresentano la sede privilegiata per lo svolgimento dei corsi di laurea e corsi di laurea magistrale delle Professioni Sanitarie di cui alla L. 251/2000. La disciplina del rapporto tra Regione del Veneto, Università degli Studi di Padova e Università degli Studi di Verona è demandata ad un apposito protocollo d'intesa recentemente sancito (7 luglio 2016), che prevede, tra l'altro, la partecipazione finanziaria della Regione. Circa 5.900 studenti all'anno utilizzano le strutture delle Aziende Sanitarie per l'espletamento dei crediti formativi universitari previsti per le attività pratiche di tirocinio e di laboratorio, seguiti nel loro percorso formativo dagli operatori sanitari del SSR.

I Contratti di formazione specialistica aggiuntivi

Per colmare il divario tra i posti finanziati dallo Stato ed il fabbisogno formativo regionale, il Veneto annualmente finanzia contratti di formazione specialistica previsti dal D.Lgs 368/99 s.m.i.. Con la L.R. n. 9/2013, per garantire un'adeguata disponibilità di medici specialisti e qualificare ulteriormente l'intervento regionale, sono state definite clausole aggiuntive al contratto nazionale, garantendo la permanenza dei professionisti formati nelle strutture e negli Enti del SSR. Analogamente, risorse regionali sono destinate alla formazione specialistica dei c.d. "non medici", per i quali sino ad oggi lo Stato non ha stanziato finanziamenti, nonostante le previsioni normative esistenti.

La Fondazione S.S.P.

La Regione del Veneto attribuisce importanza strategica alla formazione per la valorizzazione delle competenze dei professionisti in sanità.

Nel 2014 è stata costituita la Fondazione S.S.P. – Scuola di Sanità Pubblica, Management delle Aziende Socio-Sanitarie e per l'Incremento dei Trapianti d'Organo e di Tessuti, con finalità di promozione e sviluppo delle competenze del personale e dei nuovi modelli organizzativi e gestionali nel settore delle aziende sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, nonché di promozione e sviluppo della donazione di organi, tessuti e cellule.

Nel novembre 2014 è stato approvato il piano di attività della Fondazione SSP per il biennio 2015/2016.

Complessivamente nel 2016 sono stati realizzati 93 eventi formativi, per un totale di 224 giornate. Hanno collaborato con Fondazione SSP, nelle attività formative, 218 tra docenti ed esperti. Il 60% proviene dal SSR (prevalentemente del Veneto) e il 16% dal mondo universitario. I partecipanti del SSR sono stati 4.679.

Le attività della Fondazione nel 2016, ora a pieno regime dopo una prima fase di avvio, hanno riguardato 3 aree distinte: 1. Area competenze manageriali e organizzative, 2. Area competenze servizi amministrativi e di supporto e 3. Area competenze sanitarie specialistiche. In Tabella 9.1 il dettaglio dei corsi realizzati.

Per quanto riguarda la formazione manageriale (area 1) è da evidenziare la realizzazione del Corso di formazione manageriale per i responsabili di UOC (corso di formazione

obbligatoria), attività che prosegue nel 2017 e che coinvolge tutti i dirigenti sanitari di UOC di nuova nomina.

E' stato inoltre realizzato un percorso formativo rivolto ai valutatori, personale delle Aulss, per le verifiche di autorizzazione/accreditamento di strutture sanitarie, sui nuovi requisiti generali (aggiornati in conformità all'Intesa Stato-Regioni).

A sostegno delle linee guida regionali per la valorizzazione di nuovi ruoli professionali sanitari, la Fondazione SSP ha, inoltre, realizzato i seguenti corsi:

- Lo sviluppo delle competenze dei Responsabili della Centrale Operativa Territoriale - COT (attività che prosegue nel 2017) - DGRV 2271/2013 e DGRV 463/2016;
- Gestione delle Attese nel Pronto Soccorso: la figura dell'Assistente di Sala – DGRV 74/2014 – Corso base e avanzato;
- Nuove strategie per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS (seminario introduttivo, attività che prosegue nel 2017) - DGRV 1900/2015;
- Leadership and management per i coordinatori sanitari con PO;
- Le cure integrate del paziente complesso nella Regione del Veneto: il modello di Care Management (prosegue nel 2017).

Intensa l'attività convegnistica, che ha visto la realizzazione di 9 convegni: momenti di approfondimento, aggiornamento e scambio, con esperti di livello nazionale ed internazionale. A queste attività si sono iscritti oltre 1.500 partecipanti.

Tabella 9.1 – Attività formative realizzate dalla Fondazione SSP, Veneto, 2016

Aree	Titolo attività	N. edizioni	Totale giornate	Totale partecipanti	Totale presenze
1. Area competenze manageriali e organizzative	Percorso formativo sui nuovi requisiti generali per valutatori della LR 22/2002 – edizioni a livello regionale	5	5	285	510
	Percorso formativo sui nuovi requisiti generali per valutatori della LR 22/2002 – ed. provincia BL	1	1	23	23
	Percorso formativo sui nuovi requisiti generali per valutatori della LR 22/2002 – ed. provincia TV	1	1	44	44
	Percorso formativo sui nuovi requisiti generali per valutatori della LR 22/2002 – ed. provincia VI	1	1	21	21
	Percorso formativo sui nuovi requisiti generali per valutatori della LR 22/2002 – ed. provincia VR	1	1	41	41
	Percorso formativo sui nuovi requisiti generali per valutatori della LR 22/2002 – ed. provincia PD	1	1	59	59
	Percorso formativo sui nuovi requisiti generali per valutatori della LR 22/2002 – ed. provincia RO	1	1	29	29
	Percorso formativo sui nuovi requisiti generali per valutatori della LR 22/2002 – ed. provincia VE	1	1	39	39
	Lean management dei Servizi sanitari – corso base	1	3	25	75
	Lean management dei Servizi sanitari – corso avanzato	1	5,5	16	63
	Corso di aggiornamento per i coordinatori dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali (prosegue dal 2015)	1	4,5	24	120
	Leadership and management per i coordinatori sanitari con PO – 1° ed. VI (prosegue dal 2015)	1	7	25	175
	Leadership and management per i coordinatori sanitari con PO – 1° ed. TV	1	9	29	261
	Leadership and management per i coordinatori sanitari con PO – 1° ed. VE	1	9	26	234
	Lo sviluppo delle competenze dei Responsabili della Centrale Operativa Territoriale - COT (prosegue nel 2017)	1	8	22	176

	Sviluppo delle competenze manageriali e di networking dei Direttori di distretto	1	1	48	96
	Corso di formazione manageriale per i responsabili di UOC - 1ª, 2ª, 3ª e 4ª ed.	4	56	120	1680
	Corso di formazione manageriale per i responsabili di UOC - 5ª ed (prosegue nel 2017)	1	4,5	30	135
	Eventi crossborder UOC	1	3	150	420
	Corso di formazione manageriale per le direzioni generali – ed. Bologna (prosegue nel 2017)	1	1	31	31
TOTALE Area competenze manageriali e organizzative		27	123,5	1.087	4.232
2. Area competenze servizi amministrativi e di supporto	Responsabilità e Compiti del R.U.P. e del D.E.C. nella fase di esecuzione dei Contratti di Servizi e Forniture D.P.R. N. 207/2010 – “Regolamento di esecuzione ed attuazione del D.Lgs. 163/2006”	2	2	53	53
	Anticorruzione e trasparenza. Focus sugli appalti pubblici	4	4	150	150
	Corso di aggiornamento sul nuovo codice degli appalti pubblici e dei contratti di concessione	3	3	168	168
	Stato di attuazione del processo di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi in sanità, anche alla luce del Nuovo Codice (D.Lgs. n. 50/2016)	1	0,5	51	51
	Ruolo e compiti del Direttore dell'esecuzione del contratto ai sensi del Nuovo Codice degli Appalti (D.Lgs. n. 50/2016) - corso per sanitari	2	2	78	78
	SDA + Accordo quadro CONSIP	2	1	82	82
	Il D.Lgs. n. 50/2016 alla luce delle nuove Linee Guida adottate e in itinere	2	2	81	81
	Il Nuovo Codice - corso per Servizi Tecnici	1	4	45	142
	Corso base di specializzazione in materia di prevenzione incendi	1	15,5	44	704
	Corso di aggiornamento in materia di prevenzione incendi	1	5	15	75
	Percorso formativo RPCT e Responsabili Internal Auditing	3	3	136	136
	Presentazione della convenzione tra Regione Veneto, Regione Lombardia e Arca S.p.A. per l'utilizzo della piattaforma SINTEL per lo svolgimento di procedure di acquisto telematiche	1	0,5	50	50
	Corso di specializzazione per addetti alla Funzione Internal Auditing nelle Aziende Sanitarie	1	1	22	22
TOTALE Area competenze servizi amministrativi e di supporto		24	43,5	975	1.792
3. Area competenze sanitarie specialistiche	Gestione delle Attese nel Pronto Soccorso: la figura dell'Assistente di Sala – dgrv 74/2014 – Corso base	5	5	122	244
	Gestione delle Attese nel Pronto Soccorso: la figura dell'Assistente di Sala – dgrv 74/2014 – Corso di aggiornamento	6	6	82	82
	Operatori socio sanitari da assegnare a minori con patologia inguaribile o disabilità grave per l'assistenza in orario scolastico - DGRV 1122/2015	1	4	13	52
	Percorso formativo per operatori della rete Alzheimer e dei centri per i disturbi cognitivi e le demenze (CDSD)	1	2	46	92
	L'acquisizione delle competenze del personale operante nelle strutture del sistema trasfusionale regionale nella selezione del donatore e nella raccolta del sangue	3	4,5	63	189
	Corso di Formazione Istruttori Regionali Triage	1	2	41	82
	Le cure integrate del paziente complesso nella Regione del Veneto: il modello di Care Management (prosegue nel 2017)	1	2	45	90
	Seminario "Nuove strategie per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS"	3	3	298	298
	Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera – DGRV 1169/2016	2	2	164	164
TOTALE Area competenze sanitarie specialistiche		23	30,5	874	1.293
4. Area Trapianti	Il donatore multitelessuto	2	2	49	49
	Elementi formativi nel processo di donazione di tessuti. L'Infermiere clinico del procurement	1	1	38	38
	Il Ruolo dell'Operatore di Obitorio nella Donazione dei Tessuti per Trapianto	1	1	14	14

	Scompenso Cardiaco Refrattario: dalla rete al trattamento	1	1	49	49
	Consapevolezza relazionale e donazioni di organi e tessuti - CoRe DO-Te (prosegue nel 2017)	3	3	43	43
TOTALE Area Trapianti		8	8	193	193
6. Convegni	Service operations management e sviluppo della logistica per una gestione efficiente dei servizi sanitari	1	0,5	116	116
	Presentazione Rapporto OASI 2015 - Il cambiamento istituzionale dei SSR e delle aziende e l'evoluzione dell'offerta sanitaria	1	0,5	82	82
	Bando di ricerca sanitaria finalizzata ministeriale 2014-2016 - Incontro di presentazione	1	0,5	143	143
	La peculiarità del rapporto di lavoro del dirigente medico del SSN, alla luce della normativa comunitaria, nazionale e collettiva	1	0,5	214	214
	Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale del SSN	1	0,5	271	271
	Il professionista sanitario del SSR dipendente e convenzionato. Il regime delle incompatibilità, con particolare riferimento all'attività svolta presso soggetti privati accreditati	1	0,5	198	198
	La valutazione delle performance dell'assistenza territoriale	1	1	261	261
	Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera - SDO	1	1	147	147
	Divulgare e utilizzare l'epidemiologia dei tumori	1	1	90	90
TOTALE Convegni		9	6	1.522	1.522
7. Convenzioni con Università	Master in Project management e gestione dell'innovazione (in collaborazione con l'Università degli Studi di PD)	1	10,5	18	198
TOTALE Convenzioni con Università		1	10,5	18	198
10. Relazioni internazionali	Accoglienza delegazione della Nuova Zelanda e supporto logistico svolgimento della visita studio	1	2	10	30
TOTALE Relazioni internazionali		1	2	10	30
TOTALE		93	224	4.679	9.260

Approfondimenti

[DGR n. 169 del 23 febbraio 2016](#) - Il profilo di competenza del coordinatore appartenente alle professioni sanitarie nella Regione del Veneto.

[DGR n. 1246 del 28 settembre 2015](#) - Consolidamento della funzione di "assistente di sala" per la gestione delle attese in Pronto Soccorso.

[DGR n. 1453 del 21 settembre 2016](#) - Approvazione dello schema per il rinnovo della convenzione tra La regione del Veneto e l'agenzia nazionale per i servizi sanitari finalizzata alla gestione del sistema educazione continua in medicina per l'anno 2016 (DGR n. 1236/20135).

[DGR n. 1532 del 10 ottobre 2016](#) - Le cure integrate del paziente complesso nella Regione del Veneto: il modello di care management - L.R. 23/12".

[DGR n. 1538 del 10 ottobre 2016](#) - Programma regionale per la formazione continua. Individuazione delle aree di interesse del Piano regionale della formazione 2017-2019.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
 Palazzo Molin-San Polo 2514, 30125 Venezia
 Telefono: 041 2793559-3488 Fax: 041 2793503
 e-mail: risorsestrumentalissr@regione.veneto.it

9.2 Analisi economica del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto

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

L'equilibrio economico-finanziario del Servizio Socio Sanitario Regionale e delle singole Aziende Sanitarie del Veneto è condizione irrinunciabile per la sostenibilità del SSR stesso. Il Piano Socio Sanitario si propone di perseguire il mantenimento ed il miglioramento delle attuali condizioni di efficienza ed appropriatezza, ottimizzando altresì l'utilizzo delle risorse impiegate (Paragrafo 4.4.1-Il sistema di controllo interno e il sistema degli indicatori, pag. 130-133).

Quadro di sintesi

I risultati economici del SSR del Veneto continuano a mantenersi in equilibrio rispetto alle risorse complessivamente a disposizione. Tuttavia il mantenimento di tale equilibrio risulta sempre più difficile da raggiungere.

Se nel periodo 2010-2013 si era assistito ad una progressiva stabilizzazione dei costi del sistema sanitario regionale, nell'ultimo biennio, la sostanziale invarianza dei trasferimenti statali per il finanziamento dei LEA e l'impatto delle nuove tecnologie e dei farmaci ad alto costo stanno nuovamente mettendo in tensione l'equilibrio economico finanziario del sistema. La sostenibilità del SSR dovrà necessariamente essere il frutto della riorganizzazione secondo le linee indicate nel Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016, in quanto gli interventi di riduzione delle variabili di prezzo e quantità dei servizi – come accaduto per la c.d. spending review – già oggi non sono più sufficienti.

Il riequilibrio del profilo finanziario del SSR, invece, è stato sostanzialmente raggiunto mediante il ricorso agli strumenti previsti dal D.L. 35/2013 (L. 64/2013) per il pagamento dei debiti scaduti delle PPAA. Tale percorso, avviato nel 2013 (I tranche di anticipazione MEF) e concluso nel 2014 (II tranche di anticipazione MEF) ha permesso una sostanziale ricapitalizzazione del SSR, l'azzeramento dello stock di debito scaduto e il progressivo allineamento dei tempi di pagamento del SSR con la normativa vigente.

225

Analisi del risultato di esercizio

Il sistema sanitario Veneto, inteso come insieme delle Aziende Sanitarie e della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA), risulta complessivamente in equilibrio economico e finanziario, grazie alla quota di utile della GSA che viene impiegata al momento del consolidamento definitivo di bilancio a titolo di ripiano perdite. La regione Veneto, con il d. lgs 118/2011, ha deciso di riservare una parte del finanziamento sanitario ad un apposito centro di responsabilità (GSA) che rientra poi nel bilancio consolidato finale.

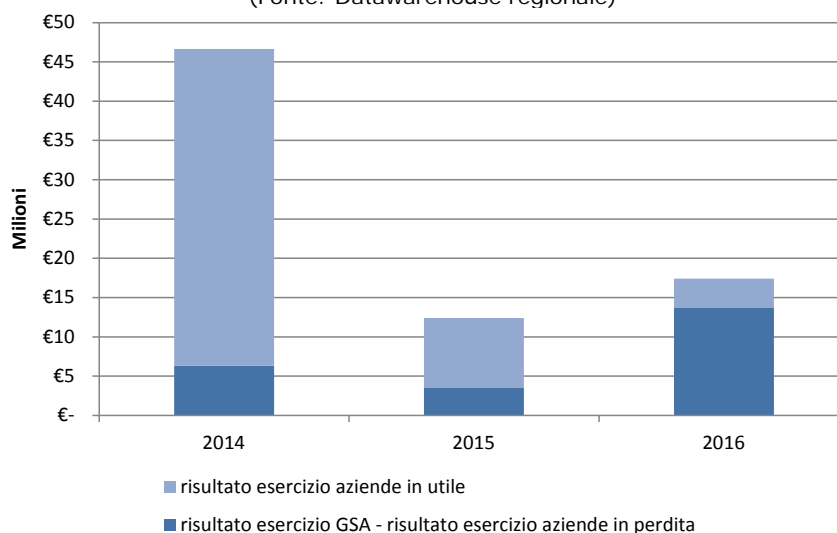
Nel 2016 il SSR ha conseguito un risultato economico positivo complessivo pari a 17,4 milioni di euro. Ai fini delle verifiche del MEF non vengono considerati i risultati positivi di 12 aziende per un importo complessivo pari a 3,6 milioni di euro. A fronte di ciò, il risultato rimane comunque positivo e si attesta a 13,7 milioni. Il bilancio consolidato delle aziende del sistema sanitario Veneto¹ (esclusa la GSA) al 31/12/2016 si chiude con una perdita complessiva di 216,1 milioni di Euro, contro i 240,9 milioni di Euro del 2015.

¹ Il risultato qui considerato, è frutto del processo di consolidamento di bilancio delle 21 Aziende Ulss, delle 2 aziende ospedaliere universitarie di Padova e di Verona e dello IOV. In particolare, il procedimento prevede l'elisione delle poste infragruppo che riguardano le voci relative alla mobilità intra-regionale e gli scambi di servizi tra le aziende ("Poste R"). Si specifica che le 21 Aziende Ulss riflettono ancora l'organizzazione in vigore per l'esercizio 2016 ante riforma ex L.R. 19/2016.

Dieci aziende ULSS, l'Azienda Universitaria Integrata di Verona e lo IOV hanno chiuso il bilancio 2016 con un reddito di esercizio positivo. Le rimanenti hanno chiuso il loro bilancio in perdita.

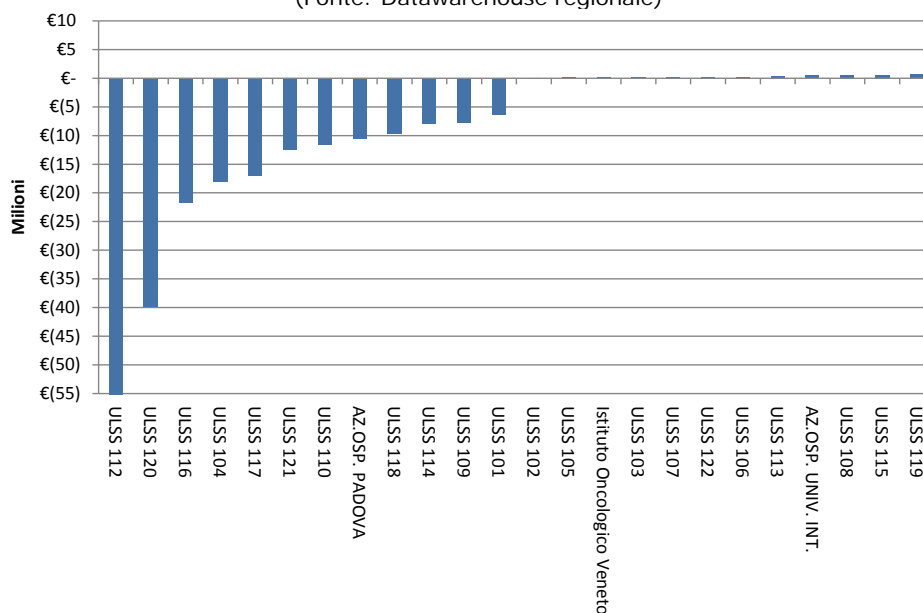
L'obiettivo regionale è stato quello di pervenire ad un risultato economico prossimo al pareggio per tutte le aziende del sistema sanitario, garantendo nel contempo l'attuale qualità dei Livelli di Assistenza erogati alla cittadinanza.

Figura 9.1 – Risultato d'esercizio del bilancio consolidato regionale, in milioni di euro.
(Fonte: Datawarehouse regionale)



226

Figura 9.2 – Distribuzione risultato di esercizio 2016 a livello aziendale, in milioni di euro.
(Fonte: Datawarehouse regionale)



Analisi dei ricavi e dei costi

Le analisi condotte sul bilancio consolidato delle aziende sanitarie venete (al netto della GSA) riflettono la sempre più difficoltosa tenuta dell'equilibrio economico, dovuta agli ormai ben noti fattori di contesto. L'invecchiamento della popolazione assistita, l'aumento delle disuguaglianze sociali ed economiche, l'aumento della cronicità e della fragilità, l'innovazione tecnologica, i farmaci ad alto costo, sono elementi che impattano sul livello

di costo dei servizi da erogare alla popolazione e che confliggono con la contestuale contrazione delle risorse disponibili. Risulta pertanto evidente che lo sforzo teso ad attivare le leve dell'efficienza e dell'economicità è una scelta di fatto vincolata per le aziende del sistema.

Nel periodo 2012-2016 i contributi in conto esercizio erogati alle aziende sono cresciuti da 8,3 a 8,5 miliardi di Euro, ma allo stesso tempo, come previsto dall'art.29 comma 1 lett. b) del d. lgs 118/2011, è aumentato l'autofinanziamento per gli investimenti (voce A2 del conto economico passato da 86 milioni del 2012 a 192,8 milioni di euro del 2016). Per quanto riguarda i costi della produzione (inclusa l'IRAP), essi sono rimasti sostanzialmente invariati, passando da 9,2 miliardi a 9,3 miliardi di euro. Il prospetto che segue ripropone sinteticamente la dinamica delle principali voci di costo aziendali (al netto della mobilità e delle poste R) nel periodo 2012-2016.

Tra i costi della produzione, si evidenziano le seguenti dinamiche:

- L'acquisto di beni (sanitari e non sanitari), che costituiscono il 15,25 % del totale dei costi della produzione, è incrementato del 2,12 % nel periodo 2015-2016 trascinato dall'impatto dei prodotti farmaceutici ed emoderivati (+6,5 mln), dai dispositivi medici (+16,2 mln) e dall'acquisto di materiali per la profilassi (+8,3 mln);
- L'acquisto di servizi sanitari, che pesano per il 39,98% del totale costi della produzione, registra un decremento dello 0,38%. Esaminando la scomposizione interna di questo aggregato di costo, le due voci più consistenti, B.2.A.12 Acquisto di prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria e B.2.A.7 Acquisto di servizi sanitari per assistenza ospedaliera hanno registrato rispettivamente un incremento dello 0,99% e dello 0,24 % tra il 2015 ed il 2016. Allo stesso tempo, i costi dell'assistenza farmaceutica (voce B.2.A.2) hanno registrato una diminuzione del 2,55% in costante calo anche osservando i dati relativi al quadriennio (-12,5%).
- Il costo del personale incide per circa un terzo sul totale dei costi della produzione e si è mantenuto pressoché stabile nel corso dell'ultimo biennio (+0,06%).
- Gli ammortamenti hanno registrato un calo dello 0,33% sulla scia della continua stretta sugli investimenti del periodo 2012-2016, che si è parzialmente allentata solo nel corso dell'ultimo biennio.
- Gli accantonamenti di esercizio, che pesano per circa l'1,48% sul totale dei costi della produzione, hanno registrato nel corso dell'ultimo esercizio un forte aumento pari al 46,92%, passando da un valore di 92,2 milioni ad un valore di 135,46 milioni. Tale variazione è legata principalmente agli accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione) che nel complesso delle aziende pesano circa 67 milioni. Il nuovo meccanismo dell'autoassicurazione prevede infatti che siano le aziende a dover rimborsare il danno in caso di importi fino a 500.000 euro.

Nel periodo in esame, le voci legate alla gestione extracaratteristica e alla gestione straordinaria hanno registrato i seguenti andamenti:

- La gestione finanziaria (voce C del conto economico), registra un ulteriore miglioramento rispetto all'anno precedente (+4,44%), in linea con il trend dell'ultimo triennio, dovuto al dispiegarsi dei positivi effetti della ricapitalizzazione ex DL 35/2013 e, quindi, al progressivo allineamento delle performance di pagamento agli standard previsti per legge.

- La gestione straordinaria (voce E del conto economico), sempre positiva nel periodo 2012-2016, registra una notevole contrazione pari al 43% tra il 2013 e il 2016. Tuttavia, nel corso dell'ultimo esercizio, l'incremento delle sopravvenienze attive verso terzi relative al personale e l'incremento delle sopravvenienze attive legate all'acquisto di prestazioni da operatori sanitari accreditati, ha comportato un incremento del 23,9% rispetto all'anno precedente.

Tabella 9.2– Andamento delle principali voci del Conto Economico consolidato regionale 2010-2015.
(Fonte: Datawarehouse regionale)

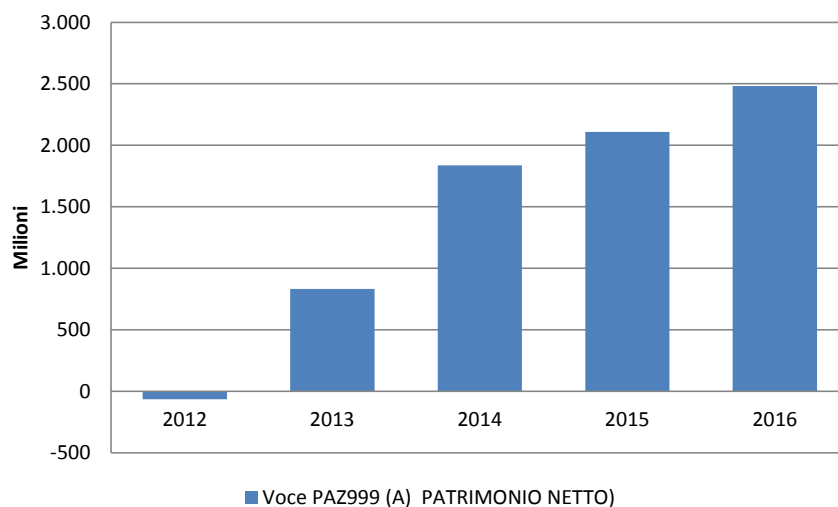
Andamento finanziamento LEA e principali voci di costo - mln di €	Valore 2012	Valore 2013	Valore 2014	Valore 2015	Valore 2016	CE a valori %	Variatz. 2015-2016
AZ9999 (Totale valore della produzione (A))	9.057,07	8.986,15	8.997,20	9.061,37	9.111,04	100%	0,55%
AA0010 (A.1) Contributi in c/esercizio, tolta la voce AA0240 (A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	8.157,00	8.099,86	8.070,63	8.114,36	8.150,83	89,46%	0,45%
AA0980 (A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio), AA1050 (A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni)	102,87	114,57	132,46	146,24	168,47	1,85%	15,20%
(B) Totale costi della produzione	9.022,15	9.001,66	9.033,89	9.127,41	9.164,91	100%	0,41%
(B.1) Acquisti di beni)	1.197,20	1.211,26	1.264,10	1.368,98	1.398,05	15,25%	2,12%
<i>(B.1.A) Acquisti di beni sanitari</i>	1.152,17	1.168,15	1.223,05	1.333,46	1.365,62	97,68%	2,41%
<i>(B.1.B) Acquisti di beni non sanitari</i>	45,03	43,11	41,05	35,51	32,42	2,32%	-8,69%
(B.2.A) Acquisti di servizi sanitari)	3.688,31	3.670,38	3.682,13	3.678,01	3.664,05	39,98%	-0,38%
<i>(B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base</i>	549,23	545,83	545,22	548,44	554,72	15,14%	1,15%
<i>(B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica</i>	640,61	613,94	595,08	577,06	562,37	15,35%	-2,55%
<i>(B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale</i>	397,12	372,91	376,66	377,11	367,31	10,02%	-2,60%
<i>(B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera</i>	657,69	674,76	689,79	705,62	707,33	19,30%	0,24%
<i>(B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F</i>	22,49	23,73	26,96	28,76	28,76	0,78%	-0,02%
<i>(B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria</i>	690,33	683,72	684,25	686,1	692,90	18,91%	0,99%
<i>Altri servizi sanitari (voci rimanenti)</i>	730,84	755,49	764,17	754,89	750,66	20,49%	-0,56%
(B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari)	727,25	701,51	679,97	680,96	648,12	7,07%	-4,82%
<i>di cui (B.2.B.1.4) Riscaldamento)</i>	129,87	129,25	120,31	124,17	121,11	18,69%	-2,46%
<i>di cui (B.2.B.1.9) Utenze elettricità)</i>	61,53	63,6	61,44	56,56	53,22	8,21%	-5,90%
<i>di cui (B.2.B.1.11) Premi di assicurazione</i>	80,35	73,44	59,9	57,28	30,11	4,65%	-47,43%
<i>di cui (B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari)</i>	109,13	107,05	109,63	115,31	118,24	18,24%	2,54%
(B.5) (B.6) (B.7) (B.8) Totale Costo del personale	2.728,64	2.725,52	2.708,80	2.708,35	2.709,96	29,57%	0,06%
(B.10) (B.11) (B.12) (B.13) Ammortamenti	271,17	253,34	242,29	233,08	232,31	2,53%	-0,33%
(B.15) Variazione delle rimanenze	4,27	-5,61	-12,27	-4,35	-6,82	-0,07%	56,69%
(B.16) Accantonamenti dell'esercizio	62,94	107,4	126,87	92,2	135,46	1,48%	46,92%
(B.3) (B.4) (B.9) (B.14) Altri costi	342,36	337,87	342,01	370,15	383,78	4,19%	3,68%
TOTALE VALORE AGGIUNTO (A)- (B)	34,93	-15,51	-36,69	-66,04	-53,87		18,43%
(C) Gestione finanziaria	-42,07	-42,67	-33,86	-17,75	-16,96	-31%	4,44%
(D) (E) Gestione straordinaria	14,59	96,16	100,14	43,89	54,40	101%	23,96%
(Y) Imposte e tasse	-200,58	-200,31	-201,06	-201,04	199,75	-371%	199,36%

Analisi Patrimoniale - Andamento patrimonio netto

Il patrimonio netto delle aziende che compongono il SSR è stato oggetto di interventi regionali molto significativi nel corso dell'ultimo quadriennio come ben evidenziato dal grafico che segue.

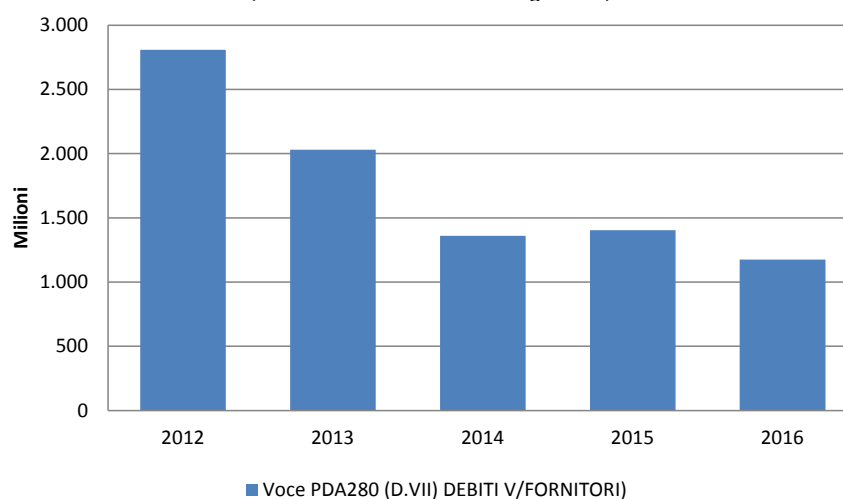
Negli ultimi tre anni sono ben visibili gli effetti della ricapitalizzazione ex DL 35/2013 (2013-2014) e gli interventi regionali 2015 per la copertura dei fondi di dotazione negativi e delle perdite pregresse. Tali interventi hanno consentito l'aumento dei mezzi propri all'interno delle fonti di finanziamento aziendali a lungo termine con il conseguente aumento della solidità patrimoniale del SSR.

Figura 9.3 – Andamento Patrimonio Netto delle Aziende del SSR, in milioni di euro.
(Fonte: Datawarehouse regionale)

*Andamento debiti verso fornitori*

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. Il valore raggiunto nel 2016 ammonta a circa 1,1 miliardi di euro, in calo del 59,4% rispetto al valore di partenza del 2012 e in calo del 16% rispetto all'anno precedente.

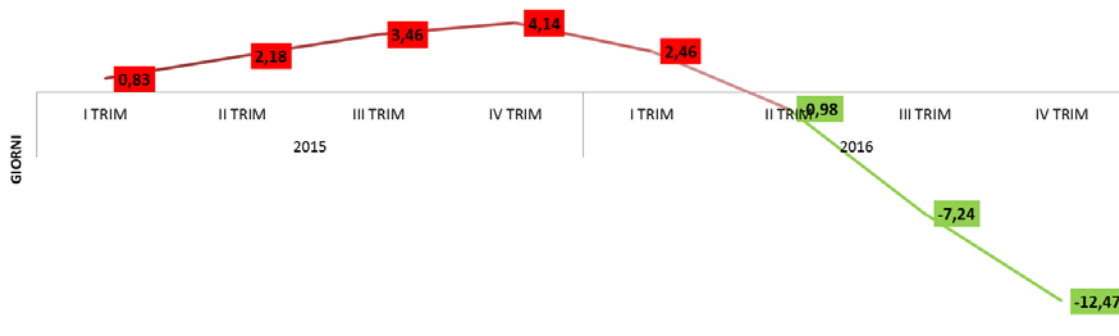
Figura 9.4 – Debiti v/fornitori SSR, in milioni di euro. Anni 2012-2016
(Fonte: Datawarehouse regionale)



Indice di Tempestività dei Pagamenti

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 0, allora il sistema paga oltre i termini di scadenza previsti dalle fatture, viceversa con valori negativi, il pagamento avviene entro i termini massimi. Come si evince dal grafico che segue, l'indice di tempestività è nettamente migliorato tra il 2015 e il 2016 con il sistema sanitario che è arrivato a pagare i propri fornitori fino a 12 giorni prima rispetto alla scadenza prevista.

Figura 9.5 – Andamento Indice di Tempestività dei Pagamenti SSR in giorni.
(Fonte: Datawarehouse regionale)

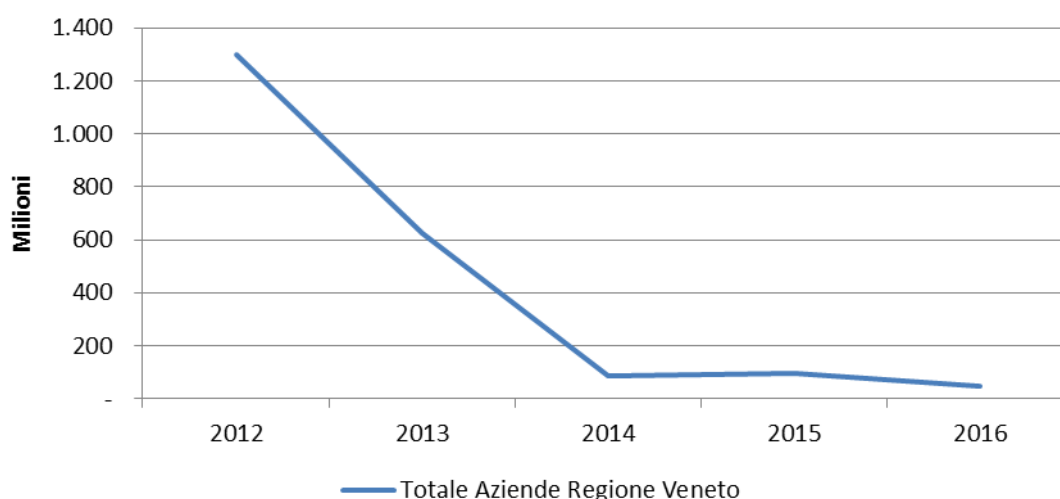


230

Debito scaduto

Nel periodo analizzato, l'ammontare di debito scaduto si è ridotto notevolmente passando da 1.200 milioni del 2012 a 45,6 milioni di Euro del 2016.

Figura 9.6 – Debito scaduto SSR, in milioni di euro.
(Fonte: Datawarehouse regionale)



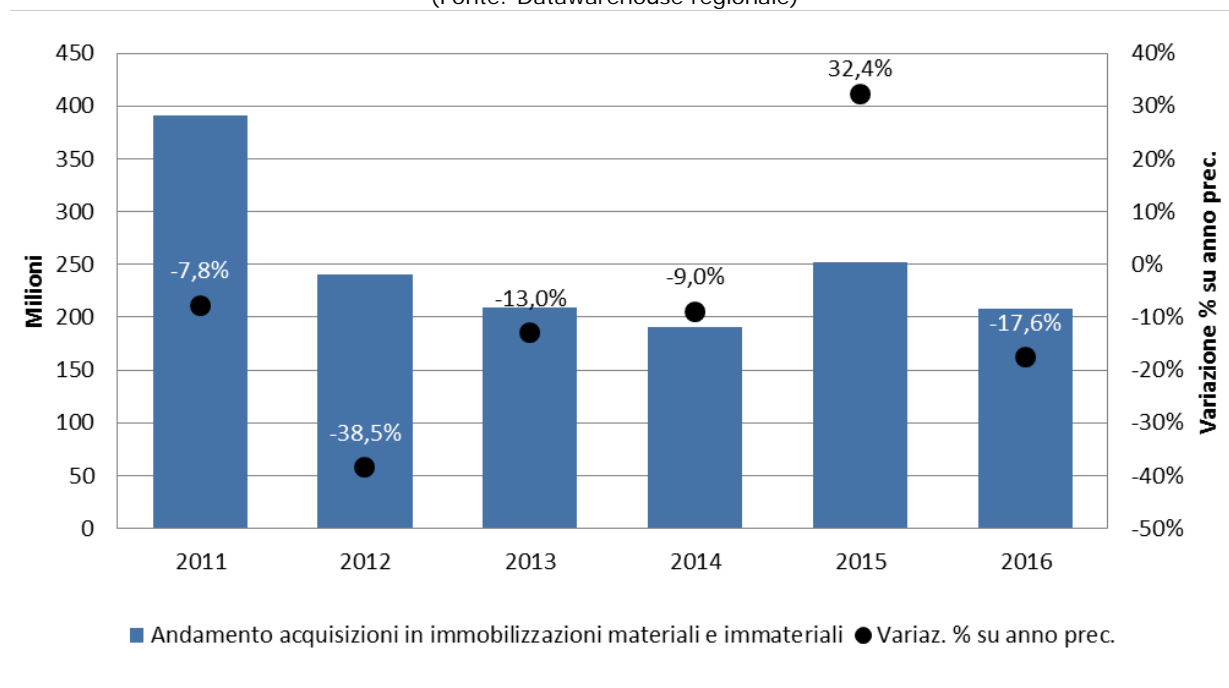
Si segnala che l'aumento registrato tra il 2014 e il 2015 (da 86 milioni a 93 milioni) è dovuto principalmente alla presenza di un contenzioso nel caso di un'azienda ULSS e di problemi organizzativi legati ai tempi di presa in carico e liquidazione di documenti fiscali

in un'altra azienda. Entrambe le fattispecie risultano risolte nel corso del 2016 ed infatti l'ammontare dello stock si è ridotto di 47,4 milioni, attestandosi ad un importo pari a 45,6 milioni di euro.

Totale investimenti

Tra il 2012 e il 2016, l'ammontare degli investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali ha subito un costante calo a seguito della contrazione delle risorse statali, ma anche per effetto delle nuove regole contabili derivanti dalla normativa di armonizzazione dei bilanci (d. lgs. 118/11), per cui gli investimenti privi di specifica copertura sono interamente pesanti nell'esercizio di acquisizione. Tali fenomeni hanno comportato una forte riduzione degli investimenti a partire dal 2011 con l'unica eccezione nel corso del 2015, anno in cui la stretta sugli investimenti è stata parzialmente allentata per consentire i necessari interventi particolare nella sicurezza di edifici ed impianti, e per il rinnovo del parco tecnologico (imaging, in particolare).

Figura 9.7 – Totale degli investimenti in immobilizzazioni, in milioni di euro.
(Fonte: Datawarehouse regionale)



Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Programmazione Economico-Finanziaria SSR
Palazzo Molin-San Polo 2514, 30125 Venezia
Telefono: 041 2793556-3581
e-mail: prog.finsanita@regione.veneto.it

9.3 Procedure di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi a favore delle aziende sanitarie tramite la Unità organizzativa Acquisti Centralizzati SSR-CRAV (ex Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità)

Originariamente istituito con DGRV n. 4206/2008 quale Centro Regionale Acquisti per la Sanità, il Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità (CRAS) con la DGRV n. 2370/2011 ha potenziato il proprio ruolo di Centrale di Committenza regionale a favore della aziende sanitarie venete, per perseguire quella razionalizzazione della spesa relativa alle forniture di beni e servizi sanitari prescritta a più riprese dalla normativa nazionale e di conseguenza regionale. La tendenza del Legislatore nazionale negli ultimi anni è diretta a favorire sempre più l'accentramento delle procedure di acquisizione di beni e servizi all'interno della P.A., per ottimizzare l'impiego di risorse e conseguire economia di scala. L'articolo 9 del Decreto Legge n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla Legge n. 89/2014, ha ulteriormente rafforzato l'obiettivo di centralizzare gli acquisti di beni e servizi individuando i "Soggetti Aggregatori" quali strutture deputate allo svolgimento delle procedure di acquisizione, cui la generalità degli enti pubblici deve rivolgersi per determinate categorie di spesa e oltre soglie di valore individuate, sia per la spesa sanitaria che per la spesa comune.

In Veneto l'attività di espletamento di gare a livello centralizzato ha avuto particolare sviluppo dalla fine del 2012, quando ne sono state indette 10, 16 nel 2013 e con un aumento significativo nel biennio 2014 e 2015 (24 e 29 rispettivamente).

Nell'anno 2016 le procedure aggiudicate sono state 35 ed il valore economico in assoluto dei prezzi aggiudicati risulta essere pari ad € 745.258.187,76, come dettagliatamente riportato nella tabella allegata. Per determinate categorie caratterizzate da un alto grado di standardizzazione e che si prestano a una elevata omogeneità di utilizzo, il mercato è in grado di rispondere positivamente alle strategie fino ad oggi intraprese, attraverso l'offerta di prodotti competitivi sia sotto il profilo economico che qualitativo.

Tabella 9.3 - Alcuni dati sui risparmi ottenuti riferiti a prodotti di forte impatto economico a livello regionale

Procedura di gara	Importo dopo la procedura regionale centralizzata	Durata contrattuale	Risparmio maturato per l'intero periodo di durata €
Sistemi antidecubito - ambito ospedaliero	22.303.191,35	3 anni	/
Servizio relativo al ritiro, trasferimento nello stabilimento di lavorazione, trasformazione del plasma prodotto dalle strutture trasfusionali delle Regioni Abruzzo, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, le Province Autonome di Trento e di Bolzano e per la produzione, stoccaggio e consegna di medicinali emoderivati.	131.257.500,00	5 anni	53.870.997,32
Sistemi diagnostici e prodotti per i Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale (DIMIT) della Regione del Veneto. Lotti 1, 2 e 4.	25.607.930,85	5 anni	9.486.245,83
Servizio di telecontrollo, telesoccorso in forma integrata con il PSSR 2012-2016 della Regione del Veneto.	25.851.541,10	5 anni	7.507.918,31
Fornitura di Farmaci in esclusiva in fabbisogno alle Aziende Sanitarie e all'Istituto IRCCS IOV della Regione del Veneto 1.	403.290.412,63	1 anno	1.769.700,60

Attività da svolgersi quale Soggetto Aggregatore

Al fine di ottemperare alle disposizioni normative, l'istituzione del soggetto aggregatore è stata approvata con DGR n. 2926 del 29.12.2014, avente ad oggetto l'Istituzione della Centrale Regionale Acquisti per la Regione del Veneto (C.R.A.V.).

Con DGR n.1600 del 19.11.2015 è stato disposto un periodo transitorio durante il quale l'immediata operatività del CRAV è stata garantita, assegnando tutte le funzioni previste per il soggetto aggregatore dalla normativa nazionale alla sezione "Controlli, Governo e Personale SSR" per il tramite del "Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità (CRAS)". Il CRAS, quale Soggetto Aggregatore per la Regione del Veneto, ha espletato nel 2016 12 gare afferenti alle categorie merceologiche individuate dal DPCM 24 dicembre 2015 (pubblicato sulla Guri n. 32 del 9 febbraio 2016), in particolare farmaci, vaccini, aghi e siringhe.

Con DGRV n. 1309 del 16 agosto 2016, in relazione alle procedure di gara in corso o in programma, alle convenzioni già stipulate ed, in generale, a qualsiasi atto o provvedimento riferito in precedenza al Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità, struttura regionale soppressa con il provvedimento stesso, la competenza è stata attribuita in capo all'Unità Organizzativa Acquisti Centralizzati SSR presso la Direzione Risorse Strumentali SSR – C.R.A.V.

Infine con DGR n. 79 del 27 gennaio 2017 l'Unità Organizzativa Acquisti Centralizzati SSR ha assunto la denominazione "Unità Organizzativa Acquisti Centralizzati SSR – C.R.A.V.", sempre presso la Direzione Risorse Strumentali SSR – C.R.A.V. L'Unità Organizzativa Acquisti Centralizzati SSR – C.R.A.V. svolge prevalentemente procedure di gara per l'affidamento di forniture e servizi in ambito sanitario per tutte le aziende sanitarie della Regione del Veneto, alla luce della riorganizzazione regionale avvenuta con la Legge Regionale 25 ottobre 2016, n. 19.

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Acquisti centralizzati SSR
Direzione Risorse strumentali SSR-CRAV
Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova
Telefono: 049 8778286-8288
e-mail: acquisticentralizzati@regione.veneto.it

10. La valutazione della performance del SSR (Progetto Bersaglio)

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

Il monitoraggio delle performance delle singole Aziende Sanitarie, sia in termini di prestazioni che di economicità dei risultati, risponde anche agli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012, che ribadisce la necessità di migliorare la qualità dei servizi sanitari, di promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e di garantire l'unitarietà del sistema mantenendo il controllo della spesa sanitaria (Paragrafo 4.4.1, pag 130).

Quadro di sintesi

Dal 2012 il Veneto è inserito nel Network del "Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali" cui aderiscono anche Lombardia, Toscana, Emilia, FVG, Province autonome di Trento e Bolzano, Marche, Umbria, Liguria, Puglia e Calabria.

Il progetto, mirato all'analisi e alla valutazione dei singoli sistemi sanitari regionali, è coordinato dal laboratorio MeS (Management in Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e si basa su alcuni principi fondamentali fra cui: l'adesione volontaria, la valutazione ed il confronto come parte essenziale della strategia, la condivisione e la discussione fra le Regioni dei principali obiettivi strategici, tramite la scelta degli indicatori più appropriati.

Il progetto si caratterizza per la multidimensionalità delle analisi, con molteplici indicatori che presidiano sei principali dimensioni: stato di salute della popolazione, capacità di perseguimento delle strategie regionali, valutazione sociosanitaria, valutazione esterna, valutazione interna e valutazione economico finanziaria.

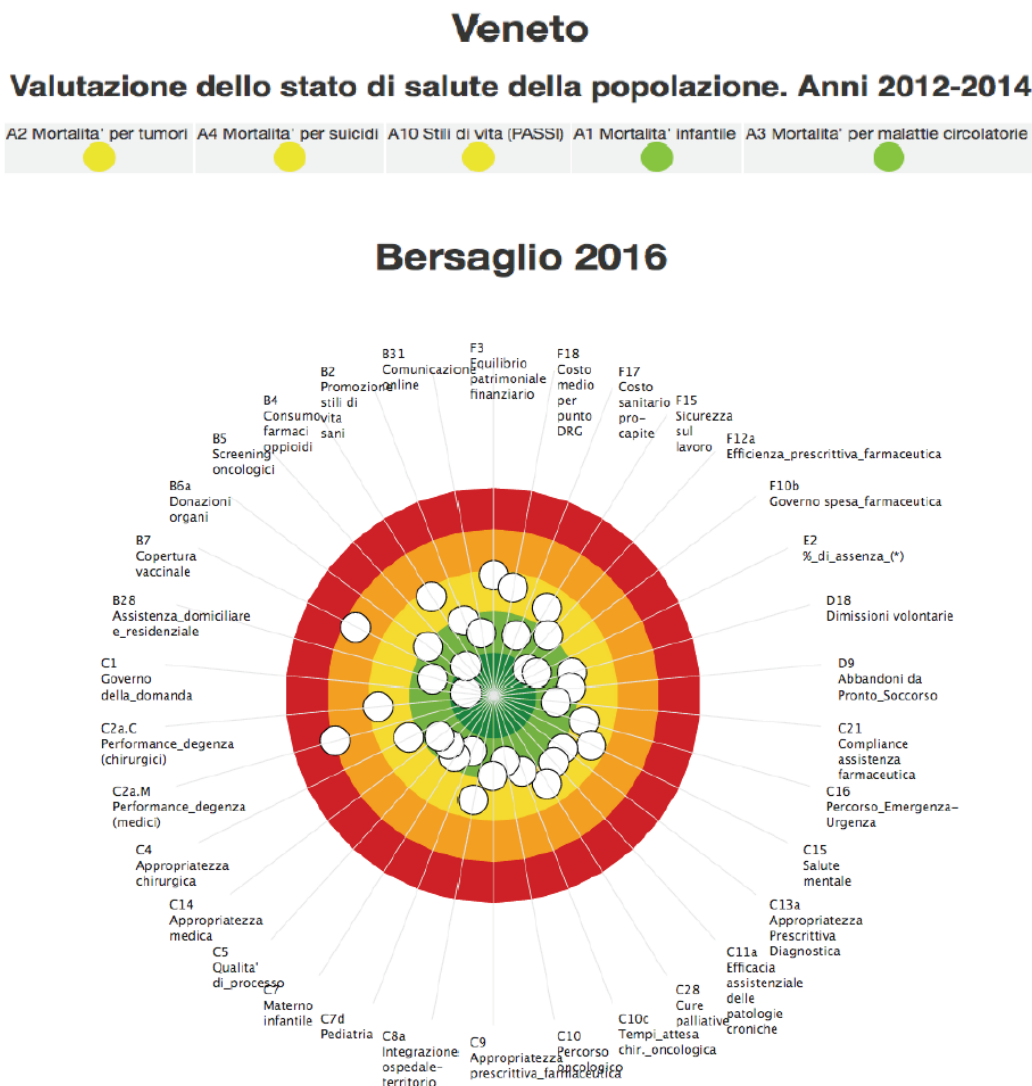
I risultati degli indicatori appartenenti a ciascuna dimensione sono sinteticamente rappresentati con un grafico a bersaglio, costituito da 5 fasce colorate che, dall'esterno all'interno, sono: rossa per performance molto scarsa, arancione se inferiore alla media, gialla per performance in media, verde per performance buona e verde scuro per quella ottima.

Nell'anno 2017 sono stati calcolati e trasmessi al MeS-Sant'Anna dalla Regione del Veneto 123 indicatori, relativi all'anno 2016, per i quali, il benchmark con le altre Regioni aderenti al Network, ha fornito una valutazione sulla performance del sistema sanitario regionale e delle singole aziende.

La Regione del Veneto risulta sopra la media delle regioni del Network nel 54,5% degli indicatori di cui il 20,3% si colloca in una fascia di ottima performance. Nel 32,5% degli indicatori il Veneto risulta essere nella media e, per 16 indicatori (13%), risulta avere una performance inferiore alla media.

La Figura 10.1 riporta la rappresentazione del Bersaglio relativo ai dati del Veneto del 2016. Come emerge dalla figura, la maggior parte degli indicatori si collocano nella fascia centrale del Bersaglio, indicando performance buone o molto buone che pongono la Sanità Veneta fra le migliori performance regionali.

Figura 10.1 Grafico Bersaglio anno 2016



Nell'anno 2016 la Regione Veneto ha ottenuto ottimi risultati in termini di:

- Tasso di ospedalizzazione (ricoveri acuti in regime ordinario e ricoveri diurni medici)
- Tasso di ospedalizzazione DRG LEA (altamente inappropriati)
- Tasso di ospedalizzazione pediatrica (totale e per patologie come l'asma)
- Estensione ed adesione degli screening
- Percorso Oncologico (tempi di attesa per chirurgia mammaria, colon-retto, ginecologica)
- Promozione degli stili di vita
- Appropriatezza chirurgica e medica
- Gestione del percorso emergenza-urgenza
- Efficacia assistenziale patologie croniche come lo scompenso cardiaco

Nella fascia superiore alla media o medio alta delle performance del Network si collocano altri indicatori che riguardano le cure primarie, l'equilibrio economico-finanziario, la compliance e l'appropriatezza farmaceutica, la salute mentale.

La comunicazione web, riguardante i sistemi di prenotazione, indicatore di più recente introduzione, è ancora suscettibile di miglioramento relativamente all'utilizzo di un linguaggio che faciliti ulteriormente la comprensibilità dei testi da parte dell'utenza.

Un trend in miglioramento è osservabile relativamente ad alcuni indici quali la degenza media medica e chirurgica, laddove, tuttavia, la performance regionale è ulteriormente ottimizzabile.

Tra le aree di appropriatezza prescrittiva diagnostica permane critico l'indicatore relativo alle RMN articolari prescritte agli over 65 rispetto alle altre Regioni del Network.

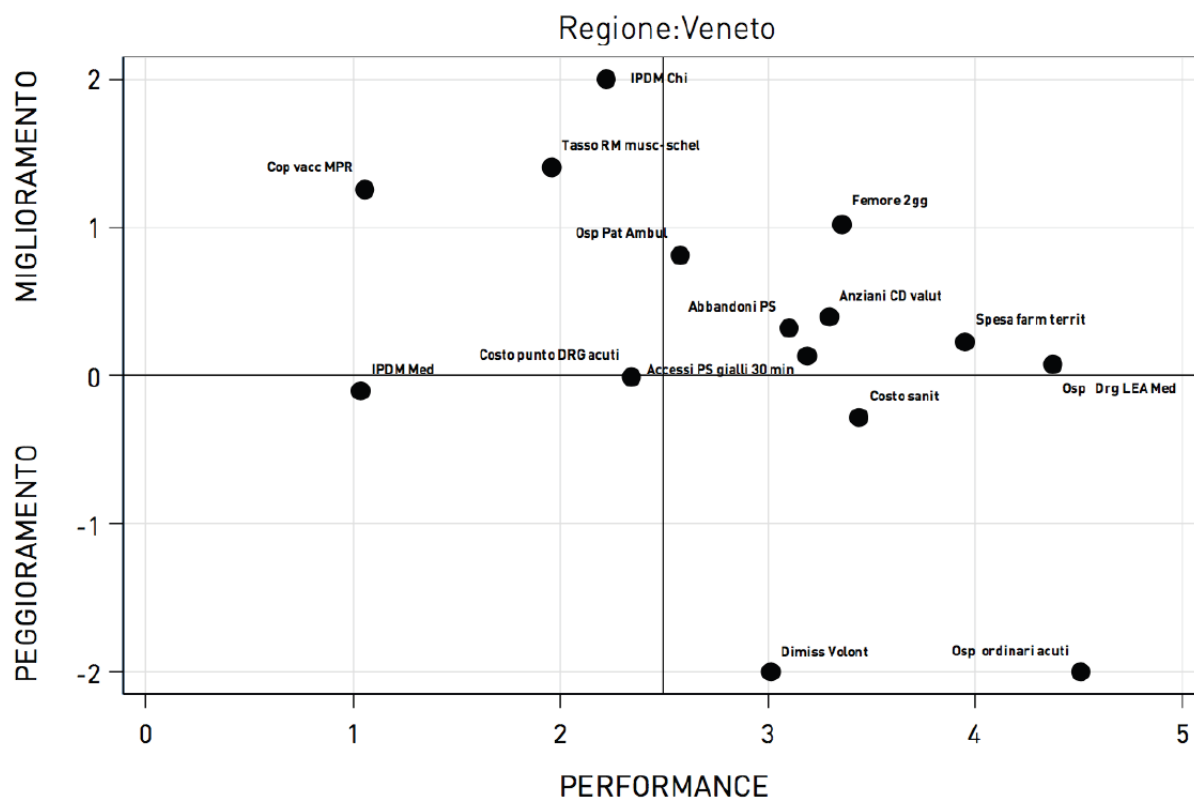
Analisi del trend

Dall'analisi del trend su 101 indicatori, si confermano le ottime performance ottenute dalla Regione Veneto già negli anni precedenti e si evidenziano ulteriori miglioramenti; in particolare si è avuto un miglioramento nel 53,5% degli indicatori, nel 22,8% degli indicatori la situazione è risultata stazionaria e nel 23,8% degli indicatori si è avuto un peggioramento (per questi ultimi il 63% degli indicatori rimane in una fascia di valutazione di ottima/buona performance rispetto al Network).

La Figura 10.2 mette in relazione in una mappa fatta da 4 quadranti, la capacità di miglioramento per ogni indicatore rispetto al 2015 e la performance con il punteggio la relativo alla fascia di valutazione dell'anno 2016.

Se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra, presenta una ottima performance, sia in termini di posizionamento rispetto alle altre Regioni, sia in termini di capacità di miglioramento dal 2015 al 2016; se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che l'indicatore è migliorato dal 2015 al 2016 ma non ha ancora conseguito un buon risultato in termini di performance 2016 e si colloca, pertanto, "sulla strada giusta". Nel caso in cui l'indicatore sia posizionato nel quadrante in basso a destra, ottiene una buona valutazione, ossia persegue un buon risultato nel 2016 ma registra un trend peggiore rispetto alle altre Regioni e si pone, quindi, in una situazione di "attenzione". Se, infine, il dato si trova nel quadrante in basso a sinistra, risulta un'"area da migliorare", perché la valutazione è inferiore rispetto alle altre Regioni e con trend in peggioramento.

Figura 10.2- Mappa di performance, anno 2016



238

Comunicazione dei dati

All'interno del Datawarehouse del Sistema Informativo regionale è stata resa disponibile una reportistica con i dati relativi al "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali-Progetto Bersaglio", all'interno della sezione "Indicatori Direttori Generali", al fine di sviluppare ogni opportuna iniziativa di verifica, monitoraggio e miglioramento.

E' inoltre disponibile il sito web del Sistema di valutazione della Performance dei sistemi sanitari regionali della Scuola Superiore Sant'Anna, Istituto di Management, Laboratorio Management e Sanità: www.performance.sssup.it/netval

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale
 Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
 Passaggio Luigi Gaudenzio 1, 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: ser@regione.veneto.it

11. Il Fascicolo Sanitario Elettronico

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

La Regione del Veneto dovrà sviluppare, con investimenti specifici, il Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico in raccordo con il livello nazionale. (Paragrafo 4.4.2, pag. 133-136)

Quadro di sintesi

Dopo aver completato già nel 2015 il ciclo prescrittivo-erogativo delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche dematerializzate in tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, nel 2016 sono proseguite le attività propedeutiche all'indicizzazione dei documenti digitali nel FSE regionale (documenti di consenso, referti di laboratorio, radiologia, anatomia patologica). Da giugno 2016 i cittadini che hanno rilasciato il consenso possono ritirare in farmacia i propri farmaci senza bisogno di avere il promemoria cartaceo, con la sola tessera sanitaria o scaricando l'APP "Sanità km zero".

La Giunta regionale del Veneto già nel 2012 ha approvato il Progetto "Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSEr)", al fine di introdurre in modo integrale e sistematico la comunicazione elettronica nei servizi sanitari (diagnostici, clinici, di analisi, di trasmissione e certificazione elettronica), amministrativi e tecnici delle Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto attraverso l'impiego di procedure digitali in grado di dialogare e interfacciarsi nell'ambito dell'intera rete regionale sociosanitaria.

La realizzazione degli obiettivi del progetto FSEr ha come requisito fondamentale il coinvolgimento diretto dei tecnici delle Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto, in raccordo con gli uffici regionali e il consorzio Arsenà.IT; quest'ultimo, in particolare, ha il ruolo di coordinamento e di assistenza alle Aziende ULSS ed Ospedaliere e gestisce il servizio di attestazione (labelling informatico) della corretta applicazione degli standard informatici approvati dalla Regione del Veneto e applicati ai software aziendali.

Già nel 2015 era stato completato il ciclo prescrittivo-erogativo delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche dematerializzate in tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e consolidato, ed in molti casi ampliato, il processo di digitalizzazione della documentazione clinica richiesta dal DPCM come "nucleo minimo" per lo scambio documentale nel FSE.

L'attività è proseguita nel 2016 presso le Aziende sanitarie con le attività propedeutiche all'indicizzazione dei documenti digitali nel FSE regionale, nello specifico relativamente ai documenti in regime ambulatoriale quali referti di medicina di laboratorio, radiologia, anatomia patologica ma anche lettere di dimissione, verbali di pronto soccorso e operatori, nonché i documenti di consenso e le prescrizioni dematerializzate farmaceutiche e specialistiche.

Da inizio 2017 i documenti che alimentano nel complesso l'infrastruttura sono oltre 30 milioni, con la raccolta di oltre 162.000 consensi al FSEr.

I cittadini che hanno rilasciato il consenso sono in grado da giugno del 2016 di andare in farmacia a ritirare i propri farmaci senza bisogno di avere il promemoria cartaceo, con la sola tessera sanitaria o scaricando l'APP "Sanità km zero". E' infatti grazie alla sperimentazione ECO Farmacia che da oltre un anno i MMG sono in grado di raccogliere il consenso al FSEr, secondo le modalità e specifiche previste dalla normativa di

riferimento, e abilitare i pazienti ad accedere al primo documento messo a disposizione dal sistema, ovvero la ricetta farmaceutica. Sono stati incontrati e formati infatti oltre 3000 operatori tra MMG e farmacisti per garantire nel modo migliore lo start del progetto.

La realizzazione dell'infrastruttura FSEr ha anche permesso di facilitare ed abilitare le Aziende all'interoperabilità dei CUP, sfruttando gli investimenti fatti in termini tecnico-organizzativi con l'introduzione nel sistema socio-sanitario regionale della dematerializzazione della ricetta specialistica.

Come nel 2016 anche nel corso del 2017 le aziende saranno impegnate, per l'obiettivo aziendale riferito al FSEr, a continuare le attività di indicizzazione dei documenti clinici sopra riportati, aggiungendo quelli di specialistica ambulatoriale.

Con DGR 1785 del 7 novembre 2016 infatti è stato approvato il progetto del FSEr fase 2 che prevede per il prossimo triennio l'evoluzione dell'infrastruttura regionale implementata e lo sviluppo di ulteriori servizi per cittadini ed operatori, in primis la realizzazione di un portale regionale per la gestione dei propri dati e documenti clinici, oltre che l'evoluzione del sistema con l'introduzione di strumenti di appropriatezza e di big data analytics, in linea con quanto verrà definito nel prossimo PSSR.

Il 2017 vedrà il FSE di Regione del Veneto e di conseguenza l'intero sistema socio-sanitario regionale fortemente impegnato nella realizzazione dei servizi di interoperabilità nazionale a seguito dei decreti e documenti di linee guida emessi e in via di definizione da parte dei ministeri di competenza e AgID.

240

Approfondimenti

[Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 178 del 29 settembre 2015](#)
Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2703 del 29 dicembre 2014](#) Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale: rimodulazione delle attività progettuali e proroga del termine.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1785 del 7 novembre 2016](#) Potenziamento e razionalizzazione del Sistema Informativo Socio Sanitario. Linee di intervento e progetto Fascicolo Sanitario Elettronico regionale fase II.

[Fascicolo Sanitario Elettronico regionale](#), area dedicata nel Sito del Consorzio Arsenal.IT

[Fascicolo Sanitario Elettronico](#), Agenzia per l'Italia Digitale

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Sistema Informativo SSR
Direzione Risorse strumentali SSR-CRAV
Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30125 Venezia
Telefono: 041 2793084
e-mail: risorsestrumentalissr@regione.veneto.it

Pubblicazione a cura del
SER Sistema Epidemiologico Regionale
Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 – Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it

Il volume è pubblicato anche sui siti Web:
<http://www.regione.veneto.it/>
<http://www.ser-veneto.it/>