



REGIONE DEL VENETO

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto



Anno 2015
(dati 2013-2014)

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto

Anno 2015
(dati 2013-2014)



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

Mara Pigato, Francesco Avossa, Nicola Gennaro, Michele Pellizzari, Elena Schievano, Veronica Casotto, Elisabetta Pinato, Ugo Fedeli, Eliana Ferroni, Mario Saugo

Presentazione della Relazione Socio Sanitaria 2015 della Regione del Veneto

La Relazione Socio Sanitaria 2015, relativa al biennio 2013-2014, consente di valutare con soddisfazione lo stato di attuazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016.

La carta di Tallinn dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2008) ha chiarito – proprio agli inizi di una pesante e perdurante crisi economica – che il miglioramento dello stato di salute, al di là del suo valore intrinseco, contribuisce direttamente al benessere della comunità attraverso il suo impatto sulla produttività, sulla competitività, sullo sviluppo economico e sulla coesione sociale. Per questo motivo i sistemi sanitari di tutto il mondo hanno oggi la necessità di definire un progetto di salute condiviso dalla popolazione - all'altezza delle sfide demografiche, epidemiologiche e tecnologiche del momento ed in un contesto di aspettative crescenti e di risorse limitate.

In ambito nazionale il finanziamento dei Sistemi Sanitari Regionali da parte dello Stato si è fatto negli anni sempre più incerto, sia rispetto al suo ammontare, sia rispetto alla sua capacità di riconoscere effettivamente le capacità di servizio e di governo della spesa delle diverse Regioni; inoltre nuovi e importanti tagli sono stati da poco previsti. A livello regionale, invece, il dibattito della X Legislatura e quello pubblico proseguiranno a ritmo sostenuto, focalizzandosi nei prossimi mesi sull'opportunità di dare un nuovo assetto organizzativo al Servizio Socio-Sanitario Regionale (riduzione del numero delle Aziende Sanitarie, riorganizzazione dei servizi regionali, trasformazione delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza), allo scopo di garantire efficienza manageriale ed agilità istituzionale al governo dei cambiamenti in atto.

In questo contesto la Relazione Socio Sanitaria 2015, curata dal Sistema Epidemiologico Regionale, propone un utile quadro di riferimento per i Consiglieri Regionali; per facilitarne la consultazione essa riporta – nella parte iniziale di ciascun paragrafo – un richiamo alle indicazioni del Piano socio-sanitario regionale 2012–2016 ed un quadro di sintesi, ed inoltre – alla fine – vi è un rinvio alla struttura regionale di riferimento per possibili approfondimenti tecnico-professionali. Oltre che gli organi istituzionali, la Relazione Socio Sanitaria vuole raggiungere un pubblico più ampio, in particolare le Amministrazioni Locali e le agenzie informative: il raggiungimento di standard di salute e di servizio sempre più sfidanti richiede, in ultima analisi, una condivisione ed una partecipazione attiva dell'intera comunità veneta.

L'Assessore alla sanità
e programmazione socio-sanitaria

Luca Coletto



Introduzione

Il Piano socio-sanitario regionale 2012-2016 – approvato con L.R. 23/2012 – ha consentito di anticipare il confronto con alcune sfide proposte a livello nazionale e internazionale, come certificato dalla partecipazione della nostra sola Regione all'Osservatorio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul monitoraggio dei sistemi, delle politiche sanitarie e dell'impatto della crisi finanziaria sulla salute. I servizi sanitari di tutta Europa, infatti, sono sotto osservazione, soprattutto rispetto alla loro capacità di risposta e di copertura assistenziale ai loro cittadini, oltreché per gli aspetti di costo ed efficienza.

A livello nazionale la nostra Regione ha già dato in questi anni un grande contributo tecnico ed un buon esempio rispetto alla sostenibilità, al governo dell'appropriatezza dei ricoveri per acuti e delle prestazioni specialistiche, allo sviluppo delle Cure Primarie e della rete dei servizi territoriali ed è su questa strada che bisognerà continuare per mantenere a livelli di eccellenza il sistema sanitario regionale del Veneto.

La recente emanazione del Decreto Ministeriale 70/2015 sulla qualità dei servizi ospedalieri imporrà, peraltro, nel giro di due anni il raggiungimento di impegnativi standard di volume (numero minimo di procedure per anno), di processo e di esito per le Unità Operative Ospedaliere. Questi standard hanno un solido fondamento scientifico e rispecchiano il modo attraverso il quale i medici si valutano tra loro, valorizzando chi ha fatto più esperienza ed ha potuto imparare di più. Questi standard avranno con tutta evidenza ricadute importanti per i cittadini ed i sanitari della Regione del Veneto e non sono quindi applicabili in maniera acritica e passiva. Ci sarà quindi molto da lavorare, assieme alle Direzioni Aziendali, ai medici ed agli operatori sanitari per portare a compimento:

- l'organizzazione delle reti cliniche, sulla scorta degli esempi di successo già attivati, ad esempio in ambito cardiologico e neurologico (tutti gli specialisti ospedalieri concorrono a implementare un unico Percorso Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale condiviso, nel quale alcune prestazioni per acuti vengono erogate in Ospedali *Hub*);
- l'integrazione tra ospedale e territorio, con l'attivazione degli Ospedali di Comunità (sono già stati definiti gli standard assistenziali, organizzativi e informativi) e la messa a regime delle forme associative evolute della Medicina Generale (è già stata sottoscritta un'importante intesa, che definisce contenuti, standard operativi e professionali, risorse e sistema informativo).

In questa prospettiva ritengo che la Relazione Socio Sanitaria prodotta dal Sistema Epidemiologico Regionale sia uno strumento di consultazione utile per le Aziende Sanitarie e per i professionisti della salute, ai quali va riconosciuto il ruolo insostituibile di mediatori, di educatori e di leader nella promozione della salute e nell'organizzazione dei servizi rivolti alla comunità.

Il Direttore Generale
Area Sanità e Sociale
Dr. Domenico Mantovan

Indice

1. Scenario socio-demografico

1.1	Popolazione e dinamiche demografiche	11
1.2	Contesto produttivo e occupazionale	17

2. Condizioni e profili di salute

2.1	Stili di vita e condizioni di rischio	23
2.2	Mortalità per causa	32
2.3	Malattie infettive: malaria, varicella e malattie emergenti	36
2.4	Tumori	42
2.5	Infarto acuto del miocardio	49
2.6	Malattie cerebrovascolari	54
2.7	Insufficienza renale cronica	58
2.8	Diabete	62
2.9	Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)	66
2.10	Salute materno-infantile	72
2.11	Malattie professionali e infortuni sul lavoro	82

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

3.1	Promozione di corretti stili di vita	93
3.2	Profilassi delle malattie infettive	101
3.3	Screening oncologici	107
3.4	Salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro	115
3.5	Monitoraggio ambientale e mappatura dei rischi	117
3.6	Veterinaria e Sicurezza alimentare	124

4. Assistenza ospedaliera

4.1	La rete ospedaliera e i posti letto	129
4.2	Le dimissioni dalle strutture ospedaliere del Veneto	136
4.3	Mobilità ospedaliera con altre Regioni	142

5. Assistenza territoriale

5.1	Assistenza primaria	151
5.2	Assistenza specialistica ambulatoriale	161
5.3	Le strutture intermedie	167
5.4	Cure domiciliari	170
5.5	Cure palliative	175
5.6	Salute mentale	184
5.7	Sanità penitenziaria	188
5.8	Riabilitazione ex art. 26	192

6. Interventi in ambito socio-sanitario: impegnative di cura domiciliare e residenzialità extra ospedaliera	
6.1 Impegnative di cura domiciliare	197
6.2 La residenzialità extra-ospedaliera: anziani non autosufficienti	205
6.3 L'osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie	208
7. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici	
7.1 Assistenza farmaceutica	211
7.2 Dispositivi medici, assistenza protesica e dispositivi per autodeterminazione della glicemia	226
7.3 Prodotti destinati ad alimentazione particolare	238
8. Le reti cliniche	
8.1 Rete clinica dei trapianti	239
8.2 Rete delle malattie rare	245
8.3 Rete clinica infarto acuto del miocardio	251
8.4 Rete clinica ictus	255
8.5 Rete attività trasfusionale	259
8.6 Rete oncologica	272
8.7 Rete emergenza urgenza	281
9. Verso la sanità digitale	289
10. Il personale e la spesa socio sanitaria regionale	
10.1 Le politiche del personale del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto	295
10.2 Analisi economica del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto	302

1. Scenario socio-demografico

1.1. Popolazione e dinamiche demografiche

Quadro di sintesi

La popolazione del Veneto è di oltre 4,9 milioni di residenti; nel corso del 2014 si è sostanzialmente stabilizzata rispetto alla precedente crescita storica dovuta soprattutto al contributo della popolazione straniera.

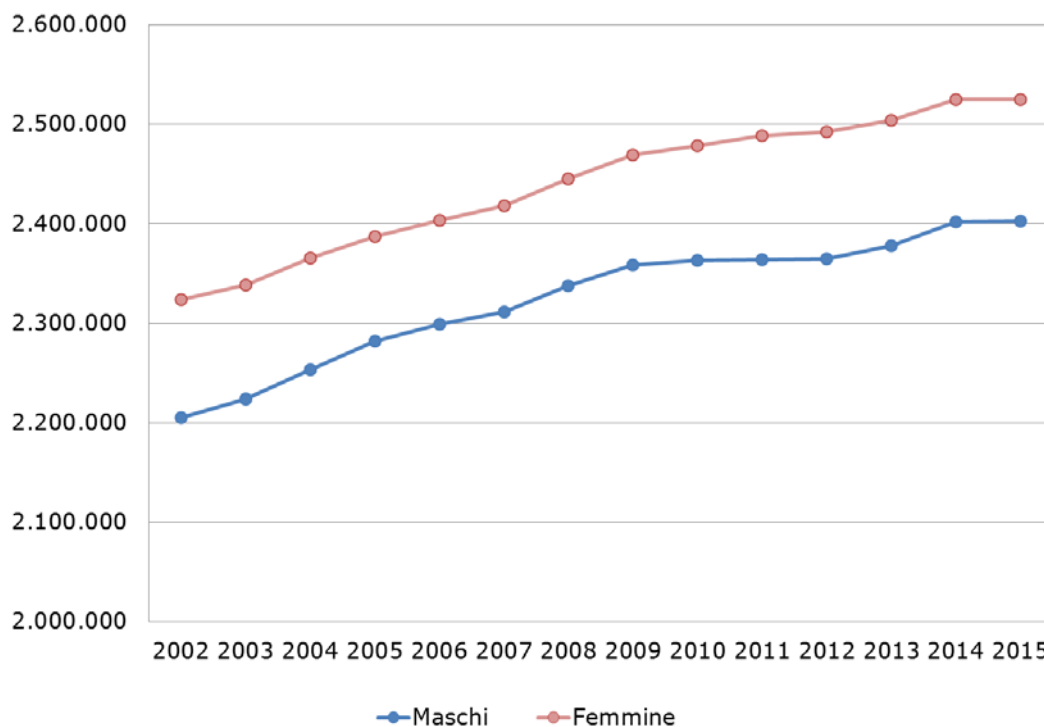
La speranza di vita risulta ancora in aumento con un conseguente incremento della popolazione in età avanzata: al 31.12.2014 i residenti con più di 64 anni erano quasi il 22% del totale con un rapporto rispetto alla popolazione 0-14 anni di 1,5 a 1.

I cittadini stranieri residenti in Veneto sono circa il 10%, in linea con gli anni più recenti.

La popolazione residente in Veneto al 1° gennaio 2014 (Fonte ISTAT) era di 4.926.818 abitanti di cui 2.402.358 (48,8%) maschi e 2.525.238 femmine (51,2%).

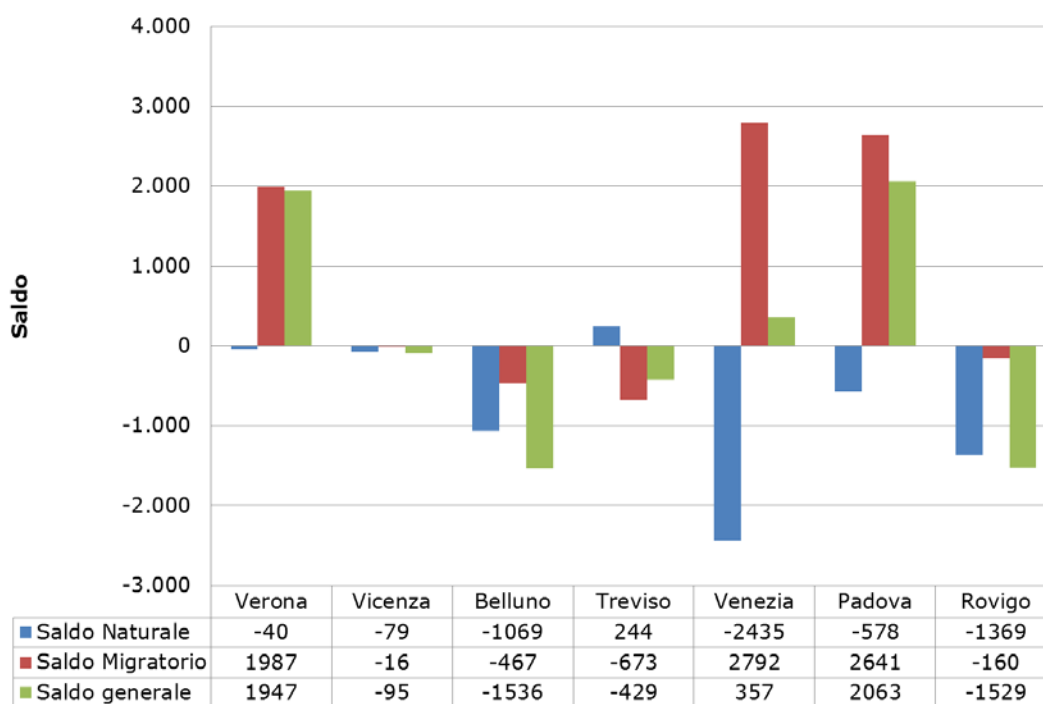
Il bilancio demografico del 2014 (saldo naturale più saldo migratorio) presenta un saldo positivo di 778 residenti: alla fine del 2014 la popolazione residente risultava quindi di 4.927.596 abitanti, con una crescita molto più contenuta rispetto agli anni precedenti (Figura 1.1).

Figura 1.1 Popolazione residente in Veneto dal 2002 al 2015 - situazione al 1° gennaio. (Fonte: ISTAT)



A livello regionale il bilancio demografico presenta un saldo naturale negativo (differenza tra numero di nati e numero di morti, -5.326) e un saldo migratorio positivo (differenza tra iscritti in anagrafe e cancellati, 6.104). Nella Figura 1.2 viene presentato il bilancio demografico nelle Province del Veneto, dal quale emerge che il saldo naturale è positivo solo per la provincia di Treviso.

Figura 1.2 Bilancio demografico delle Province del Veneto. Anno 2014. (Fonte: ISTAT)



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

La speranza di vita in Veneto è da anni in aumento. L'andamento è coerente con il dato complessivo Italiano ma con valori sempre superiori sia per gli uomini che per le donne (Figura 1.4).

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 popolose sono quelle di Chioggia (67.229 residenti), Adria (72.853 residenti) e Feltre (83.311 residenti).

L'ULSS 12 Veneziana è quella con la maggior quota di anziani (26,5%), ma l'indice di vecchiaia più alto si riscontra nella ULSS di Adria (236 anziani per 100 giovani). Altre ULSS molto anziane sono Belluno, Chioggia, Rovigo e Feltre. La zona più "giovane" è invece quella dell'Alta Padovana dove la quota di anziani è pari al 18,5% ed ha anche un

indice di vecchiaia piuttosto basso (120 anziani per 100 giovani). A seguire si trovano Asolo, Bussolengo e Ovest Vicentino (Tabella 1.1).

Figura 1.3 Piramide delle età per genere. Popolazione residente in Veneto al 1° gennaio 2014. (Fonte: ISTAT)

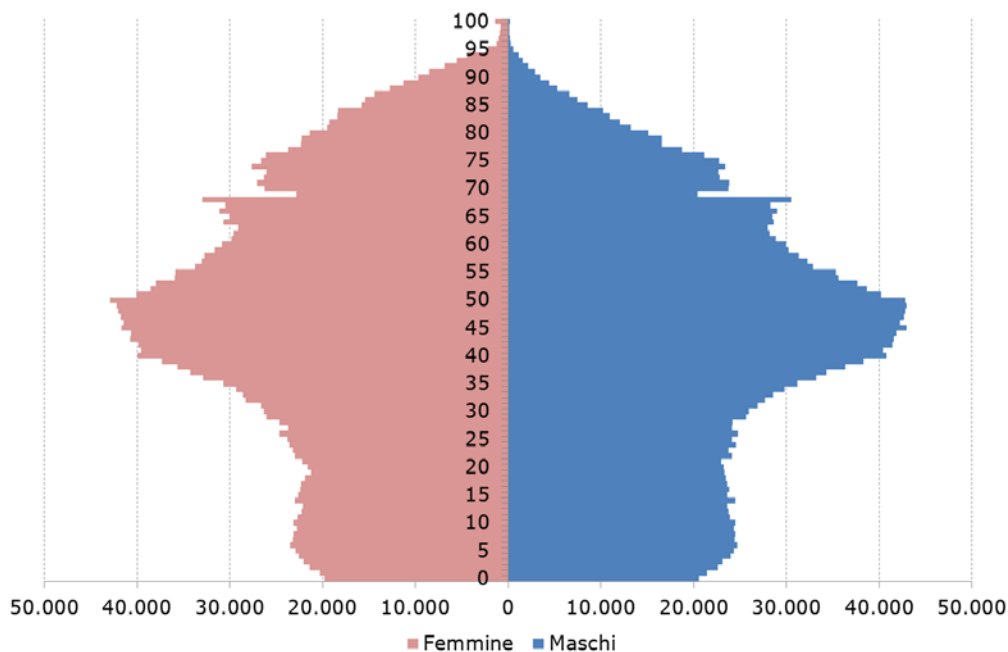


Figura 1.4 Speranza di vita alla nascita in Italia e in Veneto per genere (* dato stimato). Anni 2002-2014. (Fonte: ISTAT)

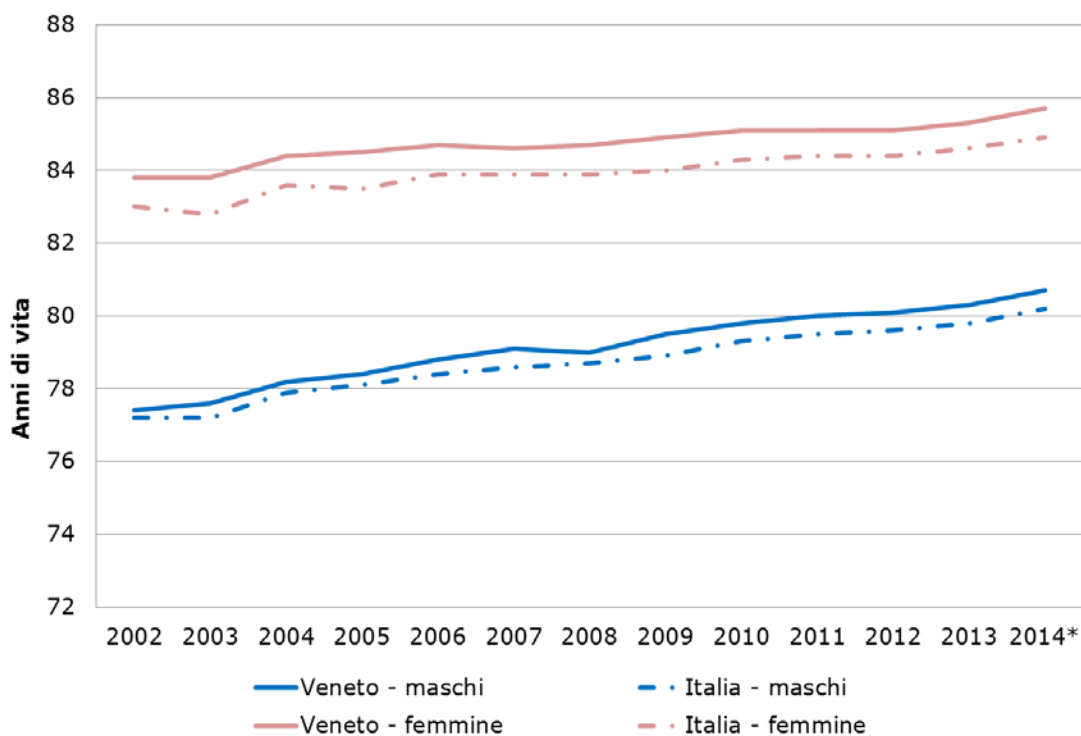


Tabella 1.1 Popolazione residente per Provincia e ULSS al 1° Gennaio 2015: distribuzione per grandi classi di età e indice di vecchiaia. (Fonte: ISTAT)

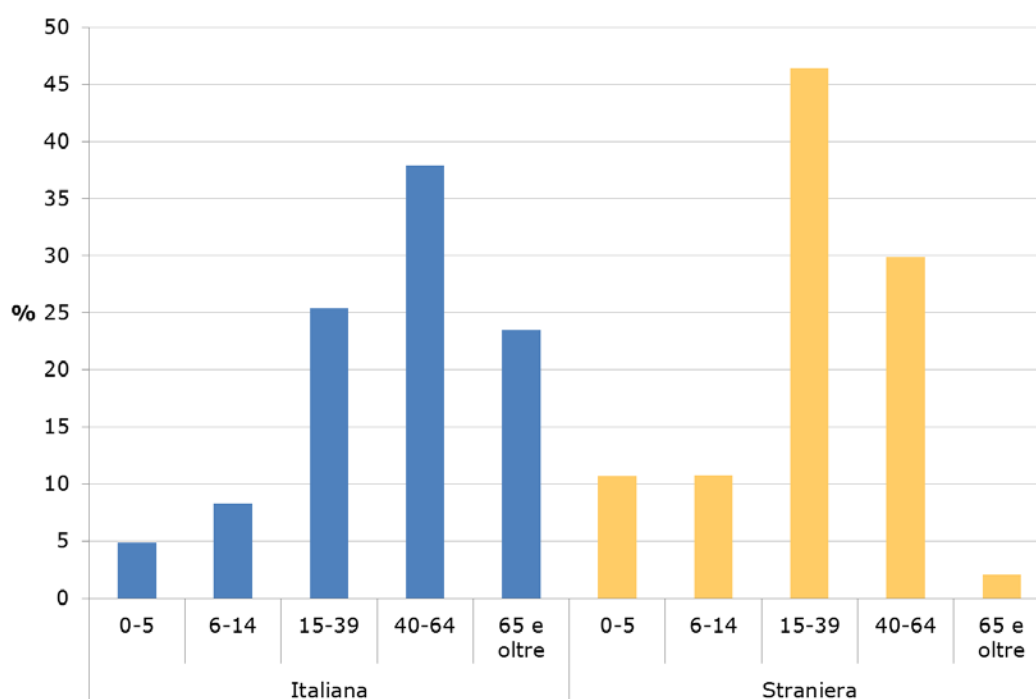
Azienda ULSS di residenza	N	Classe di Età (%)			Indice di vecchiaia
		0-14	15-64	65 +	
101-Belluno	124.583	12,0	62,7	25,3	211
102-Feltre	83.311	12,7	62,9	24,4	192
Totale Provincia di Belluno	207.894	12,3	62,7	25,0	203
103-Bassano del Grappa	180.734	14,8	64,8	20,4	138
104-Alto Vicentino	188.274	14,7	64,2	21,0	143
105 Ovest Vicentino	180.888	15,2	65,0	19,7	129
106-Vicenza	319.822	14,6	64,8	20,7	142
Totale Provincia di Vicenza	869.718	14,8	64,7	20,5	138
107-Pieve di Soligo	216.625	14,1	63,3	22,6	161
108-Asolo	251.515	15,7	65,2	19,1	122
109-Treviso	419.153	14,8	64,6	20,5	138
Totale Provincia di Treviso	887.293	14,9	64,5	20,6	139
110-Veneto Orientale	216.017	13,3	64,6	22,0	165
112-Veneziana	303.692	12,2	61,3	26,5	217
113-Mirano	271.260	14,0	64,9	21,1	151
114-Chioggia	67.229	11,4	64,7	23,9	209
Totale Provincia di Venezia	858.198	13,0	63,6	23,5	180
115-Alta Padovana	258.062	15,4	66,1	18,5	120
116-Padova	493.847	13,5	64,2	22,3	165
117-Este	183.790	12,9	64,8	22,3	173
Totale Provincia di Padova	935.699	13,9	64,9	21,2	153
118-Rovigo	172.277	11,7	64,3	23,9	204
119-Adria	72.853	10,6	64,5	25,0	236
Totale Provincia di Rovigo	245.130	11,4	64,4	24,2	213
120-Verona	473.134	14,1	63,7	22,2	158
121-Legnano	154.999	14,2	64,7	21,2	149
122-Bussolengo	295.531	15,2	65,7	19,1	126
Totale Provincia di Verona	923.664	14,4	64,5	21,0	146
Totale Regione del Veneto	4.927.596	14,0	64,4	21,7	155

Popolazione straniera

I cittadini stranieri residenti in Veneto al 1° gennaio 2014 risultavano 514.592 (Fonte ISTAT), di cui 246.862 maschi (48%) e 267.730 femmine (52%). Nel corso del 2014 le iscrizioni anagrafiche degli stranieri (nascite e immigrazioni da altre Regioni o dall'Estero) sono state superiori alle cancellazioni anagrafiche; tuttavia, per effetto di circa 20.000 acquisizioni della cittadinanza italiana il numero complessivo di stranieri residenti alla fine del 2014 risultava in calo e pari a 511.558 persone (10,4% della popolazione complessiva).

La struttura per età della popolazione straniera è più giovane di quello della popolazione italiana soprattutto nelle fasce di età infantili e lavorative (Figura 1.5).

Figura 1.5 Distribuzione per età della popolazione residente in Veneto con cittadinanza italiana e straniera al 1° gennaio 2014. (Fonte: ISTAT)



A livello di Azienda ULSS (Tabella 1.2) la quota più consistente di stranieri sull'intera popolazione residente si riscontra nell'Ovest Vicentino (14,2%), poi a Verona (13,1%), a Pieve di Soligo (11,9%) subito seguita da Asolo (11,8%). Le ULSS con minor presenza di stranieri sono Adria (4,5%), Chioggia (4,6%) e Belluno (5,8%).

Tabella 1.2 Popolazione straniera residente per Provincia e ULSS al 1° Gennaio 2014: distribuzione per grandi classi di età e percentuale sulla popolazione totale. (Fonte: ISTAT)

Azienda ULSS di residenza	N	Classi di età (%)			% stranieri su totale pop.
		0-19	20-59	60 e oltre	
101-Belluno	7.348	21,2	71,5	7,4	5,8
102-Feltre	5.978	26,7	67,7	5,6	7,1
Totale Provincia di Belluno	13.326	23,6	69,8	6,6	6,4
103-Bassano del Grappa	15.585	27,4	67,8	4,8	8,6
104-Alto Vicentino	18.192	27,6	68,1	4,3	9,7
105 Ovest Vicentino	25.707	28,6	68,5	3,0	14,2
106-Vicenza	36.104	26,7	69,1	4,2	11,3
Totale Provincia di Vicenza	95.588	27,5	68,5	4,0	11,0
107-Pieve di Soligo	25.964	28,2	67,5	4,3	11,9
108-Asolo	29.771	30,0	66,7	3,4	11,8
109-Treviso	45.810	28,1	68,0	3,9	11,0
Totale Provincia di Treviso	101.545	28,7	67,5	3,8	11,4
110-Veneto Orientale	21.365	25,0	69,4	5,6	9,9
112-Veneziana	34.778	22,6	72,6	4,8	11,5
113-Mirano	20.745	26,9	69,3	3,9	7,7
114-Chioggia	3.089	23,8	71,6	4,6	4,6
Totale Provincia di Venezia	79.977	24,4	70,8	4,8	9,3
115-Alta Padovana	26.426	28,2	68,5	3,3	10,2
116-Padova	56.319	24,3	71,4	4,3	11,5
117-Este	12.570	27,4	68,2	4,4	6,8
Totale Provincia di Padova	95.315	25,8	70,2	4,1	10,2
118-Rovigo	16.106	27,8	67,9	4,3	9,3
119-Adria	3.264	21,9	73,4	4,7	4,5
Totale Provincia di Rovigo	19.370	26,8	68,8	4,4	7,9
120-Verona	62.019	25,7	70,6	3,7	13,1
121-Legnano	16.310	29,5	66,7	3,7	10,5
122-Bussolengo	31.142	24,5	70,8	4,6	10,6
Totale Provincia di Verona	109.471	25,9	70,1	4,0	11,9
Totale Regione del Veneto	514.592	26,5	69,4	4,2	10,4

Approfondimenti

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

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

1.2. Contesto produttivo e occupazionale

Quadro di sintesi

Per effetto della crisi economica anche nel 2014 si è assistito a una perdita di imprese e di posti di lavoro, sebbene in modo rallentato rispetto agli anni immediatamente precedenti. I settori maggiormente colpiti sono quelli delle costruzioni e del manifatturiero.

Sul versante dei contratti è proseguito il ridimensionamento del lavoro intermittente per effetto della nuova regolazione introdotta con la legge 92/2012 (Riforma del lavoro).

Tra il 2008 e il 2014 sono stati complessivamente distribuiti in Veneto oltre 20 milioni di voucher: solo nel 2014 oltre 9 milioni, confermando il Veneto come la seconda regione italiana per intensità di utilizzo di questo strumento.

L'analisi dei dati del contesto produttivo-occupazionale ha grande rilevanza nell'ambito della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro. Infatti, lo stato occupazionale e la capacità di produrre un reddito è un fattore primario che influenza sia l'accesso ai servizi sanitari, sia l'adozione di stili di vita sana, sia il rischio di contrarre specifiche patologie. I dati del contesto produttivo sono inoltre necessari per la programmazione delle attività di prevenzione svolte dai singoli Servizi di Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL).

Imprese

Il perdurante deterioramento delle condizioni economiche si riflette nella perdita di imprese e di posti di lavoro. Nell'ultimo anno tale deterioramento è leggermente rallentato rispetto al trend osservato negli anni immediatamente precedenti. Nel 2014 rispetto al 2013 si è registrata una riduzione di aziende attive di circa 3.000 unità (-0,67%), particolarmente nel manifatturiero e nelle costruzioni, riduzione più contenuta rispetto a quella osservata nell'anno precedente (Tabella 1.3).

Nel 2014 si è assestato l'andamento delle domande di apertura di crisi aziendale (1.649 richieste che hanno coinvolto 35.622 dipendenti) i settori più coinvolti sono quello manifatturiero, metalmeccanico, costruzioni, ingrosso e logistica. Le procedure di crisi aziendale prevedono due esiti possibili: il collocamento dei lavoratori in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (CIGS) oppure le procedure di licenziamento collettivo; normalmente le due soluzioni vengono applicate in sequenza. Nel 2013 i licenziamenti con conseguente inserimento in lista di mobilità sono stati 11.687, nel 2014 il dato è cresciuto fino a 12.568; le ore di CIGS autorizzate sono passate da circa 50 milioni per il 2013 a 53,5 milioni per il 2014. I dati riportati in Tabella 1.3 si riferiscono alle aziende con oltre 15 dipendenti; per quanto riguarda le piccole aziende, un indicatore rilevante è il numero di richieste di accesso alla Cassa Integrazione in Deroga (CIGD), si

è osservata una contrazione delle ore autorizzate nel 2014 rispetto al 2013, essendo passate da oltre 15 milioni a meno di 10 milioni.

Tabella 1.3 Imprese attive nel IV trimestre. Veneto, anni 2009–2014 (Fonte: INFOCAMERE)

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

Lavoratori e forme contrattuali

Secondo le stime disponibili, le unità di lavoro (ULA) nel 2014 risultano in diminuzione dello 0,13% rispetto all'anno precedente, riduzione molto più contenuta rispetto a quella osservata nel 2013 rispetto al 2012 (-1,3%). Rispetto al 2008 la perdita cumulata risulta attestarsi al -4,8% e si conferma legata sostanzialmente al lavoro dipendente, dove il calo risulta del -6,8% mentre gli indipendenti aumentano dello 0,5%. La riduzione delle unità di lavoro è concentrata nelle costruzioni e nell'industria manifatturiera. Il diverso andamento del lavoro dipendente e di quello indipendente ha ovvi riflessi sui livelli di sicurezza sul lavoro, stante la diversità delle tutele e degli adempimenti previsti da parte dei datori di lavoro rispetto ai lavoratori autonomi.

Si evidenzia tra 2013 e 2014 un andamento misto per le assunzioni a lungo termine (-3,5% per tempo indeterminato, ma un +8,1% per apprendistato) e qualche segnale positivo dai contratti a termine, in particolare dai contratti di somministrazione, per i quali la variazione delle assunzioni è stata significativa (+16,9% con oltre 136 mila contratti).

L'analisi sul lungo periodo (2008-2014) mostra una persistente e pressoché generalizzata contrazione occupazionale, per quanto non manchino segnali positivi, in genere di modesta entità. Nel corso dell'intero 2014 è proseguito il ridimensionamento del lavoro intermittente per effetto della nuova regolazione introdotta con la legge 92/2012 che ha

posto fine al trend di crescita registrato fino alla sua entrata in vigore nel terzo trimestre del 2012 (-19% nel 2014 rispetto al 2013).

Il "lavoro parasubordinato" dopo il successo registrato nel corso del decennio precedente presenta un brusco arresto nella seconda metà del 2012, in corrispondenza dell'entrata in vigore della nuova disciplina sul lavoro a progetto e sulle associazioni in partecipazione 92/2012. L'andamento negativo continua per tutto il 2014 con un rilevante calo delle nuove attivazioni contrattuali (-3,3% nel 2014 rispetto al 2013) e un ulteriore assottigliamento del numero delle posizioni lavorative in essere.

Tabella 1.4 Unità di lavoro (dati in migliaia) Regolari ed irregolari. Veneto, anni 2007-2014
(Fonte: Rapporto 2014 di Veneto Lavoro su dati Istat-Prometeia)

Anno	Agricoltura	Industria in senso stretto	Costruzioni	Servizi	Totale	Dipendenti	Indipendenti
2007	107	659	201	1.366	2.333	1.654	679
2008	104	692	199	1.362	2.357	1.714	644
2009	102	631	188	1.353	2.275	1.657	617
2010	106	593	189	1.380	2.268	1.604	665
2011	105	609	190	1.382	2.286	1.633	653
2012	102	594	183	1.391	2.270	1.612	658
2013	99	586	162	1.395	2.241	1.594	647
2014	96	587	160	1.401	2.244	1.597	647
Var. % 2008-2014	-7,7%	-15,2%	-19,6%	+2,9%	-4,8%	-6,8%	+0,5%

Voucher

Tra il 2008 e il 2014 sono stati complessivamente distribuiti in Veneto oltre 20 milioni di voucher: solo nel 2014 oltre 9 milioni, confermando il Veneto come la seconda regione italiana per intensità di utilizzo di questo strumento. Inizialmente concentrato per lo più nel settore agricolo, l'utilizzo del lavoro occasionale accessorio ha conosciuto una veloce estensione ad altri ambiti occupazionali; a seguito delle modifiche normative introdotte dalla 92/2012 che abolisce quasi tutte le restrizioni. Si deve sottolineare che con il voucher il lavoratore è regolarizzato ai fini contributivi ma è a tutti gli effetti un dipendente, per cui il datore di lavoro è assoggettato a tutti gli obblighi relativi alla sicurezza sul lavoro.

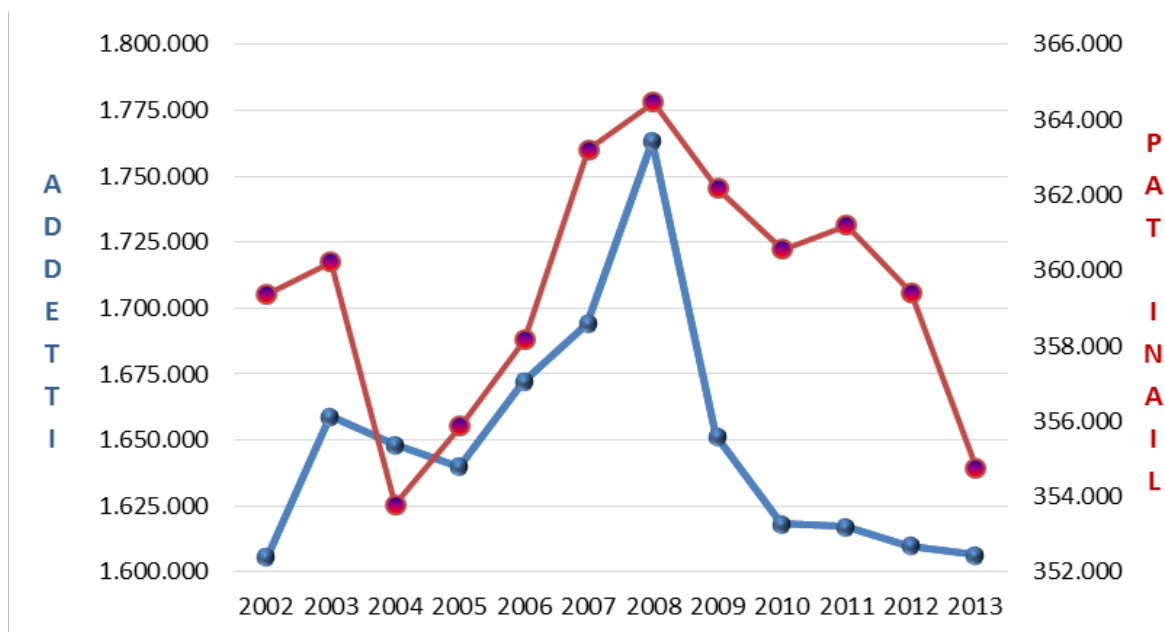
I dati dei flussi INAIL-Regioni

I flussi INAIL Regioni, avviati con il protocollo d'intesa del 2002 tra INAIL, Regioni e Province Autonome costituiscono la principale fonte informativa degli infortuni sul lavoro e per il calcolo degli indicatori di incidenza e gravità. I dati degli archivi INAIL sono relativi all'ambito assicurativo di competenza (industria e servizi) e quindi il quadro delle

aziende e degli addetti non è sovrapponibile a quello derivato dai dati di Infocamere e di ISTAT.

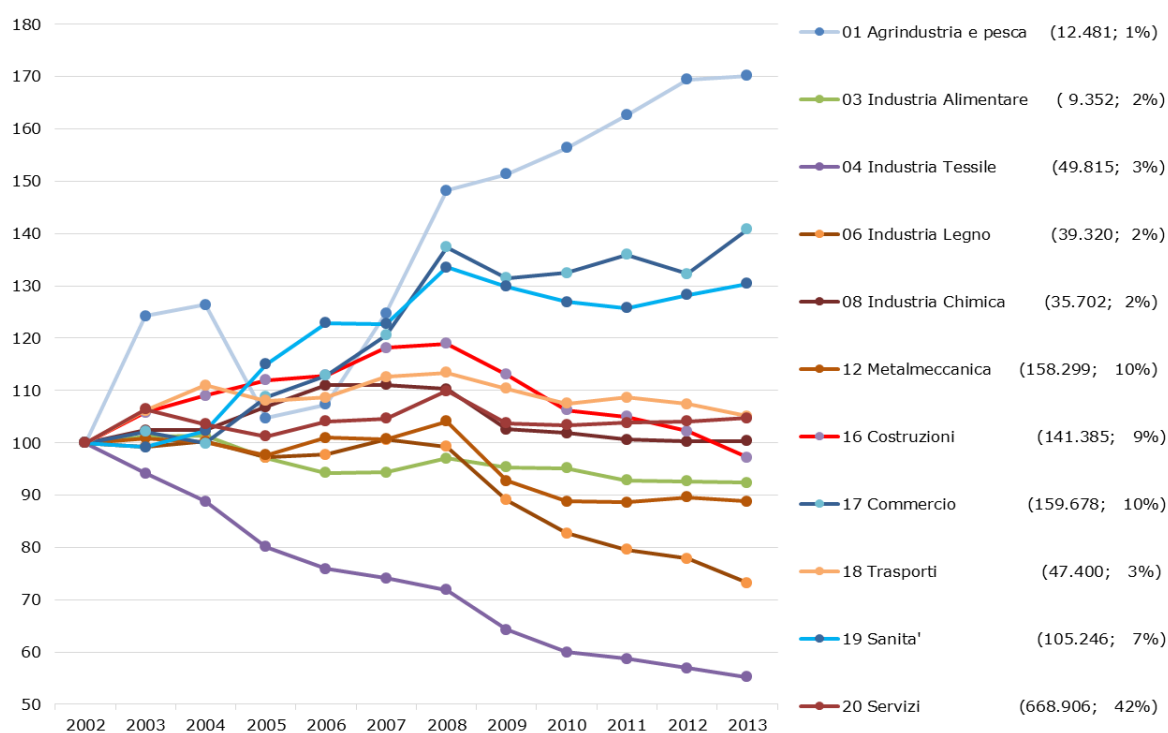
L'andamento dal 2002 al 2013 degli addetti (linea blu) e delle Posizioni Assicurative Territoriali INAIL (linea rossa) rappresentato in Figura 1.6 mette in evidenza il netto calo dopo il 2008.

Figura 1.6 Addetti totali INAIL (somma di dipendenti, artigiani e polizze speciali) e Posizioni Assicurative Territoriali (PAT). Veneto, anni 2002-2013. (Fonte: Flussi INAIL Regioni edizione giugno 2015)



In Figura 1.7 è riportato l'andamento degli addetti nei principali comparti, fatto 100 il 2002; si rileva il progressivo declino del tessile, anche prima dell'attuale crisi; metalmeccanica, costruzioni e lavorazione del legno mostrano una perdita di lavoratori dopo il 2008 mentre altri settori evidenziano un aumento (agrindustria, commercio e sanità).

Figure 1.7 – Variazioni Addetti INAIL nei principali comparti (2002=100). Tra parentesi valori assoluti percentuali anno 2013. Veneto, anni 2002-2013. (Fonte: Flussi Inail Regioni edizione giugno 2015)



Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Prevenzione e Sanità Pubblica
 Sede: Dorsoduro, 3493 – Rio Nuovo – 30123 Venezia
 Telefono: 041 2791313-4-5
 e-mail: salute.lavoro@regione.veneto.it

Programma Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale
 Sede: Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL)-ULSS 9
 Telefono: : 0422323820
 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)

Sono obbiettivi prioritari di salute:

- la promozione della salute e l'educazione a stili di vita sani con particolare riferimento all'alimentazione, all'attività motoria, alle problematiche legate all'alcolismo ed alle altre dipendenze patologiche;
- la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardio-cerebrovascolari, oncologiche, respiratorie, metaboliche, traumatologiche in ambiente domestico e stradale; (Paragrafo 3.1.1 pag 46).

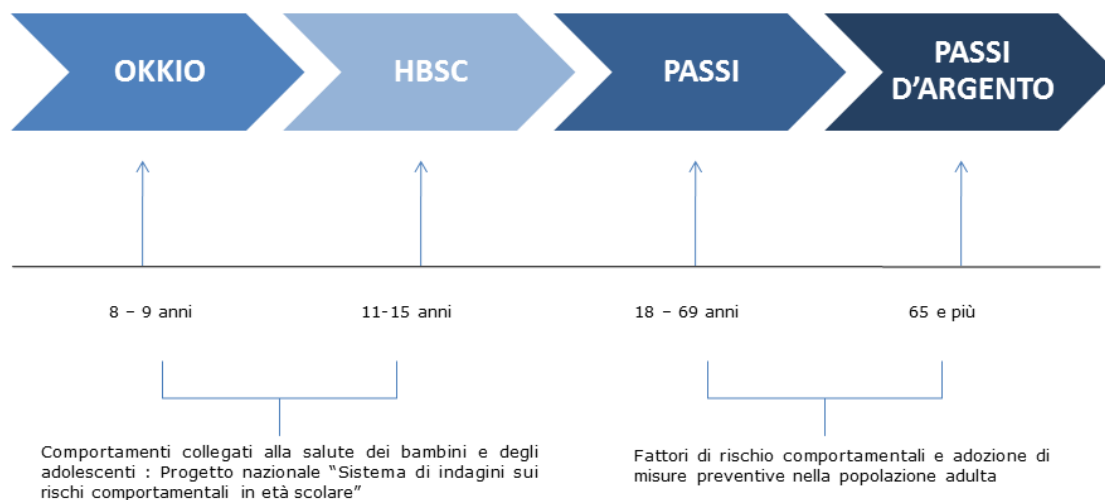
Quadro di sintesi

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'86% delle morti e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono determinate da patologie croniche, che hanno come minimo comune denominatore una scorretta alimentazione, inattività fisica, abitudine al fumo e consumo di alcol, principali fattori di rischio di malattie cronic-degenerative. In Veneto, sono attive 4 sorveglianze che permettono di monitorare nel tempo l'evoluzione dei comportamenti. In dettaglio:

- **OKKIO** è un sistema di sorveglianza della popolazione in età scolastica al quale collaborano tutte le regioni e province autonome. Il sistema di sorveglianza "OKkio alla Salute", nell'ambito di un progetto più ampio "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", raccoglie i dati sullo stato nutrizionale, gli stili alimentari e di vita dei bambini che frequentano le terze classi delle scuole primarie (8-9 anni). OKkio è stato realizzato per la prima volta nel 2008, ripetuto nel 2010, nel 2012 e nel 2014 ed è condotto dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss del Veneto.
- **HBSC**. Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) sullo stato di salute e sugli stili di vita dei giovani in età scolare è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La ricerca viene ripetuta ogni quattro anni e nel 2000 è stata realizzata per la prima volta in Italia, segnatamente nel Veneto. L'indagine HBSC ha come obiettivo primario quello di studiare i comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute degli adolescenti (11-13 e 15 anni) ed indagare i fattori che li possano influenzare, individuando una serie di indicazioni scientificamente fondate che possano costituire uno dei criteri sui quali strutturare le politiche sociali e sanitarie a favore dei giovani adolescenti. Gli ultimi dati disponibili sono relativi al 2014.
- **PASSI** è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta al quale collaborano tutte le regioni e province autonome. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Personale delle Ulss, specificatamente formato, effettua interviste telefoniche con un questionario standardizzato ad un campione rappresentativo della popolazione tra i 18 e i 69 anni. Dall'inizio della sorveglianza, aprile 2007, alla fine del 2014, nel Veneto, sono state intervistate circa 37.000 persone.
- **PASSI D'ARGENTO** è un sistema di sorveglianza della popolazione anziana al quale collaborano quasi tutte le regioni e province autonome. E' condotta, tramite intervista diretta o telefonica, dal personale dei Dipartimenti di

Prevenzione e dei Servizi Sociali delle Ulss. Obiettivi della sorveglianza sono fornire periodicamente informazioni sulla qualità della vita e sulla salute nella terza età. La Regione del Veneto partecipò alla sperimentazione nel biennio 2008-2010 con l'ULSS 15; nel 2012 la sorveglianza è stata estesa a tutte le Ulss del Veneto con l'adesione di 19 delle 21 Ulss del Veneto. Tra ottobre 2012 e febbraio 2013 sono state raccolte 1.060 interviste.

Figura 2.1 I sistemi di sorveglianza attivi in Italia e in Veneto nell'ambito del monitoraggio degli stili di vita



Abitudine al fumo

Nel 2014, il 56% della popolazione intervistata in Veneto, tra i 18 e 69 anni, non ha mai fumato; il 22% dichiara di essere un ex fumatore, e meno di un quarto (22%) fuma. Tale percentuale stima una fetta importante della popolazione veneta (729.000 persone) che necessita di un'attenzione particolare in termini di prevenzione e assistenza.

Dal 2008 al 2014 la proporzione di giovani fumatori (tra i 18 e 24 anni) si è sensibilmente ridotta, passando dal 34% al 28%, con una diminuzione di circa 6 punti percentuali.

Figura 2.2 Abitudine al fumo. Pop. 18-69 anni. (Fonte: Passi 2014 Veneto)

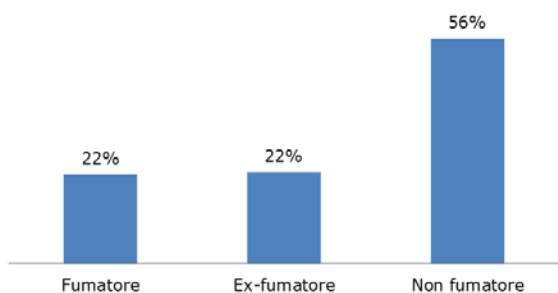
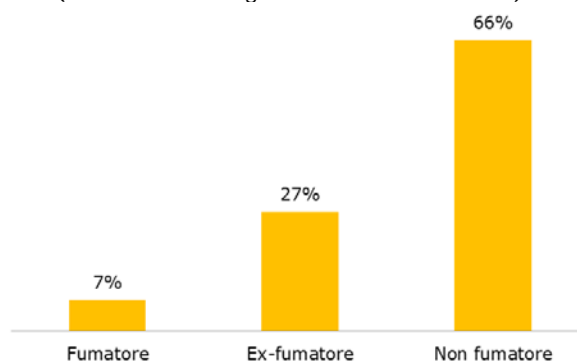


Figura 2.3 Abitudine al fumo. Pop. 65 anni e più (Fonte: Passi d'argento 2012-2013 Veneto)

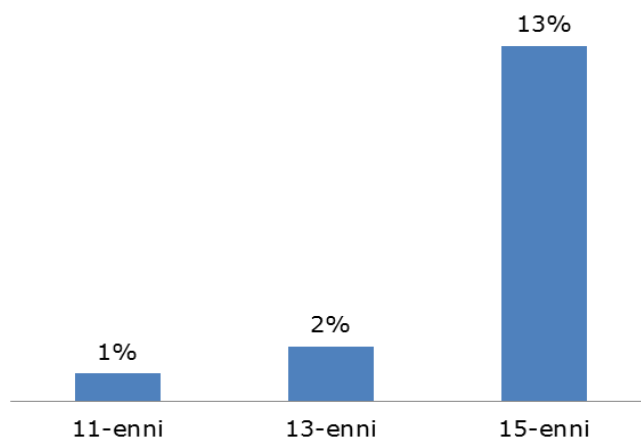


Nel 2013 tra gli ultrasessantacinquenni, il 66% non ha mai fumato, il 27% dichiara di essere ex-fumatore e il 7% fuma. Nel confronto con la media del pool nazionale, nel Veneto si riscontrano percentuali di fumatori inferiori sia nella fascia di età indagata da PASSI (2014) che in quella di Passi D'Argento (2013). Inoltre, dal 2008 ad oggi, la percentuale di fumatori in età adulta si sta lentamente riducendo: ciò è dovuto soprattutto ad una diminuzione nelle classi di età più giovani.

Tabella 2.1 Percentuali di fumatori. Popolazione 18-69 anni.
(Fonte: Passi 2008-2014 Veneto)

Fumatori Regione Veneto	2008 % (IC 95%)	2009 % (IC 95%)	2010 % (IC 95%)	2011 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2013 % (IC 95%)	2014 % (IC 95%)
TOTALE	25,9 (24,4-27,5)	24,9 (23,6-26,1)	24,0 (22,7-25,3)	24,5 (23,3-25,7)	23,6 (22,4-24,8)	23,4 (22,1-24,6)	21,9 (20,7-23,2)
nei due sessi							
Uomini	30	30	28	28	28	27	26
Donne	22	20	20	21	20	19	18
nelle classi di età							
18-24 anni	36	34	32	35	29	29	28
25-34 anni	34	32	32	32	30	29	26
35-49 anni	26	25	23	24	24	23	23
50-69 anni	19	19	18	18	19	20	17
nei diversi livelli di istruzione							
Nessuna/elementare	16	18	17	15	18	15	19
Media inferiore	30	29	26	28	27	28	25
Media superiore	28	26	26	26	24	23	23
Laurea	20	15	18	19	19	19	15
nelle diverse situazioni economiche							
Molte difficoltà	36	37	41	34	38	37	31
Qualche difficoltà	29	27	26	26	26	26	24
Nessuna difficoltà	23	22	21	23	19	19	19

Nel 2014, secondo l'indagine HBSC del 2014, i 15enni che dichiarano di aver sperimentato il fumo sono più del doppio dei 13enni. I valori più alti di sperimentazione di tabacco si riscontrano nei maschi per tutte le età considerate. Come la sperimentazione anche l'abitudine al fumo cresce velocemente all'aumentare dell'età. Il consumo quotidiano di tabacco è quasi assente nel campione degli 11enni (1%) e dei 13enni (2%), mentre è presente nel 13% dei 15enni.

Figura 2.4 Abitudine al fumo. Popolazione 11-15 anni. (Fonte: HBSC 2014 Veneto)

Consumo di alcol

Nel 2014, il 63% degli intervistati tra i 18 e i 69 anni dichiara di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese. Complessivamente il 24% degli intervistati viene definito consumatore a maggior rischio: consumo fuori pasto e/o abituale elevato e/o "binge" (negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)).

I comportamenti binge risultano più diffusi tra i più giovani nella fascia di 18-24 anni (22%), negli uomini (19% vs 7% nelle donne) e nelle persone con un alto livello di istruzione e senza difficoltà economiche.

Tra ottobre 2012 e febbraio 2013, il 49% della popolazione di 65 anni e più dichiara di consumare alcol soprattutto tra gli uomini (67% vs 37% donne).

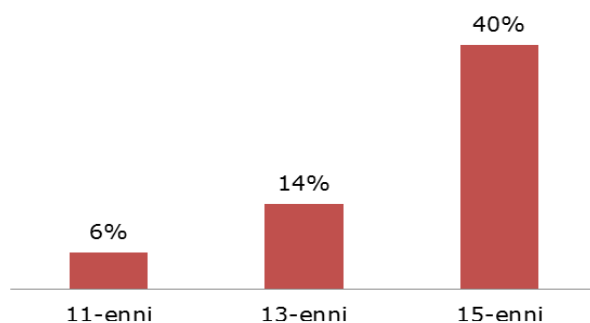
Complessivamente il 26% degli ultra 65enni è un bevitore a rischio, consuma più di una unità alcolica al giorno, percentuale maggiore della media del pool nazionale (19%).

Tabella 2.2 Consumo di alcol. Popolazione 18-69 anni. (Fonte: Passi 2010-2014 Veneto)

Consumo di alcol Regione Veneto	2010 % (IC 95%)	2011 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2013 % (IC 95%)	2014 % (IC 95%)
Bevuto più di 1 unità alcolica nell'ultimo mese	65,6 (64,2-66,9)	64,9 (63,6-66,2)	63,5 (62,2-64,8)	63,6 (62,2-64,9)	62,5 (61,1-63,9)
bevitori prevalentemente fuori pasto	12,3 (11,3-13,1)	12,6 (11,8-13,5)	13 (12,1-13,9)	12 (11,2-12,9)	12,5 (11,7-13,4)
bevitori binge	12,1 (11,2-13,1)	12 (11,1-12,9)	12,4 (11,5-13,4)	12,4 (11,4-13,3)	12,7 (11,8-13,7)

Secondo i dati HBSC 2014, in Veneto i giovani che hanno riferito di aver consumato 5 bicchieri o più di bevande alcoliche in una unica occasione sono il 19%. Il consumo binge aumenta con l'aumentare dell'età, si passa infatti dall'1% degli 11enni al 14% dei 13enni per arrivare al 40% dei 15enni. Il consumo di alcol è più diffuso tra i maschi.

Figura 2.5 Consumo di 5 bicchieri o più di bevande alcoliche in una unica occasione. Popolazione 11-15 anni. (Fonte: HBSC 2014 Veneto)



Attività fisica

Nel 2014 in Veneto il 33% delle persone intervistate tra i 18 e i 69 anni ha uno stile di vita attivo: svolge un lavoro pesante o pratica l'attività fisica settimanale raccomandata (almeno 30' di attività moderata al giorno per 5 giorni oppure attività intensa per più di 20' per almeno 3 giorni). Il 44% pratica attività fisica in quantità inferiore alle raccomandazioni (parzialmente attivo) e il 23% è completamente sedentario.

Figura 2.6 Livello di Attività Fisica (Fonte: Passi 2014 Veneto)

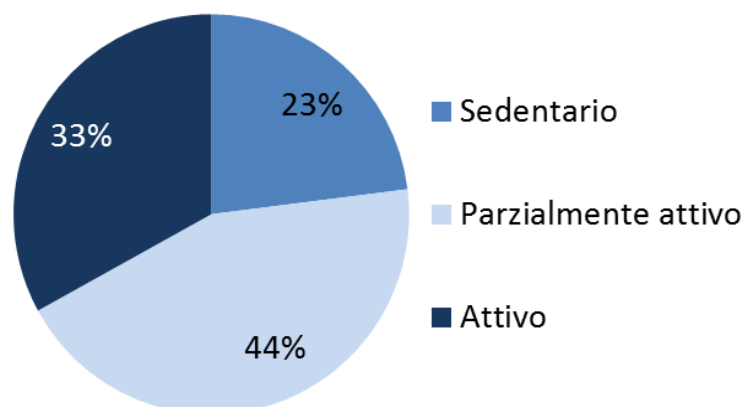


Tabella 2.3 Percentuale di sedentari. Popolazione 18-69 anni.
(Fonte: Passi 2008-2014 Veneto)

Sedentari	2008 % (IC 95%)	2009 % (IC 95%)	2010 % (IC 95%)	2011 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2013 % (IC 95%)	2014 % (IC 95%)
TOTALE	25,0 (23,8-26,8)	25,5 (24,4-26,8)	23,2 (22,0-24,5)	23,9 (22,6-25,1)	22,8 (21,6-24,0)	23,4 (22,2-24,7)	22,5 (21,3-23,8)
nei due sessi							
Uomini	23	24	22	23	21	22	21
Donne	27	27	25	25	25	25	24
nelle classi di età							
18-34 anni	24	22	20	21	20	21	17
35-49 anni	24	26	23	25	22	24	21
50-69 anni	27	28	26	25	26	25	27
nei diversi livelli di istruzione							
Nessuna/elem.	32	33	28	31	32	25	32
Media inferiore	27	30	27	26	25	27	27
Media super.	23	23	21	22	21	23	20
Laurea	20	16	19	17	18	17	17
nelle diverse situazioni economiche							
Molte difficoltà	30	28	33	32	27	33	29
Qualche diffic.	29	29	26	28	24	25	25
Nessuna diffic.	23	23	21	21	21	20	20

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 si assiste ad una lieve diminuzione della sedentarietà, soprattutto tra i giovani e le persone con minori difficoltà economiche e maggiore livello di istruzione. I comportamenti degli adolescenti, (dati HBSC 2014), sono in linea con la tendenza evidenziata in letteratura, secondo cui in adolescenza l'attività fisica diminuisce rispetto alle età preadolescenziali e infantili. Nello specifico, i 15enni che svolgono almeno un'ora di attività fisica per 5 o più giorni a settimana sono il 24%, tale percentuale è più alta nei 13enni (29%) e negli 11enni (28%). In tutte le età considerate risulta che i ragazzi sono più attivi delle loro coetanee. Gli adolescenti che svolgono attività fisica al di fuori dell'orario scolastico per 2 o più volte a settimana sono il 65%, anche in questo caso tale percentuale diminuisce con l'aumentare dell'età, si passa infatti dal 71% degli 11enni al 60% dei 15enni (Figura 2.7). In Veneto nel 2014 secondo OKkio alla Salute, il 10% dei bambini, tra gli 8 e i 9 anni, risulta non attivo ovvero non ha svolto attività motoria a scuola e/o attività sportiva strutturata e/o ha giocato all'aperto nel pomeriggio il giorno precedente la rilevazione. Il 22% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata (Figura 2.8). Entrambe queste attività sono svolte con maggiore frequenza dai maschi.

Figura 2.7 Attività fisica al di fuori dell'orario scolastico per due o più volte a settimana (Fonte: HBSC 2014 Veneto)

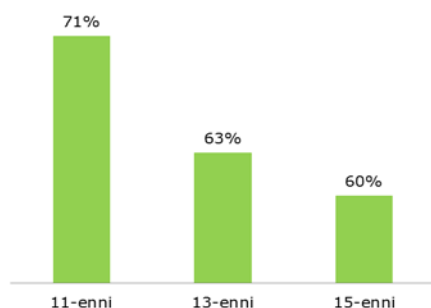
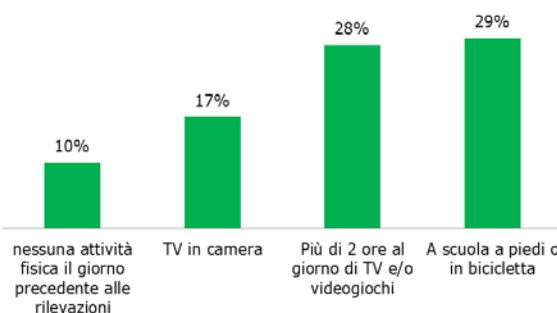


Figura 2.8 Attività fisica e sedentarietà. Popolazione 8-9 anni. (Fonte: OKkio alla Salute 2014 Veneto)



Alimentazione

Eccesso ponderale: nel 2014, in Veneto il 4% delle persone intervistate tra i 18 e 69 anni risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 29% sovrappeso e il 10% obeso. 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).

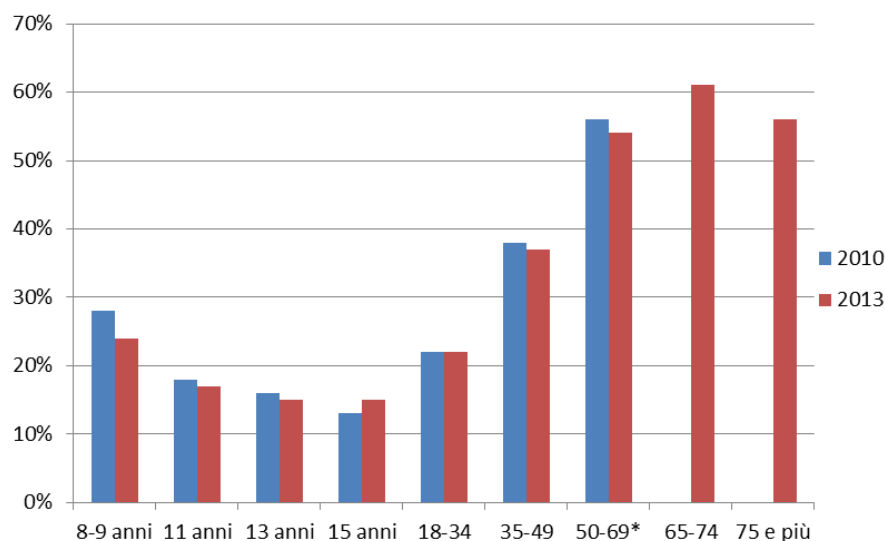
L'eccesso ponderale è significativamente più frequente col crescere dell'età (nella fascia 50-69 anni il 54% delle persone sono in eccesso ponderale), negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone con difficoltà economiche. Negli anni, la percentuale di persone in eccesso ponderale non si è modificata ed è sempre molto rilevante nelle fasce di età con bassa scolarizzazione.

Consumo di frutta e verdura: in Veneto, il 46% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 41% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 11% le 5 porzioni raccomandate. L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa nelle persone tra i 50 e 69 anni e nelle donne. Non emergono differenze legate alla condizione economica e alla situazione ponderale. Tra gli ultra 65enni, il 17% dichiara di mangiare le 5 o più porzioni giornaliere raccomandate di frutta e verdura, il 46% 3-4 volte, il 36% 1-2 e l'1% nessuna.

Il consumo quotidiano di frutta e verdura, negli adolescenti, è più diffuso tra gli 11enni (55%), rispetto ai 13enni (50%) e ai 15enni (53%) (Dati HBSC).

Tabella 2.4 Popolazione (18-69 anni) in eccesso ponderale. (Fonte: Passi 2008-2014 Veneto)

Popolazione in eccesso ponderale	2008 % (IC 95%)	2009 % (IC 95%)	2010 % (IC 95%)	2011 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2013 % (IC 95%)	2014 % (IC 95%)
TOTALE	40,2 (38,6-41,8)	40,1 (38,8-41,5)	39,7 (38,2-41,0)	41,7 (40,4-43,0)	40,3 (38,8-41,7)	39,7 (38,3-41,0)	38,9 (37,6-40,4)
nei due sessi							
Uomini	52	51	51	54	50	49	49
Donne	30	29	28	30	30	30	29
nelle classi di età							
18-34 anni	23	23	22	23	21	22	21
35-49 anni	40	40	38	41	40	37	36
50-69 anni	57	54	56	56	55	54	54
nei diversi livelli di istruzione							
Nessuna/elem	62	59	61	61	61	63	61
Media inferiore	47	48	46	48	48	47	49
Media superiore	35	33	34	36	34	34	34
Laurea	29	25	26	30	28	29	24
nelle diverse situazioni economiche							
Molte difficoltà	45	48	46	51	42	49	55
Qualche diffic.	47	43	41	45	45	41	41
Nessuna diffic.	37	37	37	39	36	37	35

Figura 2.9 Persone in eccesso ponderale per classi d'età in Veneto (*nel 2013 l'intervallo è 50-64)
 (Fonti: PASSI 2013 – PASSI d'Argento 2012-2013 - OKkio alla Salute 2014 – HBSC 2013-2014 Veneto)


In tutte le età risulta che le ragazze consumano più frutta e verdura (59% le ragazze e 46% i ragazzi). I genitori dei bambini tra gli 8 e i 9 anni riferiscono che il 31% dei bambini consuma frutta 2-3 volte al giorno; il 27% una sola porzione al giorno. Per quanto riguarda la verdura i genitori riferiscono il 25% dei bambini ne consuma 2-3 volte al giorno; il 34% solo una volta al giorno.

Rischio cardiovascolare

Iperensione: In Veneto, nel 2014, il 57% degli ultra 65enni riferisce di soffrire di ipertensione. La percentuale varia tra uomini e donne, cresce con l'età, in presenza di difficoltà economiche, di un basso livello di istruzione e di eccesso ponderale. Il 20% degli intervistati di 18-69 anni che hanno effettuato la misurazione della pressione arteriosa (PA) riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa. Tra i 50-69 anni, circa il 40% dichiara di essere iperteso. Tra le persone in sovrappeso, la percentuale di ipertesi è circa 3 volte quella riscontrata tra le persone normopeso. Il 74% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico.

Ipercolesterolemia: Tra le persone di 18-69 anni, che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 26% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia. Questa patologia cresce con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e in eccesso ponderale (BMI ≥ 25). Nel 2014 in Veneto, il 29% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

Tabella 2.5 Percentuale di intervistati con fattori di rischio cardiovascolare in Veneto, anni 2012-2013 (tra parentesi Intervallo di confidenza al 95%)
(Fonte: Passi 2014 e Passi d'Argento)

Fattori di rischio cardiovascolare	18-69 anni PASSI (IC 95%)	65 anni e più PASSI d'Argento (IC 95%)
Iperensione arteriosa	20,4 (19,3-21,6)	56,5 (52,5-60,5)
Ipercolesterolemia	26,2 (24,9-27,6)	//
Sedentarietà	23,4 (22,2-24,6)	//
Fumo	23,4 (22,2-24,7)	7,2 (5,5-8,9)
Sovrappeso	29,6 (28,3-30,9)	43,5 (40,5-46,4)
Obeso	10,0 (9,2-10,9)	15,4 (13,3-17,5)
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	87,5 (86,5-88,4)	83 (79,3-86,5)

Approfondimenti

Monografie PASSI

<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/sistemi-di-sorveglianza>
www.epicentro.iss.it/passi

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica
Sede: Dorsoduro, n. 3494/a, 30123 Venezia
Telefono: 0412791352-1353
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)

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

Quadro di sintesi

Le principali cause di morte sono rappresentate dai tumori negli uomini e dalle malattie circolatorie nelle donne. Nel periodo 2000-2013 si è registrato un forte calo della mortalità per tumore del polmone negli uomini, ma non nelle donne. 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, negli ultimi anni si è riportata ai livelli registrati all'inizio del periodo di osservazione.

32

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. Dal 2007 la codifica viene effettuata secondo la decima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-10). Una volta completate tali procedure, viene restituita alle singole Aziende ULSS la sezione dell'archivio informatizzato di propria competenza. I dati regionali di mortalità, aggiornati al 2013, sono consultabili sul sito web del SER; sono attualmente in corso la codifica ed il data entry delle schede del 2014.

Le principali cause di morte nel periodo 2010-2013 sono rappresentate dai tumori negli uomini e dalle malattie circolatorie nelle donne. Il tumore del polmone causa circa il 9% 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. I tumori del grosso intestino, pur presentando tassi standardizzati in 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.

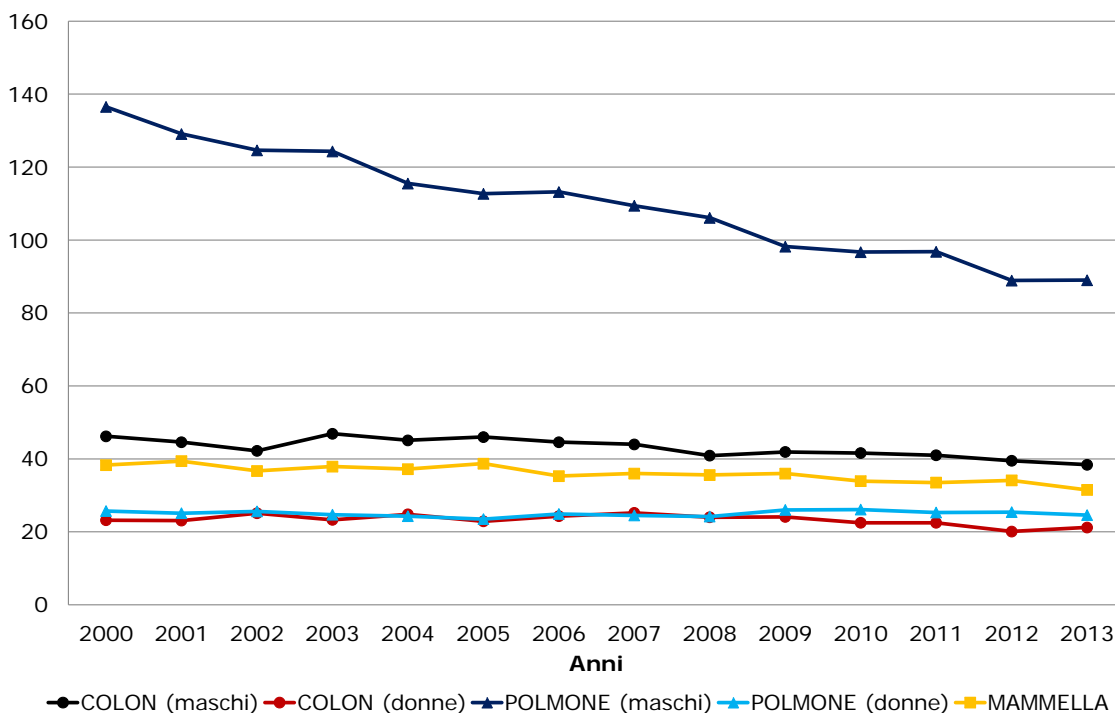
Tra le malattie circolatorie, le più presenti sono le cardiopatie ischemiche: l'infarto acuto del miocardio, altre cardiopatie ischemiche acute e le cardiopatie ischemiche croniche. Le

malattie cerebrovascolari (ictus ed esiti di ictus) rappresentano un'altra importante classe di patologie circolatorie, che rendono conto di una quota rilevante di decessi soprattutto tra le donne in età avanzata. Nel tempo si riscontra 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. 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 indicate come causa iniziale del decesso.

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, periodo 2010-2013 (Fonte: SER)

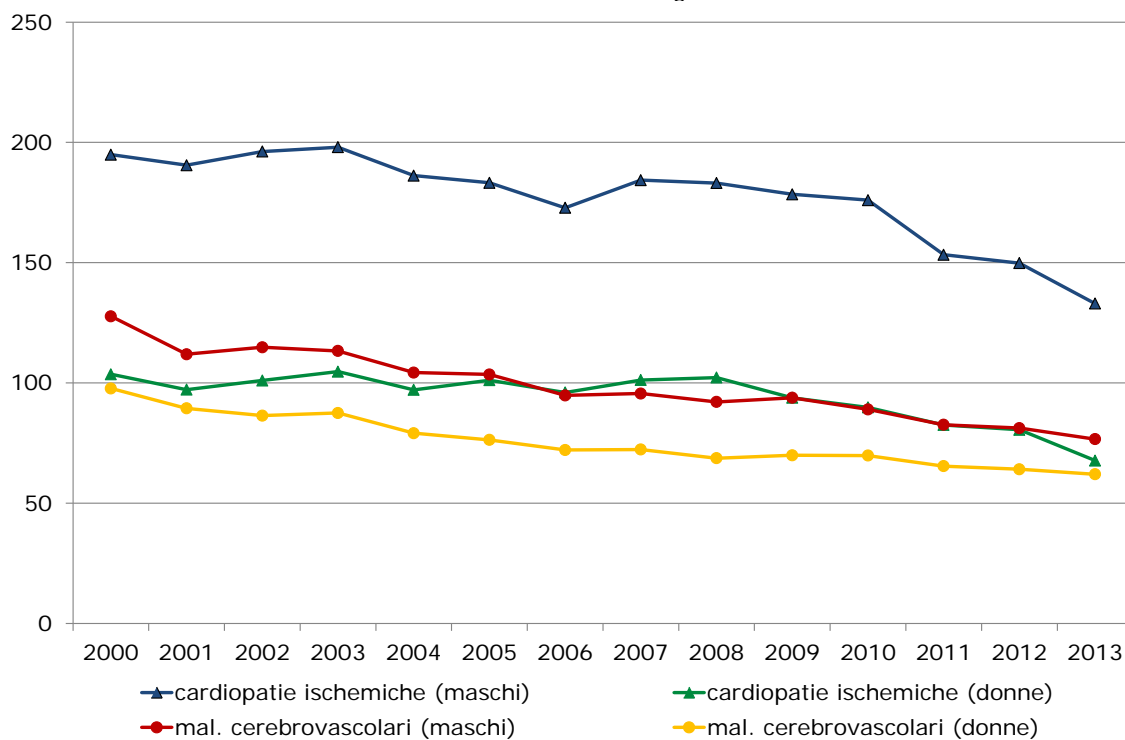
Cause di morte	Maschi			Femmine		
	N	%	TO	N	%	TO
ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	1.803	2,1	19,0	2.114	2,2	21,2
TUMORI	31.153	36,1	329,0	25.011	26,2	251,0
Tumore maligno di colon, retto e ano	3.252	3,8	34,3	2.709	2,8	27,2
Tumore maligno di fegato e dotti biliari intraepatici	2.254	2,6	23,8	1.070	1,1	10,7
Tumore maligno del pancreas	2.035	2,4	21,5	2.102	2,2	21,1
Tumore maligno di trachea, bronchi e polmone	7.772	9,0	82,1	3.014	3,2	30,3
Tumore maligno della mammella				3.947	4,1	39,6
Tumore maligno della prostata	1.972	2,3	20,8			
MAL. ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	3.103	3,6	32,8	3.906	4,1	39,2
Diabete mellito	2.439	2,8	25,8	2.923	3,1	29,3
DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	2.392	2,8	25,3	5.033	5,3	50,5
Demenza	2.135	2,5	22,5	4.781	5,0	48,0
MAL. DEL SISTEMA NERVOSO	2.995	3,5	31,6	4.195	4,4	42,1
Malattia di Parkinson	772	0,9	8,2	702	0,7	7,0
Malattia di Alzheimer	1.024	1,2	10,8	2.109	2,2	21,2
MAL. DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	27.789	32,2	293,5	37.701	39,5	378,4
Malattie ipertensive	2.983	3,5	31,5	5.957	6,2	59,8
Cardiopatie ischemiche	11.168	12,9	117,9	11.774	12,3	118,2
Altre malattie cardiache	6.297	7,3	66,5	9.004	9,4	90,4
Malattie cerebrovascolari	5.858	6,8	61,9	9.518	10,0	95,5
MAL. DEL SISTEMA RESPIRATORIO	6.468	7,5	68,3	6.409	6,7	64,3
Polmonite	1.726	2,0	18,2	2.198	2,3	22,1
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	2.798	3,2	29,5	2.053	2,2	20,6
MAL. APPARATO DIGERENTE	3.348	3,9	35,4	3.599	3,8	36,1
Cirrosi epatica e altre malattie croniche del fegato	1.533	1,8	16,2	885	0,9	8,9
MAL. DELL'APPARATO GENITOURINARIO	1.155	1,3	12,2	1.462	1,5	14,7
CAUSE ESTERNE DI MORBOSITA' E MORTALITA'	4.333	5,0	45,8	2.803	2,9	28,1
Accidenti da trasporto	1.127	1,3	11,9	329	0,3	3,3
Autolesioni intenzionali	1.185	1,4	12,5	352	0,4	3,5
TUTTE LE CAUSE	86.330	100,0	911,7	95.393	100,0	957,4

Figura 2.10 Mortalità per tumore al polmone, colon-retto e della mammella: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2013, standardizzazione diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007



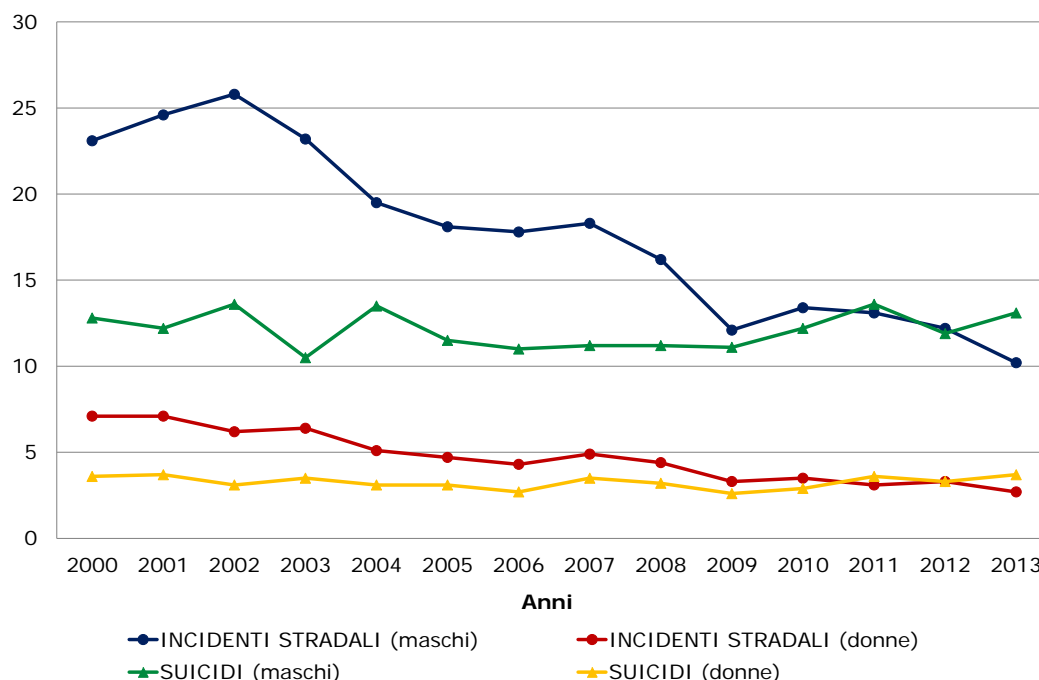
34

Figura 2.11 Mortalità per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2013, standardizzazione diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007



La mortalità per incidenti stradali si è più che dimezzata; comunque costituisce 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 2012-2013.

Figura 2.12 Mortalità per incidenti stradali e suicidi: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2013, standardizzazione diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007



Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Decreto Del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285](#) recante: "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria", Capo I Denuncia della causa di morte e accertamento dei decessi.

La gestione centralizzata del flusso di mortalità è stata istituita nel Veneto con Circolare del Segretario Regionale Sanità e Sociale del 17 febbraio 2006.

Approfondimenti

[Sezione dedicata alla mortalità](#) nel sito Internet del SER (www.ser-veneto.it)

Rapporto SER "[La mortalità nella Regione del Veneto - Periodo 2007-2010](#)", marzo 2013.

Rapporto SER "[La mortalità nella Regione del Veneto – Aggiornamento 2011](#)", marzo 2013.

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale
 Direzione 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)

Nell'ambito delle malattie infettive sono individuati i seguenti obiettivi di salute:

- sorvegliare l'andamento della malattia tubercolare;
- ridurre le malattie sessualmente trasmissibili, con particolare riguardo all'infezione HIV e HPV;
- implementare il sistema di sorveglianza delle meningiti;
- sostenere il controllo e l'eradicazione delle malattie infettive "emergenti" (Paragrafo 3.4.1 pag 88)

Quadro di sintesi

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

Il Sistema Informativo per le Malattie Infettive (SIMI) stabilisce l'obbligo di notifica, definendone modalità e tempi per 47 malattie infettive classificate in 4 classi in base alla rilevanza di sanità pubblica e al loro interesse sul piano nazionale ed internazionale; prevede inoltre una quinta classe che comprende malattie non specificamente menzionate nei gruppi precedenti e le zoonosi dal regolamento di Polizia Veterinaria. Nella Regione Veneto la notifica delle malattie infettive viene effettuata utilizzando un apposito applicativo informativo SIMIWEB adottato dal 2006 in tutte le Aziende Ulss. Tale strumento prevede, per l'inserimento per ogni malattia dei dati anagrafici offerti dalla scheda di segnalazione ma anche quelli più approfonditi della scheda di "flusso speciale" per la tubercolosi, le malattie batteriche invasive e la malaria. Le schede di sorveglianza di altre malattie come morbillo e rosolia, West-Nile, influenza, epatiti vengono invece inserite in applicativi dedicati predisposti dall'Istituto Superiore di Sanità. E' attivo nella nostra Regione un sistema di sorveglianza delle forme batteriche invasive dovute ai tre principali agenti responsabili di meningite: lo Streptococco pneumoniae, la Neisseria meningitidis e l'Haemophilus influenzae, al fine di monitorare e dare un profilo completo dell'andamento epidemiologico di questa malattia.

Nella regione Veneto è attivo un applicativo regionale per la gestione delle vaccinazioni ONVAC. Tale programma esteso e utilizzato da tutte le Aziende Ulss della regione consente il monitoraggio delle vaccinazioni e delle coperture vaccinali in tempo reale, garantito da un'anagrafe vaccinale centralizzata in costante aggiornamento.

Malaria

Il Programma Regionale pone particolare attenzione alla sorveglianza della malaria e all'attuazione delle azioni di prevenzione nei confronti di questa malattia particolarmente grave e ad esito fatale, come confermato dai dati dell'ultimo rapporto dell'Oms (anno 2012): si stimano infatti nel mondo circa 207 milioni di nuovi casi e oltre 600 mila decessi. A partire dal 2006 la sorveglianza della malaria nella Regione Veneto si basa sul flusso integrato sia della scheda di notifica raccolta utilizzando l'applicativo informatico SIMIWEB che della scheda ministeriale di "flusso speciale" che contiene, oltre alle informazioni presenti nella scheda di notifica, anche i dati relativi all'ospedalizzazione del malato, alla terapia somministrata, alle eventuali misure di profilassi adottate durante il soggiorno. Analizzando i dati del Veneto relativi al periodo 1993 - 2013 si osserva che i casi di malaria si sono verificati prevalentemente in cittadini stranieri provenienti da aree endemiche, analogamente al resto del Paese (Figura 2.13).

Dopo un breve periodo di calo, dal 2003 il numero e la proporzione dei casi di malaria negli stranieri sono costantemente aumentati, tanto che nell'anno 2011 rappresentano quasi l'84% del totale dei casi notificati, mentre nel 2012 tale percentuale si attesta al 72,7%; c'è inoltre da sottolineare che nel 2012 il 40% dei casi con cittadinanza italiana che hanno contratto la malaria in realtà sono persone che hanno ottenuto la cittadinanza nel corso della loro vita o figli di immigrati che dichiarano come paese di origine un paese africano. Nell'anno 2013 nella Regione Veneto sono stati segnalati in totale 147 casi di malaria. E' evidente che il numero di notifiche complessive registrate in Veneto è costante da oltre dieci anni, indicando una situazione stabile e sotto controllo. I dati del 2013 indicano uno stabilizzarsi del numero e della proporzione di affetti da malaria tra gli italiani; il 76,2% di quei casi registrati infatti riguardava cittadini stranieri.

Nel periodo 2002-2013, tra gli stranieri il principale motivo del viaggio è il rientro in patria per fare visita ai familiari e amici (81% dei casi sul totale degli stranieri); tra gli italiani il viaggio è avvenuto principalmente per motivi di lavoro (26%) e missione/volontariato (23%) o per rientro al Paese di origine (20%).

La maggioranza degli immigrati che contraggono la malaria proviene dall'Africa occidentale, soprattutto da Nigeria, Ghana, Burkina Faso, Senegal e Costa D'Avorio (Figura 2.14), dato che rispecchia il pattern di immigrazione nel nostro territorio.

Nel periodo di osservazione (2002-2013), la quasi totalità dei casi di malaria è da imputare al *P. falciparum*.

Dai dati raccolti nella Regione Veneto risulta che 1.282 pazienti (77,7%) su un totale di 1.650 casi di malaria registrati dal 2002 al 2013, non hanno eseguito la profilassi farmacologica, mentre 368 (22,3%) hanno dichiarato di averla eseguita. Inoltre la proporzione di italiani che hanno effettuato la chemioprolifassi è più del doppio (21,6%) rispetto a quella dei soggetti originari di zone endemiche (8,6%).

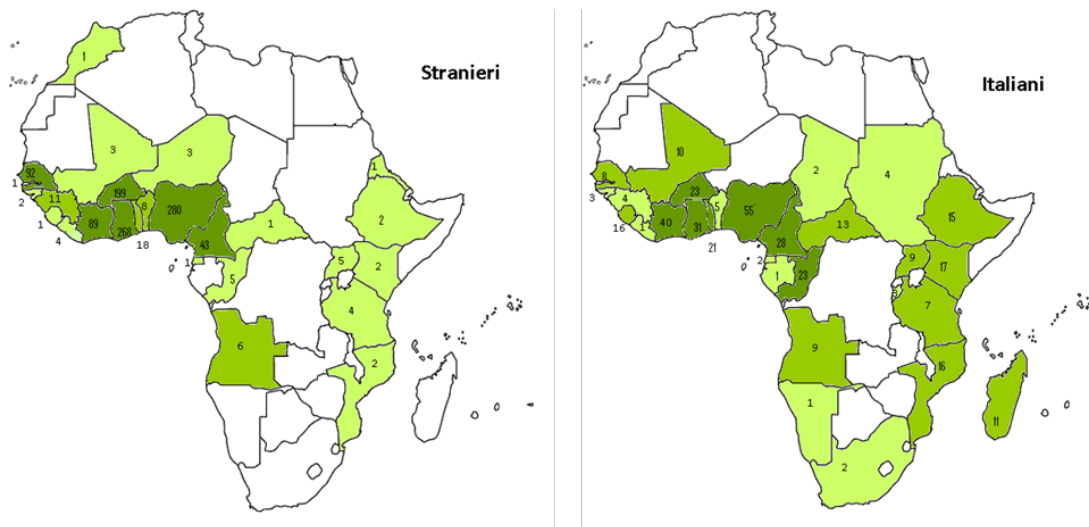
Nel periodo 2002-2013 tra i 1650 casi di malaria notificati in Veneto sono stati riscontrati 10 decessi (8 sono cittadini italiani e 2 extracomunitari) che rappresentano lo 0,6% della casistica.

Figura 2.13 Numero di casi segnalati di malaria in Italia e in Veneto, anni 1993-2013



38

Figura 2.14 Provenienza dei casi di malaria in stranieri e italiani diagnosticati in Veneto, periodo 2002-2013.

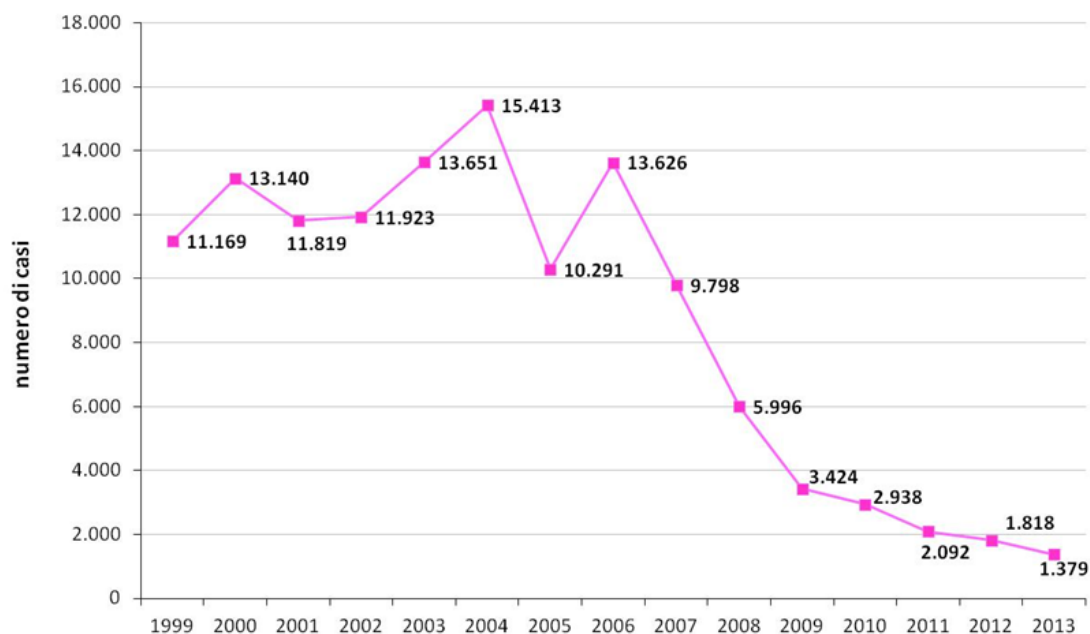


Varicella

La figura 2.15 riporta l'andamento del numero di casi di varicella notificati a partire dal 1999. Come è facile osservare, dal 2006 si è verificata una forte riduzione del numero di casi notificati: il numero di affetti da varicella nel 2013 si è infatti ridotto di quasi il 90% rispetto a quello del 2006 (da 13.700 circa a 1.379). Il tasso di notifica totale mostra un picco massimo di quasi 330 casi per 100.000 abitanti in corrispondenza del 2004, mentre per l'anno 2013 si aggira attorno a 28,2 casi ogni 100.000 abitanti (con una riduzione del

91,4% circa rispetto al massimo del 2004). Nell'ultimo quinquennio il tasso ha registrato una costante diminuzione.

Figura 2.15 Casi di varicella notificati in Veneto. Anni 1999-2013



Epatiti

Nel corso dell'ultimo periodo (2009-2012) il numero totale di epatiti notificate nella Regione Veneto è stato in continua diminuzione, con un tasso di notifica che è passato da 4,3 casi ogni 100.000 abitanti ad un tasso di 2,1 nel 2012.

Nel 2013 tale tasso è tornato a crescere a 3,9 casi ogni 100.000 abitanti: questo è stato causato da una piccola epidemia di epatite di tipo A legata al consumo di frutti di bosco registrata nell'ultimo anno. Di conseguenza, in termini specifici i casi di epatite A sono risultati in crescita nel 2013 mentre il tasso di notifica ed il numero assoluto di epatiti di tipo B è in diminuzione rispetto agli ultimi anni. Nell'ultimo triennio il numero di epatiti C è rimasto costante tra i 13 e i 15 casi annui.

Legionella

Nel periodo compreso tra il 2005 e il 2013, il tasso di notifica delle infezioni da legionella in Veneto risulta mediamente pari ad 1,7 casi ogni 100.000 abitanti, rimanendo pressoché stabile nel corso degli anni e sempre al di sotto di 2 casi ogni 100.000 residenti, ad eccezione del 2012 in cui è stato registrato il picco massimo, pari a 2,7 casi ogni 100.000 abitanti. Il 71% dei casi coinvolgono i maschi con un rapporto di mascolinità (maschi/femmine) pari a 2,5.

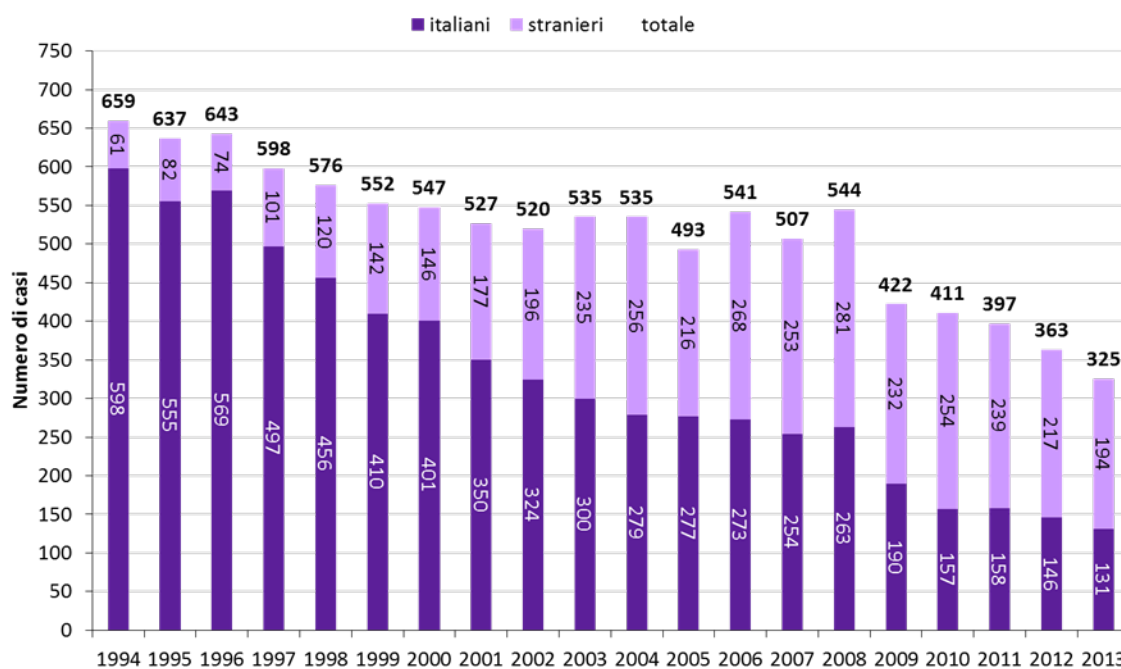
Tubercolosi (TBC)

Il numero di casi di tubercolosi (TBC) risulta in progressivo calo. Dopo una prima fase di costante decremento (periodo 1994-2001), il numero di notifiche di TB si è attestato tra i

500 e i 550 casi negli anni 2005-2008. Nell'ultimo triennio il numero di malati si è ulteriormente ridotto collocandosi sotto ai 400 casi annui.

Proprio nel 2013 si è registrato il minor numero di notifiche per TB e il tasso di notifica risulta pari a 6,7 casi ogni 100.000 abitanti. Dall'analisi dei dati di osserva tuttavia che mentre per gli italiani il numero di notifiche ha un andamento decrescente durante tutto il periodo di osservazione (scendendo al di sotto dei 200 casi annui a partire dal 2009), quello per la popolazione straniera ha subito una progressiva crescita fino all'anno 2004 e dal 2005 sembra oscillare tra i 200 e i 250 casi l'anno. Focalizzando l'attenzione ai soli casi del 2013 e differenziando l'analisi per cittadinanza, si osserva una notevole discrepanza tra il tasso di notifica nella popolazione autoctona e in quella straniera: nel primo caso il valore si attesta a 3,0 casi ogni 100.000 italiani residenti, mentre nel secondo caso sale a quasi 40 casi ogni 100.000 stranieri residenti.

Figura 2.16 Casi di TBC per cittadinanza notificati in Veneto. Anni 1994-2013



HIV, AIDS ed IST (Infezioni sessualmente trasmesse)

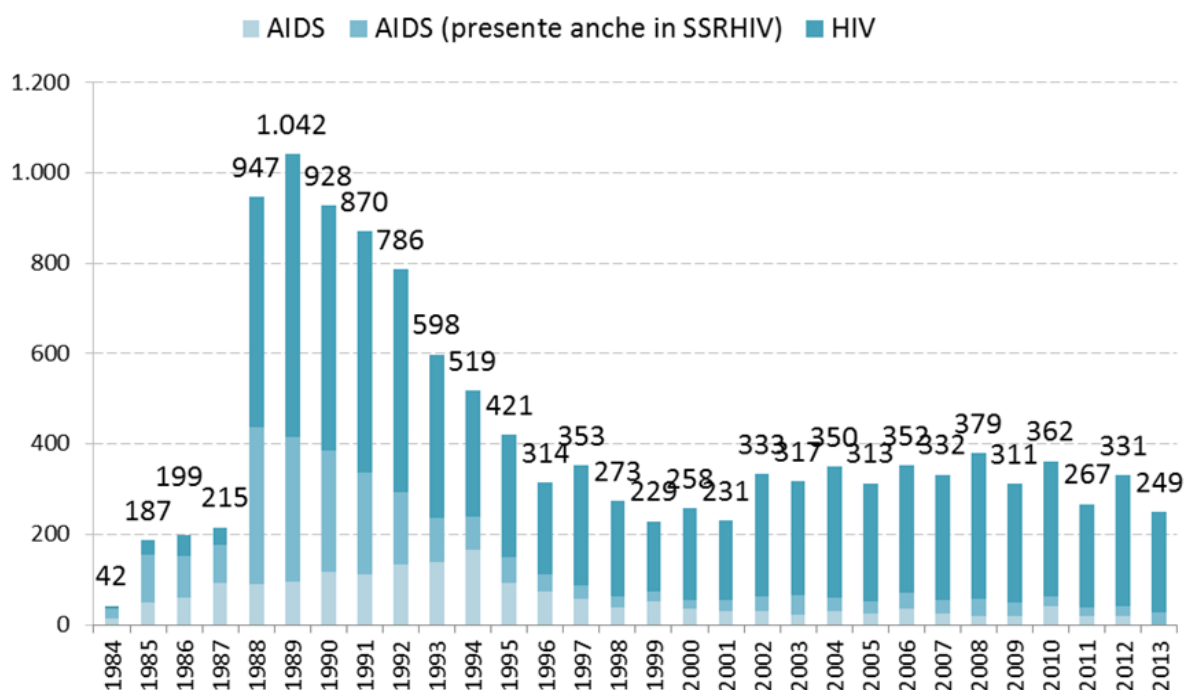
Nel corso del 2013 si osservano 12.323 casi cumulativi di HIV, il picco massimo viene registrato in corrispondenza dei primi anni di avvio del Sistema di Sorveglianza regionale (SSRHIV) e supera la soglia di 1.000 nuove diagnosi di HIV nel corso del 1989. Poiché il SSRHIV è attivo da 1988, i casi antecedenti sono da considerarsi incompleti. Sottraendo i deceduti, si stima che per il 2013 siano 9.735 le persone affette da virus dell'immunodeficienza umana che interessano il Veneto (residenti e non). Il numero di casi notificati risulta costante da diversi anni variando tra i 250 ed i 380/annui.

Per quanto riguarda l'AIDS è dal 2000 che il numero di notifiche si attesta al di sotto dei 100 casi annui, con un minimo raggiunto nel biennio 2011-12 con meno di 50 casi per

anno. Nel 2013 sono state 70 le segnalazioni di nuovi casi di AIDS. Complessivamente dal 1984 sono stati notificati 3.642 casi di residenti in Veneto, di questi 2.462 risultano deceduti con una letalità complessiva per l'intero periodo del 67,6%.

Dal 2006 al 2013 sono stati notificati in Veneto 1.174 casi di IST (infezioni sessualmente trasmissibili - escluso HIV) con una media di 146 segnalazioni annue. In particolare è stata riscontrata una forte diminuzione di oltre 30 casi nel biennio 2011-2012 ed un ritorno in media nel 2013. La maggior parte delle notifiche riguarda la sifilide (70%), seguita dalla blenorragia/gonorrea (13%), il restante 17% è dovuto a casi di malattia da citomegalovirus, mollusco contagioso, uretrite da chlamydia, condilomi acuminati, herpes genitale, linfogranuloma venereo, meningite sifilitica e tricomoniasi. In generale, sia il numero che il tasso di notifica delle infezioni sessualmente trasmesse risultano in costante decremento dal 2006 al 2012, nell'ultimo anno è stato registrato un lieve aumento. L'81% dei casi di IST complessivamente notificati nel periodo 2006-2013 è di genere maschile. La quota di maschi tra i malati per le quattro infezioni maggiormente notificate, varia dal 58% per le infezioni da mollusco contagioso, al 63% per la malattia da citomegalovirus, all'83,1% per la sifilide e al 94,5% per la blenorragia/gonorrea.

Figura 2.17 Casi di infezioni da HIV per anno di prima positività. Integrazione dati SSRHIV e REGAIDS. Regione Veneto, anni 1984-2013.



Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria

Sede: Rio Tre Ponti 3494

Telefono: 0412791352-53

e-mail: sanitapubblica@regione.veneto.it

2.4. Tumori

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

La raccolta, l'analisi e la interpretazione dei dati che si riferiscono a persone con diagnosi di tumore, 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 (Allegato A. Paragrafo 4.4 Verso un "cruscotto di governo". Sottoparagrafo 4.4.4 Strutture e attività a supporto della programmazione. Il Sistema Centri regionale. Pagina 140).

Quadro di sintesi

Ogni anno si verificano in Veneto circa 33.000 nuovi casi di cancro. I tre tumori più importanti sono nell'uomo il cancro della prostata, del polmone e del colon-retto, nella donna quelli della mammella, del colon-retto e del polmone. Dalla fine degli anni '90 il rischio di ammalare di cancro è in riduzione significativa dell'1% annuo negli uomini ed è stabile nelle donne.

Il cancro del polmone, per il quale il fattore di rischio più importante è il fumo di tabacco, è in forte riduzione negli uomini fin dai primi anni '90 e in leggero aumento nelle donne. L'andamento del cancro della mammella, a partire dai primi anni 2000, è stabile. L'andamento dell'incidenza del tumore della prostata risente della diffusione del ricorso al test PSA da parte della popolazione maschile.

Si stima che nel 2010 le persone con pregressa diagnosi di tumore in Veneto siano 238 mila, con una proiezione al 2015 di 280 mila, pari al 5% della popolazione residente.

L'aumento della quota dei pazienti vivi molti anni dopo la diagnosi (il 61% dopo 5 anni dalla diagnosi, pari al 3% della popolazione) implica un maggior carico assistenziale ed economico per i sistemi sanitari.

I tumori non solo sono curabili, ma un quarto dei pazienti può considerarsi già guarito perché è tornato ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale. Questo implica una riorganizzazione del follow-up dei pazienti.

La possibilità di un completo recupero psico-fisico attraverso la riabilitazione apre le porte al possibile completo reinserimento lavorativo e sociale per un numero crescente di ex-pazienti.

L'incidenza del cancro nella Regione del Veneto

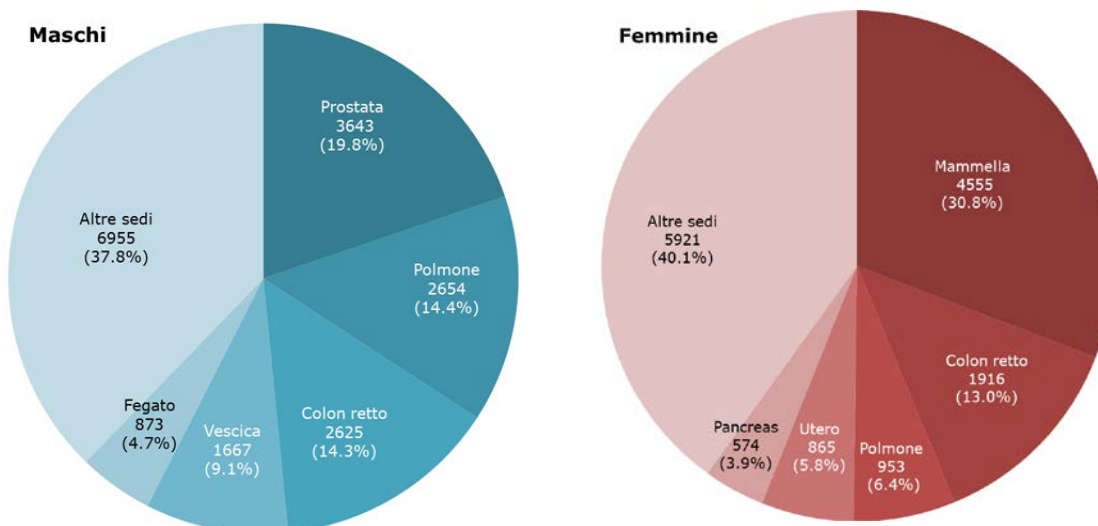
I dati epidemiologici sulle malattie neoplastiche vengono prodotti dal Registro Tumori del Veneto (RTV) a partire dai dati codificati e informatizzati relativi alle dimissioni ospedaliere, alle schede di morte e ai referti di anatomia patologica.

Ad oggi la copertura della registrazione è estesa a circa metà della popolazione veneta; è in fase di elaborazione l'incidenza relativa ad altre ULSS della Regione.

A partire dai dati di incidenza osservati fino al 2008 si stimano per l'anno 2014 in Veneto circa 18.400 nuovi casi di tumore maligno negli uomini e 14.700 nelle donne, per un

totale di circa 33.000 casi. Queste stime corrispondono a circa 7 nuovi casi ogni 1.000 abitanti tra gli uomini e 6 nuovi casi tra le donne.

Figura 2.18 Numero di nuovi casi e distribuzione percentuale delle principali sedi tumorali, per sesso. Stima anno 2014, Veneto

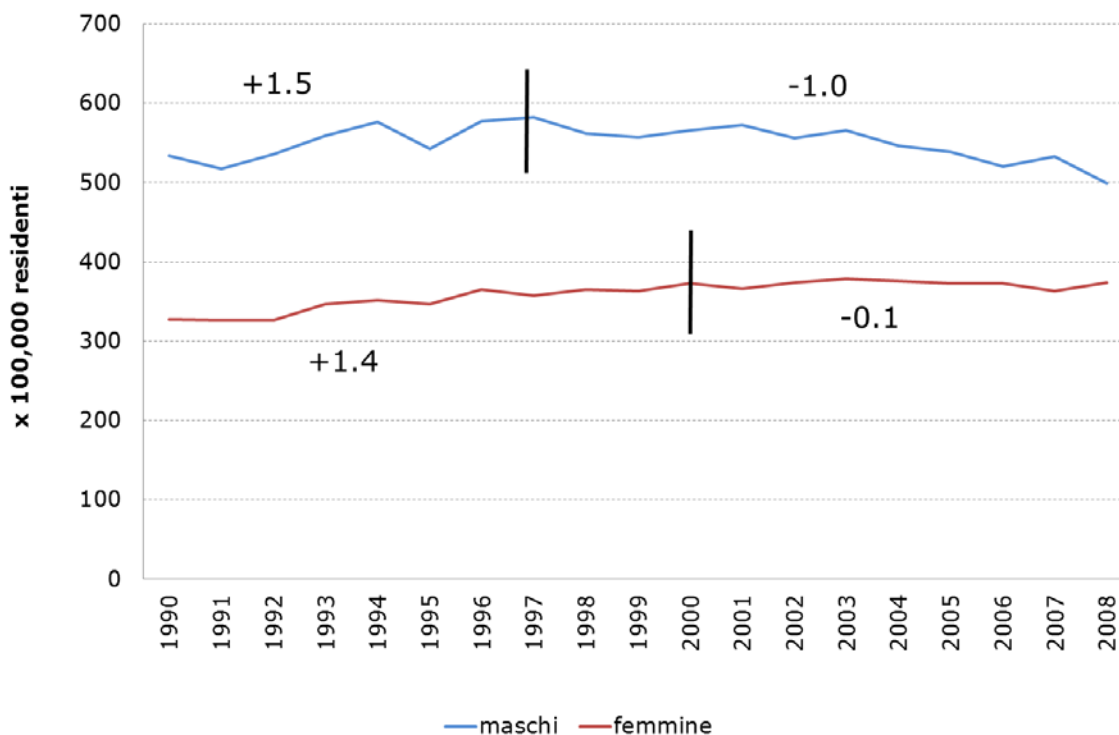


Le stime dei nuovi casi di tumore per l'anno 2014 sono state ottenute applicando i tassi specifici di incidenza per età, sesso e sede, relativi al triennio 2006-2008, alla popolazione ISTAT 2014.

Il tumore più frequente negli uomini è il tumore della prostata, seguito dal tumore del polmone e da quello del colon retto. Nelle donne il più importante è il tumore della mammella, seguito da colon retto e polmone.

Valutando l'andamento temporale dei tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea per il totale dei tumori si osserva nei maschi una diminuzione significativa del rischio a partire dalla fine degli anni '90 (-1% annuo); nelle femmine il rischio è stabile dal 2000. Questo significa che il rischio di tumore nei maschi si sta riducendo e nelle femmine è costante.

Figura 2.19 Trend dei tassi standardizzati di incidenza del totale dei tumori, per sesso. Veneto, anni 1990-2008

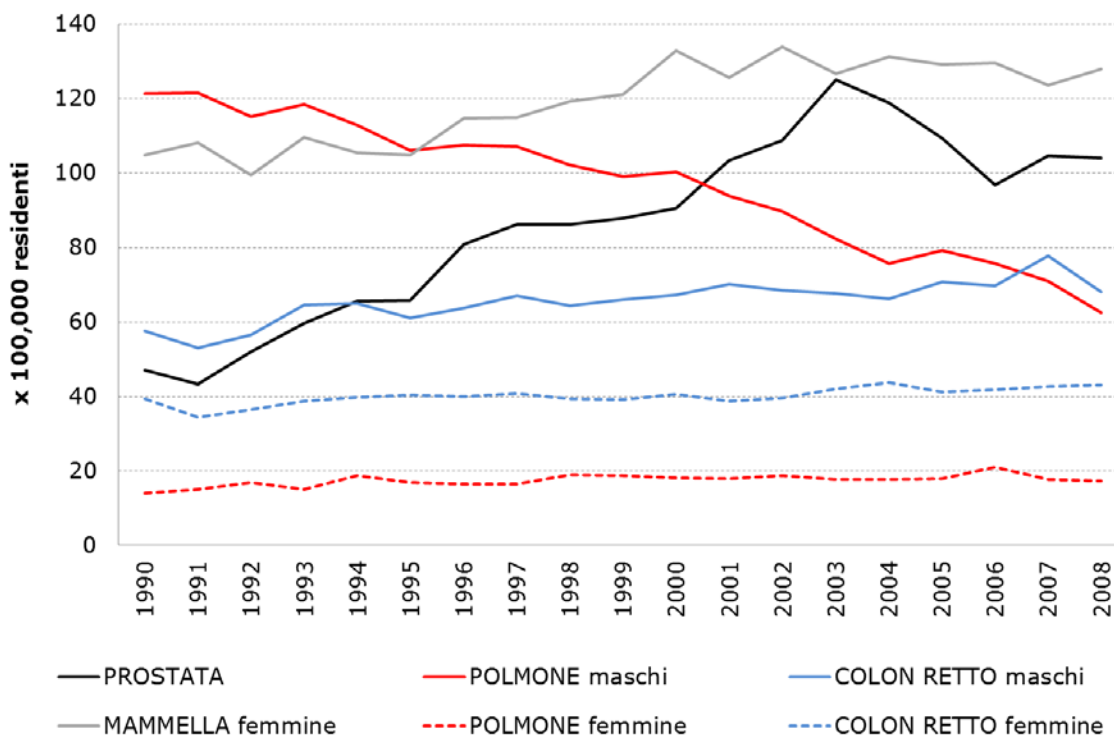


Tuttavia, va sottolineato che il numero di nuovi casi di tumore continua invece ad aumentare, perché i tumori colpiscono prevalentemente le classi di età più anziane, che sono una quota crescente di popolazione.

Considerando le sedi tumorali più frequenti, risulta in crescita in entrambi i sessi il tumore del colon retto; il polmone cala fortemente nei maschi (-2,2% annuo fino al 2000, successivamente -4,9%) mentre è in leggera crescita nelle donne (+0,8% annuo). La diminuzione tra i maschi è legata alla riduzione dell'abitudine al fumo, che è il più importante fattore di rischio per questo tumore. Nelle donne l'abitudine al fumo si è diffusa successivamente ed è all'origine della crescita dell'incidenza. Dopo un periodo di forte aumento, a partire dal 2003 il tumore della prostata ha iniziato a diminuire del 3,8% all'anno. L'incremento dell'incidenza osservato fino al 2003 appare dovuto alla diffusione del test del PSA, mentre il calo rilevato più recentemente sembra essere il risultato dell'anticipazione diagnostica avvenuta negli anni precedenti.

L'incidenza del tumore della mammella femminile, dopo la crescita registrata negli anni '90, si è stabilizzata a partire dal 2002, momento in cui presumibilmente 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.

Figura 2.20 Trend dei tassi standardizzati di incidenza delle principali sedi tumorali, per sesso. Veneto, anni 1990-2008



Prevalenza e guarigione dal cancro

Le persone che vivono dopo una diagnosi di tumore, recente o lontana nel tempo, sono sempre più numerose. Il loro numero, cioè la prevalenza dei tumori, dipende sia dalla frequenza della malattia (incidenza) che dalla sua prognosi (sopravvivenza). Più alta è l'incidenza e migliore è la sopravvivenza, più alto sarà il numero di prevalenti. Inoltre, l'invecchiamento di una popolazione influenza l'aumento dell'incidenza dei tumori e, di conseguenza, la prevalenza.

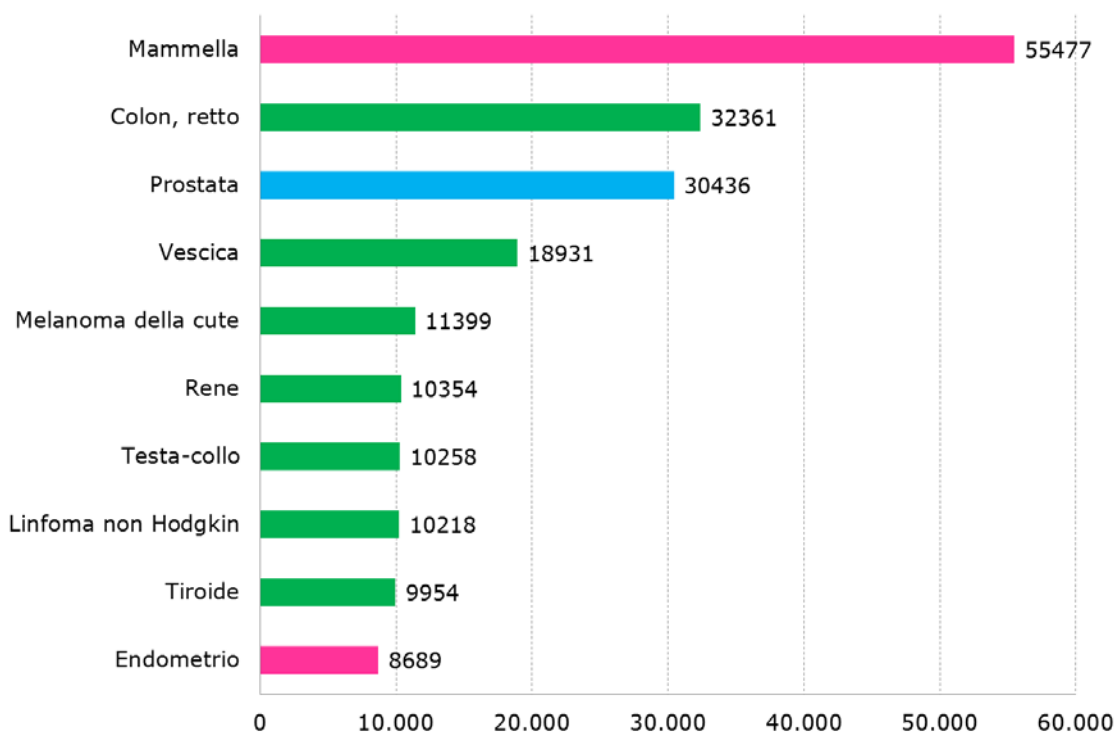
Le informazioni relative alla distribuzione dei pazienti oncologici per fase di malattia (tempo dalla diagnosi) hanno lo scopo di fornire solide basi per le scelte di sanità pubblica nonché per contribuire alla valutazione dell'impatto delle attività di prevenzione oncologica, di diagnosi precoce e di prevenzione delle complicanze e delle recidive. Nel Rapporto recentemente pubblicato dall'Associazione dei Registri Tumori Italiani (AIRTUM)¹ sono state utilizzate le informazioni raccolte su una popolazione residente in Italia di 21 milioni di persone, che includevano 1.624.533 casi di tumore diagnosticati tra il 1976 e il 2009 e seguiti fino al 2012. Sono stati inclusi tutti i tumori maligni di tutte le età, tranne i tumori non-melanomatosi della cute. È stata calcolata la prevalenza per 50 tipi o raggruppamenti di tumore su tutta la popolazione, oltre che per sesso, classe d'età, area di residenza e anni dalla diagnosi.

Nel 2010 in Veneto le persone che vivevano dopo una pregressa diagnosi di tumore erano 238.000, di cui il 44% maschi e il 56% femmine, pari al 4,9% dei residenti. Oltre

un terzo (36%) erano persone di 75 anni e oltre, mentre un ulteriore 40% avevano tra 60 e 74 anni di età. La proporzione di persone che vivevano dopo una diagnosi di tumore raggiunge il 17% dell'intera popolazione (uno su sei) negli ultra 75enni (il 23% negli uomini e il 15% nelle donne), l'11.5% della popolazione nella classe d'età 60-74 (uguale per maschi e femmine), mentre è pari al 4% tra 45 e 59 anni (2,8% nei maschi, 5,2% nelle donne) e 0,7% tra 0 e 44 anni (0,6% nei maschi e 0,8% nelle donne).

Il tumore più frequente è stato quello della mammella che ha interessato oltre 55 mila donne (Figura 2.21), seguito dal tumore del colon-retto, della prostata, della vescica e dal melanoma cutaneo.

Figura 2.21 Numero di persone che vivevano nel 2010 in Veneto dopo una diagnosi di tumore, per sesso*



*Riportati i 10 tipi di malattia neoplastica più frequenti

Si stima che in Veneto le persone vive dopo un tumore nel 2015 siano oltre 280 mila, pari al 5,7% della popolazione veneta, con un incremento del 18% rispetto al 2010 (tabella 2.7). Si passa da un incremento di oltre il 40% in 5 anni per i pazienti con tumori della tiroide e del 35% per la prostata, fino ad un andamento pressoché stabile per i tumori della testa-collo. Per quanto riguarda i tumori più frequenti, nel 2015 le donne venete che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella sono 66.863, pari al 3,8% dell'intera popolazione femminile, con un aumento del 21% rispetto a 5 anni prima. Un aumento simile è previsto per il numero di veneti che hanno avuto una diagnosi di tumori del colon-retto: circa 38.700 nel 2015.

Tabella 2.7 Numero di persone che vivevano dopo una diagnosi di tumore nel 2010 e proiezioni per il 2015 in Veneto

	2010	2015	variazione %	variazione % annua
Tutti i tumori	237.926	280.871	18%	3,4%
Mammella	55.477	66.863	21%	3,8%
Colon retto	32.361	38.756	20%	3,7%
Prostata	30.436	41.231	35%	6,3%
Vescica	18.931	21.316	13%	2,4%
Tiroide	9.954	14.231	43%	7,4%
Linfomi Non Hodgkin	10.218	12.451	22%	4,0%
Melanoma	11.399	15.033	32%	5,7%
Rene e altri organi urinari	10.354	12.812	24%	4,4%
Testa Collo	10.258	10.074	-2%	-0,4%
Corpo utero	8.689	9.499	9%	1,8%

Le persone con una diagnosi di tumore da oltre 5 anni (definiti lungo-sopravvissuti) nel 2010 erano pari a circa 145 mila soggetti (il 3% della popolazione veneta) e costituivano il 61% del totale dei pazienti prevalenti (Tabella 2.8).

Tabella 2.8 Numero di prevalenti in Veneto al 1.1.2010, per anni dalla diagnosi

Anni dalla diagnosi	numero prevalenti	% sui prevalenti	% sui residenti in Veneto
totale	237936	100%	4,9%
>2	194653	82%	4,0%
>5	144459	61%	3,0%
>10	86426	36%	1,8%
>15	49840	21%	1,0%
>20	30771	13%	0,6%

La guarigione da tumore è stata stimata misurando, tramite modelli statistici, il tempo per la guarigione (ovvero il numero di anni necessari affinché la sopravvivenza condizionata nei successivi 5 anni superi la soglia convenzionale del 95%, che implica differenze clinicamente irrilevanti ed un eccesso trascurabile di mortalità dovuto al tumore) e la proporzione di pazienti già guariti (cioè sopravvissuti da un numero di anni superiore al tempo per la guarigione).

Il tempo per la guarigione è stato raggiunto in meno di 5 anni dai pazienti sotto i 60 anni con tumore della tiroide e dai maschi con tumore del testicolo, in meno di 10 anni per i tumori di stomaco e colon-retto, pancreas, melanomi cutanei, cervice e corpo dell'utero

ed encefalo. Il tempo per la guarigione risulta invece maggiore ai 20 anni per i pazienti con tumori della laringe, linfomi non-Hodgkin, mielomi e leucemie.

I pazienti con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non affette da tumore, che definiamo già guariti, sono stimati pari al 27% di tutti i pazienti. Tale percentuale dipende in modo sensibile dall'età a cui il tumore è stato diagnosticato. Questo spiega perché, ad esempio, nel caso del tumore della prostata, che presenta una prognosi mediamente molto buona, la percentuale di persone vive a 10 anni dalla diagnosi sia bassa (14%): questo tumore si manifesta infatti quasi sempre in età avanzata, e in queste persone spesso il decesso non è causato dal tumore ma da altre malattie.

In conclusione, possiamo affermare che i tumori non solo sono curabili ma, in molti casi, da un tumore si guarisce. Questi risultati spingono a riorientare anche la ricerca in campo clinico, biomedico ed epidemiologico indirizzando gli studi sulla "scienza della riabilitazione". La conferma che un pieno recupero è possibile apre le porte a diverse implicazioni economiche (reinserimento lavorativo) ed ha importanti ricadute in molti aspetti della vita dei pazienti.

Principali Riferimenti Normativi E Deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1875 del 18 settembre 2012](#)

Approvazione Piani di Attività 2012 relativi ai Coordinamenti, al Sistema Epidemiologico Regionale e ai Registri di patologia

[Regolamento Regionale n. 3/2013](#)

"Norme per il funzionamento del Registro dei Tumori del Veneto, istituito con Legge Regionale 16 febbraio 2010, n. 11" (B.U.R. n. 72 del 20 agosto 2013).

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2524 del 23 dicembre 2014](#)

Approvazione Linee Guida ed istruzioni per l'applicazione del Regolamento privacy del Registro dei Tumori del Veneto - R.R. n. 3/2013

Approfondimenti

Sito Internet del registro Tumori del Veneto (www.registrotumoriveneto.it)

¹ AIRTUM Working Group. Italian cancer figures, report 2014: Prevalence and cure of cancer in Italy. Epidemiol Prev. 2014 Nov-Dec; 38(6 Suppl 1): 1-144. <http://www.registri-tumori.it/cms/it/Rapp2014>.

Recapiti per ulteriori informazioni

Registro Tumori del Veneto
Passaggio Gaudenzio 1 - 35131 Padova
Telefono 049 8778130 - Fax 049 8778147
e-mail: registro.tumori@regione.veneto.it

2.5. 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. (Paragrafo 1.3 pag 14 - Paragrafo 3.4.1 pag 90).

Quadro di sintesi

Il tasso di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio (IMA) è andato riducendosi nel periodo 2006-2013 in tutte le classi di età. 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. 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. In questo paragrafo viene presentato un quadro complessivo dell'andamento dell'ospedalizzazione per IMA nel periodo 2006-2013 (i criteri di calcolo degli eventi di IMA sono riportati nel rapporto 'I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012', consultabile sul sito www.ser-veneto.it).

Nel 2013 si sono verificati 6500 eventi di infarto acuto del miocardio ospedalizzati nei residenti in Veneto compresi i pazienti ospedalizzati in strutture ospedaliere extra regionali (mobilità passiva); in circa il 52% dei casi si è trattato di infarto con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI). Il numero annuo di eventi di STEMI mostra un andamento in calo sensibile. 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.

Tabella 2.10 IMA: numero di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e anno. Residenti in Veneto. Anni 2006-2013 (Fonte: SER su dati SDO)

Tipo	Anno							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
NSTEMI	2.685	2.671	2.588	2.670	2.879	2.928	3.041	3.127
STEMI	4.555	4.366	4.274	4.068	3.880	3.679	3.542	3.375
Totale	7.240	7.037	6.862	6.738	6.759	6.607	6.583	6.502

L'IMA è raro in età giovanile, mentre risulta frequente a partire dai 45 anni nei maschi; nelle femmine invece è una condizione morbosa che colpisce principalmente le età più avanzate (quasi il 70% degli IMA nelle donne avvengono in età superiore ai 75 anni, mentre nei maschi questa proporzione è pari al 36%).

Tabella 2.11 IMA: numero e percentuale di eventi ospedalizzati per età e sesso. Residenti in Veneto. Anno 2013 (Fonte: SER su dati SDO)

Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	146	3,5	38	1,6	184	2,8
45-64	1.491	35,7	310	13,4	1.801	27,7
65-74	1.031	24,7	385	16,6	1.416	21,8
75-84	1.063	25,4	784	33,8	1.847	28,4
85+	451	10,8	803	34,6	1.254	19,3
TOT	4.182	100,0	2.320	100,0	6.502	100,0

Nella Tabelle seguenti sono descritti i tassi osservati ed i tassi standardizzati di ospedalizzazione per le due forme di IMA. Il tasso complessivo di ricovero osservato nel periodo di studio si è ridotto del 13%; tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione mediante la standardizzazione, la riduzione si amplia sino al 22%. Si può osservare come la riduzione dei tassi sia maggiore nel sesso femminile, dove i tassi standardizzati diminuiscono di circa il 31% complessivamente, e del 45% considerando i soli eventi STEMI. Il tasso osservato di ricovero per IMA è superiore nei maschi rispetto alle femmine (rapporto di 1,5:1 nel 2013); il tasso standardizzato accentua le differenze tra i sessi (rapporto di 2,1:1), confermando come l'IMA colpisca con frequenza nettamente superiore il sesso maschile.

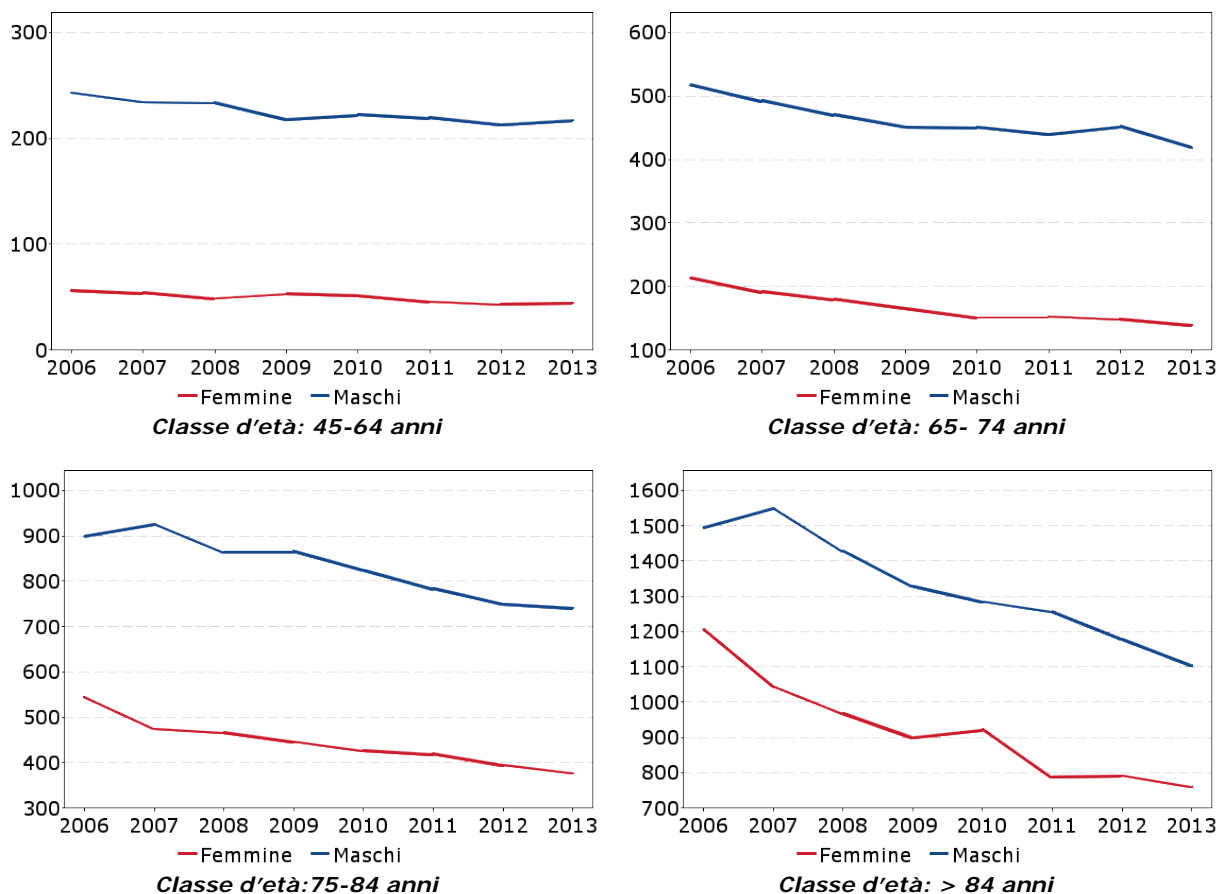
Tabella 2.12 IMA: tassi osservati di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2006-2013 (Fonte: SER su dati SDO)

Anni	Maschi			Femmine			Totale		
	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale
2006	70,0	117,3	187,3	44,8	77,3	122,1	57,1	96,9	154,0
2007	73,7	115,4	189,1	40,0	70,3	110,3	56,5	92,3	148,8
2008	69,1	113,9	183,0	39,8	65,9	105,7	54,1	89,4	143,5
2009	68,7	109,8	178,5	42,6	59,9	102,4	55,3	84,3	139,6
2010	75,5	103,9	179,4	44,1	57,5	101,6	59,5	80,1	139,6
2011	77,4	101,2	178,6	44,1	51,8	95,9	60,3	75,8	136,2
2012	81,1	97,7	178,8	45,2	49,4	94,6	62,7	72,9	135,6
2013	83,9	91,9	175,9	45,2	47,5	92,7	64,1	69,1	133,2

Tabella 2.13 IMA: tassi standardizzati di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2006-2013.
Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO)

Anni	Maschi			Femmine			Totale		
	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale
2006	83,8	137,8	221,6	38,3	65,7	104,0	58,1	98,8	156,9
2007	86,6	134,1	220,7	34,0	58,2	92,2	56,5	92,3	148,8
2008	81,3	128,9	210,2	33,2	53,9	87,1	53,6	88,4	141,9
2009	79,6	122,6	202,3	35,0	48,8	83,8	54,1	82,4	136,5
2010	84,4	114,3	198,7	35,7	45,5	81,2	57,2	76,8	134,1
2011	85,1	108,7	193,8	35,3	41,0	76,3	57,3	71,8	129,0
2012	87,1	102,7	189,8	35,6	38,2	73,8	58,6	67,8	126,4
2013	88,7	94,4	183,0	35,2	36,1	71,3	59,0	63,2	122,2

Figura 2.22 IMA: Tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso e classe di età. Residenti in Veneto. Anni 2006-2013 (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 2006-2013 mostra un calo nell'ospedalizzazione per IMA sostanzialmente in tutte le età e per entrambi i sessi. Sotto i 45 anni gli eventi sono rari, 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. La differenza può essere legata sia a una reale diversa incidenza dell'IMA nelle aree prese in considerazione, sia a diversi comportamenti in relazione alla gestione del dato amministrativo.

Figura 2.23 IMA: Tasso standardizzato di eventi ospedalizzati (per 100.000) per Azienda ULSS di residenza. Periodo 2012-2013. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO) UOMINI

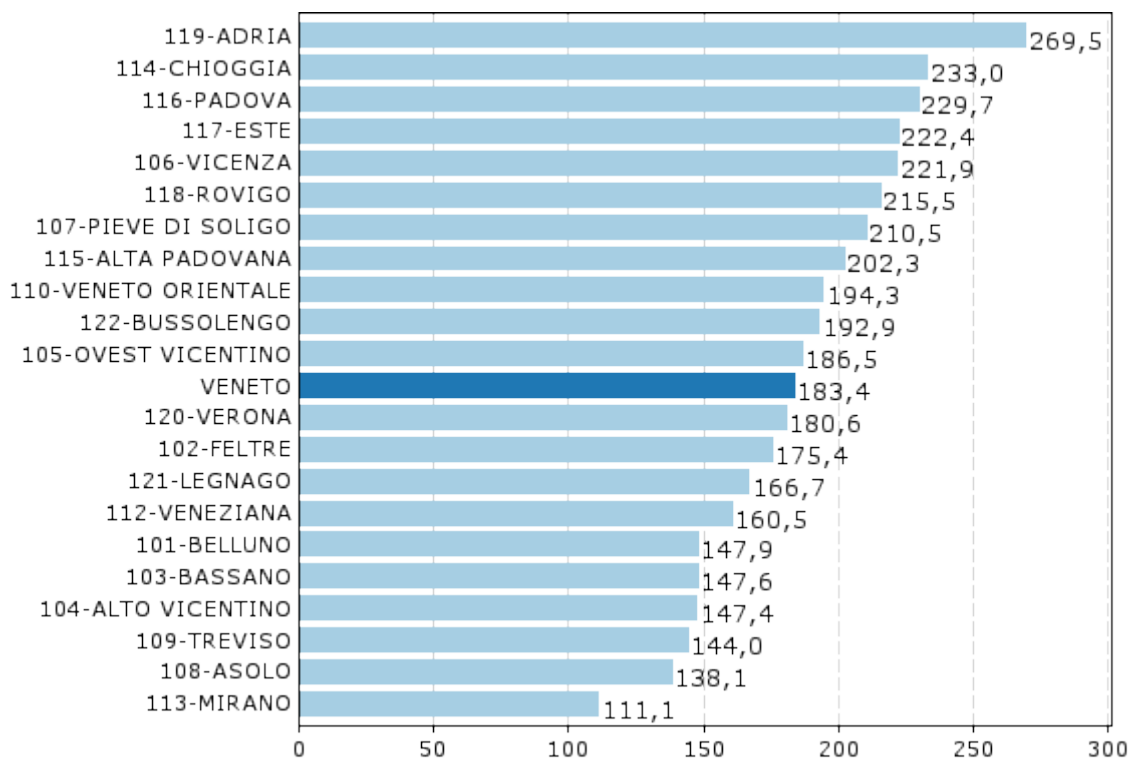
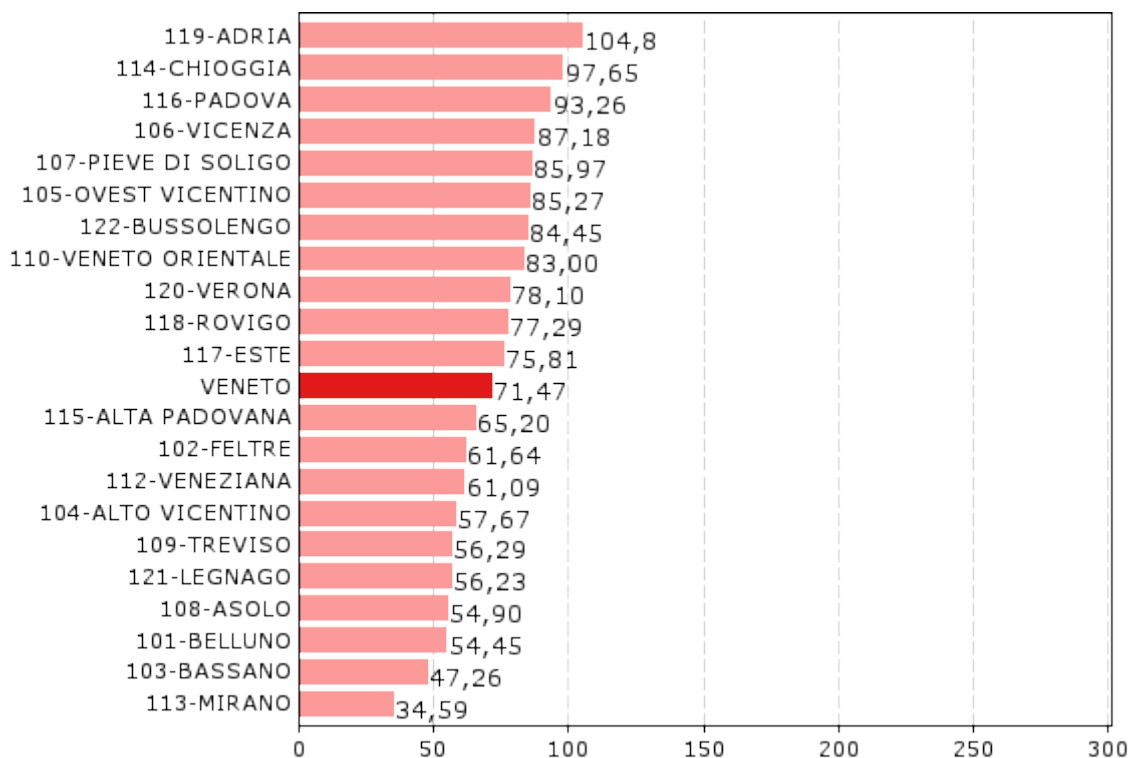


Figura 2.24 IMA: Tasso standardizzato di eventi ospedalizzati (per 100.000) per Azienda ULSS di residenza. Periodo 2012-2013. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO) **DONNE**



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
 Direzione Controlli e Governo SSR
 Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: ser@regione.veneto.it

2.6. 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. (Paragrafo 1.3 pag 15 – paragrafo 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 76% 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 del numero assoluto degli eventi negli ultimi anni.

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.

In questo paragrafo si descrivono sinteticamente i principali aspetti epidemiologici dell'ospedalizzazione per ictus in Veneto nel periodo 2006-2013. 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.

Ogni anno tra i residenti nel Veneto si registrano circa 9.000 eventi ospedalizzati di ictus. L'analisi dell'andamento temporale nel periodo considerato rivela una lieve riduzione del numero assoluto degli eventi ospedalizzati di ictus, che avevano raggiunto il valore massimo nell'anno 2002. 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 2013 il 76% degli eventi è di tipo ischemico, nel 19% dei casi si tratta di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea.

Tabella 2.14 Numero di eventi di ictus ospedalizzati per anno.
Residenti in Veneto. Anni 2006-2012 (Fonte: SER su dati SDO)

Tipo di ictus	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Emorragia cerebrale	1.518	1.481	1.608	1.586	1.703	1.629	1.664	1.775
Emorragia subaracnoidea	387	355	361	409	423	380	361	390
Ictus ischemico	7.430	7.464	7.255	7.181	7.258	6.897	6.982	6.970
Totale	9.335	9.300	9.224	9.176	9.384	8.906	9.007	9.135

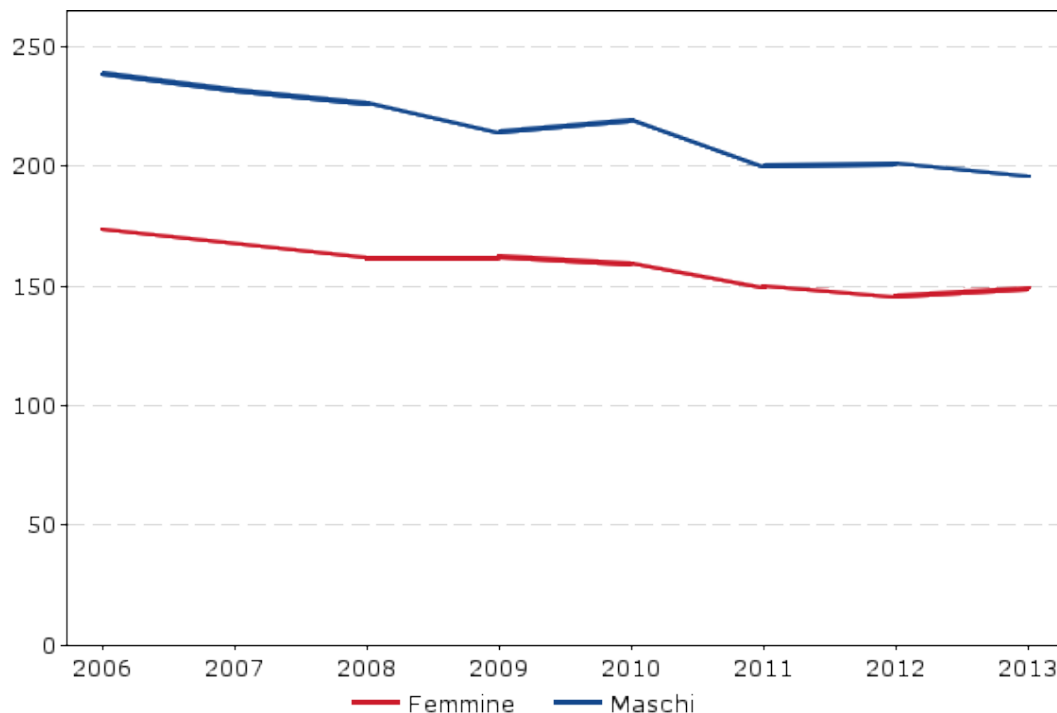
La distribuzione per sesso e classe di età evidenzia come l'ictus sia una patologia frequente principalmente nelle età avanzate: oltre il 62% degli eventi avviene in soggetti di età non inferiore a 75 anni (il 49% negli uomini ed il 73% nelle donne).

Tabella 2.15 Numero e percentuale di eventi di ictus ospedalizzati per età e sesso.
Residenti in Veneto. Periodo 2006-2013 (Fonte: SER su dati SDO)

Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	1.486	4,3	1.014	2,6	2.500	3,4
45-64	7.153	20,8	3.546	9,1	10.699	14,6
65-74	9.040	26,2	5.942	15,2	14.982	20,4
75-84	11.640	33,8	14.513	37,2	26.153	35,6
85+	5.134	14,9	13.996	35,9	19.130	26,0
TOTALE	34.455	100,0	39.012	100,0	73.467	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 Tasso standardizzato di eventi di ictus ospedalizzati per sesso (per 100.000) Residenti in Veneto. Anni 2006-2013. Standardizzazione diretta per età. Popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO)



56

Figura 2.26 Tasso standardizzato di eventi di ictus ospedalizzati per Azienda ULSS di residenza (per 100.000) Periodo 2012-2013. Standardizzazione diretta per età. Popolazione standard: Veneto anni 2012-2013 (Fonte: SER su dati SDO) – UOMINI

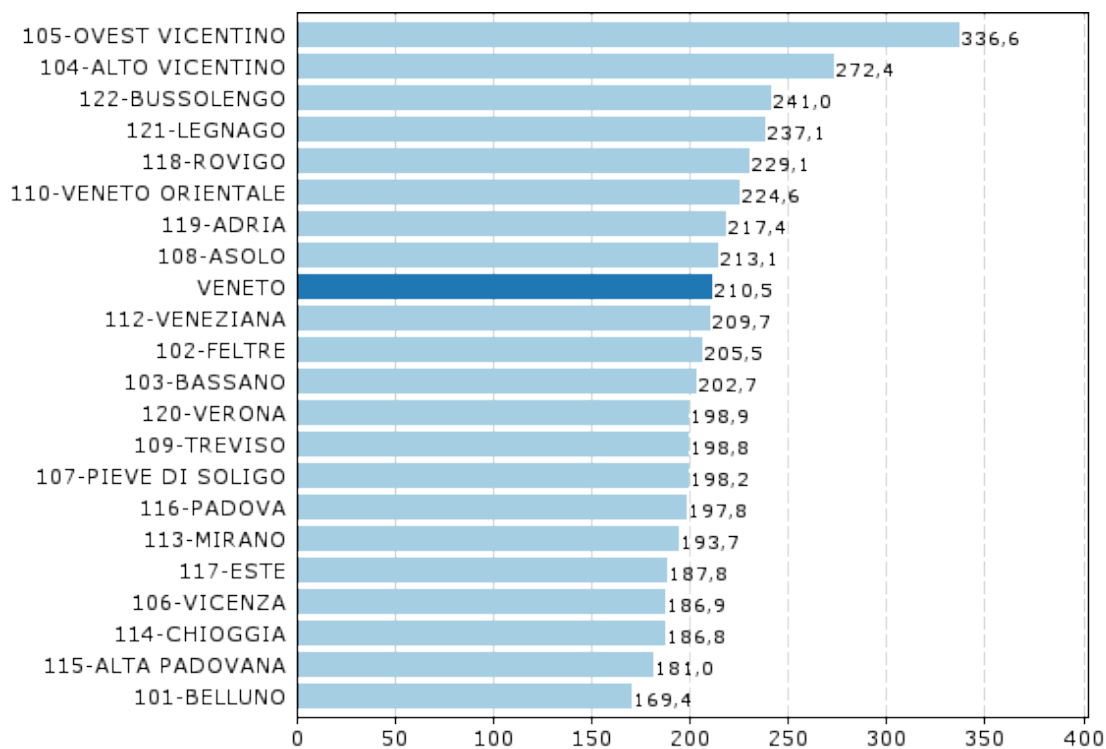
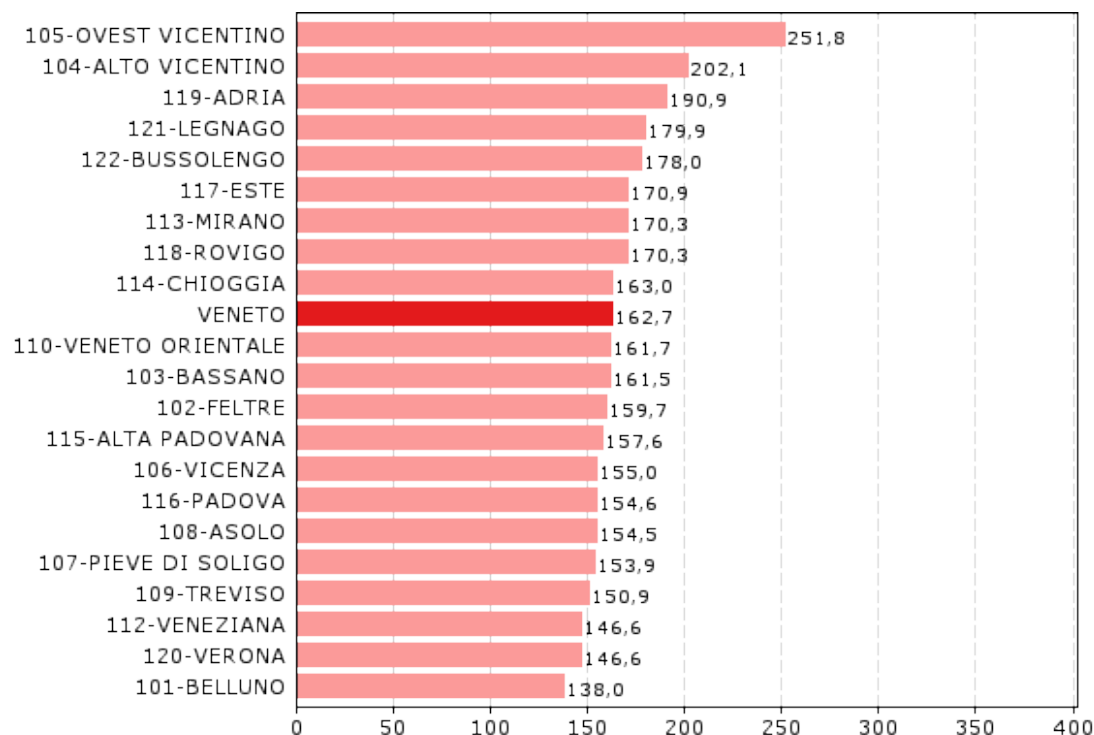


Figura 2.27 Tasso standardizzato di eventi di ictus ospedalizzati per Azienda ULSS di residenza (per 100.000) Periodo 2012-2013. Standardizzazione diretta per età. Popolazione standard: Veneto anni 2012-2013 (Fonte: SER su dati SDO) - DONNE



A livello di singola Azienda ULSS di residenza si può osservare una certa variabilità nel tasso standardizzato di ospedalizzazione per ictus. In linea generale gli scostamenti sono 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 diversa gestione del dato SDO (con conseguente diversa accuratezza dei codici selezionati).

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale
Direzione 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. Insufficienza renale cronica

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

La malattia renale cronica è un rilevante problema di salute pubblica di cui si occupa il Registro Veneto di Dialisi e Trapianto (RVDT). Il Piano Socio Sanitario rafforza le strutture a supporto della programmazione e delle reti cliniche, che formano il Sistema Centri regionale tra cui rientra anche il Registro Veneto di Dialisi e Trapianto (Allegato A. Paragrafo 4.4 Verso un "cruscotto di governo". Sottoparagrafo 4.4.4 Strutture e attività a supporto della programmazione. Il Sistema Centri regionale. Pagina 140).

Quadro di sintesi

La malattia renale cronica colpisce il 10% della popolazione veneta e nel suo ultimo stadio porta circa 600 pazienti-anno a iniziare un trattamento sostitutivo (emodialisi, dialisi peritoneale o trapianto). Il diabete mellito e la nefropatia vascolare legata all'ipertensione determinano da sole oltre la metà degli ingressi in dialisi.

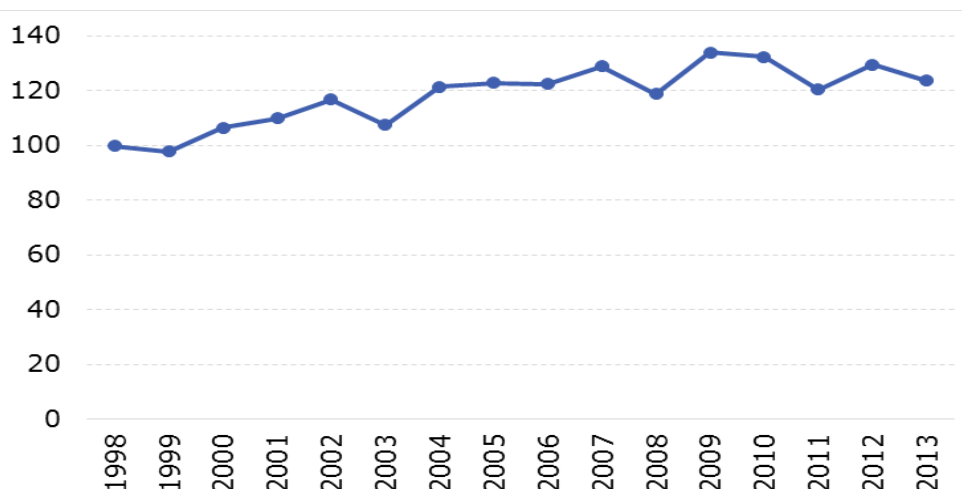
La sopravvivenza dopo l'inizio del trattamento sostitutivo, pur essendo in linea con i migliori risultati internazionali, rimane severa: a 5 anni sopravvive meno del 59% dei pazienti e a 10 anni sopravvive poco più del 40%. Il miglioramento delle cure, l'invecchiamento della popolazione, e l'aumento di incidenza di alcune delle patologie di base portano ad un aumento del numero di pazienti in trattamento sostitutivo in carico ai Centri di Nefrologia-Dialisi e Trapianto (+2% annuo), che attualmente ammontano a circa 5000 persone.

58

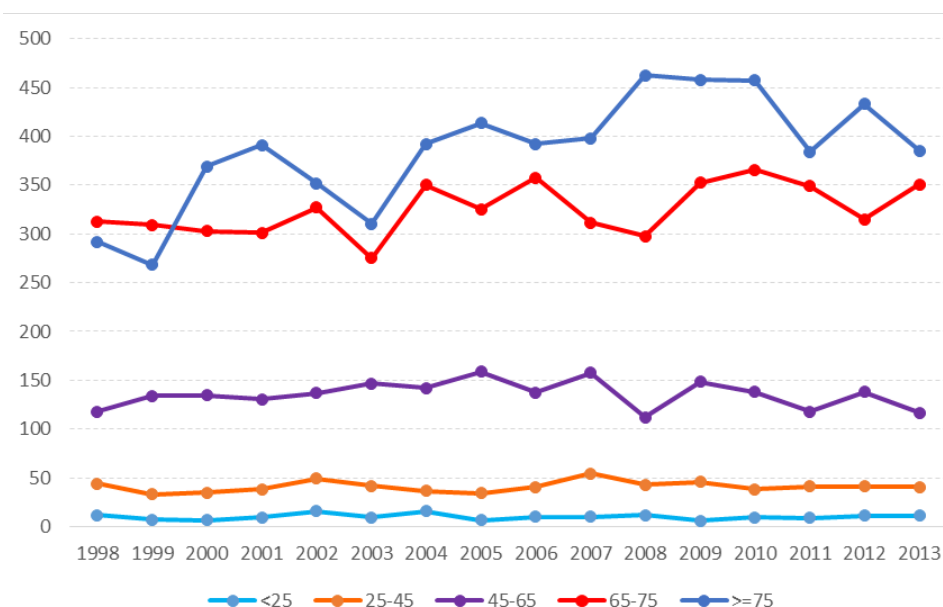
Insufficienza renale cronica e incidenza annuale dell'inizio del trattamento sostitutivo

I dati anagrafici e clinici relativi ai pazienti con malattia renale cronica nel suo ultimo stadio vengono raccolti e direttamente imputati con cadenza annuale da parte dei Centri di Nefrologia-Dialisi e Trapianto. Il Registro Veneto di Dialisi e Trapianto (RVDT) rappresenta quindi un modello compiuto – unico nella Regione Veneto - di registro e di audit clinico. La malattia renale cronica nel suo ultimo stadio - quando cioè per garantire la sopravvivenza si rende necessario sostituire la funzione renale con la dialisi o il trapianto - è la situazione clinica di maggior impatto emotivo ed economico, e costituisce la punta dell'iceberg 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 triennio 2011 – 2013 hanno iniziato il trattamento sostitutivo circa 600 pazienti l'anno con un'incidenza rispettivamente di 120, 129 e 123 pazienti per milione popolazione (pmp), con una tendenza all'aumento negli ultimi 15 anni, come si può osservare in Figura 2.28.

Uno dei maggiori determinanti dell'incidenza della malattia renale cronica all'ultimo stadio è l'età, infatti l'incidenza si aggira sui 10 pazienti per milione di abitanti nei soggetti di età inferiore a 25 anni, mentre supera i 400 per milione di abitanti nei pazienti di età superiore a 75 anni. In questa fascia d'età si nota anche una importante tendenza all'aumento dell'incidenza negli ultimi anni (Figura 2.29).

Figura 2.28 Trend del tasso di incidenza annuale per milione di abitanti per l'insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo. Veneto, anni 1998-2013 (Fonte: RVDT)

I maschi (66% dei casi incidenti) sono molto più colpiti dalla malattia delle femmine. L'inizio della terapia renale sostitutiva è lo stadio finale comune a molte malattie renali primitive o secondarie a patologie sistemiche; le patologie che danno il maggior contributo alla dialisi sono le malattie vascolari che rappresentano circa il 25%, il diabete che oscilla intorno al 16-18% e le glomerulonefriti primitive che rappresentano circa il 10%. In molte altre regioni italiane e soprattutto nei paesi del Nord-Europa e negli USA, il diabete è la causa più importante d'insufficienza renale che richiede terapia sostitutiva.

Figura 2.29 Trend del tasso di incidenza annuale per milione di abitanti per l'insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo, per classe d'età. Veneto, anni 1998-2013 (Fonte: RVDT)

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. Da sottolineare che il 15% dei pazienti che inizia la dialisi è affetto da neoplasia. Il paziente-tipo che inizia il trattamento sostitutivo è quindi un soggetto molto malato e fragile perché

anziano e affetto da varie patologie. Questo quadro si ripercuote sulla scelta della metodica di trattamento sostitutivo che vede al primo posto l'emodialisi (75%), seguita dalla dialisi peritoneale (25%) e solo marginalmente il trapianto "pre-emptive" (non preceduto dalla dialisi) offerto a circa l'1% dei pazienti, con un picco dell'1,8% nel 2013.

Sopravvivenza dei pazienti con insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo

La mortalità dei pazienti in trattamento sostitutivo si aggira intorno al 9 – 10% l'anno, in particolare nel 2011 è stata del 10.4%, nel 2012 del 9.5% e nel 2013 del 9%.

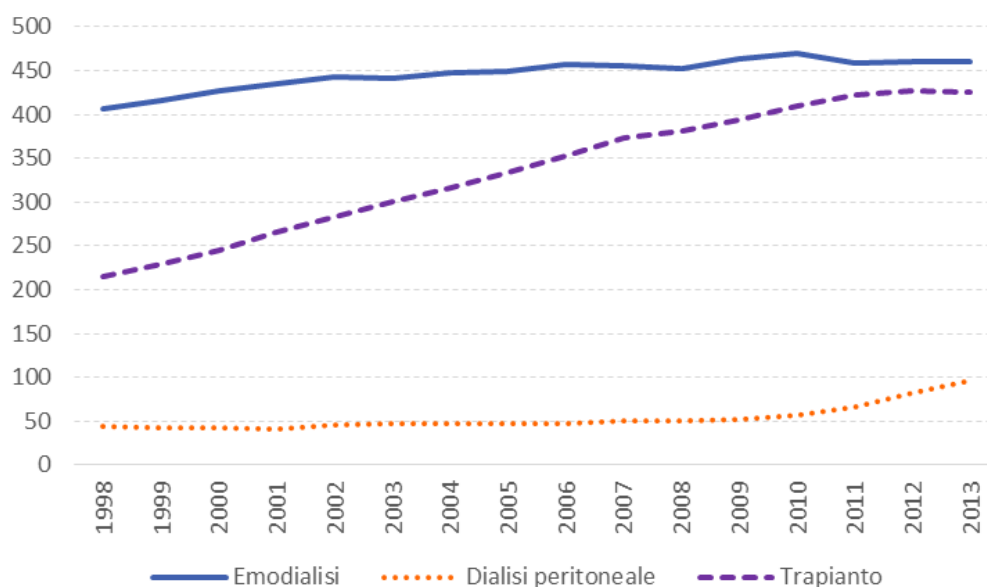
La mortalità è concentrata nei primi mesi del trattamento dialitico: nei primi sei mesi dall'inizio della dialisi, l'eccesso di mortalità (il numero di morti nella popolazione in dialisi in eccesso rispetto a quella attesa dalla popolazione generale) è di 21 per cento pazienti-anno. Questo si spiega con le caratteristiche dei pazienti che entrano in dialisi descritte nel paragrafo precedente. A 5 anni sopravvive il 59% dei pazienti in trattamento sostitutivo, mentre a 10 anni il 41%: si tratta di percentuali simili, se non inferiori, a quelle dei soggetti affetti da alcune neoplasie. La sopravvivenza dipende soprattutto dall'età e dalla malattia renale primitiva: la sopravvivenza relativa a 10 anni di una persona che ha meno di 25 anni è superiore al 90%, mentre quella di una persona di 75 anni e più è inferiore al 10%. Le malattie renali primitive, una volta iniziato il trattamento sostitutivo, presentano una prognosi molto diversa: le glomerulonefriti (GN) primitive e la malattia renale policistica (APKD) hanno a 10 anni una buona prognosi, mentre le glomerulonefriti secondarie e la nefropatia diabetica hanno una prognosi molto severa tale che dopo un decennio di terapia renale sostitutiva sopravvivono pochissimi pazienti (nel caso del diabete su 1200 pazienti, ne sopravvivono solo 63). I pazienti sottoposti a trapianto di rene hanno una sopravvivenza migliore di quelli in dialisi. Tale differenza non dipende dal diverso trattamento, ma dal fatto che i pazienti trapiantati sono selezionati per le loro migliori condizioni di salute, mentre i pazienti affetti da più comorbidità rimangono in dialisi.

Prevalenza dei pazienti con insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo

Al 31/12/2013 risultavano 4798 pazienti, in maggioranza maschi, sottoposti a trattamento renale sostitutivo in Veneto con una prevalenza pari a 983 pazienti per milione di abitanti. La prevalenza è andata progressivamente aumentando dal 1998, anno in cui sono iniziate le osservazioni del RVDI, quando era di 666 pazienti per milione di abitanti (2961 pazienti). Tra i pazienti in cura presso i Centri di Nefrologia-Dialisi e Trapianto la prevalenza delle diverse modalità di trattamento sostitutivo mostra una distribuzione ed un trend peculiari: attualmente il 47% è in emodialisi, il 43% è trapiantato e il 10% in dialisi peritoneale. La proporzione di pazienti trapiantati è più che raddoppiata nel corso di 15 anni poiché questi pazienti tendono ad accumularsi costantemente dal momento che provengono sia dall'emodialisi sia dalla dialisi peritoneale, hanno una mortalità molto bassa e il rientro in dialisi è poco frequente. Nel

1998 c'erano 1809 pazienti in emodialisi, 953 trapiantati e 199 in dialisi peritoneale, nel 2013 i pazienti in emodialisi erano 2249, 2077 i trapiantati e 472 in dialisi peritoneale.

Figura 2.30 Trend di prevalenza annuale per milione di abitanti per l'insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo, per tipo di trattamento. Veneto, anni 1998-2013 (Fonte: RVDT)



Negli ultimi 15 anni, l'aumento dei pazienti è stato di circa il 40%, ma l'aumento di quelli in emodialisi è stato solo del 20%, però la prevalenza dei trapiantati è circa raddoppiata. Ciò ha permesso alle strutture esistenti di reggere, con fatica, all'incremento della malattia: i Centri di Nefrologia e Dialisi hanno allargato la loro attività assistendo un maggior numero di trapiantati. La prevalenza annuale non rappresenta l'impatto dei pazienti con mortalità precoce, cioè che muoiono entro 3-6 mesi dall'entrata in dialisi. Rappresentano il 10% degli incidenti e richiedono un importante carico assistenziale, su cui si stanno aprendo dei filoni di ricerca per focalizzare meglio il problema.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 773 del 27 maggio 2014](#)

Modifica delle modalità di dispensazione dei prodotti dietetici a carico SSR in favore dei pazienti affetti da IRC in terapia conservativa. Abrogazione della DGR n. 2661/2003 e del Decreto del Dirigente della Direzione Regionale Piani e Programmi Socio Sanitari n.1221/2003.

Approfondimenti

Veneto Diaysis and Transplantation Registry: 2008-2010 Report. J Nephrol. 2013 Nov-Dec;26 Suppl 20:S1-33

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2.8 Diabete

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

Tra le aree prioritarie di intervento del piano vi è prevenzione primaria e la promozione di stili di vita sani per prevenire le patologie cronic-degenerative e le loro complicanze.

Nell'area dell'assistenza al paziente cronico rappresentano obiettivi di salute prioritari l'implementazione e la diffusione dei PDTA condivisi e di riconosciuta efficacia con riferimento particolare al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e BPCO

(Paragrafo 3.4.1 pag 89).

Quadro di sintesi

L'entità del diabete in Veneto è rilevante: sono circa 250.000 i pazienti diabetici prevalenti identificati dai flussi informativi sanitari correnti. La prevalenza del diabete cresce con l'età soprattutto nel genere maschile dove già nella classe 60-69 anni raggiunge circa il 15%. Il tasso di prevalenza di diabete negli stranieri è maggiore rispetto a quello degli italiani, tenuto conto della diversa struttura per età e genere delle due popolazioni: 6,2% rispetto al 4,9%. Gli archivi sanitari correnti, pur con qualità e completezza variabile, rappresentano una base utile per l'individuazione della popolazione diabetica e per il monitoraggio degli indicatori di processo.

62

Il diabete è una malattia cronica complessa e molto comune. In Italia oltre tre milioni di persone hanno una diagnosi di diabete e accanto a questi si stima che una quota rilevante di assistiti abbia la malattia senza saperlo. 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.

Il Servizio Sanitario della Regione Veneto ha definito (L.R. n.24/2011; PSSR 2012-2016) un sistema integrato di interventi di prevenzione, diagnosi e cura della malattia diabetica attraverso la gestione integrata del paziente diabetico.

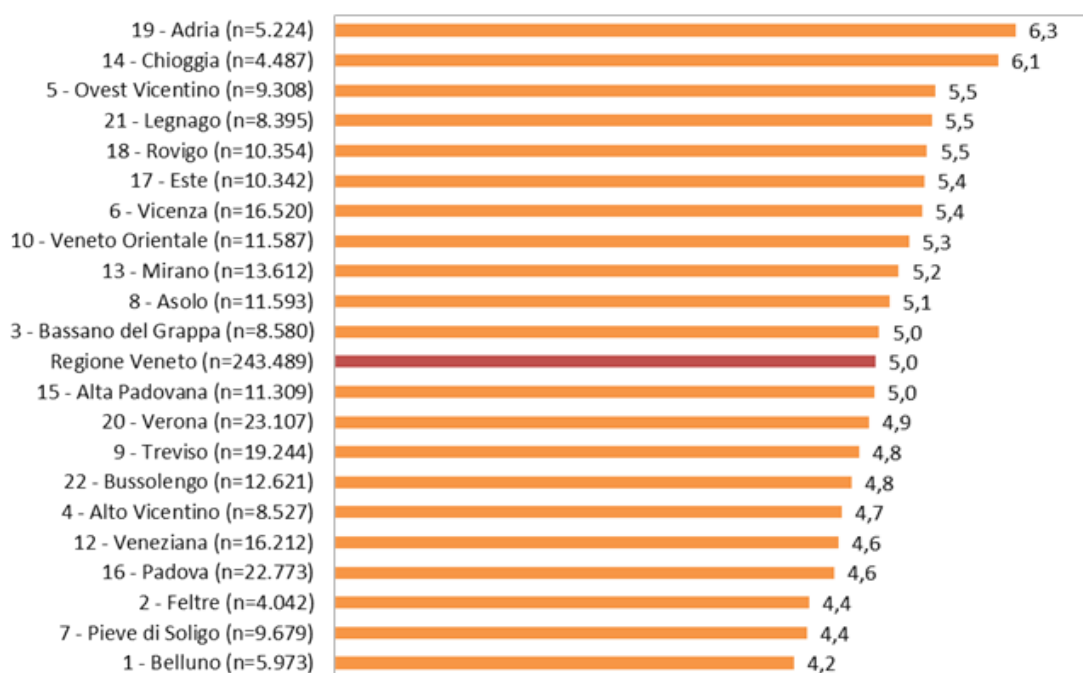
Gli archivi sanitari correnti consentono di identificare, in modo sufficientemente accurato, la popolazione diabetica attraverso le esenzioni per patologia, le schede di dimissione ospedaliera, la farmaceutica convenzionata e ad erogazione diretta, mentre per il monitoraggio dell'assistenza dei pazienti diabetici è possibile utilizzare il flusso informativo della specialistica ambulatoriale.

La procedura di record linkage tra le diverse fonti informative ha permesso l'individuazione di 243.489 pazienti diabetici residenti in Veneto al 01/01/2013. I pazienti diabetici individuati attraverso l'integrazione delle informazioni sono quelli "tracciabili" nei flussi sanitari; di conseguenza sono esclusi i soggetti diabetici non esenti

ai quali non sono stati prescritti farmaci antidiabetici con ricetta rossa e che non presentano una diagnosi di ricovero per diabete.

La prevalenza di diabete in Veneto al 01/01/2013 è del 5,0% con una ampia variabilità territoriale (Figura 2.31): tra il 6,3% (Ulss di Adria) e il 4,2% (Ulss di Belluno).

Figura 2.31 Tasso di prevalenza per diabete al 01/01/2013 per Azienda sanitaria di residenza standardizzato per genere ed età (per 100). Popolazione standard: popolazione residente in Regione Veneto al 01/01/2013



La popolazione diabetica è una popolazione adulta (età media 68,3 anni; il 65,9% dei diabetici ha più di 65 anni) con una maggiore presenza maschile (54,4%).

L'età e il genere sono i due fattori demografici che incidono maggiormente sulla prevalenza per diabete: all'aumentare dell'età corrisponde un valore di prevalenza più elevato ed i maschi presentano in tutte le classi di età un maggiore tasso di prevalenza rispetto alle donne, ad eccezione della classe di età 20-39 anni, dove è possibile sia presente una quota di diabete gestazionale.

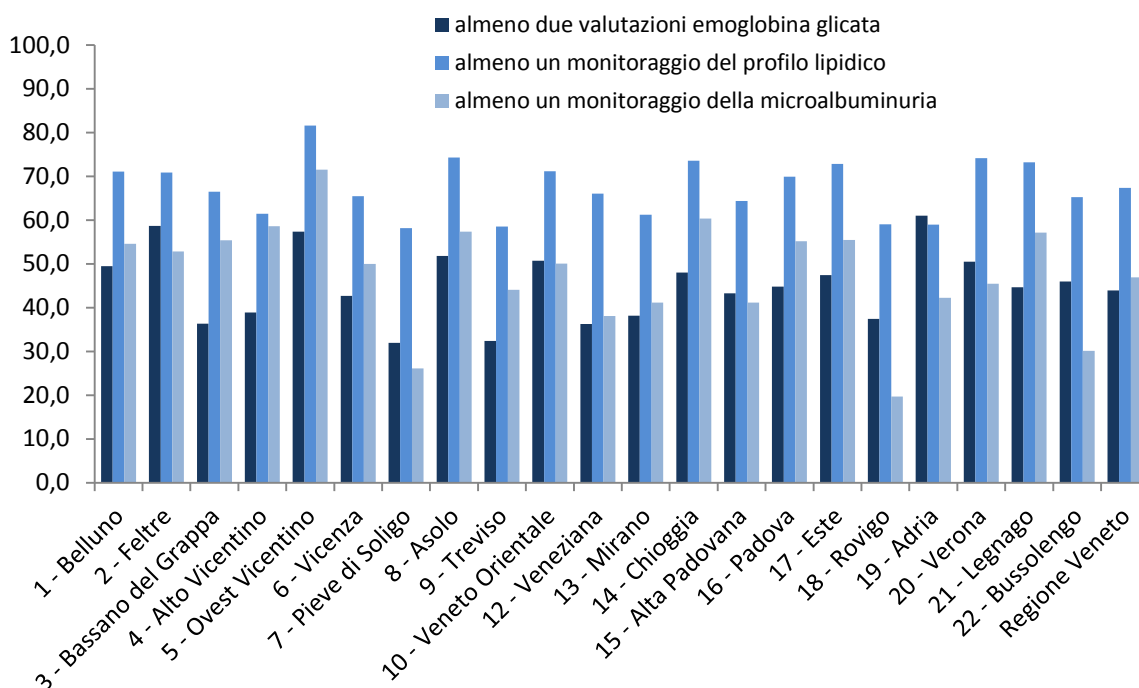
Il 4,4% dei diabetici ha cittadinanza straniera. Si tratta principalmente di stranieri provenienti dai Paesi dell'Europa centro orientale e dell'Africa settentrionale (rispettivamente il 22,5% e il 22,4% dei pazienti diabetici con cittadinanza straniera); le Aziende Ulss Ovest Vicentino e Veneziana si contraddistinguono nel panorama regionale per la forte presenza di stranieri diabetici provenienti dai Paesi dell'Asia centro meridionale (il 52,6% e il 44,6% rispettivamente). Il tasso di prevalenza di diabete negli

stranieri è maggiore rispetto a quello degli italiani, tenuto conto della diversa struttura per età e genere delle due popolazioni: 6,2% rispetto al 4,9%.

Gli indicatori di processo più comunemente utilizzati per il monitoraggio dell'assistenza ai pazienti diabetici sono: almeno due valutazioni l'anno dell'emoglobina glicata, almeno un monitoraggio l'anno della microalbuminuria, misurazione del profilo lipidico ed un esame biennale della retina.

Nel panorama regionale le aziende sanitarie si caratterizzano per una forte variabilità nel monitoraggio dell'assistenza al paziente diabetico (Figura 2.32). La valutazione dell'emoglobina glicata (almeno due monitoraggi l'anno) varia dal 32,0% dei diabetici residenti nell'Azienda Ulss di Pieve di Soligo al 61,0% dei diabetici residenti nell'Azienda Ulss di Adria. Complessivamente a livello regionale la proporzione è del 43,9% e sale al 74,5% qualora si consideri un'unica valutazione nell'anno. Il monitoraggio del profilo lipidico, invece, varia dal 58,2% nell'Azienda Ulss di Pieve di Soligo al 81,6% nell'Azienda Ulss Ovest Vicentino, con un valore medio regionale pari al 67,4%. L'Azienda Ulss di Rovigo registra la proporzione più bassa per quanto concerne l'effettuazione del controllo della microalbuminuria (19,7%), mentre nell'Azienda Ulss Ovest Vicentino l'indicatore raggiunge il 71,5% a fronte del dato regionale del 47,0%. Per quanto riguarda l'esame della retina, complessivamente il 42,3% dei pazienti diabetici lo effettua nel corso di un biennio.

Figura 2.32 Proporzioni di pazienti diabetici prevalenti al 01/01/2013 (esclusi i deceduti o trasferiti nel 2013) che hanno eseguito almeno due valutazioni dell'emoglobina glicata, almeno un monitoraggio del profilo lipidico e almeno un monitoraggio della microalbuminuria nel 2013. Regione Veneto



Per migliorare la qualità dell'assistenza al paziente diabetico e permettere una tempestiva identificazione di punti critici sui quali intervenire, è importante disporre di sistemi di sorveglianza in grado di monitorare la patologia in diversi gruppi di popolazione classificati sulla base delle caratteristiche demografiche ma anche cliniche e farmacologiche. Gli archivi amministrativi sanitari, pur con qualità e completezza variabile, rappresentano una base utile per l'individuazione della popolazione diabetica e per il monitoraggio degli indicatori di processo.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Legge regionale 11 novembre 2011, n. 24](#), recante: "Norme per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito dell'età adulta e pediatrica".

Approfondimenti

Gini R. et al. "[Chronic disease prevalence from Italian administrative databases in the VALORE project: a validation through comparison of population estimates with general practice databases and national survey](#)", BMC Public Health.

Agenas. Scheda informativa del Progetto MATRICE e Scheda di patologia: diabete mellito II (<http://www.agenas.it>)

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2.9 Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

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

Rappresenta un Obiettivo di salute prioritario nell'assistenza territoriale, nell'area dell'assistenza al paziente cronico, l'implementazione e la diffusione dei PDTA condivisi e di riconosciuta efficacia con riferimento particolare al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e BPCO, nonché l'individuazione precoce delle malattie respiratorie (in particolare BPCO e asma), anche attraverso l'utilizzo di test di funzionalità respiratorie, nonché lo sviluppo dell'autogestione della malattia respiratoria.

(Paragrafo 3.1.1 pag 47).

Quadro di sintesi

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia dell'apparato respiratorio caratterizzata da un'ostruzione irreversibile delle vie aeree, a decorso progressivo.

La prevalenza della patologia in Veneto nel 2013, stimata con un algoritmo standardizzato, è pari al 4,6% nella popolazione residente di 45 e più anni.

Nel 2014 in Veneto si sono registrati circa 6.185 ricoveri per BPCO. L'analisi dell'andamento temporale nel periodo 2006-2014 rivela una riduzione del numero assoluto dei ricoveri (33% e 26% negli uomini e nelle donne rispettivamente).

Il tasso di ospedalizzazione per BPCO nei pazienti con BPCO nel 2014 in Veneto è pari a 37,8 per 1.000 abitanti.

66

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree caratterizzata da una riduzione dei flussi espiratori ed associata ad una anormale risposta infiammatoria delle vie respiratorie a gas ed agenti esterni. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta. La malattia ha un esordio insidioso, con decorso abitualmente progressivo a causa di una riduzione del volume espiratorio non completamente reversibile. Le riacutizzazioni sono frequenti e si presentano sotto forma di bronchiti acute e broncopolmoniti. Insufficienza respiratoria e scompenso cardiaco sono complicanze frequenti.

Per l'analisi dei ricoveri per BPCO sono stati utilizzati i codici ICD-9-CM 490-492,496 in diagnosi principale o i codici 518.81, 518.82, 518.83, 518.84 in diagnosi principale con uno dei codici 490-492, 496 in diagnosi secondaria. L'analisi è stata ristretta alla popolazione residente con 45 e più anni.

Dalla Tabella 2.16 si osserva che tra il 2006 e il 2014 l'andamento delle dimissioni per BPCO risulta essere complessivamente in calo (-3,8% per anno), con un lieve aumento che ha interessato il solo biennio 2011-2012. Nel 2014 si sono registrate 6.185 dimissioni per BPCO, il 57,2% in pazienti di sesso maschile.

Tabella 2.16 BPCO: numero di dimissioni per sesso e anno. Residenti in Veneto. Anni 2006-2014

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Maschi	5312	5440	4882	4552	4555	4035	4097	3628	3540
Femmine	3596	3481	3481	3227	3091	2831	2982	2802	2645
Totale	8908	8921	8363	7779	7646	6866	7079	6430	6185

Il corrispondente tasso standardizzato di popolazione mostra un'ampia variabilità tra le diverse aziende della regione partendo dal 1,9 (ULSS 6) a 4,7 (ULSS 21) per 1.000 nei maschi e da 1,8 (ULSS 7) a 4,1 (ULSS 19) nelle femmine (Tabella 2.17). I tassi standardizzati di ricovero per BPCO sono influenzati non soltanto dai reali sottostanti trend epidemiologici ma anche dalla propensione al ricovero e dalla modalità di codifica delle Schede di Dimissioni Ospedaliere, che possono variare nelle diverse ULSS.

Tabella 2.17 Tassi standardizzati di ospedalizzazione per BPCO per 1.000 abitanti. Residenti in Veneto. Anno 2014

Azienda ULSS	Maschi			Femmine		
	Tasso grezzo	Tasso std	IC 95%	Tasso grezzo	Tasso std	IC 95%
101-Belluno	4,1	3,9	(3,3 - 4,7)	1,8	2,6	(2,1 - 3,4)
102-Feltre	3,2	3,1	(2,4 - 3,9)	1,8	2,5	(1,8 - 3,3)
103-Bassano del	3,7	3,9	(3,4 - 4,6)	2,5	3,9	(3,3 - 4,7)
104-Alto Vicentino	2,1	2,2	(1,8 - 2,7)	1,2	1,8	(1,4 - 2,4)
105-Ovest Vicentino	2,0	2,2	(1,7 - 2,7)	2,0	3,2	(2,6 - 3,9)
106-Vicenza	1,9	1,9	(1,6 - 2,3)	1,3	2,1	(1,7 - 2,5)
107-Pieve di Soligo	2,7	2,6	(2,2 - 3,0)	1,3	1,9	(1,5 - 2,3)
108-Asolo	3,3	3,6	(3,1 - 4,2)	2,0	3,3	(2,7 - 3,9)
109-Treviso	2,7	2,7	(2,4 - 3,1)	1,9	3,0	(2,6 - 3,4)
110-Veneto Orientale	3,3	3,3	(2,8 - 3,8)	2,4	3,8	(3,2 - 4,4)
112-Veneziana	3,4	3,0	(2,6 - 3,4)	2,6	3,6	(3,2 - 4,1)
113-Mirano	3,6	3,8	(3,3 - 4,3)	2,3	3,9	(3,3 - 4,5)
114-Chioqgia	2,6	2,6	(1,9 - 3,4)	1,4	2,3	(1,5 - 3,3)
115-Alta Padovana	3,8	4,2	(3,6 - 4,7)	2,1	3,5	(3,0 - 4,2)
116-Padova	3,3	3,2	(2,9 - 3,6)	2,4	3,6	(3,2 - 4,0)
117-Este	2,3	2,3	(1,9 - 2,8)	1,6	2,4	(1,9 - 2,9)
118-Rovigo	4,6	4,4	(3,9 - 5,1)	2,6	3,7	(3,2 - 4,4)
119-Adria	3,5	3,3	(2,6 - 4,1)	3,0	4,3	(3,4 - 5,5)
120-Verona	2,8	2,7	(2,4 - 3,0)	1,9	2,7	(2,4 - 3,1)
121-Legnao	5,2	5,1	(4,4 - 5,9)	2,7	4,1	(3,4 - 4,9)
122-Bussolenqo	2,2	2,4	(2,0 - 2,8)	1,4	2,4	(1,9 - 2,9)

Per il monitoraggio della situazione epidemiologica e dei trend assistenziali della BPCO un elemento fondamentale è rappresentato dalla definizione di una coorte di riferimento

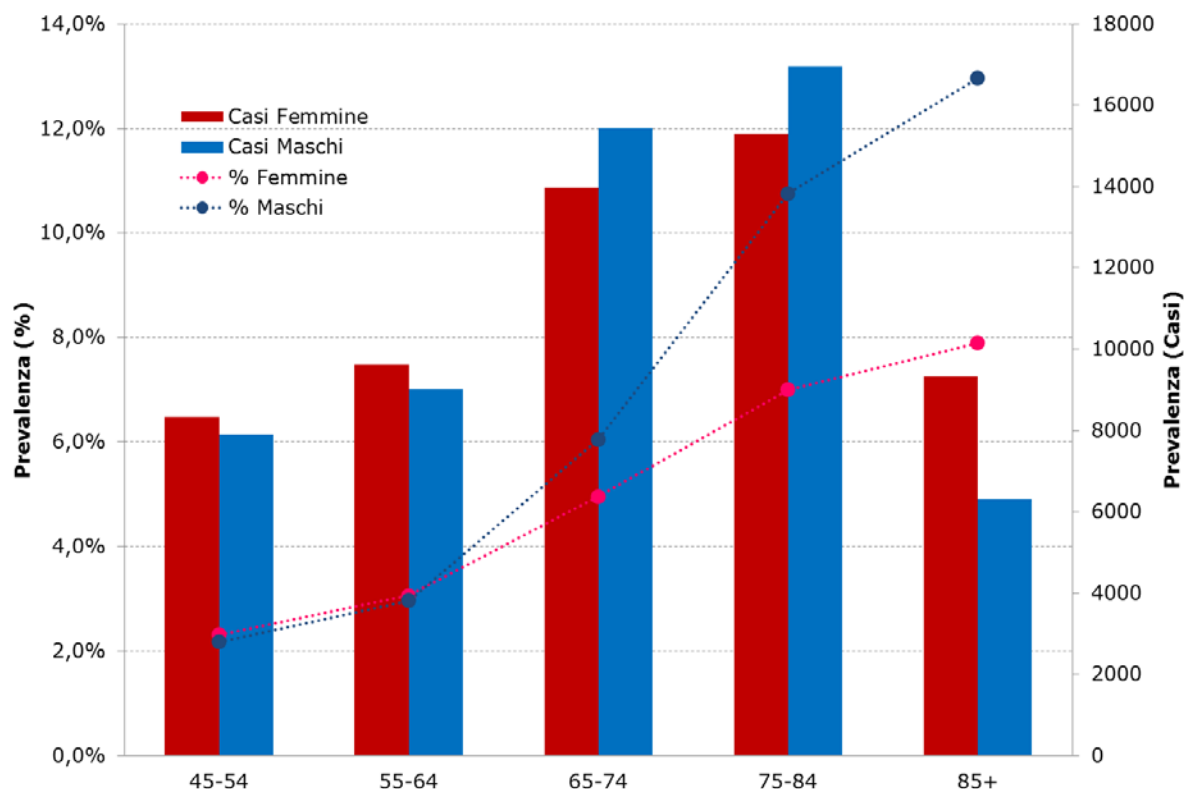
costituita dai pazienti probabilmente affetti dalla patologia e la successiva stima della sua prevalenza nella popolazione residente.

La stima della prevalenza della BPCO al 31/12/2013 in Veneto è stata definita mediante l'uso di un algoritmo elaborato a partire dai Sistemi Informativi Sanitari ed ampiamente documentato in altri studi Italiani. In particolare, le fonti dei dati sono il Sistema informativo ospedaliero, la Farmaceutica territoriale, il Sistema informativo dei farmaci in erogazione diretta, l'Anagrafe degli assistiti. L'identificazione della popolazione affetta da BPCO viene effettuata utilizzando un algoritmo basato sui dati relativi ai ricoveri ospedalieri e alle prestazioni farmaceutiche.

Sono considerati come casi di BPCO tutti i soggetti con età maggiore o uguale a 45 anni, vivi, residenti e assistiti nella Regione al 31 dicembre dell'anno di stima, che soddisfano uno dei criteri di inclusione di seguito riportati:

- dal Sistema informativo ospedaliero, inclusivo della mobilità passiva, si selezionano i dimessi, in regime ordinario, con diagnosi principale o secondaria di BPCO (ICD-9-CM: 490-492, 494, 496) nell'anno in stima o nei cinque anni precedenti;
- dall'archivio delle Prescrizioni Farmaceutiche (Farmaceutica territoriale ed erogazione diretta), si selezionano i soggetti con consumo di farmaci respiratori (R03) nell'anno di stima o nei due anni precedenti, caratterizzati da almeno una delle seguenti combinazioni di quantità e durata:
 - più di 120 giorni tra la prima prescrizione e l'ultima, almeno 5 confezioni;
 - intervallo tra prima e ultima prescrizione variabile tra 30 e 120 giorni e numero di prescrizioni variabile tra 3 e 10, una sola classe terapeutica (ATC a quattro cifre);
 - intervallo tra prima e ultima prescrizione variabile tra 120 e 210 giorni e numero di prescrizioni variabile tra 3 e 4, una sola classe terapeutica (ATC a quattro cifre).

Nella figura 2.33 viene presentata la prevalenza della BPCO, sia in termini percentuali che numerici, per sesso e classi di età nella popolazione residente di 45 e più anni. Nel 2013 la prevalenza della BPCO in Veneto è risultata essere pari al 4,6% (n. 112.174); 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 13% nei soggetti di sesso maschile con 85 e più anni.

Figura 2.33 Prevalenza della BPCO per sesso e classi di età. Residenti in Veneto. Anno 2013

I pazienti affetti da BPCO hanno un rischio più elevato di ospedalizzazione, a confronto con la popolazione generale, sia per una riacutizzazione della patologia, che per altre patologie (Tabella 2.17). I pazienti con BPCO si ricoverano maggiormente per malattie dell'apparato respiratorio (27,3%), seguite dalle malattie cardiovascolari (25%), che rappresentano invece il principale motivo di ricovero nella popolazione generale (30,1%), seguite dai tumori (16,4%). Se si considerano i tassi grezzi di ricovero negli assistiti di età superiore a 45 anni, si rileva che la popolazione affetta da BPCO ha un rischio di ricovero più elevato non solo per malattie respiratorie (infezioni respiratorie, insufficienza respiratoria) ma anche per malattie circolatorie e per tumori (in larga parte patologie fumo correlate – si potrebbe dettagliare: IMA, ictus, scompenso cardiaco; tumore del polmone, altri tumori). I tassi non sono standardizzati ma questo non dovrebbe portare ad una sottostima) ed anche per altre patologie, legate anche alla riduzione dell'ossigenazione dei tessuti corporei e confermando così il ruolo della BPCO come malattia sistemica.

Tabella 2.18 Distribuzione dei ricoveri per acuti nei pazienti con BPCO e nella popolazione generale. Età 45 anni e oltre, residenti in Veneto. Anno 2014

Apparato	Coorte BPCO			Popolazione generale [>=45 anni]			Rapporto Tassi
	Ricoveri	%	Tasso x 1.000 ab [grezzo]	Ricoveri	%	Tasso x 1.000 ab [grezzo]	
Respiratorio	10006	27,3%	89,2	30268	10,1%	12,5	7,13
- Infezioni acute delle vie respiratorie	256	0,7%	2,3	1405	0,5%	0,6	3,93
- Altre malattie delle vie respiratorie superiori	314	0,9%	2,8	2023	0,7%	0,8	3,35
- Polmonite e influenza	2256	6,1%	20,1	9794	3,3%	4,0	4,97
- Malattie polmonari cronico-obstruttive e pneumoconiosi	2431	6,6%	21,7	3476	1,2%	1,4	15,09
- Insufficienza respiratoria	3988	10,9%	35,6	9396	3,1%	3,9	9,16
- Altre malattie del sistema respiratorio	761	2,1%	6,8	4174	1,4%	1,7	3,93
BPCO	4256	11,6%	37,9	5771	1,9%	2,4	15,91
Circolatorio	9172	25,0%	81,8	72782	24,3%	30,1	2,72
Tumori	3536	9,6%	31,5	39817	13,3%	16,4	1,92
Digerente	2851	7,8%	25,4	31268	10,4%	12,9	1,97
Traumi e avvelenamenti	2639	7,2%	23,5	29869	10,0%	12,3	1,91
Genitourinario	1728	4,7%	15,4	20388	6,8%	8,4	1,83
Segni e sintomi mal definiti	1414	3,9%	12,6	12059	4,0%	5,0	2,53
Osteomuscoloscheletrico	1312	3,6%	11,7	21071	7,0%	8,7	1,34
Endocrinologia	806	2,2%	7,2	6924	2,3%	2,9	2,51
Infettive	689	1,9%	6,1	5152	1,7%	2,1	2,89
Sistema Nervoso	635	1,7%	5,7	8114	2,7%	3,4	1,69
Altri	1909	5,2%	17,0	22396	7,5%	9,3	1,84
Totale Ricoveri	36697	100,0%	327,1	300108	100,0%	124,0	2,64

Nella Tabella 2.18 sono riportati i tassi sesso ed età specifici di ricovero per BPCO sia nella coorte dei pazienti con BPCO che nella popolazione generale. Il rapporto tra tassi di ospedalizzazione nelle diverse popolazioni (BPCO vs popolazione generale) è più elevato nella classe di età 55-64 in entrambi i sessi e diminuisce all'aumentare dell'età dei pazienti, in maniera più evidente tra i soggetti di sesso maschile.

Tabella 2.19 Patologie dell'apparato respiratorio riferibili a BPCO: tasso di dimissione per 1.000 abitanti. Residenti in Veneto, anno 2014

Classe d'età	Coorte BPCO		Popolazione generale [≥45 anni]		Rapporto BPCO/Pop Generale	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
45-54	3,2	1,7	0,2	0,1	19,8	19,5
55-64	14,4	8,6	0,6	0,4	22,3	20,2
65-74	40,1	26,5	3,1	1,6	12,8	16,2
75-84	66,6	47,2	9,1	4,4	7,3	10,7
85+	99,1	57,8	17,0	7,4	5,8	7,8

La definizione adottata di paziente con BPCO mostra quindi una importante coerenza con il dato di ospedalizzazione; il controllo da parte del MMG di liste nominative di pazienti, prodotte a livello aziendale nell'ambito del progetto ACG, potrebbe offrire un'importante opportunità per verificarne in maniera più approfondita le caratteristiche predittive. L'altro importante contributo che può essere apportato dalle forme associative della Medicina Generale nell'ambito del contratto di esercizio è l'effettuazione di un'indagine spirometrica di base nei pazienti con storia consolidata di abitudine al fumo di tabacco, al fine di sostenere l'intervento educativo ed al contempo effettuare una diagnosi precoce della malattia e impostare tempestivamente una terapia medica appropriata.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 530 del 15 aprile 2014](#)

Sviluppo di un progetto finalizzato alla definizione dei PDTA, nonché alla loro implementazione e sperimentazione del loro monitoraggio nell'ambito delle forme associative più evolute della Medicina Generale. DDGR n. 2556 del 29/12/2011 e n. 834 del 4/06/2013.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2832 del 29 dicembre 2014](#)

Progetto per lo sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013: ulteriore finanziamento da assegnare alle Aziende ULSS. Esercizio 2014. Impegno di spesa e assegnazione alle Aziende ULSS.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2.10 Salute materno infantile

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

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 (Allegato A. Paragrafo 3.2 - 3.2.3 Pagina 65. - Paragrafo 1.3.3 Pagina 21. - Paragrafo 3.1 Pagina 45).

Quadro di sintesi

Esiste una qualificata rete di servizi ospedalieri e territoriali che garantisce assistenza e supporto a tutela della salute materno infantile, con 39 Punti nascita, una parte dei quali con un volume di attività inferiore alle indicazioni nazionali (500/1000 nati anno).

Il parto avviene nel 27% dei casi mediante taglio cesareo, valore che colloca la nostra regione in posizione largamente inferiore alla media nazionale; esiste un'importante variabilità per Punto nascita nel ricorso alla diagnosi prenatale (circa 18% 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) si è stabilizzato attorno al 2,2% dei parti. Un grave problema emergente è legato alla tardiva effettuazione delle ecografie morfologiche che avviene nel 10% in età gestazionali al limite della vitalità fetale (oltre le 21 sg). Prematurità e basso peso mantengono un peso percentuale costante, tra i più bassi riportati in letteratura.

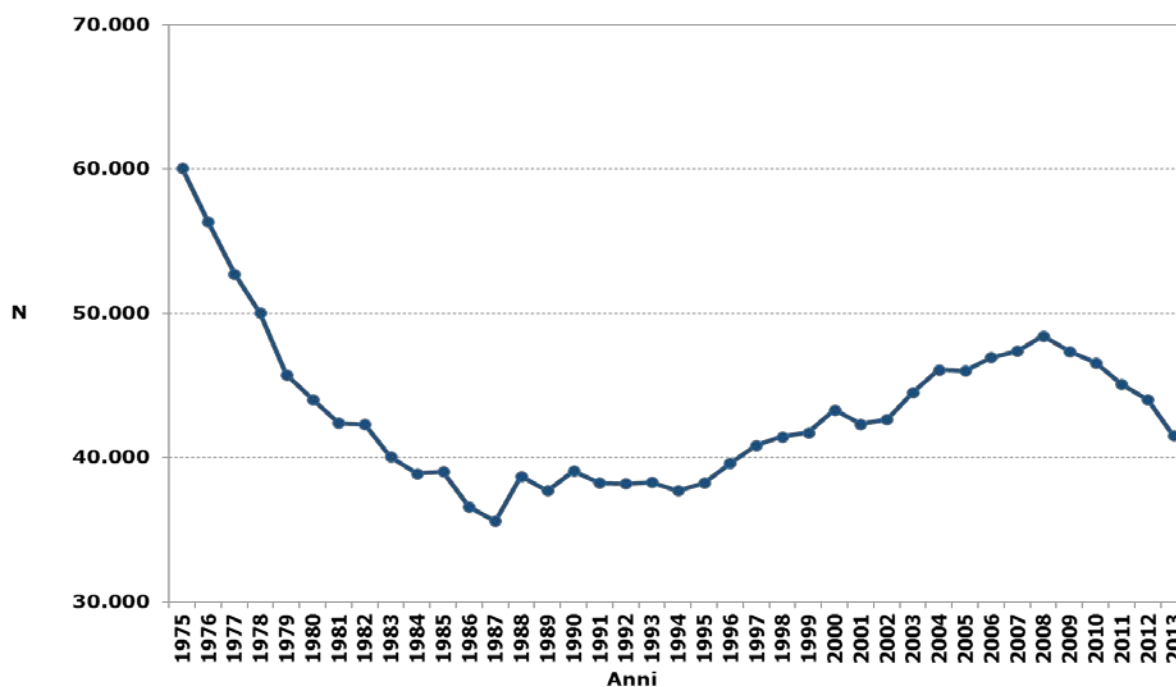
Fecondità

L'andamento delle nascite in Veneto è stato caratterizzato dal precipitare del numero dei nati dagli anni '70 fino alla metà degli anni '80, cui ha fatto seguito una progressiva crescita a partire dal 1987, e, solo negli anni recenti, dal 2009, una nuova flessione (Figura 2.36). 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. Molto verosimilmente si continueranno a registrare importanti dinamiche che interesseranno il comparto delle donne fertili nel Veneto, la più rilevante riguarda la crescita delle donne straniere e dei loro nati.

Figura 2.34 Nati vivi in Veneto, anni 1975-2013

(Fonte: ISTAT anni 1975-2001; Programma Regionale per la patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap anni 2002-2013)



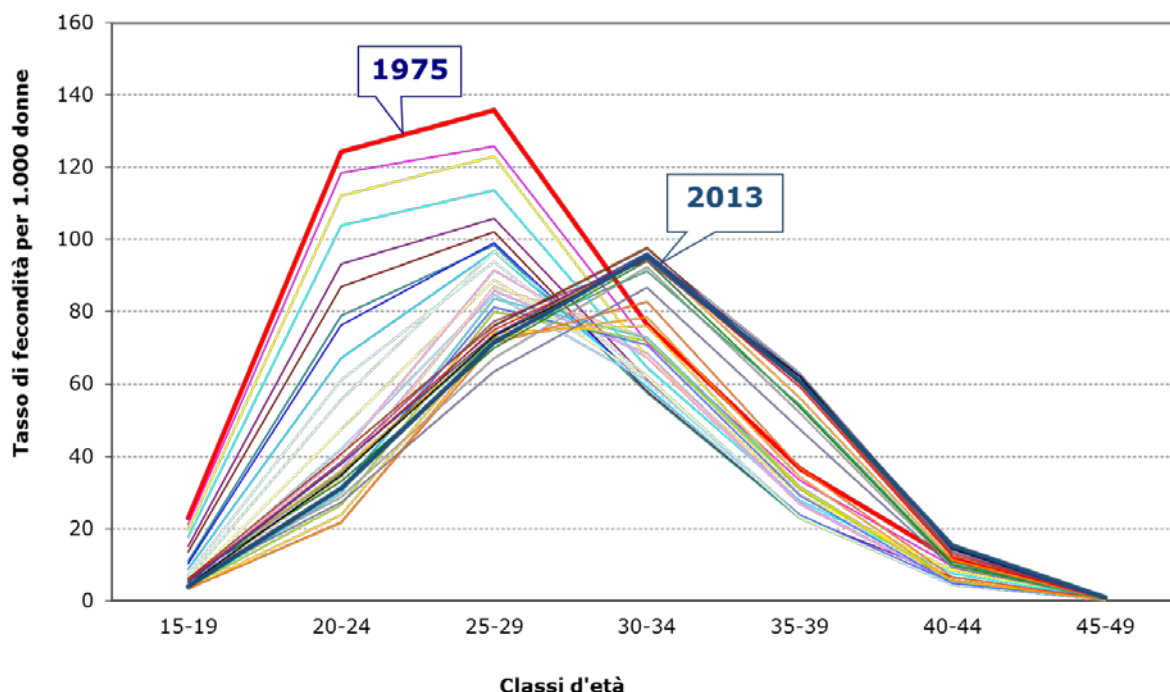
Nel 2013 le donne in età fertile ammontano a 1.087.876, dalle quali si registrano circa 55.000 gravidanze, 40.941 parti e 41.615 nati. Il numero medio di figli per donna è 1,39, in calo rispetto all'anno precedente (1,45), e in linea col dato medio nazionale (1,39). Verona si conferma la provincia con il quoziente di natalità (9,7‰) e di fecondità (42,8‰) più elevati, anche se in discesa rispetto allo scorso anno, mentre Rovigo registra i valori più bassi della Regione.

Negli ultimi dodici anni la percentuale di parti da donne over 35 anni è passato gradualmente dal 25% (2002) al 35% (2013), in particolare è raddoppiata la percentuale dei parti per la fascia d'età 40-44 anni rappresentata dal 4% nel 2002 e dall'8% nel 2013. Rimane invece costante nel tempo la percentuale di parti da minorenni (0,2%).

La Figura 2.35 riporta la distribuzione dei tassi di fecondità specifici per età dal 1975 al 2013. Risulta evidente come nell'arco di questi trentotto 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 nell'anno 2013. Il grafico mette anche in evidenza l'incremento nel tempo della fecondità per la classe 40-44 anni.

Le italiane affrontano il primo parto ad età più avanzata rispetto alle straniere, in particolare un'italiana primipara su 2 ha un'età superiore a 32 anni, mentre due terzi delle straniere dà alla luce il primo figlio sotto i 30 anni.

Figura 2.35 Tassi di fecondità specifici per età. Veneto, anni 1975-2013
(Fonte: ISTAT; Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)



Il percorso nascita: i servizi

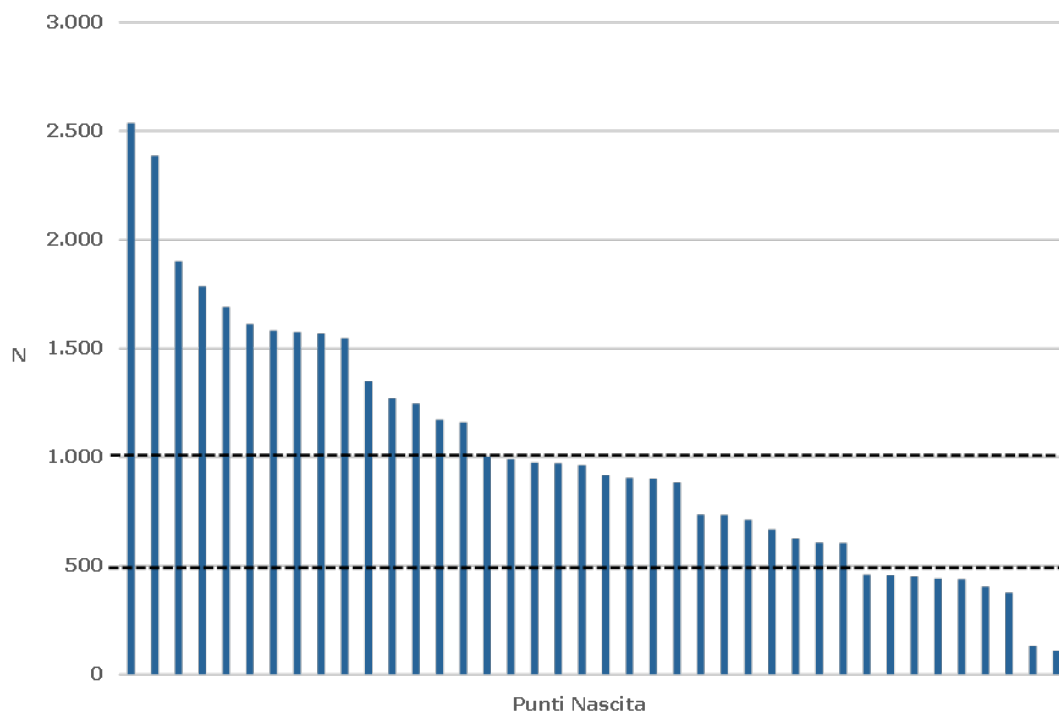
L'assistenza durante tutto il percorso nascita viene garantita attraverso una rete integrata di Servizi Ospedalieri e Territoriali. Le Unità operative materno infantili sono attive da molti anni in tutte le Aziende Sanitarie, e sono articolate in numerosi servizi dedicati alla famiglia e ai minori. Esiste una qualificata rete che conta oggi 39 Punti nascita.

L'attuale PSSR ha previsto per il periodo 2012-2016 la riorganizzazione della rete dei Punti nascita, tenendo a riferimento i contenuti dell'accordo "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" del dicembre 2010.

In relazione a quanto predisposto dall'Accordo, la situazione della rete attuale del Veneto (Figura 2.36) vede ancora la presenza di Punti nascita al di sotto di 500 parti (9 Punti nascita che sommano 3.269 parti, il 8% del totale) e Punti nascita da 500 a 1.000 parti (15 Punti nascita che sommano 12.198 parti, il 30% del totale).

I Punti Nascita con un insufficiente numero di parti sono localizzati nelle zone periferiche della Regione, comprendenti, oltre la provincia di Belluno, anche le zone al confine con l'Emilia Romagna e il Friuli che già ora presentano la maggiore mobilità passiva.

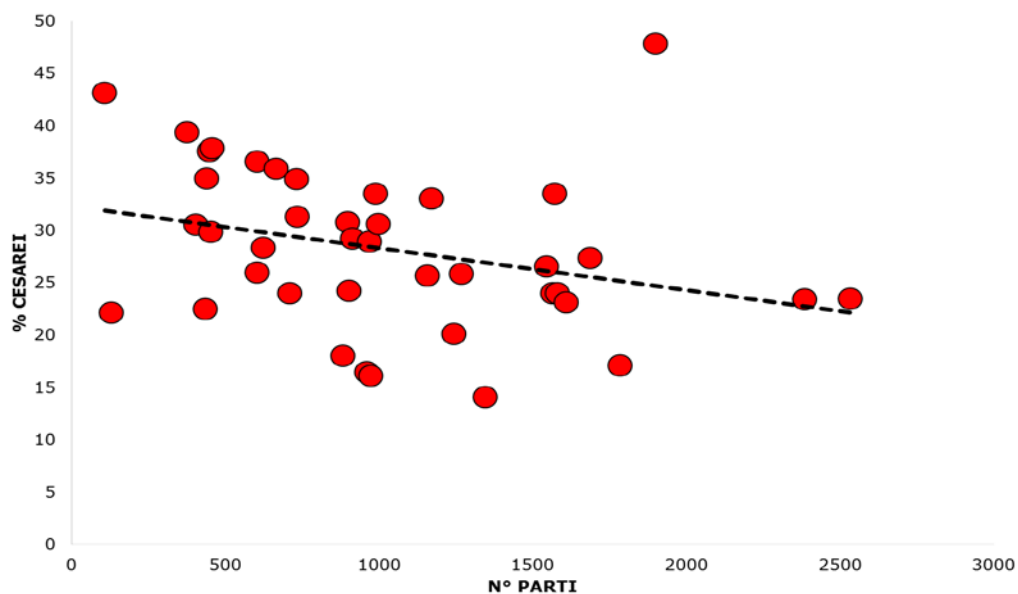
Figura 2.36 Distribuzione dei punti nascita per numero di parti. Veneto, anno 2013
 (Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)



Gravidanza, parto e nascita

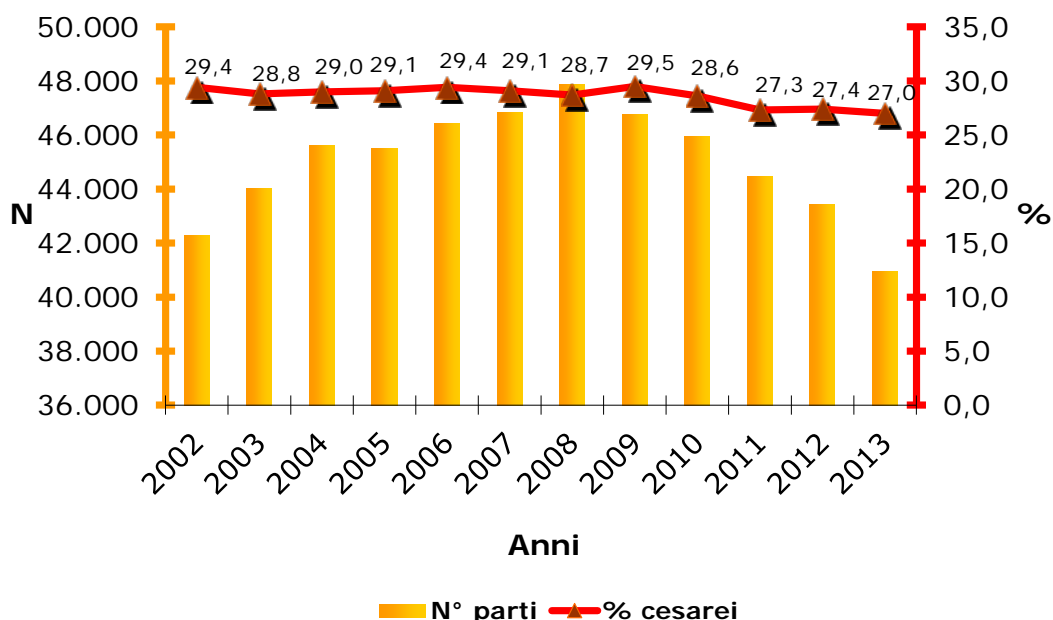
Il 27% dei parti avviene mediante il taglio cesareo con un'importante variabilità tra Punti nascita (Figura 2.37), in parte correlata al volume annuo di parti (i punti con minor volume hanno tendenzialmente una percentuali di parti cesarei più elevata).

Figura 2.37 Distribuzione dei punti nascita per n° parti e % di cesarei. Veneto, anno 2013
 (Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)



L'analisi dell'andamento del ricorso al cesareo nel tempo mostra una certa stabilità in Veneto (Figura 2.38); solo negli anni più recenti si rileva una tendenza alla sua diminuzione.

Figura 2.38 Andamento del tasso di cesarei e N° di parti. Veneto, anni 2002-2013
(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 5 avviene in parto analgesia (Tabella 2.20).

Anche sotto questo aspetto si registra un'importante variabilità nell'offerta tra Punti Nascita della Regione, sia in termini quantitativi che qualitativi (tipo di analgesia offerta). 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.

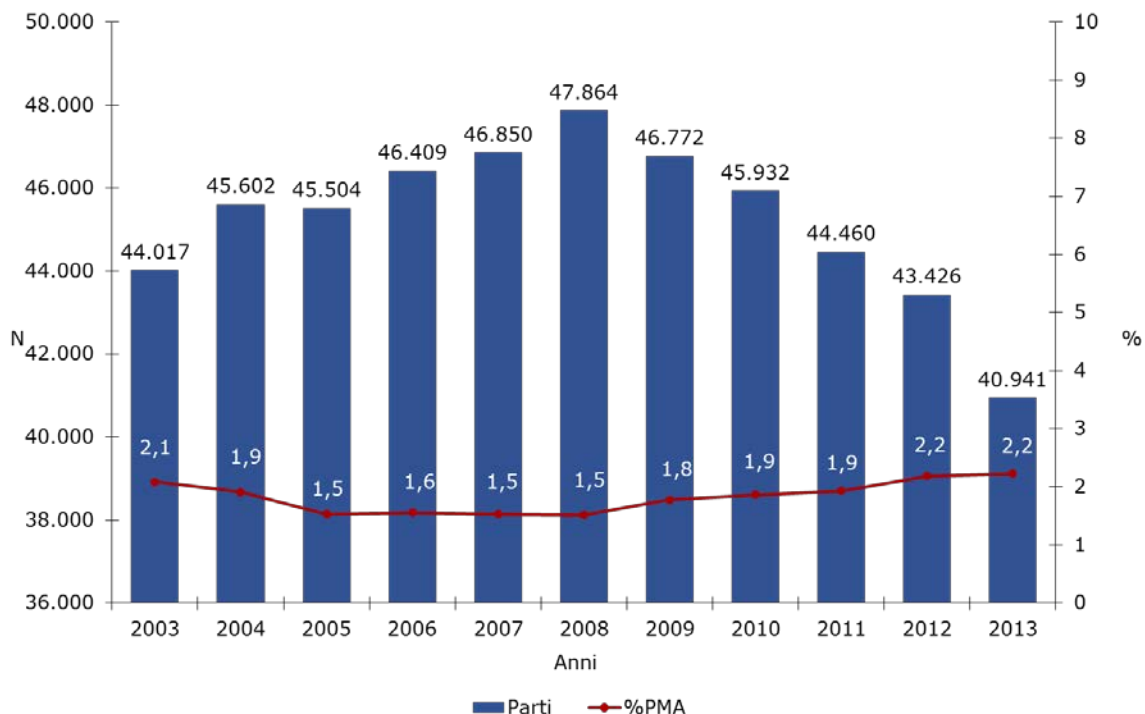
Nel 2013, 912 donne hanno dato alla luce un nato in seguito a procreazione medicalmente assistita (PMA), pari al 2,2% dei parti (Figura 2.39). Nell'arco di tempo osservato, la percentuale di parti da PMA, dopo un lieve decremento dal 2004 al 2008, si è riportata ai valori del 2003.

Tabella 2.20 Distribuzione parti vaginali con controllo del dolore per tipo di tecnica di controllo del dolore. Veneto, anno 2013 (Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)

Controllo del dolore	
Analgesia epidurale	3.727
Analgesia spinale	165
Analgesia combinata epidurale/spinale	42
Analgesia farmacologica enterale/parentale	32
Analgesia inalatoria (protossido)	41
Agopuntura	4
Blocco del nervo pudendo (solo se pre-parto)	1
Blocco paracervicale	4
Ipnosi	3
Travaglio/parto in acqua	757
Più metodi combinati	931
Altri metodi	1.156
Totale	6.863

Figura 2.39 Numero di parti e percentuale di parti in seguito al ricorso alla riproduzione assistita. Veneto, anni 2003-2013.

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



I nati da PMA, sia singoli che plurimi, presentano rischi maggiori di prematurità e basso peso alla nascita: il 2,0% vs lo 0,8% dei nati singoli e il 13,5% vs il 9,1% dei nati plurimi

nasce prima delle 32 settimane gestazionali, mentre il 2,6% vs lo 0,8% dei nati singoli ed il 13,8% vs 8,9% dei plurimi nasce con peso inferiore ai 1.500 grammi.

Il ricorso alla diagnostica prenatale riguarda il 18% dei parti e circa 1/5 delle indagini interessa donne in età inferiore a quella considerata a rischio (35 anni).

In passato il tipo di accertamento più frequentemente proposto era rappresentato dall'amniocentesi: ora si registra una tendenza alla riduzione, bilanciata dal contemporaneo aumento del ricorso alla villocentesi.

L'effettuazione di ecografie morfologiche avviene nel 10% 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. Tutto ciò ha importanti implicazioni etiche, psicologiche e assistenziali.

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 (0,4% sotto le 28 settimane di gestazione e 0,8% tra le 31 e le 28 settimane di gestazione), 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 dei presenti.

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 2,6 per 1.000 nati nel 2013 (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 2011, ultimo anno disponibile dalle statistiche ufficiali, da cui emerge che i valori registrati nella nostra Regione sono leggermente superiori ai dati nazionali (3,1 per 1.000 vs 2,6 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).

Sostegno alla genitorialità

Presso i Consultori familiari, le strutture ospedaliere pubbliche e presso le strutture private sono offerti ai futuri genitori corsi di accompagnamento alla nascita.

Esiste un'ampia variabilità territoriale dei corsi sia in termini di contenuti trattati, tecniche adottate, figure professionali coinvolte, organizzazione, livello di partecipazione e di gradimento.

Generalmente tutti hanno l'obiettivo di promuovere la salute di madre e neonato, di realizzare uno spazio che permetta ai genitori di esprimere domande e paure, ma anche l'identificazione e la presa in carico precoce di situazioni di rischio.

Hanno lo scopo di fornire alle future mamme e ai loro partner le informazioni riguardo a gravidanza, parto, allattamento e accudimento del bambino, ma soprattutto di offrire un sostegno per aiutarli nel passaggio alla genitorialità.

Troppo spesso, però, tali corsi sono meno frequentati da quei soggetti che ne avrebbero maggior bisogno, come la popolazione immigrata e quella con minor scolarizzazione, per i quali si rendono necessari degli interventi mirati.

Utilizzando le fonti schede di dimissione ospedaliera e i Certificati di assistenza al parto si contano in Veneto poco più di 300 gravidanze all'anno da minorenni, pari allo 0,5% del totale delle gravidanze avvenute in Veneto. Nella nostra Regione, dunque, circa tre minorenni ogni 1.000 intraprendono una gravidanza.

Nel 2013 il 30% delle gravidanze da minorenni è esitato in parto, mentre il 58% si è concluso con una interruzione volontaria di gravidanza.

Ospedalizzazione da 0 a 18 anni

Nella rete ospedaliera regionale sono presenti 39 unità operative dedicate ai minori; di queste 39 unità operative, 33 sono reparti di Pediatria.

Il tasso stimato di ricovero per i pazienti 0-18 anni per il 2013 è pari a 54 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 100 per 1.000 residenti.

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

Il tasso stimato di ospedalizzazione per Azienda ULSS di residenza per la fascia d'età 0-18 anni compresi i ricoveri per nascita mostra fluttuazioni attorno al dato medio regionale, dal momento che si osservano valori di minimo 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 però anche a Chioggia, presentano i tassi di ricovero più alti, mentre Treviso si distingue per il tasso più basso.

La rete ospedaliera veneta serve anche una quota di popolazione non residente: gli Ospedali Veneti esercitano, infatti, un'importante effetto di attrazione nei confronti di altre Regioni italiane. Confrontando i ricoveri ordinari tra residenti e non residenti in Regione, escludendo i ricoveri con diagnosi principale di ricorso ai servizi sanitari (si tratta nel 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 (18%), malattie dell'apparato respiratorio (17%), traumatismi (10%) e malattie dell'apparato digerente (9%); i residenti fuori regione per malattie del sistema nervoso (15%), malformazioni congenite (13%), e traumatismi (10%). Analizzando ricoveri ordinari per reparto di dimissione, compresi i ricoveri di nascita, si osserva che il nido assorbe il 50% dei ricoveri, mentre la Pediatria costituisce il secondo reparto di dimissione con il 26% 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, nel nostro Paese si stimano quindi più di 45.000 bambini maltrattati. Tutti i diversi tipi di maltrattamento determinano un danno globale dello sviluppo che va a interagire, indipendentemente dall'azione maltrattante, con la maturazione fisica del bambino, lo sviluppo psichico, le competenze cognitive, sociali e relazionali, creando esiti che permangono per tutta la vita.

In Veneto, nel contesto dei servizi dedicati ai minori, è stato avviato 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.

Il Centro è dedicato alla diagnosi specialistica del danno attuale, potenziale e/o evolutivo derivante da condizioni di maltrattamento e abuso di lattanti, bambini ed adolescenti, attraverso attività cliniche integrate multidisciplinari che prevedono l'inquadramento

diagnostico dei casi in fase acuta, la definizione della diagnosi differenziale, l'attivazione di indagini di diagnostica clinica specialistica, la psicodiagnosi e la prescrizione di indagini strumentali specifiche e la definizione del piano assistenziale di presa in carico del bambino e della sua famiglia, in collaborazione con i servizi territoriali di residenza. Tali attività sono messe in atto operando direttamente all'interno del centro e operando consulenze a distanza o in loco presso gli ospedali e distretti socio-sanitari della Regione. Con un bacino d'utenza regionale ma anche extraregionale, il Centro, dalla propria attivazione nel gennaio 2008 ha prestato cure e assistenza a più di 700 bambini e ragazzi (40% maltrattamento fisico- tra cui una coorte di 38 bambini con diagnosi di sindrome del bambino scosso e sindromi correlate; 26% abuso sessuale, 10% abuso psicoemozionale, 2% sindrome di Munchausen by proxy, 12% violenza assistita). Nell'anno 2014 sono stati effettuati 48 ricoveri ordinari dei quali 21 presso l'Azienda Ospedaliera di Padova (per un totale di 457 giornate di degenza) e 27 ricoveri in altri presidi della rete ospedaliera veneta, 58 DH, 1.256 prestazioni ambulatoriali (112 visite pediatriche, 208 visite neuropsichiatriche infantili, 520 visite psicologiche per l'età evolutiva e 404 visite psicologiche per i genitori). Le prese in carico continuative mensili hanno riguardato in media 30 casi al mese per un totale di 352 prese in carico. L'equipe del Centro è stata coinvolta nella definizione di Piani Assistenziali Integrati per i bambini affetti e le loro famiglie con le reti di cure primarie dei Distretti socio-sanitari con la partecipazione di un totale di 162 Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali. È stata inoltre svolta attività di supporto e collaborazione all'Autorità Giudiziaria con ascolto protetto del minore (10 casi), attività di Ausiliario di Polizia Giudiziaria (5), Consulenze Tecnico-peritali d'Ufficio e testimonianza in corso di procedimento penale (19), e relazioni tecnico-cliniche per i procedimenti in corso (78). È 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 a 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.

Approfondimenti

- Facchin P. et al., Rapporto tecnico Attività 2014. Registro Nascite, Regione Veneto
- Facchin P. et al., Rapporto tecnico Attività 2014. Programma Regionale della Patologia in Età Pediatrica, Regione Veneto

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

2.11 Malattie professionali e infortuni sul lavoro

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

La Regione del Veneto è impegnata nel garantire e tutelare la salute e sicurezza della popolazione nei diversi ambienti di vita e di lavoro. Il Piano Socio Sanitario rafforza un approccio fondato sull'interazione e la collaborazione tra i diversi attori istituzionali, il mondo produttivo e sociale (Allegato A. Paragrafo 3.4.1. Pagine 86 e 90).

Quadro di sintesi

Dopo la crisi del 2008 il quadro economico generale sostanzialmente non è mutato. Il numero di infortuni sul lavoro è ancora in riduzione grazie alla diminuzione delle ore lavorate e ad una maggiore attenzione alla prevenzione da parte delle imprese.

Le malattie professionali denunciate si sono stabilizzate dopo un aumento dovuto al recupero di casi non segnalati in precedenza e alla modifica delle tabelle delle malattie indennizzabili, comunque sono costantemente sotto notificate.

Permane un elevato numero di persone che vivono in condizione di disabilità a causa di un infortunio sul lavoro o ad una malattia professionale. In Veneto nel 2012, ci sono 52.628 lavoratori (o eredi se infortunio mortale) titolari di rendita per lesioni permanenti: 89% maschi; 76% per infortunio sul lavoro e 24% per malattia professionale. Questi dati non rappresentano l'interezza del fenomeno poiché non considerano i danni sotto la soglia di indennizzo e le lesioni liquidate senza costituzione di rendita. Queste due situazioni, anche se meno gravi, sono numericamente superiori ai valori sopra riportati.

Un sistema di ricerca attiva e di analisi individuale dei casi di mesotelioma maligno, presente in tutte le Regioni, alimenta il Registro Nazionale dei Mesoteliomi: le caratteristiche epidemiologiche di questa patologia sono ben leggibili nei Rapporti pubblicati (il Quarto Rapporto, relativo agli anni 1993-2008, commenta 15.845 casi di mesotelioma) (www.inail.it) e negli articoli su riviste. Il Quinto Rapporto relativo agli anni 1993-2012 (in pubblicazione) commenta 21.643 casi di mesotelioma, l'8% dei casi deriva dalla sorveglianza presente in Veneto.

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.

Negli ultimi anni si riscontra una netta riduzione del numero di infortuni totali e dei relativi tassi di incidenza, soprattutto nei settori Industria e Servizi ed Agricoltura. Questo è dovuto al miglioramento delle condizioni di sicurezza nei luoghi di lavoro e alla diminuzione delle attività a rischio (con la delocalizzazione delle attività manifatturiere e l'automazione dei lavori più pericolosi). Oltre a questi miglioramenti effettivi la riduzione degli infortuni è dovuta anche alla sotto-notifica dei casi lievi.

In Figura 2.40 si può osservare che gli infortuni totali dal 2000 al 2013 sono in diminuzione, mentre quelli più gravi aumentano fino al 2007 per poi iniziare a diminuire, lentamente fino al 2010, più rapidamente negli ultimi anni diminuendo anche la loro percentuale rispetto agli infortuni totali (Figura 2.41). Infatti nel periodo 2011-2012, questa percentuale presenta un'inversione di tendenza con netta riduzione anche degli infortuni gravi, inversione non confermata nel 2013 (da analizzare con cautela non essendo ancora un dato definitivo). La riduzione degli infortuni di minor grado in presenza dell'aumento dei casi invalidanti e mortali sembra confermare il notevole impatto della sottonotifica dei casi lievi nella diminuzione complessiva. A partire dal 2010 si scorge un trend negativo anche dei casi gravi che, se confermato, indicherebbe un positivo effetto di abbattimento del rischio.

Figura 2.40 Variazione percentuale rispetto al 2000 del numero di 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.

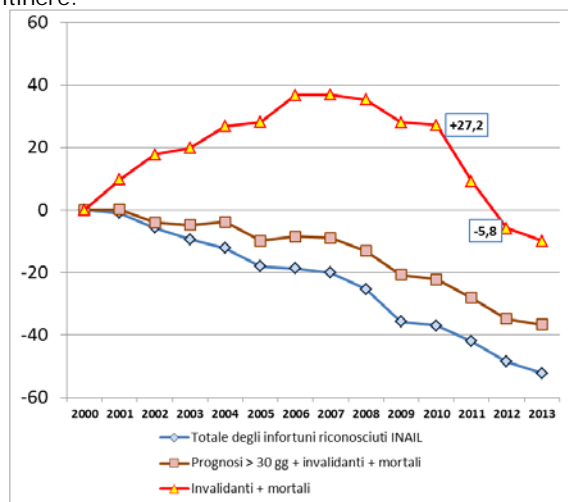
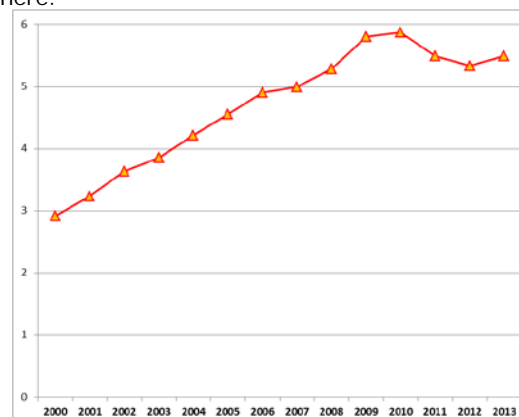


Figura 2.41 Percentuale di infortuni mortali e invalidanti sul totale degli infortuni riconosciuti dall'INAIL in tutti i settori di attività (Industria e servizi, Agricoltura, Conto Stato, COLF) in Veneto. Sono esclusi gli studenti, gli sportivi e gli infortuni in itinere.



L'agricoltura e l'edilizia sono i settori a maggiore rischio di infortuni gravi; negli ultimi due anni la notevole diminuzione di attività in edilizia ha ridotto anche gli infortuni. Le modalità di accadimento più frequenti nei casi gravi, escludendo gli incidenti stradali, sono le cadute dall'alto, la caduta dall'alto di oggetti pesanti, il ribaltamento dei trattori agricoli, lo schiacciamento fra automezzi o parti di macchine. Anche le piccole dimensioni aziendali (in particolare per quanto riguarda i lavoratori autonomi) e l'esecuzione di lavori estemporanei sembrano essere correlate con il maggior rischio di infortuni.

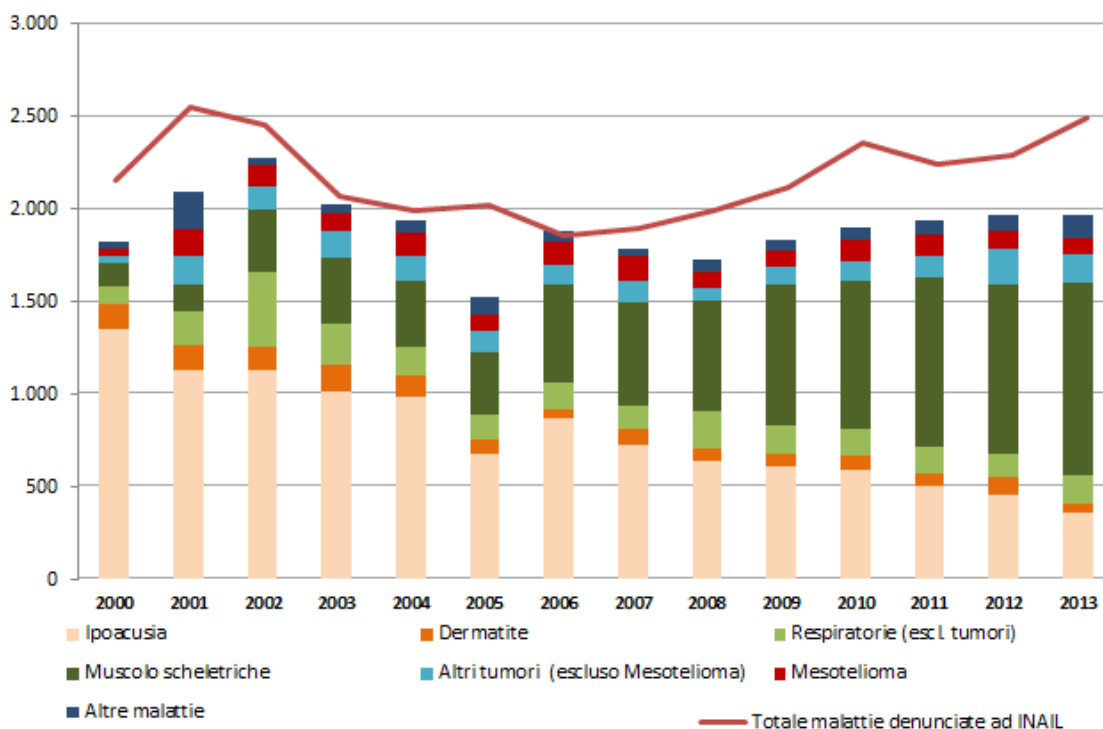
La disponibilità dei dati INAIL, trasmessi alle Regioni e alle ASL nell'ambito dei Flussi Informativi Inail Regioni, consentono di indirizzare la programmazione regionale e locale verso le situazioni e le aziende a maggior rischio.

Tabella 2.21 Infortuni riconosciuti dall'INAIL in tutti i settori di attività (Industria e servizi, Agricoltura, Conto Stato) distinti per comparto. Sono esclusi gli studenti, i collaboratori domestici, gli sportivi e gli infortuni in itinere. Veneto, anni 2000-2013

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
01 Agrindustria e pesca	608	622	647	704	722	610	626	652	685	657	645	625	622	591
02 Estrazioni minerali	168	163	152	154	118	134	123	100	75	63	70	53	38	27
03 Industria Alimentare	1.682	1.601	1.575	1.532	1.339	1.249	1.092	1.062	1.088	1.030	944	867	765	716
04 Ind. Tessile	2.478	2.370	1.973	1.628	1.440	1.169	1.182	989	890	703	684	587	471	440
05 Ind. Conciaria	686	584	577	547	509	453	400	446	328	290	305	270	225	227
06 Ind. Legno	4.048	3.814	3.510	3.404	3.178	2.849	2.814	2.696	2.409	1.969	1.905	1.650	1.382	1.186
07 Ind. Carta	1.284	1.237	1.116	1.076	987	965	915	896	820	638	669	595	524	471
08 Ind. Chimica e Petrolio	2.157	2.208	1.983	1.897	1.835	1.590	1.631	1.632	1.389	1.162	1.216	1.099	960	973
09 Ind. Gomma	205	176	189	184	241	172	192	167	115	94	135	114	76	80
10 Ind. Trasf. non Metalliferi	2.642	2.602	2.344	2.044	1.870	1.711	1.717	1.686	1.448	1.096	1.008	910	750	653
11 Ind. Metalli	1.280	1.312	1.250	1.147	1.029	1.092	1.153	1.146	957	597	845	758	710	569
12 Metalmeccanica	13.856	13.120	12.288	11.562	10.861	10.065	10.285	10.376	9.742	7.360	6.996	6.453	5.649	5.181
13 Ind. Elettrica	880	768	662	623	527	506	501	492	458	332	318	300	255	238
14 Altre Industrie	3.328	3.084	2.943	2.411	2.214	2.068	2.152	2.131	1.977	1.488	1.422	1.261	1.116	1.059
15 Elettrocita Gas Acqua	333	306	297	223	253	222	199	195	151	159	129	115	118	108
16 Costruzioni	10.813	10.767	10.839	11.300	10.668	9.962	9.895	9.663	8.612	7.477	7.099	6.179	5.350	4.502
17 Commercio	3.325	3.408	3.078	3.250	3.259	3.068	3.100	2.971	2.983	2.649	2.882	2.721	2.431	2.270
18 Trasporti	3.010	3.081	2.980	2.894	2.906	2.720	2.574	2.689	2.519	2.314	2.245	2.182	1.939	1.852
19 Sanita'	2.120	1.983	2.090	1.996	2.035	2.179	2.112	2.139	2.171	2.429	2.571	2.559	2.374	2.496
20 Servizi	10.997	12.010	12.081	12.048	12.780	11.837	11.430	11.232	10.815	9.942	9.713	9.049	8.203	7.798
99 Non determinabile	2.939	2.982	2.716	1.920	1.574	1.554	1.664	1.729	1.615	1.190	1.213	1.168	1.061	985
TOTALE INDUSTRIA	68.839	68.198	65.290	62.544	60.345	56.175	55.757	55.089	51.247	43.639	43.014	39.515	35.019	32.422
Agricoltura	5.630	5.470	4.944	4.732	4.704	4.509	4.386	4.025	3.780	3.640	3.335	2.992	2.760	2.567
Conto Stato	739	786	712	899	972	1.006	1.049	993	1.128	1.074	1.091	1.085	973	975
TOTALE	75.208	74.454	70.946	68.175	66.021	61.690	61.192	60.107	56.155	48.353	47.440	43.592	38.752	35.964

Malattie Professionali

E' più difficile inquadrare l'andamento delle malattie professionali a causa del tempo di latenza molto variabile tra esposizione ed insorgenza della malattia e dell'aggiornamento delle patologie indennizzate da INAIL. I dati più recenti mostrano come le patologie muscolo scheletriche siano oggi al primo posto, avendo superato l'ipoacusia da rumore. In questo campo esiste tuttavia un ampio margine di recupero di casi non segnalati, perché può essere difficile riconoscere una malattia causata da esposizioni remote nel tempo. Il numero corretto di malattie professionali non è noto poiché le segnalazioni che pervengono all'INAIL e alle ULSS non sono sovrapponibili. Il trend attuale è in consolidamento dopo l'aumento del 2009, dovuto al "recupero" di nuove patologie introdotte con le tabelle nel 2008.

Figura 2.42 Malattie segnalate agli SPISAL per anno e tipo malattia e Totale denunciate all'INAIL. Regione del Veneto, anni 2000-2013

Malattie professionali da sovraccarico biomeccanico degli arti e del rachide

Annualmente il PREO (Programma Regionale per l'Ergonomia Occupazionale) effettua un monitoraggio sulle segnalazioni/denunce di patologie professionali da sovraccarico biomeccanico degli arti e del rachide. Nel 2013 sono state segnalate/denunciate agli Spisal del Veneto 1.278 patologie (Tabella 2.21).

La provincia di Treviso è quella con il numero più elevato di segnalazioni (31% del totale) seguita da quella di Padova (16%) e di Verona (16%). Rispetto al 2012 il numero delle patologie raddoppia nelle province di Rovigo (+117%) e Vicenza (+113%) e aumenta del 56% in quella di Treviso. Aumenti più contenuti si registrano nelle province di Belluno (+34%) e di Venezia (+27%). La provincia di Treviso è anche quella con il maggior numero di segnalazioni sia di patologie degli arti superiori sia del rachide. Un numero elevato di patologie degli arti superiori interessa la provincia di Padova e di Verona.

Nel 2013 le patologie degli arti superiori rappresentano il 63% del totale delle patologie segnalate e, all'interno di tale percentuale, il 46% (nel 2012 era il 45%) interessano le patologie della spalla e il 31% la sindrome del tunnel carpale (nel 2012 era il 34%). Dal 2012 al 2013 l'incidenza delle patologie degli arti superiori in generale aumenta del 44%; nello specifico, gli aumenti maggiori riguardano polso (+128%), mano (+124%) e spalla (+48%). Le sindromi del tunnel carpale aumentano ma in misura minore (+31%). Le patologie del rachide rappresentano il 34% del totale delle segnalazioni (nel 2012 erano il 38%) e rispetto al 2012 aumentano del 18%. Le patologie degli arti inferiori si

mantengono in numero limitato (4% del totale delle segnalazioni) con un leggero incremento complessivo rispetto al 2012.

Tabella 2.22 Distribuzione delle patologie segnalate/denunciate agli Spisal per provincia e per tipologia. Veneto, anno 2013.

PROVINCIA	Spalla	Gomito	Polso	Tunnel carpale	Mano	TOT. arti superiori	Ginocchio	Piede	TOT. arti inferiori	Rachide	TOTALE
BELLUNO	28	11	11	19	12	81	1	0	1	36	118
PADOVA	59	14	3	39	12	127	10	0	10	73	210
ROVIGO	12	3	0	5	3	23	4	0	4	12	39
TREVISO	130	16	7	74	32	259	5	2	7	128	394
VENEZIA	30	6	11	21	10	78	13	0	13	54	145
VERONA	66	12	4	38	2	122	6	0	6	74	202
VICENZA	45	9	5	49	5	113	5	0	5	52	170
TOTALE	370	71	41	245	76	803	44	2	46	429	1278

Analizzando la distribuzione dei diversi tipi di patologia per settore lavorativo (Tabella 2.22) si evidenzia che, in termini assoluti il maggior numero di segnalazioni (288, pari al 25% del totale) si registra, a differenza dei precedenti monitoraggi, in agricoltura seguito da edilizia (167, pari al 15%), metalmeccanica (156, pari al 14%), alimentare e socio-sanitario (rispettivamente 102 e 98, pari al 9%). In linea con l'andamento degli ultimi anni – e secondo le aspettative conseguenti alle attività di prevenzione in atto in questo comparto – continua a crescere il numero delle segnalazioni in agricoltura: esso risulta quasi raddoppiato rispetto al 2012 (+89%, da 152 a 288); le segnalazioni hanno riguardato soprattutto il rachide (36%), la spalla (28%) e la sindrome del tunnel carpale (22%). I dati INAIL confermano l'aumento delle denunce in agricoltura (dal 2007 al 2011 +383%, da 1.650 a 7.967), favorito dall'emersione delle cosiddette malattie "nascoste" a seguito dell'introduzione del Decreto Ministeriale dell'aprile 2008 che ha inserito in elenco le principali malattie osteo-articolari e muscolo-tendinee da sovraccarico biomeccanico e vibrazioni, vere protagoniste del record di denunce (sono aumentate in 5 anni del 620% fino ad arrivare nel 2011 a 6.663 casi, oltre l'80% del totale delle denunce). Dal 2012 al 2013, secondo l'INAIL, l'aumento delle denunce di malattia professionale in agricoltura è stato del 23%.

Per quel che riguarda gli arti superiori, il maggior numero di casi (176, pari al 25% del totale) interessa l'agricoltura, seguito dalla metalmeccanica (17%), dall'alimentare (12%) e dall'edilizia (11%). Anche per il rachide si segnala al primo posto l'agricoltura (103 casi pari al 24%) seguita dal comparto socio-sanitario e dall'edilizia (rispettivamente 73 e 72 casi, pari al 17% del totale). L'edilizia, coerentemente con i precedenti monitoraggi, si conferma il comparto maggiormente a rischio per le patologie degli arti inferiori.

Tabella 2.23 Distribuzione delle patologie segnalate/denunciate agli Spisal per settore e per tipologia. Veneto, anno 2013 (e totali 2012)

SETTORE	Spalla	Gomito	Polso	STC	Mano	TOT arti sup. 2013	TOT arti sup. 2012	Ginocchio	Piede	TOT arti inf. 2013	TOT arti inf. 2012	Rachide 2013	Rachide 2012	TOT 2013	TOT 2012
Agricoltura	82	8	4	62	20	176	70	9	0	9	5	103	77	288	152
Edilizia	55	6	4	11	1	77	74	18	0	18	15	72	63	167	152
Meccanica	47	13	8	36	12	116	130	3	1	4	4	36	41	156	175
Alimentare	42	11	2	24	3	82	83	0	0	0	1	20	14	102	98
Socio-sanitario	19	0	1	3	2	25	21	0	0	0	2	73	77	98	100
Legno	14	5	2	7	6	34	25	1	0	1	1	15	14	50	40
Trasporti	10	0	1	4	0	15	5	0	0	0	1	25	24	40	30
Tessile	7	9	1	13	4	34	14	0	1	1	0	4	1	39	15
Occhialeria	5	6	8	8	7	34	-	0	0	0	-	5	-	39	-
Altro*	53	9	3	25	8	98	97	1	0	1	2	74	47	173	146
ND**	36	4	7	52	13	112	38	12	0	12	6	2	6	126	50
TOTALE	334	67	34	193	63	691	557	32	2	34	37	427	364	1152	958

*Altro = servizi, PA, plastica, orafa, ristorazione, chimica, commercio, lavorazione della pelle, pulizie, parrucchieri, trattamento rifiuti, ristorazione, calzaturifici, facchinaggio ecc.

**NR = non dichiarato. Tale voce non rientra nel totale. Le percentuali sono calcolate sul totale dei dati riferiti ai comparti.

Effettuando una lettura dei dati *gender oriented* (Tabella 2.23), si conferma che gli uomini sono, in termini assoluti, maggiormente interessati dalle patologie professionali da rischi di natura ergonomica (687 uomini pari al 59% e 469 donne pari al 41%). Poiché, però, nel Veneto la percentuale di occupati maschi è pari al 58% e femmine del 42%, se ne deduce che uomini e donne sono ugualmente coinvolti nella tematica. In considerazione di quanto sopra (rapporto tra occupati e lavoratori patologici per genere), si rileva che le donne sono più interessate rispetto agli uomini da tutte le tipologie di patologie degli arti superiori, in particolare polso, STC e mano. Per quanto riguarda invece le patologie del rachide e degli arti inferiori, gli uomini sono decisamente più coinvolti.

Tabella 2.24 Distribuzione delle patologie per genere e per tipologia. Veneto, anno 2013.

GENERE	Spalla	Gomito	Polso	STC	Mano	TOT. arti superiori	Ginocchio	Piede	TOT. arti inferiori	Rachide	TOTALE
Maschi	191	33	16	85	29	354	28	0	28	305	687
Femmine	141	30	24	109	36	340	7	2	9	120	469
TOTALE	332	63	40	194	65	694	35	2	37	425	1156

Le 1.278 segnalazioni/denunce di malattie professionali da rischi di natura ergonomica pervenute ai Servizi nel 2013 interessano complessivamente 1.156 lavoratori, 99 dei quali sono affetti da patologie multiple, ovvero patologie che interessano sedi anatomiche diverse.

Registro Mesoteliomi

L'attivazione del Centro Operativo Regionale (COR) del Veneto per l'identificazione e approfondimento dei casi di mesotelioma (MM) è avvenuta nel 2001, avviando un rapporto operativo con il Registro Nazionale dei Mesoteliomi. Il COR è collocato presso lo SPISAL dell'ULSS 16 e a seguito della DGR 14/11 e del PSSR afferisce, insieme ad altri Registri, al Sistema Epidemiologico Regionale. Le modalità di lavoro vedono in Veneto un forte coinvolgimento dei Servizi SPISAL di tutte le ULSS.

In Veneto al 2008 l'incidenza standardizzata del mesotelioma maligno pleurico è di 2,6x100.000 nei maschi, di 0,89 nelle donne. L'andamento temporale risulta in crescita per tutto il periodo finora analizzabile (1987-2011) [1].

Tabella 2.25 Casi di mesotelioma insorti in residenti del Veneto, per provincia di residenza e genere. Periodo 1987-2014

PROVINCIA	UOMINI	DONNE	TOTALE
VENEZIA	488	138	626
PADOVA	323	158	481
TREVISO	213	85	298
VERONA	204	69	273
VICENZA	190	58	248
ROVIGO	85	48	133
BELLUNO	56	22	78
TOTALE	1559	578	2137

Nelle precedenti relazioni si è indicato che nei residenti delle provincie di Venezia e Padova è rilevata la maggiore incidenza, conseguenza delle esposizioni ad amianto che hanno caratterizzato il polo industriale di Marghera e, per Padova, di aziende per la ristrutturazione di mezzi ferroviari e di produzione del cemento-amianto.

La Tabella 2.24 illustra la dimensione dei casi di mesotelioma maligno rilevati nei residenti del Veneto, suddividendo per Province.

La gravità della situazione nei residenti di Venezia e Marghera emerge anche dalle analisi della mortalità per tumore primitivo pleurico e di altre sedi nella popolazione di Venezia e Marghera, uno dei "siti di interesse nazionale per le bonifiche" del progetto Sentieri

(acronimo di: Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento)[2].

Tabella 2.26 Esposizione ad amianto per circostanza di esposizione nei casi di MM insorti in residenti del Veneto. Periodo 1987–2014

Categorizzazione dell'esposizione ad amianto	UOMINI		DONNE	
	N	%	N	%
1. Lavorativa certa	951	61%	59	10%
2. Lavorativa probabile	98	6%	19	3%
3. Lavorativa possibile	172	11%	76	13%
4. Familiare	19	1%	136	24%
5. Ambientale	34	2%	35	6%
6. Extralavorativa	16	1%	24	4%
7. Improbabile	6	0,5%	9	2%
8. Ignota	156	10%	136	24%
9. In completamento	50	3%	20	4%
10. Non rintracciabili	41	3%	43	7%
11. Esposizione a radiazioni	4	0,5%	6	1%
12. Rifiuto intervista	12	1%	15	3%
Totale	1559	100%	578	100%

A livello nazionale circa il 10% dei casi di mesotelioma sono attribuibili ad esposizioni ad amianto avvenute al di fuori degli ambienti di lavoro (Tabella 2.25), derivanti dalla coabitazione con persone esposte per lavoro o dalla residenza in siti inquinati, esposizioni che stanno contribuendo significativamente al carico di questa patologia neoplastica [3].

[1] Giradi P. et al. *Cancer Epidemiology*, 2014

[2] *Epidemiologia e Prevenzione, Supplemento 4*, 2011

[3] Marinaccio A. et al., *Occupational and Environmental Medicine*, 2015

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

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

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

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

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

Il coordinamento a livello regionale delle azioni per la prevenzione e contrasto del disagio negli ambienti di lavoro e promozione del benessere organizzativo rientra tra le attività del Programma Regionale per l'Ergonomia Occupazionale. Nel 2014 sono stati accolti presso gli Sportelli di assistenza ed ascolto 271 lavoratori (42 casi in più del 2013), 97 maschi (36%) e 174 (64%) femmine; il 62% è occupato nel privato. I principali settori lavorativi di provenienza sono la sanità e assistenza sociale (28%), il manifatturiero (23%), la pubblica amministrazione e il commercio (7%). Sono stati indirizzati ai Centri provinciali di riferimento per il benessere organizzativo 97 lavoratori, di cui 87 sono stati presi in carico. Nella maggioranza si è provveduto ad un approfondimento psicodiagnostico e all'individuazione di eventuali misure di tutela – organizzative, tecniche e procedurali – da mettere in atto da parte dei datori di lavoro.

Sorveglianza sanitaria Ex-Esposti ad Amianto

Particolare importanza occupa l'attività di sorveglianza sanitaria e le attività di prevenzione sugli ex esposti ad amianto svolta sulla base di protocolli codificati da ultimo nella DGR 2041/2008.

Tabella 2.27 Sorveglianza sanitaria ex-esposti ad amianto: visite effettuate e patologie diagnosticate. Veneto, anni 2000–2013

VENETO	2000-2003	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
N° visite	1.165	640	915	1.071	1.230	1.276	1.137	1.210	1.013
N° TAC (Rx)		381 (40)	465 (89)	383 (111)	506 (134)	385 (145)	360 (161)	292 (140)	282 (96)
Patologie Professionali Diagnosticate									
Placche Pleuriche	328	38	57	79	70	35	73	41	73
Asbestosi	17	3	6	12	5	10	2	4	4
Tumore polmonare	7	5	5	4	3	2	7	3	4
Mesotelioma		1	4	1	4	2	2	1	3

Tabella 2.28 Attività di prevenzione delle patologie da amianto, Veneto, 2013

ATTIVITA' RELATIVE ALLA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DA AMIANTO	UNITA'
N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto (ex art. 256 punto 2 D. Lgs. 81/08) e n° notifiche (ex art. 250 D. Lgs. 81/08)	8.243
N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto friabile	231
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	907
Totale di cantieri amianto ispezionati	1.105
di cui numero di cantieri ispezionati per amianto friabile	171
N° cantieri amianto sanzionati per violazioni al Titolo IX, Capo III	44
Quantitativo di amianto compatto rimosso nell'anno – Kg	81.788,48
Quantitativo di amianto friabile rimosso nell'anno – Kg	5.108,13
N° di lavoratori addetti ai lavori di smaltimento o bonifica amianto	5.419
Durata delle attività di smaltimento o bonifica amianto -ore esposizione	245.744,85
N° misurazioni periodiche della concentrazione di fibre di amianto nell'aria del luogo di lavoro	419
N° totale campionamenti ambientali effettuati dagli SPISAL	49
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

<http://www9.ulss.tv.it/Minisiti/spisal/epidemiologia.html>

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Prevenzione e Sanità Pubblica
Sede: 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

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

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

3. Promozione della salute e 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)

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 (Paragrafo 3.4.1. pag. 89-90).

Quadro di sintesi

Promozione di corretti stili di vita – il Programma “Guadagnare Salute”

Secondo i dati forniti dall'OMS la scarsa attività fisica, la scorretta alimentazione, il fumo e l'alcol sono responsabili delle patologie croniche, non trasmissibili - malattie cardiovascolari e respiratorie, tumori e diabete - che causano in Italia il 75% di tutte le morti e delle gravi disabilità. A fronte di tali evidenze, a livello nazionale viene proposto il programma “Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari” (DPCM4 maggio 2007) finalizzato a promuovere ambienti e stili di vita sani.

La realizzazione di “Guadagnare Salute” avviene attraverso la promozione di azioni trasversali ed intersettoriali che vedono operare in sinergia istituzioni pubbliche che comprendono i settori della sanità, dei trasporti, dell'ambiente, dello sport e del tempo libero, dell'istruzione, dell'economia, oltre alla società civile e al settore privato.

Nell'ottica del Programma Guadagnare Salute “l'istituzione Salute” (nazionale, regionale, locale), oltre al proprio tradizionale ruolo di erogatore di servizi sanitari - si trova ad assumere un ruolo di “leadership” e di promozione rispetto alle altre istituzioni coinvolte.

Attualmente tutte le Aziende ULSS hanno istituito del Dipartimento di Prevenzione, con delibera del Direttore generale, il Gruppo Guadagnare Salute, nominato un suo referente e un coordinatore, con il compito di dare attuazione in modo sinergico e intersettoriale alle attività per il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili.

Programma per la promozione dell'attività motoria nella popolazione, con particolare riguardo ai bambini/giovani e anziani

Obiettivi generali:

- 1 Ridurre l'incidenza delle malattie cronico-degenerative legate alla sedentarietà (obesità, diabete, malattie cardiocircolatorie, tumori) nella popolazione generale, con particolare attenzione a chi presenta fattori di rischio;
2. prolungare lo stato di autosufficienza nell'anziano rallentando il processo fisiologico di riduzione dell'efficienza fisica e cognitiva, riducendo anche l'incidenza degli infortuni domestici;
3. migliorare l'autonomia e le competenze motorie nei bambini dalla scuola dell'Infanzia, primaria e secondaria al fine di assicurare l'assunzione di comportamenti attivi che dureranno per tutta la vita;

4. migliorare i contesti urbanistici al fine di renderli favorevoli ai comportamenti salutari ed in particolare all'attività fisica.

Target/Beneficiari: popolazione generale e vari sottogruppi (bambini, giovani, adulti, anziani e portatori di patologie croniche, soggetti fragili socio-economicamente).

Attività al 31.12.2014

- Help desk e formazione per le Aziende ULSS aderenti al programma
- Supporto alla rete degli stakeholder
- Marketing sociale: logo e brand; Sito web; Newsletter; account Twitter.
- Pedibus (censimento e promozione) e Gruppi di cammino
- Progetto Muovimondo
- Intervento sui determinanti urbanistici della sedentarietà
- Progetto pilota "Physico" (pazienti psichiatrici)
- Collaborazione con altri progetti regionali
- Formazione

Risultati

- 21 Aziende ULSS aderenti al Programma
- Numerosi stakeholder pubblici, privati e del mondo dell'associazionismo
- Sito web: circa 3.000 accessi / mese
- Newsletter inviata a 1.509 operatori; da alcune centinaia a oltre 2000 accessi per articolo; nel 2013 12.947 accessi a singole pagine (4.381 sessioni in totale)
- Twitter: 1.455 Tweet e 139 follower
- 8.586 bambini coinvolti nel Pedibus secondo il censimento 2011/12
- Muovimondo: nel 2013 pubblicato il manuale per la didattica interculturale rivolto ad insegnanti delle scuole primarie e secondarie di I° grado - 2.500 copie distribuite.
- Formazione degli operatori delle Az.ULSS e degli insegnanti.
- Presenza di gruppi cammino in tutte le ULSS; numero variabile fino ad un massimo di 68 gruppi per ULSS; oltre 1500 partecipanti
- Progetto triennale su verde urbano e salute, con laboratorio di progettazione urbanistica partecipata.
- 358 pazienti psichiatrici e 14 gruppi di cammino sperimentali
- 22 incontri rivolti a: operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dei servizi psichiatrici, insegnanti e dirigenti, walking leader, MMG

Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate

Obiettivo generale: Ridurre il numero di fumatori in Veneto

La Regione del Veneto, promuove una strategia globale per contrastare il fenomeno del tabagismo. Tale Programma si sviluppa su tre obiettivi specifici:

1. Prevenire l'iniziazione al fumo nei giovani

2. Aiutare i fumatori a smettere
3. Proteggere i non fumatori dal fumo passivo.

Target/Beneficiari: popolazione generale, fumatori e non fumatori

Attività al 31.12.2014

Ad ogni obiettivo specifico da raggiungere corrisponde un'area progettuale con azioni peculiari:

- Area 1- Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola. Implementate buone pratiche di prevenzione del tabagismo a scuola consolidate e verificate a livello regionale, nazionale e internazionale, mediante programmi educativi proposti alle scuole.
- Area 2 - Trattamento Tabagismo. Aumentate le offerte terapeutiche per smettere di fumare: interventi di 1° livello di counselling breve in setting sanitari e sviluppo della rete degli Ambulatori specialistici per il trattamento del tabagismo.
- Area 3 - Fumo passivo. Svolte azioni di vigilanza e monitoraggio dell'applicazione del divieto del fumo in ambienti di lavoro privati, pubblici e sanitari; eventi formativi dei medici del Lavoro-Competenti affinché possano proporre ed attuare programmi di promozione della salute, sia di fornire al fumatore i consigli utili per intraprendere il percorso motivazione per la cessazione e del personale dei Dipartimenti di Prevenzione affinché inseriscano nella vigilanza di routine anche il controllo del fumo.

Risultati al 31.12.2014

- Area 1 – Implementati a livello regionale 7 programmi educativi per scuole di ogni ordine e grado. Ad integrazione dei programmi sono stati creati i Laboratori didattici multimediali per la promozione della salute attivi presso Cà Dotta- Sarcedo (VI). Il 90% delle Aziende ULSS venete hanno aderito ad almeno un progetto regionale per la prevenzione del tabagismo nelle scuole. L'attività educativa è stata accompagnata da percorsi di formazione specifici rivolti a personale della sanità e della scuola. Sono stati aggiornati e riprodotti materiali educativi specifici. Sono state avviate le attività educative per l'anno scolastico 2014/2015. Svolto coordinamento progettuale, monitoraggio delle attività svolte e formazione di gruppi specifici di lavoro.
- Area 2 – Attivi 25 ambulatori specialistici di 2° livello con un totale di 3.765 utenti dal 2012 al 2014. 83 gruppi per smettere di fumare per un totale di 1.556 fumatori partecipanti dal 2011 al 2014. Organizzazione o partecipazione ad eventi formativi sul counselling di 1° livello ai fumatori per figure sanitarie (ostetriche, cardiologi, medici competenti, operatori ambulatori dietetico-nutrizionali). Creazione di un sito dedicato www.smettintempo.it
- Area 3 – 5 edizioni formazione medici competenti per oltre 130 medici formati; coordinamento Percorso regionale Azienda Sanitaria Libera dal fumo con l'adesione di 17 Az. ULSS e Az. Ospedaliera di Verona. Svolti monitoraggi in ambienti pubblici (bar, ristoranti) e aziende pubbliche (enti locali) e private.

Progetto "Non solo cura ma cultura – formazione degli operatori sanitari sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati"

Obiettivi generali:

1. Migliorare la sensibilità del personale sanitario sul tema dell'alcolologia , al fine di indurre un'attenzione alle problematiche alcol-correlate, tramite azioni di prevenzione ed interventi di counselling breve nei propri ambiti lavorativi.
2. Favorire/rafforzare il coordinamento dei diversi interventi rivolti alle problematiche alcol-correlate.

Target/Beneficiari: popolazione generale

Attività al 31.12.2014

- Fase preparatoria: costituzione gruppo di lavoro regionale; adesione al Programma di 18 ULSS ed entrambe le Aziende Ospedaliere venete; costituzione gruppi di lavoro aziendali interdipartimentali.
- Formazione dei formatori aziendali.
- Corsi di sensibilizzazione aziendale accreditati ECM.

Risultati al 31.12.2014

- Svolti nel 2012 6 corsi di formazione per formatori articolati in due giornate per un totale di 135 formatori.
- Luglio 2012 - giugno 2014: attuati 187 corsi in 16 Aziende ULSS e nelle due Aziende Ospedaliere , con il coinvolgimento di un totale di 4.450 operatori.

Programma di prevenzione precoce-monitoraggio dei comportamenti e delle azioni di prevenzione e promozione della salute nei primi anni di vita (GENITORI PIU')

Obiettivo generale:

Il programma ha lo scopo di orientare la popolazione verso scelte di salute consapevoli e praticabili su 8 determinanti/interventi di salute prioritari nel percorso nascita (assunzione acido folico, astensione dal fumo in gravidanza e davanti al bambino, allattamento materno, posizione supina in culla, protezione da traumi stradali e incidenti domestici, vaccinazioni, lettura precoce ad alta voce, astensione dall'alcol in gravidanza e durante l'allattamento) sviluppando e orientando le attività di promozione, formazione e offerta di servizi, anche già in essere, in modo integrato e sulla base di dati di qualità.

Target/Beneficiari: bambini dal periodo preconcezionale ai primi anni di vita

Attività al 31.12.2014

- GenitoriPiù, in un'ottica centrata sulla persona e sul ciclo di vita connette e valorizza i programmi più efficaci basati su prove scientifiche su 8 determinanti di salute prioritari dal periodo preconcezionale ai primi anni di vita, attraverso 4 azioni:
- Rete

- Valutazione
- Formazione
- Promozione

Risultati al 31.12.2014

Rete:

- istituzione "Comitato Tecnico-Scientifico regionale", sinergie con Comitato Allattamento, integrazione con i stakeholder (Caritas, Cure Primarie, Consulteri...),
- Inclusione nuovi determinanti (Alcol, Incidenti Domestici),
- aggiornamento scientifico sugli 8 determinanti. Creazione e Consolidamento Rete Regionale di GenitoriPiù: dagli iniziali Referenti Aziendali (1 operatore SISP e 1 PLS in 23 /23 Aziende) ai Gruppi di Lavoro Pluriprofessionali.

Valutazione: ricerche periodiche su Conoscenza e Comportamenti dei Genitori e degli Operatori (in collaborazione con l'Università Ca'Foscari di Venezia):

- Survey 2012 (6.246 Genitori, 1.590 Operatori). Survey 2013 (focus disuguaglianze – 1.375 Genitori)
- Mappatura dell'offerta di Servizi nel Percorso Nascita (2013-2014), individuazione dettagliata del numero di operatori del percorso nascita (23/23 aziende): 4.291 a cui si aggiungono 579 PLS e 3.383 MMG per un totale di 8.253 operatori sanitari.

Formazione: centralmente sono state effettuati con crediti ECM:

Convegno Internazionale "Home Visiting". Oltre 350 partecipanti (2014)

- n. 4 edizioni FadBlended "Migliorare la comunicazione/relazione in ambito vaccinale attraverso il counselling sistemico" (Operatori Vaccinali e PLS delle 4 ULSS - Totale 230 partecipanti) (2011-14)
- FAD sulla SIDS, Operatori del Percorso Nascita. Tot. Partecipanti circa 2.000
- Convegno "Le disuguaglianze in salute nell'ambito materno infantile" Operatori del Percorso Nascita. Totale 152 Partecipanti (2014)
- Sessione parallela "Guadagnare Salute...Cominciando da Piccoli" Totale Partecipanti circa 80 (2012)
- Laboratorio "Genitori Più: da Campagna a Programma". Tot. partecipanti 20
- Aggiornamento Rete Referenti Aziendali GenitoriPiù Formazione sui dati della ricerca GenitoriPiù 2012" Tot. Partecipanti circa 50 (2012)

Promozione: redazione e distribuzione di un cospicuo materiale divulgativo multimediale a tutte le ULSS Venete con Target l'intera popolazione. (n. nati c.ca 45.000/anno):

- Pensiamoci Prima (Brochure 100.000 + Poster 7.000) Studio AIFA Folico (Brochure 100.000 + Poster 7.000)
- Calendario GenitoriPiù Multilingue per Libretto Pediatrico (n. 160.000)
- Per loro è meglio (SIDS) (Brochure Multilingue n. 193.600)
- Pieghevole GenitoriPiù Multilingue aggiornato (n. 140.000)
- Spot animati multilingue aggiornati (tot n.9)

- Riorganizzazione sito WEB www.genitoripiu.i e Newsletter bimestrali

“Programma organizzato di screening dal rischio cardiovascolare finalizzato alla prevenzione attiva nei soggetti cinquantenni” (cardio 50)

Obiettivo generale: contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari (MCV) attraverso un modello strutturato secondo l'operatività degli screening oncologici: chiamata attiva di soggetti sani, offerta di interventi per soggetti selezionati.

Target/Beneficiari: popolazione 50enne del Veneto

Attività al 31.12.2014

Il progetto finanziato dal Ministero della Salute è stato attivato in 10 Aziende ULSS del Veneto e in altre 11 Regioni italiane e prevede:

- Selezione dei soggetti 50enni eleggibili (“pulizia delle liste”) attraverso un sistema di record-linkage e/o in collaborazione con il Medico di Medicina Generale, che esclude i soggetti già ammalati di malattie cardiovascolari e/o diabete, e/o patologie tumorali in fase attiva e/o patologie neurologiche altamente invalidanti o per motivi segnalati dal MMG;
- Invito della popolazione eleggibile, attraverso la chiamata attiva da parte del Centro Screening dell’Az. Sanitaria, ad effettuare una visita;
- Effettuazione della visita, eseguita da un Assistente Sanitario, che permette la suddivisione dei soggetti screenati in una classe di rischio individuata tramite l'utilizzo di questionari standardizzati sugli stili di vita (attività fisica, alimentazione e abitudine al fumo), la misurazione della circonferenza vita, del BMI, della pressione arteriosa, della glicemia e del colesterolo. Le classi di rischio sono: A: basso rischio e assenza di fattori di rischio comportamentali- B: presenza di fattori di rischio comportamentali e parametri nella norma- C: nuovi ipertesi e iperglicemici- D: soggetti non eleggibili.
- Offerta, ai soggetti con fattori di rischio comportamentali, di “occasioni di salute” per la modifica degli stili di vita non adeguati.
- Rivalutazione dopo 6 mesi dei soggetti appartenenti alla classe B.

Risultati al 31.12.2014

Ad oggi i soggetti aderenti allo screening sono stati 2.046, dalla visita risulta che:

- il 42,1% presenta stili di vita scorretti e parametri nella norma;
- il 29,2% risulta essere un “nuovo iperglicemico” e/o “iperteso” e/o “ipercolesterolemico”;
- il 20,4% non presenta fattori di rischio comportamentali edha i parametri nella norma;
- l'8,3% è arrivato alla valutazione da parte dell’Assistente Sanitario in quanto “sfuggito” dalla pulizia delle liste;

- il 47% dei soggetti risulta essere in sovrappeso (BMI ≥ 25);
- il 29,4% dei maschi e il 31,8% delle femmine presenta una circonferenza addominale non nella norma;
- il 21,5% è fumatore.

Visti i risultati di fattibilità dei precedenti progetti di "screening cardiovascolare" (Ricerca Sanitaria Finalizzata e "IV screening") che sono stati realizzati nella Regione del Veneto in passato e il Progetto "Cardio 50" che si sta svolgendo anche nel resto d'Italia si è deciso di inserire quest'ultimo nel nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018.

Programma per la promozione dell'allattamento materno

Obiettivo generale:

Promuovere l'allattamento materno esclusivo alla dismissione dal Punto Nascita e fino al 6° mese compiuto e il mantenimento del latte materno come latte di prima scelta dopo l'introduzione dell'alimentazione complementare, in modo prolungato secondo i criteri OMS, garantendo un sostegno alle madri ed alle famiglie.

Target/Beneficiari: bambini primo anno di vita

Attività al 31.12.2014

E' stato attivato il Percorso a tappe dell'Audit UNICEF, che include attività di tutoraggio, da parte di un Tutor assegnato ad ogni Punto Nascita, e tre successivi momenti di Valutazione del Percorso BFH nei Punti Nascita aderenti al progetto.

Risultati al 31.12.2014

Nel 2014 in Veneto 15 punti nascita sono in attesa di valutazione di fase 1 - individuazione di un Gruppo di 9 formatori Master. Due punti nascita hanno superato la fase 1 e hanno programmato la fase 2 – Formazione formatori (nel 2014 svolti 7 corsi di 44 ore ciascuno per un totale di 107 formatori). Tre Punti Nascita sono stati confermati BFH-Ospedali Amici dei Bambini. Infine due ULSS hanno superato la Fase 1 BFC-Comunità amica dei bambini per l'allattamento materno.

Promozione di corretti comportamenti per prevenire gli incidenti domestici

Obiettivo generale:

Prevenzione degli incidenti domestici

Target/Beneficiari: bambini 0-6 anni e anziani

Attività al 31.12.2014

Implementazione di 3 programmi regionali:

1. Baby bum. La vita cambia, cambia la casa (bambini 0-3 anni)
2. AffyFiutapericolo (bambini 3-6 anni)
3. ArgentoAttivo (anziani)

Risultati al 31.12.2014

1. Adesione di 19 ULSS ed entrambe le Aziende Ospedaliere del Veneto .Dal 2011 al 2014 sono stati consegnati ai genitori circa 400.000 pieghevoli (4 per ogni nato: a 0-6 mesi, 6-12 mesi, 12-24 mesi, 24 mesi e oltre) con intervento breve degli operatori sanitari del Percorso Nascita (Punti Nascita, Servizi Vaccinali, Pediatri Libera Scelta.)
2. Dal 2011 è iniziata la diffusione di "AffyFiutapericolo" nelle Scuole dell'Infanzia della Regione: nei tre anni successivi hanno aderito 18 A.ULSS, coinvolte circa 230 scuole e 10.000 famiglie. Dal 2011 è stata effettuata una formazione annuale degli operatori sanitari e dei rappresentanti degli insegnanti delle scuole dell'infanzia. La valutazione si è svolta da marzo a giugno 2013 coinvolgendo complessivamente 1.571 genitori: chi è a conoscenza del programma "AffyFiutapericolo" osserva nella quotidianità in genere comportamenti più sicuri per il proprio figlio rispetto a chi dichiara di non essere a conoscenza del progetto (campione di controllo).Per l'a.s. 2014-15 è stato realizzato un DVD promozionale del progetto.
3. Nel 2011 è stato effettuato il monitoraggio rispetto la presenza di opportunità formative per i caregiver e di offerta di attività fisica per anziani: hanno aderito 8 Aziende ULSS, con il coinvolgimento di 285 Comuni, il cui tasso di risposta è stato del 70%. Nel periodo 2012-2013, è stato prodotto e diffuso il materiale formativo/informativo: distribuiti complessivamente 34.000 pieghevoli e 1.700 manifesti; realizzati incontri in Comuni e Associazioni Anziani; alcune hanno cominciato a creare la rete con i MMG, il personale di assistenza domiciliare e delle Case di Riposo. Nel 2013 si è realizzata la formazione dei referenti della linea progettuale a cui ha partecipato il 100% delle Aziende Ulss aderenti. Nel 2014 è stato siglato un protocollo d'intesa con l'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Rovigo per la sensibilizzazione degli anziani che accedono alle farmacie sul tema della sicurezza domestica: tale protocollo prevede la diffusione nelle farmacie dei territori dell'ULSS 18 e ULSS 19 di appositi materiali informativi.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Sede: Dorsoduro, n. 3494/a, 30123 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)

Sono aree prioritarie di intervento la prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione e quelle infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione (Paragrafo 3.4.1 pag 87-88).

Quadro di sintesi

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

Vaccinazioni

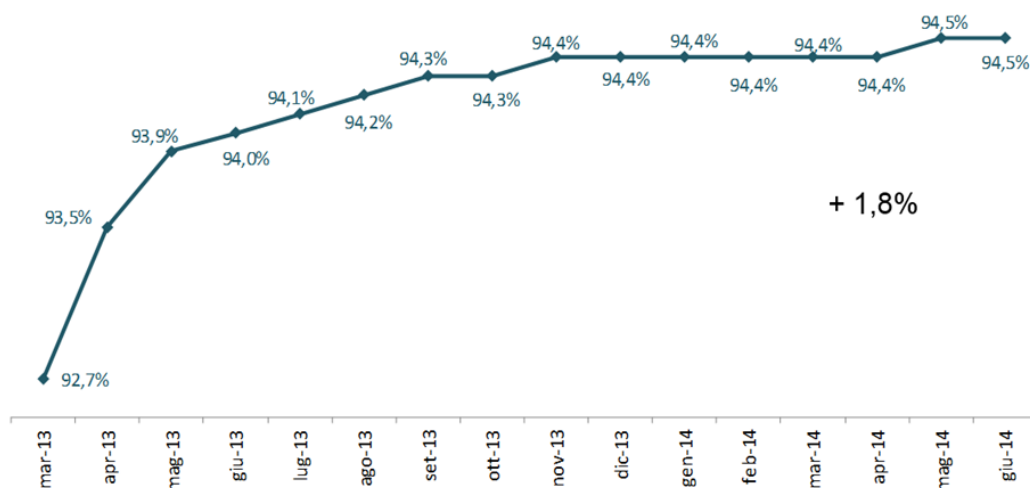
La Regione Veneto con la Legge Regionale n. 7 del 23 marzo 2007 ha sospeso l'obbligo vaccinale per l'età evolutiva, a partire dai nuovi nati dal 1 gennaio 2008. Analizzando i dati di copertura vaccinale per la poliomielite raccolti dalle schede di rilevazione semestrale si evidenzia in modo significativo come la sospensione dell'obbligo vaccinale non abbia influito sull'adesione degli utenti all'offerta vaccinale attiva e gratuita promossa dal servizio sanitario regionale (vedi grafico). I grafici relativi alle coperture vaccinali delle altre vaccinazioni obbligatorie (tetano, difterite ed epatite b) sono completamente sovrapponibili.

La Figura 3.1 indica l'andamento temporale dei tassi aggiustati di copertura vaccinale a 24 mesi, per le coorti di nascita dall'anno 2003 all'anno 2011 (ultima rilevazione al 2014 per l'attività 2013) e permette di evidenziare come per la medesima coorte (1 semestre 2012) si ha un recupero di 1,8 punti percentuali, effettuando la rilevazione della copertura vaccinale nei mesi successivi. Questo grafico evidenzia la tendenza sempre maggiore da parte dei genitori a posticipare la vaccinazione dei propri figli: quindi si ha una copertura inferiore nel breve periodo, permette comunque il raggiungimento dell'obiettivo di copertura nei mesi successivi.

I dati della ricerca mirata effettuata in Regione nel 2011 (Indagine sui determinanti delle scelte vaccinali http://prevenzione.ulss20.verona.it/indagine_scelta_vaccinale.html) e della survey di GenitoriPiù del 2012 spiegano il ritardo e disegnano un quadro complesso con la presenza di un numero importante di genitori (12-15% di chi vaccina) preoccupati delle reazioni avverse nel breve (troppi vaccini a bambini troppo piccoli), ma soprattutto nel lungo periodo, con insufficiente percezione della gravità delle malattie, disorientati dalla massa delle informazioni disponibili, con difficoltà a discernere l'autorevolezza delle fonti e con una fiducia non scontata nel sistema sanitario e negli operatori. Gli operatori

riquadragano tuttavia le coperture con una impegnativa offerta attiva sorretta da abilità di counselling.

Figura 3.1 Coperture 1° dose di vaccino anti-Polio. Veneto, Coorte 1 semestre 2012. Rilevazioni mensili al 07/07/2014



Il calo delle coperture vaccinali registrato negli ultimi anni riguarda prevalentemente le prime coorti di nascita e non sembra correlato all'introduzione della legge sulla sospensione dell'obbligo. Il monitoraggio continuo dei dati ha permesso di osservare che il raggiungimento di buone coperture vaccinali avviene con un certo ritardo. Come già evidenziato, la tendenza da parte dei genitori ad iniziare le vaccinazioni in ritardo rispetto al calendario vaccinale, richiede una continua attività di ricerca sulle motivazioni profonde di tale scelta per predisporre interventi efficaci per il raggiungimento dell'obiettivo.

Gli strumenti a sostegno del programma regionale di sospensione dell'obbligo vaccinale utilizzati ed implementati in questi anni sono:

- un unico applicativo regionale per la gestione dell'anagrafe vaccinale e per la rilevazione delle coperture vaccinali (ONVAC)
- il sistema di consulenza pre-vaccinale e sorveglianza degli eventi avversi a vaccini "Canale Verde"
- la formazione continua e comune degli operatori sanitari e dei pediatri di famiglia anche sul counselling
- la rete di collaborazione tra le diverse figure professionali coinvolte nella comunicazione e nell'offerta vaccinale
- la stesura di procedure operative comuni e condivise con gli operatori degli ambulatori vaccinali di tutta la Regione
- l'individuazione, con indagine ad hoc, delle paure e dei bisogni dei genitori
- la redazione di un libretto sulle reazioni avverse destinato alla popolazione
- la continuità nell'offerta vaccinale nelle "occasioni opportune", oltre che nelle età previste in calendario

- la promozione attiva delle vaccinazioni all'interno del programma e attraverso il sito GenitoriPiù
- la costruzione del sito "VaccinarSiVeneto" nel quale è possibile reperire informazioni sulle vaccinazioni basate sull'evidenza scientifica, sia per gli operatori che per la popolazione.

Istituzione di una rete per le emergenze di sanità pubblica con particolare riferimento alle malattie infettive e diffuse

La Direzione Regionale Prevenzione e il Coordinamento Regionale per il controllo e la prevenzione delle malattie della Regione Veneto (CCMR-Veneto) ha predisposto con DGR n. 443 del 20.03.2012 un "Piano per la preparazione e risposta ad emergenze di sanità pubblica, con particolare riferimento alle emergenze infettive, livello aziendale" con lo scopo di creare un modello organizzativo strutturato capace di garantire un tempestivo intervento in caso di emergenze in sanità pubblica, soprattutto di natura infettiva.

In particolare il progetto prevede la:

- istituzione di una rete aziendale per le emergenze in sanità pubblica;
- predisposizione di un protocollo operativo
- aggiornamento del Manuale delle malattie infettive e delle sorveglianze speciali
- formazione specifica degli operatori sanitari coinvolti
- esercitazioni sul campo

Nel 2012 e nel 2013 tutte le ULSS del Veneto hanno attivato una rete aziendale per fronteggiare le emergenze di sanità pubblica di tipo infettivo.

Controllo della tubercolosi nelle carceri

La Regione Veneto tra i suoi programmi di prevenzione delle malattie infettive e diffuse ha sviluppato nel 2012 un piano organico di controllo della tubercolosi nella popolazione carceraria e tra gli operatori operanti nelle carceri presenti nel territorio regionale. Il piano di controllo ha coinvolto le 7 aziende Ulss provinciali sede di istituto penitenziario con l'obiettivo:

- di identificare precocemente i casi di malattia tubercolare, con particolare riguardo alle forme bacillifere, tra i detenuti del carcere e il personale addetto;
- diminuire l'incidenza della tubercolosi attiva tramite la diagnosi e il trattamento della tubercolosi latente;
- la formazione del personale sanitario;
- l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione target.

Per ogni obiettivo specifico sono stati stabiliti dei requisiti minimi che si includeranno nei diversi Piani Aziendali. I requisiti minimi individuati dalla Regione Veneto sono in accordo con lo status minimo individuato a livello europeo in relazione ad un ideale programma di controllo della tubercolosi nelle carceri che dovrebbe includere quanto segue:

- Supporto dei programmi di controllo della TB, sia in ambito civile, sia nell'ambito penitenziario da parte delle strutture governative;
- Definizione di accordi scritti riguardo la collaborazione e il coordinamento fra settore civile ed ambito penitenziario;
- Promozione della prevenzione attraverso la diagnosi precoce dei casi infetti; prevenzione del sovraffollamento e della denutrizione; garanzia di ventilazione e luminosità adeguate; definizione chiara delle zone per l'isolamento con precise indicazioni sulle modalità per ridurre la trasmissione; utilizzo di mascherine e/o respiratori personali;
- Libero accesso per ogni detenuto che fa il suo ingresso in carcere alla diagnosi e al trattamento della TB;
- Trattamenti adeguati in accordo con le Linee Guida dei programmi nazionali per il controllo della TB;
- Garanzia che il trattamento venga completato anche dopo il rilascio del detenuto.

Risultati

- su 7 aziende Ulss sedi di strutture carcerarie 6 Aziende Ulss hanno recepito il programma con elaborazione di un piano operativo per la sua realizzazione, comprensivo della individuazione del personale medico, infermieristico e dell'amministrazione penitenziaria incaricato della realizzazione delle attività.
- Tutte le 7 Aziende Ulss hanno predisposto piani di formazione del personale medico e infermieristico addetto alla assistenza sanitaria delle carceri.
- 6 Aziende Ulss hanno provveduto alla valutazione clinica per tutti i nuovi entrati per escludere la possibilità di una tubercolosi attiva.
- Tutte le Aziende Ulss hanno predisposto un piano di isolamento in attesa del risultato dello screening e di evacuazione nel caso di conferma diagnostica dei soggetti identificati come ammalati di tubercolosi.
- 6 Aziende Ulss hanno realizzato un programma di screening e trattamento della tubercolosi latente nella popolazione carceraria, stabilendo un livello di priorità
- 5 Aziende Ulss hanno realizzato, laddove non già condotto, un programma di screening (e trattamento) nel personale dell'Amministrazione Penitenziaria e del Dipartimento per la Giustizia Minorile.
- Tutte le Aziende Ulss hanno effettuato una valutazione per escludere la possibilità di tubercolosi latente in tutti i nuovi ingressi e nei detenuti già presenti con un tempo di permanenza di almeno 6 mesi.
- Tutte le Aziende Ulss hanno messo in atto azioni di controllo per altri soggetti che frequentano l'ambiente carcerario e altre misure preventive verso lavoratori dipendenti da altre Amministrazioni.

Malattie emergenti

Fra le zoonosi emergenti, quelle trasmesse da artropodi hanno assunto dal 2008 un ruolo sempre più rilevante in vaste aree d'Europa, Italia compresa, dimostrando che anche in Paesi occidentali, queste malattie considerate "esotiche" possono assumere un ruolo importante in sanità pubblica. Le azioni messe in campo dalla Regione del Veneto riguardo al monitoraggio entomologico e all'analisi del rischio di diffusione delle malattie da vettori sono:

- attività coordinata tra i settori medico e veterinario basate sull'analisi del rischio di diffusione delle zoonosi da vettori che consenta una corretta programmazione delle misure di controllo sul territorio;
- implementazione di modelli di tipo predittivo;
- sviluppo di mappe di rischio;
- sistemi di individuazione rapida e di allerta per monitorare agenti di zoonosi trasmesse da vettori;
- comunicazione e condivisione di dati tra enti di ricerca e strutture sanitarie pubbliche per garantire una corretta gestione delle zoonosi;
- generare un costante flusso informativo per garantire informazioni a tutte le parti sanitarie coinvolte nell'attività di sorveglianza delle zoonosi da vettori.

La Regione Veneto ha avviato inoltre nel 2010 un sistema di sorveglianza dei casi febbrili durante la stagione estiva con l'obiettivo di: identificare precocemente casi autoctoni di arbovirosi potenzialmente trasmesse da zanzare presenti nel territorio veneto e aumentare la sensibilità della sorveglianza delle febbri in pazienti rientrati da soggiorni tropicali con particolare riferimento alle arbovirosi.

Per il raggiungimento gli obiettivi è stata creata una rete per facilitare la presa in carico clinica dei pazienti e la sorveglianza epidemiologica in sinergia con la sorveglianza entomologica e veterinaria. Tale rete è costituita dalle Unità Operative di Pronto Soccorso e dai Medici di Medicina Generale, dalle Unità Operative di Malattie Infettive e Tropicali, dai Laboratori di Microbiologia e dal Laboratorio di Riferimento di Padova, dai Servizi Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende Ulss del Veneto e dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie.

Figura 3.2 WNV i piani regionali ER e VEN-FVG

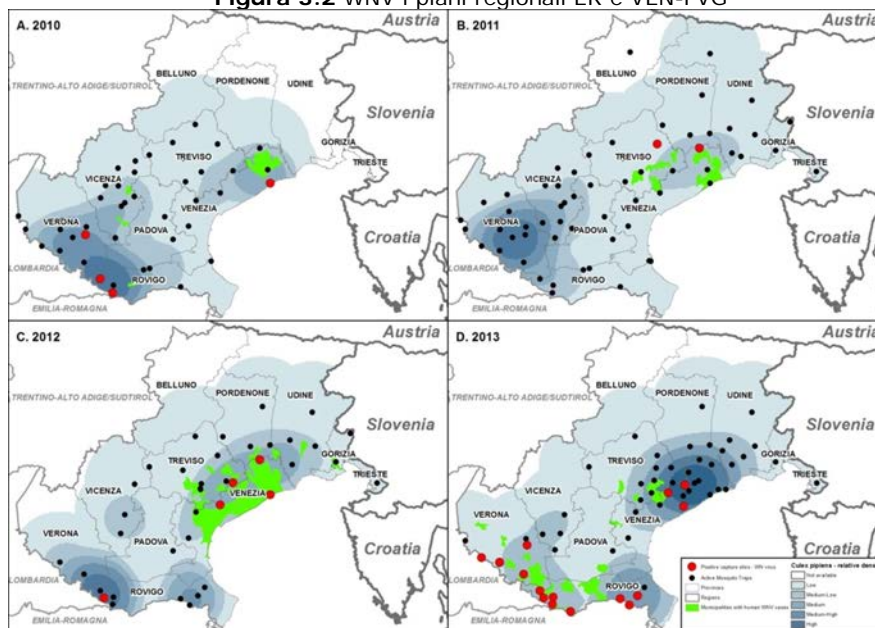


Figura 3.3 Risultati entomologici vs casi veterinari ed umani

Anno (trappole)	2009	2010 (43)	2011 (49)	2012 (24)	2013 (54)	2014 (29)
ZANZARE		10/2650 (26/07)	2/1621 (26/07)	11/1122 (31/07)	57/3671 (03/07)	7/1291 (08/07)
CAVALLI	98/818 (14/09)	13/737 (24/08)	25/1431 (09/08)	32/2200 (09/08)	25/711 (01/08)	9/1620 (28/08)
UCCELLI	1/621 (19/02)	0/749	1/617 (30/09)	4/550 (12/09)	1/439 (29/08)	0/199
UOMO WNND WNF	6 (20/08)	6 (03/09) (27/07)	12 (20/08) (01/09)	38 (18/07) (22/07)	31 (21/07) (24/07)	3 (12/08) (16/08)
DONATORI	2 (29/08) (02/11)	2 (11/09) (12/09)	4 (09-12-20-25/09)	14 (15/07, 03-09-10-18/08, 04-21/09)	7 (22-23-29/08, 04-13-14-26/09)	1 (09/09)

Approfondimenti

- [Circolare Ministeriale “Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West-NileDisease – 2014”](#)
- [Circolare Centro Nazionale Sangue n.1303 del 24.06.2014](#)
- [Linee operative per la sorveglianza delle febbri estive in Regione Veneto, anno 2014](#)

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria – Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

Sede: Rio Tre Ponti, n. 3494, Venezia

Telefono: 0412791352-1353

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)

Tra gli obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale vengono annoverati i programmi di screening oncologici di riconosciuta efficacia nei confronti delle patologie neoplastiche (colon, cervice uterina, mammella). In particolare, nell'area della promozione della salute e prevenzione delle malattie, gli screening vengono identificati come lo strumento per ridurre la mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto. Obiettivo dichiarato è il consolidamento del raggiungimento di uno standard regionale minimo che elimini le disomogeneità sul territorio (Paragrafo 3.4.1. Pagina 88).

Quadro di sintesi

I tre programmi di screening oncologici di riconosciuta efficacia (colon, cervice uterina, mammella) previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza sono attivi presso tutte le ULSS del Veneto. Nel 2014 l'estensione degli inviti è stabile su livelli ottimali per i tre screening e si confermano i livelli elevati dei tassi corretti di adesione all'invito. Gli indicatori del percorso diagnostico e terapeutico sono generalmente positivi, a testimonianza di un'attenzione per la qualità superiore a quella comunemente accettata per altri interventi. I livelli di qualità raggiunti e mantenuti dai programmi del Veneto passano attraverso il monitoraggio costante di tutte le fasi della procedura di screening, la formazione continua degli operatori, la condivisione di esperienze e di protocolli mediata dai gruppi di lavoro regionali degli specialisti. Nonostante siano presenti alcune criticità locali, i risultati complessivi dei programmi del Veneto pongono la nostra Regione tra le migliori esperienze sia a livello nazionale che internazionale.

Gli screening oncologici dal 2001 fanno parte dei Livelli Essenziali di Assistenza e sono compresi tra gli obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale nell'area della promozione della salute e prevenzione delle malattie del PSSR 2012-2016. Gli screening oncologici costituiscono interventi di sanità pubblica complessi ed impegnativi e sono offerti a grandi numeri di persone che nella grande maggioranza sono sane. Proprio da questo deriva la necessità di porre la massima attenzione a non "medicalizzarle", limitando il più possibile i falsi positivi e gli esami di approfondimento. Questa attenzione è anche una delle condizioni che garantiscono l'equità, cioè la possibilità di offrire regolarmente uno screening a tutte le persone eleggibili di una popolazione. Inoltre, l'impiego di troppe risorse compromette anche un altro aspetto fondamentale, la sostenibilità nel tempo. Il monitoraggio delle attività di screening è fortemente strutturato, l'analisi e la valutazione avvengono utilizzando gli indicatori di qualità e gli standard di riferimento che sono stati elaborati a livello europeo e ripresi sia dal Ministero per la Salute che dalle Società scientifiche nazionali di riferimento (GISCi, GISMa, GISCoR).

Attività di coordinamento

Ciascuna Azienda ULSS è responsabile della gestione dell'intervento sul territorio. L'attività di coordinamento, svolta dal Settore promozione e sviluppo Igiene e Sanità Pubblica (DGR 2356 del 16/12/2013), attraverso il Coordinamento Regionale Screening Oncologici (CRSO), riguarda oltre all'organizzazione ed alla valutazione dei programmi, il monitoraggio degli indicatori di qualità, la stesura di relazioni ad hoc e rapporti annuali, la promozione della qualità tramite formazione del personale e il coordinamento di gruppi di lavoro specialistici.

Formazione degli operatori dei programmi di screening e gruppi di lavoro

Più di 1.000 operatori, il 70% dei quali non medici, sono attualmente coinvolti negli screening oncologici del Veneto. L'obiettivo è offrire la possibilità di una formazione di base sugli screening, più eventi specifici per le diverse professionalità. Nel 2014 il CRSO insieme al Registro Tumori ha organizzato 24 eventi formativi, per un totale di 989 partecipanti. Da alcuni anni si sono costituiti gruppi di lavoro specialistici per la promozione della qualità di vari aspetti nell'ambito dei tre programmi di screening.

108

Sistema informativo regionale

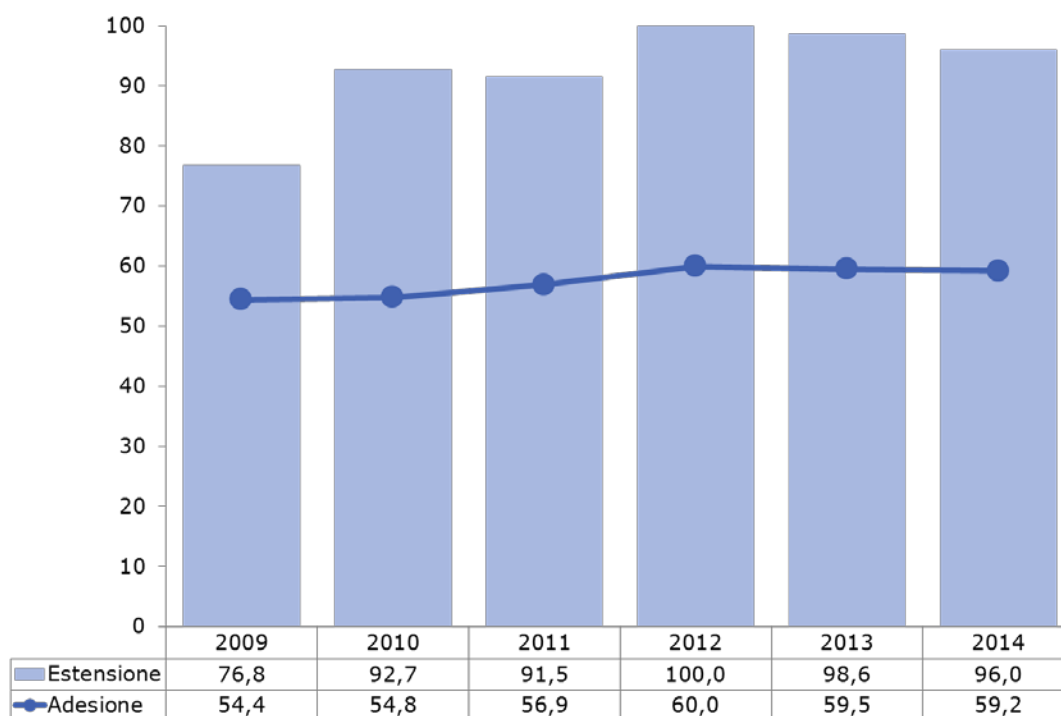
Il sistema informativo Screening Oncologici Regionale, comprende un applicativo software per la gestione dei programmi di screening oncologici ed il relativo sistema di B.I., entrambi sviluppati su piattaforme web indipendenti e gestiti presso il Sistema Informatico della Regione. Il gestionale degli screening presenta caratteristiche omogenee tali da garantire la semplificazione e la completa standardizzazione dei processi organizzativi, permettendo la comparazione dei dati di attività dei diversi programmi. Grazie all'intensa collaborazione tra gli operatori coinvolti, il Gruppo tecnico software regionale della prevenzione, ed il Coordinamento Screening, 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 di screening e la realizzazione del cruscotto statistico, denominato QlikView, hanno permesso, sia a livello locale che centralizzato, il monitoraggio dei principali dati di attività. A partire dal 2013, l'utilizzo dell'applicativo e del relativo sistema di B.I. è esteso a tutte le Aziende Ulss della Regione del Veneto.

Screening cervicale

È rivolto alle donne in età compresa fra 25 e 64 anni, che vengono invitate ad eseguire un pap test ogni tre anni. A inizio 2014 la popolazione target era pari a 1.361.030 donne. Sono disponibili dati e indicatori di qualità consolidati al 31 dicembre 2013 e, limitatamente ad estensione ed adesione all'invito, a fine 2014. Da un'analisi complessiva dei dati, si possono trarre le seguenti considerazioni.

Nel 2014 i programmi hanno mantenuto la capacità di invitare la quasi totalità della popolazione target, con un'estensione corretta degli inviti del 96,0%. Anche il dato dell'adesione corretta non registra particolari variazioni rispetto l'anno precedente, registrando un 59,2%. Il dato è superiore rispetto alla media nazionale (42% nel 2013).

Figura 3.4 Screening cervicale. Percentuali di estensione e adesione agli inviti. Veneto, anni 2009-2014
(Fonte: Coordinamento Regionale Screening Oncologici)



Complessivamente, nel 2013, su 216.396 donne screenate e 397.951 donne invitate, sono state diagnosticati 34 carcinomi della cervice uterina e 893 lesioni precancerose CIN2 o CIN3 (CIN in italiano significa Neoplasia Intraepiteliale Cervicale, il numero segnala la gravità della lesione precancerosa determinata dall'alterazione cellulare - CIN1=lieve; CIN2=moderata; CIN3=grave). Il 2013 ha visto il miglioramento della maggior parte degli indicatori e, nonostante una certa variabilità dei risultati dei singoli programmi aziendali, questo testimonia un incremento generale della qualità del servizio erogato. Sia l'estensione degli inviti che l'adesione da parte della popolazione

mantengono livelli ottimali. Va comunque ribadito che lo screening cervicale può mantenere un impatto sul tumore della cervice uterina, una patologia ormai rara, solo se i programmi sono in grado di sviluppare e sostenere risultati di qualità rispetto a tutti gli indicatori in modo omogeneo nel territorio regionale.

Screening con test HPV

Esistono ormai chiare evidenze scientifiche che uno screening con test clinicamente validati per la ricerca del DNA di ceppi ad alto rischio di HPV ("test HPV") come test di screening primario e con un protocollo appropriato, è più efficace dello screening basato sul pap test nel prevenire i tumori invasivi del collo dell'utero.

Alla luce di queste evidenze scientifiche, in linea con il nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, la Regione 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, con l'obiettivo di potenziare ulteriormente la strategia di prevenzione del tumore del collo dell'utero, tramite l'offerta alle donne di un test ancora più protettivo e di elevata qualità nell'ambito di una strategia più sostenibile e meno costosa di quella attuale. Tale percorso è facilitato dall'esperienza maturata presso i programmi delle Aziende ULSS delle province di Padova e Rovigo, che grazie ad un contributo della Fondazione CARIPARO hanno potuto realizzare, a partire dal 2009, un progetto pilota di utilizzo del test HPV. Il nuovo screening farà riferimento ad un'organizzazione 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.

Lo screening sarà sempre rivolto alle donne residenti di età compresa tra i 25 ed i 64 anni: di queste, le donne di età tra i 30 ed i 64 anni saranno sottoposte a test HPV ogni cinque anni, le donne dai 25 ai 29 anni continueranno ad effettuare il Pap test con intervallo triennale. In sintesi, il protocollo dello screening con test HPV prevede che le donne invitate allo screening effettuino un prelievo, del tutto analogo al pap test, per l'esecuzione del test HPV. Alle donne con test negativo verrà inviata una lettera con l'indicazione di un nuovo appuntamento a cinque anni. In caso di positività al test HPV, dallo stesso prelievo sarà possibile allestire e leggere un pap test: alle donne con pap test negativo verrà dato un nuovo appuntamento di controllo ad un anno. Le donne con Pap test positivo verranno invece inviate all'approfondimento colposcopico.

Il protocollo sopra descritto entrerà pienamente a regime nel 2018; è stato previsto per il triennio 2015-2017 un periodo di transizione.

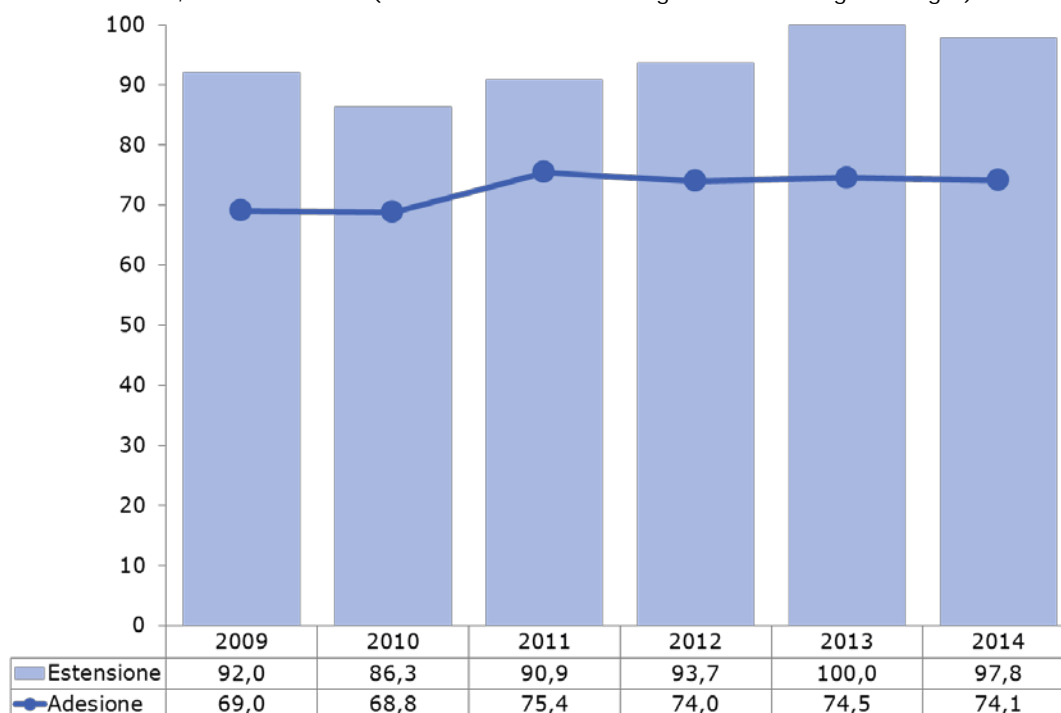
In Veneto i test HPV verranno processati presso l'Anatomia Patologica di Treviso per le ULSS delle province di Belluno, Treviso e Venezia, l'Anatomia Patologica di San Bonifacio

(VR) per le ULSS delle provincie di Verona e Vicenza e presso l'UOC Immunologia e Diagnostica Molecolare Oncologica dello IOV di Padova per le ULSS delle provincie di Padova e Rovigo. L'esecuzione dei Pap test di triage per tutta la Regione sarà affidata all'Anatomia Patologica di Santorso (VI).

Screening mammografico

È rivolto alle donne in età compresa fra 50 e 69 anni, che vengono invitate ad eseguire una mammografia con cadenza biennale. L'obiettivo principale è la riduzione della mortalità specifica per tumore della mammella, un obiettivo secondario è l'applicazione di terapie chirurgiche e mediche il più possibile conservative ed accettabili. A inizio 2014 la popolazione target era pari a 645.126 donne. Sono disponibili dati e indicatori di qualità consolidati al 31 dicembre 2013 e, limitatamente ad estensione ed adesione all'invito, a fine 2014. Nel 2014 l'estensione degli inviti è ottimale, con un valore del 97,8%.

Figura 3.5 Screening mammografico. Percentuali di estensione e adesione agli inviti. Veneto, anni 2009-2014 (Fonte: Coordinamento Regionale Screening Oncologici)



- Il dato dell'adesione corretta (74,1% nel 2014) negli ultimi anni è stabilmente in prossimità dello standard desiderabile del GISMa (>75%)
- Complessivamente nel 2013, su 183.635 donne screenate e 276.303 donne invitate, i tumori screen detected sono stati 1105. Come nell'anno precedente, il tasso di identificazione agli esami successivi soddisfa lo standard di riferimento, mentre ai

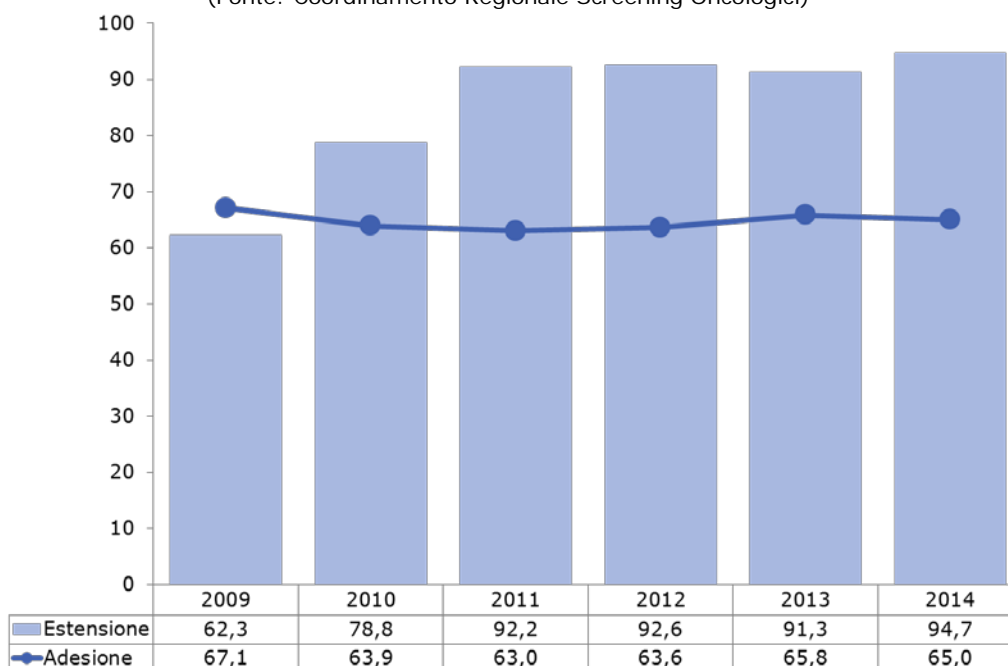
primi esami è inferiore. Una possibile spiegazione sta nel frequente ricorso alla mammografia nelle donne <50 anni.

Gli indicatori risultano soddisfacenti nel confronto con gli standard nazionali, e stabili rispetto all'anno precedente. Ognuno di essi però deriva dalla composizione di valori molto variegati nelle diverse Aziende ULSS, cui si rimanda per una più adeguata valutazione delle realtà locali. Con l'adozione della doppia lettura da parte di tutte le Aziende ULSS, diminuisce la difformità dei modelli organizzativi e dei percorsi diagnostici, che comportava un uso poco efficiente della risorsa più scarsa, cioè il tempo-radiologo.

Screening coloretale

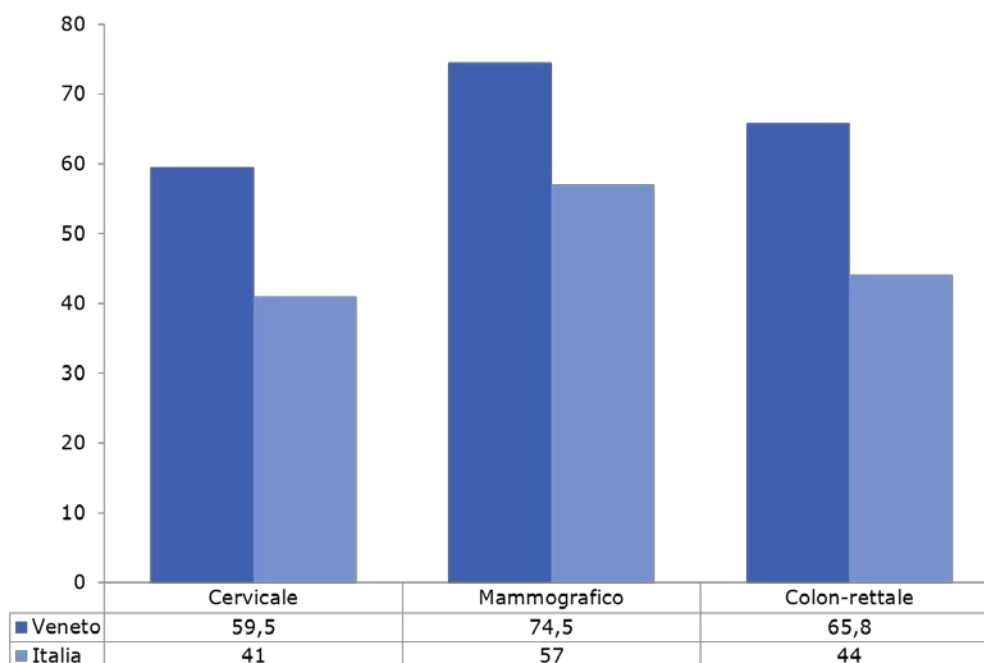
Ha la potenzialità di ridurre sia la mortalità che, mediante la diagnosi e bonifica di grandi numeri di adenomi, anche l'incidenza del tumore del colon retto. Il programma è rivolto alle persone di ambo i sessi in età compresa fra 50 e 69 anni, che vengono invitate ad eseguire la ricerca del sangue occulto fecale con cadenza biennale. Il programma dell'Azienda ULSS di Verona invita all'esecuzione di una rettosigmoidoscopia una volta nella vita i soggetti 60enni e, per i non aderenti, il sangue occulto fecale fino ai 69 anni. A inizio 2014 la popolazione target regionale era pari a 1.203.592 persone. Sono disponibili dati e indicatori di qualità consolidati al 31 dicembre 2013 e, limitatamente ad estensione ed adesione all'invito, a fine 2014. Analogamente agli altri screening, l'estensione degli inviti nel 2014 ha raggiunto livelli ottimali: 94,7% rispetto al 91,3% del 2013.

- Nel 2014 il dato dell'adesione si mantiene stabile rispetto al 2013 al 65%, 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). I livelli di adesione raggiunti da quasi tutti i programmi sono soddisfacenti.
 - Complessivamente sono stati diagnosticati 379 carcinomi e 3114 adenomi avanzati (i tumori del colon-retto si distinguono in adenomi - forma benigna e adenocarcinomi - forma maligna. Gli adenomi avanzati sono forme benigne dotate di potenziale di progressione verso l'adenocarcinoma). Il tasso di identificazione per adenomi avanzati e cancro si colloca generalmente entro i valori attesi.
- Il programma con rettosigmoidoscopia di Verona ha ottenuto un'adesione all'invito inferiore a quella degli altri programmi (32% nel 2013), compatibile con la proposta di un esame di screening fortemente invasivo.

Figura 3.6 Screening colon-rettale. Percentuali di estensione e adesione agli inviti. Veneto, anni 2009-2014
(Fonte: Coordinamento Regionale Screening Oncologici)

Possiamo concludere evidenziando l'alto livello di adesione agli inviti, registrato nel Veneto rispetto al contesto nazionale, per tutti tre gli screening (cervicale, mammografico e colon-rettale), che come si è detto fanno sì che l'esperienza della nostra Regione sia collocata tra le migliori sviluppate in questo ambito.

113

Figura 3.7 Screening cervicale, mammografico e colon-rettale. Percentuali di adesione agli inviti nel Veneto e in Italia nel 2013 (Fonte: Coordinamento Regionale Screening Oncologici)

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 749 del 14 maggio 2015](#)

Approvazione Piano Regionale Prevenzione (PRP) per la realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014/2018

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 760 del 14 maggio 2015](#)

Prevenzione e diagnosi precoce dei tumori: prime indicazioni di riordino dei programmi di screening oncologici regionali ai sensi del D.Lgs. 29.4.1998, n. 124 e delle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate ai sensi dell'art. 85, comma 4, della legge 23.12.2000, n. 388.

[Deliberazione della Giunta Regionale 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.

Approfondimenti

I programmi di screening oncologici del Veneto. Rapporto 2012-2013, Padova: CLEUP, 2014 (<https://www.registrotumoriveneto.it/screening/presentazione.php>)

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria – Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

Sede: Dorsoduro 39/A - 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)

La Regione del Veneto è impegnata nel garantire e tutelare la salute e sicurezza della popolazione nei diversi ambienti di vita e di lavoro. Il Piano Socio Sanitario rafforza un approccio fondato sull'interazione e la collaborazione tra i diversi attori istituzionali, il mondo produttivo e le rappresentanze sociali. (Paragrafo 3.4.1. Pagine 86 e 90).

Quadro di sintesi

Il principale strumento di pianificazione della attività di contrasto agli infortuni e alle malattie professionali svolte sul territorio dai Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) è costituito dal documento condiviso nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento della attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro (CoReCo, DPCM 21.12.2007 e all'art. 7 D.Lgs. 81/08), un organismo collegiale che rappresenta gli Enti aventi competenza in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro.

Il documento di pianificazione della attività 2014, discusso ed approvato dal CoReCo il 17 giugno 2014, è stato recepito con la DGR n. 1333 del 28 luglio 2014 ed è reso disponibile per la consultazione nel sito web regionale all'indirizzo:

<http://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/SommarioRicerca.aspx?index=1&tipo=9&numAtto=1333&daData=28/07/2014&aData=28/07/2014>.

Nell'ambito del CoReCo la Sezione Prevenzione e Sanità Pubblica sovrintende alle attività e svolge funzioni di supporto operativo.

Il Comitato Regionale di Coordinamento nel quadro istituzionale del Piano Nazionale Prevenzione e del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81

Nel contesto del quadro istituzionale dei rapporti fra i soggetti individuati dal Capo II del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 (Comitato ex art. 5, Commissione ex art. 6, Comitati regionali ex art. 7 e Commissione ex art. 12), il CoReCo provvede alla:

- diffusione dei provvedimenti emanati dalla Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro ex art. 6, comma 8;
- diffusione dei pareri emessi dalla Commissione nazionale per gli interpellati (costituendo gli stressi "criteri interpretativi e direttivi per l'esercizio delle attività di vigilanza" - art. 12, comma 3);
- rendicontazione delle proprie attività ai sensi dell'art. 4 del DPCM 21 dicembre 2007.

Macroambiti di intervento

La pianificazione regionale 2014 in materia di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro ha individuato i seguenti macroambiti di intervento:

- 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 (circa 5 % delle unità locali attive in Veneto) 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 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.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

Oltre al provvedimento di approvazione della pianificazione regionale delle attività di vigilanza negli ambienti di lavoro anno 2014 e delle attività di prevenzione formazione e assistenza anni 2014–2016 (DGR 1333/2014) ed al testo del documento di pianificazione entrambi consultabili all'indirizzo:

<http://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/SommarioRicerca.aspx?index=1&tipo=9&numAtto=1333&daData=28/07/2014&aData=28/07/2014>.

si rinvia al seguente documento per una sintesi di dettaglio dei riferimenti normativi relativi la CoReCO:

http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=6cbed835-e645-405a-9020-3ec4a74dca68&groupId=10793

Recapiti per ulteriori informazioni

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

3.5. Monitoraggio ambientale e mappatura dei rischi

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

La Regione del Veneto è impegnata nel garantire e tutelare la salute e sicurezza della popolazione nei diversi ambienti di vita e di lavoro. Il Piano Socio Sanitario rafforza un approccio fondato sull'interazione e la collaborazione tra i diversi attori istituzionali, il mondo produttivo e sociale (Paragrafo 3.4.1. Pagine 86 e 90).

Quadro di sintesi

All'interno dell'attività assicurata dalla Regione del Veneto nell'ambito della tutela della salute negli ambienti di vita si inserisce il monitoraggio del rischio indotto da agenti fisici di origine naturale e di origine artificiale e da agenti chimici nonché di iniziative di informazione alla popolazione e alle imprese.

Alcune linee di intervento sono rappresentate dal monitoraggio del gas Radon, quale gas radioattivo naturale, i cui potenziali effetti dannosi sulla salute umana sono ampiamente documentati in letteratura, e dalle misurazioni delle emissioni elettromagnetiche nel settore delle comunicazioni elettroniche e nel settore del trasporto e della trasformazione dell'energia elettrica.

Ulteriore settore di attività di indagine e monitoraggio è costituito dai prodotti fitosanitari e il loro relativo impiego, sulla base del 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 sull'impiego delle sostanze chimiche e l'assistenza alle imprese.

117

Gas Radon: Campagna di misurazione negli edifici scolastici nei Comuni di Padova, Treviso e Verona. DGRV N° 3139/2010 per gli anni 2010-2014

Nel periodo indicato è stato sviluppato un progetto di monitoraggio del gas radon a cui hanno aderito un totale di 260 scuole (Tabella 3.1), 12 scuole private e 1 pubblica non hanno aderito all'iniziativa e 4 edifici erano fuori protocollo di indagine (direzioni didattiche, locali ai piani superiori).

Tabella 3.1 Scuole interessate al monitoraggio, 2010-2014

Provincia	Scuole aderenti	Scuole non aderenti	Scuole fuori protocollo
Padova	89	1	3
Treviso	35	0	0
Verona	136	12	1
Totale	260	13	4

L'attività si è sviluppata complessivamente dal 2010 al 2014 (fino a giugno), coordinata dal Servizio Osservatorio Agenti Fisici dell'Area Tecnico Scientifica di ARPAV.

Il progetto si è articolato in diverse fasi:

- censimento delle strutture scolastiche;

- richiesta di collaborazione alle Amministrazioni Comunali;
- posizionamento dei dispositivi di misura all'interno degli edifici scolastici realizzato dal personale comunale e/o ARPAV in presenza di un referente scolastico, da novembre 2011 a dicembre 2013;
- trascorso l'anno di rilevazione, raccolta a cura del personale comunale e/o ARPAV dei dispositivi di misura per l'invio ad ARPAV – Dipartimento Regionale Laboratori di Verona;
- analisi di laboratorio dei dosimetri pervenuti presso il CRR ARPAV di Verona (concluse a maggio 2014) e relativa elaborazione dei dati;
- comunicazione dei risultati dell'indagine alle Amministrazioni competenti.

Il progetto ha coinvolto 260 scuole ed ha portato complessivamente al monitoraggio di oltre 1000 locali mediante l'utilizzo di circa 2070 dispositivi di misura.

Il Decreto Legislativo 241/00, che recepisce la direttiva della Comunità Europea 96/29/Euratom del Consiglio, del 13 maggio 1996, entrato in vigore il 1 gennaio 2001, stabilisce i limiti di concentrazione media annua di radon nei luoghi di lavoro ed espressamente nelle scuole (in particolare per le scuole dell'infanzia e dell'obbligo), il limite, chiamato livello d'azione, è fissato in 500 Bq/m³.

Come prima elaborazione sono stati considerati per tutti gli edifici scolastici indagati i valori di concentrazione media annua misurati nei diversi locali. Successivamente è stato calcolato il valore medio per ciascuna scuola. Con dettaglio comunale, a partire dai valori di concentrazione media degli edifici indagati, sono stati calcolati la distribuzione per classi di concentrazione, il valore medio e la mediana e, infine, riportato il numero totale di edifici scolastici da cui sono stati ricavati i dati.

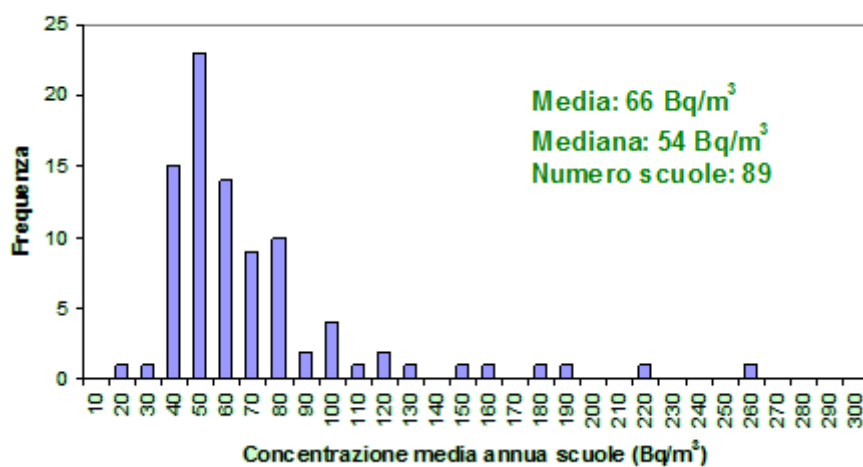
Nella Tabella 3.2 e Figura 3.8 sono illustrati i dati statistici generali di questa indagine: sono riportati, rispetto ai dati medi per edificio, il valore medio, minimo, massimo, e il numero di scuole, rispetto a quelle monitorate, in cui in almeno un locale è stato riscontrato un superamento del limite di 500 Bq/m³.

Tabella 3.2 Valori medio, minimo, massimo (rispetto alle concentrazioni medie rilevate nelle scuole), n° di edifici con almeno un superamento del limite di 500 Bq/m³ aggregati per Comune, 2010-2014

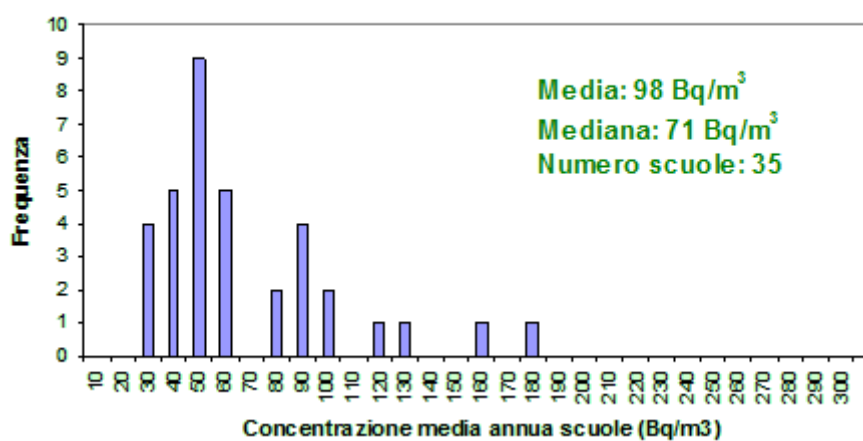
Provincia	Scuole monitorate	Valore medio (Bq/m ³)	Valore minimo (Bq/m ³)	Valore massimo (Bq/m ³)	N° edifici con almeno un locale >500 Bq/m ³
Padova	89	66	20	260	0
Treviso	35	98	28	356	1
Verona	136	94	28	377	0
Totale	260	85	20	377	1

Figura 3.8 Distribuzione per classi di concentrazione dei valori medi degli edifici scolastici per Comune.
Periodo 2010-2014

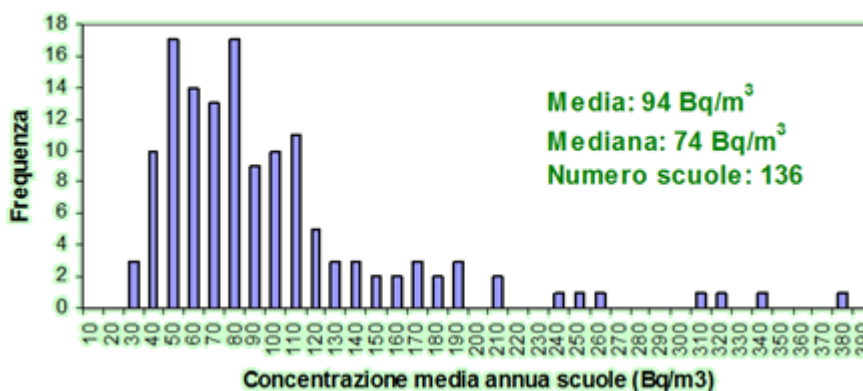
Padova: nidi e materne



Treviso: nidi e materne



Verona: nidi e materne



La percentuale di scuole in cui almeno un locale mostra una concentrazione superiore al livello d'azione di 500 Bq/m³ è risultata maggiore di zero nel solo in un edificio scolastico nel comune di Treviso.

Nella Tabella 3.3 sono riportati i nominativi della scuola in cui è stato superato in almeno in un locale il livello d'azione pari a 500 Bq/m³ e che come previsto dalla normativa, dovrà entro tre anni, attuare opere di mitigazione, e quelli delle scuole ove in almeno un locale sono state rilevate concentrazioni inferiori al livello d'azione ma superiori all' 80% del livello d'azione stesso (400 Bq/m³), con l'obbligo di misura entro un anno.

Tabella 3.3 Scuole interessate al monitoraggio, 2010-2014

Scuola che dovrà effettuare un'azione rimediale entro tre anni	
Treviso	Materna privata "GESU' BAMBINO"
Scuole che dovranno rifare entro un anno una nuova misurazione	
Padova	Nido pubblico "IL TRENINO"
Treviso	Materna privata "MARIA IMMACOLATA"
Verona	Materna privata "ANGELICA"
Verona	Materna pubblica "ARCOBALENO"
Verona	Materna pubblica "D.MANIN"
Verona	Nido pubblico "FIORDALISO"
Verona	Micronido privato "OASI FELICE"
Verona	Materna privata "SANTA SCOLASTICA"

Il rischio per la salute da prodotti fitosanitari

Secondo i criteri indicati dalla programmazione regionale e nel rispetto delle linee di indirizzo nazionale, nel 2014 è stata assicurata l'attività di vigilanza sanitaria di competenza dei Dipartimento di Prevenzione delle Aziende ULSS sulla vendita e sull'impiego dei prodotti fitosanitari. La stessa attività è stata condotta accogliendo gli elementi innovativi previsti dalla Direttiva dell'U.E. n. 128/2009 e dal Piano d'Azione Nazionale sull'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari, di cui al D.I. 22.1.2014.

In virtù dell'attività di vigilanza svolta secondo quanto previsto con la DGR n. 1332 del 28.7.2014, è stato mantenuto il livello numerico dei sopralluoghi effettuati (385 presso le rivendite di prodotti fitosanitari; 1.088 nelle situazioni di impiego), nella Tabella 3.4 si riportano i risultati e le irregolarità riscontrate nel corso degli accessi ispettivi.

Attraverso la puntuale rilevazione delle dichiarazioni di vendita presentate dai rivenditori nell'anno 2014 (Tabella 3.5), è possibile conoscere la quantità dei prodotti fitosanitari venduti in ambito regionale. Sebbene non coincida con la quantità di effettivo utilizzo, il dato complessivo sulla vendita di prodotti fitosanitari costituisce un importante indicatore della consistenza dell'impiego e permette di individuare, attraverso ulteriori studi ed analisi, gli interventi di prevenzione sanitaria nelle singole aree del territorio regionale.

Tabella 3.4 Esiti dell'attività di controllo sui prodotti fitosanitari, Veneto 2014

Azienda ULSS	Controlli su vendita prodotti fitosanitari							Controlli su impiego prodotti fitosanitari		
	Controlli	Infra- zioni	Prescri- zioni	Controlli sulle etichette			Princi- pio attivo	Controlli	Infra- zioni	prescri- zioni
				Imbal- laggi	Etichette	SDS				
101-Belluno	11	0	1	5	5	5	1	27	0	16
102-Feltre	6	0	6	0	30	1		25	0	17
103-Bassano del Grappa	12	1	0	33	33	33		44	4	88
104-Alto Vicentino	14	0	0	0	0	0		27	0	0
105 Ovest Vicentino	12	0	16	20	20	20		25	0	64
106-Vicenza	24	1	3	0	1	21	1	63	0	12
107-Pieve di Soligo	45	0	0	0	0	0		45	0	0
108-Asolo	27	0	3	76	332	32		88	0	59
109-Treviso	40	0	6	50	50	35	1	76	0	115
110-Veneto Orientale	18	2	3	18	18	18		63	6	27
112-Veneziana	5	1	0	20	50	50		25	1	9
113-Mirano	12	0	1	12	12	5	1	50	3	35
114-Chioggia	4	0	1	3	4	3		50	0	0
115-Alta Padovana	34	0	12	30	30	30	1	83	0	18
116-Padova	11	0	0	115	65	35		59	0	0
117-Este	23	3	6	20	20	20		79	0	22
118-Rovigo	20	0	1	30	0	30		77	12	16
119-Adria	10	1	3	18	18	6	1	38	0	4
120-Verona	19	0	0	19	19	19	1	72	0	13
121-Legnano	21	0	0	21	21	21		16	0	0
122-Bussolengo	17	0	0	50	50	50		56	1	16
Veneto	385	9	62	540	478	404	7	1.088	27	531

Tabella 3.5 Prodotti fitosanitari venduti ad utilizzatori finali, Veneto 2003-2014

Anno	Prodotti venduti in kg/litri ad utilizzatori finali		
	Totale	Tot .Prodotti Classificati	% rispetto al totale
2003	16.595.002	15.412.074	92,9%
2004	16.758.120	15.374.194	91,7%
2005	14.139.044	13.404.701	94,8%
2006	13.999.151	13.742.000	98,2%
2007	15.550.769	15.065.074	96,9%
2008	17.332.660	17.299.352	99,8%
2009	16.318.379	16.254.776	99,6%
2010	17.122.673	17.008.814	99,3%
2011	15.999.475	15.967.813	99,8%
2012	14.783.525	14.775.947	99,9%
2013	15.853.523	15.847.984	99,9%
2014	17.485.266	17.485.266	100%

Oltre all'attività di controllo, sono stati intrapresi da parte dell'Azienda ULSS competente specifici e mirati interventi informativi e formativi sul corretto impiego dei prodotti fitosanitari. Questi saranno ulteriormente potenziati attraverso le attività di sensibilizzazione e promozione della salute previste dalla DGR n° 1682/2014 in cui si affida all'Azienda ULSS 21 l'incarico di assicurare su tutto il territorio regionale la formazione volta a garantire il pieno rispetto della Direttiva U.E. n° 129/2009 e del Piano d'Azione Nazionale sull'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari.

Il rischio chimico

Il sistema regionale REACH (Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemical substances) si è maggiormente consolidato per assicurare, secondo i criteri di razionalizzazione e controllo delle sostanze chimiche stabilite dall'ECHA (Agenzia Europea per le sostanze chimiche), la tutela della salute nel territorio regionale, in riferimento alla produzione, importazione e diffusione delle sostanze chimiche.

La "rete regionale REACH", costituita dagli Ispettori delle Aziende ULSS coordinati dall'Autorità Regionale Competente REACH (Azienda ULSS n. 10 "Veneto Orientale"), è stata rafforzata, permettendo lo svolgimento dell'attività di controllo ufficiale in ambito regionale sulla base del Piano regionale 2014, adottato con la DGR n. 607/2014.

Il raggiungimento dell'obiettivo minimo stabilito dal Piano Nazionale Controlli REACH 2014 è stato assicurato attraverso l'effettuazione di due controlli secondo il Protocollo REACH en-force 3, e 7 controlli secondo i Protocolli REACH en-force 1 e 2.

Inoltre sono stati effettuati 2 controlli in seguito a segnalazioni particolari e 2 controlli sull'applicazione delle restrizioni (controllo del cromo esavalente in un cemento e sulla concentrazione del nichel su anelli utilizzati per il piercing).

Dal 2011 sono stati effettuati 53 sopralluoghi che in svariati casi hanno comportato anche il campionamento delle sostanze, con successiva analisi di laboratorio.

Tabella 3.6 Controlli REACH, Veneto 2011-2015

Anno	N° controlli
2011	7
2012	7
2013	10
2014	13
2015	15 + almeno 1 analitico

Inquinamento elettromagnetico

Per ciò che attiene alle radiazioni non ionizzanti utilizzate nel campo delle comunicazioni elettroniche e nel settore del trasferimento e trasformazione dell'energia elettrica, di seguito si riportano tre tabelle specificamente dedicate alle attività al riguardo poste in essere nel corso del 2014 dalla Regione Veneto in collaborazione con ARPAV.

Tabella 3.7 Stazioni radio-base, Veneto 2014

Provincia	misure con valori di campo elettrico >20 v/m	misure con valori di campo elettrico tra 6 e 20 v/m	misure con valori di campo elettrico tra 3 e 6 v/m	misure con valori di campo elettrico ≤ 3 v/m	n° superamenti in atto (bonifica in corso)	n° interventi di controllo	n° pareri preventivi / istruttorie tecniche
Belluno	0%	5%	18%	77%	0	14	106
Padova	0%	0%	25%	75%	0	32	295
Rovigo	0%	0%	2%	98%	0	13	101
Treviso	0%	0%	5%	95%	0	19	245
Venezia	0%	18%	29%	53%	1	33	310
Verona	0%	0%	5%	95%	0	19	36
Vicenza	0%	8%	11%	81%	0	26	319
Veneto	0%	3%	11%	86%	1	156	1.722

Tabella 3.8 Impianti radiotelevisivi, Veneto 2014

Provincia	misure con valori di campo elettrico >20 v/m	misure con valori di campo elettrico tra 6 e 20 v/m	misure con valori di campo elettrico tra 3 e 6 v/m	misure con valori di campo elettrico ≤ 3 v/m	n° superamenti in atto (bonifica in corso)	n° interventi di controllo	n° pareri preventivi / istruttorie tecniche
Belluno	0%	3%	19%	78%	0	15	15
Padova	0%	20%	13%	67%	1	9	29
Rovigo	0%	0%	4%	96%	0	5	2
Treviso	0%	19%	31%	50%	0	3	4
Venezia	-	-	-	-	0	0	6
Verona	0%	54%	23%	23%	0	4	5
Vicenza	2%	21%	21%	55%	0	12	11
Veneto	0%	12%	17%	70%	1	48	72

Tabella 3.9 Elettrodotti, Veneto 2014

Provincia	misure con valori di induzione magnetica ≥10 micro tesla	misure con valori di induzione magnetica compresi tra 3 e 10 micro tesla	misure con valori di induzione magnetica < 3 micro tesla	n° superamenti in atto (bonifica in corso)	n° interventi di controllo su linee elettriche	n° interventi di controllo su cabine elettriche	n° pareri preventivi / istruttorie tecniche
Belluno	0%	40%	60%	0	5	0	0
Padova	0%	0%	100%	0	1	2	5
Rovigo	20%	30%	50%	0	0	10	15
Treviso	0%	20%	80%	0	6	4	17
Venezia	6%	13%	81%	1	6	8	41
Verona	0%	0%	100%	0	0	2	12
Vicenza	0%	0%	100%	0	4	3	73
Veneto	6%	17%	77%	1	22	29	163

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Prevenzione e Sanità Pubblica

Sede: Dorsoduro, 3494 – Rio Nuovo – 30123 Venezia

Telefono: 0412791313 – 4 – 5

e-mail: giovanna.frison@regione.veneto.it; giovanni.benzoni@regione.veneto.it;

ulderico.signorini@regione.veneto.it

3.6. Veterinaria e Sicurezza alimentare

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

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

Quadro di sintesi

Il paragrafo riporta informazioni relative alle attività di sanità animale (piani di risanamento e controllo), Igiene degli allevamenti, Alimentazione animale e sulla Sicurezza alimentare.

In relazione alla programmazione ed all'implementazione dei controlli ufficiali sugli operatori del settore alimentare, ed in particolare rispetto all'attività di audit da parte delle Aziende ULSS, nella Tabella 3.10 si riportano i dati di confronto tra il 2014 ed il 2013.

Tabella 3.10 Controlli su operatori del settore alimentare. Veneto, 2013-2014

	Operatori registrati 2013	Operatori riconosciuti 2013	Operatori registrati 2014	Operatori riconosciuti 2014
NUMERO DI UNITA' CENSITE	146165	1079	137442	1064
NUMERO DI UNITA' CONTROLLATE	44432	1079	39133	1064
NUMERO DI CONTROLLI UFFICIALI/ISPEZIONI- VERIFICHE	87942	35737	76324	33351
NUMERO DI AUDIT		410		406
TOTALE CAMPIONI PRELEVATI	29213		24330	
CAMPIONI NON REGOLAMENTARI	221		278	
TOTALE NON-CONFORMITA	2330	2170	4247	1752
PROVVEDIMENTI:				
a) Amministrativi	4359		4428	
b) Notizie di reato	110		87	

Le attività di controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare registrati e riconosciuti da parte delle Aziende ULSS hanno consentito di rilevare non-conformità sia sulle matrici campionate che sulle strutture ed i processi produttivi. A fronte di una diminuzione delle unità censite si è rilevato un incremento di situazioni non conformi negli stabilimenti registrati e un decremento di situazioni non conformi negli stabilimenti riconosciuti.

Il monitoraggio della contaminazione ambientale degli alimenti finalizzato alla tutela del consumatore attraverso controlli sulle filiere alimentari e delle aree territoriali maggiormente esposte alla possibile contaminazione industriale è stato programmato e finanziato attraverso la DGR n. 2841 del 29/12/2014 Piano straordinario di monitoraggio regionale per la ricerca di diossine e PCB su alimenti, Cesio e metalli pesanti su prodotti alimentari provenienti da ambienti selvatici. In particolare sono state finanziate le analisi per la ricerca di PCB e diossine nell'ambito del "Piano straordinario di monitoraggio per la ricerca di diossine e PCB su alimenti" e di cesio e metalli pesanti sui funghi nell'ambito 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 predisposto e finanziato specifico programma di campionamento con DGR n. 1570 del 26/08/2014. Gli esiti di tali campionamenti sono in fase di elaborazione.

I prodotti alimentari ricompresi nel paniere delle "Piccole Produzioni Locali – PPL" sono stati monitorati per ogni lotto di produzione per garantire la sicurezza igienico sanitaria del prodotto finito. A tal fine è stato previsto un apposito Progetto di valorizzazione con DGR n. 2799 del 29/12/2014. Sono stati analizzati 2.702 campioni di prodotti a base di carne di suino, 30 campioni di prodotti a base di carne miste di ovino-suino e bovino-suino, 90 campioni di carni avicole e cunicole, 40 campioni di succhi di frutta, 136 campioni di conserve vegetali, 238 confetture e 1 campione di olio extravergine di oliva.

Il Piano Regionale Integrato 2011-2014 dei Controlli sulla sicurezza alimentare, il benessere e la sanità animale, la sanità dei vegetali (P.R.I.C.) è stato sviluppato per il 2014 e sono state fornite le indicazioni relative alle attività di campionamento con DDR n. 3 del 23/01/2014. Gli esiti delle analisi sui campioni prelevati nel 2014 hanno consentito di effettuare una nuova programmazione per il 2015 formalizzata con DGR n. 391 del 31/03/2015.

Rispetto alle azioni trasversali di miglioramento del sistema regionale dei controlli, nell'ambito del "Finanziamento a funzione per il 2014" di cui al Decreto del GSA n. 5 del 9/5/2014, sono stati effettuati corsi di formazioni per gli operatori delle Aziende ULSS in conformità con quanto disposto nell'ACR/46/2013 recepito con DGR n.1429/2013, cui hanno partecipato 106 operatori alle tre edizioni del primo percorso, 40 operatori nelle due edizioni del secondo percorso e 24 partecipanti nell'unica edizione del terzo percorso formativo. Inoltre 109 operatori hanno partecipato all'evento formativo dal titolo "L'apparato sanzionatorio amministrativo in materia di sicurezza alimentare" e 94 persone hanno partecipato al corso "Etichettiamo, le nuove regole di presentazione degli alimenti".

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

Nel corso del 2014 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. Ispezioni predisposti sulla base della Direttiva 64/432/CEE, coniugando gli obiettivi di risparmio della spesa pubblica con il miglioramento dell'attività di controllo e in considerazione che il Veneto ha acquisito negli anni precedenti la qualifica di Regione Ufficialmente indenne da leucosi e brucellosi bovina/ovicaprina e da tubercolosi bovina. Il test per la tubercolosi bovina viene effettuato nel 100% degli allevamenti con cadenza quadriennale, il prossimo controllo avverrà nel 2015. Nel corso del 2014, comunque, sono stati effettuati dei test per TBC negli allevamenti di bovini considerati "a rischio" (ad esempio per frequenti introduzioni di capi da aree non indenni dalla malattia...) e anche controlli post-mortem durante la macellazione dei bovini per la verifica di eventuali lesioni tubercolari (come previsto dalla normativa).

In base ai suddetti Piani, i Servizi Veterinari delle Aziende ULSS del Veneto hanno effettuato, nel 2014, i seguenti campionamenti:

- BRC bovina: sono stati testati (mediante prove sierologiche e/o esame sul latte sfuso) 1.550 allevamenti (1.514 nel 2013), per un totale di 86.083 bovini (53.902 nel 2013); sono stati inoltre analizzati per BRC 366 feti abortiti (397 nel 2013).
- LBE: sono stati testati (mediante prove sierologiche e/o esame sul latte sfuso) 1.535 allevamenti (1.499 nel 2013), per un totale di 85.631 bovini (52.257 nel 2013).
- BRC ovi-caprina: sono stati testati (sierologicamente) 1.832 allevamenti (1.046 nel 2013), per un totale di 35.804 animali (40.205 nel 2013).
- TBC bovina: sono stati testati 155 allevamenti (162 nel 2013), per un totale di 10.041 animali (12.715 nel 2013).

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

Per il controllo delle malattie infettive particolare importanza è stata posta alla verifica dei controlli per l'anagrafe zootecnica che garantiscono la tracciabilità delle movimentazioni necessarie il tracing back in caso di focolaio. Nel 2014 sono stati effettuati 632 (680 nel 2013) controlli negli allevamenti bovini, 151 (147 nel 2013) negli allevamenti suini e 179 (145 nel 2013) in quelli ovicaprini. Sono stati rilevati 78 allevamenti bovini (76 anno 2013), 9 allevamenti suini e 14 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 2014 sono state effettuate 7.656 ispezioni (7.195 nel 2013) in allevamento, presso grossisti di farmaci, farmacie e parafarmacie. Sono state riscontrate 11 violazioni amministrative (11 nel 2013). Per il PNR sono stati invece effettuati 9.747 campionamenti (8.669 nel 2013) in allevamento e presso i macelli. Per razionalizzare le risorse è stato inoltre concordato, congiuntamente con l'ente pagatore regionale dei Premi Comunitari (AVEPA), uno specifico piano di monitoraggio, che prevedeva controlli sulla corretta tenuta dei registri aziendali del farmaco veterinario e sulla gestione dello stesso eseguiti su un campione di 654 allevamenti (atto B11)

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 1.248 (2.376 nel 2013) ispezioni presso operatori primari e altri operatori registrati ai sensi del Regolamento (CE) 183/2005. Sono state riscontrate 40 (122 nel 2013) non conformità di vario genere senza 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 2013 hanno effettuato 1.232 (1.365 anno 2012) controlli, rilevando un totale di 458 prescrizioni e 6 sanzioni.

Per quanto riguarda il trasporto degli animali nel 2012 sono stati ispezionati 740 veicoli adibiti al trasporto commerciale di animali, riscontrando 30 infrazioni al regolamento (CE) 1/2005.

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Veterinaria e Sicurezza Alimentare
Sede: Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
Telefono: 041-2791325
e-mail: giorgio.cester@regione.veneto.it

4. Assistenza Ospedaliera

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

L'Ospedale per acuti è definito come la struttura aziendale in cui vengono erogate prestazioni di ricovero relative 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.

Nell'Ospedale per acuti vengono collocate anche attività di riabilitazione e le attività ambulatoriali specialistiche di secondo livello, la cui erogazione sia legata o ad attività di monitoraggio del paziente nella logica della presa in carico o ad esecuzione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità. (Paragrafo 3.2 Assistenza ospedaliera pag 59-79).

Quadro di sintesi

La DGR 2122/2013 definisce gli aspetti più rilevanti dell'attuazione di quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera.

Vengono differenziati i ruoli delle strutture ospedaliere nella rete assistenziale regionale attraverso la definizione puntuale delle funzioni di ogni struttura ospedaliera e della dotazione di posti letto per specialità. Il numero di posti letto previsti dalla programmazione per il 31 dicembre 2015 è di 17.448, rispettivamente 14.801 per acuti e 2.467 per riabilitazione rispettando il parametro del Piano Socio Sanitario Regionale di 3,5 posti letto per 1.000 abitanti. Vengono inoltre previsti ulteriori 807 posti letto per i pazienti provenienti da fuori regione.

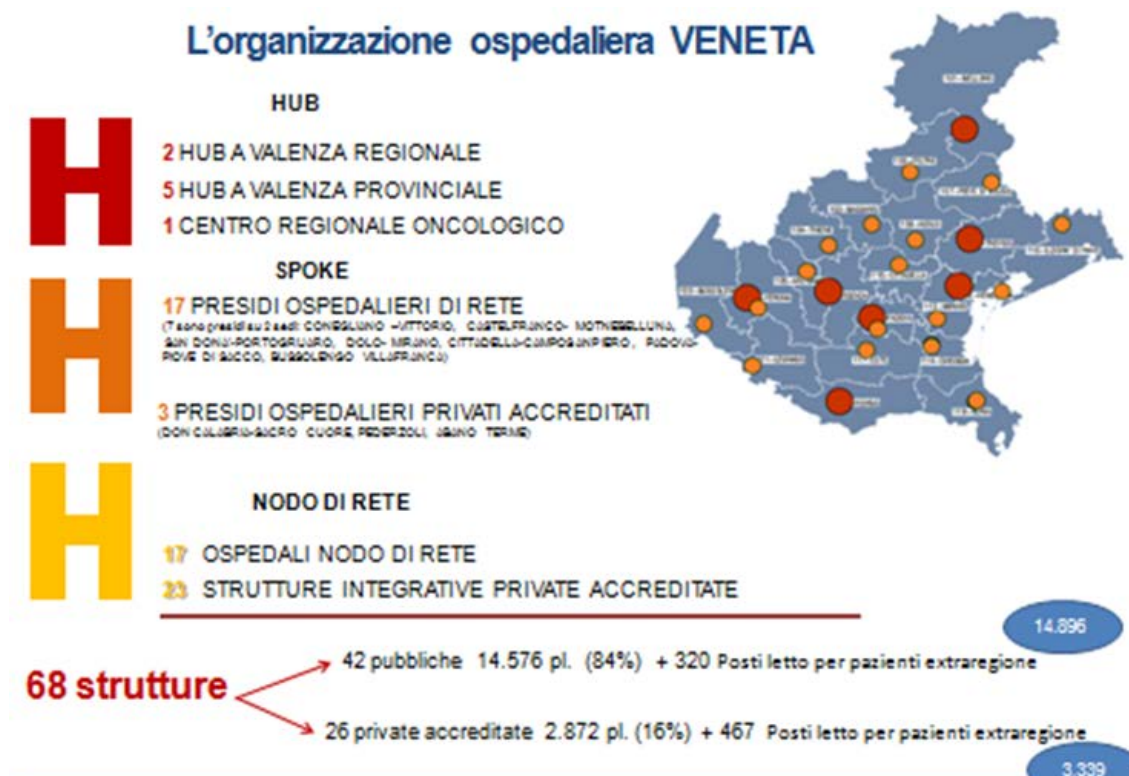
Nel corso del 2014 dalle strutture ospedaliere del Veneto vi sono state 667.374 dimissioni. Negli ultimi anni l'ospedalizzazione in Veneto si è ridotta drasticamente, con dinamiche diverse per le varie tipologie di ricovero. Le dimissioni dalle strutture ospedaliere private ammontano nel 2014 a 120.147 e rappresentano circa il 18% del totale. La quota di ospedalizzazione privata sul totale delle dimissioni dalle strutture regionali è del 69% nei ricoveri riabilitativi.

I dati sulla mobilità ospedaliera tra regioni si riferiscono al periodo 2006-2013 (l'aggiornamento all'anno 2014 sarà disponibile a partire dal mese di ottobre 2015) e mostrano una diminuzione del numero di dimissioni di non residenti in Veneto in linea con la diminuzione complessiva dei ricoveri: l'indice di attrazione si mantiene quindi costante nel periodo considerato (8,3% nel 2013). Nel contempo la quota di residenti in Veneto che si rivolgono a strutture ospedaliere fuori regione è rimasta stabile ed è quindi aumentato l'indice di fuga (5,8% nel 2006 e 7,2% del 2013).

4.1. La rete ospedaliera e i posti letto

Il filo conduttore di tutta l'azione di riorganizzazione del modello ospedaliero veneto, iniziata con l'approvazione del Piano Socio sanitario nel 2012, è stato quello di definire il ruolo di ciascun attore del sistema e ridefinire il sistema di relazioni tra i diversi attori.

Con vari atti programmatici sono state previste, secondo bacini massimi e minimi di afferenza, le specialità assegnate all'ospedale e i posti letto, ma anche, attraverso la gerarchizzazione delle strutture, il compito dell'Ospedale nella rete "Hub and Spoke" e il suo modello organizzativo (strutture dipartimentali, bacini di riferimento per le specialità assegnate).



Altrettanto definito è anche il ruolo della struttura nelle reti cliniche (ad esempio rete ictus, rete Ima etc) o nella rete dell'emergenza e urgenza.

Nel ridefinire le caratteristiche degli ospedali appariva inoltre necessario anche differenziare i percorsi dei pazienti "urgenti" e "programmati" e identificare i nodi della rete nei quali indirizzare i pazienti specialistici al fine di assicurare le migliori cure per il caso specifico e per avere nei centri identificati il meglio della tecnologia e delle competenze per i casi più complessi. In tal modo infatti si persegue efficienza nell'utilizzo delle risorse valorizzando le eccellenze presenti.

Tab 4.1 Reti per patologia nell'assistenza ospedaliera

Rete	Anno di istituzione
Emergenza / urgenza (primo SUEM in Italia)	2003
Trapianti di Organi e tessuti	2009
Trasfusionale (DIMIT)	2007
Coordinamento Regionale per le Malattie Rare	2008
Infarto miocardico acuto	2007
Ictus in fase acuta	2008
in fase post acuta	2013
formazione del personale	2013
Neonato critico e bambino	2009
Urgenze endoscopiche gastroenterologiche	2010
Paziente con neurolesione grave	2012
Riabilitazione	2013
Oncologica (R. O. V.)	2013
Oncoematologia	2014
Anatomia patologica	2014
Breast unit	2014
Diabetologia	2014
Reumatologia	In fase di approvazione
Terapia del dolore	In fase di approvazione
Traumatologica	In fase di approvazione
Obesità	In fase di approvazione

In questo quadro di organizzazione ospedaliera il ruolo delle strutture private accreditate è stato previsto come complementare a quelle pubbliche, evitando doppioni e sovrapposizioni e operando una integrazione delle stesse nel rispetto delle specificità che rappresentavano. Infine sono stati aggiornati in coerenza con la programmazione, i singoli centri di riferimento regionale con l'obiettivo di valorizzare le eccellenze.

L'appropriatezza delle cure è forse l'elemento più caratterizzante della riorganizzazione. La ridefinizione dei percorsi intraospedalieri (urgenze/programmati, fast-trac nei PS) inter-ospedalieri con assegnazione di risorse e specialità differenziate e l'implementazione e la strutturazione di nuovi modelli organizzativi quali la Week Surgery / DS rendono possibile perseguire un ulteriore miglioramento della qualità del sistema con recupero di efficienza.

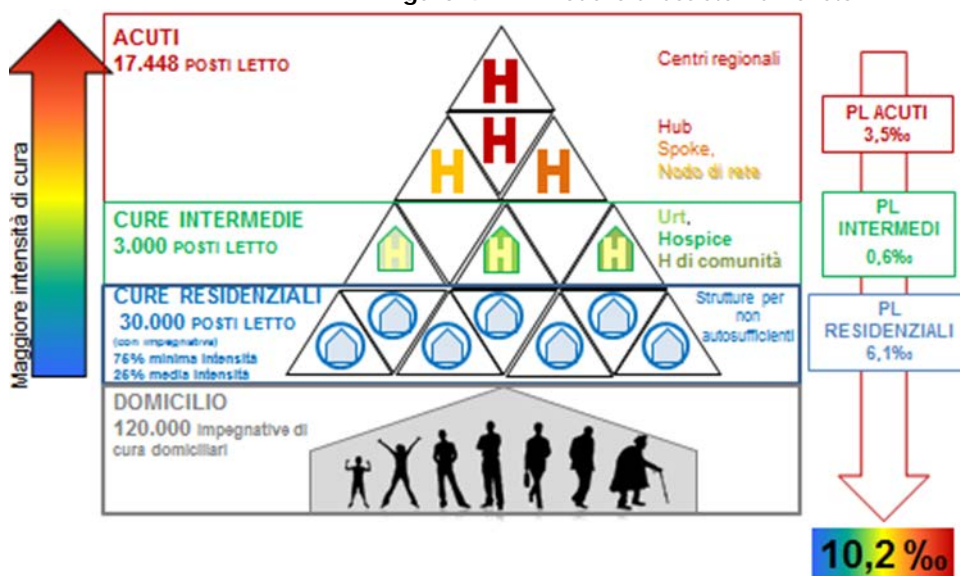
Sullo sfondo il potenziamento di forme dipartimentali interaziendali che sulla base di quanto previsto dalle schede di programmazione rendano possibile uniformare i trattamenti migliorando le competenze e utilizzare le risorse in modo appropriato.

Dotazione di posti letto ospedalieri

Le tecniche chirurgiche sempre più avanzate e meno invasive e l'utilizzo di modelli organizzativi che permettono un utilizzo più efficiente delle sale operatorie e delle risorse ha portato negli ultimi anni a un minore utilizzo dei posti letto.

Si è inoltre assistito negli ultimi mesi all'attivazione delle strutture intermedie che hanno il compito di prendere in carico quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e che trattano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo (indicativamente 4-6 settimane).

Figura 4.1- Il modello di assistenza Veneto



Rispetto al quadro che viene delineato nella figura che si riferisce all'anno 2014, la programmazione ospedaliera attraverso la definizione dei posti letto nelle schede ospedaliere ha definito il percorso di riequilibrio dei posti letto che si concluderà a dicembre del 2015.

In particolare, sono stati riequilibrati alcuni rapporti relativi all'offerta di posti letto tenendo in considerazione in primis i bacini di afferenza descritti nei documenti di programmazione nazionale, ma anche la densità di popolazione nelle zone disagiate, la presenza di aziende ospedaliere nel territorio e l'offerta attivata e da attivare di strutture intermedie.

A questo infine si aggiunge che la programmazione ha previsto, per le strutture che operano in zona di confine regionale o che hanno forti potenzialità attrattive, di assegnare 807 posti letto aggiuntivi

Figura 4.2 Posti letto per provincia (x 1000 abitanti). Dati 2014

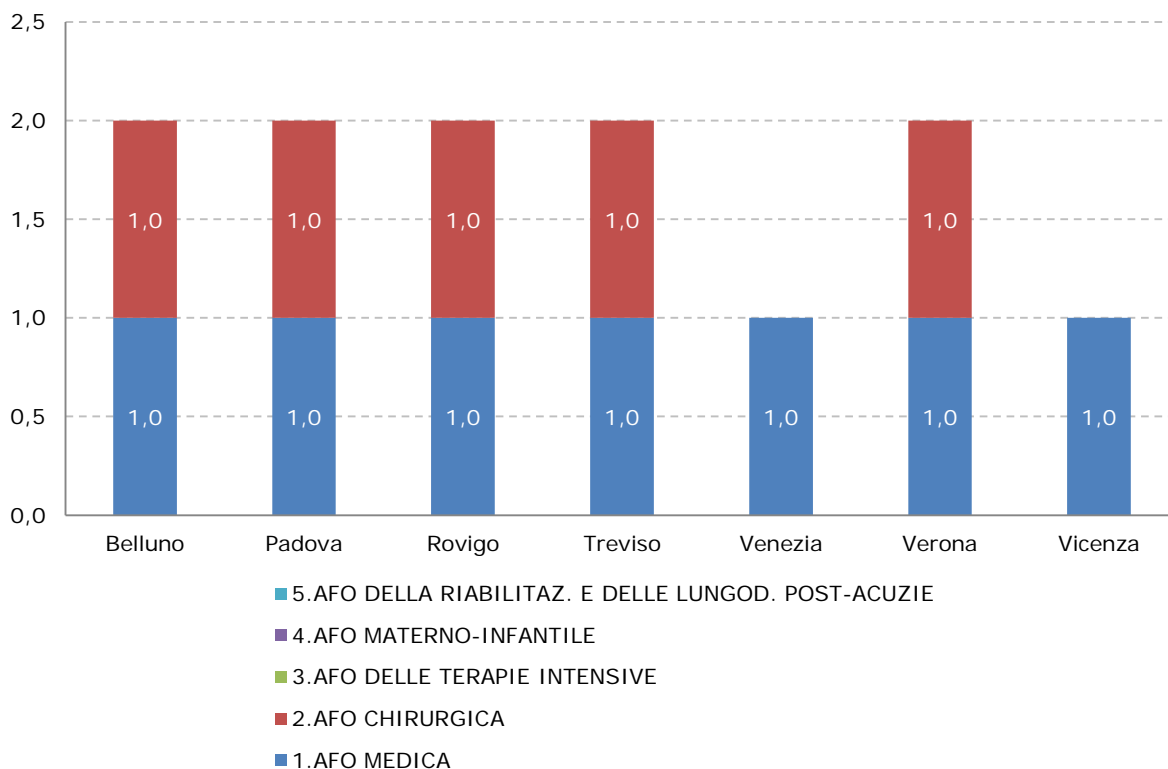
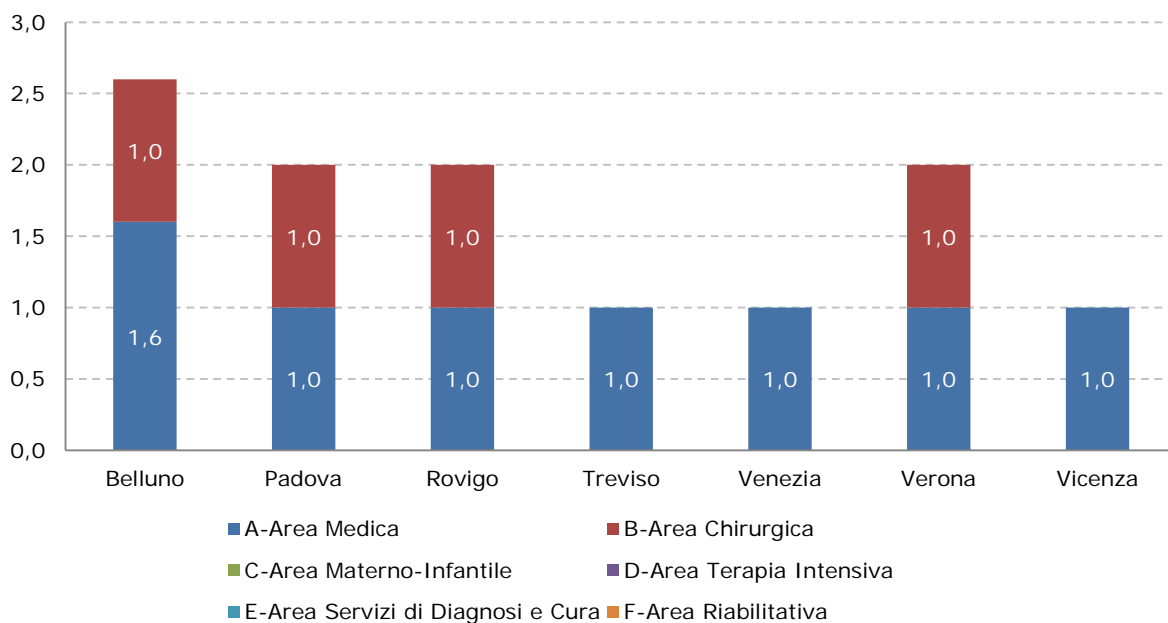


Figura 4.3 Posti letto per provincia (x 1000 abitanti). Previsione a fine 2015.



Per quanto riguarda l'offerta per aree funzionali, per le motivazioni sopra descritte la variazione maggiore si è avuta per le aree medica e chirurgica rispetto alle aree materno infantile e riabilitativa. L'area delle terapie intensive invece è stata potenziata.

Tabella 4.2 Variazione percentuale 2012-2015 posti letto per area funzionale

Area funzionale	Variazione 2012-2015
1.AFO MEDICA	-8,4%
2.AFO CHIRURGICA	-9,6%
3.AFO DELLE TERAPIE INTENSIVE	0,8%
4.AFO MATERNO-INFANTILE	-6,5%
5.AFO DELLA RIABILITAZ. E DELLE LUNGOD. POST-ACUZIE	-4,5%
TOTALE	-7,40%

Figura 4.4 Posti letto suddivisi per area. Veneto, anni 2000-2014 e programmazione 2015

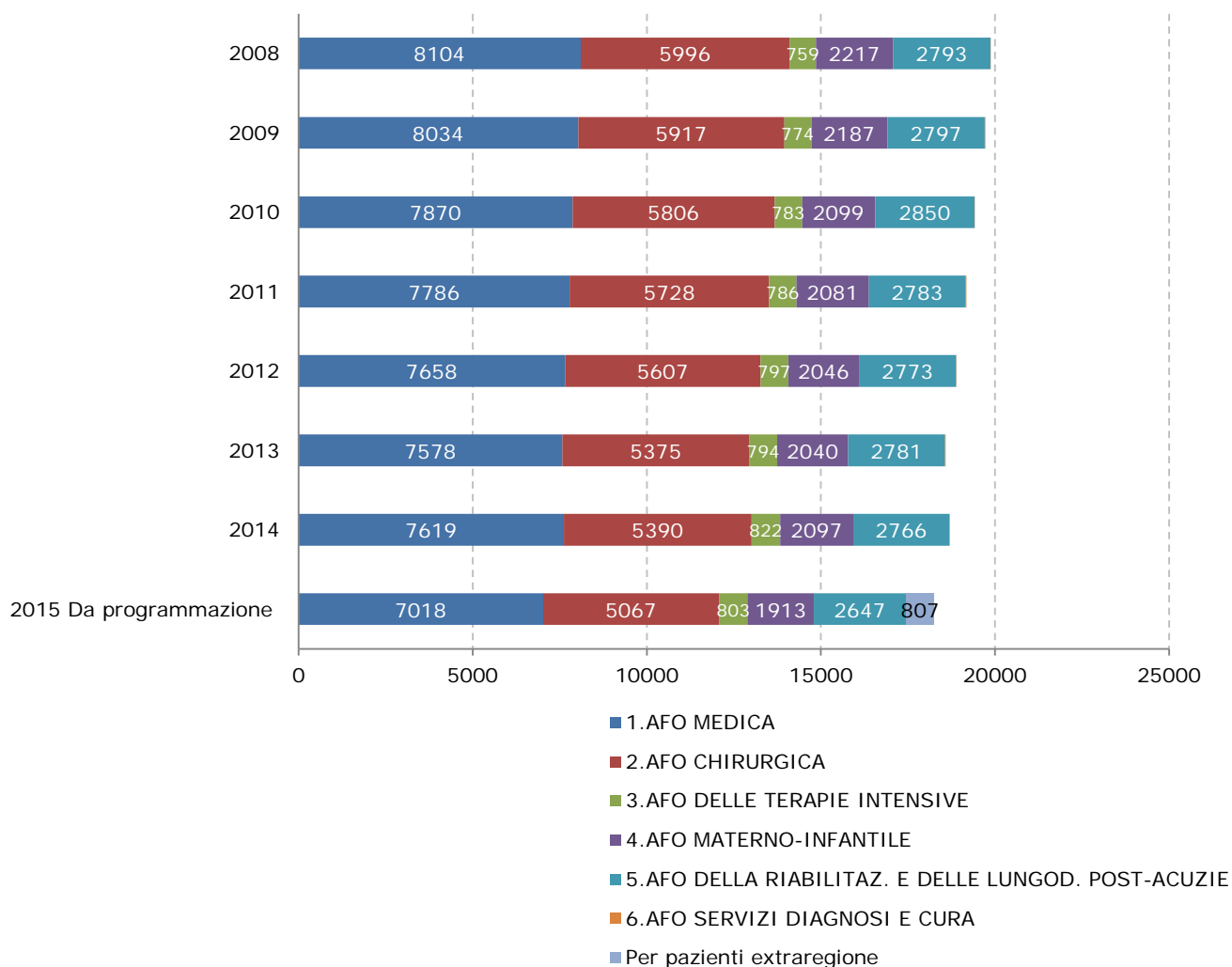


Tabella 4.3 Posti letto pubblici e privati. Veneto, anni 2011-2014 e da programmazione da attuare entro il 31/12/2015

Regione	2011	2012	2013	2014	Fine 2015
Posti letto pubblici	16.002	15.718	15.376	15.513	14.801*
Posti letto privati accreditati	3.173	3.174	3.203	3.186	2.647*
Totale	19.175	18.892	18.579	18.699	17.448
Posti letto per 1.000 residenti	3,88	3,81	3,75	3,8	3,5**

* Ai quali si aggiungono 467 posti letto per pazienti extraregione in strutture private accreditate e 320 posti letto nelle strutture pubbliche

** su popolazione anno 2013

Particolarmente importante è stato il lavoro di revisione delle attività erogate dalle strutture private della rete ospedaliera, sono stati valorizzati il ruolo complementare alle strutture pubbliche e l' integrazione delle stesse nel rispetto delle specificità che rappresentavano. Sono state ridefinite le funzioni, lo schema di accordo contrattuale e razionalizzati i budget, garantendo alle strutture una fase di certezza di attività svolte e di risorse assegnate per consentire di programmare la loro attività.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2122 del 19 novembre 2013.](#)

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Assistenza ospedaliera pubblica e privata

Sede: Palazzo Molin

Telefono: 041-2791136

e-mail: silvia.vigna@regione.veneto.it

4.2 Le dimissioni dalle strutture ospedaliere del Veneto

Nel corso del 2014 dalle strutture ospedaliere del Veneto vi sono state 667.374 dimissioni. Negli ultimi anni l'ospedalizzazione in Veneto si è ridotta drasticamente, con dinamiche diverse per le varie tipologie di ricovero. La riduzione ha riguardato i ricoveri per acuti sia in regime ordinario che in regime diurno, diminuiti dal 2006 rispettivamente del 16% e del 39%, ed i ricoveri in lungodegenza (-24%), mentre il numero di ricoveri riabilitativi è oscillato intorno ai 29-30.000.

A fronte della diminuzione del numero dei ricoveri, la degenza media si mantiene invece relativamente costante nel tempo, pari nel 2014 a 8,2 giorni per i ricoveri acuti in regime ordinario.

Tabella 4.4 Numero di ricoveri per tipo di assistenza – Veneto, anni 2006-2014
(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO)

Anno	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2006	571.299	66,2	249.833	28,9	12.781	1,5	29.626	3,4	863.539	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	537.099	69,1	199.556	25,7	11.173	1,4	29.217	3,8	777.045	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	485.680	70,6	162.271	23,6	9.687	1,4	30.404	4,4	688.042	100,0
2013	481.116	71,2	155.314	23,0	10.172	1,5	29.079	4,3	675.681	100,0
2014	477.336	71,5	151.602	22,7	9.732	1,5	28.704	4,3	667.374	100,0

La forte diminuzione del numero dei ricoveri diurni è principalmente la conseguenza della possibilità di eseguire alcuni interventi chirurgici (prima eseguiti in regime di ricovero) in regime ambulatoriale e dello spostamento verso l'assistenza ambulatoriale della quasi totalità delle prestazioni di chemioterapia.

Tabella 4.5 Numero di giornate di degenza e degenza media per tipo di assistenza. Veneto, anni 2006-2014
(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	4.517.073	7,9	737.844	3,0	325.913	25,5	616.340	20,8	6.197.170	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	4.336.512	8,1	422.934	2,1	306.115	27,4	630.013	21,6	5.695.574	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	3.963.975	8,2	305.954	1,9	264.405	27,3	673.413	22,1	5.207.747	7,6
2013	3.910.931	8,1	275.523	1,8	279.017	27,4	667.633	23,0	5.133.104	7,6
2014	3.901.720	8,2	258.207	1,7	267.812	27,5	666.943	23,2	5.094.682	7,6

Considerando solo i reparti per acuti, le dimissioni in regime ordinario sono per circa il 59% di tipo medico: le condizioni mediche per le quali la popolazione ricorre più frequentemente al ricovero ospedaliero sono il parto con e senza diagnosi complicanti (6,0% del totale dei ricoveri ordinari per acuti), lo scompenso cardiaco (3,6%), la polmonite con e senza complicanze (2,1%), l'edema polmonare e l'insufficienza respiratoria (1,9%) e l'ictus (1,6%). Tra i ricoveri per intervento chirurgico, i più frequenti sono la sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (3,3%), i parti cesarei con e senza complicanze (2,3%) e gli interventi sull'utero non per neoplasia maligna (2,1%).

I ricoveri in regime diurno sono in grande maggioranza (77%) di tipo chirurgico. Tra gli interventi chirurgici più frequenti ci sono quelli in ambito ginecologico, ortopedico, urologico e di chirurgia generale. Non si segnalano grandi cambiamenti in termini di frequenza di ricovero tra il 2012 e il 2013.

Tabella 4.6 Dimissioni per acuti in regime ordinario per i DRG più frequenti. Veneto, anni 2013 e 2014
(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO)

DRG	2013		2014	
	N	Deg. Media	N	Deg. Media
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	27.812	3,4	27.531	3,4
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.160	4,4	1.189	4,6
127-Insufficienza cardiaca e shock	17.840	10,5	17.266	10,6
544-Sostituzione di articolaz. maggiori o reimpianto degli arti inferiori	15.241	10,0	15.712	9,9
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	6.399	12,3	6.600	12,3
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	3.770	9,5	3.898	9,2
371-Parto cesareo senza CC	10.075	4,7	9.146	4,7
370-Parto cesareo con CC	826	7,5	838	7,7
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	8.589	11,7	9.314	11,6
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	9.051	3,7	8.777	3,6
358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	397	7,8	439	7,7
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	7.923	12,1	7.836	12,3
125-Malattie cardiovascolari eccetto IMA, con catet. cardiaco senza cc	4.964	4,7	4.918	4,7
124-Malattie cardiovascolari eccetto IMA, con catet. cardiaco con cc	2.865	9,4	2.867	10,0
430-Psicosi	7.102	19,6	7.160	19,3
494-Colecistectomia laparoscopica senza CC	6.169	3,3	6.407	3,2
493-Colecistectomia con CC	513	10,3	686	9,2
183-Esof., gastroenter. e miscel. dell'app. diger, più 17anni, senza CC	5.031	5,8	4.589	5,7
182- Esof., gastroenter. e miscel. dell'app. diger, più 17anni, con CC	1.980	9,7	1.784	9,6

Tabella 4.7 Dimissioni per acuti in regime diurno per i DRG più frequenti. Veneto, anni 2013 e 2014
(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO)

DRG	2013		2014	
	N	Media Accessi	N	Media Accessi
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	8.568	76,3	1,1	8.098
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	6.717	42,6	1,1	6.891
225-Interventi sul piede	6.372	74,4	1,3	6.231
311-Interventi per via transuretrale senza CC	4.979	57,8	1,6	5.370
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	3.999	77,9	2,7	4.549
158-Interventi su ano e stoma senza CC	4.636	67,9	1,6	4.544
538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	4.365	68,2	1,4	4.262
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	4.597	65,6	1,5	4.172
060-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	4.201	90,6	1,5	4.051
229-Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	4.021	75,1	1,5	4.008
139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	3.664	60,5	1,6	3.651

Dimissioni dalle strutture private accreditate

Le dimissioni dalle strutture ospedaliere private accreditate ammontano nel 2014 a 120.147 e rappresentano circa il 18% del totale. La quota di ospedalizzazione privata sul totale delle dimissioni dalle strutture regionali è del 14% per i ricoveri ordinari per acuti, del 22% per i ricoveri diurni, del 14% per la lungodegenza e del 69% nei ricoveri riabilitativi.

Considerando i ricoveri in discipline per acuti, la casistica trattata è prevalentemente di tipo chirurgico: circa il 50% delle dimissioni vengono effettuate dalle Unità operative di chirurgia generale e di ortopedia.

Tabella 4.8 Dimissione dalle strutture private per specialità (escluso riabilitazione e lungodegenza). Veneto, anni 2013 e 2014 (Fonte: elaborazioni SER su dati SDO)

Specialità di dimissione (escluso riabilitazione e lungodegenza)	2013		2014	
	N	%	N	%
<i>Cardiologia</i>	3.287	3,4	3.410	3,4
<i>Chirurgia Generale</i>	20.058	20,6	22.240	22,5
<i>Chirurgia Plastica</i>	22	0,0	15	0,0
<i>Chirurgia Vascolare</i>	1.240	1,3	819	0,8
<i>Gastroenterologia</i>	600	0,6	605	0,6
<i>Malattie Infettive</i>	453	0,5	462	0,5
<i>Materno Infantile</i>	11.230	11,6	10.587	10,7
<i>Medicina Generale</i>	14.494	14,9	14.625	14,8
<i>Neurochirurgia</i>	123	0,1	123	0,1
<i>Neurologia</i>	1.842	1,9	1.835	1,9
<i>Oculistica</i>	2.309	2,4	2.323	2,3
<i>Oncoematologia</i>	562	0,6	530	0,5
<i>Ortopedia</i>	28.738	29,6	29.156	29,4
<i>Otorinolaringoiatria</i>	3.410	3,5	3.415	3,4
<i>Psichiatria</i>	2.827	2,9	2.851	2,9
<i>Terapia intensiva</i>	889	0,9	1.027	1,0
<i>Urologia</i>	5.053	5,2	5.009	5,1
Totale	97.137	100,0	99.032	100,0

Tabella 4.9 Dimissioni dalle strutture della Regione del Veneto: numero (N) e percentuale (%) per tipo di assistenza e tipo di ospedale. Anni 2006-2013. (Fonte: elaborazioni SER su dati SDO)

	<i>Acuti Ordinari</i>				<i>Acuti Diurni</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>
2006	87.705	15,4	483.594	84,6	49.578	19,8	200.255	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	460.335	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	419.484	86,4	33.359	20,6	128.912	79,4
2013	65.057	13,5	416.059	86,5	32.080	20,7	123.234	79,3
2014	65.841	13,8	411.495	86,2	33.191	21,9	118.411	78,1

	<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	10.877	85,1	19.539	66,0	10.087	34,0	158.726	18,4	704.813	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	634.427	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	566.158	82,3
2013	1.534	15,1	8.638	84,9	19.882	68,4	9.197	31,6	118.553	17,5	557.128	82,5
2014	1.310	13,5	8.422	86,5	19.805	69,0	8.899	31,0	120.147	18,0	547.227	82,0

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, Governo e Personale SSR
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it

4.3 Mobilità ospedaliera con altre Regioni

La Tabella 4.10 mostra la variazione nel tempo della mobilità attiva interregionale, cioè la quota di dimissioni dagli ospedali del Veneto di pazienti residenti fuori Regione (da cui sono stati esclusi i residenti all'estero): dal 2006 al 2013 il numero assoluto di questi ricoveri mostra un calo simile a quello registrato tra i residenti, cosicché l'indice di attrazione (numero di dimissioni di non residenti nella Regione Veneto/numero totale dimissioni nella Regione Veneto) è rimasto sostanzialmente stabile, con un valore pari all'8,3% nel 2013. In termini assoluti si è invece verificata una riduzione consistente dell'attrazione in particolare per i ricoveri ordinari per acuti (quasi -12.000 ricoveri).

Tabella 4.10 Mobilità attiva interregionale: numero di dimissioni (N) e Indice di Attrazione (IA) per tipo di assistenza (dall'attrazione sono esclusi i residenti all'estero). Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006-2013.

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Acuti Diurni</i>	<i>N</i>	20.855	18.461	17.637	17.183	17.653	17.212	16.165	15.845
	<i>IA</i>	8,4	8,2	8,5	8,7	8,9	9,3	10,0	10,2
<i>Acuti Ordinari</i>	<i>N</i>	46.489	45.380	44.134	43.173	41.276	39.744	34.997	34.602
	<i>IA</i>	8,2	8,2	8,1	8,1	7,9	8,0	7,3	7,3
<i>Lungodegenza</i>	<i>N</i>	280	226	240	193	160	129	151	164
	<i>IA</i>	2,2	2,0	2,1	1,7	1,5	1,4	1,6	1,6
<i>Riabilitazione</i>	<i>N</i>	3.810	3.835	3.347	3.426	3.485	3.416	4.783	4.939
	<i>IA</i>	12,9	12,9	12,0	11,8	11,5	11,5	15,8	17,0
TOTALE	<i>N</i>	71.434	67.902	65.358	63.975	62.574	60.501	56.096	55.550
	<i>IA</i>	8,4	8,3	8,3	8,3	8,2	8,4	8,2	8,3

Tabella 4.11 Mobilità passiva interregionale: numero di dimissioni (N) e Indice di Fuga (IF) per tipo di assistenza. Residenti in Veneto. Anni 2006-2013.

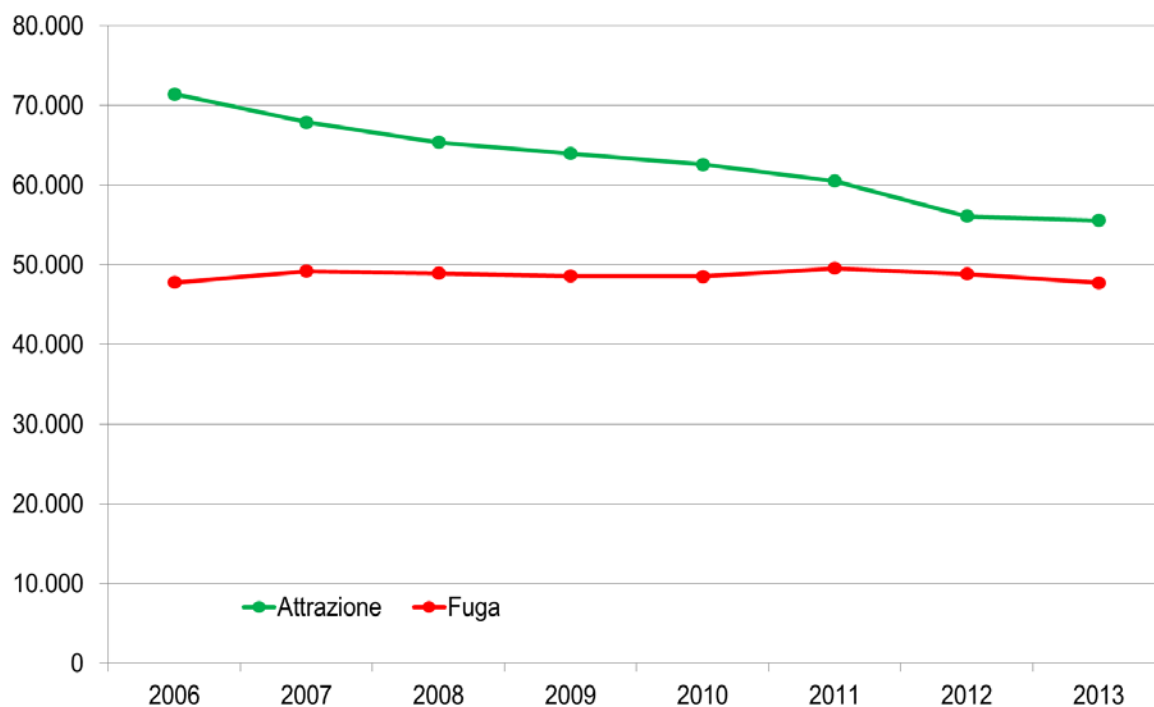
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Acuti Diurni</i>	<i>N</i>	14.406	14.782	14.796	15.198	15.106	16.365	15.260	14.697
	<i>IF</i>	6,0	6,7	7,3	7,7	7,7	8,8	9,5	9,6
<i>Acuti Ordinari</i>	<i>N</i>	29.605	30.175	30.053	29.668	29.941	29.766	30.273	29.673
	<i>IF</i>	5,4	5,6	5,7	5,7	5,9	6,1	6,4	6,3
<i>Lungodegenza</i>	<i>N</i>	284	411	367	403	448	449	447	385
	<i>IF</i>	2,2	3,5	3,2	3,5	4,2	4,6	4,5	3,7
<i>Riabilitazione</i>	<i>N</i>	3.500	3.822	3.699	3.318	3.053	2.961	2.851	2.948
	<i>IF</i>	12,0	12,9	13,1	11,4	10,2	10,1	10,0	10,9
TOTALE	<i>N</i>	47.795	49.190	48.915	48.587	48.548	49.541	48.831	47.703
	<i>IF</i>	5,8	6,2	6,3	6,4	6,5	7,0	7,2	7,2

Nel contempo la quota di residenti nel Veneto che si rivolgono a strutture ospedaliere fuori Regione (Tabella 4.11) è rimasta stabile in termini assoluti ed aumentata come indice di fuga (dal 5,8% nel 2006 al 7,2% nel 2013).

L'indice di fuga è definito come il rapporto tra il numero di dimissioni di pazienti residenti nella Regione Veneto, effettuate nel resto del territorio nazionale (cosiddette fughe) e il numero di dimissioni di residenti nella Regione Veneto, effettuati su tutto il territorio nazionale (che è costituito dalla somma della cosiddetta "attività propria", cioè ricoveri erogati dagli ospedali della rete Veneta a residenti nel Veneto, e delle fughe). Va notato che gli indici di attrazione e di fuga sono di immediata leggibilità soltanto in una situazione in cui il numero assoluto delle dimissioni "proprie" rimane grossomodo costante; al contrario, nel corso degli ultimi anni le dimissioni "proprie" sono passate complessivamente da 783.337 nel 2006 a 615.337 nel 2013.

In termini assoluti il saldo tra mobilità attiva e passiva, pur rimanendo positivo, è diminuito nel periodo di osservazione da quasi 24.000 a circa 7.800 ricoveri (Figura 4.5).

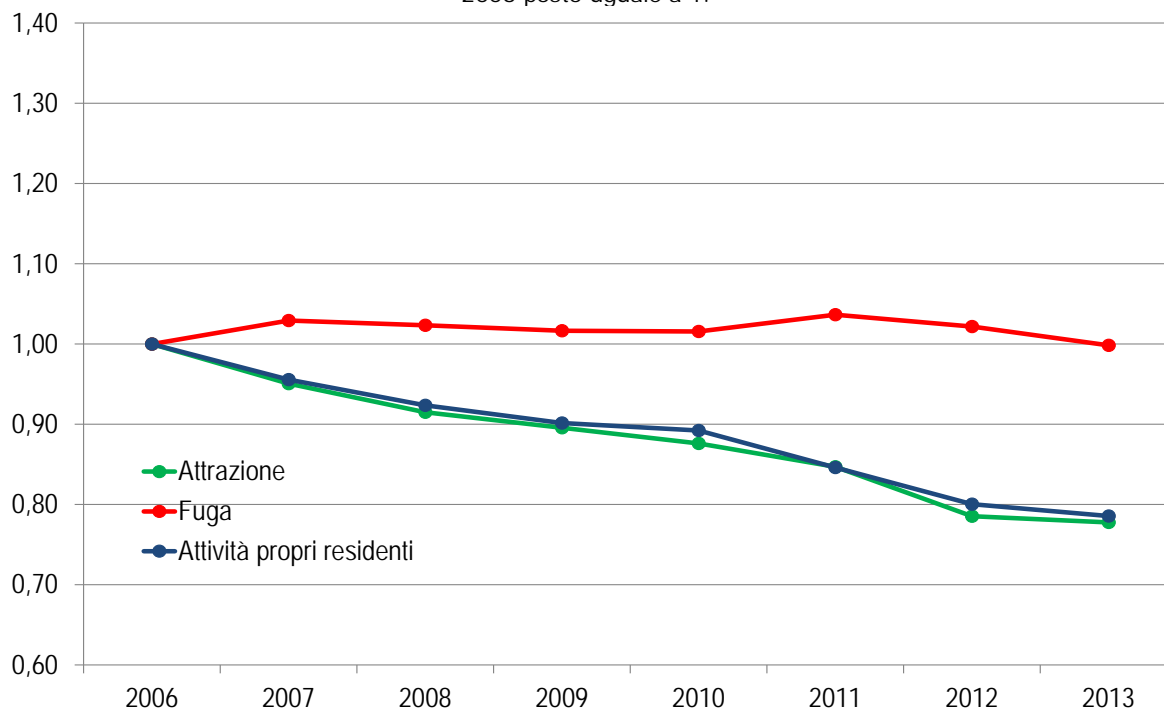
Figura 4.5 Mobilità attiva e mobilità passiva – valori assoluti (dall'attrazione sono esclusi i residenti all'estero). Veneto, anni 2006-2013.



Per una descrizione complessiva del fenomeno è utile considerare anche le dimissioni "proprie" e far riferimento ai numeri indice, in maniera da annullare le differenze di scala. I trend temporali sono riportati in Figura 4.6. Il valore assoluto delle fughe è rimasto complessivamente costante nell'arco del periodo, mentre sia le dimissioni "proprie" che quelle effettuate in attrazione mostrano una riduzione del tutto analoga e pari a circa il

3% su base annua. Questo può essere considerato il risultato di una politica sanitaria di accentuata deospedalizzazione, perseguita dalla Regione Veneto al fine di utilizzare in maniera appropriata ed efficiente la risorsa ospedale.

Figura 4.6 Numero indice di dimissioni effettuata in mobilità attiva, mobilità passiva e a favore dei propri residenti (dall'attrazione sono esclusi i residenti all'estero). Veneto, anni 2006-2013 con valore assoluto per il 2006 posto uguale a 1.



144

Anche l'analisi del saldo di mobilità per aggregati di discipline (Tabella 4.12 – per gli aggregati di discipline si veda il rapporto 'I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012' in www.ser-veneto.it) riflette il passaggio al regime ambulatoriale di molte prestazioni precedentemente erogate nel corso di un ricovero. Questo passaggio è avvenuto in misura più consistente nel Veneto rispetto ad altre Regioni e che ha interessato nel periodo in esame una quota rilevante dell'attività ospedaliera, soprattutto di Oncoematologia (chemio e radioterapie) e di Chirurgia Generale (es. riparazione di ernie) e specialistica (es. interventi in artroscopia). Tale dinamica si riflette sull'andamento dei saldi di mobilità in misura particolarmente evidente per l'Oncoematologia (calo accentuato fino al 2009 e successiva tendenza alla stabilizzazione), e nel triennio 2011-2013 anche per l'Ortopedia. Nel 2013 l'Urologia è la branca ad aver mantenuto il più ampio saldo positivo di mobilità, seguita da Chirurgia Generale, Riabilitazione, Oculistica, Otorinolaringoiatria e Neurochirurgia. La mobilità passiva prevale su quella attiva, oltre che per l'Oncoematologia e l'Ortopedia, anche nell'area Materno-Infantile, in Medicina Generale, Cardiologia, Lungodegenza, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Plastica e Cardiochirurgia.

Tabella 4.12 Mobilità attiva, mobilità passiva e saldo di mobilità interregionale per raggruppamenti di specialità (dall'attrazione sono esclusi i residenti all'estero). Veneto, anni 2006-2013 (prima parte).

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Differenza 2006 vs 2013
Cardiochirurgia	Saldo	109	-27	80	-11	55	107	38	-45	-154
	<i>attrazione</i>	647	567	633	600	552	558	507	493	-154
	<i>fuga</i>	538	594	553	611	497	451	469	538	0
Cardiologia	Saldo	-128	-312	-366	-398	-493	-471	-350	-239	-111
	<i>attrazione</i>	1.656	1.656	1.562	1.475	1.436	1.348	1.299	1.273	-383
	<i>fuga</i>	1.784	1.968	1.928	1.873	1.929	1.819	1.649	1.512	-272
Chirurgia Generale	Saldo	5.736	4.452	4.676	3.996	3.528	2.627	3.219	3.548	-2.188
	<i>attrazione</i>	12.70	12.00	11.55	11.46	11.13	10.97	10.70	10.88	-1.817
	<i>fuga</i>	6.968	7.557	6.882	7.473	7.611	8.346	7.485	7.339	371
Chirurgia Plastica	Saldo	103	84	83	135	46	5	-169	-66	-169
	<i>attrazione</i>	553	540	542	578	519	462	334	344	-209
	<i>fuga</i>	450	456	459	443	473	457	503	410	-40
Chirurgia Vascolare	Saldo	-107	-118	-132	97	32	6	44	-80	27
	<i>attrazione</i>	265	301	294	460	433	427	439	329	64
	<i>fuga</i>	372	419	426	363	401	421	395	409	37
Gastroenterologia	Saldo	456	389	414	379	353	245	282	288	-168
	<i>attrazione</i>	772	678	696	680	661	613	585	549	-223
	<i>fuga</i>	316	289	282	301	308	368	303	261	-55
Lungodegenza	Saldo	-4	-185	-127	-210	-288	-320	-296	-221	-217
	<i>attrazione</i>	280	226	240	193	160	129	151	164	-116
	<i>fuga</i>	284	411	367	403	448	449	447	385	101
Malattie Infettive	Saldo	-425	-86	-82	0	-9	4	100	107	532
	<i>attrazione</i>	329	312	305	312	287	308	321	348	19
	<i>fuga</i>	754	398	387	312	296	304	221	241	-513
Materno Infantile	Saldo	-954	-	-	-	-	-	-	-	-750
	<i>attrazione</i>	7.346	7.267	7.469	7.406	7.526	7.545	6.378	6.157	-1.189
	<i>fuga</i>	8.300	8.317	8.522	8.508	8.588	8.595	8.467	7.861	-439
Medicina Generale	Saldo	-	-822	-373	-414	-556	-458	-721	-562	533
	<i>attrazione</i>	5.306	4.887	5.023	4.613	4.486	4.347	3.820	3.742	-1.564
	<i>fuga</i>	6.401	5.709	5.396	5.027	5.042	4.805	4.541	4.304	-2.097
Nefrologia	Saldo	137	98	90	93	98	51	81	69	-68
	<i>attrazione</i>	338	283	287	283	270	230	249	249	-89
	<i>fuga</i>	201	185	197	190	172	179	168	180	-21

Tabella 4.12 Mobilità attiva, mobilità passiva e saldo di mobilità interregionale per raggruppamenti di specialità (dall'attrazione sono esclusi i residenti all'estero). Veneto, anni 2006-2013 (seconda parte).

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Differenza 2006 vs 2013
Neurochirurgia	Saldo	2.021	1.896	1.690	1.639	1.527	1.326	1.236	1.305	-716
	<i>attrazione</i>	2.495	2.377	2.185	2.165	2.083	1.914	1.887	1.913	-582
	<i>fuga</i>	474	481	495	526	556	588	651	608	134
Neurologia	Saldo	1.002	549	389	284	343	339	320	280	-722
	<i>attrazione</i>	1.897	1.459	1.342	1.180	1.230	1.207	1.027	1.010	-887
	<i>fuga</i>	895	910	953	896	887	868	707	730	-165
Oculistica	Saldo	3.773	2.697	1.886	2.054	1.618	1.325	1.449	1.831	-1.942
	<i>attrazione</i>	5.014	4.019	3.325	3.451	2.937	2.572	2.614	2.730	-2.284
	<i>fuga</i>	1.241	1.322	1.439	1.397	1.319	1.247	1.165	899	-342
Oncoematologia	Saldo	97	-967	-	-	-	-	-	-	-2.239
	<i>attrazione</i>	3.063	2.402	1.550	1.301	1.052	946	981	899	-2.164
	<i>fuga</i>	2.966	3.369	3.502	3.497	3.479	3.052	3.370	3.041	75
Ortopedia	Saldo	3.290	2.729	2.123	2.045	2.032	530	-	-	-5.173
	<i>attrazione</i>	12.18	12.20	11.90	11.93	11.94	11.52	10.22	10.16	-2.024
	<i>fuga</i>	8.894	9.471	9.782	9.894	9.908	10.99	11.51	12.04	3.149
Otorinolaringoiatria	Saldo	2.786	2.711	2.696	1.934	1.805	1.437	1.236	1.074	-1.712
	<i>attrazione</i>	4.746	4.648	4.678	3.926	3.790	3.432	3.203	3.078	-1.668
	<i>fuga</i>	1.960	1.937	1.982	1.992	1.985	1.995	1.967	2.004	44
Psichiatria	Saldo	1.050	1.302	1.395	1.435	1.382	1.424	-11	49	-1.001
	<i>attrazione</i>	1.335	1.610	1.685	1.678	1.653	1.681	268	299	-1.036
	<i>fuga</i>	285	308	290	243	271	257	279	250	-35
Riabilitazione	Saldo	310	13	-352	108	432	455	1.932	1.991	1.681
	<i>attrazione</i>	3.810	3.835	3.347	3.426	3.485	3.416	4.783	4.939	1.129
	<i>fuga</i>	3.500	3.822	3.699	3.318	3.053	2.961	2.851	2.948	-552
Terapia intensiva	Saldo	42	-2	12	124	94	76	-5	66	24
	<i>attrazione</i>	403	393	414	508	501	496	416	438	35
	<i>fuga</i>	361	395	402	384	407	420	421	372	11
Urologia	Saldo	5.440	5.362	5.346	5.396	5.518	5.409	4.649	4.221	-1.219
	<i>attrazione</i>	6.291	6.233	6.318	6.332	6.434	6.372	5.907	5.549	-742
	<i>fuga</i>	851	871	972	936	916	963	1.258	1.328	477
Totale	Saldo	23.63	18.71	16.44	15.38	14.02	10.96	7.265	7.831	-15.808
	<i>attrazione</i>	71.43	67.90	65.35	63.97	62.57	60.50	56.09	55.55	-15.884
	<i>fuga</i>	47.79	49.19	48.91	48.58	48.54	49.54	48.83	47.71	-76

La mobilità passiva (Tabella 4.13) è diretta per l'83% circa verso le seguenti regioni: Friuli Venezia Giulia (soprattutto ricoveri per acuti diurni ma anche ordinari), Emilia Romagna (tutte le tipologie di ricovero), Lombardia e Provincia di Trento (principalmente ricoveri in Riabilitazione). Anche la mobilità attiva (Tabella 4.14) proviene principalmente dalle Regioni confinanti; il saldo di mobilità è nel complesso positivo nei confronti di Lombardia e Provincia di Trento, mentre è negativo verso Emilia Romagna e soprattutto Friuli Venezia Giulia. Una quota consistente di mobilità attiva proviene inoltre dalle principali Regioni del Mezzogiorno (soprattutto Sicilia, ma anche Campania e Puglia).

Tabella 4.13 Mobilità passiva interregionale per tipo di assistenza e regione di ricovero: numero di dimissioni (N) e percentuale (%). Residenti in Veneto. Anno 2013.

	Acuti Diurni		Acuti Ordinari		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
030-Lombardia	2.243	15,3	7.707	26,0	27	7,0	813	27,6	10.806	22,6
042-Provincia di Trento	579	3,9	1.443	4,9	160	41,6	1.115	37,8	3.297	6,9
060-Friuli Venezia Giulia	7.229	49,2	8.428	28,4	71	18,4	127	4,3	15.855	33,2
080-Emilia Romagna	2.507	17,1	6.400	21,6	88	22,9	662	22,5	9.657	20,2
999-Altre Regioni	2.139	14,6	5.695	19,2	39	10,1	231	7,8	8.104	17,0
Totale	14.697	100,0	29.673	100,0	385	100,0	2.948	100,0	47.719	100,0

Tabella 4.14 Mobilità attiva interregionale per tipo di assistenza e regione di residenza (esclusi i residenti all'estero): numero di dimissioni (N) e percentuale (%). Strutture ospedaliere del Veneto. Anno 2013.

	Acuti Diurni		Acuti Ordinari		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
030-Lombardia	3.676	23,2	6.679	19,3	21	12,8	1.146	23,2	11.522	20,7
042-Provincia di Trento	2.182	13,8	3.666	10,6	29	17,7	563	11,4	6.440	11,6
060-Friuli Venezia Giulia	2.306	14,6	3.942	11,4	46	28,0	985	19,9	7.279	13,1
080-Emilia Romagna	2.335	14,7	5.076	14,7	23	14,0	685	13,9	8.119	14,6
150-Campania	805	5,1	2.035	5,9	10	6,1	177	3,6	3.027	5,4
160-Puglia	707	4,5	1.840	5,3	5	3,0	163	3,3	2.715	4,9
190-Sicilia	1.267	8,0	3.211	9,3	12	7,3	190	3,8	4.680	8,4
999-Altre Regioni	2.567	16,2	8.153	23,6	18	11,0	1.030	20,9	11.768	21,2
Totale	15.845	100,0	34.602	100,0	164	100,0	4.939	100,0	55.550	100,0

La Tabella 4.15 riassume il profilo di mobilità attiva e passiva registrato nel 2013 per ciascuna ULSS. In questa e nelle successive analisi i dati dell'Azienda Ospedaliera di Padova e dell'Istituto Oncologico Veneto sono accorpate a quelli dell'ULSS 16, mentre i dati dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona sono accorpate a quelli

dell'ULSS 20. La mobilità passiva extra-regionale interessa principalmente le ULSS di confine (1, 7, 10 e 18), mentre una mobilità passiva intra-regionale particolarmente marcata si osserva nelle ULSS 5, 13, 14, 17 e 21. Una rilevante mobilità attiva extra-regionale si registra verso alcune delle ULSS di confine (18 e soprattutto 22, sede di importanti strutture private), e verso le ULSS 16 e 20 dove hanno sede le Aziende Ospedaliere/IRCCS. L'indice di attrazione intra-regionale assume valori particolarmente elevati per le ULSS 16 e 22.

Tabella 4.15 Dimissioni (N), giornate di degenza (GG), degenza media, indice di fuga (IF), indice di attrazione (IA) e saldo (attrazione – fughe, comprensive della mobilità intra ed extra regionale) per Azienda ULSS. Anno 2013 (dall'attrazione sono esclusi i residenti all'estero).

Azienda ULSS	N	GG	Media GG	IA (intra regionale)	IF(intra regionale)	IA (extra regionale)	IF(extra regionale)	Saldo
101-Belluno	17.805	153.174	8,6	18,3	16,2	9,6	11,4	57
102-Feltre	12.036	89.281	7,4	21,5	25,1	9,5	6,0	-24
103-Bassano del	18.985	141.003	7,4	12,6	25,0	1,8	5,2	-4.302
104-Alto Vicentino	18.475	114.536	6,2	9,6	23,5	1,5	5,3	-4.566
105-Ovest Vicentino	17.845	120.104	6,7	11,2	31,3	1,7	4,5	-6.346
106-Vicenza	42.469	323.624	7,6	26,0	17,2	4,1	5,9	3.785
107-Pieve di Soligo	26.190	179.829	6,9	13,4	15,1	5,9	10,8	-2.277
108-Asolo	26.428	186.247	7,0	13,8	24,3	1,7	4,9	-5.111
109-Treviso	57.067	468.711	8,2	21,7	14,4	4,6	8,0	2.816
110-Veneto Orientale	22.663	171.905	7,6	9,3	19,4	7,4	20,4	-8.592
112-Veneziana	43.935	448.287	10,2	18,9	19,2	4,6	6,5	-1.353
113-Mirano	27.011	190.467	7,1	13,7	31,4	1,4	4,5	-8.779
114-Chioggia	6.909	48.339	7,0	14,3	37,1	1,7	4,9	-3.094
115-Alta Padovana	28.319	205.191	7,2	20,7	26,8	2,1	3,6	-3.056
116-Padova	99.412	695.285	7,0	30,4	10,5	11,0	4,6	30.706
117-Este	18.448	140.225	7,6	14,6	33,9	2,4	4,9	-6.598
118-Rovigo	24.762	194.267	7,8	16,1	17,2	13,5	14,2	-646
119-Adria	10.558	91.639	8,7	24,7	27,8	11,2	7,5	108
120-Verona	80.966	662.976	8,2	23,9	21,3	13,4	5,3	11.763
121-Legnago	17.081	133.512	7,8	22,7	32,5	3,5	8,7	-4.287
122-Bussolengo	58.317	374.502	6,4	29,9	24,0	23,5	9,1	17.627

La Tabella 4.16 sintetizza il profilo di ricovero dei residenti nelle ULSS del Veneto, illustrando la percentuale delle ospedalizzazioni dei residenti erogata in strutture dell'ULSS, in ULSS regionali della stessa Provincia o fuori Provincia, e fuori Regione. Si può osservare come le ULSS 20, 21 e 22 tendano a costituire un'area a sé stante, con circa il 90% dei ricoveri effettuati nella propria ULSS o in strutture all'interno della

Provincia. Un valore inferiore o uguale al 60% di residenti che si ricoverano in ospedali della propria Azienda si osserva per le ULSS 10, 14, e 21; un valore superiore al 75% invece nelle ULSS 6, 9, e 16.

Tabella 4.16 Mobilità passiva (per 1.000) per Azienda ULSS di residenza. Anno 2013. Totale ricoveri.

Azienda ULSS	Ricovero in propria ULSS		Ricovero in ULSS della stessa provincia		Ricovero in ULSS fuori provincia		Ricovero fuori regione	
	N	%	N	%	N	%	N	%
101-Belluno	12.727	72,4	764	4,3	2.089	11,9	2.004	11,4
102-Feltre	8.285	68,9	1.878	15,6	1.137	9,5	718	6,0
103-Bassano del Grappa	16.189	69,8	1.639	7,1	4.165	17,9	1.212	5,2
104-Alto Vicentino	16.365	71,2	3.428	14,9	1.969	8,6	1.221	5,3
105-Ovest Vicentino	15.467	64,1	3.947	16,4	3.610	15,0	1.095	4,5
106-Vicenza	29.312	76,9	1.859	4,9	4.691	12,3	2.261	5,9
107-Pieve di Soligo	21.058	74,2	2.603	9,2	1.671	5,9	3.056	10,8
108-Asolo	22.190	70,7	2.388	7,6	5.247	16,7	1.548	4,9
109-Treviso	41.854	77,5	2.972	5,5	4.826	8,9	4.329	8,0
110-Veneto Orientale	18.653	60,2	1.327	4,3	4.677	15,1	6.320	20,4
112-Veneziana	33.083	74,3	2.676	6,0	5.883	13,2	2.913	6,5
113-Mirano	22.847	64,0	3.394	9,5	7.831	21,9	1.624	4,5
114-Chioggia	5.781	58,0	558	5,6	3.147	31,5	489	4,9
115-Alta Padovana	21.755	69,6	5.023	16,1	3.341	10,7	1.127	3,6
116-Padova	57.982	85,0	2.246	3,3	4.885	7,2	3.117	4,6
117-Este	15.306	61,1	4.915	19,6	3.581	14,3	1.234	4,9
118-Rovigo	17.383	68,6	806	3,2	3.548	14,0	3.588	14,2
119-Adria	6.733	64,7	1.291	12,4	1.602	15,4	778	7,5
120-Verona	50.170	73,5	13.304	19,5	1.204	1,8	3.592	5,3
121-Legnago	12.541	58,9	6.355	29,8	559	2,6	1.843	8,7
122-Bussolengo	26.966	67,0	9.281	23,0	373	0,9	3.650	9,1
Totale regionale	472.647	71,3	72.654	11,0	70.036	10,6	47.719	7,2

Approfondimenti

Rapporto SER [I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012](#), febbraio 2014

Rapporto SER [La mobilità ospedaliera in Veneto dal 2006 al 2013](#), dicembre 2014.

Sito web del Sistema Epidemiologico Regionale: www.ser-veneto.it

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

5. Assistenza territoriale

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

“Assistenza Territoriale” rif al § 3.1 – pag 45: l’assistenza sanitaria territoriale rappresenta il primo livello di assistenza ed il primo punto di contatto tra i cittadini ed il SSSR; presenta le caratteristiche di sostenibilità economica, di accettabilità sociale, di validità scientifica, di accessibilità per ogni membro della comunità e di coinvolgimento della comunità nella progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi. Nel SSSR l’assistenza territoriale è l’insieme degli interventi e dei servizi organizzati dal Distretto socio-sanitario in collaborazione con i medici convenzionati e con le comunità locali.

“Modelli organizzativi di assistenza territoriale” rif al § 3.1.2 - pag 49: 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, forme associative più evolute, esito del perfezionamento e consolidamento dei processi di sperimentazione avviati nel corso degli anni.

“l’integrazione Ospedale – Territorio e Le reti cliniche integrate con il territorio” rif al § 2.3.2 pag 37: una gestione integrata del paziente richiede l’implementazione di modelli organizzativi sia a livello gestionale che professionale, atti cioè a garantire la continuità dell’assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse. Le esperienze sviluppate nel Veneto in tema di continuità dell’assistenza attraverso l’integrazione Ospedale-Territorio portano ad individuare alcune strategie complessive. [...] 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. La concreta attuazione dei PDTA richiede la definizione di indicatori clinici ed organizzativi, di volumi di attività e di tetti di spesa previsti.

5.1. Assistenza primaria

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

“La filiera dell’assistenza territoriale” rif PSSR 2012-2016 al § 3.1.3 - pag 52: nello specifico vengono individuate le seguenti linee di indirizzo: [...] l’implementazione graduale di modelli organizzativi in grado di garantire assistenza nelle 24 ore, 7 giorni 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.

“La formazione” rif al § 4.3.1 – pag 126: il PSSR colloca la formazione tra le risorse del SSSR per il raggiungimento degli obiettivi di salute e per la realizzazione dei nuovi modelli organizzativi proposti, per il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza dell’assistenza, per una adeguata capacità manageriale che favorisca la sostenibilità del sistema.

Quadro di sintesi

Il nuovo quadro programmatico ha posto l'obiettivo di rafforzare la struttura distrettuale, valorizzando la sua dimensione organizzativa e la sua dimensione di cura, privilegiando da un lato un'organizzazione trasversale e dall'altro un approccio fondato su percorsi assistenziali. Da ciò è conseguita una progressiva riduzione numerica dei distretti (dai 50 del 2010 ai 30 del 2014), arricchendo il modello distrettuale di nuove funzioni e nuovi strumenti gestionali, organizzativi, formativi e di valutazione. La transizione verso forme associative più evolute (Medicine di Gruppo – UTAP – Medicine di Gruppo Integrate) ha registrato nell'ultimo quadriennio un incremento significativo pervenendo alla copertura di quasi la metà degli assistiti della Regione. La progressiva crescita della cronicità e del suo impatto sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza erogata impone infatti l'adozione di modelli caratterizzati da un approccio multidisciplinare ed interdisciplinare. Il Percorso Diagnostico terapeutico ed Assistenziale (PDTA) rappresenta uno strumento fondamentale e nell'ultimo quadriennio se ne riscontra una progressiva diffusione tra le aziende. Elemento del tutto innovativo non solo sul contesto regionale, ma anche a livello nazionale, è la Centrale Operativa Territoriale (COT), o meglio denominata "Centrale della Continuità", che rappresenta l'elemento cardine per la presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale.

Strumenti per la gestione integrata e la continuità dell'assistenza

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 nella nostra Regione.

Il nuovo quadro programmatico pone, infatti, come obiettivo primario il rafforzamento della struttura distrettuale, valorizzando la sua dimensione organizzativa e la sua dimensione di cura, privilegiando da un lato un'organizzazione trasversale e dall'altro un approccio fondato su percorsi assistenziali. Dall'analisi dell'organizzazione dei distretti, effettuata nel 2013, e alla luce dei nuovi indirizzi previsti dal PSSR, sono state definite le linee guida per l'organizzazione del Distretto Socio-Sanitario (DGR 2271/2013) al fine di predisporre i nuovi atti aziendali. Grazie a questo percorso di analisi e reingegnerizzazione si è dato avvio nel 2014 alla progressiva riduzione numerica dei distretti passando dai 50 distretti del 2010 ai 30 del 2014 (con la previsione di raggiungere i 26 distretti).

Per poter affrontare la cronicità e gestire la complessità assistenziale diventa necessario garantire sinergie tra le diverse Unità Operative che lo compongono. Al nuovo modello di Distretto socio-sanitario sono quindi affidati alcuni obiettivi prioritari, quali: l'attivazione delle forme evolute di organizzazione delle cure primarie e l'implementazione di percorsi assistenziali integrati che coinvolgano Ospedale e Territorio, prevedendo un sistema di misurazione degli esiti.

L'evoluzione delle Cure Primarie

Se la sfida per il Distretto Socio-Sanitario si misura nella capacità di organizzare e garantire un'assistenza h24, 7 gg/7 mediante la programmazione ed attivazione delle forme evolute di organizzazioni delle Cure Primarie, il Veneto ha colto l'opportunità di definire un modello di riferimento per la riorganizzazione delle Cure Primarie, a partire dalle esperienze sviluppate localmente e in coerenza ai principi ispiratori del Sistema Socio-Sanitario Regionale, individuando un impianto adeguato ai bisogni attuali.

Figura 5.1 Il nuovo modello per le funzioni territoriali



Il PSSR ha posto come obiettivo prioritario la diffusione su tutto il territorio regionale della "Medicina di Gruppo Integrata" quale unico modello per l'assistenza primaria, erogatrice di un'assistenza globale, continua, equa e centrata sulla persona e che va dalla prevenzione alla palliazione. Essa diviene quindi un punto di riferimento identificabile per la Comunità, che assicura una maggiore accessibilità ai servizi, valorizza il rapporto di fiducia tra medico e paziente, persegue obiettivi di team e la valorizzazione delle competenze e dei ruoli, concorre alla sostenibilità di sistema. Non si tratta quindi di una struttura isolata, ma di una parte integrante del Distretto, inserita in un Sistema che promuove l'integrazione tra la dimensione sanitaria e quella sociale, tra la realtà ospedaliera e quella territoriale. È stato pertanto costituito un tavolo tecnico per la definizione del contratto di esercizio tipo quale disciplinare unico per le medicine di gruppo integrate.

Da notare come la transizione verso forme associative più evolute ha registrato nell'ultimo quadriennio un incremento significativo relativamente alle medicine di gruppo (sede unica ove operano più MMG) e alle UTAP/Medicine di Gruppo Integrate, con un totale una copertura a livello regionale che passa dal 36,8% al 48,3% dei MMG, interessando quasi la metà degli assistiti della Regione. Interessante anche constatare come, sulla base delle indennità specifiche riconosciute ai MMG, il 36% dei MMG risulti

supportato dal collaboratore di studio e la collaborazione con l'infermiere sia limitata al 12% dei MMG.

Figura 5.2 Evoluzione delle forme associative nel Veneto: distribuzione per MMG (Fonte: Monitoraggio regionale delle quote variabili, Settore Assistenza distrettuale e Cure primarie)

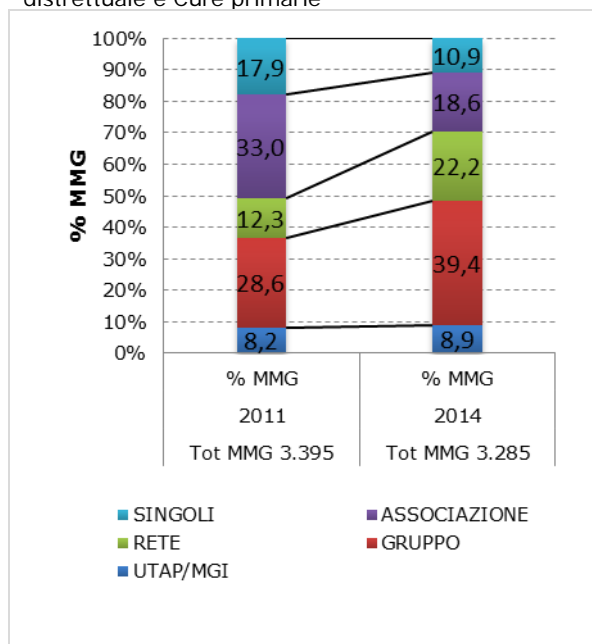


Figura 5.3 Evoluzione delle forme associative nel Veneto: copertura per gli assistiti (Fonte: Monitoraggio regionale delle quote variabili, Settore Assistenza distrettuale e Cure primarie)

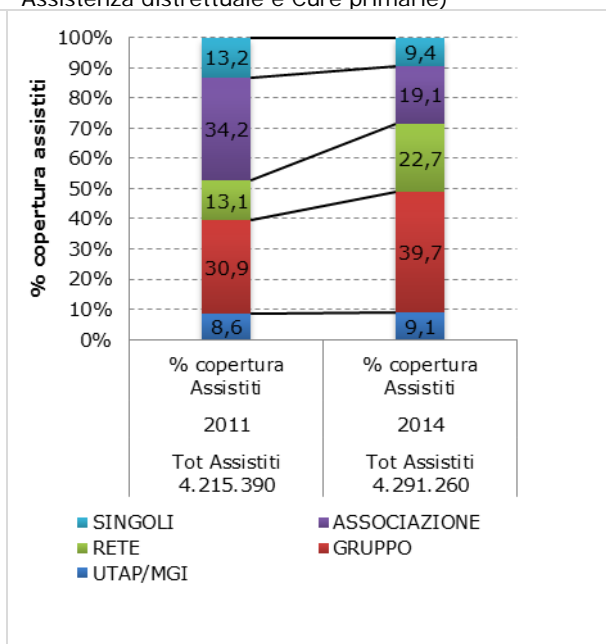


Tabella 5.1 Presenza di Collaboratori di Studio e Infermieri negli studi dei MMG, 2014. (Fonte: Monitoraggio regionale delle quote variabili, Settore Assistenza distrettuale e Cure primarie)

Anno 2014 - Presenza nello studio di:	n. MMG	% totale MMG
Collaboratori di studio	1.182	36%
Infermieri	385	12%

Fonte: Monitoraggio regionale delle quote variabili, Settore Assistenza distrettuale e Cure primarie

L'informatizzazione

L'informatizzazione, quale fattore di successo per la gestione integrata, rappresenta uno strumento indispensabile per poter misurare le performance anche in un'ottica di accountability. In tal senso è stato avviato il percorso che ha visto come primo step la condivisione con i MMG e i PLS di un disciplinare tecnico per l'applicazione delle disposizioni in materia di flussi informativi nazionali e regionali per il 2013-2015.

Allo stato attuale si evidenzia come il 98,3% dei MMG gestiscono le schede sanitarie individuali su supporto informatico (come previsto da ACN) e partecipano attivamente all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche. Rimane ancora una sfida: misurare la qualità professionale della compilazione della scheda sanitaria individuale informatizzata da parte del MMG, integrandola con il sistema informativo aziendale e rendendo così agevole la produzione degli indicatori previsti dai

PDTA approvati a livello regionale e dai contratti di esercizio delle singole forme associative.

L'implementazione della Anagrafe Unica Regionale

Nel 2014, al fine di monitorare lo Sviluppo delle Cure Primarie e la partecipazione alla Governance in modo più attento e puntuale, è stata implementata l'Anagrafe Unica Regionale come strumento unico di gestione delle forme associative. Pertanto, in maniera progressiva, si sono definiti degli appositi campi informativi relativi all'appartenenza del MMG alle diverse forme associative e ad informazioni specifiche sull'organizzazione. È stato altresì posto (DGR 2525/2014) quale obiettivo delle Direzioni strategiche delle Aziende ULSS la "*corretta alimentazione dell'AUR e la compilazione delle griglie informative richieste*", avviando allo scopo, per le Aziende ULSS, un percorso di accompagnamento alla corretta compilazione con monitoraggio periodico dei dati inseriti.

Il Contratto di Esercizio - Tipo

Le Medicine di Gruppo Integrate sono disciplinate dal Contratto di Esercizio definito a livello regionale da un tavolo paritetico che stabilisce obiettivi, indicatori e risorse, assumendo il principio che gli obiettivi siano assegnati complessivamente all'intero team di MMG. Il contratto è costituito di tre parti fondamentali: impegno professionale (prevenzione, assistenza ai malati cronici, formazione, qualità professionale della tenuta della scheda sanitaria individuale), fattori organizzativi e di produzione (gestione delle sedi, accessibilità, standard di personale infermieristico e collaboratori di studio), partecipazione alla *governance* (partecipazione al raggiungimento degli obiettivi in tema di impiego delle risorse assegnati annualmente alle direzioni strategiche delle Aziende ULSS).

La cronicità e i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

La progressiva crescita della cronicità e del suo impatto sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza erogata impone di adottare modelli caratterizzati da un approccio multidisciplinare ed interdisciplinare, ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica ed efficacia. Il Percorso assistenziale rappresenta allora lo strumento fondamentale per garantire la continuità dell'assistenza: definisce che cosa serve al processo in modo condiviso, quando serve e chi ha la competenza per farlo, valutandone anche le condizioni di fattibilità. I percorsi assistenziali consentono di definire in maniera trasversale ruoli, funzioni e responsabilità, richiedendo spesso una revisione del modello organizzativo in essere ed un ri-orientamento della destinazione delle risorse disponibili.

Nel corso del 2014 sono state svolte le seguenti attività:

- rilevazione e documentazione dei PDTA definiti ed applicati a livello aziendale. Nell'arco dell'ultimo quadriennio si è riscontrata una progressiva maggiore diffusione dei PDTA: si evince ad esempio che 16 ULSS su 21 hanno definito ed

implementato il PDTA sul diabete (rispetto alle 7 del 2010), relativamente alla BPCO le ULSS sono 9 (rispetto alle 3 del 2010);

- costituzione ed attivazione di gruppi specifici multiprofessionali per la definizione dei PDTA regionali della BPCO e Diabete, a partire dall'analisi di quanto sviluppato a livello locale;
- costituzione con DGR n. 530 del 15 aprile 2014 di un laboratorio provinciale per l'analisi locale delle organizzazioni aziendali al fine di rendere attuabile i PDTA regionali a livello territoriale, con incontri di approfondimento a cadenza mensile.

Con esplicito riferimento al diabete, le azioni avviate nel 2014 si possono così declinare:

- attivazione della Commissione Diabetologica;
- analisi dei PDTA Aziendali definiti ed attivati;
- definizione del PDTA regionale sul diabete;
- rilevazione tramite questionario ad hoc dell'attuazione del Progetto Obiettivo sul Diabete (DGR n.3485/2009 e DGR n.3445/2010). Dall'analisi dei dati raccolti si può evidenziare che in quasi tutte le ULSS (20 su 21) sono stati avviati programmi di gestione integrata tra MMG e Team diabetologici specialistici e che l'82% dei MMG nella Regione Veneto risulta coinvolto nel raggiungimento di obiettivi sul diabete definiti nell'ambito dei Patti Aziendali. Importante altresì sottolineare che 15 ULSS su 21 negoziano obiettivi di budget condivisi tra ospedale e territorio e 19 ULSS su 21 hanno realizzato eventi formativi interdisciplinari per la gestione integrata del paziente.

156

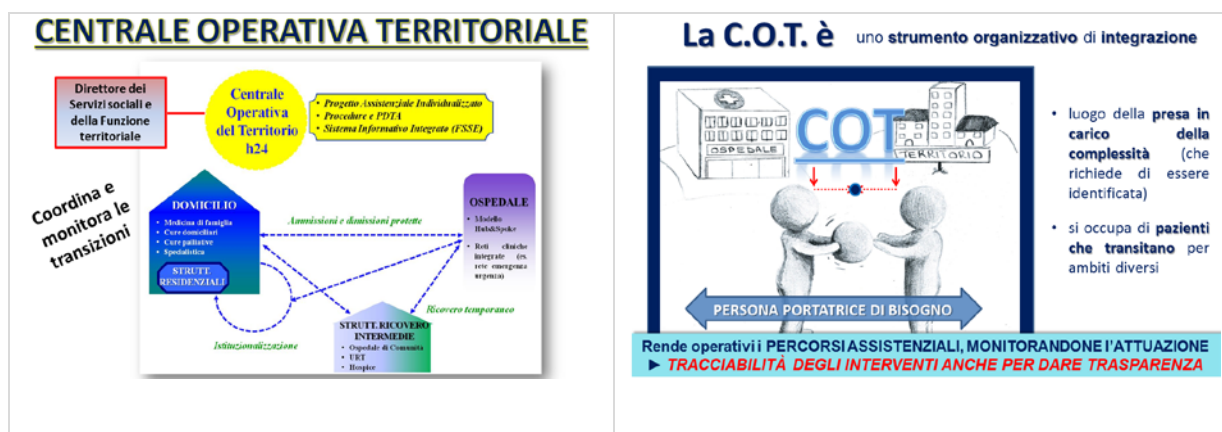
Centrale della Continuità

Elemento del tutto innovativo non solo sul contesto regionale, ma anche a livello nazionale, è la Centrale Operativa Territoriale (COT), meglio denominata "Centrale della Continuità". Essa rappresenta 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. Più in dettaglio essa è strumento di raccolta e classificazione del problema/bisogno, di attivazione delle risorse più appropriate, di pianificazione e coordinamento degli interventi:

- attivando i "soggetti/risorse" della rete assistenziale per l'attuazione di piani di assistenza individuali
- facilitando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro e tutelando (tracciando e monitorando) la continuità della presa in carico.

L'intendimento regionale è stato quello di dare forma e sostanza ad attività che (totalmente o parzialmente) venivano già garantite, talora in forma non strutturata e stabile ed erano troppo importanti per essere lasciate alla creatività individuale o di singole Aziende ULSS, riconoscendo in questo modo la loro valenza operativa e l'importanza strategica.

Figura 5.4 La Centrale Operativa Territoriale



Le azioni intraprese nel 2014, successivamente alla definizione del modello di Centrale Operativa Territoriale (DGR n 2271/2013), si possono così declinare:

- assegnazione con DGR n 2533 del 20 dicembre 2013 ai Direttori Generali dell'obiettivo di elaborazione del progetto e di avvio sperimentale della Centrale Operativa Territoriale. La COT diviene risorsa dell'intero Sistema, non è del distretto o dell'ospedale ma può essere attivata da tutti gli operatori della rete e prende in carico la complessità: non consente più alibi né "rimpalli" della persona tra strutture diverse. Essa rende operativi i PDTA e ne monitorizza il processo di implementazione. Peraltro la valenza della tracciabilità degli interventi si esplica non solo nel sapere chi fa che cosa (ossia nel monitorare il processo), ma anche nel dare trasparenza ai familiari delle azioni che vengono svolte per quel paziente;
- analisi preliminare dei progetti pervenuti e successivo invio di una griglia di approfondimento per conseguire uniformità e completezza informativa sui modelli proposti da tutte le ULSS. Da un'analisi sui progetti pervenuti e delle griglie di sintesi ed approfondimento inviate alle aziende, si evince che nel corso del 2014 tutte le Aziende ULSS hanno formulato il loro progetto e 18 su 21 hanno anche attivato in via sperimentale la COT. L'attivazione di un sistema di monitoraggio periodico consente di analizzare quali soggetti sono stati coinvolti nella progettazione (prevalentemente figure distrettuali), qual è il target specifico a cui essa si rivolge (prevalentemente pazienti in Cure Domiciliari, pazienti in Cure Palliative e altri pazienti protetti/fragili), quali sono i soggetti che la attivano (prevalentemente personale ospedaliero, familiari dei pazienti protetti e fragili, personale distrettuale, Comuni, MMG, MCA); quali sono le modalità di accesso previste (di regola attraverso numero unico e gratuito), quali sono le coperture orarie giornaliere e settimanali garantite (da un minimo di 6 ad un massimo di 12 ore dal lunedì al venerdì); quali sono i bisogni cui essa risponde (diffusione di informazioni, erogazione di presidi/ausili, erogazione di specifiche prestazioni, attivazione di piani assistenziali integrati, gestione delle dimissioni protette); quali sono le attività svolte (come da DGR 2271/2013 – Allegato B - § 5.1); quali sono i soggetti e i servizi attivati in risposta ai bisogni (prevalentemente Cure

Domiciliari, Servizio Dimissioni Protette, personale delle Strutture per la Residenzialità Temporanea e Definitiva, Medici di Medicina Generale), qual è la dotazione informativo/informatica (disponibilità della lista dei pazienti, integrazione con gli applicativi aziendali);

- effettuazione di visite in loco ad alcune C.O.T. sperimentali;
- avvio nell'ottobre 2014 di un percorso di accompagnamento per le Aziende ULSS, finalizzato a mettere a fattor comune le esperienze e le soluzioni operative, prevedendo incontri a livello provinciale e regionale. Per sviluppare compiutamente questo modello su tutto l'ambito regionale il percorso avviato non è stato di proporre un corso di formazione preconfezionato, ma di prevedere incontri periodici con tutte le Aziende ULSS al fine di condividere contenuti, di mettere a fattor comune le esperienze e le soluzioni operative ed andare verso la formulazione di uno standard per il Veneto, nella consapevolezza di imparare a fare meglio quello che già si fa (imparare facendo).

Formazione come leva del cambiamento

Nel territorio Veneto, in linea con quanto previsto dal PSSR, non si sta procedendo unicamente sul versante della reingegnerizzazione organizzativa e clinico-assistenziale, ma nella consapevolezza che il cambiamento deriva necessariamente da un nuovo modo di pensare; si ritiene che la vera leva del cambiamento sia una formazione sia continua, sul campo, strutturata per obiettivi di salute e ripensata alla luce dei cambiamenti che si stanno attuando, nonché a supporto della integrazione multiprofessionale.

Si è pertanto dato avvio, con DGR 2065/2013 e DDG 117/2013, ad una riorganizzazione del Sistema della formazione per la medicina convenzionata, che ha coinvolto sia la Scuola di formazione specifica in medicina generale (DGR n.2169/2014) sia la formazione continua (DGR n.918 del 10 giugno 2014).

Le azioni che sono state sviluppate nel corso del 2014 si possono così enucleare:

- avvio del percorso di riorganizzazione del Sistema formativo della Medicina Convenzionata (DGR n.2065/2013);
- costituzione di un gruppo di lavoro per la riorganizzazione del Sistema formativo della Medicina Convenzionata con decreto del Direttore Generale di Area sanità e sociale n.117 del 27 settembre 2013. Da ciò è conseguita la riorganizzazione del Coordinamento regionale recepita con DGR 918 del 10 giugno 2014;
- riorganizzazione della Scuola di formazione specifica in Medicina Generale, recepita per la fase di transizione con DGR 2169/2014, prevedendo la riduzione dei Poli didattici e l'aggiornamento dell'organizzazione delle attività formative e delle attività pratiche e coinvolgendo nelle attività pratiche dei discenti tutte le strutture distrettuali e ospedaliere della Regione;
- pubblicazione, con Decreto del Direttore Generale di Area sanità e sociale n. 89 del 7 maggio 2014, del bando per la riqualificazione dell'elenco Tutor della medicina generale e Animatori della formazione continua della Medicina

Convenzionata. Infatti, nella consapevolezza che le innovazioni introdotte dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 richiedono una forte partecipazione e coinvolgimento della Medicina Convenzionata, si è ritenuto strategico costruire una rete diffusa di tutor per la medicina generale e di animatori della formazione continua;

- approvazione, con DGR n. 2837 del 30 dicembre 2014, del progetto di formazione sul campo 2014-2015 per i Tutor per la Medicina Generale e per gli Animatori per la Formazione continua della Medicina Convenzionata con avvio del corso accreditato ECM di formazione sul campo di durata annuale, per cui sono previsti test di valutazione intermedi e finali. Il percorso vede la partecipazione di 518 professionisti.

Inoltre sono stati individuati tre ambiti prioritari su cui si intendono definire i futuri percorsi formativi:

- nuovi modelli di assistenza primaria: strumenti di governo e organizzazione;
- l'approccio multiprofessionale nell'assistenza primaria e nella medicina di gruppo integrata;
- il governo delle reti nei servizi territoriali e la Centrale Operativa Territoriale: modelli organizzativi e competenze gestionali.

I cambiamenti sopra descritti investono profondamente la struttura dei distretti, l'organizzazione delle cure primarie, l'implementazione di strumenti e modalità innovative, e necessitano di importanti passaggi culturali che impongono un ridisegno dei confini tra i saperi e le comunità professionali.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[DDG n. 117 del 27 settembre 2013](#) di costituzione di un gruppo di lavoro per la riorganizzazione del Sistema Formativo della Medicina Convenzionata.

[DGR n. 1753 del 3 ottobre 2013](#) di definizione del disciplinare tecnico per l'applicazione delle disposizioni in materia di flussi informativi/informatici nazionali e regionali.

[DGR n. 2122 del 19 novembre 2013](#) di definizione delle schede di dotazione territoriale.

[DGR n. 2271 del 10 dicembre 2013](#) sulla definizione delle Linee guida per la predisposizione del nuovo Atto aziendale.

[DGR n. 2533 del 20 dicembre 2013](#) di attribuzione degli obiettivi ai DD.GG per il 2014.

[DGR n. 530 del 15 aprile 2014](#) per lo sviluppo di un progetto finalizzato alla definizione dei PDTA, implementazione e monitoraggio nelle forme associative più evolute dei MMG.

[DDG n. 89 del 07 maggio 2014](#) di pubblicazione del bando per la riformulazione dell'elenco Tutor della medicina generale e Animatori della formazione continua della Medicina Convenzionata.

[DGR n. 918 del 10 giugno 2014](#) di attuazione delle linee programmatiche individuate dal Piano socio-sanitario regionale, relativamente alla riorganizzazione del Sistema della Formazione per la Medicina Convenzionata.

[DGR n. 2169 del 18 novembre 2014](#) di riorganizzazione della Scuola di formazione specifica in Medicina Generale.

DD.GG.RR. n. 2102, n. 2103 e n. 2832 del 2014 di assegnazione delle risorse economiche alle Aziende ULSS ai fini dell'attivazione delle Medicina di Gruppo Integrate.

[DGR n. 2837 del 30 dicembre 2014](#) di approvazione del progetto di formazione sul campo 2014-2015 per i Tutor per la Medicina Generale e per gli Animatori per la Formazione continua della Medicina Convenzionata.

Approfondimenti

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (Age.Na.S.). Patologie croniche, ecco Matrice, un nuovo strumento di governance clinica. Monitor, 2014 (35): 69-73

Istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale, VIII Report Health Search, Firenze: Rixpress, 2014.

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia
Telefono 041 2793404-3529 Fax: 041 2793430
e-mail: cureprimarie@regione.veneto.it

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

Coordinamento regionale per la medicina convenzionata di assistenza primaria

Via Pisa 14 –31100 Treviso

Telefono: 0422/323070

e-mail: direzionescuolamg@ulss.tv.it

SVEMG – Scuola Veneta di medicina Generale – Progetto Milleinrete

e-mail referente info@svemg.it

5.2. Assistenza specialistica ambulatoriale

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

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

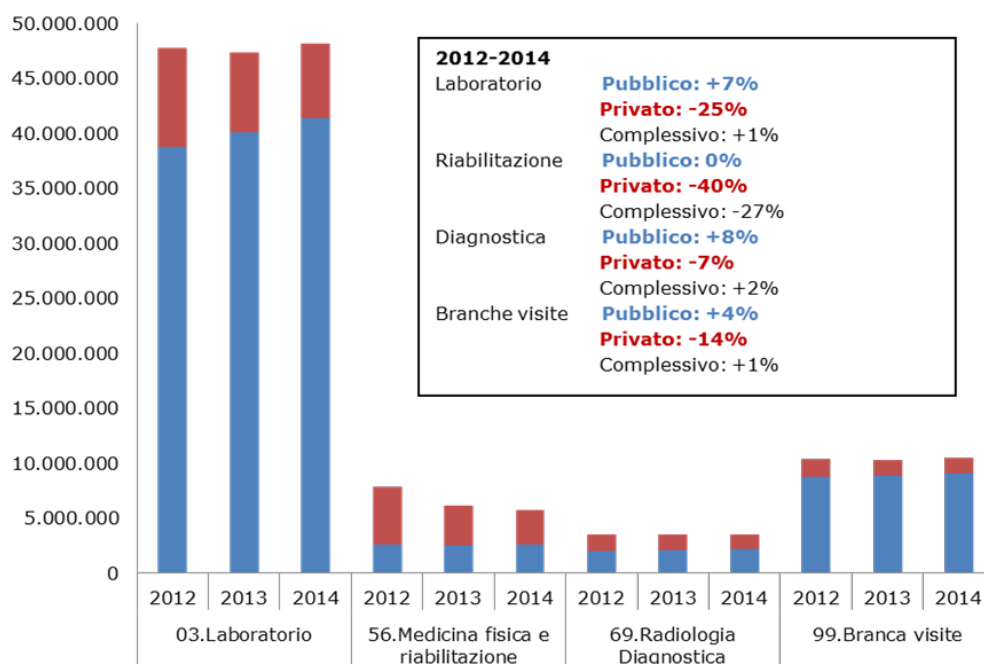
Quadro di sintesi

Nell'anno 2014 sono state registrate nel flusso dell'attività specialistica ambulatoriale del Veneto 67.589.630 prestazioni. L'attività clinica (visite e riabilitazione) rappresenta il 23,8% delle prestazioni, l'attività di diagnostica per immagini il 5,2% ed il laboratorio il 71,0%. Il rapporto pubblico/privato conferma il ruolo dominante del settore pubblico, con trend crescente rispetto agli anni 2012 e 2013 in tutte le aree di attività.

L'analisi dei dati di attività di specialistica ambulatoriale del 2014, erogata a favore di cittadini residenti nel Veneto, ed il raffronto con l'anno 2013, evidenziano un andamento dell'offerta diversificato in relazione alle specifiche macroaree:

- la macroarea di Laboratorio registra complessivamente 48.178.000 esami erogati nel 2014 a fronte dei 47.354.000 del 2013. Il raffronto tra erogatori pubblici ed erogatori privati accreditati evidenzia un significativo incremento per le strutture pubbliche (+ 3%, pari a + 1.354.000 esami in valore assoluto), ed una diminuzione per le strutture private accreditate del 7%, pari a - 530.000 esami.
- la macroarea Branche a Visita evidenzia un incremento nel 2014 di oltre 140.000 prestazioni erogate da strutture pubbliche, + 2% rispetto al 2013, e un aumento del 2% anche di quelle erogate da strutture private accreditate, con 29.000 prestazioni in più in valore assoluto.
- la macroarea di Riabilitazione registra una significativa diminuzione dell'attività nel 2014, con - 373.000 prestazioni complessive (pari a - 6% sul 2013). La diminuzione è imputabile alle strutture private accreditate (- 453.000 prestazioni); nelle strutture pubbliche si registra invece un aumento del 3% (+80.000 prestazioni).
- la macroarea di Diagnostica per immagini evidenzia un'offerta 2014 sostanzialmente sovrapponibile al 2013, con complessivi 3.500.000 esami ma con un dato sostanzialmente stabile dell'erogato da strutture private accreditate, corrispondente a un incremento delle strutture pubbliche, che hanno aumentato la loro offerta del 3%, con + 58.000 prestazioni nel 2014.

Figura 5.5 Prestazioni di specialistica ambulatoriale. Veneto, anni 2012-2014



L'analisi dei dati 2014 consolida quindi nella sostanza il trend rilevato nel 2013 con ulteriori migliori performance per le strutture pubbliche in tutte le macroaree, in particolare nella macroarea di Riabilitazione.

Le aperture serali, prefestive e festive hanno preso avvio con la fine del 2013 (terzo quadrimestre) e trovato definitiva applicazione nel corso del 2014, coinvolgendo tutte le aziende ULSS ed Ospedaliere, ed in particolare l'area della Diagnostica per Immagini. La DGR 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.

L'iniziativa rispondeva all'esigenza di mettere in campo azioni concrete per il raggiungimento dell'obiettivo, previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 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 per le fasce orarie suddette.

Le prestazioni complessivamente erogate in tali fasce orarie nel 2014, escluse le prestazioni di laboratorio, sono state 162.425.

Tabella 5.2 Numero prestazioni in aperture prefestive, festive e serali.

	FESTIVO	PREFESTIVO	SERALE	TOTALE	%
MAMMOGRAFIE	1.033	5.136	657	6.826	4,2%
RMN	12.090	16.199	13.815	42.104	25,9%
ECOGRAFIE	8.343	18.910	10.719	37.972	23,4%
TAC	1.930	5.337	6.690	13.957	8,6%
ALTRO	23.396	45.582	31.881	100.859	62,1%
TOTALE	39.905	75.257	47.263	162.425	100,0%

Con riferimento al numero di prestazioni per residente, escluse le prestazioni della macroarea di Laboratorio, nel 2013 si era registrato un valore medio regionale pari a 3,95 con il picco massimo di 5,8 ed il minimo di 2,6. Il numero di Aziende ULSS che riportavano un valore ≤ 4 era di 13 su 21, presentando differenze anche rilevanti nel contesto regionale. Nel 2014 il quadro complessivo fa registrare un numero di Aziende ULSS che rientrano nel parametro pari a 15 su 21, con il picco massimo rilevato di 6,0 ed minimo di 2,6 (valore medio=3,75). Si evidenzia in sostanza un processo di redistribuzione territoriale delle prestazioni, in linea con quanto previsto al punto 3.3.1 "Assistenza specialistica" del Piano Socio Sanitario Regionale, con riferimento, in particolare, all'obiettivo della riduzione delle differenze sul numero di prestazioni erogate per tipologia in rapporto alla popolazione.

Tempi di attesa prestazioni di assistenza ambulatoriale

Per quanto concerne la verifica del rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, il cui primo riferimento a livello nazionale risale al D. Lvo n° 124/1998, con il quale le Regioni erano incaricate di disciplinare il rispetto della tempestività di erogazione delle prestazioni prescritte, attribuendone la responsabilità ai Direttori Generali, la Regione Veneto, già con la DGR 3683/1998, aveva individuato gli standard di riferimento relativi ai tempi di attesa massimi entro i quali le Aziende ULSS ed Ospedaliere sono tenute a garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Successivamente, con il susseguirsi di numerosi provvedimenti nazionali (PNGLA , cioè il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2006-2008, PNGLA 2010-2012) e regionali(DGR 600/2007 e DGR 863/2011 , LR 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016", nella quale sono definiti come "macro-obiettivi della programmazione regionale il 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") si è giunti all'attuale organizzazione regionale, basata sulla DGR 320/2013.

Tale provvedimento, finalizzato a garantire l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, di rispetto delle classi di priorità e di trasparenza del sistema a tutti i livelli, riconosce il ruolo centrale nel governo delle liste d'attesa dei percorsi assistenziali, ribadisce l'obiettivo del contenimento del numero di

prestazioni per abitante (4 prestazioni ambulatoriali pro capite escluse le prestazioni di laboratorio) e la contestuale necessità di perseguire politiche di appropriatezza nell'orientare l'attività verso setting appropriati sotto il profilo clinico e organizzativo nel pieno rispetto dell'allocazione delle risorse.

Peculiarità di tale provvedimento è inoltre l'indicazione, al fine di garantire le prestazioni nei tempi indicati dai prescrittori, del ricorso - in riferimento alla diagnostica strumentale e per immagini - a un utilizzo massimale delle apparecchiature presenti, al meglio delle 12 ore al giorno e fino alle ore 24.00, sia nei giorni feriali che festivi della settimana.

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.

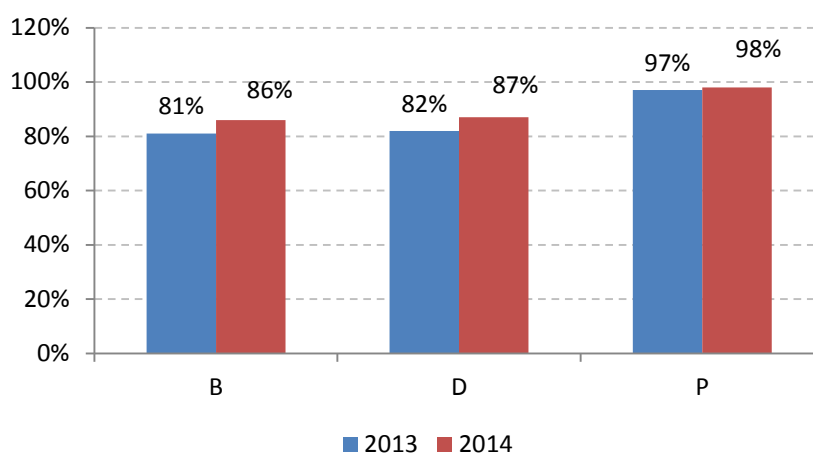
Di rilievo infine l'attività di supporto fornita nello sviluppo dell'organizzazione dell'offerta che nello scorso biennio ha consentito un importante miglioramento, anche a seguito delle disposizioni regionali in merito all'utilizzo massimale delle apparecchiature.

Con riferimento alla rilevazione dei tempi d'attesa, la vigente normativa nazionale e regionale prevede l'assoluto rispetto del tempo di attesa delle prestazioni (visite e prestazioni strumentali) prenotate come primo accesso, sulla base di quanto previsto dallo specifico standard per classe di priorità così come attribuita dal prescrittore: entro 10 gg. per la classe B, entro 30 gg (visite), entro 60 gg (prestazioni strumentali) per la classe D, entro 180 per la classe P.

A tutte le Aziende Sanitarie della Regione del Veneto è stato assegnato tra gli obiettivi di valutazione (da ultima con DGR 2025 del 23-12-2014) il rispetto di tali parametri temporali, in particolare - secondo quanto previsto dal PNGLA, così come recepito da DGR 863/2011 - per almeno il 90% delle prestazioni erogate in classe B e D e per il 100% di quelle in classe P, monitorate in quanto traccianti ed erogate in favore di cittadini residenti.

Figura 5.6 Percentuale di rispetto dei tempi di attesa per classe di priorità.
Anni 2013 - 2014

Fonte datawarehouse Regione Veneto - estrazione 31.7.2015



Nel 2014 i valori rilevati sono stati i seguenti:

Classe B: percentuale di rispetto dei tempi di attesa pari al 86%, + 6% rispetto all' anno 2013; 12 Aziende Sanitarie hanno raggiunto lo standard per questa classe (90%), con l'incremento di due Aziende rispetto al 2013;

Classe D: percentuale di rispetto dei tempi di attesa pari al 87%, + 5% rispetto all' anno 2013; 15 Aziende Sanitarie hanno raggiunto lo standard per questa classe (90%), con incremento di una Azienda rispetto al 2013;

Classe P: : percentuale di rispetto dei tempi di attesa pari al 98%, simile all' anno 2013; 17 Aziende Sanitarie raggiungono una percentuale compresa tra 98 e 100%, con un incremento di 4 Aziende rispetto al 2013.

Si osserva una particolare attenzione da parte delle Aziende Sanitarie nell'assicurare una risposta appropriata alle richieste di prestazioni in classe B e D, mentre anche per la classe P si registra un incremento del numero di Aziende Sanitarie che si avvicinano allo standard previsto.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 320 del 12 marzo 2013](#)

Il governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 442 del 10 aprile 2013](#)

Recepimento del DM 18 ottobre 2012 di "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale" del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla DGR n. 859 del 21.6.2011.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2533 del 20 dicembre 2013](#)

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" - anno 2014.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2058 del 03 novembre 2014](#)

Revisione e aggiornamento degli allegati A e B del Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla DGR 859 del 21.06.2011 e successive modifiche ed integrazioni.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2525 del 23 dicembre 2014](#)

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 2015.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Coordinamento Controlli
Sezione Liste d'attesa
Passaggio Gaudenzio, 1 -35131 Padova
Telefono 049-8778115-8246
e-mail: coordinamentocontrollisanita@regione.veneto.it

5.3 Le strutture intermedie

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

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

Quadro di sintesi

L'aumento degli anziani, delle persone con multimorbilità, disabilità e necessità di cure palliative, specialmente in fase di deospedalizzazione, richiede un ripensamento dei luoghi e degli strumenti di cura.

Il Piano Socio Sanitario della Regione del Veneto (LR 23 del 2102) e la DGR 2122/2013 attuativa delle di approvazione delle schede ospedaliere e territoriali 2012/2013 hanno definito per le strutture intermedie (Ospedali di Comunità, Unità di Riabilitazione territoriale, Hospice) un fabbisogno aggiuntivo in termini di posti letto e di risorse economiche. Coerentemente con questi indirizzi dal 2010 al 2014 il numero di posti letto ed il numero di persone assistite in Hospice sono aumentati rispettivamente del 41%, per un totale 132 posti letto.

La composizione della popolazione del Veneto è mutata negli ultimi decenni sia in termini demografici che epidemiologici, con l'aumento della popolazione anziana e con una maggiore prevalenza delle persone affette da malattie croniche e da multimorbilità. Per rispondere a queste mutate esigenze è necessario ripensare sia ai luoghi di cura che agli strumenti con cui affrontare i bisogni di salute della popolazione. Come esemplificato nella Figura 5.7, la popolazione può essere immaginata suddivisa in strati omogenei al loro interno per bisogni di salute e utilizzo di risorse (piramide del rischio): ai diversi gradi di compromissione dello stato di salute corrispondono diversi ambiti assistenziali tra i quali va favorita la transizione del paziente. È importante quindi che gli strumenti di gestione della salute raggiungano la persona laddove i bisogni vengono manifestati. Ne consegue che la prevenzione e la gestione delle patologie semplici deve avvenire nel territorio ed in ambito domiciliare o ambulatoriale, mentre la gestione delle patologie acute importanti e della riacutizzazione di patologie croniche e co-prevalenti deve avvenire in ambito ospedaliero. La transizione da un luogo di cura ad un altro è particolarmente critica quando avviene dall'ospedale al domicilio e proprio per questa difficile transizione sono state disegnate le cure intermedie, che possono essere definite come "un servizio di breve durata a domicilio o in un setting residenziale più vicino a casa, solitamente compreso tra le 4 e le 6 settimane, rivolto a persone che necessitano di recupero funzionale o di una convalescenza. L'obiettivo delle cure intermedie è quello di prevenire i ricoveri inappropriati, ridurre la durata della degenza ospedaliera per favorire un rientro a domicilio e ridurre il rischio dell'istituzionalizzazione".

Figura 5.7 Piramide del rischio



Quindi il nuovo modello di cura non è più basato su un ospedale dove entrare malati e uscire guariti dopo lunga convalescenza, ma su un ospedale organizzato per intensità di cura e su strutture di ricovero temporanee che favoriscono rapide transizioni ai livelli intermedi come gli ospedali di comunità o le unità di riabilitazioni territoriali dove gestire la convalescenza, la disabilità e, se necessario, affrontare la mancata possibilità di guarigione e la palliazione. Fondamentale è favorire una dimensione più funzionale che diagnostica della cura e una forte integrazione tra Sanitario e Sociale con una ricomposizione della frammentazione dell’offerta assistenziale.

Tabella 5.3 Strutture intermedie: tipologia di pazienti e obiettivi assistenziali

Ospedale di comunità	Unità di riabilitazione Territoriale	Hospice
<p>Pazienti con perdita di alcune funzioni ma con 3 traiettorie diagnostiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Possibilità di recupero delle funzioni perse; - Necessità di adattamento alle perdita funzionale da parte del paziente (e della famiglia); - prognosi infausta e necessità di cure palliative 	<p>Pazienti con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Funzioni perse sono recuperabili; - Necessità di proseguire la riabilitazione dopo il completamento della fase di trattamento intensivo; - Decorso cronico evolutivo (es. Parkinson) con grave disabilità residua che necessita di periodo di riabilitazione/adattamento 	<p>Pazienti con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspettativa di vita inferiore a 6 mesi; - Completamento delle indagini diagnostiche e delle cure attive; - Indice di Karnofsky uguale od inferiore a 50.
<p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilizzazione - riattivazione - palliazione 	<p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riabilitazione - riattivazione 	<p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - palliazione - qualità della vita

In base alla traiettoria prognostica del paziente, possono essere individuate tre funzioni fondamentali delle cure intermedie (Tabella 5.3): una di stabilizzazione del paziente subacuto con disabilità definitiva, una funzione di recupero funzionale, ed una terza funzione di accompagnamento del paziente terminale; tutte orientate al sostegno alla

domiciliarità e alla deospedalizzazione. Il Piano Socio Sanitario della Regione del Veneto (LR 23 del 2102) e la DGR attuativa di approvazione delle schede ospedaliere e territoriali 2012/2013 hanno indicato un fabbisogno aggiuntivo di posti e di risorse economiche per le cure intermedie che si può riassumere nella Tabella 5.4.

Tabella 5.4 Posti letto e budget annuale per le strutture intermedie

	Ospedale di Comunità	Unità di riabilitazione territoriale	Hospice	Totale
Posti Letto	977	239	46	1262
Stima budget annuo	€ 41.009.575	€ 7.502.210	€ 3.525.900	€ 52.037.685

Per l'attivazione di questi posti territoriali, le Aziende Sanitarie hanno presentato nel 2014 un Piano Attuativo, approvato e modificato da appositi atti giuntali, che ne disciplinano la realizzazione, l'esercizio e l'accreditamento, secondo standard strutturali e organizzativi definiti per garantirne omogeneità e qualità (DGR 2718/2012; 2108/2014; 2683/2014). Alla fine del 2014 risultano già autorizzate o accreditate 28 strutture di cura intermedia: 21 Hospice (187 posti letto) e 7 Ospedali di Comunità (168 posti letto).

Per fare un esempio concreto, nel 2010 vi erano 132 posti letto di Hospice che hanno consentito di erogare 1.768 ricoveri. Dal 2010 al 2014 ne sono stati attivati altri 55 per un totale di 187 posti letto, con un aumento del 46% dei ricoveri erogati.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2108 del 10 novembre 2014](#)

Legge Regionale 29 giugno 2012 n.23 art. 10 Strutture di Ricovero intermedie. Standard strutturali minimi Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. Definizione del procedimento di autorizzazione alla realizzazione, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 22/02, 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.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2683 del 29 dicembre 2014](#)

Approvazione dei requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale, del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, del tracciato del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata e degli indicatori di attività e risultato per Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. L.R. 16 agosto 2002, n. 22.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2122 del 19 novembre 2013](#)

Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013.

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Settore Strutture di ricovero intermedie e integrazione socio-sanitaria
Rio Novo Dorsoduro - 3493 - 30123 Venezia
Telefono: 041 2793538
e-mail: cureintermedie@regione.veneto.it

5.4 Cure domiciliari

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

Lo sviluppo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale prevede queste linee di indirizzo:

- la continuità dell'assistenza, l'ammissione e la dimissione protetta dall'Ospedale, con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia ed il potenziamento del ruolo del case manager infermieristico - la copertura di servizio nelle 24 ore, 7 giorni su 7, anche attraverso lo sviluppo di centrali operative come punti di ricezione delle istanze e di coordinamento delle risposte;
- il consolidamento della informatizzazione delle cure domiciliari allo scopo di rispondere alle esigenze assistenziali, gestionali e valutative;
- l'integrazione informativa e gestionale tra assistenza domiciliare sanitaria e sociale;
- lo sviluppo della radiologia a domicilio.

(Paragrafo 3.1.3. La filiera dell'assistenza territoriale. Cure domiciliari. Pag. 52).

Quadro di sintesi

In Veneto nel 2014 i MMG e gli operatori sanitari dei Distretti hanno effettuato oltre due milioni di accessi domiciliari a favore di oltre centomila assistiti, con una copertura degli ultra 75enni pari al 165 per mille abitanti (in aumento rispetto al 2011-2012). Il numero degli utenti più complessi, quelli che ricevono almeno 2 accessi/settimana per almeno un mese si aggira intorno alle 19.000 unità ed è sostanzialmente stabile, circa un quarto ha una diagnosi di cancro.

Tra gli ultra 75enni dimessi dall'ospedale circa 1 su 11 viene visitato a domicilio entro due giorni, indipendentemente dal giorno della settimana in cui avviene il rientro a casa; inoltre tra gli ultra 75enni deceduti circa 1 su 9 riceve 8 o più accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita.

La qualità della registrazione dei problemi di salute risulta migliorata e consente di documentare il fatto che il 9% degli assistiti in Cure Domiciliari (pari a 9.531 assistiti) ha una diagnosi di cancro, il 23% una malattia cardio-cerebro-vascolare, l'14% una patologia neuropsichiatrica. Anche la completezza nella registrazione degli accessi degli operatori è migliorata; per la prima volta nel 2014 tutte le ULSS hanno registrato gli accessi domiciliari dei MMG.

Utenti in Cure domiciliari

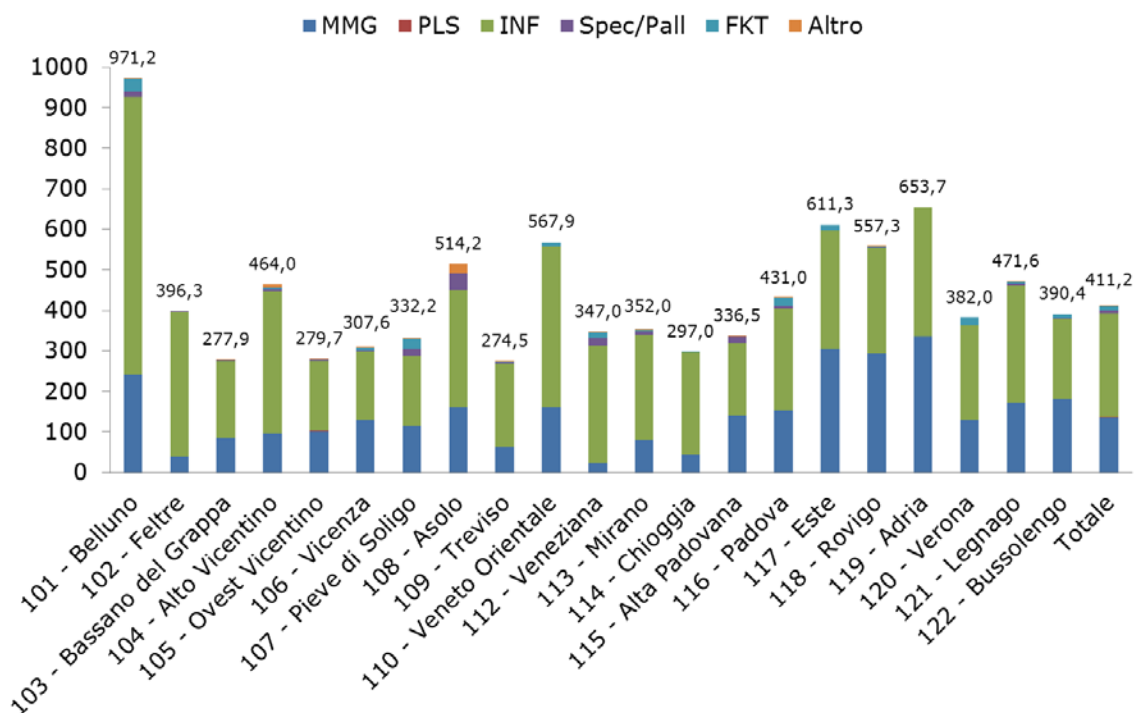
Il flusso informativo delle cure domiciliari (DGR 2372/2011) offre un supporto rilevante per lo sviluppo integrato del servizio di Cure Domiciliari e, data la sua rilevanza alla luce del PSSR approvato con LR 23/2012, è entrato a far parte degli obiettivi di valutazione delle Aziende ULSS ai sensi della DGR 2533/2013 e DGR 2525/2014 rispetto sia alla qualità delle informazioni raccolte sia all'attività svolta in post-dimissione e nel fine vita.

Prima ancora che per la programmazione, la qualità della registrazione quotidiana degli accessi e dei problemi di salute riscontrati è fondamentale per aggiornare il Piano di Assistenza Individuale e facilitare il passaggio di consegne in presenza di casi spesso

complessi e in rapida evoluzione. La qualità del flusso risulta buona e nel 2014 il punteggio di qualità del flusso informativo è di 6,2 su un massimo di 7 (5,4 nel 2013). Nel 2014 risultano erogati a residenti nella Regione del Veneto 2.026.089 accessi domiciliari da parte degli operatori sanitari; la registrazione degli accessi degli operatori sociali viene invece effettuata solo da alcune ULSS.

La Figura 5.8 mostra che vi è un rapporto di 1:3,5 tra il tasso di accesso sanitario domiciliare minimo e massimo, con importanti differenze nella quota di CD svolte dal MMG e dagli Infermieri Distrettuali. Questi tassi possono essere trasformati in maniera approssimata in una stima degli operatori tempo-pieno equivalenti, considerando che un operatore sanitario è in grado di erogare indicativamente 17,5 accessi domiciliari/1.000 abitanti-anno (base: 8 accessi giornalieri, compresi il tempo di viaggio, la preparazione dei materiali, l'aggiornamento del Piano di Assistenza Individuale, la formazione).

Figura 5.8 Tassi di accessi sanitari (per 1.000), per ULSS di residenza. Veneto, anno 2014



L'80% dei pazienti seguiti in CD ha 75 o più anni e in questa fascia di popolazione risultano in carico più del 16% degli assistiti residenti in Veneto; circa il 2,6% è seguito in maniera intensiva, cioè con almeno 8 accessi per almeno un mese.

Nelle 20 ULSS in cui è possibile fare il confronto, tra il 2011 ed il 2014 si rileva un incremento del numero assoluto complessivo degli assistiti in CD ed una sostanziale stabilità dei tassi di assistenza sia per il totale dei pazienti domiciliari sia per quelli seguiti

in maniera più intensiva (Tabella 5.5 e 5.6). Nel 2014 risultano assistiti in CD 102.886 residenti in Veneto.

Tabella 5.5 Indicatori di attività delle Cure Domiciliari. Pool 20 ULSS della Regione Veneto, 2011 - 2014.

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

*pool 20 ULSS per confronto 2013-2011

Tabella 5.6 Indicatori di attività delle Cure Domiciliari. Regione Veneto, Anno 2014.

Indicatori	1+ accesso nell'anno			8+ accessi per 1+ mesi		
	N	%	Tasso x 1.000	N	%	Tasso x 1.000
Numero di assistiti	108.027			18.770		
Maschi	37.433	34,7%		7.921	42,2%	
Femmine	70.594	65,3%		10.849	57,8%	
0-64 anni	10.409	9,6%	2,7	2.493	13,3%	0,6
65+ anni	97.618	90,4%	93,2	16.277	86,7%	15,5
75+ anni	85.197	78,9%	165,0	13.395	71,4%	25,9

La descrizione dei problemi di salute degli assistiti in CD è molto migliorata: complessivamente i casi senza diagnosi sono passati dal 60,9% del 2011 al 13,2% del 2014; l'8,8% degli assistiti in Cure Domiciliari (pari a 9.531 assistiti) ha una documentazione di cancro, il 23,3% di malattia cardio/cerebrovascolare, l'14,0% di malattia neuropsichiatrica e il 22,1% di Sindrome Ipocinetica. Tra i pazienti seguiti in maniera più intensiva i casi senza diagnosi sono il 9,5% (44,1% nel 2011) e più di un paziente su 5 (4.127 assistiti) ha una documentazione di cancro, con un netto trend d'età (36,3% negli assistiti sotto i 65 anni, 10,4% negli assistiti di 85 anni e più), mentre le malattie cardio e cerebrovascolari seguono un trend opposto.

La tempestività delle CD in post-dimissione viene valutata rilevando la percentuale di pazienti ultra75enni dimessi a domicilio dopo ricovero medico acuto ordinario che vengono visitati a casa entro 2 giorni dalla data di dimissione e risulta mediamente pari al 8,7% (Figura 5.9). Anche la percentuale di accessi erogati durante il Sabato e la Domenica è un indicatore importante della continuità dell'offerta assistenziale delle diverse Aziende ULSS; il valore medio per il 2014 è pari a 5,8%.

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 16 ULSS, anno 2014.

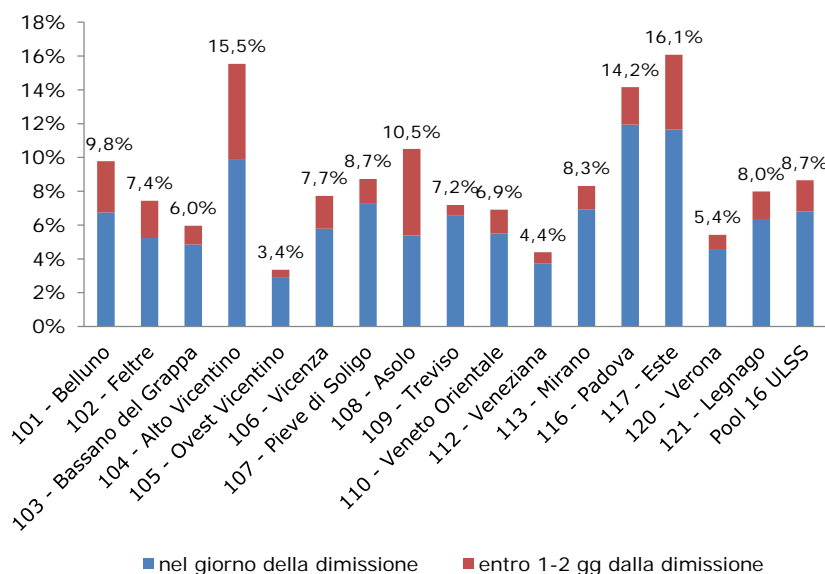
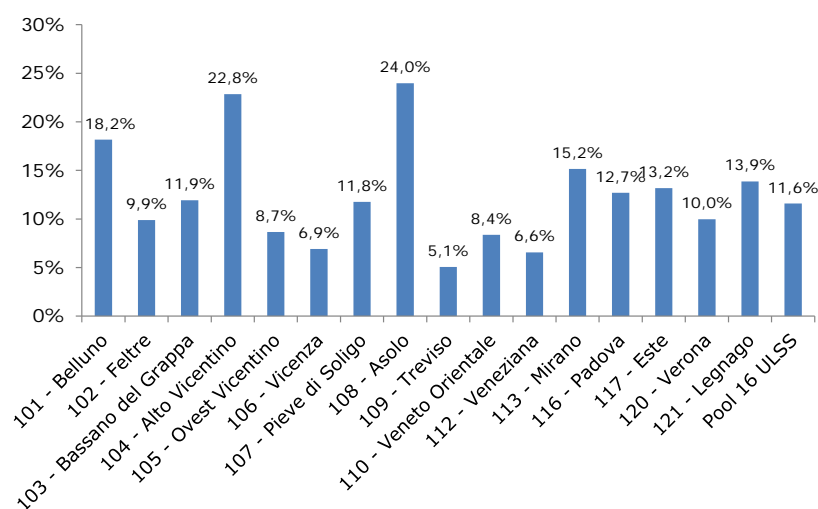


Figura 5.10 Percentuale di ultra75enni deceduti, con 8+ accessi nell'ultimo mese di vita. Pool 16 ULSS, anno 2014.



La percentuale di ultra75enni che hanno ricevuto un'assistenza intensiva (almeno 8 accessi/mese) nell'ultimo mese di vita è pari all'11,6% (Figura 5.10). Questo dato si ricollega indirettamente al tema delle Cure Palliative non oncologiche (infatti si può stimare mediante il Registro delle Schede di Morte che circa il 56% di questi pazienti, pari in valore assoluto a 1.822 sia preso in carico per una causa non neoplastica). Analogamente agli altri indicatori il valore medio regionale risulta praticamente stabile rispetto al 2013.

In conclusione le Cure Domiciliari, in stretta integrazione con i servizi territoriali, sono un presidio fondamentale per presidiare l'indirizzo di deospedalizzazione dei malati non

acuti, con un importante impatto organizzativo e professionale per i professionisti della salute ed una ricaduta etica, sociale di grande rilevanza.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1338 del 30 luglio 2013](#)

Revisioni delle prestazioni costituenti LEA aggiuntivi regionali (cd. extra-LEA) in ambito socio-sanitario. Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (DGR 154/CR del 24 dicembre 2012 e DGR 37/CR del 3 maggio 2013).

[Deliberazione della Giunta Regionale n.1104 del 1 luglio 2014](#)

Individuazione del Sistema Epidemiologico Regionale - SER - quale struttura tecnica di riferimento per la gestione del Flusso Informativo delle Cure Domiciliari di cui alla DGR n. 2372 del 29.12.2011 anche nella sua integrazione con il flusso delle Cure Palliative ed in particolare con il Flusso Hospice di cui alla DGR n. 2851 del 28.12.2012".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2533 del 20 dicembre 2013](#)

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" - anno 2014.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2525 del 23 dicembre 2014](#)

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 2015.

174

Approfondimenti

Rapporto SER "[Le cure domiciliari nella Regione del Veneto Anni 2012-2013](#)", Ottobre 2014.

Sito web dedicato alle impegnative di cura domiciliare: <http://icd.regione.veneto.it>

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia
Telefono 041 2793404-3529 Fax: 041 2793430
e-mail: cureprimarie@regione.veneto.it

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Settore Strutture di ricovero intermedie e integrazione socio-sanitaria
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia
Telefono 041 27933538
e-mail: cureintermedie@regione.veneto.it - icd@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

5.5 Cure palliative

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

In continuità con le Cure Ospedaliere e con l'obiettivo di qualificarle e renderle più appropriate vengono erogate le Cure Palliative negli ambiti assistenziali più coerenti ai bisogni dei pazienti e delle famiglie (prevalentemente a domicilio, ma anche in posti letto dedicati presso gli Hospice, gli Ospedali di Comunità o nelle strutture residenziali) per una precoce ed efficace presa in carico viene altresì previsto il consolidamento dell'attività ambulatoriale.

L'organizzazione si articola in un'unità operativa aziendale per le Cure Palliative ed in un Nucleo di Cure Palliative, cui afferiscono in maniera funzionale tutti gli operatori coinvolti nel processo di cura e assistenza e – ove possibile - le associazioni di volontariato.

Questo modello organizzativo deve essere in grado di:

- *offrire al malato la possibilità di compiere il proprio percorso assistenziale nelle migliori condizioni organizzative possibili;*
- *applicare e monitorare i PDTA specifici e condivisi anche con l'Ospedale;*
- *assicurare la continuità dell'assistenza h24, 7gg./7, avvalendosi anche di una centrale operativa in grado di accogliere le richieste dei pazienti e dei professionisti in qualsiasi momento del percorso assistenziale e di coordinare le risposte.*

(Paragrafo 3.1.3. Pagine 52-54).

Quadro di sintesi

I Nuclei Aziendali di Cure Palliative delle Aziende ULSS segnalano una presa in carico di quasi 8.000 pazienti oncologici ogni anno. Tra questi vi sono circa 5.700 pazienti oncologici seguiti a domicilio e deceduti nell'anno (7% in più rispetto all'anno precedente), che hanno ricevuto in media 9,5 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita. Inoltre circa 2.200 pazienti in Cure Palliative oncologiche e non oncologiche che hanno avuto uno o più ricoveri in Hospice nel 2014, all'interno di un piano di assistenza che nella metà dei casi è integrato con un percorso di Cure Domiciliari.

In 20/21 Aziende è stato attivato il Nucleo funzionale di Cure Palliative, la metà delle Aziende ha anche definito un Percorso Diagnostico-Terapeutico per le Cure Palliative, in stretta integrazione con la Medicina Generale e i servizi territoriali.

Già a partire dal 2009 la normativa regionale, anticipando i contenuti di quella nazionale individua come target delle Cure Palliative pazienti oncologici e con bassa aspettativa e bassa qualità di vita, a termine dei percorsi di cura attiva, individuati in maniera proattiva dai medici ospedalieri e di cure primarie. I setting di erogazione delle Cure Palliative sono differenziati in funzione dell'evoluzione delle condizioni cliniche e funzionali; tra questi vanno ricordati l'Ospedale (cure simultanee con presa in carico congiunta Oncologo/Specialista ospedaliero e Nucleo di Cure Palliative), l'ambulatorio di Cure Palliative, l'ambulatorio del MMG, il domicilio del paziente (Cure Palliative Domiciliari - CPD) oltre all'Hospice e alle strutture residenziali. In questa Relazione Socio-Sanitaria per la prima volta vengono presentati in maniera integrata i dati riferiti ai pazienti seguiti a domicilio ed in Hospice; questo passaggio è fondamentale per uscire da una logica "compartimentale" dell'assistenza.

A livello nazionale il DMS 43/2007 ha individuato alcuni indicatori e relativi standard per le Cure Palliative:

- copertura di cura domiciliare: i pazienti oncologici deceduti nell'anno assistiti dalla rete di cure palliative domiciliari devono essere almeno il 52% dei decessi oncologici annuali attesi. In Veneto ogni anno muoiono circa 14.000 persone per tumore; quindi per rispettare lo standard ministeriale si devono seguire circa 7.300 assistiti all'anno. Nel 2014 ne sono stati seguiti circa 5.694, che corrisponde ad una copertura del 40% che documentabile mediante il flusso delle Cure Domiciliari (range tra Aziende ULSS 20%-70%). Si registra un aumento del 7% dei pazienti seguiti rispetto al 2013. Sono compresi anche 1.290 pazienti che hanno avuto anche uno o più ricoveri in Hospice;
- copertura di ricovero in Hospice: i pazienti oncologici deceduti nell'anno assistiti in Hospice devono essere almeno il 13% di decessi oncologici annuali attesi. Questo equivale in valore assoluto a circa 1.800 assistiti/anno – 2.228 è il valore misurato nel 2014, che corrisponde ad una copertura del 16% (range tra Aziende ULSS 10-38%).
- intensità assistenziale delle CPD (almeno il 50% di giornate di assistenza durante il periodo di presa in carico). Complessivamente i malati oncologici seguiti a domicilio o in Hospice dai Nuclei di Cure Palliative nella fase terminale della loro vita nel 2014 sono stati 6.632;
- almeno l'80% dei seguiti deve avere tempo di attesa fra segnalazione del caso e inizio delle CPD ≤ 3 giorni;
- almeno il 40% dei ricoverati deve avere tempo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in Hospice ≤ 3 giorni;
- al massimo il 20% dei ricoveri in Hospice deve avere una durata ≤ 7 giorni;
- al massimo il 25% dei ricoveri in Hospice deve avere una durata ≥ 30 giorni.

176

La copertura per le CPD documentata attraverso le diagnosi di neoplasia annotate nel flusso informativo delle Cure Domiciliari risulta più bassa dello standard Ministeriale ($\geq 52\%$); lo standard viene tuttavia già raggiunto almeno in 4 Aziende ULSS ; il valore dell'indicatore può essere migliorato mediante il completamento dell'informazione diagnostica, dal momento che ad oggi il 14% dei pazienti in Cure Domiciliari non ha una diagnosi registrata. Per l'intensità assistenziale lo standard Ministeriale è molto elevato se considerato congiuntamente allo standard di copertura; per questo motivo è utile riferirsi specificamente all'ultimo mese di vita, laddove si registrano in media 9,5 accessi, con un ampio range di variazione nelle ULSS (da 4 a 16 accessi).

Nel complesso seguiti in Cure Palliative Oncologiche (a domicilio o in Hospice) deceduti nell'anno a livello regionale si considerano anche i seguenti indicatori:

- giornate di ricovero medico ordinario trascorse in ospedale nell'ultimo mese vita (media: 5,3 giorni, range nelle Aziende ULSS: 2,1-7,9 giorni)
- % di decesso in ospedale che è pari al 23% nel 2014 (range nelle Aziende ULSS 4-57%). Per confronto si consideri che nel totale delle persone decedute per cancro nel

2013 (ultimo anno di cui si conoscono le cause di morte di tutta la popolazione) la percentuale di coloro che sono deceduti in ospedale è del 50%.

Nel 2014 sono effettuati 2.584 ricoveri in Hospice (il 4% in più del 2013). La metà dei pazienti ricoverati in Hospice ha meno di 75 anni, il 62% dei ricoverati (standard $\geq 40\%$) registra un tempo non superiore ai 3 giorni tra la segnalazione e la presa in carico.

Tabella 5.7 Numero posti letto e ricoveri, età media dei ricoverati, giorni medi di degenza e di attesa, per Hospice. Veneto, anni 2013-2014

Ulss	Struttura	2013					2014				
		PL	N° ricov	Età media	Deg. Media (gg)	Attesa media (gg)	PL	N° ricov	Età media	Deg. Media (gg)	Attesa media (gg)
101	Casa tua 2	8	122	72,9	16,5	1,9	8	108	69,9	18,9	2,4
102	Le vette	7	198	73,3	10,3	0,2	7	178	71,4	10,4	0,4
103	Casa Gerosa	8	72	73,6	31,3	4,9	8	76	71,8	32,7	4,3
104	Centro Residenz. Negri	9	133	68,6	11,2	1,2	9	93	64,6	11,9	0,7
106	Unità Cure Palliative Hosp	7	95	69,9	15,5	3,7	7	117	72,1	17,4	3,7
107	Casa Antica Fonte	10	130	73,7	17,5	0,7	10	156	73,2	20,2	0,4
109	Casa dei Gelsi	12	208	74,2	17,4	9,5	12	209	70,9	18,8	8,8
110	Iris	7	128	73,9	14,8	0,1	7	134	74,3	15,2	1,1
	Pia Opera "G. Francescon"	10	112	76,3	24,1	0,0	10	101	74,8	26,4	0,9
112	Centro Nazaret	8	109	73,3	25,5	12,5	8	91	71,7	28,3	8,9
	Casa San Giovanni di Dio	8	55	76,0	44,5	11,5	8	61	76,0	46,6	14,9
	Policlinico San Marco	15	150	76,0	25,8	3,2	25	254	75,2	30,1	4,3
115	CSP II Melograno	6	52	74,1	32,0	4,9	6	81	72,6	24,9	9,2
	Casa del Carmine	6	55	69,9	31,3	6,3	6	73	75,0	24,0	9,0
116	Paolo VI	12	245	74,1	15,1	5,9	12	241	72,0	16,0	6,8
	Casa Santa Chiara	7	76	67,6	25,2	6,9	7	78	69,9	29,1	5,1
117	Ex Ospedale Montagnana	8	106	72,6	20,2	5,0	8	116	72,3	19,7	7,5
118	Casa del Vento Rosa IPAB	8	57	71,6	18,5	3,2	8	70	73,7	21,0	5,6
120	San Cristoforo	7	110	74,5	21,6	24,1	7	92	74,9	23,0	14,1
	San Giuseppe di Marzana	14	264	74,8	17,2	23,6	14	255	74,4	16,7	25,0
VENETO		177	2.477	73,4	19,4	7,2	187	2.584	72,7	21,1	7,1

Tabella 5.8 Percentuale di ricoveri con tempo di attesa ≤ 3 giorni, con durata ≤ 7 giorni e con durata ≥ 30 giorni ai soli deceduti con diagnosi di tumore, per ULSS di residenza. Veneto, anni 2013-2014

ULSS di residenza	2013			2014		
	Attesa ≤ 3 gg	Durata ≤ 7 gg	Durata ≥ 30 gg	Attesa ≤ 3 gg	Durata ≤ 7 gg	Durata ≥ 30 gg
101	84%	35%	15%	75%	36%	22%
102	97%	57%	5%	97%	46%	4%
103	57%	30%	29%	59%	27%	31%
104	91%	56%	4%	98%	67%	3%
106	64%	51%	11%	64%	45%	16%
107	95%	39%	18%	97%	36%	19%
109	39%	34%	20%	46%	27%	19%
110	99%	39%	21%	97%	40%	22%
112	54%	24%	38%	47%	24%	34%
115	61%	32%	34%	60%	36%	25%
116	52%	46%	13%	45%	38%	17%
117	54%	39%	23%	39%	37%	24%
118	73%	43%	9%	73%	37%	27%
120	48%	44%	19%	42%	39%	18%
VENETO	65%	40%	20%	62%	36%	21%

La provenienza dei pazienti in Hospice (Figura 5.11) denota dei possibili margini di miglioramento nell'attivazione di questa struttura, dal momento che il 61% dei pazienti arriva dall'ospedale (range: 36-79%) ed il 13% dal proprio domicilio in assenza di un Piano di Cure Domiciliari (range: 1-29%) mentre il 23% arriva in Hospice in continuità con un percorso di Cure Domiciliari (range: 7-42%), in concomitanza con il verificarsi di gravi criticità clinico-assistenziali. La durata media della degenza è pari a 21,1 giorni. Nel 21% (standard $\leq 25\%$) dei casi il ricovero dura più di 30 giorni, mentre nel 36% (standard $\leq 20\%$) esso dura meno di sette giorni. Tale dato merita però una riflessione, infatti nella Regione del Veneto gli accessi di CPD sono integrati con l'attività di Hospice costruendo un unico programma di Cure Palliative; per cui un paziente seguito in CPD a fine vita può avere necessità di un trasferimento in Hospice per la presenza di specifici problemi clinici o assistenziali non più gestibili a domicilio. Considerando solo i ricoveri a pazienti non inseriti in un programma di CPD questo standard ministeriale viene raggiunto.

Il 4,8% dei ricoveri è attribuibile a cause non oncologiche; tra le patologie più presenti troviamo lo Scopenso Cardiaco e altre malattie cardiovascolari (35 casi), SLA e altre malattie neurodegenerative (31 casi), Cirrosi Epatica e altre malattie dell'apparato digerente (21 casi). I ricoveri oncologici vanno ascritti soprattutto a cancro del polmone

(426 casi), del colon-retto, dell'esofago, della mammella e del pancreas (Figura 5.13). Una piccola quota (4%) dei pazienti in uscita dall'Hospice viene dimessa a casa, a conferma del ruolo di supporto alla domiciliarità che questo tipo di struttura sta assumendo (Figura 5.12).

Figura 5.11 Provenienza dei pazienti ricoverati in Hospice. Veneto, anno 2014

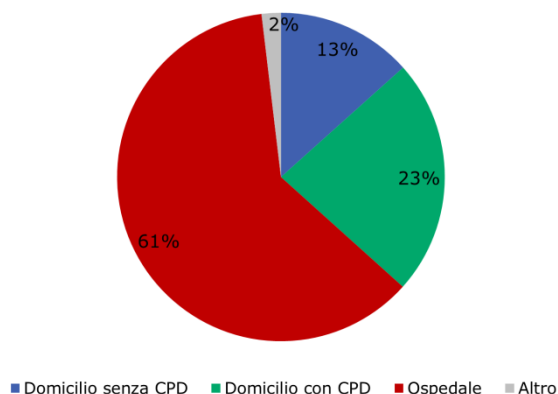


Figura 5.12 Modalità di dimissione dei pazienti dimessi dagli Hospice. Veneto, anno 2014

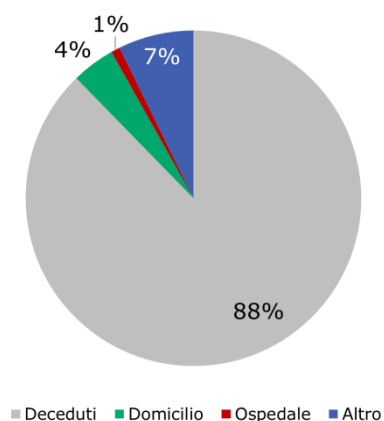
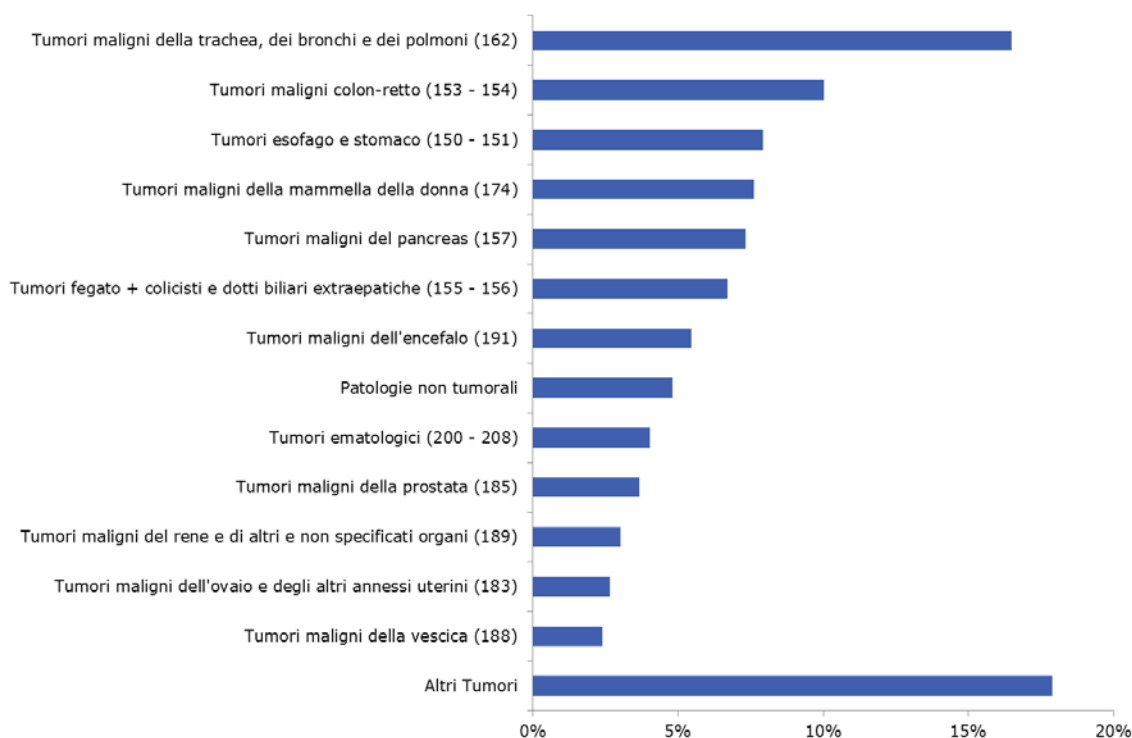


Figura 5.13 Patologie dei pazienti (codici ICD9) ricoverati in Hospice. Veneto, anno 2014



Lo stato dell'arte delle Cure Palliative nel Veneto

Al fine di implementare le capacità del territorio di far fronte ai bisogni dei malati con malattie cronico degenerative avanzate o con necessità di cure palliative è stata prevista

in ogni Azienda ULSS una Unità Operativa Cure Palliative con il relativo Nucleo, quale organizzazione funzionale multiprofessionale composto da: personale sanitario dedicato (medici, infermieri, psicologi) a cui si aggiungono MMG, assistenti sociali, volontariato e altri professionisti attivabili in relazione alle necessità della persona.

Al fine di disporre di un quadro di riferimento ben delineato il Coordinamento Cure Palliative e Lotta al Dolore ha provveduto ad analizzare il Questionario regionale sullo stato di attuazione della L.R. 7/2009 nel territorio regionale. Dall'analisi degli stessi si rileva un costante sviluppo del numero delle aziende che hanno attivato le Unità di Cure Palliative e l'aumento del personale dedicato (Tabella 5.9).

Tabella 5.9 Dotazione di organico (operatori a tempo pieno equivalente) dei NCP delle Aziende ULSS.
(Fonte: Questionario del Coordinamento Cure Palliative e Lotta al Dolore, Regione del Veneto 2007-2013)

Dotazioni di organico	2007	2009	2011	2013
Unità Operativa di Cure Palliative	-	-	8	13
Medico Palliativista	15	35	50	53
Infermiere	76	85	139	160
Psicologo	0	8	14	19
O.S.S.	16	10	17	29

180

Allo stesso modo si è registrato un incremento con successiva stabilizzazione del numero di malati oncologici presi in carico dal servizio di Cure Palliative; al contrario si mantiene basso il numero dichiarato di pazienti in Cure Palliative non oncologiche affetti da patologie neurologiche e cardiologiche.

Tabella 5.10 Numero assoluto di pazienti oncologici presi in carico dal Nucleo di Cure Palliative per Patologia.
(Fonte: Questionario del Coordinamento Cure Palliative e Lotta al Dolore, Regione del Veneto 2007-2013)

Patologia	2007	2009	2011	2013
Oncologica	5.720	5.841	7.126	7.992
Neurologica	-	540	213	182
Cardio-Respiratoria	-	551	148	179

Per quanto riguarda gli aspetti strutturali e gestionali, l'analisi dei questionari ha permesso di evidenziare che vi è l'attivazione del Nucleo Cure Palliative in quasi tutto il territorio regionale (20 ULSS su 21), mentre la definizione di PDTA in cure Palliative è ancora poco diffusa (9 ULSS su 21). Si riscontra una buona partecipazione all'adozione schede per la presa in carico dei pazienti in cure palliative (18 ULSS su 21); al coinvolgimento dei MMG nei percorsi definiti a livello aziendale (17 ULSS su 21); all'attivazione di numeri telefonici specificatamente dedicati (16 ULSS su 21); alla realizzazione di procedure formalizzate per i trasferimenti del paziente tra strutture diverse o tra servizi diversi (15 ULSS su 21). Infine, tutte le aziende dichiarano l'utilizzo di strumenti o scale di valutazione del dolore.

L'organizzazione delle reti di Cure Palliative nelle Aziende Sanitarie

Per realizzare una Rete dei Servizi che consenta un'efficace presa in carico e gestione dei pazienti in Cure Palliative, è necessario che ciascuna ULSS realizzi un assetto organizzativo che integri tutti gli ambiti assistenziali (ospedale per acuti, ambulatorio nucleo cure palliative, domicilio del malato, Hospice, Ospedale di Comunità o altra struttura intermedia, RSA, Centri Servizi) e garantisca competenze specifiche da parte di tutti gli operatori. Le finalità che competono alle Reti di cure palliative sono:

- intercettare i malati che necessitano di cure palliative con qualunque patologia;
- privilegiare l'accesso alle CPD e Hospice, riducendo il ricorso all'ospedalizzazione;
- garantire la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali.

La rete di Cure Palliative coordina i vari ambiti di cura per evitare fratture nei processi assistenziali da un setting all'altro, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale e dotandosi di procedure per le dimissioni protette, l'accesso in Hospice/Ospedale di comunità e per la presa in carico da parte del Nucleo Cure Palliative stesso.

I Percorsi Diagnostico Terapeutici assistenziali in Cure Palliative

I percorsi assistenziali costituiscono strumenti di trasversalità che consentono di definire ruoli, funzioni, responsabilità. Significa stabilire relazioni e progettare in modo condiviso; valorizzare professionalità definendo funzioni, ruoli e responsabilità; conoscere le risorse disponibili; rivedere la propria organizzazione; monitorare, misurare i risultati ed essere in grado di "rendere conto".

Il percorso avviato dalla Regione ha visto la formulazione (secondo una stessa metodologia) di proposte di PDTA a livello regionale, elaborate da specifici gruppi di lavoro che hanno coinvolto tutti i professionisti interessati nella presa in carico. Si è dato avvio (DGR n.530 del 15 aprile 2014) ad un percorso di implementazione a livello aziendale dei PDTA definiti a livello regionale, alla valutazione del loro impatto ed alla sperimentazione del loro monitoraggio.

Attualmente, nell'ambito delle Cure Palliative sono attivi tre tavoli di lavoro per la formulazione di PDTA regionali per l'adulto, per l'età pediatrica e per la terapia del dolore. La promozione in ciascuna ULSS della realizzazione dei specifici PDTA, contestualizzati nelle realtà locali spetta al Nucleo di Cure Palliative.

La Centrale Operativa Territoriale e le Cure Palliative

Come previsto dal PSSR 2012-2016 e come descritto nell'Allegato B alla DGR 2271/2013, la Regione Veneto ha ritenuto opportuno avviare un processo di riorganizzazione del Distretto Socio Sanitario, con una revisione dei Modelli Assistenziali al fine di assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni socio-sanitari della popolazione, tra cui l'introduzione della Centrale Operativa Territoriale (COT). Questa rappresenta uno strumento organizzativo gestionale cardine del territorio, grazie alla sua attività di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale ospedaliera e territoriale.

Nell'ambito delle attività dedicate ai soggetti inseriti in un percorso di Cure Palliative o candidati ad esso, la Centrale Operativa si occupa di attivare le risorse proprie del Nucleo di Cure Palliative (medici, infermieri, psicologi) per gestire i programmi di cure coinvolgendo sia i MMG che i Medici di Continuità assistenziale, le ammissioni e dimissioni degli utenti presso le strutture di ricovero e/o residenziali, i bisogni sociali del soggetto costituendo una rete di collaborazione con gli assistenti sociali e con i Comuni.

D'altra parte, il Nucleo Cure Palliative provvede all'individuazione, segnalazione e implementazione del flusso informativo inerente ai pazienti seguiti, consentendo così il mantenimento della continuità assistenziale nel loro percorso terapeutico-palliativo. Inoltre tale organizzazione consente di garantire una presa in carico tempestiva e multidimensionale in collaborazione con il MMG e le U.O. Distrettuali.

Il Sistema Informativo

Il sistema informativo istituito con DGR n. 2372/2011 è un'evoluzione del flusso SID-ADI (DGR n. 1722/2004) e serve a: dare conto dei problemi di salute e assistenza dei pazienti domiciliari, compresi i pazienti in cure palliative; rendere visibile la dimensione dell'integrazione socio-sanitaria attraverso l'alimentazione del flusso di attività domiciliare; documentare l'attività delle UVMD effettuate dai Servizi Distrettuali e adempiere al debito informativo nei riguardi del Ministero della Salute sulle Cure Domiciliari (rispettando le specifiche specificate negli Allegati alla DGR 2372/2011). Tale Sistema informativo ha quale struttura tecnica di riferimento il Servizio Epidemiologico Regionale (SER), individuato con DGR 1104/2014. Il SER assicura pertanto il supporto tecnico-operativo al Coordinamento per le cure palliative e la lotta al dolore provvedendo alla realizzazione di:

- definizione dei criteri per una omogenea raccolta dei dati presso le reti locali;
- supporto per l'attività di monitoraggio dello stato di attuazione delle reti aziendali e produzione di report analitici;
- gestione adempimenti connessi all'integrazione del flusso informativo sulle Cure Domiciliari con i flussi informativi delle Cure Palliative anche ai fini del monitoraggio LEA;
- gestione giuridico-economica delle eventuali collaborazioni tecniche necessarie al governo del sistema.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Legge Regionale n. 7 del 19 marzo 2009](#)

Disposizioni per garantire le cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 950 del 18 giugno 2013](#)

D.G.R. n. 2332 del 29.12.2011 "Accordo tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale-Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Rep. Atti n.

188/CSR del 28.10.2010). Progetto sperimentale "Ospedale-Territorio senza dolore". Approvazione modalità di attuazione e impegno di spesa.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 953 del 18 giugno 2013](#)

Progetto assistenza primaria: approvazione Verbale d'Intesa sottoscritto in data 31 maggio 2013 dalla Regione Veneto - Assessore alla Sanità e dalle OOSS della medicina convenzionata

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2122 del 19 novembre 2013](#)

Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2145 del 25 novembre 2013](#)

Nomina del Coordinamento regionale per le Cure Palliative e la Lotta al Dolore - Istituzione e nomina della Commissione Regionale per le Cure Palliative e la Lotta al Dolore. Assegnazione e impegno finanziamento a favore dell'Az. ULSS n. 4 per l'attività di supporto tecnico-operativo al Coordinamento regionale

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2271, 10 dicembre 2013](#)

Nuove disposizioni in tema di "Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario

[Deliberazione della Giunta Regionale n.1104 del 1 luglio 2014](#)

Individuazione del Sistema Epidemiologico Regionale - SER - quale struttura tecnica di riferimento per la gestione del Flusso Informativo delle Cure Domiciliari di cui alla DGR n. 2372 del 29.12.2011 anche nella sua integrazione con il flusso delle Cure Palliative ed in particolare con il Flusso Hospice di cui alla DGR n. 2851 del 28.12.2012".

[Decreto del Direttore dell' Area Sanità e Sociale n. 74 del 9 aprile 2014](#)

Costituzione gruppo tecnico per la realizzazione del modello assistenziale di rete in materia di terapia del dolore all'interno della rete ospedaliera

Approfondimenti

Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "[Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Anno 2012](#)", Ministero della Salute, Roma 2013.

Rapporto SER "[Le cure domiciliari nella Regione del Veneto - Anni 2012-2013](#)", ottobre 2014 (in www.ser-veneto.it).

Sito web dedicato alle cure intermedie: <http://cureintermedie.regione.veneto.it/>

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Settore Strutture di Ricovero Intermedie e Integrazione Socio-Sanitaria
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia
Telefono: 041 2793537-3538-3408 Fax: 041 2791367
e-mail: cureintermedie@regione.veneto.it

5.6 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. 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 (...).

(Paragrafo 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).

La disabilità provocata dalle malattie mentali e i relativi costi è circa il doppio di quella del cancro ed è maggiore di quella delle malattie cardiovascolari (indicatore DALYs – OMS). La prevalenza annuale dei disturbi mentali nella popolazione generale italiana è dell'8% circa (Ministero della Salute).

Nel 2014 sono stati 66.880 i cittadini che si sono rivolti ai Dipartimenti di Salute Mentale del Veneto, con una prevalenza di 163,3 persone ogni 10.000 abitanti di età superiore a 17 anni residenti nel Veneto.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale e si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione. Il DSM è un dipartimento strutturale transmurale (ospedaliero e territoriale), dotato di autonomia tecnico-organizzativa, formalmente istituito in tutte le Aziende ULSS della Regione Veneto per coordinare sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche e private convenzionate dell'assistenza psichiatrica.

L'utenza psichiatrica

Gli utenti psichiatrici assistiti negli ospedali o nei servizi territoriali (ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali extra-ospedalieri) del Veneto nel 2014 sono 66.880: in rapporto alla popolazione d'età superiore a 17 anni, l'utenza è costituita da 163,3 persone ogni 10.000 residenti, con una certa variabilità territoriale (Tabella 5.11, in cui viene riportato anche una frazione di contatto, calcolata rapportando gli utenti che hanno

avuto accesso ai servizi psichiatrici di una determinata azienda Ulss alla popolazione residente nell'Ulss medesima).

Prevale il sesso femminile (57,0%), mentre la fascia di età prevalente è quella compresa tra i 45 e i 54 anni (23,4%), seguita da quella tra i 35 e i 44 anni (18,6%) e da quella tra i 55 e i 64 anni (17,9%).

Si precisa che anche nel 2014 l'Azienda ULSS 22 non ha fornito i dati relativi al flusso informativo dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale. Inoltre, considerato che i DSM di Padova e Verona sono dipartimenti ospedale-territorio-università integrati, i dati dell'Azienda ULSS 16 includono anche i dati ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera di Padova, mentre quelli dell'Azienda ULSS 20 includono anche i dati ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

Tabella 5.11 Utenti con almeno un contatto psichiatrico (sia territoriale che ospedaliero) nel 2014, per ULSS di contatto

Azienda ULSS di contatto	N. utenti	Utenti per 10.000 ab. > 17 aa
1-Belluno	1.662	155,0
2-Feltre	1.718	242,9
3-Bassano del Grappa	2.786	188,3
4-Alto Vicentino	2.710	175,4
5-Ovest Vicentino	2.340	158,6
6-Vicenza	3.771	143,0
7-Pieve di Soligo	3.271	181,3
8-Asolo	3.531	173,0
9-Treviso	5.510	160,2
10-Veneto Orientale	2.595	143,2
12-Veneziana	3.887	150,1
13-Mirano	3.779	167,5
14-Chioggia	1.364	235,7
15-Alta Padovana	3.885	185,0
16-Padova	9.171	222,7
17-Este	3.227	207,7
18-Rovigo	3.521	236,6
19-Adria	2.197	344,3
20-Verona	5.089	129,8
21-Legnago	1.954	151,3
22-Bussolengo	438	18,2
Veneto	66.880	163,3

Gli utenti assistiti nei servizi psichiatrici territoriali (ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali extra-ospedalieri) del Veneto nel 2014 sono 63.729, pari a 155,6 utenti per 10.000 residenti di età superiore a 17 anni, mentre gli utenti psichiatrici dimessi dagli

ospedali sono complessivamente 9.078, pari a 22,2 utenti per 10.000 residenti di età superiore a 17 anni. L'87% dell'utenza psichiatrica viene trattata solo nei servizi territoriali (Tabella 5.12).

Tabella 5.12 Utenti con almeno un contatto distinti per tipo di assistenza

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

Le patologie più frequenti tra tutti gli utenti psichiatrici (assistiti negli ospedali e/o nei servizi territoriali) sono le psicosi affettive (29,8%), le sindromi nevrotiche e somatoformi (25,6%) e la schizofrenia (22,7%): tra i maschi prevalgono la schizofrenia (26,8%), seguita dalle psicosi affettive (24,7%) e dalle sindromi nevrotiche e somatoformi (22,9%), mentre tra le femmine prevalgono le psicosi affettive (33,6%), seguite dalle sindromi nevrotiche e somatoformi (27,7%) e dalla schizofrenia (19,5%).

Le patologie più frequenti tra gli utenti dei Centri di Salute Mentale (CSM) sono le psicosi affettive (28,3%), seguite dalle sindromi nevrotiche e somatoformi (25,8%) e dalla schizofrenia (22,1%), mentre le patologie più frequenti tra gli utenti assistiti negli ospedali sono le psicosi affettive (36,0%), seguite dalla schizofrenia (27,9%) e dai disturbi della personalità e del comportamento (17,4%).

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 attraverso le classi di 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 medesimo o di una visita di controllo previsto da parte dell'equipe curante.

Le prestazioni erogate nel 2014 dai CSM ammontano a 815.979. Inoltre, vanno considerate le giornate di presenza presso strutture semiresidenziali che nel 2014 sono state 317.441 per 4.096 utenti, pari al 4,0% degli utenti dei servizi psichiatrici territoriali e le giornate di presenza nelle strutture residenziali, che sono state 684.636 per oltre 2.570 persone, pari al 3,7% degli utenti dei servizi psichiatrici territoriali.

L'attività ospedaliera

Nel 2014 si registrano 12.806 dimissioni dalle strutture psichiatriche ospedaliere (pubbliche e private) del Veneto, di cui il 78,2% effettuate dagli SPDC (servizi psichiatrici di diagnosi e cura), per un totale di 245.516 giornate di degenza, di cui il 59,2% dagli SPDC. Nel 18,6% dei casi la degenza è superiore ai 30 giorni (9,4% nel caso degli SPDC). Le riammissioni a 30 giorni dalla data di dimissione rappresentano il 16,8% negli SPDC e il 33,3% nelle strutture private accreditate, mentre quelle a 180 giorni rappresentano il 16,3% negli SPDC e il 34,7% nelle strutture private accreditate.

Nelle strutture del Veneto nel 2014 si registrano 375 TSO (trattamenti sanitari obbligatori), pari al 3,7% dei ricoveri per disturbi psichici nei reparti psichiatrici degli ospedali pubblici.

Le strutture

Nella nostra regione operano oltre 400 strutture territoriali psichiatriche, con circa il 70% rappresentato da strutture a gestione diretta delle Aziende ULSS. La gestione delle strutture "ambulatoriali" è per la quasi totalità della struttura pubblica, mentre la presenza del privato convenzionato si concentra nelle strutture residenziali. Oltre metà delle strutture psichiatriche territoriali sono residenziali e circa un quarto semi-residenziali.

I posti disponibili a livello territoriale sono in totale 3.760, dei quali oltre 2.100 residenziali e oltre 1.600 semi-residenziali. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, sono disponibili in Regione Veneto 928 posti letto, il 54% dei quali pubblici.

Il personale

Alla data del 31 dicembre 2014 risultavano operare nel Veneto 3.177 operatori equivalenti della salute mentale, ossia 7,8 operatori equivalenti ogni 1.000 abitanti d'età superiore a 17 anni, dei quali 341 psichiatri. Circa i 3/4 (2.161 operatori equivalenti) è dipendente di un'azienda ULSS.

La Figura professionale maggiormente rappresentata è quella dell'infermiere (36,4%), seguita dagli OTA/OSS (31,0%), dagli psichiatri (10,7%), dagli educatori (7,6%), dagli psicologi (4,3%) e dagli assistenti sociali (2,4%).

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Settore Tutela Salute Mentale

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

Telefono: 0412793490

e-mail: salutementale@regione.veneto.it

5.7 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;*
- b) la gestione dell'inserimento in comunità, su provvedimento dell'Autorità giudiziaria, di minori e giovani adulti tossicodipendenti e/o affetti da disturbi psichici;*
- c) la dismissione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), prendendo in carico nel territorio della nostra Regione attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale gli internati veneti dimessi dagli OPG.*

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

Nel Veneto al 31 dicembre 2014 nei 9 Istituti di Pena per adulti (uno per capoluogo di provincia, due a Padova e due a Venezia), con una capienza regolamentare complessiva di 1.956 posti, erano presenti 2.475 detenuti (494, ossia il 16,6% in meno rispetto al 31 dicembre 2013), con un tasso di sovraffollamento pari al 26,5% (rispetto al 40% del 2013); inoltre, nel corso del 2014 si sono registrati 2.457 nuovi ingressi. I detenuti nelle carceri venete rappresentano il 4,6% del totale dei detenuti in Italia; il 95,2% sono maschi, il 21,9% sono giovani fino ai 29 anni di età, il 55% è di nazionalità straniera e il 72,1% sta scontando una condanna definitiva.

Nell'Istituto Penale per Minorenni di Treviso, alla stessa data erano presenti 10 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 1 gennaio 2000 per effetto del Decreto Legislativo 230/99. Tutte le altre funzioni sanitarie finalizzate a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) erogati 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 giugno 2008 per effetto del DPCM 1 aprile 2008.

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

- o il sovraffollamento degli istituti penitenziari (in sensibile diminuzione);
- o le condizioni igienico-sanitarie;
- o la presenza di extracomunitari;
- o la presenza di tossicodipendenti (circa il 30%);

- o la tutela della salute mentale in carcere: l'assistenza psichiatrica è assicurata in tutti gli istituti, ma risulta generalmente insufficiente la gestione dei disturbi mentali per i quali si renda necessaria un'osservazione prolungata e una presa in carico continuativa;
- o la somministrazione dei farmaci, con il conseguente rischio di accumulo e utilizzo improprio da parte dei detenuti;
- o le risorse finanziarie trasferite dallo Stato, inferiori ai costi reali (circa 2 milioni di Euro in meno l'anno);
- o i LEA: quelli garantiti dall'Amministrazione penitenziaria prima del trasferimento delle funzioni erano superiori (es. farmaci ormonali per transessuali; protesi dentarie)
- o l'inquadramento del personale trasferito: rimangono ancora alcune questioni aperte derivanti dal trasferimento del personale alle Aziende ULSS;
- o la piena e leale collaborazione interistituzionale: per certi aspetti la criticità principale, che deriva dalla difficoltà di dialogare tra due mondi (sanitario e penitenziario) con organizzazioni, regole, culture, principi distinti e spesso in contrasto.

I detenuti assistiti negli istituti penitenziari del Veneto nel 2014 sono stati 5.436, dei quali 2.979 presenti al 01/01/14 e 2.457 nuovi ingressi nel corso dell'anno. La maggior parte sono reclusi negli istituti penitenziari di Padova, Verona e Venezia (Tabella 5.13).

Tabella 5.13 Detenuti assistiti, Veneto, anno 2014

Sedi penitenziarie	N. detenuti al 1° gennaio	N. Nuovi Ingressi	Totale assistiti
Belluno - ULSS 1	98	72	170
Vicenza - ULSS 6	307	282	589
Treviso - ULSS 9	231	287	518
Venezia - ULSS 12	335	473	808
Padova - ULSS 16	1.095	533	1.628
Rovigo - ULSS 18	84	108	192
Verona - ULSS 20	829	702	1.531
Totale	2.979	2.457	5.436

Il personale sanitario che opera negli istituti penitenziari del Veneto al 31 dicembre 2014 è costituito da 138 operatori per 14.894 ore mensili, con un aumento di 28 unità per 3.570 ore mensili rispetto a settembre 2008 quando il personale è effettivamente transitato dall'Amministrazione penitenziaria alle aziende ULSS (Tabella 5.14).

Per migliorare la gestione dei disturbi mentali per i quali si renda necessaria un'osservazione prolungata e una presa in carico continuativa, è stato attivata dal 1° marzo 2012 una Sezione di osservazione psichiatrica presso la Casa circondariale di Verona con una disponibilità di 5 posti. Nel 2014 sono stati sottoposti ad osservazione psichiatrica 39 detenuti per un totale di 739 giornate (Tabella 5.15).

Tabella 5.14 Personale sanitario nelle carceri venete

Figura professionale	30/09/2008		31/12/2014		Δ	
	N.	Hr/mese	N.	Hr/mese	N.	Hr/mese
Medici incaricati (L. 740/1970)	12	915	11	871	-1	-44
Medici SIAS	46	4.808	49	5.962	3	1.154
Medici dipendenti	0	0	4	607	4	607
Psicologi di ruolo	0	0	2	123	2	123
Psicologi a contratto	0	0	3	75	3	75
Infermieri di ruolo	2	288	33	3.230	31	2.942
Infermieri a contratto	47	4.864	33	3.656	-14	-1.208
Educatori professionali	0	0	1	158	1	158
Assistenti sanitari	0	0	1	53	1	53
Operatori socio sanitari	0	0	1	158	1	158
Personale ausiliario a contratto	3	448	0	0	-3	-448
Totale	110	11.323	138	14.893	28	3.570

Tabella 5.15 Detenuti presso la Sezione di Osservazione Psichiatrica di Verona

Istituto Penitenziario di Provenienza	2012		2013		2014	
	N. detenuti	N. giornate di permanenza	N. detenuti	N. giornate di permanenza	N. detenuti	N. giornate di permanenza
Veneto	34	596	37	649	34	615
Friuli V.G.	2	43	2	29	1	20
Prov. Bolzano	3	60	2	40	1	14
Prov. Trento	2	44	1	24	3	90
Totale	41	743	42	742	39	739

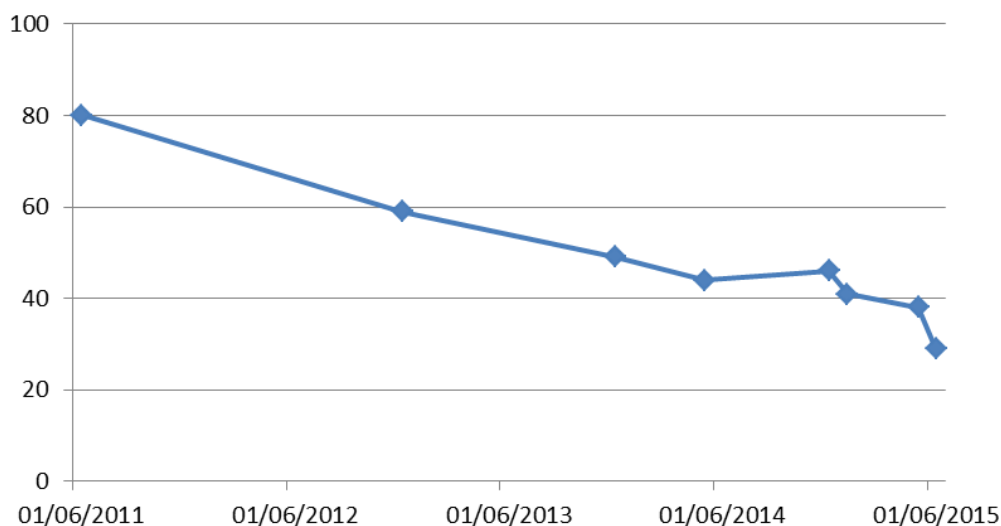
Dismissione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)

Il DPCM 1° aprile 2008 ha stabilito, tra le altre cose, il trasferimento dall'Amministrazione Penitenziaria alle Regioni delle funzioni sanitarie svolte negli OPG. In sostanza, è prevista la restituzione ad ogni Regione Italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori 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 marzo 2015. Alla data del 31/12/2014 gli internati veneti in OPG sono 46 (Figura 5.14).

Per dare attuazione alla dismissione degli OPG la Regione del Veneto ha attivato una serie di iniziative tra cui l'apertura di una struttura intermedia per pazienti psichiatrici autori di reato con sede a Ronco all'Adige (VR), dotata di 18 posti letto, nonché la realizzazione di una struttura residenziale sanitaria per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) con sede a Nogara (VR) presso il Centro Sanitario Polifunzionale "F.

Stellini", dotata in totale di 40 posti letto. La Figura 5.14 illustra il trend del processo di dimissione dagli OPG dei residenti veneti: da 80 al 1° giugno 2011 a 29 al 15 giugno 2015.

Figura 5.14 –Trend del processo di dimissione dagli OPG dei residenti veneti



Minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico

Il DPCM 1° aprile 2008 ha trasferito alle Regioni e PA dal 1° gennaio 2009 il pagamento delle rette per gli inserimenti in comunità su provvedimento dell'Autorità Giudiziaria di minori e giovani adulti con problemi di tossicodipendenza/tossicofilia e/o disagio psichico che hanno commesso reati, di cui all'articolo 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272. Nel 2014 si sono registrati 12 casi di questo genere per un totale di 2.263 giornate di inserimento in comunità, il 47,5% delle quali fuori regione. Le aziende ULSS interessate sono complessivamente 7 (Tabella 5.16).

Tabella 5.16 Inserimento in comunità di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico. Veneto, anni 2010-2014

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

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Tutela Salute Mentale

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

Telefono: 0412793414

e-mail: salutementale@regione.veneto.it

5.8 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. ("Area Disabilità" (pagine 103-105) e "Rete di Riabilitazione" (pagine 70-72)).

Quadro di sintesi

Gli Istituti ex art.26 rappresentano, secondo le indicazioni della legge istitutiva del SSN 833/78, delle 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 obbligatorio che raccoglie informazioni sui pazienti seguiti da tali centri, sulle loro diagnosi e disabilità, sui trattamenti erogati e sulle risorse impiegate, 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 si dedicano in modo particolare, anche se non esclusivo, alla riabilitazione complessa e multidisciplinare delle persone con disabilità in età pediatrica, con diagnosi neuropsichiatrica e disabilità multiple (soprattutto del comportamento, locomotorie e circostanziali). L'attività, sia in termini di pazienti seguiti che di attività effettuate, è in continuo aumento.

192

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 che vengono effettuate attorno alla persona, fino alla sua 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 e che può essere caratterizzato da un susseguirsi di cicli diversi, sia per intensità assistenziale, che per regime di trattamento. Le strutture del Servizio Sanitario Nazionale che erogano prestazioni di tipo riabilitativo nella Regione Veneto, possono essere:

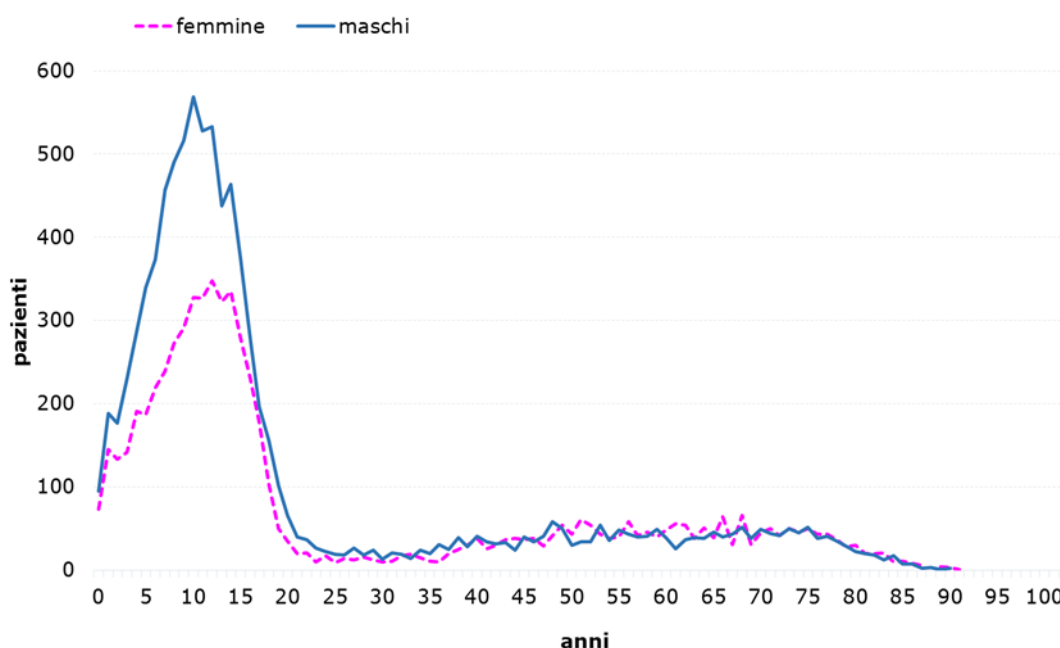
- ospedaliera in reparti intensivi (unità spinali e di neuro-riabilitazione);
- ospedaliera in reparti estensivi (recupero e riabilitazione funzionale o lungodegenza);
- territoriali;
- ex art. 26 L.833/1978, dedicate alla riabilitazione intensiva.

Nel 2014 in Veneto si trovano vari centri ex art.26: Istituto Pio XII (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); Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare (UILDM) di Padova e Verona; Centro Claudio Santi (VR); Arep di Villorba di Treviso. Il numero totale dei pazienti seguiti dai centri nel corso del 2014 è pari a 15.671 (il 57,8% maschi).

Il 68,8% dei casi ha meno di 18 anni e il 37,9% da 0 a 10 anni. Tra i 5 e i 15 anni d'età si evidenzia una netta prevalenza di pazienti di genere maschile rispetto allo stesso gruppo di età femminile (Figura 5.15).

Figura 5.15 Distribuzione dei pazienti presi in carico nei Centri ex art. 26, per classe di età e genere. Veneto, anno 2014



Il 71,5% dei pazienti risiede nella stessa Azienda ULSS di locazione del servizio; il restante 28,5% si rivolge ad una struttura posta in un'Azienda ULSS diversa da quella di residenza. Il tasso complessivo di ricorso alla riabilitazione convenzionata risulta di 0,32 su 100 residenti, con un range tra 0,06 e 1,15 tra le aziende Ulss. Il tasso per la fascia d'età "0-17 anni" è pari all'1,29 su 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 15.671 casi seguiti dalle strutture riabilitative, si giunge ad un numero di diagnosi pari a 20.112.

Il gruppo nosologico in assoluto più rappresentato (Figura 5.16) risulta essere quello relativo ai disturbi psichici con 7.064 diagnosi pari al 35,1% del totale delle diagnosi dichiarate, seguono le malattie del sistema nervoso con 4.801 diagnosi (23,9%), le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo con 2.301 diagnosi (11,4%) e le malformazioni congenite con 1.579 (7,6%). Il numero totale delle disabilità seguite dai centri convenzionati è pari a 18.276 (Figura 5.17). Le disabilità maggiormente

rappresentate sono quelle relative alla locomozione (18,1%), al comportamento (9,2%), circostanziali (8,6%) e all'assetto corporeo (6,3%).

Figura 5.16 Distribuzione percentuale dei macro-gruppi di patologia, Veneto, anno 2014

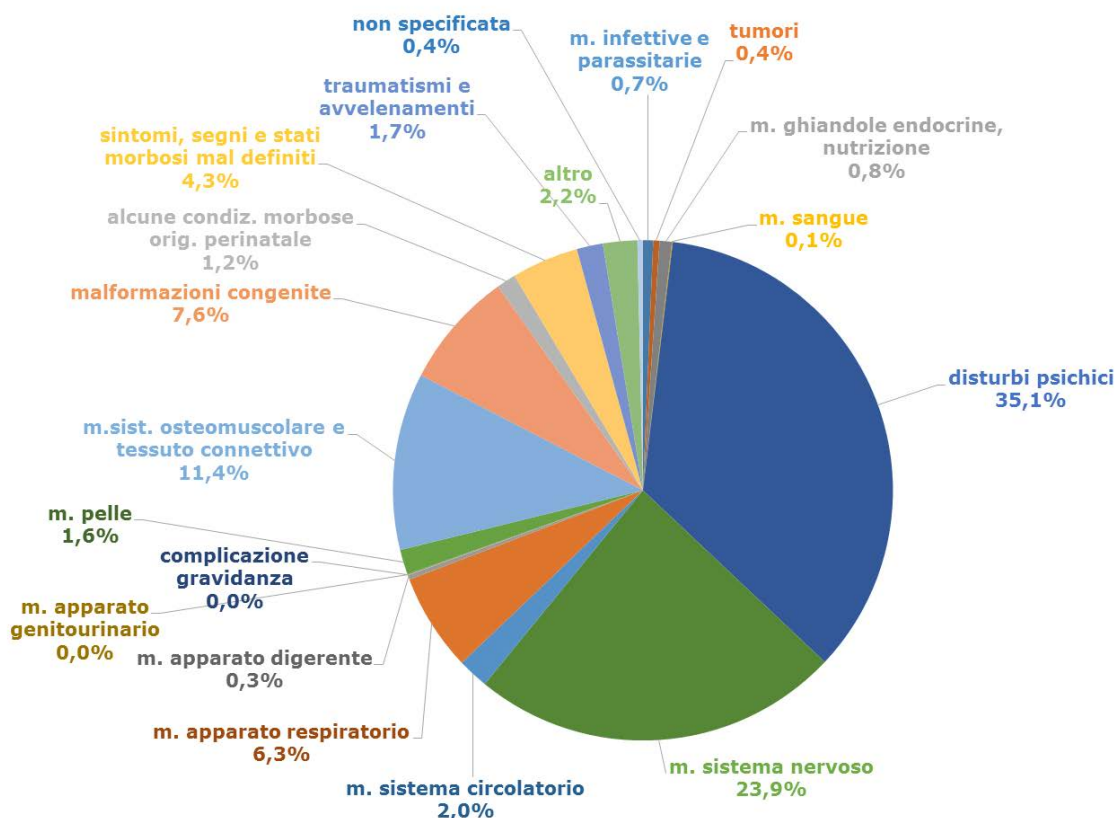
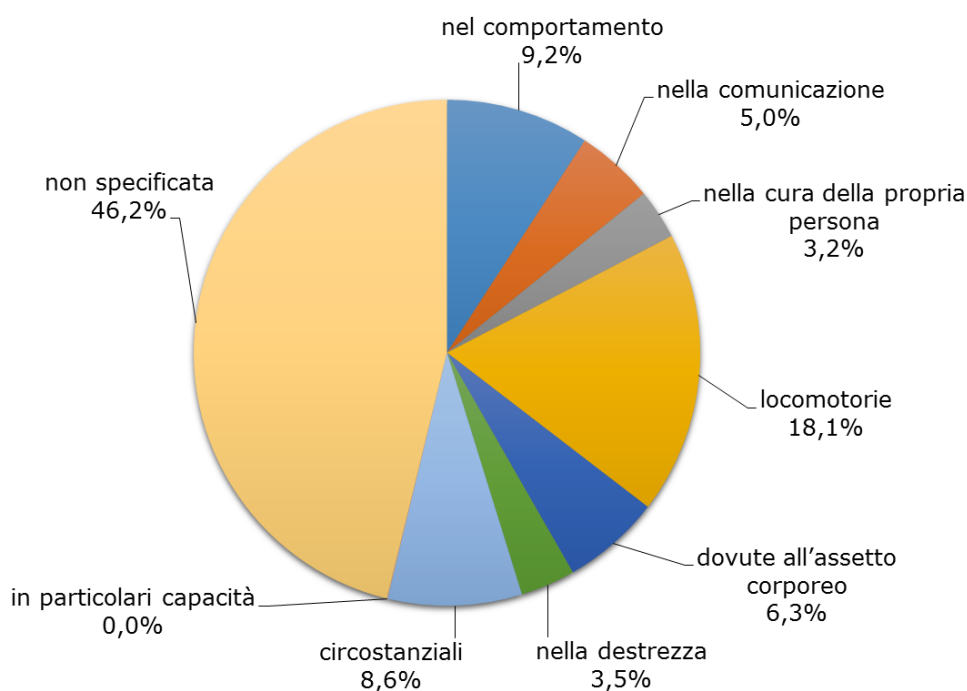
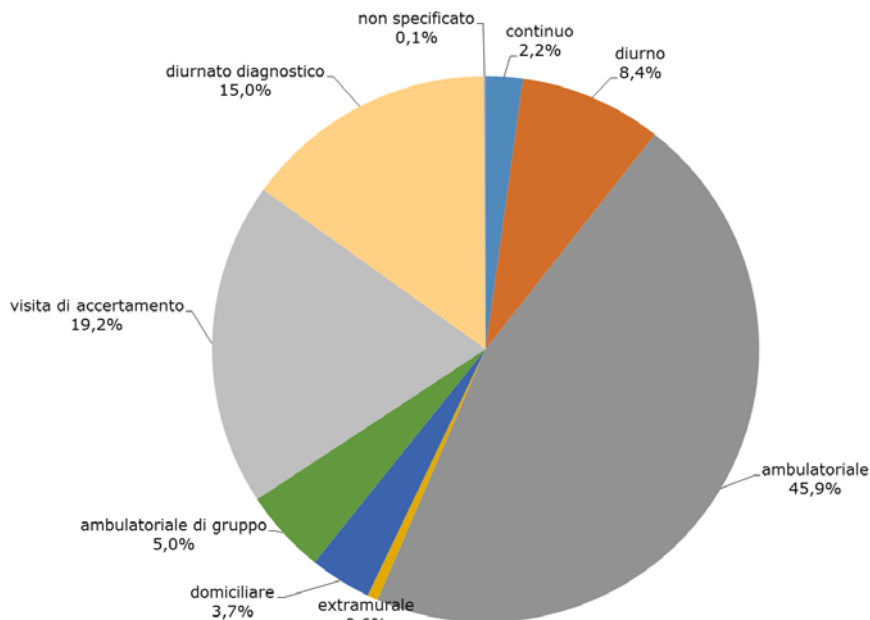


Figura 5.17 Distribuzione percentuale delle categorie di disabilità, Veneto, anno 2014



La Figura 5.18 presenta la distribuzione delle tipologie di trattamento effettuato. La maggior parte dei trattamenti sono effettuati in regime ambulatoriale (45,9%), nel 19,2% dei casi viene effettuata una visita di accertamento e nel 15% un diurnato diagnostico.

Figura 5.18 Distribuzione delle tipologie di trattamento, Veneto, anno 2014



Il numero totale di prestazioni erogate ai 15.671 pazienti seguiti dalle strutture convenzionate ex art.26 è di 476.945. L'indice di prestazione per residente complessivo in riferimento all'età pediatrica si attesta intorno allo 0,78 prestazioni per residente, mentre quello per l'età adulta allo 0,08. Il 67% dei pazienti è stato preso in carico effettuando un unico regime di trattamento, il 23,1% due regimi, il 7,8% tre ed il 2% quattro o più regimi di trattamento. Le attività possono essere anche molto complesse per alcuni pazienti che presentano più disabilità complesse, soprattutto della popolazione pediatrica. Le risorse impiegate totali sono dell'ordine di più di 27 milioni di euro per l'anno 2014. Il costo medio per paziente è di 1.816,17 euro, il costo mediano di 685,10 euro e il range di costo va da 50 a 55.000 euro, a conferma della complessità di alcuni pazienti. In conclusione, si conferma un aumento di attività generale dei Centri ex art.26, sia in termini di casistica che di attività.

Approfondimenti

Rapporto tecnico attività Programma regionale della Patologia in Età Pediatrica, 2014

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

6. Interventi in ambito socio-sanitario: impegnative di cura domiciliare e residenzialità extra ospedaliera

6.1 Impegnative di cura domiciliare

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

Obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante del PSSR è favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio. In questo contesto, rappresentano azioni prioritarie della programmazione regionale il consolidamento dei contributi economici ed assegni di cura, quale supporto alla famiglia che sostiene il carico assistenziale della persona non autosufficiente.

(Paragrafo 3.1.3 pag. 52, Paragrafo 3.5.4 pag. 102)

Quadro di sintesi

Con la deliberazione della Giunta regionale nr. 1338 del 2013 la Giunta regionale ha istituito l'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD). Con il provvedimento programmatico ha inteso riunire 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.

A due anni dall'entrata in vigore del nuovo strumento, è possibile tracciare alcuni dati di output riferiti al complesso delle prestazioni erogate nel corso dell'intero 2014, che vengono raggruppati per i seguenti temi: rispondenza numerica alla programmazione del 2013; dati anagrafici dei beneficiari; motivi di chiusura; valori medi delle valutazioni; considerazioni sull'ISEE a seguito della recente riforma.

Con la deliberazione della Giunta regionale nr. 1338 del 2013 la Giunta regionale ha istituito l'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD). Con il provvedimento programmatico ha inteso riunire 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 stata articolata in cinque categorie, ciascuna delle quali denominata con una lettera che ne indica la tipologia. L'ICDb è rivolta alle persone con basso bisogno assistenziale, rilevato attraverso una scheda di valutazione SVaMA (Scheda di Valutazione Multidimensionale Anziani) semplificata compilata a cura del Medico di Medicina Generale e dell'Assistente sociale, e con ISEE inferiore a 16.631,71 euro. L'ICDb ha un valore mensile fisso di 120,00 euro e viene istituita come conversione dall'Assegno di cura base a sua derivante da un contributo regionale previsto sin dal 1992 a favore delle famiglie che assistono a casa propria persone non autosufficienti.

L'ICDm deriva dall'Assegno di cura per l'assistenza domiciliare alle persone con malattia di tipo Alzheimer accompagnata da gravi disturbi del comportamento. Ha un importo mensile fisso di 400,00 euro ed è erogata a utenti con ISEE inferiore a 16.631,71 euro e con bisogno assistenziale medio valutato in UVMD attraverso la SVaMA ordinaria e con disturbo comportamentale certificato con il test NPI.

L'ICDa è rivolta a persone con gravissima disabilità e in condizione di dipendenza vitale, tra i quali i malati di SLA. Il valore del contributo è articolato sull'ISEE, il cui tetto massimo sale a 60.000,00 euro.

L'ICDp e l'ICDf sono rivolte alle persone con disabilità. L'ICDp traduce nel paniere i contributi per i progetti di aiuto personale e di autonomia personale, prevalentemente rivolti a persone con disabilità psichico intellettiva, mentre le ICDf sono a supporto dei progetti di vita indipendente. Gli importi economici di queste due tipologie variano in funzione delle progettualità. La presa in carico è subordinata a valutazione multidimensionale, con SVaMDi (Scheda di Valutazione Multidimensionale per persone con Disabilità), attualmente senza definizione di una soglia ISEE.

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.

Il confronto con la prima programmazione

L'istituzione dell'ICD ha da un lato "fotografato" la situazione relativa all'Assegno di cura e ai contributi domiciliari per le persone con disabilità, rilevando i dati relativi all'utenza e alle risorse impiegate. Dall'altro ha inteso creare un contrappeso, soprattutto nell'area delle persone anziane, attraverso l'assegnazione di ulteriori obiettivi e risorse alle aziende ULSS con minore presenza di servizi residenziali rispetto alla media regionale. A tale proposito si è fatto riferimento alle conclusioni contenute nel Capitolo 4 del "Libro bianco del Servizio socio sanitario della Regione del Veneto 2001 – 2009. Le politiche socio-sanitarie. Parte prima. I servizi per le persone anziane non autosufficienti. ARSS 2011"¹. I seguenti grafici mostrano i trend, per ULSS, relativi all'utenza delle ICD nel 2013 e nel 2014 in confronto con i numeri programmati dalla DGR 1338/2013. Il numero di utenti è espresso in termini di utenti equivalenti a 12 mesi.

Per quanto riguarda le ICDb, l'utilizzo medio regionale sale di 5 punti percentuali. Con un numero di utenti equivalenti attivi nel 2014 pari a 19.032 su 19.444 previsti dalla DGR 1338/2013.

Per quanto riguarda le ICDm, invece, decresce di 8 punti e rimane molto basso in alcuni territori regionali. Il numero di utenti equivalenti è stato di 3.343 unità su un totale previsto di 5.000.

Per le ICDa rimane variabile tra ULSS, ma comunque prossimo al 100% regionale, il tasso di utilizzo (699 utenti equivalenti su una previsione di 729).

¹ La pubblicazione è consultabile in <http://extraospedaliero.regione.veneto.it/pubblicazioni>.

Figura 6.1 ICDB – Utenti assegnati su utenti programmati. Anni 2013 e 2014

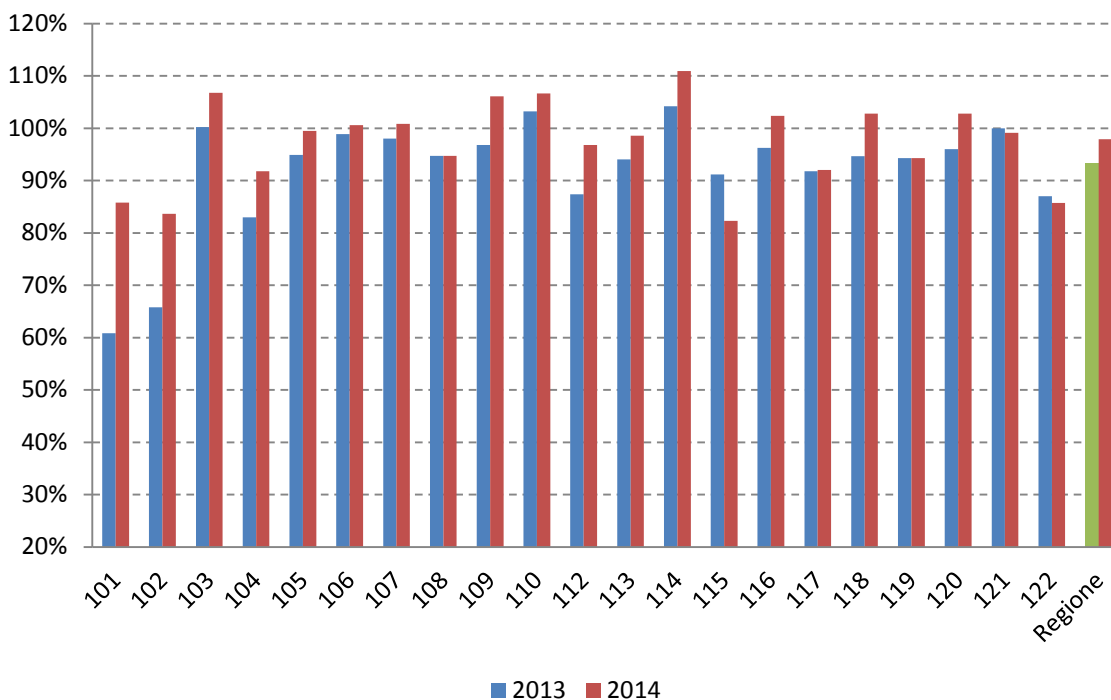


Figura 6.2 ICDm - Utenti assegnati su utenti programmati. Anni 2013 e 2014

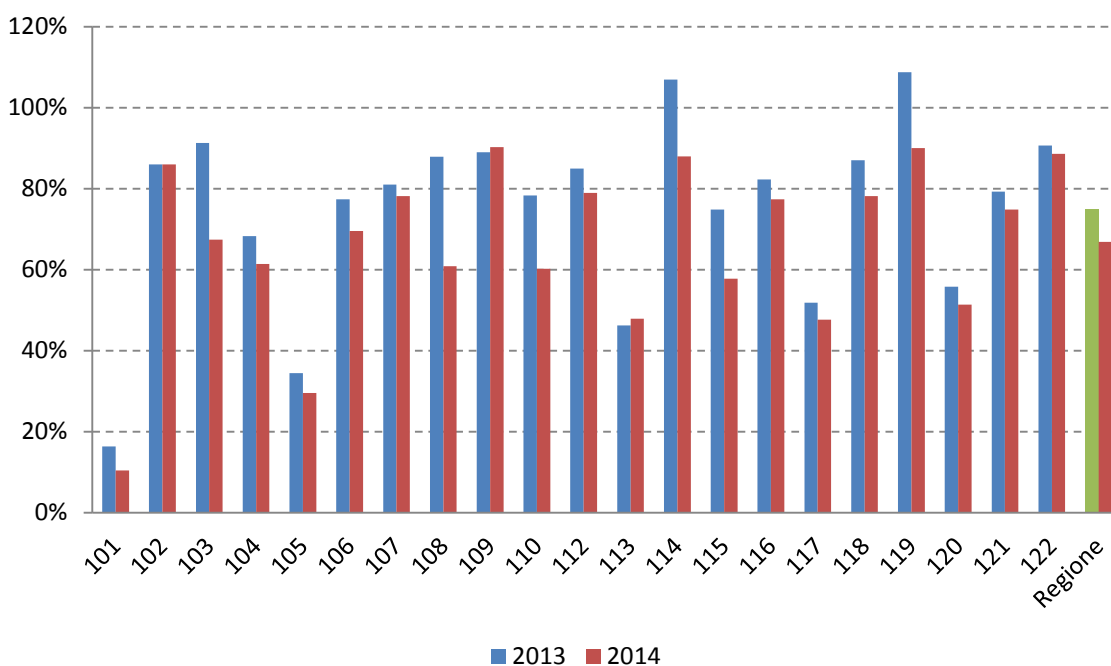
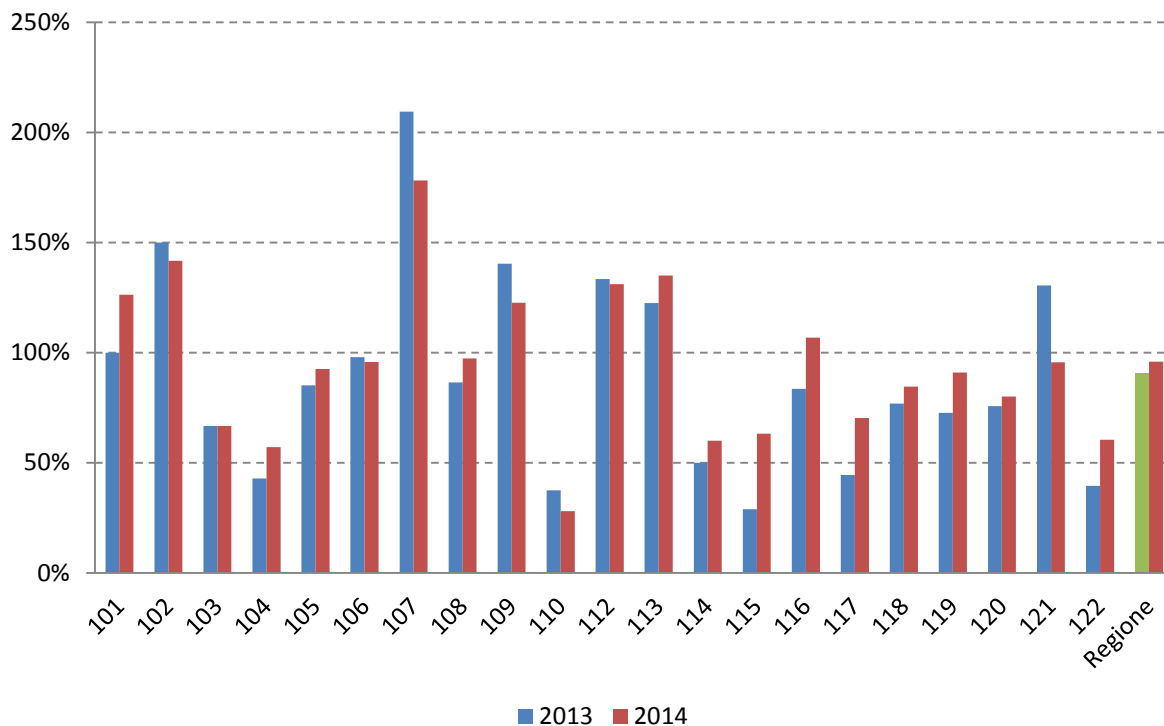


Figura 6.3 ICDA - Utenti assegnati su utenti programmati. Anni 2013 e 2014



I dati relativi alle ICDp e alle ICDf sono rappresentati nella Tabella 6.1, intendendo per “Soggetti” il numero di persone prese in carico, per “ICD” il numero di progetti attivati e per “Equivalenti” il numero di progetti attivati riportati a 12 mensilità.

Per le ICDp la ricognizione che aveva preceduto la DGR 1338/2013 aveva contato 3.148 progetti, per un valore medio mensile regionale pari a 225 euro (oscillante da un minimo di 32 a un massimo di 706 euro mensili erogati). Evidentemente l’ICD ha riequilibrato la situazione riducendo il numero di utenti ai quali viene mediamente assegnato un valore medio regionale di 408 euro.

Per le ICDf la medesima ricognizione aveva contato 1.061 utenti, per un valore medio erogato di 550 euro. Il numero di utenti equivalenti si contrae lievemente, e il valore medio mensile erogato sale nel 201 a 600 euro.

Tabella 6.1 Utenti e progetti attivati per Azienda ULSS e tipologia di ICD. Veneto, anno 2014

Ulss	ICDp			ICDf		
	Soggetti	ICD	Equivalenti	Soggetti	ICD	Equivalenti
101	25	25	17	45	45	35
102	18	18	2	31	31	30
103	89	89	83	27	27	26
104	86	86	86	23	23	23
105	76	76	43	27	27	26
106	143	143	107	73	72	62
107	18	18	16	22	22	18
108	187	187	178	42	42	39
109	132	132	71	86	86	79
110	116	116	35	52	52	52
112	43	43	27	101	101	97
113	51	51	46	81	81	78
114	17	17	11	19	19	18
115	47	47	37	50	50	50
116	99	99	99	99	99	97
117	35	35	32	52	52	40
118	76	76	70	29	29	26
119	53	53	53	18	18	18
120	76	76	59	84	84	73
121	55	54	47	25	25	23
122	170	170	146	51	51	51
Totale	1.612	1.611	1.262	1.037	1.036	959

Dati anagrafici dei beneficiari

Gli utenti delle ICDb sono prevalentemente maschi fino al 74° anno di età, sostanzialmente equivalenti tra i 75 e gli 84 anni, mentre la classe degli over 85 è prevalentemente femminile. La presa in carico degli uomini è più diluita per età, mentre per le donne avviene maggiormente a partire dal 75° anno.

Anche per le ICDm la prevalenza femminile si rileva negli over 85. Trattandosi di un intervento rivolto a persone con demenza, la crescita è più ripida verso l'età anziana.

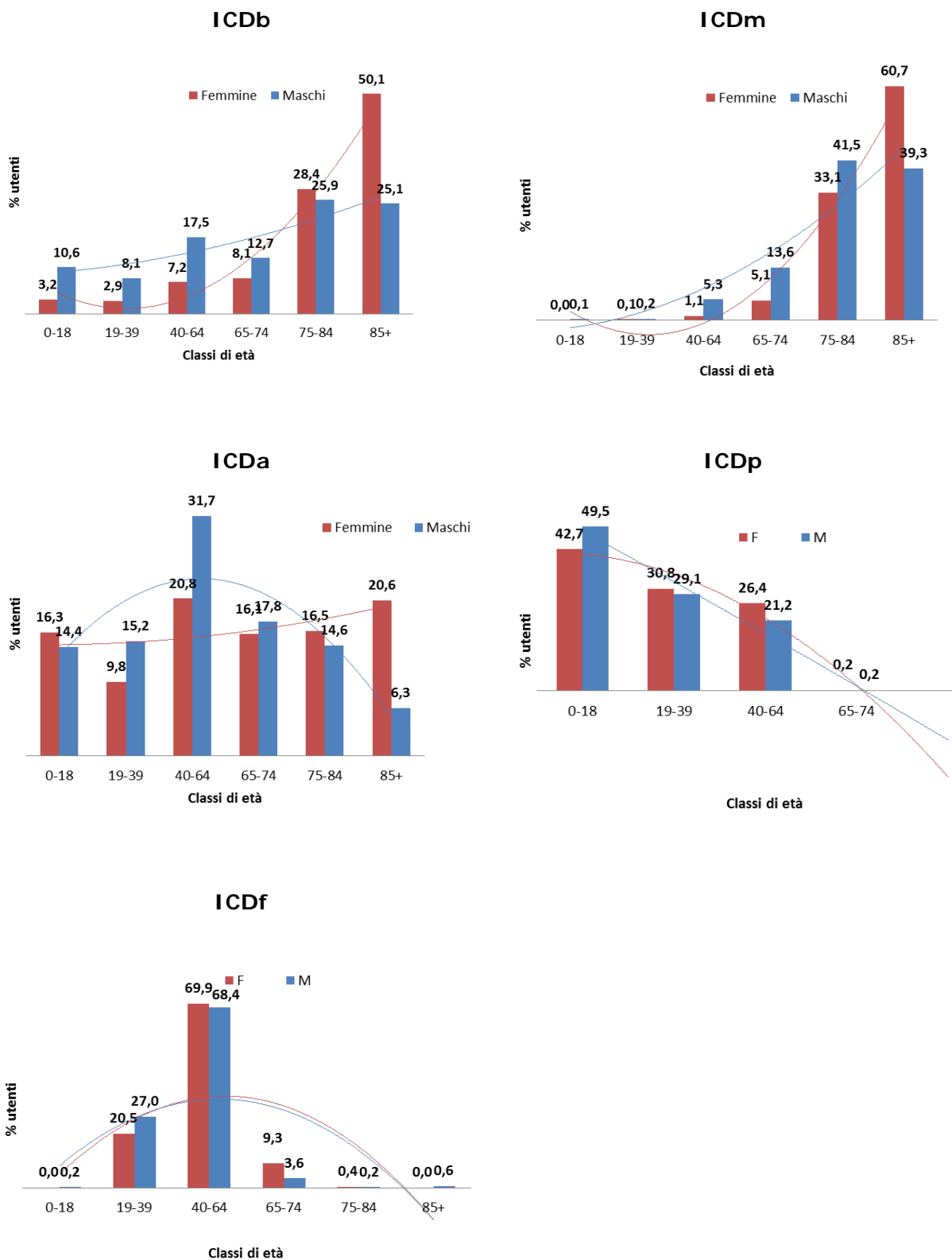
Di diverso tenore sono invece le curve dei beneficiari di ICDA, per i quali sarà opportuno individuare un indicatore di appropriatezza per la fascia over 85.

Per le ICDp è prevalente la presa in carico di minori con disabilità. Oltre la metà dell'utenza è invece concentrata nelle classi 19-39 e 40-64.

Gli utenti di ICDf si concentrano nella fasce dell'età lavorativa, con prevalenza della classe 40-64. Si rileva una fascia 65-74, conforme alle disposizioni regionali per le quali sono ammesse queste progettualità anche per utenti "anziani", purché l'avvio sia avvenuto prima del compimento dei 65 anni².

² A tal proposito si veda il decreto del Direttore generale dell'Area Sanità e sociale n. 173 del 31 dicembre 2013, in <http://icd.regione.veneto.it/la-dgr-1338-2013/decreti>.

Figura 6.4 Utenti delle ICD per tipologia, classi di età e genere. Veneto, anno 2014



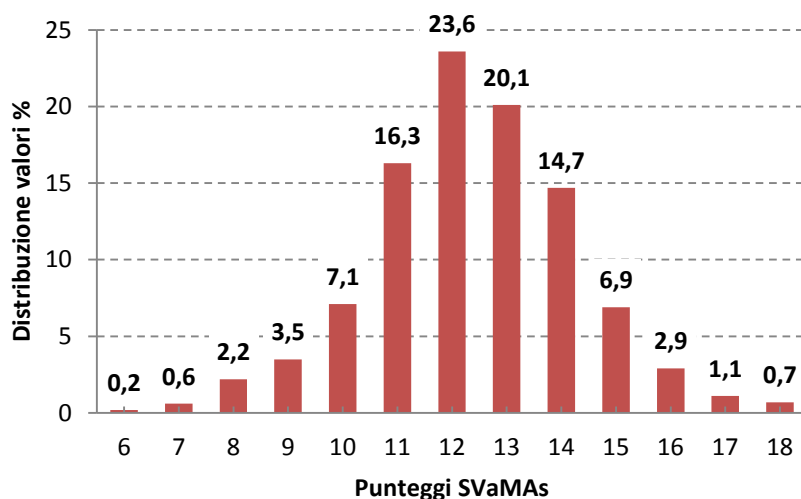
Le valutazioni multidimensionali per le ICD

La scheda di valutazione per l'ICDb è la SVaMA semplificata, compilata dal MMG e dall'Assistente sociale, senza la necessità di ulteriore valutazione in UVMD. La SVaMA semplificata raccoglie le informazioni sulle patologie principali che concorrono a determinare la situazione di non autosufficienza e prevede l'attribuzione di punteggi da 1 a 3 in ragione della maggiore compromissione nei seguenti domini già presenti nella SVaMA ordinaria: situazione cognitiva; problemi comportamentali; situazione funzionale; scala di Barthel per la mobilità; misurazione delle necessità di assistenza sanitaria; supporto della rete sociale (in questo caso il punteggio viene formulato per privilegiare le situazioni in cui la persona può disporre di un buon supporto della rete sociale per l'assistenza domiciliare).

Il punteggio perciò viene espresso in una scala compresa tra 6 e 18 punti.

L'esito delle valutazioni compiute nel corso del 2014 è rappresentato dal seguente grafico.

Figura 6.5 ICDb – Distribuzione punteggi SVaMA semplificata. Veneto, anno 2014



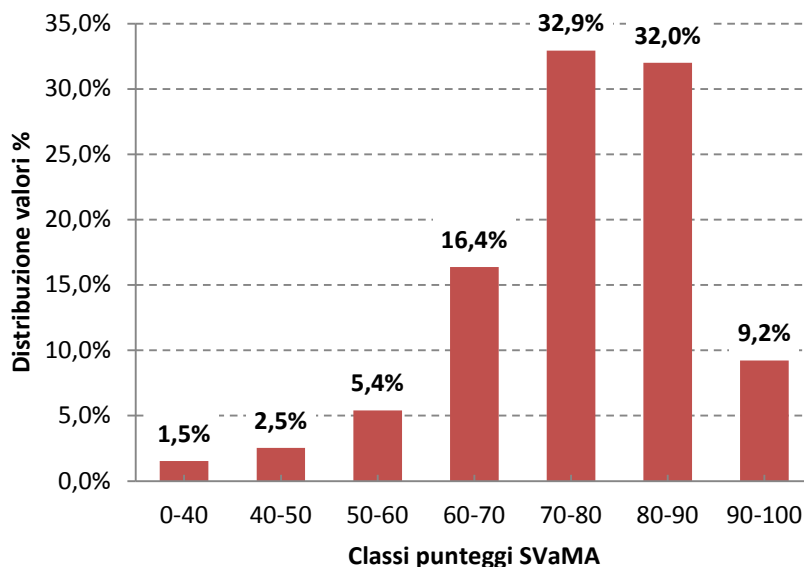
La lettura della curva porta a formulare due considerazioni sulle code. A sinistra viene rappresentata una presa in carico probabilmente impropria, per la quale il meccanismo delle graduatorie non ha sufficientemente operato con selettività consentendo l'accoglimento di utenti con valori molto bassi. Si rende perciò opportuno valutare l'introduzione di una soglia minima pari ad almeno 10 punti.

A destra si collocano (con punteggio maggiore o uguale a 16) le situazioni di particolare gravità e bisogno, per le quali dovrebbe essere rivista la definizione di basso bisogno assistenziale, individuando un possibile strumento per l'eventuale attribuzione di ICDm anche in assenza di demenza con disturbi del comportamento. Il numero di tali utenti è pari a circa 1.000 unità.

Per quanto riguarda le ICDm si rappresentano con il seguente grafico i valori dei punteggi SVaMA, i cui valori sono in linea con quelli delle SVaMA per l'accesso alla residenzialità

extraospedaliera, per le quali, si ricorda, il valore soglia minimo è stato fissato dalla programmazione regionale in 60 punti.

Figura 6.6 ICDm – Distribuzione punteggi SVaMA. Veneto, anno 2014



Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1338 del 30 luglio 2013](#)

Revisioni delle prestazioni costituenti LEA aggiuntivi regionali (cd. extra-LEA) in ambito socio-sanitario. Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (DGR 154/CR del 24 dicembre 2012 e DGR 37/CR del 3 maggio 2013).

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 164 del 20 febbraio 2014](#)

Impegnativa di Cura Domiciliare. Approvazione degli esiti istruttori per l'anno 2013, ai sensi della DGR 1338 del 30 luglio 2013.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1804 del 6 ottobre 2014](#)

Disposizioni in materia SVaMDi di cui alla DGR 2960/12. Approvazione del documento "Linee Guida per la codifica ICF e compilazione della Scheda di valutazione multidimensionale SVaMDi" e del programma operativo di implementazione ed estensione dello strumento.

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Strutture di ricovero intermedie e integrazione socio-sanitaria
 Rio Novo Dorsoduro - 3493 - 30123 Venezia
 Telefono 041 2793538
 e-mail: cureintermedie@regione.veneto.it

6.2 La 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. (Paragrafo 3.1.3, pagine 54-55).

Quadro di sintesi

Gli utenti ricoverati presso i Centri servizio per persone anziane non autosufficienti della Regione del Veneto al 31/12/2014 sono 24.963, in prevalenza donne (76,6%). L'età media è di 84,6 anni (86,2 per le donne e 79,5 per gli uomini). L'84% degli utenti è ospitato in strutture di assistenza di primo livello.

I disturbi mentali e psicologici ed in particolare il morbo di Alzheimer costituiscono il principale motivo di istituzionalizzazione (rispettivamente il 42,8% ed il 34,1% dell'intera casistica).

La Regione del Veneto sostiene e accompagna l'età anziana con politiche che, nell'ultimo decennio, hanno prodotto una rete di interventi di sostegno sociale, economico, assistenziale, a domicilio, nei centri diurni e nelle residenze protette. Pur favorendo la domiciliarità, la Regione del Veneto sostiene e promuove anche le forme di risposta di tipo residenziale, tali da consentire a chi non è più in condizioni di vivere presso il proprio domicilio, di trovare soluzioni abitative che rispondano alle proprie esigenze, con particolare attenzione alle persone non autosufficienti.

Il centro servizio per persone anziane non autosufficienti è un servizio residenziale socio-sanitario che offre un livello di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera. Vengono individuate due unità di offerta ben distinte a seconda del carico assistenziale:

- assistenza di primo livello per persone anziane non autosufficienti con un ridotto-minimo bisogno assistenziale;
- assistenza di secondo livello per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale.

L'accesso al servizio richiede una valutazione multidimensionale delle condizioni della persona che viene effettuata da un'equipe multiprofessionale (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale) attraverso la compilazione della Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVaMA).

I dati presentati di seguito si riferiscono al flusso informativo regionale FAR (Flusso Informativo Assistenza Residenziale e Semiresidenziale per Anziani) del 2014. Nel corso del 2014 sono stati ricoverati complessivamente 35.838 utenti presso i Centri servizio per persone anziane non autosufficienti della Regione Veneto: di questi, al 31/12/2014, il

23,0% risulta deceduto e il 7,3% dimesso. A fine anno erano 24.963 i pazienti presenti nei Centri servizio (Tabella 6.2, Tabella 6.3) prevalentemente donne (76,6%), con una età media di 84,6 anni (86,2 per le donne e 79,5 per gli uomini). L'84% degli utenti è ospitato in strutture di assistenza di primo livello.

Tabella 6.2 Utenti in carico presso i Centri servizio per persone anziane non autosufficienti del Veneto al 31/12/2014 per tipologia assistenziale e genere (Fonte: Flusso FAR)

Tipologia assistenziale	Maschi	Femmine	Totale	% Totale
Primo livello	4.705	16.356	21.061	84,4
Secondo livello	1.127	2.773	3.900	15,6
Totale	5.832	19.129	24.961	100,0
% Totale	23,4	76,6	100,0	

Nota: per 2 pazienti non è noto il genere

Tabella 6.3 Età media, mediana, primo e terzo quartile per genere: utenti in carico presso i Centri servizio per persone anziane non autosufficienti del Veneto al 31/12/2014 (Fonte: Flusso FAR)

Genere	Media	Mediana	I° quartile	III° quartile
Maschio	79,5	81	74	87
Femmina	86,2	87	82	91
Totale	84,6	86	80	91

Le patologie prevalenti più frequenti, ricavate dalla valutazione multidimensionale più recente, sono le demenze (tra cui l'Alzheimer, presente in 39,2% degli uomini e 43,9% delle donne) e le malattie del sistema circolatorio (24,1% degli uomini e 21,5% delle donne, Figura 6.7 e Tabella 6.4).

Figura 6.7 Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Centri servizio per persone anziane non autosufficienti del Veneto al 31/12/2014 per patologia prevalente rilevata nell'ultima valutazione multidimensionale e genere (Fonte: Flusso FAR)

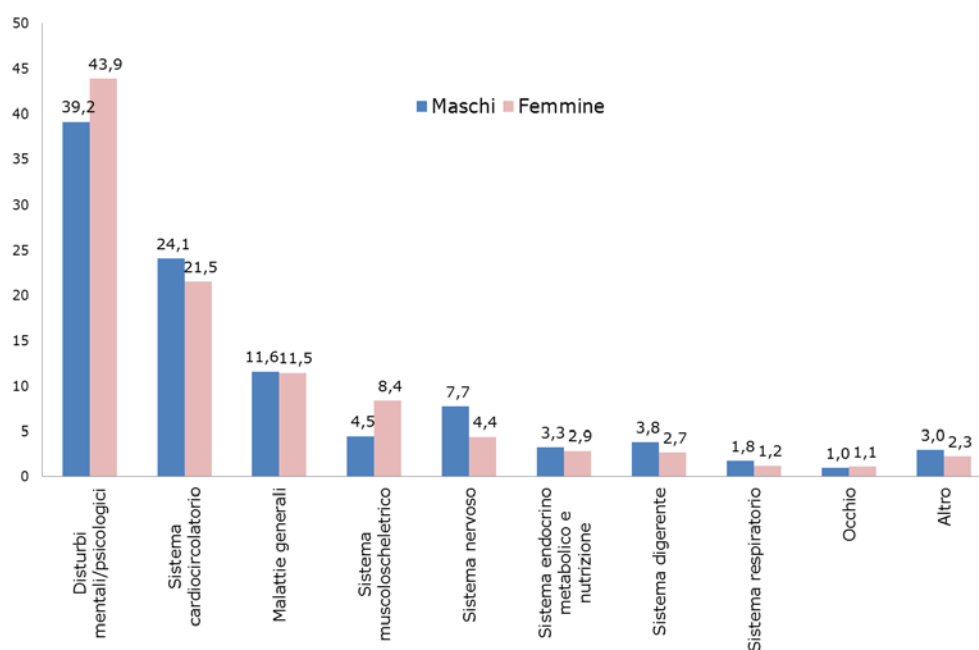


Tabella 6.4 Utenti in carico presso i Centri servizio per persone anziane non autosufficienti del Veneto al 31/12/2014 per patologia prevalente (ultima valutazione multidimensionale) e genere (Fonte: Flusso FAR)

Patologia prevalente - ultima valutazione	Maschi		Femmine		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
Disturbi mentali/psicologici	1.998	39,2	7.378	43,9	9.376	42,8
Demenza senile/Alzheimer	1.383	27,1	6.073	36,2	7.456	34,1
Schizofrenia tutti i tipi	148	2,9	223	1,3	371	1,7
Disturbi di memoria/concentrazione	45	0,9	214	1,3	259	1,2
Disturbo depressivo	37	0,7	219	1,3	256	1,2
Ritardo mentale	111	2,2	139	0,8	250	1,1
Altra psicosi organica	60	1,2	122	0,7	182	0,8
Psicosi affettiva	34	0,7	96	0,6	130	0,6
Abuso cronico di alcool	67	1,3	30	0,2	97	0,4
Altro disturbi mentali/psicologici	113	2,2	262	1,6	375	1,7
Sistema cardiocircolatorio	1.230	24,1	3.618	21,5	4.848	22,1
Colpo/accidente cerebrovascolare	398	7,8	880	5,2	1.278	5,8
Ipertensione coinvolgente organi bersaglio	211	4,1	835	5,0	1.046	4,8
Altre cardiopatie ischemiche/croniche	198	3,9	476	2,8	674	3,1
Insufficienza cardiaca	112	2,2	387	2,3	499	2,3
Fibrillazione atriale/flutter	84	1,6	303	1,8	387	1,8
Ipertensione non complicata	67	1,3	314	1,9	381	1,7
Infarto miocardico acuto	36	0,7	70	0,4	106	0,5
Altro sistema cardiocircolatorio	124	2,4	353	2,1	477	2,2
Malattie generali	591	11,6	1.926	11,5	2.517	11,5
Sindrome ipocinetica	460	9,0	1646	9,8	2.106	9,6
Altre malattie generali	131	2,6	280	1,7	411	1,9
Sistema muscoloscheletrico	229	4,5	1.415	8,4	1.644	7,5
Frattura femore	84	1,6	610	3,6	694	3,2
Altra frattura	36	0,7	161	1,0	197	0,9
Osteoartrosi dell'anca	17	0,3	100	0,6	117	0,5
Altro sistema muscoloscheletrico	92	1,8	544	3,2	606	2,9
Sistema nervoso	395	7,7	744	4,4	1.139	5,2
Altro sistema muscoloscheletrico Parkinsonismo	139	2,7	279	1,7	418	1,9
Epilessia tutti i tipi	37	0,7	73	0,4	110	0,5
Altro sistema nervoso	219	4,3	392	2,3	611	2,8
Sistema endocrino metabolico e nutrizione	168	3,3	483	2,9	651	3,0
Diabete mellito	152	3,0	390	2,3	542	2,5
Altro sistema endocrino metabolico e nutrizione	16	0,3	93	0,6	109	0,5
Sistema digerente	195	3,8	451	2,7	646	3,0
Cirrosi/altre malattie epatiche	55	1,1	58	0,3	113	0,5
Neoplasie maligne colon retto	31	0,6	66	0,4	97	0,4
Altro sistema digerente	109	2,1	327	1,9	436	2,0
Sistema respiratorio	90	1,8	209	1,2	299	1,4
Enfisema/BPCO	53	1,0	136	0,8	189	0,9
Altro sistema respiratorio	37	0,7	73	0,4	110	0,5
Occhio	50	1,0	189	1,1	239	1,1
Sistema urinario	57	1,1	97	0,6	154	0,7
Sangue/linfatici/milza	36	0,7	111	0,7	147	0,7
Sistema genitale	38	0,7	75	0,4	113	0,5
Orecchio	13	0,3	69	0,4	82	0,4
Cute e annessi	8	0,2	27	0,2	35	0,2
Altri	1	0,0	4	0,0	5	0,0
Totale	5.099	100,0	16.796	100,0	21.895	100,0

Sempre con riferimento alla valutazione multidimensionale più recente, il 40% degli utenti dei Centri servizio per persone anziane non autosufficienti presenta uno stato cognitivo deteriorato caratterizzato da confusione o stato stuporoso (Tabella 6.5); il 52%

è totalmente dipendente da terzi nelle attività di base e solo il 15,4% è autonomo o quasi (Tabella 6.6); sei su dieci non sono in grado di spostarsi (Tabella 6.7).

Tabella 6.5 Situazione cognitiva (valutazione più recente). Utenti in carico presso i Centri servizio per persone anziane non autosufficienti del Veneto al 31/12/2014 (Fonte: Flusso FAR)

Situazione cognitiva	Maschi		Femmine		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
Lucido	1.586	28,1	4.332	23,2	5.918	24,4
Confuso	2.027	35,9	6.633	35,6	8.660	35,7
Molto confuso o stuporoso	2.028	36,0	7.680	41,2	9.708	40,0
Totale	5.641	100,0	18.645	100,0	24.286	100,0

Tabella 6.6 Situazione funzionale attività di base (valutazione più recente). Utenti in carico presso i Centri servizio per persone anziane non autosufficienti del Veneto al 31/12/2014 (Fonte: Flusso FAR)

Area funzionale attività di base	Maschi		Femmine		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
Autonomo o quasi	914	16,2	2.824	15,1	3.738	15,4
Dipendente	2.019	35,8	5.868	31,5	7.887	32,5
Totalmente dipendente	2.708	48,0	9.956	53,4	12.664	52,1
Totale	5.641	100,0	18.648	100,0	24.289	100,0

Tabella 6.7 Area mobilità (valutazione più recente). Utenti in carico presso i Centri servizio per persone anziane non autosufficienti del Veneto al 31/12/2014 (Fonte: Flusso FAR)

Area mobilità	Maschi		Femmine		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si sposta da solo	1.422	25,2	3.845	20,6	5.267	21,7
Si sposta assistito	1.104	19,6	3.283	17,6	4.387	18,1
Non si sposta	3.115	55,2	11.519	61,8	14.634	60,3
Totale	5.641	100,0	18.647	100,0	24.288	100,0

6.3 L'osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie

In materia sociale e sociosanitaria il PSSR ha previsto e confermato la presenza dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali (ORPS), quale organismo svolgente "attività di studio, ricerca, documentazione e consulenza sulle problematiche sociali e socio-sanitarie, nonché di gestione ed elaborazione di banche dati tematiche, nell'ottica di ottimizzare il sistema di conoscenze, di monitoraggio e di valutazione degli interventi e delle azioni regionali, anche attraverso lo sviluppo del sistema informativo sociale e regionale".

Con la DGR n. 2667 del 29 dicembre 2014 l'Osservatorio è stato ridenominato in "Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie" (ORPSS) assegnando a tale struttura il compito di misurare con maggiore precisione e sempre maggiore appropriatezza l'attività relativa all'integrazione socio-sanitaria, attraverso l'integrazione e lo sviluppo dei flussi informativi correnti, con un'ottica di supporto della programmazione regionale, di lettura predittiva del bisogno sociale e sociosanitario, di ricomposizione della rete di offerta dei servizi sociali e sociosanitari.

Con successivo Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 98 del 23 aprile 2015 è stato definito il mandato operativo dell' Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie con riferimento agli ambiti di rilevazione, ai flussi informativi in materia di politiche sociali e socio-sanitarie ed alla modalità di produzione della reportistica.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1059 del 5 giugno 2012](#)

Gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2961 del 28 dicembre 2012](#)

Gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità. DGR 1059/2012. Primo provvedimento: approvazione del set di strumenti per l'area delle persone anziane e altri non autosufficienti e modifiche alla scheda SVaMA di cui alla DGR 1133/2008.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2667 del 29 dicembre 2014](#)

Definizione del mandato operativo dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, LR 23/2012.

[Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 98 del 23 aprile 2015](#)

Definizione del mandato operativo dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie (ORPSS). Attuazione della DGR n. 2667 del 29 dicembre 2014.

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Strutture di ricovero intermedie e integrazione socio-sanitaria
Rio Novo Dorsoduro - 3493 - 30123 Venezia
Telefono 041 2793538
e-mail: cureintermedie@regione.veneto.it

7. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici

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

Nelle aree dell'assistenza farmaceutica e protesica è indispensabile ricercare l'appropriatezza sotto il profilo prescrittivo ed economico. Il Piano Socio Sanitario individua a proposito una serie di indirizzi per il miglioramento nella gestione complessiva di tale importante settore della Sanità. (Paragrafo 3.3.2 Pagine 82-85).

Quadro di sintesi

In linea con il PSSR 2012-2016, e continuando il percorso già iniziato dal 2012, la Regione ha portato avanti misure efficaci non solo per governare la spesa, ma anche per una migliore appropriatezza prescrittiva attraverso una gestione integrata, sia in ambito aziendale che interaziendale, della continuità terapeutica, in particolare dei trattamenti cronici e dei trattamenti più innovativi ed ad alto costo per i quali è prevista la prescrizione esclusiva da parte di centri specialistici. Sono state rafforzate azioni di sorveglianza sulle reazioni avverse da farmaci e degli incidenti da dispositivi attraverso la rete dei referenti aziendali della vigilanza ed è stata valorizzata la capillarità delle farmacie sul territorio.

7.1 Assistenza farmaceutica

Health Technology Assessment

Con Dgr n. 952 del 18 giugno 2013 la rete delle Commissioni Terapeutiche è stata riorganizzata su due livelli: uno regionale, rappresentato dalla Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF) ed uno locale, rappresentato dalle Commissioni Terapeutiche Aziendali (CTA). La CTRF e le CTA hanno il compito di sviluppare azioni di governo in modo coordinato sui differenti setting assistenziali (assistenza ospedaliera, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza sanitaria territoriale), superando così la logica focalizzata esclusivamente sui farmaci ospedalieri secondo cui era stato costituito il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale, abrogato dalla stessa Dgr n. 952/2013.

In linea con tale logica, le valutazioni ed attività della CTRF, che si basano sulla metodologia dell'Health Technology Assessment (HTA), si sono concentrate nel corso del 2014 nella definizione di Documenti di Indirizzo su differenti aree terapeutiche di ambito ospedaliero e territoriale (nuovi anticoagulanti orali, farmaci equivalenti, tolvaptan, continuità della prescrizione tra ospedale e territorio, riconciliazione terapeutica, inibitori di pompa protonica, procreazione medicalmente assistita), oltre che nella produzione di mini-report di HTA su nuovi farmaci di particolare impatto economico-assistenziale.

In particolare, visto l'elevato impatto economico delle nuove terapie disponibili nell'area oncologica, la Regione Veneto ha istituito nel novembre 2014, con Decreto n. 199/2014, il Gruppo di Lavoro Farmaci Innovativi del Coordinamento della Rete Oncologica Veneta,

che ha il compito di definire raccomandazioni evidence based sui nuovi farmaci oncologici (attraverso la metodologia dell'HTA). Sono previsti quattro livelli di raccomandazione (Raccomandato, Moderatamente Raccomandato, Raccomandato in casi selezionati, Non Raccomandato), ciascuno dei quali associato ad un tasso di utilizzo atteso. Le raccomandazioni vengono sottoposte alla valutazione della CTRF, al fine di definire il ruolo in terapia dei farmaci oggetto di raccomandazione e adottare strategie finalizzate a governare l'appropriatezza prescrittiva e l'utilizzo più razionale delle risorse. Tra le aree maggiormente approfondite risultano l'area del tumore prostatico, mammario, del colon-retto.

Inoltre, l'attività della CTRF si è concentrata nell'individuazione dei Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci di ambito specialistico e nella revisione dei Centri autorizzati alla prescrizione di farmaci con Piano Terapeutico/nota AIFA, la cui prima ricognizione globale è stata effettuata con la Dgr n. 641 del 7 maggio 2013. Le aree terapeutiche per le quali sono stati individuati i centri sono: oncologia, onco-ematologia, sclerosi multipla, anticoagulanti orali, epatite C, fibrosi polmonare, ecc.

Farmacovigilanza

In analogia all'anno 2013, con DGR 2533/2013, l'Amministrazione Regionale ha assegnato tra gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Sanitarie, un obiettivo relativo alle segnalazioni di reazione avversa a farmaci e vaccini, definendo un valore soglia pari a 500 segnalazioni per milione di abitanti. Nel corso del 2014 è stato effettuato un monitoraggio, con invio di una reportistica a tutte le Aziende Sanitarie, dell'andamento dell'obiettivo: a livello regionale è stato raggiunto un tasso di segnalazione di 1.369, raddoppiando le segnalazioni rispetto all'anno 2013. In tutte le strutture è stato raggiunto l'obiettivo stabilito ed i valori massimi sono stati raggiunti nell'ULSS 3 di Bassano del Grappa (3.848 segnalazioni per milione di abitanti) e nell'ULSS 17 di Este (3.638 segnalazioni per milione di abitanti), mentre quelli minimi nelle ULSS 8 di Asolo e ULSS 22 di Bussolengo (520 segnalazioni per milione di abitanti).

Nel corso del 2014 è stata attivata la fase pilota del *progetto regionale Vigirete*, finalizzato a favorire la comunicazione tra farmacisti territoriali e cittadini in materia di Farmacovigilanza e a creare una rete di formazione-informazione stabile, permanente e focalizzata sulla segnalazione dei danni da farmaci da parte del cittadino e del farmacista (119 Farmacie hanno già aderito al progetto, pari all'8,8% del totale Veneto). Le segnalazioni effettuate da parte di farmacisti territoriali sono state il 38,9% del totale delle segnalazioni.

Nel corso del 2014, inoltre, accanto alle classiche modalità utilizzate per l'invio delle segnalazioni di sospette reazioni avverse a farmaci e/o a vaccini, la Regione Veneto ha attivato la *piattaforma informatica denominata VigiWork*, che semplifica e velocizza la compilazione della scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa da parte dell'utente (medico, farmacista o altro operatore sanitario, cittadino) e ne permette

l'invio direttamente, tramite la piattaforma, al responsabile di farmacovigilanza, evitando l'invio via fax o posta ordinaria.

Centralizzazione Allestimento Antiblastici

Per gli anni 2013 e 2014, tra gli adempimenti LEA cui sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento vi è anche quello relativo alla centralizzazione della preparazione dei farmaci antineoplastici: in almeno il 60% delle Aziende Sanitarie l'allestimento deve avvenire in Unità Farmaci Antiblastici (U.F.A.). Pertanto, si è ritenuto indispensabile predisporre un documento regionale che indicasse le modalità di allestimento e di distribuzione dei farmaci antineoplastici all'interno delle Aziende Sanitarie Venete (DGR del 28 luglio 2014, n. 1335). In particolare, la deliberazione prevede che la preparazione e la distribuzione dei farmaci antineoplastici debbano avvenire nel rispetto di quanto previsto dalla Raccomandazione ministeriale n. 14 (Allegato A della suddetta deliberazione) e ribadisce la necessità – per tutte le strutture pubbliche e private accreditate che effettuano preparazioni di farmaci antiblastici – di dotarsi di un'Unità di Farmaci Antiblastici in possesso dei requisiti minimi individuati nell'ambito del Progetto PRITHA "Modelli organizzativi e standard di riferimento per la centralizzazione delle terapie oncologiche nella regione Veneto" (Allegato B della suddetta deliberazione) e in linea con quanto previsto dalla Raccomandazione n. 14. La deliberazione prevede, altresì, che le Aziende sanitarie si dotino di sistemi informatici adeguati dedicati alla gestione delle terapie oncologiche – in linea con quanto previsto dall'Allegato C della presente deliberazione - e, in particolare, della cartella oncologica informatizzata, così da associare i dati clinici con quelli prescrittivi, gestionali e di costo per paziente con una serie di dati in output per i flussi.

Consapevole della rilevanza della formazione, tra ottobre e novembre del 2014 è stato quindi organizzato il primo Workshop regionale rivolto agli operatori coinvolti nella gestione delle terapie antiblastiche in due edizioni - la prima a Padova e la seconda a Verona - al fine di condividere: le metodologie organizzative nel rispetto delle normative vigenti e delle linee guida nazionali/internazionali, l'applicazione delle raccomandazioni ministeriali con particolare riguardo alla prevenzione dei rischi per i pazienti e gli operatori; l'omogeneità nella prescrizione, preparazione, somministrazione dei medicinali sia oncologici che ancillari, anche con l'ausilio dell'informatica; la valutazione di qualità dei processi, con indicatori e reportistica standard. Al corso ha partecipato almeno un professionista per struttura sanitaria (AULSS/AO/IOV e strutture private accreditate) per una totalità di 50 partecipanti appartenenti alle seguenti figure professionali: medico, farmacista, infermiere e tecnico di laboratorio.

Da un recente aggiornamento dei dati pervenuti da ciascuna Azienda è emerso che nel 2015 il 100% delle strutture che somministrano farmaci antiblastici ha centralizzato l'allestimento in U.F.A. con la supervisione e il coordinamento del farmacista ospedaliero o ha stipulato convenzioni con strutture pubbliche che dispongono della centralizzazione:

- 11 strutture U.F.A sono collocate in Farmacia Ospedaliera;
- 10 strutture in locali denominati "Farmacia Oncologica" posti in reparto ma assegnati con delibera alla Farmacia Ospedaliera e sotto il coordinamento e la responsabilità del farmacista ospedaliero;
- 7 strutture hanno stipulato una convenzione con un'altra struttura pubblica accreditata che dispone di UFA in possesso dei requisiti di cui alla suddetta DGR.

L'organizzazione delle attività nella centralizzazione delle terapie citotossiche, biotecnologiche e ancillari in oncologia, nelle sedi preposte, rappresenta uno dei requisiti chiave per ottenere il rispetto della normativa, garantire la sicurezza per gli operatori e far fronte ai bisogni assistenziali dei pazienti. L'allestimento centralizzato con il coordinamento del farmacista, la prescrizione informatizzata e la distribuzione personalizzata costituiscono, quindi, un modello virtuoso nella fornitura dei farmaci in ospedale, e come tale suggerito anche dal Ministero della Salute attraverso le proprie Raccomandazioni.

Rischio clinico

La prevenzione del rischio di errori di terapia e di reazioni avverse da farmaco rappresenta una priorità per garantire la sicurezza dei pazienti, non solo in ambito ospedaliero ma anche nella continuità terapeutica ospedale-territorio. Il Progetto *"la gestione del rischio clinico in un campione di reparti ospedalieri e nei Centri di Servizi per anziani della Regione del Veneto"* è stato condotto nel 2013-2014 con l'obiettivo di rilevare lo stato di applicazione delle indicazioni ritenute più rilevanti tra quelle contenute nelle Raccomandazioni Ministeriali n. 1-7-12 presso un campione di Reparti ospedalieri e di Centri di Servizi per anziani non autosufficienti del territorio regionale. La rilevazione ha coinvolto tutte le aziende pubbliche (21 Aziende ULSS, 2 Aziende Ospedaliere, 1 IRCCS) e 17 strutture private; i Centri di Servizi per Anziani sono stati selezionati dalle Aziende ULSS. La rilevazione è stata effettuata dal farmacista locale, direttamente in reparto attraverso interviste di audit al personale medico/infermieristico, osservazione diretta e controlli a campione. I dati sono stati raccolti, analizzati e valutati dal Gruppo di Lavoro multidisciplinare costituito da esperti regionali al fine di validare il protocollo del progetto, gli strumenti, il metodo e le fasi di conduzione del Progetto. Il progetto ha evidenziato, sia nei reparti che nei Centri di Servizi per anziani, alcune criticità tra cui la bassa adozione di procedure sulla Ricognizione e Riconciliazione terapeutica (rispettivamente 34% e 30%); la non completa attenzione alla registrazione in cartella clinica delle allergie dei pazienti (74% e 69%), una bassa segnalazione delle reazioni avverse a farmaci.

Pertanto, si è ritenuto prioritario produrre una Procedura regionale su questo ambito, con l'obiettivo di fornire indicazioni per la Ricognizione e la Riconciliazione della terapia farmacologica ai fini di garantire che, nelle transizioni fra i diversi setting di cura, al

paziente venga sempre prescritta e comunicata la terapia corretta. Tale documento, approvato dalla CTRF nella seduta del 20 novembre 2014, è a tutela dei pazienti nelle transizioni di cura (es. ricovero in ospedale o ingresso in una struttura residenziale, dimissione dagli stessi ambiti, trasferimento del paziente per presa in carico da clinico a clinico o da un sito a un altro sito di cure, passaggio in assistenza domiciliare, cambiamenti della terapia attuati all'interno dell'ambulatorio della medicina di base) e in generale ogni volta vengano attuate delle modifiche alla terapia in atto.

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

Con DGR n.2533/2013 sono stati assegnati alle Aziende ULSS del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2014. Nell'obiettivo C.9 "Sperimentazione Clinica ed Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini" è stato inserito un indicatore relativo al numero di sperimentazioni cliniche con medicinale effettuate rispetto all'anno precedente. Nel 2014 si è registrato un aumento nelle sperimentazioni cliniche con medicinale rispetto all'anno precedente (344 vs 319), aumento registrato anche nelle altre tipologie di studio non soggette a monitoraggio.

Nel corso del 2014 tutte le Segreterie Scientifiche dei Comitati Etici per la Sperimentazione Clinica (CESC) hanno testato il prototipo della *piattaforma regionale sulla ricerca clinica* messo a punto in collaborazione con il CESC delle Province di Verona e Rovigo. La piattaforma regionale è un registro centralizzato unico in cui sono contenute le informazioni di tutte le tipologie di studio clinico (farmacologico, osservazionale, con dispositivo medico o altro trattamento, uso terapeutico ai sensi del DM 8 maggio 2003) presentate al Comitato Etico sul territorio regionale. Il registro costituisce un supporto alle attività di ricerca clinica, permette di mettere in rete i CESC della regione e consente una gestione organica dell'intero percorso dello studio dall'istruttoria al CESC fino alla sua conclusione.

Nel 2014 si è insediato il Tavolo di lavoro composto dai Presidenti dei CESC e i Coordinatori dei NRC, presieduto di concerto dal Presidente del Comitato Regionale per la Bioetica e dal Dirigente del Servizio Farmaceutico della Regione Veneto previsto dalla DGR n. 1066 del 28 giugno 2013 per favorire la discussione, il confronto e approfondimento di problematiche di interesse per i CESC.

Inoltre, con l'obiettivo di armonizzare le procedure dei singoli CESC, è stato approvato con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 180 del 14 ottobre 2014, lo schema di convenzione per le sperimentazioni cliniche che tutte le strutture sanitarie della Regione coinvolte nelle attività di sperimentazione clinica devono utilizzare per la stipula di tutti i contratti per sperimentazioni cliniche di medicinali con promotore commerciale.

Registri AIFA e Registri regionali

I Registri dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA rappresentano uno strumento avanzato di governo dell'appropriatezza prescrittiva e di controllo dall'applicazione dei Managed Entry Agreements, ossia degli accordi negoziali di natura economica tra l'AIFA e l'Azienda farmaceutica. Generalmente i medicinali sono inseriti nei Registri immediatamente dopo la loro autorizzazione ad immissione in commercio, oppure dopo l'autorizzazione di una estensione delle sue indicazioni terapeutiche.

I Registri AIFA coinvolgono diverse aree terapeutiche e specialistiche: attualmente quelli attivi sulla piattaforma di AIFA sono 127; i soggetti gestori dei Registri sono quelli coinvolti, a diverso titolo, nell'organizzazione dell'assistenza farmaceutica: l'AIFA, le Regioni, i Direttori sanitari delle strutture coinvolte ove vengano trattati i farmaci sottoposti a Registri di monitoraggio, i medici prescrittori, i farmacisti che dispensano il medicinale e le Aziende farmaceutiche.

La nuova piattaforma non permette una gestione completa dei rimborsi: attualmente pochi sono i farmaci per i quali è attiva la procedura on-line (Herceptin, Zelboraf, Tarceva, Kadcylla e Avastin), che permette la trasmissione alle Aziende farmaceutiche delle richieste dei rimborsi applicabili a specialità medicinali secondo gli accordi negoziali in essere (payment by results, risk-sharing, cost-sharing). Per tutti gli altri AIFA sta finalizzando i meccanismi per il rilascio delle procedure informatizzate.

Per l'anno 2014, le strutture sanitarie del Veneto hanno recuperato dalle Aziende Farmaceutiche 1,8 milioni di euro, risorse che sono state destinate a terapie farmacologiche innovative.

La Regione Veneto, nel 2014 al fine di monitorare l'epidemiologia delle patologie reumatiche, dermatologiche e gastroenterologiche e le rispettive modalità di trattamento, ha messo a disposizione dei medici specialisti regionali operanti nelle strutture pubbliche o private-accreditate, un registro informatizzato che permette agli stessi di:

- Creare un proprio database;
- Monitorare i trattamenti assunti dal paziente (farmaci biologici e non) e il cambiamento dei rispettivi parametri clinici;
- Stilare il Piano terapeutico (PT) per la prescrizione di farmaci biologici in linea con quanto previsto dalla DGR 641/2013;
- Monitorare la spesa.

Tali registri sono stati attivati tra settembre e novembre 2014 e dall'avvio sono state registrate le caratteristiche di 1115 pazienti per l'area reumatica, 78 pazienti per l'area dermatologica e 5 pazienti per l'area gastroenterologica.

Nel corso del 2014 inoltre è stato messo a disposizione dei clinici autorizzati alla prescrizione dei nuovi farmaci antivirali ad azione diretta (DAA) per il trattamento dell'Epatite C una piattaforma regionale – registro NAVIGATORE – istituita presso l'Università degli studi di Padova. Tale registro costituisce uno strumento di appropriatezza prescrittiva e consente la condivisione e la discussione di tutte le informazioni inerenti i pazienti eleggibili al trattamento e trattati con DAA. Poiché il primo

tra i nuovi farmaci DAA è stato messo in commercio a dicembre 2014, ci si attende che gli specialisti utilizzino il registro a partire dai primi mesi del 2015.

La capillarità delle farmacie sul territorio

Nel corso del 2014, l'Amministrazione regionale, che già da tempo ha colto nella presenza capillare delle farmacie, una importante risorsa su cui fare riferimento per fornire ai cittadini maggiori opportunità, consone alle specifiche esigenze in termini di efficacia e tempestività delle cure, contemperando, nello stesso tempo, l'esigenza di ridurre i costi sociali con l'esigenza di contenere la spesa farmaceutica, ha posto in essere in tale direzione ulteriori azioni. In particolare:

- in ottemperanza a quanto disposto dalla Giunta regionale con deliberazione del 16.4.2013, n. 497, è stato formalizzato con decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. 94 del 13.5.2014, sottoscritto tra la Regione del Veneto e le Associazioni di categoria rappresentative delle farmacie pubbliche e private, un 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; sistema che tiene conto delle disposizioni regionali assunte negli anni 2013 (DGR n. 1067/2013) e 2014 (DGR n. 2696/2014) circa l'adozione di un Programma di Cura informatizzato per la prescrizione/fornitura di dispositivi dispensabili a carico del SSR, specifici per il diabete mellito insulino-trattato, non insulino-trattato, diabete gestazionale e diabete temporaneo e della determinazione dei relativi limiti massimi erogabili;
- con deliberazione n. 2311 del 9.12.2014, la Giunta regionale ha adottato, in applicazione della legge regionale n. 23 del 11.11.2011, a sostegno della solidarietà, del contenimento della spesa pubblica e della tutela della salute, Linee Guida in ordine al recupero, alla restituzione e alla donazione di medicinali inutilizzati, in corso di validità, ancora integri e correttamente conservati ai fini del loro riutilizzo sia nell'ambito delle Strutture sanitarie che da parte di Organizzazioni non lucrative per le fasce più deboli della popolazione. Nell'ambito di tale attività, le farmacie, ancorché su base volontaria, previa intesa con le AULSS di propria appartenenza, fungono da punti di raccolta, collocando al proprio interno un apposito contenitore in cui porre i medicinali a tal fine donati dai cittadini.

Carenze dei farmaci

Nel corso dell'anno 2014, a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. 17/2014 che ha parzialmente modificato ed integrato le disposizioni del decreto legislativo 219/2006 in materia di distribuzione dei medicinali in attuazione delle direttive europee 2001/83/CE e 2011/62/EU, e introdotto specifiche disposizioni relative alla irreperibilità di medicinali nel territorio nazionale, l'Amministrazione regionale ha posto in essere una serie di azioni volte a monitorare il crescente fenomeno della carenza di medicinali nel ciclo distributivo. In particolare:

- è stato predisposto un fac-simile di scheda di segnalazione di carenza, concordata con i rappresentanti delle categorie interessate (farmacie e distributori), che prevede, oltre alla segnalazione da parte delle farmacie convenzionate dei grossisti che non hanno consegnato i medicinali richiesti, anche la richiesta diretta della farmacia alla ditta produttrice e l'indicazione della data di consegna o le motivazioni della mancata consegna e individuate le modalità per la gestione delle segnalazioni. La scheda di segnalazione e le procedure adottate nella nostra regione per la gestione delle segnalazioni di carenza dei medicinali sono state formalizzate con circolare prot. 329612 del 1.8.2014.
- è stato inoltre predisposto un format in cui raccogliere le segnalazioni pervenute dalle farmacie, sia dal Veneto che da regioni limitrofe, utile per le successive richieste di verifica da inviare alle ASL/Regioni di competenza. Le segnalazioni raccolte in tabelle per ciascun sito logistico sono state quindi inviate alle ASL/Regioni di competenza.
- infine si è provveduto alla verifica delle eventuali attività di esportazione che possano dare origine a carenze di particolari medicinali, al fine di richiedere verifiche mirate ad uno specifico distribuito.

Spesa Farmaceutica e monitoraggio dei consumi

L'assistenza farmaceutica si suddivide in:

- *assistenza farmaceutica territoriale* che comprende la distribuzione attraverso la via convenzionata, la distribuzione diretta dei farmaci di fascia A da parte delle Aziende Sanitarie (DD) e la Distribuzione Per Conto (DPC) dei farmaci del Prontuario Farmaceutico Nazionale (PHT) attraverso le farmacie;
- *assistenza farmaceutica ospedaliera* che comprende tutti i farmaci utilizzati in regime di ricovero o DH o somministrati in regime ambulatoriale e i farmaci di classe H erogati in distribuzione diretta.

Nella Tabella 7.1 viene descritta la spesa per l'assistenza farmaceutica a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nella Regione Veneto negli anni 2013-2014.

Tabella 7.1 Spesa farmaceutica e rispetto del tetto stabilito dalla L. 222/2007 e dalla L. 135/2012 Regione del Veneto biennio 2013-2014 (Fonte: AIFA)

Spesa	2013	2014	Scostamento 2014 vs 2013	Variazione % 2014 vs 2013
Convenzionata netta	611.076.241	592.609.737	-18.466.504	-3,02%
Distribuzione diretta classe A	218.536.840	230.347.994	11.811.154	5,40%
Pay back	36.341.215	25.424.449	-10.916.766	-30,04%
Ticket	126.933.354	129.876.053	2.942.699	2,32%
di cui fisso per ricetta	67.140.343	65.741.947	-1.398.396	-2,08%
di cui eventuale quota per confezione	59.793.011	64.134.106	4.341.095	7,26%
Totale spesa territoriale	860.412.209	863.275.229	2.863.020	0,33%
% spesa farmaceutica territoriale su FSR	9,94%	9,73%		
Totale spesa ospedaliera (esclusi i vaccini)	338.459.189	370.579.991	32.120.802	9,49%
% spesa farmaceutica ospedaliera su FSR	3,91%	4,18%		
Totale spesa farmaceutica	1.198.871.398	1.233.855.220	34.983.822	2,92%
% spesa farmaceutica su FSR	13,84%	13,91%		
FSR	8.659.739.481	8.868.543.747	208.804.266	2,41%

I tetti della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera rideterminati dal Decreto Legge 95/2012, convertito in Legge 135/2012, sono rimasti invariati per il 2014 rispettivamente all'11,35% e al 3,5%. Analogamente al 2013 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 2014 si registra un aumento della spesa farmaceutica del 2,92% rispetto al 2013: la spesa territoriale rimane pressoché costante (0,33%), mentre la spesa ospedaliera aumenta del 9,49%. Complessivamente, nel 2014 la spesa farmaceutica regionale si è attestata al di sotto del tetto del 14,85%.

Spesa farmaceutica territoriale

Nel biennio 2013-2014, la *spesa farmaceutica territoriale* della Regione del Veneto è risultata ampiamente inferiore al tetto nazionale ed è passata da 860,4 milioni di euro del 2013 a 863,3 milioni di euro del 2014 con un aumento dello 0,33% pari a 2,8 milioni di euro. La spesa per farmaci in distribuzione convenzionata si è ridotta nel biennio di 18,5 milioni di euro (-3,02%), mentre la spesa per farmaci in distribuzione diretta e in Distribuzione Per Conto è aumentata (+5,4% complessivamente). Nello specifico la DPC è aumentata del 14,2%, grazie all'avvio dell'accordo regionale nella totalità delle Aziende

ULSS. Il ticket fisso per ricetta è diminuito del 2,08% (-1,4 milioni di euro), mentre si è registrato un forte incremento del contributo del cittadino per l'erogazione di farmaci a prezzo di riferimento (+7,26%; +4,3 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 2014, oltre 1,2 milioni di assistiti del Veneto sono stati trattati con farmaci per l'ipertensione (23,6% della popolazione) con un aumento dell'1,9% rispetto al 2013.

Gli assistiti in trattamento con farmaci per le dislipidemie aumentano dello 0,4% e arrivano a rappresentare il 9,7% della popolazione. I trattati con farmaci per l'osteoporosi sono oltre 490 mila e registrano l'incremento più rilevante (+13,1%).

Tra i trattamenti acuti, si riscontra una lieve flessione nel ricorso agli antiulcera (792 mila assistiti hanno assunto almeno un farmaco di questa categoria nel corso dell'anno, con una riduzione del 2,7%), agli antibiotici e ai farmaci per le malattie respiratorie (rispettivamente -1,5% e -0,5%).

Tabella 7.2 Assistiti in trattamento per le patologie maggiormente diffuse a livello territoriale. Regione del Veneto, biennio 2013-2014 (Fonte: Regione del Veneto)

Patologia	2013	2014	Variazione %
Infezioni	1.638.060	1.614.207	-1,5%
Iipertensione	1.143.238	1.164.865	1,9%
Ulcera Peptica e reflusso gastroesofageo	813.982	792.016	-2,7%
Disturbi Respiratori	555.146	552.485	-0,5%
Dislipidemie	477.050	479.167	0,4%
Osteoporosi	436.516	493.700	13,1%
Depressione	269.967	275.413	2,0%
Diabete	213.540	215.669	1,0%
Epilessia	100.729	104.033	3,3%

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, nelle ULSS 18 e 19 se ne trattano 28 e nell'ULSS 9 se ne trattano invece 21. Per i farmaci che agiscono sull'osteoporosi si passa da 15 trattati ogni 100 nell'ULSS 6 a 7 trattati nell'ULSS 7. Con le statine la media regionale è di 10 assistiti in trattamento ogni 100: nell'ULSS 10 se ne trattano 13, con una quota di aderenti al trattamento, come raccomandato da tutte le linee guida, del 61%, e nell'ULSS 4 invece se ne trattano 8, con livelli di aderenza del 48%.

Anche il ricorso ai trattamenti acuti differisce notevolmente. Nel caso degli antibiotici, che dovrebbero essere impiegati solo quando strettamente necessari e per il periodo più breve possibile, viste le sempre più frequenti segnalazioni di allerta a livello internazionale sull'aumento delle resistenze, si passa da 27 assistiti ogni 100 nell'ULSS 2 che almeno una volta nel corso dell'anno hanno avuto una prescrizione di questi farmaci ai 39 nell'ULSS 14. 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 (55,7%).

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 ad un costo più basso e insieme di avere un maggior controllo clinico del paziente, garantendo la continuità terapeutica ospedale-territorio e l'appropriatezza d'uso dei farmaci.

Ha avuto un effetto determinante anche la crescente diffusione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari, favorita, oltre che dal numero sempre maggiore di molecole "scadute", dalle iniziative di formazione/informazione rivolte ai medici prescrittori e dalle politiche di incentivazione all'utilizzo di questi farmaci adottate, pur con diverse modalità, a livello locale, spesso all'interno dei Patti Aziendali con la Medicina Generale.

In aggiunta, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 206/2014 la Regione Veneto ha assegnato alle ULSS per l'anno 2014 l'obiettivo di ridurre al di sotto di 120 € il costo pro capite pesato per l'assistenza farmaceutica convenzionata e al di sotto di 38 € 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, anche utilizzando gli strumenti di valutazione e di intervento messi a disposizione dalla Regione. Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2533/2013 la Regione Veneto ha infatti assegnato alle Aziende Sanitarie gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per il 2014, includendo nell'obiettivo C.8 anche gli indicatori di appropriatezza prescrittiva farmaceutica; la finalità è quella di consentire una graduale convergenza di tutte le Aziende del SSR verso le best practice regionali e di liberare di conseguenza risorse da destinare ai farmaci innovativi, senza incidere sulla qualità delle cure. Il miglioramento da parte delle Aziende Sanitarie durante il 2014 degli indicatori di appropriatezza prescrittiva prettamente territoriali, che vedono coinvolte le aree terapeutiche a maggior impatto di spesa (ipertensione, protezione gastrointestinale, dislipidemie, malattie respiratorie e depressione) ha portato ad un risparmio effettivo di oltre 11 milioni di €.

I primi 15 gruppi terapeutici coprono circa il 70% della spesa farmaceutica territoriale in distribuzione convenzionata, diretta e Distribuzione Per Conto. Le sostanze del sistema renina-angiotensina, con oltre 85 milioni di euro, sono in assoluto la categoria a maggior

utilizzo (9,4% della spesa). Altri gruppi terapeutici di rilievo per la spesa sono: le sostanze modificatrici dei lipidi (7,9%), i farmaci per i disturbi delle vie respiratorie (6,8%), gli antidiabetici (6,2%) e i farmaci usati per i disturbi correlati all'acidità gastrica (5,8%). Per la maggior parte dei gruppi terapeutici la spesa si riduce, grazie soprattutto alla riduzione dei prezzi determinata dalla genericazione delle molecole; fa eccezione il gruppo degli antitrombotici per cui si rileva un aumento della spesa del 5,3% in seguito alla commercializzazione, a partire dal secondo semestre 2014, dei nuovi farmaci anticoagulanti orali (dabigatran, rivaroxaban e apixaban).

Tabella 7.3 Primi 15 gruppi terapeutici a maggior spesa farmaceutica territoriale. Regione Veneto, biennio 2013-2014 (Fonte: Regione del Veneto)

Gruppo terapeutico	anno 2013	anno 2014	var %	% Cumulata 2014
C09. SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	85.603.183	76.337.958	-10,8%	9,4%
C10. SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	67.961.886	64.079.336	-5,7%	17,2%
R03. FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI DELLE VIE RESPIRATORIE	55.282.019	55.662.974	0,7%	24,0%
A10. FARMACI USATI NEL DIABETE	51.147.041	50.611.787	-1,0%	30,2%
A02. FARMACI PER DISTURBI CORRELATI ALL'ACIDITA`	46.880.957	47.238.285	0,8%	36,0%
B01. ANTITROMBOTICI	37.501.753	39.503.175	5,3%	40,8%
N06. PSICOANALETTICI	36.596.038	31.706.714	-13,4%	44,7%
J01. ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	27.205.103	26.609.958	-2,2%	48,0%
L03. IMMUNOSTIMOLANTI	27.875.126	25.877.928	-7,2%	51,2%
N02. ANALGESICI	23.790.303	24.380.299	2,5%	54,2%
L01. CITOSTATICI	25.271.359	24.315.128	-3,8%	57,1%
N03. ANTIEPILETTICI	21.813.727	23.312.761	6,9%	60,0%
C08. CALCIO-ANTAGONISTI	21.474.802	21.182.643	-1,4%	62,6%
L04. IMMUNOSOPPRESSORI	16.745.908	19.573.403	16,9%	65,0%
B02. ANTIEMORRAGICI	17.339.787	19.424.939	12,0%	67,4%
Tot primi 15 gruppi terapeutici	562.488.991	549.817.287	-2,3%	67,4%
Totale	830.714.911	816.241.064	-1,7%	100,0%

La sostanza che maggiormente incide sulla spesa territoriale è enoxaparina, con 19,8 milioni di euro. Altre sostanze rilevanti per consumo sono rosuvastatina (19,1 milioni di euro), lansoprazolo (17,7 milioni di euro), l'associazione a dosi fisse salmeterolo/fluticasone (17,6 milioni di euro) e imatinib, il primo tra i farmaci "territoriali" erogabili esclusivamente in distribuzione diretta attraverso le strutture pubbliche, quinto con una spesa di oltre 15 milioni di euro.

La prescrizione di farmaci a brevetto scaduto che permette di liberare risorse erogando terapie consolidate a prezzi contenuti è in costante crescita, anche se presenta

un'importante variabilità a livello locale. La spesa per questi farmaci passa dal rappresentare il 41,6% della spesa farmaceutica territoriale convenzionata netta nell'anno 2013 al 46,8% dell'anno 2014, con valori massimi oltre il 50% nelle ULSS 19 e 21 e minimi, inferiori a 44% nelle ULSS 9 e 10.

Tabella 7.4 Prescrizione farmaceutica territoriale convenzionata di farmaci a brevetto scaduto. ULSS della Regione del Veneto, biennio 2013-2014 (Fonte: Regione del Veneto)

ULSS	Spesa			% sul totale della spesa	
	2013	2014	var %	2013	2014
ULSS 21	8.923.403	9.298.019	4,2%	46,4%	51,3%
ULSS 19	4.542.610	4.805.787	5,8%	45,8%	50,0%
ULSS 20	26.072.027	28.216.570	8,2%	45,2%	49,5%
ULSS 4	8.986.892	9.896.111	10,1%	44,5%	49,4%
ULSS 15	12.629.900	13.647.645	8,1%	43,1%	48,9%
ULSS 2	4.756.714	5.070.557	6,6%	42,5%	48,5%
ULSS 3	8.894.707	9.891.400	11,2%	42,7%	48,2%
ULSS 22	14.307.515	15.336.695	7,2%	43,9%	47,7%
ULSS 17	10.186.306	10.965.087	7,6%	42,5%	47,2%
ULSS 14	3.990.860	4.057.997	1,7%	43,9%	47,2%
VENETO	253.316.008	274.273.877	8,3%	41,6%	46,8%
ULSS 16	25.593.155	27.747.414	8,4%	40,9%	46,5%
ULSS 18	10.422.057	11.051.600	6,0%	41,9%	46,4%
ULSS 5	8.819.266	9.768.454	10,8%	40,9%	46,4%
ULSS 13	13.672.366	14.739.364	7,8%	40,7%	46,2%
ULSS 6	15.441.908	17.064.238	10,5%	40,0%	45,8%
ULSS 1	6.966.502	7.460.002	7,1%	39,4%	45,7%
ULSS 7	10.591.496	11.255.924	6,3%	40,2%	45,6%
ULSS 12	16.771.667	18.143.817	8,2%	41,1%	45,6%
ULSS 8	11.730.246	12.874.987	9,8%	38,1%	45,1%
ULSS 10	11.628.416	12.553.494	8,0%	39,1%	43,8%
ULSS 9	18.387.996	20.428.715	11,1%	37,7%	43,6%

Anche la prescrizione di farmaci biosimilari, che rappresentano una solida opportunità per contribuire a garantire la sostenibilità futura del SSN, sta aumentando ma con grande variabilità tra le Aziende Sanitarie.

Relativamente ai biosimilari l'indicatore definito dalla DGR 2533/2013 prevede che la quota di DDD (dosi definite giornaliere) di farmaci biosimilari sul totale delle DDD di farmaci appartenenti alle categorie terapeutiche per le quali sono disponibili biosimilari sia superiore o uguale al 55% per le epoetine, al 92% per i fattori di crescita granulocitari e al 14% per la somatropina. Grazie all'aumento della prescrizione di biosimilari, la

Regione Veneto ha ottenuto un risparmio annuo di circa 1,2 milioni di euro, anche se sussistono ancora ampi margini di miglioramento.

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 338,5 milioni di euro del 2013 a 370,6 milioni di euro del 2014 con un aumento del 9,49% pari a 32 milioni di euro. L'aumento della spesa ospedaliera 2014 vs 2013 è per la maggior parte attribuibile a:

- i prezzi dei nuovi farmaci che vengono immessi in commercio; questi nuovi farmaci presentano un differenziale di prezzo elevatissimo rispetto ai vecchi farmaci, che non è sempre correlato con i miglioramenti ottenibili dai nuovi farmaci. I prezzi come è noto sono definiti dall'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA), sui quali la Regione non è in grado di ottenere sconti ulteriori, trattandosi di prodotti esclusivi forniti da un'unica Azienda Farmaceutica;
- all'aumento dei pazienti in trattamento determinato dall'estensione delle indicazioni dei farmaci, soprattutto in ambito oncologico, dall'aggiornamento delle linee guida nazionali e internazionali che hanno ampliato per alcune patologie la popolazione candidabile ai trattamenti; ai progressi ottenuti in campo farmaceutico che hanno consentito di prolungare i trattamenti, in particolar modo nelle aree oncologica, reumatologica e nel trattamento dei pazienti con HIV.

Dal 2011, la Regione del Veneto ha potenziato il monitoraggio della spesa per l'assistenza farmaceutica, inviando mensilmente una reportistica a tutte le Aziende Sanitarie con l'andamento della spesa sostenuta e lo scostamento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Il 63,4% della spesa ospedaliera è rappresentato dal consumo di farmaci in ambito di ricovero, DH o in ambulatorio, mentre il rimanente 36,6% è dato dai farmaci di classe H erogati in distribuzione diretta (come gli antitumorali, i farmaci per l'HIV o i biologici per l'artrite reumatoide). In particolare per questi ultimi la Deliberazione della Giunta Regionale n. 206/2014 ha assegnato alle ULSS per l'anno 2014 l'obiettivo di ridurre al di sotto di 27 € il costo pro capite pesato per la distribuzione diretta di fascia H. Inoltre la DGR 2533/2013 ha definito un indicatore di appropriatezza prescrittiva specifico per i farmaci per l'HIV, in particolare per monitorare che il numero di pazienti in trattamento con farmaci per l'HIV ad alto costo (definiti dal PDTA pubblicato con Decreto Regionale 148/2013) sul totale dei pazienti trattati con farmaci per l'HIV, non sia superiore al 14%.

I primi 15 gruppi terapeutici coprono circa il 91% della spesa farmaceutica ospedaliera. Per l'anno 2014, gli oncologici rappresentano, con oltre 120 milioni di euro, la categoria a maggior impatto di spesa (30,2% della spesa), seguiti dagli immunosoppressori (21,8%), dagli antivirali per uso sistemico (11,6%), dagli antibatterici per uso sistemico (4,7%) e dalle immunoglobuline (3,8%).

La sostanza che maggiormente incide sulla spesa ospedaliera è trastuzumab, con oltre 23 milioni di euro. Altre sostanze rilevanti per consumo sono adalimumab (19,8 milioni di euro), etanercept (16,9 milioni di euro), lenalidomide (15,3 milioni di euro) e rituximab, quinto con una spesa di oltre 15 milioni di euro.

Tabella 7.5 Primi 15 gruppi terapeutici a maggior spesa farmaceutica ospedaliera, anno 2014. Regione Veneto, biennio 2013-2014 (Fonte: Regione del Veneto)

Gruppo Terapeutico	2013	2014	Var %	% cumulata
L01. CITOSTATICI	107.269.043	120.458.212	12,3%	30,2%
L04. IMMUNOSOPPRESSORI	80.049.879	86.805.105	8,4%	52,0%
J05. ANTIVIRALI PER USO SISTEMICO	47.250.592	46.288.962	-2,0%	63,6%
J01. ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	18.777.636	18.688.605	-0,5%	68,3%
J06. SIERI IMMUNI ED IMMUNOGLOBULINE	13.123.803	15.003.411	14,3%	72,1%
A16. ALTRI FARMACI DELL' APPARATO GASTROINTEST. E DEL METABOLISMO	13.231.589	13.761.653	4,0%	75,5%
B01. ANTITROMBOTICI	9.070.839	9.040.410	-0,3%	77,8%
J02. ANTIMICOTICI PER USO SISTEMICO	8.329.357	8.974.710	7,7%	80,1%
B02. ANTIEMORRAGICI	7.542.426	7.723.514	2,4%	82,0%
S01. OFTALMOLOGICI	6.753.062	7.271.932	7,7%	83,8%
V08. MEZZI DI CONTRASTO	6.991.586	7.158.814	2,4%	85,6%
L02. TERAPIA ENDOCRINA	3.219.220	6.595.185	104,9%	87,3%
N05. PSICOLETTICI	5.159.460	5.882.121	14,0%	88,7%
V03. TUTTI GLI ALTRI PRODOTTI TERAPEUTICI	4.696.444	4.330.762	-7,8%	89,8%
J07. VACCINI	5.168.647	4.308.628	-16,6%	90,9%
Totale primi 15 gruppi terapeutici	336.633.585	362.292.023	7,6%	90,9%
Totale**	374.558.743	398.491.718	6,4%	100,0%

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

Principali riferimenti normativi e deliberativi

I riferimenti normativi e deliberativi, data la particolarità dell'Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici sono citati nel testo del capitolo. Per consultare i diversi testi si rinvia alle pagine web di seguito citate.

Approfondimenti

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

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

7.2 Dispositivi medici, assistenza protesica e dispositivi per autodeterminazione della glicemia

La Commissione Tecnica per il Repertorio Unico Regionale dei Dispositivi Medici (C.T.R.D.M.) istituita con DGR n. 4534 del 28 dicembre 2007, in conformità al regolamento per il suo funzionamento (Allegato B alla DGR n. 2517 del 4 Agosto 2009), ha svolto, negli anni 2013 e 2014, la propria attività in diverse aree di competenza. L'area predominante è stata la valutazione, secondo la metodologia dell'Health Technology Assessment – HTA, dei dispositivi medici e la valutazione epidemiologica dell'uso dei dispositivi medici mirati a definire i criteri di utilizzo degli stessi in relazione alle patologie, allo scopo di promuoverne l'appropriatezza d'uso e programmare interventi atti al miglioramento della qualità. Tali valutazioni hanno prodotto "raccomandazioni" relativamente all'implementazione di tecnologie innovative e dispositivi medici nelle ULSS, Aziende Ospedaliere ed IRCCS di cui, alcune, con specifiche limitazioni (utilizzo per categorie di pazienti, utilizzo controllato tramite attivazione di registri di pazienti, studi di outcome research, utilizzo in ambito di protocolli, etc).

Tabella 7.6 Valutazioni Commissione Tecnica per il Repertorio unico Regionale dei Dispositivi Medici. Anni 2013-2014 (Fonte: Regione del Veneto)

DM valutato/Procedura valutata	Raccomandazione	Anno
Guide coronariche per la misurazione della riserva di flusso (FFR)	Raccomandato in ambito di protocolli	2013
Denervazione renale per il trattamento dell'ipertensione arteriosa-rivalutazione	Non raccomandato	2014
Protesi valvolare aortiche a rilascio veloce -rivalutazione	Raccomandato in pazienti selezionati	2014
Trattamento non farmacologico della fibrillazione atriale: ablazione transcateretere e ablazione chirurgica	Raccomandato in pazienti selezionati	2014

La C.T.R.D.M. ha definito inoltre, sempre con l'ausilio della metodologia dell'HTA, Linee di indirizzo prescrittive e Percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali indirizzate a tutte le strutture sanitarie della Regione del Veneto ivi comprese le strutture private accreditate attivando monitoraggio ad hoc allo scopo di verificarne l'aderenza.

Tabella 7.7 Documenti d'indirizzo regionali. Anni 2013-2014

Anno 2013 /2014 (approvati e pubblicati)	Anno 2014 (approvati e in fase di pubblicazione)
Documento di indirizzo regionale sull'impiego della terapia a pressione negativa e percorso del paziente (Decreto n. 4 del 25.1.2013)	Linee d'indirizzo regionali della chiusura dell'auricola sinistra per la prevenzione del tromboembolismo arterioso nella fibrillazione atriale.
Documento di indirizzo regionale sull'impiego dell'ipotermia terapeutica intraospedaliera (Decreto n. 26 del 5.4.2013)	
Percorso diagnostico terapeutico del paziente affetto da coronaropatia multi vasale stabile nella Regione del Veneto- Decreto n.88 del 7.5.2014)	
<p>Percorso assistenziale per l'impianto di neurostimolatori in pazienti affetti da Parkinson Avanzato nella Regione del Veneto –DGR n. 198 del 1.7.2014</p> <p>Percorso assistenziale per l'impianto di neurostimolatori in pazienti affetti da Emicrania Cronica Refrattaria nella Regione del Veneto DGR n. 198 del 1.7.2014</p> <p>Percorso assistenziale per l'impianto di neurostimolatori in pazienti affetti da Epilessia refrattaria nella Regione del Veneto DGR n. 198 del 1.7.2014</p>	

Con delibera regionale n. 2700 del 29.12.2014 è stata ridisegnata l'articolazione della rete regionale delle Commissioni competenti in materia di dispositivi medici ridefinendone altresì le funzioni al fine di consentire una valutazione che garantisca innovatività, sicurezza, appropriatezza e sostenibilità economica dei dispositivi medici in uso. La rete è stata articolata in due livelli coordinati, l'uno regionale (CTR-DM – Commissione tecnica regionale dei dispositivi medici) e l'altro locale (CTA-DM Commissione Tecnica Aziendale dei Dispositivi medici). Rimane in capo alla CTR-DM il ruolo di promuovere azioni di governo finalizzate all'uso appropriato dei dispositivi medici (DM) e delle tecnologie a disposizione del Servizio Sanitario Regionale (SSR) nonché delle procedure nelle quali vengono utilizzati tenendo conto dei seguenti criteri di priorità:

- tecnologie innovative ad elevato impatto economico e/o organizzativo;
- tecnologie a rischio di utilizzo improprio.

Vigilanza sui dispositivi medici

La Regione del Veneto ha individuato inoltre tra le competenze della Commissione Tecnica per il Repertorio Unico Regionale dei dispositivi medici anche il tema della promozione e dello sviluppo della vigilanza sui dispositivi medici intesa sia come sensibilizzazione degli operatori sanitari che come raccolta ed elaborazione delle segnalazioni di incidenti.

Già nel 2011 la CTRDM aveva elaborato le "Linee regionali di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro" (DGR n. 1409 del 9.9.2011) in cui definiva le figure professionali che avevano l'obbligo di segnalare gli eventi a carico di DM/AIMD/IVD fornendo una guida sui percorsi e i comportamenti da tenere nell'attuazione della vigilanza su incidenti, reclami, avvisi di sicurezza e azioni correttive, affrontando precisi aspetti, non regolati in maniera chiara dalla normativa nazionale. Successivamente la necessità di monitorare tale ambito aveva portato all'attivazione di un programma d'informatizzazione del sistema di dispositivo-vigilanza, sistema che ha anticipato la nuova funzionalità di compilazione on-line della segnalazione messa a disposizione dal Ministero della Salute a partire da gennaio 2014.

Dall'analisi delle informazioni ottenute tramite tale programma informatizzato è stato elaborato il "Terzo rapporto sulla vigilanza dei dispositivi medici" relativo all'anno 2014.

Le segnalazioni per l'anno 2014 inserite all'interno del citato database, sono state in totale 195 (di cui solo 2 imputabili agli IVD), pari ad un tasso di segnalazione di 39,4 segnalazioni per milioni di abitanti, registrando un trend simile al 2013 (-3% rispetto al 2013).

Figura 7.1 Andamento delle segnalazioni di incidente con dispositivi medici per anno (2007-2014)

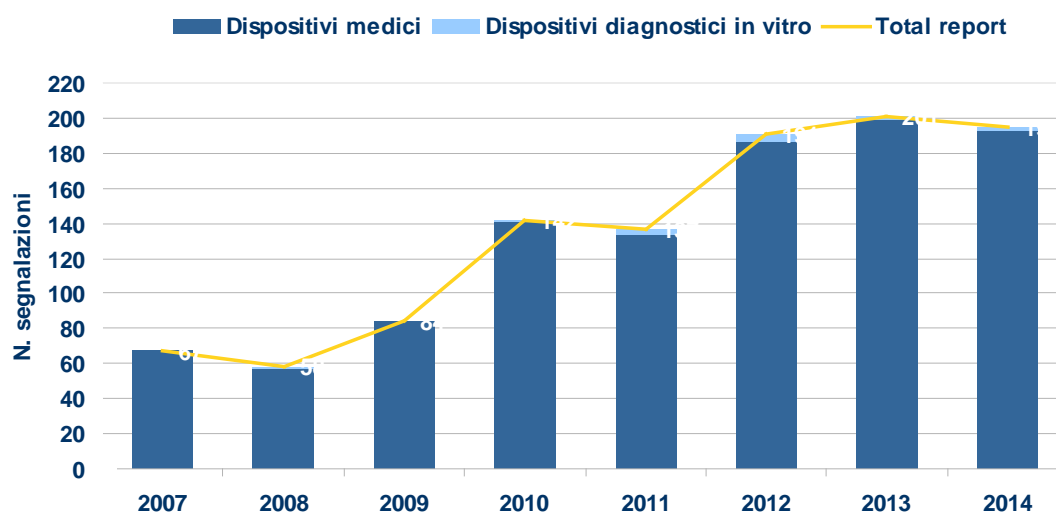
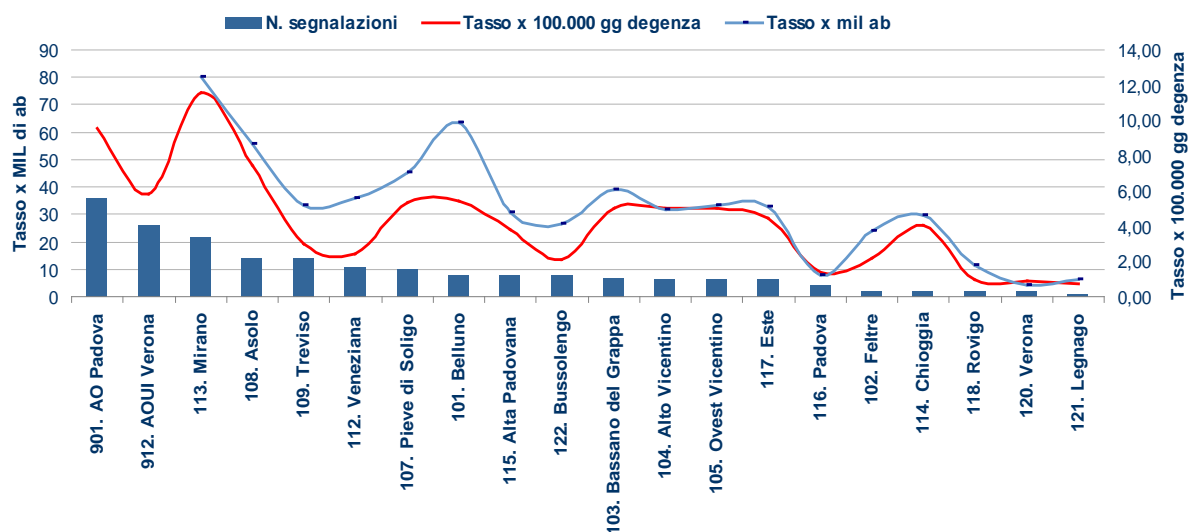


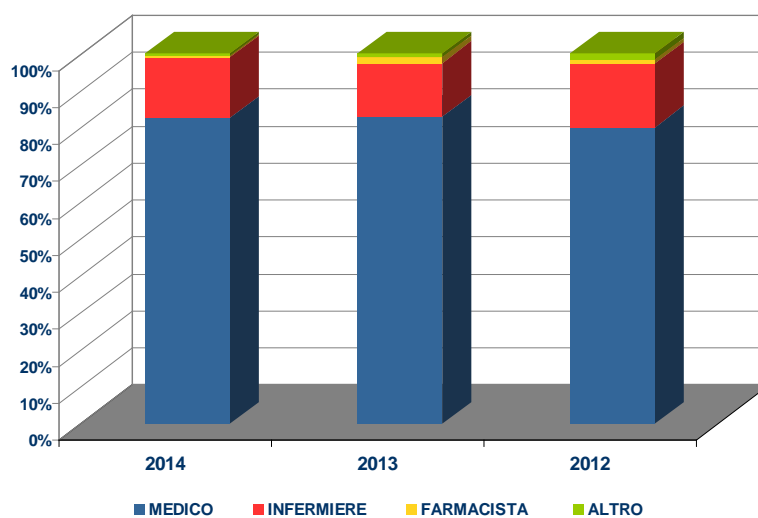
Figura 7.2 Tasso di segnalazione x MIL di abitanti e x 100.000 gg di degenza per Azienda Sanitaria (2014)



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'ULSS13 di Mirano (43%); alcune A.S. non hanno trasmesso alcuna segnalazione (ULSS6 Vicenza, ULSS10 Veneto Orientale, ULSS19 Adria, Istituto Oncologico Veneto)

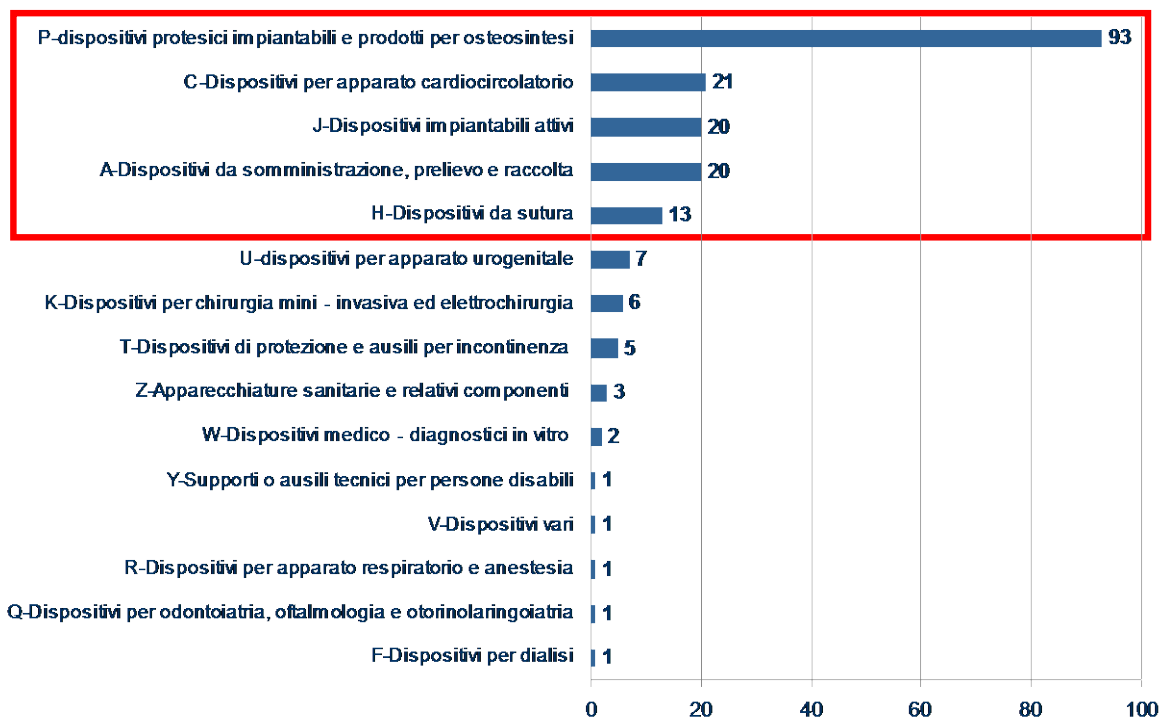
Analizzando la qualifica dell'operatore che ha segnalato l'episodio, nel 2014 la maggior parte delle segnalazioni (161, 83%) risulta provenire dal personale medico (direttore della U.O. o medico specialista), così come nei precedenti anni; segue il personale infermieristico con il 16%. Una piccola % delle segnalazioni è infine riconducibile ai farmacisti (1%).

Figura 7.3 Distribuzione delle segnalazioni per qualifica segnalatore (2012-2014)

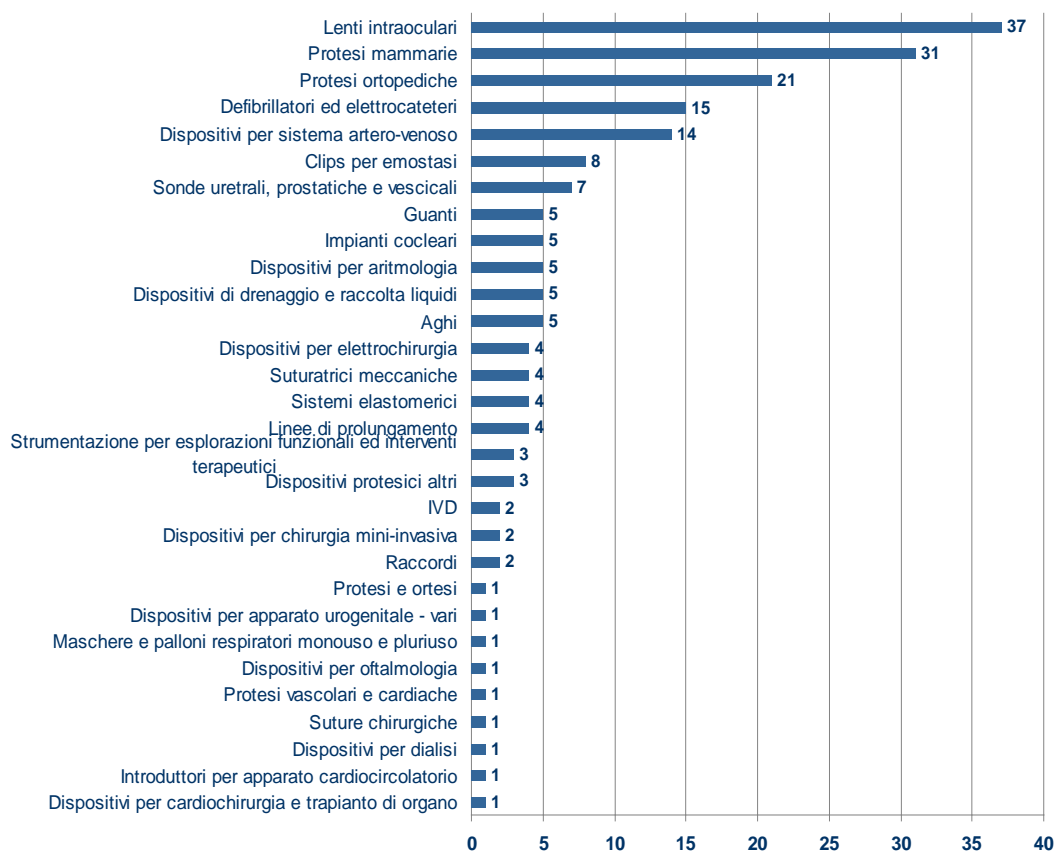


Dall'analisi effettuata sulle segnalazioni è emerso che la categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (CND) maggiormente segnalata è la categoria P "dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi" (93/195, 47,7%), seguono C "dispositivi per apparato cardiocircolatorio" (21/195, 10,7%), la categoria J "dispositivi impiantabili attivi" (20/195, 10,2%) e la categoria A "dispositivi da somministrazione, prelievo, raccolta" (20/195, 10,2%).

Figura 7.4 Distribuzione delle segnalazioni per classificazione CND I livello (2014)



La maggior parte degli incidenti segnalati hanno determinato condizioni per le quali si è reso necessario un intervento chirurgico 108/195 (55%). In particolare il 19% delle segnalazioni (37/195) ha riguardato l'opacizzazione di lenti intraoculari (IOL) con conseguente asportazione della IOL difettosa ed impianto di una nuova; il 16% (31/195) ha riguardato la rottura di protesi mammarie; l'11% delle segnalazioni (21/195) è stato relativo a protesi ortopediche per cedimento/rottura, osteolisi periprotetica con mobilizzazione della protesi e/o metallosi.

Figura 7.5 Distribuzione delle segnalazioni per tipologia di dispositivo medico (2014)

La rete della dispositivo vigilanza esistente a livello regionale e aziendale ha consentito di effettuare i monitoraggi resi indispensabili a livello nazionale in merito a particolari dispositivi medici. Un costante lavoro di monitoraggio è svolto dalla rete di vigilanza per i pazienti impiantati con "Sistemi di protesi di rivestimento DE Puy ASR™ e sistema ASR™ XL" in seguito alla sospensione della commercializzazione di tali protesi a livello nazionale da parte della Ditta produttrice. Tale monitoraggio è ancora attivo e viene svolto secondo modalità stabilite dal Ministero della Salute che la Regione ha recepito e comunicato alle Aziende Sanitarie con circolari predisposte all'uso (prot. n. 582352 del 14.11.2011 e prot. n.71284 del 14.2.2012). La Regione trasmette con report semestrali i dati di monitoraggio e di follow up dei pazienti impiantati nelle Strutture Sanitarie del territorio regionale direttamente al Ministero della Salute. La Regione del Veneto partecipa alla realizzazione dello studio di fattibilità per la realizzazione della rete nazionale per la dispositivo vigilanza al fine di contribuire alla identificazione dei contenuti informativi e le modalità di interscambi di tali dati a supporto della rete nazionale per la dispositivo vigilanza.

Spesa dispositivi medici e monitoraggio dei consumi

La Legge n. 228/2012 "Legge di stabilità 2013" ha rideterminato per l'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici passando dal 4,8% del FSN nel 2013 al 4,4%. Nel 2014 la spesa dei Dispositivi Medici nella Regione Veneto è rimasta costante rispetto all'anno precedente ed è risultata superiore al tetto nazionale di 1,36 punti percentuali. Nello specifico la spesa dei Dispositivi Medici, esclusi i Dispositivi Medico Diagnostici in vitro (IVD), è stata di 396 milioni di € (-0,1% vs 2013 - Tabella 6.8), la spesa degli IVD di 101 milioni di € (-0,3% vs 2013 - Tabella 6.9).

Tabella 7.8 Spesa Dispositivi Medici (esclusi IVD) da Conto Economico* - anni 2013 e 2014

Azienda Sanitaria	2013	2014	Var % 2014 vs 2013
101. Belluno	9.887.382	9.804.614	-0,8%
102. Feltre	6.876.404	7.381.340	7,3%
103. Bassano del Grappa	12.505.097	12.800.651	2,4%
104. Alto Vicentino	14.367.762	14.277.438	-0,6%
105. Ovest Vicentino	9.534.214	9.922.472	4,1%
106. Vicenza	27.121.424	28.457.632	4,9%
107. Pieve di Soligo	14.252.554	14.390.276	1,0%
108. Asolo	18.481.452	18.364.907	-0,6%
109. Treviso	29.149.061	29.908.771	2,6%
110. Veneto Orientale	13.599.595	12.452.649	-8,4%
112. Veneziana	26.823.973	26.958.545	0,5%
113. Mirano	18.342.879	18.648.196	1,7%
114. Chioggia	4.988.504	5.154.745	3,3%
115. Alta Padovana	18.321.743	17.155.844	-6,4%
116. Padova	14.132.808	13.063.180	-7,6%
117. Este	9.378.121	9.520.729	1,5%
118. Rovigo	13.698.439	14.916.438	8,9%
119. Adria	2.993.440	2.819.086	-5,8%
120. Verona	9.999.399	9.362.058	-6,4%
121. Legnago	12.475.620	11.945.841	-4,2%
122. Bussolengo	6.821.445	5.979.090	-12,3%
901. AO Padova	51.952.373	52.114.244	0,3%
912. AOUI Verona	49.191.654	48.659.608	-1,1%
952. IRCCS IOV	1.863.914	2.320.582	24,5%
Totale	396.759.256	396.378.935	-0,1%

*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

Tabella 7.9 Spesa IVD da Conto Economico* - anni 2013 e 2014

Azienda Sanitaria	2013	2014	Var % 2014 vs 2013
101. Belluno	3.210.577	3.095.396	-3,6%
102. Feltre	1.524.901	1.596.427	4,7%
103. Bassano del Grappa	3.293.114	3.160.922	-4,0%
104. Alto Vicentino	4.725.872	3.987.773	-15,6%
105. Ovest Vicentino	2.982.520	2.818.324	-5,5%
106. Vicenza	3.181.249	2.768.492	-13,0%
107. Pieve di Soligo	4.173.000	4.305.618	3,2%
108. Asolo	6.696.730	6.365.295	-4,9%
109. Treviso	2.123.104	1.998.975	-5,8%
110. Veneto Orientale	4.072.556	3.791.532	-6,9%
112. Veneziana	3.059.684	3.009.315	-1,6%
113. Mirano	4.086.154	4.010.751	-1,8%
114. Chioggia	1.673.111	1.532.110	-8,4%
115. Alta Padovana	7.207.355	7.247.498	0,6%
116. Padova	1.483.896	1.652.833	11,4%
117. Este	758.862	708.254	-6,7%
118. Rovigo	4.403.931	4.895.752	11,2%
119. Adria	677.207	632.539	-6,6%
120. Verona	2.747.965	3.117.155	13,4%
121. Legnago	1.944.338	2.028.118	4,3%
122. Bussolengo	2.630.035	2.394.995	-8,9%
901. AO Padova	20.672.186	20.851.594	0,9%
912. AOUI Verona	14.122.347	13.876.252	-1,7%
952. IRCCS IOV	48.795	1.359.005	>100,0%
Totale	101.499.490	101.204.925	-0,3%

*conto economico considerato: B.1.A.3.3. - Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD);

Considerando il tetto imposto a livello nazionale e l'andamento della spesa relativa all'anno 2013, la Regione del Veneto ha assegnato alle Aziende Sanitarie per l'anno 2014 i limiti di costo per i Dispositivi Medici (DGR n. 206/2014).

Il valore assegnato per i Dispositivi Medici, esclusi gli IVD, è stato definito sommando la spesa ospedaliera e quella territoriale, quest'ultima relativa alle strutture sia con posti letto che senza posti letto (es: distretti). Il limite di costo ospedaliero è stato calcolato utilizzando i costi standard per singola struttura, suddividendo le strutture in 5 categorie in base alla complessità della casistica trattata secondo gli indici di case-mix. Anche il limite di costo territoriale relativo alle strutture con posti letto è stato calcolato utilizzando i costi standard, mentre è stato assegnato un budget storico per la spesa territoriale delle strutture senza posti letto.

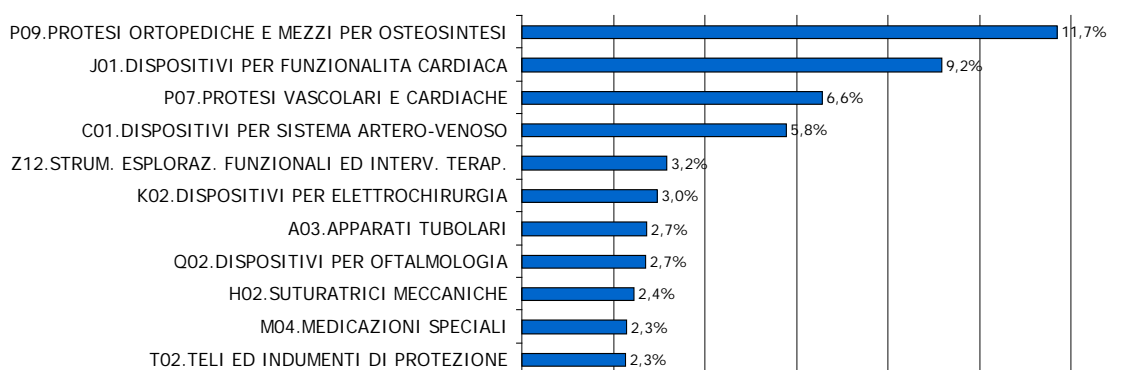
Relativamente agli IVD, per le Aziende che hanno evidenziato una riduzione di spesa nel 2013 (dato Consuntivo 2013) rispetto al 2012 maggiore o uguale al 5%, la Regione ha

assegnato come limite di costo per l'anno 2014 il valore del consuntivo 2013; per le rimanenti Aziende è stato attribuito un limite pari al valore del consuntivo 2013 ridotto del 5%.

L'individuazione dei limiti di costo ha stimolato le Aziende a mettere in atto azioni mirate a migliorare l'appropriatezza prescrittiva, anche utilizzando gli strumenti di valutazione e di intervento messi a disposizione dalla Regione. Dal 2014 infatti 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 e lo scostamento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

A livello regionale le prime 10 CND dettagliate al II livello coprono quasi il 50% della spesa dei Dispositivi Medici, esclusi gli IVD (Figura 6.6).

Figura 7.6 Percentuale di spesa dei Dispositivi Medici suddivisa per CND II livello - anno 2014



Le protesi ortopediche e mezzi per osteosintesi e sintesi tendineo-legamentosa (CND P09) sono la categoria a maggior utilizzo (46,7 milioni di €). Altre CND di rilievo per la spesa sono i dispositivi per funzionalità cardiaca - J01 (36,6 milioni di €), le protesi vascolari e cardiache - P07 (26,2 milioni di €), i dispositivi per sistema artero-venoso - C01 (23,1 milioni di €) e la strumentazione per esplorazioni funzionali ed interventi terapeutici - Z12 (12,6 milioni di €).

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 (37,8%), seguite dai mezzi per osteosintesi e sintesi tendineo-legamentosa (P0912, 27,0%). Tra i dispositivi per funzionalità cardiaca emergono i defibrillatori (J0105; 49,5% della spesa relativa alla CND J01) e i pacemaker (J0101; 33,3%). Infine per le protesi vascolari e cardiache il 65,8% della spesa è da attribuire alle endoprotesi (P0704).

Ai fini del corretto monitoraggio dei flussi dei consumi dei Dispositivi Medici, con DGR n. 2533/2013 la Regione ha confermato per l'anno 2014 gli obiettivi sulla qualità già assegnati nel 2013 alle Aziende Sanitarie. Il primo prevede un valore soglia del 90% della spesa dei Dispositivi Medici codificata con BD/RDM rispetto ai conti economici B.1.A.3.1.A (Dispositivi protesici impiantabili), B.1.A.3.1.B (Dispositivi medici altro) e B.1.A.3.2 (Dispositivi medici impiantabili attivi); il secondo un valore soglia del 93% della

spesa relativa ai Dispositivi medici diagnostici in vitro (IVD) codificati con almeno la prima lettera della categoria W rispetto al conto economico B.1.A.3.3 (Dispositivi medici diagnostici in vitro). La quasi totalità delle Aziende Sanitarie ha raggiunto entrambi gli obiettivi.

Assistenza Protesica

L'erogazione di tale assistenza nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale è disciplinata dal Decreto Ministeriale 332/99 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe", che individua le prestazioni con modalità dell'erogazione dei dispositivi riportati negli elenchi 1, 2, e 3 del Nomenclatore (Allegato 1 al D.M. 332/99).¹ Nel corso dell'anno 2014, stante l'attivazione del cruscotto informatizzato regionale di rilevazione dei consumi sostenuti dalle Aziende Sanitarie per l'Assistenza Protesica, è stata monitorata la spesa e i costi attraverso due modelli:

- la rilevazione mensile della spesa per l'ordinato/autorizzato, suddivisa nei tre elenchi del nomenclatore e quelli extra elenchi (ovvero non riconducibili ai citati elenchi-art.1 comma 6 DM 332/99) e opportunamente separata da quella relativa ai servizi accessori;
- la rilevazione trimestrale dei costi ricavati dai Conti Economici (B.1.A.3.1.B, B.2.A.6.1, B.2.A.6.2, B.2.A.6.3, B.2.A.6.4, B.2.A.16.4.2.B, B.2.A.16.4.2.B, B.3.C, B.4.B.1).

Tale monitoraggio è stato inoltrato costantemente alle AA.SS con l'invio di report alle Aziende Sanitarie, rilevando problematiche e criticità, al fine di migliorare la qualità del cruscotto per far sì che diventi un valido strumento per il governo della spesa per l'Assistenza Protesica. Il dato complessivo di spesa regionale per l'anno 2014 è di 85 milioni di euro (con un costo pro capite medio di circa € 17), di cui circa 33.4 milioni sono stati spesi per l'acquisizione di ausili contenuti nell'Elenco 1, circa 37,3 milioni sono stati invece spesi per l'acquisizione di dispositivi contenuti nell'Elenco 2 e i rimanenti 14,1 milioni sono stati spesi per gli ausili dell'Elenco 3 (circa 2,5 milioni), per gli ausili Extra Elenco (circa 1,5 milioni) e per i cosiddetti servizi accessori (circa 10,1 milioni), i quali comprendono anche le spese sostenute per l'acquisto di quei dispositivi la cui quota parte non può essere scorporata dai relativi servizi di manutenzione, service, noleggio, etc.. (Figura 7.7).

In virtù dell'inserimento a livello nazionale del tetto di spesa per l'acquisizione dei dispositivi medici (di cui Legge 135/2012 art.15, comma 13 lettera F) la Regione del Veneto, con delibera della Giunta Regionale n. 206 del 2014, ha confermato per

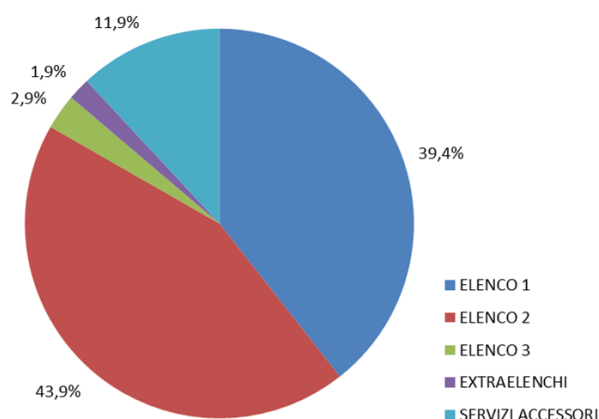
¹ elenco 1: dispositivi costruiti su misura e quelli di serie la cui applicazione richiede modifiche eseguite da un tecnico abilitato; elenco 2 e 3: ausili tecnici di serie la cui applicazione o consegna non richiede l'intervento del tecnico abilitato e apparecchi acquistati direttamente dalle aziende sanitarie ed assegnati in uso ai pazienti.

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 DM 332/99 suddivisi per aziende.

La Regione del Veneto inoltre ha ritenuto necessaria la rilevazione più puntuale dei dati, finalizzata all'ottenimento di informazioni maggiormente dettagliate, arrivando quindi a tracciare il singolo dispositivo erogato al paziente in ambito di assistenza protesica. In termini di appropriatezza, questo permetterà di intervenire in maniera più mirata nelle aree di maggior impatto economico.

A tal fine è stato pertanto predisposto un *nuovo flusso informativo per il monitoraggio della spesa per AP* (flusso AP) attraverso l'attivazione di un percorso graduale di acquisizione delle informazioni da parte delle AA.SS, distinto in tre fasi a partire da gennaio 2015: fase sperimentale della durata di 6 mesi riservata ad alcune aziende sanitarie, fase di adeguamento delle altre aziende sanitarie (della durata di 6 mesi) e fase consolidata. Tale flusso consentirà di avere a disposizione i dati relativi all'erogazione dei dispositivi per singolo assistito, nonché quelli relativi al medico che effettua la prescrizione del dispositivo.

Figura 7.7 Spesa Assistenza Protesica suddivisa per elenchi, Veneto, 2014



La Regione del Veneto ha inoltre lavorato attivamente per supportare le AA.SS in tutto ciò che concerne l'Assistenza Protesica nominando, in prima istanza in considerazione della spesa sostenuta per l'incontinenza urinaria e fecale, il Tavolo Tecnico per l'incontinenza -TTC allo scopo di raccogliere e analizzare i dati attuali relativi al numero di pazienti affetti da incontinenza e alle prestazioni erogate per il trattamento di tale patologia nonché a proporre linee di indirizzo sull'appropriatezza prescrittiva, sulle modalità di acquisto e sulle modalità distributive degli ausili, delineando percorsi di diagnosi e cura basati sui presupposti dell'appropriatezza, sicurezza e prove di efficacia omogenei e condivisi nonché di effettuare approfondimenti inerenti i dispositivi medici di elevata tecnologia attraverso l'ausilio della metodologia dell'HTA.

Dispositivi per autodeterminazione della glicemia, della chetonuria, della chetonemia e per somministrazione di insulina

La spesa sostenuta dal SSR nell'anno 2014 per i dispositivi per diabetici è stata di 37,0 milioni di euro (-14,8% rispetto all'anno precedente). La riduzione della spesa è prevalentemente attribuibile agli interventi che nel corso del biennio 2013-2014 sono stati attivati dalla Regione:

- riduzione del prezzo di rimborso a carico del SSR delle strisce per la rilevazione estemporanea della glicemia (DGR n. 497/2013 e n. 43/2014);
- ridefinizione a livello regionale del numero massimo di dispositivi concedibili a carico del SSR per anno (DGR n. 1067/2013 e n. 2969/2014).

Inoltre, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 206/2014 la Regione del Veneto ha assegnato alle Aziende ULSS per l'anno 2014 l'obiettivo di ridurre al di sotto di 7,30 € il costo pro capite pesato per dispositivi per l'autocontrollo e l'auto-somministrazione a favore dei soggetti diabetici, esortandole contestualmente a mettere in atto azioni mirate a monitorare la spesa e a migliorare l'appropriatezza prescrittiva per i suddetti dispositivi. A questo proposito, nel corso del 2014 la quasi totalità delle Aziende ULSS ha attivato il nuovo applicativo web, denominato WebCare, che permette di gestire on-line la prescrizione e la dispensazione dei dispositivi per l'autogestione e l'automonitoraggio del diabete attraverso l'informatizzazione dei Programmi di cura.

237

Principali riferimenti normativi e deliberativi

I riferimenti normativi e deliberativi, data la particolarità dell'Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici sono citati nel testo del capitolo. Per consultare i diversi testi si rinvia alle pagine web di seguito citate.

Approfondimenti

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

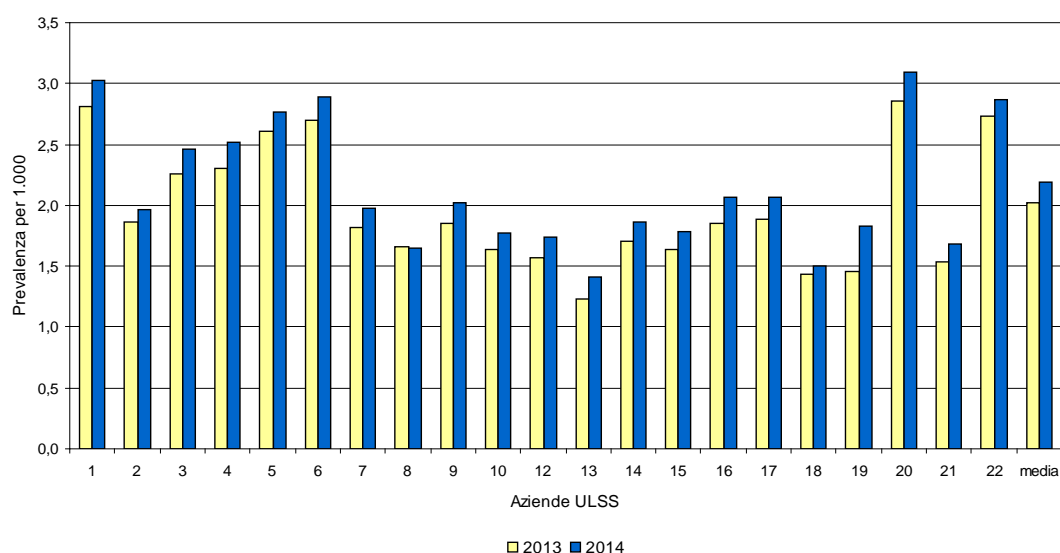
Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Settore Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici
Dorsoduro, 3493 (Rio Novo) - 30123 Venezia
Telefono: 041 2793412 - Fax 041 2793468
e-mail: assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

7.3 Prodotti destinati ad alimentazione particolare

La dispensazione dei prodotti dietetici destinati all'alimentazione particolare 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 Livelli Essenziali di Assistenza. Nella Regione del Veneto, inoltre, è prevista come prestazione sanitaria aggiuntiva la fornitura dei prodotti aproteici a favore di soggetti affetti da Insufficienza Renale Cronica in trattamento conservativo (DGR n. 2661/2003).

Nel 2014 la spesa regionale per i suddetti prodotti è stata pressoché costante rispetto all'anno precedente (13,8 milioni di euro, +0,9% vs 2013). Il 91,4% di questa spesa (12,6 milioni di euro, +5,2% vs 2013) è da attribuire agli alimenti per celiaci. Nella Regione del Veneto ai soggetti affetti da celiachia sono garantiti gli importi di spesa previsti dal DM 4 maggio 2006 (DGR n. 951/2013). Nel 2014 i pazienti celiaci sono stati 10.813 (+8,3% vs 2013). Nella Figura 7.8 sono riportati i dati di prevalenza della celiachia nelle diverse Aziende ULSS.

Figura 7.8 Prevalenza della celiachia nelle Aziende ULSS della Regione Veneto



Principali riferimenti normativi e deliberativi

I riferimenti normativi e deliberativi, data la particolarità dell'Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici sono citati nel testo del capitolo. Per consultare i diversi testi si rinvia alle pagine web di seguito citate.

Approfondimenti

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

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

8. Le reti cliniche

8.1. Rete clinica dei trapianti

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

Gli obiettivi della programmazione regionale sono:

- il rafforzamento della struttura operativa del Coordinamento Regionale per i Trapianti;*
- la progressiva strutturazione dei servizi di supporto all'attività trapiantologica;*
- il consolidamento dell'organizzazione in reti provinciali dei Coordinamenti Ospedalieri per i Trapianti anche per un'ottimizzazione nell'identificazione del potenziale donatore;*
- il rafforzamento dei programmi di trapianto d'organi ad elevato volume su scala nazionale, per ottimizzare l'impiego delle risorse umane e strutturali;*
- il potenziamento dei poli di banking tissutale mediante specifica strutturazione;*
- l'intensificazione delle iniziative volte a mantenere accesa l'attenzione della popolazione in tema di donazione, chiave di volta per il mantenimento degli attuali livelli assistenziali. (Paragrafo 3.2.4 pag 70)*

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. All'interno del paragrafo è possibile trovare dati sull'attività di monitoraggio, del registro cerebrolesi, accertamenti di morte, attività trapiantologica, donazione tessuti. Inoltre sono riportate alcune progettualità future della rete.

Attività di monitoraggio

Tra gli obiettivi del Sistema Regionale Trapianti (SRT) vi sono la tracciabilità dell'intero processo donazione trapianto e lo scambio di informazioni relative al processo stesso fra i vari attori coinvolti. Lo strumento di cui il sistema si è dotato è il programma Donor Manager (DM), il cui uso consente di ottemperare in modo automatico a molti debiti informativi regionali che il Coordinamento Regionale per i Trapianti (CRT) ha nei confronti del Centro Nazionale Trapianti (CNT) e del Centro di Riferimento Interregionale – Nord Italia Transplant program (NITp).

DM permette il controllo dell'avvenuto inserimento dei dati relativi al ricevente e della loro correttezza, informazioni consultabili dal NITp e dal CNT in occasione di una donazione, cui si aggiunge la possibilità di valutare i dati dell'inserimento in lista d'attesa, del follow-up e dell'avvenuto trapianto. Nel 2014 sono stati monitorati, attraverso il programma DM, 24.952 decessi (vs. 24.964 del 2013) avvenuti nelle strutture ospedaliere e nel territorio afferente ai 24 coordinamenti istituiti in Veneto.

Per le donazioni da vivente sono state effettuate 1.013 registrazioni concluse con un prelievo di tessuti (vs 1.127 nel 2013).

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 e tessuti della Regione. Nel 2014 il numero di ricoveri in Terapia Intensiva è stato pari a 22.417 casi, registrando una diminuzione dello 0.7%, corrispondente a 159 ricoveri in meno, rispetto al 2013. I decessi totali in Terapia Intensiva sono stati 2.319, con un aumento del 1.2% rispetto al 2013. Si è verificato però un calo dei decessi con lesioni cerebrali: nel 2014 sono stati 453 vs 487 nel 2013, con una riduzione pari al 6.9%. La percentuale di decessi con lesioni cerebrali sul totale dei decessi è del 19.5% vs il 21.2% del 2013.

Accertamenti di morte

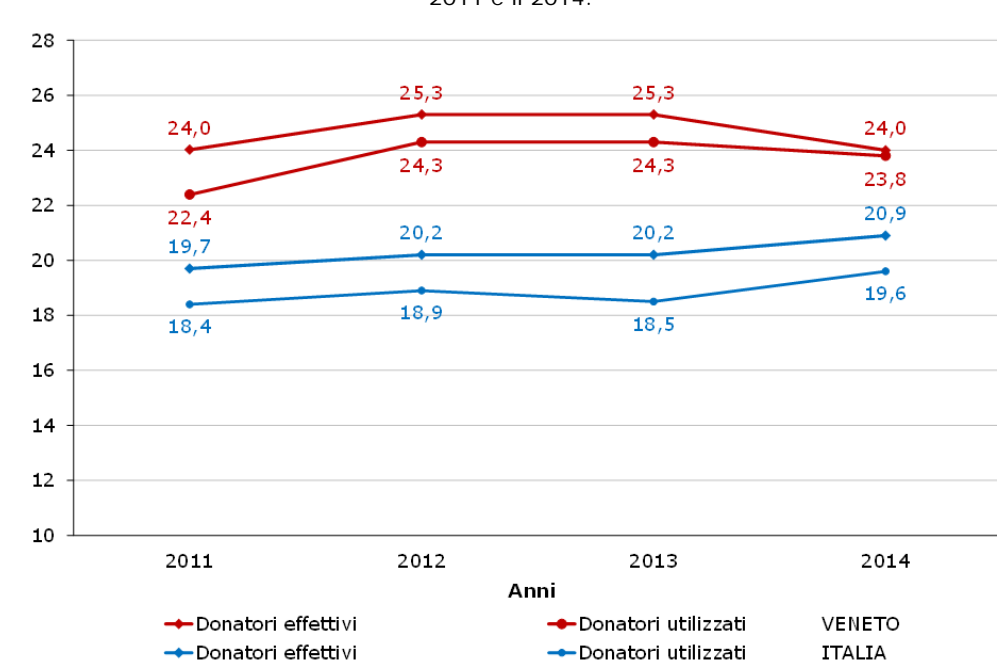
Gli accertamenti di morte con criteri neurologici nell'anno 2014 sono stati 199, rispetto ai 189 del 2013 con un aumento del 5.3%. Di questi, sono risultati idonei al prelievo 116 soggetti. La percentuale di donatori utilizzati sul totale degli accertamenti registra un valore pari al 58.3% contro il 62.4% dello scorso anno.

Tabella 8.1 Donatori di organi. Veneto, anni 2013-2014.

Anno	Segnalati	Effettivi	Utilizzati
2013	189	123	118
2014	199	117	116

(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.)

Figura 8.1 Numero per milione di popolazione dei donatori di organi effettivi e utilizzati in Italia e Veneto tra il 2011 e il 2014.



Pur dovendo registrare un incremento della percentuale di opposizione passata dal 22.2% del 2013 al 28.1%, nel 2014 il pmp (numero per milione di popolazione) è stato pari a 24 per i donatori effettivi e 23.8 per i donatori utilizzati, valori superiori al dato nazionale che è rispettivamente del 20.9 e del 19.6.

Tale risultato conferma il trend favorevole del Veneto nelle attività di donazione ed è tangibile testimonianza dell'impegno di tutti gli operatori coinvolti e della solida organizzazione regionale.

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, presentati di seguito.

Tabella 8.2 Indicatori di efficienza, efficacia, qualità. Anni 2013 e 2014.

INDICATORE	RISULTATO ATTESO	2013	2014	DATO NAZIONALE*
PROCUREMENT 1 (Don. Effettivi / dec. Cerebrolesi)	15%-25%	25,3%	25,8%	25,7%
PROCUREMENT 2 (Accertamenti/ dec. Cerebrolesi)	20%-40%	38,8%	43,9%	46,8%
QUALITA' (Don. Effettivi/ACM)	30%-70%	65,1%	58,8%	53,2%

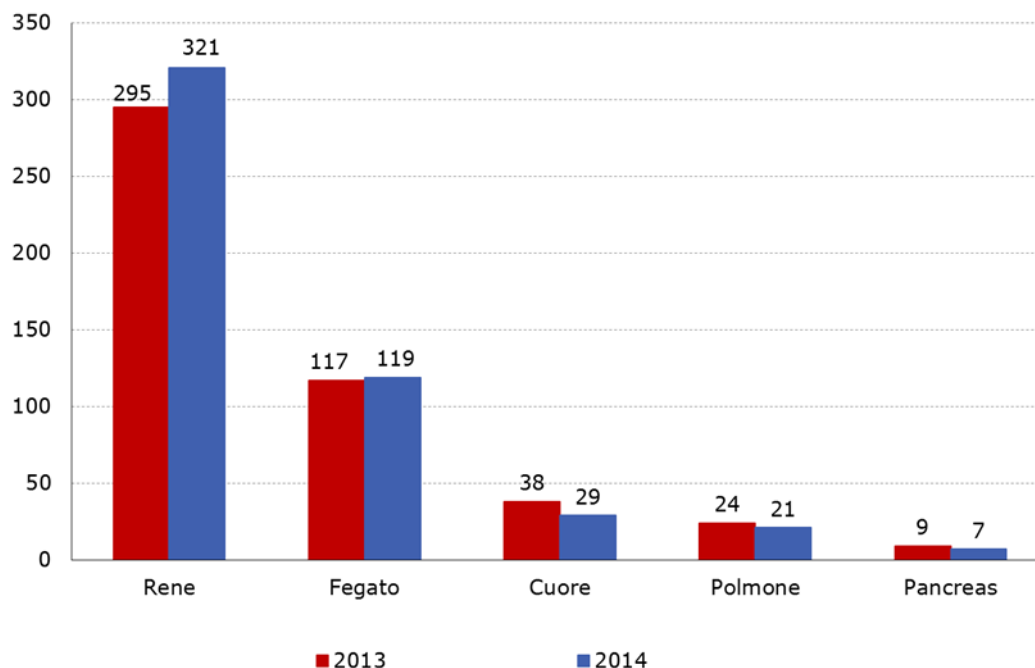
*Fonte dati SIT agg. al 09/02/2015

Il raggiungimento di questi obiettivi è legato all'organizzazione dell'intera Rete regionale la cui trama è rappresentata dall'attività di supporto da parte del CRT ai Coordinamenti Ospedalieri nella gestione del processo di donazione di organi e/o tessuti, garantita da una operatività h24/365giorni, per quanto riguarda i criteri di idoneità/sicurezza del materiale biologico utilizzato nei trapianti i servizi di Secondo Livello nel 2014 sono stati attivati in 201 occasioni vs le 214 dell'anno precedente, nel 64% dei casi è stato richiesto il supporto del Servizio di Anatomia Patologica e nel 36% del Servizio di Microbiologia.

Attività trapiantologica

Nel corso del 2014 sono stati effettuati 488 trapianti di organi solidi, 417 da donatore cadavere (di cui 198 con organi procurati in Regione e 219 di provenienza extraregionale) e 71 da donatore vivente (rene). Si registra pertanto un aumento del 2.9% rispetto all'anno precedente.

Figura 8.2 Attività di trapianto per tipologia di organo in Veneto tra il 2013 (totale=454) e il 2014 (totale2014=488) [N.B. nel totale i trapianti sono conteggiati singolarmente]



In particolare è aumentato il numero di trapianti di rene da cadavere, stabile invece l'attività di trapianto da vivente, in aumento anche l'attività del fegato (119 vs 117) mentre i trapianti di cuore, polmone e pancreas registrano una diminuzione (rispettivamente 38 vs 29, 24 vs 21 e 9 vs 7). In area NITp, il Veneto si colloca come seconda Regione, dopo la Lombardia, per attività di trapianto. Anche nel panorama nazionale il Veneto, rappresenta una assoluta eccellenza, in tutte le aree trapiantologiche (fonte: report annuale CNT 2014).

Il programma di trapianto da donatore vivente vede il Veneto, promotore e protagonista in ambito nazionale: nel 2014 sono stati effettuati 71 trapianti di rene, coinvolgendo tutti i centri trapianti della Regione.

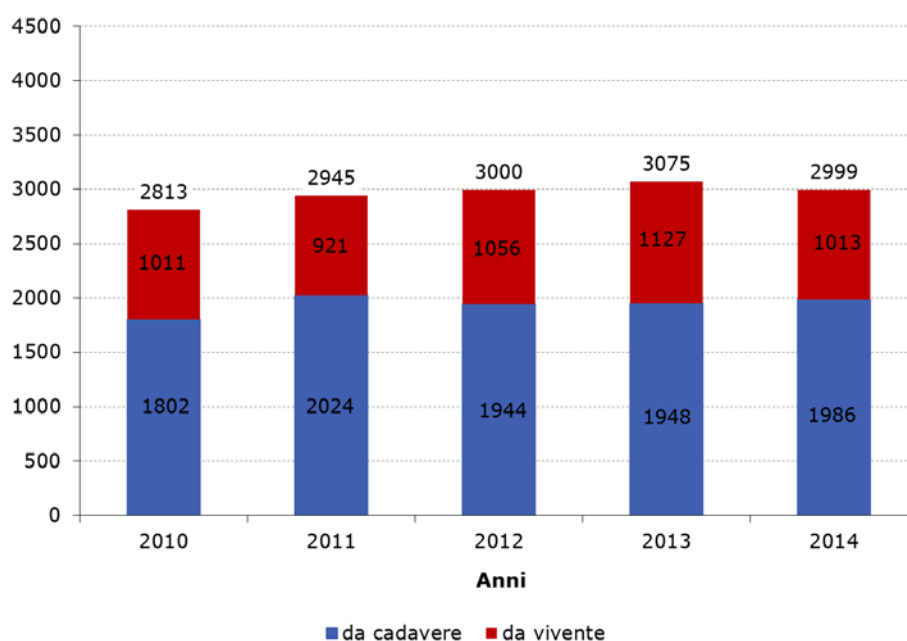
Il Veneto inoltre è prima regione di Italia, per l'implementazione e l'attivazione di programmi per il posizionamento di dispositivi di assistenza meccanica al circolo (VAD) : presso i due centri cardiocirurgici sedi di trapianto (Verona e Padova) sono stati posizionati 38 VAD nel 2014 vs i 26 del 2013. Questi dati esprimono l'attenzione della Sanità Veneta per tutti quei dispositivi che possano costituire alternativa o "ponte" al trapianto in ambiti in cui l'offerta donativa non risulti in grado di soddisfare in tempi rapidi la domanda di salute. Il CRT è coinvolto direttamente nella gestione del database nazionale, primo esempio in Europa, per la raccolta e l'analisi di qualità dei dati sugli impianti effettuati in tutto il territorio.

Donazioni tessuti

Nell'ambito dell'attività di Banking e distribuzione cellule e tessuti il CRT si occupa delle attività previste dalla legge 91/1999 e dalla DE 23/2004, assumendo compiti di "governance" e coordinamento.

L'attività di procurement di tessuti in Regione ha mostrato nel 2014 una sostanziale stabilità. Si sono registrati 2.999 donatori di tessuti, di cui il 66.2% ha riguardato donazioni da cadavere. Nel 2013, su 3.075 donatori di tessuti, tale dato era pari al 63.3%. L'analisi per tipologia di tessuti procurati mostra che 1.802 donatori, pari al 91% dei donatori cadavere, sono risultati donatori di soli tessuti oculari. Nell' 9.3% dei casi sono state raccolte più tipologie di tessuti, quali tessuto valvolare, segmenti vascolari, tessuto muscolo-scheletrico e tessuto cutaneo, registrando 184 donatori multi tessuto nel 2014 vs 158 nel 2013.

Figura 8.3 Donatori di tessuti distinti per tipologia. Veneto, anni 2010-2014



I tessuti oculari raccolti in Veneto nel 2014 sono stati 3.901 vs 3.852 del 2013.

Il miglioramento in termini qualitativi e quantitativi del procurement di tessuto cutaneo ha permesso di mantenere la totale autosufficienza nella disponibilità di tessuto cutaneo rispetto alle richieste provenienti da utenti regionali, in particolare dai Centri Ustioni. Accanto all'attività di donazione di tessuti da donatori a cuore battente (HB) e a cuore fermo (NHB), in Regione sono attivi programmi di procurement di tessuti da donatore vivente quali: segmenti vascolari, membrana amniotica e tessuti ossei, che nel corso del 2014 hanno registrato un'attività donativa pari a 1.013 donazioni, con un calo 10.1% nei confronti del 2013.

Nel complesso l'attività di donazione di tessuti svolta in Regione pone il Veneto come leader in tale attività di procurement, contribuendo all'intera attività nazionale per il 25% e per il 37% nell'area NITp, come risulta dal riepilogo nazionale del CNT.

Progettualità

I principali progetti del CRT per il 2015 sono:

- Sviluppare le attività di comunicazione e sensibilizzazione alla popolazione attraverso il proprio sito web
- sostenere i Coordinamenti ospedalieri per i Trapianti nelle attività di procurement di organi e tessuti, anche attraverso la partecipazione a progetti nazionali finalizzati alla definizione degli standard di attività e qualità della donazione
- completare il processo di autorizzazione regionale dei centri di trapianto regionali
- predisporre l'avvio delle attività per la donazione a "cuore fermo" di organi
- coordinare scientificamente il "Progetto Regionale per la realizzazione di un programma finalizzato alla sensibilizzazione della popolazione sul tema della donazione di organi e tessuti e alla informazione rispetto alla opportunità di esprimere in vita il proprio assenso/dissenso alla donazione in vita al momento del rilascio/ rinnovo del documento d'identità presso le anagrafi comunali del Veneto."
- sostenere, promuovere, incentivare l'attività formativa a favore degli operatori del Sistema Regionale Trapianti
- rivedere i modelli allocativi regionali esistenti per alcune tipologie di organi
- proseguire con le attività di certificazione del CRT secondo le ISO 9001.

244

Approfondimenti

- CRT: "Sintesi di Attività Gennaio - Dicembre 2014" - <http://www.srtveneto.it>
- CRT: "Sintesi di Attività Gennaio - Dicembre 2013" - <http://www.srtveneto.it>
- NITp: "Report di attività 2014 - Prelievo e trapianti di organi" - <http://www.policlinico.mi.it/nitp>
- NITp: "Report di attività 2013 - Prelievo e trapianti di organi" - <http://www.policlinico.mi.it/nitp>
- CNT: "Attività di donazione e trapianto Report 2014" <http://www.trapianti.salute.gov.it/cnt>
- CNT: "Attività di donazione e trapianto Report 2013" <http://www.trapianti.salute.gov.it/cnt>

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale Trapianti

Sede: c/o Azienda Ospedaliera di Padova Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

Telefono: 049/8218124 - 8125

e-mail: veneto.coordinamento@sanita.padova.it

8.2. Rete delle malattie rare

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

La rete regionale delle malattie rare presenta come base fondante l'integrazione tra la rete dei centri di riferimento per le malattie rare e la rete dei servizi territoriali, vicini al luogo di vita della persona (pag. 18 "Malattie rare" -pag. 67 "Le reti cliniche integrate anche con il Territorio"-pag. 72 "Rete delle malattie rare").

Quadro di sintesi

Le malattie rare si confermano come un tema di assoluta rilevanza in un'ottica di sanità pubblica, sia per il numero complessivamente molto consistente di persone affette, sia per l'impatto che queste condizioni hanno sulla salute individuale, di popolazione e sull'intero sistema dei servizi sanitari. Rappresentano un elemento strategico per la programmazione regionale, attorno al quale possono svilupparsi azioni e interventi con ricadute positive sull'intero sistema di assistenza. La rete dedicata alle persone con malattie rare della Regione Veneto presenta un'organizzazione basata sulla rete assistenziale, costituita dai Centri accreditati, dagli altri ospedali coinvolti nella presa in carico dei pazienti, dai servizi territoriali, dalle farmacie ospedaliere e territoriali; sul sistema informativo, alla base del Registro regionale, basato su un'unica cartella clinica condivisa, che mette in rete in tempo reale tutti i professionisti ed i servizi coinvolti nel percorso assistenziale; sui protocolli e percorsi assistenziali, definiti per specifica malattia rara e/o per specifico problema assistenziale, monitorati dal sistema informativo di cui sopra.

Durante l'anno 2014, la Regione ha proseguito nello sviluppo dei percorsi assistenziali specifici per malattia, sviluppando ulteriormente il percorso delle persone affette da SLA, della gestione del loro bisogno comunicativo, anche con integrazione ai LEA nazionali; ha valutato dal punto di vista tecnico nuove integrazioni ai LEA di trattamenti essenziali ed insostituibili per le persone con malattie rare (oftalmologiche, urologiche, dermatologiche ed ematologiche); ha provveduto ad effettuare l'istruttoria tecnica, di Area Vasta, per l'aggiornamento dei centri di riferimento interregionali per malattia rara.

Le malattie rare rappresentano un gruppo molto numeroso di patologie, accomunate dal fatto di avere una bassa prevalenza nella popolazione. L'Unione Europea (UE) definisce rara una patologia che ha una prevalenza non superiore a 5 per 10.000 nell'insieme della popolazione comunitaria. La specificità delle malattie rare, in termini di numero limitato di pazienti affetti dalle singole sotto-forme e di necessità di competenze particolari per la presa in carico dei malati, rende questo tema di salute pubblica un elemento di complessità e nel contempo di potenziale innovazione per la programmazione sanitaria regionale, che vanta in Veneto una lunga tradizione ed una leadership riconosciuta a livello nazionale.

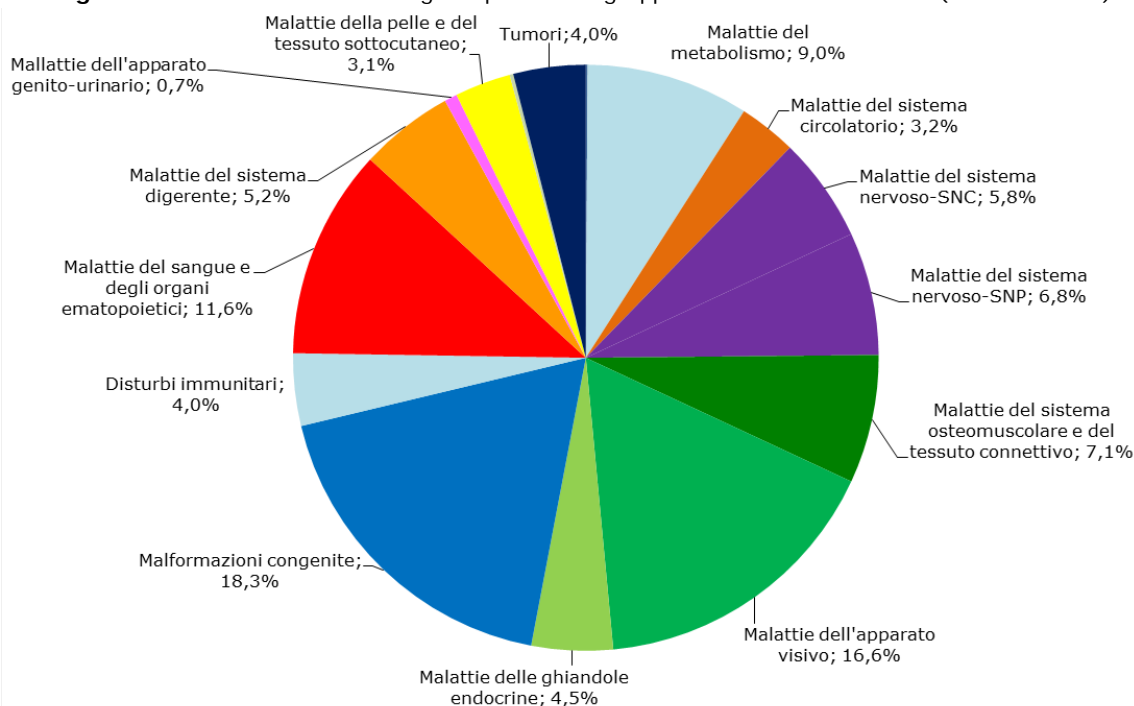
I dati del Registro malattie rare hanno la finalità di definire l'impatto che queste malattie hanno da una parte sulla salute della popolazione, dall'altro sul sistema dei servizi. Di

seguito viene presentata una sintesi dei dati raccolti attraverso il sistema informativo alla base del Registro.

Al 31 dicembre 2014 i pazienti con malattia rara registrati sono 30.209. Di questi, 25.303 (84%) sono pazienti residenti in Regione Veneto e 4.906 (16%) sono pazienti residenti fuori Regione, ma seguiti da Presidi accreditati della Regione Veneto. Il rapporto maschi/femmine è di 1:1. La distribuzione per età dei pazienti al momento della diagnosi varia da pochi giorni di vita fino all'età anziana, con un'età media di 33 anni.

Alla stessa data, il 23% dei pazienti in carico aveva un'età inferiore a 18 anni. Considerando tutte le classi di età, i gruppi di patologie seguite in Veneto con la più elevata numerosità di pazienti sono le malformazioni congenite (18,3%), seguite dalle malattie dell'apparato visivo (16,6%) e dalle malattie rare neurologiche (12,6%), sia del sistema nervoso centrale che periferico. Un altro gruppo relativamente numeroso è quello costituito dai pazienti affetti da malattie rare del sangue e degli organi ematopoietici (11,6%) (Figura 8.4).

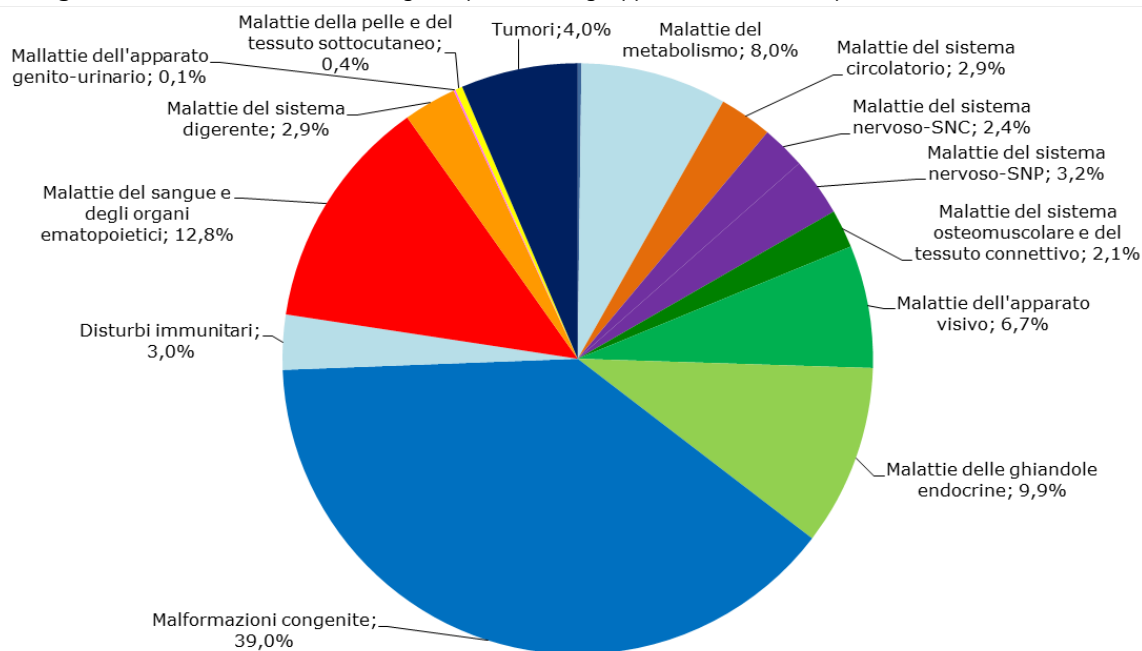
Figura 8.4 Distribuzione delle diagnosi per macro-gruppo ICD9-CM – tutte le età (al 31/12/2014)



Se si considera in particolare l'età pediatrica (Figura 8.5), la distribuzione per gruppi di patologie si modifica. Le malformazioni congenite diventano di gran lunga il gruppo più numeroso (39%), seguite dalle malattie ematologiche (12,8%). Un altro gruppo molto

rappresentato in questa fascia di età è quello delle malattie metaboliche globalmente considerate (8%).

Figura 8.5 Distribuzione delle diagnosi per macro-gruppo ICD9-CM – età pediatrica (al 31/12/2014)



Il sistema informativo alla base del Registro, oltre a raccogliere i dati epidemiologici sulle malattie rare, è stato strutturato, e continuamente aggiornato, per supportare nel contempo l'intero percorso della persona con malattia rara attraverso la rete regionale dei servizi, evitando la frattura tra momenti di cura e *setting* assistenziali diversi. Per rispondere a questa esigenza, il sistema connette, attraverso la rete Intranet regionale, i diversi attori coinvolti, contemporaneamente o in momenti successivi, nella presa in carico delle persone con malattia rara. Il sistema è in continuo sviluppo e si caratterizza per avere un'architettura di tipo modulare. Ad oggi, gestisce i diversi momenti del percorso assistenziale: la definizione diagnostica e conseguente certificazione del paziente, il rilascio dell'attestazione di esenzione, la prescrizione di trattamenti farmacologici, dietetici, protesici, etc., la loro acquisizione, eventuale autorizzazione, erogazione e somministrazione.

Gli utenti che utilizzano il sistema sono pertanto medici ed altro personale operante nei Centri Accreditati e in altri ospedali coinvolti nella presa in carico, medici e altri operatori dei servizi territoriali di residenza, farmacisti delle farmacie ospedaliere e territoriali, Direzioni sanitarie. Specifiche viste sono state predisposte per le Direzioni Sanitarie delle ULSS e per il Servizio Farmaceutico regionale. Al 31 dicembre 2014, gli utenti utilizzatori del sistema erano complessivamente 1.343, così suddivisi: 583 medici operanti nei Centri

accreditati, 501 medici e altro personale operante nella rete territoriale, 259 farmacisti, tra ospedalieri e territoriali.

Durante il 2014, si è provveduto ad istruire, insieme alle Amministrazioni di Area Vasta, la valutazione tecnica del funzionamento della rete assistenziale per le malattie rare ed il suo aggiornamento, in un'ottica multidisciplinare. Tramite l'elaborazione e l'analisi dei dati del Registro malattie rare interregionale (in termini di casistica, di piani assistenziali, di presa in carico, di attrazione e di fuga) e delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), si è valutato congiuntamente quali centri confermare e quali centri nuovi eventualmente creare. In particolare, il gruppo tecnico interregionale, nell'ottica di perseguire le direttive europee e nazionali a riguardo (si veda: Piano Nazionale malattie rare, Direttiva europea su assistenza sanitaria transfrontaliera), ha definito la creazione dei Centri funzionali, nel loro dettaglio organizzativo interno, a cui afferiscono diverse unità operative multidisciplinari, in modo da sommare al proprio interno i diversi specialisti utili alla definizione e presa in carico dei molteplici bisogni assistenziali delle persone con malattie rare (es.: motori, cognitivi, comunicativi, alimentari,...).

E' proseguita l'attività di supporto e consulenza 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 (es.: incidenza e prevalenza, classificazione, storia naturale, diagnosi, trattamenti in commercio in Italia e all'estero, normativa nazionale e regionale sulle malattie rare, modalità di ottenimento dei benefici di legge esigibili, organizzazione della rete di assistenza, centri specialistici di riferimento,...). Il Centro inoltre supporta gli utenti abilitati nelle procedure di certificazione-esenzione, di prescrizione dei trattamenti, di registrazione delle somministrazioni di farmaci orfani e dei trattamenti erogati. Nell'anno 2014, il Centro Informazioni ha ricevuto circa 3.800 telefonate, 1.200 e-mail e 490 fax per un totale di 5.490 richieste, soprattutto da Veneto, da fuori regione ed in minima parte dall'estero. Il Centro Informazioni, ad ottobre 2014, così come negli anni precedenti, ha partecipato alla *Caller Profile Analysis dell'European Network for Rare Diseases help-lines*, progetto coordinato da Eurordis.

È proseguito lo sviluppo del sistema informativo nel modulo "cartella clinica", che gestisce la raccolta di dati clinici e le prescrizioni condivise a favore della persona con malattia rara tra professionisti, anche operanti in aziende diverse. In particolare, nello sviluppo del percorso assistenziale delle persone affetta da SLA, si è reso operativo il percorso di valutazione-prescrizione-acquisizione-collauda-rimborso della spesa di noleggio dei comunicatori a puntamento ottico tramite il sistema informativo. Gli operatori coinvolti, ognuno per il proprio ruolo, sono collegati tra di loro nella gestione della cartella unica del paziente e si scambiano informazioni utili per l'attività che sono chiamati a fare. In particolare, il medico dopo aver valutato l'ausilio migliore, anche presso il domicilio della persona affetta, secondo un test di valutazione con i clinici

(neurologi e fisiatri) - che valuta la motivazione, l'aspetto cognitivo e la funzione visiva - prescrive l'ausilio. L'Azienda ULSS di residenza lo acquisisce e, dopo il collaudo, stipula il contratto di noleggio con la ditta, chiede il ristorno della spesa dell'ausilio alla Regione, grazie alla gara d'appalto centralizzata che ha reso disponibili tali ausili ad alto costo. Tutti i passaggi sono supportati dal sistema informativo, che veicola l'informazione utile agli operatori che ne abbisognano per svolgere il loro ruolo, permettendo un abbattimento dei tempi della procedura e uno sgravio di attività da parte del paziente o della sua famiglia. Durante il periodo che va dal 1 Gennaio 2014 al 31 Dicembre 2014, in Veneto sono stati attivati 52 contratti di noleggio di comunicatori a puntamento oculare di ultima generazione aggiudicatari della gara regionale. La spesa sostenuta in Veneto per il noleggio dei comunicatori per il 2014 ammonta a 189.424,96 €.

Sono stati proposti quattro protocolli diagnostico-terapeutici per malattie rare ematologiche, oftalmologiche, dermatologiche e per la cistite interstiziale all'Amministrazione regionale come integrazione ai LEA nazionali. La loro definizione, da parte dei rispettivi Tavoli Tecnici, ha comportato nel complesso l'analisi di 966 malattie e di 234 principi attivi attraverso la valutazione complessiva di 863 articoli bibliografici ricavati dalla letteratura medica internazionale. Nello specifico, per il protocollo delle malattie ematologiche sono stati esaminati 20 principi attivi, di cui 17 hanno avuto l'approvazione da parte del Tavolo tecnico corrispondenti a 33 codici ATC/GMP di farmaci ed altri prodotti come parafarmaci, galenici, presidi e dispositivi medici. Per il protocollo delle malattie oftalmologiche sono stati esaminati 40 principi attivi, di cui 14 hanno avuto l'approvazione da parte del Tavolo tecnico, corrispondenti a 55 ATC/GMP di farmaci ed altri prodotti come parafarmaci, galenici, presidi e dispositivi medici. Per il protocollo delle malattie dermatologiche sono stati esaminati 149 principi attivi, di cui 28 hanno avuto l'approvazione da parte del Tavolo tecnico, corrispondenti a 242 ATC/GMP di farmaci ed altri prodotti come parafarmaci, galenici, presidi e dispositivi medici. Per il protocollo della cistite interstiziale sono state prese in considerazione 11 malattie rare, sono stati esaminati 25 principi attivi, di cui 9 hanno avuto l'approvazione da parte del Tavolo tecnico, corrispondenti a 9 ATC/GMP di farmaci ed altri prodotti come parafarmaci, galenici, presidi e dispositivi medici.

Le azioni future della rete malattie rare regionale si svilupperanno secondo le seguenti direttive: la definizione di ulteriori protocolli e l'aggiornamento di quelli già esistenti, tenendo conto delle nuove acquisizioni scientifiche e l'ulteriore sviluppo del sistema informativo nella parte cartella clinica, con possibilità di richiesta a distanza di UVMD da parte dei Presidi accreditati, con segnalazione diretta ai servizi territoriali dei bisogni assistenziali della persona e delle attività già poste in essere per rispondere a tali bisogni.

Approfondimenti

Rapporto tecnico attività Coordinamento malattie rare, anno 2014.

Rapporto tecnico attività Registro malattie rare, anno 2014

M. Mazzucato, L. Visonà Dalla Pozza, S. Manea, C. Minichiello and P. Facchin, A population-based registry as a source of health indicators for rare diseases: the ten-year experience of the Veneto Region's rare diseases registry. Orphanet Journal of Rare Diseases 2014, 9:37.

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Coordinamento Regionale Malattie rare - Registro Regionale Malattie rare

Responsabile: Prof.ssa Paola Facchin

Sede: Via Donà 11 - 35129 Padova

Telefono: 049 8215700

e-mail: malattierare@regione.veneto.it

8.3 Rete clinica Infarto acuto del miocardio

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

La programmazione regionale individua come obiettivo strategico il consolidamento delle reti cliniche, tra le quali la rete dell'infarto miocardico acuto – IMA (Paragrafo 3.2.4 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 entro 24 ore è salita al 63%.

L'attenzione dimostrata dalla programmazione sanitaria regionale nei confronti delle malattie cardiovascolari è testimoniata dal recepimento, nel corso del 2002, come prima regione in Italia, della Legge n. 120 del 03.04.2001 sull'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in sede extraospedaliera anche da parte di personale sanitario non medico e di personale non sanitario con specifica formazione nel campo della rianimazione cardiopolmonare.

Successivamente l'approccio alle malattie cardiovascolari e alle sindromi coronariche acute è stato oggetto di una serie di studi tecnici sulla gestione extraospedaliera dell'infarto miocardico acuto, in considerazione dell'efficacia della trombolisi precoce e dell'angioplastica primaria nel ridurre significativamente la mortalità.

Nel corso del 2004 è stato formalmente adottato il documento denominato "Istituzione della Rete interospedaliera per il trattamento dei pazienti affetti da infarto miocardico acuto nell'ambito di una strategia terapeutica integrata (Fibrinolisi ed Angioplastica)", con il contestuale avvio di una campagna di informazione finalizzata ad un miglior uso del Sistema 118. Allo stesso tempo è stato definito un percorso comune per i soggetti attori della rete IMA.

Nel corso del 2007 è stata infine istituita la Commissione Regionale "Rete interospedaliera e trattamento delle Sindromi Coronariche Acute (SCA)", che ha individuato come obiettivo primario la gestione appropriata dei soggetti con IMA, indipendentemente dal luogo 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 era basata sulla riduzione dei tempi di accesso dei pazienti al trattamento, alla maggior diffusione dell'uso della trombolisi precoce e all'aumento del numero delle rivascolarizzazioni coronariche garantendo l'accesso all'angioplastica.

Si è optato per la realizzazione di una rete assistenziale interospedaliera coinvolgente tutte le strutture operanti in ambito regionale secondo il modello organizzativo "Hub and Spoke", con la presenza di centri di riferimento (Hub) e di centri periferici (Spoke) coordinati tra di loro, in applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi interospedalieri condivisi e periodicamente oggetto di revisioni e aggiornamenti.

Tale rete ha avuto piena applicazione a far data dal 1 gennaio 2008 e il dato complessivo di outcome è suggestivo dell'impatto in termini di salute dell'attivazione della stessa.

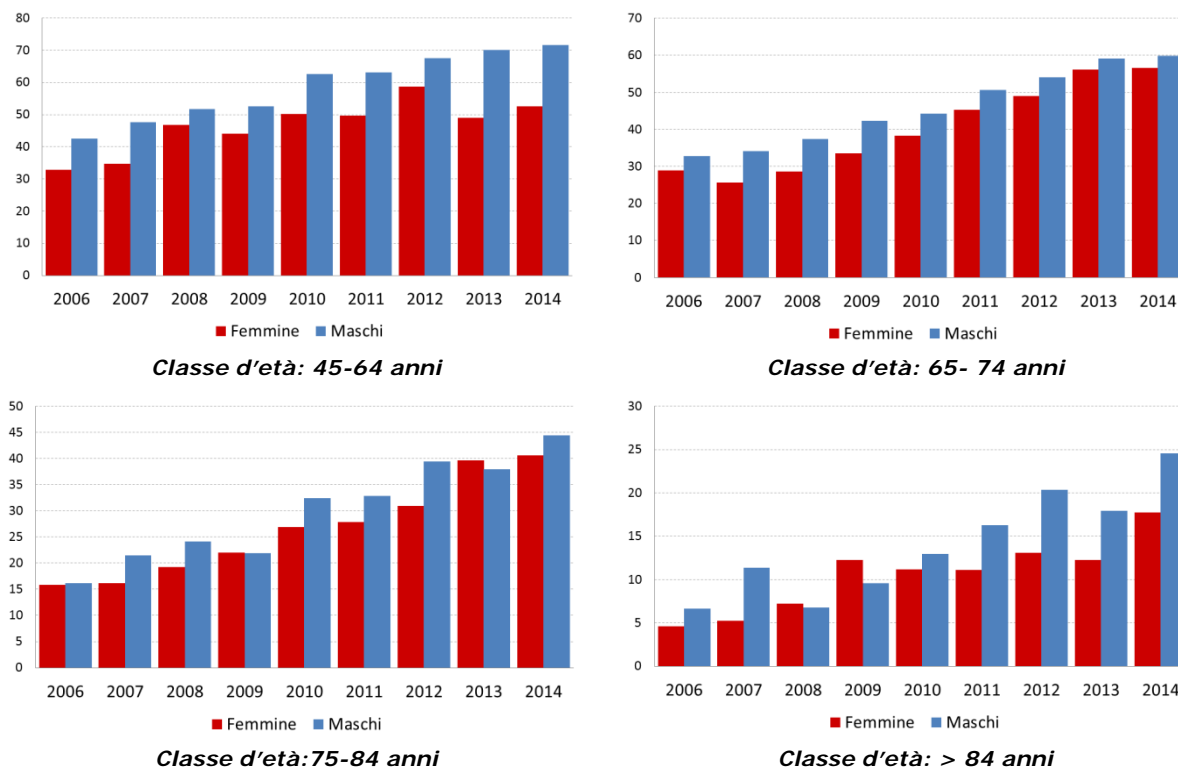
Per quanto concerne l'approccio terapeutico ai pazienti con diagnosi di IMA, dal 2006 al 2012 si è assistito a un progressivo incremento dei soggetti sottoposti a intervento di angioplastica coronarica, sia per gli eventi STEMI che non STEMI, ed è particolarmente rilevante il fatto che la proporzione di eventi di STEMI sottoposti ad angioplastica entro 24 ore sia passata dal 25,2% nel 2006 al 45,7% del 2012, a fronte di una percentuale di rivascolarizzazioni complessiva attestatasi a 62,8% nel 2012 (Tabella 8.3).

Tabella 8.3 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. Anni 2006-2014.

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

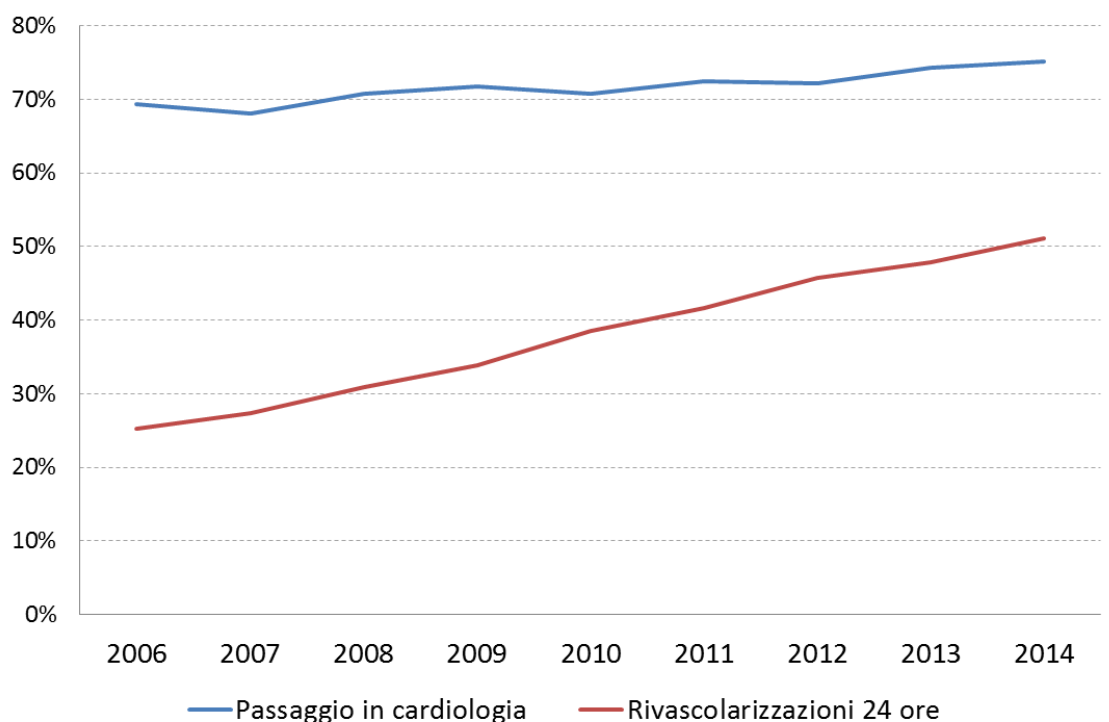
Per quanto riguarda proprio il ricorso all'angioplastica primaria negli eventi STEMI, la cui distribuzione è riportata in Figura 8.6, si evidenzia come essa decresca all'aumentare dell'età, e sia maggiore nel sesso maschile che in quello femminile almeno fino ai 74 anni; entrambi i dati sono in linea con la letteratura maggiormente accreditata.

Figura 8.6 IMA (STEMI): percentuale di eventi con angioplastica entro 24 ore dall'esordio dell'evento (% 24 ore), per sesso e classe d'età. Residenti in Veneto. Anni 2006-2014.



Per quanto concerne le rivascolarizzazioni, si è assistito a un progressivo incremento dei pazienti sottoposti a tale procedura e, dall'istituzione della rete, attiva dal 2008, considerando le rivascolarizzazioni effettuate nel giorno indice, emerge un incremento del 23% delle rivascolarizzazioni praticate complessivamente su base regionale, oltre a un incremento del 5% dei soggetti con IMA con un ricovero in un'unità di Cardiologia (figura 8.7), dato assolutamente rilevante e indicativo di una sempre maggior appropriatezza nella gestione dell'IMA.

Figura 8.7 IMA (STEMI): percentuale di eventi con angioplastica entro 24 ore dall'esordio dell'evento (Rivascolarizzazioni 24 ore) e percentuale di eventi transitati per le UO di Cardiologia o Unità Coronarica. Residenti in Veneto. Anni 2006-2014.



Principali riferimenti normativi e deliberativi

Deliberazione della Giunta Regionale n. 4550 del 28 dicembre 2007

Rete integrata interospedaliera per il trattamento in emergenza dell'infarto miocardico acuto (IMA) nella Regione Veneto - Disposizioni applicative".

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

Coordinamento Regionale Controlli Sanitari Appropriatelyzza, liste di attesa e sicurezza del paziente

Passaggio Gaudenzio 1 - 35131 Padova

Telefono: 041 2793488

8.4 Rete clinica Ictus

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 ictus (Paragrafo 3.2.4 pag 67).

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 risposta organizzativa capace di contenere ritardi che non consentono ai pazienti candidabili l'accesso alla terapia trombolitica è rappresentata dalla rete ictus. In questo capitolo viene brevemente descritta la rete delle unità ictus della Regione Veneto, composta da 6 unità di 2° livello (44 pl. complessivi), 15 unità di 1° livello e 11 aree dedicate all'ictus.

Dopo una fase di sperimentazione della durata di un anno, nel 1999 nel Veneto è stato attivato su scala regionale un modello di sorveglianza dell'ictus basato sui dati amministrativi (SDO e schede di morte ISTAT) che ha consentito di dimensionare l'impatto epidemiologico stimando il fabbisogno assistenziale, in particolare relativamente al numero di posti letto di stroke unit alla luce dei benefici del ricovero presso tali strutture.

Successivamente, dopo l'individuazione dei centri idonei a praticare la terapia trombolitica, nel corso del 2006 è stato recepito un documento tecnico sulla gestione e il trattamento dell'ictus in urgenza ed emergenza, atto di indirizzo che ha delineato il percorso clinico assistenziale con la realizzazione di una rete di stroke unit.

Nel 2007 è stato istituito un gruppo tecnico, finalizzato alla valutazione dei progetti locali, che ha supportato l'istituzione della rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta.

L'assetto definitivo della Rete viene disciplinato con DGR n. 4198 del 30 dicembre 2008 e prevede un'articolazione organizzativa basata su un modello a rete "Hub and Spoke", in linea a quanto proposto nel documento della Conferenza Stato Regioni del 3.2.2005 con una suddivisione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale in tre fasi, ovvero una fase preospedaliera, ospedaliera, con presa in carico in strutture dedicate, e post-ospedaliera, deputata essenzialmente a limitare le disabilità determinate dall'ictus.

Si riporta di seguito la descrizione delle attività delle strutture deputate al trattamento dell'ictus in fase acuta, distinte su tre livelli:

- a) Unità Ictus di 2° livello: sono le aree dedicate all'ictus di tipo semintensivo ("Stroke Units") che hanno già raggiunto una consolidata esperienza nella

trombolisi sistemica, dislocate in ospedali in cui sono presenti una Struttura Complessa (SC) di Neurologia, con attività di guardia di 24 ore e con personale infermieristico dedicato e adeguato alle necessità, una SC o Semplice Dipartimentale di Neuroradiologia, una SC di Neurochirurgia; in esse viene organizzato un percorso anche per il trattamento endovascolare.

- b) Unità Ictus di 1° livello: sono le 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. La presenza dei requisiti richiesti deve essere raggiunta utilizzando le risorse umane e logistiche già presenti in azienda, anche ricorrendo a processi di riorganizzazione interna.
- c) Aree dedicate all'ictus: sono le 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 2° 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).

La DGR n. 4198 del 30 dicembre 2008 ha istituito in Veneto 6 unità di 2° livello (44 pl. complessivi), 15 unità di 1° livello e 11 aree dedicate all'ictus.

A garanzia del funzionamento della rete e per un innalzamento della qualità dell'assistenza, oltre all'istituzione di un registro regionale degli eventi, sono stati previsti: 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, di notevole importanza per la precocità nella diagnosi finalizzata all'invio dei pazienti a centri idonei evitando inutili e potenzialmente dannosi passaggi intermedi.

Meritevole di menzione inoltre come nel 2013 siano state approvate le linee di indirizzo per la gestione della fase post-acuta dell'ictus, finalizzate a garantire interventi riabilitativi adeguati per tutti i soggetti affetti da ictus ricoverati nelle strutture sanitarie del Veneto, con particolare attenzione ai percorsi di continuità rispetto alla rete regionale delle stroke units. Ciò al fine anche di consentire una tempestiva presa in carico e adeguati livelli di cura, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, attraverso un sistema a rete integrata di servizi.

La miglior terapia nella fase acuta dell'ictus ischemico, nei casi in cui non siano presenti controindicazioni, è la trombolisi sistemica che ha dimostrato la capacità di ridurre la mortalità e la disabilità dei pazienti trattati se somministrata entro le 4 ore e mezza dall'esordio dei sintomi. A questo proposito 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 primo o secondo livello in tempi utili.

Nel periodo 2010-2014, si è assistito a un costante incremento del numero di trombolisi praticate da parte delle unità sia di 1° livello che di 2° livello ed è da sottolineare come con l'attivazione della rete, avvenuta nel 2010, i trattamenti trombolitici siano stati praticati sin dal primo anno presso tutte le unità ictus individuate.

Tale incremento, oltre all'immediata disponibilità dei centri a fornire adeguati trattamenti, è riconducibile alla condivisione di un unico protocollo diagnostico-terapeutico su base regionale, di assoluta importanza per la precocità nella diagnosi finalizzata all'invio dei pazienti a centri idonei evitando inutili e potenzialmente dannosi passaggi intermedi.

Tabella 8.4 Trombolisi effettuate nelle Unità di I° e di II° livello del Veneto e variazione annuale. Anni 2009-2014. (Fonte: UOC di Neurologia del Veneto)

Tipologia centro	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	n.	n.	Δ	n.	Δ	n.	Δ	n.	Δ	n.	Δ	
Unità I° livello	77	146	90%	235	61%	231	-2%	274	19%	465	70%	
Unità II° livello	192	211	10%	266	26%	344	29%	406	18%	484	19%	
Totale	269	357	33%	501	40%	575	15%	680	18%	949	40%	

Nota: attivazione della rete dal 1.1.2010.

Quanto emerso in termini di attività dei centri deputati all'effettuazione dei trattamenti trombolitici a seguito dell'istituzione della rete integrata per la gestione dell'ictus in fase acuta, alla luce dell'importante incremento dei trattamenti, più che raddoppiati nei primi quattro anni di attività, conferma la validità di tale modello assistenziale, peraltro ripreso nella bozza di regolamento per gli standard ospedalieri di cui alla Legge 135/2012, e l'importanza di corrette 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 poi completato e 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 16.4.2013 denominata "Progetto formativo rivolto alle figure professionali che operano nell'ambito della fase acuta dell'ictus".

Tale iniziativa si è configurata come una formazione sul campo, che, oltre a un'iniziale 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

Deliberazione della Giunta Regionale n. 4198 del 30 dicembre 2008

Istituzione della rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta nella Regione Veneto.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 7 del 9 gennaio 2013

DGR n. 4198 del 30.12.2008 - Linee di indirizzo per la gestione della fase post-acuta dell'ictus.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 495 del 16 aprile 2013

Approvazione del progetto formativo, inviato dall'Azienda Ulss 9 di Treviso, rivolto alle figure professionali che operano nell'ambito della fase acuta, sia diagnostica che terapeutica, dell'ictus. DGR n. 4198 del 30.12.2008.

Approfondimenti

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

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

Coordinamento Regionale Controlli Sanitari Appropriatezza, liste di attesa e sicurezza del paziente

Passaggio Gaudenzio 1 - 35131 Padova

Telefono: 041 2793488

8.5 Rete attività trasfusionali

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 delle attività trasfusionali.

Tra i Coordinamenti regionali permanenti è compreso il Coordinamento regionale per le Attività Trasfusionali (CRAT). (Paragrafo 3.2.4 pag 67 – paragrafo 4.4.4 pag139)

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 (DIMIT), attuando gli obiettivi della Legge 21 ottobre 2005, n. 219 “Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati”.

L’ambito trasfusionale comprende attività di produzione, volte a garantire la costante disponibilità del sangue e dei suoi prodotti, nonché il raggiungimento dell’obiettivo di autosufficienza regionale e nazionale, e prestazioni di diagnosi e cura in medicina trasfusionale, organizzate in relazione alla complessità della rete ospedaliera pubblica e privata del territorio di competenza.

Gli obiettivi principali del Sistema sangue regionale possono essere declinati come segue:

- l’autosufficienza regionale e nazionale in emocomponenti: autosufficienza interna garantita anche nel corso del 2014 e supporto all’autosufficienza nazionale con trend sostanzialmente stabile;
- l’autosufficienza regionale in plasmaderivati: copertura nel 2014 del 100%, eccetto che per le Immunoglobuline endovena aspecifiche (copertura dell’85-90%);
- la qualità e la sicurezza trasfusionale sviluppata attraverso l’Autorizzazione e l’Accreditamento istituzionale;
- l’ottimizzazione del modello organizzativo integrato su base dipartimentale provinciale;
- lo sviluppo della Rete delle Banche del sangue del cordone ombelicale;
- lo sviluppo della contabilità analitica.

Contesto di riferimento

Il Sistema trasfusionale veneto, nel corso degli ultimi vent’anni, ha costruito una propria identità professionale e scientifica con contenuti significativi che lo collocano al centro dell’attività sanitaria: dall’indispensabilità della trasfusione di emocomponenti, all’innovazione dell’impiego delle cellule staminali emopoietiche. I fondamentali che hanno valorizzato questa disciplina sono riassumibili nella sua *mission*: unitarietà del processo sangue dal donatore al paziente, autosufficienza regionale e nazionale, qualità, appropriatezza, ricerca e sviluppo.

Tuttavia, senza rinunciare alla propria connotazione sanitaria, pena la perdita della sua identità, alcuni aspetti che sono stati indispensabili nella sua fase di crescita (quali il decentramento territoriale e aderenza alla struttura ospedaliera/aziendale) hanno avuto

necessità di essere rivisitati sperimentando nuovi approcci gestionali, in rapporto alle diversificate esigenze regionali, in un percorso di efficienza finalizzato alla razionalizzazione delle risorse assegnate.

Il IV Piano Sangue e Plasma Regionale, adottato dal Consiglio Regionale nel 2004, ha previsto una profonda azione riorganizzativa del Sistema trasfusionale veneto su alcuni indirizzi mutuati dal II Piano Sangue Nazionale, dalla normativa europea e dalla normativa di riordino nazionale (allora in progress e ora Legge n. 219/05):

- armonizzare l'autosufficienza intra regionale, in rapporto ad ambiti provinciali di raccolta eccedentari rispetto a sedi di maggior consumo, semplificando lo scambio di emocomponenti fra strutture dello stesso bacino;
- ricondurre ad unitarietà decisionale le attività trasfusionali di tipo produttivo e clinico, superando la frammentazione esistente attraverso l'istituzione dei Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale, con connotazione strutturale, ed il rafforzamento del Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali;
- portare l'organizzazione trasfusionale a sistema attraverso l'implementazione di strumenti gestionali (informatizzazione e analisi dei costi) e regolatori (autorizzazione ed accreditamento) in modo da connotarne un'attività a funzione con certezza di finanziamento e di risultati, in armonizzazione con le normative italiane ed europee, per assicurare il pieno accesso alla risorsa sangue (emocomponenti, plasmaderivati e staminali) in qualità, sicurezza per pazienti e donatori ed economicità.

260

Autosufficienza regionale e nazionale in emocomponenti

A norma della Legge n. 219/05, l'autosufficienza nazionale è obiettivo non frazionabile finalizzato a garantire a tutti i cittadini uguali condizioni di accesso alla terapia trasfusionale. È inoltre riconosciuta la funzione sovraregionale e sovraziendale dell'autosufficienza, cui devono concorrere le Regioni dotandosi di strumenti di programmazione e monitoraggio. La stessa Legge n. 219/05 prevede che le Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) definiscano e monitorino la programmazione annuale in emocomponenti, soprattutto per quanto riguarda le emazie (driving product). Il CRAT, quale SRC del Veneto, espleta dunque le funzioni di coordinamento regionale per quanto concerne l'attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti ai fini dell'autosufficienza del sangue e dei suoi prodotti conformemente ad una programmazione annuale preventiva, rapportandosi con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue e con i Dipartimenti Interaziendali per le Attività Trasfusionali (DIMT). Va sottolineata, anche per il 2014, la capacità della nostra Regione di assicurare l'autosufficienza interna ottenuta grazie al modello a rete adottato che garantisce i bisogni trasfusionali anche nelle realtà dove per l'elevata e qualificata attività sanitaria la raccolta locale non sarebbe sufficiente.

A consuntivo è stata registrata sia una flessione della raccolta (-2,3%) sia del trasfuso (-0,6%), trend simile a quello dei Paesi europei con pari tenore sanitario e attribuibile

essenzialmente al miglioramento delle tecniche chirurgiche, alla personalizzazione delle terapie oncoematologiche e ad una maggiore attenzione nell'uso degli emocomponenti (appropriatezza).

Nel 2014 si è verificata una flessione del supporto all'autosufficienza nazionale (-12,7%) per motivazioni che vanno ricondotte 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. Tuttavia, nell'ottica di un continuo miglioramento dell'efficienza è stata proposta un'azione sugli Uffici di chiamata, a gestione del Volontariato, per migliorare la correlazione tra bisogni trasfusionali e programmazione della raccolta. Nel corso del 2014, sulla base di quanto stabilito dalla DGR 2220/11, il CRAT ha coordinato un gruppo di lavoro per definire un modello per la gestione della chiamata del donatore che preveda da un lato la puntuale definizione dei bisogni in termini quantitativi e qualitativi, dall'altro l'utilizzo di strumenti evoluti che garantiscano il raggiungimento degli obiettivi definiti.

Di seguito si rappresentano e analizzano alcuni dati di cui al Registro Sangue 2014 relativi ai donatori e all'attività trasfusionale omologa:

Tabella 8.5 Donatori e attività trasfusionale omologa. Veneto, anno 2014 (Fonte: Registro Sangue 2014)

	Genere		Età						Totale
	M	F	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	over 65	
Aspiranti donatori	13.966	12.172	8.655	6.526	6.468	3.730	748	11	26.138
Donatori sospesi definitivamente	2.074	1.434	489	585	744	810	557	323	3.508
Totale donatori	108.888	46.658	18.644	27.358	43.331	44.287	20.803	1.123	155.546
% su totale	70%	30%	12%	18%	28%	28%	13%	1%	
Nuovi donatori	9.927	7.957	5.639	4.342	4.540	2.796	557	10	17.884
% su totale donatori (arruolamento)	9%	17%	30%	16%	10%	6%	3%	1%	11%
<i>di cui: alla 1° donaz. non differita</i>	106	59	20	44	43	41	16	1	165
Donatori periodici	102.975	40.935	14.806	24.451	40.462	42.599	20.476	1.116	143.910
% su totale donatori (fidelizzazione)	95%	88%	79%	89%	93%	96%	98%	99%	93%
Donatori iscritti ad associazioni	106.063	45.418	17.992	26.563	42.168	43.219	20.431	1.108	151.481
% su totale donatori (presenza associativa)	97%	97%	97%	97%	97%	98%	98%	99%	97%
Donatori di aferesi	15.589	13.841	2.523	4.295	8.622	9.889	3.972	129	29.430
<i>di cui: donatori di <u>sola</u> aferesi</i>	7.157	9.861	1.646	2.591	4.863	5.656	2.181	81	17.018

Tabella 8.6 Dati di raccolta. Veneto, anno 2014 (Fonte: Registro Sangue 2014)

Anno 2014 - Dati di raccolta	N. procedure ST	% su Totale	N. procedure UdR	% su Totale	N. procedure TOTALI
Sangue intero	217.239	80,5%	36.301	93,9%	253.540
Plasmaferesi	43.607	16,2%	2.357	6,1%	45.964
Piastrinoferesi	577	0,2%			577
Eritro-Piastrino aferesi	580	0,2%			580
Eritroaferesi doppia unita'	4	0,0%			4
Plasma-Piastrino aferesi	4.830	1,8%			4.830
Plasma-piastrino aferesi in unica sacca	2.711	1,0%			2.711
Eritro-Plasma aferesi	14	0,0%			14
Piastrino aferesi doppia unita'	168	0,1%			168
Eritro-Plasma-Piastrino aferesi	64	0,0%			64
Cellule staminali da aferesi	99	0,0%			99
Granulocitoferesi	0	0,0%			0
Linfocitoferesi	23	0,0%			23
Totale	269.916	100%	38.658	100%	308.574
% tipo raccolta / TOT.	87%		13%		100%

ST= Strutture Trasfusionali
UdR= Unità di Raccolta (AVIS)

Tabella 8.7 Dati di consumo interno. Veneto, anno 2014 (Fonte: Registro Sangue 2014)

Anno 2014 - Dati di consumo interno	N. unità trasfuse	N. pazienti trasfusi	N. unità eliminate	% unità eliminate per scadenza/Tot. Eliminate
1 - Sangue intero	0	0	1.970	0,5%
2 - Emazie concentrate	0	0	0	0,0%
25 - Emazie concentrate leucodeplete pre-storage	178.574	38.856	4.822	34,5%
3 - Emazie concentrate private del buffy-coat e risospese in soluzioni additive	54.140	17.260	1.098	31,9%
32 - Emazie da aferesi	89	78	6	16,7%
67 - Emazie da aferesi leucodeplete pre-storage	527	437	37	13,5%
12 - Piastrine da piastrinoaferesi	314	156	45	42,2%
13 - Piastrine da aferesi multipla	886	384	77	77,9%
43 - Piastrine da aferesi multipla leucodeplete pre-storage	5.229	1.376	533	40,7%
68 - Piastrine da piastrinoaferesi leucodeplete pre-storage	466	252	87	69,0%
7 - Plasma fresco congelato da sangue intero (peso medio unità': 272 Gr.)	10.149	2.094	5.415	1,6%
8 - Plasma recuperato congelato entro 72 ore	0	0	1.138	1,1%
5 - Plasma da plasmaferesi (peso medio unità': 526 Gr.)	14.022	3.757	2.093	4,0%
6 - Plasma da aferesi multipla (peso medio unità': 388 Gr.)	303	200	342	4,4%
26 - Plasma privo di crio	0	0	83	92,8%
14 - Crioprecipitato	0	0	14	85,7%
15 - Cellule staminali emopoietiche periferiche (aliquote)	101	58	2	0,0%
16 - Concentrato granulocitario da aferesi	0	0	0	
17 - Linfociti da aferesi	8	7	4	
18 - Buffy coat	0	0	136.285	60,7%
36 - Gel di piastrine	529	58	36	5,6%
19 - Piastrine da pool di buffy-coat	8.769	2.336	2.278	89,7%
22 - Sangue intero ricostituito	2	2	0	
34 - Emazie concentrate ad uso pediatrico	2.262	993	340	61,8%
55 - Piastrine concentrate ad uso pediatrico da pool di buffy-coat	499	219	89	97,8%
56 - Piastrine concentrate ad uso pediatrico da aferesi	2.897	903	83	66,3%
57 - Plasma ad uso pediatrico	698	261	41	51,2%
42 - Plasma di grado farmaceutico	12.830	1.677	0	

Tabella 8.8 Dati di import e export regionali, anno 2014 (Fonte: Registro Sangue 2014)

Anno 2014 - Dati di import	N. unità acquisite in Regione	N. unità acquisite in altre Regioni	N. unità acquisite dall'Estero	Totale
25 - Emazie concentrate leucodeplete pre-storage	6.684	143	0	6.827
3 - Emazie concentrate private del buffy-coat e risospese in soluzioni additive	4.615	35	0	4.650
67 - Emazie da aferesi leucodeplete pre-storage	34	0	0	34
13 - Piastrine da aferesi multipla	1	0	0	1
43 - Piastrine da aferesi multipla leucodeplete pre-storage	0	0	0	0
5 - Plasma da plasmaferesi (peso medio unità': 526 Gr.)	0 U 0 G	0 U 0 G	0 U 0 G	0 U 0 G
15 - Cellule staminali emopoietiche periferiche (aliquote)	4	15	19	38
17 - Linfociti da aferesi	0	0	1	1
19 - Piastrine da pool di buffy-coat	3	0	0	3
Totale	11.407	193	20	11.620
AUTOSUFFICIENZA REGIONALE	98,2%			
Anno 2014 - Dati di export	N. unità cedute intra-regione	N. Unità cedute extra-regione	N. unità cedute extra-nazione	Totale
2 - Emazie concentrate	0	0	0	0
25 - Emazie concentrate leucodeplete pre-storage	6.684	7.358	0	14.042
3 - Emazie concentrate private del buffy-coat e risospese in soluzioni additive	4.615	6.125	0	10.740
67 - Emazie da aferesi leucodeplete pre-storage	34	25	0	59
13 - Piastrine da aferesi multipla	1	0	0	1
43 - Piastrine da aferesi multipla leucodeplete pre-storage	0	1	0	1
5 - Plasma da plasmaferesi (peso medio unità': 526 Gr.)	0	0	0	0
15 - Cellule staminali emopoietiche periferiche (aliquote)	4	33	15	52
17 - Linfociti da aferesi	0	5	2	7
19 - Piastrine da pool di buffy-coat	3	2	0	5
Totale	11.341	13.549	17	24.907
AUTOSUFFICIENZA NAZIONALE		54,4%		

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. Durante l'anno, il CRAT gestisce, all'interno di un applicativo appositamente sviluppato, tutte le richieste di farmaci plasmaderivati delle 11 Regioni e Province Autonome aderenti all'AIP e gestisce *on line* gli ordini, attraverso l'area riservata del proprio sito web. Il risultato operativo dell'attività 2014 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 che per le Immunoglobuline endovena aspecifiche dove la domanda pubblica viene garantita per volumi variabili tra l'85 ed il 90% complessivi. Ciò porta ad affermare che la nostra Regione 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. Va sottolineato tuttavia che si stanno ottenendo significativi risultati: la stima del CRAT nel 2014 è di una riduzione significativa del consumo di albumina (<350g/1.000 ab.), quindi con valori prossimi a quelli attesi.

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. La DGR 954/13, in recepimento dell'Accordo Stato Regioni n. 149 del 25 luglio 2012 su Linee guida per l'accreditamento delle strutture trasfusionali, ha previsto infatti un incremento dell'efficienza dei separatori da aferesi con un numero di procedure medio superiore a 500/anno e volumi massimi di raccolta di plasma così come storicamente registrati. In tal modo, viene garantita una quasi totale copertura dei bisogni di plasmaderivati senza generazioni di eccedenze difficilmente allocabili nel contesto nazionale o extra nazionale.

Di seguito si rappresentano e analizzano alcuni dati relativi al conferimento del plasma e alla distribuzione di emoderivati nell'anno 2014.

Tabella 8.9 Dati di conferimento per la plasmaderivazione. Veneto, anno 2014

Anno 2014 - Dati di conferimento per la plasmaderivazione (L)	Plasma da aferesi	% su Totale	Plasma da scomposizione	% su Totale	Plasma TOTALE	% su Totale
DIMT Belluno	638	3,2%	3.475	5,5%	4.113	5,0%
DIMT Treviso	2.899	14,6%	10.391	16,6%	13.290	16,1%
DIMT Venezia	2.389	12,0%	11.199	17,9%	13.588	16,5%
DIMT Rovigo	824	4,2%	4.913	7,8%	5.737	7,0%
DIMT Vicenza	5.961	30,1%	10.300	16,4%	16.261	19,7%
DIMT Padova	1.445	7,3%	11.329	18,1%	12.774	15,5%
DIMT Verona	5.674	28,6%	11.060	17,6%	16.734	20,3%
Totale	19.830		62.667		82.497	
% su AIP	18,9%		26,7%		24,3%	

Tabella 8.10 Dati di ritiro per Azienda ULSS. Veneto, anno 2014

Anno 2014 - Dati di ritiro per Azienda	Albumina (kg)	Immunoglobuline Aspecifiche (kg)	Antitrombina III (U.I.)	FVIII (U.I.)	FIX (U.I.)	Complesso Protrombinico (U.I.)
ULSS 1	17,50	5,50	16.000	30.000	0	94.000
ULSS 2	33,00	2,25	0	0	0	64.000
ULSS 3	48,00	4,40	0	41.000	0	27.000
ULSS 4	24,00	15,20	0	30.000	20.000	46.000
ULSS 5	22,00	5,84	18.000	93.000	0	38.000
ULSS 6	160,00	36,62	110.000	449.000	25.000	420.000
ULSS 7	46,50	7,02	21.000	155.000	132.000	81.500
ULSS 8	18,00	5,49	115.000	2.240.000	52.000	128.000
ULSS 9	195,00	29,90	576.000	128.000	32.000	720.000
ULSS 10	48,00	11,50	72.000	47.000	0	84.000
ULSS 12	213,50	24,98	754.000	330.000	31.000	403.000
ULSS 13	64,50	15,00	128.000	64.000	0	89.000
ULSS 14	27,00	2,55	0	480.000	96.000	32.000
ULSS 15	19,00	15,22	160.000	123.000	1.000	76.000
ULSS 16	36,00	9,60	224.000	300.000	34.000	75.000
ULSS 17	46,00	4,12	288.000	4.000	0	90.000
ULSS 18	61,50	8,00	84.000	50.000	20.000	64.000
ULSS 19	19,00	1,00	13.000	22.000	0	5.000
ULSS 20	35,50	3,47	19.000	916.000	850.000	0
ULSS 21	20,00	7,61	0	0	0	0
ULSS 22	19,50	4,06	15.000	12.000	7.000	4.000
AO PADOVA	320,00	36,40	2.300.000	1.026.000	0	275.000
AQUI VERONA	335,00	75,37	384.000	805.000	0	368.000
Totale	1.828,50	331,10	5.297.000	7.345.000	1.300.000	3.183.500
% su AIP	23,4%	24,7%	22,6%	33,0%	40,5%	22,0%

Qualità e sicurezza nel Sistema trasfusionale

Nell'ambito di quanto previsto dalla Legge regionale n. 22/02, la Giunta Regionale ha provveduto per le strutture del Sistema trasfusionale alla definizione dei requisiti minimi specifici di Autorizzazione all'esercizio e di quelli per l'Accreditamento istituzionale, inclusi gli indicatori di verifica dell'attività svolta.

Sulla base del programma già a suo tempo delineato dalla Giunta Regionale (DGR 3675/08 e DGR 755/11, integrato da quanto previsto dalla DGR 954/13 con specifico riferimento alla formazione obbligatoria prevista per il personale che opera nella raccolta e selezione del donatore) è stata completata nel 2014 la verifica del possesso dei requisiti minimi specifici di Autorizzazione all'esercizio nelle strutture del Sistema trasfusionale regionale, incluse le Unità di Raccolta gestite da AVIS nelle Province di Padova, Treviso e Venezia. Quasi tutte le strutture trasfusionali pubbliche risultano già accreditate, mentre per quelle convenzionate il programma si completerà nel corso del 2014.

La Regione del Veneto ha recepito ed implementato i contenuti della normativa nazionale di derivazione comunitaria 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.

Alla luce delle attività in gran parte concluse nel corso del 2014, 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 delle nuove gare della plasmaderivazione (adeguamento allo standard Plasma Master File) per permettere alla nostra Regione di accedere alle migliori opportunità offerte dalle Ditte autorizzate alla lavorazione del plasma nazionale.

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 Accreditamento 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 l'avvio del FRAT, è stata prevista la corresponsione in via previsionale del finanziamento alle Aziende di riferimento del DIMT, vincolandolo in prospettiva al raggiungimento di una serie di obiettivi annuali, i cui contenuti sono riconducibili a:

- organizzazione su base dipartimentale delle attività trasfusionali, finalizzata alla garanzia dell'autosufficienza, nonché al raggiungimento di criteri di efficienza, efficacia e ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse produttive e definizione della dotazione organica basata sul nuovo modello organizzativo;
- centralizzazione presso l'Azienda di riferimento degli aspetti gestionali ed amministrativi;
- adozione per ogni DIMT di un sistema informatico omogeneo con server unico e connessione verso il sistema informatico del CRAT;
- completamento del percorso di Autorizzazione ed Accreditamento delle strutture del Sistema trasfusionale;
- definizione di programmi di formazione professionale e avvio di percorsi condivisi di standardizzazione e miglioramento dei processi trasfusionali coerenti con l'attivazione del sistema di gestione per la qualità.

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 14,7% del totale del sangue intero, assegnata in convenzione al Volontariato dell'AVIS.

L'architettura organizzativa attuale, di cui al IV Piano Sangue e Plasma Regionale, si è dimostrata idonea a garantire gli obiettivi regionali, seppure abbia necessità di una ulteriore evoluzione nei termini di maggiore efficienza che può essere ottenuta grazie all'accentramento delle attività automatizzabili su bacini più ampi rispetto all'attuale logica dipartimentale provinciale.

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 confluiranno 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 dell'ULSS 9 di Treviso, presso il SIT (Servizio Immunotrasfusionale) dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona e presso l'Oncoematologia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova cui

afferiscono complessivamente 47 punti nascita. Tra le finalità della rete delle banche di sangue da cordone ombelicale si sottolineano le iniziative, in collaborazione con il Volontariato e le Società scientifiche, per la presentazione alla popolazione, in particolare alle madri donatrici, della donazione solidaristica del sangue da cordone ombelicale attraverso una corretta e chiara informazione in merito all'utilizzo scientificamente fondato e clinicamente appropriato del sangue cordonale.

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.

Vanno perseguite ed intensificate le collaborazioni con le Regioni limitrofe, come già attuato con la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, per il bancaggio presso le Banche regionali dei cordoni raccolti in altre regioni. Si dovrà inoltre perseguire il processo di qualità delle Banche allineando le stesse agli standard di qualità via via proposti a livello internazionale. Va sottolineato che la Banca di Treviso ha acquisito l'accreditamento FACT-NETCORD, mentre quella di Padova sta lavorando per analogo obiettivo.

Di seguito si rappresentano e analizzano alcuni dati relativi allo stato delle certificazioni e degli accreditamenti e all'attività delle Banche del cordone nell'anno 2014:

Tabella 8.11 Banche SCO Veneto. Veneto, anno 2014

Banche SCO Veneto	N. centri raccolta attivi	% su Totale	Anno inizio attività	Riconoscimento Regionale	Certificazione ISO/Vision	Accreditamento EFI/ASHI del laboratorio tipizzazione HLA	Accreditamento FACT	Invio unità IBMDR
Padova	27	58,7%	1992	si	si	si	NO (Inviata application)	si
Treviso	12	26,1%	1996	si	si	si	si	si
Verona	7	15,2%	2008	si	si	si	NO	si
Totale	46	14,4%						
ITALIA	320			18 si - 1 NO	19 si	19 si	4 si - 15 NO	18 si - 1 NO

Tabella 8.12 – Numero unità bancate e rilasciate al 31/12/2014

N. unità bancate e rilasciate al 31.12.2014	N. unità bancate			% su Totale	N. unità rilasciate			% su Totale
	AlloNF	AlloD	Auto		AlloNF	AlloD	Auto	
Padova	2.610	309	10	68,3%	118	8	0	88,7%
Treviso	1.091	92	0	27,6%	16	0	0	11,3%
Verona	147	32	0	4,2%	0	0	0	0,0%
Totale	3.848	433	10	10,2%	134	8	0	9,4%
ITALIA	38.437	3.367	142		1.352	161	2	

Tabella 8.13 Numero unità AlloNF caratterizzate al 31/12/2014

N. unità AlloNF caratterizzate al 31.12.2014	N. unità caratterizzate	% su Totale	N. unità non caratterizzate	% su Totale
Padova	2.370	65,7%	240	100,0%
Treviso	1.091	30,2%	0	0,0%
Verona	147	4,1%	0	0,0%
Totale	3.608	10,4%	240	6,6%
ITALIA	34.775		3.662	

Tabella 8.14 Unità AlloNF raccolte e bancate, anno 2014

Anno 2014 - Unità AlloNF raccolte e bancate	Unità raccolte				Unità bancate				
	N.	% su Totale	Cellularità media (TNCx10 ⁷)	scostamento% vs media	N.	% su Totale	% su raccolte	Cellularità media (TNCx10 ⁷)	scostamento% vs media
Padova	1.223	61,4%	101,5	-17%	131	71,2%	10,7%	157,7	1
Treviso	301	15,1%	146,0	19%	28	15,2%	9,3%	146,0	1
Verona	469	23,5%	162,1	32%	25	13,6%	5,3%	162,1	1
Totale	1.993	10,2%	122,5		184	10,6%	9,2%	156,5	
ITALIA	19.459				1.738		8,9%		

N.B.: La soglia cellulare minima per il bancaggio delle unità di sangue cordonale è di 120×10^7 di cellule nucleate pre-processazione.

Tabella 8.15 Unità AlloD raccolte e bancate. Veneto, anno 2014

Anno 2014 - Unità AlloD raccolte e bancate	Unità raccolte		Unità bancate		
	N.	% su Totale	N.	% su Totale	% su raccolte
Padova	29	74,4%	27	73,0%	93,1%
Treviso	5	12,8%	5	13,5%	100,0%
Verona	5	12,8%	5	13,5%	100,0%
Totale	39	13,4%	37	13,2%	94,9%
ITALIA	292		280		95,9%

La contabilità analitica nel Sistema trasfusionale regionale ed il Fondo Regionale per le Attività Trasfusionali (FRAT)

Il quadro normativo nazionale, maturato nell'ultimo quinquennio, 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 (il costo per tutte le prestazioni) che medi unitari (il costo medio per la produzione di una prestazione) a livello dipartimentale e regionale e per poter giungere alla determinazione dei costi standard. 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.

Il mandato del decisore regionale ha assegnato quindi alla contabilità le seguenti finalità:

- disporre di un sistema di analisi non estemporaneo, ma riutilizzabile nel tempo e in via autonoma presso ogni servizio o dipartimento, a supporto delle attività gestionali assegnate dal CRAT;
- eseguire un'analisi estesa su tutte le attività e prestazioni svolte dai SIT per disporre di una valutazione comparata presso i diversi servizi dei costi per l'esecuzione dei compiti produttivi e di quelli assistenziali;
- disporre di output quantificati (costo degli emocomponenti in scambio interaziendale e del plasma per la produzione di emoderivati), anche per la ridefinizione della politica tariffaria inter e intra regionale.

Con DGR n. 2690/08 è stato avviato il FRAT assegnato alle Aziende individuate quali sedi di riferimento dei DIMT. 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.

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali (CRAT)

Sede: c/o Azienda ULSS 7 Ospedale De Gironcoli, Via Manin, 110 – Conegliano (TV)

Telefono: 0438668353; cellulare 3204338656

e-mail: crat.veneto@ulss7.it; antonio.breda@ulss7.it

8.6 Rete oncologica

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

Paragrafo 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"

Lo IOV-IRCCS è fulcro nella rete oncologica territoriale. Ha funzioni di hub per il coordinamento, in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere Universitarie, delle attività di alta specializzazione ed eccellenza e per altre attività condotte per conto delle Aziende ULSS del territorio. Il modello dovrà garantire tempestività nella presa in carico dei pazienti, adeguati livelli di cura e di continuità dell'assistenza, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, assicurando una risposta adeguata al fabbisogno regionale ed il controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Pertanto lo IOV-IRCCS a cui è affidato il coordinamento della Rete assume la funzione di fulcro nello sviluppo e nella verifica dell'applicazione di linee guida in stretta collaborazione con le Università e con le Aziende Ospedaliere Universitarie di riferimento, coordina e promuove le attività formative regionali e la ricerca clinica, biologica e traslazionale, studia e monitorizza le aree del Veneto a più alta incidenza di patologie tumorali, favorisce il trasferimento dei risultati della ricerca alle attività assistenziali; - accresce la qualità dell'assistenza ai malati oncologici, sperimenta nuovi modelli organizzativi al fine di potenziare e migliorare le relazioni tra le strutture della rete sanitaria, garantisce la qualificazione dei professionisti e l'aggiornamento attraverso il potenziamento delle attività di formazione, sviluppa ed implementa la collaborazione e lo scambio di conoscenze con altri centri di ricerca e assistenza.

272

Quadro di sintesi

L'obiettivo principale della Rete Oncologica Veneta è quello di garantire la tempestività nella presa in carico dei pazienti, nel pieno rispetto della sicurezza delle cure erogate e del controllo dell'appropriatezza prescrittiva. Con decreto n. 7 del 4.2.2014 la Regione Veneto ha affidato il Coordinamento della Rete Oncologica Veneta allo IOV IRCCS che dovrà operare in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere Universitarie di Padova e Verona.

Ad oggi le aree di attività intraprese dalla Rete Oncologica sono: Percorsi Diagnostici Clinico Assistenziali (PDCA), Raccomandazioni sui farmaci innovativi, Diagnostica Molecolare e Biobanche, Cartella clinica informatizzata oncologica, Coordinamento attività di Ricerca Clinica.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2067 del 19.11.2013, la Regione Veneto ha istituito la Rete Oncologica Veneta (ROV); Con decreto n. 7 del 4.2.2014 la Regione Veneto ha affidato il Coordinamento della Rete Oncologica Veneta allo IOV IRCCS che dovrà operare in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere Universitarie di Padova e Verona. Gli obiettivi della Rete Oncologica Veneta, così come previsto dal PSSR 2012-2016, sono di garantire la tempestività nella presa in carico dei pazienti, adeguati livelli di cura e di continuità dell'assistenza, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, assicurando un'informazione capillare alla cittadinanza in considerazione del fatto che, indipendentemente dalle modalità di accesso alle cure oncologiche e dal luogo di residenza, a ogni cittadino devono essere comunque fornite le migliori cure limitandone

per quanto possibile i trasferimenti, nel pieno rispetto della sicurezza delle cure erogate, una risposta adeguata al fabbisogno regionale oltre al controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Altri obiettivi di non secondaria importanza della Rete Oncologica Veneta sono quelli di:

- garantire al paziente oncologico il miglior trattamento attraverso un percorso di cura multidisciplinare e multiprofessionale di continuità di cura ospedale-territorio, in tutto il territorio regionale, che risponda ai criteri dell'EBM (*evidence-based-medicine*) secondo la metodologia HTA (*health technology assessment*);
- fornire un sistema informatico comune per la condivisione di strumenti e informazioni del malato oncologico sia nel percorso ospedaliero che territoriale;
- identificare i centri di eccellenza regionali per specifiche patologie oncologiche tenendo conto dei volumi minimi di attività a garanzia della sicurezza dei pazienti;
- supportare l'aggiornamento della dotazione tecnologica per la radioterapia oncologica;
- promuovere la preparazione dei chemioterapici antitumorali a livello centralizzato attraverso l'attivazione dei centri UFA (Unità Farmaci Antitumorali);
- definire e condividere i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per i vari tipi di tumore e attivare sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza di percorsi di cura e del trattamento oncologico, orientati alla qualità e alla sicurezza del paziente;
- favorire e stimolare la partecipazione a programmi di ricerca e di sperimentazioni cliniche in oncologia;
- definire percorsi di cura integrati per i malati oncologici anziani, in accordo a quanto previsto dal Piano Oncologico Nazionale 2010-13, e dall'Osservatorio Nazionale di Oncogeriatrics, di recente istituzione;
- facilitare l'adesione a programmi di continuità di cura sul territorio e la riabilitazione oncologica;
- definire i costi standard per PDTA per patologia;
- facilitare i programmi di screening, diagnosi precoce per i vari tipi di tumore.

Con decreto n. 7 del 4.2.2014 la Regione Veneto ha affidato il Coordinamento della Rete Oncologica Veneta allo IOV IRCCS che dovrà operare in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere Universitarie di Padova e Verona. Il Coordinamento Regionale della Rete Oncologica del Veneto (CROV), di durata biennale, afferisce direttamente al Direttore Generale dell'Area sanità e Sociale Regionale per la Sanità. La ROV si articola in una serie di Poli Oncologici individuati presso gli Ospedali di riferimento provinciale con un bacino d'utenza di 1.000.000 di abitanti:

- Ospedale di Treviso (ULSS di Belluno, Feltre, Pieve di Soligo, Asolo e Treviso);
- Ospedale di Vicenza (ULSS di Bassano del Grappa, Alto Vicentino, Arzignano e Vicenza);

- Ospedale di Mestre (ULSS di Veneto Orientale, Venezia, Mirano e Chioggia);
- Az. Osp. di Padova (ULSS di Cittadella, Padova, Este, Rovigo e Adria);
- Az. Osp. Univ. Integr. di Verona (ULSS di Verona, Legnago e Bussolengo).

Ad oggi le aree di attività intraprese dalla Rete Oncologica sono: Percorsi Diagnostici Clinico Assistenziali (PDTA), Raccomandazioni sui farmaci innovativi, Diagnostica Molecolare e Biobanche, Cartella clinica informatizzata oncologica, Coordinamento attività di Ricerca Clinica.

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

La Rete Oncologica della Regione Veneto – Gruppo di lavoro PDTA- ha l'obiettivo di predisporre percorsi in ambito oncologico con l'intento di migliorare l'operatività di tutte le strutture attraverso la definizione di obiettivi, ruoli, tempi e ambiti di intervento.

La complessità di un sistema come quello sanitario può creare condizioni che favoriscono la variabilità dell'assistenza in termini di continuità di cura e di presa in carico del paziente, tutte condizioni che facilitano comportamenti inappropriati e/o fonte di errori.

La crescente complessità dei bisogni sanitari difficilmente può trovare riposta in un'unica azienda o nel solo sistema sanitario e spinge alla nascita di forme nuove di integrazione tra diversi attori istituzionali. I PDTA sono strumenti che permettono di delineare, rispetto a una patologia o a un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della rete e all'interno della propria organizzazione.

Il PDTA è uno strumento tecnico-gestionale il cui standard è sempre in progressione e che si propone di garantire:

- riproducibilità delle azioni
- uniformità delle prestazioni erogate
- riduzione dell'evento straordinario
- scambio di informazioni
- definizione dei ruoli
- individuazione e rilevazione di indicatori di appropriatezza e qualità.

Il PDTA è un processo organizzativo sanitario per patologia identificabile con il sistema dei servizi che compone il processo di diagnosi e cura per un bisogno di salute (patologia). L'obiettivo è quello di codificare bene le responsabilità di struttura a quelle di processo erogativo per patologia. L'obiettivo principale nella stesura dei PDTA è stato quello, come prevede il mandato regionale, di garantire la tempestività nella presa in carico dei pazienti, adeguati livelli di cura e di continuità dell'assistenza, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, assicurando sia un'informazione capillare alla cittadinanza in considerazione che, indipendentemente dalle modalità di accesso alle cure oncologiche e dal luogo di residenza, a ogni cittadino devono essere comunque fornite le migliori cure limitandone per quanto possibile i trasferimenti, nel pieno rispetto della

sicurezza delle cure erogate, sia una risposta adeguata al fabbisogno regionale ed il controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Tutto ciò viene realizzato attraverso una costante verifica degli aggiornamenti e dei miglioramenti grazie allo strumento degli indicatori, variabili ad altro contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e aiutano ad orientare le decisioni.

I percorsi assistenziali vengono creati utilizzando le informazioni rese disponibili dai flussi informativi correnti (ASA, SDO, farmaceutica, assistenza domiciliare, registro regionale di mortalità) opportunamente integrati con tecniche di record linkage.

Tutti i gruppi sono stati gestiti attraverso una metodologia di lavoro ben precisa con la funzione di produrre un documento omogeneo in cui le decisioni diagnostico-terapeutiche siano basate su linee guida nazionali ed internazionali.

Ogni gruppo viene supportato metodologicamente nella redazione dell'algoritmo del percorso e nella produzione delle note esplicative alla mappa stessa; per ogni percorso vengono prodotti degli indicatori di percorso e di qualità del percorso del paziente valutando la fattibile rilevazione.

Ogni PDTA viene redatto seguendo i seguenti punti caratterizzanti:

- 1) l'inizio dei PDTA dovrà essere l'episodio clinico, individuando fin da subito tempistica e descrizione puntuale dell'episodio;
- 2) Stabilire il momento preciso nel quale il paziente entra nella Rete;
- 3) Definire e stabilire la presa in carico del/della paziente nel momento in cui entra nella rete per garantire un ottimale ed appropriato iter di diagnosi e cura; (Definire il professionista). Si conviene che la presa in carico determina una precisa responsabilità del professionista;
- 4) Definizione della valutazione multidisciplinare e del team multidisciplinare;
- 5) In caso di snodi decisionale durante il percorso incerti in cui la pratica clinica e linee guida non danno indicazioni precise si indica di confrontarsi con studi clinici e/o criteri di appropriatezza confrontabili;
- 6) individuare indicatori di appropriatezza e qualità.

I PDTA verranno resi pubblici attraverso decreto del Segretario Regionale.

I PDTA per patologia pianificati dalla rete sono i sotto elencati 14:

1. Mammella,
2. Colon-retto,
3. Polmone,
4. Prostata,
5. Sarcomi e GIST,
6. Melanoma,

7. Rene,
8. Epatobiliare,
9. Esofago,
10. Tumori Ereditari Mammella e Ovaio,
11. Stomaco,
12. Testa e Collo,
13. Ginecologici,
14. Endocrini

I Gruppi di lavoro sono formati da componenti eterogenei provenienti da tutta la regione e con le migliori e più eterogenee expertise in modo da adempiere al mandato richiesto dalla Regione. Ogni gruppo è inoltre supportato dal Servizio Epidemiologico Regionale per la condivisione dei dati di incidenza, prevalenza e mortalità. In ogni PDTA vi è la presenza di un esponente del mondo del volontariato.

Finora sono stati coinvolti più di 150 professionisti di tutta la regione e sono stati svolti più di 80 incontri complessivi .

I PDTA pubblicati con Decreto Regionale n.179-180-181 del 1 luglio 2015 sono relativi alle seguenti patologie: colon e retto, melanoma (cutaneo e uveale) e sarcomi (Sarcomi dei tessuti molli, Sarcomi uterini, Sarcomi retro peritoneali, GIST).

Gli altri PDTA non ancora ultimati sono in varie fasi di avanzamento dalla diagnosi alla stadiazione, dal trattamento al follow-up.

276

Raccomandazioni sui farmaci innovativi in oncologia (Decreto 199 del 12/11/2014)

L'obiettivo di questo gruppo 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.

I quesiti clinici riferiti all' indicazione oggetto di analisi vengono predisposti dal Gruppo di Lavoro sulla base del contesto clinico di riferimento.

Il Gruppo di Lavoro ha deciso di votare, per ciascun quesito clinico, i seguenti quattro aspetti in ordine di rilevanza:

1. Giudizio sul bilancio benefici/rischi: dopo aver identificato e classificato gli outcome clinici come importanti ed essenziali, importanti ma non essenziali e non importanti, viene assegnato un giudizio sui risultati di efficacia clinica disponibili che vengono considerati, in funzione dell'importanza degli outcome clinici e dell'entità dei risultati:

MOLTO RILEVANTI (Outcome clinici importanti ed essenziali ed entità del risultato clinicamente rilevante)

RILEVANTI (Outcome clinici importanti ma non essenziali ed entità del risultato clinicamente rilevante oppure Outcome clinici importanti ed essenziali ed entità del risultato solo moderatamente rilevante)

POCO RILEVANTI (Outcome clinici non importanti benché con entità del risultato clinicamente rilevante)

MARGINALI (Qualsiasi Outcome clinico ed entità del risultato clinicamente non rilevante)

Viene inoltre espresso un giudizio sulla tollerabilità, considerata:

BUONA

DISCRETA

SCARSA

Sulla base del giudizio espresso su efficacia e tollerabilità viene quindi espresso un giudizio complessivo sul bilancio benefici/rischi, considerato:

MOLTO FAVOREVOLE

FAVOREVOLE

INCERTO

SFAVOREVOLE

2. Giudizio sulla qualità delle evidenze: la qualità delle evidenze è classificata (secondo il metodo GRADE) in quattro categorie:

ALTA

MODERATA

BASSA

MOLTO BASSA

Partendo dalla qualità teoricamente alta di uno studio randomizzato, la qualità si può abbassare per la presenza di limiti legati a bias nella conduzione e analisi dello studio, scelta del gruppo di controllo, trasferibilità, incoerenza dei risultati/eterogeneità, stime imprecise o dati insufficienti, pubblicazione selettiva dei dati.

3. Giudizio sulle alternative terapeutiche (da linee guida / da esperienza clinica): sulla base dell'analisi del contesto clinico le alternative terapeutiche sono considerate:

DISPONIBILI

DISPONIBILI MA MENO SODDISFACENTI

ASSENTI O DISPONIBILI MA INSODDISFACENTI

Le alternative considerate sono le migliori alternative disponibili e possono essere rappresentate sia dal comparator da studio clinico che dalla terapia normalmente utilizzata nella pratica clinica per la medesima indicazione.

4. Giudizio sul costo rispetto alle alternative: il costo della terapia, calcolato al netto degli eventuali sconti derivanti dagli accordi negoziali e dei meccanismi di condivisione del rischio, viene considerato, rispetto alle alternative (se presenti):

INFERIORE
SOVRAPPONIBILE
SUPERIORE

Ogni componente del Gruppo di Lavoro effettua la propria valutazione in merito a ciascun punto sopra descritto e, utilizzando un algoritmo decisionale condiviso, definisce il livello di raccomandazione del quesito in oggetto.

Sono previsti quattro possibili livelli di raccomandazione:

- RACCOMANDATO (R) "utilizzabile nella maggioranza dei pazienti"
- MODERATAMENTE RACCOMANDATO (MR) "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 (RS) "utilizzabile solo in casi selezionati di pazienti"
- NON RACCOMANDATO (NR) "si sconsiglia l'utilizzo del farmaco"

Sulla base della raccomandazione formulata, il Gruppo di Lavoro prevede una percentuale di utilizzo atteso che viene esplicitata per singola raccomandazione.

Ad oggi il gruppo di lavoro oltre ad aver definito la metodologia di lavoro e definito 29 raccomandazioni d'utilizzo in merito alle seguenti molecole:

- Pertuzumab Mammella (4 raccomandazioni)
- Everolimus Mammella (4 raccomandazioni)
- Bevacizumab Ovaio (2 raccomandazioni)
- Trastuzumab-Emtansine Mammella (2 raccomandazioni)
- Aflibercept Colon-Retto (4 raccomandazioni)
- Bevacizumab Colon-Retto (2 raccomandazioni)
- Cabazitaxel prostata (1 raccomandazione)
- Enzatulamide prostata (1 raccomandazione)
- Abiraterone prostata (1 raccomandazione)
- Crizotinib (1 raccomandazione)
- Permetrexed (2 raccomandazioni)
- Afatinib (2 raccomandazioni)
- Radio 223-Dicloruro (2 raccomandazioni)
- Paclitaxel-Albumina (1 raccomandazione)

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

L'obiettivo del gruppo di lavoro è stato quello di fornire un elenco dei test di diagnostica molecolare di rilevanza clinica per ogni singola neoplasia. Tale elenco è stato condiviso con tutte le Unità Operative di Oncologia del Veneto (Tabella 8.16).

Tabella 8.16 Test di diagnostica molecolare di rilevanza clinica per neoplasia

PATOLOGIA	RACCOMANDAZIONI AIOM-SIAPEC SI/NO	LINEE GUIDA AIOM SI/NO	Alterazione Molecolare	Metodica	Indicazioni Patologia
NSCLC	SI	SI	mutazioni EGFR esoni 18,19,20,21	PCR Sanger o pirosequenziamento Real Time PCR	Non squamoso stadio avanzato/metastatico
NSCLC	SI	SI	riarrangiamento ALK-EML4	FISH / SISH	Non squamoso stadio avanzato/metastatico
NSCLC	NO	NO	riarrangiamento ROS1	FISH / RT PCR	Non squamoso stadio avanzato/metastatico
MELANOMA CUTANEO	SI	SI	mutazioni BRAF esone 15	PCR Sanger o pirosequenziamento/ R.T. PCR	melanoma m. inoperabile/metastatico (stadio IIIc o IV)
MELANOMA CUTANEO	NO	SI	mutazioni NRAS esoni 2,3,4	PCR Sanger o pirosequenziamento	melanoma m. inoperabile/metastatico (stadio IIIc o IV)
MELANOMA CUTANEO	NO	SI	mutazioni KIT esoni 9,11,13,17	PCR Sanger	melanoma m. inoperabile/metastatico (stadio IIIc o IV)
MAMMELLA	SI	SI	amplificazione HER2	FISH/ SISH	tutti i tumori mammari invasivi
GASTRICO	SI	SI	amplificazione HER2	FISH/ SISH	stomaco e giunzione esofago-gastrica metastatici
COLON-RETTO	SI	SI	mutazioni KRAS e NRAS esoni 2-3-4	PCR Sanger o pirosequenziamento/ RT PCR	ca colo-rettale metastatico
COLON-RETTO	NO	SI	mutazioni BRAF esone 15	PCR Sanger o pirosequenziamento	ca colo-rettale metastatico
COLON-RETTO	NO	SI	instabilità microsatellitare	PCR fluorescente e analisi dei frammenti	ca colo-rettale resecato in stadio II
CEREBRALE	NO	SI	metilazione promotore MGMT	PCR Metilazione-specifica e/o pirosequenziamento	GBM e tutti i gliomi anaplastici
CEREBRALE	NO	SI	codelezione cromosomi 1p/19q	FISH	tutte le neoplasie gliali
CEREBRALE	NO	SI	mutazioni IDH1/IDH2	PCR Sanger o pirosequenziamento	tutte le neoplasie gliali
GIST	NO	SI	mutazioni KIT esoni 9,11,13,17,14	PCR Sanger	tutti GIST
GIST	NO	SI	mutazioni PDGFRA esoni 12,14, 18	PCR Sanger	GIST con gene KIT non mutato
GIST	NO	SI	mutazioni PDGFRA esone 18 (D842V)	PCR Sanger	GIST con gene KIT non mutato

E' stato definito, inoltre, per singolo test il tempo massimo utile alla refertazione momento essenziale per la diagnosi e la scelta terapeutica più appropriata.

Il gruppo ha inoltre fatto un'analisi sui volumi dei test di diagnostica molecolare nelle varie anatomie patologiche del Veneto.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2067 del 19 novembre 2013](#)

Istituzione della Rete Oncologica Veneta (ROV). Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. Deliberazione n. 112/CR del 12 agosto 2013.

Approfondimenti

<http://www.ioveneto.it/index.php>

<https://salute.regione.veneto.it/web/rov>

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Istituto Oncologico Veneto
Coordinamento Rete Oncologica Veneta
Via Gattamelata, 64 35128 Padova
Telefono: 049 8215533 - 049 8215530
e-mail: pierfranco.conte@ioveneto.it - alberto.bortolami@ioveneto.it -
fortunata.marchese@ioveneto.it

8.7 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 (Paragrafo 3.2.4 Le reti cliniche integrate anche con il Territorio, Rete emergenza-urgenza, pag. 68-69).

Quadro di sintesi

Il numero di accessi ai pronto Soccorso regionali, pur evidenziando un trend temporale in riduzione, si è mantenuto nel 2014 superiore a 1.800.000. 4 accessi su 5 sono costituiti da codici di triage di bassa priorità, con marcate differenze all'interno delle Aziende nella ripartizione tra codici bianchi e codici verdi, che sono talora riconducibili ad una disomogeneità nei criteri e nelle modalità di compilazione del triage. Un altro importante ambito di benchmarking interaziendale è quello dei tempi di attesa e di permanenza in Pronto Soccorso.

La sistematizzazione del flusso informativo di Pronto Soccorso non può peraltro concludersi con la mera enumerazione di accessi e codici colore, ma deve arrivare a dettagliare i motivi di accesso, le diagnosi, ed i percorsi, dati spesso registrati in maniera incompleta nel flusso ma di vitale importanza per la programmazione dei servizi.

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).

Il numero di accessi nel 2014 è stato di 1.817.623 e dal 2010 è calato del 5%.

Nel 2014 sono state introdotte la figura innovativa dell'assistente di sala d'attesa e misure per il miglioramento dei flussi degli accessi, in particolare per quanto riguarda l'accesso diretto alle prestazioni specialistiche, il fast-track, la presa in carico infermieristica, l'obbligo di accesso immediato al reparto di destinazione quando l'accesso si conclude in ricovero.

Inoltre sono stati fissati gli standard di riferimento per i tempi di presa in carico (un'ora al 90° percentile) e di durata dell'accesso (quattro ore al 90° percentile); sono stati avviati gruppi di lavoro per la definizione degli organici standard di personale sanitario e tecnico e degli indicatori di performance. La periodicità del flusso informativo verso la Regione è stata trasformata da trimestrale in mensile, al fine di consentire di attivare un monitoraggio costante dell'andamento dell'attività.

Accessi al Pronto Soccorso

Nel 2014 sono stati registrati 1.817.623 accessi al pronto soccorso in tutto il territorio del Veneto; per accesso si intende ogni ingresso al pronto soccorso (una stessa persona può essersi recata al pronto soccorso più volte nel corso di un anno o anche di uno stesso giorno).

La Tabella 8.17 mostra alcuni indicatori relativi agli accessi in Pronto Soccorso distinti per Azienda ULSS: volume di accessi e tempi mediani di attesa e di permanenza. Nella Tabella 8.18 gli stessi indicatori sono presentati per categoria di Pronto Soccorso definita in base al numero di accessi.

Tabella 8.17 Numero di PS, accessi (valore assoluto e distribuzione percentuale), tempo mediano di attesa, tempo mediano di permanenza per Azienda ULSS/Ospedaliera. Veneto, anno 2014.

ULSS/Azienda ospedaliera	Numero PS	Accessi totali	% percentuale accessi	Tempo mediano di attesa	Tempo mediano di permanenza
101-Belluno	4	71.431	3,9%	10	73
102-Feltre	1	28.398	1,6%	15	129
103-Bassano del Grappa	2	60.800	3,3%	20	116
104-Alto Vicentino	1	57.061	3,1%	29	140
105-Ovest Vicentino	4	62.574	3,4%	12	91
106-Vicenza	2	108.716	6,0%	54	184
107-Pieve di Soligo	2	76.913	4,2%	15	96
108-Asolo	2	67.154	3,7%	21	133
109-Treviso	2	113.715	6,3%	17	137
110-Veneto Orientale	3	98.057	5,4%	8	90
112-Veneziana	3	125.294	6,9%	33	124
113-Mirano	2	79.766	4,4%	18	121
114-Chioggia	1	24.138	1,3%	13	99
115-Alta Padovana	2	68.271	3,8%	27	135
116-Padova	3	87.399	4,8%	17	128
117-Este	4	55.714	3,1%	23	104
118-Rovigo	3	69.451	3,8%	10	137
119-Adria	2	43.379	2,4%	11	91
120-Verona	1	57.395	3,2%	29	86
121-Legnago	2	68.687	3,8%	18	114
122-Bussolengo	7	146.097	8,0%	14	92
901-Az. Osp Padova	1	104.129	5,7%	22	159
912-Az. Osp Verona	2	143.084	7,9%	27	158
Veneto	56	1.817.623	100,0%	19	120

Tabella 8.18 Numero di PS, accessi (valore assoluto e distribuzione percentuale), tempo mediano di attesa, tempo mediano di permanenza per dimensione del Pronto Soccorso. Veneto, anno 2014.

Dimensione PS	Numero PS	Accessi totali	percentuale accessi	Tempo mediano di attesa	Tempo mediano di permanenza
Piccolo: fino a 20.000 accessi	21	223.512	12,3%	10	76
Medio: da 20.000 a 70.000 accessi	30	1.123.934	61,8%	19	117
Grande: oltre 70.000 accessi	5	470.177	25,9%	30	154
Totale Regione	56	1.817.623	100,0%	19	120

Dinamica oraria e tipologia degli accessi

La distribuzione degli accessi nell'arco della giornata mostra un aumento tra le 7 e le 11 del mattino, con una maggiore incidenza di codici bianchi e verdi sul totale degli accessi, e, con un picco più limitato, nelle prime ore del pomeriggio (Figura 8.8).

Le Figure 8.9 e 8.10 mostrano la distribuzione degli accessi ai Pronto Soccorso regionali per motivo e modalità di accesso.

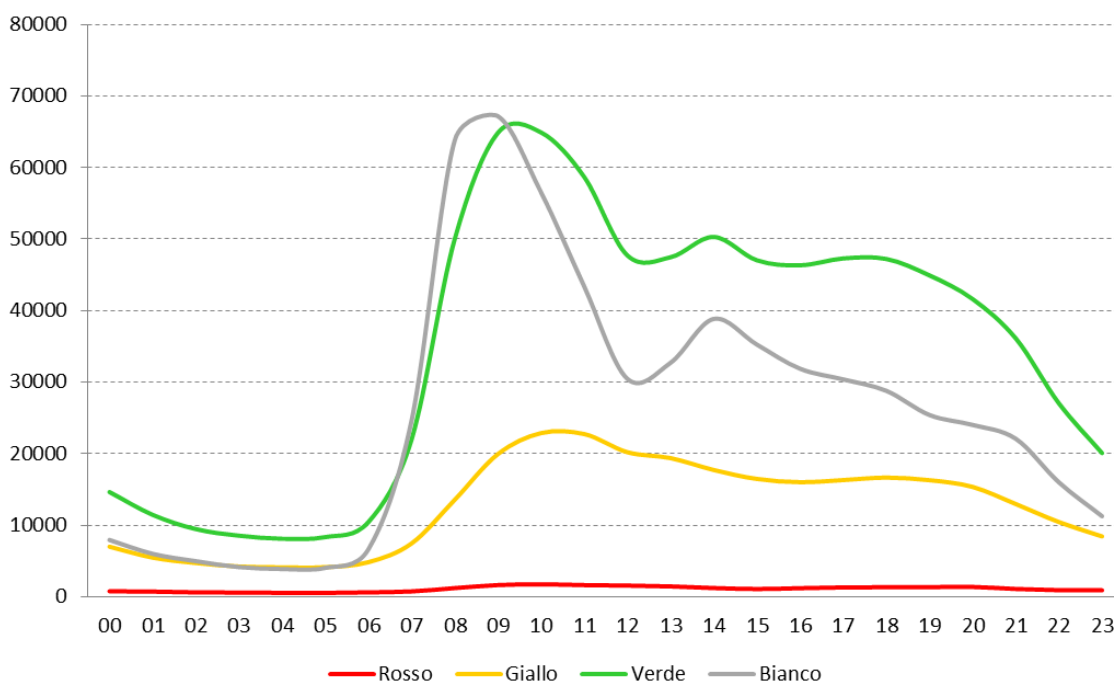
Figura 8.8 Numero di accessi al PS per codice di triage e ora del giorno. Veneto, anno 2014.

Figura 8.9 Motivo di accesso al PS. Veneto, anno 2014

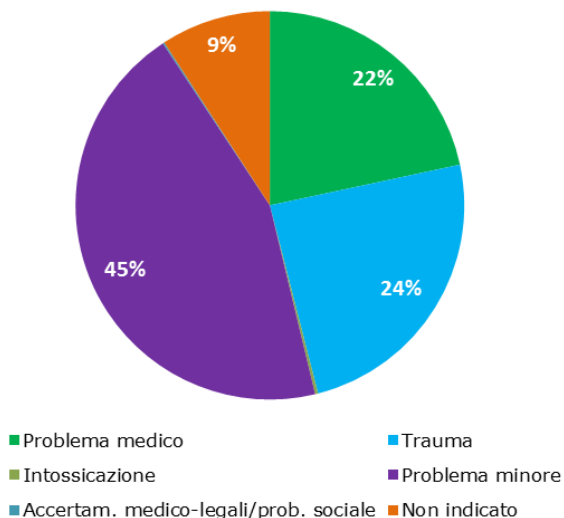
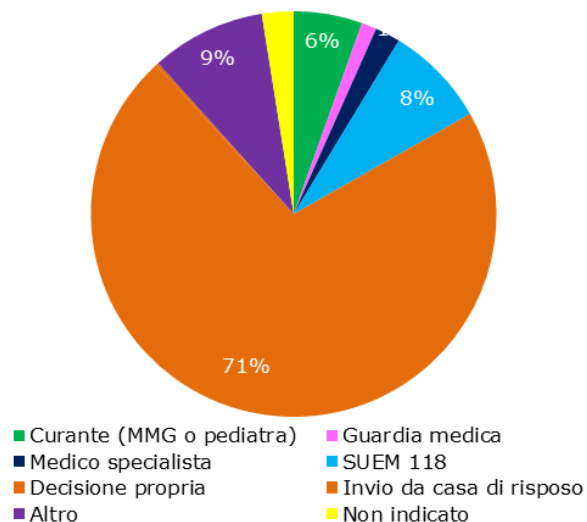


Figura 8.10 Modalità di accesso al PS (inviante). Veneto, anno 2014



Codici colore (triage)

La distribuzione degli accessi per codice di triage mostra una netta prevalenza degli accessi con livello di gravità basso. Un dato significativo è rappresentato dalle differenze tra le aziende Ulss, soprattutto per quanto riguarda la percentuale di codici bianchi e di codici verdi. Tali differenze sono dovute non solo alla variabilità della casistica trattata nei Pronto Soccorso del Veneto, ma anche da diverse modalità di esecuzione del triage e quindi di assegnazione dei codici colore. Accorpano i codici colore in due categorie (rosso+giallo e verde+bianco), le differenze diminuiscono. La qualità dell'informazione risulta limitata in alcune realtà, per l'alta percentuale di accessi senza registrazione del triage. Nelle realtà di maggiori dimensioni, la percentuale di codici gialli o rossi rappresenta circa il 25% della casistica totale.

Figura 8.11 Ripartizione percentuale del triage nelle ULSS. Veneto, anno 2014

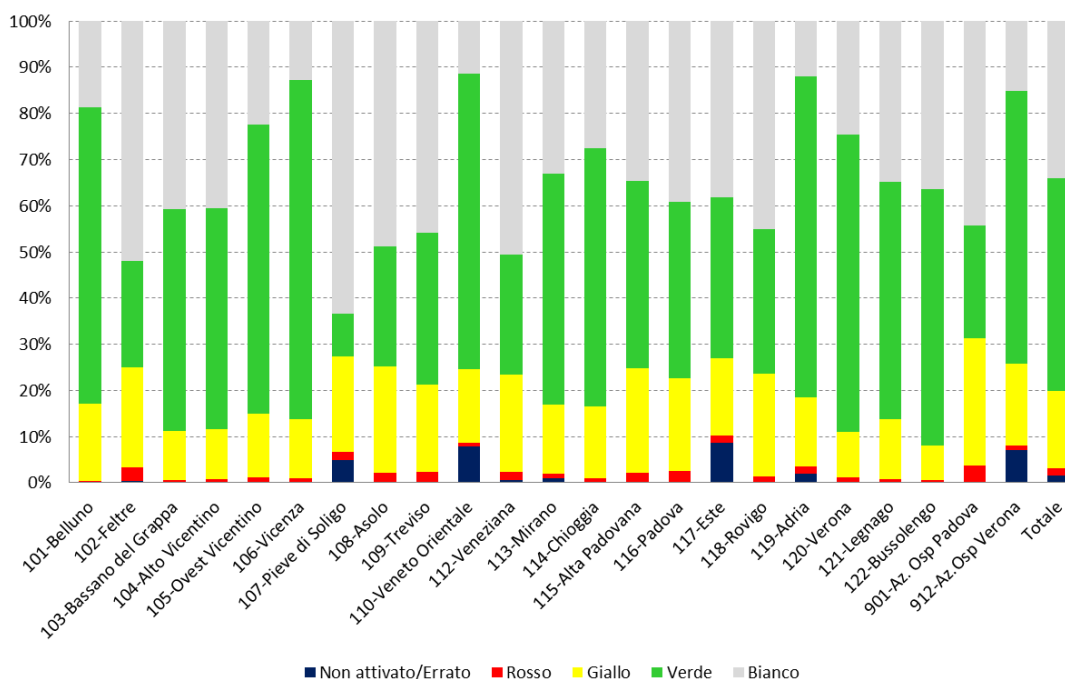
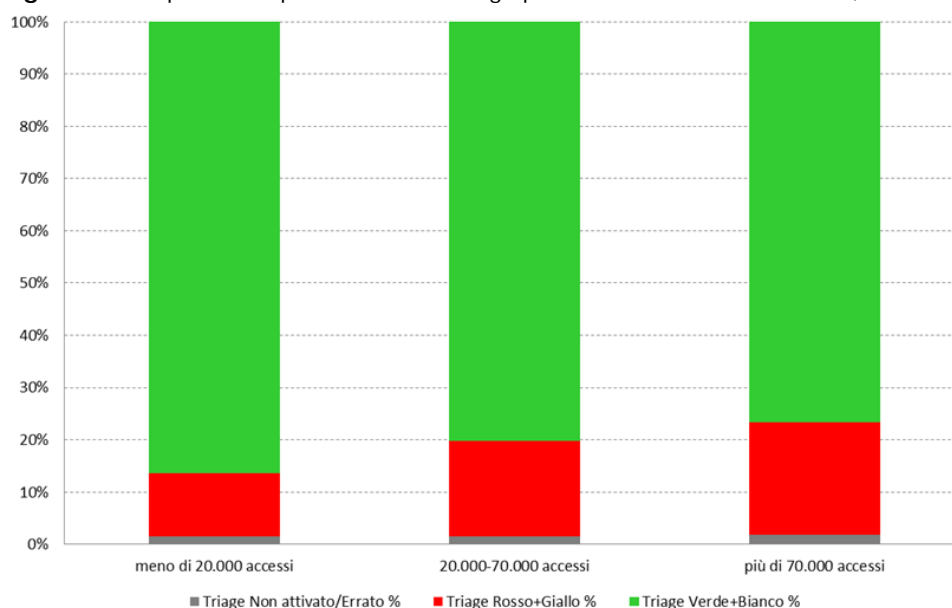


Figura 8.12 Ripartizione percentuale del triage per dimensione dei PS. Veneto, anno 2014



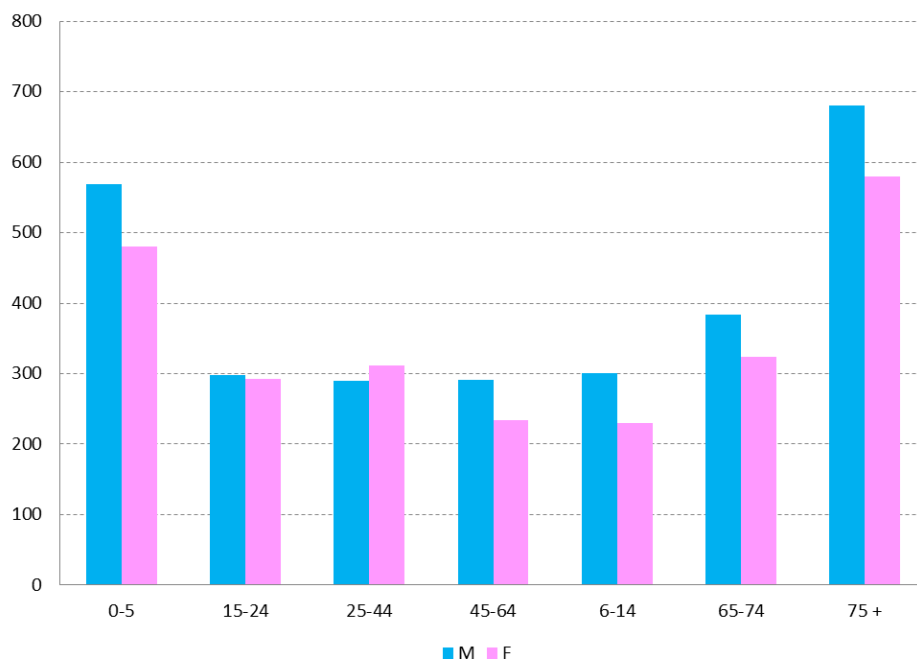
Tassi di accesso nella popolazione residente

I tassi di accesso (numero di accessi dei residenti in ciascuna ULSS rapportati alla popolazione) sono particolarmente elevati tra i bambini in età prescolare, soprattutto maschi. I tassi sono peraltro maggiori nel sesso maschile in tutte le classi di età, tranne

quella riproduttiva. I tassi di accesso iniziano a salire dopo i 65 anni, ma la crescita è particolarmente elevata negli ultra-settantatreenni. (Figura 8.13).

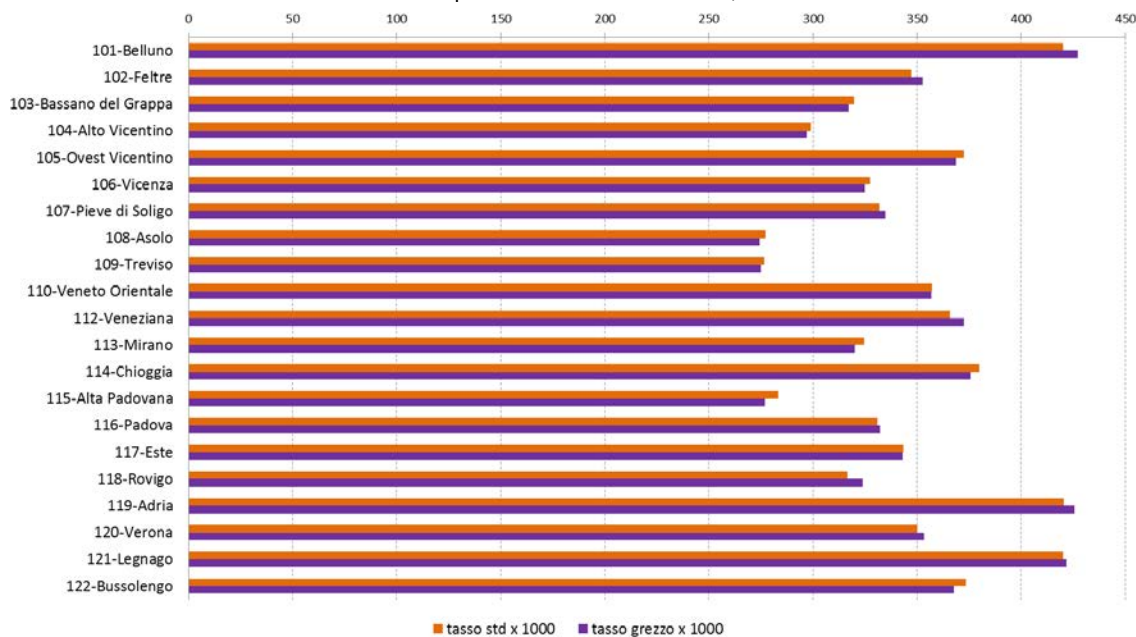
Il tasso di accesso complessivo al Pronto Soccorso mostra una variabilità tra ULSS che non diminuisce in misura sostanziale anche dopo standardizzazione dei tassi, cioè tenendo conto della diversa struttura per età della popolazione residente (Figura 8.14).

Figura 8.13 Tassi di accesso al pronto soccorso dei residenti nelle ULSS per 1000 abitanti per età e sesso. Veneto, anno 2014



286

Figura 8.14 Affluenza al pronto soccorso della popolazione residente nelle diverse ULSS, tasso grezzo e standardizzato per 1000 abitanti. Veneto, anno 2014



Mobilità attiva dei Pronto Soccorso del Veneto

In Tabella 8.19 è riportato per ogni azienda il numero di accessi con riferimento alla residenza dell'utente. Si può vedere come per alcune Aziende, soprattutto nei territori interessati da rilevanti flussi turistici, una quota consistente sia rappresentata da residenti fuori ULSS; è però da segnalare che per alcune Aziende vi sia una quota rilevante di accessi con informazioni incomplete sulla residenza dell'utente.

Tabella 8.19 Distribuzione percentuale degli accessi ai Pronto Soccorso di ciascuna ULSS per provenienza. Anno 2014

ULSS	Residenti nell'ULSS	Residenti in un'altra ULSS del Veneto	Fuori regione	Residenza non indicata
101-Belluno	72,8	16,9	10,3	0,0
102-Feltre	76,1	12,8	11,1	0,0
103-Bassano del Grappa	84,9	11,7	2,6	0,9
104-Alto Vicentino	91,0	6,9	1,4	0,8
105-Ovest Vicentino	91,2	7,2	1,1	0,5
106-Vicenza	86,2	9,0	1,9	2,9
107-Pieve di Soligo	90,2	5,7	2,5	1,7
108-Asolo	88,4	8,8	2,8	0,0
109-Treviso	89,2	7,2	2,3	1,2
110-Veneto Orientale	74,5	11,6	8,8	5,2
112-Veneziana	79,8	11,0	9,0	0,2
113-Mirano	87,7	10,2	1,8	0,4
114-Chioggia	83,2	12,6	2,7	1,6
115-Alta Padovana	85,6	12,4	1,3	0,7
116-Padova	81,3	13,7	3,6	1,5
117-Este	90,7	6,7	2,5	0,1
118-Rovigo	82,7	12,5	1,2	3,6
119-Adria	70,2	18,8	7,5	3,5
120-Verona	82,3	14,9	1,7	1,1
121-Legnago	78,9	16,5	2,9	1,8
122-Bussolengo	68,3	17,7	9,4	4,6
901-Az.Osp Padova	78,3	14,0	4,0	3,7
912-Az.Osp Verona	76,8	17,4	2,2	3,7
Totale Regione	81,5	12,2	4,3	2,0

Gli accessi per le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona sono stati associati come territorio a quelli delle ULSS 16 e 20 rispettivamente.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale 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.

[Deliberazione della Giunta Regionale 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.

[Deliberazione della Giunta Regionale 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.

Approfondimenti

[Rapporto SER "Gli accessi in Pronto Soccorso in Veneto. Anno 2013"](#)

(in www.ser-veneto.it)

Recapiti per ulteriori informazioni

SER Sistema Epidemiologico Regionale

Direzione Controlli e Governo SSR

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

9. Verso la sanità digitale

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

Gli obiettivi posti dal PSSR per il Sistema Informativo Socio Sanitario sono:

- lo sviluppo del Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico, in raccordo con il livello nazionale;
- la messa a regime della "ricetta rossa" informatizzata per una gestione interamente in modalità elettronica;
- lo sviluppo della firma digitale per tutto il personale medico, prevedendo documenti con validità legale, conservazione dei documenti clinici e semplificazione delle procedure di esibizione;
- l'implementazione e la diffusione della cartella clinica elettronica nelle strutture ospedaliere.

(Paragrafo 4.4.2 pag 133-136).

Quadro di sintesi

Nel 2014 è stata consolidata l'anagrafe sanitaria regionale per la corretta identificazione degli assistiti ed è stata attivata la dematerializzazione della ricetta farmaceutica, portata a regime in tutte le aziende sanitarie (il 98% dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta prescrivono in modo telematico). Dal 01/04/15 è stata attivata anche la dematerializzazione per le prescrizioni di prestazioni specialistiche, utilizzata da oltre l'ottanta per cento dei medici convenzionati. Ad oggi più del 60% (circa 7 milioni) dei referti digitali prodotti per esterni sono ritirati via web.

Il tutto concorre alla realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, per la quale la Regione del Veneto (DGRV 1671/2012) ha stanziato 12 milioni di euro in tre anni.

289

Al fine di elevare ed omogeneizzare il livello dei sistemi informativi aziendali, nel corso del 2010, per la prima volta nella storia della Regione Veneto sono stati assegnati alle Aziende Sanitarie (con la DGRV 3140/2010) gli obiettivi specifici per l'ambito dell'informatica. Tra gli obiettivi i principali ambiti di applicazione indicati erano:

- L'Anagrafe Unica Regionale;
- La firma digitale dei referti;
- La dematerializzazione della ricetta rossa;

Scelti per porre le basi dell'implementazione del fascicolo sanitario elettronico, che dal 2012 è diventato nella Regione del Veneto (ufficialmente con la DGRV 1671/2012) l'obiettivo principale delle azioni di sanità digitale.

Anagrafe Unica Regionale

L'anagrafe regionale è stata realizzata con lo scopo garantire la gestione della scelta e della revoca del medico di medicina generale / pediatra di libera scelta e l'identificazione certa ai fini della costituzione sicura del fascicolo sanitario elettronico; è infatti fondamentale non sbagliare l'identità del cittadino a cui verranno riferiti referti e documenti clinici. A tal scopo nel corso del 2010 è stato redatto un progetto specifico per

l'implementazione di un nuovo software che andasse a sostituire tutti i software in uso presso tutti gli operatori di scelta e revoca del territorio Veneto, garantendo comunque la disponibilità immediata delle informazioni alle ULSS. Il progetto è partito all'inizio del 2011 e si è concluso ad aprile del 2012 con l'adozione da parte di tutte le aziende del software unico per la gestione dei propri assistiti. Ad oggi più di mille operatori nel Veneto usano l'applicazione per la gestione dei processi di scelta e revoca.

Firma digitale dei referti

Una delle azioni più impegnative nell'ambito della sanità digitale è stata l'implementazione della firma digitale dei documenti clinici. Tale obiettivo risulta strategico per la creazione del Fascicolo Sanitario Elettronico in quanto la firma digitale rende possibile la conservazione informatica dei documenti clinici: il formato digitale diventa "l'originale". Prima degli obiettivi della DGRV 3140/2010 la situazione delle Aziende Sanitarie si presentava "a macchia di leopardo" con parecchie aree carenti.

La tabella seguente rappresenta la situazione, per azienda e per tipo di documento, rilevata poco dopo l'assegnazione degli obiettivi (le celle in rosso evidenziano le aree critiche).

Tabella 9.1 Rilevazione degli obiettivi della firma digitale dei documenti clinici. Situazione iniziale.

	Aziende Sanitarie																				Media				
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T		U	V	W	X
Verbal di pronto soccorso	0	0	0	100	0	0	81	94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	96	0	0	0	0	0	0	16
Lettere di dimissione	0	0	0	0	0	0	62	65	3	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0	0	0	0	0	0	8
Referti di anatomia	0	0	100	100	100	0	100	100	100	0	0	100	0	0	0	100	100	100	100	10	0	30	0	30	51
Referti di laboratorio analisi	59	60	100	100	65	100	100	100	80	0	70	100	0	100	100	10	100	100	100	0	0	100	0	100	69
Referti di microbiologia	0	0	100	100	100	0	100	100	100	0	0	100	0	0	0	100	100	100	100	10	0	30	0	30	51
Referti di radiologia	0	0	0	100	60	100	100	99	100	0	100	0	0	100	100	100	100	100	90	0	100	100	0	100	65

Al fine di rinforzare le azioni specifiche di ogni Azienda Sanitaria, questo obiettivo è stato portato avanti in stretta sinergia con altri due progetti regionali:

- Il progetto FDCOS (Progetto di diffusione della Firma Digitale e Carta per l'Operatore Sanitario) che ha stanziato circa 2 milioni di euro per attivare la firma digitale nelle Aziende Sanitarie;
- Il progetto Veneto Escape, cofinanziato da DigitPA (oggi Agenzia per l'Italia Digitale) e coordinato dalla Regione e da Arsenal (il consorzio ICT delle nostre Aziende Sanitarie), che ha messo a disposizione delle nostre aziende circa 5 milioni di euro con lo scopo di rendere disponibili online i referti al cittadino.

Tabella 9.2 Rilevazione degli obiettivi della firma digitale dei documenti clinici . Situazione a fine 2014.

	Aziende Sanitarie																				Media				
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T		U	V	W	X
Verbali di pronto soccorso	100	100	100	100	100	2	100	100	100	1	100	100	0	0	62	100	100	100	100	100	0	71	82	0	75
Lettere di dimissione	91	91	100	60	0	85	91	94	93	0	99	100	0	0	43	90	66	93	91	98	0	45	74	0	63
Referti di anatomia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	100	100	0	100	100	100	96
Referti di laboratorio analisi	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Referti di microbiologia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Referti di radiologia	100	100	100	100	100	100	100	99	100	0	100	100	100	100	100	94	100	98	100	100	100	100	100	100	95

Si può immediatamente notare che le aree di criticità si sono fortemente ridotte ed il livello di informatizzazione è diventato più omogeneo nelle diverse aziende.

L'effetto combinato dell'assegnazione degli obiettivi e dei progetti FDCOS e Veneto Escape ha fatto sì che le carte di firma siano state distribuite ad oltre l'80% dei nostri medici che ogni anno firmano più di 20 milioni di referti (tra pazienti interni ed esterni). Oggi più del 60% (circa 7 milioni) dei referti digitali prodotti per esterni sono ritirati via web, si stima un risparmio di circa 120 milioni di euro all'anno per i nostri cittadini.

Dematerializzazione della ricetta rossa

Il DPCM del 28 marzo 2008 prima ed il DM del 2 novembre 2011 hanno sancito l'obbligo a livello nazionale di dematerializzare la ricetta rossa. Il Veneto è stata tra le prime regioni in Italia a fare in modo che questo adempimento posto dal livello nazionale si trasformasse in una formidabile opportunità per ridisegnare i percorsi di cura. La dematerializzazione della ricetta rossa innanzitutto è stata gestita come una parte del progetto del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale e non come un'attività a se stante. Quindi i servizi sviluppati per quest'obiettivo si sono appoggiati all'infrastruttura generale del Fascicolo evitando costose riprogettazioni e duplicazioni.

Nel corso del 2014 è stata attivata la dematerializzazione della ricetta farmaceutica ed è stata portata a regime in tutte le aziende sanitarie (il 98% dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta prescrivono ormai in modo telematico).

Dal 01/04/15 è stata attivata la dematerializzazione anche per le impegnative di prestazioni specialistiche e oltre l'ottanta per cento dei medici convenzionati è partito.

Il Servizio di Accoglienza Regionale, il software che raccoglie a livello regionale tutte le prescrizioni elettroniche, riceve ogni mese più di 4 milioni di ricette che rende poi disponibili a tutte le farmacie ed i Centri Unici di Prenotazione del nostro territorio. Computando solo i costi diretti che sono venuti meno (l'acquisto delle ricette rosse, il data entry e la loro elaborazione ai fini del pagamento delle farmacie e la loro conservazione) è stato stimato un risparmio annuo di circa 3 milioni di euro che consentirà di rientrare degli investimenti fatti in meno di 2 anni.

Tabella 9.3 Stato di attuazione della ricetta elettronica (Fonte: Promofarma, rilevazione febbraio 2015)

	Ricette totali	Ricette dematerializzate	% ricette dematerializzate
Veneto	2.896.696	2.488.726	85,92%
PA Trento	370.962	311.876	84,07%
Sicilia	4.554.935	3.742.058	82,15%
Piemonte	3.939.690	2.723.467	69,13%
Campania	4.485.356	3.204.073	71,43%
Basilicata	501.318	347.787	69,37%
Valle d'Aosta	90.367	58.430	64,66%
Emilia Romagna	3.176.292	1.888.516	59,46%
Friuli Venezia Giulia	921.788	488.408	52,98%
Abruzzo	1.249.843	436.369	34,91%
Marche	1.405.835	275.274	19,58%
Toscana	3.155.591	500.807	15,87%
Liguria	1.300.033	42.743	3,29%
Lombardia	6.570.809	211.302	3,22%
Umbria	806.473	16.105	2,00%
Puglia	3.796.670	73.898	1,95%
Molise	271.076	217	0,08%
Totale	39.193.734	16.810.056	42,89%
PA Bolzano	254.576	0	0,00%
Lazio	4.990.168	5	0,00%
Calabria	1.713.624	0	0,00%
Sardegna	1.566.230	0	0,00%
Totale	47.718.332	16.810.061	35,23%

Fascicolo Sanitario Elettronico

La legge 22 del 2012 prima e la legge 98 del 2013 poi hanno fatto sì che il Fascicolo Sanitario Elettronico sia diventato un Livello Essenziale di Assistenza che il Sistema Sanitario Nazionale deve garantire a tutti i cittadini. Il Veneto con la legge regionale n.23 del 29 giugno 2012 (il nuovo Piano Socio Sanitario) ha anticipato di fatto il livello nazionale, introducendo questo innovativo strumento nel Sistema Sanitario Regionale.

In particolare con la DGRV 1671/2012 il Veneto ha stanziato 12 milioni di euro in tre anni per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSEr) scegliendo di gestire le attività del progetto attraverso un accordo quadro tra la Regione, Arsenal.it (il consorzio ICT delle Aziende Sanitarie) e le Aziende Sanitarie.

Il progetto FSEr ha fatto sì che il Veneto sia stata tra le prime regioni a raggiungere gli obiettivi della dematerializzazione della ricetta cartacea, farmaceutica e specialistica. Il fattore determinante nell'efficacia dell'azione è stata la comprensione che l'infrastruttura tecnologico-organizzativa necessaria alla dematerializzazione delle prescrizioni era la

stessa alla base del progetto del Fascicolo. Il progetto di dematerializzazione è stato visto quindi come un sotto progetto del Fascicolo, basato sulla stessa architettura.

Inoltre a livello nazionale il Veneto ha presentato il piano di progetto nei tempi previsti dagli adempimenti LEA introdotti dalla legge 98 del 2013, ed è stata una delle tre regioni che hanno sperimentato a livello nazionale l'interoperabilità tra i nodi regionali, contribuendo insieme al Ministero della Salute, all'Agenzia per l'Italia Digitale e al Ministero dell'Economia e della Finanza alla redazione delle specifiche tecniche.

I gruppi tecnici del progetto FSEr hanno anche sviluppato il modello di gestione privacy per i nostri cittadini, al fine di iniziare a breve la raccolta dei consensi necessari alla costituzione del Fascicolo e alla sua alimentazione con i documenti clinici digitali prodotti dalle Aziende Sanitarie.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1671 del 7 agosto 2012 "Realizzazione Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale"](#).

Approfondimenti

[Fascicolo Sanitario Elettronico regionale](#), area dedicata nel Sito Internet del Consorzio Arsenà.IT

[Fascicolo Sanitario Elettronico](#), area dedicata nel Sito Internet 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 2791136
e-mail: lorenzo.gubian@regione.veneto.it

10. Il personale e la spesa socio sanitaria regionale

10.1. 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)

Paragrafo 4.3 Azioni per la valorizzazione delle risorse umane

È necessario assumere iniziative per 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, infatti una condizione necessaria per avviare le strategie di cambiamento prefigurate dalla programmazione regionale ed il coinvolgimento nei diversi processi di integrazione (multiprofessionale, tra Ospedale e Territorio, ecc.) di tutti i professionisti operanti nei diversi settori (sociale, sanitario e tecnico) costituisce strumento principe per consentire il raggiungimento di tali obiettivi.

4.3.1 La formazione Lo sviluppo del SSSR non può prescindere da un governo strategico della formazione, intesa nell'accezione ampia di formazione di base, specialistica/complementare e formazione continua, rivolta a tutte le professioni sanitarie e socio-sanitarie coinvolte a vario titolo nel percorso assistenziale, teso al soddisfacimento dei bisogni del cittadino nell'ambito del sistema salute.

4.3.3 L'Educazione Continua in Medicina Il sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) dovrà essere sempre più finalizzato al raggiungimento di obiettivi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità della programmazione regionale. Ai fini del miglioramento continuo del sistema e nel rispetto del vincolo delle risorse programmate, individuandosi come aspetti strategici:

- la definizione di un piano regionale per la formazione;
- l'adozione di metodologie di formazione integrate quali la Formazione Residenziale, la Formazione sul Campo e la Formazione a Distanza;
- il coordinamento delle azioni formative delle Aziende;
- l'adozione, in linea con quanto previsto dalle normative vigenti, di adeguati strumenti di valutazione dei processi formativi e delle loro ricadute organizzative sul SSSR.

295

Quadro di sintesi

L'ottimizzazione dei servizi del SSSR è strettamente correlata ad un governo strategico della formazione, intesa nelle varie accezioni di formazione di base, formazione specialistica/complementare e formazione continua, rivolta a tutte le professioni sanitarie e socio-sanitarie coinvolte nel percorso assistenziale.

Nell'ambito della Formazione Continua in Medicina, la Regione coordina, monitora i costi di formazione e svolge una funzione del governo del sistema, oltre che definire il Piano formativo 2014-2016 ed i suoi obiettivi.

A sostegno dell'importanza strategica attribuita alla formazione per la valorizzazione delle competenze dei professionisti, la Regione del Veneto nel 2014 ha costituito 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.

Azioni per la valorizzazione delle risorse umane

L'ottimizzazione dei servizi del SSSR è strettamente correlata ad un governo strategico della formazione, intesa nelle varie accezioni di formazione di base, formazione specialistica/complementare e formazione continua, rivolta a tutte le professioni sanitarie e socio-sanitarie coinvolte nel percorso assistenziale.

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 e dell'appropriatezza dell'assistenza e della sostenibilità del sistema.

In quest'ottica risultano importanti anche le collaborazioni con le istituzioni universitarie venete, con l'obiettivo di sostenere a tutto campo gli interventi di formazione e di garantire un'adeguata disponibilità di specialisti per il SSSR.

La valorizzazione del personale costituisce una condizione indispensabile per avviare le strategie di cambiamento prefigurate dal PSSR 2012-2016. Ne sono fondamento l'assunzione di una visione integrata e multidisciplinare dell'assistenza e il contestuale sviluppo di processi assistenziali che coinvolgono più figure professionali.

I percorsi assistenziali delineati dal Piano si basano sulla centralità dei bisogni dei cittadini e presuppongono un approccio multidisciplinare, per il quale è fondamentale avviare la revisione di ruoli, competenze, sfere di responsabilità e di apporto lavorativo, al fine di superare l'attuale frazionamento nell'organizzazione dell'intervento assistenziale. L'integrazione tra professionisti diventa premessa indispensabile per ridisegnare i percorsi socio-assistenziali e l'organizzazione del lavoro, per ridefinire le dotazioni organiche e per qualificare l'assistenza.

L'esigenza di prevedere moduli formativi coerenti con le funzioni da garantire attraverso profili di competenza innovativi (Coordinatore di Ospedale di comunità, di percorsi Ospedale-Territorio, Infermiere case e care-manager, ecc.) richiede l'individuazione e lo sviluppo di competenze avanzate/specialistiche e la previsione di ruoli specifici, in particolare nell'ambito della gestione della cronicità.

Per quanto attiene la gestione della cronicità è emersa l'opportunità di proporre un modello assistenziale innovativo per il territorio, basato sulla partnership tra Medico di Medicina Generale, infermiere care manager e paziente/famiglia. Tale modello è finalizzato a sostenere il malato e la sua famiglia con un sistema di cure organizzato, personalizzato e coordinato, che prevede l'ospedale solo come momento transitorio poiché la presa in carico multiprofessionale avviene nell'ambiente di cura domiciliare. A tal proposito è in fase di sviluppo un percorso dedicato alla formazione degli infermieri care manager e dei Medici di Medicina Generale per la presa in carico del paziente complesso nelle cure primarie.

Il processo coinvolge anche altre professioni sanitarie, tra le quali la figura dell'ostetrica, nell'ambito di un apposito progetto pilota. In sintonia con il PSSR 2012–2016 è stato approvato il progetto relativo alla gestione della gravidanza a basso rischio che prevede,

in linea con i più aggiornati orientamenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il monitoraggio di tutte le gravidanze, la loro classificazione in base al rischio e la gestione di quelle a basso rischio da parte delle ostetriche.

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.

Il Gruppo di lavoro tecnico ha definito, anche attraverso un percorso di coinvolgimento delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e di confronto con le rappresentanze professionali e con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, 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 sarà 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/Istituti sanitari, anche con riferimento alle strutture private accreditate.

Sono stati attivati inoltre i Gruppi di lavoro per la definizione dei valori di riferimento per i reparti di Radiologia, Pronto Soccorso e Medicina di Laboratorio.

Consolidamento del sistema regionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM)

Nell'ambito della Formazione Continua in Medicina, 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.

La programmazione regionale, in linea con le indicazioni del PSSR 2012-2016, ha individuato il Piano formativo 2014-2016 ed ha definito i seguenti obiettivi:

- umanizzazione delle cure/relazione/comunicazione;
- sicurezza del paziente (risk management);

- sicurezza degli operatori nell'ambiente di lavoro;
- cure palliative e terapia del dolore;
- integrazione professionale tra ospedale e territorio con sviluppo di PDTA (prioritariamente su BPCO, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, diabete);
- gestione integrata del paziente anziano, fragile, pluripatologico;
- promozione di corretti stili di vita;
- adozione di linee guida EBM (Evidence-Based Medicine) sull'evidenza dei sistemi e dei processi clinico-assistenziali;
- cultura del lavoro in team multiprofessionale e adozioni di modelli di lavoro in rete (es. nell'infarto miocardico acuto, ictus, politrauma, emergenza pediatrica, parto);
- valorizzazione e motivazione delle risorse umane affidate.

La formazione di base

Fabbisogno formativo

Il governo strategico della formazione di base e specialistica si esprime primariamente attraverso l'individuazione dei fabbisogni formativi delle professioni sanitarie, ai fini della programmazione degli accessi universitari ed allo scopo di garantire un equilibrio di medio periodo tra fabbisogno di personale per il S.S.S.R. e nuovi laureati/specializzati.

A tal fine la Regione adotta un'apposita metodologia di rilevazione utilizzando indicatori quali ad esempio, il tasso di occupazione e il turn-over e individuandone altri più specifici, legati ad effettive e riconosciute esigenze del territorio regionale. A tale riguardo è attuato un sistematico confronto con le Università finalizzato a far incontrare, per quanto possibile, domanda e offerta di formazione, in un quadro d'insieme rispettoso delle esigenze dei vari soggetti istituzionali nella definizione degli aspetti caratterizzanti il sistema formativo veneto. Allo stesso modo sono attuati i necessari confronti con gli Ordini, i Collegi e le Associazioni professionali e con tutti coloro che concorrono alla composizione del sistema lavorativo pubblico e privato.

Recentemente la Regione del Veneto ha aderito in qualità di supporter del Ministero della Salute ad un progetto europeo denominato "Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting", il quale si svilupperà in 2 anni, e tra i diversi progetti annovera uno specifico obiettivo avente lo scopo di migliorare le politiche di pianificazione e programmazione della determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie. Si tratta di un obiettivo ambizioso e sfidante che si concluderà con l'elaborazione di un Progetto Pilota da sperimentare nelle diverse realtà territoriali regionali.

Corsi di laurea delle Professioni Sanitarie

Le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere costituiscono, ai sensi del decreto legislativo 502/1992 s.m.i., le principali sedi di svolgimento dei Corsi di Laurea e dei Corsi di Laurea magistrale delle Professioni Sanitarie. La regolamentazione dei rapporti tra la Regione del

Veneto e le Università degli Studi di Padova e di Verona è affidata ad apposite intese che disciplinano, tra l'altro, le modalità di partecipazione finanziaria della Regione a garanzia dell'espletamento di tali corsi.

Attualmente, presso le aziende U.L.S.S. trovano sede 27 corsi di laurea (di cui 11 in Infermieristica, 3 in Ostetricia, 4 in Fisioterapia, 3 in Tecniche di radiologia, ed ulteriori). Circa 5.900 studenti all'anno sono inseriti nelle strutture delle aziende sanitarie venete, coadiuvati nel loro percorso formativo dal personale dipendente.

Contratti di formazione specialistica aggiuntivi

Per garantire una adeguata disponibilità di specialisti per il S.S.S.R. la Regione del Veneto assicura la formazione specialistica dei propri medici, finanziando annualmente contratti di formazione specialistica - di cui al decreto legislativo n. 368/99 - alle scuole di specializzazione degli atenei veneti, con lo scopo di colmare il divario tra i posti finanziati dallo Stato ed il proprio fabbisogno territoriale.

Con la legge regionale n. 9/2013 è stato ulteriormente qualificato l'intervento della Regione poiché è stato contemplato l'inserimento - nello schema tipo del contratto nazionale che deve essere sottoscritto dal medico specializzando assegnatario del contratto aggiuntivo regionale -, di apposite clausole preordinate a favorire la permanenza dei professionisti così formati nelle strutture e negli enti del servizio sanitario regionale, clausole funzionali, a loro volta, al soddisfacimento degli interessi pubblici della tutela delle professioni nonché della salute.

Negli ultimi cinque anni accademici la partecipazione della Regione si è attestata in 90 contratti aggiuntivi annuali circa, il cui finanziamento è garantito per tutta la durata del ciclo legale di studio (4, 5 o 6 anni).

Nel medesimo solco si innesta anche l'iniziativa regionale riguardante la formazione specialistica dei laureati non medici, per i quali lo Stato sino ad oggi non ha stanziato alcun supporto finanziario, nonostante la previsione contenuta nella L. 401/2000.

A decorrere dall'a.a. 2012/2013 la Regione eroga borse di studio per la Scuola di specializzazione di Farmacia Ospedaliera dell'Ateneo di Padova, del medesimo valore previsto per i contratti di formazione specialistica, considerato il rilievo per la salute pubblica che l'attività svolta dagli specialisti in Farmacia ospedaliera riveste nei servizi farmaceutici ospedalieri, anche in relazione alle nuove attività di governo sanitario declinate dal PSSR.

La Fondazione S.S.P.

A sostegno dell'importanza strategica attribuita alla formazione per la valorizzazione delle competenze dei professionisti, la Regione del Veneto nel 2014 ha costituito 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.

È stato quindi approvato dalla Giunta regionale il piano delle attività della Fondazione S.S.P. per l'anno 2014 e per il biennio 2015/2016 e sono stati nominati gli organi direttivi. Le attività della Fondazione si svolgono in particolare nei settori della formazione e 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 in questi fondamentali settori.

La Fondazione S.S.P. è un importante punto di riferimento per la formazione di eccellenza del personale, finalizzato ad accrescere le competenze di chi è direttamente chiamato ad operare all'interno dei servizi, riconoscendo che la formazione è il punto di partenza per lo sviluppo e la ricerca di nuovi modelli organizzativi e gestionali.

A livello regionale ed aziendale sono programmabili attività formative rivolte:

- alle Alte Direzioni (formazione manageriale per le Direzioni Generali e formazione continua per la Alte Direzioni);
- alle Direzioni delle Strutture Complesse (formazione manageriale obbligatoria per Direttori di Struttura Complessa sanitaria);
- al middle management (corso Executive per il middle management amministrativo e tecnico e corso per lo sviluppo delle competenze manageriali dei coordinatori infermieristici);
- formazione per aree specialistiche (area sanitaria, area assistenza primaria e medicina convenzionata, area servizi farmaceutici, area igiene e sanità pubblica, area servizi sociali, area trapianti, area amministrativa, area tecnica, area statistica ed epidemiologia);
- strumenti e metodi per la gestione del processo formativo;
- progetti trasversali (progetti in ambito europeo, nazionale e regionale);
- comunicazione e marketing;
- corsi aziendali a catalogo e commessa.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 610 del 29/4/2014](#)

Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera. Articolo 8, comma 1, della L.R. 29 giugno 2012, n. 23. Deliberazione n. 179/CR del 30 dicembre 2013.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1753 del 29/9/2014](#)

Programma regionale per l'Educazione continua in Medicina. Sviluppo e ruolo dei Provider ECM pubblici (Aziende Sanitarie e Ospedaliere, Istituto Oncologico Veneto) nella realizzazione del Piano Regionale della Formazione Continua ECM. Approvazione delle procedure e delle modalità per la conduzione delle visite di verifica nell'ambito del processo di accreditamento standard dei Provider ECM ai sensi della DGR n. 2215 del 20/12/2011. Attivazione del corso di formazione dei valutatori e funzionalità dell'Osservatorio regionale per la formazione continua (nomina del Coordinatore e sostituzione componenti).

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2166 del 18/11/2014](#)

Fondazione Scuola di sanità pubblica, management delle aziende socio-sanitarie e l'incremento dei trapianti d'organo e tessuti (Fondazione S.S.P.)" - approvazione piano d'attività anno 2014 e biennio 2015-2016 - determinazioni conseguenti.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 568 del 21/4/2015](#)

Gestione della gravidanza a basso rischio: approvazione progetto pilota.

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

10.2 Analisi economica del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto

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

L'equilibrio economico-finanziario del SSR 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 l'utilizzo delle risorse impiegate. (Paragrafo 4.4.1 Il sistema di controllo interno e il sistema degli indicatori. Pagine 130-133).

Quadro di sintesi

I risultati economici del SSR del Veneto dell'ultimo quinquennio, segnano un continuo e virtuoso avvicinamento al pareggio di bilancio conseguente soprattutto al progressivo contenimento dei costi di esercizio. Dal 2011, infatti, il livello di costosità complessivo del SSR è sostanzialmente stabile dopo aver interrotto il trend di crescita che aveva costantemente caratterizzato la sanità sia regionale che nazionale.

Permane anche nel prossimo futuro la necessità di comprimere e stabilizzare i costi del "prodotto sanità" posto che i trasferimenti statali per il finanziamento dei LEA presentano una sostanziale invarianza negli anni, disattendendo in ciò quanto concordato tra Stato e Regioni con il recente Patto per la Salute 2014-2016, che prevedeva un finanziamento in crescita, seppur contenuta.

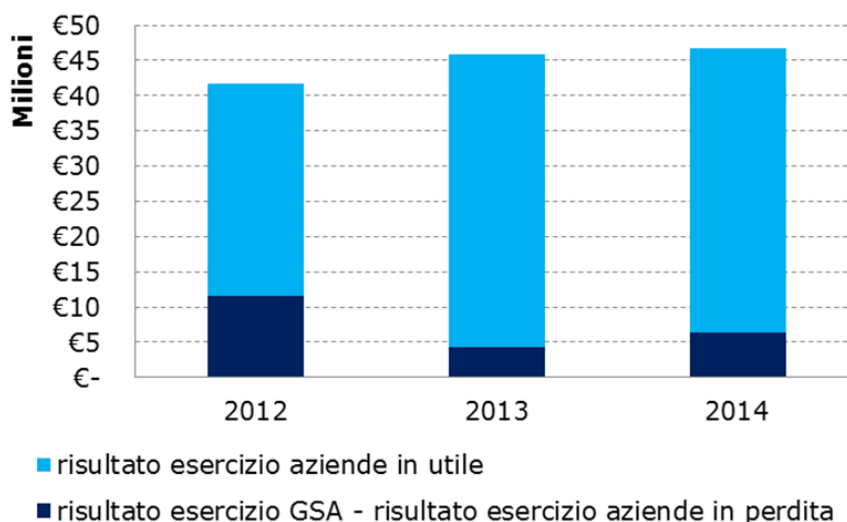
È evidente, però, che la stabilizzazione dei costi del SSR e dell'equilibrio economico dovrà essere il frutto della riorganizzazione secondo le linee indicate nel Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016. , in quanto gli interventi di riduzione delle variabili di prezzo e quantità dei servizi – come accaduto per la c.d. *spending review* - non garantiranno l'economicità del SSR nel lungo periodo.

Il riequilibrio del profilo finanziario del SSR, invece, è stato sostanzialmente raggiunto mediante il ricorso agli strumenti previsti dal D.L. 35/2013 (L. 64/2013) per il pagamento dei debiti scaduti delle PPAA. Tale percorso, avviato nel 2013 (I tranche di anticipazione MEF) e concluso nel 2014 (II tranche di anticipazione MEF) ha permesso una sostanziale ricapitalizzazione del SSR, l'azzeramento dello stock di debito scaduto e l'allineamento dei tempi di pagamento del SSR con la normativa vigente.

Analisi del risultato di esercizio

Il sistema sanitario Veneto, inteso come insieme delle 24 Aziende Sanitarie e della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) risulta complessivamente in equilibrio economico e finanziario, grazie alla quota di utile della GSA che viene impiegata al momento del consolidamento definitivo di bilancio a titolo di ripiano perdite. Infatti, come previsto dal d.lgs 118/2011, la regione Veneto ha deciso di riservare una parte del finanziamento sanitario ad un apposito centro di responsabilità (GSA) che rientra poi nel bilancio consolidato finale.

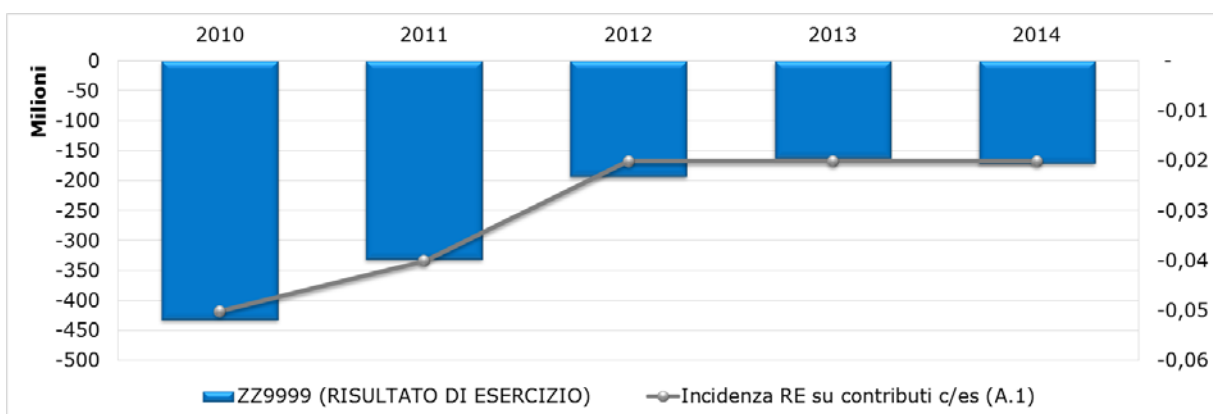
Grafico 10.1 Risultato d'esercizio del bilancio consolidato regionale (Fonte: Datawarehouse regionale. Per il 2014 sono riportati valori stimati)



Il bilancio consolidato delle aziende del sistema sanitario Veneto¹ al 31/12/2014 si chiude con una perdita complessiva di 171,4 milioni di Euro, contro i 162,3 milioni di Euro del 2013. Tale peggioramento dei risultati a livello aziendale rilevato nel 2014 è legato a maggiori accantonamenti per i futuri costi derivanti dalle politiche di investimento.

Nell'ultimo quadriennio il risultato economico delle aziende sanitarie ha registrato un miglioramento medio del 60% (il risultato di esercizio nel 2010 registrava una perdita di 431,7 milioni di euro), miglioramento ancor più consistente se raffrontato al risultato di esercizio del 2008 (-620,1 milioni di euro), e che segna un +72,3% nell'intero periodo.

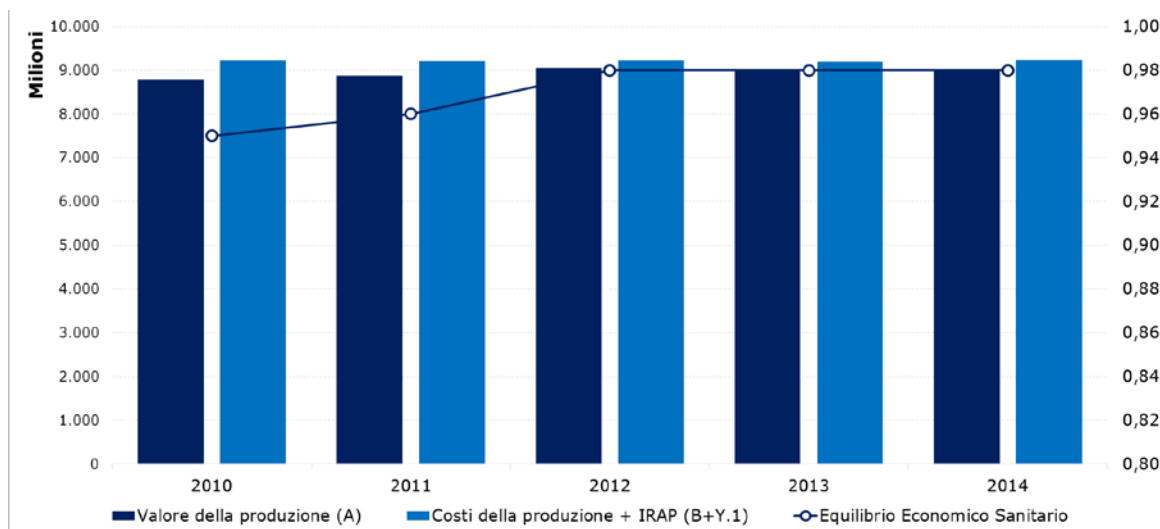
Grafico 10.2 Andamento risultato di esercizio e incidenza su contributi in conto esercizio (Fonte: Datawarehouse regionale)



¹ Il risultato qui considerato, è frutto del processo di consolidamento di bilancio delle 21 aziende Ulss, delle 2 aziende ospedaliere universitarie di Padova e di Verona e dello IOV. In particolare, il procedimento prevede l'elisione delle poste infragruppo che riguardano le voci relative alla mobilità intra-regionale e gli scambi di servizi tra le aziende ("Poste R").

Tale miglioramento si nota anche nel differenziale tra valore della produzione e costi della produzione (inclusa la quota IRAP) che ha registrato nel periodo 2008-2014 un contenimento medio complessivo del 63%. Come evidenziato nel grafico che segue, l'andamento dell'equilibrio economico sanitario è andato incrementando, segnalando un miglior bilanciamento dei costi della produzione rispetto al valore della produzione, che si sta approssimando all'unità (valore ottimale).

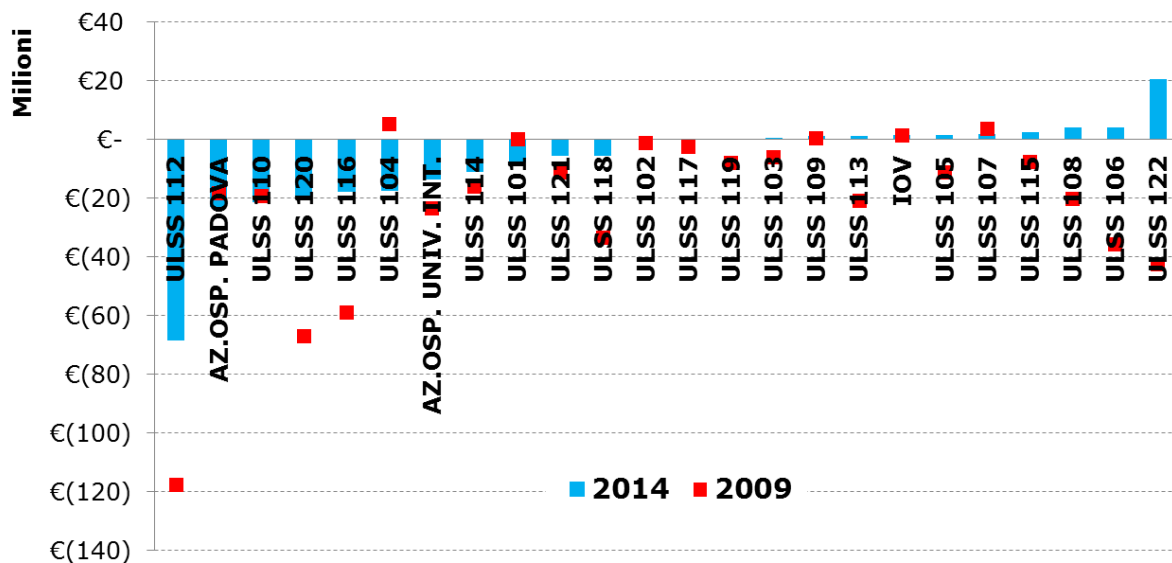
Grafico 10.3 Andamento equilibrio economico sanitario
(Fonte: Datawarehouse regionale)



304

Se si analizzano tali risultati a livello aziendale, emergono delle differenze territoriali. Il risultato di esercizio 2014 risulta così distribuito tra le diverse aziende del sistema:

Grafico 10.4 Distribuzione risultato di esercizio 2014 a livello aziendale
(Fonte: Datawarehouse regionale)

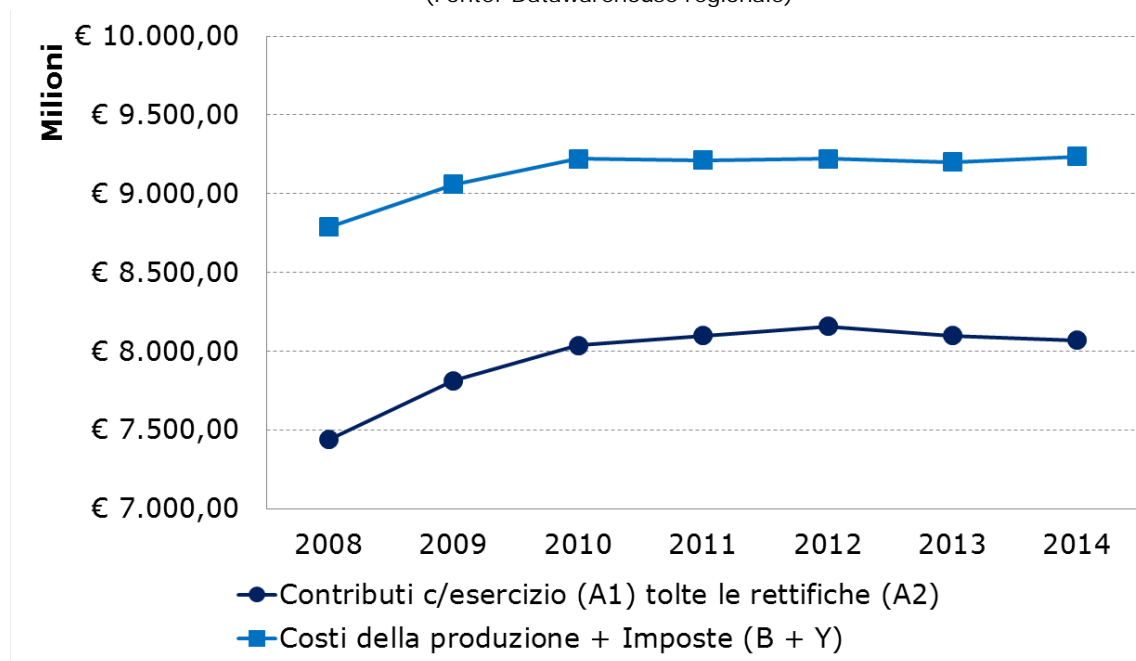


Dodici aziende ULSS e lo IOV hanno chiuso il bilancio 2014 con un reddito di esercizio positivo. Le rimanenti hanno chiuso il loro bilancio in perdita. Risulta però evidente come il trend rispetto all'anno di partenza (2009) sia in netto miglioramento per la quasi totalità delle aziende. Infatti, l'obiettivo regionale è stato quello di realizzare un progressivo rientro dalle perdite, cercando di pervenire ad un risultato economico prossimo al pareggio per tutte le aziende del sistema sanitario. Tale percorso virtuoso di riequilibrio dei bilanci deve essere perseguito anche nei prossimi anni, garantendo nel contempo l'attuale qualità dei Livelli di Assistenza erogati alla cittadinanza.

Analisi dei ricavi e dei costi

Le analisi condotte sul bilancio consolidato delle aziende sanitarie venete (al netto della GSA) riflettono il progressivo miglioramento del risultato di esercizio, frutto anche del virtuoso contenimento dei costi della produzione. I fattori di contesto in cui il sistema sanitario regionale oggi opera, rendono il conseguimento di tale risultato sempre più difficoltoso: invecchiamento della popolazione assistita, aumento delle disuguaglianze sociali ed economiche, aumento della cronicità e della fragilità, innovazione tecnologica sono elementi che impattano sul livello di costo dei servizi da erogare alla popolazione e che confliggono con la contestuale contrazione delle risorse disponibili. Risulta pertanto evidente che lo sforzo teso ad attivare le leve dell'efficienza e dell'economicità è una scelta di fatto vincolata per le aziende del sistema.

Grafico 10.5 Variazione in valori assoluti di contributi e costi della produzione
(Fonte: Datawarehouse regionale)



Nel periodo 2008-2014 i contributi in conto esercizio erogati alle aziende sono cresciuti da 7,4 a 8,3 miliardi di Euro, ma allo stesso tempo, come previsto dall'art.29 comma 1

lett. b) del d.lgs 118/2011, è aumentato l'autofinanziamento per gli investimenti (voce A2 del conto economico). Infatti, nel corso del periodo considerato, il valore assoluto della voce A2 è passato da 0 euro del 2011 a 250,7 milioni di euro del 2014.

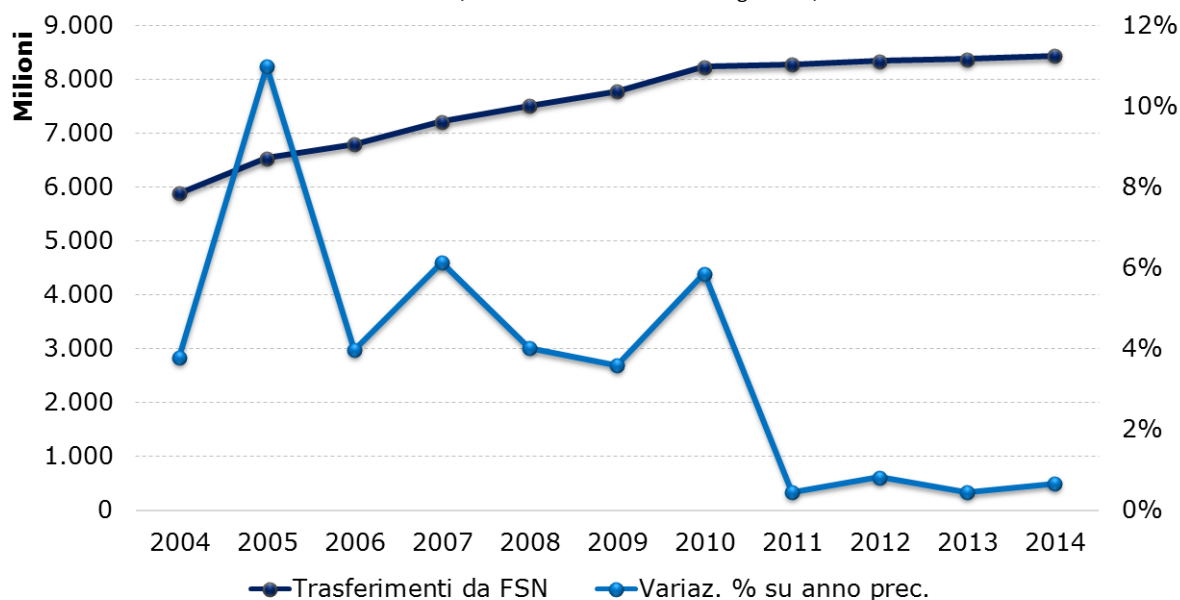
Per quanto riguarda i costi della produzione (inclusa la quota Irap), essi sono passati da 8,7 miliardi a 9,2 miliardi di euro. Il grafico successivo dimostra come l'effetto congiunto dell'aumento dei contributi in conto esercizio e il contenimento del trend dei costi della produzione abbiano consentito il costante miglioramento dei risultati di bilancio.

Andamento dei ricavi

Prima di entrare nel merito delle componenti negative di reddito, è importante contestualizzare il trend dei finanziamenti sia a livello del consolidato regionale che per le singole aziende.

Il finanziamento LEA, seppur in valore assoluto sempre aumentato, ha subito un graduale contenimento. Dal 2011 al 2014 la variazione percentuale del finanziamento LEA rispetto all'anno precedente ha registrato incrementi contenuti entro l'unità, e in progressivo calo. Più precisamente, il totale delle risorse per finanziamento indistinto dei LEA ricevuto nel 2013 è stato pressoché pari allo stanziamento dell'esercizio precedente (+0,4%). Tale variazione si è confermata anche nel 2014 (+0,6%) come dimostra il grafico successivo

Grafico 10.6 Andamento riparto Fondo Sanitario Nazionale
(Fonte: Datawarehouse regionale)



Il rallentamento dei trasferimenti dal livello nazionale unito alla maggiore incidenza delle rettifiche sui contributi in conto esercizio, hanno comportato un notevole sforzo da parte delle aziende sanitarie che si sono concentrate nel controllo dei costi della produzione.

Andamento dei costi

Il prospetto che segue ripropone sinteticamente la dinamica delle principali voci di costo (al netto della mobilità e delle poste R) nel periodo 2010-2014. Come evidenziano le ultime due colonne, è evidente il calo di molte tra le componenti di costo a maggiore incidenza sul totale dei costi della produzione (ad esempio la macrovoce acquisti di servizi sanitari).

Tabella 10.1 Andamento delle principali voci del Conto Economico consolidatoregionale 2010-2014
(Fonte: Datawarehouse regionale)

Andamento finanziamento LEA e principali voci di costo - mln di €	Valore 2010	Valore 2011	Valore 2012	Valore 2013	Valore 2014	CE a valori %	Variaz. 2014-2010
AZ9999 (Totale valore della produzione (A))	8.780,79	8.873,29	9.057,07	8.986,15	8.997,20	100%	2,5%
AA0010 (A.1) Contributi in c/esercizio, tolta la voce AA0240 (A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	8.036,27	8.099,71	8.157,00	8.099,86	8.070,63	89,5%	0,4%
AA0980 (A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio), AA1050 (A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni)	21,03	29,15	102,87	114,57	132,46	1,5%	529,7%
(B) Totale costi della produzione	9.018,37	9.010,53	9.022,15	9.001,66	9.033,89	100,0%	0,2%
(B.1) Acquisti di beni)	1.185,31	1.191,62	1.197,20	1.211,26	1.264,10	14,0%	6,6%
(B.1.A) Acquisti di beni sanitari	1.134,76	1.143,62	1.152,17	1.168,15	1.223,05	13,5%	7,8%
(B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	50,55	48,00	45,03	43,11	41,05	0,5%	-18,8%
(B.2.A) Acquisti di servizi sanitari	3.890,67	3.782,04	3.688,31	3.670,38	3.682,13	40,8%	-5,4%
(B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	541,72	547,67	549,23	545,83	545,22	6,0%	0,6%
(B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	773,39	701,34	640,61	613,94	595,08	6,6%	-23,1%
(B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	394,45	385,30	397,12	372,91	376,66	4,2%	-4,5%
(B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	735,59	682,28	657,69	674,76	689,79	7,6%	-6,2%
(B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	18,97	22,66	22,49	23,73	26,96	0,3%	42,1%
(B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	697,38	691,35	690,33	683,72	684,25	7,6%	-1,9%
Altri servizi sanitari (voci rimanenti)	729,17	751,45	730,84	755,49	764,17	8,5%	4,8%

Andamento finanziamento LEA e principali voci di costo - mln di €	Valore 2010	Valore 2011	Valore 2012	Valore 2013	Valore 2014	CE a valori %	Variaz. 2014-2010
(B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	633,32	706,96	727,25	701,51	679,97	7,5%	7,4%
<i>di cui (B.2.B.1.4) Riscaldamento)</i>	99,94	121,55	129,87	129,25	120,31	1,3%	20,4%
<i>di cui (B.2.B.1.9) Utenze elettricità)</i>	47,18	57,30	61,53	63,60	61,44	0,7%	30,2%
<i>di cui (B.2.B.1.11) Premi di assicurazione)</i>	60,35	84,54	80,35	73,44	59,90	0,7%	-0,8%
<i>di cui (B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari)</i>	86,99	96,39	109,13	107,05	109,63	1,2%	26,0%
(B.5) (B.6) (B.7) (B.8) Totale Costo del personale	2.752,66	2.727,06	2.728,64	2.725,52	2.708,80	30,0%	-1,6%
(B.10) (B.11) (B.12) (B.13) Ammortamenti	251,84	263,70	271,17	253,34	242,29	2,7%	-3,8%
(B.15) Variazione delle rimanenze	-20,27	-9,44	4,27	-5,61	-12,27	-1,0%	-39,5%
(B.16) Accantonamenti dell'esercizio	21,33	21,13	62,94	107,40	126,87	1,4%	494,8%
(B.3) (B.4) (B.9) (B.14) Altri costi	303,51	327,47	342,36	337,87	342,01	3,8%	12,7%
TOTALE VALORE AGGIUNTO (A)- (B)	-237,58	-137,24	34,93	-15,51	-36,69	100%	84,6%
(C) Gestione finanziaria	-31,76	-31,35	-42,07	-42,67	-33,86	92%	6,6%
(D) (E) Gestione straordinaria	39,74	40,72	14,59	96,16	100,14	-273%	152,0%
(Y) Imposte e tasse	-202,12	-202,65	-200,58	-200,31	-201,06	548%	-0,5%

Tra i **costi della produzione**, si evidenziano le seguenti dinamiche.

L'acquisto di beni sanitari, che costituiscono IL 13,5% del totale dei costi della produzione, è incrementato del 7,8% nel periodo 2010-2014.

L'acquisto di servizi sanitari (che pesano per il 40,8% del totale costi della produzione) registra nel periodo un decremento del 5,4%. Esaminando la scomposizione interna di questo aggregato di costo, le due voci più consistenti, B.2.A.12 Acquisto di prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria e B.2.A.7 Acquisto di servizi sanitari per assistenza ospedaliera hanno registrato rispettivamente un decremento dell' 1,9% e del 6,2% tra il 2010 ed il 2014. La macro-variazione segnala alcuni importanti elementi:

- i. la maggior incidenza delle prestazioni socio-sanitarie è frutto di fattori demografici, e in particolare l'invecchiamento della popolazione e l'aumento dei "grandi anziani", ed epidemiologici (aumento delle cronicità e della non autosufficienza) di questo target di popolazione;

- ii. sul fronte dei servizi di assistenza ospedaliera, il calo complessivamente registrato nel periodo (-45,8 milioni di Euro) è in parte ascrivibile anche all'introduzione di tetti all'acquisto dei servizi ospedalieri da strutture private. Negli ultimi esercizi il valore dei tetti è rimasto invariato, segno quindi che la variazione positiva relativa agli ultimi periodi è ascrivibile agli acquisti da erogatori extraregione. Di conseguenza tali costi trovano ristoro nei rispettivi ricavi, ancorché mediamente entro i due esercizi successivi.

Considerevole è anche la variazione nel costo di acquisto dei farmaci: la voce B.2.A.2 ha registrato un -23%, mentre l'incremento nei costi di acquisto prestazioni di distribuzione farmaci (+42% per la voce B.2.A.9) riguarda una componente di costo che pesa meno dell'unità percentuale (0,3%) del totale costi dei servizi sanitari. Nel complesso, queste due voci di costo di servizi farmaceutici hanno subito una flessione in valore assoluto di oltre 186 milioni di Euro.

Per quanto riguarda i costi per la medicina di base (voce B.2.A.1) la variazione positiva (+0,6%) maturata tra il 2010 e il 2014 è in parte legata agli adeguamenti contrattuali e, nell'ultimo triennio, tale voce di costo risulta sostanzialmente stabile. Anche per l'assistenza specialistica ambulatoriale (voce B.2.A.3 del conto economico), il valore complessivo da bilancio consolidato risulta pressoché stabile attestandosi attorno al -4,5% (con un peso sul totale costi della produzione intorno al 4,2%). La flessione intervenuta nel corso dell'esercizio 2013 (pari a 24 milioni di Euro) è effetto di precise disposizioni ministeriali, legate ai nuovi principi contabili introdotti con il Dlgs 118/2011, che prevedono l'iscrizione del costo dell'assistenza specialistica ambulatoriale al netto dei corrispettivi ricavi per ticket.

Con riferimento al **costo del personale**, che incide per circa un terzo del totale dei costi della produzione, questo si è mantenuto pressoché stabile (-1,6% tra 2010-2014).

L'andamento dei costi per Ruolo Professionale è riassunto nella tabella seguente.

Tabella10.2 Andamento dei costi per ruolo professionale. Anni 2010-2014

Ruolo	Anno 2010		Anno 2014		Δ 2010/2014	
	€	N.	€	N.	€	N.
Dirigenza medica	926.103	8.581	899.359	8.700	-2,89%	1,39%
Dirigenza sanitaria	87.494	958	84.306	938	-3,64%	-2,09%
Comparto sanitario + oss/otaa	1.358.673	38.931	1.368.186	38.873	0,70%	-0,15%
Totale sanitario	2.372.270	48.470	2.351.851	48.511	-0,86%	0,08%
Dirigenza professionale	8.792	89	8.894	89	1,16%	0,00%
Comparto professionale	950	21	681	13	-28,33%	-38,10%
Totale professionale	9.742	110	9.575	102	-1,71%	-7,27%
Dirigenza tecnica	6.189	71	5.359	66	-13,42%	-7,04%
Comparto tecnico -oss/otaa	138.603	4.993	127.273	4.523	-8,17%	-9,29
Totale tecnica	144.792	5.064	132.632	4.589	-8,40%	-9,26
Dirigenza amministrativa	20.058	219	17.551	215	-12,50%	-1,83%
Comparto amministrativo	208.146	6.537	197.427	6.340	-5,15%	-3,01%
Totale amministrativo	228.204	6.756	214.978	6.555	-5,80%	-2,98%
Totale complessivo	2.755.008	60.400	2.709.037	59.763	-1,67%	-1,05%

Nota: Nel corso del 2012 in attuazione delle disciplina in materia di ferie spettanti al personale dipendente introdotta dall'Art. 5, comma 8, Titolo I del D.L. 95/2012, si sono modificate le modalità di imputazione delle ferie maturate e non godute. Nella presente tabella, i Costi 2010, sono stati rivalutati ai fini di garantire la comparazione con il valore 2014.

Esaminando la voce degli **ammortamenti**, l'importo totale, ha registrato nel periodo 2010-2014 un calo del -3,8%. Se si considera il valore degli ammortamenti al netto delle sterilizzazioni, la variazione percentuale tra l'anno di partenza 2010 e l'anno 2014 assume valori ben più rilevanti (-56,2%). Infatti, il DLGS 118/2011 che ha modificato la disciplina degli ammortamenti a livello contabile, ha introdotto l'obbligo di sterilizzare i cespiti di prima dotazione e ha incrementato nel corso degli anni il valore della voce A.7.

Sotto il profilo degli **accantonamenti di esercizio**, il valore complessivo nel 2013 e del 2014 è ritornato ai livelli del 2008, mentre nel periodo 2009-2011 si era ridotto a meno di un terzo. L'andamento del totale è però frutto di numerose variazioni e, più nello specifico:

- i. aumento degli accantonamenti per rischi che sono il riflesso di forme di autoassicurazione da parte delle aziende ULSS per fronteggiare i potenziali rischi verso terzi o contenziosi con personale dipendente. L'autoassicurazione è letteralmente "esplosa" nel 2013 (passando dai 2,8 ai 31,5 milioni di Euro e poi 48,2 milioni di Euro del 2014), come conseguenza della difficoltà aziendale di accedere al mercato delle assicurazioni private;

- ii. aumento degli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati, in ottemperanza a precise disposizioni contabili del Dlgs 118/2011. Nello specifico, dal 2012 le aziende sono obbligate ad accantonare in appositi fondi di stato patrimoniale tutti i residui dei contributi vincolati non spesi nell'esercizio di assegnazione. Nel primo anno in cui si è potuto vedere l'effetto della nuova previsione normativa, il valore accantonato è stato di 28,8 milioni per salire a oltre 40 milioni di Euro nel 2014;
- iii. all'interno della voce residuale "altri accantonamenti" (B.16.D) si registra, a partire dal 2012, l'annullamento degli accantonamenti per interessi di mora, oggi non più consentiti per espressa previsione regionale. Anche il complesso degli accantonamenti per rinnovi delle convenzioni con i medici e con il personale dirigente ha subito una drastica riduzione nel 2009, passando dagli oltre 73 milioni di Euro del 2008 a 4,6 milioni di Euro nell'ultimo esercizio 2013.

Per la voce residuale "**Altri Costi**", il cui peso relativo sul totale costi della produzione è inferiore al 4%, si registra un incremento del 12,7% nel periodo 2010-2014. In particolare, si segnala l'incremento della componente relativa alle Manutenzioni e riparazioni e dei costi relativi al godimento per beni di terzi. L'incremento di queste voci potrebbe essere correlato alla politica di contrazione degli investimenti, che spinge quindi le aziende ad affrontare maggiori costi di manutenzione per il mantenimento dei cespiti e/o ad avvalersi di cespiti di proprietà di terzi, sostenendone il canone d'uso. Dal 2013 si è altresì registrato un incremento delle svalutazioni dei crediti passate dai 2,5 milioni del 2010 ai quasi 9,7 milioni nel 2013 e ai 7,6 milioni del 2014. Questo incremento è il frutto dell'attenzione posta in sede di revisione del bilancio, che ha messo in evidenza la necessità di adottare un atteggiamento più prudentiale nell'iscrizione delle poste di credito dell'attivo circolante nello stato patrimoniale.

Nel periodo in esame, le voci della **gestione extracaratteristica** hanno visto andamenti di segno contrapposto.

Per quanto concerne la **gestione finanziaria** (voce C del conto economico), il saldo relativo al periodo considerato dimostra un andamento negativo costante, mentre se si considerasse anche l'esercizio precedente (2009) risulterebbe un miglioramento in valore assoluto pari a 23 milioni di euro. Il saldo della gestione finanziaria è atteso in ulteriore miglioramento a partire dal 2015 quando si dispiegheranno a pieno gli effetti dell'iniezione di liquidità ottenuti tramite il ricorso agli strumenti del DL 35/2013 e al conseguente abbattimento dello stock di debito verso fornitori scaduto.

La **gestione straordinaria** (voce E del conto economico) nel periodo 2010-2014 ha sempre chiuso con un saldo finale positivo, particolarmente elevato negli ultimi esercizi. L'andamento delle sue componenti è irregolare, proprio perché afferenti ad eventi non prevedibili da parte delle aziende. Tuttavia incidono significativamente nelle variazioni positive della gestione straordinaria, i seguenti fatti:

- lo storno di interessi passivi di mora per effetto di transazione con i fornitori rese possibili dalle iniezioni di liquidità riconducibili al DL 35/2013;
- dai processi volontari di revisione contabile che, a partire dal 2012, hanno consentito di migliorare la rappresentatività dei valori di bilancio.

La ricapitalizzazione del sistema sanitario

Il Decreto Legge n. 35/2013 (convertito in Legge n. 64/2013) ha rappresentato un'opportunità per il reperimento di ingenti risorse da destinare alla ricapitalizzazione delle aziende sanitarie e al pagamento dello stock di debito scaduto accumulato.

Con DGR n. 785/2013 (I tranche) e DGR n. 2361/2013 (II tranche), la Regione ha deciso di ricorrere agli strumenti offerti dal DL n. 35/2013, mentre con DGR n. 1680/2013 (I tranche) e DGR n. 1374 del 28/07/2014 (II tranche) sono state riepilogate e ratificate le attività degli uffici regionali volte all'ottenimento delle due anticipazioni finanziarie.

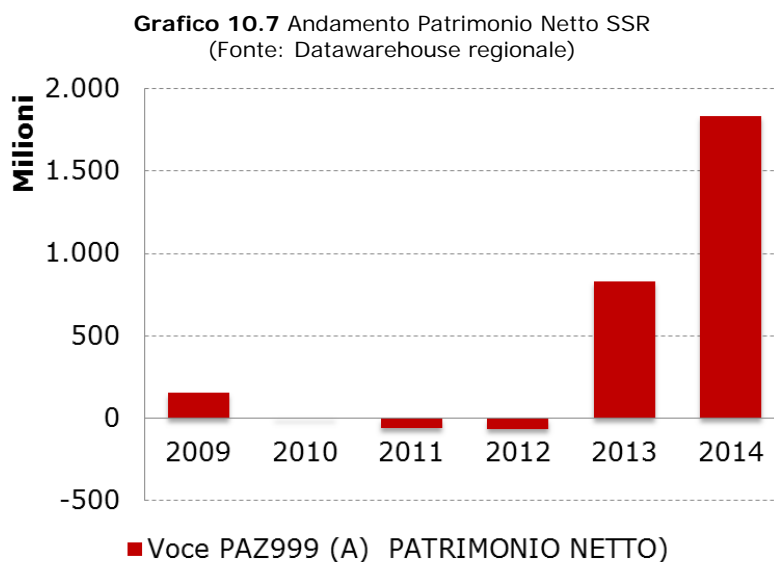
Tra il 2013 e il 2014 la Regione Veneto ha chiesto e ottenuto 1.585 milioni di euro interamente versati alle aziende sanitarie con le seguenti finalità :

1. Provvedere alla ricapitalizzazione delle aziende;
2. Fornire le risorse necessarie all'abbattimento dello stock di debito scaduto;
3. Consentire l'allineamento dei tempi medi di pagamento alla normativa vigente (60 giorni).

Poiché la Regione ha ottenuto tali risorse a fronte di due contratti con il MEF che ne prevedono la restituzione a carattere oneroso in trent'anni, la stessa DGR n. 1374/2014 prevede una serie di attività di monitoraggio regionale volte a prevenire il riformarsi di stock di debito scaduto. È previsto altresì che tra gli obiettivi dei Direttori Generali (a pena di decadimento) venga inserito il rispetto dei tempi medi di pagamento a 60 gg.

Andamento patrimonio netto

Con riferimento agli effetti dell'operazione di ricapitalizzazione del SSR operata tramite le risorse del D.L. 35/2013 si evidenzia di seguito l'andamento del patrimonio netto cumulato regionale nel periodo di riferimento 2010-2014.

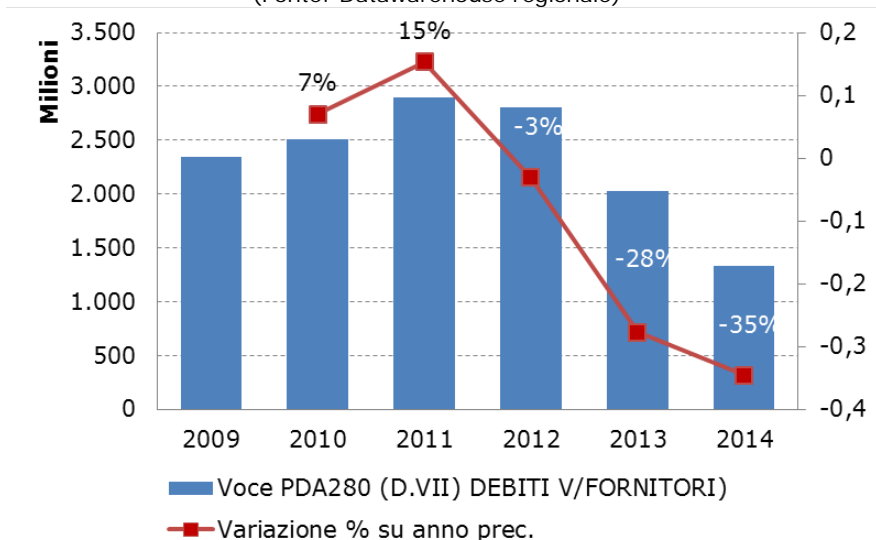


Il grafico ben rappresenta l'effetto della ricapitalizzazione e l'aumento dei mezzi propri all'interno delle fonti di finanziamento a lungo termine con il conseguente aumento della solidità patrimoniale del SSR.

Andamento debiti v/fornitori

Come evidenziato in premessa, le risorse finanziarie del D.L. 35/2013 sono state integralmente girate alle aziende sanitarie, permettendo a quest'ultime di eliminare gran parte dello stock di debito pregresso scaduto. Il valore raggiunto nel 2014 pari a circa 1,3 mld di euro è ormai prossimo al livello di debito fisiologico compatibile con il pagamento a 60 gg.

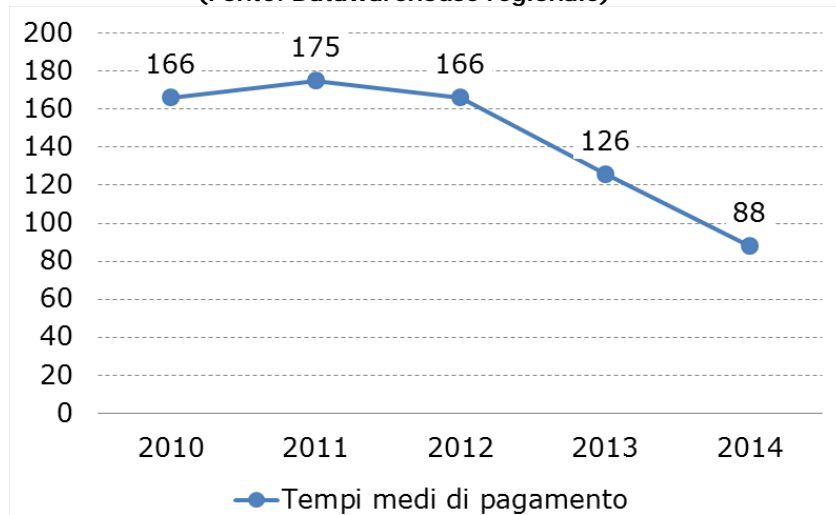
Grafico 10.8 Andamento Debiti v/fornitori SSR
(Fonte: Datawarehouse regionale)



Andamento tempi medi di pagamento

La razionalizzazione degli investimenti attuata a partire dal 2011 e soprattutto le due iniezioni di liquidità ex D.L. 35/2013 erogate nel 2013 (777 mln di euro) e nel 2014 (810 mln di euro) hanno permesso di liberare le risorse finanziarie annualmente a disposizione delle aziende e di correggere la deriva dei tempi di pagamento verso l'ormai prossimo raggiungimento dell'obiettivo dei 60 gg.

Grafico 9.9 Andamento Tempi Medi di Pagamento SSR
(Fonte: Datawarehouse regionale)



Analisi dei costi e delle quote procapite

L'analisi dei costi procapite delle aziende sanitarie ULSS della Regione interessa il quadriennio 2010-2013.

I costi sono ricavi dal modello ministeriale "LA", compilato annualmente dalle aziende sanitarie con i costi dettagliati per livelli di assistenza.

Per il calcolo del costo procapite è stata esclusa la mobilità attiva effettuata da ciascuna azienda (in altri termini, sono stati esclusi i costi sostenuti per attività svolta a non residenti) e sono stati esclusi i costi relativi agli altri scambi intercompany al di fuori del flusso della mobilità (ad esempio la fatturazione diretta di prestazioni sanitarie).

A livello consolidato regionale il costo procapite è incrementato di 11€ (+0,6%), corrispondenti ad un incremento assoluto complessivo di circa 36 milioni di euro. Il costo è passato da €1.839 procapite nel 2010 ad €1.850 nel 2013.

L'incremento regionale (11€ per testa) è la sintesi di un panorama molto differenziato nelle 21 aziende sanitarie ULSS della Regione. La variabilità nelle variazioni assolute del costo procapite è infatti molto accentuata segnando una deviazione standard di circa 57€. L'incremento massimo è registrato dall'Ulss n. 4 Alto Vicentino con un incremento di 180€ (+11,4%) mentre il decremento più alto è segnato dall'Ulss n. 6 di Vicenza con -80€ (-4,5%). Il grafico che segue riporta la situazione per ciascuna azienda.

Grafico 10.10 Costi procapite 2014

(Fonte dati: Mod. LA 2014. Costi totali LEA - mobilità attiva - poste R attive. Popolazione al 31/12/2014)

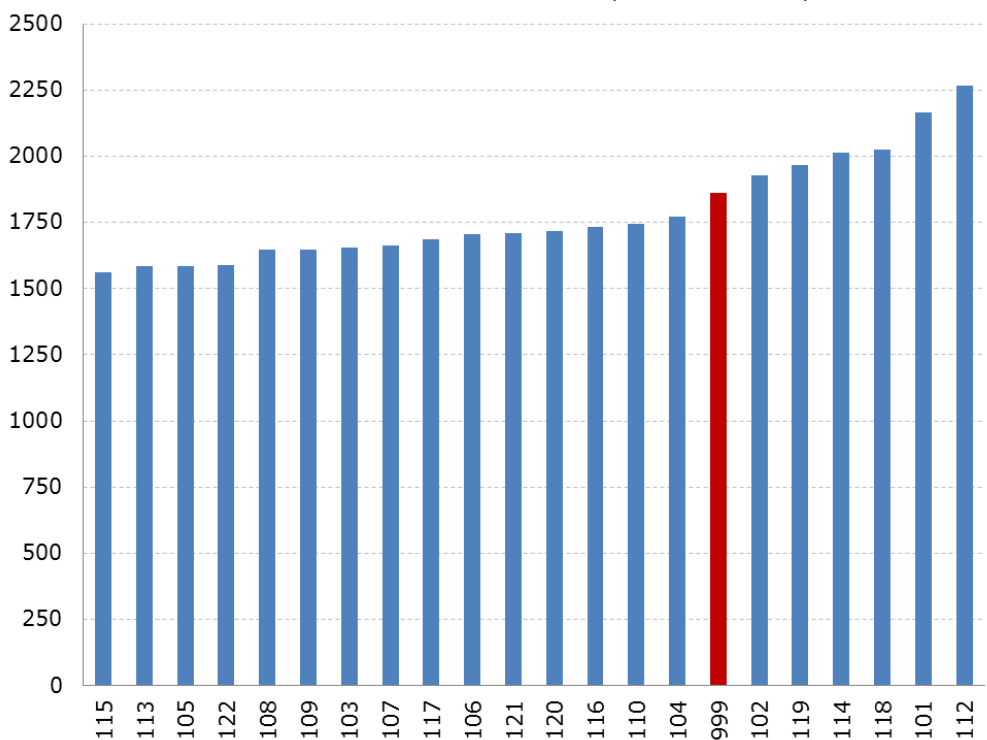
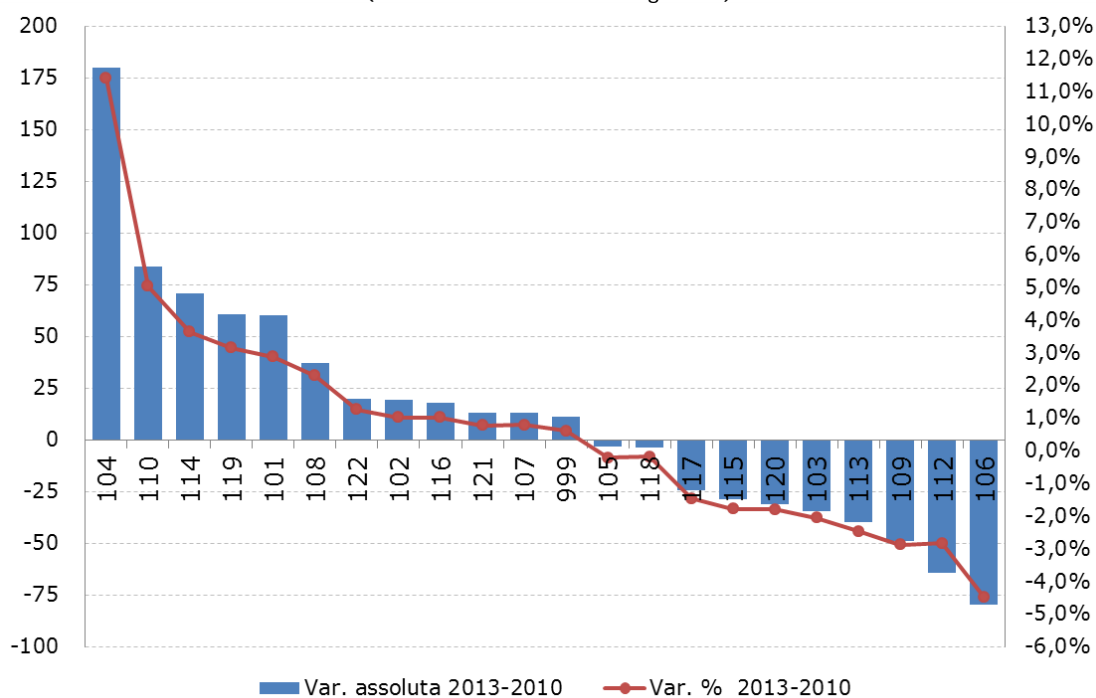


Grafico 10.11 Costo procapite per Azienda Ulss
 (Fonte: Datawarehouse regionale)


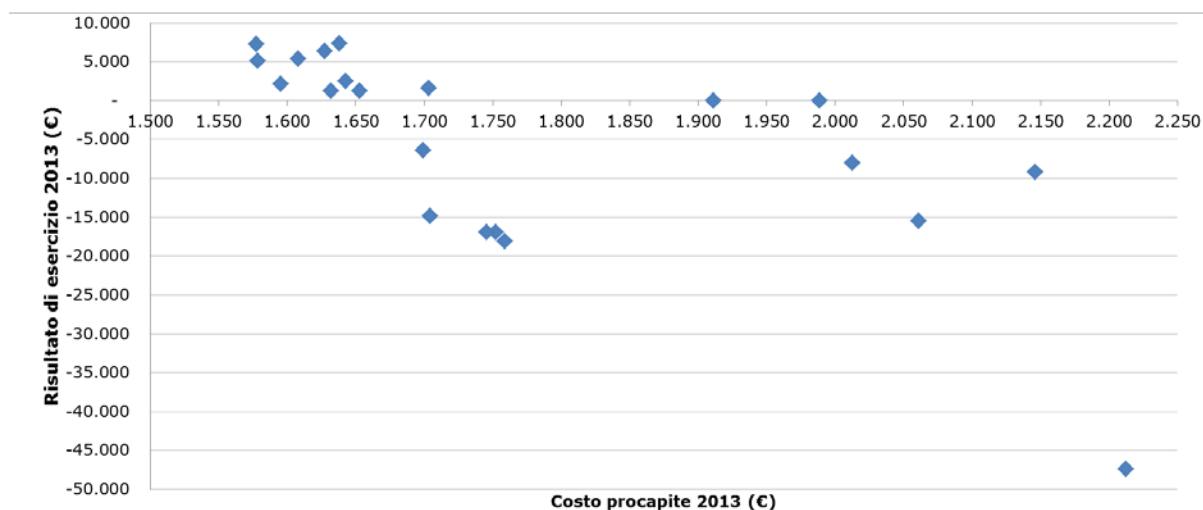
Relativamente all'Ulss 4 il costo procapite ha segnato un elevato incremento nel 2012, con un aumento di circa 112€ rispetto al costo per testa del 2011 (€1.677 vs €1.566, +7,1%). L'evento gestionale più importante del 2012 per questa azienda sanitarie è stato l'avvio dell'ospedale di Santorso.

Tabella 10.3 Andamento delle principali voci del Conto Economico consolidatoregionale2010-2014
 (Fonte: Datawarehouse regionale)

Azienda	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	112
2010 Costo procapite	2.086	1.892	1.673	1.579	1.599	1.783	1.615	1.606	1.702	1.668	2.277
2013 Costo procapite	2.146	1.911	1.638	1.759	1.595	1.704	1.627	1.643	1.653	1.752	2.212
Variazione	60	19	-35	180	-3	-80	13	37	-49	84	-65
Variazione %	2,9%	1,0%	-2,1%	11,4%	-0,2%	-4,5%	0,8%	2,3%	-2,9%	5,0%	-2,8%
Azienda	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	Veneto
2010 Costo procapite	1.618	1.942	1.607	1.728	1.656	2.065	1.928	1.736	1.686	1.588	1.839
2013 Costo procapite	1.578	2.013	1.579	1.746	1.632	2.061	1.989	1.704	1.699	1.608	1.850
Variazione	-40	71	-29	18	-24	-4	61	-31	13	20	11
Variazione %	-2,5%	3,6%	-1,8%	1,0%	-1,5%	-0,2%	3,1%	-1,8%	0,8%	1,3%	0,6%

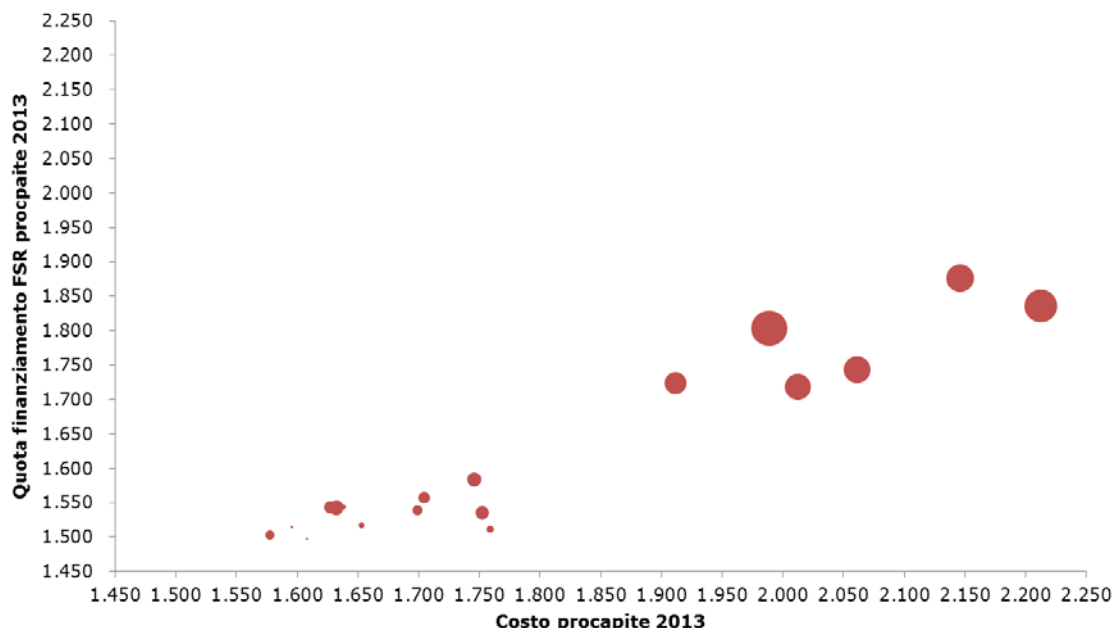
Le aziende ULSS con i costi procapite più bassi sono le aziende che registrano le performances economiche, in termini di risultati di esercizio, migliori. Questa considerazione è rappresentata graficamente nell'immagine che segue, nella quale nell'asse delle ascisse sono riportati i costi procapite mentre nell'asse delle ordinate i risultati di esercizi, entrambi riferiti al 2013.

Grafico 10.12 Costo procapite per Azienda Ulss
(Fonte: Datawarehouse regionale)



Considerazioni più approfondite richiederebbero di verificare sia quanto l'attuale sistema di finanziamento adottato influisca sulla formazione del risultato di esercizio delle aziende sanitarie. Relativamente al primo punto si tenga in considerazione che il finanziamento da riparto del FSR rappresenta per le ULSS tra il 70% e l'80% del valore della produzione. Inoltre con il sistema di finanziamento in uso si distribuiscono maggiori risorse alle aziende con la popolazione più anziana e con i costi procapite più alti (situazione rappresentata nel grafico che segue. La grandezza dei punti è proporzionale all'indice di vecchiaia: più alto è il valore dell'indice di vecchiaia, più grande è il punto della mappa cartesiana).

Grafico 10.13 Costo procapite per Azienda Ulss
(Fonte: Datawarehouse regionale)



Analizzando il costo procapite 2013 per macro area assistenziale emerge quanto segue.

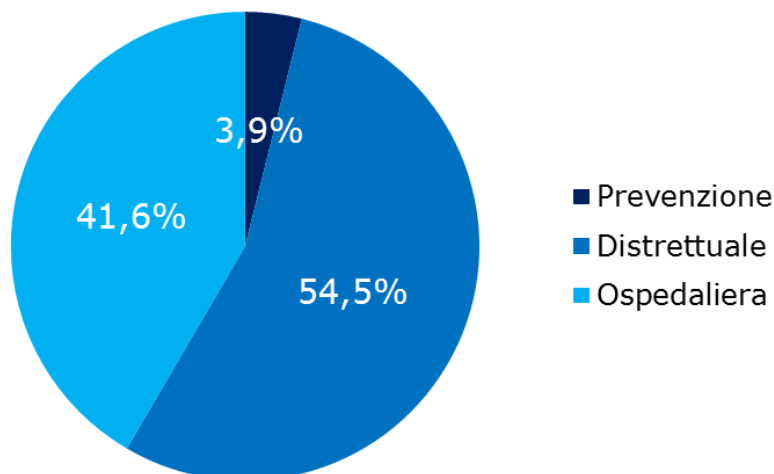
Il costo procapite regionale sostenuto per la prevenzione è stato pari ad € 72 per residente, corrispondenti a complessivi 355 milioni di euro circa.

Il costo procapite regionale sostenuto per l'assistenza distrettuale (assistenza sanitaria di base, assistenza specialistica, assistenza farmaceutica, assistenza domiciliare, assistenza agli anziani, etc..) è stato pari ad € 1.009 per residente, corrispondenti a complessivi 5.057 milioni di euro circa.

Il costo procapite regionale sostenuto per l'assistenza ospedaliera è stato pari ad € 769 per residente, corrispondenti a complessivi 4.020 milioni di euro circa.

La composizione percentuale del costo procapite è riportata nel grafico che segue.

Grafico 10.14 Costo procapite per Azienda Ulss
(Fonte: Datawarehouse regionale)



Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2268 del 13 novembre 2012](#) "Presenza d'atto dei risultati d'esercizio delle aziende sanitarie del Veneto del bilancio d'esercizio 2011".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1427 del 6 agosto 2013](#) "Presenza d'atto dei bilanci d'esercizio 2012 delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Consolidato del SSR Veneto".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 998 del 5 giugno 2012](#) "Adozione nuovo schema del piano dei conti del Conto Economico obbligatorio per le aziende sanitarie del Veneto".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2326 del 20 novembre 2012](#) "Adozione nuovo schema del piano dei conti dello Stato Patrimoniale obbligatorio per le aziende sanitarie del Veneto".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2358 del 16 dicembre 2013](#) "DGR 24/12/2012 n.154/CR. Assegnazione definitiva alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'esercizio 2013".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 785 del 21 maggio 2013](#) "Decreto Legge n. 35 dell'8 aprile 2013. Ricorso all'anticipazione ministeriale per il pagamento dei debiti scaduti del SSSR del Veneto".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1680 del 24 settembre 2013](#) "Legge n. 64 del 6 giugno 2013 "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione...". Ratifica del contratto di prestito tra Ministero dell'Economia e delle Finanze e Regione Veneto e presa d'atto dei provvedimenti conseguenti di erogazione finanziari".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2357 del 16 dicembre 2013](#) "Convenzione con l'Università Cà Foscari di Venezia ai fini di uno scambio di competenze professionali con il personale impegnato nel settore sanità".

Approfondimenti

Relazione sulla Gestione 2011: Analisi dei bilanci e delle attività del Sistema Socio Sanitario del Veneto, Volume 1 Sintesi Regionale, Venezia: Pubblicazione a cura dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, 2012.

Relazione sulla Gestione 2010: Analisi dei bilanci e delle attività del Sistema Socio Sanitario del Veneto, Volume 1 Sintesi Regionale, Venezia: Pubblicazione a cura dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, 2011.

[Libro Bianco del Servizio Socio Sanitario della Regione del Veneto 2000-2009, Volume 1](#), Pubblicazione a cura dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, 2010.

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Programmazione Risorse Finanziarie SSR
Palazzo Molin – San Polo, 2514 – 30125 Venezia
Telefono: 041 2793449-3450 3528 Fax: 041 2793506
e-mail: prog.finsanita@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/>