



REGIONE DEL VENETO

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto



Anno 2016
(dati 2014-2015)

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto

Anno 2016
(dati 2014-2015)



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

Pubblicazione a cura della Giunta Regionale del Veneto

Area Sanità e Sociale

Sezione Controlli governo e personale SSR

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

Sezione Controlli governo e personale SSR

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
Sezione Controlli Governo e Personale SSR
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, Tiziana Baruffa, Giulia Capodaglio, Laura Cestari, Angela De Paoli, Ugo Fedeli, Eliana Ferroni, Nicola Gennaro, Michele Pellizzari, Silvia Pierobon, Elena Schievano, Mario Saugo

Presentazione della Relazione Socio Sanitaria 2016 della Regione del Veneto

Nel luglio 2015 l'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito in un importante documento di lavoro la priorità per il consolidamento dei sistemi sanitari europei nel prossimo quinquennio: "mettere in pratica ciò che si dice sulla centralità delle persone". Questo appello alla concretezza e alla centralità della persona non è dettato semplicemente dal buon senso e dalle buone intenzioni: è l'approccio riconosciuto come il più efficace ed insieme il più necessario per massimizzare ed accelerare i guadagni di salute, per garantire efficienza dei servizi sanitari e sostenibilità finanziaria.

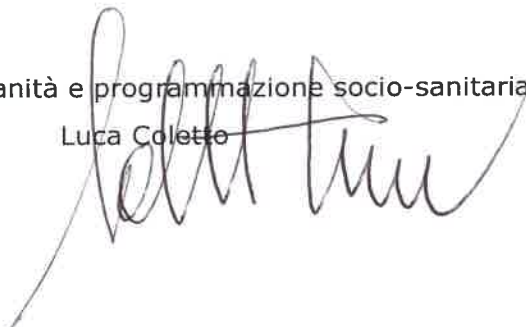
Ad un anno di distanza anche il Consiglio Regionale è interpellato da questa indicazione dell'OMS, all'avvio di uno storico dibattito sulla riforma della Sanità Veneta, che prevede – a partire dalla proposta lanciata dal Presidente Zaia fin dall'avvio dell'attuale legislatura – la riduzione delle Aziende ULSS da 21 a 9 e l'istituzione dell'"Azienda Zero". Chiaramente non si tratta di un esercizio di architettura istituzionale, peraltro meritevole, visti i risparmi amministrativi che si possono conseguire. Si tratta invece di trovare gli strumenti più adeguati per continuare a garantire una sanità a misura dei bisogni di salute del cittadino.

Per questo motivo i cittadini si aspettano molto da questo dibattito che, in ultima analisi, ha come tema la capacità di tenuta del sistema sanitario regionale:

- dal punto di vista dei servizi, 5 milioni di cittadini sono curati bene e si aspettano di essere assistiti anche meglio in futuro;
- dal punto di vista finanziario, a livello nazionale dal 2010 ad oggi sono stati tagliati 14 miliardi di Euro: di questi, più dell'8% erano fondi destinati alla Regione del Veneto.

La Relazione Socio Sanitaria 2016, predisposta con la partecipazione di tutti i dirigenti dell'Area Sanità e Sociale, consente di evidenziare gli importanti guadagni di salute e di servizio nella prevenzione, nelle cure primarie e nelle reti cliniche ospedaliere conseguiti nel corso degli anni.

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



Introduzione

In Italia gli ultimi anni hanno visto lo sviluppo di diversi sistemi di monitoraggio della qualità dell'assistenza sanitaria (graduatorie, bersagli, punteggi e classifiche) con cui anche giornalisti, amministratori e cittadini hanno da tempo imparato a fare i conti. Al di là di alcuni dati di dettaglio e tecnicismi, tutti questi sistemi di indicatori - compresi quelli promossi direttamente dal Ministero della Salute come il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza ed il Programma Nazionale Esiti - confermano la leadership della nostra Regione rispetto alla qualità delle cure erogate e alla capacità di mantenimento dell'equilibrio finanziario.

Il sistema di cure veneto - fatto di medici e operatori sanitari competenti, motivati e collaborativi, ma anche di assistiti consapevoli - quindi ha già espresso, secondo il giudizio di molti, tutto, o quasi tutto, quello che poteva dare nel suo attuale assetto organizzativo ed istituzionale. Alcuni obiettivi più sfidanti, ma ineludibili, invece, non possono essere raggiunti facilmente senza cambiare ora anche gli strumenti tecnici del governo della sanità.

Un recente report del Sistema Epidemiologico Regionale ha dato alle Direzioni delle Aziende ULSS l'opportunità di riflettere sugli impegnativi standard di volume ospedaliero (numero minimo di interventi per anno) stabiliti dal Ministero della Salute con il Decreto Ministeriale 70/2015. La quasi totalità degli ospedali veneti tratta una casistica di pazienti del tutto adeguata rispetto a quelle che oggi sono le buone pratiche di diagnosi e cura (ad esempio in ortopedia, in chirurgia generale ed in ostetricia), mentre una piccola quota degli ospedali tratta volumi più contenuti ed in alcuni casi troppo piccoli, sulla base delle esperienze e degli studi internazionali (ad esempio pazienti con infarto cardiaco o bisognosi di un intervento di chirurgia oncologica specializzato e inseriti in un percorso integrato di diagnosi, cura e follow-up).

D'altro canto il recente Decreto Ministeriale sull'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali ci impegna ad individuare delle alternative percorribili rispetto a logiche centralistiche e burocratiche, verosimilmente di scarso impatto. Nel contesto istituzionale delle nuove Aziende ULSS - di cui si sta dibattendo in questo periodo -, e quindi in presenza di un territorio organizzato in maniera solida ed omogenea, questo tema può essere affrontato in maniera più stringente ed efficace - ad esempio con la partecipazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali delle Cure Primarie all'erogazione di pacchetti di prestazioni specialistiche rivolte a pazienti cronici.

Si tratta in realtà di linee di programmazione già da tempo delineate dalla Regione, che tuttavia non hanno trovato completa ed omogenea applicazione dovendosi a volte fermare sulla soglia dell'autonomia direzionale e gestionale di ciascuna delle attuali 21 Aziende ULSS.

In questa fase assumono quindi fondamentale importanza sia la riforma dell'organizzazione della sanità regionale, in discussione in Consiglio Regionale, che l'aggiornamento del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016.

La Relazione Socio Sanitaria 2016 della Regione del Veneto ci fa vedere la strada che abbiamo fatto, ma soltanto un profondo cambiamento organizzativo ci può consentire di disegnare il percorso che dobbiamo intraprendere.

Il Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dr. Domenico Mantovan

Indice

1. Scenario demografico ed economico	11
2. Condizioni e profili di salute	15
2.1 Stili di vita e condizioni di rischio	15
2.2 Mortalità per causa	19
2.3 Malattie infettive: malaria, varicella e malattie emergenti	26
2.4 Cronicità e multimorbilità	30
2.5 Tumori	35
2.6 Infarto acuto del miocardio	39
2.7 Malattie cerebrovascolari	43
2.8 Insufficienza renale cronica	46
2.9 Salute materno infantile	49
2.10 Malattie professionali e infortuni sul lavoro	58
3. Attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie	65
3.1 Promozione di corretti stili di vita	65
3.2 Profilassi delle malattie infettive	69
3.3 Screening oncologici	72
3.4 Salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro	76
3.5 Veterinaria e Sicurezza alimentare	80
4. Assistenza ospedaliera	83
4.1 La rete ospedaliera e i posti letto	83
4.2 L'ospedalizzazione in Veneto	87
4.3 Indicatori di volume previsti dal DM 70/2015	92
5. Assistenza territoriale e socio-sanitaria	95
5.1 Assistenza primaria	95
5.2 Strutture intermedie	100
5.3 Care Management del paziente complesso	103
5.4 Il monitoraggio dei PDTA delle malattie croniche	107
5.5 Assistenza specialistica ambulatoriale	113
5.6 Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali	115
5.7 Cure domiciliari	118
5.8 Impegnative di cura domiciliare	122
5.9 Cure palliative	126

5.10	Residenzialità extra-ospedaliera: anziani non autosufficienti	130
5.11	Interventi a favore della disabilità	132
5.12	Riabilitazione ex art. 26	134
5.13	Interventi socio-sanitari sulle dipendenze	138
5.14	Consultori familiari	140
5.15	Salute mentale	141
5.16	Salute penitenziaria	145
6. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici		149
6.1	Assistenza farmaceutica	149
6.2	Dispositivi medici e assistenza protesica	160
6.3	Prodotti destinati ad una alimentazione particolare	165
7. Le reti cliniche		167
7.1	Rete clinica dei trapianti	167
7.2	Rete delle malattie rare	171
7.3	Rete dell'ictus	174
7.4	Rete dell'infarto acuto del miocardio	177
7.5	Rete attività trasfusionale	180
7.6	Rete oncologica	185
7.7	Rete emergenza urgenza	188
7.8	Rete per l'Alzheimer	193
8. Fascicolo Sanitario Elettronico		197
9. Il personale e la spesa Socio Sanitaria Regionale		199
9.1	Le politiche del personale del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto	199
9.2	Analisi economica del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto	205
9.3	Procedure di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi a favore della aziende sanitarie tramite il Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità	213

1. Scenario demografico ed economico

Quadro di sintesi

La popolazione del Veneto è di oltre 4,9 milioni di residenti, in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente, poiché sia il saldo migratorio che il saldo naturale sono negativi.

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 circa il 10%, leggermente in calo rispetto all'anno precedente.

L'analisi dei dati del contesto economico-produttivo ha una grandissima rilevanza nell'ambito socio-sanitario: lo stato occupazionale e la capacità di produrre reddito influenza il rischio di contrarre specifiche patologie, ma anche l'accesso ai servizi e l'adozione di stili di vita sana.

L'analisi sul lungo periodo (2008-2015) mostra una persistente e pressoché generalizzata contrazione occupazionale. Nel 2015 diminuiscono leggermente le imprese e gli occupati, sebbene si intraveda un segnale positivo nel saldo tra assunzioni e cessazioni dei lavoratori dipendenti, che nel 2015 risulta positivo sia per i contratti a tempo indeterminato che per quelli a tempo determinato, dopo diversi anni con saldi negativi.

Scenario demografico

La popolazione residente in Veneto al 01/01/16 (fonte ISTAT) era di 4.915.123 abitanti di cui 2.396.522 (48,8%) maschi e 2.518.601 femmine (51,2%). Il bilancio demografico del 2015 (saldo naturale più saldo migratorio) per la prima volta presenta un saldo negativo di 12.473 residenti: dovuto per 10.600 unità al saldo naturale e per 1.873 unità al saldo migratorio; il saldo migratorio è positivo solo nelle provincie di Venezia, Padova e Belluno.

Figura 1.1 - Popolazione residente in Veneto dal 2002 al 2016 (situazione al 1° gennaio) (Fonte: ISTAT)

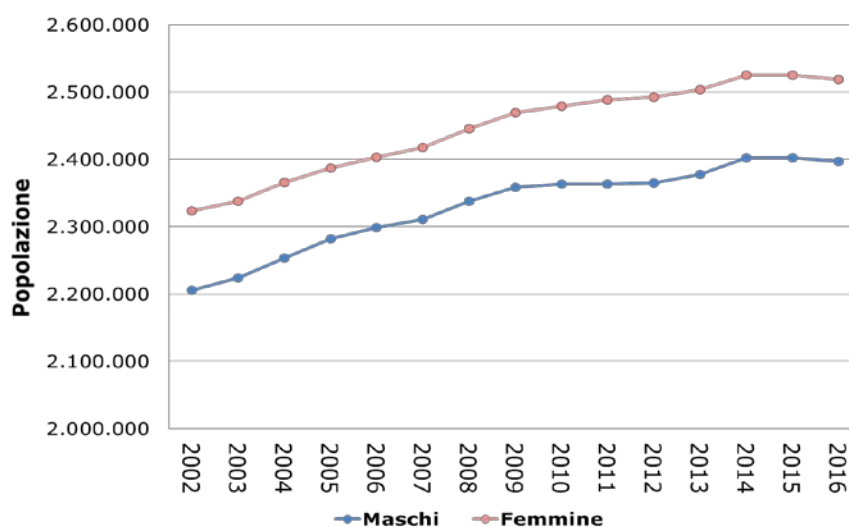
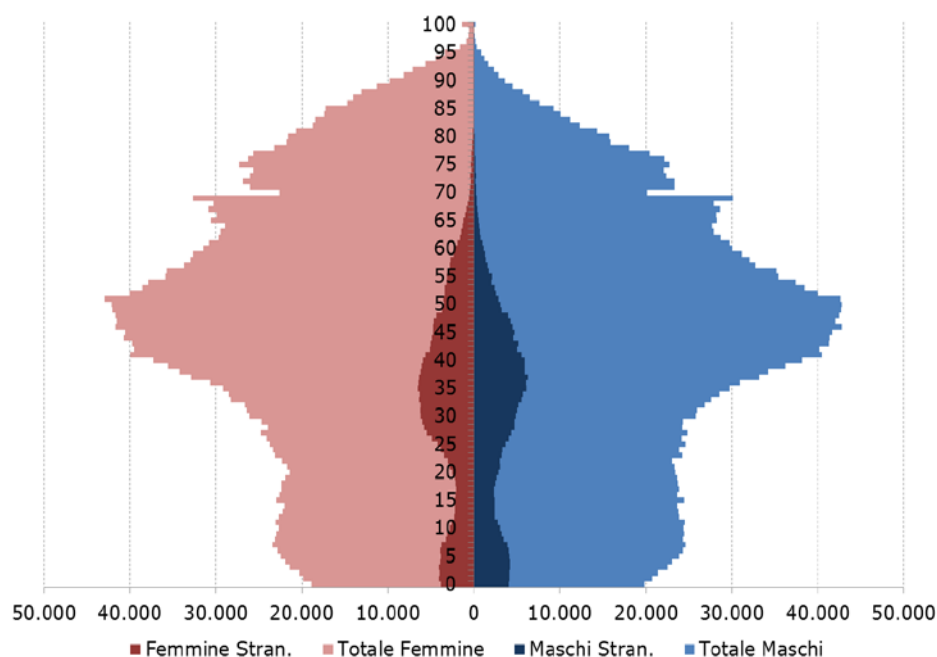


Figura 1.2 - Piramide d'età per genere e cittadinanza residente in Veneto al 1° gennaio 2016 (Fonte: ISTAT)

Tabella 1.1 - Popolazione residente per Provincia e ULSS al 1° Gennaio 2016: 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	123.860	12%	62%	26%	218	6%
102-Feltre	82.996	13%	63%	25%	198	7%
Totale Provincia di Belluno	206.856	12%	62%	25%	210	6%
103-Bassano del Grappa	180.380	15%	65%	21%	143	8%
104-Alto Vicentino	187.602	15%	64%	21%	148	9%
105 Ovest Vicentino	180.425	15%	65%	20%	134	13%
106-Vicenza	318.907	14%	65%	21%	147	11%
Totale Provincia di Vicenza	867.314	15%	65%	21%	143	10%
107-Pieve di Soligo	215.597	14%	63%	23%	166	11%
108-Asolo	250.939	15%	65%	20%	127	11%
109-Treviso	418.911	15%	64%	21%	143	10%
Totale Provincia di Treviso	885.447	15%	64%	21%	143	11%
110-Veneto Orientale	215.348	13%	64%	22%	170	10%
112-Veneziana	302.433	12%	61%	27%	220	12%
113-Mirano	271.031	14%	65%	21%	155	8%
114-Chioqgia	66.884	11%	64%	24%	217	5%
Totale Provincia di Venezia	855.696	13%	63%	24%	185	10%
115-Alta Padovana	258.039	15%	66%	19%	125	10%
116-Padova	493.423	13%	64%	23%	169	12%
117-Este	182.870	13%	65%	23%	177	7%
Totale Provincia di Padova	934.332	14%	65%	22%	157	10%
118-Rovigo	170.758	12%	64%	24%	210	9%
119-Adria	72.337	11%	64%	25%	242	4%
Totale Provincia di Rovigo	243.095	11%	64%	25%	219	8%
120-Verona	471.887	14%	64%	22%	160	13%
121-Legnano	154.619	14%	64%	21%	152	10%
122-Bussolenigo	295.877	15%	66%	19%	130	10%
Totale Provincia di Verona	922.383	14%	64%	21%	149	12%
Totale Regione del Veneto	4.915.123	14%	64%	22%	159	10%

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 1.2). 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 al 1° gennaio 2016 risultavano 497.921, il 10,1% della popolazione complessiva, leggermente meno dell'anno precedente (10,4%), di cui 234.953 maschi (47%) e 262.968 femmine (53%). La struttura per età della popolazione straniera è più giovane di quello della popolazione italiana; gli stranieri si collocano soprattutto nelle fasce di età infantili e lavorative. Le ULSS demograficamente più ampie sono quelle di Padova, Verona e Treviso con una popolazione tra i 400.000 e i 500.000 residenti; le ULSS meno popolate sono quelle di Chioggia (66.884 residenti), Adria (72.337 residenti) e Feltre (82.996 residenti) (Tabella 1.1).

Scenario economico

Il perdurante deterioramento delle condizioni economiche si riflette nella perdita di imprese e di posti di lavoro. Tale deterioramento sembra essersi rallentato rispetto al trend osservato negli anni immediatamente precedenti. Nel 2015 rispetto al 2014 si è registrata una riduzione di aziende attive di circa 2.000 unità (-0,49%), in particolare nel manifatturiero e nelle costruzioni, riduzione più contenuta rispetto a quella osservata nell'anno precedente (Tabella 1.2). Nel 2015 i licenziamenti con conseguente inserimento in lista di mobilità sono stati 8.735 (18.338 nel 2014). Le ore autorizzate per la Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (CIGS) sono passate da 54,8 milioni per il 2014 a 36 milioni per il 2015. Tali dati si riferiscono alle aziende con oltre 15 dipendenti; per le piccole aziende, è rilevante il numero delle richieste di accesso alla Cassa Integrazione in Deroga (cigd) di cui si è osservata una contrazione delle ore utilizzate da 8,3 milioni nel 2014 a 4 milioni nel 2015.

Tabella 1.2 - Imprese attive nel IV trimestre, Veneto, 2009-2015 (Fonte: INFOCAMERE)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Agricoltura e pesca	81.353	79.071	77.353	75.972	71.174	69.501	68.498
Attività manifatturiere	59.166	58.260	57.484	55.875	54.414	53.654	52.982
Metalmeccanico	23.318	23.146	22.921	22.385	21.887	21.682	21.470
Costruzioni	75.211	74.566	74.029	71.411	69.041	67.580	65.852
Servizi	240.466	243.651	245.225	245.037	245.400	246.605	247.925
Commercio	104.424	104.936	104.710	103.774	103.442	103.182	102.772
Trasporti	14.897	14.643	14.363	14.114	13.759	13.646	13.581
Alberghi e Ristoranti	27.391	28.070	28.394	28.581	28.785	29.222	29.511
Servizi alle Imprese	69.212	70.896	72.261	72.945	73.489	74.170	75.275
Servizi alle Persone	24.542	25.106	25.497	25.623	25.925	26.385	26.786
Altro	2.156	1.677	1.836	2.004	2.249	1.967	1.873
Totale	458.352	457.225	455.927	450.299	442.278	439.307	437.130

Secondo le stime ISTAT (Tabella 1.3), gli occupati nel 2015 risultano leggermente in diminuzione rispetto all'anno precedente; rispetto al 2008 il calo è notevole (-4,2%)

legato sostanzialmente al lavoro dipendente e al macro settore dell'Industria, dove tra il 2008 e il 2015 si osserva un calo di oltre 120 mila occupati.

Tabella 1.3 – Stima Occupati (in migliaia) per macrosettore, Veneto, 2008–2015 (Fonte: ISTAT)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Industria	844	800	754	774	752	706	720	722
Servizi	1.239	1.230	1.264	1.258	1.274	1.273	1.283	1.267
Agricoltura	58	56	65	69	74	64	63	63
Totale	2.141	2.086	2.083	2.101	2.100	2.043	2.066	2.052
Dipendenti	1.656	1.634	1.587	1.612	1.603	1.552	1.571	1.566
Indipendenti	485	452	496	489	497	491	495	486

Per quel che riguarda le assunzioni e le cessazioni dei lavoratori dipendenti, i dati dei Centri per l'impiego del Veneto (<http://www.venetolavoro.it/numeri>), al netto del lavoro domestico e del lavoro intermittente, evidenziano un andamento positivo per le assunzioni in generale (+13%) tra il 2014 e il 2015 e in particolare per quelle a lungo termine (tempo indeterminato +81% da 81.020 a 147.020 assunzioni). Un segnale positivo si intravede osservando il saldo tra assunzioni e cessazioni che nel 2015 risulta positivo dopo diversi anni con saldi negativi, sia per i contratti a tempo determinato (+35.450), che per i contratti a tempo indeterminato (considerando anche le trasformazioni in tempo indeterminato).

Nel 2015 sono stati venduti oltre 15 milioni di voucher (+9 milioni rispetto al 2014), confermando il Veneto come seconda regione per utilizzo. Inizialmente concentrato nel settore agricolo, l'utilizzo del lavoro occasionale accessorio ha conosciuto una veloce estensione ad altri ambiti occupazionali a seguito della L. 92/2012 in cui sono state abolite le restrizioni all'utilizzo sia in relazione ai settori di attività che alle categorie dei prestatori ammissibili.

Approfondimenti

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

Programma Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale

(presso SPISAL Azienda ULSS 9) <http://www9.ulss.tv.it/Minisiti/spisal/epidemiologia.html>

Veneto Lavoro: <http://www.venetolavoro.it/numeri>

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale - *Sezione Controlli Governo e Personale SSR*

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

PREO Programma Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale - *Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) dell'AULSS 9*

Telefono: 0422 323820

e-mail: segspisaltv@ulss.tv.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)
Allegato A; capitolo 1.3. Scenario socio-demografico e epidemiologico; § 1.3.3. Gli ambiti di priorità a livello di gruppi di popolazione.*

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);
- 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);
- PASSI D'ARGENTO (qualità della vita e sulla salute nella terza età).

Con l'eccezione di HBSC, tutte le indagini sono realizzate da personale dei Dipartimenti di Prevenzione. In particolare, il Sistema di Sorveglianza PASSI prevede la somministrazione di interviste telefoniche tramite questionario standardizzato. Dal 2007 ad oggi sono state contattate 42.000 persone.

15

Consumo di alcol

Nel 2015, il 63% degli intervistati dichiara di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese. Complessivamente, il 24% 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). I comportamenti binge risultano più diffusi tra i più giovani (23%), negli uomini (19% vs. 7% donne) e nelle persone con un alto livello di istruzione e senza difficoltà economiche.

Tabella 2.1 – Prevalenza % del consumo di alcool a 18-69 anni. Veneto, 2008-2015.
(Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI Regione Veneto)

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

Rischio cardiovascolare

Ipertensione. Il 57% della popolazione veneta oltre i 65 anni riferisce di soffrire di ipertensione. Gli ipertesi variano a seconda del sesso, crescono con l'età e in presenza di difficoltà economiche, di un basso livello di istruzione e di eccesso ponderale. In Veneto,

nel 2015, il 20% degli intervistati tra 18 e 69 anni che hanno effettuato la misurazione della pressione arteriosa (PA) riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione. La percentuale di ipertesi varia a seconda del sesso e cresce con l'età, in presenza di difficoltà economiche e di sovrappeso/obesità, mentre diminuisce al crescere del livello di istruzione. Tra i 50 e 69 anni, circa 4 persone su 10 dichiarano di essere ipertese. Tra le persone in sovrappeso, la percentuale di ipertesi è circa 3 volte quella tra le persone normopeso. Il 72% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico.

Ipercolesterolemia. Il 25% di intervistati tra 18 e 69 anni che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia. L'ipercolesterolemia cresce con l'età ed è più frequente nelle persone in eccesso ponderale (BMI ≥ 25), senza difficoltà economiche e con un livello di istruzione medio. Il 30% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

Tabella 2.2 – Prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare a 18-69 anni. Veneto, 2008-2015.
(Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI Regione Veneto)

Fattori di rischio cardiovascolare	Prevalenza	(CI 95%)
Ipertensione arteriosa	19,9	(18,7-21,1)
Ipercolesterolemia	24,9	(23,5-26,3)
Sedentarietà	22,6	(21,3-23,8)
Fumo	23,4	(22,2-24,7)
Sovrappeso	31,7	(30,4-33,1)
Obesità	10,2	(9,4-11,2)
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	87,6	(86,6-88,5)

16

Attività fisica

Nel 2015, in Veneto, il 33% delle persone intervistate ha 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).

Tabella 2.3 – Prevalenza % dell'attività fisica a 18-69 anni. Veneto, 2008-2015.
(Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI Regione Veneto)

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

Il 44% pratica attività fisica in quantità inferiore al raccomandato (parzialmente attivo) e il 23% 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.

Abitudine al fumo

Il 56% della popolazione veneta tra i 18 e 69 anni, intervistata nel 2015 nell'ambito della sorveglianza PASSI, dichiara di non aver mai fumato, il 21% dichiara di essere un ex fumatore e meno di un 1 su 4 (23%) fuma (Tabella 2.3).

Fumano di più gli uomini, i giovani e le persone con maggiori difficoltà economiche. Una quota importante della popolazione veneta (776.000 persone) necessita di un'attenzione particolare in termini di prevenzione e assistenza. In Veneto si riscontrano percentuali di fumatori mediamente inferiori rispetto al pool nazionale PASSI 2015.

Tabella 2.4 – Prevalenza % dell'abitudine al fumo a 18-69 anni. Veneto, 2008-2015.
(Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI Regione Veneto)

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

Alimentazione

Eccesso ponderale. Nel 2015, in Veneto, il 4% delle persone intervistate tra i 18 e 69 anni risulta sottopeso, il 54% normopeso, il 32% sovrappeso e il 10% obeso (complessivamente il 42% 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 54% delle persone sono in eccesso ponderale), negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone con difficoltà economiche. Negli anni, la percentuale di persone in eccesso ponderale non si è modificata ed è sempre più elevata nelle fasce di età con bassa scolarizzazione.

Tabella 2.5 – Prevalenza % dell'eccesso ponderale a 18-69 anni. Veneto 2008-2015.
(Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI Regione Veneto)

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

Consumo di frutta e verdura. In Veneto, il 45% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 41% 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 tra i 50 e 69 anni e le donne. Non emergono differenze legate alla condizione economica e alla situazione ponderale. Tra gli ultra 65enni, il 17% dichiara di mangiare 5 o più porzioni giornaliere raccomandate di frutta e verdura, il 46% ne mangia 3 o 4, il 36% solo 1 o 2 e l'1% nemmeno una.

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/

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica - Sezione Attuazione
 Programmazione Sanitaria
 Palazzo Rio Tre Ponti - Dorsoduro, 3494 – 30123 Venezia
 Telefono: 041 279 1352-1353
 e-mail: sanitapubblica@regione.veneto.it

2.2 Mortalità per causa

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

Allegato A. § 1.3.2 Scenario epidemiologico e bisogni di salute. Mortalità generale e per causa. Pagine 12-14. 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.

Quadro di sintesi

Le principali cause di morte sono rappresentate dai tumori negli uomini e dalle malattie circolatorie nelle donne. Nel periodo 2000-2014 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, nel 2010-2011 ha mostrato una forte crescita, stabile negli ultimi anni.

Dai dati preliminari disponibili, nel primo semestre 2015 si è osservato un lieve incremento della mortalità rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, principalmente per patologie circolatorie e dell'apparato respiratorio. Il picco di mortalità si è verificato nel mese di gennaio. Un aumento della mortalità nella prima parte del 2015, almeno in parte attribuibile all'andamento dell'epidemia influenzale, è stato osservato in molti altri Paesi europei.

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). E' in corso la codifica ed il data entry delle schede del 2015: i dati regionali di mortalità sono consultabili sul sito web del SER, al 2014 definitivi e al primo semestre 2015 provvisori.

Le principali cause di morte nel 2014 sono rappresentate dai tumori negli uomini e dalle malattie circolatorie nelle donne (Tabella 2.6). Il tumore del polmone causa più dell'8% di tutti i decessi negli uomini e più del 3% nelle donne. Tuttavia, la mortalità dovuta a questa patologia negli uomini è in rapida diminuzione, mentre nelle donne è sostanzialmente stabile (Figura 2.1). I tumori del grosso intestino, pur presentando tassi standardizzati in notevole riduzione negli ultimi anni, 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 altre più frequenti sedi di neoplasia, bisogna segnalare che la mortalità per tumore del pancreas in Veneto non ha mostrato variazioni di rilievo nel tempo.

Tabella 2.6 – Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N), mortalità proporzionale (%) e tasso osservato (TO) di mortalità per causa (tasso per 100.000). Veneto, 2014 (Fonte: SER)

Cause di morte	Maschi			Femmine		
	N	%	TO	N	%	TO
ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	471	2,2%	19,6	599	2,5%	23,7
TUMORI	7.750	35,8%	322,6	6.162	26,0%	244,1
Tumore maligno di colon, retto e ano	760	3,5%	31,6	604	2,5%	23,9
Tumore maligno di fegato e dotti biliari intraepatici	572	2,6%	23,8	220	0,9%	8,7
Tumore maligno del pancreas	526	2,4%	21,9	567	2,4%	22,5
Tumore maligno di trachea, bronchi e polmone	1.790	8,3%	74,5	779	3,3%	30,9
Tumore maligno della mammella femminile				983	4,1%	38,9
Tumore maligno della prostata	502	2,3%	20,9			
MAL. ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	777	3,6%	32,3	934	3,9%	37,0
Diabete mellito	617	2,8%	25,7	705	3,0%	27,9
DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	716	3,3%	29,8	1.408	5,9%	55,8
Demenza	638	2,9%	26,6	1.360	5,7%	53,9
MAL. DEL SISTEMA NERVOSO	783	3,6%	32,6	1.046	4,4%	41,4
Malattia di Parkinson	214	1,0%	8,9	182	0,8%	7,2
Malattia di Alzheimer	220	1,0%	9,2	503	2,1%	19,9
MAL. DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	6.929	32,0%	288,5	9.157	38,6%	362,7
Malattie ipertensive	760	3,5%	31,6	1.631	6,9%	64,6
Cardiopatie ischemiche	2.627	12,1%	109,4	2.563	10,8%	101,5
Altre malattie cardiache	1.782	8,2%	74,2	2.409	10,2%	95,4
Malattie cerebrovascolari	1.409	6,5%	58,7	2.231	9,4%	88,4
MAL. DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1.566	7,2%	65,2	1.626	6,9%	64,4
Polmonite	430	2,0%	17,9	527	2,2%	20,9
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	633	2,9%	26,4	521	2,2%	20,6
MAL. APPARATO DIGERENTE	888	4,1%	37,0	899	3,8%	35,6
Cirrosi epatica e altre malattie croniche del fegato	419	1,9%	17,4	210	0,9%	8,3
MAL. DELL'APPARATO GENITOURINARIO	284	1,3%	11,8	393	1,7%	15,6
CAUSE ESTERNE DI MORBOSITA' E MORTALITA'	1.067	4,9%	44,4	676	2,9%	26,8
Accidenti da trasporto	251	1,2%	10,4	69	0,3%	2,7
Autolesioni intenzionali	324	1,5%	13,5	98	0,4%	3,9
TUTTE LE CAUSE	21.678	100%	902,5	23.711	100%	939,1

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), che rendono conto di una quota rilevante di decessi soprattutto tra le donne in età avanzata. 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 2.2).

Figura 2.1 – Mortalità per tumore al polmone, colon-retto e mammella: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, 2000-2014, stand. diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007

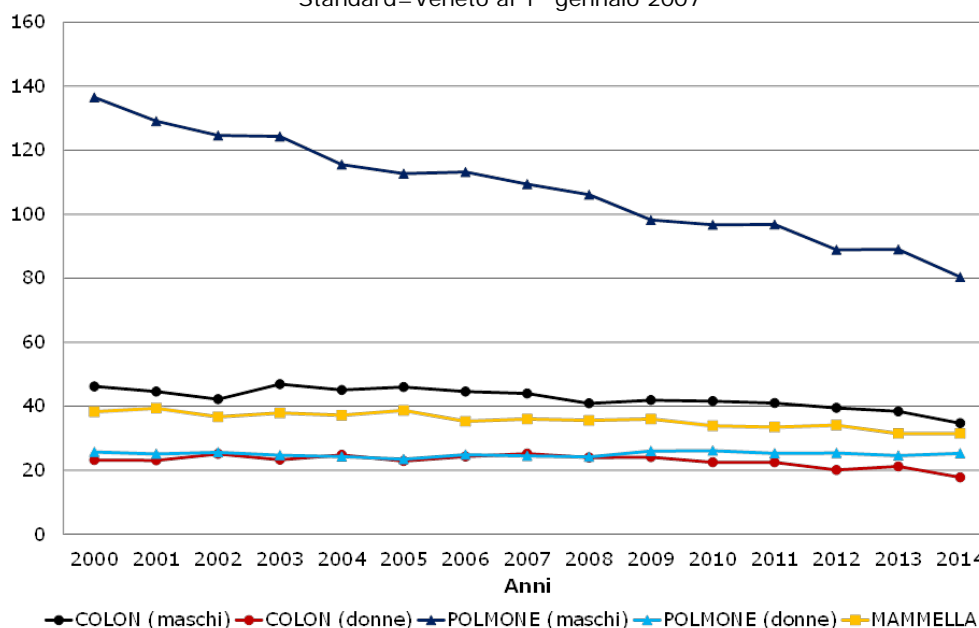
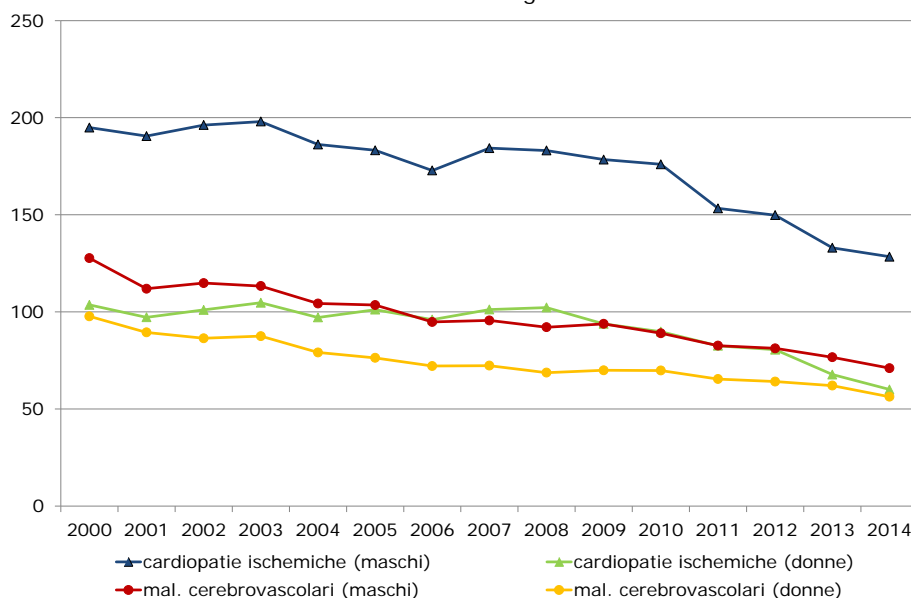


Figura 2.2 – Mortalità per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, 2000-2014, stand. diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007

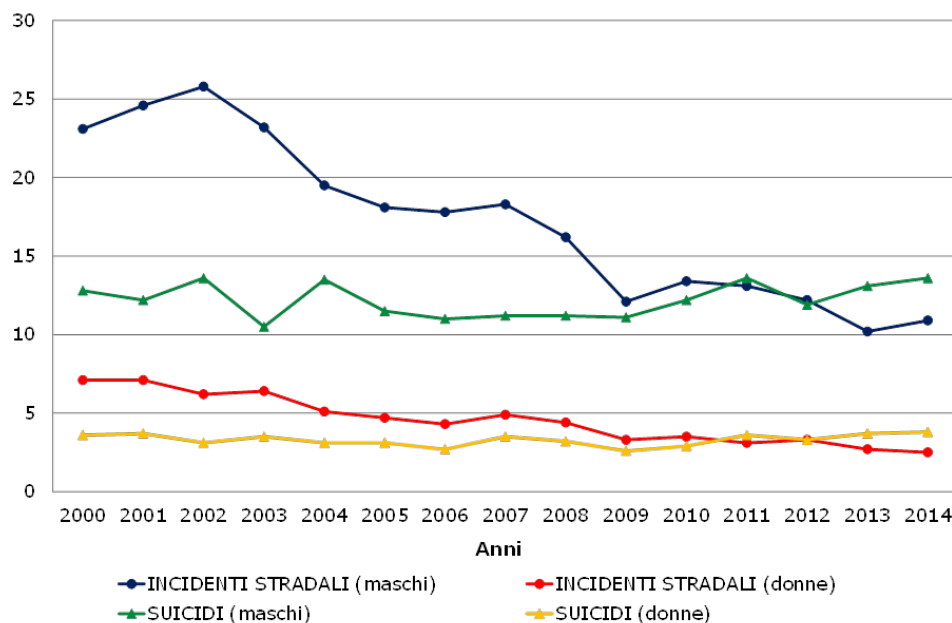


Le malattie delle basse vie respiratorie (enfisema, bronchite cronica, asma), e le malattie del fegato (cirrosi ed altre epatopatie), pur presentando tassi di mortalità in riduzione nel tempo, costituiscono altre rilevanti cause di morte, soprattutto tra gli uomini. Si tratta di patologie (come il diabete e le demenze) spesso segnalate nella scheda di morte senza essere però selezionate come causa iniziale del decesso.

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 forte crescita, portandosi a tassi che sono rimasti elevati nel 2012-2014. Negli ultimi anni in entrambi i sessi i tassi di mortalità per suicidio hanno superato quelli per incidente stradale (Figura 2.3).

Figura 2.3 – Mortalità per incidenti stradali e suicidi: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, 2000-2014, stand. diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007

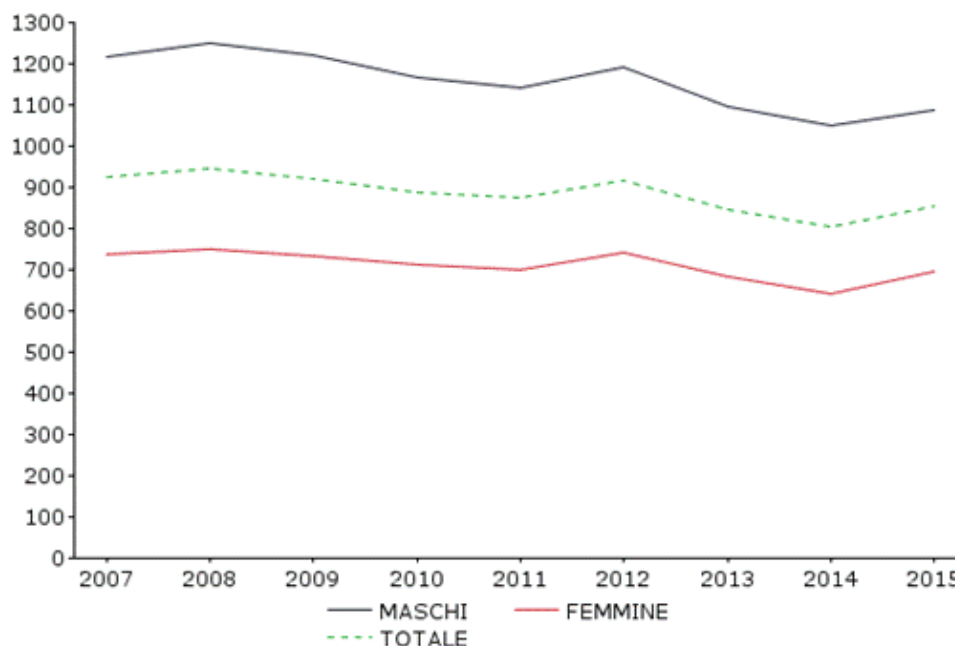


La mortalità nel primo semestre 2015: dati preliminari

Secondo i dati del bilancio demografico nazionale, nel 2015 il numero assoluto di decessi registrati in Italia è aumentato di circa il 9% rispetto all'anno precedente, e tale dato ha acquisito un notevole rilievo mediatico. In realtà, in base ad analisi condotte in alcune città italiane, l'aumento dei tassi standardizzati di mortalità (corretti cioè per il progressivo invecchiamento della popolazione) è risultato più contenuto. L'eccesso di mortalità in particolare si è concentrato in due periodi: nella prima parte dell'anno, e nel periodo estivo (con condizioni di disagio climatico particolarmente intenso).

Vengono presentate analisi preliminari condotte sul database provvisorio regionale del periodo gennaio-giugno 2015, con una copertura stimabile intorno al 98-99% (devono ancora essere recuperate le schede di morte mancanti od illeggibili). L'andamento dei tassi di mortalità registrati nel periodo gennaio-giugno è analizzato a partire dal 2007, anno in cui a livello regionale è stata adottata la codifica in ICD-10. Nel primo semestre 2015 si è registrato un lieve aumento della mortalità complessiva rispetto allo stesso periodo del 2014; il tasso di mortalità si è riportato su valori simili a quelli osservati nel 2013 (Figura 2.4). E' da notare come un incremento simile si sia registrato anche nel primo semestre 2012 (a febbraio si era verificata un'ondata di freddo) rispetto al 2011.

Figura 2.4 – Mortalità per tutte le cause: tasso standardizzato, per sesso (per 100.000). Veneto, primo semestre degli anni 2007-2015. Standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007.



Nelle Figure 2.5, 2.6 e 2.7 è mostrato l'andamento della mortalità per i principali settori di patologia: tumori, malattie circolatorie, malattie dell'apparato respiratorio. Per i tumori, prosegue il trend storico di riduzione della mortalità, particolarmente evidente nel sesso maschile. La mortalità per malattie del sistema circolatorio mostra invece un lieve aumento, soprattutto nel sesso femminile. E' la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio ad avere registrato l'incremento più consistente nel primo semestre 2015, con tassi che si portano a livelli intermedi tra quelli osservati nel 2012 e nel 2013.

Figura 2.5 – Mortalità per tumori: tasso standardizzato, per sesso (per 100.000). Veneto, primo semestre degli anni 2007-2015. Stand. diretta, popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007.

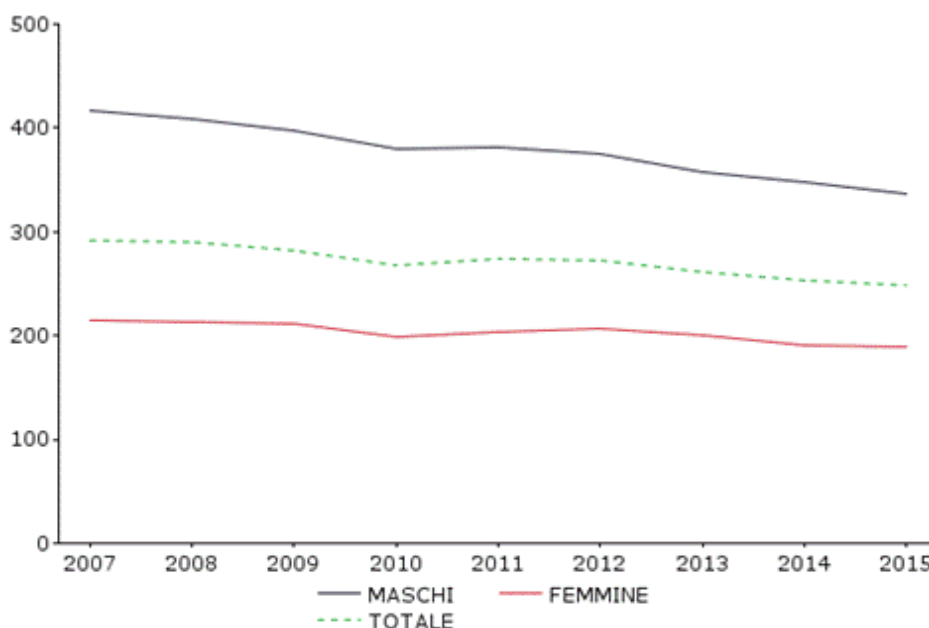


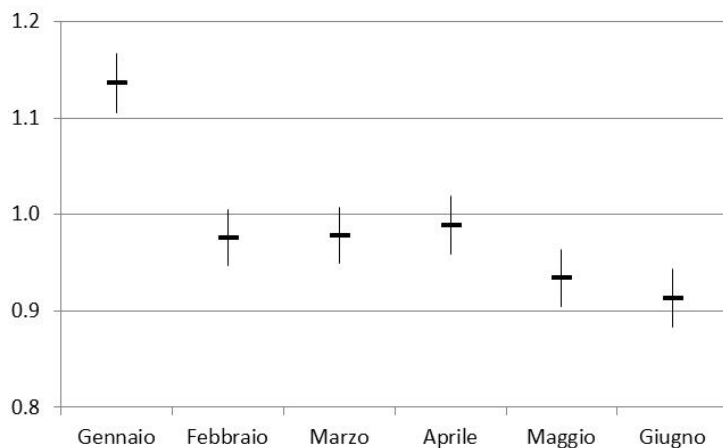
Figura 2.6 – Mortalità per malattie del sistema circolatorio: tasso standardizzato, per sesso (per 100.000). Veneto, primo semestre degli anni 2007-2015. Stand. diretta, popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007.



Figura 2.7 – Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio: tasso standardizzato, per sesso (per 100.000). Veneto, primo semestre degli anni 2007-2015. Stand. diretta, popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007.

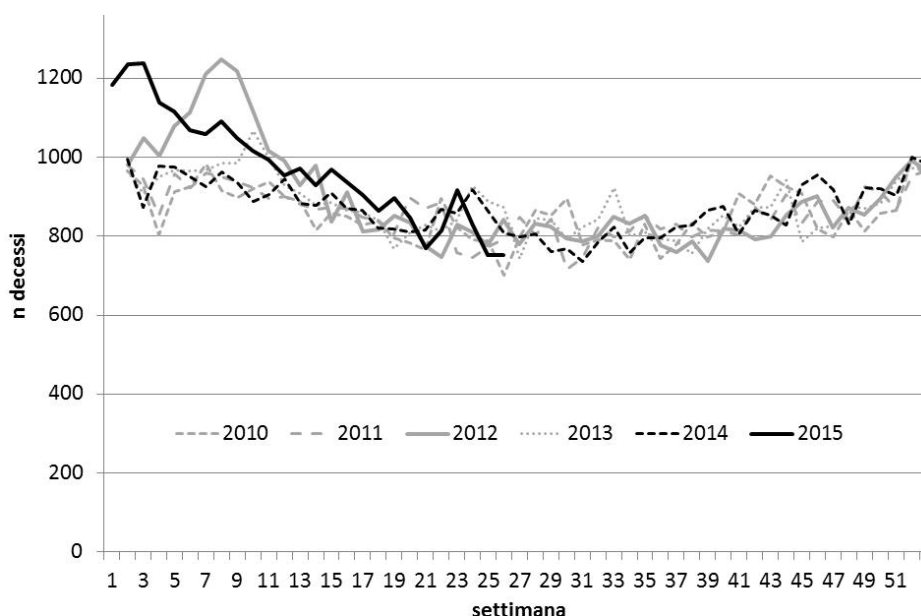


Figura 2.8 – Rapporto standardizzato di mortalità per tutte le cause per singolo mese del 2015; 1.0 = valore atteso in base ai tassi registrati nello stesso periodo del quinquennio 2010-2014.



Se si confronta il numero mensile di decessi osservato nel 2015 con il valore atteso in base ai tassi registrati nel quinquennio 2010-2014, si nota come l'eccesso di mortalità sia concentrato nel mese di gennaio 2015 (Figura 2.8). E' da sottolineare come un eccesso di mortalità ad inizio anno sia stato segnalato in molti Paesi europei (inclusi Gran Bretagna, Francia e Spagna) e, in parte, sia riconducibile all'andamento dell'epidemia influenzale. Infatti, considerando il numero settimanale di decessi, nel 2015 nel Veneto si è raggiunto un massimo a metà gennaio. Tale periodo coincide con il picco dell'epidemia influenzale negli adulti, che nella nostra Regione è stato leggermente anticipato rispetto all'andamento medio nazionale. Per confronto, nella Figura 2.9 si può osservare come nel 2012 il picco di mortalità si sia verificato nel mese di febbraio, in coincidenza con l'ondata di freddo e con il culmine della stagione influenzale 2011-2012.

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



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.
- Molbak K et al. [Excess mortality among the elderly in European countries, December 2014 to February 2015](#). EuroSurveill. 2015 Mar 19;20(11).
- ["Rapporto sull'andamento epidemiologico dell'influenza nella Regione Veneto, stagione 2014-2015"](#), a cura del Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica.

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale - *Sezione Controlli e Governo SSR*
 Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: ser@regione.veneto.it

2.3 Malattie infettive: malaria, varicella e malattie emergenti

*Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
Allegato A; capitolo 1: Scenario socio-demografico e organizzativo; capitolo 3: Attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie*

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 e dello sviluppo di nuovi protocolli operativi al fine del miglioramento della sorveglianza in Sanità Pubblica e del potenziamento della raccolta dei dati, dell'analisi, interpretazione e diffusione. In Veneto la notifica delle malattie infettive viene effettuata utilizzando l'applicativo informatico SIMIWEB, adottato dal 2006 in tutte le Aziende Ulss. Tale strumento prevede l'inserimento, per ogni malattia, dei dati anagrafici offerti dalla scheda di segnalazione, oltre a dati più approfonditi ("flussi speciali") per tubercolosi, malattie batteriche invasive e malaria. Le schede di sorveglianza di altre malattie, come morbillo, rosolia, West-Nile, influenza, epatiti vengono invece inserite in applicativi dedicati predisposti dall'Istituto Superiore di Sanità. E' infine attivo un sistema di sorveglianza delle forme batteriche invasive dovute ai tre principali agenti responsabili di meningite: Streptococco pneumoniae, Neisseria meningitidis e Haemophilus Influenzae, al fine di monitorare e delineare un profilo completo dell'andamento epidemiologico di tale malattia. In Veneto, inoltre, è attivo un applicativo per la gestione delle vaccinazioni: ONVAC, utilizzato da tutte le Aziende Ulss, che consente il monitoraggio delle vaccinazioni e delle coperture vaccinali in tempo reale, garantito da un'anagrafe dei vaccini centralizzata e in costante aggiornamento.

Malaria

Secondo il rapporto dell'Oms (2012), si stimano nel mondo circa 207 milioni di nuovi casi e oltre 600 mila decessi. A partire dal 2006, la sorveglianza della malaria nel Veneto si basa sul flusso integrato della scheda di notifica, raccolta utilizzando l'applicativo informatico SIMIWEB e della scheda ministeriale di "flusso speciale" che contiene dati relativi all'ospedalizzazione del malato, alla terapia somministrata, alle eventuali misure di profilassi adottate.

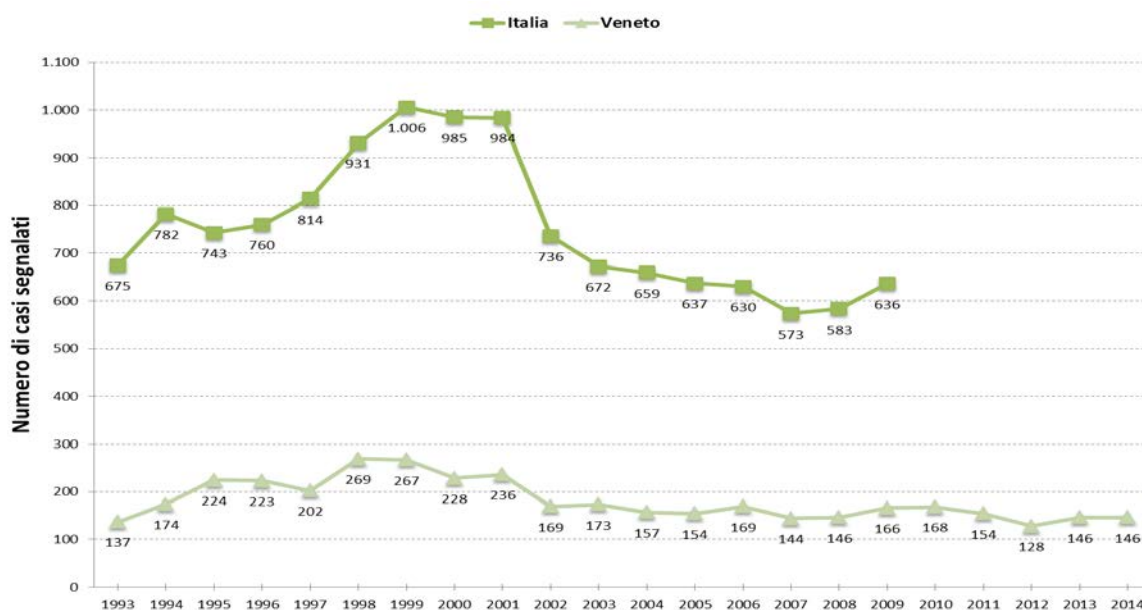
Analizzando i dati del Veneto del periodo 1993 - 2014 si osserva che i casi di malaria si sono verificati prevalentemente in cittadini stranieri provenienti da aree endemiche, analogamente al resto del Paese. Dopo un breve periodo di calo, dal 2003 il numero di casi di malaria negli stranieri sono costantemente aumentati, tanto che nell'anno 2011 rappresentano quasi l'84% del totale, mentre nel 2012 tale percentuale si attesta al 72,7%. Nel 2012, inoltre, il 40% dei casi con cittadinanza italiana che hanno contratto la malaria sono persone che hanno ottenuto la cittadinanza nel corso della loro vita o sono figli di immigrati di origine africana. Nel 2014 sono stati segnalati 146 casi di malaria. E' evidente che il numero di notifiche complessive registrate in Veneto è costante da oltre

dieci anni. Nel 2014 si conferma uno stabilizzarsi del numero e della proporzione di affetti da malaria tra gli italiani: il 72% dei casi registrati, infatti, riguardava cittadini stranieri. Nel periodo 2002-2014 tra gli stranieri il principale motivo del viaggio è il rientro in patria per fare visita a familiari ed amici (81% dei casi - VFR's=visiting friends and relatives). Tra gli italiani, invece, il viaggio è avvenuto principalmente per motivi di lavoro (26%), missione/volontariato (23%) o rientro al Paese di origine (20%).

La maggioranza degli immigrati che contraggono la malaria proviene dall'Africa occidentale, soprattutto Nigeria, Ghana, Burkina Faso, Senegal e Costa D'Avorio, un dato che rispecchia il pattern di immigrazione nel nostro territorio (Figura 2.10).

Nel periodo di osservazione (2002-2014) la quasi totalità dei casi di malaria è da imputare al *P. falciparum*. Dai dati raccolti in Veneto risulta che 1.369 pazienti (77% dei casi di malaria registrati nel periodo) non hanno eseguito la profilassi farmacologica, ma la proporzione di italiani che hanno effettuato la chemiopprofilassi è quasi il doppio (31%) rispetto a quella dei soggetti originari di zone endemiche (20%). Tra i 1.796 casi notificati in Veneto sono stati riscontrati 10 decessi (8 italiani e 2 extracomunitari), pari allo 0,6% della casistica.

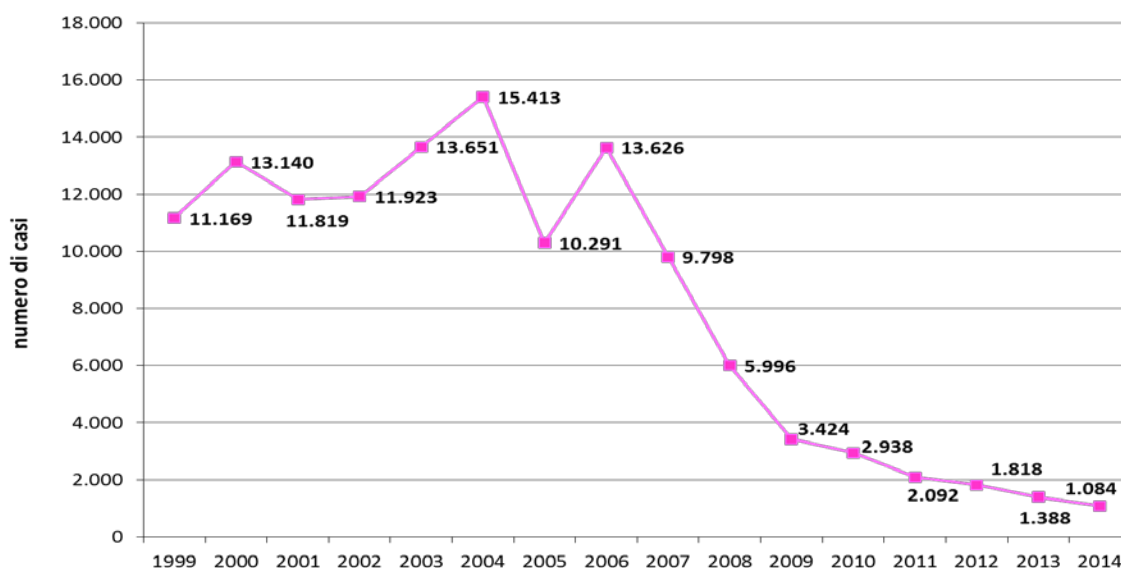
Figura 2.10 - Numero di casi segnalati di malaria in Italia e in Veneto, 1993-2014



Varicella

Dal 2006 si è verificata una forte riduzione del numero di casi notificati (Figura 2.11): il numero di affetti da varicella nel 2014 è infatti ridotto di oltre il 90% rispetto a quello del 2006 (da 13.700 circa a 1.084). Il picco massimo, quasi 330 casi per 100.000 abitanti, si registra in corrispondenza del 2004, mentre per il 2014 si aggira attorno a 22 casi ogni 100.000 abitanti, con una riduzione del 93% rispetto al 2004. Nell'ultimo quinquennio il tasso ha registrato una costante diminuzione.

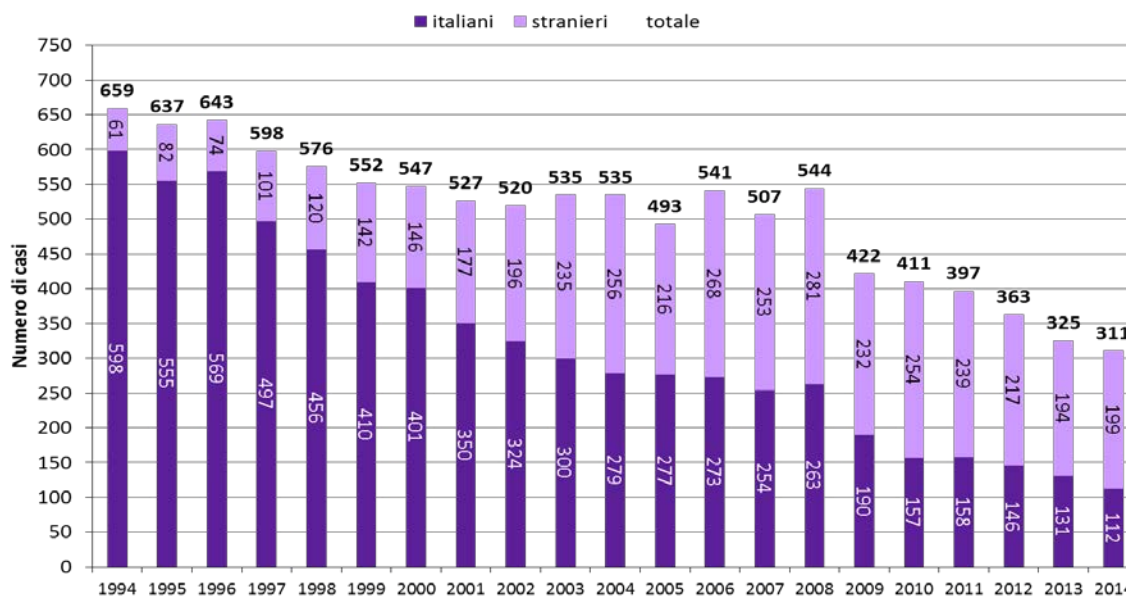
Figura 2.11 – Casi di varicella notificati in Veneto, 1999-2014.



Tubercolosi (TBC)

Nel corso degli anni i casi di tubercolosi (TB) risultano in progressivo calo. Dopo una prima fase 1994-2002 di costante decremento, il numero di notifiche di TB si è attestato tra i 500 e i 550 casi all'anno nel periodo 2003-2008. Nell'ultimo quadriennio 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, 1994-2014



Nel 2014 si è registrato il minor numero di notifiche per TB e il tasso risulta pari a 6,3 casi ogni 100.000 abitanti. Per gli italiani il numero di notifiche ha un andamento decrescente durante tutto il periodo di osservazione, mentre gli stranieri registrano una progressiva crescita fino al 2004 per poi assestarsi tra i 200 e i 250 casi l'anno. Nel 2014, si osserva una notevole discrepanza tra il tasso di notifica della popolazione autoctona e

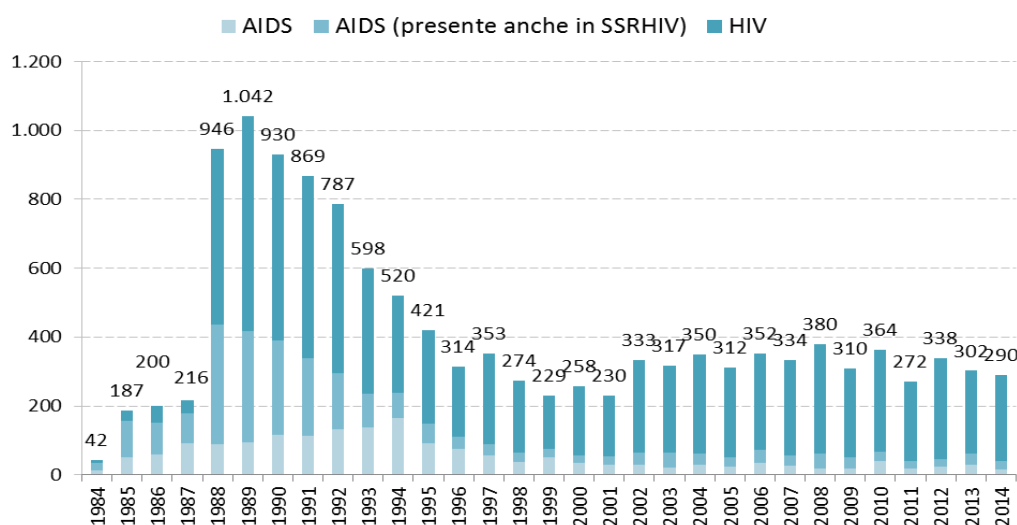
quella straniera: nel primo caso il valore si attesta a 2,5 casi ogni 100.000 italiani residenti, nel secondo caso sale a quasi 40 casi ogni 100.000.

HIV e AIDS

Nel 2014 si osservano 12.685 casi cumulativi di HIV, il cui picco massimo viene registrato all'avvio del Sistema di Sorveglianza Regionale (SSRHIV, attivo dal 1988, i casi precedenti sono incompleti), superando le 1.000 nuove diagnosi nel 1989. Sottraendo i deceduti, si stima che nel 2014 siano 10.050 le persone affette da virus dell'immunodeficienza umana (residenti e non). I casi annualmente notificati risultano costanti da diversi anni, variando tra i 250 ed i 380.

Per quanto riguarda l'AIDS, dal 2000 il numero di notifiche si attesta al di sotto dei 100 casi annui, con un minimo nel biennio 2011-12 (meno di 50 casi/anno). Nel 2014 ci sono state 51 segnalazioni. Dal 1984 sono stati notificati 3.696 casi tra i residenti in Veneto, di cui 2.502 risultano deceduti con una letalità complessiva pari al 68%. Il 77% delle diagnosi si è verificato tra gli uomini. Il 76% riguarda persone di 25-44 anni. Dal 2000 la percentuale di stranieri affetti da AIDS residenti in Veneto ha superato il 10%. Nel periodo 2000-2014 la quota di stranieri con AIDS è del 30% e raggiunge il picco massimo del 47% nel 2010. Nel 2014 i nuovi casi da AIDS negli stranieri sono 22 (43%).

Figura 2.13 – Casi di infezioni da HIV per anno di prima positività. Dati SSRHIV e REGAIDS. Veneto, 1984-2014.



Per approfondimenti

<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/igiene-e-sanita-pubblica>
www.vaccinarsinveneto.org

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica - Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
 Palazzo Rio Tre Ponti - Dorsoduro, 3494 – 30123 Venezia
 Telefono: 041 279 1352-1353
 e-mail: sanitapubblica@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

La multimorbilità è una condizione frequente nella popolazione ed aumenta con l'età. Per molte condizioni croniche la contemporanea presenza di ulteriori malattie è la norma: utilizzando la metrica del Sistema ACG, un quinto della popolazione del Veneto presenta un elevato carico complessivo di malattia e determina i tre quarti del totale dei costi per l'assistenza sanitaria.

Il PSSR 2012-2016 dedica ampio spazio alla problematica della cronicità, come risultante del processo di allungamento della vita media della popolazione, di cure mediche e farmacologiche sempre più efficaci e dell'evoluzione degli stili di vita.

La cronicità riferita ad una singola patologia è una condizione che si riscontra sempre più raramente nella popolazione, mentre sono molto più diffuse situazioni di copresenza di diverse condizioni croniche nella stessa persona. Nella Figura 2.14 è presentata la distribuzione della popolazione del Veneto per numero di condizioni croniche e i relativi costi per l'assistenza (costi medi per assistito): circa un terzo della popolazione convive con almeno una malattia cronica, con costi assistenziali crescenti all'aumentare del numero di condizioni croniche co-presenti. Già nella fascia d'età 45-54 anni quasi il 30% della popolazione ha almeno una malattia cronica e circa il 10% è in condizione di multimorbilità; in età più avanzata la condizione di pluripatologia è la norma (Figura 2.15).

In questo contesto epidemiologico, il PSSR 2012-2016 fa spesso riferimento alla necessità di descrivere i bisogni di salute della popolazione al fine di allocare in modo equo ed efficiente le risorse sanitarie disponibili. Per questo motivo a partire dal 2012, è stato avviato un progetto di sperimentazione del Sistema "Adjusted Clinical Groups" (ACG®) sviluppato dalla Johns Hopkins University di Baltimora e già utilizzato, oltre che negli Stati Uniti e in Canada, in diversi Paesi europei come la Svezia, il Regno Unito e la Spagna. ACG è un sistema di classificazione che, attraverso l'integrazione dei flussi informativi sanitari correnti, produce delle misure di carico di malattia della popolazione in base alle malattie co-presenti in ogni persona, mappandone così la distribuzione nel territorio e l'impatto sull'utilizzo delle risorse sanitarie.

Figura 2.14 – Popolazione e costi per numero di condizioni croniche. Veneto, 2014
(Fonte: elaborazioni su dati archivio ACG Veneto)

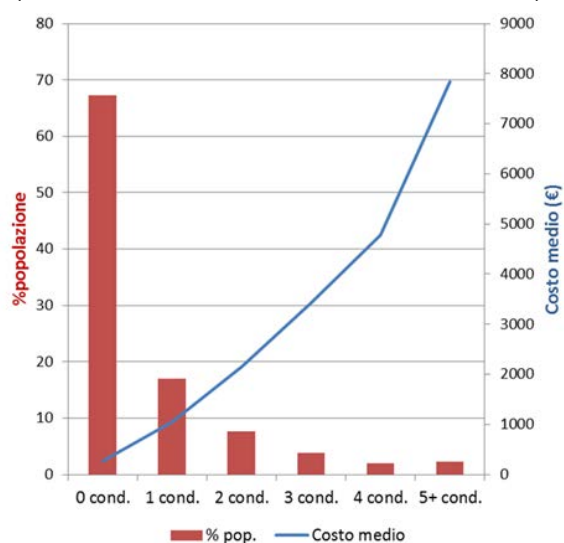
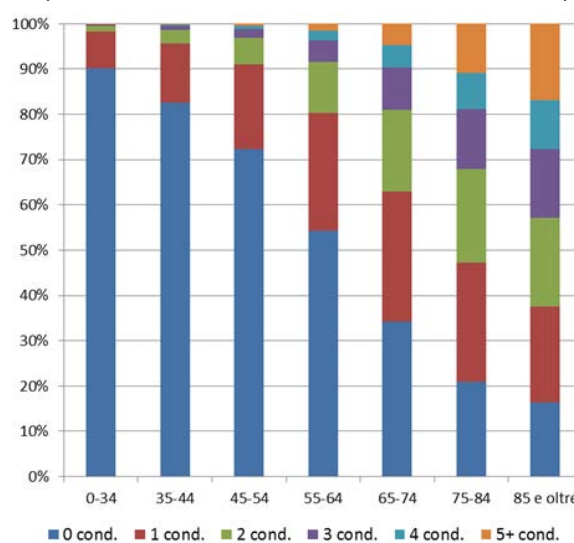
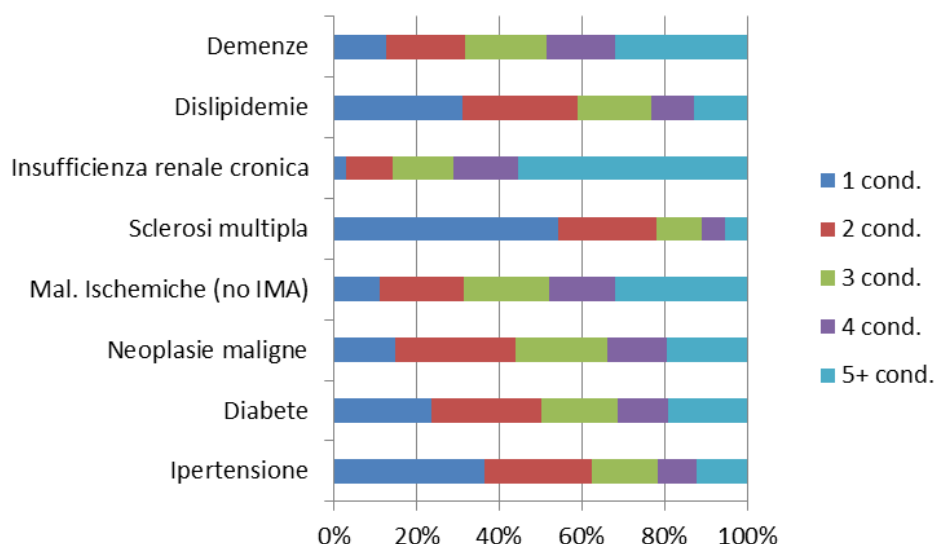


Figura 2.15 – Numero condizioni croniche per classi di età. Veneto, 2014
(Fonte: elaborazioni su dati archivio ACG Veneto)



Nella Figura 2.16 viene rappresentato il profilo di comorbidità degli assistiti affetti da alcune delle più frequenti malattie croniche (Ipertensione, Diabete Mellito, Disordini del metabolismo lipidico, Neoplasia maligna, Malattie ischemiche del cuore - escluso infarto acuto del miocardio, Demenza, Insufficienza renale cronica) e dalla sclerosi multipla; per quest'ultima condizione (DGR 758/2015), oltre che per il diabete (DGR 759/2015) e per la BPCO (DGR 206/2015) è stato approvato un PDTA regionale specifico.

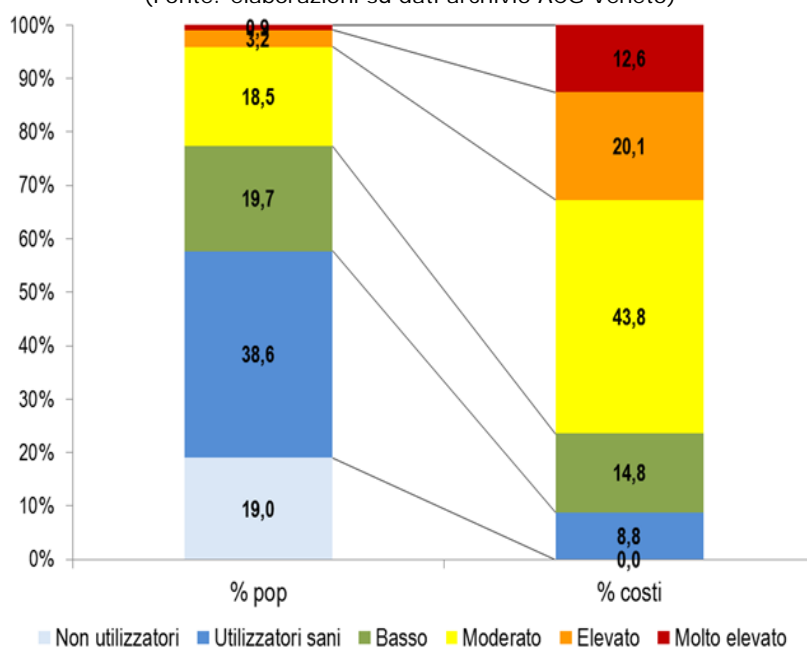
Figura 2.16 - Profilo di comorbidità della popolazione affetta da alcune condizioni croniche in Veneto, 2014.
(Fonte: elaborazioni su dati archivio ACG Veneto)



In base all'età, al sesso e alla combinazione delle malattie copresenti nella stessa persona, con il Sistema ACG è possibile segmentare la popolazione in sei classi crescenti

di carico di malattia alle quali corrispondono livelli crescenti di bisogno assistenziale. Nel 2014 si va dal 19% della popolazione che non risulta essere entrata in contatto con i servizi sanitari al 38% con malattie o sintomi curati con farmaci e interventi a livello ambulatoriale, ad un restante 40% di soggetti via via più complessi (Figura 2.17). In particolare, circa il 20% della popolazione, che corrisponde a persone con carico di malattia da moderato a molto elevato, determina circa il 75% dei costi assistenziali rilevati nel 2014.

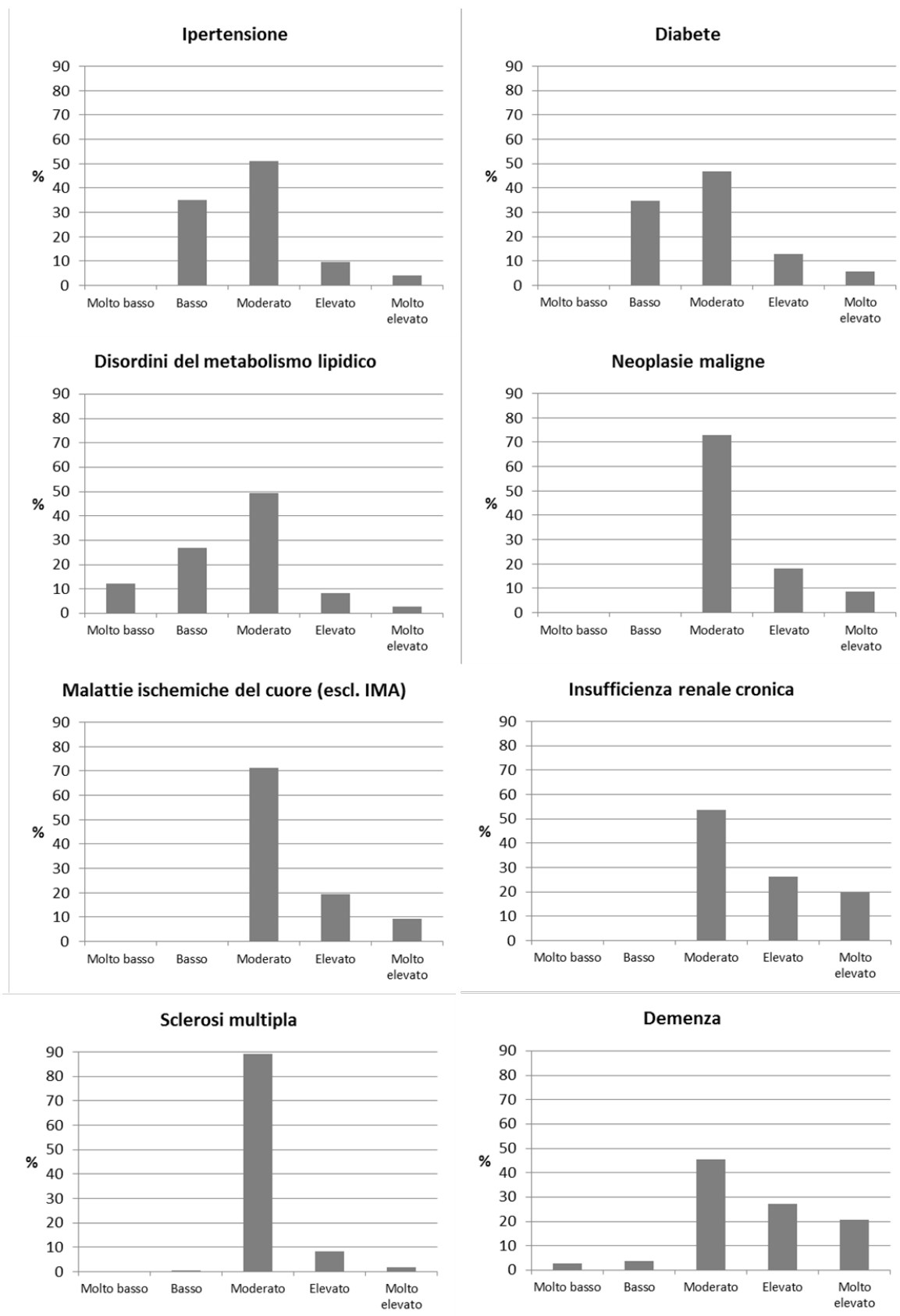
Figura 2.17 - Popolazione e costi per carico di malattia. Veneto, anno 2014.
(Fonte: elaborazioni su dati archivio ACG Veneto)



La possibilità di caratterizzare la popolazione per carico complessivo di malattia, tenendo quindi conto di tutte le condizioni co-presenti nella stessa persona, consente di descrivere la variabilità dei bisogni assistenziali degli assistiti affetti da una o più malattie croniche.

Nella Figura 2.18 viene rappresentata la distribuzione per carico di malattia degli assistiti affetti dalle malattie croniche precedentemente considerate. Per alcune, il profilo di rischio è molto articolato. Tra i diabetici ci sono sia persone con basso carico di malattia, sia persone con alta complessità assistenziale; viceversa, le persone affette da sclerosi multipla hanno di norma un profilo di morbilità intermedio e sono relativamente poche quelle caratterizzate da multimorbilità. Un carico di malattia mediamente più elevato caratterizza invece la popolazione affetta da insufficienza renale cronica, da neoplasie, da malattie ischemiche del cuore e da demenza, per le quali una quota variabile dal 30% al 50% di persone si colloca nelle fasce a maggior complessità assistenziale.

Figura 2.18 - Carico di malattia della popolazione affetta da alcune condizioni croniche frequenti Veneto.
(Fonte: archivio ACG 2014)



I dati prodotti ed analizzati con il Sistema ACG confermano la tendenza di tutte le popolazioni occidentali a presentare profili di malattia e comorbidità non più caratterizzabili per singola patologia o singolo organo colpito.

Le ricadute assistenziali di questa transizione epidemiologica si manifestano soprattutto nella rimodulazione dei percorsi di cura per le patologie croniche, che non si presentano più isolatamente nel singolo paziente. Le risposte diagnostiche e terapeutiche dovranno quindi sempre di più essere calibrate alla luce di una crescente complessità clinica e di una inevitabile polifarmacoterapia. Le risposte assistenziali infine dovranno privilegiare l'utilizzo di strumenti di integrazione professionale quali il lavoro in team e piani di cura personalizzati, con l'obiettivo di integrare i diversi luoghi e strumenti di cura e di utilizzare le risorse con il miglior rapporto costo-efficacia.

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Strutture di Ricovero Intermedie - *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*
Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

Telefono 041-2793408

e-mail: acg@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale - *Sezione Controlli e Governo SSR*

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 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)

Allegato A. § 4.4 Verso un "cruscotto di governo". § 4.4.4 Pag 140. La raccolta, l'analisi e la interpretazione dei dati che si riferiscono a persone con diagnosi di tumore, residenti nella Regione del Veneto 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.

Quadro di sintesi

A partire dai primi anni 2000 l'incidenza dei tumori è in riduzione negli uomini ed è sostanzialmente stabile nelle donne. In particolare nei maschi è rilevante il peso della diminuzione dell'incidenza del tumore del polmone (-5% all'anno) come conseguenza del calo dell'abitudine al fumo; si sta inoltre riducendo l'incidenza del tumore della prostata, dopo il picco registrato nel 2003. L'andamento dell'incidenza del tumore del colon retto risente dell'introduzione dello screening organizzato.

Nelle donne l'incidenza della mammella, dopo la crescita registrata negli anni '90, si è stabilizzata a partire dal 2002, mentre risultano in aumento i tumori di polmone e colon retto.

Le stime al 2015, calcolate a partire dal rischio osservato dal Registro Tumori nei dati più recenti, indicano 32.583 nuovi casi di tumore, di cui 4.677 casi di tumore della mammella nelle donne, 3.783 casi di tumore della prostata, 4.401 tumori del colon retto e 3.302 casi di tumore del polmone.

In questi ultimi anni il RTV sta ampliando la sua base di popolazione: nel 2015 è stata estesa la registrazione all'Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo, nel 2016 è stata rilasciata l'incidenza dell'Azienda ULSS 16 Padova relativa all'anno 2013 e si sta ultimando l'incidenza dell'Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino. Con l'inclusione di queste nuove ULSS il Registro arriva a coprire il 67% della popolazione regionale.

Incidenza dei tumori nell'area coperta dal Registro Tumori del Veneto dal 1990 al 2009

L'incidenza del totale delle sedi tumorali è andata aumentando in entrambi i sessi fino ai primi anni 2000; nei maschi l'incidenza ha iniziato a diminuire in maniera statisticamente significativa, mentre nelle femmine è rimasta sostanzialmente costante.

Nei maschi tutte le sedi più importanti sono in decremento nell'ultimo periodo di osservazione (Figura 2.19). Dopo il picco registrato nel 2003, si sta riducendo l'incidenza del tumore della prostata. Tale andamento, correlato ad una riduzione del ricorso al test PSA dopo il boom della seconda metà degli anni '90, è più evidente nelle fasce d'età più anziane. Persiste la riduzione di incidenza del tumore del polmone, che dal 2007 risulta inferiore al tumore del colon retto.

L'andamento dell'incidenza del tumore del colon retto risente dell'introduzione dello screening nella popolazione di età 50-69 anni (avviato nelle singole ULSS in anni diversi, tra il 2002 e il 2009) che comporta in una prima fase un aumento dell'incidenza, dovuto all'anticipo diagnostico di tumori che altrimenti sarebbero comparsi successivamente. Negli ultimi due anni di osservazione si nota una prima riduzione dell'incidenza, legata sia

all'esaurirsi del fenomeno appena descritto che all'effetto favorevole derivante dall'identificazione e bonifica di elevati numeri di lesioni precancerose (adenomi avanzati). L'incidenza dei tumori della vescica e del fegato mostra una riduzione di lieve entità, seppur statisticamente significativa.

Figura 2.19 – Andamento temporale dal 1990 al 2009 dei tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea. Totale tumori eccetto pelle.

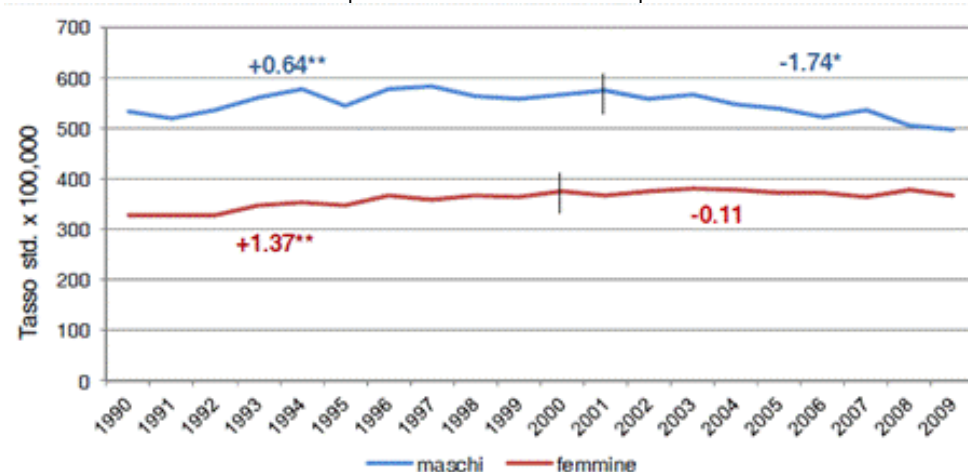
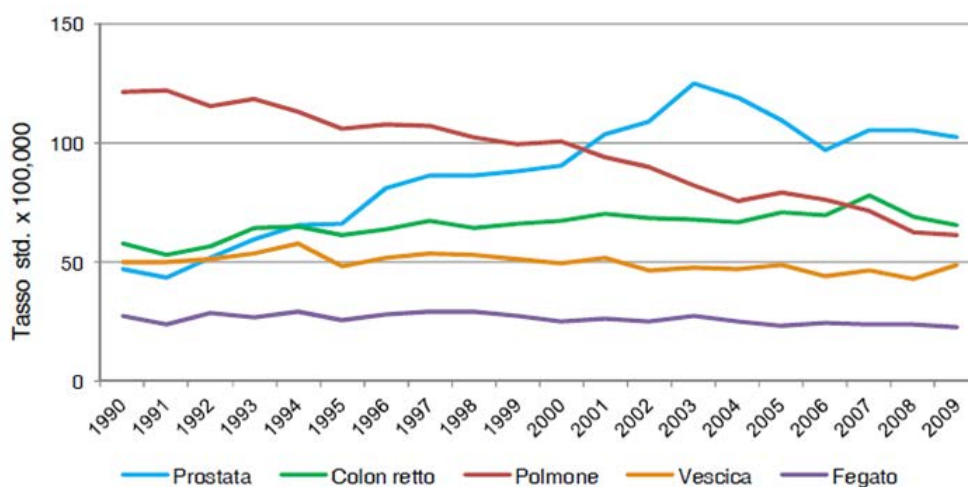
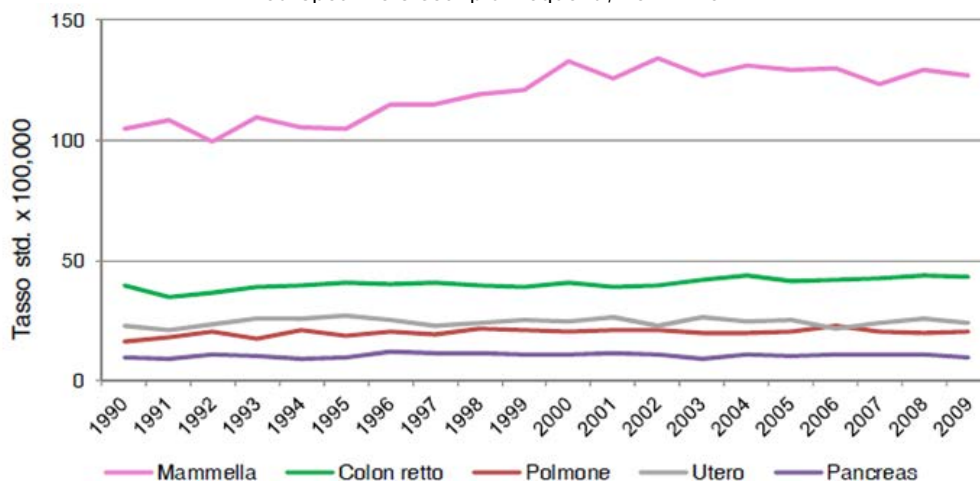


Figura 2.20 - Andamento temporale dal 1990 al 2009 dei tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea. Le 5 sedi più frequenti, Maschi.



Nelle donne risulta in aumento l'incidenza del tumore del polmone e del colon retto (Figura 2.21). L'incidenza della mammella, dopo la crescita registrata negli anni '90, si è stabilizzata a partire dal 2002, momento in cui si è esaurito l'incremento diagnostico associato ai round di prevalenza dei programmi di screening mammografico, che in Veneto sono stati avviati a partire 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 dell'utero e del pancreas è stabile.

Figura 2.21 - Andamento temporale dal 1990 al 2009 dei tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea. Le 5 sedi più frequenti, Femmine.*Stima dei nuovi casi annui di tumore diagnosticati nel 2015 tra i residenti in Veneto*

La stima dei casi di tumore è stata ottenuta applicando i tassi osservati nel biennio 2008-2009 nelle singole Aziende ULSS alla popolazione ISTAT 2015.

Tabella 2.7 - Nuovi casi di tumore stimati in Veneto nel 2015 per alcune sedi tumorali ad elevata numerosità e per il totale dei tumori (esclusi i tumori non melanomatosi della cute).

SEDE (ICD-X)	Maschi	Femmine
Cavità orale (C00-14)	508	244
Stomaco (C16)	594	402
Colon retto (C18-21)	2.446	1.955
Fegato (C22)	817	339
Pancreas (C25)	549	554
Polmone (C33-34)	2.370	932
Mammella (C50)		4.677
Utero (C53-55)		889
Ovaio (C56)		437
Prostata (C61)	3.783	
Vescica (C67)	1.664	433
Rene e vie urinarie (C64-66, C68)	736	405
Encefalo e altro SNC (C70-72)	261	231
Linfomi e leucemie (C81-85, C91-96)	1.133	854
Totale eccetto pelle (C00-43, C45-96)	17.655	14.928

I tassi di incidenza delle ULSS del Veneto non coperte dalla registrazione dei tumori sono stati stimati con il metodo incidenza/mortalità (Colonna M et al, 1998). Per l'Azienda ULSS 16 Padova sono stati utilizzati i tassi 2013. La metodologia usata per le stime ipotizza che l'incidenza del 2015 sia la stessa di quella osservata nel biennio 2008-2009

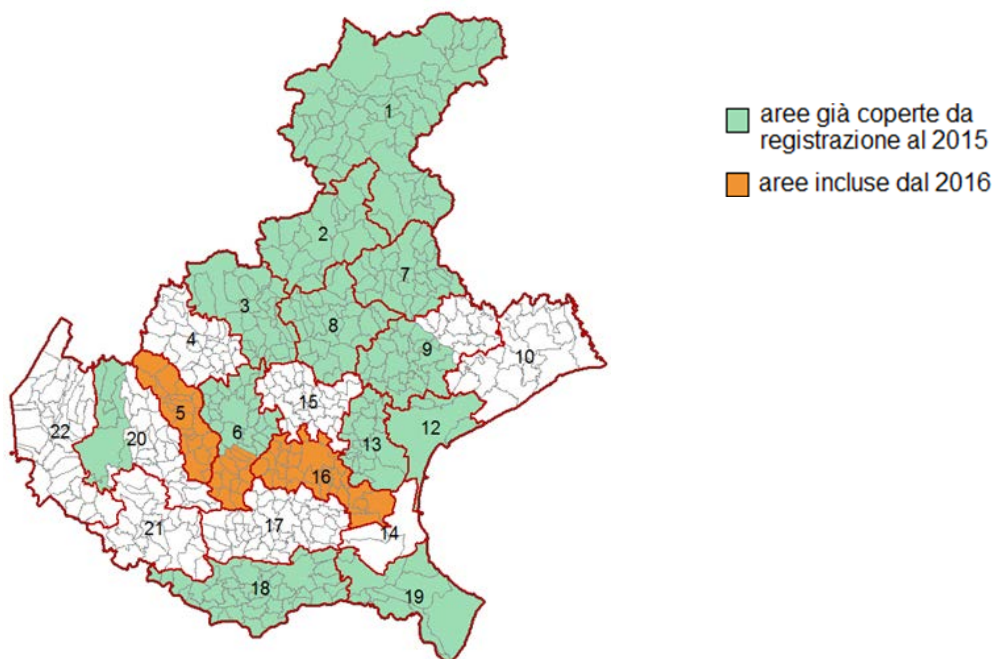
(nel 2013 per l'Azienda ULSS 16). Eventuali differenze tra il numero di casi incidenti nei due periodi dipendono quindi esclusivamente dalla diversità della struttura della popolazione (invecchiamento e aumento della numerosità) e non da una modificazione del rischio. Le persone con una diagnosi di tumore da oltre 5 anni (definiti lungosopravvissenti) nel 2010 erano pari a circa 145 mila soggetti (il 3% della popolazione veneta) e costituivano il 61% del totale dei pazienti prevalenti (Tabella 2.7).

Ampliamento del Registro Tumori del Veneto (stato dell'arte)

Nel giugno 1995 il Registro Tumori del Veneto ha pubblicato i primi dati di incidenza di popolazione; si riferivano al periodo 1987-89 e a 9 ULSS (copertura pari a 1.449.513 abitanti). L'area di registrazione è stata successivamente ampliata raggiungendo, a partire dai dati di incidenza 2008, una base di popolazione di 2.566.784 residenti, corrispondenti al 53% della popolazione veneta (Figura 2.22).

Nel 2016 sono stati rilasciati i dati di incidenza dell'Azienda ULSS 16 Padova relativi al 2013 (www.registrotumoriveneto.it) e si sta ultimando la lavorazione dell'incidenza dell'Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino e dell'area sud dell'Azienda ULSS 6 Vicenza (corrispondente all'ex ULSS 9 Basso Vicentino). Con l'acquisizione di queste ultime ULSS (monitorate a partire dai dati 2013) il Registro è arrivato a coprire il 67% della popolazione regionale, confermandosi il registro tumori italiano con copertura maggiore.

Figura 2.22 – Aree del Veneto coperte dalla registrazione dei tumori



Recapiti per ulteriori informazioni

RTV Registro Tumori del Veneto
 Passaggio Gaudenzio 1 - 35131 Padova
 Telefono: 049 8778130 – Fax: 049 8778147
 e-mail: registro.tumori@regione.veneto.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 2006-2015 in tutte le classi di età, eccetto un lieve incremento rilevato nell'ultimo anno per gli uomini oltre i 65 anni. In particolare il tasso di eventi con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI) è in continua ed importante riduzione, mentre il tasso di eventi senza soprasslivellamento 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.

L'infarto acuto del miocardio (IMA) costituisce una delle più frequenti emergenze mediche e richiede un'organizzazione sanitaria efficiente per poter garantire tempestivamente le cure più efficaci. Viene presentato l'andamento dell'ospedalizzazione per IMA nel periodo 2006-2015 (i criteri di calcolo degli eventi di IMA sono riportati nel rapporto "I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012", sul sito www.ser-veneto.it). Le analisi sono state eseguite utilizzando esclusivamente i ricoveri ospedalieri di residenti avvenuti all'interno della Regione, poiché i dati della mobilità passiva non sono disponibili per gli anni 2014-2015. Nel 2015 si sono verificati 6.515 eventi di infarto acuto del miocardio ospedalizzati nei residenti in Veneto esclusi i pazienti ospedalizzati in strutture ospedaliere extra regionali (mobilità passiva); in circa il 50% dei casi si è trattato di infarto con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI). Il numero annuo di eventi di STEMI mostra un andamento in sensibile calo. Per quanto riguarda l'infarto senza soprasslivellamento 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 2.8 - IMA: numero di eventi ospedalizzati per tipo di infarto. Residenti e ospedalizzati in Veneto, 2006-2015. (Fonte: SER su dati SDO)

Tipo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
NSTEMI	2.588	2.579	2.514	2.579	2.768	2.840	2.941	2.993	3.126	3.268
STEMI	4.393	4.222	4.106	3.913	3.731	3.543	3.407	3.251	3.222	3.247
TOTALE	6.981	6.801	6.620	6.492	6.499	6.383	6.348	6.244	6.348	6.515

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 (quasi il 70% degli IMA nelle donne avvengono sopra ai 75 anni, nei maschi questa proporzione è pari al 37%).

Tabella 2.9 - IMA: numero e percentuale di eventi ospedalizzati per età e sesso. Residenti e ospedalizzati in Veneto, 2015 (Fonte: SER su dati SDO)

Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	146	3,5	32	1,4	178	2,7
45-64	1.422	33,7	311	13,5	1.733	26,6
65-74	1.111	26,2	401	17,5	1.512	23,2
75-84	1.081	25,6	782	34,1	1.863	28,6
85+	459	10,9	770	33,5	1.229	18,9
TOTALE	4.219	100,0	2.296	100,0	6.515	100,0

Il tasso complessivo di ricovero osservato nel periodo si è ridotto del 11%; tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione con la standardizzazione, la riduzione si amplia al 23%. Il calo dei tassi è maggiore nelle femmine: i tassi standardizzati diminuiscono del 33% complessivamente e del 50% per i soli eventi STEMI. Il tasso osservato di ricovero per IMA è superiore nei maschi rispetto alle femmine (rapporto di 1,9:1 nel 2015); il tasso standardizzato accentua le differenze tra i sessi (rapporto di 2,6:1 nel 2015), confermando come l'IMA colpisca con frequenza nettamente superiore i maschi.

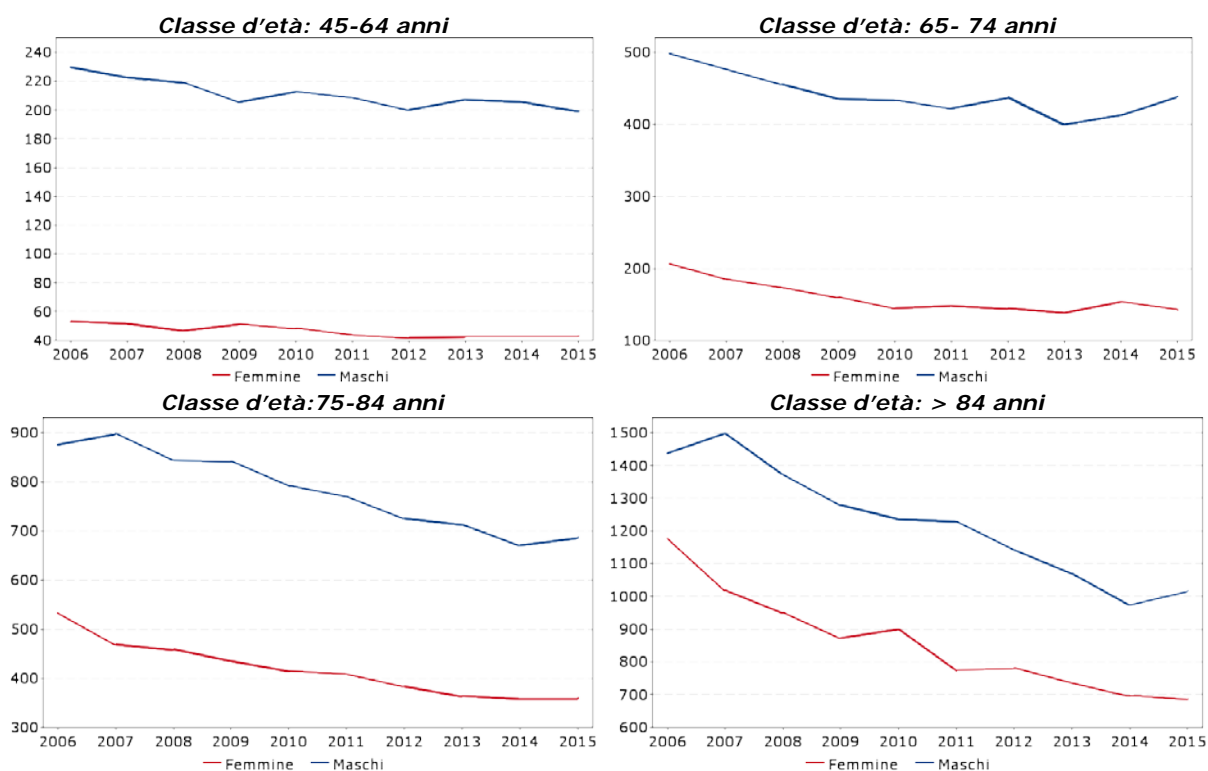
Tabella 2.10 - IMA: tassi osservati di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti e ospedalizzati in Veneto, 2006-2015 (Fonte: SER su dati SDO)

	Maschi			Femmine			Totale		
	NSTEMI	STEMI	Totale	NSTEMI	STEMI	Totale	NSTEMI	STEMI	Totale
2006	67,1	112,5	179,6	43,5	75,1	118,7	55,0	93,4	148,5
2007	71,0	110,8	181,8	38,8	68,7	107,5	54,5	89,3	143,8
2008	66,8	108,5	175,2	39,0	64,2	103,2	52,6	85,8	138,4
2009	66,3	105,0	171,2	41,1	58,2	99,4	53,4	81,1	134,5
2010	72,5	99,4	171,9	42,6	55,7	98,3	57,2	77,1	134,2
2011	74,8	96,9	171,8	43,0	50,3	93,4	58,5	73,0	131,6
2012	77,9	93,1	171,0	44,1	48,3	92,4	60,5	70,1	130,7
2013	80,2	88,0	168,2	43,4	46,2	89,6	61,3	66,6	127,9
2014	79,8	89,1	169,0	47,8	42,8	90,7	63,4	65,4	128,8
2015	85,9	89,7	175,6	47,7	43,2	90,9	66,3	65,9	132,2

Tabella 2.11 - IMA: tassi standardizzati di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti e ospedalizzati in Veneto, 2006-2015. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO)

	Maschi			Femmine			Totale		
	NSTEMI	STEMI	Totale	NSTEMI	STEMI	Totale	NSTEMI	STEMI	Totale
2006	80,4	132,4	212,9	37,2	63,8	101,0	56,0	95,3	151,3
2007	83,5	128,9	212,5	32,9	56,8	89,7	54,5	89,3	143,8
2008	78,6	123,1	201,6	32,5	52,4	84,9	52,0	84,9	136,9
2009	76,9	117,4	194,4	33,9	47,4	81,3	52,3	79,2	131,6
2010	81,0	109,4	190,5	34,3	44,1	78,4	55,0	73,9	128,9
2011	82,5	104,3	186,8	34,4	39,8	74,1	55,5	69,1	124,6
2012	83,8	98,0	181,8	34,7	37,3	72,0	56,6	65,2	121,8
2013	84,7	90,5	175,2	33,7	35,2	68,9	56,4	60,9	117,3
2014	81,8	89,7	171,5	36,9	32,3	69,2	57,4	58,9	116,3
2015	86,4	88,2	174,6	35,9	32,1	68,1	58,7	58,4	117,1

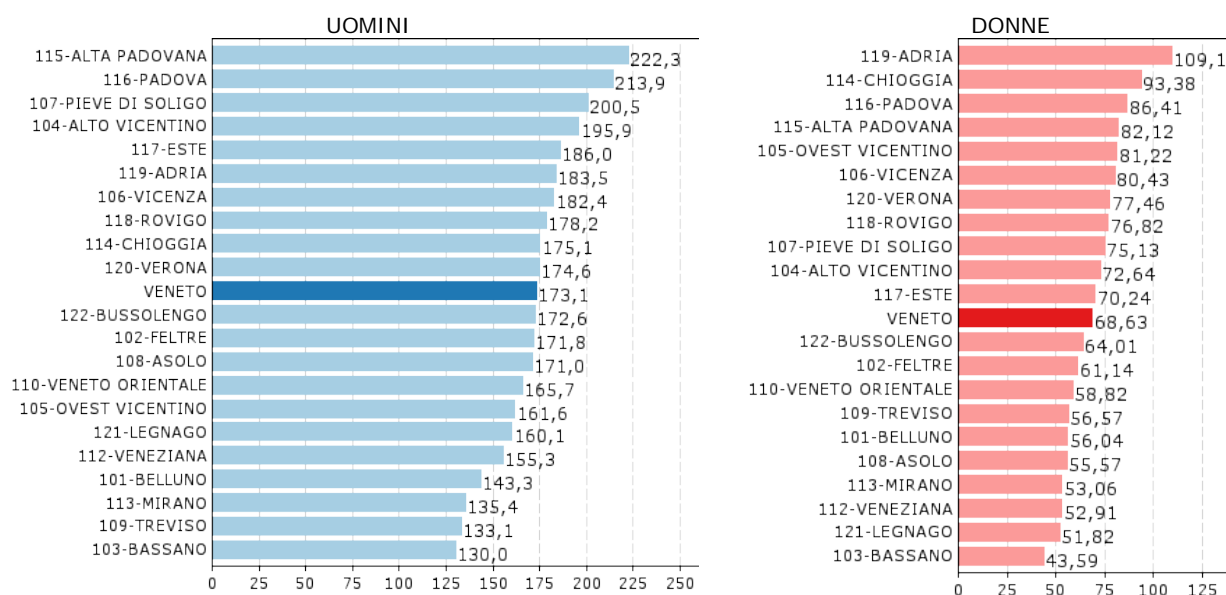
Figura 2.23 - IMA: Tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso e classe di età. Residenti e ospedalizzati in Veneto, 2006-2015 (Fonte: SER su dati SDO)



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 2006-2015 mostra un calo nell'ospedalizzazione per IMA sostanzialmente in tutte le età e per entrambi i sessi, eccetto un lieve incremento tra

i maschi over 65 anni rilevato nel 2015. Sotto i 45 anni gli eventi sono rari, 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 2.24 - IMA: Tasso standardizzato di eventi ospedalizzati (per 100.000) per Azienda ULSS di residenza. Residenti e ospedalizzati in Veneto, periodo 2014-2015. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007. (Fonte: SER su dati SDO)



Approfondimenti

Rapporto SER "I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012", febbraio 2014 (www.ser-veneto.it).

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale - Sezione Controlli e Governo SSR
 Passaggio Luigi Gaudenzio n. 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. (§ 1.3 pag 15 – § 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 è trattato 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 non inferiore a 75 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 sono state eseguite utilizzando esclusivamente i ricoveri ospedalieri di residenti avvenuti all'interno della Regione, poiché i dati della mobilità passiva non sono disponibili per gli anni 2014-2015.

Nel 2015 sono stati osservati 9.120 eventi ospedalizzati di ictus tra i residenti in Veneto, esclusi i pazienti ricoverati in strutture ospedaliere extra regionali (mobilità passiva).

Tabella 2.12 - Numero di eventi di ictus ospedalizzati per anno. Residenti e ospedalizzati in Veneto, 2006-2015 (Fonte: SER su dati SDO)

Tipo di ictus	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Emorragia cerebrale	1.490	1.455	1.576	1.552	1.672	1.600	1.642	1.736	1.718	1.716
Emorragia subaracnoidea	381	349	349	401	410	366	351	380	391	354
Ictus ischemico	7.297	7.319	7.124	7.059	7.118	6.779	6.851	6.824	6.925	7.050
Totale	9.168	9.123	9.049	9.012	9.200	8.745	8.844	8.940	9.034	9.120

L'analisi dell'andamento temporale rivela una lieve riduzione del numero assoluto degli eventi ospedalizzati di ictus, che avevano raggiunto il valore massimo nell'anno 2010. Va evidenziata tuttavia una disomogeneità nell'andamento temporale delle ospedalizzazioni

nei tre sottotipi, con una tendenza alla riduzione per quanto riguarda l'ictus ischemico mentre c'è un aumento per gli eventi di tipo emorragico. Nel 2015 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 non inferiore a 75 anni (il 49% negli uomini ed il 73% nelle donne).

Tabella 2.13 - Numero e percentuale di eventi di ictus ospedalizzati per età e sesso. Residenti e ospedalizzati in Veneto. Periodo 2006-2015 (Fonte: SER su dati SDO)

Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	1.697	4,0	1.201	2,5	2.898	3,2
45-64	8.700	20,6	4.387	9,1	13.087	14,5
65-74	11.026	26,1	7.193	15,0	18.219	20,2
75-84	14.298	33,8	17.605	36,7	31.903	35,4
85+	6.523	15,4	17.605	36,7	24.128	26,7
TOTALE	42.244	100,0	47.991	100,0	90.235	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 osservato di ricovero per ictus è lievemente superiore nelle femmine rispetto ai maschi, a causa dell'età più elevata della popolazione femminile; il tasso standardizzato diretto evidenzia invece valori superiori nei maschi (in quanto, a parità di età, l'ictus si verifica con maggior frequenza nel sesso maschile - Figura 2.25).

Figura 2.25 - Tassi osservati e standardizzati di eventi di ictus ospedalizzati per sesso (per 100.000) Residenti e ospedalizzati in Veneto, 2006-2015. Standardizzazione diretta per età. Popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO)

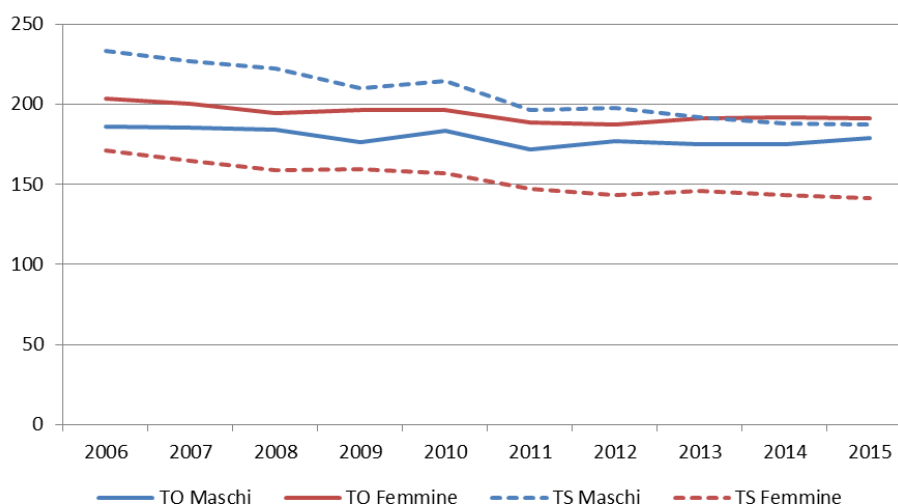
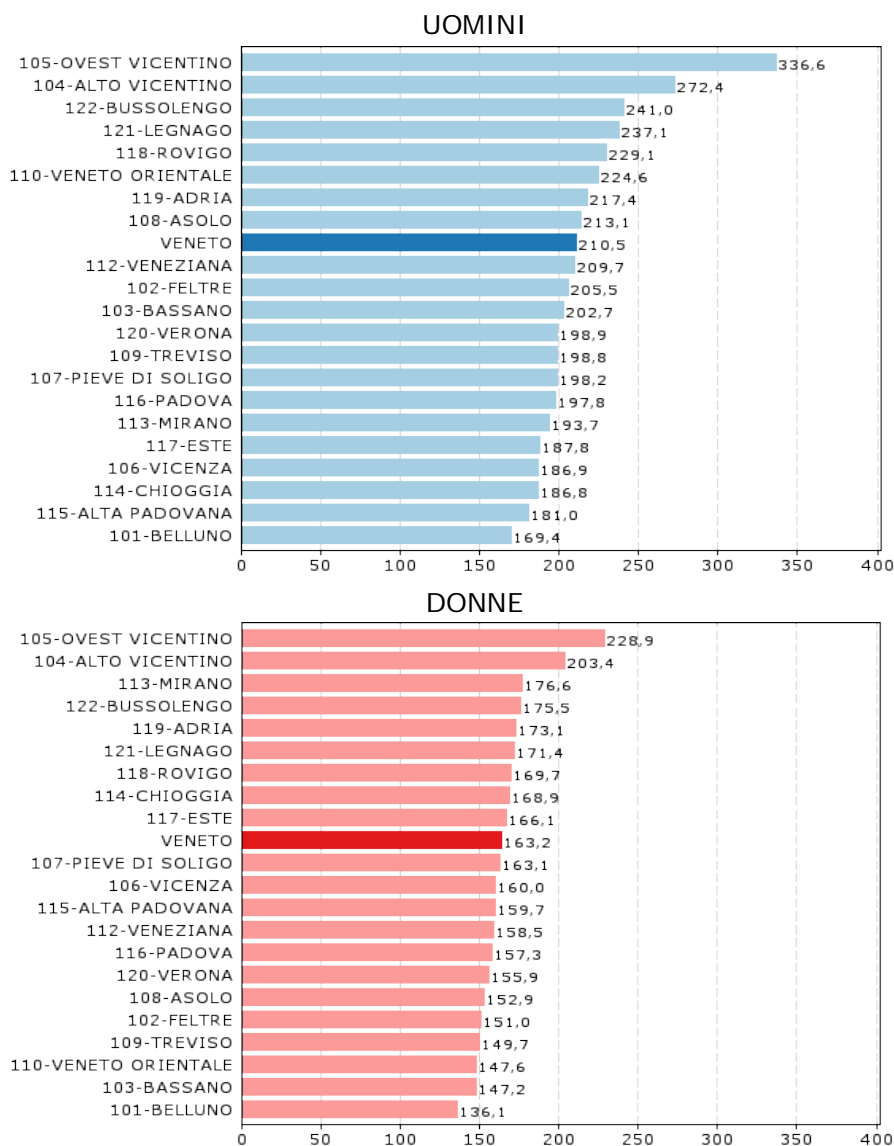


Figura 2.26 - Tasso standardizzato di ictus ospedalizzati (per 100.000) per ULSS di residenza. Residenti e ospedalizzati in Veneto. Periodo 2014-2015. Popolazione standard: Veneto, 01/01/07 (Fonte: SER su dati SDO)



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

Rapporto SER "L'ictus in Veneto", dicembre 2013 (www.ser-veneto.it).

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale - Sezione Controlli e Governo SSR
 Passaggio Luigi Gaudenzio n. 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

Nel 2014 hanno iniziato il trattamento renale sostitutivo (emodialisi, dialisi peritoneale o trapianto) 516 nuovi soggetti, con un'incidenza di 103 pazienti per milione di popolazione. La metà dei pazienti ha un'età superiore a 72,5 anni, le principali cause della malattia renale cronica sono il diabete (20%), l'ipertensione arteriosa/malattia vascolare (20%) e le malattie proprie del rene (20% circa). Il 76,8% dei pazienti ha ricevuto come primo trattamento l'emodialisi, il 22,8% la dialisi peritoneale e lo 0,4% il trapianto di rene.

Al 31/12/2014 la prevalenza dei pazienti residenti nel Veneto risultava pari a 1.065,6 pmp, corrispondente a 5.250 soggetti di cui il 48% in emodialisi, il 10% in dialisi peritoneale e il 42% con trapianto di rene.

La mortalità annuale dei pazienti in trattamento renale sostitutivo (RRT) è del 10%, con percentuali elevate in emodialisi (15-18%) e inferiore al 2% nei trapiantati.

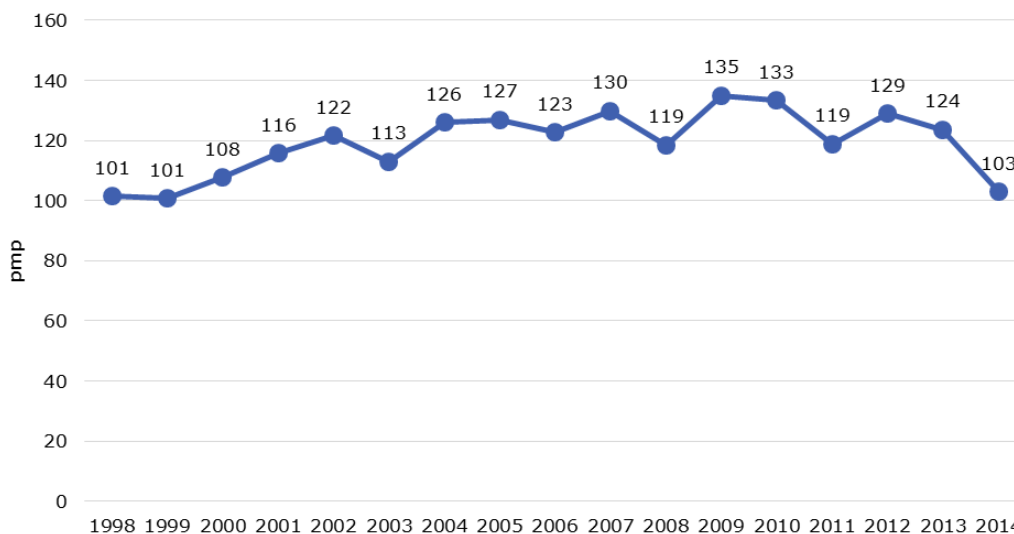
Insufficienza renale cronica e incidenza annuale dell'inizio del trattamento sostitutivo

I Centri di Nefrologia-Dialisi e Trapianto raccolgono i dati anagrafici e clinici dei pazienti con malattia renale cronica nel suo ultimo stadio con cadenza annuale nel Registro Veneto di Dialisi e Trapianto (RVDT). Tale situazione rappresenta solo lo stadio più grave e impattante dal punto di vista sanitario di una malattia che colpisce circa il 10% della popolazione veneta e che condiziona lo stato di salute e l'aspettativa di vita essendo associata ad un incremento della mortalità e morbilità per tutte le cause.

Nel 2014 hanno iniziato il trattamento renale sostitutivo (emodialisi, dialisi peritoneale o trapianto) 516 nuovi soggetti, con incidenza di 103 pazienti per milione di popolazione (pmp), dato piuttosto stabile nel tempo (Figura 2.27). Il Veneto presenta un'incidenza bassa rispetto alle altre regioni italiane (vedi *Approfondimenti*).

La metà dei pazienti ha un'età superiore a 72,5 anni e la causa della malattia renale cronica è stato il diabete (20% circa), l'ipertensione arteriosa/malattia vascolare (20%), le malattie limitate al rene (glomerulonefriti, nefropatie interstiziali, malattia policistica) rappresentano un altro 20% circa. Circa il 25% dei pazienti che inizia il trattamento sostitutivo è già cardiopatico e oltre il 40% iperteso, il 20% presenta malattia vascolare cerebrale o periferica, il 15% dei pazienti che inizia la dialisi è affetto da neoplasia. Questa situazione clinica ha caratterizzato la scelta del trattamento sostitutivo iniziale che per il 76,8% dei pazienti è stata l'emodialisi, per il 22,8% la dialisi peritoneale e per lo 0,4% il trapianto di rene.

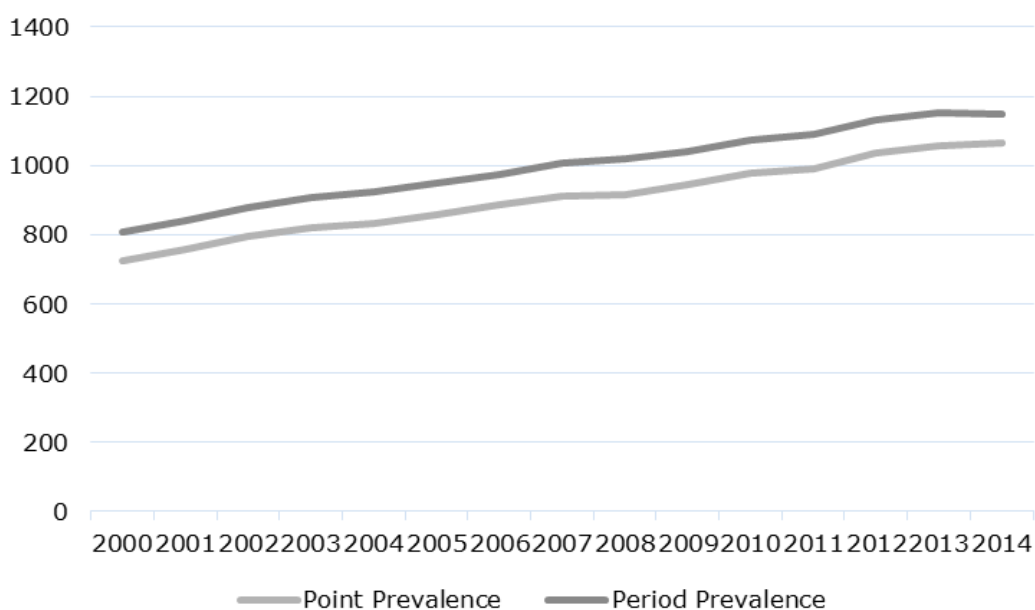
Figura 2.27 - Trend del tasso di incidenza annuale per milione di abitanti per l'insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo (Fonte: RVDT, 1998-2014)



Prevalenza dei pazienti con insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo

Al 31/12/2014 la prevalenza dei pazienti residenti nel Veneto risultava pari a 1.065,6 pmp, corrispondente a 5.250 soggetti, per 2/3 maschi. Il 48% era trattato con emodialisi, il 10% con dialisi peritoneale e il 42% con trapianto di rene. Il Veneto, insieme al resto del Nord-Est, risulta una delle regioni italiane con la più alta percentuale di trapiantati (*Approfondimenti*). Il confronto tra la prevalenza puntuale (al 31/12 di ogni anno) e la prevalenza di periodo (dall'inizio alla fine dell'anno) mostra uno scarto di circa il 10% (Figura 2.28). Tale differenza è dovuta esclusivamente ai pazienti in dialisi ed è indice di un elevato turn-over (ingresso e uscita per morte).

Figura 2.28 - Confronto tra prevalenza puntuale e di periodo (Fonte: RVDT, 2000-2014)

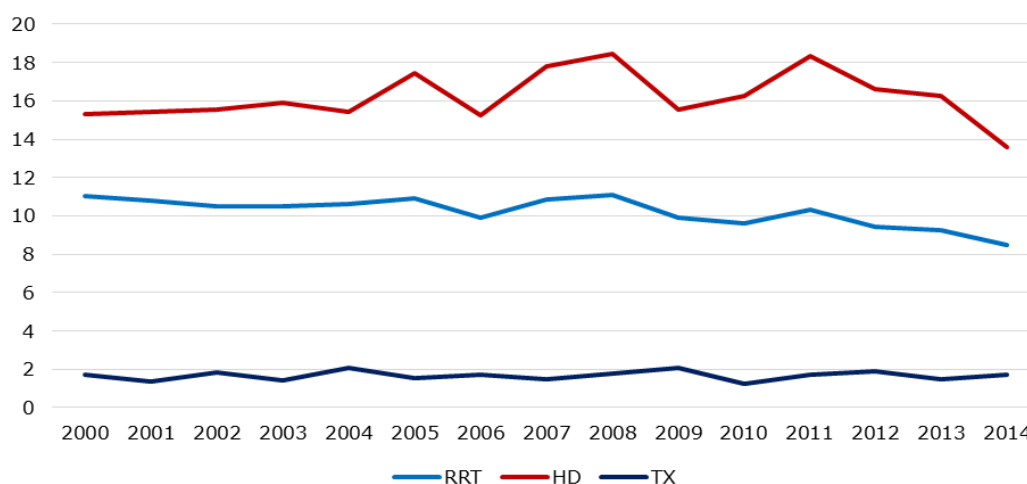


Il risultato finale del percorso terapeutico è che rimangono confinati in dialisi i pazienti con più malattie compresenti e in genere più anziani, mentre i più sani e spesso più giovani sono trapiantati. Il trapianto di rene è infatti riservato ai pazienti che vengono inseriti in lista attiva che corrispondono al 25 – 30% degli incidenti e al 10 – 15% dei prevalenti.

Sopravvivenza dei pazienti con insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo

La mortalità dei pazienti in trattamento renale sostitutivo (RRT) complessiva è il 10% l'anno (Figura 2.29), quelli in emodialisi (HD) è compresa tra il 15 e il 18% annuo, mentre è inferiore al 2% nei trapiantati (TX). Tale differenza non è dovuta al diverso trattamento dell'insufficienza renale cronica, ma rispecchia la selezione effettuata per l'immissione in lista di lista di trapianto. La mortalità dipende dall'età in cui il paziente ha iniziato il trattamento sostitutivo, ma soprattutto dalla malattia che ha causato l'insufficienza renale. Infatti la mortalità è molto elevata nei diabetici e bassa nei pazienti affetti esclusivamente da malattie del rene, quali le glomerulonefriti primitive e la malattia policistica.

Figura 2.29 - Mortalità in terapia renale sostitativa (Fonte: RVDT, 2000-2014)



Approfondimenti

Nordio M, Limido A, Conte F, Di Napoli A, Quintaliani G, Reboldi GP, Sparacino V. [Report del Registro Italiano di Dialisi e Trapianto relativo agli anni 2011-2013](#). Giornale Italiano di Nefrologia, 2016; 33 (2).

Recapiti per ulteriori informazioni

RVDT Registro Veneto Dialisi e Trapianti
 Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: Registro.DialisiTrapianti@regione.veneto.it

2.9 Salute materno infantile

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

Allegato A. § 3.2 Assistenza Ospedaliera. § 3.2.3 Definizione della rete di offerta ospedaliera pubblica e privata. Obiettivi specifici riferiti ai livelli della rete ospedaliera. Pagina 65. § 1.3.3 Gli ambiti di priorità a livello di gruppi di popolazione. Età pediatrica-adolescenziale. Pagina 21. § 3.1 Assistenza Territoriale. 3.1.1 Obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale. Pagina 45. Il Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica riunisce in sé buona parte delle competenze sanitarie e dei ricercatori che in vario modo sono impegnati nella cura della donna e del bambino, rappresentando una realtà di eccellenza non solo a livello nazionale. Il Piano Socio Sanitario individua e riconosce tematiche sottoposte alla cura del suddetto Programma Regionale in diverse sezioni, attestando la rilevanza di attività che influenzano trasversalmente diversi ambiti di intervento.

Quadro di sintesi

In Veneto esiste una qualificata rete di servizi ospedalieri e territoriali che garantisce assistenza e supporto a tutela della salute materno infantile, con 38 Punti nascita, una parte dei quali con un volume di attività inferiore alle indicazioni nazionali (500/1000 nati anno).

Mediamente il 25% dei parti avviene con 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 2,4% dei parti. Un grave problema emergente è legato alla tardiva effettuazione delle ecografie morfologiche che avviene nell'8% in età gestazionali al limite della vitalità fetale (oltre le 21 settimane di gestazione). Prematurità e basso peso mantengono un peso percentuale costante, tra i più bassi riportati in letteratura.

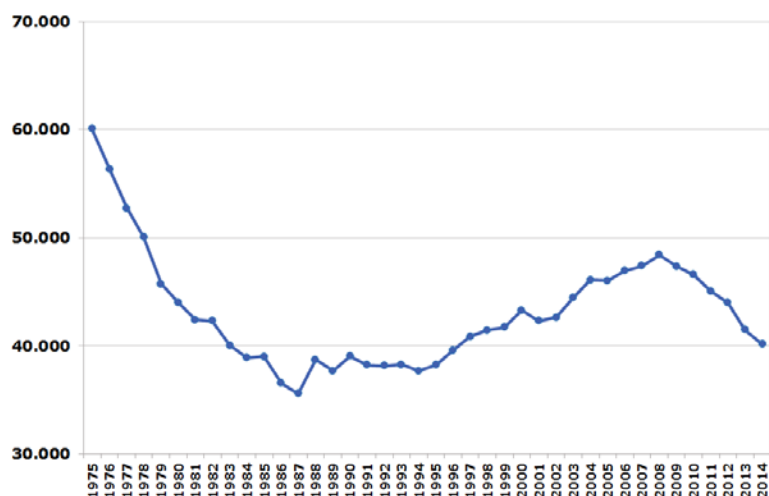
Fecondità

In Veneto l'andamento delle nascite 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 nuova flessione (Figura 2.30). 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.

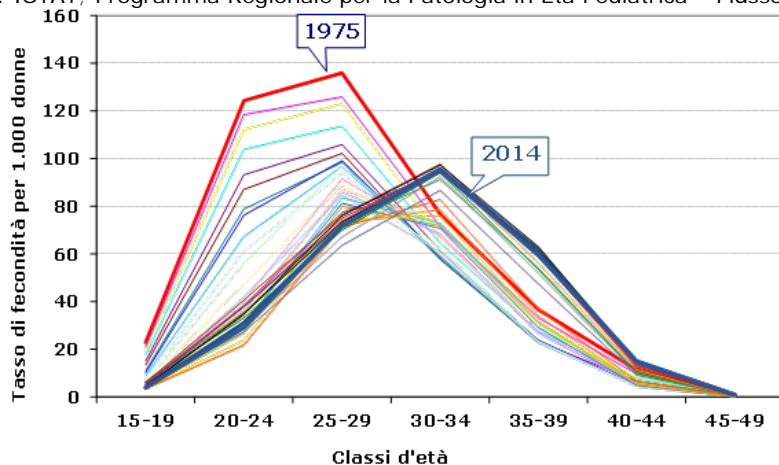
Nel 2014 i parti da straniera hanno rappresentato il 29% dei parti in Veneto. Nonostante il contributo delle donne straniere alle nascite in Veneto rimanga dunque importante, dal 2011 si osserva anche per i parti da straniera una riduzione nel numero assoluto, passando da 12.280 a 11.424 unità.

Figura 2.30 - Nati vivi in Veneto, 1975-2014. (Fonte: ISTAT, 1975-2001; Programma Regionale per la patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap, 2002-2014)



Nel 2014 le donne in età fertile ammontano a 1.084.080, dalle quali si registrano circa 52.000 gravidanze, 39.631 parti e 40.270 nati. Il numero medio di figli per donna è 1,37, in leggero calo rispetto all'anno precedente (1,39), mentre a livello nazionale l'indicatore è pari a 1,39 (ISTAT, Annuario Statistico Italiano 2015). Verona e Padova si confermano le provincie con il quoziente di natalità (rispettivamente 9,5‰ e 9,1‰) e di fecondità (rispettivamente 42,0‰ e 41,1‰) più elevati, anche se in discesa rispetto allo scorso anno, mentre Rovigo registra i valori più bassi della Regione. Il 68,3% 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 34% (2014), in particolare è raddoppiata la percentuale dei parti per la fascia d'età 40-44 anni rappresentata dal 3,5% dei parti nel 2002 e dal 7,4% nel 2014. Rimane invece costante nel tempo la percentuale di parti da minorenni (0,2%). 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 danno alla luce il primo figlio sotto i 30 anni.

Figura 2.31 - Tassi di fecondità specifici per età. Veneto, 1975-2014. (Fonte: ISTAT; Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)

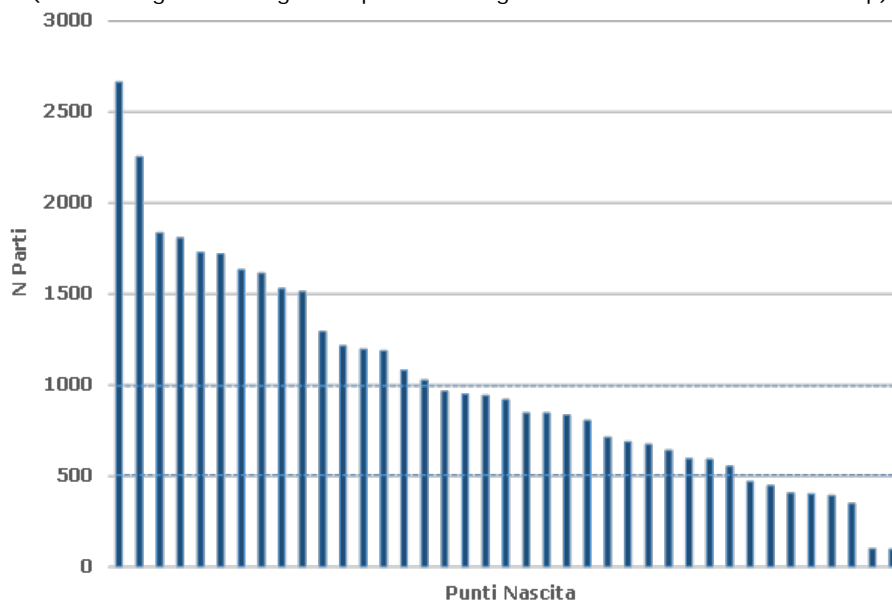


Risulta evidente (Figura 2.31) come nell'arco di questi trentanove anni l'intervallo delle età più feconde si sia spostato dai 20-30 ai 25-35 anni, e contemporaneamente si sia abbassato il picco del tasso di fecondità, passato da un massimo di 135,9 per 1000 donne della classe 25-29 nell'anno 1975, ad un massimo di 95,4 per la classe 30-34 nel 2014, si nota anche l'incremento nel tempo della fecondità per la classe 40-44 anni.

Il percorso nascita: i servizi

L'assistenza durante tutto il percorso nascita viene garantita attraverso una rete integrata di Servizi Ospedalieri e Territoriali, che conta oggi 38 Punti nascita. L'Accordo del dicembre 2010 sul miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita prevede dei numeri minimi di parti; la rete attuale del Veneto (Figura 2.32) vede ancora la presenza di Punti nascita al di sotto di 500 parti (8 Punti nascita che sommano 2.660 parti, il 7% del totale) e Punti nascita da 500 a 1.000 parti (15 Punti nascita che sommano 11.559 parti, il 29% del totale). I Punti Nascita con un insufficiente numero di parti sono prevalentemente localizzati nelle zone periferiche della Regione, comprendenti, oltre la provincia di Belluno, anche le zone al confine con l'Emilia Romagna e il Friuli Venezia Giulia che presentano la maggiore mobilità passiva.

Figura 2.32 - Distribuzione dei punti nascita per numero di parti. Veneto, anno 2014.
(Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Et  Pediatrica – Flusso Cedap)



Gravidanza, parto e nascita

Attualmente il 25% dei parti avviene mediante il taglio cesareo con un'importante variabilit  tra Punti nascita (Figura 2.33). L'analisi dell'andamento del ricorso al cesareo nel tempo mostra una certa stabilit  in Veneto (Figura 2.34); negli anni pi  recenti si rileva una tendenza alla sua diminuzione.

Figura 2.33 - Distribuzione dei punti nascita per n° parti e % di cesarei. Veneto, 2014. (Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)

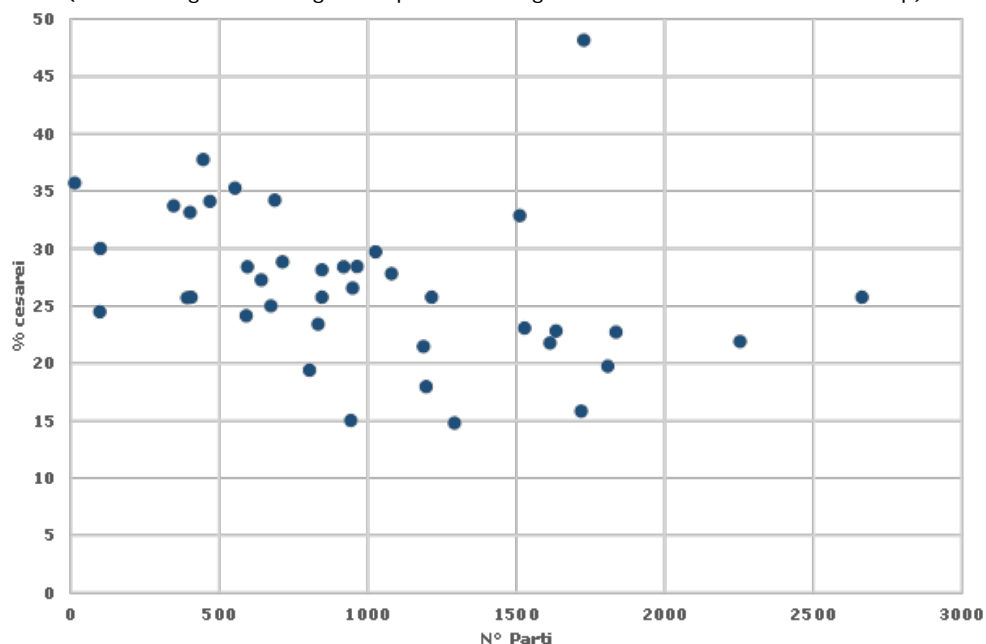
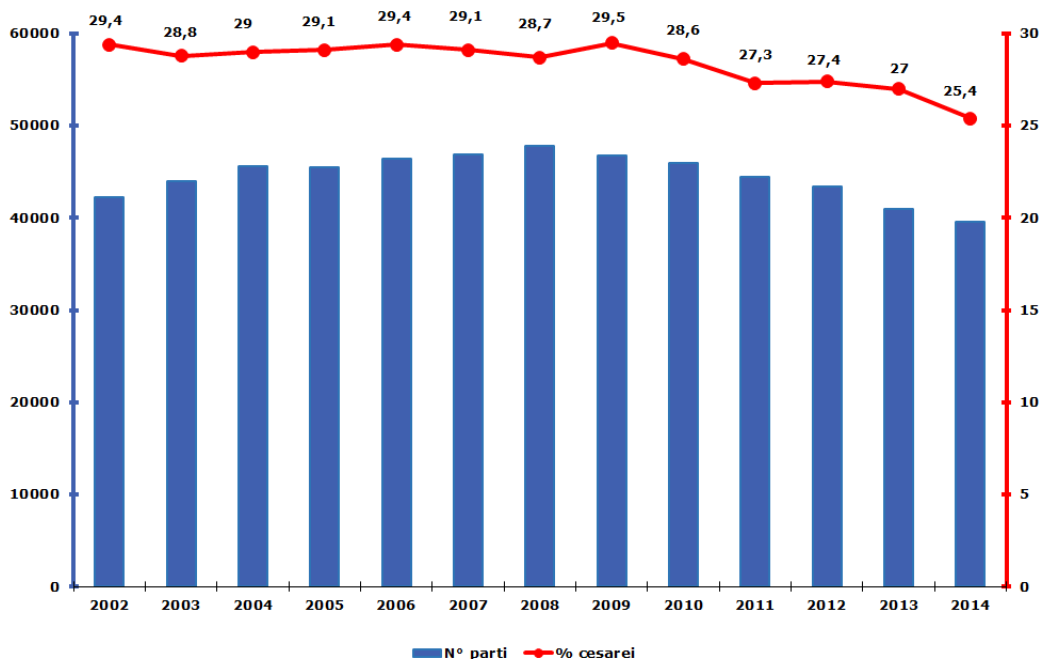


Figura 2.34 - Andamento del tasso di cesarei e N° di parti. Veneto, 2002-2014. (Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)



A livello dei singoli Punti nascita si registrano invece inversioni di tendenza e/o importanti oscillazioni nel tempo, probabilmente frutto di cambiamenti negli indirizzi operativi all'interno del Punto Nascita stesso. L'Accordo del 2010 prevedeva l'adozione di procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto. In Veneto solo 1 parto vaginale su 4 avviene in analgesia (nel 2013 era 1 su 5). Anche per questo aspetto

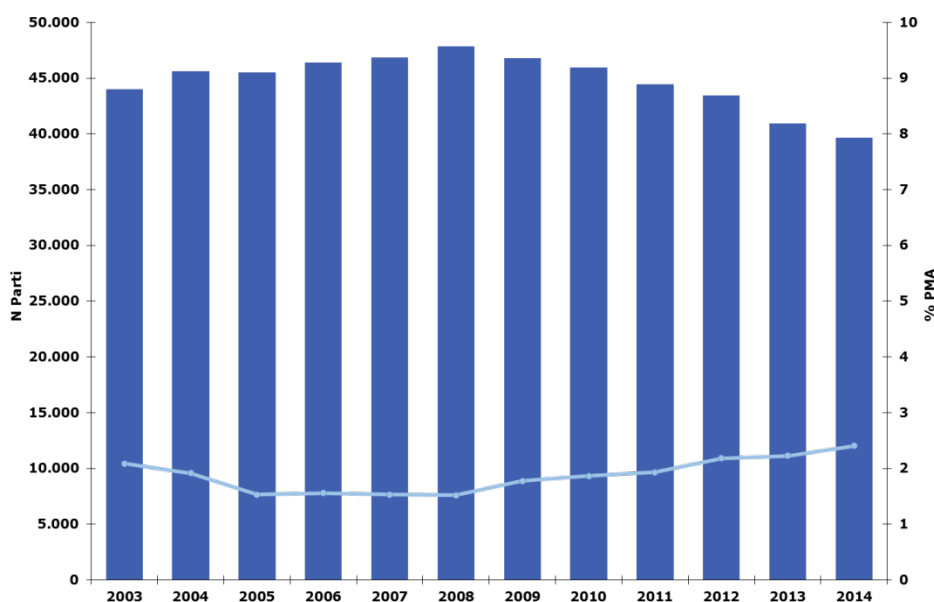
si registra un'importante variabilità nell'offerta tra Punti Nascita, sia in termini quantitativi che qualitativi (tipo di analgesia offerta, che è epidurale nel 50,1% dei casi). Altri importanti aspetti di rilievo che interessano il percorso nascita, comprendono il ricorso alla PMA, la diagnostica prenatale invasiva e il ricorso tardivo alle ecografie morfologiche. Nel 2014, 953 donne hanno dato alla luce un nato in seguito a procreazione medicalmente assistita (PMA), pari al 2,4% dei parti (Figura 2.35). La percentuale di parti da PMA, dopo un lieve decremento dal 2004 al 2005, seguito da un plateau durato fino al 2008, ha ripreso gradualmente a crescere.

I nati da PMA, sia singoli che plurimi, presentano rischi maggiori di prematurità e basso peso alla nascita: il 2,4% vs lo 0,7% dei nati singoli e il 12,8% vs il 9,0% dei nati plurimi nasce prima delle 32 settimane gestazionali, mentre il 2,3% vs lo 0,7% dei nati singoli ed il 11,6% vs 8,9% dei plurimi nasce con peso inferiore ai 1.500 grammi.

Il ricorso alla diagnostica prenatale riguarda il 16% dei parti e, a partire dal 2013, circa 1/5 delle indagini interessa donne in età inferiore a quella considerata a rischio (35 anni). Negli ultimi anni l'amniocentesi è stata progressivamente sostituita dal prelievo dei villi coriali, arrivando nel 2014 a raggiungere il 49%.

L'effettuazione di ecografie morfologiche avviene nel 8% dei casi in età gestazionali al limite della vitalità fetale (oltre le 21 settimane gestazionali), con rischio di interruzioni di gravidanza che esitano in nascita di feti vitali, con le importanti implicazioni etiche, psicologiche e assistenziali.

Figura 2.35 - Numero di parti e percentuale di parti in seguito al ricorso alla riproduzione assistita. Veneto, 2003-2014. (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 e 0,8% tra le 31 e le 28), e risulta tra le più basse riportate in letteratura, stando a testimoniare l'ottimo livello dei servizi sanitari nella nostra Regione, oltre che il buon livello di condizione socio-economica delle madri.

Anche la percentuale di basso peso è estremamente contenuta rispetto all'atteso.

Per il prossimo futuro fenomeni nuovi potranno avere un ruolo di rilievo: da una parte assistiamo ad un trend di miglioramento generale delle condizioni educative e di assistenza perinatale, ma contemporaneamente sta crescendo il numero di famiglie povere, aumentano le gravidanze in età avanzata e in donne migranti. Tali elementi costituiscono fattori di rischio per la nascita pretermine. E' pertanto possibile che non vengano mantenuti i buoni livelli raggiunti e che nel prossimo futuro aumentino i prematuri e i sottopeso con la conseguente richiesta di cure superspecialistiche nel periodo neonatale e di assistenza futura per l'evoluzione in gravi disabilità.

Natimortalità

La natimortalità in Veneto è pari a 2,7 per 1.000 nati nel 2014 (Fonte Flusso Cedap): valore tra i più bassi registrati negli ultimi trent'anni.

Per poter confrontare i valori di natimortalità della nostra Regione con quelli medi nazionali, dobbiamo riferirci all'anno 2012, ultimo anno disponibile dalle statistiche ufficiali, da cui emerge che i valori registrati nella nostra Regione sono leggermente superiori ai dati nazionali (3,0 per 1.000 vs 2,7 per 1.000). Va tenuto presente che a livello nazionale non esistono criteri univoci, al di sotto delle 28 settimane gestazionali, per distinguere il nato morto dall'aborto spontaneo.

L'analisi dei trend storici ha permesso di confermare 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 39 unità operative dedicate ai minori; di queste 32 sono reparti di Pediatria.

Il tasso stimato di ricovero per i pazienti 0-18 anni per il 2014 è pari a 51 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 95,2 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.

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 poco superiori all'80 per 1.000 per i residenti nell'ULSS 10 Veneto Orientale, e valori di massimo del 120 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, insieme a Chioggia, presentano i tassi di ricovero più alti, mentre l'Alto Vicentino quello 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 97% di ricoveri per nascita), emergono differenze sostanziali tra le diagnosi che hanno causato il ricovero: i minori Veneti vengono ricoverati principalmente per condizioni morbose di origine perinatale (19%), malattie dell'apparato respiratorio (16%), traumatismi (11%) e malattie dell'apparato digerente (9%); i residenti fuori regione per malattie del sistema nervoso (14%), malformazioni congenite (14%), e traumatismi (12%). Analizzando i 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 24% circa dei ricoveri 0-18 anni.

Maltrattamento

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, creando esiti che permangono per tutta la vita.

In Veneto, nel contesto dei servizi dedicati ai minori, è stata avviata da tempo una rete assistenziale di prevenzione, contrasto e presa in carico di situazioni di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale di minori. Tale rete vede il Centro per la Diagnostica del Bambino Maltrattato-Unità di Crisi per Bambini e Famiglie, istituito 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.

Le attività sono messe in atto operando all'interno del Centro ed effettuando consulenze a distanza o in loco presso ospedali e distretti socio-sanitari della Regione.

Vengono effettuati ricoveri ordinari, sia presso l'Azienda Ospedaliera di Padova che presso altri presidi della rete ospedaliera veneta, ricoveri in regime DH, prestazioni ambulatoriali (visite pediatriche, visite neuropsichiatriche infantili, visite psicologiche per l'età evolutiva e visite psicologiche per i genitori) e prese in carico globali continuative.

L'equipe del Centro definisce i Piani Assistenziali Integrati per i bambini e le loro famiglie attraverso la partecipazione alle Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali svolte nel contesto della rete di cure primarie dei Distretti socio-sanitari. Viene svolta attività di supporto e collaborazione all'Autorità Giudiziaria con ascolto protetto del minore, attività di Ausiliario di Polizia Giudiziaria, Consulenze Tecnico-peritali d'Ufficio e testimonianza in corso di procedimento penale e relazioni tecnico-cliniche per i procedimenti in corso.

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 finora prestato cure e assistenza ad oltre 750 minori di età compresa tra zero e 18 anni, aventi un'età media di 6,9 anni, per il 70% italiani; un bambino maltrattato su tre ha meno di tre anni d'età. Le diagnosi più frequenti sono: maltrattamento fisico 25%, trascuratezza grave 23%, violenza assistita 22%, abuso sessuale 17%, conflittualità di coppia 14%, abuso psicoemozionale 10%, Shaken Baby Syndrome 8%, chemical abuse (somministrazione di/esposizione a sostanze illecite e/o farmaci) 7%, sindrome di Münchausen by proxy 5%, altro 2%. Nell'11% dei casi valutati la diagnosi di maltrattamento è stata esclusa.

Anche in Veneto si osserva una discrepanza tra i casi attesi e gli osservati: i bambini cui viene posta diagnosi di maltrattamento, e che quindi possono ricevere le dovute cure ed essere protetti, sono solo una minoranza dei bambini trascurati e abusati presenti nel territorio. Oltre all'intervento diretto si rendono quindi necessari 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.

Percorso nascita: indicatori di esito

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 alcuni degli aspetti più significativi dei cambiamenti nell'area materno infantile, che comportano la necessità di un monitoraggio degli esiti materni e neonatali. In Italia già nel 2000 il POMI (Progetto obiettivo materno-infantile) suggeriva numerosi indicatori destinati a descrivere il Percorso nascita.

A livello internazionale è stato proposto un set di 10 indicatori di esito¹ che considera insieme outcome materni e neonatali con livelli di gravità diversi: si tratta sia di eventi rari e gravissimi (la morte) sia di eventi relativamente più frequenti. Vengono considerati esiti importanti per la madre: la morte materna, la rottura uterina, il ricovero materno in unità di cure intensive, gli interventi chirurgici, le trasfusioni, le lacerazioni perineali di 3° e 4° grado. Per il nato vengono valutati il ricovero nelle unità di cure intensive o la morte neonatale/intraparto, l'APGAR inferiore a 5 al V° minuto (questi indicatori per i soli nati non malformati di peso ≥ 2.500 g.) e i traumi ostetrici per tutti i nati.

Gli eventi studiati, se considerati da soli, non sono adeguati per consentire una valutazione della qualità dell'assistenza a causa della loro rarità, pertanto sono stati proposti alcuni indici derivanti dalla combinazione degli outcome monitorati, ed in particolare l'AOI (Adverse Outcome index), che rappresenta la percentuale di parti con almeno un evento avverso. L'analisi degli esiti condotta in Veneto nel triennio 2013-2015, riguardante 118.516 parti, dimostra come l'indicatore AOI rilevato in Veneto sia molto vicino a quello di Letteratura (58,2 vs. 57,8 per 1000) e presenti un'ampia variabilità spaziale e temporale, non condizionata dal volume di attività.

Questo indice permette dunque un confronto tra i Centri di tutta un'area, per sottogruppi di pari livello, ma anche permette - prendendo in considerazione periodi di tempo sufficientemente lunghi - una valutazione interna a ciascun Punto nascita. Non va dimenticato che tali misure utilizzano fonti correnti quali la SDO il Cedap e la buona qualità del dato imputato è di fondamentale importanza. Pertanto il monitoraggio dell'indicatore ha un duplice scopo: migliorare la qualità dell'assistenza, ma anche perfezionare la qualità dell'informazione registrata nelle fonti di dati. Per cui l'AOI è stato scelto, a partire dal 2016, tra gli indicatori dell'area materno infantile di valutazione delle prestazioni delle aziende sanitarie.

Approfondimenti

Facchin P. et al., [Rapporto tecnico Attività 2015. Registro Nascite, Regione Veneto](#)

Facchin P. et al., [Rapporto tecnico Attività 2015. Programma Regionale della Patologia in Età Pediatrica, Regione Veneto](#)

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

¹ Mann S et al. Assessing quality obstetrical care: development of standardized measures. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006 Sep; 32(9): 497-505.

2.10 Malattie professionali e infortuni sul lavoro

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

Allegato A. § 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie. § 3.4.1. 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.

Quadro di sintesi

Il numero di infortuni sul lavoro è ancora in progressiva riduzione; accanto ad un'effettiva riduzione del rischio di infortuni per 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. 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.

In Veneto secondo dati INAIL (aggiornati al 31/12/15) sono 49.391 (52.628 al 31/12/12 e 54.002 al 31/12/11) i lavoratori (o gli eredi in caso di morte) titolari di rendita per lesioni permanenti, di cui 43.700 maschi, 26.653 per infortunio sul lavoro e 9.871 per malattia professionale. Questi dati non rappresentano tuttavia l'interezza del fenomeno poiché non considerano i danni permanenti al di sotto della soglia di indennizzabilità 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. Attualmente c'è una netta riduzione del numero di infortuni totali e dei relativi tassi di incidenza. Si deve valutare con prudenza l'ipotesi che questo sia dovuto soltanto ad un miglioramento delle condizioni di sicurezza nei luoghi di lavoro; infatti i cambiamenti dovuti ad una diversa distribuzione delle attività a rischio (aumento del terziario e delocalizzazione delle attività manifatturiere), all'automazione delle tecnologie produttive e all'applicazione della normativa sulla sicurezza producono benefici nel lungo periodo.

Le diminuzioni rapide degli infortuni sono connesse all'andamento economico. Ai miglioramenti effettivi si devono aggiungere le riduzioni apparenti del numero di infortuni (sottonotifica dei casi lievi) e 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 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.

Purtroppo, a causa di un ritardo dovuto al riallineamento dei dati dei flussi informativi INAIL Regioni con Open Data INAIL, la prima uscita dei dati del 2016 non è ancora disponibile. Le Tabelle 2.14 e 2.15 consentono un inquadramento complessivo degli infortuni denunciati e riconosciuti dall' INAIL, che confermano una continuazione del trend in diminuzione degli infortuni denunciati, anche se la riduzione tra il 2014 e il 2013 si assesta al -2,96% contro il -5,21% del periodo 2012-2013.

Tabella 2.14 - Infortuni denunciati all'INAIL in occasione di lavoro e in itinere, 2010-2014.
(Fonte: Open Data Inail)

Modalità accadimento	2010		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
In occasione di lavoro	83.290	87,2%	77.240 -7%	86,5%	71.332 -8%	87,3%	66.210 -7%	85,5%	64.475 -3%	85,8%
Senza mezzo di trasporto	78.306	82%	72.844 -7%	81,6%	67.643 -7%	82,8%	63.373 -6%	81,8%	62.120 -2%	82,6%
Con mezzo di trasporto	4.984	5,2%	4.396 -12%	4,9%	3.689 -16%	4,5%	2.837 -23%	3,7%	2.355 -17%	3,1%
In Itinere	12.215	12,8%	12.061 -1%	13,5%	10.395 -14%	12,7%	11.257 8%	14,5%	10.701 -5%	14,2%
Senza mezzo di trasporto	1.734	1,8%	1.680 -3%	1,9%	1.741 4%	2,1%	2.216 -27%	2,9%	1.981 -11%	2,7%
Con mezzo di trasporto	10.481	11%	10.381 -1%	11,6%	8.654 -17%	10,6%	9.041 4%	11,7%	8.720 -4%	11,6%
TOTALE	95.505	100%	89.301 -6%	100%	81.727 -8%	100%	77.467 -5%	100%	75.176 -3%	100%

Tabella 2.15 - Infortuni riconosciuti dall'INAIL in tutti i settori di attività (Industria e servizi, Agricoltura, Conto Stato, COLF) in Veneto distinti per gravità. Sono esclusi gli studenti, gli sportivi e gli infortuni in itinere.

	2010	2011	2012	2013
Infortuni totali riconosciuti dall'INAIL	47.440	43.592	38.752	35.964
Di cui con prognosi >30gg + invalidanti + mortali	12.184	11.256	10.208	9.929
Di cui solo invalidanti + mortali	2.789	2.395	2.066	1.977
Di cui mortali	63	51	50	31

Infortuni mortali

Da alcuni anni il Programma Regionale Epidemiologia Occupazionale (PREO) effettua il monitoraggio in tempo reale degli eventi mortali anche per 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 2.36 - Andamento dei casi mortali per fonte informativa. La rilevazione PREO per il 2011 è incompleta.

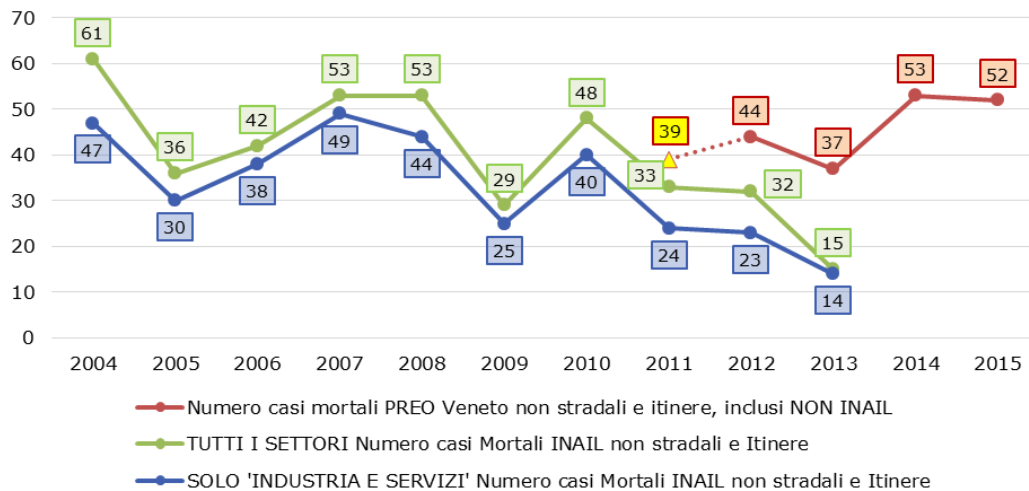


Figura 2.37 – Andamento mensile e numero cumulato di infortuni mortali. Sono esclusi gli infortuni stradali e in itinere ma sono inclusi anche soggetti non assicurati INAIL (Fonte: Rilevazione PREO)

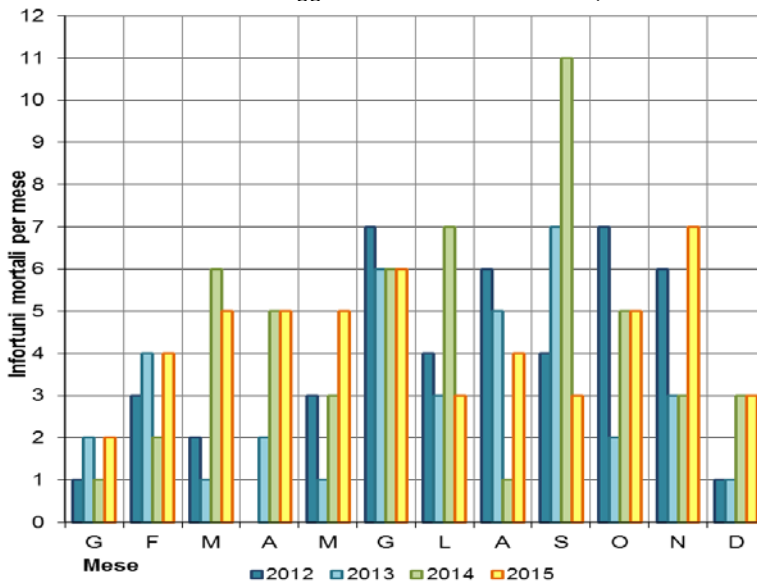
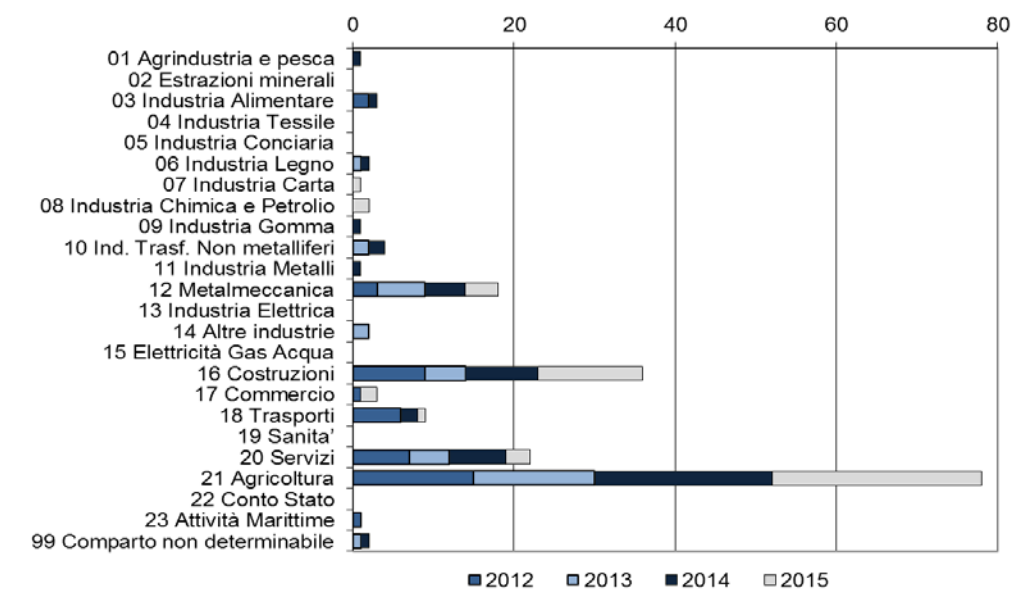


Figura 2.38 – Numero infortuni mortali per comparto produttivo e anno. Rilevazione PREO – Sono esclusi gli infortuni stradali e in itinere ma sono inclusi anche soggetti non assicurati INAIL.

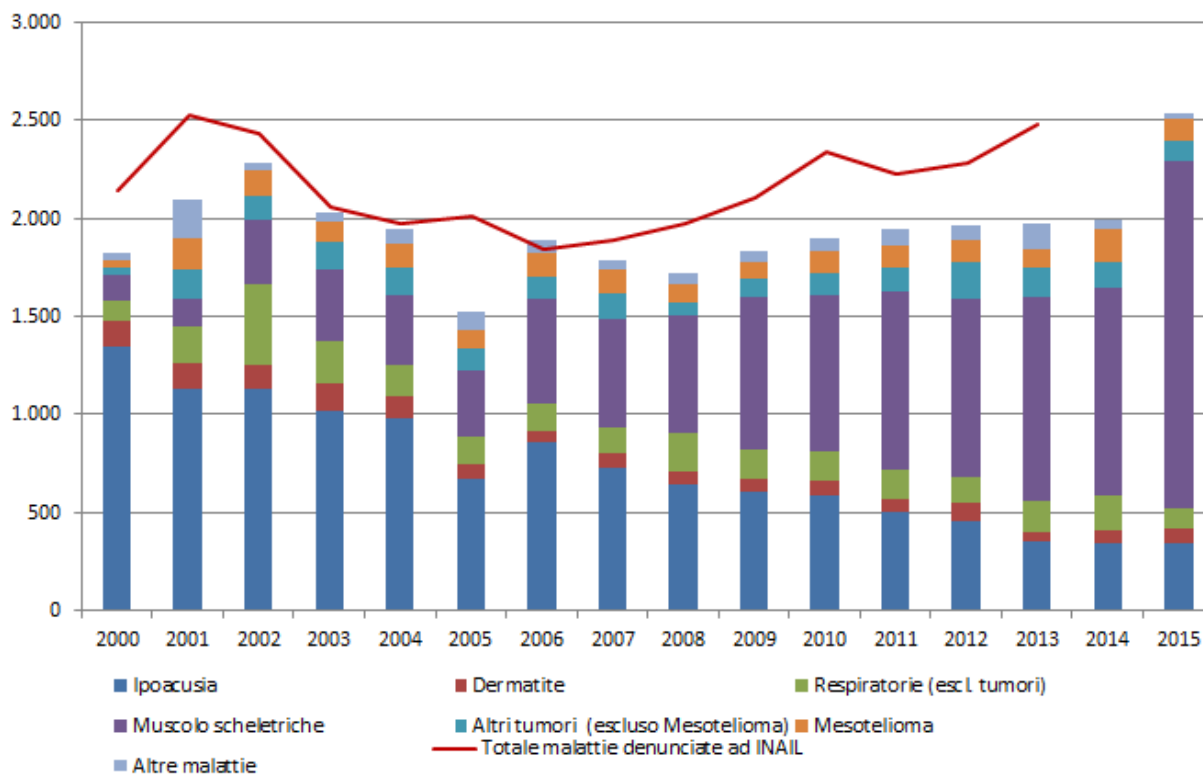


Malattie Professionali

E' pi  difficile inquadrare l'andamento delle malattie professionali a causa del tempo di latenza molto variabile tra esposizione ed insorgenza della malattia e dell'effetto connesso all'aggiornamento delle patologie indennizzate da INAIL. I dati pi  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, perch  pu  essere difficile riconoscere una malattia causata da esposizioni remote nel tempo. Il numero corretto di malattie professionali non   noto poich  le segnalazioni che pervengono all'INAIL e alle ULSS non sono sovrapponibili.

Il trend attuale per le muscoloscheletriche   nuovamente in aumento dopo un primo aumento nel 2009, per effetto di "recupero" di patologie non segnalate dopo la pubblicazione delle nuove tabelle nel 2008. Un'altra possibile causa dell'aumento risiede 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 pi  denunce per la stessa persona. Ci  si verifica in particolare per le malattie muscolo-scheletriche dove in passato si registrava una sindrome da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore, oggi si registrano le lesioni distintamente per polso, gomito e spalla. Le segnalazioni pervenute agli SPISAL evidenziano nel 2015 un netto aumento dei casi di patologia muscolo-scheletrica, soprattutto in agricoltura, probabilmente per un "recupero" di casi non segnalati precedentemente ed oggi ricercati in modo sistematico.

Figura 2.39 – Malattie segnalate agli SPISAL per tipologia e Totale denunciate all'INAIL. Veneto, 2000-2015



62

Il PREO effettua un monitoraggio sulle segnalazioni/denunce di patologie professionali da sovraccarico biomeccanico degli arti e del rachide. I dati sono in linea con quanto rilevato negli anni precedenti, circa 1.200 patologie/anno.

Incidenza del mesotelioma in Veneto per periodo, genere e provincia

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 2015 sono stati registrati 2.248 casi di mesotelioma, registrati in 7 casi su 10 in uomini e nel 30 % dei casi insorge in persone di età superiore a 75 anni di età). Le province del Veneto che presentano per entrambi i generi la maggiore incidenza di mesotelioma sono quelle di Venezia e Padova, che esprimono all'incirca la metà del gettito 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.

E' presente una frazione di casi 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'84,7% 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 2.16).

Tabella 2.16 - Esposizione ad amianto per circostanza di esposizione nei casi di mesotelioma insorti in residenti del Veneto Anni 1987-2015

Categorizzazione dell'esposizione ad amianto	UOMINI		DONNE	
	N	%	N	%
1. Lavorativa certa	1.004	61%	66	11%
2. Lavorativa probabile	100	6%	19	3%
3. Lavorativa possibile	183	11%	79	13%
4. Familiare	19	1%	140	23%
5. Ambientale	35	2%	36	6%
6. Extralavorativa	16	1%	25	4%
7. Improbabile	6	0,4%	9	2%
8. Ignota	169	10%	148	24%
9. In completamento	49	3%	21	4%
10. Non rintracciabili	40	3%	43	7%
11. Esposizione a radiazioni	5	0,3%	7	1%
12. Rifiuto intervista	13	1%	16	3%
Totale	1.639	100%	609	100%

Per gli anni 2005-2015, l'81,5% dei mesoteliomi insorti in uomini e il 57,7% dei mesoteliomi insorti in donne ha avuto un'esposizione ad amianto ritenuta causale nel determinare la patologia.

Sorveglianza sanitaria ex-esposti amianto

Vengono riportate le attività di prevenzione svolte dagli SPISAL rivolte ai lavoratori esposti ad amianto nel corso del 2015.

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)	9.479
N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto friabile	203
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	1.089
Totale di cantieri amianto ispezionati	1.207
di cui numero di cantieri ispezionati per amianto friabile	179
N° cantieri amianto sanzionati per violazioni al Titolo IX, Capo III	37
Quantitativo di amianto compatto rimosso nell'anno – Kg	52.871
Quantitativo di amianto friabile rimosso nell'anno – Kg	840
N° di lavoratori addetti ai lavori di smaltimento o bonifica amianto	6.593
Durata delle attività di smaltimento o bonifica amianto -ore esposizione	459.541
N° misurazioni periodiche della concentrazione di fibre di amianto nell'aria del luogo di lavoro	814
N° totale campionamenti ambientali effettuati dagli SPISAL	73
N° misurazioni con superamento del Valore Limite di concentrazione delle fibre di amianto nell'aria di cui all'art. 254 D.Lgs. 81/08	2

Approfondimenti

Programma Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale (presso SPISAL Azienda ULSS 9)
<http://www9.ulss.tv.it/Minisiti/spisal/epidemiologia.html>

Registro regionale dei casi di mesotelioma
<http://www.ulss16.padova.it/it/altri-servizi-socio-sanitari/dipartimento-di-prevenzione/servizio-di-prevenzione-igiene-e-sicurezza-negli-ambienti-di-lavoro-spisal/registro-veneto-mesoteliomi/,577>

Quinto Rapporto del Registro Nazionale Mesoteliomi, 2015.
https://www.inail.it/cs/internet/docs/ucm_207055.pdf

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Prevenzione e Sanità Pubblica
Dorsoduro, 3493 – Rio Nuovo – 30123 Venezia
Telefono: 0412791311 - 1323
e-mail: salute.lavoro@regione.veneto.it

Programma Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale
Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) dell'AULSS 9
Telefono: 0422323820
e-mail: segspisaltv@ulss.tv.it

64

Progetto Regionale di Sorveglianza Sanitaria degli Esposti ed ex Esposti ad Amianto e Cangerogeni Professionali
Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) dell'AULSS 13
Telefono: 0415133442
e-mail: spsal.dolo@ulss13mirano.ven.it

Programma Regionale per l'Ergonomia Occupazionale
Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) dell'AULSS 17
Telefono: 0499598730
e-mail: segreteria.spisal@ulss17.it

Registro Regionale Veneto dei Casi di Mesotelioma
Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) dell'AULSS 16
Telefono: 0498214314
e-mail: spisal.ulss16@sanita.padova.it

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

3.1 Promozione di corretti stili di vita

*Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
Allegato A; capitolo 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie; § 3.4.1. Aree prioritarie di intervento; Promuovere la prevenzione primaria e la promozione di stili di vita sani per prevenire le patologie cronico-degenerative e le loro complicanze; Ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari; Prevenire eventi infortunistici in ambito domestico, residenziale-protetto e stradale.*

Quadro di sintesi

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

I primi 6 macro obiettivi del Piano Regionale Prevenzione riguardano riduzione delle malattie croniche degenerative (MO 2.1, articolato in Piano Regionale Guadagnare Salute e Piano Regionale Screening Oncologici), prevenzione dei disturbi neurosensoriali (MO 2.2), promozione del benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani (MO 2.3), prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti (MO 2.4), prevenzione degli incidenti stradali (MO 2.5), prevenzione degli incidenti domestici (MO 2.6).

Il Piano Guadagnare Salute (MO 2.1) 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 per la promozione della salute con alunni e studenti; organizzazione di eventi formativi e divulgativi, produzione di materiale specifico per l'implementazione del programma Guadagnare Salute nelle ULSS. Sono inoltre compresi programmi riguardanti alcol ed alimentazione.

I Programmi contenuti nei primi 6 MO si sviluppano in:

- Setting Scuola, con Programmi atti a promuovere corretti stili di vita, prevenzione degli incidenti domestici e stradali, mirati a giovani studenti dalla scuola dell'infanzia alla scuola 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, ricco di Programmi che prevedono il coinvolgimento diretto e il contributo di operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Servizi Ospedalieri e territoriali, con 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 3.1 – 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"> - Adesione di tutte le Aziende ULSS, ad eccezione di una, alle sorveglianze regionali. - Con PASSI raccolte 5.277 interviste.
Formazione, produzione di materiali e organizzazione di eventi nell'ambito del programma Guadagnare Salute	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione materiale didattico-informativo - Formazione - Eventi di sensibilizzazione/ divulgazione a livello regionale 	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione di materiale informativo/formativo (Giornata mondiale contro il tabacco, Poster per la sicurezza alimentare) - Avvio del programma educativo "Raccontiamo la salute con 3 A", con sperimentazione e realizzazione di trailer con il Gruppo Alcuni
Laboratori multimediali per la promozione della salute	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione di laboratori multimediali per la promozione della salute - Incremento della partecipazione delle scuole ai laboratori - Crescita della consapevolezza del ruolo sociale ricoperto dagli adulti 	<ul style="list-style-type: none"> - 8.489 studenti del Veneto, provenienti da tutte le Aziende Ulss, hanno partecipato ai 4 laboratori - Realizzazione sito web
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). <ul style="list-style-type: none"> - Percorso Muovimondo - Laboratorio esperienziale MuoverSi - Incremento attività fisica nella vita quotidiana e attività organizzate per adulti e anziani <ul style="list-style-type: none"> - 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 Aziende ULSS - Laboratorio MuoverSi a Verona per scuole primarie e secondarie. - Manuale "Andiamo a scuola da soli" - Formazione per operatori ULSS insegnanti. - Presenza di gruppi cammino e attivazione di Pedibus in tutte le ULSS. - Aggiornamento sito web - Newsletter a 1.561 operatori
Sviluppo Carta di Toronto come modello per l'advocacy, creazione di reti, 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, networking e progettazione partecipata 	<ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione attività di formazione del personale Ulss per acquisizione di competenze nell'ambito della promozione della salute: 7 giornate con esperti, 9 incontri di supervisione. - Adesione di 17 Aziende 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 <ul style="list-style-type: none"> - Formazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Adesione di 15 Aziende 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 soggetti della comunità 	<ul style="list-style-type: none"> - Adesione di 17 ULSS al percorso "Azienda Sanitaria Libera dal fumo" - Adesione 11 ULSS al monitoraggio del rispetto della normativa <ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione campagna per la sicurezza in auto, in particolare contro il fumo in auto. - Formazione del personale sanitario
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 <ul style="list-style-type: none"> - Progettazione e realizzazione di strumenti multimediali per la promozione della salute 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione di 3 eventi formativi - Adesione di 17 Aziende Ulss (circa 700 classi di 200 scuole, di ogni ordine e grado): realizzazione di almeno un programma per la prevenzione del tabagismo - Sperimentazione in 12 Aziende ULSS del progetto innovativo "Diario della salute". - Stesura di 1 progetto definitivo per lo sviluppo dell'App
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 <ul style="list-style-type: none"> - Comunicazione - Reti 	<ul style="list-style-type: none"> - Sperimentazione ed implementazione modulo 1° livello - 27 ambulatori specialistici attivi di 2° livello: 1490 fumatori trattati e 29 gruppi trattati <ul style="list-style-type: none"> - Aggiornamento sito web www.smettintempo.it
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": attività di tutoraggio e valutazione del Percorso in ogni Punto Nascita, - Promozione del Progetto OMS/UNICEF "Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno" 	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione in aula e Formazione A Distanza <ul style="list-style-type: none"> - Aggiornamento materiali del programma - Valutazione da parte dell'Unicef di 7 strutture, superamento per 4 della Fase 1, per 2 della fase 2 e per 1 della fase 3 (Ospedale di Feltre)
GenitoriPiù – Coordinamento Promozione Salute Materno-Infantile	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione 8 azioni di promozione della salute 	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento rete regionale in sinergia con altri progetti - In 17 AULSS formalizzato il Gruppo aziendale GenitoriPiù <ul style="list-style-type: none"> - Formazione A Distanza sull'allattamento in convenzione con ISS - Creazione sito dedicato www.genitoripiu.it - Restituzione locale dei dati rilevati e diffusione a livello regionale.
MammePiù Guadagnare Salute in gravidanza	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione ostetriche e altre figure professionali dell'area materno-infantile sugli stili di vita sani - Aggiornamento e diffusione di materiale educativo e informativo specifico 	<ul style="list-style-type: none"> - corso di formazione per ostetriche e Formazione A Distanza; - Realizzazione Convegno annuale <ul style="list-style-type: none"> - Aggiornamento di sito web e materiale informativo (Guida al counselling, opuscolo per famiglie, poster, bindello)

Programma	Azioni	Attività svolte
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 SIAN - Formazione operatori ambulatori nutrizionali - Coordinamento attività ambulatori nutrizionali (rete integrata) - Revisione Linee Guida sulla ristorazione collettiva sociale
Formazione personale sanitario su prevenzione problemi alcol-correlati	<ul style="list-style-type: none"> - Corsi per medici di medicina generale - Formazione operatori sanitari ULSS e Ospedalieri - Interscambio esperienze a livello nazionale e europeo 	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione Formazione A Distanza per MMG e operatori sanitari - Valutazione formazione operatori sanitari 2014
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 - Percorsi dedicati alla modificazione fattori di rischio scorretti 	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione di 11 ULSS - Formazione operatori coinvolti nello screening
Peer education: prevenzione comportamenti a rischio 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"> - Istituzione Osservatorio/laboratorio Peer - Corso di formazione "Summer school per peer seniors del Veneto" per studenti universitari - Formazione per operatori sanitari
Prevenzione incidenti stradali	<ul style="list-style-type: none"> - Advocacy - Empowerment - Comunicazione - Formazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione di kit formativo/comunicativo ("Percorsi Comuni") in più lingue. - Analisi epidemiologica del fenomeno
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"> - Realizzazione opuscolo multilingue <i>Baby bum</i>: valutazione efficacia, produzione report - realizzazione materiale didattico per le scuole dell'infanzia e DVD (Affy Fiutapericolo) su prevenzione inalazione corpi estranei - coinvolgimento farmacie venete e distribuzione materiali informativi (Argento Attivo) su prevenzione degli incidenti domestici nell'anziano. - Formazione Aziende Ulss - Formazione A Distanza: "Gli incidenti domestici: dalla conoscenza alla prevenzione" per 2000 operatori sanitari del Veneto. - Realizzazione sito web.

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica - Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria

Rio Tre Ponti – Dorsoduro, 3494 Venezia

Telefono: 0412791352-1353

e-mail: sanitapubblica@regione.veneto.it

3.2 Profilassi delle malattie infettive

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

Allegato A. § 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie. § 3.4.1 Aree prioritarie di intervento: Prevenire le malattie suscettibili di vaccinazione e le malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione.

Quadro di sintesi

L'alto livello di estensione e di offerta delle vaccinazioni nel Veneto e la professionalità degli operatori della sanità pubblica e dei Medici e Pediatri di Famiglia hanno costituito elementi qualificanti del Sistema Vaccinale regionale, determinanti per l'attivazione di un percorso tecnico, scientifico e politico per il superamento della distinzione tra vaccinazioni "obbligatorie" per legge e "non obbligatorie".

Vaccinazioni

Il Macro-obiettivo 9 del Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 (DGR 749/2015) sviluppa la "Riduzione della frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie". All'interno di esso, trovano sviluppo gli interventi per il miglioramento della sorveglianza e controllo di malattie infettive, in particolare morbillo, rosolia, tubercolosi, HIV-AIDS, zoonosi e malattie batteriche invasive. Tali malattie sono ritenute prioritarie come ambito di intervento, in quanto rappresentano un importante problema di sanità pubblica.

Il Programma per la sorveglianza e la prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione e per la profilassi per i Viaggiatori Internazionali e il Programma delle Emergenze in Sanità Pubblica comprendono attività trasversali:

- implementazione di reti organizzative intraziendali e interaziendali;
- formazione per gli operatori sanitari e per la popolazione;
- confronto dei protocolli regionali con quelli 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 dell'importanza dell'adesione alla vaccinazione.

Il Veneto ha sospeso l'obbligo vaccinale per l'età evolutiva a partire dai nati dal 1 gennaio 2008 (L.R. n. 7 del 23.03.2007). 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 non obbligatorie, in linea con quanto si è osservato in tutto il paese. Inoltre, si è riscontrato un aumento delle famiglie che posticipano la vaccinazione, portando a coperture più ampie oltre i limiti temporali normalmente monitorati.

Per le coperture vaccinali contenute nell'esavalente (poliomielite, tetano, pertosse, difterite, Hib ed epatite B) la copertura per la coorte 2013 (ultima rilevata a 24 mesi) si attesta attorno al 91,3% dei nati, in calo rispetto gli anni precedenti. Tuttavia, si è osservato che nelle rilevazioni nel breve periodo per le coorti 2014-2015 il trend decrescente si è fermato, avviando una crescita dei tassi di copertura. Tale fenomeno verrà verificato nei prossimi anni, al consolidamento dei dati di copertura a 24 mesi.

Tabella 3.2 – I programmi attivi in Veneto nel 2015 nell'ambito della profilassi delle malattie infettive

Programma	Azioni	Attività svolte
Gestione delle emergenze infettive 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) Aziendali e Regionale - Revisione Protocolli operativi <ul style="list-style-type: none"> - Gestione emergenze ambientali - Formazione professionisti coinvolti in caso di eventi emergenziali <ul style="list-style-type: none"> - 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 per operatori sanitari dei dati epidemiologici sul web - Corso di formazione per bambini della scuola primaria 	<ul style="list-style-type: none"> - collaborazione tra Coordinamento Regionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCMR – Veneto), GORR e CESP presenti in ogni ULSS, GORR Regionale e Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica - formazione del personale CESP e GORR aziendali - aggiornamento protocolli riguardanti le emergenze, sia infettive che ambientali <ul style="list-style-type: none"> - esercitazione pratica nelle ULSS - revisione del Manuale “Malattie infettive” - stesura Piano per la preparazione e la risposta ad emergenze di sanità pubblica a livello aziendale
Progetto per sorveglianza e prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione e profilassi per i viaggiatori internazionali.	<ul style="list-style-type: none"> - Attività formativa e informativa <ul style="list-style-type: none"> - Stesura di protocolli/procedure. - Organizzazione dell'attività degli ambulatori dei viaggiatori internazionali nelle ULSS 	<ul style="list-style-type: none"> - eventi formativi residenziali rivolti al personale sanitario <ul style="list-style-type: none"> - collaborazione con Centro per le Malattie Tropicali (Negrar) per corso “Travel Medicine” - produzione e invio ai referenti aziendali degli ambulatori Viaggiatori Internazionali di Newsletter su medicina dei viaggi e delle migrazioni e su profilassi malattie infettive
Promozione di politiche per il corretto uso dell'antibiotico e per controllo dell'antibiotico-resistenza in strutture assistenziali e comunità	<ul style="list-style-type: none"> - Sorveglianza delle ICA e antibiotico-resistenza - Processi di valutazione sullo stato attuale della sorveglianza - Processi di valutazione sullo stato della sorveglianza e controllo delle CPE - Consensus conference <ul style="list-style-type: none"> - Programma di comunicazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione obiettivi, azioni e attività previste - Sorveglianza infezioni da batteri produttori di carbapenemasi, come da indicazioni ministeriali

Programma	Azioni	Attività svolte
Comunicazione nell'ambito delle malattie infettive tramite sito vaccinarsinveneto.org	<ul style="list-style-type: none"> - Campagna informativa interna - Campagna divulgativa esterna 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione e pubblicazione dell'area pubblica del sito web - Realizzazione campagne di comunicazione "Noi vogliamo proteggerci con le vaccinazioni" e "Noi non ci facciamo influenzare" per la vaccinazione antinfluenzale - diffusione di un audiomessaggio nelle 7 province del Veneto; - materiale divulgativo destinato alle Aziende Ulss: pieghevoli, segnalibri e locandine - incontri con la popolazione sul tema della vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica nell'adulto <ul style="list-style-type: none"> - Simposio "A scuola di vaccini" in collaborazione con la Società Ital. di Pediatria. - web conference per colloquio con gruppi locali
Piano Formativo Regionale a sostegno del calendario vaccinale	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione operatori - Aumento delle conoscenze dei cittadini su vaccinazioni e rischi delle malattie infettive prevenibili da vaccini 	<ul style="list-style-type: none"> - eventi formativi residenziali rivolti ai sanitari - Predisposizione e aggiornamento dei contenuti di corsi formativi a distanza per i sanitari <ul style="list-style-type: none"> - corso in/formativo online per i cittadini; - Aggiornamento, ristampa e distribuzione alle ULSS di materiale informativo sulle vaccinazioni rivolto alla popolazione
Sorveglianza delle patologie correlate alle vaccinazioni: sistema di sorveglianza delle meningiti.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificazione e segnalazione casi MIB - Integrazione sistemi di sorveglianza SSM e SIMIWEB - Integrazione flussi informativi e SDO 	<ul style="list-style-type: none"> - raccolte 176 segnalazione di malattia batterica invasiva (MIB) attraverso sistema di sorveglianza regionale (SSM) - integrazione dati di sorveglianza regionali (SSM) e nazionali (SIMIWEB) con rilevazione di 292 casi di MIB - stesura 4 reports epidemiologici periodici
Controllo e lotta alla tubercolosi e implementazione test HIV per la riduzione del numero dei "late presenters"	<ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento sorveglianza della malattia tubercolare - Miglioramento sorveglianza e offerta test HIV 	Implementazione procedure informatiche per controllo casi nel sistema SIMIWEB per migliorare sorveglianza della malattia tubercolare ed esito del trattamento.
Programma regionale di consulenza prevaccinale e sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione "canale verde"	<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 dati eventi avversi a vaccini (EAV) e calcolo tassi di incidenza: 710 nel 2015 - 220 consulenze pre e post-vaccinali per verificare controindicazioni al proseguimento della vaccinazione dopo evento avverso - revisione e aggiornamento materiale e casi clinici inseriti nella FAD sull'individuazione e segnalazione delle reazioni avverse
Implementazione della qualità del Sistema Acque come strumento di Prevenzione e Promozione della Salute	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione Gruppo regionale Acque Potabili - Attivazione Sistema Dati Regionale Acqua e Salute (newSInAP15) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sorveglianza e monitoraggio acque potabili - Coordinamento e programmazione delle attività di altri Enti coinvolti <ul style="list-style-type: none"> - Produzione di report di attività - Organizzazione della formazione - Attività di comunicazione

Approfondimenti

<http://repository.regione.veneto.it/public/b049bf718171ed5ff1cbe6732337c758.php?lang=it&dl=true> (link del Report sull'attività vaccinale dell'anno 2015)

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica - *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*
 Rio Tre Ponti – Dorsoduro, 3494 Venezia
 Telefono: 041 2791352-1353
 e-mail: sanitapubblica@regione.veneto.it

3.3 Screening oncologici

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

Allegato A. § 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie. § 3.4.1. Aree prioritarie di intervento. Ridurre la mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto. 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 2015 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 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.

72 Gli screening oncologici sono interventi di sanità pubblica complessi ed impegnativi offerti a grandi numeri di persone che nella grande maggioranza sono sane. Ne deriva la necessità di porre la massima attenzione a non "medicalizzare", limitando il più possibile i falsi positivi e gli esami di approfondimento. Questo serve a garantire la sostenibilità nel tempo e l'equità (la possibilità di offerta regolare a tutte le persone eleggibili). Per tutti gli screening sono disponibili dati e indicatori di qualità consolidati al 31/12/14 e, limitatamente ad estensione ed adesione all'invito, a fine 2015.

Attività di coordinamento

Ogni Azienda ULSS è responsabile della gestione dell'intervento sul territorio. Il Coordinamento Regionale Screening Oncologici (CRSO), del Settore promozione e sviluppo Igiene e Sanità Pubblica (DGR 2356 del 16/12/2013), organizza e valuta i programmi, monitora gli indicatori di qualità, stende relazioni ad hoc e rapporti annuali, promuove la qualità tramite la formazione del personale, coordina gruppi di lavoro specialistici per la redazione dei documenti di indirizzo di promozione della qualità.

Formazione degli operatori dei programmi di screening e gruppi di lavoro

Più di 1.000 operatori, il 70% dei quali non medici, sono attualmente coinvolti negli screening oncologici del Veneto. L'obiettivo è offrire la possibilità di una formazione di base, più eventi specifici per le diverse professionalità. Nel 2015 il CRSO insieme al Registro Tumori ha organizzato 17 eventi formativi, per un totale di 1.280 partecipanti.

Sistema informativo regionale

Il sistema informativo Screening Oncologici Regionale, comprende un gestionale dei programmi di screening oncologici ed il relativo sistema di BI, su piattaforme web indipendenti e gestiti presso il Sistema Informatico della Regione. Questo 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. Grazie alla collaborazione tra gli operatori coinvolti, le richieste di modifiche ed implementazioni raccolte nel tempo sono state tradotte in nuove funzionalità applicative a beneficio di tutte le ULSS. Il recupero degli archivi storici e la realizzazione del cruscotto statistico, denominato QlikView, hanno permesso, sia a livello locale che centralizzato, il monitoraggio dei principali dati di attività.

Screening cervicale con Pap test

Si esegue un Pap test ogni tre anni a donne fra 25 e 64 anni. A inizio 2015 la popolazione target era pari a 1.355.319 donne. Nel 2015 i programmi hanno mantenuto la capacità di invitare la quasi totalità della popolazione target, con un'estensione corretta degli inviti del 89,8%. Il dato dell'adesione corretta registra un lieve incremento rispetto all'anno precedente, registrando un 60,8%, dato superiore alla media nazionale (42% nel 2013). Nel 2014, su 211.164 donne che hanno effettuato lo screening e 394.073 invitate, sono stati diagnosticati 40 carcinomi della cervice uterina, di cui 13 adenocarcinomi, e 819 lesioni precancerose CIN2 o CIN3. Il 2014 ha visto il miglioramento della maggior parte degli indicatori e testimonia un incremento generale della qualità del servizio erogato. Va 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

Alla luce delle evidenze scientifiche, in linea con il nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, la Regione Veneto, tramite DGR 772 del 27/05/2014, 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. Il protocollo dello screening con test HPV prevede che le donne con test negativo vengono richiamate dopo cinque anni. In caso di positività, dallo stesso prelievo è possibile eseguire un Pap test: se negativo viene dato un controllo ad un anno; se positivo vengono inviate all'approfondimento colposcopico. Il protocollo entrerà pienamente a regime nel 2018; il triennio 2015-2017 è di transizione. Il nuovo screening è organizzato

su base regionale, con l'attribuzione di specifiche attività a centri di riferimento sovra-aziendali, al fine di garantire livelli di qualità elevati, realizzare economie di scala e favorire la sostenibilità a lungo termine. I test HPV vengono processati presso l'Anatomia Patologica di Treviso per le ULSS di Belluno, Treviso e Venezia, presso l'Anatomia Patologica di San Bonifacio (VR) per le ULSS di Verona e Vicenza e presso l'UOC Immunologia e Diagnostica Molecolare Oncologica dello IOV di Padova per le ULSS 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, con cadenza biennale. Il PRP 2014-2018 prevede l'estensione della fascia di età fino a 74 anni da realizzare entro il 2018. L'obiettivo principale è la riduzione della mortalità per tumore della mammella, secondario è l'applicazione di terapie chirurgiche e mediche il più possibile conservative. A inizio 2015 la popolazione target erano 659.866 donne e l'estensione degli inviti ottimale: 96,8%. I dato dell'adesione corretta (73,9% nel 2015) negli ultimi anni è stabilmente in prossimità dello standard desiderabile del GISMa (>75%).

Nel 2014, su 185.040 screenate e 284.153 invitate, i tumori screen detected sono stati 1.012. Come nell'anno precedente, il tasso di identificazione agli esami successivi soddisfa lo standard di riferimento, mentre ai primi esami è inferiore. Il frequente ricorso alla mammografia nelle donne <50 anni è una possibile spiegazione.

Gli indicatori risultano soddisfacenti nel confronto con gli standard nazionali, e stabili rispetto all'anno precedente, 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

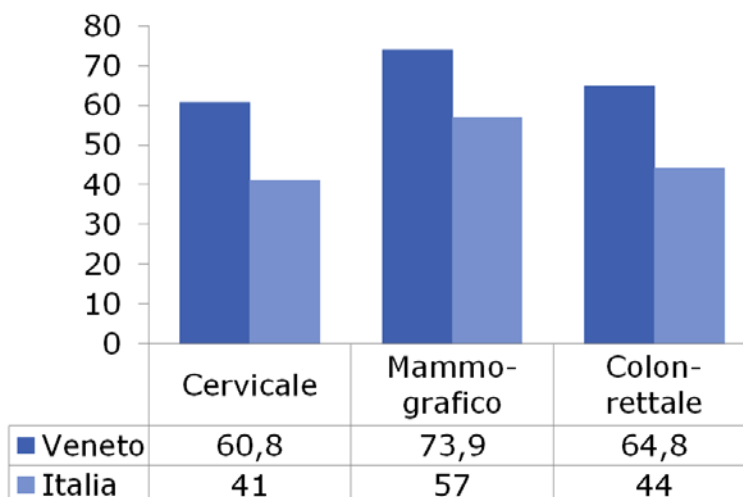
Ha la potenzialità di ridurre sia la mortalità che l'incidenza del tumore del colon retto, mediante la bonifica di grandi numeri di adenomi. Il programma è rivolto a maschi e a femmine fra 50 e 69 anni, invitati ad eseguire la ricerca del sangue occulto fecale con cadenza biennale. A inizio 2015 la popolazione target regionale era pari a 1.297.184 persone. L'estensione degli inviti nel 2015 è stabile su livelli ottimali: 91,9%.

Nel 2015 il dato dell'adesione si mantiene stabile al 64,8%, non distaccandosi dallo standard desiderabile GISCoR (65%). Il dato del Veneto continua ad essere tra i migliori a livello nazionale (adesione del 44% nel 2013). Sono stati diagnosticati 411 carcinomi e 3.289 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.

Confronto con il contesto nazionale

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 3.1 - Screening cervicale, mammografico e colon-rettale. Percentuali di adesione agli inviti nel Veneto e in Italia nel 2013 (Fonte: Coordinamento Regionale Screening Oncologici)

*Riferimenti normativi/deliberativi*

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. 749 del 14 maggio 2015: Approvazione Piano Regionale Prevenzione (PRP) per la realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014/2018.

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.

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica - Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria

Rio Tre Ponti – Dorsoduro, 3494 Venezia

Telefono: 041 2791352 - Fax 041 2791355

e-mail: crso@regione.veneto.it

3.4 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)

Allegato A, § 3.4.1 Pagine 86, 87 e 90: “[...] tutelare la salute e la sicurezza della popolazione nei diversi ambienti di vita e di lavoro, prevenendo gli infortuni sul lavoro e le patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici.”

Quadro di sintesi

La programmazione degli interventi regionali a tutela della salute e sicurezza nei luoghi di vita e lavoro discende dal Piano Regionale di Prevenzione, Decreto 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 di Prevenzione.

La Sezione Prevenzione e Sanità Pubblica fornisce supporto operativo e sovrintende le attività del Comitato regionale di coordinamento della attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro (CoReCo), la cui collaborazione con i Servizi di 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 Radon, le misurazioni delle emissioni elettromagnetiche (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 2015, in coerenza con il macro obiettivo 2.7 del Piano Regionale di Prevenzione (PRP), prevede:

- il contrasto dei rischi mortali e gravi con interventi di prevenzione estesi a tutto il territorio nei comparti dell'edilizia e dell'agricoltura ed il controllo dell'organizzazione della sicurezza nelle imprese con più di 10 addetti, conformemente al D.Lgs. n. 81/2008;
- la sorveglianza sulle malattie professionali ed il miglioramento dell'efficacia delle indagini compresa la valutazione delle nuove forme di patologie correlate al lavoro (mal di schiena, disturbi articolari da posture incongrue o da movimenti ripetitivi, stress da lavoro correlato);
- la sorveglianza degli esposti ed ex esposti a cancerogeni, amianto e CVM, in relazione alle storiche specificità di rischio in aree industriali attive o dismesse (Porto Marghera), con vantaggi di utilità clinica (possibilità di efficace diagnosi precoce e controllo dello stato di salute), utilità preventiva (riduzione del rischio aggiuntivo), utilità etico-sociale

(possibilità di informazione capillare e contatto individuale) e utilità medico-legale (tempestività di certificazione di malattia professionale);

- la promozione del benessere organizzativo nei luoghi di lavoro nell'ottica del miglioramento della qualità e del benessere del lavoro anche quali fattori di competitività economica delle aziende;
- la promozione dello sviluppo dei Sistemi di Gestione della Sicurezza aziendale (SGS) nelle aziende;
- la promozione della cultura della sicurezza e della salute nei confronti dei lavoratori autonomi di comparti a rischio (edilizia, trasporti, legno, metalmeccanica, coltivatori diretti) attraverso azioni di sorveglianza sanitaria e di formazione.

Con riferimento all'attività ispettiva a contrasto del rischio infortunistico nel corso del 2015 gli SPISAL regionali hanno raggiunto l'obiettivo del 5,7% delle unità locali attive (LEA >5%), assicurando le quote programmate per i settori soggetti a maggior rischio. L'attività di monitoraggio sulle malattie professionali è stata garantita dal Programma regionale per l'Epidemiologia occupazionale, i dati aggiornati sono consultabili all'indirizzo: <http://www9.ulss.tv.it/Minisiti/spisal/epidemiologia.html>.

L'attività di indagine e monitoraggio delle nuove patologie lavoro correlate è stata assicurata dal Programma regionale per l'Ergonomia Occupazionale che rende disponibili i report annuali di attività, le linee guida di comparto e la documentazione delle buone prassi all'indirizzo: https://www.ulss17.it/index.cfm?method=mys.page&content_id=358.

Questo si occupa anche di promozione del benessere organizzativo e coordina le attività degli sportelli aziendali e dei centri provinciali di prevenzione e contrasto al mobbing, disagio lavorativo e tutela della sicurezza e salute psico-sociale nei luoghi di lavoro.

L'attività di sorveglianza degli esposti ed ex esposti a cancerogeni, amianto e CVM ha garantito il protocollo sanitario di sorveglianza al 100% dei soggetti richiedenti.

A sostegno della promozione della cultura della sicurezza e della salute nei confronti dei lavoratori autonomi di comparti a rischio (edilizia, trasporti, legno, metalmeccanica, coltivatori diretti) sono stati predisposti Manuali operativi e questionari, sottoposti al confronto e condivisione 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 di realizzare 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 2015 si è provveduto, tramite indagini metrologiche svolte da ARPAV, alla revisione della mappa delle aree ad elevato potenziale di radon in Veneto, con particolare riguardo alla zona euganea della provincia di Padova ed al Comune di Vicenza. Sul sito dell'ARPAV è possibile consultare l'elenco aggiornato dei Comuni a rischio.

Per l'individuazione dei Comuni a rischio nell'area dei Colli Euganei, sono state condotte ulteriori misure della durata di un anno in alcune abitazioni; il campione di abitazioni complessivamente monitorate è stato incrementato da 70 a 118 unità. Nel Comune di Vicenza sono stati eseguiti controlli con misure di durata annuale in 96 edifici scolastici, con particolare attenzione ai locali interrati e ai piani terra. Tutti gli edifici scolastici monitorati sono sotto la soglia di 500 Bq/m³, che è il limite (chiamato livello d'azione) di concentrazione media annua di radon definito dal Decreto Legislativo n. 241/2000.

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

Sono stati avviati, in collaborazione con ARPAV, i 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 1.795 pareri preventivi o istruttorie tecniche e realizzati 151 interventi di controllo; l'89% delle misure di campo elettrico ha riportato valori <3 V/m, il 10% valori tra 3 e 6 V/m e l'1% valori tra 6 e 20 V/m, senza alcun superamento in atto. Per gli impianti radiotelevisivi sono stati rilasciati 72 pareri preventivi o istruttorie tecniche e realizzati 40 interventi di controllo; il 77% delle misure di campo elettrico ha riportato valori <3 V/m, il 15% valori tra 3 e 6 V/m e l'8% valori tra 6 e 20 V/m, è in fase di ultimazione un intervento di bonifica presso Monte Cero per una situazione di superamento in atto. Infine per gli elettrodotti sono stati rilasciati 101 pareri preventivi o istruttorie tecniche e realizzati 25 interventi di controllo su cabine elettriche e 18 interventi di controllo su linee elettriche; il 71% delle misure di campo elettrico ha riportato valori <3 microTesla, il 27% valori tra 3 e 10 microTesla ed il 2% valori superiori a 10 microTesla, senza rilevazione di superamenti in atto.

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

Le Aziende ULSS organizzano specifici e mirati interventi di carattere informativo e formativo a favore dei venditori e utilizzatori dei fitosanitari nell'obiettivo di favorire il loro corretto impiego. Tali interventi sono stati sostenuti e potenziati sulla base di uno specifico Progetto affidato all'Azienda ULSS n° 21 di Legnago (DGR n. 1682/2014) che ha assicurato sul territorio regionale un'attività formativa di aggiornamento a 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) I principali eventi formativi e di aggiornamento sono:

- Realizzazione di due edizioni del "Corso regionale di formazione sull'uso corretto e sostenibile dei prodotti fitosanitari. Le azioni di prevenzione dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione" permettendo agli operatori dei diversi Servizi di confrontarsi sui contenuti delle liste di controllo per la vigilanza nel commercio, vendita e deposito dei prodotti fitosanitari e delle liste di controllo per la vigilanza nell'impiego degli stessi prodotti.

- Nel 2015 si sono svolti 4 eventi di sensibilizzazione in materia di prodotti fitosanitari, per discutere il rischio sanitario connesso all'utilizzo dei prodotti fitosanitari, la riduzione dell'impatto ambientale, i principali obblighi normativi e gli indirizzi di controllo dei Servizi delle ULSS dedicati alle parti sociali, ai consulenti, ai rivenditori ed agli altri utilizzatori. La puntuale rilevazione delle dichiarazioni di vendita presentate dai rivenditori ha permesso di conoscere il quantitativo di prodotti fitosanitari venduti nel 2015 in ambito regionale pari a 16.267.168 kg/l. Questo rappresenta un indicatore significativo sulla consistenza del fenomeno dell'impiego degli stessi in Veneto, permettendo di individuare gli interventi di prevenzione sanitaria più opportuni da parte delle Aziende ULSS nelle singole aree e orientando gli obiettivi e i caratteri del controllo sanitario sulle attività di vendita ed impiego dei prodotti fitosanitari. L'attività di vigilanza sanitaria (Decreto del Direttore della Sezione Prevenzione e Sanità Pubblica n. 17/2015) svolta dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS sulla vendita e impiego dei prodotti fitosanitari ha riguardato 519 aziende agricole, 349 rivendite e 144 terzisti in 178 Comuni.

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

Nel 2015 è stata rafforzata la rete degli Ispettori delle Aziende ULSS afferenti al sistema REACH (Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemical substances): coordinati dall'Autorità Regionale Competente REACH (Azienda ULSS 10), hanno svolto l'attività di controllo ufficiale sulla base del "Piano regionale di controllo 2015", adottato con il Decreto del Direttore Sezione Prevenzione e Sanità Pubblica n. 16 del 05/06/15.

In particolare sono stati effettuati 19 controlli che hanno interessato la verifica del rispetto del regime di autorizzazione per due sostanze (Muschio Xilene e MDA -4,4 metilendianilina); controlli REF 2 in aziende produttrici di vernici, fitosanitari e cosmetici; una verifica sul rispetto della restrizione di cromo esavalente nel cemento (con controllo analitico effettuata da ARPAV); una ispezione su segnalazione di presunte irregolarità. Inoltre è iniziato un programma di controllo circa il rispetto del divieto d'uso del Triossido di Arsenico nel settore delle vetrerie artistiche condotto con il supporto di ARPAV. A partire dall'anno 2011, svolti sono stati 56 controlli che in svariati casi hanno comportato il campionamento delle sostanze, con successiva analisi di laboratorio.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

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

http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=4773661d-9338-49da-9df8-5b4a23bcac16&groupId=10793

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Prevenzione e Sanità Pubblica
Dorsoduro, 3493 – Rio Nuovo – 30123 Venezia
Telefono: 041/2791313 -14 -15 Fax 041/2791331
e-mail: prevenzione@regione.veneto.it

3.5 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 (§ 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

Le attività di controllo ufficiale da parte delle Aziende ULSS hanno comportato il rilievo di non-conformità sia sulle matrici campionate che sulle strutture ed i processi produttivi. L'incremento di controlli operato mediante audit ha comportato la possibilità di ridurre fortemente il numero di ispezioni/verifiche presso gli stabilimenti riconosciuti.

Tabella 3.3 – Controlli su operatori del settore alimentare, Veneto, 2014-2015

	Operatori registrati 2014	Operatori riconosciuti 2014	Operatori registrati 2015	Operatori riconosciuti 2015
NUMERO DI UNITA' CENSITE	137.442	1.064	143.156	1.054
NUMERO DI UNITA' CONTROLLATE	39133	1.064	38.015	1.054
NUMERO DI CONTROLLI UFFICIALI/ISPEZIONI- VERIFICHE	76.324	33.351	72.788	10.941
NUMERO DI AUDIT		406		451
TOTALE CAMPIONI PRELEVATI	24.330		21.796	
CAMPIONI NON REGOLAMENTARI	278		250	
TOTALE NON-CONFORMITA	4.247	1.752	3.581	1.796
PROVVEDIMENTI:				
a) Amministrativi	4.428		4.119	
b) Notizie di reato	87		85	

Contaminazione ambientale

Il monitoraggio degli alimenti è finalizzato alla tutela del consumatore attraverso controlli sulle filiere alimentari e delle aree territoriali maggiormente esposte alla possibile contaminazione industriale. Nel 2015 sono stati effettuati controlli nell'ambito del "Piano straordinario di monitoraggio regionale per la ricerca di diossine e PCB su alimenti" e del "Piano regionale di monitoraggio della contaminazione da metalli pesanti e da cesio di taluni prodotti di raccolta spontanei e fauna selvatica in attuazione della

raccomandazione 2003/274/CE". Inoltre, relativamente alla ricerca di PFAS in alimenti di produzione locale, è stato completato il programma di campionamento già programmato con la DGR n. 1570 del 26/08/2014. Gli esiti di tali campionamenti hanno evidenziato la presenza di tracce, in particolare di PFOS, in alcune matrici alimentari delle 5 AULSS interessate dalla contaminazione.

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 2015 secondo la programmazione formalizzata con la DGR n. 391 del 31/03/2015.

Sanità animale

Uno dei compiti prioritari dei Servizi Veterinari è rappresentato dalla prevenzione e controllo delle malattie infettive trasmissibili dall'animale all'uomo (zoonosi). 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 2015 la gestione dei Piani di risanamento ha comportato la scelta di controllare il 20% degli allevamenti bovini da riproduzione per leucosi (LBE) e brucellosi (BRC) bovina e, con cadenza biennale, la totalità degli allevamenti ovi-caprini. Le ispezioni predisposte sulla base della Direttiva 64/432/CEE coniugano gli obiettivi di risparmio della spesa pubblica con il miglioramento dell'attività di controllo, in considerazione del fatto che il Veneto ha acquisito negli anni precedenti la qualifica di Regione Ufficialmente indenne da leucosi e brucellosi bovina/ovicaprina e da tubercolosi bovina. Il test per la tubercolosi bovina è stato effettuato nel 100% degli allevamenti. I Servizi Veterinari delle Aziende ULSS del Veneto hanno effettuato nel 2015 i seguenti campionamenti:

- BRC bovina: sono stati testati (mediante prove sierologiche e/o esame sul latte sfuso) 1657 allevamenti (1.550 nel 2014), per un totale di 60.379 bovini (86.083 nel 2014); sono stati inoltre analizzati per BRC 354 feti abortiti (366 nel 2014).
- LBE: sono stati testati (mediante prove sierologiche e/o esame sul latte sfuso) 1650 allevamenti (1.535 nel 2014), per un totale di 59.765 bovini (85.631 nel 2014).
- BRC ovi-caprina: sono stati testati (sierologicamente) 1.009 allevamenti (1.832 nel 2014), per un totale di 24.401 animali (35.804 nel 2014).
- TBC bovina: sono stati testati 5620 allevamenti (155 nel 2014), per un totale di 305.969 capi (10.041 animali nel 2014).

Tutti i prelievi effettuati per LBE e BRC bovina e ovi-caprina sono risultati negativi, mentre un allevamento di bovini da riproduzione è risultato positivo per la TBC: di conseguenza, tutti i capi di tale azienda sono stati abbattuti.

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 2015 sono stati effettuati 523 (632 nel 2014) controlli negli allevamenti bovini, 105 (151 nel 2014) negli allevamenti suini e 126 (179 nel 2014) in quelli ovicaprini. Sono stati rilevati 89

allevamenti bovini (78 anno 2014), 7 allevamenti suini (9 nel 2014) e 9 (14 nel 2014) ovicaprini 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 2015 sono state effettuate 6.894 ispezioni (7.656 nel 2014) in allevamento, presso grossisti di farmaci, farmacie e parafarmacie, riscontrando 11 violazioni amministrative (11 nel 2014). Sono stati inoltre effettuati 8.851 campionamenti (9.747 nel 2014) in allevamento e presso i macelli. Per razionalizzare le risorse è stato inoltre concordato, congiuntamente con l'ente pagatore regionale dei Premi Comunitari (AVEPA–atto B11), 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 702 allevamenti (654 allevamenti nel 2014).

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 2.836 (1.248 nel 2014) ispezioni presso operatori primari e altri operatori registrati ai sensi del Regolamento (CE) 183/2005. Sono state riscontrate 80 (40 nel 2014) non conformità di vario genere con 6 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 2015 hanno effettuato 1.207 (1.232 anno 2014) controlli per benessere animale in allevamento, rilevando un totale di 53 prescrizioni e 4 sanzioni; sono state inoltre effettuate 1.095 ispezioni (1.261 nel 2014) per benessere degli animali in fase di trasporto, ai sensi del Regolamento (CE) 1/2005, che hanno coinvolto un totale di 4.948.997 animali (6.172.767 nel 2014), 987 mezzi di trasporto (1.163 nel 2014) e 1.179 documenti di accompagnamento (1.467 nel 2014); a seguito di tali controlli, sono state rilevate 32 non conformità (33 nel 2014), a cui hanno fatto seguito altrettante sanzioni ai sensi del citato Regolamento.

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Veterinaria e Sicurezza Alimentare
Rio Nuovo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
Telefono: 041-2791325

4. Assistenza Ospedaliera

4.1 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. (§ 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 D.G.R. 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 4.1- 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 (posti letto 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	

Disciplina	Numero minimo di strutture	Numero massimo di strutture	Numero di strutture di cui alla DGR 2122/2013	Note
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	4	8	5	
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	

86

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

Settore Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata – *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*

Palazzo Molin -San Polo, 2514 – 30125 Venezia

Telefono: 041-279 1136

e-mail: assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

4.2 L'ospedalizzazione in Veneto

Nel 2015 le strutture ospedaliere del Veneto hanno effettuato 661.196 dimissioni. Negli ultimi anni il numero assoluto di ricoveri in Veneto è calato del 23%, con dinamiche diverse per le varie tipologie di ricovero. La riduzione ha riguardato soprattutto i ricoveri per acuti in regime ordinario (-26% dal 2006) e soprattutto in regime diurno (-42%), oltre ai ricoveri in lungodegenza (-27%). Il numero di ricoveri riabilitativi si è stabilito intorno ai 29-30.000. A fronte della diminuzione del numero dei ricoveri, la degenza media si mantiene invece relativamente costante nel tempo, pari a 8,1 giorni per i ricoveri acuti in regime ordinario del 2015.

Tabella 4.2 - Numero di ricoveri per tipo di assistenza, Veneto, 2006-2015
(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO)

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	477.377	71,5	151.700	22,7	9.732	1,5	28.700	4,3	667.509	100,0
2015	477.249	72,2	144.360	21,8	9.306	1,4	30.281	4,6	661.196	100,0

La forte diminuzione del numero dei ricoveri diurni è principalmente la conseguenza della possibilità di eseguire alcuni interventi chirurgici in regime ambulatoriale (prima eseguiti in regime di ricovero) e dello spostamento verso l'assistenza ambulatoriale della quasi totalità delle prestazioni di chemioterapia. Considerando solo i reparti per acuti, le dimissioni in regime ordinario sono, nel 58% circa dei casi, di tipo medico: le condizioni per le quali la popolazione ricorre più frequentemente al ricovero ospedaliero sono il parto, con e senza diagnosi complicanti (5,8% del totale dei ricoveri ordinari per acuti), lo scompenso cardiaco (3,5%), la polmonite con e senza complicanze (2,3%), l'edema polmonare e l'insufficienza respiratoria (2,1%) e l'ictus (1,7%). Tra i ricoveri per intervento chirurgico, i più frequenti sono la sostituzione di articolazioni o reimpianto degli arti inferiori (3,5%), i parti cesarei con e senza complicanze (2,0%) e gli interventi sull'utero non per neoplasia maligna (1,9%). I ricoveri in regime diurno sono in grande maggioranza (76%) di tipo chirurgico. Gli interventi chirurgici più frequenti sono quelli in ambito ginecologico, ortopedico, urologico e di chirurgia generale.

Tabella 4.3 - Numero di giornate di degenza e degenza media per tipo di assistenza, Veneto, 2006-2015
(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO)

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	3.904.060	8,2	258.446	1,7	267.812	27,5	666.849	23,2	5.097.167	7,6
2015	3.874.064	8,1	249.829	1,7	258.362	27,8	694.921	22,9	5.077.176	7,7

Tabella 4.4 - Dimissioni per acuti in regime ordinario per i DRG più frequenti, Veneto, 2014-2015
(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO)

DRG	2014		2015	
	N	Deg. Media	N	Deg. Media
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	27.533	3,4	26.210	3,4
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.190	4,6	1.294	4,6
127-Insufficienza cardiaca e shock	17.281	10,6	16.906	10,5
544-Sostituzione di articolaz. maggiori o reimpianto degli arti inferiori	15.714	9,9	16.579	9,7
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni, con cc	6.603	12,3	7.353	12,2
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni, no cc	3.901	9,3	3.730	9,2
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	9.323	11,6	9.996	11,8
371-Parto cesareo, no cc	9.147	4,7	8.759	4,8
370-Parto cesareo, con cc	843	7,8	813	8,0
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, no cc	8.788	3,6	8.818	3,6
358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, con cc	443	7,6	457	7,0
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	7.832	12,3	7.987	11,9
125-Malattie cardiovascolari eccetto IMA, con catet. Cardiaco, no cc	4.920	4,7	4.856	4,4
124- Malattie cardiovascolari eccetto IMA, con catet. Cardiaco, con cc	2.869	10,0	2.838	9,8
430-Psicosi	7.158	19,2	6.899	19,3
494- Colectomia laparosc. senza esploraz. dotto bil. com., no cc	6.405	3,2	6.090	2,9
493-Colectomia laparosc. senza esploraz. dotto bil. com. con cc	687	9,2	669	8,2
576-Setticemia senza ventilazione meccanica 96+ ore, età >17 anni	5.400	14,4	6.494	14,5
183-Esof., gastroenter. e miscellanea digerente, >17anni, no cc	4.591	5,7	4.184	5,6
182- Esof., gastroenter. e miscellanea digerente, >17anni, con cc	1.788	9,6	1.807	9,2

Tabella 4.5 - Dimissioni per acuti in regime diurno per i DRG più frequenti, Veneto, 2014-2015
(Fonte: elaborazioni SER su SDO)

DRG	2014		2015	
	N	Media Accessi	N	Media Accessi
381-Aborto con dilat. e rasch., mediante aspirazione o isterotomia	8.105	1,2	7.371	1,2
359-Interventi su utero e annessi, non neoplasie maligne, no cc	6.895	1,1	7.192	1,2
225-Interventi sul piede	6.232	1,3	5.593	1,4
311-Interventi per via transuretrale, no CC	5.371	1,5	5.170	1,6
266-Trapianti pelle e/o sbrigl. eccetto ulcere/cellulite, no cc	4.547	1,5	4.645	1,5
158-Interventi su ano e stoma senza CC	4.546	1,6	4.259	1,7
538-Esciss. locale e rimoz. mezzi di fissaz. int., no anca/femore, no cc	4.266	1,3	3.974	1,3
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	3.649	1,4	3.675	1,4
139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, no cc	3.659	1,6	3.517	1,5
060-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	4.052	1,5	3.437	1,5
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	4.174	1,6	3.382	1,6
229-Interventi mano o polso, no interventi maggiori articol., no cc	4.009	1,5	3.359	1,5
364-Dilatazione e rasch., conizzazione, eccetto per neoplasie mal.	3.342	1,3	3.328	1,2
036-Interventi sulla retina	2.881	2,1	2.999	2,2

Dimissioni dalle strutture private accreditate

Le dimissioni dalle strutture ospedaliere private accreditate nel 2015 sono state 122.675 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 23% per i ricoveri diurni, del 14% per la lungodegenza e del 69% per i ricoveri riabilitativi. Considerando i ricoveri in discipline per acuti, 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 4.6 - Dimissione dalle strutture private per specialità (escluso riabilitazione e lungodegenza).
Anni 2014 e 2015 - (Fonte: elaborazioni SER su SDO, Regione del Veneto)

Specialità di dimissione (escluso riabilitazione e lungodegenza)	2014		2015	
	N	%	N	%
Cardiologia	3.408	3,4	3.663	3,6
Chirurgia Generale	22.240	22,5	23.438	23,3
Chirurgia Plastica	15	0,0	4	0,0
Chirurgia Vascolare	819	0,8	884	0,9
Gastroenterologia	605	0,6	625	0,6
Malattie Infettive	462	0,5	396	0,4
Materno Infantile	10.587	10,7	10.371	10,3
Medicina Generale	14.625	14,8	13.601	13,5
Neurochirurgia	123	0,1	39	0,0
Neurologia	1.835	1,9	1.864	1,9
Oculistica	2.323	2,3	2.290	2,3
Oncoematologia	530	0,5	595	0,6
Ortopedia	29.155	29,4	30.164	30,0
Otorinolaringoiatria	3.415	3,4	3.454	3,4
Psichiatria	2.851	2,9	2.870	2,9
Terapia intensiva	1.027	1,0	955	1,0
Urologia	5.009	5,1	5.281	5,3
Totale	99.029	100,0	100.494	100,0

Tabella 4.7 - Dimissioni dalle strutture della Regione del Veneto. Numero e % per tipo di assistenza e tipo di struttura. Veneto, 2006-2015 (Fonte: elaborazioni SER su SDO)

Anno	Acuti Ordinari				Acuti Diurni			
	Privato		Pubblico		Privato		Pubblico	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2006	87.705	15,4	483.580	84,6	49.578	19,8	200.253	80,2
2007	83.230	14,9	474.377	85,1	42.571	18,8	183.496	81,2
2008	80.180	14,6	468.947	85,4	43.855	21,1	163.746	78,9
2009	76.764	14,3	460.334	85,7	44.761	22,4	154.795	77,6
2010	75.150	14,3	451.936	85,7	45.335	22,7	154.328	77,3
2011	72.610	14,4	430.808	85,6	41.298	22,1	145.445	77,9
2012	66.196	13,6	419.493	86,4	33.359	20,6	128.932	79,4
2013	65.065	13,5	415.751	86,5	32.085	20,6	123.300	79,4
2014	65.842	13,8	411.535	86,2	33.187	21,9	118.513	78,1
2015	67.841	14,2	409.408	85,8	32.653	22,6	111.707	77,4

Tabella 4.8 - Dimissioni dalle strutture della Regione del Veneto. Numero e % per tipo di assistenza e tipo di struttura, 2006-2015 (Fonte: elaborazioni SER su SDO)

	<i>Lungodegenza</i>				<i>Riabilitazione</i>				<i>Totale</i>			
	<i>Privato</i>		<i>Pubblico</i>		<i>Privato</i>		<i>Pubblico</i>		<i>Privato</i>		<i>Pubblico</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
2006	1.904	14,9	10.874	85,1	19.538	66,0	10.087	34,0	158.725	18,4	704.794	81,6
2007	1.584	13,8	9.871	86,2	19.992	67,3	9.722	32,7	147.377	17,9	677.466	82,1
2008	1.470	12,8	9.996	87,2	18.220	65,3	9.680	34,7	143.725	18,1	652.369	81,9
2009	1.202	10,8	9.971	89,2	19.891	68,1	9.326	31,9	142.618	18,4	634.426	81,6
2010	1.130	10,9	9.239	89,1	20.767	68,5	9.557	31,5	142.382	18,6	625.060	81,4
2011	1.093	11,5	8.449	88,5	20.391	68,6	9.350	31,4	135.392	18,6	594.052	81,4
2012	1.222	12,6	8.465	87,4	21.107	69,4	9.297	30,6	121.884	17,7	566.187	82,3
2013	1.534	15,1	8.639	84,9	19.884	68,4	9.197	31,6	118.568	17,6	556.887	82,4
2014	1.310	13,5	8.422	86,5	19.801	69,0	8.899	31,0	120.140	18,0	547.369	82,0
2015	1.285	13,8	8.021	86,2	20.896	69,0	9.385	31,0	122.675	18,6	538.521	81,4

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata – *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*

Palazzo Molin -San Polo, 2514 – 30125 Venezia

Telefono: 041-279 1136

e-mail: assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale - *Sezione Controlli e Governo SSR*

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

4.3 Indicatori di volume previsti dal DM 70/2015

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 alle quali le singole strutture ospedaliere dovranno adeguarsi.

Quadro di sintesi

Il volume di attività rappresenta una delle caratteristiche misurabili di processo che possono avere un rilevante impatto sull'efficacia degli interventi e sull'esito delle cure. La rilevazione iniziale condotta sui dati di dimissione del 2015 mette in evidenza come la proporzione di strutture ospedaliere che soddisfano le soglie di volume previste dal D.M. 70/2015 dipenda molto dal tipo di attività/processo assistenziale considerato.

Gli indicatori di volume previsti dal D.M. 70/2015 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.

Tali indicatori derivano dal più ampio sistema degli indicatori di volume sviluppato da AGENAS nel Programma Nazionale Esiti (PNE). Nella Tabella 4.10 vengono presentate, con riferimento all'attività ospedaliera del 2015, il numero e la proporzione di strutture ospedaliere che soddisfano i requisiti di volume richiesti dal D.M. 70/2015. A ciascun indicatore è associata una soglia minima di volume di attività ed una soglia diminuita del 10% (soglia tollerata). La valutazione degli indicatori avviene solo per le strutture con più di 10 casi (come da indicazioni PNE).

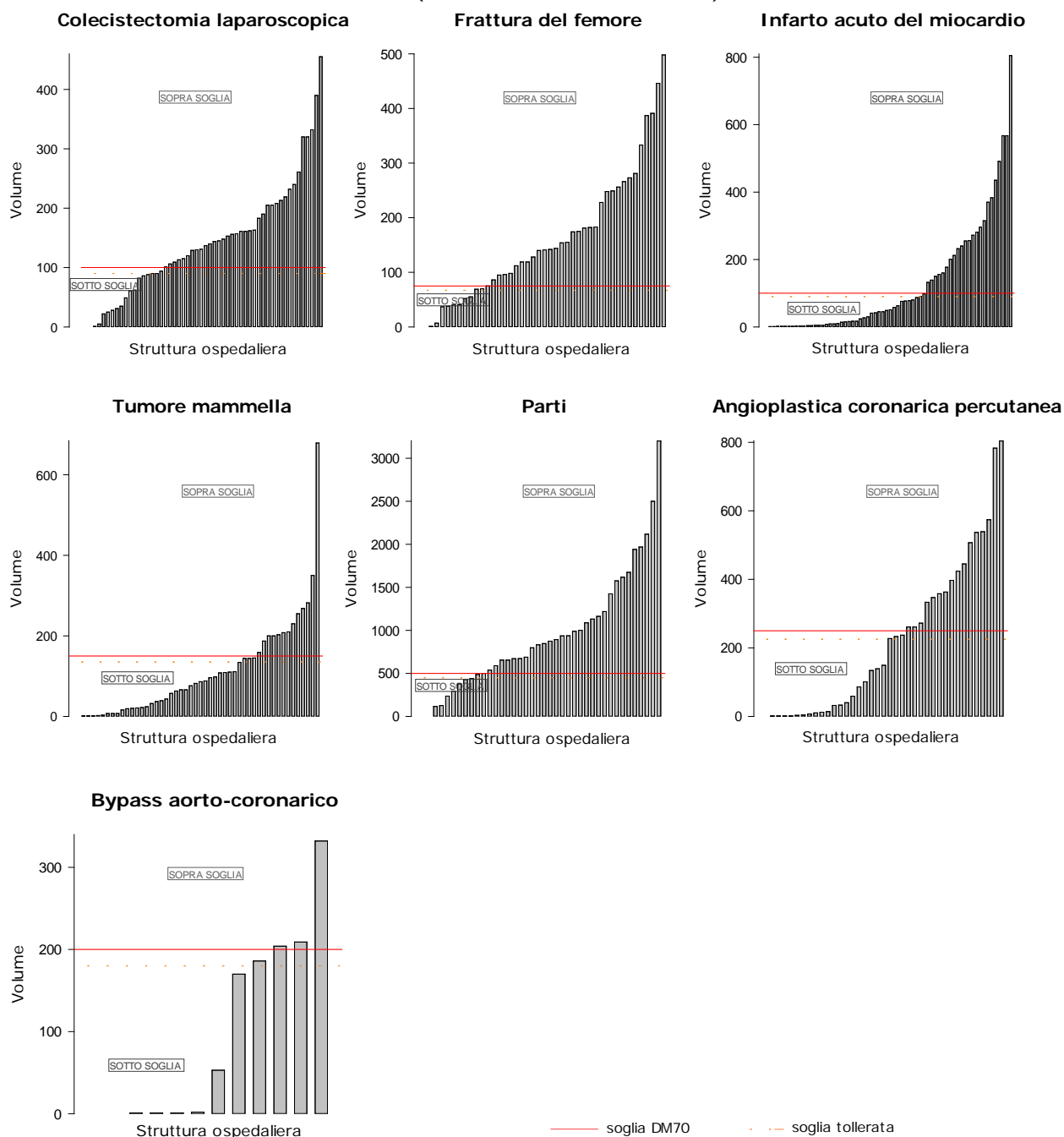
Tabella 4.9 - Volumi anno 2015: sintesi strutture e soglie (solo strutture con almeno 10 casi). Analisi per Struttura Ospedaliera (Fonte: Elaborazioni su dati SDO)

Indicatore	N. totale strutture	Soglia D.M. 70	Soglia tollerata (10%)	Superamento soglia D.M. 70		Superamento soglia tollerata	
				N. strutture	Prop.	N. strutture	Prop.
Interventi di colecistectomia laparoscopica	50	100	90	36	0,72	39	0,78
Interventi per frattura del femore	40	75	67	32	0,80	34	0,85
Infarto acuto del miocardio	46	100	90	23	0,50	25	0,54
Interventi per tumore della mammella	41	150	135	13	0,32	16	0,39
Parti	38	500	450	29	0,76	31	0,82
Interventi di angioplastica coronarica percutanea	30	250	225	16	0,53	19	0,63
Interventi di bypass aorto-coronarico	6	200	180	3	0,50	4	0,67

Nei grafici di Figura 4.9 vengono presentati i dati di volume per ciascuna struttura ospedaliera. Per gli indicatori che si riferiscono al volume di interventi di by-pass aorto-

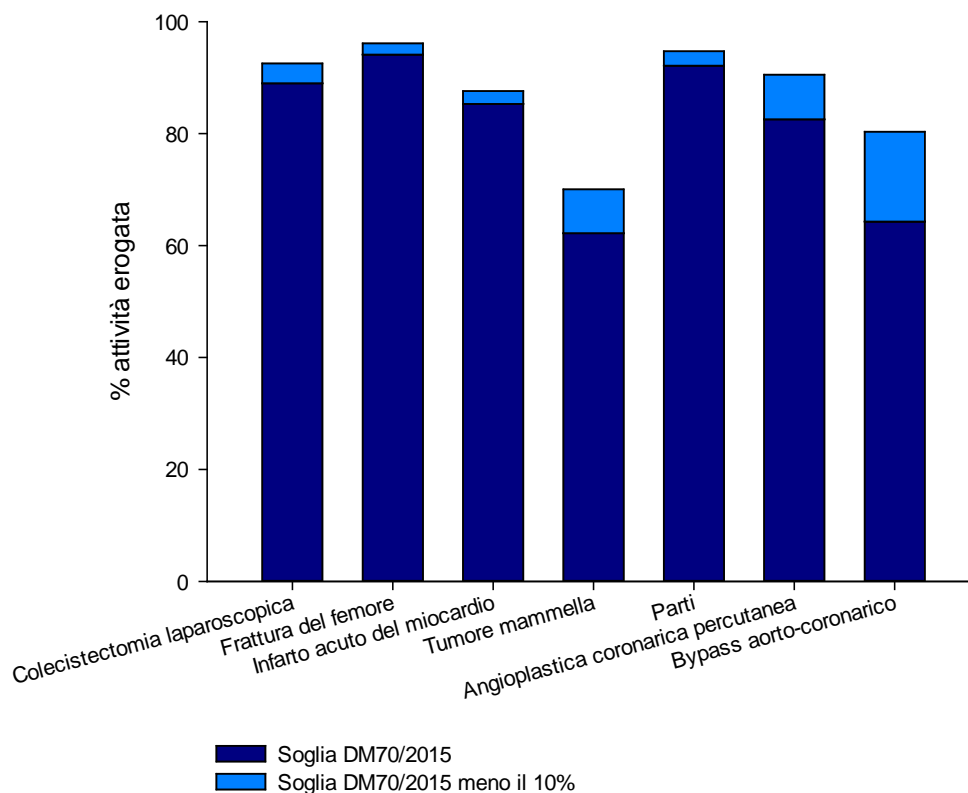
coronarico, interventi di colecistectomia laparoscopica, interventi per frattura del femore, interventi per tumore della mammella e interventi di angioplastica coronarica percutanea la struttura considerata è l'ospedale di intervento. Per quanto riguarda invece il volume di ricoveri per infarto del miocardio acuto e il volume di parti, la struttura considerata è l'ospedale di dimissione.

Figura 4.1 - Strutture ospedaliere per volume di attività per singolo indicatore previsto nel D.M. 70/2015. Anno 2015 (Fonte: Elaborazioni su dati SDO)



Più dell'80% dell'attività ospedaliera relativa alle prestazioni oggetto di monitoraggio viene erogata da strutture che superano le soglie di volume richieste dal D.M. 70/2015. Per quanto riguarda il tumore della mammella, l'attività chirurgica risulta invece piuttosto frammentata tra le diverse strutture della Regione (Figura 4.2).

Figura 4.2 - Proporzione di attività erogata da strutture sopra le soglie D.M. 70/2015. Anno 2015
(Fonte: Elaborazioni su dati SDO)



Principali riferimenti normativi e deliberativi

D.M. 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/PNEed15/>

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata – Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria

Palazzo Molin -San Polo, 2514 – 30125 Venezia

Telefono: 041-279 1136

e-mail: assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale - Sezione Controlli e Governo SSR

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 877 8252 - Fax: 049 877 8235

e-mail: ser@regione.veneto.it

5. Assistenza territoriale e socio-sanitaria

5.1 Assistenza primaria

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

Assistenza Territoriale "Modelli organizzativi di assistenza territoriale" § 3.1.2, pag.48: 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.

Integrazione Ospedale – Territorio e reti cliniche integrate con il territorio § 2.3.2: La 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.

Assistenza Primaria "La filiera dell'assistenza territoriale" § 3.1.3, pag.50: l'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.

Quadro di sintesi

La gestione integrata e la continuità dell'assistenza rappresentano i due obiettivi principali del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, che danno valore all'assistenza garantita in Veneto. E' in corso 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, atti a garantire un utilizzo appropriato dei setting assistenziali, e di implementare le capacità del territorio di far fronte ai bisogni dei pazienti "fragili".

Gli obiettivi principali riguardano:

- diffusione della "Medicina di Gruppo integrata", quale modello per l'assistenza primaria;
- definizione ed applicazione di percorsi assistenziali condivisi;
- messa a regime del modello di Centrale Operativa Territoriale quale strumento organizzativo tra Ospedale-Territorio.

L'evoluzione delle Cure Primarie

Per realizzare il nuovo assetto delle Cure Primarie, la programmazione ha ritenuto strategico avviare un processo di definizione del modello regionale di "Medicina di Gruppo integrata", da diffondersi su tutto il territorio regionale. E' stato definito a livello regionale e successivamente approvato con DGR n.751/2015, un Contratto di Esercizio-tipo, quale disciplina regionale in materia di erogazione dell'assistenza primaria, che stabilisce obiettivi, indicatori e risorse, assumendo il principio che gli obiettivi siano assegnati all'intero team. Ambiti fondamentali di attività sono: la prevenzione e la promozione di

stili di vita sani; l'assistenza a malati cronici; la partecipazione alla governance intesa come contributo all'utilizzo appropriato delle risorse.

L'attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate avviene pertanto su autorizzazione da parte di un Tavolo paritetico appositamente costituito che valuta la conformità del progetto presentato ai contenuti previsti nel Contratto di Esercizio-tipo. Detto tavolo assume la denominazione di Tavolo "CRITE MGI", mutuando espressamente il metodo e le procedure già in essere per la valutazione ed autorizzazione da parte della Commissione Regionale degli Investimenti in Tecnologia ed Edilizia. Attivato nel settembre 2015, il Tavolo "CRITE MGI" ha autorizzato nel corso dell'ultimo quadrimestre 2015 ben 27 progetti presentati da 9/21 Aziende ULSS che riguardavano il 7,5% dei MMG e il 7,7% degli assistiti dell'intera Regione: 2 conferme di sperimentazioni MGI, 10 trasformazioni da UTAP, 12 trasformazioni da GRUPPO, e 3 attivazioni di MGI ex Novo.

Dai dati dell'Anagrafe Unica Regionale (AUR) al 31/12/2015, strumento unico di gestione e mappatura delle forme organizzative delle cure primarie, si nota come la transizione verso forme associative più evolute abbia registrato un incremento delle Medicine di Gruppo Integrate/UTAP, con una copertura dei MMG a livello regionale che passa dal 8,9% nel 2014 al 12,5% nel 2015.

Tabella 5.1 – Forme associative della Medicina Generale. Veneto, 2015 (Fonte: Anagrafe Unica regionale)

Forme associative	N° MMG	%	N° Assistiti	%
Medico Singolo	478	14,8	448.945	11,5
Associazione semplice	332	10,3	452.943	10,7
Rete dei Medici (comprensiva di forme miste)	984	30,5	1.305.538	30,7
Medicina di Gruppo	1.029	31,9	1.448.840	34,1
Medicina di Gruppo Integrata/UTAP	404	12,5	550.428	13,0
Totale	3.227	100	4.246.694	100

La cronicità e i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

I percorsi assistenziali consentono di definire in maniera trasversale ruoli, funzioni e responsabilità, richiedendo spesso una revisione del modello organizzativo in essere e un ri-orientamento della destinazione delle risorse disponibili.

Nel corso del 2015 due proposte di PDTA hanno concluso l'iter di formulazione, secondo una medesima metodologia e mediante il coinvolgimento di specifici professionisti interessati nella presa in carico. Sono stati approvati il PDTA regionale sulla BPCO (DGR n. 206/2015) e il PDTA regionale sul Diabete Mellito di Tipo 2 (DGR n. 759/2015). Sono stati avviati ed in corso di elaborazione i PDTA regionali per la gestione delle Cure Palliative e la Lotta al dolore, nell'adulto e nel bambino, TAO. Inoltre si è conclusa la prima sperimentazione di valutazione operativa delle proposte di PDTA Regionali (DGR n. 530/2014), che aveva coinvolto le Aziende della provincia di Vicenza (ULSS 3-4-5-6) nell'implementazione del PDTA della BPCO. Tale percorso ha portato alla stesura (in corso di elaborazione) di linee guida con indicazioni operative a supporto dell'implementazione dei PDTA in tutto il contesto regionale.

L'implementazione del modello di Centrale Operativa Territoriale

La "Centrale della Continuità - COT" (DGR 2271/2013) è l'elemento cardine del Sistema delle Cure in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale. La COT è risorsa dell'intero Sistema, non è del distretto o dell'ospedale, ma può essere attivata da tutti gli operatori. Oggi nasce per la continuità e prende in carico la complessità, non consentendo più alibi né "rimpalli" della persona tra strutture diverse, garantendo la tracciabilità dei processi e la loro trasparenza a pazienti e familiari.

Vista la rilevanza di tale strumento, la Regione Veneto, oltre a ri-assegnare per il 2016 l'obiettivo ai Direttori Generali di sviluppare e di implementare la COT (DGR n. 2072 del 2015), ha proseguito nel percorso di accompagnamento avviato nel 2014, consentendo la creazione di strategie di benchmark e sinergie tra modelli e territori diversi, in un'ottica di reciprocità: la sfida non è solo organizzare meglio la realtà della singola Azienda ULSS, ma promuovere strategie di integrazione con le altre Aziende ULSS, creando una continuità dell'assistenza che si espande oltre i confini delle specifiche realtà aziendali, in funzione della mobilità dei pazienti.

Tabella 5.2 – Soggetti attivatori e Macro Attività svolte/in corso di attivazione presso le Centrali Operative Territoriali delle Aziende ULSS. Veneto, 2015. (Fonte: rilevazione del Settore Assistenza distrettuale e Cure primarie; dati raccolti durante il percorso di accompagnamento regionale)

Soggetti attivatori	Azienda ULSS																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
Pazienti/ familiari																							14/21
Comune																							9/21
MMG																							17/21
Ospedale																							20/21
Territorio																							15/21
Strutture Residenziali																							13/21
SUEM 118																							2/21
Strutture e servizi extra ULSS																							1/21
Macro attività																							
Informazione																							19/21
Presidi e Ausili																							13/21
Singola Prestazione																							17/21
Attivazione, Progettazione Piani Assistenziali																							21/21
Dimissioni Protette																							19/21
Ammissioni Protette																							10/21

Attualmente tutte le COT risultano attivate sul territorio regionale ma come si evince dai primi risultati quantitativi presentati durante il percorso di accompagnamento, vi è la necessità di definire e condividere processi organizzativi e strumenti di tracciabilità degli interventi, per un'attività maggiormente integrata, salvaguardando i bisogni locali e il contesto culturale di ciascuna Azienda ULSS, connotanti le loro diversità e peculiarità. Si

riporta (Tabella 5.2) una rappresentazione per ULSS dei soggetti attivatori della COT e delle Macro Attività svolte/in corso di attivazione all'interno delle singole realtà.

Inoltre, in linea con la consapevolezza che il cambiamento derivi necessariamente da un nuovo modo di pensare, si sta attualmente sviluppando, con la collaborazione dei referenti COT un programma formativo specifico per gli "operatori della Continuità".

La riorganizzazione del sistema di formazione per la medicina convenzionata

Nella consapevolezza che il cambiamento deriva necessariamente da un nuovo modo di pensare, in Veneto si sta conducendo, parallelamente alla re-ingegnerizzazione organizzativa e clinico assistenziale, una revisione radicale del sistema della formazione, che è la leva del cambiamento e deve essere: continua, sul campo e ripensata alla luce dei cambiamenti organizzativi che si stanno attuando, nonché caratterizzata dall'integrazione multiprofessionale.

Si è quindi provveduto a riorganizzare il Sistema Regionale di Formazione per la Medicina Convenzionata (Coordinamento regionale per la Medicina Convenzionata di assistenza primaria, Scuola regionale di formazione specifica in medicina generale, Formazione continua), al fine di adeguarlo ai criteri di: aderenza con la nuova programmazione regionale, riqualificazione delle competenze, efficienza nell'uso delle risorse. Con DGR n. 2837/2014, in attuazione delle linee programmatiche del PSSR e delle linee di indirizzo (DDGR n. 2065/2013 e n. 918/2014), è stato approvato il progetto di formazione sul campo 2014-2015 per Tutor per la Medicina Generale e Animatori per la Formazione continua della Medicina Convenzionata, un investimento importante per rilanciarne il loro ruolo e la loro funzione. L'obiettivo è quello di formare e ri-certificare la rete professionale dei Tutor e degli Animatori (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, Continuità Assistenziale) del Veneto. I percorsi messi in atto sono stati progettati tenendo presente la valorizzazione delle funzioni educative e dei contesti formativi specifici dei due profili:

– Tutor della Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale

Il percorso è stato finalizzato allo sviluppo delle conoscenze e competenze metodologiche che caratterizzano il tutor dei percorsi di tirocinio come Tutor-Mentore, un profilo che richiede allo stesso tempo forti competenze costitutive ma anche quelle conoscenze operative che caratterizzano i percorsi assistenziali nel contesto organizzativo della Regione Veneto. Sono state programmate ed organizzate n. 12 giornate d'aula per la formazione dei Tutor MG che hanno coinvolto n. 197 Tutor di Medicina Generale.

– Animatori della formazione nella medicina convenzionata

Il percorso è stato finalizzato allo sviluppo delle conoscenze e competenze metodologiche che caratterizzano l'animatore della formazione come facilitatori di attività formative ad alto livello interattivo, in grado di progettare e moderare esercitazioni e percorsi didattici innovativi nel contesto della formazione continua. Sono state programmate ed

organizzate n. 14 giornate d'aula che hanno coinvolto n. 259 Animatori della Medicina Convenzionata. Nel complesso, è stato registrato un gradimento medio pari all'88%.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[DGR n. 206 del 24 febbraio 2015](#) Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la gestione della Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).

[DGR n. 751 del 14 maggio 2015](#) Attuazione della Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016" e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Deliberazione n. 127/CR del 03/10/2013.

[DGR n. 759 del 14 maggio 2015](#) Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale per la gestione integrata della persona con Diabete Tipo 2.

[Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 213 del 23/07/2015](#) DGR n. 751 - Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate - Allegato A), lettera A), punti e), f) e g): costituzione del Tavolo paritetico per la valutazione della conformità delle costituente Medicine di Gruppo Integrate, del Tavolo di trattativa per l'integrazione del servizio di Continuità Assistenziale nel progetto cure primarie e del Tavolo paritetico per la condivisione dei PDTA regionali previsti dal Contratto d'Esercizio.

[DGR n. 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.

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie – *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

Telefono: 041.279.3404 - .3529

e-mail: cureprimarie@regione.veneto.it

5.2 Strutture intermedie

*Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
Allegato A. Assistenza in strutture di ricovero intermedio. Pagina 55*

Quadro di sintesi

Si configura come obiettivo strategico regionale lo sviluppo dell'assistenza intermedia, attivando strutture di ricovero intermedio in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulta improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione. Posta come scelta da privilegiare il mantenimento del paziente al proprio domicilio, qualora lo stato di salute ed il contesto familiare non lo consentano, l'inserimento in queste strutture può rappresentare un'alternativa, comunque temporanea.

Nell'ambito delle cure intermedie sono state individuate due nuove e specifiche unità di offerta: l'Ospedale di Comunità-ODC e l'Unità Riabilitativa territoriale-URT, con il preciso scopo di prevenire i ricoveri inappropriati, ridurre la durata della degenza ospedaliera per favorire un rientro a domicilio e ridurre il rischio dell'istituzionalizzazione.

L'Ospedale di Comunità è una struttura di ricovero intermedio, inserita nella rete dei servizi dell'assistenza territoriale, caratterizzata da un ricovero di breve durata (indicativamente 30 giorni), rivolto a:

- malati affetti da patologie croniche che periodicamente necessitano di controlli o terapie particolari e che non possono essere efficacemente seguiti a domicilio
- a persone che a seguito di malattie acute o evolutive necessitano di terapie difficilmente erogabili a domicilio
- a malati che abbisognano temporaneamente di cure palliative che non possono essere adeguatamente seguiti a domicilio

L'Unità Riabilitativa Territoriale è una struttura di ricovero intermedio, caratterizzata da ricoveri di media durata (indicativamente di 60 giorni), i cui obiettivi si esplicano in:

- assistenza socio-sanitaria di base ed assistenza sanitaria specialistica eventualmente necessaria
- conservazione dello stato di equilibrio raggiunto, compatibile con l'eventuale menomazione rimasta, per prevenire aggravamenti e decadimento funzionale
- riabilitazione globale dell'autonomia psico-fisica con lo scopo di ottenere un recupero mirato al rientro al domicilio.

Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale, unitamente all'Hospice sono le strutture di cure intermedie alla cui attivazione e implementazione è orientata l'azione della Regione del Veneto. Considerato che l'Hospice è struttura già presente nel nostro territorio, il percorso finalizzato all'attivazione di nuovi posti letto di cure intermedie ha interessato in particolar modo l'ODC e l'URT.

Tale percorso, ultimato, per quanto attiene l'ambito programmatico, è tuttavia ancora in itinere per quanto riguarda il percorso autorizzativo di cui alla L.R. n. 22/02.

La sfera programmatica, si è conclusa con l'approvazione, da parte della Giunta Regionale, nel 2014, dell'attuazione della programmazione dei posti letto di cure intermedie, formulata dai Direttori Generali delle Aziende Ulss nei rispettivi piani aziendali, secondo le indicazioni formulate dalla Giunta Regionale con precedente delibera n. 2122/12. Con tale programmazione sono state confermate le realtà sperimentali riconducibili alle cure intermedie esistenti (ospedale di comunità di cui alla DGR n. 2481/04, Nuclei di Assistenza Intermedia Socio-Sanitaria, Rsa Riabilitative) decretandone la trasformazione in ODC e URT e, al contempo, pianificando la creazione di nuovi posti letto.

Se le attività connesse alla sfera programmatica possono quindi essere considerate concluse, non altrettanto può essere affermato per quanto attiene la sfera autorizzativa, più complessa ed ancora in itinere.

L'attivazione delle strutture di cure intermedie è attuata all'interno della cornice istituzionale delineata dalla L.R. n. 22/02 in materia di autorizzazioni e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Ogni singola struttura deve quindi acquisire l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e ottenere l'accreditamento istituzionale, al fine di erogare la propria attività con oneri a carico del servizio sanitario.

Nel corso del 2015 le strutture sono state quindi impegnate nell'acquisizione della prima delle prescritte autorizzazioni, vale a dire l'autorizzazione alla realizzazione, finalizzata a garantire il rispetto dei necessari standard minimi strutturali e tecnologici indicati nella DGR n. 2108/14 (numero massimo posti letto per stanza, idonea metratura degli spazi ad uso degli ospiti, norme di sicurezza ecc).

In Tabella 5.3 si rappresenta un prospetto con indicati, per ogni singola Azienda Ulss, i posti letto esistenti, a seguito di sperimentazione organizzative precedenti al Piano Socio Sanitario, poi confermate; e i nuovi posti letto con procedimento di realizzazione concluso di ODC e URT. Viene indicato anche il numero totale di posti letto in programmazione e quindi da attivare.

Tabella 5.3 – N° di posti letto esistenti e di nuova realizzazione di ODC e URT, N° di posti letto programmati, N° di posti letto da attivare e % PL attivati sui programmati, Veneto, 2015

	Posti letto ODC e URT	Programmazione	Posti letto da attivare	% PL attivati
101-Belluno	25	47	22	53%
102-Feltre	20	30	10	67%
103-Bassano del	50	62	12	81%
104-Alto Vicentino	22	61	39	36%
105-Ovest Vicentino	21	58	37	36%
106-Vicenza	60	127	67	47%
107-Pieve di Soligo	25	65	40	38%
108-Asolo	50	75	25	67%
109-Treviso	0	76	76	0%
110-Veneto Orientale	8	72	64	11%
112-Veneziana	61	180	119	34%
113-Mirano	0	100	100	0%
114-Chioggia	12	12	0	100%
115-Alta Padovana	49	94	45	52%
116-Padova	80	176	96	45%
117-Este	33	69	36	48%
118-Rovigo	51	69	18	74%
119-Adria	0	38	38	0%
120-Verona	112	112	0	100%
121-Legnago	0	59	59	0%
122-Bussolengo	20	71	51	28%
VENETO	699	1653	954	42%

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[DGR n. 2108 del 10 novembre 2014](#) 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. 22/02, 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.

[DGR 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.

[DGR n. 2019 del 30 dicembre 2015](#) Tariffazione delle strutture per le Cure intermedie.

Recapiti per ulteriori informazioni

Strutture di Ricovero Intermedie - *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*

Rio Novo Ex Inam – Dorsoduro, 3493 - Venezia

Telefono 041-2793408

e-mail: cureintermedie@regione.veneto.it

5.3 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 sistema 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, coordini gli interventi fra i vari attori, funga da interfaccia con il medico di famiglia e gli specialisti (p. 48).

Quadro di sintesi

Nel 2015 è stato avviato nelle ULSS del Veneto un programma di presa in carico di pazienti complessi (Care Management) che ha coinvolto 40 Medici di Medicina Generale (MMG), 40 Infermieri Care Manager e oltre 200 pazienti. Dall'indagine sul grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori coinvolti è emerso un giudizio sostanzialmente positivo dell'esperienza, che ha consentito ai pazienti di sentirsi più protetti e che ha contribuito a rafforzare la collaborazione tra Medico di Medicina Generale e Infermiere Care Manager.

Nel corso del 2015 è stato avviato nelle ULSS del Veneto un programma di presa in carico di pazienti complessi (Care Management) che ha coinvolto 40 Medici di Medicina Generale (MMG), 40 Infermieri e oltre 200 pazienti (saliti complessivamente a 254 a giugno 2016). Nella prima fase di applicazione del programma, 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 da arruolare nel programma di Care Management sono stati identificati utilizzando il Sistema ACG, introdotto in Veneto sperimentalmente a partire dal 2012, che consente di segmentare la popolazione rispetto alla complessità assistenziale e al rischio di ospedalizzazione. Le liste prodotte dal Sistema ACG sono quindi state integrate dai MMG in base alla conoscenza diretta dei problemi di salute dei propri pazienti.

I pazienti presi in carico dall'Infermiere Care Manager sono quelli che possono maggiormente beneficiare degli interventi proattivi grazie a:

- l'integrazione delle cure e la continuità assistenziale;
- la centralità della persona, attraverso interventi orientati all'educazione terapeutica e all'empowerment: il paziente cronico e la sua famiglia partecipano attivamente alla promozione della propria salute e ai processi di cura secondo i propri valori e priorità di salute;
- il coordinamento delle cure, al fine di ridurre duplicazioni e incompletezze attraverso l'implementazione di modelli organizzativi a rete fondati su team multi professionali.

Nella Figura 5.1 viene rappresentato sinteticamente lo sviluppo del programma di Care Management. 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 medicina di gruppo, se il paziente deambula,

o presso il suo domicilio se non è in grado di spostarsi. In questa occasione, il paziente fornisce il proprio consenso alla partecipazione al programma di Care Management e riceve da parte dell'infermiere e del MMG il fascicolo informativo e il diario dei controlli giornalieri. L'Infermiere quindi procede alla stesura dell'Accertamento infermieristico attraverso una raccolta dei dati a domicilio del paziente e tramite la consultazione della cartella clinica del MMG.

Figura 5.1 - Il Programma di Care Management



Nella seconda fase del programma, l'infermiere si confronta con il MMG per realizzare il Piano di Cura. Si tratta del documento di riferimento per la gestione del programma individualizzato di Care Management, che viene usato come strumento di comunicazione nelle transizioni tra luoghi di cura e nelle sessioni di monitoraggio e coaching con il paziente. Nel Piano di Cura sono:

- esplicitati gli obiettivi e le intenzioni di paziente, caregiver, medico e infermiere;
- indicate le persone di riferimento;
- descritti i problemi di salute di grande importanza per il paziente, la terapia in atto e le eventuali allergie;
- fornite raccomandazioni per la gestione delle singole patologie (dieta, monitoraggio, attività fisica ed educazione);
- indicati i segnali di allarme, cioè sintomi e/o situazioni al verificarsi delle quali il paziente e/o il caregiver devono chiamare l'infermiere, il MMG o il 118 o recarsi al Pronto Soccorso.

L'infermiere predispone poi il Piano di Azione, cioè la versione semplificata del Piano di Cura da consegnare ai pazienti e da porre in un posto ben in vista nella casa. Questo serve come promemoria al paziente per assumere i medicinali, eseguire attività fisica,

osservare un'alimentazione corretta, monitorare parametri (peso, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, diuresi ecc.). Nel Piano di Azione viene anche riportato l'obiettivo di salute del paziente per stimolarlo a mettere in atto i comportamenti utili a raggiungerlo.

I pazienti che fanno parte del programma di Care Management vengono periodicamente contattati dall'Infermiere Care Manager (Follow up) per verificarne le condizioni di salute, l'aderenza alla terapia e per identificare e colmare eventuali lacune di conoscenza; a seguito di tali contatti, il Piano di Cura deve essere rivalutato ed aggiornato. I pazienti vengono anche segnalati alla Centrale Operativa Territoriale (COT) alla quale devono essere inviati i Piani di Cura e di Azione, i relativi aggiornamenti e qualsiasi informazione ritenuta utile in particolare nel caso di transizioni tra luoghi di cura (es. dal domicilio all'ospedale o al Pronto Soccorso).

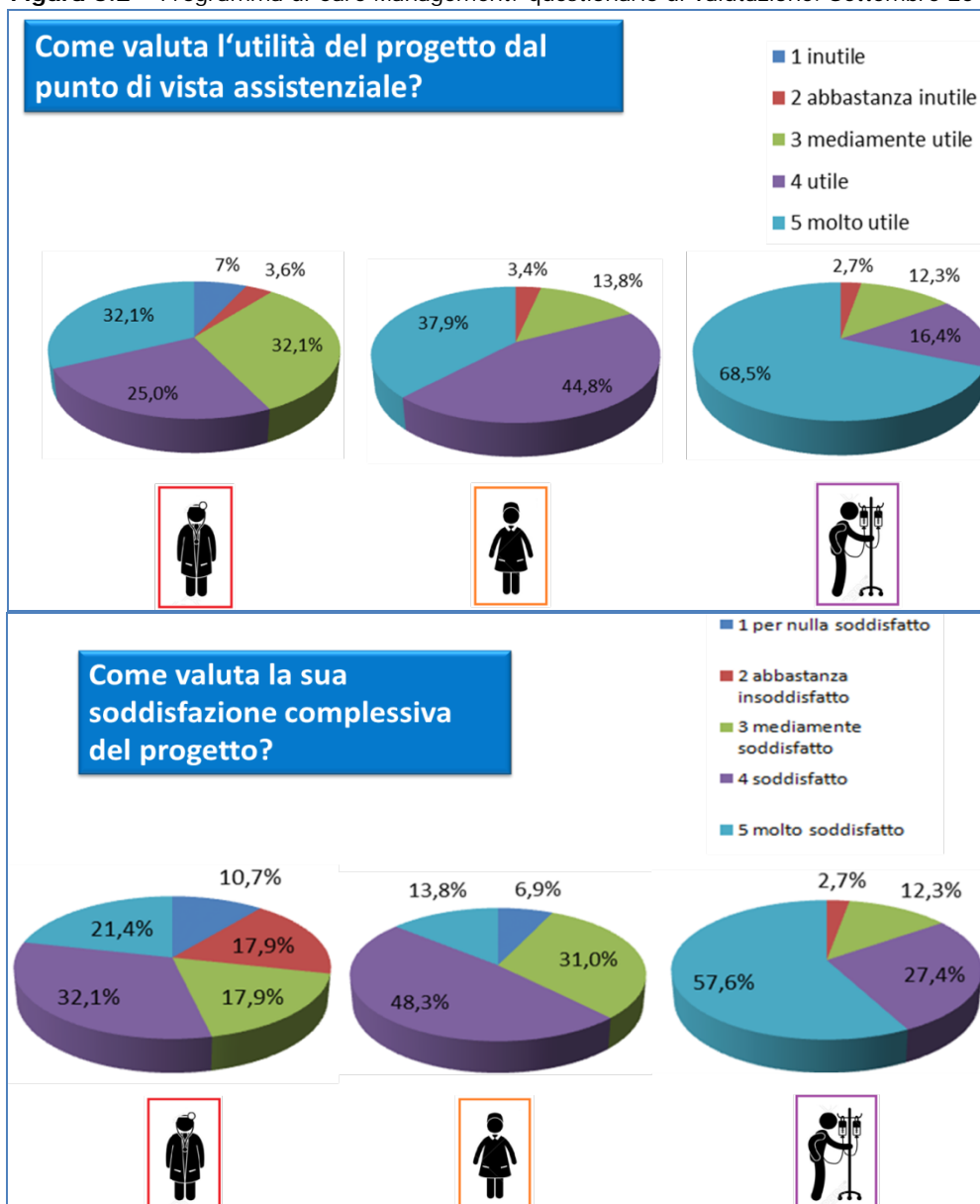
Per valutare l'esperienza di Care Management è stato somministrato un questionario ai pazienti, ai MMG e agli Infermieri coinvolti nel programma. L'obiettivo dell'indagine era la rilevazione del grado di soddisfazione di utenti ed operatori nei confronti del programma e le eventuali criticità incontrate (Figura 5.2).

L'indagine ha coinvolto 74 pazienti, 28 MMG e 29 Infermieri Care Manager. Il 57% dei MMG ha riferito che il programma di Cure Integrate è risultato utile o molto utile dal punto di vista assistenziale e che le informazioni acquisite dall'infermiere sono risultate preziose ed hanno contribuito a rafforzare la collaborazione tra i due professionisti. L'82% dei MMG desidera continuare il programma di Cure Integrate per una miglior conoscenza del paziente.

L'83% degli Infermieri ha ritenuto utile o molto utile il programma; il 45% si sente soddisfatto del tempo che il MMG ha dedicato loro, ma, sebbene la relazione sia generalmente migliorata nel tempo, il 24% degli Infermieri Care Manager si è dichiarato ancora piuttosto insoddisfatto del rapporto con i MMG.

L'85% dei pazienti hanno dichiarato di essere soddisfatti o molto soddisfatti del programma di Care Management nel suo complesso. Più del 95% vorrebbe continuare a partecipare al programma perché si sente maggiormente supportato, protetto e soddisfatto sia del tempo che l'infermiere ha dedicato loro, sia delle informazioni ricevute.

Figura 5.2 – Programma di Care Management: questionario di valutazione. Settembre 2015



106

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Strutture di Ricovero Intermedie - *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*

Rio Novo Ex Inam – Dorsoduro, 3493 - Venezia

Telefono: 041 2793408

e-mail: acg@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale - *Sezione Controlli e Governo SSR*

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

5.4 Il Monitoraggio dei PDTA delle malattie croniche

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

Allegato A. § 3.1 Assistenza territoriale. 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 PDTA, con riferimento particolare al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e BPCO.

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 cominciare a 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 2015 il 42,6% dei diabetici ha effettuato almeno 2 controlli per l'emoglobina glicata, il 67,9% gli esami per la microalbuminuria, ed il 49,6% il controllo del metabolismo lipidico.

Per i pazienti affetti da BPCO un'adeguata assistenza territoriale, unita ad una continuità terapeutica con broncodilatatori a lunga durata d'azione, sono in grado di ridurre il rischio di riacutizzazioni della malattia garantendo una buona qualità della vita. In Veneto nel 2015 l'11,7% dei pazienti con BPCO ha avuto una riacutizzazione (il 9,7% di grado moderato, il 2,8% di grado severo). I dati sull'aderenza alla terapia con broncodilatatori mostrano come soltanto il 38,4% sia stato in trattamento continuo nel 2015.

Le malattie croniche impattano molto sulla qualità/continuità dell'assistenza e l'utilizzo di risorse, e necessitano di un approccio multidisciplinare per favorire la continuità delle cure, integrando prestazioni sanitarie e sociali, territoriali ed ospedaliere. Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), è uno strumento di coordinamento con un approccio per processi, che 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 (diabete mellito e BPCO) corredati da specifici indicatori di valutazione della qualità dell'assistenza. Il monitoraggio degli indicatori di percorso può essere effettuato con l'utilizzo dei flussi informativi sanitari, mentre per gli esiti intermedi (es. controllo metabolico) sono fondamentali le schede individuali informatizzate 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 da punto di riferimento per guidare un processo regionale di miglioramento, anche in vista della diffusione dei team multiprofessionali (MGI) e della collaborazione tra MMG e infermieri.

Diabete

Il diabete è una malattia cronica complessa e molto comune, caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) e dovuta a un'alterata

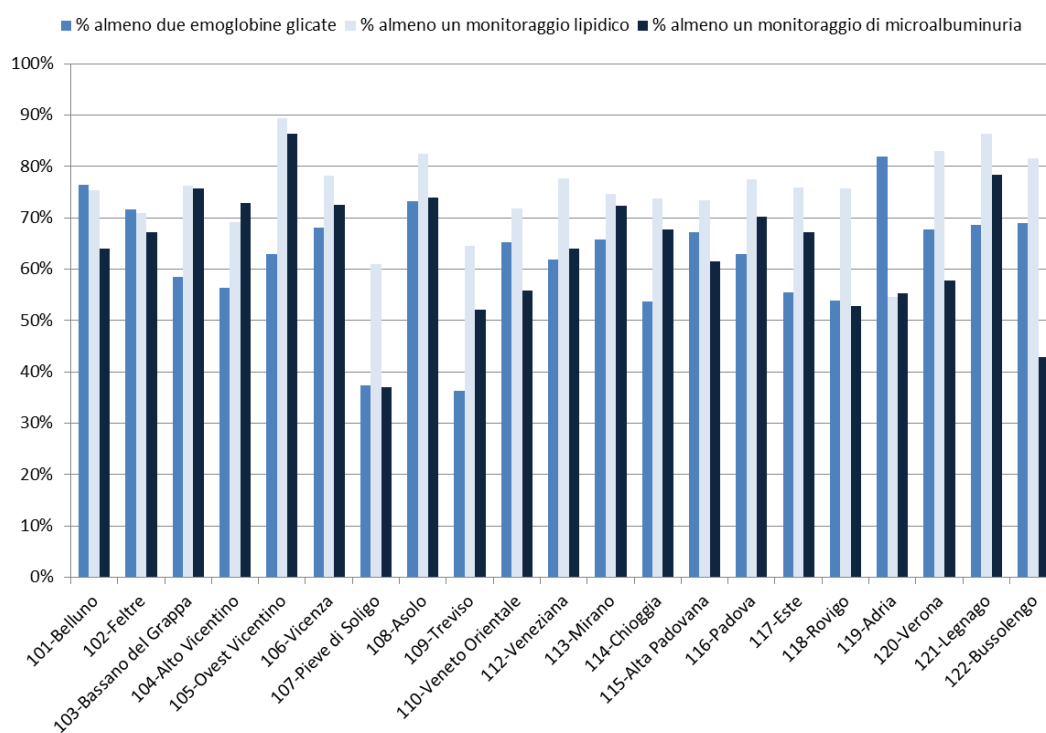
quantità o funzione dell'insulina. Le cause del manifestarsi di questa patologia sono da ricercarsi in almeno quattro fattori fondamentali: il diffondersi di abitudini alimentari scorrette, la crescita del numero di persone obese o in sovrappeso, l'affermarsi di stili di vita sempre più sedentari e l'invecchiamento della popolazione. La prevalenza di diabete in Veneto al 01/01/2015 è pari al 5,2% con una ampia variabilità territoriale: tra 7,3% (Azienda ULSS 19) ed il 4,5% (Azienda ULSS 22).

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) e misurazione del profilo lipidico. Di seguito si riportano i dati relativi a questi 3 indicatori, distinti per pazienti insulino trattati e non. In alcune Aziende ULSS ed in alcune reti della Medicina Generale è già possibile documentare routinariamente anche altri indicatori di processo molto importanti, come la prevalenza registrata, la rilevazione dell'abitudine al fumo, il peso, la misurazione della pressione arteriosa o l'esame dei piedi per la ricerca di lesioni precoci.

Insulino trattati

Nel 2015 l'86,7% della popolazione diabetica individuata (ad esclusione dei deceduti e dei trasferiti in altra regione) ha effettuato almeno un esame tra emoglobina glicata, microalbuminuria, misurazione del profilo lipidico, dato in linea con gli anni precedenti. Le aziende sanitarie si caratterizzano per una forte variabilità nel monitoraggio laboratoristico del paziente diabetico (Figura 5.3). La valutazione dell'emoglobina glicata

Figura 5.3 - Proporzione di pazienti diabetici insulino trattati prevalenti al 01/01/2015 (esclusi i deceduti o trasferiti nel 2015) che hanno eseguito almeno due valutazioni dell'emoglobina glicata, almeno un monitoraggio del profilo lipidico e almeno un monitoraggio della microalbuminuria, Veneto, 2015

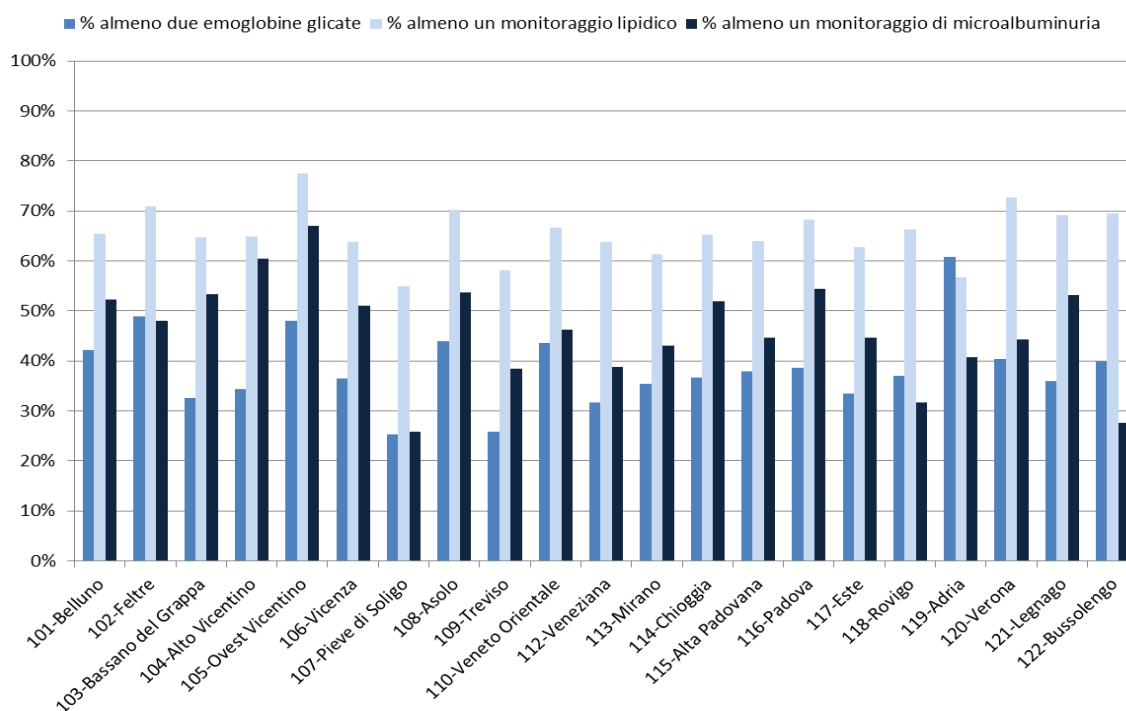


(almeno due monitoraggi l'anno) varia dal 36% dei diabetici residenti nell'Azienda ULSS 9 all'82% dei diabetici residenti nell'Azienda ULSS 19. Complessivamente a livello regionale la proporzione è del 61%. Il monitoraggio del profilo lipidico, invece, varia dal 55% nell'Azienda ULSS 19 all'89% nell'Azienda ULSS 5, con un valore medio regionale pari al 76%. L'Azienda ULSS 7 registra la proporzione più bassa per l'effettuazione del controllo della microalbuminuria (37%), mentre nell'Azienda ULSS 5 l'indicatore raggiunge l'86% a fronte del dato regionale del 64%.

Non Insulino trattati

Nel 2015 il 75% della popolazione diabetica non insulino trattata (ad esclusione dei deceduti e dei trasferiti in altra regione) ha effettuato almeno un esame, tra emoglobina glicata, microalbuminuria, misurazione del profilo lipidico, percentuale di gran lunga inferiore rispetto alla popolazione insulino-trattata, e sostanzialmente in linea con il dato degli anni precedenti. E' presente una forte variabilità nel monitoraggio laboratoristico tra le aziende sanitarie (Figura 5.4). La valutazione dell'emoglobina glicata (almeno due monitoraggi l'anno) varia dal 25% dei diabetici residenti nell'Azienda ULSS 7 al 61% dei diabetici residenti nell'Azienda ULSS 19. Complessivamente a livello regionale la proporzione è del 37%. Il monitoraggio del profilo lipidico, invece, varia dal 55% nell'Azienda ULSS 7 al 77% nell'Azienda ULSS 5, con un valore medio regionale pari al 66%. L'Azienda ULSS 7 registra la proporzione più bassa per quanto concerne l'effettuazione del controllo della microalbuminuria (26%), mentre nell'Azienda ULSS 5 l'indicatore raggiunge il 67% a fronte del dato regionale del 46%.

Figura 5.4 - Proporzioni di pazienti diabetici non insulino trattati prevalenti al 01/01/2015 (esclusi i deceduti o trasferiti nel 2015) che hanno eseguito almeno due valutazioni dell'emoglobina glicata, almeno un monitoraggio del profilo lipidico e almeno un monitoraggio della microalbuminuria, Veneto, 2015



Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

La 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 agli 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.

Nel 2015 la prevalenza della BPCO rilevata tramite i flussi informativi sanitari nella popolazione residente di 45 e più anni è risultata essere pari al 4,6% (n. 113.218); la malattia colpisce maggiormente gli uomini rispetto alle donne (4,9% e 4,4% rispettivamente) e la sua insorgenza è più frequente con l'aumentare dell'età, fino a raggiungere il 15% nei soggetti di sesso maschile con 85 e più anni. I tassi di prevalenza della BPCO presentano, inoltre, una variabilità territoriale: tra il 3,6% (Azienda ULSS 4) ed il 6% (Azienda ULSS 18).

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.

Riacutizzazioni in pazienti con BPCO

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, da poter essere gestite farmacologicamente dal paziente a casa; i casi più severi, invece, necessitano del ricovero ospedaliero. Le riacutizzazioni, specie se frequenti, sono associate ad un aumento delle ospedalizzazioni e della mortalità. La loro misura rappresenta un importante indicatore della qualità dell'assistenza e della gestione intra ed extra ospedaliera del paziente e permette di valutare la qualità dell'assistenza territoriale, poiché una gestione adeguata a livello extra-ospedaliero riduce l'insorgenza di complicanze e il ricorso all'ospedalizzazione. In Veneto l'11,7% dei pazienti affetti da BPCO ha avuto almeno un episodio di riacutizzazione (lieve/moderata o severa) nel 2015, con una certa variabilità territoriale (Tabella 5.4), che può essere legata a caratteristiche del paziente (età, genere, condizioni di salute), o alle modalità e qualità delle cure erogate. E' importante sottolineare come gli indicatori che misurano le ospedalizzazioni

per BPCO non valutino la qualità dell'assistenza ospedaliera ma la capacità dell'assistenza territoriale di gestire adeguatamente la BPCO evitando il peggioramento.

Tabella 5.4 - Riacutizzazioni nella coorte dei pazienti con BPCO prevalenti al 31/12/2014 e vivi al 31/12/2015 per ULSS di residenza, Veneto, 2015.

Azienda ULSS	Riacutizzazione lieve/moderata*		Riacutizzazione severa**		Almeno una riacutizzazione (lieve/moderata o severa)		Totale
	n	%	n	%	n	%	
101-Belluno	194	7,0%	92	3,3%	266	9,6%	2.784
102-Feltre	166	7,7%	66	3,1%	220	10,2%	2.158
103-Bassano del Grappa	307	8,4%	144	4,0%	413	11,4%	3.638
104-Alto Vicentino	219	7,7%	50	1,8%	250	8,8%	2.844
105-Ovest Vicentino	306	7,7%	87	2,2%	369	9,3%	3.951
106-Vicenza	660	10,5%	156	2,5%	773	12,3%	6.273
107-Pieve di Soligo	421	8,6%	135	2,8%	516	10,6%	4.878
108-Asolo	378	7,8%	161	3,3%	498	10,2%	4.867
109-Treviso	694	8,3%	260	3,1%	908	10,8%	8.371
110-Veneto Orientale	571	13,7%	123	2,9%	644	15,4%	4.172
112-Veneziana	472	6,5%	228	3,1%	650	9,0%	7.249
113-Mirano	626	10,8%	150	2,6%	724	12,5%	5.814
114-Chioggia	147	9,3%	25	1,6%	167	10,5%	1.583
115-Alta Padovana	538	9,6%	169	3,0%	652	11,6%	5.599
116-Padova	1.112	9,6%	321	2,8%	1.335	11,5%	11.630
117-Este	657	15,8%	74	1,8%	692	16,6%	4.168
118-Rovigo	599	12,7%	124	2,6%	683	14,5%	4.723
119-Adria	164	10,4%	48	3,1%	199	12,7%	1.572
120-Verona	1.028	10,3%	264	2,6%	1.220	12,2%	9.982
121-Legnago	371	10,6%	115	3,3%	455	13,0%	3.497
122-Bussolengo	727	11,2%	132	2,0%	828	12,8%	6.485
Veneto	10.357	9,7%	2.924	2,8%	12.462	11,7%	106.238

* 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 nel corso degli 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. La continuità terapeutica è stata misurata con il flusso della farmaceutica: ciascun paziente può essere considerato in terapia continua se nel corso di ciascun trimestre del 2015 ha avuto almeno una prescrizione di broncodilatatori a lunga durata d'azione (Tabella 5.5). In media in Veneto il 38,4% dei pazienti affetti da BPCO risulta in terapia continua con broncodilatatori a lunga durata d'azione, mentre circa il 26% assume il farmaco in maniera discontinua ed il 35,7% non risulta assumere nessuna terapia specifica in corso d'anno. La continuità terapeutica mostra una certa variabilità territoriale, passando dal 34,3% della Azienda ULSS 3 al 45% della Azienda ULSS 22. I dati mostrano quindi 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.

Tabella 5.5 - Continuità terapeutica con broncodilatatori a lunga durata d'azione nei pazienti affetti da BPCO. ULSS del Veneto, anno 2015

Azienda ULSS	Nessuna terapia nel 2015	Terapia discontinua	Terapia continua	Totale	% pz con terapia continua
101-Belluno	964	752	1.068	2.784	38,4%
102-Feltre	724	689	745	2.158	34,5%
103-Bassano del Grappa	1.302	1.088	1.248	3.638	34,3%
104-Alto Vicentino	1.051	665	1.128	2.844	39,7%
105-Ovest Vicentino	1.379	943	1.629	3.951	41,2%
106-Vicenza	2.291	1.507	2.475	6.273	39,5%
107-Pieve di Soligo	1.727	1.405	1.746	4.878	35,8%
108-Asolo	1.705	1.419	1.743	4.867	35,8%
109-Treviso	3.123	2.234	3.014	8.371	36,0%
110-Veneto Orientale	1.711	1.012	1.449	4.172	34,7%
112-Veneziana	2.601	1.922	2.726	7.249	37,6%
113-Mirano	2.216	1.489	2.109	5.814	36,3%
114-Chioggia	555	357	671	1.583	42,4%
115-Alta Padovana	1.775	1472	2.352	5.599	42,0%
116-Padova	3.834	3.295	4.501	11.630	38,7%
117-Este	1.415	1.118	1.635	4.168	39,2%
118-Rovigo	1.733	1.165	1.825	4.723	38,6%
119-Adria	579	377	616	1.572	39,2%
120-Verona	3.748	2.385	3.849	9.982	38,6%
121-Legnago	1.400	790	1.307	3.497	37,4%
122-Bussolengo	2.061	1.507	2.917	6.485	45,0%
Veneto	37.894	27.591	40.753	106.238	38,4%

Principali riferimenti normativi e deliberativi

DGR n. 206 del 24 febbraio 2015 Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la gestione della Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).

DGR n. 759 del 14 maggio 2015 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale per la gestione integrata della persona con Diabete Tipo 2.

Approfondimenti

Elementi per la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali.

Azienda ULSS 4. Relazione conclusiva sul progetto di Ricerca Sanitaria Finalizzata Monitoraggio dell'assistenza dei pazienti diabetici nella Regione Veneto.

EPI-Bollettino Epidemiologico del Sistema Epidemiologico Regionale e dei Registri di Patologia, Maggio 2015.

Recapiti per ulteriori informazioni

Assistenza Distrettuale e Cure Primarie - Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

Telefono: 041.279.3404 - .3529

e-mail: cureprimarie@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale - Sezione Controlli e Governo SSR

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

5.5 Assistenza specialistica ambulatoriale

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

Allegato A. § 3.3. Assistenza specialistica, farmaceutica e protesica. § 3.3.1. Assistenza Specialistica. Pagine 80-82.

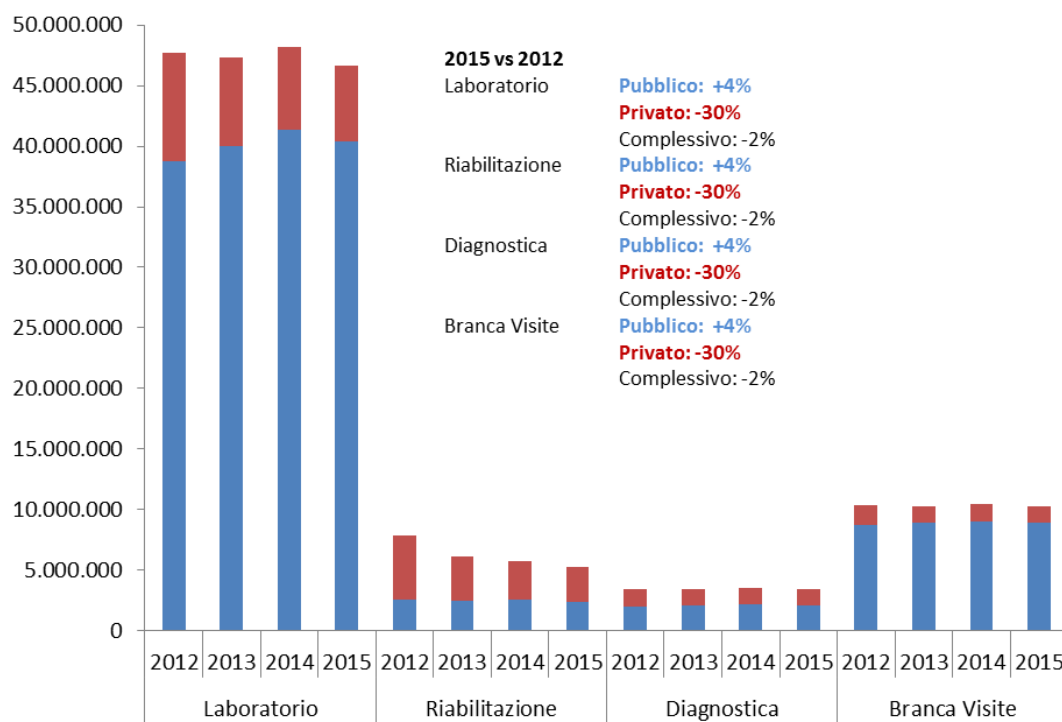
Quadro di sintesi

Nel 2015 sono state registrate nel flusso dell'attività specialistica ambulatoriale del Veneto 65.545.994 prestazioni. L'attività clinica (visite e riabilitazione) rappresenta il 24% delle prestazioni, l'attività di diagnostica per immagini il 5% ed il laboratorio il 71%. Il rapporto pubblico/privato accreditato conferma il ruolo dominante del settore pubblico, con trend crescente rispetto al triennio precedente in tutte le aree di attività.

L'analisi dei dati di attività di specialistica ambulatoriale del 2015, erogata a favore di cittadini residenti nel Veneto, ed il raffronto con l'anno precedente, evidenziano un andamento dell'offerta diversificato in relazione alle specifiche macroaree, anche se in tutte si riscontra un calo (Figura 5.5):

- la macroarea di Laboratorio registra complessivamente 46.629.000 esami erogati nel 2015 a fronte dei 48.178.000 del 2014. Questo calo si ripercuote soprattutto nelle strutture private accreditate (-8% pari a - 509.000 esami) e in parte negli erogatori pubblici (-3% pari a - 1.040.000 esami) per cui la distribuzione nell'anno tra le due tipologie evidenzia un aumento di 1 punto percentuale rispetto al 2014 dell'attività pubblica (87% rispetto al 86% nel 2014).
- la macroarea Branche a Visita evidenzia una diminuzione nel 2015 di oltre 140.000 prestazioni erogate da strutture pubbliche, ritornando al volume del 2013, e un lieve calo dello -0,2% di quelle erogate da strutture private accreditate (-3.000 in valore assoluto).
- la macroarea di Riabilitazione registra una significativa diminuzione dell'attività nel 2015, con - 495.000 prestazioni complessive (pari a - 9% sul 2014). La diminuzione è imputabile soprattutto alle strutture private accreditate (- 349.000 prestazioni), nelle pubbliche si registrata un calo del -6% (-146.000 prestazioni).
- la macroarea di Diagnostica per immagini evidenzia il calo minore in termini assoluti (- 119.000 prestazioni, che corrisponde ad un -3,4%), che si ripercuotono maggiormente nelle strutture pubbliche (-90.0000, paria ad un -4,1%) ed in misura minore nelle strutture private accreditate (-29.0000, paria ad un -2,2%).

Figura 5.5- Prestazioni di specialistica ambulatoriale 2012-2015



Principali riferimenti normativi e deliberativi

DGR n. 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.

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Assistenza Ambulatoriale – Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
 Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia
 Telefono: 041 2791442 Fax: 041 2791367
 e-mail: assistenza.ambulatoriale@regione.veneto.it

5.6 Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali

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

Allegato A. § 3.3.1 Assistenza Specialistica. Pagine 80-82. 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.

Quadro di sintesi

La quota di prestazioni erogate in classe di priorità B (standard normativo: erogazione entro 10 gg del 90% delle prestazioni) è migliorata rispetto allo scorso anno (92% vs 87%). Parimenti la quota di prestazioni erogate in classe di priorità D (standard normativo: erogazione entro 30 gg per visite e 60 gg per prestazioni strumentali del 90% delle prestazioni) è incrementata dal 88% al 93%. Nel 2015 è migliorata anche l'erogazione entro 180 gg delle prestazioni in classe P (98% rispetto ad uno standard normativo tendenziale del 100%). Sono incrementate del 14,5% rispetto al 2014 le prestazioni di diagnostica per immagini e radioterapia erogate in fasce orarie serali, prefestive e festive.

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 prescrizioni nei tempi indicati.

Monitoraggio e controllo

Le azioni intraprese dalle singole Aziende Sanitarie sono state oggetto di puntuale monitoraggio e analisi delle criticità, valutando sia l'attività erogata che la prenotata, ovvero la tempistica fornita all'utente al momento del suo primo contatto con la struttura. Nel corso del 2015 sono state monitorate le prestazioni traccianti per le quali l'Utente Residente ha 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 ed evidenziando, con cadenza mensile, le principali criticità riscontrate. La vigente normativa nazionale e regionale – PNGLA 2010-2012, recepito dalla DGR n. 863 del 21 giugno 2011 – stabilisce che il

rispetto del tempo di attesa standard, previsto dalla relativa classe di priorità, deve avvenire per almeno il 90% delle prestazioni erogate in classe 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 2015 è stato svolto un grosso lavoro per migliorare il rispetto dei tempi di attesa delle classi B e D, allineandosi a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, e mantenere costanti le prestazioni in classe P (Figure 5.7 e 5.8).

Figura 5.6 - Percentuale di rispetto dei tempi di attesa per classe di priorità. Veneto, 2014-2015. (Fonte: Datawarehouse Regione Veneto – estrazione del 07.06.16)

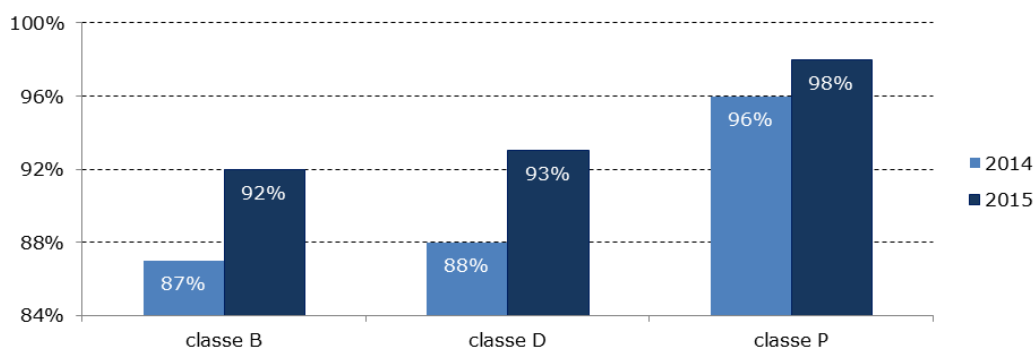
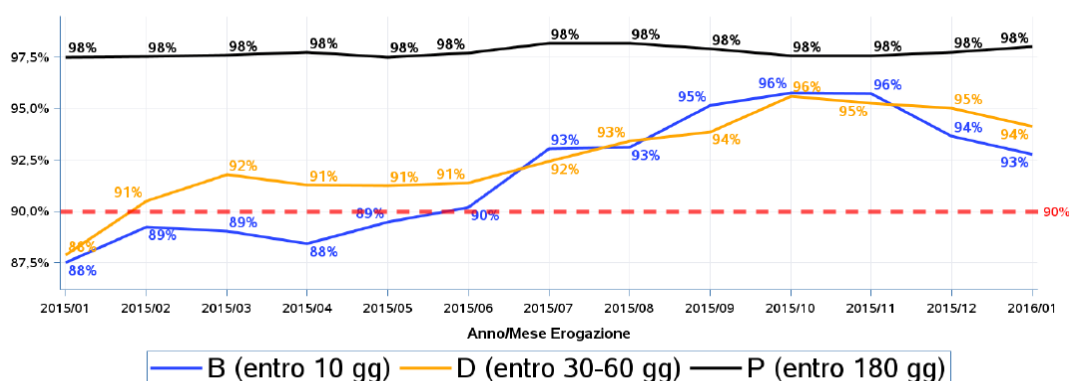


Figura 5.7 - Percentuale prestazioni con tempo di attesa entro i limiti previsti. Veneto, 2015



116

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.

Tabella 5.6 Numero prestazioni in Aperture serali, prefestive e festive, Veneto, 2014-2015

	FESTIVO		PREFESTIVO		SERALE		TOTALE	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
MAMMOGRAFIE	1.057	2.133	5.136	7.355	658	1.985	6.851	11.473
RMN	12.130	11.795	16.262	15.602	13.878	15.282	42.270	42.679
ECOGRAFIE	8.373	10.147	18.913	18.297	10.721	12.865	38.007	41.309
TAC	1.930	3.289	5.337	7.139	6.723	6.643	13.990	17.071
ALTRO	15.997	22.478	28.718	34.628	14.550	14.107	59.265	71.213
TOTALE	39.487	49.842	74.366	83.021	46.530	50.882	160.383	183.745

La DGR n. 320/2013 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. Per raggiungere l'obiettivo, previsto dal PSSR 2012-2016 di miglioramento dell'accessibilità, del governo della domanda e dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, anche al fine di 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 2015 sono state erogate 183.745 prestazioni in tali fasce orarie, registrando un incremento del 14,5% rispetto al 2014.

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 2014 (Tabella 5.7) a fronte di un controllo eseguito su oltre 100.000 ricoveri (15%), per effetto delle modifiche apportate all'8% dei DRG, si sia verificato un abbattimento economico di circa 4 milioni di €.

Tabella 5.7 - Attività di controllo di appropriatezza sulle prestazioni di ricovero, 2014 (fonte: Rapporto LEA 2014)

Tipologia Erogatore	Cartelle cliniche controllate		Modifiche DRG		Abbattimento tariffario
	N	%	N	%	
Strutture pubbliche	86.189	16%	7.267	8%	€ 3.422.417,78
Strutture private accreditate	17.420	15%	796	5%	€ 606.578,85
TOTALE	103.609	15%	8.063	8%	€ 4.028.996,53

Principali riferimenti normativi e deliberativi

DGR n. 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.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Passaggio Gaudenzio, 1 - 35131 Padova

Telefono: 049-8778115

e-mail: controlli@regione.veneto.it

5.7 Cure domiciliari

Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23) Allegato A. § 3.1.3. La filiera dell'assistenza territoriale. Cure domiciliari (continuità dell'assistenza, l'ammissione e la dimissione protetta dall'Ospedale, la copertura di servizi). Pagina 52.

Quadro di sintesi

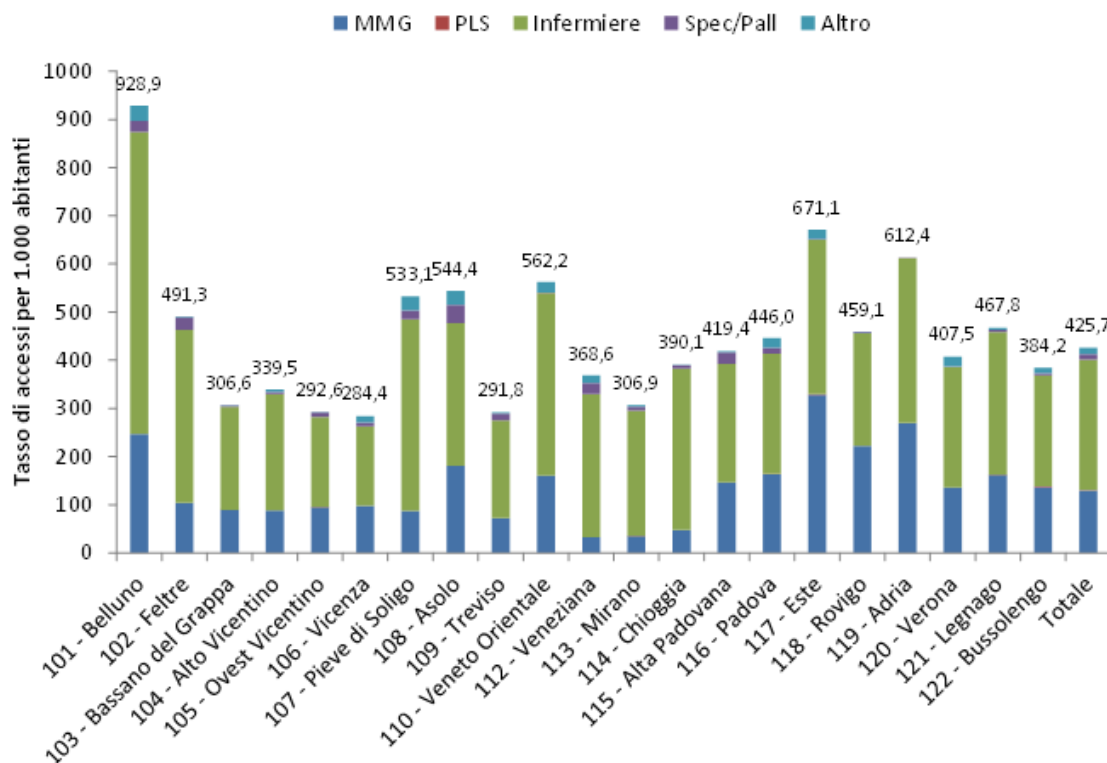
In Veneto nel 2015 sono stati effettuati dai Medici di Medicina Generale e degli operatori sanitari del Distretto oltre due milioni di accessi domiciliari a favore di oltre centomila assistiti, con una copertura pari al 168 per mille per gli anziani con 75 anni, in aumento rispetto al 2014. Il numero degli utenti più complessi, che ricevono almeno 2 accessi/settimana per almeno un mese si aggira intorno alle 20.000 unità ed è in leggero aumento rispetto al 2014. Uno su quattro di questi pazienti ha una diagnosi di cancro.

Tra gli ultrasessantacinquenni dimessi a domicilio più di 1 su 10 viene visitato a domicilio entro due giorni, indipendentemente dal giorno della settimana in cui avviene il rientro a casa; inoltre tra gli ultrasessantacinquenni deceduti 1 su 8 riceve 8 o più accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita. Entrambi gli indicatori sono in miglioramento rispetto al 2014. Nel 2015 è iniziato un grosso lavoro tecnico-informativo e professionale di adeguamento alle specifiche del sistema informativo nazionale richieste dal Ministero della Salute.

118

L'attività di Cure Domiciliari (CD) è entrata a far parte a pieno titolo degli obiettivi di valutazione delle Aziende ULSS (DGR n. 2072 del 30 dicembre 2015) rispetto sia alla qualità delle informazioni raccolte sia all'attività svolta in post-dimissione e nel fine vita.

Figura 5.8 - Tassi di accessi sanitari per 1.000 ab., per ULSS di residenza. Veneto, 2015



Nel 2015 risultano erogati a residenti in Veneto 2.097.662 accessi domiciliari da parte di 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 5.8).

Quasi 8 assistiti su 10 sono over settantacinque ed in questa fascia di popolazione risultano in carico circa il 17% degli assistiti, il 2,7% in maniera intensiva, cioè con almeno 8 accessi in un mese. Nelle 20 ULSS in cui è possibile fare il confronto, tra il 2011 ed il 2015 si rileva un incremento del numero complessivo degli assistiti in CD ed una sostanziale stabilità dei tassi di assistenza per il complesso dei pazienti domiciliari e per quelli seguiti in maniera più intensiva (Tabella 5.8). Nel 2015 risultano assistiti in CD 113.606 residenti veneti, di cui 19.798 con almeno 8 accessi/mese per almeno 1 mese (rispettivamente 108.027 e 18.779 nel 2014). La descrizione dei problemi di salute degli assistiti in CD è molto migliorata: tra i pazienti seguiti in maniera più intensiva i casi senza diagnosi sono soltanto il 2,7% (erano il 44,1% nel 2011 ed il 9,5% nel 2014) e documentano che quasi 1 su 4 (4.928 assistiti) è oncologico; complessivamente i pazienti con diagnosi di cancro seguiti a casa sono 10.622.

Tabella 5.8 - Indicatori di attività delle Cure Domiciliari. Pool 20 ULSS della Regione Veneto, Anni 2015 - 2011.

Indicatori	1+ accesso nell'anno					8+ accessi per 1+ mesi				
	2011	2012	2013*	2014*	2015*	2011	2012	2013*	2014*	2015*
Numero di assistiti	98.441	86.167	99.119	102.886	107.977	16.620	16.049	18.364	17.803	18.779
75+ anni	76.980 (78,2%)	67.047 (77,8%)	77.748 (78,4%)	80.999 (78,7%)	85.064 (78,8%)	11.960 (72,0%)	11.353 (70,7%)	13.183 (71,8%)	12.693 (71,3%)	13.460 (71,7%)
Tasso di copertura per 1.000 ab. di 75+ anni	168,2	144,9	164,3	165,3	168,2	26,1	24,5	27,9	25,9	26,6

*pool 20 ULSS per confronto 2015-2011

La tempestività delle CD in post-dimissione viene valutata rilevando la percentuale di ultra75enni dimessi a domicilio dopo ricovero medico acuto ordinario che vengono visitati a casa entro 2 giorni dalla data di dimissione e risulta pari al 10,6% (Figura 5.9). La percentuale di accessi erogati durante il sabato o la domenica è un indicatore importante della continuità assistenziale; il valore medio per il 2015 è pari a 5,9%.

La percentuale di ultra75enni che hanno ricevuto un'assistenza intensiva (almeno 8 accessi/mese) nell'ultimo mese di vita è pari all'12,5% (Figura 5.10). Questo dato si ricollega indirettamente al tema delle Cure Palliative non oncologiche (infatti circa il 38% di questi pazienti, pari in valore assoluto a 1.555 risulta preso in carico per una causa non neoplastica). Per tutti gli indicatori il valore medio regionale risulta in aumento rispetto al 2014.

Dal 2015, per adempiere alla corretta alimentazione del Sistema Informativo Nazionale, si è rivisto il disciplinare tecnico (Nota regionale N.196925 del 11/05/2015), introducendo il concetto di "evento di assistenza di Cure Domiciliari". L'applicazione del disciplinare ha richiesto un forte impegno 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.

Figura 5.9 - 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. Pool 18 ULSS, 2015.

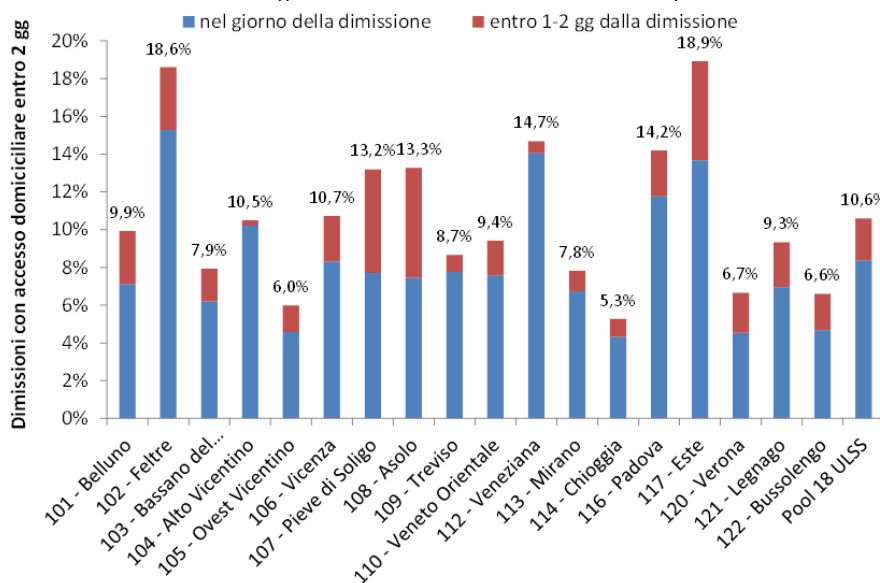


Figura 5.10 - % di ultra75enni deceduti, con 8+ accessi nell'ultimo mese di vita - Pool 18 ULSS, 2015.

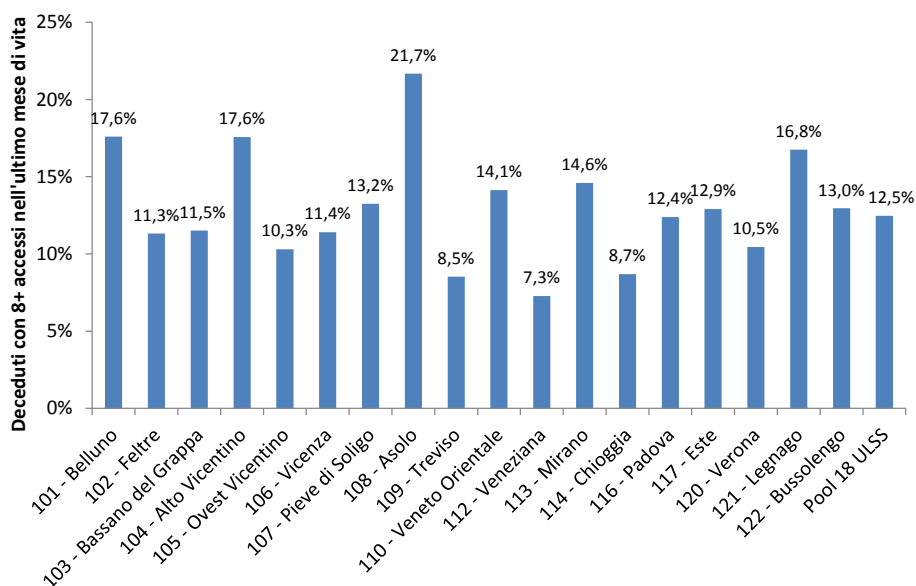
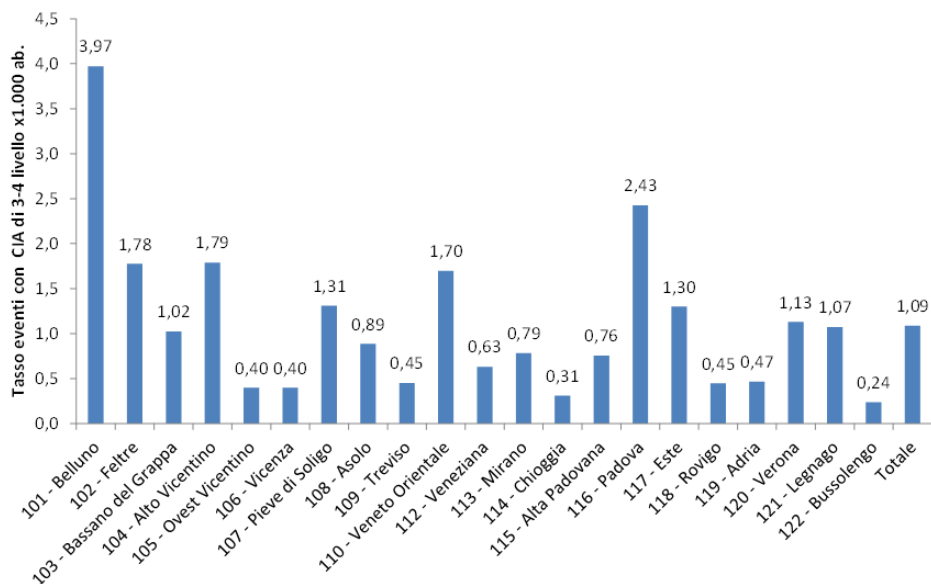


Figura 5.11 - Tasso di eventi assistenziali con CIA di 3-4 livello per 1.000 abitanti per ULSS di erogazione, 2015 (Fonte: Elaborazione Ministero della Salute flusso SIAD)



interruzione per ricovero ordinario intercorrente, per entrata in struttura residenziale, per guarigione o peggioramento della situazione clinica). Le persone assistite nel 2015 hanno generato 85.661 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 5.11).

In conclusione 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. Essi costituiscono per questo un presidio fondamentale per presidiare:

- la deospedalizzazione dei malati acuti e non acuti
 - la continuità di cura dei malati che hanno bisogno di Cure Palliative oncologiche e non.
- Si stima che le Cure Palliative domiciliari oncologiche più intensive portino ad una riduzione del 50% dei decessi in ospedale e del 32% dei giorni di ricovero medico ordinario terminale.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[DGR n. 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.

Approfondimenti

[Impatto dell'intensità e della tempestività di attivazione delle cure palliative domiciliari oncologiche sul decesso in ospedale e sul numero di giorni di ricovero medico ordinario terminale](#). EPI-Bollettino Epidemiologico del Sistema Epidemiologico Regionale e dei Registri di Patologia, Padova, Agosto 2015.

Recapiti per ulteriori informazioni

Assistenza Distrettuale e Cure Primarie – *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*
Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia
Telefono: 041.279.3404 - .3529
e-mail: cureprimarie@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale - *Sezione Controlli Governo e Personale SSR*
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it

5.8 Impegnative di cura domiciliare

*Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
Allegato A. § 3.1.3. Obiettivo. Favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio.*

Quadro di sintesi

L'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) riunisce in un unico "paniere" l'insieme dei servizi, erogati prevalentemente in forma di contributo economico, rivolti al sostegno della domiciliarità nell'assistenza sociosanitaria alle persone anziane non autosufficienti e alle persone con disabilità.

Nel corso del 2015 sono state erogate ICD complessivamente a 32.759 persone (il 71,4% a persone con bisogni assistenziali di base) ed è entrato in vigore il nuovo sistema di calcolo del reddito familiare ISEE.

L'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) riunisce in un unico "paniere" l'insieme dei servizi, erogati prevalentemente in forma di contributo economico, rivolti al sostegno della domiciliarità nell'assistenza sociosanitaria alle persone anziane non autosufficienti e alle persone con disabilità.

L'ICD è articolata in cinque categorie, cui corrispondono specifiche tipologie di pazienti, di strumenti di valutazione e di beneficio economico. A partire dal 2015 per l'erogazione delle ICD viene preso in considerazione anche il reddito familiare ISEE:

- ICDB (persone con bisogni assistenziali di base e reddito familiare ISEE inferiore a 17.000,00 euro);
- ICDm (persone con malattia di tipo Alzheimer accompagnata da gravi disturbi del comportamento e reddito familiare ISEE inferiore a 17.000,00 euro);
- ICDA (persone con gravissima disabilità e in condizione di dipendenza vitale, tra i quali i malati di SLA e reddito familiare ISEE inferiore a 60.000,00 euro);
- L'ICDp e l'ICDf sono rivolte alle persone con disabilità e reddito familiare ISEE inferiore a 60.000,00 euro. L'ICDp supporta progetti di aiuto personale e di autonomia personale, prevalentemente rivolti a persone con disabilità psichico intellettuale, mentre l'ICDf sostiene i progetti di vita indipendente.

L'accesso alle ICD avviene per scorrimento di graduatoria. La loro durata è annuale e il rinnovo avviene automaticamente in presenza di strumenti di valutazione (ISEE, SVaMA o SVaMDi, NPI) in corso di validità al momento della scadenza.

La quantificazione dell'utenza viene fatta utilizzando due valori di misurazione: quello degli utenti e quello degli utenti equivalenti, numero che restituisce il valore delle Impegnative, come fossero tutte di 12 mesi. Il numero degli utenti quantifica le persone che hanno avuto accesso ai servizi, mentre il numero di utenti equivalenti ha valenza sulla programmazione delle risorse. Entrambi possono essere confrontati con una stima del fabbisogno. A partire dai dati ISTAT si può stimare che le persone anziane non

autosufficienti siano in Veneto circa 187.000 persone, mentre quelle in età adulta sono circa 50.000 persone.

Gli utenti di ICDb nel 2015 sono 24.294 (68% maschi; età media 80,0 per le femmine e 65,8 per i maschi). Tra questi, 4.942 (20% del totale) hanno un'età inferiore a 65 anni. L'età media degli utenti non anziani è di 37,4 anni, con un'età minima di 1 anno. Gli utenti over 65 sono 19.352 e rappresentano il 10% della popolazione anziana non autosufficiente stimata. La copertura per Impegnative di Cure Domiciliari (Tabella 5.9) non è uniforme tra i territori regionali e può essere letta congiuntamente alla copertura per Impegnative di Residenzialità. Spesso al maggiore sviluppo dei servizi residenziali corrispondono coperture per ICD più basse, e viceversa, in funzione del modello di integrazione socio-sanitaria che si è sviluppato in ciascun territorio.

Tabella 5.9 - Copertura per Impegnative di Cura Domiciliare e per Residenzialità rispetto alla stima ISTAT di persone non autosufficienti, per Azienda ULSS, Veneto, 2015. (Fonti: Flusso ICD e ISTAT)

Azienda ULSS	Popolazione Non Autosufficiente stimata	Over 65 anni	Copertura	Servizi residenzialità
101-Belluno	5.604	618	11%	20%
102-Feltre	3.604	322	9%	22%
103-Bassano del	6.386	479	8%	22%
104-Alto Vicentino	7.453	517	7%	18%
105-Ovest Vicentino	6.204	532	9%	17%
106-Vicenza	11.496	928	8%	22%
107-Pieve di Soligo	8.649	785	9%	19%
108-Asolo	8.288	781	9%	20%
109-Treviso	14.913	1.439	10%	18%
110-Veneto	8.280	1.066	13%	13%
112-Veneziana	14.587	1.426	10%	17%
113-Mirano	9.698	1.305	13%	13%
114-Chioggia	2.801	666	24%	14%
115-Alta Padovana	8.236	1.119	14%	17%
116-Padova	19.236	1.816	9%	19%
117-Este	7.089	1.018	14%	16%
118-Rovigo	7.335	1.073	15%	21%
119-Adria	3.216	555	17%	15%
120-Verona	18.540	1.408	8%	18%
121-Legnago	5.764	659	11%	18%
122-Bussolengo	9.698	840	9%	18%
Veneto	187.076	19.352	10%	18%

Gli utenti di ICDm nel 2015 sono 4.449, con un'età media di 85,7 anni. Il numero degli under 65 si limita a 89 persone (2% del totale), con un'età media di 56,7 anni e un'età minima di 31.

L'ICDb o l'ICDm vengono erogate anche ad un piccolo numero di persone parzialmente autosufficienti (rispettivamente 230 e 42) inserite in strutture residenziali extraospedaliere senza impegnativa di residenzialità.

Gli utenti di ICDA sono 918 (724 utenti equivalenti). Hanno un'età media di 56 anni e una età mediana di 52.

Gli utenti di ICDp sono 1.909 (1.551 equivalenti), con un'età media di 26 anni. Il 39% (759 utenti) ha meno di 18 anni. Il 41% (783 utenti) ha un'età compresa tra 18 e 44 anni, il 18% (345 utenti) tra 45 e 64 anni. C'è anche in 1% di utenti (22 persone) over 65 che proseguono un progetto già avviato prima del compimento dei 65 anni.

Gli utenti di ICDf, infine, sono 1.189, il 33% (388 persone) ha un'età compresa tra 18 e 64 anni, il 57% (676 persone) tra 45 e 64 anni e il 10% sono over 65, proseguono un progetto già avviato prima del compimento dei 65 anni.

A "quale bisogno assistenziale" rispondono le ICD

La Valutazione socio sanitaria per le ICDb è effettuata dal Medico di medicina generale e dall'Assistente sociale che valutano l'autonomia nelle attività della vita quotidiana, la situazione cognitiva e comportamentale, la mobilità, la situazione sanitaria e quella socio-assistenziale. Con la DGR 1047/2015 è stata definita una soglia minima di accesso all'ICDa, che permette di individuare una piccola quota (6%) di utenti con autonomia parzialmente conservata e ben assistiti dal proprio nucleo familiare. La frequenza delle patologie principali è diversa al di sopra dei 65 anni (malattie cardio e cerebrovascolari: Ictus 8%, Insufficienza cardiaca 5%, Ipertensione con danno d'organo 4%, cardiopatia ischemica 4%; Malattie neurologiche: Alzheimer 18%, parkinsonismo 3%; Malattie osteoarticolari 7%; Sindrome ipocinetica 7%; Diabete mellito 6%) e al di sotto (ritardo mentale 18%; problemi psichiatrici 11%; anomalie congenite 4%). Per i pazienti under65 anni è da valutare l'opportunità di sostituire l'ICDb con l'ICDp ed una presa in carico multiprofessionale. L'ICDm si rivolge nell'84% dei casi a persone con Demenza senile o morbo di Alzheimer. La valutazione prevede la rilevazione della frequenza e della gravità dei disturbi comportamentali e il relativo stress dei caregiver.

Le persone che accedono ad ICDa richiedono una presenza tutelare vigile nelle 24 ore (55%), oppure hanno una situazione di dipendenza da apparecchiature elettromedicali (28%) o respiratore/ventilazione assistita (17%). Il 63% degli utenti con meno di 65 anni ha una malattia del sistema nervoso, spesso si tratta di una SLA. Al di sopra dei 65 anni sono prevalenti i disturbi neurologici (40%, in maggioranza casi di Demenza senile-Alzheimer), cui seguono i Disturbi mentali-Psicologici (17%) e le malattie del sistema cardiocircolatorio (14%). Il contributo economico per l'ICDa è più elevato e può costituire una soluzione alternativa alla presa in carico residenziale.

L'accesso ad ICDp richiede una valutazione funzionale di dettaglio; il 46% delle richieste (con un ampio range tra le diverse Aziende ULSS:15%-99%), è stato caricato nel sistema Atl@nte web nel corso del 2015. Gli utenti con ICDp sono stati 1.909 e 543 di questi hanno anche una presa in carico semiresidenziale. Il case-mix di gravità dei casi che hanno richiesto l'accesso all'ICDp risulta analogo a quello della popolazione assistita nei Centri Diurni per persone con disabilità (4:5:1 rispettivamente per i livelli alto, medio e basso).

Anche l'accesso ad ICDf richiede una descrizione molto dettagliata della capacità funzionale; al 31 dicembre 2015 era stato caricato il 40% delle richieste, collocate prevalentemente nel livello di gravità intermedio (73%) e in quello basso (18%), mentre il 9% ha un punteggio di gravità elevato. Le più frequenti patologie principali rilevate tra gli utenti di ICDf sono: sclerosi multipla (20%), tetraplegie (12%), paraplegie (11%).

Principali riferimenti normativi e deliberativi

DGR n. 1047 del 4 agosto 2015 - Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD). Aggiornamenti alla DGR 1338/2013

Approfondimenti

In materia di ICD e di valutazione multidimensionale è possibile consultare:

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

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Strutture di ricovero intermedie e integrazione socio-sanitaria - *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*

Dorsoduro, 3493 Venezia

Telefono: 041 27933538

e-mail: cureintermedie@regione.veneto.it icd@regione.veneto.it

5.9 Cure palliative

*Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
Allegato A. § 3.1.3. Pagine 52-54. Le Cure Palliative vengono erogate in continuità con le Cure Ospedaliere negli ambiti assistenziali più coerenti ai bisogni dei pazienti e delle.*

Quadro di sintesi

Il 55% dei pazienti deceduti per cancro vengono presi in carico in Cure Palliative. Si tratta di 7.650 pazienti, che vengono seguiti nel 67,9% dei casi esclusivamente a domicilio, nel 19,2% sia a casa che in Hospice e nel 12,8% dei casi solo in Hospice.

In 20/21 Aziende è stato attivato il Nucleo funzionale di Cure Palliative, che si occupa anche di patologie non oncologiche; 15/21 Aziende hanno costituito l'Unità di Cure Palliative e 11/21 Aziende l'ambulatorio di Cure Palliative. Sono stati avviati i tavoli di lavoro per la redazione di tre proposte di PDTA Regionali, coinvolgendo tutti i professionisti che entrano a vario titolo nella presa in carico del malato: Cure palliative nell'adulto, Terapia del Dolore nell'adulto e Cure Palliative e terapia del dolore nel bambino.

I setting di erogazione delle Cure Palliative oncologiche e non-oncologiche sono molteplici e sono molto differenziati tra di loro in funzione dell'evoluzione delle condizioni cliniche, funzionali ed assistenziali del paziente: l'Ospedale (presa in carico congiunta Oncologo/Specialista ospedaliero e medico palliativista), l'ambulatorio di Cure Palliative, l'ambulatorio del MMG, il domicilio del paziente (Cure Palliative Domiciliari), oltre all'Hospice e alle strutture residenziali; per questo motivo si parla di presa in carico integrata in 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 raggiunge lo standard Ministeriale del 52% (Tabella 5.10); l'intensità assistenziale raggiunge in media i 13,4 accessi nell'ultimo mese di vita, con un ampio range di variazione nelle Aziende ULSS (da 7 a 21 accessi). Il 67,9% dei pazienti presi in carico viene seguito esclusivamente a domicilio ed il 19,2% dei pazienti sia a casa – in genere in prossimità del decesso, per la comparsa di complicazioni che non possono essere gestiti a casa – in Hospice.

Oltre a dar conto dell'attività erogata, è importante monitorizzare anche l'ospedalizzazione di fine vita nei pazienti neoplastici presi in carico dalle Cure Palliative integrate, che può essere descritta attraverso due indicatori: il numero di giornate di ricovero medico ordinario trascorse in ospedale nell'ultimo mese di vita e la percentuale di pazienti deceduti in ospedale (Tabella 5.11) che risultano in riduzione rispetto agli anni precedenti. Per confronto si consideri che nel totale delle persone decedute per cancro la percentuale di coloro che sono deceduti in ospedale è pari a circa la metà.

Tabella 5.10 - Setting assistenziale e percentuale di copertura dei decessi oncologici attesi, Veneto, 2015

Azienda ULSS di residenza	Pazienti oncologici deceduti, assistiti in:			N° assistiti totali	% Copertura raggiunta
	Solo CPD	Hospice e CPD	Solo Hospice		
101-Belluno	171	66	34	271	62%
102-Feltre	85	88	43	216	71%
103-Bassano del Grappa	179	47	31	257	53%
104-Alto Vicentino	205	30	17	252	51%
105 Ovest Vicentino	234	0	0	234	52%
106-Vicenza	339	90	46	475	56%
107-Pieve di Soligo	248	104	45	397	65%
108-Asolo	414	15	5	434	73%
109-Treviso	304	93	80	477	43%
110-Veneto Orientale	185	105	96	386	56%
112-Veneziana	318	137	268	723	64%
113-Mirano	304	14	20	338	45%
114-Chioggia	87	1	1	89	38%
115-Alta Padovana	255	130	24	409	64%
116-Padova	585	258	85	928	64%
117-Este	174	66	31	271	50%
118-Rovigo	194	38	44	276	48%
119-Adria	50	0	1	51	20%
120-Verona	433	179	102	714	54%
121-Legnano	196	10	6	212	45%
122-Bussolengo	238	0	2	240	36%
Veneto	5.198	1.471	981	7.650	55%

Tabella 5.11 - Numero medio di giorni di ricovero medico ordinario nell'ultimo mese di vita e % di morti in ospedale degli assistiti in Cure Palliative, Veneto, 2013- 2015.

Azienda ULSS di residenza	2013		2014		2015	
	N° medio gg ricovero	% deceduti in ospedale	N° medio gg ricovero	% deceduti in ospedale	N° medio gg ricovero	% deceduti in ospedale
101-Belluno	4,8	16,3	4,4	21,8	3,8	22,9
102-Feltre	3,2	8,6	2,1	3,6	2,8	7,4
103-Bassano del Grappa	6,5	27,9	5,6	28,1	6,1	26,1
104-Alto Vicentino	3,6	16,5	4,3	10,5	3,8	13,5
105 Ovest Vicentino	4,5	45,2	4,8	40,1	4,7	40,2
106-Vicenza	6,1	34,2	5,1	31,2	5,2	28,8
107-Pieve di Soligo	5,2	25,9	3,9	18,7	4,6	20,2
108-Asolo	4,7	26,0	4,9	29,6	5,2	29,0
109-Treviso	6,5	25,7	7,0	22,9	6,1	20,3
110-Veneto Orientale	6,3	18,6	5,5	15,6	6,9	23,1
112-Veneziana	5,2	19,7	5,8	17,3	5,5	14,5
113-Mirano	7,1	48,9	5,2	34,8	6,0	35,2
114-Chioggia	n.c.	n.c.	8,0	62,1	6,0	52,8
115-Alta Padovana	4,3	21,6	4,5	18,3	4,6	17,8
116-Padova	6,9	33,3	6,9	35,4	6,4	32,3
117-Este	5,9	35,3	4,8	34,4	6,6	34,7
118-Rovigo	5,8	41,8	6,3	41,1	4,9	38,8
119-Adria	n.c.	n.c.	0	n.c.	8,4	45,1
120-Verona	4,6	20,3	4,6	23,7	4,7	24,2
121-Legnano	4,3	36,4	4,7	38,9	4,8	35,8
122-Bussolengo	4,0	29,7	3,9	30,1	4,6	25,4
Veneto	5,4	26,9	5,3	26,5	5,3	25,9

Lo stato dell'arte delle Cure Palliative nel Veneto

I dati raccolti tramite questionario somministrato alle ULSS, evidenziano: la costituzione dell'Unità Operative di Cure palliative in 14/21 Aziende, l'attivazione del nucleo in 20/21 aziende e l'attivazione di un ambulatorio dedicato in 11/21 aziende.

Strategie di sviluppo delle Cure Palliative nel Veneto

Per sviluppare e coordinare degli interventi per la garanzia d'accesso alla rete della terapia del dolore, successivamente al recepimento dell'Intesa Governo, Regioni e Province Autonome del 25/07/2012 e del relativo "documento dei requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle Unità di Cure Palliative e della Terapia del Dolore", a livello Regionale è stato avviato l'iter per la definizione della Rete delle Cure Palliative (attualmente in attesa di parere dalla V Commissione consiliare).

Al fine di coordinare gli interventi per la garanzia della presa in carico, le AULSS stanno progressivamente definendo e implementando strumenti e procedure operative formalizzate, con specifico riferimento a:

- definizione ed utilizzo della lista dei soggetti in Cure Palliative (20/21 Aziende ULSS);
- utilizzo di una scheda per la presa in carico in un percorso di Cure Palliative (17/21 AULSS, di cui 6/17 informatizzate);
- formalizzazione di percorsi per l'accompagnamento dei Malati, inseriti in Cure Palliative, nei trasferimenti tra i vari setting assistenziali:
 - dall'ospedale (19/21 AULSS);
 - dalle Strutture Residenziali (12/21 AULSS);
 - dal Territorio (19/21 AULSS).

I Percorsi Diagnostico Terapeutici assistenziali in Cure Palliative

I percorsi assistenziali costituiscono strumenti di trasversalità che consentono di definire bisogni, competenza necessarie, ruoli, funzioni e responsabilità.

A tale riguardo si rileva che 9/21 AULSS hanno già definito PDTA in Cure Palliative, condivisi con i Medici di Medicina Generale e in corso di applicazione. Inoltre, le Aziende stanno progressivamente attivando programmi di cura su specifici profili di cura, quali SLA (18/21), Malattie Respiratorie (11/21), Sclerosi Multipla (10/21), Malattia di Alzheimer (9/21), Morbo di Parkinson (7/21), AIDS (3/21).

Per fornire un quadro di riferimento e garantire una uniformità di presa in carico sono stati attivati:

- la definizione della proposta regionale di PDTA regionale per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore in età pediatrica;
- la definizione della proposta regionale del Profilo Integrato di Cura (PIC) per le Reti Aziendali di Cure Palliative in età adulta;
- la stesura di Linee di indirizzo regionali sul trattamento del paziente adulto con dolore.

Approfondimenti

Impatto dell'intensità e della tempestività di attivazione delle cure palliative domiciliari oncologiche sul decesso in ospedale e sul numero di giorni di ricovero medico ordinario terminale. EPI, Bollettino Epidemiologico del Sistema Epidemiologico Regionale e dei Registri di Patologia, Padova, Agosto 2015.

Recapiti per ulteriori informazioni

Assistenza Distrettuale e Cure primarie - *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*
Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
Telefono 041.279.3404 - .3529
e-mail: cureprimarie@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale - *Settore Controlli e Governo SSR*
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it

5.10 Residenzialità extra-ospedaliera: anziani non autosufficienti

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. (3.1.3. La filiera dell'assistenza territoriale. Assistenza residenziale e semiresidenziale. Pagine 54-55).

Quadro di sintesi

Gli utenti ricoverati con impegnativa di residenzialità presso i Centri servizio per persone anziane non autosufficienti della Regione Veneto nel corso del 2015 sono 35.215 su una popolazione anziana non autosufficiente stimata in circa 194.000 persone¹ e su 24.762 impegnative giornaliere programmate. Tali utenti sono in prevalenza donne (74,3%) e l'età media è di 84,7 anni (86,3 per le donne e 80,4 per gli uomini). Il 75,8% degli utenti è assegnatario di una impegnativa di primo livello assistenziale, mentre l'84,5% delle impegnative è di lunga durata.

130

La programmazione socio-sanitaria regionale ha sviluppato e consolidato un modello di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti contraddistinto da risposte diversificate in funzione delle esigenze specifiche di ciascun assistito e della sua famiglia, tra loro integrate e caratterizzate da elevati livelli di qualità.

L'integrazione, che coinvolge in maniera organica attraverso i piani di zona gli Enti Locali, mette a sistema i servizi sociali comunali, la rete di offerta dell'assistenza e delle cure domiciliari, le strutture semiresidenziali (Centri diurni) e residenziali (Centri di servizio), valorizzandone i ruoli specifici, con l'obiettivo primario di favorire il più possibile la permanenza della persona anziana nel proprio domicilio e contesto familiare.

Per garantire, da un lato, la libera scelta del cittadino e, dall'altro, l'equità nell'accesso ai servizi e alle prestazioni, all'interno dei Centri di servizio sono state individuate unità di offerta di primo o di secondo livello, conformemente al bisogno assistenziale cui esse danno risposta; le procedure di autorizzazione e accreditamento della Regione definiscono altresì le condizioni affinché l'esercizio della libera scelta avvenga in piena garanzia sotto vari profili (sicurezza, qualità, efficacia e efficienza dei servizi e delle prestazioni erogati).

L'accesso alle unità di offerta di primo e secondo livello all'interno dei Centri di servizio residenziali richiede una valutazione da parte di una équipe di professionisti delle aree clinica, infermieristica, riabilitativa e sociale (Unità di Valutazione Multidimensionale

¹ La stima della popolazione Non Autosufficiente Anziana è stata calcolata a partire dalla popolazione residente anziana (over 65) e applicando la percentuale di incidenza della condizione di non autosufficienza per la popolazione over65 come da rilevazione ISTAT (valore medio nazionale pari a 18,5%)

Distrettuale), che valuta il bisogno bio-psico-sociale ed approva e formalizza il progetto assistenziale individualizzato e concertato con il paziente e la sua famiglia, concretizzando in tal modo una presa in carico appropriata e coerente del cittadino anziano non autosufficiente.

Nel corso del 2015 sono stati assistiti con impegnativa di residenzialità presso i Centri servizi residenziali per persone anziane non autosufficienti della Regione Veneto complessivamente 35.215 utenti, di questi il 21,5% risulta deceduto e il 9,1% dimesso. Gli utenti sono prevalentemente donne (74,3%), con una età media di 84,7 anni (86,3 per le donne e 80,4 per gli uomini). Il 75,8% degli utenti è assegnatario di una impegnativa di primo livello assistenziale, mentre l'84,5% delle impegnative è di lunga durata.

Approfondimenti

Sito web dedicato alla residenzialità extra-ospedaliera:

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Non Autosufficienza - *Sezione Servizi Sociali*

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

Telefono: 041-2791421

e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

5.11 Interventi a favore della disabilità

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

Costituisce obiettivo strategico della programmazione regionale l'integrazione nella comunità e la promozione dell'autonomia. Nella declinazione di tale obiettivo in azioni specifiche il PSSR ha, tra l'altro, previsto l'individuazione di percorsi riabilitativi per tutte le fasce d'età e di patologia, che abbiano come obiettivo finale l'autonomia, l'inclusione sociale e la partecipazione attiva del disabile nel suo contesto di vita, così da evitare un ricorso eccessivo alle strutture socio-sanitarie. (3.5.5 Area disabilità).

Quadro di sintesi

Gli utenti assistiti presso i Centri diurni per disabili della Regione Veneto nel 2015 sono stati 6.259, per 538 di questi sono stati attivati specifici progetti educativo-occupazionali innovativi "inside". Inoltre, con DGR n. 739 del 2015 è stato programmato l'avvio di 465 progetti sperimentali alternativi ai centri diurni.

Nel 2015 l'area della disabilità è stata interessata da tre interventi di rilievo strategico.

Il primo, approvato con DGR n. 739/2015, ha riguardato l'avvio di una sperimentazione, articolato su progettualità individuate e coordinate dalle ULSS, nell'area dell'assistenza semiresidenziale per persone con disabilità riconducibile ai profili medio o basso, avente la finalità di valutare l'efficacia e l'efficienza di percorsi educativi e/o occupazionali esterni ai centri diurni o nell'ambito di strutture residenziali innovative. L'intervento si pone nella prospettiva di valorizzare l'autonomia e l'autosufficienza del disabile e, correlativamente, di riconsiderare l'attuale sistema delle unità di offerta dei servizi socio-sanitari ed assistenziali. Obiettivo è far emergere le potenzialità/abilità individuali del disabile e promuovere condizioni di contesto favorevoli al loro pieno svolgimento (c.d. approccio delle *capability*).

Il secondo intervento, approvato con DGR n. 740/2015, ha interessato anch'esso l'assistenza semiresidenziale, introducendo una regola di specificazione del bisogno assistenziale su tre livelli: basso, medio e alto, associando a ciascuno i relativi carichi assistenziali e aggiornando gli standard dei centri diurni per disabili di cui alla DGR n. 84/2007. L'intervento si è proposto, inoltre, di pervenire alla definizione di una metodologia unitaria per la determinazione delle rette dell'assistenza semiresidenziale articolata per livello di gravità da controllare e avvalorare sulla base di risultati sperimentali.

Il terzo intervento, approvato con DGR n. 220/2015, ha istituito il flusso informativo regionale relativo alle prestazioni extraospedaliere residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità (FAD). Il provvedimento, che rappresenta il completamento del progetto avviato con DGR n. 1059/2012, costituisce uno strumento di conoscenza e monitoraggio indispensabile per la programmazione ed il controllo regionale dell'offerta assistenziale extraospedaliere nell'area della disabilità; in tal senso consente, tra l'altro,

la rilevazione dei dati sperimentali di cui alle DGR n. 739 e n. 740 del 2015, già richiamate.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[DGR n. 739 del 14 maggio 2015](#) - Criteri per l'assegnazione alle Aziende ULSS e l'utilizzo di risorse in accentrata regionale relative al Fondo regionale per la Non Autosufficienza 2014.

[DGR n. 740 del 14 maggio 2015](#) - Nuova programmazione e modalità di determinazione delle rette tipo per i Centri diurni per persone con disabilità.

[DDR n. 220 del 27 luglio 2015](#) - Istituzione del Flusso informativo delle prestazioni extraospedaliere residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità.

Approfondimenti

Sito web dedicato alla residenzialità extra-ospedaliera:

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Non Autosufficienza - *Sezione Servizi Sociali*

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

Telefono: 041-2791421

e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

5.12 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 della Aziende ULSS della Regione.

In Veneto è attivo da tempo un flusso informativo che raccoglie dati su pazienti seguiti da tali centri, diagnosi e disabilità, trattamenti erogati e risorse impiegate ed è gestito dal Programma della patologia in età pediatrica. Tramite l'utilizzo di tali informazioni è possibile valutare i bisogni ai quali i centri danno risposta e le attività prestate.

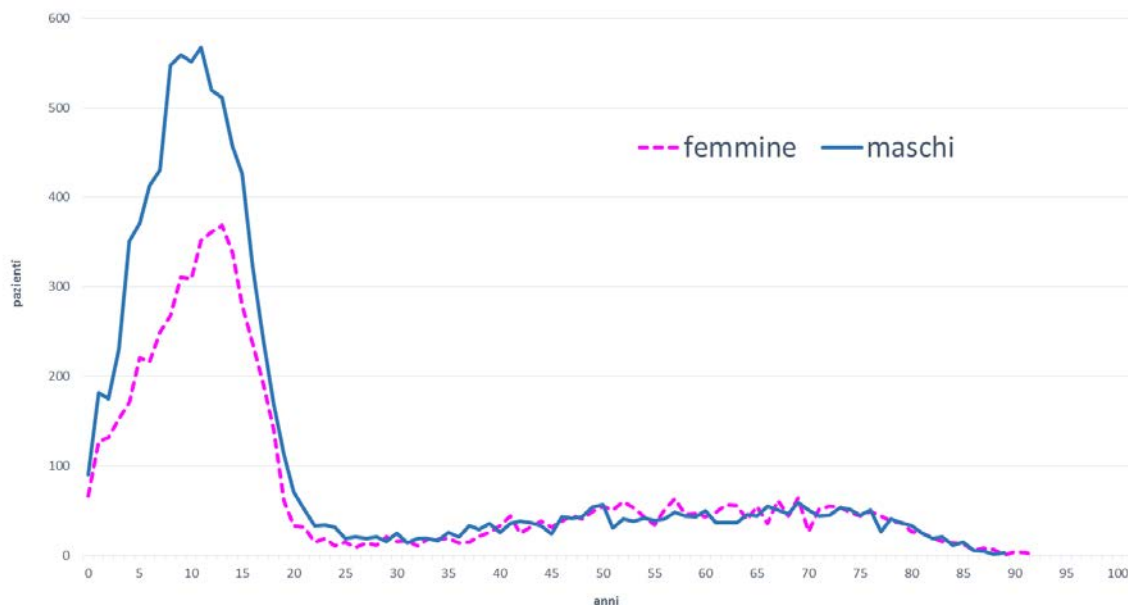
Gli Istituti ex art. 26 della Regione Veneto, negli anni, si sono dedicati in modo particolare, anche se non esclusivo, alla riabilitazione complessa e multidisciplinare delle persone con disabilità della popolazione pediatrica con diagnosi di ordine neuropsichiatrico e disabilità multiple, coinvolgenti più dimensioni della vita delle persone (del comportamento, locomotorie e circostanziali). L'attività, sia in termini di pazienti seguiti che di attività effettuate, è in continuo aumento. Durante il 2015 sono stati convenzionati ulteriori 3 nuovi centri di riabilitazione.

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 2015 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); Associazione Rieducativa Ente Privato - AREP di Villorba di Treviso; Fondazione Più di un Sogno di Verona e Associazione Genitori Bambini Down - AGDB di Verona.

Il numero totale dei pazienti seguiti dai centri nel corso del 2015 è pari a 16.533. Il 58,3% dei pazienti presi in carico è di genere maschile. La Figura 5.12 riporta la distribuzione per sesso ed età dei pazienti. Il 68,4% dei casi ha meno di 18 anni e il 37,0% 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 nello stesso gruppo di età.

Figura 5.12 - Distribuzione dei pazienti presi in carico nei Centri ex art. 26, per classe di età e genere. Veneto, 2015



Il 71,5% dei pazienti risiede nella stessa Azienda ULSS del servizio; il restante 28,5% 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 0,34 residenti ogni 100. Il tasso per la fascia d'età "0-17 anni" è pari a 1,37 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 16.533 casi seguiti dalle strutture riabilitative, si giunge ad un numero di diagnosi pari a 21.153. La Figura 5.13 riporta la distribuzione delle diagnosi per macro-gruppo di patologia.

Il gruppo nosologico in assoluto più rappresentato risulta essere quello relativo ai disturbi psichici con 7.777 diagnosi pari al 36,8% del totale. Seguono le malattie del sistema nervoso con 5.001 diagnosi (23,6%), le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo con 2.278 diagnosi (10,8%) e le malformazioni congenite con 1.712 (8,1%). Il numero delle disabilità seguite dai centri convenzionati è pari a 19.393. Le disabilità maggiormente rappresentate (Figura 5.14) sono quelle relative alla locomozione (17,5%), al comportamento (9,5%), circostanziali (7,9%) e all'assetto corporeo (6,0%).

Figura 5.13 - Distribuzione percentuale dei macro-gruppi di patologia. Veneto, 2015

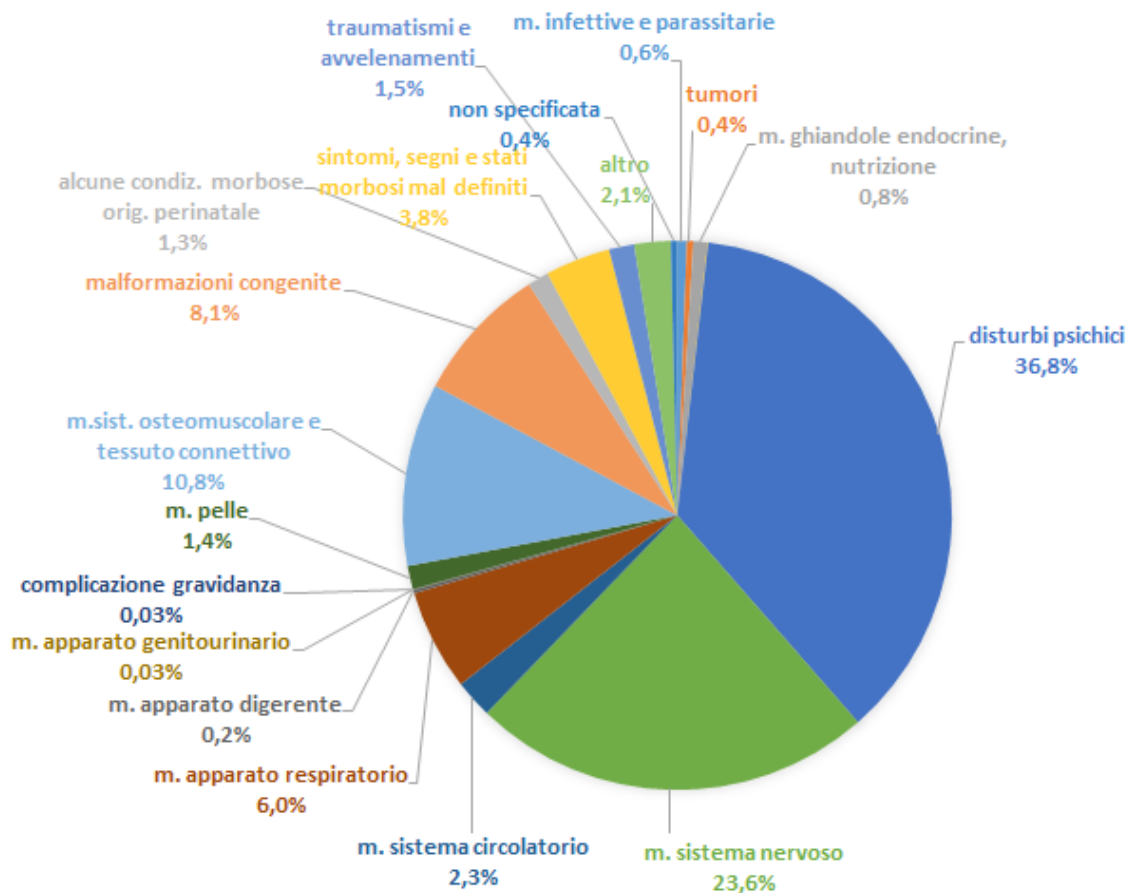
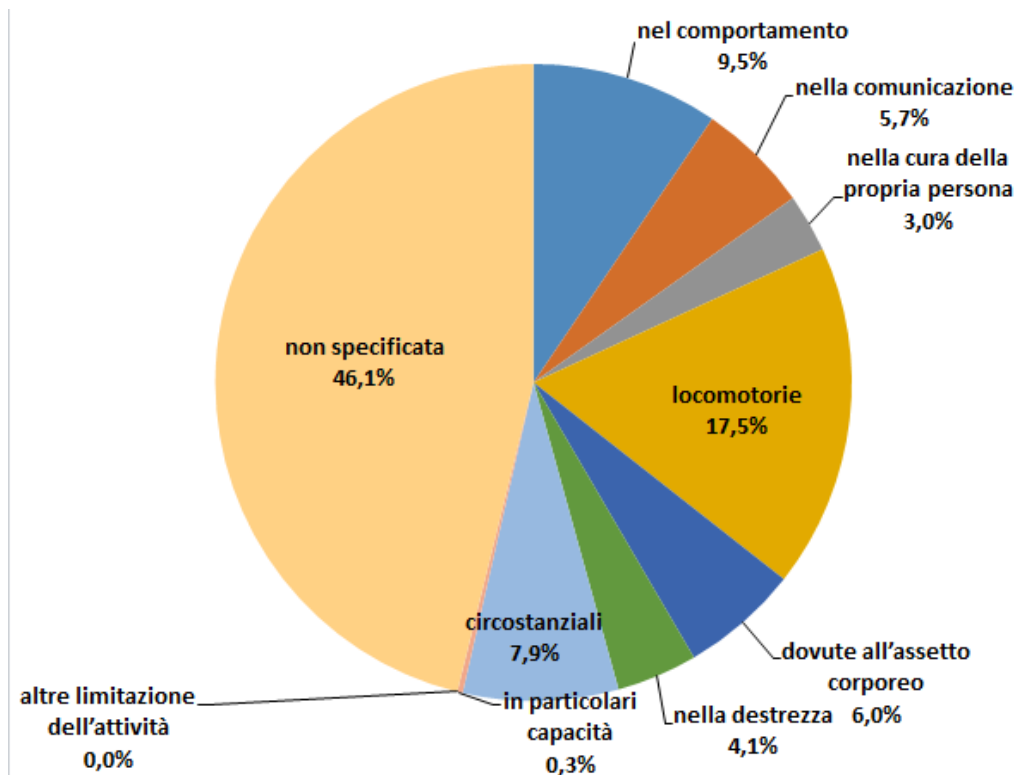


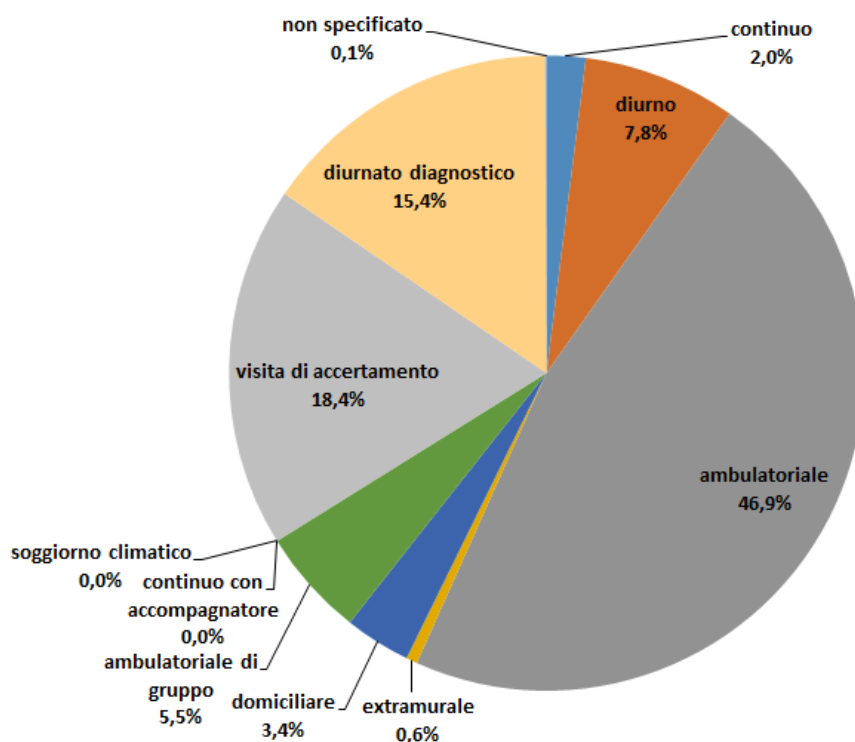
Figura 5.14 - Distribuzione percentuale delle categorie di disabilità. Veneto, 2015



La presenta la distribuzione delle tipologie di trattamento effettuato. La maggior parte dei trattamenti (Figura 5.15) sono effettuati in regime ambulatoriale (46,9%), nel 18,4% dei casi viene effettuata una visita di accertamento e nel 15,4% un diurnato diagnostico.

Il numero totale di prestazioni erogate ai 16.533 pazienti seguiti dalle strutture convenzionate ex art.26 è pari a 502.028. L'indice di prestazione per residente in riferimento all'età pediatrica si attesta intorno a 0,82, 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 24,3% due regimi, il 7,7% tre ed il 2,0% quattro o più. Le risorse impiegate totali superano i 28,5 milioni di euro per l'anno 2015. Il costo medio per paziente è di 1.789,54 euro, il costo mediano 685,10 euro, con un massimo di oltre 57.000 euro, a conferma della complessità di alcuni pazienti. Si conferma un aumento di attività generale dei Centri ex art.26, sia in termini di casistica che di attività. Tali attività possono essere anche molto complesse per alcuni pazienti che presentano più disabilità, soprattutto tra la popolazione pediatrica.

Figura 5.15- Distribuzione delle tipologie di trattamento. Veneto, 2015



Approfondimenti

[Rapporto tecnico attività Programma regionale della Patologia in Età Pediatrica, 2015](#)

Recapiti per ulteriori informazioni

Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica

Sede: Via Donà, 11 - 35129 Padova

Telefono: 049 8215700

e-mail: epi@pediatria.unipd.it

5.13 Interventi socio-sanitari sulle dipendenze

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

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 dello stesso allo svolgimento della funzione pubblica sociale. Una politica complessiva nell'area della dipendenza deve infatti considerare anche interventi di informazione e di educazione alla popolazione giovanile, interventi di cura e trattamento, reinserimento e integrazione sociale realizzati attraverso l'attivazione di risorse sanitarie e sociali.

Nel corso dell'anno 2015 si è avviata una sperimentazione su progetti territoriali ed è stata proposta una sperimentazione di budgettizzazione per le strutture accreditate che accolgono persone tossico/alcoldipendenti.

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, "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 e la costante diffusione del consumo di alcol tra le giovani generazioni, oltre all'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.) e sociali (graduale difficoltà di mantenere un adeguato adattamento relazionale e comportamentale).

Azioni prioritarie della programmazione regionale

- garantire informazione ed educazione alla popolazione giovanile per prevenire i danni causati dall'uso di sostanze stupefacenti;
- favorire una presa in carico 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 dipendenti 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 coinvolte 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 preventivo Assistenziale delle Dipendenze, formato da soggetti pubblici e privati accreditati con compiti e responsabilità complementari, coordinati e integrati per garantire globalità e continuità assistenziale. 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 e 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), che, oltre alla descrizione e all'analisi dell'ampiezza del fenomeno dell'uso e abuso di alcol e di sostanze illecite, mira a raccogliere e rendere disponibili gli indicatori epidemiologici "standard" definiti a livello europeo.

Il Sistema delle Dipendenze

Attualmente il sistema delle Dipendenze del Veneto si articola in 21 Dipartimenti (funzionali) per le dipendenze e comprende 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. Le funzioni più importanti del Sistema Regionale delle Dipendenze sono rispondere adeguatamente ai bisogni di cura ed assistenziali dei cittadini nell'ambito delle dipendenze ed essere in grado di trasformare se stesso in funzione del cambiamento di tali bisogni.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[DGR n. 247 del 3 marzo 2015](#) - Attuazione DGR 929 del 22/5/2012, "Progetto Dipendenze 2012/2014". Sperimentazione e Budgettazione alle Aziende ULSS per pagamento LEA Tossico/alcol dipendenze e sperimentazione "servizi territoriali"

[DGR n. 2119 del 30 dicembre 2015](#) - Modifica termine esecuzione DGR 247 del 3 marzo 2015 alla decorrenza 1 luglio 2016.

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Dipendenze Inclusione Sociale - *Sezione Servizi Sociali*
 Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
 Telefono: 041-2791421
 e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

5.14 Consulitori familiari

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

3.5.3 Area famiglia, infanzia, adolescenza, giovani.

Quadro di sintesi

La Regione 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 Consulitori 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 2015 si sono rivolti ai Consulitori Familiari Pubblici circa 100.000 utenti.

I Consulitori Familiari, istituiti e disciplinati con la L.R. n. 28/1977, costituiscono una rete capillare, composta da 140 sedi, di cui 112 pubbliche afferenti alle 21 Aziende ULSS e 28 private (dati 2015, 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 2015 circa 100.000 utenti si sono rivolti ai Consulitori Familiari Pubblici. In tutte le 21 Aziende ULSS sono garantiti gli "Spazi adolescenti/giovani" con 9.200 utenti, di cui 4.700 nuovi utenti, nel 2015.

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Dipendenze Inclusioni Sociale - *Sezione Servizi Sociali*
Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
Telefono: 041-2791421
e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

5.15 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. (3.5.7 Area della salute mentale, p. 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).

Nel 2015 sono stati 70.822 i cittadini che si sono rivolti ai Dipartimenti di Salute Mentale del Veneto, con una prevalenza di 172,7 persone ogni 10.000 abitanti maggiorenni residenti in Veneto.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) rappresenta il riferimento e il garante clinico per la tutela della salute mentale, ha un'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.

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 maggiori della disabilità e dei costi causati dalle malattie cardiovascolari (indicatore Daly's – OMS).

La prevalenza annuale dei disturbi mentali nella popolazione generale italiana è dell'8% circa (Ministero della Salute).

L'utenza psichiatrica

Gli utenti psichiatrici assistiti negli ospedali o nei servizi territoriali (ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali extra-ospedalieri) del Veneto nel 2015 sono 70.822 con un tasso di 172,7 su 10.000 residenti maggiorenni, con una certa variabilità territoriale. Si precisa che i DSM di Padova e Verona sono dipartimenti ospedale-territorio-università integrati e i loro dati confluiscono rispettivamente nell'Azienda ULSS 16 e 20.

Gli utenti sono soprattutto di sesso femminile (57,2%), la fascia di età prevalente è quella compresa tra i 45 e i 54 anni (23,7%), seguita da quella tra i 55 e i 64 anni (18,2%) e da quella tra i 35 e i 44 anni (18,0%).

Tabella 5.12 - Utenti con almeno un contatto (sia territoriale che ospedaliero) per ULSS di contatto (2015)

Azienda ULSS di contatto	N. utenti	Utenti per 100.000 ab. > 17 aa
1-Belluno	2.231	209,6
2-Feltre	1.813	257,1
3-Bassano del Grappa	2.732	184,1
4-Alto Vicentino	2.939	189,8
5-Ovest Vicentino	2.345	158,8
6-Vicenza	3.804	144,3
7-Pieve di Soligo	3.278	182,2
8-Asolo	4.074	199,4
9-Treviso	6.350	184,0
10-Veneto Orientale	2.651	146,3
12-Veneziana	2.924	112,9
13-Mirano	3.534	156,4
14-Chioggia	1.348	233,5
15-Alta Padovana	4.232	201,1
16-Padova	8.961	216,4
17-Este	3.102	199,8
18-Rovigo	3.421	231,1
19-Adria	2.256	355,5
20-Verona	5.749	146,2
21-Legnago	1.973	153,1
22-Bussolengo	2.650	109,5
Veneto	70.822	172,7

Tabella 5.13 - Utenti con almeno un contatto distinti per tipo di assistenza

Tipo di assistenza	2012		2013		2014		2015	
	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%
Solo territoriale	59.744	86,9	59.665	86,8	57.802	86,4	61.992	87,5
Solo ospedaliera	3.070	4,5	2.993	4,4	3.151	4,7	2.852	4,0
Entrambe nell'anno	5.916	8,6	6.063	8,8	5.927	8,9	5.978	8,4
Totale	68.730	100	68.721	100	66.880	100	70.822	100

Nel 2015 gli assistiti nei servizi psichiatrici territoriali (ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali extra-ospedalieri) del Veneto sono 67.970, pari a 165,8 per 10.000 residenti maggiorenni, mentre gli utenti psichiatrici dimessi dagli ospedali sono 9.078, pari a 22,2 per 10.000 residenti maggiorenni. L'87,5% dell'utenza psichiatrica viene trattata solo nei servizi territoriali.

Le patologie più frequenti tra tutti gli utenti psichiatrici (seguiti in ospedale e/o nei servizi territoriali) sono le psicosi affettive (29,4%), le sindromi nevrotiche e somatoformi

(26,2%) e la schizofrenia (22,0%): tra i maschi prevalgono la schizofrenia (26,3%), seguita dalle psicosi affettive (24,5%) e dalle sindromi nevrotiche e somatoformi (23,4%), mentre tra le donne prevalgono le psicosi affettive (33,0%), seguite dalle sindromi nevrotiche e somatoformi (28,4%) e dalla schizofrenia (18,7%).

Le patologie più frequenti tra gli utenti dei Centri di Salute Mentale (CSM) sono le psicosi affettive (28,0%), seguite dalle sindromi nevrotiche e somatoformi (26,4%) e dalla schizofrenia (21,4%), mentre le patologie più frequenti tra gli utenti assistiti negli ospedali sono le psicosi affettive (35,8%), seguite dalla schizofrenia (27,8%) e dai disturbi della personalità e del comportamento (17,3%).

Tra gli utenti più giovani dei servizi territoriali predominano le sindromi nevrotiche e somatoformi; la prevalenza degli utenti con psicosi schizofreniche è massima intorno ai 50 anni, mentre i disturbi affettivi aumentano progressivamente con l'età; al contrario, la prevalenza degli utenti con sindromi nevrotiche e somatoformi o con disturbi della personalità e del comportamento tende a ridursi con l'età.

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 stesso o di un autoinvio da parte dell'equipe curante.

Le prestazioni erogate nel 2015 dai CSM ammontano a 839.875, vanno considerate anche le giornate di presenza presso strutture semiresidenziali che nel 2015 sono state 297.096 per 4.045 utenti (il 6,0% degli utenti dei servizi psichiatrici territoriali) e le giornate di presenza nelle strutture residenziali che sono state 714.286 per oltre 2.595 persone (il 3,8% degli utenti dei servizi psichiatrici territoriali).

L'attività ospedaliera

Nel 2015 si registrano 12.442 dimissioni dalle strutture psichiatriche ospedaliere (pubbliche e private) del Veneto, di cui il 77,3% dagli SPDC (servizi psichiatrici di diagnosi e cura), per un totale di 242.805 giornate di degenza, di cui il 59,6% dagli SPDC. Nel 18,7% dei casi la degenza è superiore ai 30 giorni e scende al 9,8% nel caso degli SPDC. Le riammissioni a 30 giorni dalla dimissione rappresentano il 16,1% negli SPDC e il 15,9% nelle strutture private accreditate, mentre quelle a 180 giorni rappresentano il 34,4% negli SPDC e il 32,6% nelle strutture private accreditate.

Nel 2015 si registrano 403 TSO (trattamenti sanitari obbligatori), pari al 4,2% dei ricoveri per disturbi psichici nei reparti psichiatrici degli ospedali pubblici.

Le strutture

Nella nostra regione operano oltre 400 strutture territoriali psichiatriche, il 70% a gestione diretta delle Aziende ULSS. Oltre metà delle strutture psichiatriche territoriali sono residenziali e circa un quarto semi-residenziali. La gestione delle strutture

"ambulatoriali" è per la quasi totalità della struttura pubblica, mentre la presenza del privato convenzionato si concentra nelle strutture residenziali.

I posti a livello territoriale sono 3.519, 2.093 residenziali e 1.426 semi-residenziali. L'assistenza ospedaliera in Veneto dispone di 928 posti letto, il 54% pubblici.

Il personale

Alla data del 31 dicembre 2015 risultavano operare nel Veneto 3.187 operatori equivalenti della salute mentale, ossia 7,8 operatori equivalenti ogni 1.000 abitanti d'età superiore a 17 anni, dei quali 345 psichiatri. Circa 3/4 (2.152 operatori equivalenti) sono dipendenti ULSS. Soprattutto infermieri (35,7%) seguiti dagli OTA/OSS (31,3%), dagli psichiatri (10,8%), dagli educatori (7,8%), dagli psicologi (4,4%) e dagli assistenti sociali (2,5%).

Approfondimenti

www.regione.veneto.it/salutementale sezioni "statistiche" e "pubblicazioni".

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Salute Mentale e Sanità Penitenziaria - *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

Telefono: 0412793490

e-mail: salutementale@regione.veneto.it

5.16 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 dimissione 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. (3.5.8 Area della Sanità penitenziaria, p. 112)

Quadro di sintesi

Al 31/12/15 nei 9 Istituti di Pena per adulti (2 a Padova, 2 a Venezia e 1 negli altri capoluoghi di provincia), con una capienza regolamentare complessiva di 1.698 posti, erano presenti 2.080 detenuti (-395, ossia -16,6% rispetto al 31/12/14), con un tasso di sovraffollamento del 22,5% (26,5% nel 2014); nel corso del 2015 si sono registrati 2.220 nuovi ingressi. I detenuti nelle carceri venete rappresentano il 4,2% del totale dei detenuti in Italia; 87,9% maschi, 21,6% sono giovani fino ai 29 anni di età, il 52,2% è di nazionalità straniera e il 70% sta scontando una condanna definitiva.

Nell'Istituto Penale per Minorenni di Treviso, alla stessa data erano presenti 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 PA a decorrere dal 01/01/00 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 OPG e i minori tossicofili e/o con disagio psichico, sono state trasferite alle Regioni e PA a decorrere dal 14/06/08 per effetto del DPCM 1 aprile 2008.

Le principali criticità per un'adeguata assistenza sanitaria ai detenuti riguardano:

- il sovraffollamento degli istituti penitenziari (anche se in sensibile diminuzione);
- le condizioni igienico-sanitarie (non drammatiche, ma comunque problematiche);
- la presenza di extracomunitari;
- la presenza di tossicodipendenti (circa il 30%);
- la tutela della salute mentale in carcere: l'assistenza psichiatrica è assicurata in tutti gli istituti, ma risulta 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 (circa 2 milioni in meno l'anno);
- i LEA: quelli garantiti dall'Amministrazione penitenziaria prima del trasferimento delle funzioni erano superiori (es. farmaci ormonali per transessuali; protesi dentarie)
- l'inquadramento del personale trasferito alle Aziende ULSS;
- 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 distinti e spesso in contrasto

I detenuti assistiti negli istituti penitenziari del Veneto nel 2015 sono stati in totale 4.965, dei quali 2.475 presenti alla data del 1° gennaio e 2.220 nuovi ingressi nel corso dell'anno. Buona parte reclusi negli istituti penitenziari di Padova, Verona e Venezia.

Tabella 5.14 – Detenuti assistiti, Veneto, 2015

Sedi penitenziarie	N. detenuti al 1° gennaio	N. Nuovi Ingressi	Totale assistiti
Belluno - ULSS 1	82	51	133
Vicenza - ULSS 6	228	263	491
Treviso - ULSS 9	200	254	454
Venezia - ULSS 12	324	515	839
Padova - ULSS 16	952	440	1.392
Rovigo - ULSS 18	54	114	168
Verona - ULSS 20	635	583	1.218
Totale	2.475	2.220	4.695

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 01/03/12 una Sezione di osservazione psichiatrica presso la Casa circondariale di Verona con una disponibilità di 5 posti. Nel 2015 sono stati sottoposti ad osservazione psichiatrica 22 detenuti per un totale di 481 giornate.

Inoltre, dal 15/11/15 è stata attivata 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 e dal 01/01/16 a Padova presso la Casa di Reclusione una Sezione per gli internati in Casa lavoro di 40 posti.

Tabella 5.15 – Detenuti presso la Sezione di Osservazione Psichiatrica di Verona, 2012-2015

Istituto Penitenziario di provenienza	2012		2013		2014		2015	
	N° detenuti	N° giornate	N° detenuti	N° giornate	N° detenuti	N° giornate	N° detenuti	N° giornate
Veneto	34	596	37	649	34	615	19	411
Friuli V.G.	2	43	2	29	1	20	1	23
Prov. Bolzano	3	60	2	40	1	14	0	0
Prov. Trento	2	44	1	24	3	90	2	47
Totale	41	743	42	742	39	739	22	481

Il personale sanitario che opera negli istituti penitenziari del Veneto al 31 dicembre 2015 è costituito in totale da 151 operatori per 14.384 ore mensili, con un aumento di 41 unità per 3.061 ore mensili rispetto al settembre 2008 quando il personale è effettivamente transitato dall'Amministrazione penitenziaria alle aziende ULSS.

Tabella 5.16 – Personale sanitario nelle carceri venete, numero assoluto e ore al mese erogate

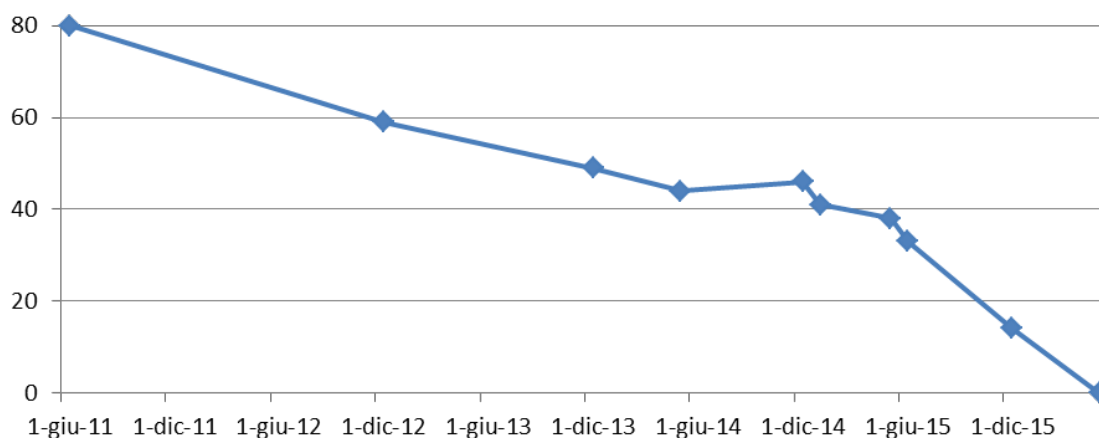
Figura professionale	30/09/2008		31/12/2015		Scostamento 2015 vs 2008	
	N	h/mese	N	h/mese	N	h/mese
Medici incaricati (L. 740/1970)	12	915	11	768	-1	-147
Medici SIAS	46	4.808	52	5.212	6	404
Medici dipendenti	0	0	4	552	4	552
Psicologi di ruolo	0	0	2	88	2	88
Psicologi a contratto	0	0	3	68	3	68
Infermieri di ruolo	2	288	34	2.792	32	2.504
Infermieri a contratto	47	4.864	42	4.568	-5	-296
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	151	14.384	44	3.509

Dimissione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Il DPCM 1° aprile 2008 ha stabilito il trasferimento dall'Amministrazione Penitenziaria alle Regioni delle funzioni sanitarie svolte negli OPG, che prevede la restituzione degli internati in OPG ad ogni regione di provenienza e dell'assunzione della responsabilità per la presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza. Successivamente, la Legge 9/2012 ha previsto la definitiva chiusura degli OPG esistenti: la scadenza è stata confermata per il 30/03/15.

La Regione del Veneto ha aperto una struttura intermedia per pazienti psichiatrici autori di reato a Ronco all'Adige (VR), dotata di 18 posti letto, e realizzato una struttura residenziale sanitaria per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) a Nogara (VR) presso il Centro Polifunzionale "F. Stellini", attivata il 20/01/16 e inizialmente dotata di 16 posti letto, a cui sono stati aggiunti ulteriori 20 p.l. il 01/06/16.

Figura 5.16 – Processo di dimissione dagli OPG dei residenti veneti: da 80 al 1/06/11 a 0 al 15/02/16.



Minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico

Il DPCM 1° aprile 2008 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 28 luglio 1989, n. 272. Nel 2015 si sono registrati 16 casi, provenienti da 11 Aziende ULSS, per un totale di 3.085 giornate di inserimento in comunità, il 28,4% delle quali fuori regione.

Tabella 5.17 – Inserimento in comunità di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico, 2010-2015

Anno	N.	Giorni di permanenza	% fuori regione	N. ASL con minori
2010	20	3971	46,2	10
2011	16	3947	43,8	8
2012	16	2327	43,8	8
2013	16	3489	58,6	9
2014	12	2.263	47,5	7
2015	16	3.085	28,4	11

Approfondimenti

www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria sezioni "statistiche" e "pubblicazioni".

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Salute Mentale e Sanità Penitenziaria - Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria

Telefono: 0412793490

e-mail: salutementale@regione.veneto.it

6. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici

*Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
Allegato A. § 3.3 Assistenza specialistica, farmaceutica e protesica. § 3.3.2 Assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici e § 3.3.3 Assistenza protesica. Pagine 82-85.*

Quadro di sintesi

La Regione del Veneto attua politiche di governo della spesa e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva applicando il metodo dell'Evidence Based Medicine (EBM) e dell'Health Technology Assessment (HTA), la gestione integrata della continuità terapeutica in ambito aziendale ed interaziendale e, per i trattamenti cronici, più innovativi e ad alto costo, la prescrizione esclusiva da parte di centri specialistici. Sono state rafforzate le azioni di monitoraggio della prescrizione individuando nuovi e più precisi indicatori e migliorando la sorveglianza sulle reazioni avverse da farmaci e degli incidenti da dispositivi attraverso la rete dei referenti aziendali della vigilanza. È stata inoltre valorizzata la capillarità delle farmacie sul territorio.

6.1 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 *Riorganizzazione delle attività delle Commissioni Tecniche Regionali e delle Commissioni Aziendali di Farmaci;
Gruppi di Lavoro sui farmaci innovativi;
Attività di formazione per le CTA locali*

Risultati *Valutazione di nuovi farmaci e nuove indicazioni con produzione di raccomandazioni basate sull'evidenza (21)
Indirizzi, Linee Guida, Percorsi Diagnostico Terapeutici (10)
Individuazione dei centri autorizzati alla prescrizione (34)*

Attraverso l'attività della Commissione Tecnica Regionale Farmaci CTRF (DGR 952/2013), basata sulla metodologia dell'HTA, si sono definiti Documenti di Indirizzo su aree terapeutiche di ambito ospedaliero e territoriale (farmaci biosimilari, continuità della prescrizione tra ospedale e territorio, riconciliazione terapeutica, inibitori di pompa protonica, assistenza farmaceutica negli istituti penitenziari, diabete, epatite C, farmaci biologici in reumatologia-dermatologia-gastroenterologia, somministrazione domiciliare di farmaci ad alto costo per malattie rare, HIV, palivizumab), e prodotte raccomandazioni su nuovi farmaci di particolare impatto economico-assistenziale: in particolare con Decreto n. 199/2014, è stato istituito il Gruppo di Lavoro Farmaci Innovativi del Coordinamento della ROV, con il compito di definire raccomandazioni evidence based sui

nuovi farmaci oncologici che ha prodotto 20 raccomandazioni. Con Decreto 157/2015 è stato istituito il Gruppo di Lavoro sui Farmaci Ematologici Innovativi.

Si sono individuati Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci di ambito specialistico (oncologia, onco-ematologia, sclerosi multipla, anticoagulanti orali, epatite C, farmaci intravitreali, allergologia, farmaci per BPCO, farmaci per ADHD, farmaci biologici in reumatologia-dermatologia-gastroenterologia). La DGR n. 754/2015 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 di cui alla L.R. n. 38/2012, svolte dal Gruppo Tecnico di lavoro (Decreto n. 40/2013), per l'individuazione degli impieghi erogabili a carico del SSR (DGR n. 2526/2014).

Farmacovigilanza

Obiettivi *Rafforzamento delle azioni di sorveglianza sulle reazioni avverse dei farmaci e vaccini (ADR - Adverse Drug Reaction)*

Azioni *Potenziamento del sistema di farmacovigilanza;
Prosecuzione del progetto regionale Vigirete;
Potenziamento piattaforma informatica per segnalazioni ADR.*

Risultati *A livello regionale raggiunto nel 2015 un tasso di segnalazione di 1.761 segnalazioni per milione di abitanti*

La Regione ha individuato la soglia delle ADR pari a 500 segnalazioni per milione di abitanti quale obiettivo di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Sanitarie (DGR 2525/2014). Nel 2015 le 1.761 segnalazioni pervenute (in incremento dal 2014): soprattutto nell'ULSS 15 (4.055 segnalazioni per milione di abitanti) e nell'ULSS 20 (3.066); quelli minimi nelle ULSS 7, ULSS 19 e ULSS 22 (508).

Nel 2015 è proseguito il progetto regionale Vigirete per creare una rete di formazione-informazione stabile sulla segnalazione dei danni da farmaci da parte del cittadino e del farmacista. A fine 2015 la rete comprende 152 farmacie/500 farmacisti. Si è diffusa ulteriormente la piattaforma per la segnalazione online Vigifarmaco (ex Vigiwork) che semplifica la compilazione della segnalazione di sospetta reazione avversa da parte di medici, farmacisti, operatori sanitari, cittadini, inviandola direttamente al responsabile di farmacovigilanza.

Rischio clinico

Obiettivi *Diffusione delle attività di gestione del rischio clinico*

Azioni *Analisi delle criticità legate al processo di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica;
Analisi delle criticità rilevate/segnalate nella gestione della terapia farmacologica negli Istituti penitenziari;
1 evento formativo per gli operatori sanitari coinvolti nel processo.*

Risultati *2 documenti prodotti, formazione di oltre 90 operatori coinvolti nel processo (medici, farmacisti, infermieri e poliziotti)*

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 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 ed uno specifico documento sulla gestione della terapia farmacologica negli Istituti Penitenziari, condiviso con medici, infermieri, farmacisti, agenti di polizia penitenziaria in un evento formativo accreditato ECM.

Centralizzazione Allestimento Antitumorali

Obiettivi *Riorganizzazione dei laboratori dedicati all'allestimento centralizzato dei farmaci antitumorali.*

Azioni *Monitoraggio del rispetto dei requisiti strutturali e organizzativi per l'allestimento dei farmaci antitumorali in condizioni di sicurezza per paziente e operatore;
Workshop formativo per operatori sanitari coinvolti nel processo;*

Risultati *Il 96% delle strutture che somministrano farmaci antitumorali ha centralizzato l'allestimento in Unità Farmaci Antitumorali (U.F.A.) o stipulato convenzioni con strutture pubbliche che dispongono di U.F.A.*

La Regione ha approvato una specifica direttiva sulle corrette modalità di allestimento e distribuzione dei farmaci antineoplastici (DGR n. 1335/2014), prevedendo, nel rispetto della Raccomandazione ministeriale n. 14, che le attività di allestimento siano centralizzate nelle U.F.A. in possesso di determinati requisiti e le Aziende con numero ridotto di preparazioni stipulino convenzioni con altre strutture pubbliche dotate di U.F.A.; e infine che le Aziende si dotino di sistemi informatici dedicati alla gestione delle terapie oncologiche, in particolare cartella oncologica informatizzata, associando dati clinici, prescrittivi, gestionali e di costo per paziente. Dai monitoraggi del 2015 è emerso che le U.F.A. collocate all'interno dei reparti di Oncologia o di Ematologia sono state assegnate alla Farmacia Ospedaliera, con coordinamento e responsabilità del farmacista ospedaliero. Si è organizzato il terzo Workshop regionale sull'allestimento delle terapie antitumorali, accreditato ECM, per gli operatori coinvolti nella loro gestione.

Sperimentazione Clinica - infrastruttura a sostegno della ricerca clinica nella Regione del Veneto

Obiettivi *Rilancio della sperimentazione clinica*

Azioni *Predisposizione di indicatori di performance organizzativa ed economica nel registro regionale sulla sperimentazione clinica;
Partecipazione al progetto pilota Voluntary Harmonisation Procedure;
Partecipazione al progetto ministeriale Fast Track;*

Risultati *Raccolta nel registro regionale sulla sperimentazione clinica dei dati relativi a tutti i Comitati Etici, per successive elaborazioni.*

Nell'obiettivo C.9 "Sperimentazione Clinica ed Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini" - di cui alla DGR n.2525/2014 - è stato inserito un indicatore relativo al numero di sperimentazioni cliniche con medicinale effettuate rispetto all'anno precedente. Nel 2015 si è registrato un aumento nelle sperimentazioni cliniche con medicinale rispetto al 2014 (367 vs 344), registrato anche in tipologie di studio non soggette a monitoraggio. Nel 2015 anche in previsione dell'implementazione del Regolamento (UE) n. 536/2014, la Regione ha partecipato ai progetti promossi dal Ministero della Salute - "Fast Track per la sperimentazione clinica dei farmaci e dei dispositivi medici" e dall'AIFA - Progetto pilota VHP per la valutazione congiunta AIFA e Comitati Etici, per la ridefinizione del ruolo dei comitati etici e l'organizzazione dei centri di 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 a supporto di un appropriato utilizzo dei farmaci correlati alla casistica;*
Recupero di risorse economiche.

Azioni *Individuazione centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci per i quali l'AIFA richiede l'individuazione; alla prescrizione dei farmaci biologici per le patologie dell'area reumatologica, gastroenterologica e dermatologica; alla prescrizione dei farmaci per l'epatite C;*
Assegnazione alle Aziende Sanitarie di un obiettivo relativo alla chiusura delle schede per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso;

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;

Registri AIFA

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; attualmente i farmaci gestiti attraverso la piattaforma AIFA sono 125 di cui 72 soggetti a procedure di rimborso (payment by results, risk-sharing, cost-sharing). Attraverso procedure on-line le Aziende Sanitarie trasmettono alle Aziende farmaceutiche le richieste dei rimborsi applicabili secondo gli accordi negoziali in essere. Per l'anno

2015, le strutture sanitarie del Veneto hanno recuperato dalle Aziende farmaceutiche 3,3 milioni di euro, risorse che sono state destinate a terapie farmacologiche innovative.

Registri regionali

- Registro di monitoraggio dei farmaci biologici

Creato nel 2014 per monitorare epidemiologia e modalità di trattamento, è un registro informatizzato nel quale sono stati inseriti circa 4.600 pazienti per l'area reumatologica, 900 pazienti per l'area dermatologica e 1.150 pazienti per l'area gastroenterologica. Nel 2015, sono stati aggiornati i Centri, in possesso di requisiti minimi obbligatori, autorizzati alla prescrizione di questi medicinali (Decreto n. 329/2015).

- Registro OSVE (per il monitoraggio dei pazienti con osteoporosi severa)

Attivo nel 2014 nell'ambito di un progetto PRIHTA ha coinvolto tutti i Centri autorizzati alla prescrizione del farmaco teriparatide (Forsteo®). Coinvolge 26 Centri regionali e 55 medici: ha permesso valutazione e monitoraggio di 1.136 pazienti.

- Registro ReFOL per il monitoraggio dei farmaci off-label

Nel 2015 si è avviata la fase pilota per l'implementazione del 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 risultati hanno permesso di predisporre i contenuti informativi della piattaforma per prescrizione, monitoraggio e dispensazione di tali medicinali. L'avvio è previsto nel 2016.

- CE online

Nel 2015 è stata avviata una piattaforma applicativa per i Comitati Etici per la Sperimentazione Clinica che mette a disposizione tutte le funzionalità per la gestione integrata del processo relativo a valutazione, avvio, monitoraggio e chiusura di uno studio clinico. Gli studi valutati dai Comitati Etici sono stati 791 di cui il 32,6% di tipo interventistico con farmaco, il 30,1% osservazionale senza farmaco e dispositivo e il 13% osservazionale con farmaco. Il rimanente 24,2% include altri tipi di studi interventistici (ad esempio senza farmaci e dispositivi) e osservazionali.

- 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 decreti n. 224/2014, n. 68/2015 e n. 137/2015, di individuazione dei Centri autorizzati alla prescrizione dei nuovi DAA, 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 31.12.2015 sono stati avviati alla terapia con i nuovi DAA 1.779 pazienti.

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;
Attivazione 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

Nella Tabella 6.1 viene descritta la spesa per l'assistenza farmaceutica a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nella Regione Veneto negli anni 2014-2015.

Tabella 6.1 – Spesa farmaceutica e rispetto del tetto stabilito dalla L. 222/2007 e dalla L. 135/2012 Veneto, 2014-2015 (Fonte: AIFA)

Spesa	2014	2015	Scostamento 2015 vs 2014	Variazione % 2015 vs 2014
Convenzionata netta	592.609.737	562.377.167	-30.232.570	-5,10%
Distribuzione diretta classe A	230.347.994	300.573.778	70.225.784	30,49%
Pay back	25.424.449	41.910.774	16.486.325	64,84%
Ticket	129.876.053	129.334.607	-541.446	-0,42%
di cui fisso per ricetta	65.741.947	63.406.415	-2.335.532	-3,55%
di cui eventuale quota per confezione	64.134.106	65.928.192	1.794.086	2,80%
Totale spesa territoriale	863.275.229	884.446.586	21.171.357	2,45%
% spesa farmaceutica territoriale su FSR	9,73%	10,06%		
Totale spesa ospedaliera (esclusi i vaccini)	370.579.991	382.968.357	12.388.366	3,34%
% spesa farmaceutica ospedaliera su FSR	4,18%	4,36%		
Totale spesa farmaceutica	1.233.855.220	1.267.414.943	33.559.723	2,72%
% spesa farmaceutica su FSR	13,91%	14,42%		
FSR	8.868.543.747	8.790.554.489	-77.989.258	-0,88%

I tetti della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera rideterminati dal D.L. 95/2012, convertito in Legge 135/2012, sono rimasti invariati per il 2015 rispettivamente all'11,35% e al 3,5% del FSN. Analogamente al 2014 il tetto dell'11,35% per l'assistenza farmaceutica territoriale è calcolato al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA, mentre il tetto del 3,5% per l'assistenza farmaceutica ospedaliera è calcolato al netto della spesa per i farmaci di classe A in DD e DPC, nonché al netto della spesa per i

vaccini, per i medicinali di classe C, SOP e OTC, per le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, per i medicinali esteri e per i plasmaderivati di produzione regionale. Nel 2015 si registra un aumento della spesa farmaceutica del 2,72% rispetto al 2014: la spesa territoriale aumenta del 2,45%, quella ospedaliera del 3,34%. Complessivamente, la spesa farmaceutica regionale si è attestata al di sotto del tetto del 14,85%.

Spesa farmaceutica territoriale

Nel biennio 2014-2015, la *spesa farmaceutica territoriale* del Veneto è risultata inferiore al tetto nazionale passando da 863,3 milioni di euro del 2014 a 884,4 milioni di euro del 2015 con un aumento del 2,45% pari a 21,2 milioni di euro. La spesa per i farmaci in distribuzione convenzionata si è ridotta nel biennio di 30,2 milioni di euro (-5,10%), mentre la spesa per i farmaci in distribuzione diretta e in Distribuzione Per Conto è aumentata (+30,49% complessivamente). Il ticket fisso per ricetta è diminuito del 3,55% (-2,3 milioni di euro), mentre si è registrato un incremento del contributo del cittadino per l'erogazione di farmaci a prezzo di riferimento (+2,80%; +1,8 milioni di €). La spesa farmaceutica territoriale si è mantenuta costante nonostante l'incremento della *prevalenza d'uso* (quota di assistibili che ha ricevuto almeno una prescrizione di farmaci nel corso del periodo sulla popolazione di riferimento) dei farmaci, soprattutto nei trattamenti preventivi cronici (antipertensivi, statine, farmaci per l'osteoporosi).

Nel 2015, oltre 1,2 milioni di assistiti della Regione Veneto sono stati trattati con farmaci per l'ipertensione (24,0% della popolazione) con un aumento dell'1,1% rispetto al 2014. Gli assistiti in trattamento con farmaci per le dislipidemie aumentano del 4,3%, pari al 10,2% della popolazione. I trattati con farmaci per l'osteoporosi sono oltre 530 mila e registrano l'incremento più rilevante (+7,3%).

Tra i trattamenti acuti, si riscontra una lieve flessione nel ricorso agli antiulcera (779 mila assistiti hanno assunto almeno un farmaco di questa categoria nel corso dell'anno, con una riduzione del 2,4%), agli antibiotici e ai farmaci per le malattie respiratorie (rispettivamente -4,7% e -3,8%), Tabella 6.2.

Tabella 6.2 – Assistiti in trattamento per le patologie maggiormente diffuse, Veneto, 2014-2015

Patologia	2014	2015	Variazione %
Infezioni	1.629.150	1.551.866	-4,7%
Ipertensione	1.171.247	1.184.521	1,1%
Ulcera peptica e reflusso gastroesofageo	797.752	778.571	-2,4%
Disturbi respiratori	558.766	537.571	-3,8%
Dislipidemie	481.591	502.228	4,3%
Osteoporosi	496.954	533.393	7,3%
Depressione	277.366	275.503	-0,7%
Diabete	216.779	216.875	0,0%
Epilessia	104.935	106.442	1,4%

A livello locale si registra una variabilità nella prevalenza d'uso che non può essere spiegata da differenze nell'epidemiologia delle patologie che determinano la prescrizione di farmaci, ma piuttosto da una diversa attitudine prescrittiva dei medici.

Se mediamente in Regione sono trattati con antipertensivi 24 assistiti ogni 100, nell'ULSS 1 se ne trattano 37 mentre nell'ULSS 9 se ne trattano 21. Per i farmaci che agiscono sull'osteoporosi si passa da 15 trattati ogni 100 nell'ULSS 6 a 8 trattati nelle ULSS 7, 9 e 10. Con le statine la media regionale è di 10 assistiti in trattamento ogni 100: nell'ULSS 1 se ne trattano 14 mentre nelle ULSS 7 e 22 se ne trattano 8.

Anche il ricorso ai trattamenti acuti differisce notevolmente. Nel caso degli antibiotici, si passa da 37 assistiti ogni 100 nell'ULSS 18 che almeno una volta nel corso dell'anno hanno avuto una prescrizione di questi farmaci ai 27 nell'ULSS 9. Gli antiulcera sottendono un utilizzo spesso al di fuori delle corrette raccomandazioni e limitazioni imposte dalle note AIFA, tanto più rilevante se si considerano le potenziali interazioni e gli eventi avversi associati (fratture, infezioni delle vie respiratorie, eventi cardiovascolari): in Regione circa la metà dei pazienti in trattamento con inibitori di pompa non presenta i criteri previsti dalla nota AIFA 1 e 48, con valori massimi nell'Azienda ULSS 5 (51%).

La sostanziale tenuta della spesa farmaceutica territoriale nonostante l'incremento della prevalenza d'uso nei trattamenti cronici è in parte attribuibile al potenziamento di politiche di distribuzione dei farmaci alternativi alla via convenzionata (diretta, DPC), che permettono di erogare i farmaci a costo più basso e maggior controllo clinico del paziente, garantendo continuità terapeutica ospedale-territorio e appropriatezza d'uso dei farmaci. Determinante anche la crescente diffusione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari, favorita dalla formazione/informazione rivolte ai medici prescrittori e dalle politiche di incentivazione all'utilizzo di questi farmaci adottate a livello locale, spesso all'interno dei Patti Aziendali con la Medicina Generale.

Con DGR 2718/2014 inoltre la Regione, individuando i tetti di spesa per ciascuna Azienda Sanitaria, ha assegnato alle ULSS per l'anno 2015 l'obiettivo di ridurre al di sotto di 117 € il costo pro capite pesato per l'assistenza farmaceutica convenzionata e al di sotto di 41 € il costo pro capite per la distribuzione diretta di fascia A e la DPC, stimolando le Aziende a mettere in atto azioni mirate a migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

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 e per liberare risorse da destinare ai farmaci innovativi, senza incidere sulla qualità delle cure. Il miglioramento nel 2015 degli indicatori di appropriatezza prescrittiva prettamente territoriali, sulle aree terapeutiche a maggior impatto di spesa (ipertensione, protezione gastrointestinale, dislipidemie e malattie respiratorie) ha portato ad un risparmio effettivo di oltre 5 milioni di €.

I primi 15 gruppi terapeutici (tabella 6.3) coprono circa il 70% della spesa farmaceutica territoriale in distribuzione convenzionata, diretta e Distribuzione Per Conto. Se dalla spesa per l'anno 2015 vengono scorporati i consumi dei nuovi farmaci per l'epatite C

erogati in distribuzione diretta (95 milioni di €), le sostanze del sistema renina-angiotensina, con oltre 73 milioni di euro, sono la categoria a maggior utilizzo (9,2% della spesa).

Tabella 6.3 – Primi 15 gruppi terapeutici a maggior spesa farmaceutica territoriale (esclusi i nuovi farmaci per l'epatite C), Veneto, 2014-2015

Gruppo Terapeutico	2014	2015	Var %	% cumulata
C09. SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	75.298.122	73.196.020	-2,8%	9,2%
C10. SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	62.003.999	61.733.701	-0,4%	17,0%
R03. FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI DELLE VIE RESPIRATORIE	52.705.458	54.248.752	2,9%	23,8%
A10. FARMACI USATI NEL DIABETE	50.037.917	52.604.440	5,1%	30,5%
A02. FARMACI PER DISTURBI CORRELATI ALL'ACIDITA'	44.445.772	43.383.205	-2,4%	35,9%
B01. ANTITROMBOTICI	39.068.922	42.603.434	9,0%	41,3%
N06. PSICOANALETTICI	31.282.830	25.606.479	-18,1%	44,5%
J01. ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	26.142.237	24.494.404	-6,3%	47,6%
N02. ANALGESICI	23.899.793	24.323.547	1,8%	50,7%
N03. ANTIEPILETTICI	22.740.813	24.205.321	6,4%	53,7%
L01. CITOSTATICI	24.076.403	22.899.584	-4,9%	56,6%
L04. IMMUNOSOPPRESSORI	19.402.301	21.360.339	10,1%	59,3%
L03. IMMUNOSTIMOLANTI	24.927.117	19.733.380	-20,8%	61,8%
G04. UROLOGICI	18.229.946	19.627.132	7,7%	64,2%
C08. CALCIO-ANTAGONISTI	21.079.382	19.411.041	-7,9%	66,7%
Totale primi 15 gruppi terapeutici	535.341.014	529.430.779	-1,1%	67,0%
Totale	800.767.091	793.814.154	-0,9%	100,0%

La sostanza che maggiormente incide sulla spesa territoriale è enoxaparina, con 18,1 milioni di euro. Altre sostanze rilevanti per consumo sono rosuvastatina (17,6 milioni di euro), il fattore VIII di coagulazione (16,6 milioni di €), lansoprazolo (15,9 milioni di euro) e l'associazione a dosi fisse salmeterolo/fluticasone (15,5 milioni di euro).

La prescrizione di farmaci a brevetto scaduto è in costante crescita, anche se presenta variabilità a livello locale: la spesa passa dal 47,4% della spesa farmaceutica territoriale convenzionata netta nell'anno 2014 al 48,9% dell'anno 2015, con valori massimi, pari al 53,3%, nell'ULSS 21 e minimi, pari al 45,8%, nell'ULSS 9 (Tabella 6.4).

La prescrizione di farmaci biosimilari, solida opportunità per contribuire a garantire la sostenibilità del SSN, sta aumentando ma con grande variabilità tra le Aziende Sanitarie. Grazie all'aumento della prescrizione di biosimilari, si è ottenuto un risparmio annuo di circa 1,3 milioni di euro.

Tabella 6.4 – Prescrizione farmaceutica territoriale convenzionata di farmaci a brevetto scaduto, Veneto, 2014-2015

ULSS	Spesa			% sul totale della spesa	
	2014	2015	var %	2014	2015
ULSS 21	9.226.589	9.527.438	3,3%	52,0%	53,3%
ULSS 4	9.750.919	9.980.150	2,4%	49,9%	51,4%
ULSS 20	27.998.922	28.201.342	0,7%	50,2%	51,0%
ULSS 3	9.837.457	10.108.830	2,8%	48,9%	50,8%
ULSS 19	4.724.076	4.771.754	1,0%	50,3%	50,8%
ULSS 15	13.538.268	13.852.322	2,3%	49,5%	50,1%
ULSS 22	15.152.675	15.737.259	3,9%	48,2%	49,9%
ULSS 2	5.028.015	5.426.511	7,9%	48,9%	49,9%
ULSS 5	9.741.926	12.399.597	27,3%	47,3%	49,4%
ULSS 13	14.580.246	14.602.173	0,2%	46,7%	49,0%
ULSS 17	10.887.868	10.974.253	0,8%	47,9%	49,0%
Veneto	130.466.960	135.581.629	3,9%	47,4%	48,9%
ULSS 18	11.000.854	11.186.393	1,7%	47,2%	48,3%
ULSS 14	3.964.191	3.898.187	-1,7%	47,4%	48,2%
ULSS 16	27.431.764	27.850.706	1,5%	47,2%	48,2%
ULSS 6	17.045.066	16.987.328	-0,3%	46,7%	48,1%
ULSS 10	12.415.306	12.606.237	1,5%	44,3%	48,0%
ULSS 12	17.962.336	18.156.329	1,1%	46,2%	47,7%
ULSS 1	7.421.838	7.391.435	-0,4%	46,3%	47,6%
ULSS 8	12.708.389	13.026.602	2,5%	45,6%	47,0%
ULSS 7	11.194.410	10.755.907	-3,9%	46,3%	47,0%
ULSS 9	20.016.623	20.538.452	2,6%	44,3%	45,8%

La spesa farmaceutica ospedaliera

La spesa farmaceutica ospedaliera regionale, includendo i vaccini ed escludendo i farmaci di classe C, SOP e OTC, le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, i medicinali esteri e i plasmaderivati di produzione regionale, è passata da 370,6 milioni di euro del 2014 a 382,9 milioni di euro del 2015 con un aumento del 3,34% pari a 12 milioni di euro. L'aumento della spesa ospedaliera 2015 vs 2014 è per la maggior parte attribuibile a:

- prezzi dei nuovi farmaci immessi in commercio con un differenziale elevatissimo rispetto ai vecchi, non sempre correlato con i miglioramenti ottenibili;
- aumento dei pazienti per l'estensione delle indicazioni dei farmaci, specie in ambito oncologico, l'aggiornamento delle linee guida nazionali e internazionali, i progressi ottenuti che hanno consentito di prolungare i trattamenti, nelle aree oncologica, reumatologica e nel trattamento dei pazienti con HIV.

Il 57,5% della spesa ospedaliera è rappresentato dal consumo di farmaci in ambito di ricovero, DH o in ambulatorio, il rimanente 42,5% dai farmaci di classe H erogati in

distribuzione diretta (antitumorali, farmaci per l'HIV, biologici per l'artrite reumatoide). Per questi ultimi l'obiettivo assegnato alle ULSS per il 2015 è stato ridurre al di sotto di 31 € il costo pro capite pesato per la distribuzione diretta di fascia H.

Per i farmaci per l'HIV un indicatore di appropriatezza prescrittiva specifico stabilisce un costo annuo per trattato ≤ 7.000 €. I primi 15 gruppi terapeutici (tabella 6.5) coprono circa il 91% della spesa farmaceutica ospedaliera. La sostanza che maggiormente incide sulla spesa ospedaliera è trastuzumab, con oltre 22 milioni di euro. Altre sostanze rilevanti per consumo sono adalimumab (19,8 milioni di euro), rituximab (17,3 milioni di euro), lenalidomide (16,5 milioni di euro) ed etanercept (16,2 milioni di euro).

Tabella 6.5 – Primi 15 gruppi terapeutici a maggior spesa farmaceutica ospedaliera, Veneto, 2014-2015

Gruppo Terapeutico	2014	2015	Var %	% cumulata
L01. CITOSTATICI	117.897.714	133.031.865	12,8%	31,6%
L04. IMMUNOSOPPRESSORI	85.342.151	90.846.435	6,4%	53,3%
J05. ANTIVIRALI PER USO SISTEMICO	46.205.215	46.644.827	1,0%	64,3%
J01. ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	18.691.693	20.098.754	7,5%	69,1%
A16. ALTRI FARMACI DELL' APPARATO GASTROINTEST. E DEL METABOLISMO	13.761.653	15.291.863	11,1%	72,8%
J06. SIERI IMMUNI ED IMMUNOGLOBULINE	14.905.061	15.092.604	1,3%	76,4%
L02. TERAPIA ENDOCRINA	6.295.145	9.468.983	50,4%	78,6%
J02. ANTIMICOTICI PER USO SISTEMICO	8.974.710	8.921.280	-0,6%	80,7%
B01. ANTITROMBOTICI	9.040.090	8.702.499	-3,7%	82,8%
B02. ANTIEMORRAGICI	7.723.514	8.613.063	11,5%	84,9%
V08. MEZZI DI CONTRASTO	7.204.219	7.191.985	-0,2%	86,6%
N05. PSICOLETICI	5.886.410	6.074.397	3,2%	88,0%
S01. OFTALMOLOGICI	6.600.772	5.043.493	-23,6%	89,2%
V03. TUTTI GLI ALTRI PRODOTTI TERAPEUTICI	4.941.017	4.581.381	-7,3%	90,3%
B03. FARMACI ANTIANEMICI	3.920.461	3.917.319	-0,1%	91,2%
Totale primi 15 gruppi terapeutici	357.391.840	383.522.765	7,3%	91,2%
Totale**	393.777.491	420.400.759	6,8%	100,0%

**esclusi i farmaci di classe C, magistrali, galenici e esteri

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 e rideterminazione dei prezzi dei dispositivi per il diabete;
Lavoro sulle modalità innovative di erogazione dei dispositivi per diabetici.
Attuazione disciplina regionale in materia di restituzione/donazione e riutilizzo medicinali inutilizzati.

Risultati Erogazione di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete mellito; ricontrattazione nuovo accordo DPC

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.

6.2 Dispositivi medici, assistenza protesica e dispositivi per autodeterminazione della glicemica

Health Technology Assessment

Obiettivi Valutazione dell'impatto delle tecnologie con metodologia HTA e azioni di controllo dell'appropriatezza prescrittiva e della sicurezza;

Azioni Riorganizzazione delle attività di Commissione Tecnica Regionale e Commissioni Aziendali sui dispositivi medici; gruppi di lavoro ad hoc;

Risultati Valutazione di nuove tecnologie, produzione di report di HTA e documenti di Indirizzo (9)

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 (DM) 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 2014 e 2015, 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 "raccomandazioni" relativamente a tecnologie innovative e dispositivi medici di cui, alcune, con specifiche limitazioni.

Vigilanza sui dispositivi medici

Obiettivi Azioni di sorveglianza degli incidenti dei dispositivi medici ;

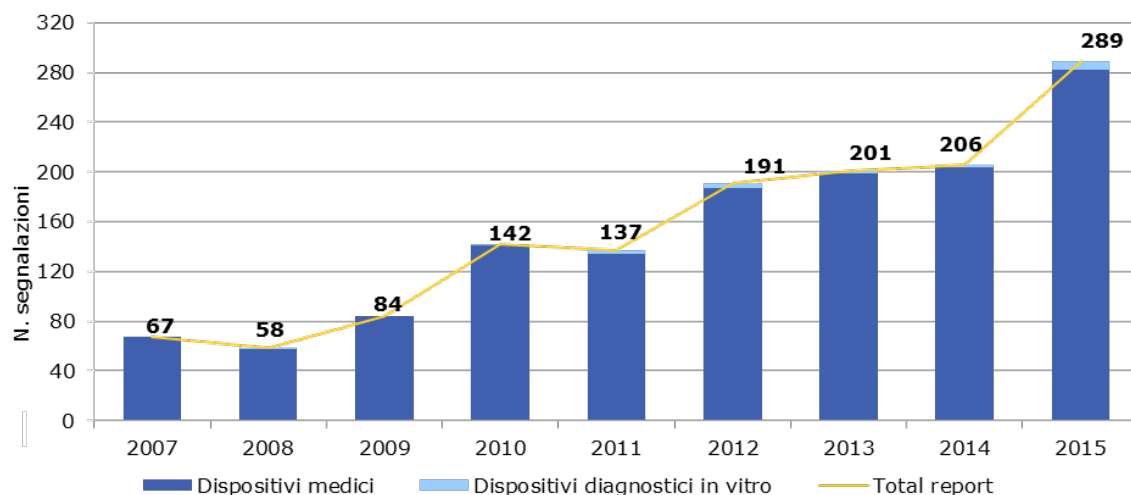
Azioni Informatizzazione del sistema di dispositivo-vigilanza per l'inserimento delle segnalazioni;

Risultati Nel 2014-2015 nel database 495 segnalazioni (nel 2015 + 40%).

È stato predisposto il terzo rapporto sugli incidenti a carico dei DM segnalati da Aziende sanitarie e Strutture Private accreditate: si conferma il trend positivo dei tassi di segnalazione degli ultimi anni. Le segnalazioni inserite nel database regionale sono state in totale 495 (fig.6.1), quasi tutte a carico di dispositivi medici, pari ad un tasso di

segnalazione annuale di 58,4 segnalazioni per milione di abitanti nell'anno 2015 (vs 42 nel 2014) e di 6,1 segnalazioni per 100.000 giornate di degenza; registrando un trend di crescita del + 2% nel 2014 vs il 2013 e del + 40% nel 2015 vs 2014.

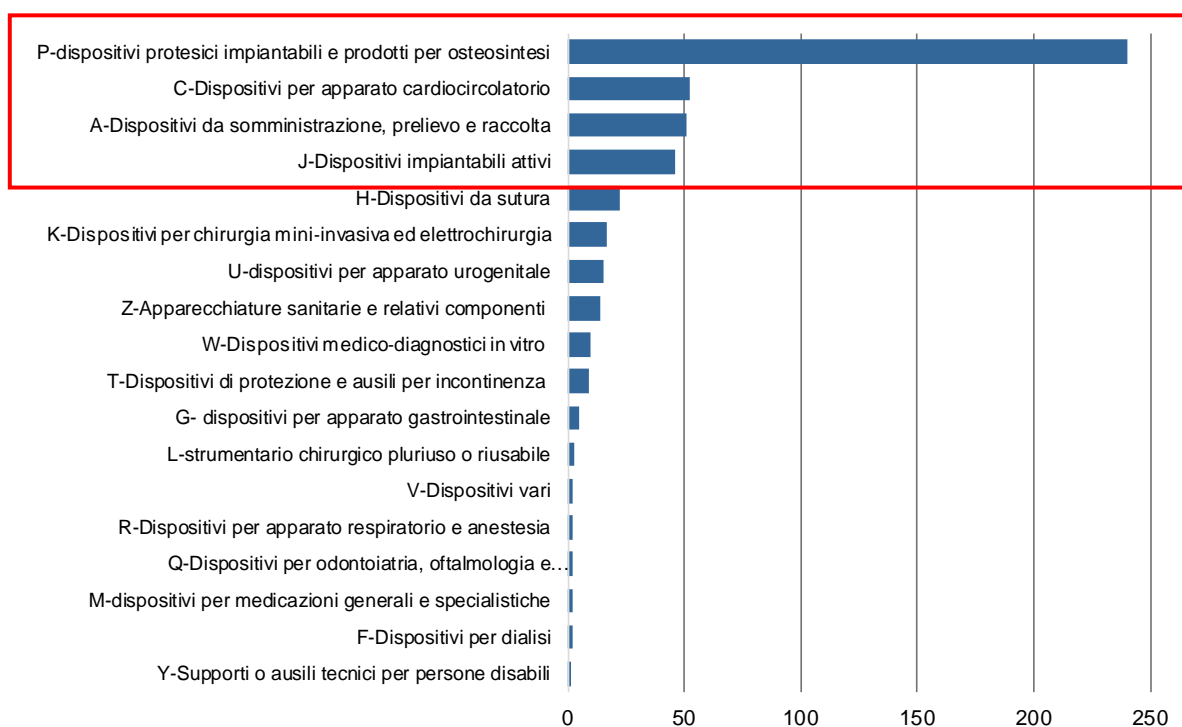
Figura 6.1 - Andamento delle segnalazioni di incidente con dispositivi medici per anno, Veneto, 2007-2015



Come nei precedenti rapporti si conferma una significativa variabilità regionale nel numero delle segnalazioni inviate dalle 24 Aziende Sanitarie: il maggior numero delle segnalazioni proviene dalle due Aziende Ospedaliere e dall'ULSS8 (44% complessivamente), mentre alcune A.S. non hanno trasmesso alcuna segnalazione (ULSS 10 di e ULSS 19 di Adria).

161

Figura 6.2 - Distribuzione delle segnalazioni per classificazione CND I livello, Veneto, 2014-2015



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" (240/495 segnalazioni, 48%); seguono la categoria C "Dispositivi per apparato cardiocircolatorio" (52/495, 11%), la categoria A "dispositivi da somministrazione, prelievo, raccolta" (51/495, 10%) e la categoria J "dispositivi impiantabili attivi" (46/495, 9%)-(fig.6.2). Le categorie CND sopracitate sono le stesse categorie che dal flusso consumo dei dispositivi medici risultano essere a maggiore assorbimento di spesa.

La maggior parte degli incidenti segnalati hanno determinato condizioni per le quali si è reso necessario un intervento chirurgico 265/495 (54%) per l'asportazione e sostituzione del dispositivo medico coinvolto (lenti intraoculari, protesi mammarie, protesi ortopediche, pacemaker, defibrillatori impiantabili cardiaci, impianti cocleari, ecc.) a seguito di malfunzionamento o rottura.

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 (Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici) ad alto impatto di spesa*

La Legge n. 228/2012 "Legge di stabilità 2013" ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici nella misura del 4,4% del FSN. Nel 2015 la spesa dei Dispositivi Medici, pressoché costante rispetto al 2014, è risultata superiore al tetto nazionale di 1,39 punti percentuali: la spesa dei DM, esclusi i Dispositivi Medico Diagnostici in vitro (IVD), è stata di 406 milioni di € (+2,3% vs 2014 - Tabella 6.6), la spesa degli IVD di 96 milioni di € (-4,8% vs 2014).

Con DGR n. 2718/2014 la Regione ha assegnato alle Aziende Sanitarie i limiti di costo per i Dispositivi Medici per l'anno 2015.

Il valore assegnato per i Dispositivi Medici, esclusi gli IVD, è stato definito sommando la spesa sostenuta in ospedale e quella relativa all'assistenza territoriale. Per la spesa sostenuta in ospedale, il limite di costo è stato calcolato utilizzando i costi rilevati per dimesso pesato per singola struttura, suddivisi in base alla complessità secondo gli indici di case-mix, oltre che i costi rilevati per specifiche categorie di Dispositivi Medici impiantabili ad alto costo rapportate alle procedure a cui sono collegati. Il limite di costo relativo all'assistenza territoriale è stato assegnato sulla base del costo mediano per

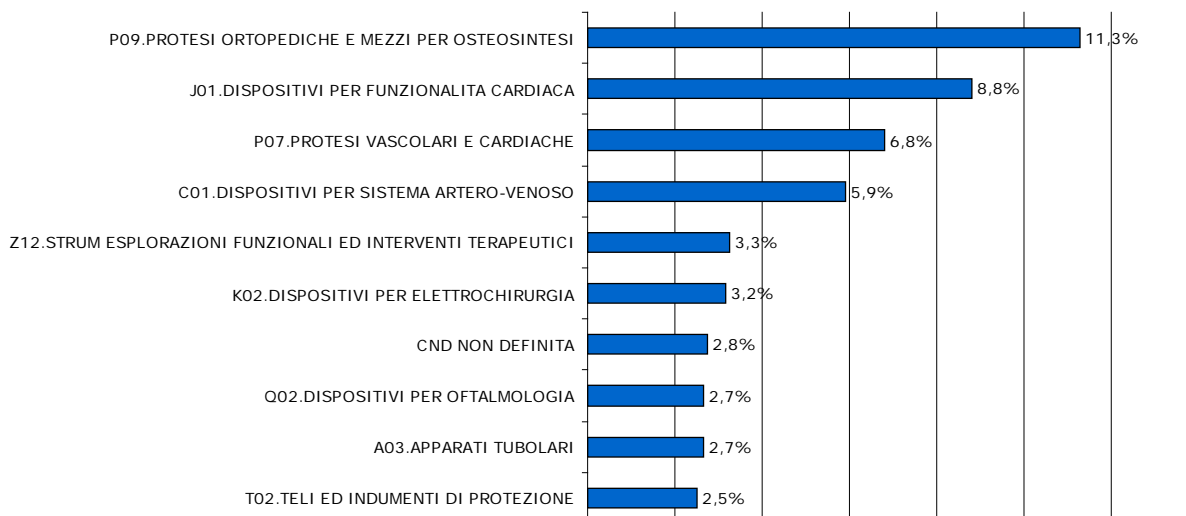
posto letto rilevato nelle strutture di ricovero intermedie e nei centri di servizio per anziani, mentre è stata assegnata la spesa storica ai distretti socio-sanitari.

Tabella 6.6 - Spesa Dispositivi Medici (esclusi IVD) da Conto Economico*, Veneto, 2014-2015

Azienda Sanitaria	2014	2015	Var % 2015 vs 2014
101. Belluno	9.804.615	9.299.453	-5,2%
102. Feltre	7.381.340	7.146.253	-3,2%
103. Bassano del Grappa	12.800.651	12.777.393	-0,2%
104. Alto Vicentino	14.277.438	14.409.659	0,9%
105. Ovest Vicentino	9.922.472	9.786.618	-1,4%
106. Vicenza	28.458.265	30.515.198	7,2%
107. Pieve di Soligo	14.390.276	13.920.655	-3,3%
108. Asolo	18.364.907	17.323.589	-5,7%
109. Treviso	29.908.771	31.530.565	5,4%
110. Veneto Orientale	12.452.649	12.410.956	-0,3%
112. Veneziana	26.958.545	29.208.733	8,3%
113. Mirano	18.648.196	18.454.199	-1,0%
114. Chioggia	5.154.745	4.538.214	-12,0%
115. Alta Padovana	17.155.844	17.805.621	3,8%
116. Padova	13.063.180	12.799.577	-2,0%
117. Este	9.520.729	9.185.271	-3,5%
118. Rovigo	14.916.438	15.982.566	7,1%
119. Adria	2.819.086	2.999.738	6,4%
120. Verona	9.362.058	8.760.286	-6,4%
121. Legnago	11.945.841	12.448.987	4,2%
122. Bussolengo	5.979.090	6.043.309	1,1%
901. AO Padova	52.114.244	54.156.144	3,9%
912. AOUI Verona	48.659.608	51.283.394	5,4%
952. IRCCS IOV	2.320.582	2.841.206	22,4%
Totale	396.379.570	405.627.584	2,3%

*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

Relativamente agli IVD, il limite è stato assegnato tenendo conto dei costi standard calcolati come valore medio del costo per prestazione con una riduzione massima del 10% rispetto al 2014. Dal 2014 è stato potenziato il monitoraggio della spesa per i Dispositivi Medici, inviando mensilmente una reportistica a tutte le Aziende Sanitarie con l'andamento della spesa sostenuta dettagliato per CND al II e al IV livello. A livello regionale le prime 10 CND dettagliate al II livello (esclusi gli IVD) coprono quasi il 50% della spesa dei Dispositivi Medici (Figura 6.3).

Figura 6.3 - Percentuale di spesa dei Dispositivi Medici suddivisa per CND II livello (prime 10 voci di spesa), Veneto, 2015

Le protesi ortopediche e mezzi per osteosintesi e sintesi tendineo-legamentosa (CND P09) sono la categoria a maggior spesa (46,9 milioni di €). Riguardo al dettaglio di queste categorie, le protesi d'anca (P0908) sono i Dispositivi Medici che maggiormente incidono sulla spesa delle protesi ortopediche e mezzi per osteosintesi e sintesi tendineo-legamentosa (36,5%), seguite dai mezzi per osteosintesi e sintesi tendineo-legamentosa (P0912, 28,2%). Tra i dispositivi per funzionalità cardiaca emergono i defibrillatori (J0105; 51,4% della spesa relativa alla CND J01) e i pacemaker (J0101; 32,7%). Infine per le protesi vascolari e cardiache il 60,4% della spesa è da attribuire alle endoprotesi (P0704).

Assistenza Protesica

Obiettivi *Controllo dell'assistenza protesica alle Aziende ULSS;
Implementazione di un sistema informativo a livello aziendale*

Azioni *Assegnazione obiettivo pro capite;
Attivazione cruscotto regionale per il monitoraggio e riconciliazione della spesa con i conti economici;
Attivazione fase pilota del flusso informativo;*

Risultati *Report mensili di monitoraggio della spesa;
Contenimento della spesa (-0,1% vs 2014)*

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. 2718/2014, 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. 332/991. Per il

¹ elenco 1: dispositivi costruiti su misura e quelli di serie la cui applicazione richiede modifiche eseguite da un tecnico abilitato; elenco 2 e 3: ausili tecnici di serie la cui applicazione o consegna non richiede l'intervento del

monitoraggio della spesa per l'assistenza protesica, si è provveduto, anche nel 2015, all'invio alle Aziende Sanitarie di report di rilevazione dei costi sostenuti.

Il dato complessivo di spesa regionale per il 2015 è di circa 85 milioni di euro (costo pro capite medio di circa € 17), così suddivisa:

- circa 35,3 milioni per l'acquisizione di ausili contenuti nell'Elenco 1;
- circa 35,6 milioni per l'acquisizione di dispositivi contenuti nell'Elenco 2;
- circa 2,5 milioni per l'acquisizione degli ausili dell'Elenco 3;
- i restanti 11,7 milioni per gli ausili Extra Elenco (circa 1,6 milioni) e per i cosiddetti servizi accessori (circa 10,1 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..

Il monitoraggio ha evidenziato criticità che hanno consentito di ottimizzare il nuovo *flusso informativo per il monitoraggio della spesa per AP* (flusso AP), attivato nella sua fase pilota nel corso del 2015, il quale consente una rilevazione più puntuale dei dati, tracciando il singolo dispositivo erogato al paziente. La rilevazione dei dati attraverso questo nuovo flusso si consoliderà dal 2016.

Dispositivi per l'autodeterminazione di parametri quali glicosuria, chetonuria, dosaggio della glicemia con prelievo capillare estemporaneo, siringhe monouso per insulina

La spesa per i dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete sostenuta nel 2015 è stata di 37,4 milioni di euro, +1,1% rispetto al 2014. I pazienti sono stati 154.719 per un totale di 59 milioni di strisce consumate. Confrontando i dati si osserva che i pazienti sono rimasti costanti (-0,2%) mentre il numero di strisce è aumentato (+4,2%). L'inversione di tendenza della spesa rispetto all'andamento storico è riconducibile all'adozione da parte delle Aziende ULSS dell'applicativo WebCare Diabete, che permette di gestire on-line prescrizione e dispensazione dei dispositivi per diabetici. L'informatizzazione dei Programmi di cura ha, infatti, aumentato il numero dei pazienti che ritira tutte le strisce prescritte, riducendo quindi la quota di chi non si automonitora correttamente. Il leggero aumento di spesa deve essere visto positivamente, in quanto diretta conseguenza di una maggiore appropriatezza d'uso dei dispositivi per diabetici.

6.3 Prodotti destinati ad una alimentazione particolare

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 previsto anche la fornitura dei prodotti apteici a favore di soggetti affetti da Insufficienza Renale Cronica in trattamento conservativo (DGR n. 2661/2003). Nel 2015 la spesa regionale per tali prodotti è aumentata rispetto al 2014 (14,9 milioni di euro; +7,9% vs 2014). Il 93,5% di

tecnico abilitato e apparecchi acquistati direttamente dalle aziende sanitarie ed assegnati in uso ai pazienti.

questa spesa (13,9 milioni di euro, +10,3% vs 2014) è da attribuire agli alimenti per celiaci. Nel 2015 i pazienti celiaci sono stati 11.544 (+6,8% vs 2014).

Approfondimenti

La [relazione integrale](#) è disponibile nell'Area dedicata all'Assistenza farmaceutica all'interno del Portale Internet della Regione del Veneto (<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/assistenza-farmaceutica>)

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici
Dorsoduro, 3493 (Rio Novo) - 30123 Venezia
Telefono: 041 2793412 - Fax 041 2793468
e-mail: assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

7. Le reti cliniche

7.1 Rete clinica dei trapianti

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

Gli obiettivi della programmazione regionale per la rete clinica dei trapianti 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.*

Quadro di sintesi

La rete trapiantologica regionale si compone di un Coordinamento Regionale e di un sistema di Coordinamenti Ospedalieri per i trapianti, all'interno di ciascuna Azienda ULSS o Azienda 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.

167

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 2015 sono stati monitorati, attraverso il DM, 25.345 decessi (24.952 nel 2014) avvenuti nelle strutture ospedaliere e nel territorio afferenti ai 24 coordinamenti del Veneto; 853 registrazioni (1.013 nel 2014), 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 Manger monitorizza i ricoveri, i decessi totali e i decessi dei pazienti con cerebrolesione acuta nelle Terapie Intensive.

Dai dati rilevati nelle 42 Terapie Intensive del Veneto risulta un aumento dei ricoveri totali (22.672 vs 22.417) rispetto all'anno precedente, il numero dei decessi totali è ancora leggermente aumentato (2.464 vs 2319); il dato dei decessi con cerebrolesioni acute rimane pressoché costante (464 vs 453).

Accertamenti di morte

Nel 2015 Sono stati eseguiti, nel 2015, 191 accertamenti di morte con criteri neurologici in altrettanti pazienti, in calo del 4% rispetto al 2014 (199 pazienti). In 111 casi si è potuto procedere al prelievo degli organi a scopo di trapianto.

Tabella 7.1 – Donatori di organi tra 2013- 2015.

Anno	Segnalati	Effettivi	Utilizzati
2014	199	117	116
2015	191	113	111

(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 (per milione di popolazione) dei donatori utilizzati in regione è stato pari a 22,5 vs 23,8 dello scorso anno, al di sopra del dato nazionale pari a 19,2.

Nel 17,8% 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 30,5%, e in netto calo nei confronti di quanto registrato in regione nel 2014.

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.

INDICATORE	RISULTATO ATTESO	2014	2015	DATO NAZIONALE*
PROCUREMENT 1 (Don.Effettivi / dec. Cerebrolesi)	15%-25%	25,8%	24,4%	24,9%
PROCUREMENT 2 (Accertamenti/ dec. Cerebrolesi)	20%-40%	43,9%	41,2%	45,8%
QUALITA' (Don. Effettivi/ACM)	30%-70%	58,8%	59,1%	53,3%

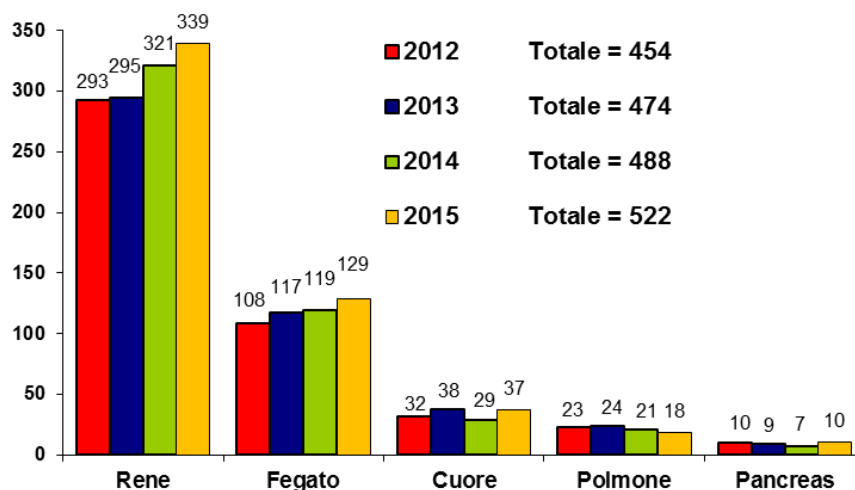
*Fonte dati SIT agg. al 09/02/2016

Attività trapiantologica

L'attività trapiantologica dei centri del Veneto è in crescita, nel 2015 si hanno 6,9% (+34 tx) trapianti complessivi in più rispetto all'anno precedente: per i trapianti da cadavere, l'incremento è stato del 2,1% (+9 tx), in linea con il trend nazionale; i trapianti da vivente sono aumentati del 35% (+25 tx), rappresentando un primato a livello nazionale.

Nel 2015 si sono effettuati 522 trapianti totali di cui 96 da donatore vivente (94 di rene e 2 di fegato) contro i 488 trapianti del 2014 di cui 71 da donatore vivente (tutti rene).

Figura 7.1 – Numero di organi trapiantati in Veneto, 2012- 2015 [Per i trapianti di multiorgano nel totale vengono conteggiati i trapianti e non gli organi; nel 2015 ci sono 8 trapianti combinati di rene e fegato]



I centri trapianto del Veneto contribuiscono al totale dei trapianti in Italia con il 15,5% dei trapianti di Rene, con il 12% dei trapianti di Fegato, con il 15% dei trapianti di Cuore, con il 16% dei trapianti di Polmone e il 20% dei trapianti di Pancreas. Da segnalare l'attività di trapianto in età pediatrica con 10 trapianti di rene (9 a Padova e 1 Verona), 2 trapianti di cuore, 7 trapianti di fegato e 1 trapianto di polmone a Padova.

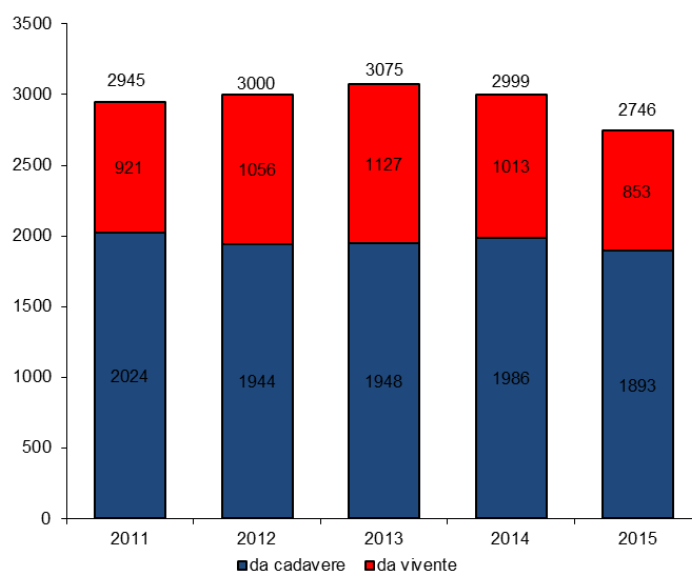
Prosegue in maniera rilevante l'attività di impianto dei dispositivi di assistenza meccanica al circolo (VAD): presso i due centri cardiocirurgici sedi di trapianto, Verona e Padova, sono stati posizionati 38 VAD nel 2014 e 29 nel 2015.

Donazioni tessuti

Nell'ambito dell'attività di Banking e distribuzione di cellule e tessuti il CRT ha compiti di "governance" e coordinamento previsto dalla legge 91/1999 e dalla DE 23/2004. L'attività di procurement di tessuti ha registrato, anche nel 2015, una sostanziale stabilità. 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 25% e per il 38% dell'area NITp.

Si è registrato un leggero calo del numero di donatori di tessuti da cadavere pari a -4,7% (1.893 nel 2015 vs 1.986 del 2014) e dei donatori da vivente pari a -15,8% (853 nel 2015 vs 1.013 nel 2014); l'analisi per tipologia di tessuti procurati mostra che nel 9,3% (8,1% nel 2014) dei casi sono state raccolte più tipologie di tessuti: valvolare, segmenti vascolari, muscolo-scheletrico e cutaneo; registrando 169 donatori multi tessuto (184 nel 2014). Nel 2015 sono stati raccolti 3.739 tessuti oculari (3.901 nel 2014).

Figura 7.2 – Donatori di tessuti distinti per tipologia, Veneto, 2011-2015



Approfondimenti

- CRT: "Sintesi di Attività Gennaio - Dicembre 2015" <http://www.srtveneto.it>
- NITp: "Report di attività 2015 - Prelievo e trapianti di organi" <http://www.policlinico.mi.it/nitp>
- CNT: "Attività di donazione e trapianto Report 2015" <http://www.trapianti.salute.gov.it/cnt>

170

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

7.2 Rete delle malattie rare

Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23) pag. 18 "Malattie rare"; pag. 67 "Le reti cliniche integrate anche con il Territorio"; pag. 72 "Rete delle malattie rare" 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.

Quadro di sintesi

Ad oggi 28.502 residenti veneti sono affetti da una malattia rara, con un forte impatto in termini di disabilità, di spettanza e qualità di vita ed integrazione comunitaria. Nel 2015 sono stati redatti 15.117 Piani Terapeutici Personalizzati e sono state gestite 5.746 richieste di informazione e consulenza. Durante l'anno inoltre è stato aggiornato il sistema informativo, che consente di mettere in rete tutti i professionisti ed i servizi coinvolti nel percorso assistenziale, ridefinendo i moduli relativi alla cartella clinica, al piano terapeutico personalizzato e la definizione dei Centri Interregionali di riferimento. E' stata effettuata una intensa attività di networking a livello nazionale ed europeo, anche mediante il coordinamento del Tavolo Tecnico per il monitoraggio delle attività assistenziali per le malattie rare istituito presso la Conferenza Stato-Regioni.

La rete assistenziale regionale dedicata alle persone con malattia rara in Veneto presenta un'organizzazione che collega i Centri accreditati di eccellenza per specifiche malattie rare con: gli altri ospedali coinvolti nella presa in carico dei pazienti, i servizi territoriali, le farmacie ospedaliere e territoriali. Si basa su un sistema informativo, il Registro regionale malattie rare, sviluppato attorno ad un'unica cartella clinica condivisa, che mette in rete in tempo reale tutti i professionisti ed i servizi coinvolti nel percorso assistenziale e sui protocolli e i percorsi assistenziali, definiti per specifica malattia rara e/o per specifico problema assistenziale, monitorati dal sistema informativo stesso.

Al 31/12/15 i pazienti presenti nel Registro Malattie Rare del Veneto (attivo dal 2000) erano 33.841. Di questi, 28.502 (84%) sono residenti in Veneto e 5.339 (16%) fuori Regione, ma seguiti da presidi accreditati dal Veneto. Il rapporto maschi/femmine è di 1:1. La distribuzione per età dei pazienti al momento della certificazione varia da pochi giorni di vita all'età anziana, con un'età media alla certificazione pari a 32,6 anni; i pazienti in età pediatrica (0-18 anni alla certificazione) costituiscono il 32% dei pazienti totali. I gruppi di patologie maggiormente presenti (Figura 7.3) sono le malformazioni congenite (18,4%), seguite dalle malattie dell'apparato visivo (16,5%), dalle malattie rare neurologiche (12,8%), sia del sistema nervoso centrale che periferico; e dai pazienti affetti da malattie rare del sangue e degli organi ematopoietici (11,4%). Nell'età pediatrica (Figura 7.4) le malformazioni congenite diventano di gran lunga il gruppo più numeroso (39,2%), seguite dalle malattie ematologiche (13,0%). Le malattie metaboliche globalmente considerate sono molto presenti (8,1%).

Figura 7.3 Distribuzione delle diagnosi per macro-gruppo ICD9-CM, tutte le età, Veneto, al 31/12/2015

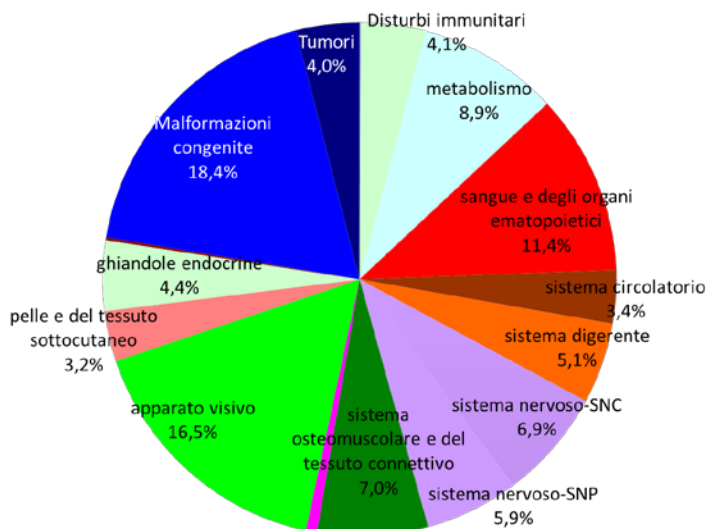
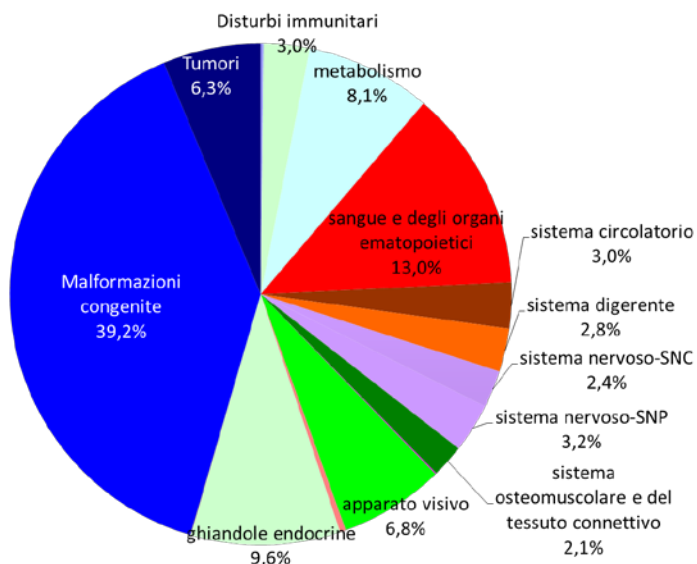


Figura 7.4 Distribuzione delle diagnosi per macro-gruppo ICD9-CM , età pediatrica Veneto, al 31/12/2015



Lo sviluppo del sistema informativo è proseguito nei moduli “cartella clinica” e “piano terapeutico personalizzato”, utilizzati per monitorizzare il percorso di valutazione-prescrizione-acquisizione-collaudo-rimborso del noleggio dei comunicatori a puntamento ottico di ultima generazione, messi a disposizione di 53 pazienti con SLA. A gennaio 2015 è entrato in funzione il nuovo modulo per la prescrizione-erogazione-somministrazione di specifici farmaci ad alto costo somministrati in regime di ricovero o ambulatoriale. La lista dei trattamenti monitorati comprende farmaci orfani, farmaci biologici, utilizzati anche in modalità off-label (secondo Legge 648/96). Complessivamente sono monitorati 57 categorie farmaco-terapeutiche o specifici principi attivi. La lista è soggetta a revisione periodica. Il nuovo modulo gestisce anche la prescrizione della terapia alla dimissione.

Il sistema informativo è stato aggiornato, in applicazione della DGR n. 763/2015, in cui si ridefinisce la rete dei Centri Interregionali di riferimento dell'Area Vasta, concepiti quale Unità Funzionale, che raggruppano più Unità Operative (UO) intra e inter-aziendali, che condividono l'informazione sul paziente e le scelte assistenziali permettendo un assessment diagnostico multidisciplinare ed una presa in carico dei bisogni assistenziali, fino alla prescrizione condivisa all'interno dello stesso piano terapeutico. Nel 2015 sono stati redatti 15.117 Piani Terapeutici Personalizzati, che consentono la prescrizione da parte dei Centri accreditati di tutti i trattamenti necessari. L'erogazione di prestazioni extra-LEA è avvenuta secondo due modalità: senza l'obbligo di autorizzazione ai sensi delle D.G.R. n. 740/2009, n. 3135/2009 e n. 2695/2014 per malattie neurologiche, metaboliche, ematologiche, oftalmologiche, dermatologiche e per la cistite interstiziale (€ 281.651); con l'obbligo di autorizzazione della ASL di residenza che se ne assume l'onere economico in condizioni individuali straordinarie (€ 726.948).

Prosegue l'attività del Centro informazioni regionale gestito dal Coordinamento malattie rare, che risponde a richieste di pazienti, familiari, operatori, riguardanti le malattie rare ed il funzionamento della rete. Nel 2015, il numero verde ha ricevuto circa 2.364 telefonate, 2.832 e-mail e 550 fax per un totale di 5.746 richieste. Il Centro Informazioni inoltre partecipa alla *Caller Profile Analysis dell'European Network for Rare Diseases help-lines*, attività coordinata dalla federazione europea delle associazioni di malati rari, che monitora l'attività e la qualità dei centri informazione malattie rare in Europa.

Il Coordinamento Malattie Rare inoltre ha partecipato anche nel 2015 ad una intensa attività di networking nazionale e internazionale, che si è rivolta a:

- istruttoria per il bando relativo alla partecipazione di Centri di eccellenza alle reti di riferimento europee per le malattie rare (ERN);
- Joint Action "RD-Action" (sviluppo di una sistema di codifica specifico delle malattie rare basato sulla classificazione Orphanet);
- coordinamento del Tavolo Tecnico istituito presso la Conferenza Stato-Regioni per il monitoraggio delle attività assistenziali per le malattie rare;
- organizzazione Convegno nazionale: Politiche a favore delle persone con malattia rara.

Approfondimenti

[Rapporto tecnico attività Coordinamento malattie rare, anno 2015.](#)

[Rapporto tecnico attività Registro malattie rare, anno 2015](#)

[Stato dell'assistenza alle persone con malattie rara 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
e-mail: malattierare@regione.veneto.it

7.3 Rete dell'Ictus

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

Allegato A. § 3.2.4 Le reti cliniche integrate anche con il Territorio. Pagina 67.

La programmazione regionale individua come obiettivo strategico il consolidamento delle reti cliniche, tra le quali la rete ictus.

Quadro di sintesi

L'ictus si configura come "un'emergenza" che richiede dei percorsi dedicati in grado di garantire l'accesso del paziente in acuto a protocolli diagnostici e terapeutici ben definiti in strutture specialistiche adeguate. La rete ictus è la risposta organizzativa capace di contenere ritardi, in particolare per consentire ai pazienti candidabili l'accesso tempestivo alla terapia trombolitica. La rete delle unità ictus della Regione del Veneto è composta da 6 unità di II° livello (44 pl. complessivi), 16 unità di I° livello e 11 aree dedicate all'ictus.

L'assetto definitivo della Rete Ictus, dopo una fase di sperimentazione, viene disciplinato con la DGR n° 4198 del 30.12.2008 e prevede un'organizzazione basata su un modello a rete "Hub and Spoke", in linea al documento della Conferenza Stato Regioni del 3.2.2005 che prevede una suddivisione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale in tre fasi: preospedaliera, ospedaliera, con presa in carico in strutture dedicate, e post-ospedaliera, deputata essenzialmente a limitare le disabilità determinate dall'ictus.

- a) Unità Ictus di II° livello: aree dedicate all'ictus di tipo semintensivo ("Stroke Units") con una consolidata esperienza nella trombolisi sistemica, dislocate in ospedali in cui sono presenti una Struttura Complessa (SC) di Neurologia, con attività di guardia 24 ore su 24 e con personale infermieristico dedicato e adeguato alle necessità, una SC o Semplice Dipartimentale di Neuroradiologia, una SC di Neurochirurgia; dove viene organizzato un percorso anche per il trattamento endovascolare.
- b) Unità Ictus di I° livello: aree dedicate all'ictus con possibilità di monitoraggio dei pazienti e dislocate negli ospedali in cui vi è la presenza di una SC di Neurologia con guardia attiva almeno sulle 12 ore.
- c) Aree dedicate all'ictus: aree identificate in altre strutture ospedaliere, inserite nelle strutture di neurologia, medicina interna o geriatria, che non prevedono la possibilità di effettuare il trattamento trombolitico.

Il II° livello di Unità ictus contraddistingue i Centri di Riferimento che fungono da Hub rispetto ai Centri di I° livello, i quali a loro volta possono esserlo per le aree dedicate (Modello Hub and Spoke).

A garanzia del funzionamento della rete e per l'innalzamento della qualità dell'assistenza sono stati previsti: l'istituzione di un registro regionale degli eventi, l'attivazione di un percorso formativo rivolto a tutti gli operatori coinvolti, l'implementazione della telemedicina e la condivisione di un unico protocollo diagnostico-terapeutico su base

regionale, finalizzato all'invio dei pazienti a centri idonei evitando inutili e potenzialmente dannosi passaggi intermedi.

La miglior terapia nella fase acuta dell'ictus ischemico, nei casi in cui non siano presenti controindicazioni, è la trombolisi sistemica che, si è dimostrato, riduce la mortalità e la disabilità dei pazienti trattati se somministrata entro 4 ore e mezza dall'esordio dei sintomi. Un importante risultato del buon funzionamento della rete ictus è garantire a tutti i pazienti candidabili la possibilità di eseguire la terapia trombolitica consentendo l'arrivo alla stroke unit di I° o II° livello in tempi utili.

Nel periodo 2010-2015, si è assistito a un costante incremento del numero di trombolisi (triplicati nei primi sei anni di attività) praticate sia da parte delle unità di I° che di II° livello ed è da sottolineare come i trattamenti trombolitici siano stati praticati sin dal 2010 presso tutte le unità ictus individuate.

Tabella 7.2 - Trombolisi effettuate nelle Unità di I° e di II° livello del Veneto e variazione annuale. Veneto, 2010-2015. (Fonte: UOC di Neurologia del Veneto)

Tipologia centro	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	n.	Δ	n.	Δ	n.	Δ	n.	Δ	n.	Δ	n.	Δ
Unità I° livello	146	90%	235	61%	231	-2%	274	19%	465	70%	502	8%
Unità II° livello	211	10%	266	26%	344	29%	406	18%	484	19%	564	17%
Totale	357	33%	501	40%	575	15%	680	18%	949	40%	1.066	12%

L'importante incremento dei trattamenti conferma la validità di tale modello assistenziale (ripreso nella bozza di regolamento per gli standard ospedalieri di cui alla Legge 135/2012) e l'importanza di valide campagne informative sul corretto accesso ai servizi di emergenza/urgenza da parte della cittadinanza, imprescindibile in tutte le patologie acute tempo dipendenti.

Il percorso normativo regionale si è completato con l'istituzione di un apposito percorso formativo rivolto a tutti gli operatori della fase acuta dell'ictus, di cui alla DGR n. 495 del 16.04.2013 denominata "Progetto formativo rivolto alle figure professionali che operano nell'ambito della fase acuta dell'ictus". Una formazione sul campo che, dopo la mappatura delle competenze nel corso di una giornata di didattica frontale, ha previsto lo svolgimento di procedure presso le Unità Ictus di II° livello con il rilascio di una certificazione delle competenze acquisite.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[DGR n. 4198 del 30 dicembre 2008](#) "Istituzione della rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta nella Regione Veneto".

[DGR n. 4198 del 30 dicembre 2008](#) "Linee di indirizzo per la gestione della fase post-acuta dell'ictus"

[DGR n. 495 del 16 aprile 2013](#) "Progetto formativo rivolto alle figure professionali che operano nell'ambito della fase acuta dell'ictus".

Approfondimenti

L'ictus in Veneto. Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, dicembre 2013.

Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare. Quaderni del Ministero della Salute n. 14, marzo-aprile 2012.

SPREAD Stroke prevention and Educational Awareness Diffusion. *Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento*. V edizione. (2007).

Recapiti per ulteriori informazioni

CREU Coordinamento Regionale del sistema Emergenza Urgenza - *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*

Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

Telefono: 041-279.1442-1443 Fax: 041-279.1367

e-mail: creu@regione.veneto.it

Settore Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata - *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*

Palazzo Molin -San Polo, 2514 – 30125 Venezia

Telefono: 041-279 1136

e-mail: assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale - *Sezione Controlli Governo e Personale SSR*

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

7.4 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 (§ 3.2.4 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 63%.

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 25,4% del 2006 al 52% del 2015, a fronte di una quota di rivascolarizzazioni complessiva pari al 60,7% nel 2015 (Tabella 7.3).

Tabella 7.3 - 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, 2006-2015.

Anno	Tipo infarto								
	Infarto NSTEMI			Infarto STEMI			Totale		
	N	%	% 24 ore	N	%	% 24 ore	N	%	% 24 ore
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	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	3.542	62,8	45,7	6.586	56,8	28,6
2013	3.127	51,0	11,3	3.375	64,0	47,9	6.502	57,8	30,3
2014	3.034	52,7	11,8	3.128	66,4	51,1	6.162	59,6	31,7
2015	3.268	53,3	12,4	3.247	68,1	52,0	6.515	60,7	32,1

Di rilievo, dal punto di vista epidemiologico, risulta il sorpasso degli eventi NSTEMI su quelli STEMI, avvenuto nell'ultimo anno di osservazione. Per quanto riguarda il ricorso all'angioplastica primaria negli eventi STEMI, la cui distribuzione è riportata in Figura 7.5, 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. Per quanto concerne le rivascolarizzazioni, si è assistito a un continuo aumento dei pazienti sottoposti a tale procedura, con un incremento, dal 2008 al 2015, pari al 31% del numero assoluto delle rivascolarizzazioni praticate in Veneto. Inoltre, a partire dal 2008 si è verificato un incremento del 7% dei soggetti con IMA con almeno un passaggio presso un'unità di Cardiologia (Figura 7.6), dato rilevante e indicativo di una sempre maggior appropriatezza nella gestione dell'IMA.

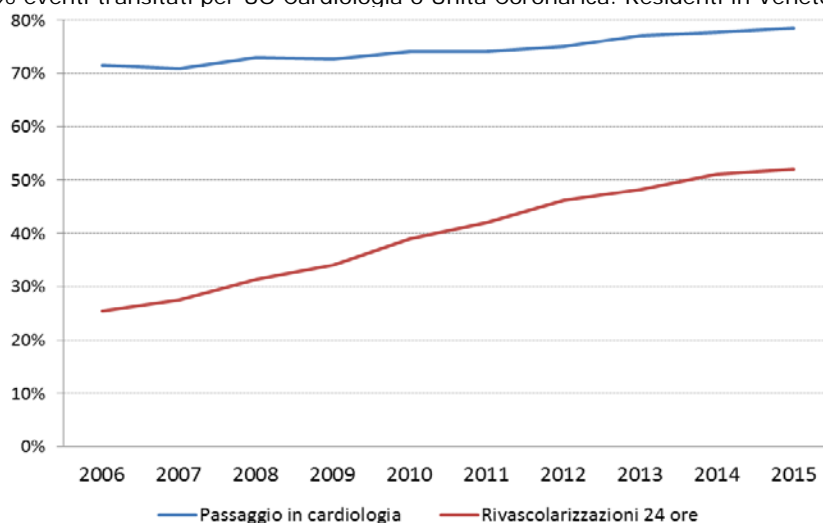
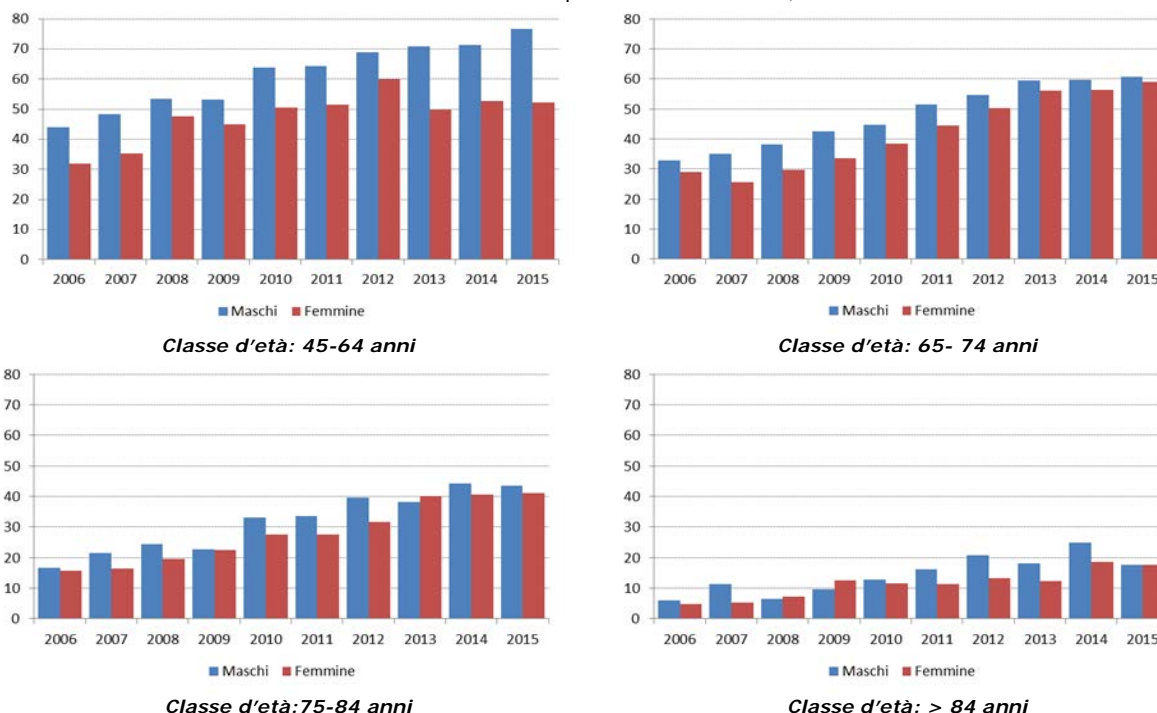
Figura 7.5 - IMA (STEMI): % eventi con angioplastica entro 24 ore dall'esordio dell'evento (rivascolarizzazioni 24 ore) e % eventi transitati per UO Cardiologia o Unità Coronarica. Residenti in Veneto, 2006-2015

Figura 7.6 - IMA (STEMI): % eventi con angioplastica lo stesso giorno di esordio dell'evento, per sesso e classe d'età. Residenti e ospedalizzati in Veneto, 2006-2015



Principali riferimenti normativi e deliberativi

DGR n. 4550 del 28 dicembre 2007 Rete integrata interospedaliera per il trattamento in emergenza dell'infarto miocardico acuto (IMA) nella Regione Veneto - Disposizioni applicative

Approfondimenti

Sito web del Sistema Epidemiologico Regionale www.ser-veneto.it

Rapporto SER *I ricoveri in Veneto dal 2000 al 2011 - Ospedalizzazione generale e mobilità*, gennaio 2013

Rapporto SER *I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012*, febbraio 2014

Recapiti per ulteriori informazioni

CREU Coordinamento Regionale del sistema Emergenza Urgenza - *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*

Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

Telefono: 041-279.1442-1443 Fax: 041-279.1367

e-mail: creu@regione.veneto.it

Settore Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata

Palazzo Molin -San Polo, 2514 – 30125 Venezia

Telefono: 041-279 1136

e-mail: assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale - *Sezione Controlli e Governo SSR*

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

7.5 Rete attività trasfusionali

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

§ 3.2.4 *Le reti cliniche integrate anche con il Territorio. Pag. 67*

§ 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) garantisce il coordinamento della rete trasfusionale regionale attraverso attività di programmazione e controllo tecnico-scientifico sui Dipartimenti Interaziendali per le Attività Trasfusionali (DIMT), 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 possono essere declinati come segue:

- l'autosufficienza regionale e nazionale in emocomponenti;
- l'autosufficienza regionale in plasmaderivati;
- la qualità e la sicurezza trasfusionale sviluppata attraverso l'Autorizzazione e l'Accreditamento istituzionale;
- l'ottimizzazione del modello organizzativo integrato su base dipartimentale provinciale in relazione alla complessità della rete ospedaliera pubblica e privata del territorio di competenza;
- lo sviluppo della Rete delle Banche del sangue del cordone ombelicale;
- lo sviluppo della contabilità analitica.

180

Autosufficienza regionale e nazionale in emocomponenti

Ancora nel 2015 il Veneto assicura l'autosufficienza interna, 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, mediamente pari al 14% del totale del sangue intero, assegnata in convenzione al Volontariato dell'AVIS. E' stato registrato un aumento sia della raccolta (+1,3%) che del trasfuso (+1,9%).

Nel 2015 si è verificata una flessione del supporto all'autosufficienza nazionale (-5,2%) grazie ad un incremento della raccolta nelle Regioni storicamente carenti e di conseguenza ad un minore fabbisogno esterno.

Quindi, l'attività di raccolta correlata al consumo (trasfuso + cessioni extraregionali) si è dimostrata positivamente in linea con la programmazione e del tutto efficace.

Il Registro Sangue 2015, 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 12% diventati tali in corso d'anno, il 92% periodici e il 97% appartenenti ad un Associazione/Federazione
- circa 257mila procedure di raccolta di sangue intero e 48mila plasmateresi, il 12% effettuate dall'AVIS
- circa 240mila emazie e 37mila unità di plasma trasfuse
- circa 11,5mila emazie scambiate tra i DIMT per l'autosufficienza regionale (solo 162 acquisite fuori Regione)
- circa 12,8mila emazie cedute fuori Regione per l'autosufficienza nazionale

Autosufficienza regionale ed interregionale (AIP) in plasmaderivati

Al fine di contribuire al raggiungimento dell'obiettivo prioritario dell'autosufficienza in plasmaderivati si è stipulato fin dal 1998 un Accordo Interregionale per la Plasmaderivazione (AIP), con il Veneto in qualità di Regione Capofila, che ha permesso condizioni contrattuali più favorevoli ed un più elevato livello di autosufficienza degli aderenti grazie all'interscambio dei prodotti.

E' compito assegnato al CRAT predisporre una programmazione riguardante il fabbisogno degli emoderivati che porta alla formulazione di due Piani di distribuzione di plasmaderivati, uno extraregionale riguardante l'AIP e uno intra regionale per le Farmacie delle Aziende sanitarie. Il risultato operativo dell'attività 2015 è stata una copertura della richiesta interna del 100% dei medicinali plasmaderivati oggetto del paniere dell'attuale Ditta di frazionamento (Kedrion S.p.A.), eccetto le Immunoglobuline endovena aspecifiche dove la domanda pubblica viene garantita per circa l'80. Il Veneto ha raggiunto la sostanziale autosufficienza in plasmaderivati, grazie alla lavorazione del plasma dei propri donatori.

Il monitoraggio dell'utilizzo dei plasmaderivati conferma la strategicità dell'azione dei Comitati per il Buon Uso del Sangue (CoBus) e più in generale degli Organismi del DIMT che devono promuovere una più incisiva azione sull'appropriatezza dell'utilizzo degli stessi, in particolare dell'albumina per ricondurne i consumi a volumi analoghi a quelli di gran parte dei paesi europei.

L'autosufficienza raggiunta, in un contesto di necessaria sostenibilità complessiva, impone valutazioni regionali per un maggior allineamento tra domanda (appropriata) di plasmaderivati e produzione di plasma per il frazionamento industriale e presso i singoli DIMT in termini di contenimento della raccolta in aferesi che, in ogni caso, deve tenere in debita considerazione l'adozione di modelli organizzativi di raccolta coerenti con economie di scala (DGR 954/13, in recepimento dell'Accordo SR n. 149/12).

Con riferimento ai dati di conferimento del plasma e di distribuzione di emoderivati nell'anno 2015, sono stati conferiti circa 22,5mila litri di plasma da aferesi e circa 65mila litri di plasma da scomposizione, per un totale di circa 87,5mila litri, pari al 27,4% del

conferimento AIP. Per contro, sono stati ritirati circa 1,9mila kg di Albumina, 275 kg di Immunoglobuline aspecifiche, 4,8mln U.I. di Antitrombina, 8mln U.I. di Fattore VIII, 1,4mln U.I. di Fattore IX e 3,9mln U.I. di Complesso Protrombinico.

Qualità e sicurezza nel Sistema trasfusionale

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 del 18 giugno 2013 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 la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi per le Strutture del Sistema Trasfusionale Regionale atti a garantirne un funzionamento basato su standard qualitativi omogenei sul territorio nazionale ed a renderle compatibili con quanto richiesto per la lavorazione industriale del plasma nazionale, di cui al Plasma Master File.

A seguito dei citati provvedimenti, la Regione del Veneto ha provveduto ad avviare un'attività di valutazione di tutte le Strutture del Sistema Trasfusionale Regionale sulla base di tali requisiti, conclusasi con l'emanazione in data 2 aprile 2014 dei Decreti del Direttore Generale Area Sanità e Sociale di autorizzazione all'esercizio.

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, nel corso della 2^a metà del 2015 si è proceduto allo svolgimento delle visite di verifica presso le strutture trasfusionali pubbliche e i punti afferenti alle Unità di Raccolta AVIS per le quali è stato richiesto il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio. Tutte le strutture trasfusionali, pubbliche o convenzionate, risultano accreditate.

Alla luce delle attività in gran parte concluse nel 2015, la nostra Regione risulta conforme alle norme nazionali in tema di requisiti minimi di qualità previsti per le strutture del Sistema trasfusionale. Tale risultato è importante ai fini del prossimo avvio del nuovo contratto per il servizio di plasmaderivazione, nella misura in cui una più elevata qualità della materia prima plasma permette alla nostra Regione di accedere alle migliori opportunità offerte dalla Ditta aggiudicataria del servizio di lavorazione del plasma.

Il modello organizzativo dipartimentale

La progettazione del DIMT (Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale) è stata esaustiva di indirizzi, azioni e verifiche; il supporto normativo investe sia la connotazione organizzativa, sia gli aspetti gestionali, inclusa l'istituzione e avvio del Finanziamento Regionale per le Attività Trasfusionali (FRAT), sia gli aspetti della informatizzazione (Sistema Informativo Trasfusionale Regionale), sia gli aspetti dell'Autorizzazione ed Accredimento istituzionale.

Le Aziende Sanitarie hanno ottemperato all'attivazione degli aspetti formali (organismi istituzionali del DIMT), riscontrando, tuttavia, oggettive difficoltà in alcune realtà nel superamento della condizione di funzionalità a fronte della proposta di strutturalità per il DIMT, soprattutto per quanto attiene alla gestione del personale.

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 a 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 pubbliche del cordone ombelicale presso il SIT (Servizio Immunotrasfusionale) dell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso, presso il SIT dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona e presso l'Oncoematologia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova cui afferiscono complessivamente 45 punti nascita, dislocati tra Veneto, Friuli Venezia Giulia e PP.AA. di Trento e 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 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 2015, si rimanda agli *Approfondimenti*.

La Legge n. 219/05 norma la donazione e la conservazione del sangue del cordone ombelicale (SCO) e 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 pubbliche del cordone ombelicale presso il SIT (Servizio Immunotrasfusionale) dell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso, presso il SIT dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona e presso l'Oncoematologia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova cui afferiscono complessivamente 45 punti nascita, dislocati tra Veneto, Friuli Venezia Giulia e PP.AA. di Trento e 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 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 2015, si rimanda agli *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.

Nel corso del 2015 è stata avviata una revisione della tassonomia delle prestazioni, volta ad una semplificazione e ad una maggior precisione nella determinazione dei costi.

Nel 2015 è stato portato a termine un progetto, svolto in collaborazione con il settore sistemi informativi ed informatici della Sezione Controlli Governo SSR, di consumo di emocomponenti per episodio di ricovero, prodromico rispetto ad una determinazione del costo trasfusionale per episodio di ricovero.

Un ulteriore utilizzo dell'elaborazione della contabilità analitica è la oggettiva quantificazione del FRAT: l'ammontare economico è vincolato sulle assegnazioni aziendali con destinazione di erogazione per l'attività trasfusionale.

Con DGR n. 2690/08 è stato avviato il FRAT. Il volume del finanziamento 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

Rapporti CNS di attività delle banche SCO - Report 2015

<http://www.centronazionalesangue.it/pagine/rapporti-di-attivita>

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali (CRAT)
c/o Azienda ULSS 7 Ospedale De Gironcoli, Via Manin, 110 – Conegliano (TV)
Telefono: 0438668353 Cellulare: 3204338656
e-mail: crat.veneto@ulss7.it

7.6 Rete oncologica

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

Allegato A. § 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
- monitoraggio 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 Clinico 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.

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.

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.

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 150 professionisti di tutta la Regione e sono stati svolti più di 120 incontri complessivi.

I PDTA già pubblicati (Decreti Regionali n.179-180-181 del 1 luglio 2015) sono relativi alle seguenti neoplasie: Colon e retto, melanoma (cutaneo e uveale) e Sarcomi (Sarcomi dei tessuti molli, Sarcomi uterini, Sarcomi retro peritoneali, GIST), mentre sono stati ultimati e sono in attesa di pubblicazione i PDTA relativi alle neoplasie di: Mammella, Polmone, Prostata, Rene, Esofago e Testa-Collo.

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 definito le raccomandazioni 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)
- Enzatumide 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 raccomandazione)
- Vismodegib basocellulare(2 raccomandazione)
- Regorafenib GIST (1 raccomandazione)
- Sunitinib pNET (2 raccomandazioni)
- Ramucirumab gastrico (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.

Approfondimenti

rov.regione.veneto.it

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Rete Oncologica Veneta - Istituto Oncologico Veneto
Via Gattamelata, 64 35128 Padova
Telefono: 049 8215533
e-mail: rov@ioveneto.it

7.7 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, è necessario rivedere il ruolo del pronto soccorso e l'organizzazione del 118, con centrali operative su base provinciale, che dovranno fungere da cerniera con il Territorio, favorendo forme di precoce presa in carico dei pazienti con codice di diagnosi bianchi da parte dell'assistenza territoriale. Quest'ultima dovrà essere organizzata per fornire una risposta per tutto l'arco delle 24 ore. Inoltre, al fine di migliorare l'accessibilità dei pazienti al sistema, si favoriranno modelli organizzativi che prevedono la presenza dei medici di continuità assistenziale presso o in modo contiguo al pronto soccorso per una più appropriata gestione degli accessi (§ 3.2.4 Le reti cliniche integrate anche con il Territorio, Rete emergenza-urgenza, pag. 68-69).

Quadro di sintesi

Nel corso degli ultimi anni, la Regione ha avviato una riorganizzazione dell'Area di Accettazione e Pronto Soccorso finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa e del numero di accessi che non presentano i requisiti di emergenza-urgenza. A tale scopo sono stati istituiti dei gruppi di lavoro per introdurre nuovi modelli organizzativi e individuare le professionalità necessarie a presidiare l'intero complesso delle attività.

La DGR 1888/2015 ha introdotto la funzione di triage infermieristico avanzato, finalizzata alla presa in carico infermieristica con avvio dei percorsi post-triage ed all'attivazione dei Percorsi Brevi per i problemi minori. Sono state inoltre definite nuove tabelle relative ai motivi di accesso ed ai discriminatori per la determinazione di priorità, individuando le modalità ed i tempi massimi di presa in cura.

Nel corso del 2015, il Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU) ha identificato, in collaborazione con i direttori delle strutture di Pronto Soccorso, un referente medico e un infermiere in ogni azienda della Regione per l'analisi e lo sviluppo del sistema di monitoraggio delle attività di Pronto Soccorso. Nel corso di 3 incontri informativi, sono stati identificati 21 operatori rappresentativi delle varie realtà regionali e sono stati istituiti 3 gruppi di lavoro composti ciascuno da 7 operatori che, coordinati dal CREU, hanno lavorato su tre aree tematiche: il triage, la valutazione dell'appropriatezza dell'accesso, gli indicatori di processo. I gruppi hanno analizzato le differenti organizzazioni, valutato le migliori pratiche e analizzato la letteratura disponibile. Il lavoro ha condotto alla definizione delle raccomandazioni per gli indirizzi tecnico operativi per il triage di Pronto Soccorso (DGR 1888/2015), alla proposta di miglioramento della modalità di definizione dell'appropriatezza di accesso e alla proposta di revisione del flusso APS-EMUR per consentire una più adeguata lettura delle attività con la definizione di un set di indicatori di processo.

Accessi al Pronto Soccorso

Il sistema socio sanitario veneto garantisce il servizio di pronto soccorso attraverso 46 Pronto Soccorso, 10 Punti primo intervento (ai quali si aggiungono 2 punti di primo intervento stagionali). Nel 2015 sono stati registrati 1.807.411 accessi al Pronto Soccorso in tutto il territorio regionale, con un trend temporale in discesa dal 2012. La Tabella 7.4 riporta il volume degli accessi e i tempi mediani di attesa e di permanenza al Pronto Soccorso distinti per Azienda ULSS mentre nella Tabella 7.5 gli stessi indicatori sono presentati per categoria di Pronto Soccorso definita in base al numero di accessi.

Tabella 7.4 - Numero di PS, accessi (valore assoluto e distribuzione percentuale), tempo mediano di attesa, tempo mediano di permanenza per Azienda ULSS/Ospedaliera. Veneto, 2015.

ULSS/Azienda ospedaliera	Numero PS	Accessi totali	% Accessi	Tempo mediano di attesa (min.)	Tempo mediano di permanenza (min.)
101-Belluno	4	70.682	3,9	11	86
102-Feltre	1	28.916	1,6	16	142
103-Bassano del Grappa	2	66.102	3,7	22	141
104-Alto Vicentino	3	57.463	3,2	32	151
105-Ovest Vicentino	4	62.195	3,4	20	116
106-Vicenza	2	105.806	5,9	59	197
107-Pieve di Soligo	2	79.093	4,4	15	106
108-Asolo	2	68.757	3,8	21	155
109-Treviso	2	115.440	6,4	17	159
110-Veneto Orientale	3	98.919	5,5	12	95
112-Veneziana	3	128.541	7,1	20	131
113-Mirano	2	78.827	4,4	18	139
114-Chioggia	1	24.863	1,4	15	127
115-Alta Padovana	3	68.701	3,8	27	153
116-Padova	3	89.684	5	17	150
117-Este	2	50.304	2,8	25	124
118-Rovigo	3	66.251	3,7	11	153
119-Adria	2	41.953	2,3	12	106
120-Verona	1	56.353	3,1	33	117
121-Legnago	2	65.105	3,6	19	142
122-Bussolengo	6	145.871	8,1	14	103
901-Az. Osp Padova	1	104.554	5,8	22	167
912-Az. Osp Verona	2	133.031	7,4	27	174
Veneto	56	1.807.411	100	20	136

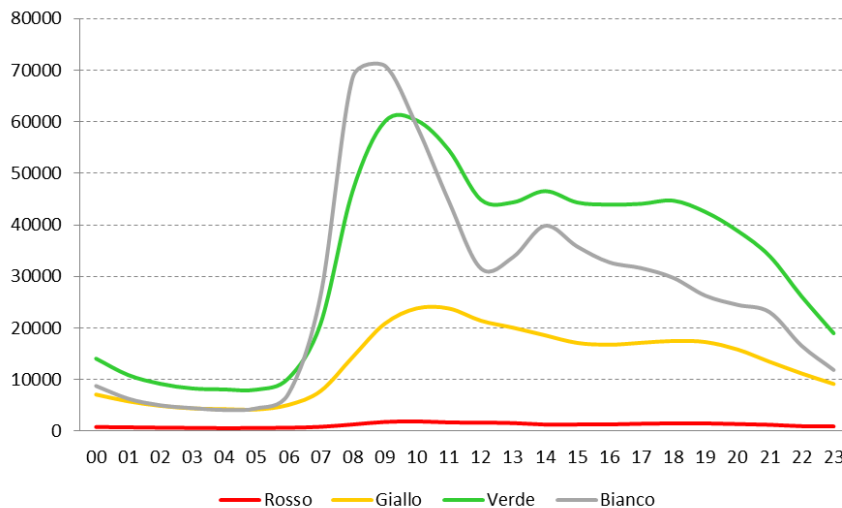
Tabella 7.5 - Numero di PS, accessi (valore assoluto e distribuzione percentuale), tempo mediano di attesa, tempo mediano di permanenza per dimensione del Pronto Soccorso. Veneto, 2015.

Dimensione PS	Numero PS	Accessi totali	% Accessi	Tempo mediano di attesa (min.)	Tempo mediano di permanenza (min.)
Piccolo: fino a 20.000 accessi	19	188.727	10,4	11	83
Medio: da 20.000 a 70.000 accessi	31	1.155.650	63,9	19	133
Grande: oltre 70.000 accessi	6	463.034	25,6	29	168
Veneto	56	1.807.411	100	20	136

Dinamica oraria e tipologia degli accessi

La distribuzione degli accessi nell'arco della giornata mostra un picco tra le 7 e le 11 del mattino, con una maggiore incidenza di codici bianchi e verdi sul totale degli accessi, e un picco più limitato nelle prime ore del pomeriggio (Figura 7.7).

Figura 7.7 - Numero di accessi al PS per codice di triage e ora del giorno. Veneto, 2015.



Tassi di accesso nella popolazione residente

I tassi di accesso al Pronto Soccorso (numero di accessi dei residenti in ciascuna ULSS rapportati alla popolazione) sono particolarmente elevati tra i bambini in età prescolare e tra gli ultra-settantatrenni. I tassi sono maggiori nel sesso maschile in tutte le classi di età, tranne quella riproduttiva (Figura 7.8). Il tasso di accesso complessivo al Pronto Soccorso mostra una variabilità tra ULSS che non diminuisce in misura sostanziale anche dopo standardizzazione dei tassi, cioè tenendo conto della diversa struttura per età della popolazione residente (Figura 7.9).

Figura 7.8 - Tassi di accesso al pronto soccorso dei residenti in Veneto per 1000 abitanti per età e sesso, 2015

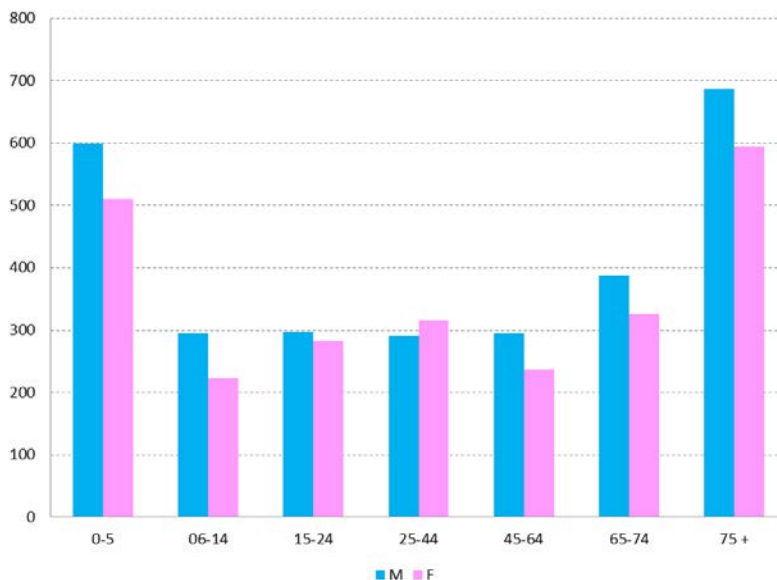
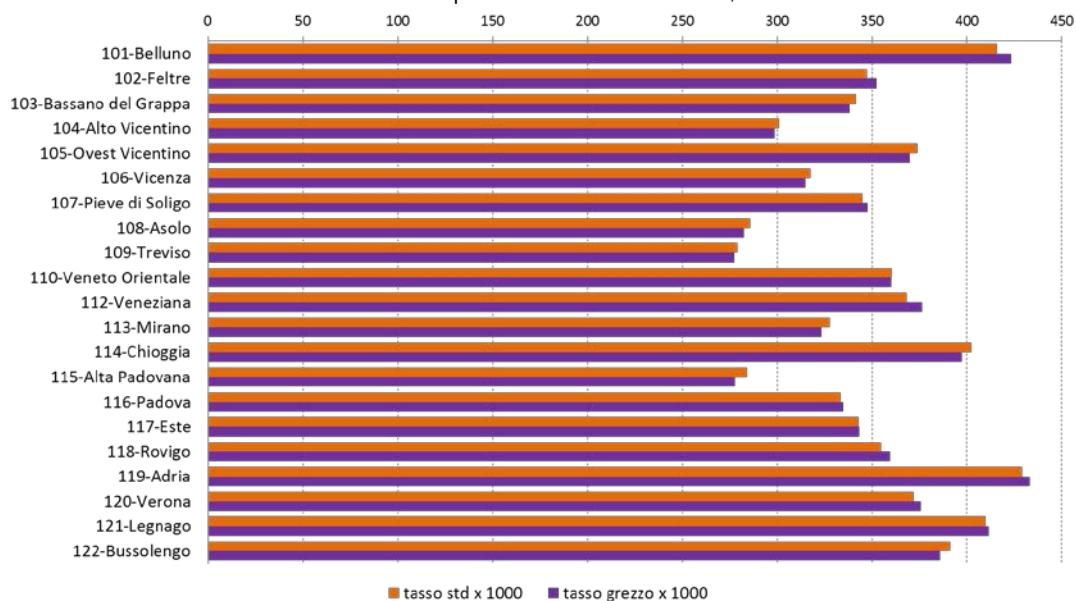


Figura 7.9 Affluenza al pronto soccorso della popolazione residente nelle diverse ULSS, tasso grezzo e standardizzato per 1000 abitanti. Veneto, 2015**Tabella 7.6** - Numero di accessi totali, percentuale di ricoveri in reparto di degenza, percentuale di ammessi in OBI e di ricoveri tra gli ammessi in OBI per Azienda ULSS/Ospedaliera, Veneto, 2015.

ULSS/Azienda ospedaliera	Accessi totali	% Ricoveri	% OBI	% Ricoveri tra i transitati in OBI
101-Belluno	70.682	10,3	13,9	19,1
102-Feltre	28.916	13,7	8,3	29,8
103-Bassano del Grappa	66.102	13,0	9,9	23,8
104-Alto Vicentino	57.463	14,9	4,8	25,9
105-Ovest Vicentino	62.195	12,7	7,5	22,5
106-Vicenza	105.806	14,1	7,5	30,9
107-Pieve di Soligo	79.093	10,9	7,0	17,3
108-Asolo	68.757	15,5	14,4	18,8
109-Treviso	115.440	15,6	7,9	18,4
110-Veneto Orientale	98.919	10,7	4,7	18,4
112-Veneziana	128.541	13,2	5,1	17,2
113-Mirano	78.827	12,2	16,0	22,8
114-Chioggia	24.863	11,2	17,7	20,2
115-Alta Padovana	68.701	12,9	19,7	19,3
116-Padova	89.684	11,0	10,4	15,6
117-Este	50.304	13,0	9,3	23,9
118-Rovigo	66.251	12,3	6,9	32,8
119-Adria	41.953	11,0	12,1	21,3
120-Verona	56.353	11,2	20,9	25,2
121-Legnago	65.105	10,9	12,5	20,9
122-Bussolengo	145.871	9,8	9,1	15,9
901-Az.Osp Padova	104.554	14,3	7,3	16,1
912-Az.Osp Verona	133.031	16,1	7,0	36,6
Veneto	1.807.411	12,8	9,6	21,7

Permanenza in Pronto Soccorso

Nei Pronto Soccorso della Regione è attiva l'Osservazione Breve Intensiva (OBI), per gestire le 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. L'OBI persegue l'obiettivo di ridurre i ricoveri impropri nei reparti di degenza e di evitare le dimissioni troppo precoci dal Pronto Soccorso, garantendo al paziente una maggiore sicurezza e la corretta esecuzione dei protocolli diagnostico-terapeutici verificati e normalizzati.

Durante il 2015, il 9,6% degli accessi al Pronto Soccorso della Regione è stato ammesso in OBI ed il 21,7% di questi è esitato in un ricovero in reparti di degenza (Tabella 7.6)

Principali riferimenti normativi e deliberativi

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".

192

Approfondimenti

Rapporto SER "Gli accessi in Pronto Soccorso in Veneto. Anno 2013"
(www.ser-veneto.it)

Recapiti per ulteriori informazioni

CREU Coordinamento Regionale del sistema Emergenza Urgenza - *Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria*

Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

Telefono: 041-279.1442-1443 Fax: 041-279.1367

e-mail: creu@regione.veneto.it

SER Sistema Epidemiologico Regionale - *Sezione Controlli e Governo SSR*

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

7.8 Rete per l'Alzheimer

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; (§ 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) approvando il 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 graduale integrazione dei servizi esistenti al fine di poter erogare in modo omogeneo e efficace una serie di servizi per i malati con disturbi cognitivi e loro famiglie e la costituzione della Rete per l'Alzheimer. Questo ha di fatto anticipato il Piano Nazionale per le Demenze che la Conferenza Unificata Stato-Regioni ha approvato il 30 ottobre 2014. Con il successivo recepimento formale del Piano Nazionale (DGR n. 653 del 28.04.15) è stato predisposto un plafond di strumenti ed iniziative con lo scopo di migliorare la conoscenza, la presa in carico e la cura delle persone malate di demenza.

La Rete per l'Alzheimer e per le demenze impatta nel Veneto su un bacino potenziale di 90.000 persone e famiglie. E' un numero validato dalla letteratura scientifica, che stima che le malattie con demenza riguardino l'1,6% della popolazione. I flussi informatici restituiscono un valore inferiore di casi, 36 mila persone, conosciute al sistema sanitario perché prese in carico per le cure domiciliari, ospedaliere, ambulatoriali o esentate dal ticket sanitario, o utenti di Impegnativa di Cura Domiciliare (ex Assegno di Cura Alzheimer). A questi si aggiungono altri 12 mila utenti presenti nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti, accolti con diagnosi di demenza.

Il 10% di queste persone ha un'età inferiore a 65 anni, mentre gli over 75 sono l'80%. L'alto indice di vecchiaia comporta un elevato tasso di mortalità, pari al 22%.

La cura della persona malata di Demenza comporta un'elevata necessità assistenziale ed un importante impiego di risorse, pari a 6 volte il costo sanitario dell'utente medio del Servizio Sanitario Regionale. Più in dettaglio, 1/4 dei malati ha un bisogno molto elevato (15 volte la media), 1/3 ha un carico elevato (7 volte la media) e i rimanenti hanno un carico moderato (2,5 volte la media).

La demenza si accompagna sovente ad altre malattie. Il 60% delle persone ha addirittura 4 o più patologie co-presenti, le più frequenti sono: l'ipertensione (ne è affetto il 50% dei

malati di demenza), la cardiopatia ischemica (30%), le patologie cerebro-vascolari (30%), il diabete (15%) e lo scompenso cardiaco (14%).

La rete dei luoghi di cura è costituita in primis dai centri residenziali extraospedalieri (dove le persone con diagnosi di demenza costituiscono il 50% dell'utenza, pari a 24 mila persone al giorno), all'interno dei quali in Veneto sono presenti 165 posti nelle Sezioni Alta Protezione Alzheimer (SAPA). Circa 4.400 persone beneficiano ogni anno dell'Impegnativa di Cura Domiciliare.

In ambito domiciliare o nel pre-ingresso in struttura residenziale il paziente demente è seguito dai CDCD (Centri per il Decadimento Cognitivo e le Demenze), dove sono presenti specialisti neurologi, geriatri, psicologi e infermieri. L'insorgere della malattia ha come sensore e primo contatto il medico di medicina generale e poi lo specialista territoriale o ospedaliero.

Il programma di attuazione del Piano Nazionale per le Demenze e del PSSR ha visto il declinarsi di una serie di azioni.

- La messa a disposizione di tutte le Aziende sanitarie del Veneto della Cartella CaCEDem (Cartella Clinica Elettronica per le Demenze), consente di registrare la presa in carico da parte dei CDCD delle persone con demenza, di mapparne con maggiore precisione il fabbisogno e di generare contestualmente il flusso dei dati.
- L'avvio di cicli di incontri di formazione interprofessionali, multiprofessionali e interistituzionali inerenti il decadimento cognitivo e la demenza, in relazione all'organizzazione della filiera e delle rete dei servizi.
- Istituzione del Tavolo regionale permanente per il Decadimento Cognitivo e le Demenze, con la partecipazione dei rappresentanti delle due associazioni di familiari presenti e attive in Veneto.
- La predisposizione e messa a punto del Piano Diagnostico Terapeutico, la riorganizzazione dei SAPA e la programmazione dei Centri Diurni per le persone con Alzheimer.

Un gruppo di studio interdisciplinare coordinato dal CRIC, sviluppando il tema della raccolta omogenea di dati clinici per ottenere dati effettivi e non più stime epidemiologiche sui soggetti colpiti da demenza, ha progettato la Cartella elettronica il cui utilizzo è stato implementato nelle Aziende ULSS a partire dal 2015. Nel primo anno di attività sono stati abilitati 247 operatori, tra cui 50 geriatri, 40 neurologi, ed altre figure professionali quali neuropsicologi e infermieri professionali.

Nei CDCD, nel 2015, sono state eseguite 9.348 visite (il 40% prime visite), sono stati valutati 7.387 utenti, per 3.285 (il 44%) è stata completata la diagnosi. La malattia di Alzheimer è stata diagnosticata nel 43% dei casi; le demenze di tipo vascolare nel 15%; le demenze a corpi di Levy nel 3% dei pazienti valutati (Tabella 7.7). Un ultimo dato

riguarda l'età degli utenti che hanno avuto accesso al CDCD: per il 97%, è superiore a 65 anni, e solo il 16% degli utenti ha un'età compresa tra 65 e 75 anni.

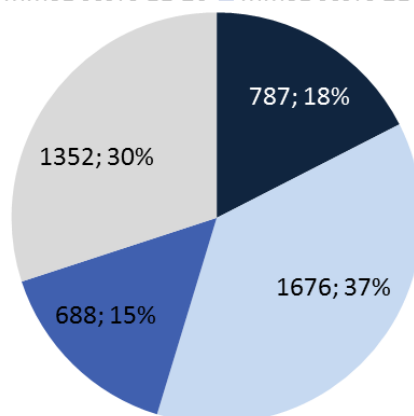
Tabella 7.7 – Visite effettuate, persone valutate e diagnosi completate al CDCD per Azienda Sanitaria di erogazione, Veneto, 2015.

	Prime visite	Controlli	Visite Totali	Persone valutate	Diagnosi completate				
					Alzh.	Levy	Vascol.	Altre	Totali
101	18	3	21	20	7	0	0	1	8
102	89	428	517	360	145	3	77	48	273
103	384	353	737	561	75	0	51	120	246
104	99	0	99	110	9	6	2	23	40
105	13	46	59	81	25	1	5	16	47
106	219	671	890	622	67	3	23	77	170
107	136	24	160	126	16	0	16	38	70
108	4	45	49	39	16	0	2	6	24
109	345	340	685	389	22	4	73	43	142
110	33	20	53	45	18	1	3	15	37
112	364	464	828	629	152	4	67	169	392
113	209	721	930	629	178	5	28	137	348
114	15	5	20	17	9	1	4	19	33
115	162	8	170	135	18	1	12	5	36
116	114	107	221	1.022	16	1	13	32	62
117	68	106	174	131	26	0	6	28	60
118	34	53	87	92	28	2	6	33	69
119	0	75	75	89	1	0	1	1	3
120	615	575	1.190	725	164	17	37	135	353
121	272	525	797	543	193	2	24	68	287
122	145	291	436	261	19	0	21	89	129
AO PD	220	711	931	591	173	35	27	136	371
AOUI VR	163	56	219	170	26	0	2	30	58
Veneto	3.721	5.627	9.348	7.387	1.403	86	500	1.269	3.258

Dall'analisi dei pazienti valutati si ricava che i pazienti con livelli di elevata compromissione cognitiva (MMSE) sono solo il 18%, mentre i pazienti con iniziali deficit cognitivi sono il 30%, a dimostrazione che sempre più i CDCD intercettano soggetti nelle prime fasi della malattia, consentendo così maggiori opportunità di cura (Figura 7.10).

Figura 7.10 – Livelli di compromissione cognitiva (MMSE), Veneto, 2015

■ MMSE score <10 ■ MMSE score 11-20 ■ MMSE score 21-23 ■ MMSE score >24



Tra i pazienti valutati 1.188 (pari al 16% del totale) presentano disturbi comportamentali associati a decadimento cognitivo per cui è necessario integrare la presa in carico con strumenti di supporto alla famiglia. Uno strumento di supporto economico è l'ICDm, per il quale l'attuale programmazione, derivante dal contributo "Alzheimer" (art. 40 della LR 5/2001), prevede che, a seguito di domanda di contributo, l'utente venga valutato con il test NPI (Neuropsychiatric Inventory) per valutare la gravità di eventuali disturbi comportamentali associati alla demenza.

196

Principali riferimenti normativi e deliberativi

DGR n. 653 del 28 aprile 2015 "Costituzione della Rete regionale per l'Alzheimer. LR 23/2012. Primo provvedimento: recepimento del Piano Nazionale Demenze e definizione dei primi adempimenti."

Approfondimenti

In materia di demenze, ICD e di valutazione multidimensionale è possibile consultare la seguente area web regionale:

<http://cureintermedie.regione.veneto.it/pianodemenze>

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Strutture di Ricovero Intermedie e Integrazione Sociosanitaria - Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria

Dorsoduro 3493 Venezia

Telefono: 041/2793538

e-mail: cureintermedie@regione.veneto.it

8. Fascicolo Sanitario Elettronico

*Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
Allegato A. § 4.4.2. La Regione del Veneto dovrà sviluppare, con investimenti specifici, il Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico in raccordo con il livello nazionale.*

Quadro di sintesi

Ciascuna Azienda Sanitaria ed Ospedaliera ha consolidato nel 2015 il processo di digitalizzazione della documentazione clinica, necessario per rendere operativo il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale, in stretto raccordo con i servizi informativi della Regione e con il Consorzio Arsenà.IT.

Il completamento della dematerializzazione delle prescrizioni specialistiche ha consentito di sviluppare dei progetti innovativi di interoperabilità nella gestione delle prenotazioni, per ridurre il carico burocratico ed organizzativo e i tempi di accesso alle visite ed alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

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. Il termine per la realizzazione del progetto è stato fissato al 31 dicembre 2016 sulla base del Piano delle attività previsto dalla DGR n. 2703 del 29/12/2014 (Allegato A).

A livello nazionale il 26 novembre 2015 è entrato in vigore il DPCM n. 178 del 29 settembre 2015, contenente il regolamento attuativo per la realizzazione del FSE. Il provvedimento prevede che tutti i cittadini italiani abbiano un fascicolo sanitario personale nel quale vengono raccolti in maniera strutturata la storia clinica, dati ed informazioni sanitarie, nel completo rispetto della normativa in materia di privacy.

Il FSEr permetterà ai residenti in Veneto di accedere ai propri dati sanitari in maniera sicura e semplificata, ed ai manager sanitari di introdurre nuovi modelli organizzativi e innovativi percorsi di continuità di cure, proprio a partire dai dati di salute della popolazione. La disponibilità dei documenti clinico-sanitari in formato elettronico ha piena validità legale costituisce presupposto imprescindibile per il trattamento informatizzato dei dati all'interno del FSEr nel rispetto della normativa sulla privacy.

La realizzazione degli obiettivi del progetto FSEr, anche per il 2015, ha avuto 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. All'interno del progetto Arsenà.IT:

- eroga a beneficio delle Aziende ULSS ed Ospedaliere i servizi di coordinamento gestionale, direzione lavori e assistenza agli avviamenti con verifica e validazione degli standard adottati per il raggiungimento degli obiettivi del progetto esecutivo;

- gestisce presso ciascuna Azienda ULSS ed Ospedaliera il servizio di attestazione (labelling informatico) della corretta applicazione degli standard informatici approvati dalla Regione del Veneto e applicati ai rispettivi software aziendali;
- supporta la gestione economico-finanziaria e amministrativa del progetto.

Nel corso del 2015, seguendo l'iter di stesura delle specifiche tecniche, linee guida di riferimento, approvazione, validazione degli applicativi aziendali e regionali e messa in produzione dei servizi condiviso da progetto, si sono raggiunti i seguenti obiettivi:

- completamento del ciclo prescrittivo-erogativo delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche dematerializzate in tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere;
- nel secondo semestre si sono avviate le attività per la messa in produzione della nuova infrastruttura regionale del FSEr per adempiere alla normativa di riferimento (in prima istanza all'art. 27 del DPCM n. 178 del 29 settembre 2015). È stata consolidata l'infrastruttura di sicurezza regionale per l'autenticazione degli operatori nel FSE già implementata nel 2014 e l'infrastruttura per la dematerializzazione della ricetta rossa;
- avviato il rilascio, il primo fra tutti i previsti, della raccolta e gestione dei consensi FSE e l'implementazione dell'infrastruttura per l'interoperabilità dei CUP;
- è stato consolidato, ed in molti casi ampliato, da parte delle singole Aziende Sanitarie ed Ospedaliere il processo di digitalizzazione della documentazione clinica richiesta dal DPCM come "nucleo minimo" per lo scambio documentale nel FSE.
- a dicembre 2015 è stato avviato, grazie ai primi rilasci della nuova infrastruttura regionale per il fascicolo, in via sperimentale in ULSS 1 il primo servizio "Sanità KM zero" - "Oltre il CUP". Il MMG/PLS prescrittore, contestualmente alla prescrizione dematerializzata, può fornire direttamente al paziente la prima data utile per la visita specialistica/esame strumentale, evitando l'accesso al CUP e riducendo i tempi di erogazione delle cure.
- attività di informazione e formazione per MMG/PLS e medici interni e di comunicazione e promozione per sensibilizzare cittadini e operatori rispetto iniziative di progetto già avviate e in programmazione per il 2016.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[DPCM n. 178 del 29 settembre 2015](#) "Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico".

[DGR n. 2703 del 29 dicembre 2014](#) "Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale: rimodulazione delle attività progettuali e proroga del termine".

Approfondimenti

[Fascicolo Sanitario Elettronico regionale](#), area dedicata nel Sito del Consorzio Arsenà.IT

[Fascicolo Sanitario Elettronico](#), area dedicata nel Sito del Ministero della Salute

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Sistema Informatico SSR - *Sezione Controlli e Governo SSR*

Palazzo Molin – San Polo, 2514 – 30125 Venezia

Telefono: 041 2793402

e-mail: sistemainformativo.sanita@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 (L.R. 29.6.2012, n. 23)

“Azioni per la valorizzazione delle risorse umane” 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 le strategie di cambiamento previste dalla programmazione regionale. § 4.3

Quadro di sintesi

Nel 2015 sono stati programmati o realizzati vari interventi formativi relativi alle cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie, al consolidamento della funzione dell’assistente di sala per la gestione delle attese in Pronto Soccorso, alla formazione degli OSS per l’assistenza ai minori affetti da patologia inguaribile o disabilità grave, al profilo regionale del coordinatore afferente alle professioni sanitarie. E’ stato attivato un importante progetto pilota per la presa in carico della gravidanza a “basso rischio”.

Sono stati avviati Gruppi di Lavoro per ulteriori tipologie di Unità Operative, per elaborare dei valori di riferimento del tempo assistenziale nei presidi ospedalieri pubblici, da parte del personale di comparto e dirigenziale medico.

Sono proseguite le attività di consolidamento del sistema regionale per l’Educazione Continua in Medicina (ECM) e nell’ambito della formazione di base, dal punto di vista dell’analisi e del monitoraggio del fabbisogno formativo, delle Professioni Sanitarie e relativamente ai contratti di formazione specialistica aggiuntivi.

Nel 2015 sono state avviate molte delle attività proposte nel 2014 in fase di costituzione della Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, Management delle Aziende Socio-Sanitarie e per l’Incremento dei Trapianti d’Organo e di Tessuti.

Azioni per la valorizzazione delle risorse umane

Il PSSR 2012–2016 evidenzia il ruolo che un’adeguata formazione delle risorse umane riveste nei confronti del raggiungimento degli obiettivi di salute, della realizzazione dei nuovi modelli organizzativi, del miglioramento della qualità, dell’appropriatezza dell’assistenza e della sostenibilità del sistema. I percorsi assistenziali delineati dal Piano si basano sulla centralità dei bisogni dei cittadini e presuppongono un approccio multidisciplinare. L’integrazione tra professionisti diventa premessa indispensabile per ridisegnare i percorsi socio-assistenziali e l’organizzazione del lavoro, ridefinire le dotazioni organiche e qualificare l’assistenza. In tale ottica, nel corso del 2015 sono stati introdotti nuovi modelli organizzativi ed assistenziali e sviluppate varie iniziative di formazione e valorizzazione del personale.

Cure integrate del paziente complesso. Gli interventi preventivi ed assistenziali, necessari a migliorare la qualità di vita delle persone colpite da patologie croniche con

multimorbidity, sono tesi a rallentare il declino funzionale che frequentemente accompagna tali patologie e a limitare l'accesso inappropriato all'ospedale di tali soggetti. Tali interventi richiedono una ridefinizione dei modelli di presa in carico, da differenziare per livello di rischio, e un importante coinvolgimento del paziente e della famiglia. La realizzazione di questi interventi prevede la definizione di nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multiprofessionale e multidisciplinare, dall'implementazione e diffusione dei Piani Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) e dal consolidamento dei percorsi di ammissioni e di dimissioni protette. Nel 2015, per introdurre questo nuovo modello assistenziale, è stato realizzato un corso base denominato *"Progetto formativo per il care management: cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie"*, al quale hanno partecipato Medici di Medicina Generale ed infermieri del Territorio.

Gravidanza a basso rischio. Nel corso del 2015, in tre Aziende della Regione che, sulla base della documentazione pervenuta alla competente struttura regionale, possedevano le caratteristiche e le condizioni favorevoli all'attivazione del percorso, è stato attivato un progetto pilota per la presa in carico della gravidanza a "basso rischio" da parte dell'ostetrica. Il progetto è finalizzato alla promozione di un percorso diversificato per grado di rischio, nel quale le gestanti, così identificate dallo specialista, sono monitorate da personale ostetrico seguendo uno specifico protocollo. In tal modo, i medici possono concentrarsi sui casi che presentano significativi fattori di rischio o problemi.

Profilo di competenza del coordinatore afferente alle professioni sanitarie. Con l'approvazione del PSSR 2012-2016 sono stati introdotti nuovi modelli organizzativi e percorsi assistenziali basati sull'approccio multidisciplinare. Negli ultimi mesi del 2015 è stato deliberato un profilo regionale del coordinatore afferente alle professioni sanitarie quale standard di riferimento per tutte le Aziende sanitarie della Regione, le quali dovranno recepirlo e, se opportuno, adattarlo alle specificità locali senza modificarlo nella sostanza. Il documento servirà altresì a standardizzare la formulazione dei profili di competenza del coordinatore, già adottati, a descrivere la peculiarità della funzione, evitare difformità sostanziali nell'attribuzione delle competenze, elaborare strumenti per l'autovalutazione/valutazione coerenti con la funzione, orientare l'elaborazione di nuovi profili di competenza e la formazione e l'aggiornamento dei coordinatori.

OSS per l'assistenza ai minori affetti da patologia inguaribile o disabilità grave. È stato approvato il progetto di uno specifico percorso sperimentale di addestramento, riservato agli Operatori Socio Sanitari, allo scopo di far loro acquisire le conoscenze e le abilità necessarie per assistere, durante l'orario scolastico, i minori con malattia inguaribile o disabilità grave. Viene affidata l'organizzazione e l'attivazione della prima edizione del corso, che avrà luogo presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, alla Fondazione SSP.

Consolidamento della funzione di "assistente di sala" per la gestione delle attese in Pronto Soccorso. Il servizio di "assistente di sala", erogato dal personale OSS, è finalizzato principalmente ad evitare l'insorgenza della sensazione di abbandono durante il periodo di attesa della prestazione e le conseguenti reazioni negative. Nel corso del 2015 è stato approvato il consolidamento di questa figura per la gestione delle attese nei

Pronto Soccorso delle Aziende ULSS ed Ospedaliere e nelle Strutture ospedaliere private accreditate, sede di Pronto Soccorso, stabilendo che, nei P.S. con un numero annuo di accessi superiore a 50.000, l'assistente di sala debba essere presente per almeno 12 ore/die, e almeno 6 ore/die in quelli che hanno registrato un numero annuo di accessi tra 20.000 e 50.000.

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 stato costituito un gruppo di lavoro tecnico che ha elaborato i valori minimi di riferimento per la misurazione del tempo assistenziale ai degenti da parte degli infermieri e degli operatori socio sanitari operanti nelle aree di degenza dei presidi ospedalieri pubblici del Veneto, definendone gli obiettivi di efficienza secondo livelli di standard qualitativi.

Lo stesso gruppo di lavoro tecnico ha definito, attraverso un percorso di coinvolgimento e di confronto con tutti gli interlocutori istituzionali (Enti del SSR, Organizzazioni sindacali, rappresentanze professionali), una metodologia di base per la misurazione dei livelli assistenziali di riferimento per l'area di maggiore profilo numerico nell'ambito del comparto, metodologia che è stata ritenuta utilizzabile anche per altri contesti assistenziali. Il documento finale, adottato dalle competenti strutture regionali, costituisce 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.

In seguito all'esperienza positiva del predetto gruppo, ne sono stati attivati altri 3 con l'obiettivo di definire dei valori di riferimento per le Unità Operative di Radiologia, Pronto Soccorso e Medicina di Laboratorio, che riguardano non soltanto il personale del Comparto che vi opera, ma soprattutto il personale dirigenziale medico.

Ad oggi, i lavori dei gruppi di lavoro hanno raggiunto stadi diversi di avanzamento: il GDL sul personale delle Unità Operative di Pronto Soccorso ha elaborato una proposta definitiva, approvata con provvedimento della Giunta Regionale, già trasmessa alla Quinta Commissione consiliare che ha espresso il parere di competenza.

Sistema regionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM)

L'attuale sistema ECM della Regione del Veneto presenta un'architettura in grado di svolgere le verifiche e i controlli qualitativi dei provider accreditati. Nell'ambito delle attività previste, 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, le Associazioni Professionali.

Secondo le procedure definite dalla programmazione regionale e nel rispetto degli Accordi Stato-Regioni del 2009 e del 2012, inerenti alla formazione continua ECM, nel 2015 è stata assicurata l'attività di verifica dei soggetti erogatori di formazione (Provider ECM) condotta degli 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 2015 le visite di verifica hanno coinvolto le Aziende Sanitarie del SSR in scadenza dell'accreditamento provvisorio. Oltre all'attività di verifica prevista nel procedimento di accreditamento standard, è stata avviata l'attività di monitoraggio presso le sedi di svolgimento degli eventi formativi, svolta dall'Osservatorio regionale. A tal fine, è stato costituito un Gruppo di Lavoro che ha coinvolto Osservatorio e Commissione regionale ECM, il quale ha condotto un'analisi preliminare dei documenti adottati dall'Osservatorio Nazionale sulla qualità della formazione continua in sanità, con l'obiettivo di individuare i criteri di osservazione omogenei tra il livello nazionale e quello regionale. Per garantire uniformità nelle competenze e nei criteri di valutazione, i componenti dell'Osservatorio hanno seguito un percorso formativo per acquisire le competenze di base per l'esecuzione delle attività di verifica degli eventi ECM e condividere criteri di osservazione ed elaborazione dei risultati dell'attività di verifica. In applicazione della DGR n. 1247 del 2015, le attività di verifica degli eventi svolte su tutto il territorio regionale sono iniziate a partite dal mese di ottobre 2015 e proseguiranno anche nel 2016.

La formazione di base

Fabbisogno formativo. In base alla normativa vigente, le Regioni e la Province autonome devono periodicamente formulare proposte al Ministero della Salute circa il numero di iscrizioni da prevedere nei corsi di laurea e laurea magistrale delle Professioni Sanitarie e nelle Scuole di Specializzazione post-lauream di area sanitaria. In tale prospettiva, la Giunta regionale ha assicurato l'adozione di una metodologia rigorosa da un punto di vista scientifico, promuovendo una ricerca in collaborazione con l'Università Cà Foscari di Venezia, che ha fornito supporto metodologico e tecnico-scientifico. La finalità è produrre conoscenze utili per garantire, nel medio periodo, un sostanziale equilibrio tra domanda e offerta di lavoro negli ambiti sanitari. L'obiettivo è poter disporre di un sistema regionale di monitoraggio dei fabbisogni degli operatori sanitari, che tenga conto, oltre che della dinamica dei sistemi formativi e del lavoro, dell'evoluzione dei bisogni di salute, delle innovazioni nei sistemi sanitari e formativi, delle tecnologie e di tutti gli altri fattori che concorrono a questo complesso fenomeno, al fine di assicurare una programmazione

coerente e condivisa. Per 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 al progetto europeo denominato "Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting".

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 alla stipula di un apposito protocollo d'intesa in corso di rinnovo, che prevede la partecipazione economica 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.

Contratti di formazione specialistica aggiuntivi. Per colmare il divario tra i posti finanziati dallo Stato ed il fabbisogno, il Veneto annualmente finanzia contratti di formazione specialistica, di cui al D.Lgs 368/99. 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.

Le attività della Fondazione nel 2015 (Tabella 9.1) riguardano soprattutto i settori della formazione e della ricerca sui modelli di sanità pubblica e di management delle aziende sanitarie e socio sanitarie, della formazione per personale sanitario operante in aree specialistiche e della formazione su metodi e strumenti necessari nella gestione del processo formativo, con particolare attenzione all'innovazione. Tra le iniziative formative si evidenziano il corso di formazione su "*Leadership e management dei Coordinatori sanitari titolati di Posizione Organizzativa*" e quello relativo al "*Progetto formativo per il Care Management: cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie*".

Tabella 9.1 - Attività formative realizzate dalla Fondazione SSP nell'anno 2015

Aree	Titolo attività	Totale giornate	Totale partecipanti	Totale presenze
1. Area competenze manageriali e organizzative	I valutatori Team Leader nell'ambito della LR 22/2012	5	24	120
	Lean management dei Servizi sanitari	3	27	81
	Corso di aggiornamento per i coordinatori dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali - CUP MANAGER	2	24	48
	Leadership e management dei Coordinatori sanitari con Posizione Organizzativa	2,5	25	63
TOTALE Area competenze manageriali e organizzative		12,5	100	312
2. Area competenze servizi amministrativi e di supporto	Il MePA nelle Aziende sanitarie	4	124	124
	Corso di formazione di base: appalti, anticorruzione e trasparenza	6	59	59
	La contabilità separata ai fini IVA e ai fini delle imposte dirette e dell'IRAP	2	82	82
	Appalti pubblici: le nuove direttive comunitarie	4	120	120
	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"	4	120	120
	Corso di aggiornamento in materia di appalti, anticorruzione, trasparenza ed esecuzione di contratti - UFF. TECNICI	8	120	120
TOTALE Area competenze servizi amministrativi e di supporto		28	625	625
3. Area competenze sanitarie specialistiche	I Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) per la Rete Alzheimer del Veneto	6	53	318
	Corso di formazione per l'acquisizione delle competenze del personale operante nelle strutture del sistema trasfusionale regionale nella selezione del donatore e nella raccolta del sangue	3	55	55
	Progetto formativo per il Care Management: cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie - INF + MMG	8	75	600
TOTALE Area competenze sanitarie specialistiche		17	183	973
4. Area Trapianti	Il donatore di polmoni	0,5	40	40
	Il donatore multitessuto	2	51	51
	Lesione cerebrovascolare acuta: aspetti clinico assistenziali e organizzativi	1	79	79
	The Donor Surgeon	3 mezza giornate	31	93
TOTALE Area Trapianti		5	201	263
5. Convegni	Lo sviluppo delle competenze dei Professionisti sanitari - Attualità e prospettive nello scenario nazionale e regionale	1	305	305
TOTALE Convegni		1	305	305
TOTALE		63,5	1.414	2.478

Riferimenti normativi

DGR n. 1094 del 18 agosto 2015 Disposizioni per l'attivazione del corso di formazione manageriale di cui agli artt. 15 e 16-quinquies del D. Lgs. 502/92 e ss.mm. e art. 7 del DPR n. 484/97.

DGR n. 1097 del 18 agosto 2015 Progetto formativo per il Care Management: cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie. L.R. 23/12.

DGR n. 1122 del 25 agosto /2015 L.R. 20/01 e ss.mm.ii.: percorso sperimentale per operatori socio sanitari.

DGR n. 1246 del 28 settembre 2015 Consolidamento della funzione di "assistente di sala" per la gestione delle attese in Pronto Soccorso.

DGR n. 1247 del 28 settembre 2015 Programma regionale per la formazione continua.

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Controlli Governo e Personale SSR
 Palazzo Molin – San Polo, 2514 – 30125 Venezia
 Telefono: 041 2793559-3488 Fax: 041 2793503
 e-mail: controlligovernopersonaleSSR@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)

Allegato A. § 4.4: Verso un "cruscotto di governo". § 4.4.1: Il sistema di controllo interno e il sistema degli indicatori. Pagine 130-133. 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.

Quadro di sintesi

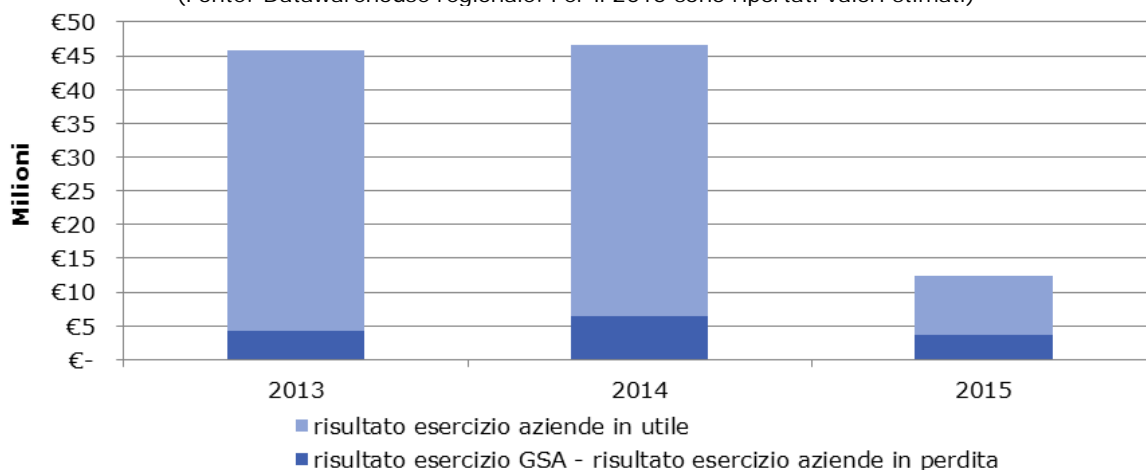
I risultati economici del Sistema Sanitario Regionale del Veneto continuano a mantenersi in equilibrio rispetto alle risorse complessivamente a disposizione. Tuttavia, il mantenimento di tale equilibrio risulta sempre più difficile da raggiungere. Se nel periodo 2010-2013 si era assistito ad una progressiva stabilizzazione dei costi, 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. È evidente, quindi, che la sostenibilità del SSR dovrà necessariamente essere il frutto della riorganizzazione secondo le linee indicate nel Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016, poiché gli interventi di riduzione delle variabili di prezzo e quantità dei servizi – come accaduto per la "spending review" – 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 Pubbliche Amministrazioni. Tale percorso, avviato nel 2013 e concluso nel 2014, 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.

Analisi del risultato di esercizio

Il Sistema Sanitario Veneto (SSR), 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 impiegata, al momento del consolidamento definitivo di bilancio, a titolo di ripiano perdite. Infatti, come previsto dal D. Lgs 118/2011, la Regione Veneto ha deciso di riservare parte del finanziamento sanitario ad un apposito centro di responsabilità (GSA), rientrante nel bilancio consolidato finale. In particolare, nel 2015 il SSR ha conseguito un risultato economico positivo complessivo pari a 12,4 milioni di euro. Ai fini delle verifiche del MEF non vengono considerati i risultati positivi di 11 aziende per un importo complessivo di 8,8 milioni di euro. Il sistema permane comunque in equilibrio per 3,6 milioni di euro. Il bilancio consolidato delle aziende del SSR (esclusa la GSA) al 31/12/2015 si chiude con una perdita complessiva di 240,9 milioni di Euro, contro i 171,4 milioni di Euro del 2014. Tale peggioramento dei risultati è legato principalmente alla diminuzione dei trasferimenti in

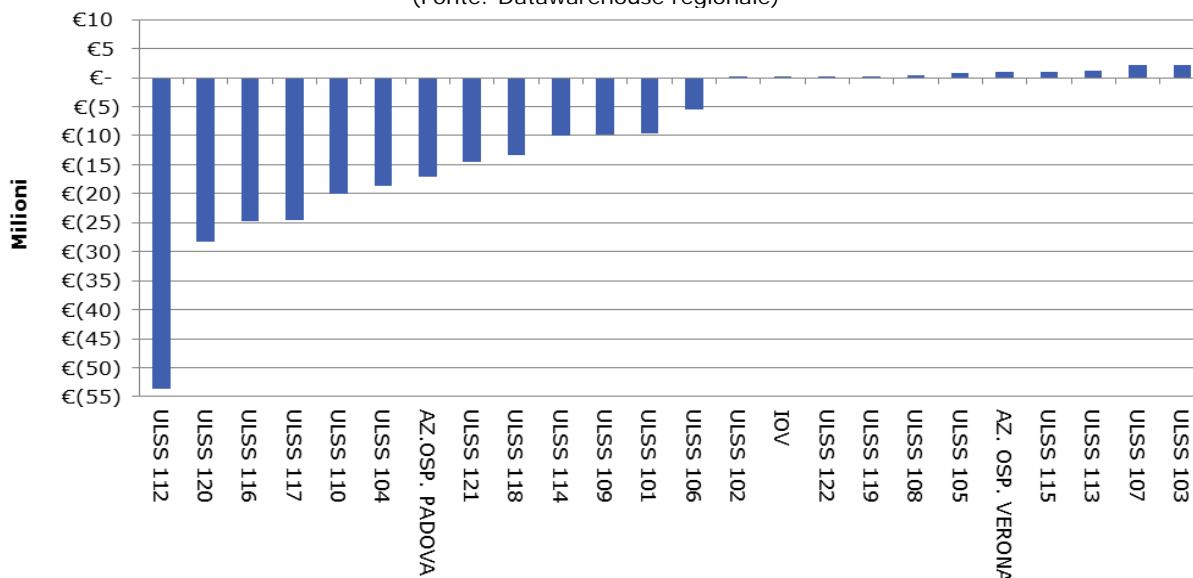
conto esercizio erogati complessivamente alle aziende (sceso da 8,32 miliardi a 8,29 miliardi di Euro) e dall'impatto dei nuovi farmaci ad alto costo.

Figura 9.1 – Risultato d'esercizio del bilancio consolidato regionale, in milioni di euro.
(Fonte: Datawarehouse regionale. Per il 2015 sono riportati valori stimati)



Nove ULSS, l'Azienda Universitaria Integrata di Verona e lo IOV hanno chiuso il bilancio 2015 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, garantendo, nel contempo, l'attuale qualità dei Livelli di Assistenza erogati alla cittadinanza.

Figura 9.2 – Andamento risultato di esercizio e incidenza su contributi in conto esercizio, in milioni di euro.
(Fonte: Datawarehouse regionale)



Analisi dei ricavi e dei costi

Le analisi condotte sul bilancio consolidato delle aziende sanitarie (al netto della GSA) riflettono la sempre più difficoltosa tenuta dell'equilibrio economico, dovuta a 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 sulla spesa relativa ai 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 obbligata. Nel periodo 2011-2015 i contributi in conto esercizio erogati sono cresciuti da 8 a 8,3 miliardi di Euro, ma, allo stesso tempo, come previsto dal d. lgs. 118/2011, è aumentato l'autofinanziamento per gli investimenti che, nel corso del periodo considerato, è passato da 0 euro del 2011 a 175,1 milioni di euro del 2015, mantenendo i contributi c/esercizio complessivi attorno agli 8,1 miliardi di euro. I costi della produzione (inclusa l'IRAP), al contempo, sono passati da 9,2 miliardi a 9,3 miliardi di euro. Il prospetto che segue ripropone sinteticamente la dinamica delle principali voci di costo (al netto della mobilità e delle poste R) nel periodo 2011-2015.

Tra i costi della produzione, si evidenziano le seguenti dinamiche:

- L'acquisto di beni (sanitari e non sanitari), che costituiscono il 15 % del totale, è incrementato dell'8,3 % nel periodo 2014-2015, trascinato dall'impatto dei nuovi farmaci ad alto costo (nello specifico quelli legati al trattamento dell'Epatite C);
- L'acquisto di servizi sanitari, che pesano per il 40,3% del totale, registra un decremento dello 0,11%. Esaminando la scomposizione interna di questo aggregato di costo, le due voci più consistenti, Acquisto di prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria e Acquisto di servizi sanitari per assistenza ospedaliera, hanno registrato, rispettivamente, un incremento dello 0,27% e del 2,29% tra il 2015 ed il 2014. Allo stesso tempo, i costi dell'assistenza farmaceutica hanno registrato una diminuzione del 3 %, mentre i costi di acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e di distribuzione diretta registrano un aumento del 6,68% (pur mantenendo valori assoluti contenuti).
- Il costo del personale incide per circa un terzo sul totale dei costi della produzione e si è mantenuto pressoché stabile (-0,02% tra 2014-2015).
- Gli ammortamenti hanno registrato un calo del 3,8% sulla scia della continua stretta sugli investimenti del periodo 2010-2014 e parzialmente allentata solo nel corrente esercizio.
- Gli accantonamenti di esercizio, che pesano per circa l'1% sul totale dei costi della produzione, hanno registrato nel corso del periodo un calo del 27,3%, imputabile alla diminuzione degli accantonamenti per cause civili e per contenzioso con il personale. Rimane stabile, circa 48 milioni, l'accantonamento per l'autoassicurazione diretta.

Nel periodo in esame, le voci della gestione extra caratteristica hanno registrato i seguenti andamenti:

- La gestione finanziaria (voce C del Conto Economico), registra un considerevole miglioramento rispetto all'anno precedente (47,5%), dovuto al dispiegarsi dei positivi effetti della ricapitalizzazione ex D.L. 35/2013 e, quindi, al progressivo allineamento delle performance di pagamento agli standard previsti per legge.

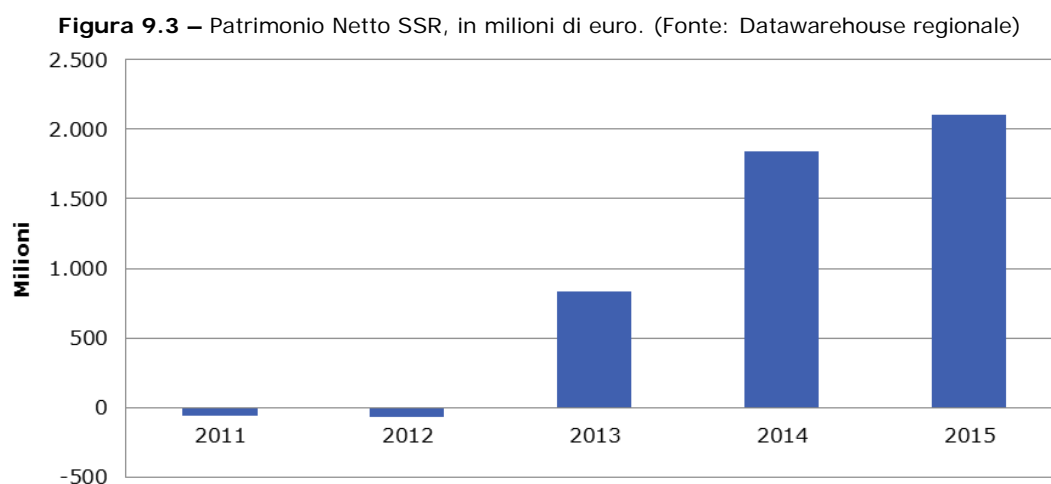
- La gestione straordinaria (voce E del Conto Economico), sempre positiva nel periodo 2011-2015, registra una contrazione del 56,2% tra 2014 e 2015, anche a seguito della maggiore attenzione posta nelle verifiche per il corretto utilizzo contabile di tali voci di Conto Economico.

Tabella 9.2– Andamento delle principali voci del Conto Economico consolidato regionale 2011-2015.
(Fonte: Datawarehouse regionale)

Andamento finanziamento LEA e principali voci di costo – mln di €	Valore 2011	Valore 2012	Valore 2013	Valore 2014	Valore 2015	CE a valori %	Variaz. '14-'15
AZ9999 (Totale valore della produzione (A))	8.873,29	9.057,07	8.986,15	8.997,20	9.061,37	100%	0,71%
AA0010 (A.1) Contributi in c/esercizio, tolta la voce AA0240 (A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	8.099,71	8.157,00	8.099,86	8.070,63	8.114,36	89,55%	0,54%
AA0980 (A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio), AA1050 (A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni)	29,15	102,87	114,57	132,46	146,24	1,61%	10,40%
(B) Totale costi della produzione	9.010,53	9.022,15	9.001,66	9.033,89	9.127,41	100,0%	1,04%
(B.1) Acquisti di beni)	1.191,62	1.197,20	1.211,26	1.264,10	1.368,98	15,00%	8,30%
<i>(B.1.A) Acquisti di beni sanitari</i>	1.143,62	1.152,17	1.168,15	1.223,05	1.333,46	97,41%	9,03%
<i>(B.1.B) Acquisti di beni non sanitari</i>	48	45,03	43,11	41,05	35,51	2,59%	-13,50%
(B.2.A) Acquisti di servizi sanitari	3.782,04	3.688,31	3.670,38	3.682,13	3.678,01	40,30%	-0,11%
<i>(B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base</i>	547,67	549,23	545,83	545,22	548,44	14,91%	0,59%
<i>(B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica</i>	701,34	640,61	613,94	595,08	577,06	15,69%	-3,03%
<i>(B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale</i>	385,3	397,12	372,91	376,66	377,11	10,25%	0,12%
<i>(B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera</i>	682,28	657,69	674,76	689,79	705,62	19,18%	2,29%
<i>(B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F</i>	22,66	22,49	23,73	26,96	28,76	0,78%	6,68%
<i>(B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria</i>	691,35	690,33	683,72	684,25	686,1	18,65%	0,27%
<i>Altri servizi sanitari (voci rimanenti)</i>	751,45	730,84	755,49	764,17	754,89	20,52%	-1,21%
(B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	706,96	727,25	701,51	679,97	680,96	7,46%	0,15%
<i>di cui (B.2.B.1.4) Riscaldamento)</i>	121,55	129,87	129,25	120,31	124,17	18,23%	3,21%
<i>di cui (B.2.B.1.9) Utenze elettricità)</i>	57,3	61,53	63,6	61,44	56,56	8,31%	-7,94%
<i>di cui (B.2.B.1.11) Premi di assicurazione</i>	84,54	80,35	73,44	59,9	57,28	8,41%	-4,37%
<i>di cui (B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari)</i>	96,39	109,13	107,05	109,63	115,31	16,93%	5,18%
(B.5) (B.6) (B.7) (B.8) Totale Costo del personale	2.727,06	2.728,64	2.725,52	2.708,80	2.708,35	29,67%	-0,02%
(B.10) (B.11) (B.12) (B.13) Ammortamenti	263,7	271,17	253,34	242,29	233,08	2,55%	-3,80%
(B.15) Variazione delle rimanenze	-9,44	4,27	-5,61	-12,27	-4,35	-0,05%	-64,55%
(B.16) Accantonamenti dell'esercizio	21,13	62,94	107,4	126,87	92,2	1,01%	-27,33%
(B.3) (B.4) (B.9) (B.14) Altri costi	327,47	342,36	337,87	342,01	370,15	4,06%	8,23%
TOTALE VALORE AGGIUNTO (A) - (B)	-137,24	34,93	-15,51	-36,69	-66,04		-79,99%
(C) Gestione finanziaria	-31,35	-42,07	-42,67	-33,86	-17,75	-27%	47,58%
(D) (E) Gestione straordinaria	40,72	14,59	96,16	100,14	43,89	66%	-56,17%
(Y) Imposte e tasse	-202,65	-200,58	-200,31	-201,06	-201,04	304%	-0,01%

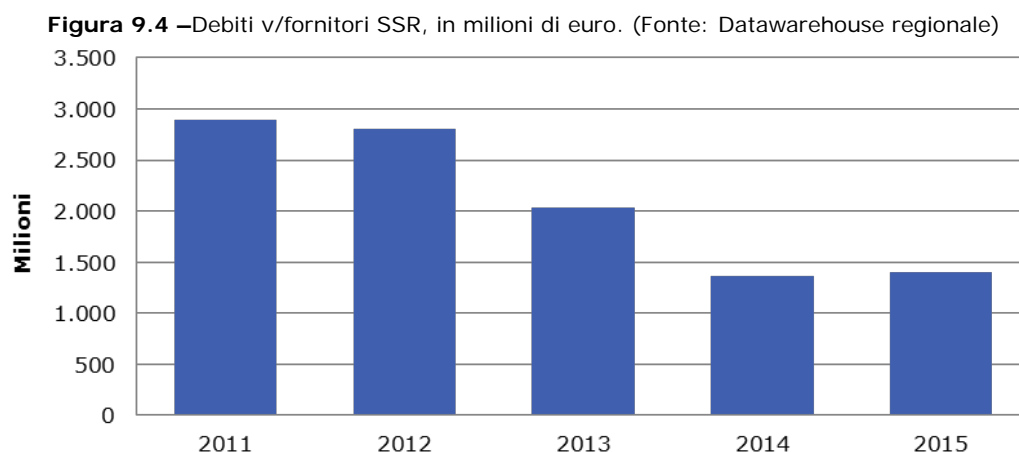
Analisi Patrimoniale - Andamento patrimonio netto

Il patrimonio netto del SSR è stato oggetto di interventi regionali molto significativi nel periodo 2013-2015 (Figura 9.3), sono ben visibili gli effetti della ricapitalizzazione ex D.L. 35/2013 negli ultimi tre anni e gli interventi regionali 2015 per la copertura dei fondi di dotazione negativi e delle perdite pregresse 2001-2011. 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.



Andamento debiti verso fornitori

Le risorse finanziarie del D.L. 35/2013 sono state integralmente girate alle aziende sanitarie, permettendo loro di eliminare gran parte dello stock di debito pregresso scaduto. Il valore raggiunto nel 2015, circa 1,4 miliardi di euro, è ormai prossimo al livello di debito fisiologico compatibile con il pagamento a 60 giorni.

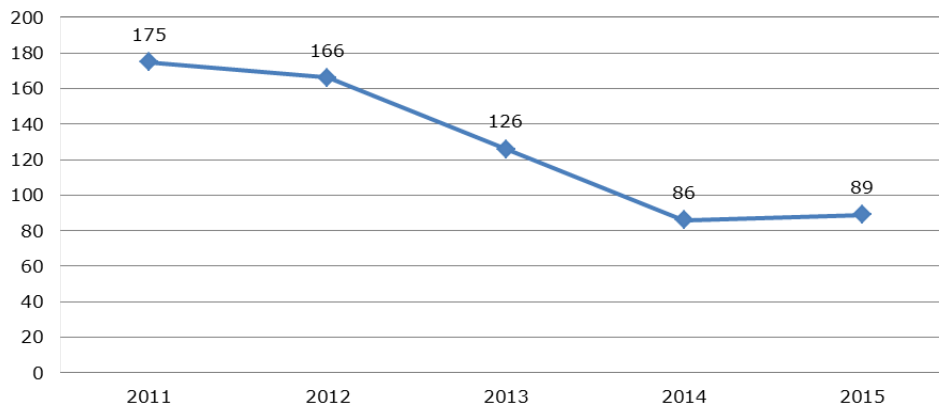


Andamento tempi medi di pagamento

La razionalizzazione degli investimenti attuata dal 2011 e 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 dei tempi di pagamento dei 60 gg.

Figura 9.5– Tempi Medi di Pagamento SSR, in giorni. (Fonte: Datawarehouse regionale)

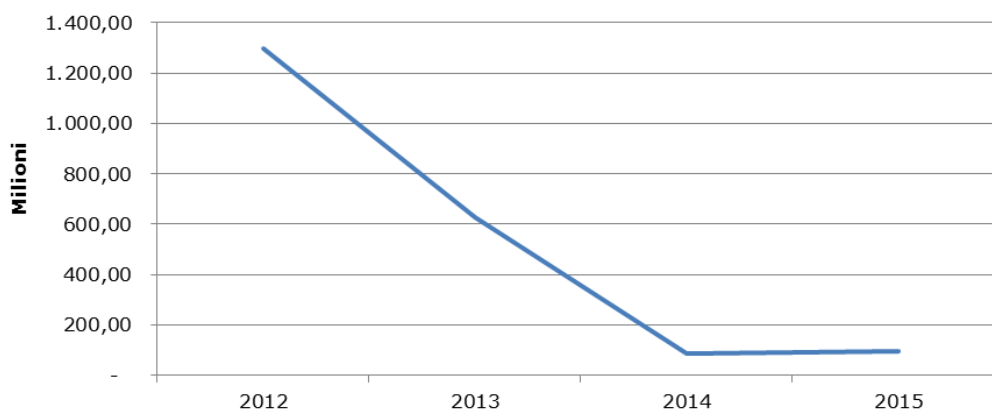


Debito scaduto

Tali iniezioni di liquidità hanno consentito di ridurre lo stock di debito scaduto a carico delle aziende sanitarie, passando da 1,2 miliardi del 2012 a 93 milioni di Euro del 2015. Si segnala, inoltre, che l'aumento registrato tra 2014 e 2015 (da 86 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.

210

Figura 9.6 –Debito scaduto SSR, in milioni di euro. (Fonte: Datawarehouse regionale)

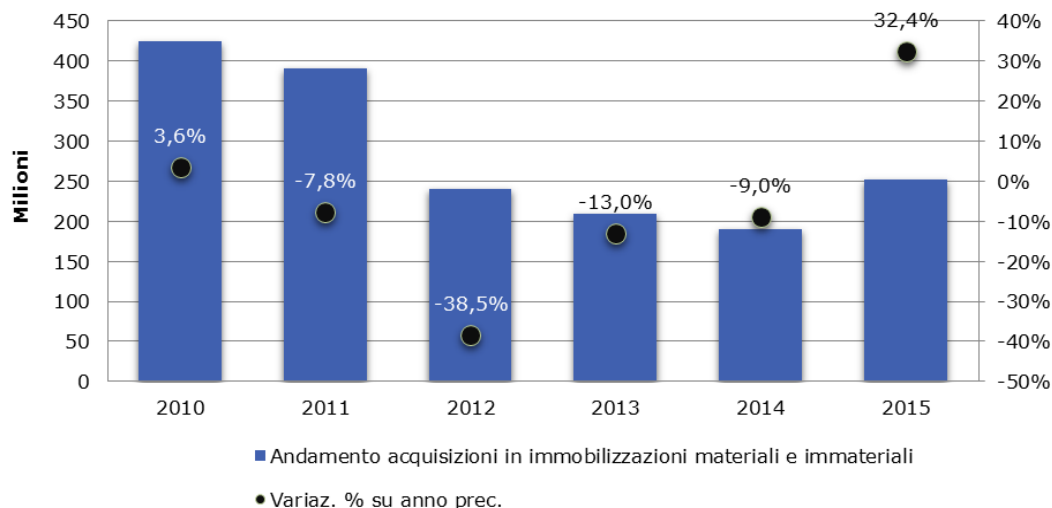


Totale investimenti

Tra il 2010 e il 2015 l'ammontare degli investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiale ha subito un continuo calo, sia a seguito della contrazione delle risorse statali, sia 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. Nel 2015 la stretta sugli investimenti

è stata parzialmente allentata per consentire i necessari interventi nella sicurezza di edifici ed impianti e per il rinnovo del parco tecnologico (*imaging*, in particolare).

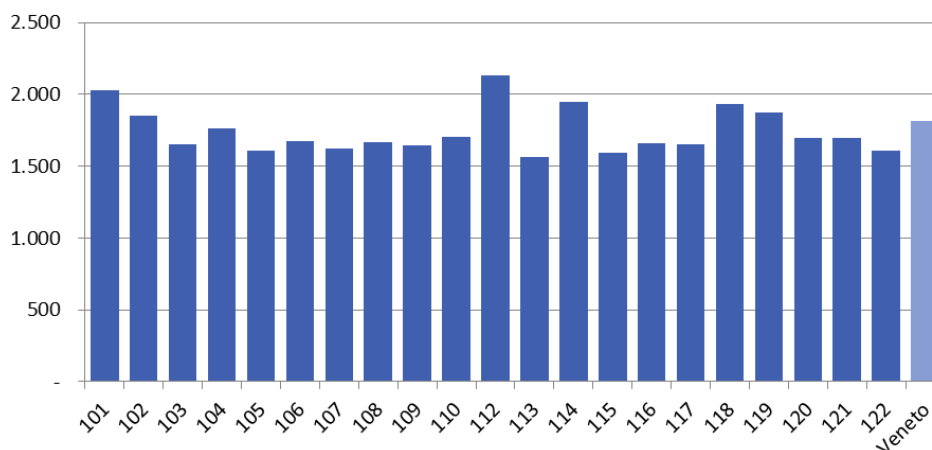
Figura 9.7 – Totale degli investimenti in immobilizzazioni in milioni di euro. (Fonte: Datawarehouse regionale)



Analisi dei costi e delle quote pro-capite

I dati di costo pro-capite delle aziende ULSS del Veneto provengono dal modello ministeriale "LA", compilato annualmente dalle aziende e contenente i costi dettagliati per livelli di assistenza. L'analisi riguarda il biennio 2013-2014. Il costo sanitario pro-capite è uno degli indicatori del Progetto Bersaglio della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa per un sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali.

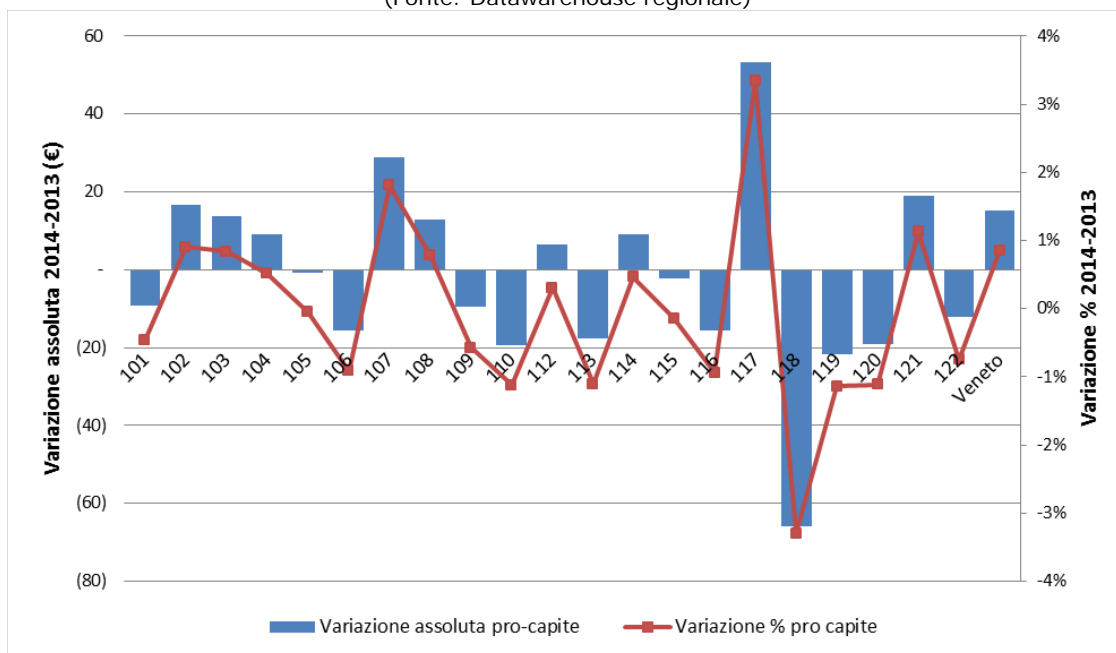
Figura 9.8 – Costo sanitario (€ pro-capite) nelle ULSS del Veneto. (Fonte: Datawarehouse regionale)



Dal costo totale viene escluso il valore delle compensazioni attive e altre rettifiche (dal costo totale per ULSS si sottraggono mobilità attiva, ricavi per prestazioni in regime intramoenia, concorsi, recuperi e rimborsi da soggetti pubblici, costi relativi a prestazioni extra LEA e agli stranieri irregolari). A livello consolidato, il costo pro-capite è incrementato di 15,3€ (+0,8%), mentre, a livello pro-capite, è passato da 1.797€ nel 2013 a 1.813€ nel 2014. L'incremento regionale (15,3€ per testa) è la sintesi di un

panorama molto differenziato nelle 21 ULSS della Regione: l'incremento maggiore lo ha l'Ulss 17, +53,3€ (+3,3%) nel 2014 rispetto all'anno precedente, di mentre il calo più significativo è segnato dall'Ulss 18 di Rovigo con -66€ (-3,3%) (Figura 9.8). L'elevato aumento dei costi pro-capite dell'ULSS 17 nel 2014 rispetto al 2013 si spiega con l'avvio dell'ospedale di Schiavonia, realizzato in project financing.

Figura 9.9 – Variazione assoluta e relativa del costo sanitario (€ pro-capite) nelle ULSS del Veneto.
(Fonte: Datawarehouse regionale)



212

Analizzando il costo pro-capite per macro area assistenziale emerge quanto segue:

- il costo pro-capite per la prevenzione è stato pari a 54,5€ per residente, corrispondenti a complessivi 269 milioni circa. Nel 2013 era di 59,4€ (291 milioni di euro circa);
- il costo pro-capite per l'assistenza distrettuale (assistenza sanitaria di base, assistenza specialistica, assistenza farmaceutica, assistenza domiciliare, assistenza agli anziani, etc...) è stato pari a 998€ per residente, corrispondenti a complessivi 4.933 milioni di euro. Nel 2013 erano stati spesi 898€ per residente (4.390 milioni di euro);
- il costo pro-capite per l'assistenza ospedaliera è stato pari ad 746€ per residente, corrispondenti a complessivi 3.677 milioni di € (2013: 774€, 3.783 milioni di € totali).

Per residente si osserva una riduzione della spesa pro capite per la prevenzione di circa 5€ e un calo di circa 28€ per l'assistenza ospedaliera. Aumenta sensibilmente, invece, la spesa pro-capite per l'assistenza distrettuale, che sale da 898€ a 998€. Attualmente la composizione del costo pro-capite si distribuisce in: 55% Assistenza distrettuale, 42% Assistenza ospedaliera e 3% per la Prevenzione.

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Programmazione Risorse Finanziarie 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 della aziende sanitarie tramite il 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). Le procedure aggiudicate sono state 17 nel 2014 e 27 nel 2015 ed il valore economico in assoluto dei prezzi aggiudicati risulta essere per il 2014 di € 231.168.300,83 e di € 1.198.027.504,82 per il 2015. 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 precedente	Importo dopo la procedura regionale centralizzata	Durata contrattuale	Risparmio maturato per l'intero periodo di durata €
Brokeraggio assicurativo	Provvigione su premio 14%	Provvigione su premio 1%	3 anni	/
Gestione informatizzata del personale	4,16/cedolino	1,283/cedolino	5 anni	12.083.400,00
Forniture di stent coronarici	6.994.872,00	4.845.280,00	3 anni	6.448.776,00
Ausili per incontinenti ad uso domiciliare	22.144.315,41	14.157.539,70	3 anni	23.960.327,13
Suturatrici meccaniche	7.840.542,13	5.599.543,02	3 anni	6.722.997,33
Servizio assicurativo RCT/RCO	52.029.058,00	19.974.999,00	3 anni	96.162.177,00
Protesi oculistiche	6.807.990,00	5.733.317,56	3 anni	3.224.017,32

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 assicurata 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, dovrà espletare nel biennio 2016/2017 le gare afferenti alle categorie merceologiche individuate dal DPCM 24 dicembre 2015 (pubblicato sulla Guri n. 32 del 9 febbraio 2016).

Tabella 9.4 - Categorie merceologiche individuate dal DPCM 24/2015

SPESA SANITARIA SPECIFICA	SOGLIA
Beni	
Farmaci	40.000
Vaccini	40.000
Stent	Soglia comunitaria
Ausili per incontinenza (ospedalieri e territoriali)	40.000
Protesi d'anca	Soglia comunitaria
Medicazioni generali	40.000
Defibrillatori	Soglia comunitaria
Pace-maker	Soglia comunitaria
Aghi e siringhe	40.000
Servizi	
Integrati per gestione apparecchiature elettromedicali	40.000
Pulizia per il SSN	40.000
Ristorazione	40.000
Lavanderia	40.000
Smaltimento rifiuti sanitari	40.000
Spesa comune	
Vigilanza Armata	40.000
Facility management immobili	Soglia comunitaria
Pulizia immobili	Soglia comunitaria
Guardiania	40.000
Manutenzione immobili e impianti	Soglia comunitaria

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità
 Passaggio Gaudenzio, 1 35131 Padova
 Telefono: 049 8778286-8288
 e-mail: centroregionaleacquisti.sanita@regione.veneto.it

Pubblicazione a cura del
SER Sistema Epidemiologico Regionale
Sezione Controlli Governo e Personale SSR
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/>