



REGIONE DEL VENETO

Relazione Socio Sanitaria Della Regione Del Veneto

Anno 2023

(Dati 2022)



Relazione Socio Sanitaria
RSSR 2023

REGIONE DEL VENETO



**AZIENDA
Z E R O**

Presentazione Assessore

La Relazione Socio Sanitaria rappresenta un importante momento di sintesi e di rendicontazione delle azioni intraprese e dei risultati ottenuti dal SSR nel corso dell'anno.

Grazie alla molteplicità dei dati e delle informazioni raccolte attraverso i flussi informativi, la Relazione vuole fare il punto sullo stato di salute della popolazione nel territorio regionale, evidenziando le caratteristiche demografiche, epidemiologiche e di utilizzo dei servizi socio-sanitari, sulla capacità del sistema dei servizi di rispondere ai suoi bisogni, nell'ottica della massima trasparenza nell'analisi e nella rappresentazione dei dati disponibili, sulla gestione e sull'utilizzo delle risorse per lo svolgimento delle attività socio-sanitarie e sull'attuazione degli obiettivi strategici declinati all'interno del Piano socio sanitario regionale 2019-2023.

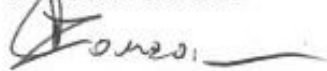
Il 2022 può essere considerato un anno di transizione nel corso del quale, a causa dell'emergenza pandemica, si è necessariamente assistito ad un forzato rallentamento della realizzazione delle attività declinate all'interno del PSSR, attualmente ancora in fase di attuazione. A livello nazionale il 31 marzo è terminato lo stato di emergenza Covid-19 ed è iniziato il periodo cosiddetto "post Covid", durante il quale un obiettivo, di per sé sfidante, è stato quello di riportare da un lato i servizi socio-sanitari ad un livello pre pandemico, dall'altro di fare tesoro delle dinamiche e delle opportunità sviluppate durante la fase emergenziale affinché diventino a pieno titolo delle opportunità di crescita del sistema socio sanitario regionale.

In quest'anno di transizione e di cambiamento, una spinta importante proviene anche dalla Missione 6 "Salute" del PNRR, all'interno del quale le riforme e gli investimenti proposti perseguono due obiettivi principali: potenziare la capacità di prevenzione e cura del sistema sanitario regionale a beneficio di tutti i cittadini, garantendo un accesso equo e capillare alle cure, e promuovere l'utilizzo di tecnologie innovative nella medicina.

Il miglioramento delle prestazioni erogate sul territorio è perseguito attraverso il potenziamento delle infrastrutture ospedaliere, il rinnovamento e l'ammodernamento del parco tecnologico e delle attrezzature per diagnosi e cura, per il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico e per una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, la creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e l'assistenza remota.

L'Assessore a Sanità - Servizi sociali - Programmazione socio-sanitaria

Manuela Lanzarin



Introduzione generale

La Relazione Socio Sanitaria si inserisce a pieno titolo nei processi di programmazione e controllo del sistema socio sanitario veneto, in quanto funge da strumento organico di valutazione degli obiettivi di salute raggiunti e delle strategie poste in essere per il loro conseguimento.

Il 2022 è stato caratterizzato da una graduale ripresa delle attività sanitarie e sociosanitarie a seguito della fine dello stato di emergenza pandemica, decretato il 31 marzo 2022, e da un contestuale, graduale ma costante recupero delle attività differite o sospese nel periodo pandemico.

In questo quadro profondamente mutato, si è prestata una maggiore attenzione al territorio e alla popolazione, in un'ottica di ascolto attivo dei loro bisogni, al fine di un continuo miglioramento dell'offerta socio-sanitaria regionale. La conoscenza dello stato di salute, infatti, è elemento fondante ed imprescindibile per poter attuare dei cambiamenti significativi e per poter tornare a porre il benessere delle persone al centro del sistema.

L'emergenza pandemica, tra le altre cose, ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del SSR di fornire servizi adeguati sul territorio, da un lato con dei servizi di prossimità per il cittadino, dall'altro attraverso l'utilizzo di infrastrutture tecnologiche e digitali sempre più efficienti per migliorare la qualità e la tempestività delle cure.

Vanno in questa direzione gli interventi che la Regione e le Aziende Sanitarie stanno attuando anche attraverso la Missione 6 "Salute" del Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR), vista come un'opportunità di crescita e di miglioramento del sistema.

La Relazione Socio Sanitaria è stata realizzata attraverso i contributi delle Direzioni regionali afferenti all'Area Sanità e Sociale e delle Unità Operative di Azienda Zero ed è disponibile anche online. I dati elaborati e qui presentati sono riferiti all'anno 2022.

Il documento, come previsto dalla L.R. 12/2022 art. 18 (che sostituisce l'art. 115 della L.R. 11/2001), si compone di tre sezioni distinte ma complementari:

1. la sezione "Salute e ricorso ai servizi" (a sua volta suddivisa in "Popolazione e salute" e Aree di intervento") che riporta la rendicontazione sullo stato di salute e sui bisogni socio-sanitari della popolazione, sullo stato dell'organizzazione dei servizi e sull'attività offerta dal sistema regionale socio-sanitario;
2. la sezione "Gestione delle risorse" che riporta la rendicontazione in merito alla gestione e all'utilizzo delle risorse per lo svolgimento delle attività socio-sanitarie;
3. la sezione "Attuazione obiettivi PSSR" che riporta la rendicontazione sull'attuazione degli obiettivi strategici declinati all'interno del Piano socio sanitario regionale in vigore.

Queste parti sono fortemente connesse tra loro, in quanto costituiscono un documento unitario e forniscono uno strumento completo che rappresenta il presupposto per la programmazione del sistema sanitario regionale, oltre che un fondamentale strumento di "accountability" che racconta in modo completo l'impegno per il miglioramento continuo della qualità, dell'efficienza e del valore prodotto dal SSR.

Il Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Massimo Annicchiarico



Popolazione e salute

1. Popolazione residente e indicatori demografici	1
1.1 Popolazione residente per età e sesso	3
1.2 Movimento demografico della popolazione residente	8
1.3 Speranza di vita	10
1.4 Fecondità	12
2. Salute della popolazione e stili di vita	16
2.1 Abitudine al fumo	18
2.2 Consumo di alcol	22
2.3 Attività fisica	26
2.4 Stato nutrizionale	30
2.5 Rischio cardiovascolare	34
2.6 Diseguaglianze di salute	39
2.7 Sicurezza stradale	43
3. Mortalità generale e per causa	47
3.1 Mortalità generale	49
3.2 Mortalità per causa	53
4. COVID-19 e malattie infettive	57
4.1 COVID-19	59
4.2 Malattie infettive	63
5. Malattie cardiovascolari	65
5.1 Infarto miocardico acuto	67
5.2 Ictus	75
5.3 Scompenso cardiaco	71

6. Tumori	80
6.1 Incidenza	82
6.2 Sopravvivenza	86
6.3 Mortalità	90
7. Malattie respiratorie	93
7.1 Asma	95
7.2 Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	99
8. Diabete e altre malattie endocrine	103
8.1 Diabete mellito	105
8.2 Ipotiroidismo	109
9. Malattie del sistema nervoso	113
9.1 Demenze	123
9.2 Malattia di Parkinson	119
9.3 Sclerosi multipla	115
10. Insufficienza renale cronica	127
11. Salute mentale	132
11.1 Disturbo bipolare	134
11.2 Schizofrenia	137
11.3 Depressione	140
12. Malattie rare	143
13. Infortuni sul lavoro e malattie professionali	147
13.1 Infortuni sul lavoro	149
13.2 Malattie professionali	153
14. Le dimensioni della non autosufficienza	157

Aree di intervento

15. Promozione della salute e prevenzione delle malattie	161
15.1 Profilassi delle malattie infettive	163
15.2 Screening oncologici	166
15.3 Ambiente e salute	171
15.4 Monitoraggio influenza aviaria	175
16. Assistenza primaria e distrettuale	178
16.1 Assetto organizzativo delle Aziende ULSS e dei Distretti	184
16.2 La rete dei MMG e dei PLS	192
16.3 Attività dei MMG e PLS	180
16.4 Attività delle Centrali Operative Territoriali (COT)	187
16.5 Emergenza COVID-19 – Territorio	190
16.6 Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri	182
17. Assistenza domiciliare	194
17.1 Organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata	196
17.2 Prestazioni erogate in assistenza domiciliare	198
17.3 Cure palliative adulto e pediatrico / Hospice	202
18. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici	207
18.1 Assistenza farmaceutica	209
18.2 Dispositivi medici e assistenza protesica	212
19. Assistenza specialistica ambulatoriale	216
19.1 Volumi di attività	218
19.2 Tempi di attesa e galleggiamenti	221
19.3 Prestazioni in telemedicina	224

20. Assistenza ospedaliera	226
20.1 Rete emergenza urgenza e pronto soccorso	228
20.2 Ospedalizzazione generale	232
20.3 Posti letto	237
20.4 Volumi di attività e qualità delle cure	245
20.5 Tempi di attesa per ricovero	248
21. Assistenza nelle strutture intermedie	253
21.1 Ospedali di Comunità (ODC)	255
21.2 Unità di Riabilitazione Territoriali (URT)	260
22. Assistenza materno-infantile	264
22.1 Gravidanza, parto e nascita	266
22.2 Interruzioni volontarie di gravidanza e abortività spontanea	268
22.3 Prematurità e basso peso	273
22.4 Natimortalità, mortalità nel primo anno di vita	275
22.5 Ospedalizzazione da 0 a 18 anni	277
22.6 Famiglie in crisi e maltrattamento ai minori	279
22.7 Fecondazione assistita	280
23. Assistenza psichiatrica	282
24. Salute in carcere	286
25. La rete delle malattie rare	290
26. La rete dei trapianti	293
26.1 L'attività di monitoraggio del Centro Regionale per i Trapianti e il Registro cerebrolesi	295
26.2 Accertamenti di morte, attività trapiantologica e donazione di tessuti	297
27. Assistenza socio-sanitaria	301

27.1 Servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti	303
27.2 Servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità	307
27.3 Interventi a sostegno della domiciliarità	311
28. Interventi socio-sanitari sulle dipendenze	315
28.1 Abuso di sostanze	317
28.2 Disturbo da gioco d'azzardo	320
29. Infanzia, adolescenza e famiglia	323
29.1 Età evolutiva	325
29.2 Neuropsichiatria Infantile	327
29.3 Consultori familiari	328
29.4 Unità Funzionali Distrettuali per l'Adolescenza	330

Gestione risorse

30. Un quadro macro economico sulla spesa sanitaria regionale	331
30.1 Il "peso" della spesa sanitaria sul bilancio regionale	333
30.2 Il trend dei costi del SSR e la relazione con il livello di finanziamento	335
31. La spesa sanitaria regionale e le sue principali determinanti	338
31.1 Le principali determinanti dei costi e l'incidenza della pandemia	340
31.2 Acquisti di beni sanitari e non sanitari	341
31.3 Acquisti di servizi sanitari e non sanitari	345
31.4 Costi del personale dipendente a tempo determinato ed indeterminato	350
31.5 I costi per l'erogazione dei LEA	354
31.6 La spesa sostenuta per l'offerta privata accreditata	357
31.7 La spesa out of pocket	360
31.8 L'impatto della mobilità sanitaria interregionale	363

31.9 La spesa per gli investimenti	366
31.10 Le aree di investimento e le determinanti di spesa	368
31.11 I costi per l'energia	371
31.12 I costi per l'emergenza Ucraina	373
32. I ricavi del Servizio Sanitario Regionale	375
32.1 Il Fondo Sanitario Regionale	377
32.2 Altri ricavi del SSR	379
33. Le iniziative regionali nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	381
34. La performance economica e finanziaria del SSR	385
34.1 La performance economica del SSR	387
34.2 Il payback farmaceutico e dispositivi medici	389
34.3 La performance finanziaria del SSR	390

Attuazione obiettivi PSSR

35. La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio	395
35.1 Obiettivo strategico 2: Sviluppare l'approccio strategico "Salute in tutte le politiche"	397
35.2 Obiettivo strategico 8: Sviluppare piani integrati per la gestione delle emergenze (epidemiche e non)	399
35.3 Obiettivo strategico 11: Garantire i sistemi di sorveglianza sulla sicurezza alimentare (veterinaria)	401
36. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto	403
36.1 Obiettivo strategico 3: Garantire ai cittadini l'accessibilità e l'appropriatezza dei servizi attraverso anche la gestione dei tempi di attesa	405
37. La salute della donna e del bambino	408
37.1 Obiettivo Strategico 2: Migliorare le performance della rete pre, peri e post natale	410
37.2 Obiettivo Strategico 5: Migliorare la qualità dei processi diagnostici e di trattamento e presa in carico dei bambini con malattia cronica e/o rara e/o severa e/o disabilitante	412

38. Il percorso del paziente in ospedale	414
38.1 Obiettivo strategico 4: Migliorare l'efficienza organizzativa ospedaliera	416
39. La presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e assistenza	418
39.1 Obiettivo strategico 6: Organizzare una filiera dell'assistenza che sia in grado di garantire le transizioni tra luoghi e/o livelli assistenziali differenti, favorendo la domiciliarità ed il recupero funzionale	420
40. Le malattie rare	422
40.1 Obiettivo Strategico 2: Migliorare la qualità della presa in carico integrata del malato raro e realizzare una assoluta continuità assistenziale nei tempi e fasi della vita e nei diversi sistemi e luoghi di cura	424
41. La salute mentale	426
41.1 Obiettivi strategici 2 - 3 - 6: Salute mentale negli adulti	428
41.2 Obiettivo strategico 8: Salute mentale nei minori	430
42. L'integrazione socio-sanitaria	431
42.1 Obiettivo Strategico 2: Ricomporre le risorse per la Long Term Care	433
42.2 Obiettivo Strategico 8. Favorire l'integrazione fra pubblico e privato nella presa in carico della persona tossico/alcol dipendente e/o con Disturbi da Gioco d'Azzardo	434
42.3 Obiettivo Strategico 9: Promuovere la centralità della famiglia nelle dinamiche sociali, economiche e culturali	435
42.4 Obiettivo Strategico 11: Promuovere, sostenere e qualificare i servizi educativi per la prima infanzia	436
42.5 Obiettivo Strategico 13: Favorire l'inclusione sociale delle persone senza dimora e delle famiglie in condizioni di fragilità socio-economica e di disagio abitativo nonché la riabilitazione delle persone detenute e in esecuzione penale esterna	437
42.6 Obiettivo Strategico 14: Contribuire alla tutela alla salute e all'assistenza socio-sanitaria delle persone affette da demenza e a rischio demenza e ridurre l'incidenza del rischio di demenza	439
43. Il governo del Sistema ed il governo delle Aziende	440
43.1 Obiettivo Strategico 6: Assicurare coerenza tra gli strumenti di pianificazione controllo e valutazione della performance puntando sulla collaborazione sistematica dei beneficiari di ciascun servizio	442

43.2 Obiettivo Strategico 7: Migliorare i processi di pianificazione, controllo e valutazione delle attività aziendali favorendo il coinvolgimento degli operatori nel processo di miglioramento continuo e l'utilizzatore finale ai fini della valutazione di efficacia ed efficienza	443
44. La gestione del patrimonio informativo socio-sanitario	444
44.1 Obiettivo Strategico 1: Potenziare la cooperazione informativa e informatica tra tutte le strutture sanitarie regionali	446
44.2 Obiettivo Strategico 4: Mantenere ed evolvere il fascicolo socio sanitario elettronico regionale e garantire la sua alimentazione continuativa con dati e documenti digitali permettendo agli assistiti l'accesso, la consultazione e la gestione di essi	449
45. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici	451
45.1 Obiettivo Strategico 2: Consolidare il modello organizzativo del rilascio delle autorizzazioni alla prescrizione dei farmaci e dispositivi medici più innovativi, in coerenza con le reti cliniche	453
45.2 Obiettivo Strategico 3: Centralizzare le valutazioni di HTA e gli acquisti delle tecnologie sanitarie	455
45.3 Obiettivo Strategico 4: Garantire la sicurezza dei farmaci e dei dispositivi in tutti i luoghi di cura	456
45.4 Obiettivo Strategico 5: Valorizzare le Farmacie di comunità attraverso i nuovi Servizi	458
46. Il governo e le politiche per il personale	460
46.1 Obiettivo Strategico 2: Incrementare le competenze e favorire lo sviluppo del potenziale del personale	462
46.2 Obiettivo Strategico 5: Definire strumenti per affrontare la carenza di medici specialisti	464
47. Il governo delle risorse finanziarie e strumentali	466
47.1 Obiettivo Strategico 1: Rendere congruente il modello di riparto del FSR al reale profilo dei bisogni delle popolazioni del territorio ed ai cambiamenti istituzionali ed organizzativi del SSSR del Veneto	468
47.2 Obiettivo Strategico 6: Garantire la sostenibilità degli investimenti per il SSSR	471
47.3 Obiettivo Strategico 7: Aumentare la qualità e l'efficienza delle forniture dei beni e dei servizi per le aziende del SSSR	473
48. Ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie	475
48.1 Obiettivo Strategico 1: Promuovere ricerca ed innovazione in ambito sanitario	477

48.2 Obiettivo Strategico 2: Favorire mediante la ricerca e l'Health Technology Assessment (HTA) il processo di introduzione delle nuove tecnologie 481

49. Rapporti con l'università 485

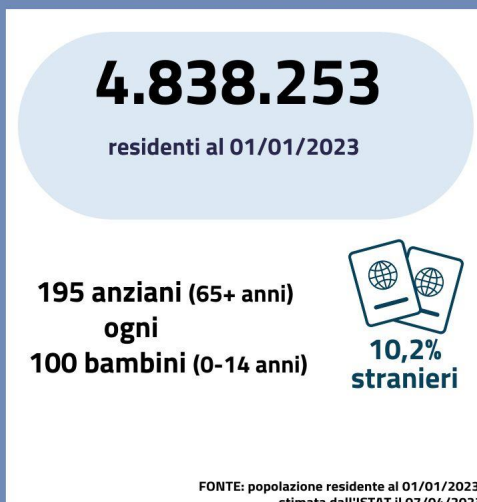
49.1 Obiettivo Strategico 1: Favorire la collaborazione tra Regione e Università nel raggiungimento dei compiti istituzionali 487

1. Popolazione residente e indicatori demografici

CONTENUTI

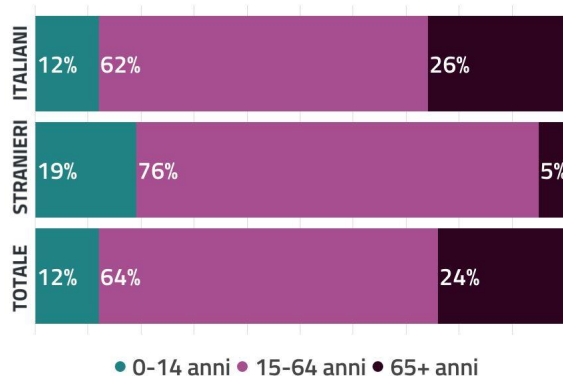
- 1.1 Popolazione residente per età e sesso
- 1.2 Movimento demografico della popolazione residente
- 1.3 Speranza di vita
- 1.4 Fecondità

POPOLAZIONE DEL VENETO

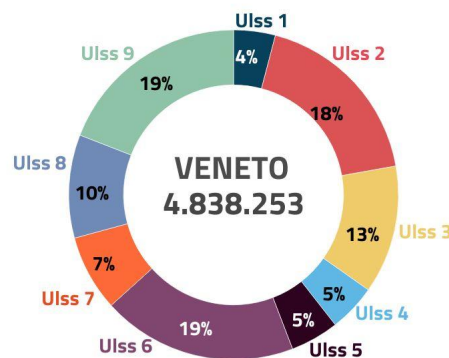


Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

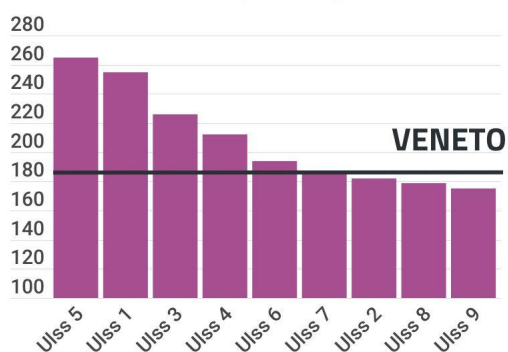
Struttura popolazione per cittadinanza, Veneto, 2023



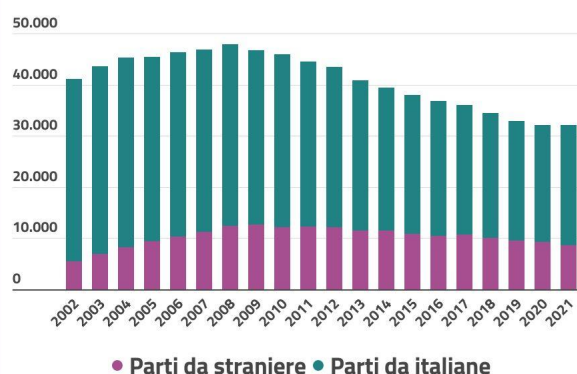
Distribuzione dei residenti per Ulss, Veneto, 2023



Indice di vecchiaia per Ulss, Veneto, 2023 N°anziani (65+ anni) ogni 100 giovani (0-14 anni)



N° parti per cittadinanza, Veneto, 2002-2021



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

1.1 Popolazione residente per età e sesso

La stima della popolazione residente in Veneto al 01/01/2023 è di 4.838.253 abitanti di cui 2.377.688 maschi (49%) e 2.460.565 femmine (51%), con una diminuzione di 9.492 residenti rispetto all'anno precedente (Figura 1.1.1).

La quota di popolazione anziana è in costante aumento: attualmente gli ultra 65enni sono circa 1.168.000 e i bambini di 0-14 anni 598.000, con un rapporto di 195 anziani ogni 100 bambini (Indice di Vecchiaia). Tale indicatore negli anni '80 era pari a 62, misura che saliva a 136 nel 2000; dal 2002 al 2011 l'immigrazione straniera di persone giovani, che ha determinato un incremento della natalità, ne ha frenato l'aumento, ripreso dal 2012 sia per l'esaurirsi degli effetti del contributo dell'immigrazione straniera, sia per l'aumento della speranza di vita (Tabella 1.1.1 e Figura 1.1.2). La struttura per età della popolazione si caratterizza per una forma "a botte" con una bassa numerosità delle classi di età più giovani ed una elevata quota di anziani, soprattutto donne. La popolazione di età 45-64 anni è quella più consistente, rappresentando la generazione nata negli anni '60 e '70. La popolazione straniera rappresenta il 10,2% della popolazione complessiva (494.079 stranieri residenti di cui 240.231 maschi e 253.848), con una struttura per età più giovane di quella della popolazione italiana (Figura 1.1.3).

Nella Tabella 1.1.2 sono rappresentati alcuni indicatori demografici per Ulss di residenza. I territori delle ULSS 5-Polesana, ULSS 1-Dolomiti, ULSS 3-Serenissima, ULSS 4-Veneto Orientale sono quelli con più di un quarto della popolazione con almeno 65 anni e con un indice di vecchiaia che supera i 200 (più di 2 abitanti di 65 o più anni di età per ogni bambino di età 0-14 anni). Nell'ULSS 9-Scaligera si trova la percentuale maggiore di cittadini stranieri.

Nota Metodologica

Fonte dei dati: ISTAT (demo.istat.it)

Popolazione residente dal 2002 al 2022: ricostruzione di fonte ISTAT sulla base del censimento del 2018 e sui successivi censimenti annuali permanenti. In tale ricostruzione ISTAT non considera, per omogeneità nelle serie storiche, la popolazione del comune di Sappada, diventato dal 16/12/2017 territorio del Friuli-Venezia Giulia.

La popolazione residente al 01/01/2023 è una stima provvisoria basata sull'ultimo censimento permanente e sul bilancio demografico provvisorio al 31/12/2022.

Figura 1.1.1 Popolazione residente al 1° gennaio per sesso. Veneto, anni 2002-2023

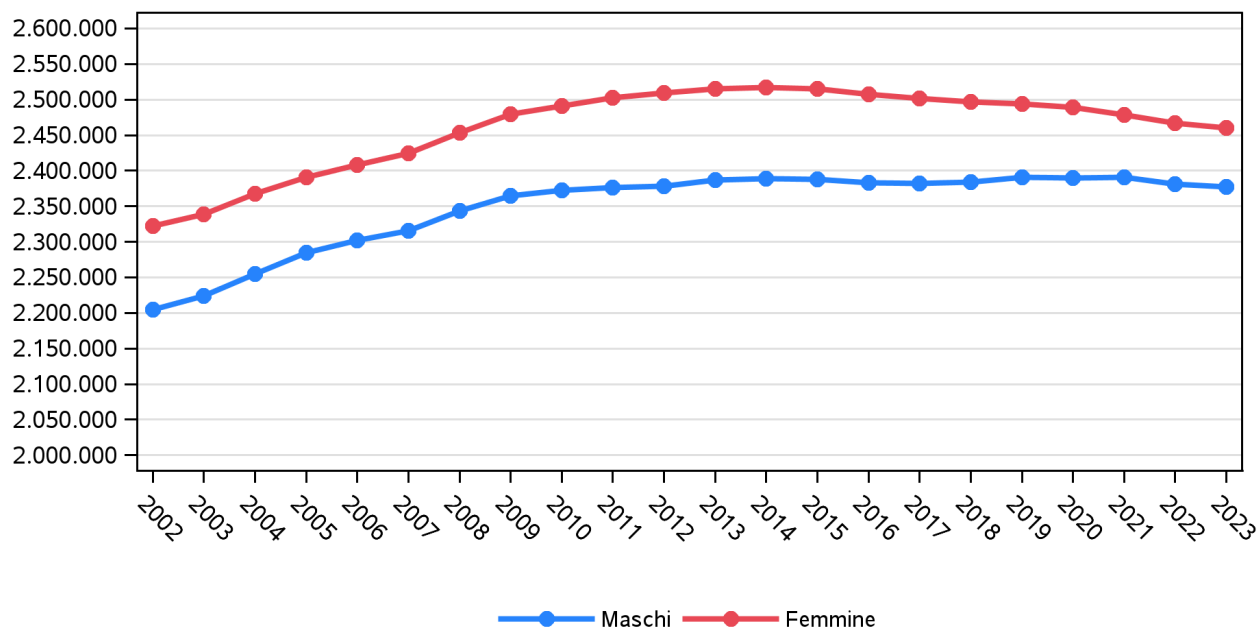


Figura 1.1.2 Popolazione residente di età 0-14 anni e di 65 anni e oltre (asse sinistro) e indice di vecchiaia (asse destro). Veneto, anni 2002-2023

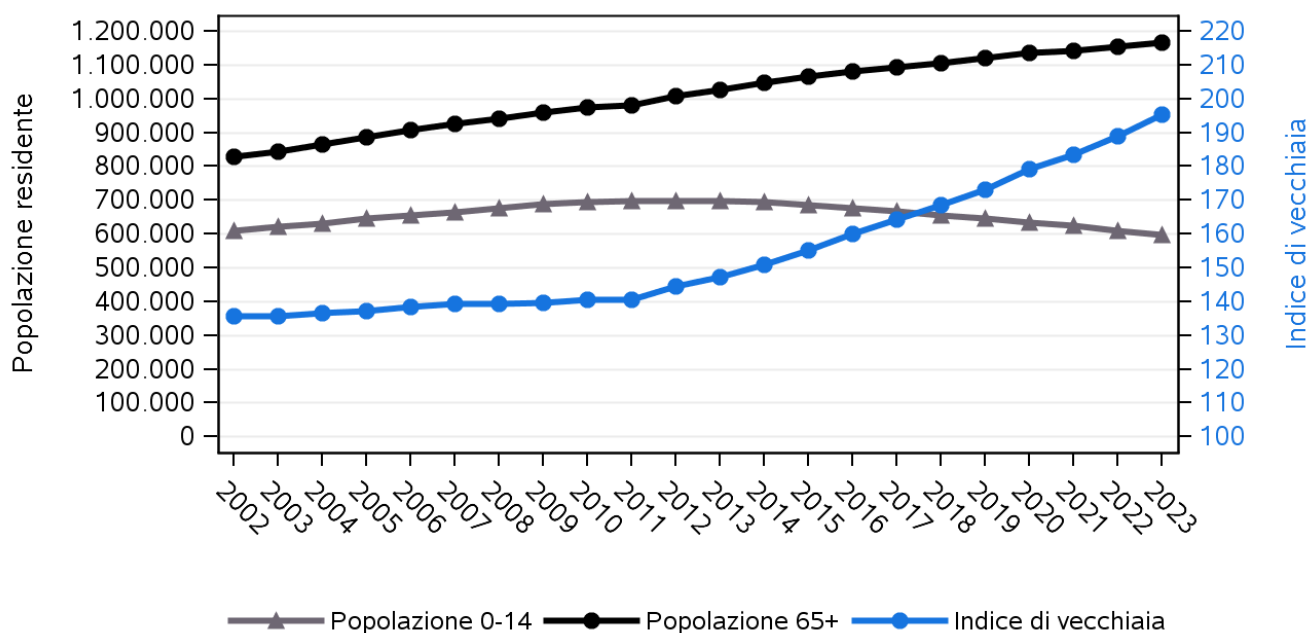


Figura 1.1.3 Piramide d'età per sesso e cittadinanza dei residenti in Veneto al 1° gennaio 2023

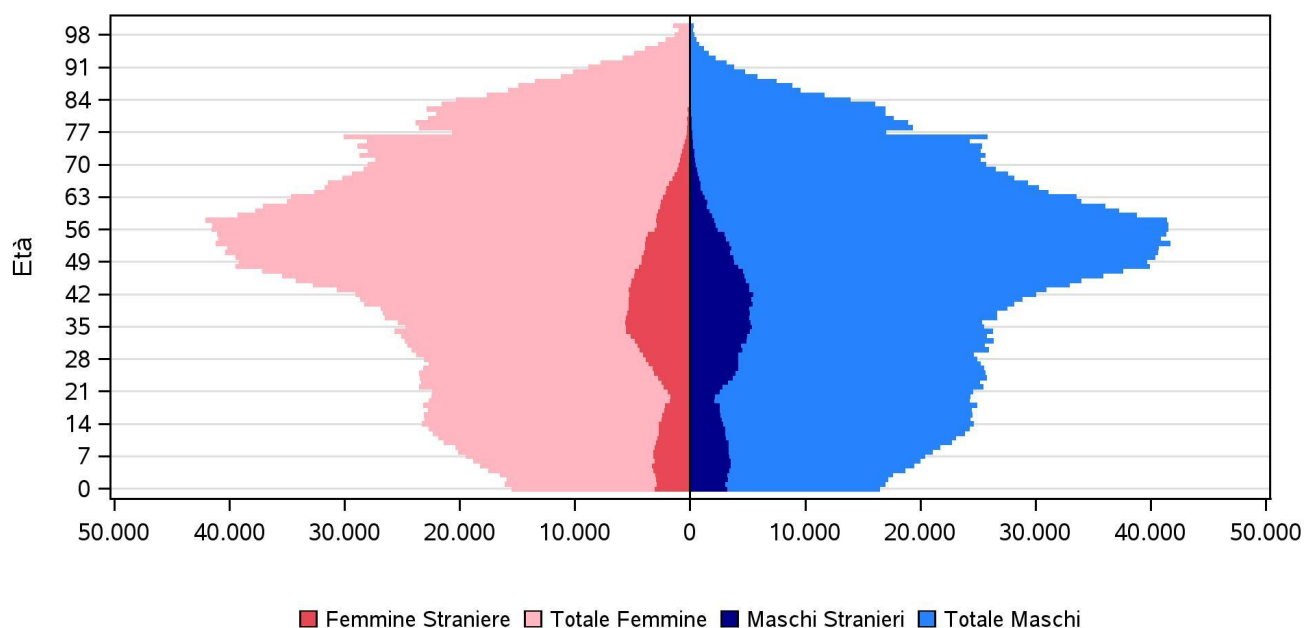


Tabella 1.1.1 Popolazione residente in Veneto al 1° gennaio: distribuzione per sesso, indice di vecchiaia e percentuale di popolazione straniera. Veneto, anni 2002-2023

Anno	Maschi	Femmine	Totale	Indice di vecchiaia	% popolazione straniera
2002	2.204.840	2.322.759	4.527.599	135,8	3,4%
2003	2.223.995	2.338.496	4.562.491	135,8	3,9%
2004	2.254.892	2.367.601	4.622.493	136,7	5,0%
2005	2.284.325	2.390.609	4.674.934	137,4	6,0%
2006	2.301.661	2.408.107	4.709.768	138,4	6,6%
2007	2.315.289	2.424.078	4.739.367	139,3	7,1%
2008	2.343.046	2.453.016	4.796.062	139,5	8,1%
2009	2.365.185	2.479.154	4.844.339	139,5	8,9%
2010	2.372.779	2.490.593	4.863.372	140,5	9,3%
2011	2.376.641	2.502.965	4.879.606	140,7	9,5%
2012	2.378.385	2.508.943	4.887.328	144,5	9,7%
2013	2.386.548	2.514.867	4.901.415	147,2	10,1%
2014	2.388.940	2.516.772	4.905.712	151,1	10,3%
2015	2.387.794	2.514.900	4.902.694	155,3	10,1%
2016	2.382.953	2.507.695	4.890.648	159,9	9,9%
2017	2.382.146	2.501.227	4.883.373	164,3	9,6%
2018	2.384.300	2.496.636	4.880.936	168,5	9,6%
2019	2.390.898	2.493.692	4.884.590	173,1	9,9%
2020	2.389.717	2.489.416	4.879.133	179,2	10,0%
2021	2.391.165	2.478.665	4.869.830	183,3	10,5%
2022	2.380.743	2.467.002	4.847.745	189,0	10,2%
2023	2.377.688	2.460.565	4.838.253	195,3	10,2%

Tabella 1.1.2 Popolazione residente in Veneto al 1° gennaio 2023 per ULSS di residenza: distribuzione per grandi classi di età, indice di vecchiaia e percentuale di popolazione straniera

Azienda ULSS di residenza	N	0-14 anni	15-64 anni	65 o più anni	Indice di vecchiaia	% popolazione straniera
Ulss 1-Dolomiti	197.751	10,9%	61,3%	27,8%	254,7	6,1%
Ulss 2-Marca Trevigiana	876.115	12,9%	63,7%	23,4%	182,1	10,2%
Ulss 3-Serenissima	608.637	11,5%	62,4%	26,1%	226,2	10,8%
Ulss 4-Veneto Orientale	225.066	11,7%	63,3%	24,9%	212,3	9,1%
Ulss 5-Polesana	229.797	10,4%	61,9%	27,6%	264,7	8,6%
Ulss 6-Euganea	925.995	12,3%	63,9%	23,8%	194,0	10,3%
Ulss 7-Pedemontana	361.213	12,6%	64,0%	23,4%	185,9	7,6%
Ulss 8-Berica	489.729	12,8%	64,4%	22,9%	179,3	10,6%
Ulss 9-Scaligera	923.950	13,1%	64,0%	22,9%	174,9	12,0%
Veneto	4.838.253	12,4%	63,5%	24,1%	195,3	10,2%

Approfondimenti

↔ ISTAT: demografia in cifre

<https://demo.istat.it>

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero Regione del Veneto

📍 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

✉ ser@azero.veneto.it

☎ 049 8778252

1.2 Movimento demografico della popolazione residente

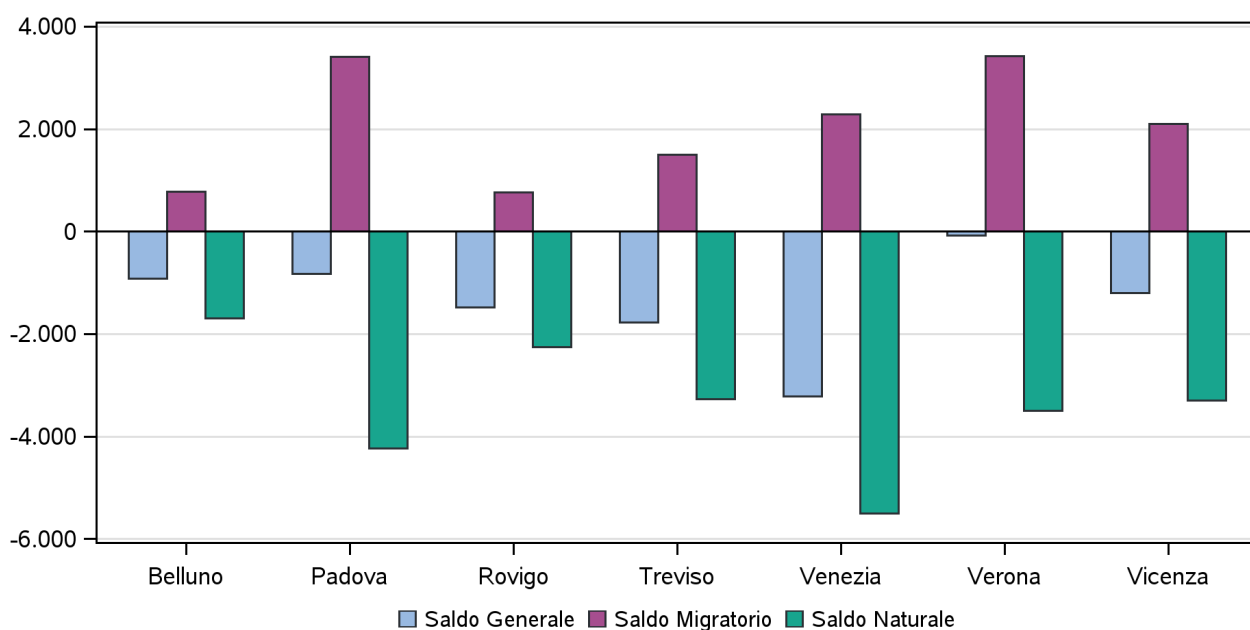
Il bilancio demografico del 2022 presenta un saldo negativo, con una diminuzione di 9.492 residenti rispetto all'anno precedente. Sebbene il saldo migratorio si mantenga positivo (+14.270 residenti), il saldo naturale, differenza tra nati e deceduti, continua ad essere negativo (-23.762). Questa situazione si riscontra in tutte le province del Veneto, anche se nella Provincia di Verona il saldo naturale negativo viene quasi del tutto compensato dal saldo migratorio positivo.

Nota Metodologica

Fonte dei dati: ISTAT (demo.istat.it)

Il bilancio demografico è provvisorio.

Figura 1.2.1 Saldo naturale, migratorio e generale al 31/12/2022 della Popolazione residente in Veneto per Provincia



Approfondimenti

↔ ISTAT: demografia in cifre

<https://demo.istat.it>

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

 049 8778252

1.3 Speranza di vita

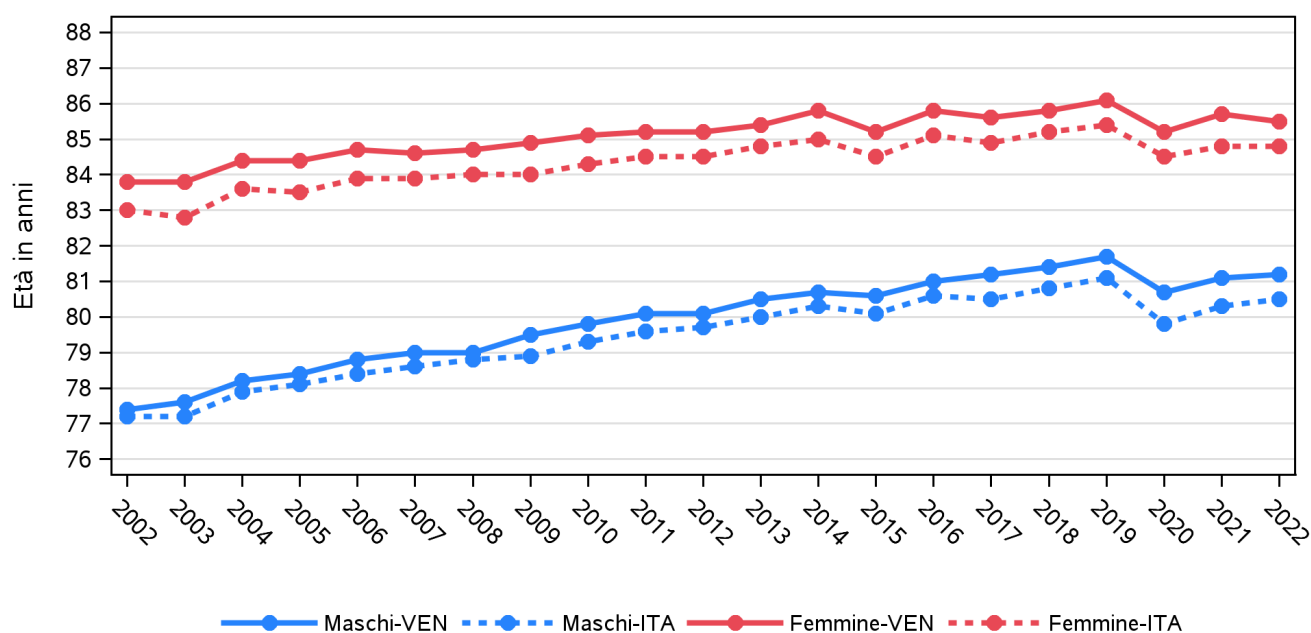
La speranza di vita alla nascita in Veneto è pari a 81,2 anni per i maschi e a 85,5 anni per le femmine, superiore a quella italiana di circa 8 mesi per entrambi. La serie storica dal 2002 al 2022 mette in evidenza un trend in crescita, con alcune flessioni negli anni in cui si sono verificati degli eccessi di mortalità. In particolare, a causa della pandemia da COVID-19, la speranza di vita nel 2020 è diminuita di circa 1 anno rispetto al 2019, con un recupero solo parziale negli ultimi due anni. Per le donne la speranza di vita è sistematicamente maggiore di quella degli uomini, anche se la differenza si è ridotta nel tempo. In definitiva, negli ultimi 20 anni la speranza di vita è aumentata di circa 4 anni per gli uomini (da 77,4 a 81,2 anni) e di circa 2 anni per le donne (da 83,8 a 85,5 anni), con un vantaggio per queste ultime che è passato da +6,4 anni nel 2002 a +4,3 anni nel 2022.

Nota Metodologica

Fonte dei dati: ISTAT (demo.istat.it)

I valori per l'anno 2022 sono una stima basata sul bilancio demografico al 31/12/2022 provvisorio.

Figura 1.3.1 Speranza di vita alla nascita in Italia e in Veneto per genere. Anni 2002-2022



Approfondimenti

⇒ ISTAT: demografia in cifre

<https://demo.istat.it>

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

 049 8778252

1.4 Fecondità

Al 01/01/2022, in Veneto le donne in età fertile (15-49 anni) ammontano a 946.207 (38,4% della popolazione femminile totale).

Nel 2021, in Veneto, si sono registrati 32.169 parti per un totale di 32.603 nati (l'1,3% dei parti è gemellare), 3.424 aborti spontanei e 4.086 interruzioni volontarie di gravidanza (IVG). Il quoziente di natalità per la Regione Veneto nel 2021 risulta pari a 6,7 per 1.000, mentre il tasso di fecondità standardizzato è pari a 34,4 per 1.000.

L'anno 2021 registra un seppur limitato aumento delle nascite (+0,3%) rispetto al 2020, anno in cui si è registrato il valore più basso di nascite degli ultimi quarantacinque anni (Figura 1.4.1). A tale flessione concorrono la crisi economica, il minor numero di donne in età fertile e l'impatto della pandemia sulle scelte riproduttive, che nel corso del 2021 si è ridotto, portando ad un recupero delle nascite negli ultimi mesi.

Persiste la riduzione del numero dei parti da donne straniere, che dal 2012 al 2021 sono passati da 12.204 a 8.606 (Figura 1.4.2). Attualmente essi rappresentano il 26,8% dei parti, valore superiore rispetto alla media nazionale (19,9%).

Il numero medio di figli per donna in Veneto è 1,27, leggermente superiore al dato nazionale pari a 1,25. L'età media al parto è di 32,3 anni. Il 38,2% delle donne sono alla loro prima gravidanza; in particolare il 52,4% delle donne italiane che hanno partorito nel 2021 è primipara rispetto al 34,2% delle straniere. Il 71,2% dei parti riguarda donne di almeno 30 anni e una madre su tre ha 35 anni o più. La percentuale di parti da donne over 35 anni è passata dal 25% nel 2002 al 35% nel 2021 ed è più che raddoppiata la quota di parti per la fascia d'età 40-44 anni (dal 3,5% dei parti nel 2002 all'8,6% nel 2021). Rimane invece costante nel tempo la percentuale di parti da minorenni (0,12%).

La Figura 1.4.3 riporta la distribuzione dei tassi di fecondità specifici per età dal 1975 al 2021. Risulta evidente come nell'arco di questi anni l'intervallo delle età più feconde si sia spostato dai 20-30 ai 25-39 anni e, contemporaneamente, si sia abbassato il picco del tasso di fecondità, passato da un massimo di 135,9 per 1.000 donne della classe 25-29 nell'anno 1975 ad un massimo di 94,6 per la classe 30-34 nell'anno 2021. Il grafico mette anche in evidenza l'incremento nel tempo della fecondità per le classi 35-39 anni e 40-44 anni.

Nota Metodologica

Fonti di dati

Flusso informativo CEDAP (Certificato Di Assistenza al Parto) – Registro Nascita, Regione del Veneto, Decreto Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n.349;

Flusso informativo Interruzioni Volontarie di Gravidanza - Regione Veneto, fonte Modello ISTAT D12;

Flusso informativo Aborti Spontanei - Regione Veneto, fonte Modello ISTAT D11;

Popolazione residente: da dati ISTAT (<https://demo.istat.it/>).

Indicatori

Quoziente di natalità: rapporto tra il numero dei nati vivi in un dato intervallo di tempo e l'ammontare della popolazione residente, per 1.000.

Tassi di fecondità specifici per età: rapporto tra il numero di nati vivi da donne di età compresa tra x e x+5 anni e il numero di donne residenti di tali età in un dato intervallo di tempo, per 1.000.

Tasso di fecondità standardizzato: media ponderata dei tassi specifici per età, con pesi dati dal rapporto fra popolazione "tipo" femminile media nella classe d'età e popolazione "tipo" femminile in età feconda (popolazione "tipo" = popolazione italiana).

Numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale): somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare della popolazione femminile.

Figura 1.4.1 Nati in Veneto. Anni 1975-2021

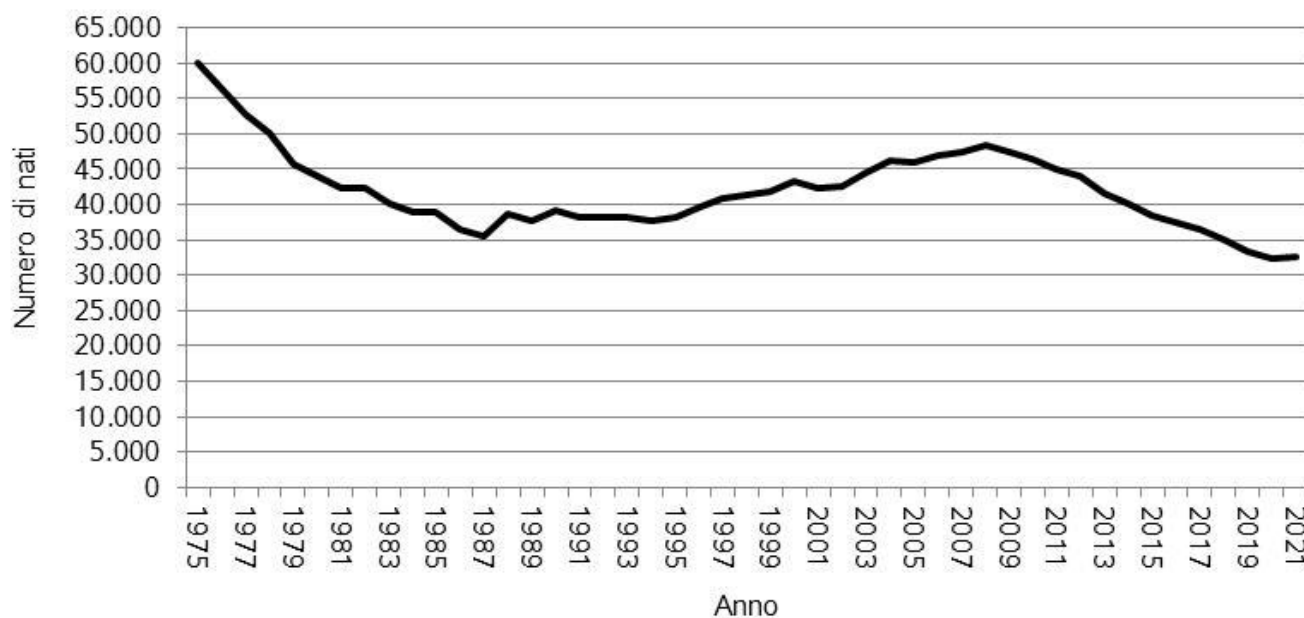


Figura 1.4.2 Numero di parti per cittadinanza e percentuale di parti da straniere, Veneto, anni 2002-2021

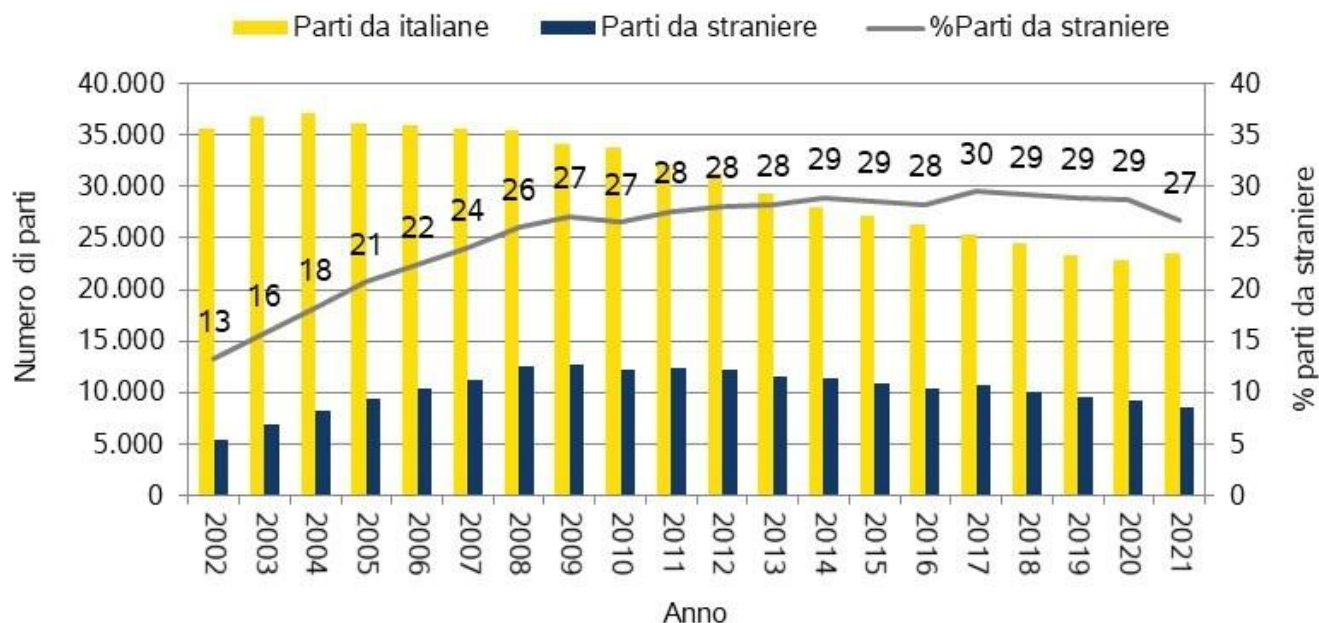
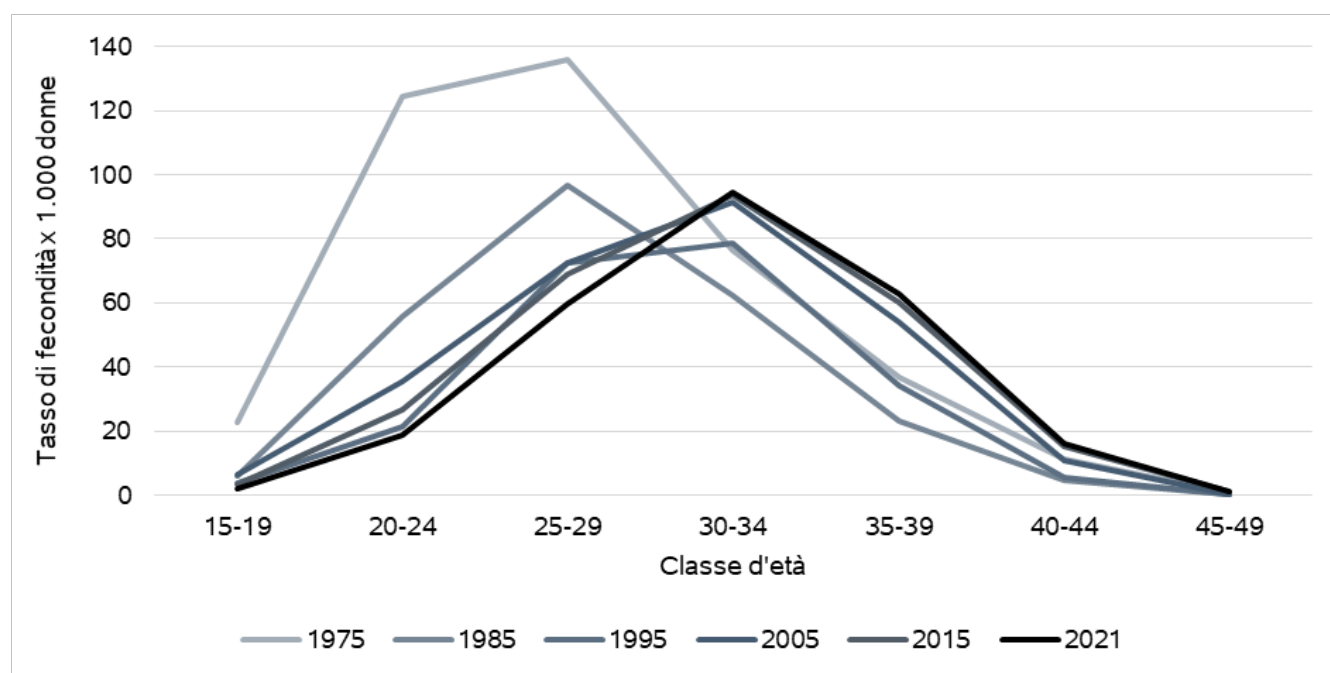


Figura 1.4.3 Tassi di fecondità specifici per classe d'età. Veneto, anni 1975-2021



Approfondimenti

⇒ Rapporto tecnico Attività 2022 del Registro Nascita, Veneto

<https://www.ser-veneto.it/public/RapportoRegistroNascita2022.pdf>

⇒ Ministero della Salute - Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Anno 2021

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3264_allegato.pdf

⇒ Istat – Annuario Statistico Italiano 2022

https://www.istat.it/storage/ASI/2022/ASI_2022.pdf

Per maggiori informazioni

Registro Nascita - Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica - Veneto

 via Donà 11- 35129 Padova

 registronascita@regione.veneto.it

 049 8215700

2. Salute della popolazione e stili di vita

CONTENUTI

- 2.1 Abitudine al fumo
- 2.2 Consumo di alcol
- 2.3 Attività fisica
- 2.4 Stato nutrizionale
- 2.5 Rischio cardiovascolare
- 2.6 Diseguaglianze di salute
- 2.7 Sicurezza stradale

Stili di vita - Indagine PASSI, anno 2022

Fumatori



Totale 22%



Femmine 18%



Maschi 26%

Bevitori fuori pasto



Totale 16%



Femmine 13%



Maschi 18%

Sedentari



Totale 15%



Femmine 20%



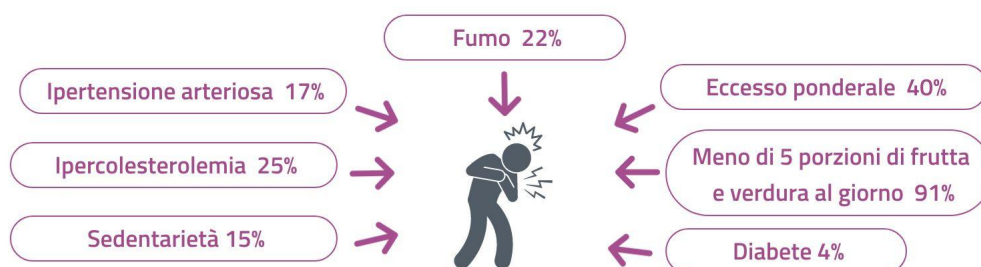
Maschi 11%

Intervistati: campione rappresentativo di età compresa tra i 18 e i 69 anni

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

Stili di vita - Indagine PASSI, anno 2022

Prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare



Disuguaglianze di salute - prevalenza dei fattori di rischio per situazione economica

Difficoltà economiche			
Nessuna			Molte
	20%	Fumatori	33%
	17%	Bevitori fuori pasto	5%
	14%	Sedentari	23%
	38%	Eccesso Ponderale	46%
	17%	Ipertensione	30%
	25%	Ipercolesterolemia	30%
	3%	Diabete	12%
	15%	Almeno 1 patologia cronica	35%

Intervistati: campione rappresentativo di età compresa tra i 18 e i 69 anni

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

2.1 Abitudine al fumo

Secondo il sistema di sorveglianza PASSI, nel 2022 il 57% della popolazione veneta di età compresa tra 18 e 69 anni ha dichiarato di non aver mai fumato; il 21% ha dichiarato di essere un ex fumatore, e meno di un quarto (22%) di essere attualmente un fumatore (Figura 2.1.1).

Nei maschi l'abitudine al fumo è maggiore rispetto alle femmine (26% vs 18%). La quota di fumatori, che costituiscono uno specifico target in termini di prevenzione e assistenza, ha mostrato una riduzione tra il 2008 ed il 2014 (Figura 2.1.2), mentre negli anni successivi si è stabilizzata, sia complessivamente che per genere (Tabella 2.1.1).

Si osserva una minore frequenza di fumatori nella popolazione adulta, con valori intorno al 17-18% nei 50-69enni, mentre le percentuali più elevate si registrano nella fascia di età più giovane (18-24 anni). Vanno evidenziati dei gradienti di abitudine al fumo sia per livello di istruzione che per situazione economica. In entrambi i casi, la percentuale di fumatori è più elevata nelle categorie più svantaggiate (scolarizzazione inferiore; molte difficoltà economiche) e si riduce progressivamente nelle altre categorie.

Per nessuna delle variabili analizzate si evidenziano modifiche nel corso del tempo.

Secondo l'indagine HBSC, in Veneto i 15enni che dichiarano di non aver mai fumato nella loro vita nel 2022 sono stati il 62%, rispetto al 55% riportato nel 2018. Sono in diminuzione anche i ragazzi di 15 anni che dichiarano di fumare quotidianamente (13,0% nel 2014, 8,6% nel 2018 e 6,9% nel 2022) (Tabella 2.1.2). Nelle ultime due rilevazioni risulta ridotto a valori inferiori all'1% la quota di ragazzi di 13 anni che fumano quotidianamente. Infine, il dato relativo ai fumatori abituali nel 2022 tra i 17enni è del 7,9%.

Nota Metodologica

I dati presentati derivano dai sistemi di sorveglianza PASSI e HBSC.

PASSI è un sistema di sorveglianza continuo della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni. Un campione rappresentativo della popolazione viene intervistato telefonicamente da personale delle Aziende ULSS specificamente formato. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, e la diffusione delle misure di prevenzione. HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è uno studio internazionale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sullo stato di salute e sugli stili di vita degli adolescenti (11-13-15 anni e, dal 2022, 17 anni). HBSC raccoglie informazioni sui comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute e sui fattori che li possono influenzare, per produrre indicazioni utili per definire le politiche sociali e sanitarie a favore degli adolescenti. La rilevazione viene condotta ogni quattro anni: gli ultimi dati disponibili sono relativi al 2022.

Figura 2.1.1 Abitudine al fumo, per genere. Veneto, PASSI anno 2022

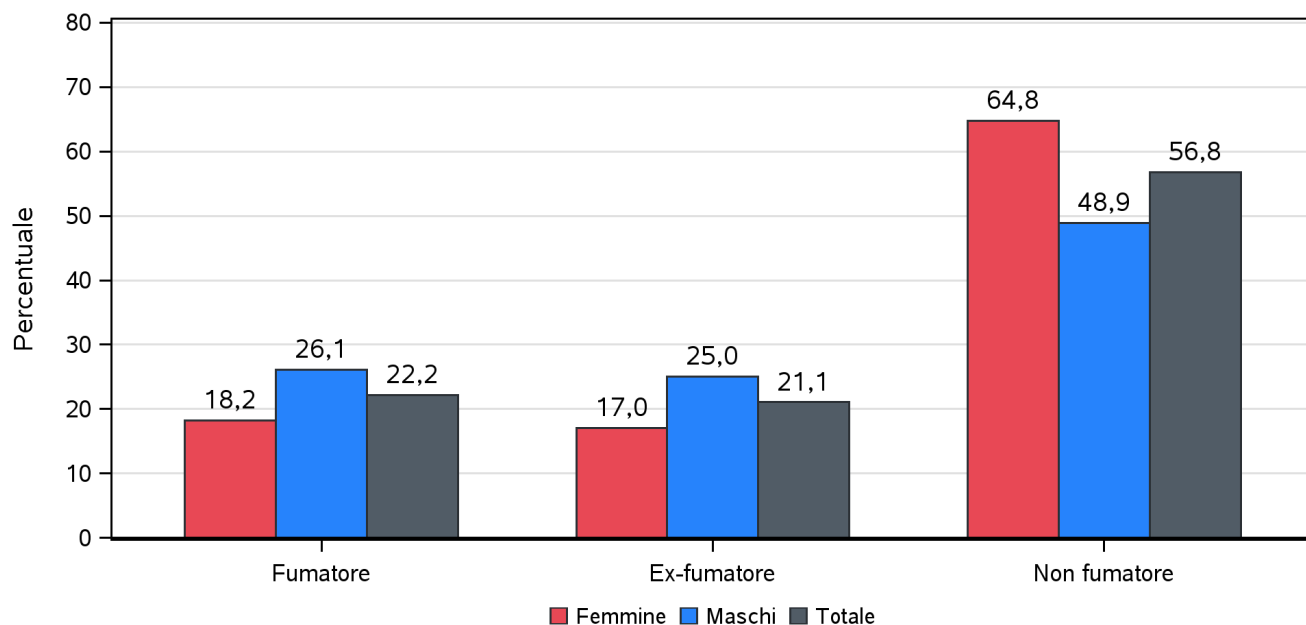


Figura 2.1.2 Andamento temporale della percentuale di fumatori. Veneto, PASSI periodo 2008-2022

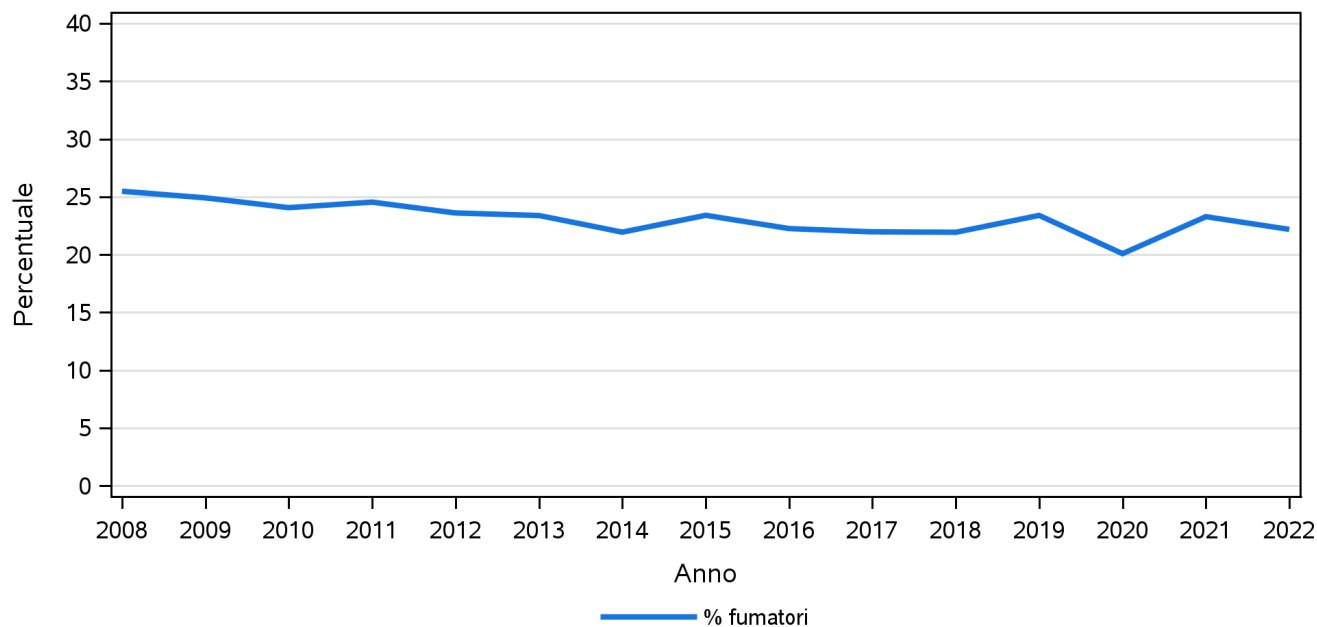


Tabella 2.1.1 Andamento temporale della percentuale di fumatori, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2014-2022

	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021*	2022
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	22,7 (21,8-23,5)	22,1 (21,2-23,1)	22,7 (21,6-23,8)	22,4 (19,7-25,3)	22,2 (19,6-25,0)
Sesso					
Uomini	26,9	25,7	26,6	25,3	26,1
Donne	18,4	18,6	18,8	19,4	18,2
Classe d'età					
18-24 anni	29,8	32,1	30,8	35,6	27,8
25-34 anni	27,4	29,0	30,7	23,2	23,1
35-49 anni	23,6	22,0	23,0	22,8	25,7
50-69 anni	18,0	17,1	17,5	18,6	18,2
Livello di istruzione					
Media inferiore	26,6	24,7	24,8	23,1	24,9
Media superiore	22,4	23,2	23,6	26,7	22,7
Laurea	17,4	15,8	18,3	10,2	19,7
Situazione economica					
Molte difficoltà	32,7	30,7	35,0	30,7	32,9
Qualche difficoltà	24,4	24,4	24,4	30,6	26,0
Nessuna difficoltà	20,0	20,0	20,9	19,1	20,2

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune Aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.

IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.1.2 Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di fumare quotidianamente. Veneto, HBSC periodo 2002-2022

Età	2002	2006	2010	2014	2018	2022*
11 anni	0,5	0,6	0,6	0,4	0,1	0,2
13 anni	3,4	2,4	2,6	2,2	0,7	0,8
15 anni	21,4	18,3	16,0	13,0	8,6	6,9
17 anni	-	-	-	-	-	7,9

* Ragazzi che dichiarano di aver fumato 30 o più giorni nell'ultimo mese.

Approfondimenti

⇒ Salute e Prevenzione - Regione Veneto

<https://www.regione.veneto.it/salute-e-prevenzione>

⇒ Epicentro

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

⇒ Epicentro - PASSI

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

⇒ Indagine HBSC

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

⇒ ARPA Veneto

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

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

📍 Rio Novo – Dorsoduro 3493, Venezia

✉ prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

☎ 0412791352-53

2.2 Consumo di alcol

Secondo il sistema di sorveglianza PASSI, nel 2022 il 74,7% degli intervistati ha dichiarato di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese. La percentuale di intervistati che bevono prevalentemente fuori pasto è il 15,7%, mentre i bevitori "binge", cioè coloro che negli ultimi 30 giorni hanno consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (se uomini) oppure 4 o più unità alcoliche (se donne) sono il 15,3% del totale.

Complessivamente, il 34% degli intervistati può essere definito un consumatore a rischio elevato, rientrando almeno in una delle seguenti categorie: consumo di alcol fuori pasto e/o consumo abituale elevato e/o consumo binge.

La quota di chi ha bevuto più di una unità alcolica nell'ultimo mese è aumentata nel corso degli anni, in particolare a partire dal 2016 (Figura 2.2.1); anche i bevitori fuori pasto e i bevitori binge hanno toccato nel 2022 i valori più elevati degli ultimi anni (Tabella 2.2.1).

Hanno riportato di aver bevuto più di una unità alcolica nell'ultimo mese l'85% degli uomini e il 65% delle donne (Tabella 2.2.2). La fascia di età maggiormente rappresentata sono i 25-34enni (83% degli intervistati), i laureati (85%) e le persone che non riportano difficoltà economiche (77%). Anche l'abitudine a bere fuori pasto è più frequente tra gli uomini (18% vs 13% tra le donne), mentre mostra un gradiente per età con percentuali più elevate tra i giovani (42% nella fascia 18-25 anni) e minime nei 50-69enni (6%). I bevitori fuori pasto sono il doppio tra i laureati rispetto alle persone con licenza media inferiore e aumentano nei soggetti con situazione economica più favorevole. Il consumo binge risulta più diffuso negli uomini (20% vs 10% nelle donne) e nella fascia dei 25-34enni (25%). I valori più bassi sono registrati tra le persone con licenza media inferiore (11%) e in quelle con molte difficoltà economiche (11%).

Secondo l'indagine HBSC, in Veneto i 15enni che nel 2022 dichiarano di aver avuto un consumo di alcol binge (consumo di 4 o 5 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione) almeno una volta negli ultimi 12 mesi sono in riduzione rispetto al 2018, passando dal 46% al 35%. Circa un quinto dei quindicenni dichiara di essersi ubriacato almeno 2 volte nella vita (Tabella 2.2.3), con un andamento in lieve riduzione rispetto agli anni precedenti. Tra gli intervistati di 17 anni di età tale dato per l'anno 2022 sale a circa il 40%.

Nota Metodologica

I dati presentati derivano dai sistemi di sorveglianza PASSI e HBSC.

PASSI è un sistema di sorveglianza continuo della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni. Un campione rappresentativo della popolazione viene intervistato telefonicamente da personale delle Aziende ULSS specificamente formato. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, e la diffusione delle misure di prevenzione. HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è uno studio internazionale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sullo stato di salute e sugli stili di vita degli adolescenti (11-13-15 anni e, dal 2022, 17 anni). HBSC raccoglie informazioni sui comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute e sui fattori che li possono influenzare, per produrre indicazioni utili per definire le politiche sociali e sanitarie a favore degli adolescenti. La rilevazione viene condotta ogni quattro anni: gli ultimi dati disponibili sono relativi al 2022.

Figura 2.2.1 Andamento temporale della percentuale di persone che hanno bevuto più di una unità alcolica nell'ultimo mese. Veneto, PASSI periodo 2008-2022

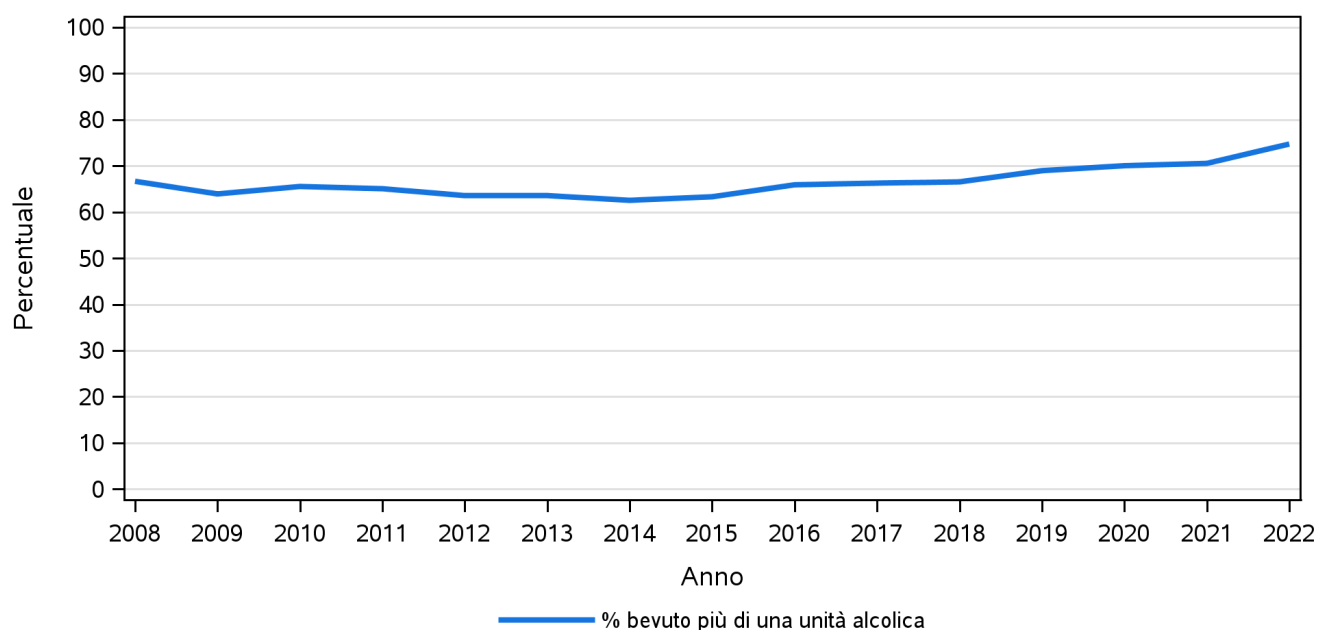


Tabella 2.2.1 Andamento temporale del consumo di alcol. Veneto, PASSI periodo 2014-2022

	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021*	2022
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Bevuto più di una unità alcolica nell'ultimo mese	62,9 (61,9-63,9)	66,1 (65,0-67,1)	67,7 (66,5-68,9)	70,4 (67,5-73,2)	74,7 (71,9-77,3)
Bevitori prevalentemente fuori pasto	12,7 (12,1-13,4)	14,5 (13,8-15,2)	14,9 (14,0-15,7)	12,9 (10,9-15,1)	15,7 (13,6-18,0)
Bevitori binge	12,9 (12,3-13,7)	13,4 (12,7-14,2)	14,6 (13,7-15,6)	14,2 (12,0-16,7)	15,3 (13,1-17,8)

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.

Tabella 2.2.2 Consumo di alcol, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI anno 2022

	Bevuto più di una unità alcolica nell'ultimo mese	Bevitori prevalentemente fuori pasto	Bevitori binge
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	74,7 (71,9-77,3)	15,7 (13,6-18,0)	15,3 (13,1-17,8)
Sesso			
Uomini	84,6	18,1	20,3
Donne	64,8	13,3	10,3
Classe d'età			
18-24 anni	72,6	42,3	13,7
25-34 anni	83,3	32,1	25,0
35-49 anni	74,6	13,0	16,1
50-69 anni	72,5	6,0	12,0
Livello di istruzione			
Media inferiore	64,6	10,7	11,4
Media superiore	76,2	16,2	16,4
Laurea	85,4	21,7	17,8
Situazione economica			
Molte difficoltà	51,9	4,7	10,7
Qualche difficoltà	71,7	14,9	18,0
Nessuna difficoltà	77,3	16,8	14,5

IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.2.3 Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di essersi ubriacati almeno 2 volte nella vita. Veneto, HBSC periodo 2002-2022

Età	2002	2006	2010	2014	2018	2022
11 anni	1,2	1,7	1,9	0,4	0,7	0,5
13 anni	5,8	4,6	4,1	3,2	2,9	3,4
15 anni	24,4	24,8	20,4	21,4	20,9	19,6
17 anni	-	-	-	-	-	39,7

Approfondimenti

⇒ Salute e Prevenzione - Regione Veneto

<https://www.regione.veneto.it/salute-e-prevenzione>

⇒ Epicentro

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

⇒ Epicentro - PASSI

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

⇒ Indagine HBSC

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

⇒ ARPA Veneto

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

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

📍 Rio Novo – Dorsoduro 3493, Venezia

✉ prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

☎ 0412791352-53

2.3 Attività fisica

Delle persone intervistate nel 2022 tramite il sistema di sorveglianza PASSI, il 58% ha dichiarato di avere uno stile di vita attivo, svolgendo un lavoro che richiede un importante sforzo fisico o praticando l'attività fisica settimanale raccomandata (almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni la settimana). Il 26% ha dichiarato di praticare attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (soggetti "parzialmente attivi"), mentre il 15% è completamente sedentario.

Come rappresentato in Figura 2.3.1, la percentuale di persone attive è più elevata tra i maschi (69% vs 48%), mentre la sedentarietà è maggiore tra le femmine.

La percentuale di soggetti sedentari mostra una riduzione progressiva dal 2008 in poi (Figura 2.3.2). Questo trend è stato interrotto da un importante incremento nel 2020-2021, ma nel 2022 la percentuale di sedentari è tornata ai valori pre-pandemici (Tabella 2.3.1). Nel 2022 va evidenziato in particolare il dato elevato di sedentari tra i soggetti di età compresa tra 18 e 24 anni (16,8%), mentre si registra il minimo storico tra i 50-69enni (16,1%).

Non si osserva una associazione tra sedentarietà e livello di istruzione, mentre si evidenzia una quota più elevata di sedentari tra gli intervistati che lamentano maggiori difficoltà economiche (22,9%).

Dall'indagine HBSC condotta nel 2022 emerge che al crescere dell'età diminuisce la pratica dell'attività fisica: infatti la percentuale di chi ha fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno per almeno 5 giorni a settimana passa dal 29% degli 11enni e dei 13enni, al 20% dei 15enni e al 19% dei 17enni (Tabella 2.3.2). Un ulteriore elemento di preoccupazione è legato all'andamento temporale di questo dato, che nel 2022 mostra una flessione in tutte le classi di età coinvolte rispetto alla rilevazione condotta nel 2018.

Nota Metodologica

I dati presentati derivano dai sistemi di sorveglianza PASSI e HBSC.

PASSI è un sistema di sorveglianza continuo della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni. Un campione rappresentativo della popolazione viene intervistato telefonicamente da personale delle Aziende ULSS specificamente formato. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, e la diffusione delle misure di prevenzione. HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è uno studio internazionale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sullo stato di salute e sugli stili di vita degli adolescenti (11-13-15 anni e, dal 2022, 17 anni). HBSC raccoglie informazioni sui comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute e sui fattori che li possono influenzare, per produrre indicazioni utili per definire le politiche sociali e sanitarie a favore degli adolescenti. La rilevazione viene condotta ogni quattro anni: gli ultimi dati disponibili sono relativi al 2022.

Figura 2.3.1 Livello di attività fisica, per genere. Veneto, PASSI anno 2022

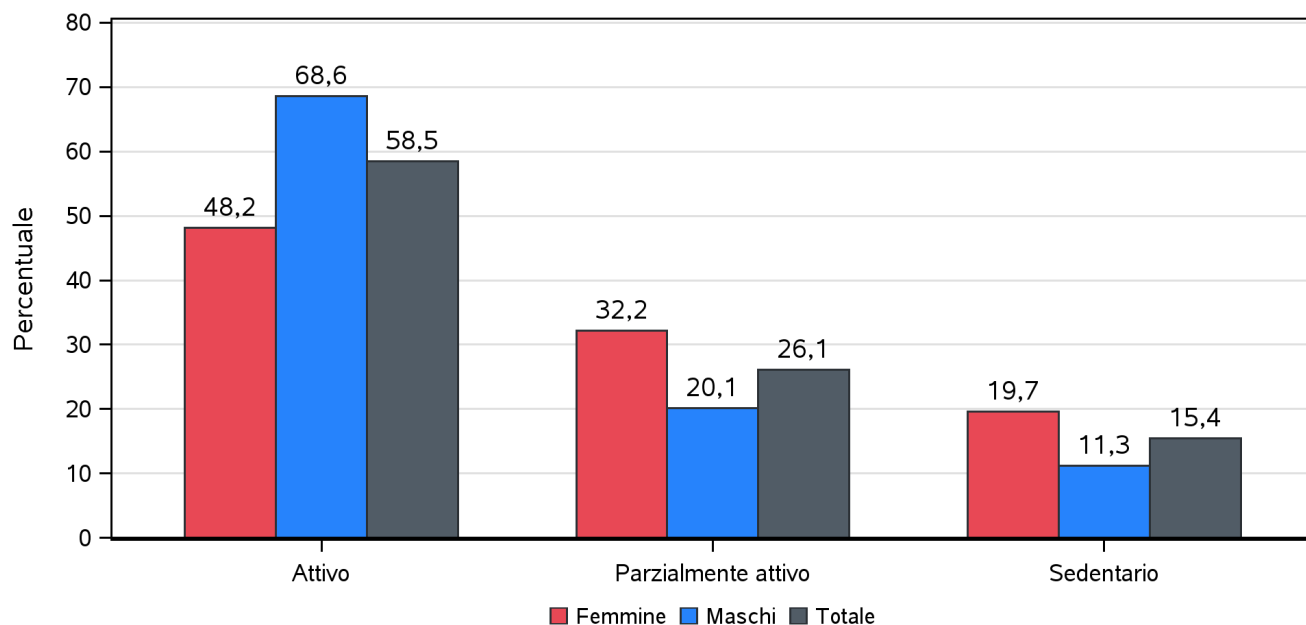


Figura 2.3.2 Andamento temporale della percentuale di sedentari. Veneto, PASSI periodo 2008-2022

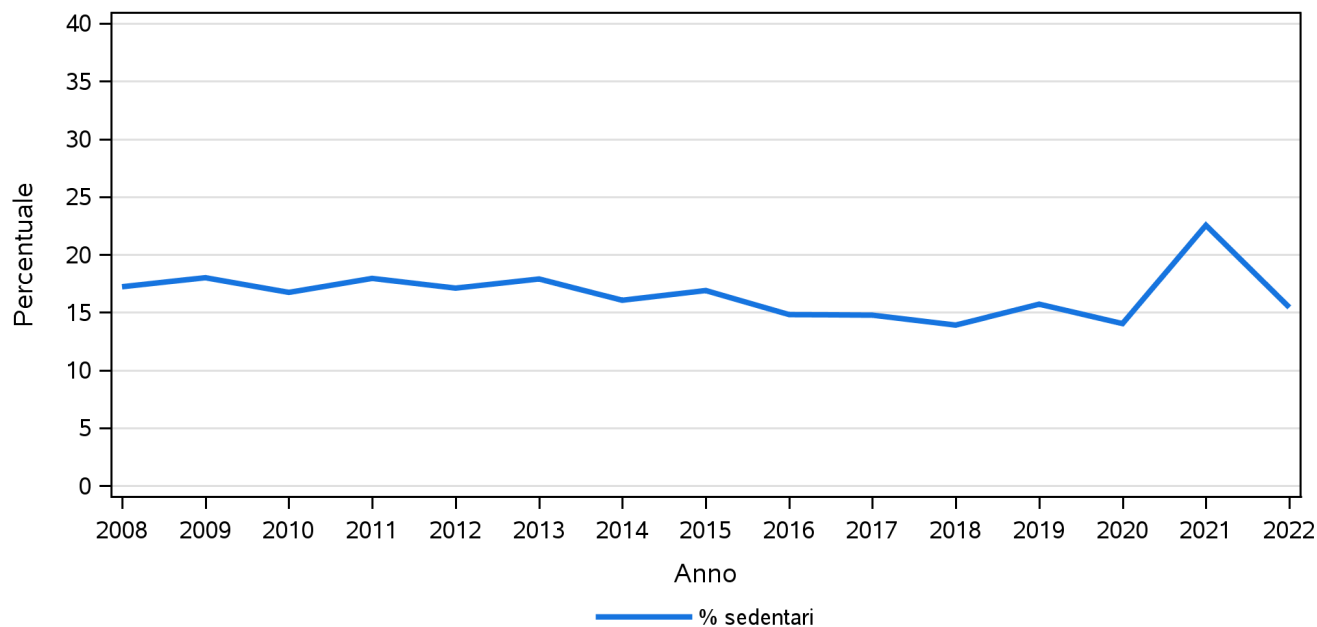


Tabella 2.3.1 Andamento temporale della percentuale di sedentari, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2014-2022

	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021*	2022
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	16,5 (15,7-17,3)	14,8 (14,0-15,6)	14,8 (13,9-15,8)	20,1 (17,6-22,9)	15,4 (13,4-17,8)
Sesso					
Uomini	14,2	12,2	12,0	15,3	11,3
Donne	18,7	17,4	17,7	24,8	19,7
Classe d'età					
18-24 anni	11,1	11,5	13,1	14,3	16,8
25-34 anni	13,3	11,9	12,7	22,3	17,1
35-49 anni	13,9	13,3	12,5	17,4	13,1
50-69 anni	21,5	17,9	17,8	22,6	16,1
Livello di istruzione					
Media inferiore	18,1	15,6	16,5	20,4	14,9
Media superiore	13,9	13,0	13,2	17,8	15,4
Laurea	14,3	14,5	13,1	20,6	14,5
Situazione economica					
Molte difficoltà	27,2	22,9	26,1	36,0	22,9
Qualche difficoltà	17,6	15,9	15,7	18,9	16,9
Nessuna difficoltà	14,0	13,3	13,4	19,2	14,5

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.

IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.3.2 Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di praticare attività fisica per 60 minuti al giorno per almeno 5 giorni a settimana. Veneto, HBSC periodo 2002-2022

Età	2002	2006	2010	2014	2018	2022
11 anni	31,5	36,7	25,2	37,7	34,9	29,4
13 anni	33,5	34,5	28,7	29,5	30,2	29,7
15 anni	27,0	28,5	20,9	23,8	25,2	20,5
17 anni	-	-	-	-	-	18,6

Approfondimenti

⇒ Salute e Prevenzione - Regione Veneto

<https://www.regione.veneto.it/salute-e-prevenzione>

⇒ Epicentro

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

⇒ Epicentro - PASSI

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

⇒ Indagine HBSC

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

⇒ ARPA Veneto

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

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

📍 Rio Novo – Dorsoduro 3493, Venezia

✉ prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

☎ 0412791352-53

2.4 Stato nutrizionale

Delle persone intervistate in Veneto nel 2022 tramite il sistema di sorveglianza PASSI, il 60% risulta essere normopeso, il 30% sovrappeso e il 10% obeso. Complessivamente si stima quindi che il 40% della popolazione presenti un eccesso ponderale. La situazione è migliorata rispetto al 42,1% registrato nel 2020-2021 e si è riportata sui livelli degli anni precedenti (Tabella 2.4.1). Analizzando l'andamento temporale dal 2008 al 2022, si può osservare una sostanziale stabilità della quota di persone con eccesso ponderale in Veneto (Figura 2.4.1).

L'eccesso ponderale è significativamente più elevato nei maschi (47%) rispetto alle femmine (32%) ed è inoltre più frequente con l'aumentare dell'età. In particolare, nel 2022 ha riguardato il 41% dei 35-49enni e il 50% dei 50-69enni. In quest'ultima classe di età, tuttavia, va segnalato che si tratta del valore più basso dal 2014 in poi.

Si osserva una associazione tra eccesso ponderale e livello di istruzione, con valori più elevati tra i soggetti con titolo di studio più basso (52%); inoltre la quota di soggetti in eccesso ponderale è più elevata tra gli intervistati che lamentano difficoltà economiche rispetto a coloro che non ne riportano nessuna.

Dall'indagine HBSC condotta nel 2022 va registrato un valore prossimo al 20% di eccesso ponderale tra i ragazzi di 11 anni ed un 17,3% tra quelli di 13 anni: si tratta dei valori più elevati negli ultimi 12 anni (Tabella 2.4.2). Un dato più favorevole riguarda i 15enni (13%) ed i 17enni (15,7%).

Nota Metodologica

I dati presentati derivano dai sistemi di sorveglianza PASSI e HBSC.

PASSI è un sistema di sorveglianza continuo della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni. Un campione rappresentativo della popolazione viene intervistato telefonicamente da personale delle Aziende ULSS specificamente formato. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, e la diffusione delle misure di prevenzione. HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è uno studio internazionale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sullo stato di salute e sugli stili di vita degli adolescenti (11-13-15 anni e, dal 2022, 17 anni). HBSC raccoglie informazioni sui comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute e sui fattori che li possono influenzare, per produrre indicazioni utili per definire le politiche sociali e sanitarie a favore degli adolescenti. La rilevazione viene condotta ogni quattro anni: gli ultimi dati disponibili sono relativi al 2022.

Figura 2.4.1 Andamento temporale della percentuale di persone con eccesso ponderale. Veneto, PASSI periodo 2008-2022

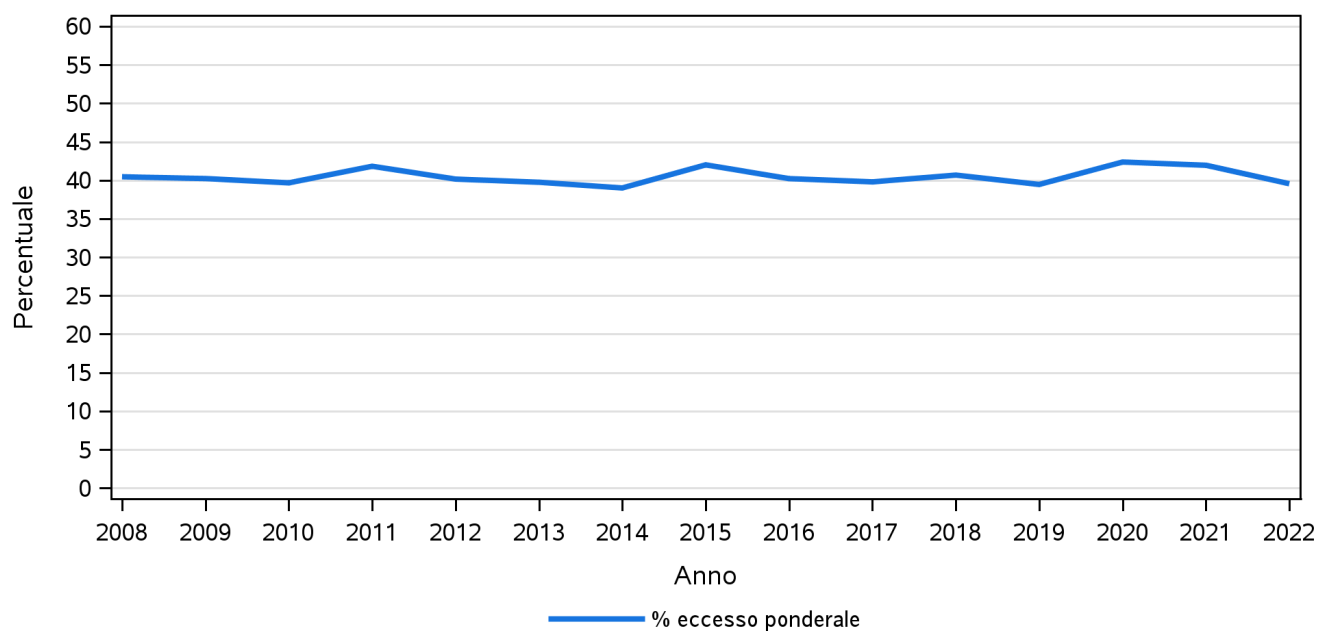


Tabella 2.4.1 Andamento temporale della percentuale di persone in eccesso ponderale, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2014-2022

	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021*	2022
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	40,5 (39,5-41,5)	40,0 (38,9-41,1)	40,1 (38,8-41,3)	42,1 (39,2-45,1)	39,6 (36,5-42,7)
Sesso					
Uomini	49,7	50,0	48,7	53,2	47,3
Donne	31,3	30,0	31,4	30,9	31,7
Classe d'età					
18-24 anni	13,6	15,5	17,9	10,4	11,6
25-34 anni	29,1	26,7	28,0	34,6	23,6
35-49 anni	38,7	37,8	37,2	39,4	41,3
50-69 anni	53,8	53,1	52,1	54,3	50,3
Livello di istruzione					
Media inferiore	49,6	50,2	51,0	55,6	51,7
Media superiore	35,9	35,1	36,7	35,3	35,1
Laurea	24,9	27,5	27,3	39,3	31,4
Situazione economica					
Molte difficoltà	55,4	46,2	50,5	51,4	45,6
Qualche difficoltà	43,4	44,9	43,1	44,7	43,4
Nessuna difficoltà	36,3	36,8	37,9	40,5	37,8

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune Aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.

IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.4.2 Andamento temporale della percentuale di ragazzi in eccesso ponderale. Veneto, HBSC periodo 2002-2022

Età	2002	2006	2010	2014	2018	2022
11 anni	19,1	25,9	17,6	15,3	18,3	19,4
13 anni	16,2	20,4	15,7	13,7	16,0	17,4
15 anni	14,5	19,4	13,5	14,9	15,0	13,1
17 anni	-	-	-	-	-	15,7

Approfondimenti

⇒ Salute e Prevenzione - Regione Veneto

<https://www.regione.veneto.it/salute-e-prevenzione>

⇒ Epicentro

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

⇒ Epicentro - PASSI

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

⇒ Indagine HBSC

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

⇒ ARPA Veneto

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

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

📍 Rio Novo – Dorsoduro 3493, Venezia

✉ prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

☎ 0412791352-53

2.5 Rischio cardiovascolare

Il sistema di sorveglianza PASSI indaga la prevalenza di alcuni fattori di rischio cardiovascolare, tra cui ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete.

Tra gli intervistati veneti tra i 18 e 69 anni che hanno effettuato la misurazione della pressione arteriosa nel 2022, riferiscono di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa il 17%. Si tratta del dato più basso degli ultimi anni, e in particolare va evidenziata l'importante riduzione rispetto al 21% riportato nel biennio 2020-2021 (Tabella 2.5.1).

Nel 2022 non sono emerse differenze nella percentuale di ipertesi per sesso, diversamente dagli anni precedenti, nei quali si poteva osservare un eccesso nei maschi rispetto alle femmine. Come atteso, la percentuale di ipertesi cresce con l'aumentare dell'età; nel 2022 questa condizione è stata riferita dal 12% dei 35-49enni e dal 29% dei 50-69enni.

L'ipertensione risulta più frequente tra le classi con un livello di istruzione inferiore ed in presenza di importanti difficoltà economiche. La percentuale di ipertesi è più elevata nei soggetti con eccesso ponderale e risulta essere più del doppio di quella riscontrata tra le persone normopeso (25,4% vs 11,4%).

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

Tra le persone di 18-69 anni che riferiscono di essere state sottoposte a misurazione del colesterolo, è stata riscontrata ipercolesterolemia nel 25% dei casi (Tabella 2.5.2). L'ipercolesterolemia cresce con l'età ed è più frequente nelle persone con difficoltà economiche e nei soggetti con eccesso ponderale. Diversamente dagli anni precedenti, nel 2022 non risultano differenze associate al livello di istruzione. In Veneto, il 35% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

Complessivamente il 3,8% degli intervistati hanno dichiarato di essere affetti da diabete (Tabella 2.5.3). Diversamente dagli anni precedenti, si osserva una prevalenza maggiore nelle femmine rispetto ai maschi. La percentuale di diabetici aumenta con l'età, arrivando al 5,8% dei 50-69enni, ed è risultata particolarmente elevata tra le persone con molte difficoltà economiche.

La Tabella 2.5.4 riporta la prevalenza di altri fattori di rischio cardiovascolare rilevati dal sistema PASSI. Si sottolinea in particolare il fatto che più del 90% degli intervistati dichiara di assumere meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno.

Nota Metodologica

I dati presentati derivano dal sistema di sorveglianza PASSI.

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

Tabella 2.5.1 Andamento temporale della percentuale di ipertesi, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2014-2022

	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021*	2022
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	20,1 (19,3-21,0)	19,8 (18,9-20,7)	19,4 (18,4-20,5)	21,1 (18,9-23,5)	16,9 (14,7-19,4)
Sesso					
Uomini	22,8	22,3	21,3	25,4	16,7
Donne	17,5	17,3	17,5	16,7	17,1
Classe d'età					
18-24 anni	2,4	3,9	2,5	1,9	2,4
25-34 anni	4,4	5,5	4,0	4,0	2,0
35-49 anni	12,7	11,2	11,1	10,6	11,6
50-69 anni	36,6	35,1	34,2	38,9	28,9
Livello di istruzione					
Media inferiore	24,3	24,6	26,5	29,0	22,3
Media superiore	16,2	16,4	15,9	17,0	17,6
Laurea	11,4	13,0	13,3	15,7	8,0
Situazione economica					
Molte difficoltà	25,2	22,7	24,4	31,1	30,2
Qualche difficoltà	21,5	20,3	20,3	23,3	13,9
Nessuna difficoltà	18,5	19,1	18,6	19,8	17,1

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune Aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.

IC = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.5.2 Andamento temporale della percentuale di persone con elevati livelli di colesterolo, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2014-2022

	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021*	2022
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	25,3 (24,4-26,3)	24,6 (23,6-25,7)	26,0 (24,8-27,4)	25,7 (23,1-28,4)	24,6 (22,0-27,3)
Sesso					
Uomini	26,3	24,7	27,2	24,7	23,9
Donne	24,5	24,5	24,9	26,7	25,2
Classe d'età					
18-24 anni	5,9	7,5	6,5	3,8	1,1
25-34 anni	10,1	9,0	12,0	12,7	7,3
35-49 anni	19,7	17,5	17,1	19,5	19,5
50-69 anni	36,9	36,0	37,9	39,5	39,3
Livello di istruzione					
Media inferiore	28,2	28,6	30,8	34,0	24,8
Media superiore	21,7	21,5	23,2	22,9	23,9
Laurea	21,2	21,3	22,7	19,9	25,4
Situazione economica					
Molte difficoltà	27,5	23,8	25,6	28,7	30,1
Qualche difficoltà	25,3	25,3	24,6	25,6	23,3
Nessuna difficoltà	25,0	24,4	26,7	25,4	24,9

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune Aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.

IC = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.5.3 Andamento temporale della percentuale di diabetici, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2014-2022

	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021*	2022
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	4,2 (3,8-4,6)	3,6 (3,2-4,1)	3,9 (3,4-4,5)	4,2 (3,1-5,7)	3,8 (2,7-5,2)
Sesso					
Uomini	4,8	4,0	4,4	4,7	3,6
Donne	3,6	3,2	3,4	3,7	4,0
Classe d'età					
18-24 anni	0,6	0,4	0,8	0,2	0,4
25-34 anni	0,9	1,2	1,3	2,5	1,8
35-49 anni	2,3	2,2	2,3	1,6	2,9
50-69 anni	8,2	6,4	6,9	7,6	5,8
Livello di istruzione					
Media inferiore	5,2	5,3	4,9	5,9	5,3
Media superiore	2,9	2,5	3,0	2,9	2,5
Laurea	2,7	2,0	2,2	2,5	4,5
Situazione economica					
Molte difficoltà	6,4	7,8	6,2	1,3	11,9
Qualche difficoltà	4,9	3,8	4,7	5,5	4,2
Nessuna difficoltà	3,5	3,0	3,4	4,0	3,2

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune Aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.

IC = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.5.4 Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione veneta. Veneto, PASSI anno 2022

Fattori di rischio cardiovascolare	%	IC 95%
Iperensione arteriosa	16,9	(14,7-19,4)
Ipercolesterolemia	24,6	(22,0-27,3)
Sedentarietà	15,4	(13,4-17,8)
Fumo	22,2	(19,6-25,0)
Eccesso ponderale	39,6	(36,5-42,7)
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	90,6	(88,5-92,4)
Diabete	3,8	(2,7-5,2)

IC = Intervallo di Confidenza al 95%

Approfondimenti

⇒ Salute e Prevenzione - Regione Veneto

<https://www.regione.veneto.it/salute-e-prevenzione>

⇒ Epicentro

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

⇒ Epicentro - PASSI

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

⇒ Indagine HBSC

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

⇒ ARPA Veneto

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

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

📍 Rio Novo – Dorsoduro 3493, Venezia

✉ prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

☎ 0412791352-53

2.6 Diseguaglianze di salute

Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, complessivamente nel 2022 il 4% degli intervistati ha dichiarato di avere molte difficoltà economiche, il 28% qualche difficoltà e il 68% nessuna difficoltà (Tabella 2.6.1).

La percentuale di intervistati che non ha dichiarato nessuna difficoltà economica è maggiore nei maschi (74%) rispetto alle femmine (63%). Si trovano più persone con molte difficoltà economiche nelle fasce di età 35-49 e 50-69 anni (rispettivamente il 4,2% e 4,4%) e nei soggetti con basso livello di istruzione (5,7% con licenza media inferiore). Tra i laureati, l'81% ha dichiarato di non aver difficoltà economiche e solo il 17% di averne qualcuna.

I fattori di rischio rilevati tramite l'indagine PASSI risultano uniformemente più frequenti nella categoria di persone che lamenta importanti difficoltà economiche (Tabella 2.6.2). Unica eccezione è rappresentata dalla percentuale di bevitori fuori pasto, che è sensibilmente più elevata tra i soggetti con poche o nessuna difficoltà economica (15% e 17% rispettivamente, rispetto al 5% di chi ha molte difficoltà economiche).

E' interessante notare come, per la maggior parte dei fattori di rischio, la categoria dei soggetti che riportano qualche difficoltà economica, che costituiscono quasi il 30% dell'intero campione, risulti simile a chi non ha nessuna difficoltà economica: sedentarietà, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete. Fanno eccezione il fumo di sigaretta, che mostra una crescita progressiva con l'aumentare delle difficoltà economiche, e la percentuale di persone con eccesso ponderale, che riguarda il 43,4% di chi ha qualche difficoltà economica, simile al 45,6% di chi ne lamenta molte.

Complessivamente, l'81% degli intervistati ha dichiarato di non essere affetto da patologie croniche, il 15% di averne una ed il 3,7% di averne due o più (Tabella 2.6.3).

Come atteso, la percentuale di persone con una o più patologie croniche aumenta con l'età, riguardando il 16% dei 35-49enni e più di un quarto dei 50-69enni. Non si osservano importanti differenze nella presenza di patologie croniche in relazione al sesso, al livello di istruzione, mentre si può osservare come le persone con molte difficoltà economiche siano gravate da una più elevata prevalenza di patologie croniche (il 39% dei casi, rispetto al 18-19% di chi ha poche o nessuna difficoltà).

Nota Metodologica

I dati presentati derivano dal sistema di sorveglianza PASSI.

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

Tabella 2.6.1 Caratteristiche socio-demografiche degli intervistati, per situazione economica. Veneto, PASSI anno 2022

	Situazione economica		
	Molte difficoltà	Qualche difficoltà	Nessuna difficoltà
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	3,8 (2,7-5,3)	28,0 (25,1-31,0)	68,3 (65,2-71,2)
Sesso			
Uomini	3,4	22,9	73,7
Donne	4,2	33,1	62,7
Classe d'età			
18-24 anni	2,5	27,1	70,5
25-34 anni	2,1	27,4	70,5
35-49 anni	4,2	29,4	66,3
50-69 anni	4,4	27,4	68,3
Livello di istruzione			
Media inferiore	5,7	36,2	58,1
Media superiore	3,6	27,9	68,6
Laurea	1,8	16,9	81,3

IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.6.2 Fattori di rischio degli intervistati, per situazione economica. Veneto, PASSI anno 2022

	Situazione economica		
	Molte difficoltà	Qualche difficoltà	Nessuna difficoltà
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Fumatori	32,9 (19,0-50,7)	26,0 (20,9-31,7)	20,2 (17,2-23,6)
Bevitori fuori pasto	4,7 (1,3-15,9)	14,9 (10,9-19,9)	16,8 (14,3-19,7)
Sedentari	22,9 (12,0-39,4)	16,9 (12,8-22,0)	14,5 (12,1-17,3)
Eccesso ponderale	45,6 (29,8-62,3)	43,4 (37,7-49,4)	37,8 (34,0-41,6)
Iperensione	30,2 (16,9-47,9)	13,9 (10,3-18,5)	17,1 (14,4-20,2)
Ipercolesterolemia	30,1 (17,0-47,5)	23,3 (18,7-28,8)	24,9 (21,7-28,4)
Diabete	11,9 (4,7-27,1)	4,2 (2,3-7,6)	3,2 (2,1-4,8)
Almeno 1 patologia cronica	34,8 (20,8-52,1)	13,3 (9,7-18,0)	15,3 (12,7-18,3)

IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.6.3 Caratteristiche socio-demografiche degli intervistati, per numero di patologie croniche.
Veneto, PASSI anno 2022

	Numero di patologie croniche		
	Liberi da patologia	1 patologia cronica	2 o più patologie croniche
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	80,9 (78,3-83,2)	15,4 (13,3-17,8)	3,7 (2,7-5,1)
Sesso			
Uomini	82,4	14,3	3,3
Donne	79,3	16,6	4,2
Classe d'età			
18-24 anni	91,6	7,6	0,8
25-34 anni	87,6	9,8	2,6
35-49 anni	84,0	14,7	1,3
50-69 anni	74,0	19,6	6,4
Livello di istruzione			
Media inferiore	79,4	15,1	5,5
Media superiore	82,2	15,0	2,8
Laurea	81,4	15,2	3,4
Situazione economica			
Molte difficoltà	61,2	34,8	4,1
Qualche difficoltà	82,2	13,3	4,5
Nessuna difficoltà	81,3	15,3	3,4

IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Approfondimenti

⇒ Salute e Prevenzione - Regione Veneto

<https://www.regione.veneto.it/salute-e-prevenzione>

⇒ Epicentro

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

⇒ Epicentro - PASSI

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

⇒ Indagine HBSC

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

⇒ ARPA Veneto

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

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

📍 Rio Novo – Dorsoduro 3493, Venezia

✉ prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

☎ 0412791352-53

2.7 Sicurezza stradale

Il sistema di sorveglianza PASSI indaga alcuni comportamenti associati alla sicurezza stradale. L'abitudine all'utilizzo della cintura di sicurezza posteriore è aumentato nel tempo, passando dal 38% nel 2014-2015 a quasi il 60% nel 2022 (Tabella 2.7.1).

La percentuale è simile per maschi e femmine, mentre risulta sensibilmente più elevata tra i giovani di 18-24 anni (72%) e i laureati (64%).

La percentuale di persone che hanno dichiarato di guidare sotto l'effetto dell'alcol nel 2022 è stata pari al 7,8% degli intervistati (Tabella 2.7.2). Si tratta del dato più basso registrato negli ultimi anni. Si registra un rischio molto maggiore negli uomini rispetto alla donne (11,7% rispetto al 2,6%) e in chi si trova in difficoltà economiche. La classe di età più giovane (18-24 anni) e i laureati mostrano le percentuali più basse (rispettivamente il 2,5% e il 5,1%).

Nota Metodologica

I dati presentati derivano dal sistema di sorveglianza PASSI.

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

Tabella 2.7.1 Andamento temporale della percentuale di persone che utilizzano la cintura posteriore in auto, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2014-2022

	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021*	2022
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	38,2 (37,0-39,3)	41,0 (39,7-42,3)	44,5 (43,0-45,9)	61,7 (58,2-65,2)	59,5 (56,0-62,9)
Sesso					
Uomini	38,2	40,6	44,6	59,7	59,2
Donne	38,1	41,3	44,3	63,4	59,8
Classe d'età					
18-24 anni	43,9	51,8	53,4	66,4	72,4
25-34 anni	28,4	34,9	40,9	62,7	55,5
35-49 anni	39,7	40,0	42,9	58,8	59,2
50-69 anni	39,1	40,9	44,4	62,1	57,8
Livello di istruzione					
Media inferiore	36,6	39,3	42,8	64,5	56,4
Media superiore	38,5	41,5	45,4	59,7	59,4
Laurea	39,1	41,7	43,4	61,4	64,1
Situazione economica					
Molte difficoltà	38,0	37,5	41,9	57,9	58,9
Qualche difficoltà	37,3	39,3	43,1	64,4	55,4
Nessuna difficoltà	38,7	42,3	45,3	61,2	61,5

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune Aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.

IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.7.2 Andamento temporale della percentuale di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2014-2022

	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021*	2022
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	8,5 (7,8-9,3)	8,9 (8,1-9,7)	9,3 (8,4-10,3)	7,9 (5,9-10,6)	7,8 (5,9-10,4)
Sesso					
Uomini	12,0	11,9	13,0	12,8	11,7
Donne	2,9	4,2	3,9	1,3	2,6
Classe d'età					
18-24 anni	8,3	7,8	5,2	9,5	2,5
25-34 anni	8,8	11,1	11,7	11,9	12,1
35-49 anni	9,0	8,1	9,3	4,1	8,0
50-69 anni	7,9	9,0	9,6	8,9	7,3
Livello di istruzione					
Media inferiore	8,4	8,4	9,6	12,5	8,1
Media superiore	8,9	9,7	9,3	5,6	9,3
Laurea	7,6	7,9	9,0	8,8	5,1
Situazione economica					
Molte difficoltà	10,4	10,8	7,7	10,2	12,1
Qualche difficoltà	6,8	8,9	10,0	5,1	5,4
Nessuna difficoltà	9,2	8,8	9,2	8,8	8,6

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune Aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.

IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Approfondimenti

⇒ Salute e Prevenzione - Regione Veneto

<https://www.regione.veneto.it/salute-e-prevenzione>

⇒ Epicentro

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

⇒ Epicentro - PASSI

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

⇒ Indagine HBSC

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

⇒ ARPA Veneto

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

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

📍 Rio Tre Ponti 3493, Venezia

✉ prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

☎ 0412791352-53

3. Mortalità generale e per causa

CONTENUTI

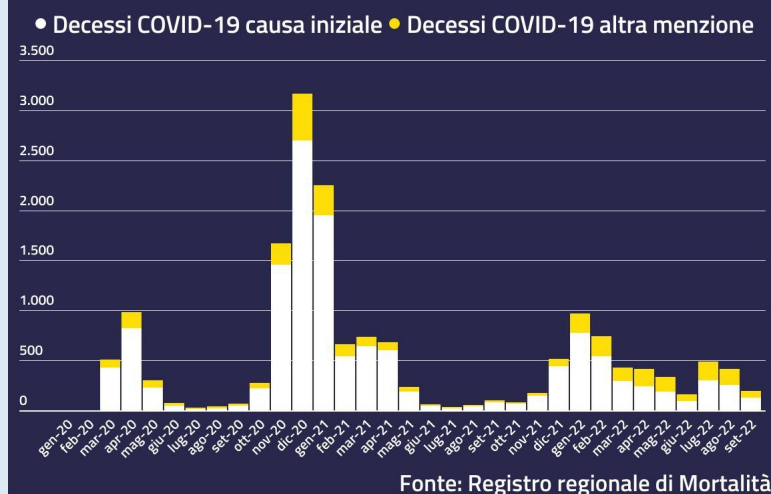
- 3.1 Mortalità generale
- 3.2 Mortalità per causa

MORTALITA' GENERALE e PER CAUSA

55.575
decessi TOTALI nel 2022



Fonte: Anagrafe Unica Assistiti Regione Veneto

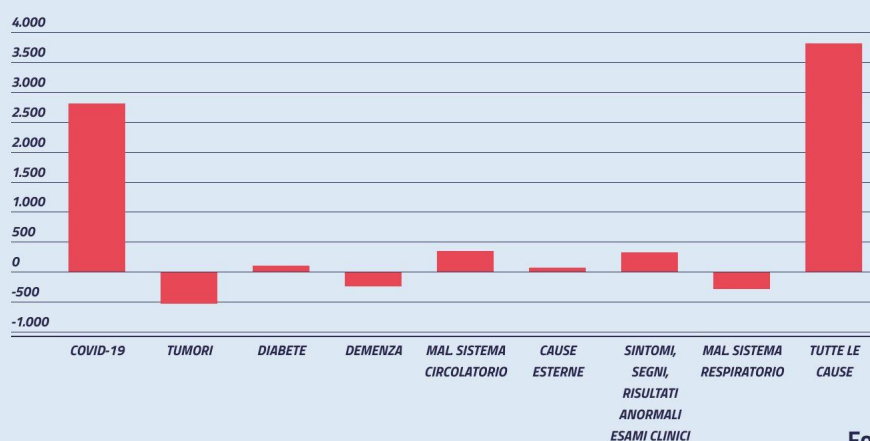


Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

% VARIAZIONE
mortalità totale
rispetto al triennio 2017-2019



Fonte: Anagrafe Unica Assistiti Regione Veneto



VARIAZIONE
ASSOLUTA

gen-set 2022 rispetto al
biennio 2018-2019

Fonte: Registro regionale di Mortalità

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

3.1 Mortalità generale

L'Anagrafe Unica Assistiti della Regione del Veneto è stata analizzata per esaminare l'andamento della mortalità generale nel periodo pandemico. La Figura 3.1.1 illustra gli eccessi di mortalità per classe di età e anno, distinti nei due sessi; sia nei maschi che nelle femmine l'eccesso di mortalità ha riguardato in particolare le classi di età adulte ed anziane a partire dai 50 anni, ed è stato più marcato nel 2020 con aumenti percentuali anche superiori al 10%. Nello specifico, nel 2020 si è osservata una lieve riduzione della mortalità nei soggetti più giovani, in parte spiegabile dalla riduzione della mortalità per incidenti stradali durante il lock-down applicato nel corso della prima ondata epidemica. Sempre nel 2020, l'incremento di mortalità nella classe 65-74 anni è stato particolarmente rilevante negli uomini in confronto alle donne. Nel 2021 rispetto al 2020, l'eccesso di mortalità si è ridotto soprattutto tra i grandi anziani, mentre si è mantenuto consistente, seppur di ampiezza ridotta, tra i 55 e gli 84 anni per gli uomini, e tra i 65 e gli 84 anni nelle donne. Tale andamento differenziale per età può essere in parte spiegato dalla progressiva implementazione della campagna vaccinale, che ad inizio 2021 ha interessato prioritariamente, oltre agli operatori socio-sanitari, gli ospiti delle strutture residenziali e la popolazione ultra-ottantenne.

Nella Figura 3.1.2 sono presentate le stime percentuali mensili degli eccessi di mortalità nel Veneto e in Italia. Si evince come nel Veneto rispetto al confronto nazionale ci sia stato un minor impatto nella prima (marzo-aprile 2020) e nella terza (marzo-aprile 2021) ondata epidemica, mentre si sono registrati più elevati eccessi di mortalità nella seconda (Novembre 2020 – Gennaio 2021) e quarta ondata (Dicembre 2021 – Gennaio 2022).

Nella Figura 3.1.3 è rappresentato l'eccesso mensile di mortalità percentuale nel periodo di pandemia (2020-2022) rispetto alla media dello stesso mese del triennio precedente (2017-2019), distinto per classi di età, dal quale emerge come nel triennio 2020-2022 si sia registrato in corrispondenza delle ondate pandemiche un eccesso di mortalità in tutte le classi di età superiore a 50 anni, più marcato nelle classi di età più anziane. Inoltre, da segnalare per l'anno 2022 picchi di mortalità dovuti all'andamento della pandemia in concomitanza con altri fattori come condizioni di particolare disagio climatico (Luglio – Agosto 2022), e circolazione di altri virus respiratori (Novembre – Dicembre 2022). Nelle analisi per ondata epidemica (Tabella 3.1.1), nei mesi di marzo ed aprile 2020 l'incremento maggiore si è registrato nell'Ulss Scaligera (+43%), tra novembre '20 e gennaio '21 le aziende che hanno riscontrato il maggior aumento di mortalità sono state la Scaligera (+65%), la Berica (+56%) e la Serenissima (+54%). L'eccesso di mortalità in marzo-aprile 2021 è stato particolarmente marcato nelle Ulss Serenissima (+20%) e Euganea (+19%), mentre nell'ondata tra dicembre e gennaio '22 è stato maggiore nella Pedemontana (+25%), nella Berica (+19%) e nell'Ulss Veneto Orientale (+18%). Nella Primavera del 2022 non si sono registrati grandi eccessi di mortalità (+7%), ad eccezione dell'Ulss Serenissima (+18%). Nei mesi di luglio e agosto '22 si sono verificati aumenti della mortalità in pressoché tutte le Ulss, così come negli ultimi due mesi del 2022, più marcati nelle Ulss Veneto Orientale e Berica (+24%).

Nota Metodologica

Il contributo utilizza i dati sullo stato in vita dell'Anagrafe Unica Regionale del Veneto (AUR), mentre per quanto riguarda l'eccesso di mortalità dell'Italia le informazioni sono fornite dall'istituto statistico centrale (ISTAT) e trasmesse ad Eurostat. Il dato è scaricabile dal seguente sito web https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mexrt/default/table?lang=en. L'eccesso di mortalità percentuale è calcolato come rapporto tra la differenza dei deceduti osservati e quelli attesi, rapportata ai deceduti attesi. I deceduti attesi sono stimati come la media annua/mensile dei deceduti 2017-2019 (i dati forniti relativi all'Italia utilizzano il periodo 2015-2019).

Figura. 3.1.1 Eccesso di mortalità (%) rispetto al triennio 2017-2019, per anno, classe d'età e sesso, Veneto

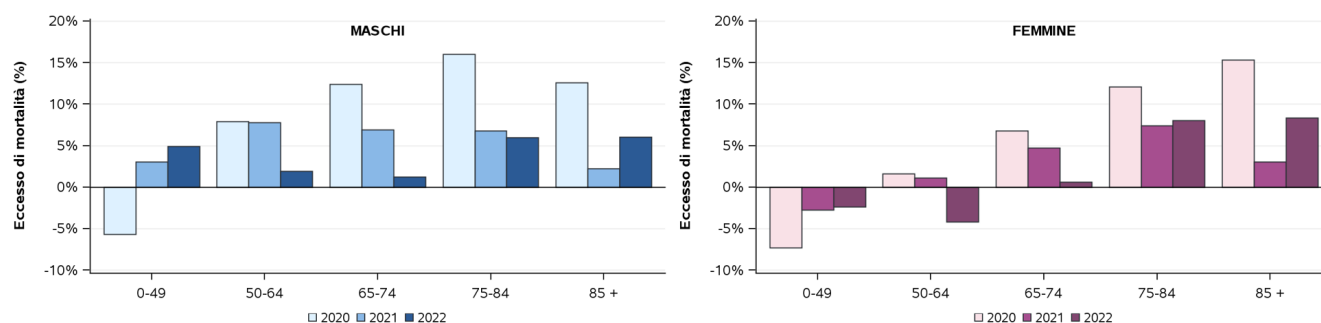


Figura 3.1.2 Eccesso di mortalità (%) per mese, Gennaio 2020 – Dicembre 2022, Veneto e Italia

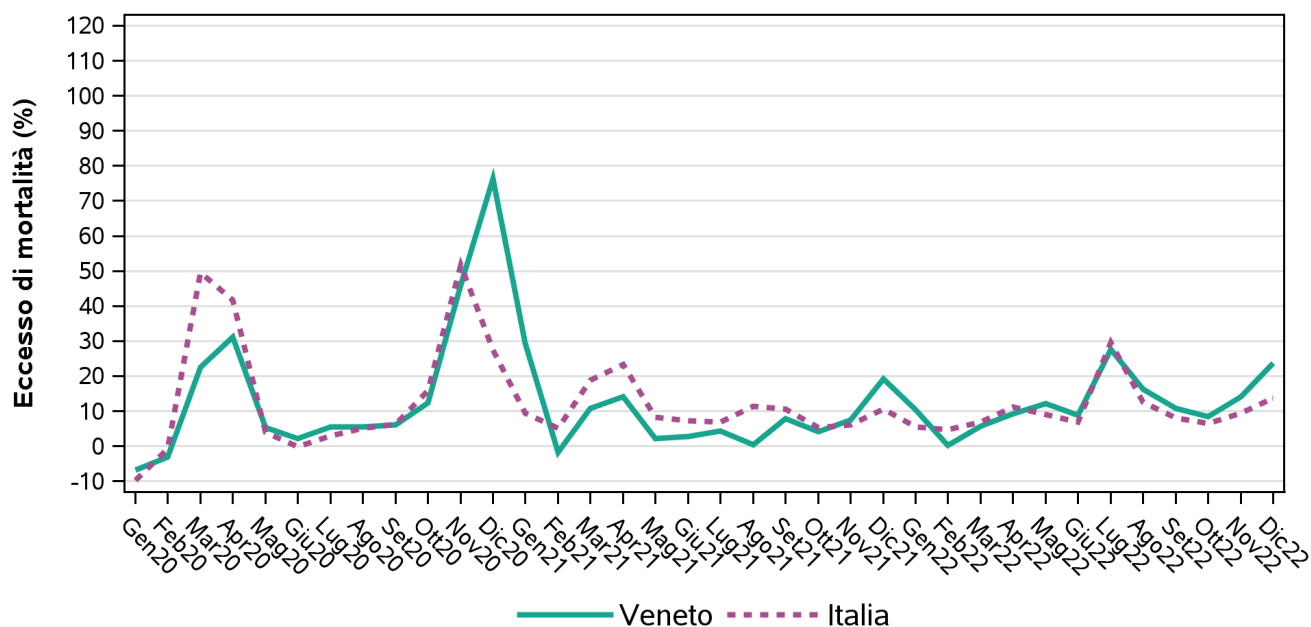


Figura 3.1.3 Eccesso di mortalità (%) per mese e classe d'età, Gennaio 2020 – Dicembre 2022, Veneto

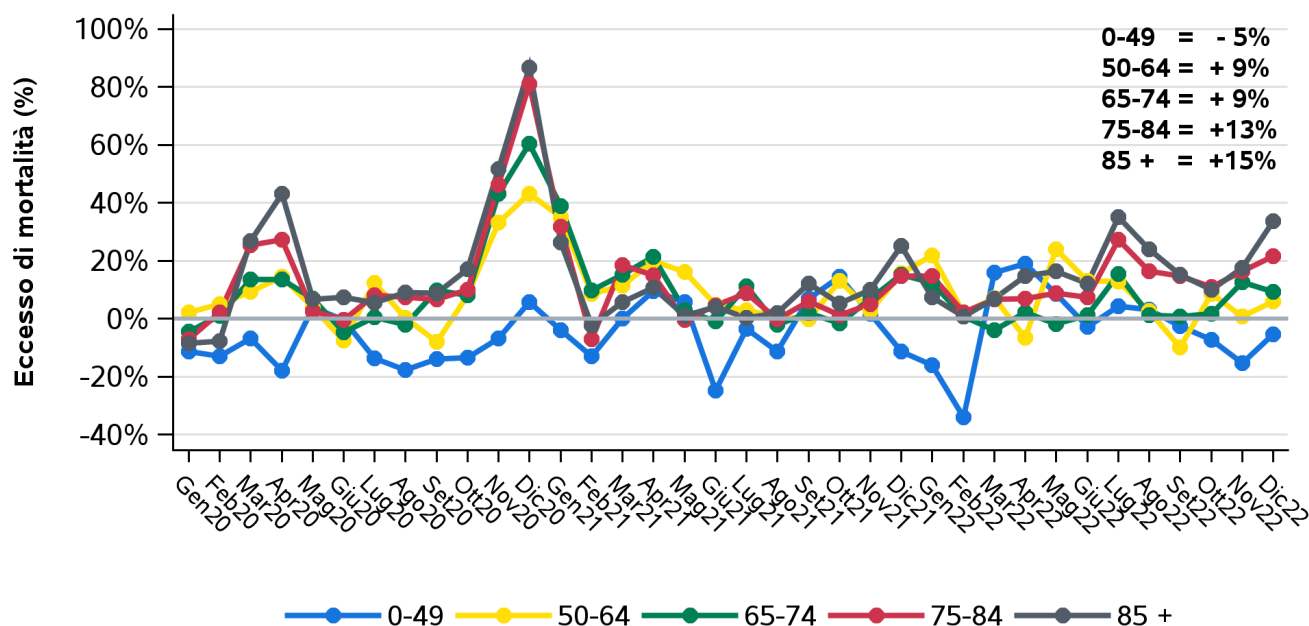


Tabella 3.1.1 Numero totale di decessi del 2020-2022 e variazione percentuale rispetto alla media degli anni 2017-2019 per ondata e Azienda ULSS di residenza

	1° ondata Mar'20- Apr'20		2° ondata Nov'20- Gen'21		3° ondata Mar'21- Apr'21		4° ondata Dic'21- Gen'22		5° ondata Mar'22- Apr'22		6° ondata Lug'22- Ago'22		7° ondata Nov'22- Dic'22	
	Decessi	Var. %	Decessi	Var. %	Decessi	Var. %	Decessi	Var. %	Decessi	Var. %	Decessi	Var. %	Decessi	Var. %
AULSS 1 - Dolomiti	501	15%	1.001	44%	441	1%	523	7%	461	5%	479	25%	512	22%
AULSS 2 - Marca	1.845	31%	3.417	52%	1.582	12%	1.826	15%	1.486	5%	1.531	17%	1.743	23%
AULSS 3 - Serenissima	1.450	28%	2.917	54%	1.358	20%	1.544	17%	1.340	18%	1.312	21%	1.407	18%
AULSS 4 - Ve Orientale	458	13%	845	33%	453	12%	529	18%	431	6%	462	24%	496	24%
AULSS 5 - Polesana	654	21%	1.141	36%	585	8%	679	15%	536	-1%	561	18%	616	19%
AULSS 6 - Euganea	1.826	18%	3.394	36%	1.854	19%	1.884	8%	1.677	8%	1.707	24%	1.850	20%
AULSS 7 - Pedemontana	779	33%	1.465	47%	634	8%	854	25%	617	6%	640	21%	686	10%
AULSS 8 - Berica	921	16%	2.044	56%	843	6%	1.074	19%	840	6%	883	24%	1.006	24%
AULSS 9 - Scaligera	2.173	43%	4.131	65%	1.667	10%	1.982	13%	1.614	6%	1.687	23%	1.786	15%
VENETO	10.607	27%	20.355	49%	9.417	12%	10.895	14%	9.002	7%	9.262	22%	10.102	19%

Approfondimenti

⇒ Rapporto sull'eccesso di mortalità nel periodo 2020 – 2022 nel Veneto

https://www.ser-veneto.it/public/Rapporto%20Mortalit%C3%A0%202012_2022.pdf

Per maggiori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto - UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

 049-8778252

3.2 Mortalità per causa

Dall'andamento della mortalità negli anni 2020-2021 (dati consolidati) e dei primi 9 mesi del 2022 (dati provvisori), a confronto con il biennio 2018-2019 (Figura 3.2.1), si possono osservare i picchi di mortalità totale in corrispondenza delle maggiori ondate epidemiche verificatesi in primavera 2020, ottobre 2020-gennaio 2021, marzo-aprile 2021, e dicembre 2021-gennaio 2022; è inoltre evidente l'eccesso di mortalità a luglio-agosto 2022 (effetto combinato di un'ulteriore ondata epidemica e di condizioni di disagio climatico).

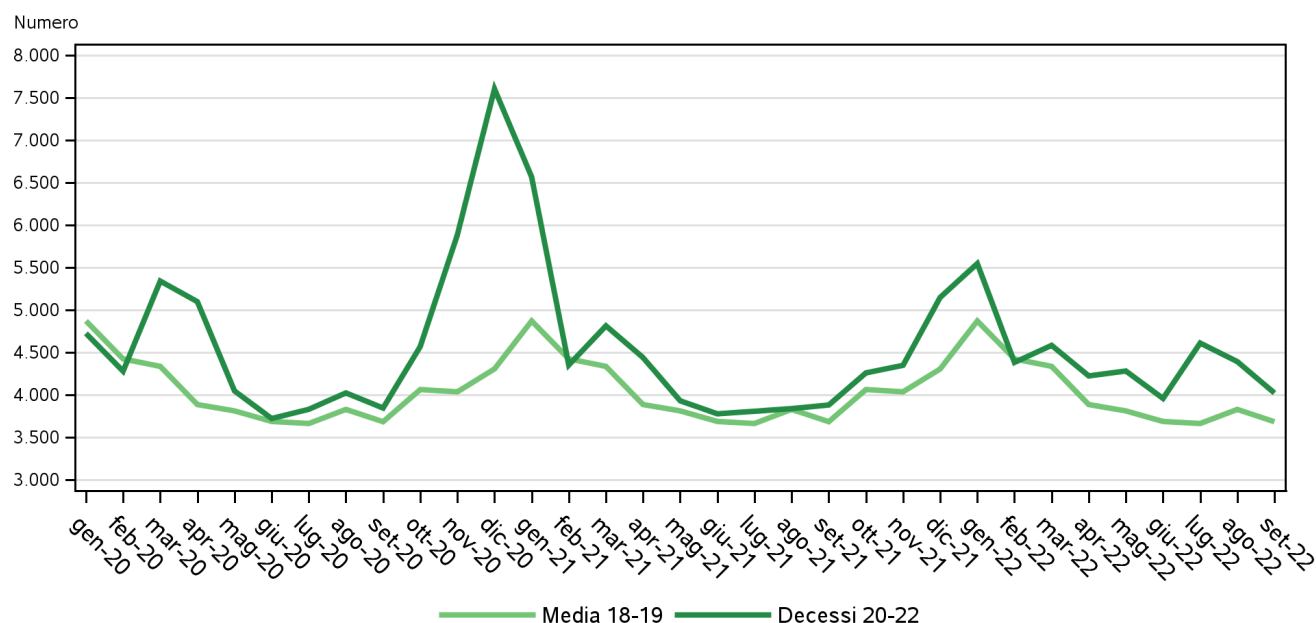
L'analisi della mortalità per causa è condotta sia sulla causa iniziale, selezionata secondo le regole internazionali di codifica, sia sulle cause multiple (qualsiasi menzione della patologia nella scheda di morte). Nel primo picco epidemico i decessi dovuti a /con menzione di COVID-19 (codici ICD-10 U07.1, U07.2) non spiegano interamente l'eccesso di mortalità generale, probabilmente a causa di un certo grado di sotto-diagnosi all'inizio della pandemia. Nella seconda ondata epidemica, più ampia ed associata all'incremento maggiore di mortalità, le schede con menzione di COVID-19 rendono completamente conto dell'eccesso complessivo di decessi. In marzo-aprile 2021, i decessi con menzione di COVID-19 hanno largamente superato il contenuto eccesso di mortalità legato alla terza ondata epidemica. In dicembre 2021 (ma non a gennaio 2022) l'eccesso di mortalità generale supera nuovamente i decessi correlati al COVID-19 (Figura 3.2.2); tale pattern diventa ancor più evidente nell'estate 2022, quando l'ondata epidemica è solo una concausa del picco di mortalità. In Figura 3.2.2 si può inoltre osservare come nel corso del 2022 aumenti la quota di infezioni da COVID-19 segnalate nella scheda, ma non selezionate come causa iniziale del decesso. I decessi attribuiti a COVID-19 come causa iniziale sono stati 5.973 nel 2020, 4.772 nel 2021, e 2.811 nei primi nove mesi del 2022, rappresentando il 10,5%, il 9,0% ed il 7,0% di tutti i decessi registrati, rispettivamente. Come esempio dell'andamento della mortalità associata ad alcune condizioni croniche, nelle Figure 3.2.3 e 3.2.4 è mostrato l'andamento della mortalità per diabete (ICD-10 E10-E14) e demenza/Alzheimer (F01, F03, G30), sia per la causa iniziale che per le cause multiple. Per il diabete, considerando solo la causa iniziale, si possono intravedere picchi molto contenuti durante le diverse ondate epidemiche. Bisogna considerare che tali analisi routinarie delle cause di morte scontano l'attribuzione al COVID-19 di una quota rilevante di decessi in soggetti affetti da patologie croniche di base. Con l'analisi delle cause multiple, si può invece osservare come l'eccesso di mortalità associata a diabete abbia un andamento simile o più marcato rispetto all'eccesso di mortalità totale. Per le demenze, dopo la seconda ondata epidemica i decessi scendono a livelli che oscillano intorno ai valori attesi.

Nota Metodologica

Fonte informativa: Registro regionale di Mortalità

Sono analizzati i dati di mortalità per causa relativi agli anni 2020-2021 (dati consolidati) ed al periodo gennaio-settembre 2022 (dati provvisori), confrontati con il biennio 2018-2019. L'analisi è stata condotta sia sulla causa iniziale di morte, sia sulle cause multiple; la patologie sono classificate secondo l'ICD-10 (Classificazione Internazionale delle Malattie, X Revisione). E' da premettere che la copertura del registro regionale delle cause di morte è intorno al 99% (non viene compilata la scheda di morte per i deceduti all'estero, poche schede non vengono recuperate e non sono trasmesse al SERR). Inoltre i dati relativi al 2022 sono ancora provvisori, prima delle operazioni di verifica e recupero delle schede mancanti/illeggibili, e quindi leggermente sottostimati.

Figura 3.2.1 Decessi totali registrati per mese nel periodo gennaio 2020 – settembre 2022 vs. media biennio 2018-2019, residenti in Veneto.



3. Mortalità generale e per causa

Figura 3.2.2 Eccesso mensile di mortalità totale (gennaio 2020 – settembre 2022 vs media biennio 2018-2019) e decessi causati/con menzione di COVID-19. Residenti in Veneto.

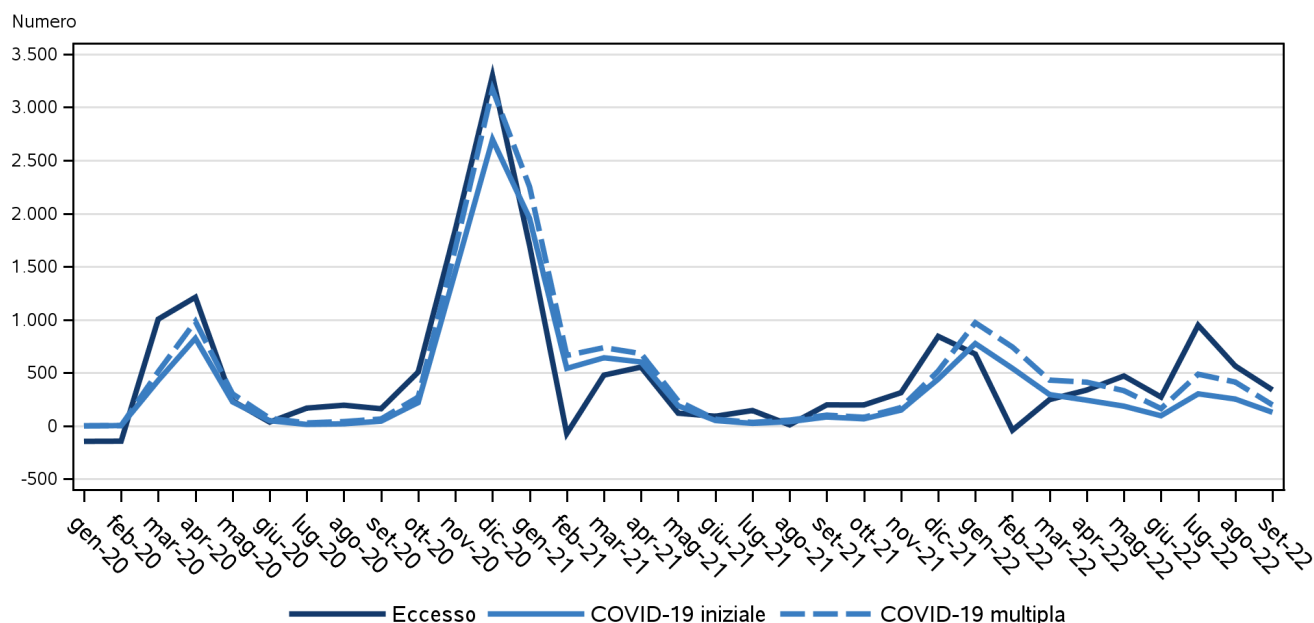


Figura 3.2.3 Andamento mensile della mortalità per diabete (causa iniziale e cause multiple), gennaio 2020 – settembre 2022 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.

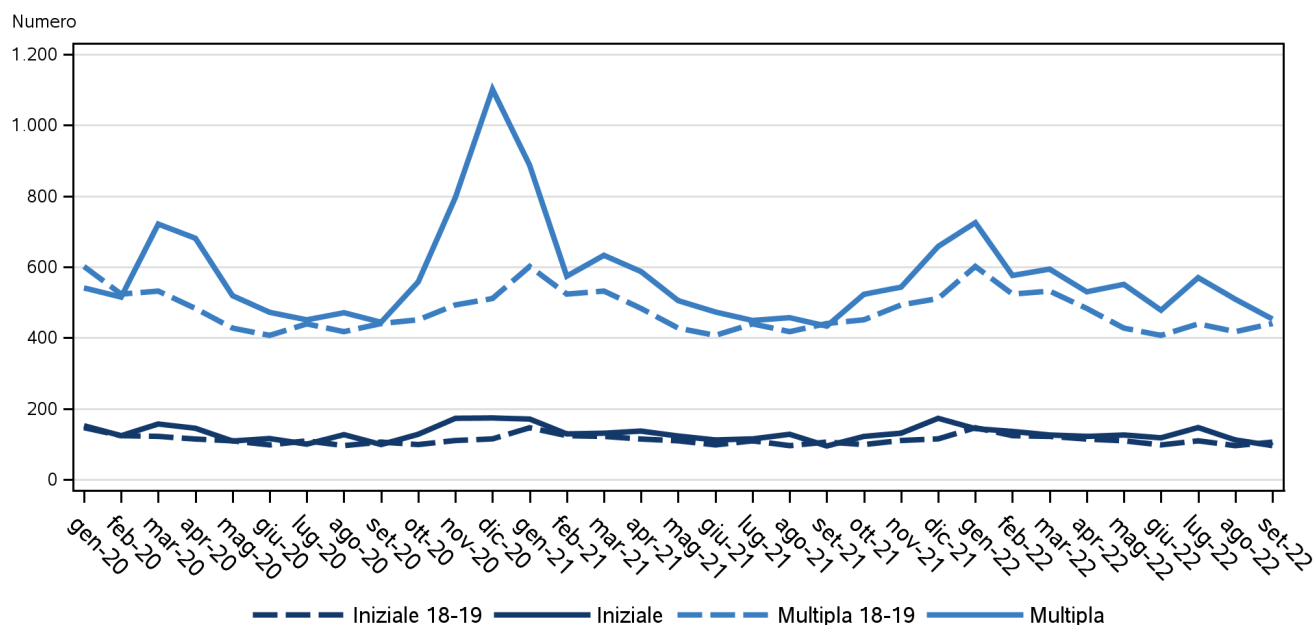
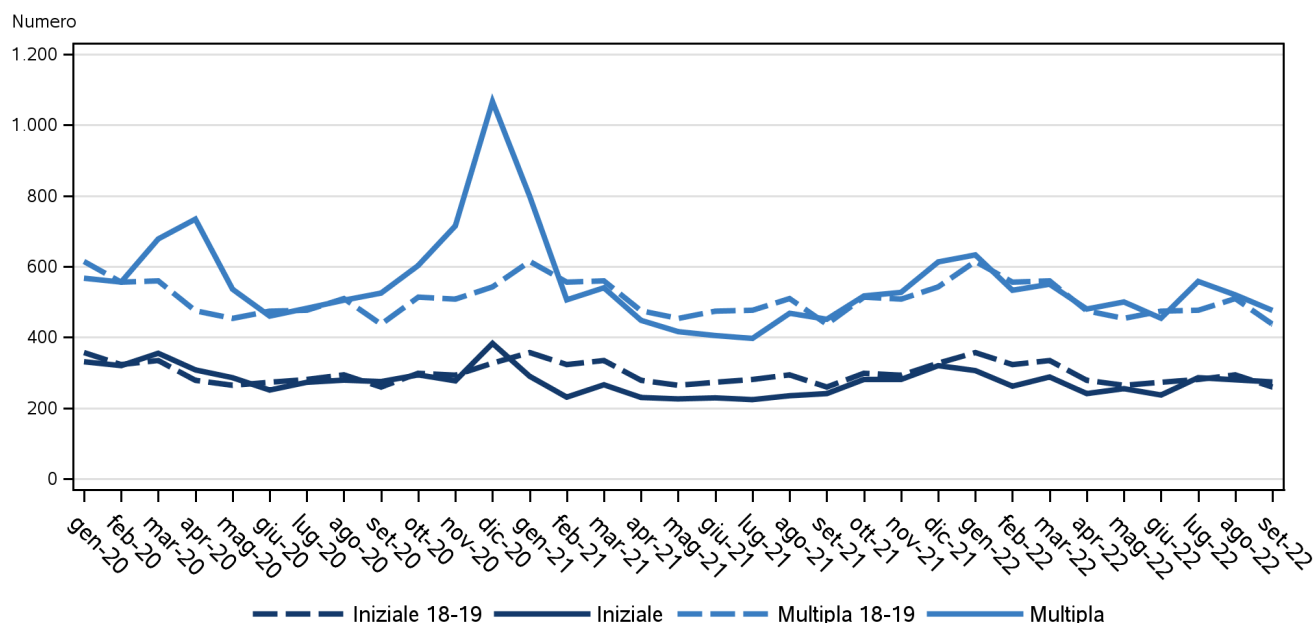


Figura 3.2.4 Andamento mensile della mortalità per demenza/Alzheimer (causa iniziale e cause multiple), gennaio 2020 – settembre 2022 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.



Approfondimenti

⇒ Area Tematica "Mortalità" sul sito del SERR

<https://www.ser-veneto.it/it/aree-tematiche/mortalit/mortalit>

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero - Regione del Veneto

📍 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

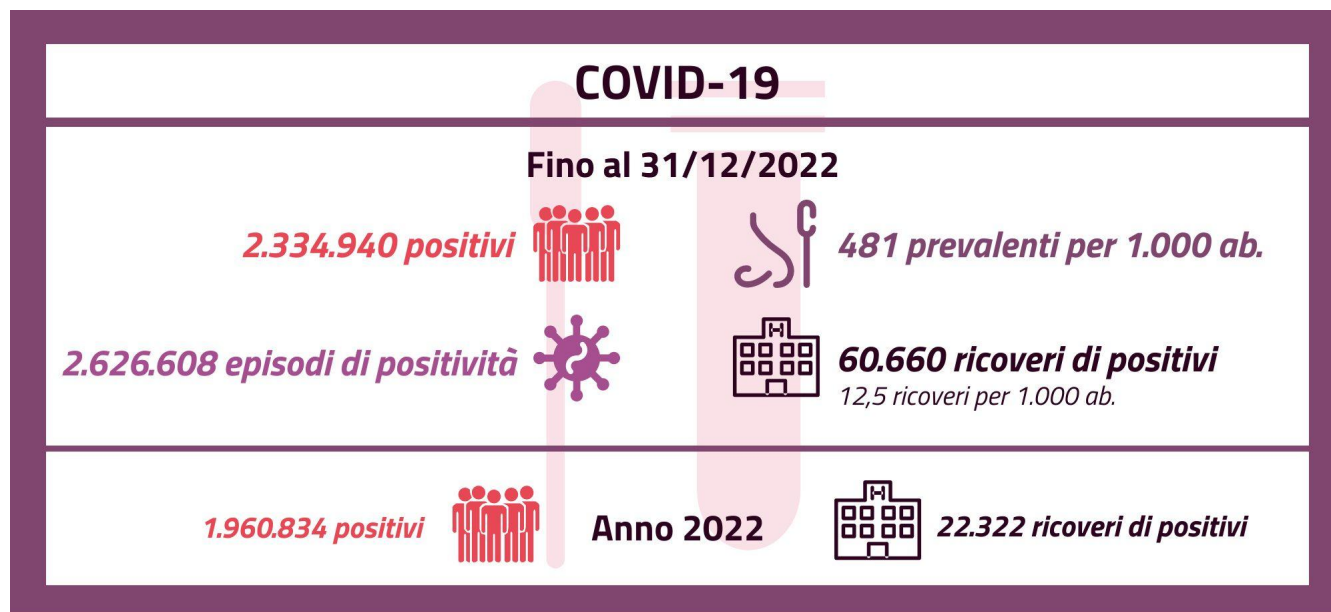
✉ ser@azero.veneto.it

☎ 049 8778252

4. COVID-19 e malattie infettive

CONTENUTI

- 4.1 COVID-19
- 4.2 Malattie infettive



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

4.1 COVID-19

Nel corso del triennio 2020-2022, il Veneto è stato colpito da ripetute ondate epidemiche di COVID-19; dall'inizio della pandemia fino al 31/12/2022 sono stati rilevati 2.334.940 casi di prima infezione (1.842.674 nel solo 2022, 78,9% del totale dei casi dell'intero periodo), pari ad un tasso di prevalenza complessivo di 481 per 1000 abitanti. Nello stesso periodo si sono osservati 60.660 ricoveri in soggetti risultati positivi al virus (22.322 nel solo 2022, 36,8% del totale dei ricoveri dell'intero periodo), con un tasso di ricovero del 12,5 per 1.000 abitanti (Tabella 4.1.1 e 4.1.2). Nel 2022 i tassi di prevalenza più elevati si sono riscontrati nei comuni dell'Aulss Pedemontana (410 per 1.000 ab.) e della Euganea (398 per 1.000 ab.), mentre nel territorio dell'Aulss Dolomiti (339 per 1.000 ab.) e della Scaligera (353 per 1.000 ab.) la prevalenza è risultata più bassa; le Aulss in cui sono stati ricoverati più soggetti sono state la Dolomiti (6,0‰) e la Serenissima (5,5‰).

Le Figure 4.1.1 e 4.1.2 consentono di cogliere il diverso impatto delle successive ondate epidemiche. La circolazione del virus nel Veneto è stata particolarmente rilevante da novembre '20 a gennaio '21, con picchi tra i 3.000 e i 4.000 casi giornalieri, ed ancora maggiore da dicembre '21 a febbraio '22, quando la diffusione dell'infezione ha superato picchi di 18.000 casi al giorno. Per tutto il 2022 si è registrata una fase pandemica di media intensità con ondate anche nel periodo estivo (Figura 4.1.2). Dal mese di dicembre 2021, e per tutto il 2022, l'epidemia ha infatti raggiunto la massima diffusione a causa di una variante del virus più contagiosa, quintuplicando i tassi di infezione rispetto agli stessi mesi dell'anno precedente; ciò nonostante il numero di persone ricoverate è stato contenuto (si sono infatti registrati al massimo 150 ricoveri al giorno), anche grazie alla massiccia campagna di vaccinazione contro il COVID-19. Infine, la Figura 4.1.3 mostra i tassi di mortalità intra-ospedaliera nei soggetti ricoverati per COVID-19, distinti per sesso e classe d'età nei tre anni di pandemia; dall'analisi dei grafici si evince come seppur il 2022 sia stato un anno caratterizzato da un'importante circolazione del virus, la mortalità intra-ospedaliera è diminuita sensibilmente in tutte le classi d'età.

Nota Metodologica

La popolazione in studio è rappresentata dai residenti della Regione Veneto con infezione da infezione da SARS-COV-2 e dai soggetti ricoverati con COVID-19, individuati attraverso il sistema di biosorveglianza regionale, una piattaforma aggiornata in tempo reale sull'evoluzione dell'epidemia. Nel sistema di biosorveglianza vengono inseriti tutti i soggetti risultati positivi al test per la ricerca del virus SARS-COV-2 (tamponi antigenici e molecolari). Il sistema, inoltre, tiene traccia degli eventi di ospedalizzazione di ciascun soggetto positivo, nonché dell'eventuale decesso.

Tabella 4.1.1 Infezioni da SARS-COV-2 per Azienda ULSS. Casi, ricoveri e relativi tassi per 1.000 abitanti. Veneto, periodo dal 24/02/2020 al 31/12/2022. (Fonte SERR su dati di Biosorveglianza)

	Popolazione	Eventi	Casi	Ricoveri	Tasso prevalenza x 1000	Tasso ricovero x 1000	Tasso ricovero medio annuo x 1000
AULSS 1 - Dolomiti	198.676	99.334	88.554	2.991	445,7	15,1	5,3
AULSS 2 - Marca	877.890	480.209	428.800	10.862	488,4	12,4	4,4
AULSS 3 - Serenissima	611.284	328.560	293.500	8.371	480,1	13,7	4,8
AULSS 4 - Veneto Orientale	225.632	122.134	107.379	2.318	475,9	10,3	3,6
AULSS 5 - Polesana	231.295	121.226	108.319	2.744	468,3	11,9	4,2
AULSS 6 - Euganea	926.805	526.620	466.197	11.208	503,0	12,1	4,3
AULSS 7 - Pedemontana	361.564	211.634	186.604	4.736	516,1	13,1	4,6
AULSS 8 - Berica	490.575	264.100	235.251	5.106	479,5	10,4	3,7
AULSS 9 - Scaligera	924.024	472.791	420.336	12.324	454,9	13,3	4,7
VENETO	4.847.745	2.626.608	2.334.940	60.660	481,7	12,5	4,4

Tabella 4.1.2 Infezioni da SARS-COV-2 per Azienda ULSS. Casi, ricoveri e relativi tassi per 1.000 abitanti. Anno 2022. (Fonte SERR su dati di Biosorveglianza)

	Popolazione	Eventi	Casi	Ricoveri	Tasso prevalenza x 1000	Tasso ricovero x 1000
AULSS 1 - Dolomiti	198.676	70.959	67.308	1.201	338,8	6,0
AULSS 2 - Marca	877.890	351.387	331.913	3.789	378,1	4,3
AULSS 3 - Serenissima	611.284	249.050	234.532	3.382	383,7	5,5
AULSS 4 - Veneto Orientale	225.632	88.819	83.755	891	371,2	3,9
AULSS 5 - Polesana	231.295	97.734	90.785	1.236	392,5	5,3
AULSS 6 - Euganea	926.805	393.752	369.353	4.218	398,5	4,6
AULSS 7 - Pedemontana	361.564	158.554	148.242	1.677	410,0	4,6
AULSS 8 - Berica	490.575	202.910	190.648	1.879	388,6	3,8
AULSS 9 - Scaligera	924.024	347.669	326.138	4.049	353,0	4,4
VENETO	4.847.745	1.960.834	1.842.674	22.322	380,1	4,6

Figura 4.1.1 Casi positivi: frequenza giornaliera eventi (media mobile a 7 gg). Veneto, periodo dal 24/02/2020 al 01/03/2023. (Fonte SERR su dati di Biosorveglianza)

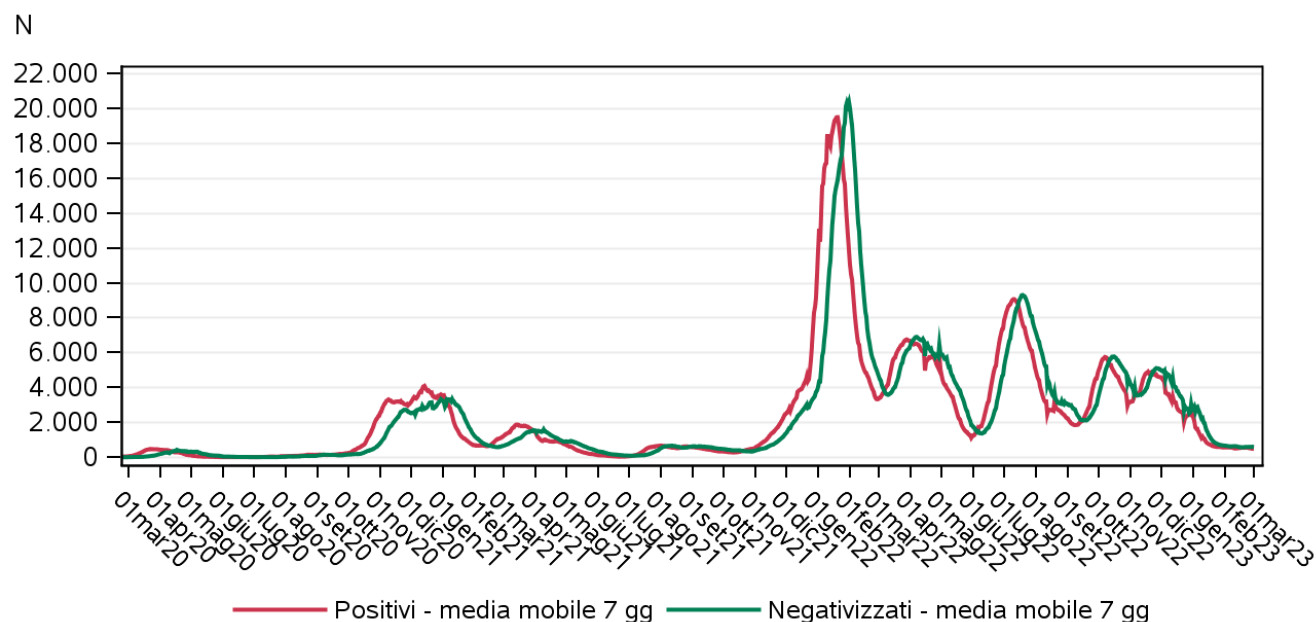


Figura 4.1.2 Andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7 gg). Veneto, periodo dal 24/02/2020 al 01/03/2023. (Fonte SERR su dati di Biosorveglianza)

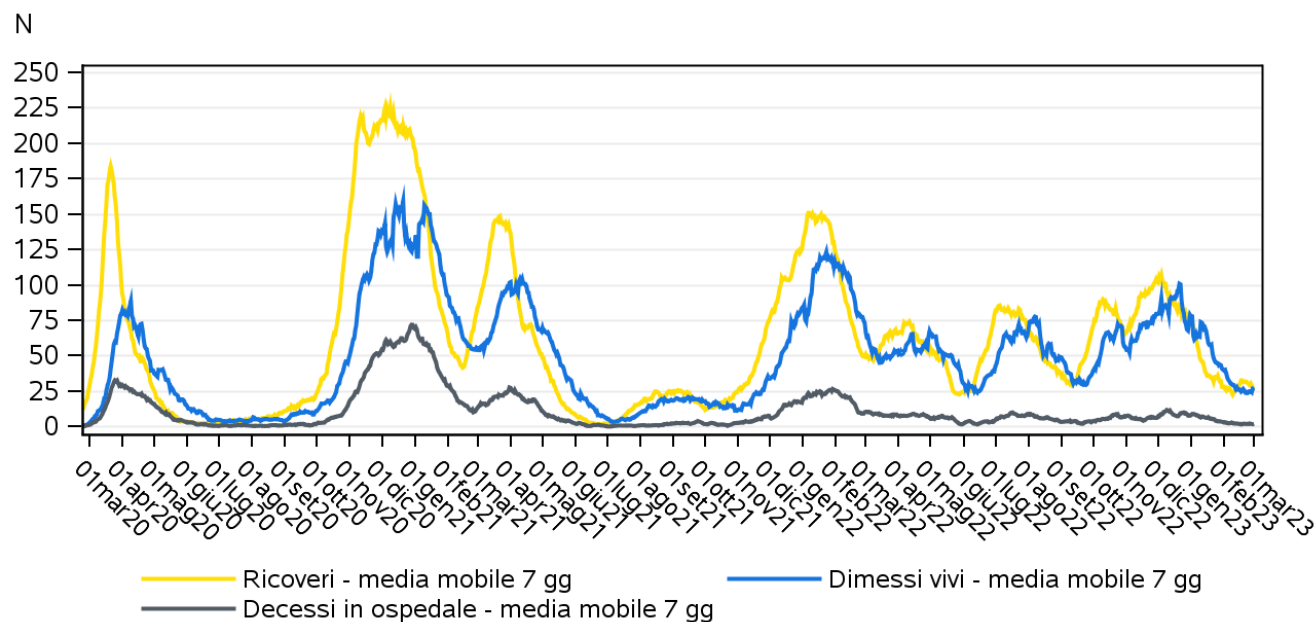
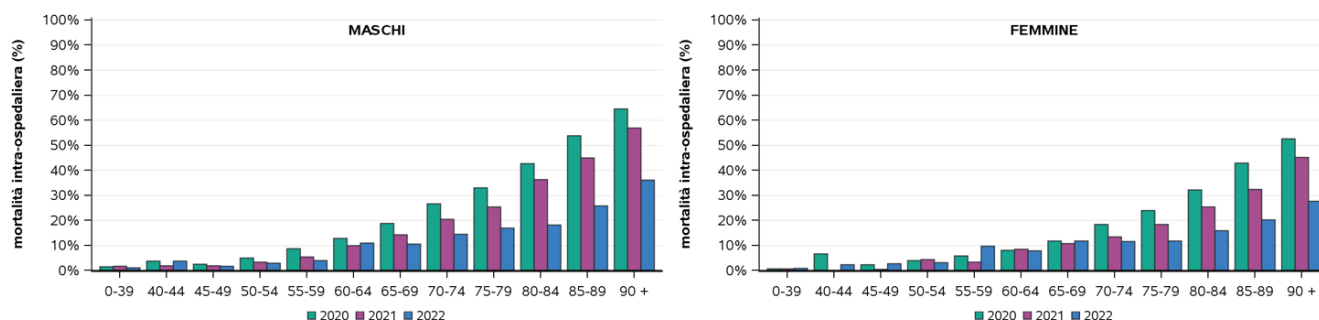


Figura 4.1.3 Mortalità intraospedaliera per classe d'età e anno di ricovero (solo ricoveri COVID-19) distinti per sesso. Veneto - Anni 2020-2022. (Fonte SERR su dati di Biosorveglianza)



Per maggiori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto - UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

 049-8778252

4.2 Malattie infettive

Nella Tabella 4.2.1 si presentano il numero di casi segnalati per anno delle malattie infettive di maggiore rilevanza per diffusione e/o impatto sulla salute della popolazione. Per l'anno 2022, nell'ultima colonna viene presentata anche l'incidenza calcolata rispetto alla popolazione residente in Veneto al 1° gennaio (dati ISTAT).

Rispetto al triennio 2017-2019, si evidenzia una diminuzione nel numero annuale medio di casi segnalati durante i primi due anni della pandemia da COVID-19 (biennio 2020-2021), in particolare rispetto a morbillo, varicella, malaria, epatite A, con una riduzione percentuale del 97%, 82%, 64% e 92% rispettivamente. Il numero di segnalazioni pervenute per sifilide e gonorrea è invece in aumento, con un incremento percentuale del 10% e 61%, rispettivamente, che si mantiene anche per l'anno 2022. Rispetto al numero di segnalazioni annuali pervenute in media negli anni 2012-2019, si evidenzia inoltre una diminuzione nel numero di casi segnalati durante i primi due anni della pandemia da COVID-19, in particolare rispetto a Herpes Zoster, malattia di Lyme, pertosse e scarlattina, con una riduzione percentuale del 70%, 32%, 93% e 92%, rispettivamente.

Tabella 4.2.1 Numero di segnalazioni di malattie infettive per gli anni 2017-2022 e tasso di incidenza per l'anno 2022. Residenti in Veneto, 2022.

Malattia	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Incidenza per 100.000 ab. (2022)
Sifilide	103	137	89	84	157	163	6,85
Gonorrea	21	21	36	23	61	153	6,43
Salmonellosi non tifoidee	357	284	339	225	210	339	14,24
Morbillo	262	33	88	6	1	2	0,08
Varicella	1329	1047	827	218	158	291	12,22
Scarlattina	1094	803	751	145	37	116	4,87
Pertosse	149	190	116	14	1	4	0,17
Herpes Zoster	70	44	57	21	12	15	0,63
Listeriosi	17	19	26	5	16	29	1,22
Epatite A	488	54	38	12	17	15	0,63
Epatite B	41	20	27	17	13	15	0,63
Epatite C	8	6	8	4	6	9	0,38
Malaria	156	137	153	33	73	79	3,32
Legionellosi	170	214	293	227	211	332	13,94
Tubercolosi	334	341	308	199	246	222	9,32
Malattia di Lyme	71	169	123	72	38	59	2,48
Scabbia	651	516	561	348	394	807	33,9
Febbre virale West Nile	20	399	52	11	12	602	25,29
Tick-borne encephalitis	-	42	27	16	15	65	2,73
Dengue	22	34	50	18	4	27	1,13

Approfondimenti

↔ Regione del Veneto - Malattie infettive

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/malattie-infettive-popolazione>

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

📍 Rio Novo, Dorsoduro - 3493, Venezia

✉ prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

☎ 0412791352-53

5. Malattie cardiovascolari

CONTENUTI

- 5.1 Infarto miocardico acuto
- 5.3 Scompenso cardiaco
- 5.2 Ictus

MALATTIE CARDIOVASCOLARI - Veneto, dati anno 2022

INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO



ICTUS



SCOMPENSO CARDIACO

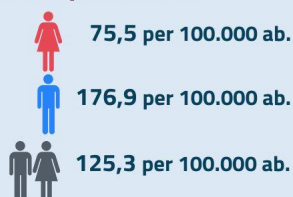


Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

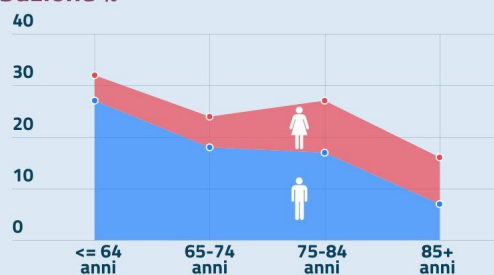
INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO

(Veneto, dati Anno 2022)

Incidenza eventi ospedalizzati



Distribuzione %



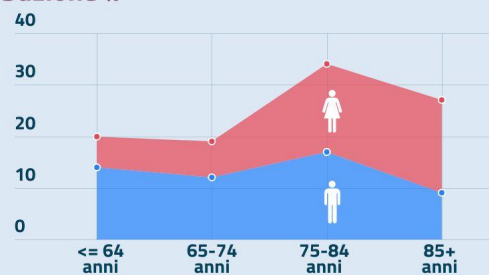
ICTUS

(Veneto, dati Anno 2022)

Incidenza eventi ospedalizzati

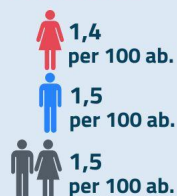


Distribuzione %

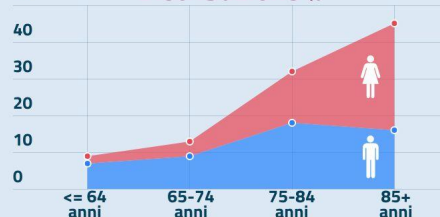


SCOMPENSO CARDIACO (Veneto, dati Anno 2022)

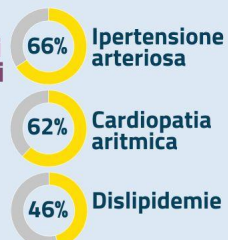
Prevalenza



Distribuzione %



Patologie compresenti più frequenti



Comorbidità



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

5.1 Infarto miocardico acuto

L'ospedalizzazione per l'infarto acuto del miocardio (IMA) nel periodo 2006-2022 risulta in progressiva riduzione (Tabella 5.1.1). Si sottolinea in particolare un'importante diminuzione di lungo periodo degli IMA con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI), che, a partire dal 2016, sono diventati meno frequenti degli eventi di IMA senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI), ad eccezione del 2020, a causa dell'importante calo di IMA NSTEMI durante la pandemia. Nel biennio 2020-2021 infatti si è registrata una marcata riduzione degli eventi NSTEMI, seguita da una parziale crescita nel 2022, senza comunque ritornare ai livelli pre-pandemici.

La riduzione del tasso di eventi di IMA nel periodo analizzato è particolarmente marcata nella popolazione anziana. L'occorrenza di casi di IMA è maggiore tra gli uomini in tutte le classi di età, con differenze di genere nella distribuzione percentuale degli eventi, decisamente più frequenti nelle età avanzate per le donne. Dal confronto tra 2006 e 2022 si conferma la diminuzione del tasso di STEMI in tutte le classi d'età. Per quanto riguarda il tasso di NSTEMI, la diminuzione è molto meno marcata (Figura 5.1.1). Osservando il tasso standardizzato di ospedalizzazione per IMA, stratificato per genere e tipologia, si conferma la riduzione di eventi principalmente a favore degli IMA STEMI in entrambi i sessi (Figura 5.1.2).

Il ricorso all'angioplastica in occasione di IMA STEMI risulta in costante aumento sia complessivamente nel corso del ricovero, che nel giorno indice (% 24 ore, Figura 5.1.3). Dalla Tabella 5.1.2, in cui sono riportate le percentuali di angioplastica effettuate in occasione di IMA STEMI per azienda di residenza in riferimento all'ultimo biennio d'osservazione, si evidenzia una forte variabilità interaziendale, sia per le angioplastiche effettuate durante l'evento (range: 64,5-84,6) che nel giorno indice (range: 45,9-70,8).

Nota Metodologica

La fonte informativa utilizzata è l'archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Veneto. I dati presentati riguardano gli eventi di IMA che si sono verificati tra i residenti in Veneto nel periodo 2006-2022 e che sono stati trattati negli ospedali del Veneto o di altre Regioni. Per il 2022 non sono disponibili, al momento della pubblicazione della RSSR, i dati di mobilità passiva ospedaliera che ammontano a circa il 2% del totale.

Poiché nel percorso assistenziale di un evento si possono verificare più ricoveri (soprattutto per trasferimento tra ospedali a diversa dotazione tecnologica), è stato ricostruito l'intero percorso in fase acuta riconducendo ad un unico evento i ricoveri in regime ordinario avvenuti entro la giornata successiva ad una precedente dimissione. Nella definizione dell'evento sono stati considerati i ricoveri ordinari, con diagnosi principale o secondaria "410.x1", che individuano gli episodi iniziali di assistenza, e suddivisi in due gruppi in base al 4° carattere del codice della diagnosi: 4° carattere = 7: infarto acuto del miocardio senza sopraslivellamento del tratto ST o subendocardico (NSTEMI); 4° carattere ≠ 7: infarto acuto del miocardio con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). Il ricorso a procedure invasive è identificato dalla presenza dei codici di angioplastica ("36.0x" e "0.66").

Tabella 5.1.1 Residenti in Veneto 2006-2022. Numero di eventi di infarto acuto del miocardio ospedalizzati, per tipo di infarto. Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2022

Tipo	Anno																
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
NSTEMI	2.685	2.671	2.588	2.668	2.879	2.928	3.044	3.084	3.238	3.367	3.479	3.437	3.374	3.433	2.991	3.049	3.308
STEMI	4.555	4.366	4.274	4.066	3.880	3.679	3.543	3.350	3.323	3.370	3.351	3.246	3.274	3.217	3.135	3.015	2.766
Totale	7.240	7.037	6.862	6.734	6.759	6.607	6.587	6.434	6.561	6.737	6.830	6.683	6.648	6.650	6.126	6.064	6.074

Figura 5.1.1 Residenti in Veneto. Confronto 2006-2022 tra i tassi (per 100.000) di eventi di IMA ospedalizzati per classe d'età e tipologia di IMA. Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2022

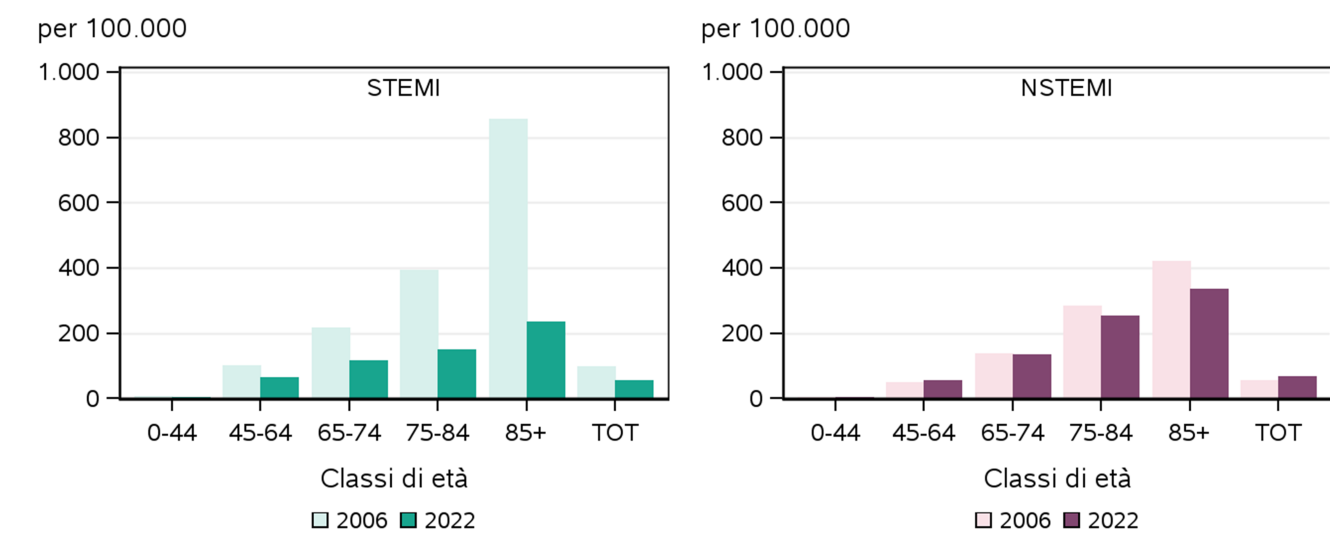


Figura 5.1.2 Residenti in Veneto 2006-2022. Tasso di eventi IMA ospedalizzati (per 100.000) per genere e tipologia. Standardizzazione diretta per età. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007. Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2022

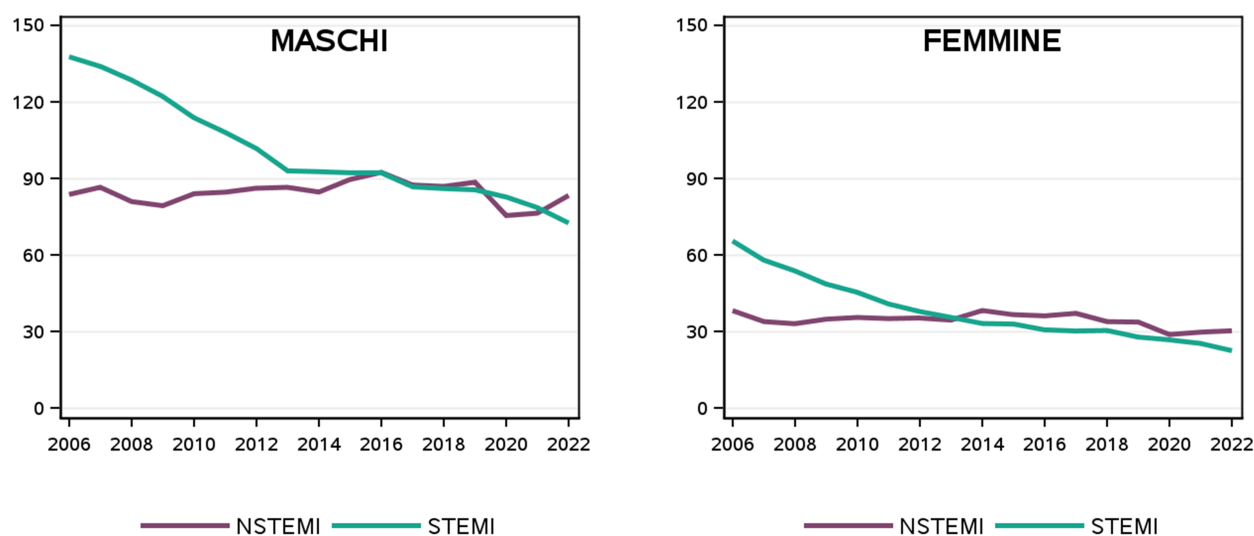


Figura 5.1.3 Residenti in Veneto 2006-2022 Percentuale di eventi di IMA STEMI ospedalizzati con angioplastica durante l'evento (% tot) e nel giorno indice (% 24 ore). Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2022

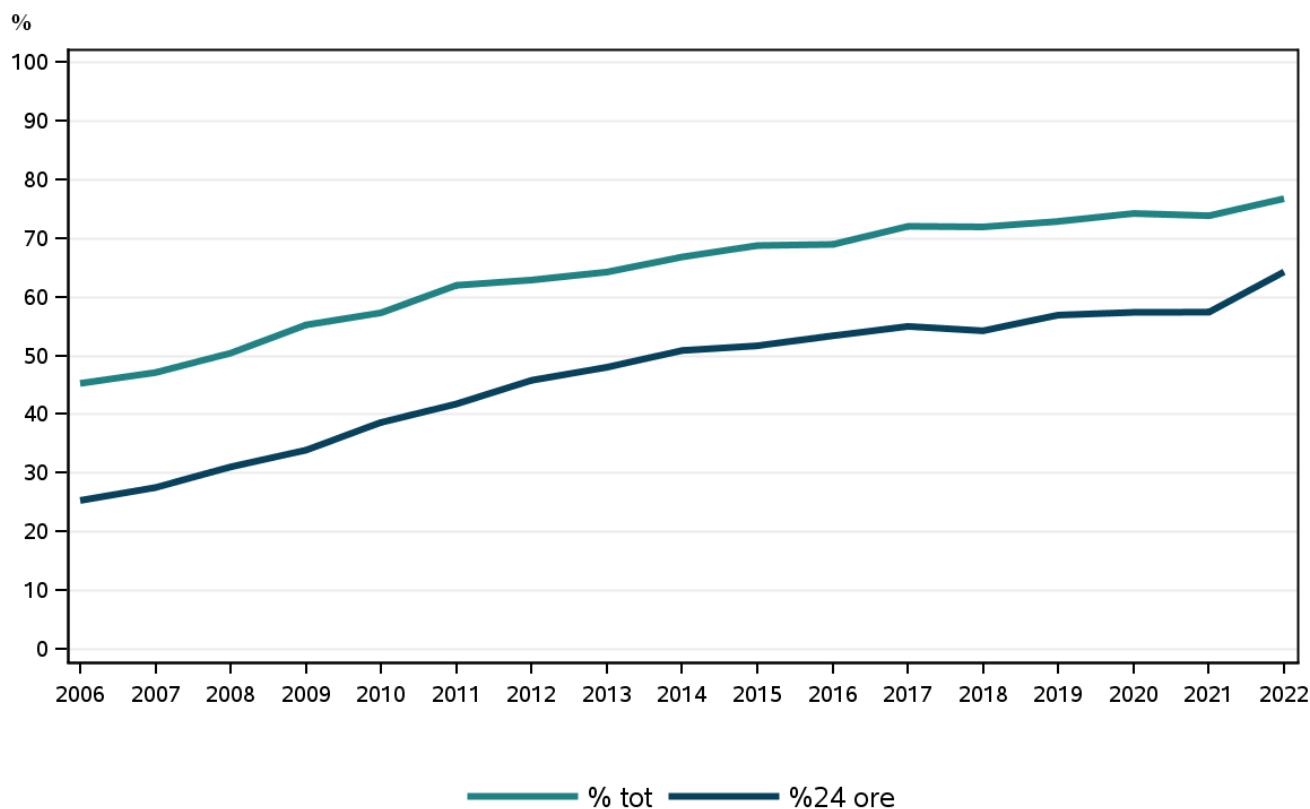


Tabella 5.1.2 Residenti in Veneto 2021-2022. Numero di eventi di IMA STEMI ospedalizzati (N), percentuale di eventi con angioplastica durante l'evento (%) e nel giorno indice (% 24 ore), per azienda di residenza. Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2022

	N. eventi ospedalizzati	%	% 24 ore
501-Dolomiti	230	71,3	62,2
502-Marca Trevigiana	1.000	76,9	66,3
503-Serenissima	834	79,7	63,9
504-Veneto Orientale	273	78,4	68,9
505-Polesana	313	82,7	69,0
506-Euganea	1.219	64,5	45,9
507-Pedemontana	383	84,6	70,8
508-Berica	567	74,3	57,7
509-Scaligera	962	77,2	62,9
VENETO	5.781	75,2	60,6

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

 049 8778252

5.3 Scompenso cardiaco

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

In Veneto, nel 2022, la prevalenza di scompenso cardiaco nella popolazione residente si attesta all'1,5% (70.988 assistiti). La patologia è equamente distribuita nei maschi (35.480 assistiti) e nelle femmine (35.508). Più di metà delle femmine (57.8%) ed un terzo dei maschi (32.5%) hanno un'età uguale o superiore a 85 anni (Tabella 5.3.1). Questa condizione è particolarmente frequente in età avanzata, interessando oltre il 5% dei soggetti tra i 75 e gli 84 anni (6,5% dei maschi e 4,2% delle femmine) arrivando al 15% della popolazione al di sopra degli 85 anni (16,0% dei maschi e 14,5% delle femmine) (Figura 5.3.1).

Dal confronto tra Aziende ULSS, emerge come in rapporto alla media regionale, la prevalenza standardizzata di scompenso cardiaco sia inferiore nelle ULSS 3-Serenissima, 4-Veneto Orientale e 8-Berica, mentre risulti maggiore nelle ULSS 2-Marca Trevigiana, 5-Polesana e 7-Pedemontana (Figura 5.3.2).

Gli assistiti con scompenso cardiaco presentano spesso un elevato numero di comorbidità. Complessivamente, quasi il 60% è affetto da 4 o più altre condizioni croniche, oltre allo scompenso (oltre il 50% tra i 55 e i 64 anni, e oltre il 60% tra i 65 e gli 84 anni) (Figura 5.3.3). Tra le condizioni croniche più comuni vi è l'ipertensione arteriosa (66,1%), la cardiopatia aritmica (62,0%), le dislipidemie (45,8%), la cardiopatia ischemica, incluso l'infarto miocardico acuto (36,7%), il diabete (34,1%), altre cardiopatie, comprese le patologie cardiache valvolari (33,5%), l'insufficienza renale cronica (17,6%) e la vasculopatia cerebrale (17,1%) (Figura 5.3.4).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza di scompenso cardiaco nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket e cure domiciliari. La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2022 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale). Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 5.3.1 Assistiti con Scompenso cardiaco per classi di età e sesso. Veneto, anno 2022

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-34	231	0,7	166	0,5	397	0,6
35-44	265	0,7	136	0,4	401	0,6
45-54	1.127	3,2	401	1,1	1.528	2,2
55-64	3.271	9,2	1.060	3,0	4.331	6,1
65-74	6.389	18,0	3.042	8,6	9.431	13,3
75-84	12.666	35,7	10.193	28,7	22.859	32,2
85+	11.531	32,5	20.510	57,8	32.041	45,1
Totale	35.480	100,0	35.508	100,0	70.988	100,0

Figura 5.3.1 Assistiti con Scompenso cardiaco. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100). Veneto, anno 2022

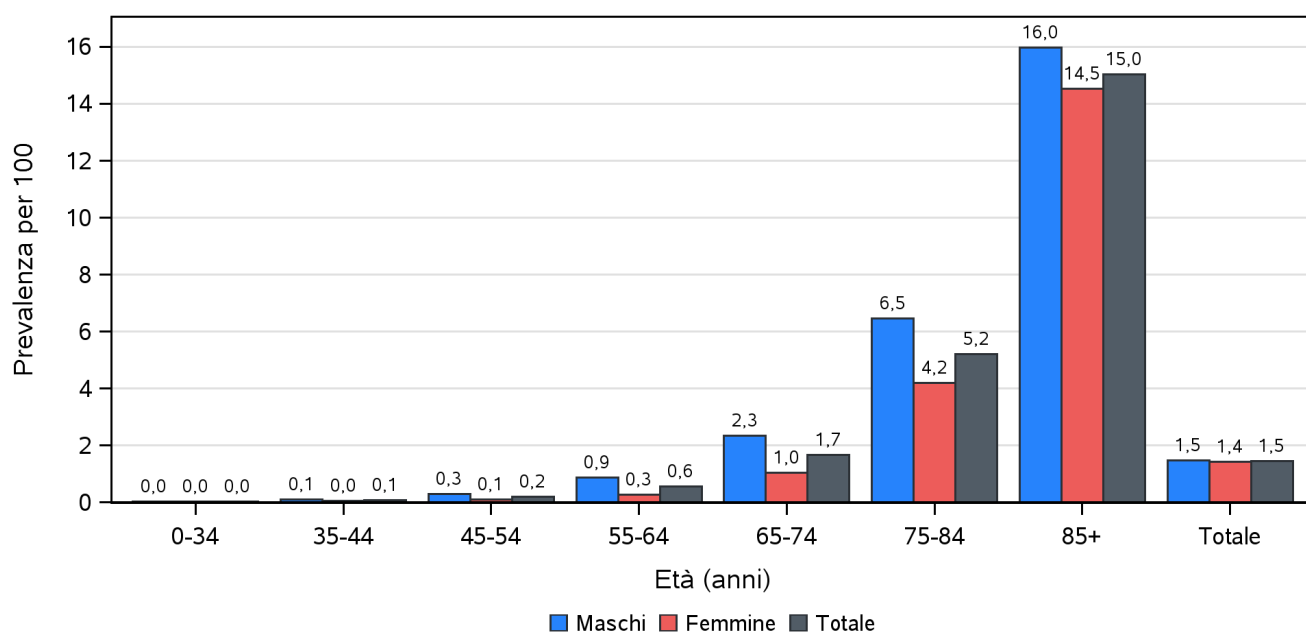


Figura 5.3.2 Assistiti con Scompenso cardiaco. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2022 (Popolazione standard: Veneto 2022)

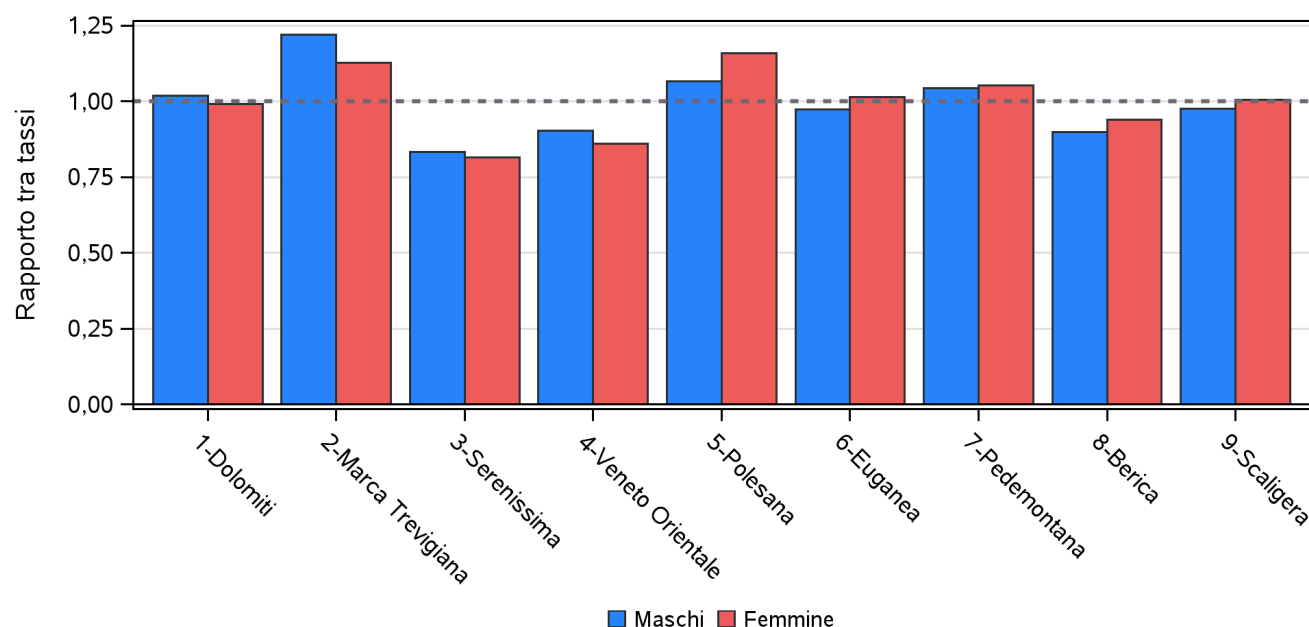


Figura 5.3.3 Assistiti con Scompenso cardiaco per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2022

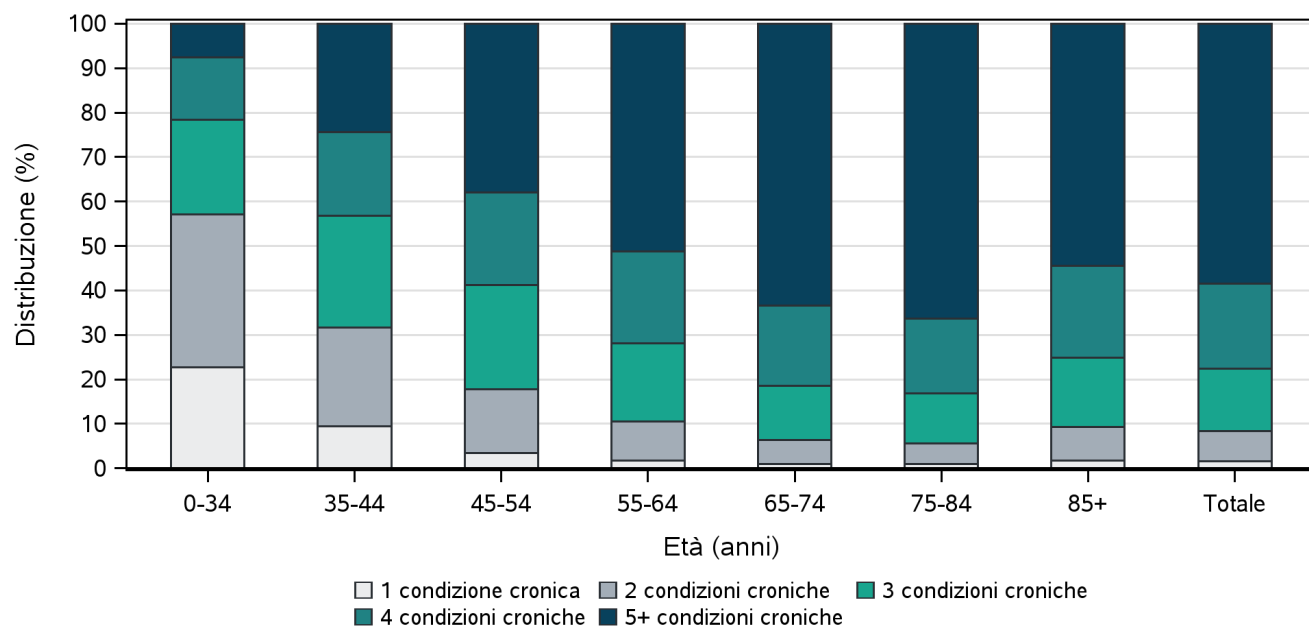
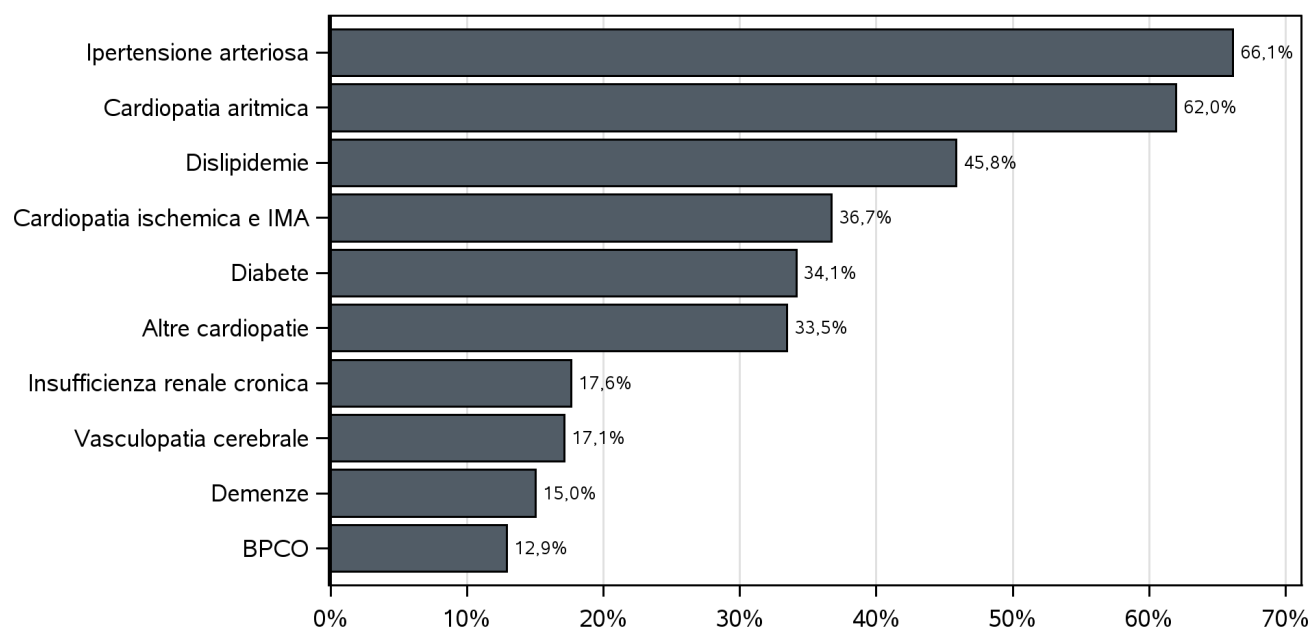


Figura 5.3.4 Assistiti con Scompenso cardiaco. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2022



Per maggiori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri

📍 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

✉️ ser@azero.veneto.it

☎️ 049 8778252

5.2 Ictus

L'ictus è una malattia molto rilevante per la diffusione e per le gravi conseguenze sulla salute delle persone colpite, causando gravi disabilità. Dal 2015 al 2022, nella popolazione residente in Veneto si è osservata una riduzione del numero di eventi di ictus ospedalizzati, riduzione che ha interessato in particolare gli eventi di ictus ischemico.

La distribuzione degli eventi per tipologia è rimasta sostanzialmente stabile nel corso degli anni: nel 77% dei casi si tratta di ictus ischemico, nel 19% di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea (Tabella 5.2.1). Il tasso di eventi cerebrovascolari nella popolazione, ed in particolare degli ictus ischemici e delle emorragie cerebrali, cresce esponenzialmente con l'età (Figure 5.2.1 e 5.2.2); di conseguenza, in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione, l'andamento dei tassi standardizzati per età risulta in ulteriore diminuzione rispetto al numero di eventi osservati. Rimangono, invece, sostanzialmente stabili nel tempo i tassi standardizzati di emorragia subaracnoidea che, sebbene poco frequenti, presentano una crescita rilevante con l'età già tra i 45 ed i 64 anni (Figura 5.2.3). I tassi di ictus ischemico e di emorragia cerebrale sono più elevati nei maschi. Al contrario, per l'emorragia subaracnoidea i tassi di evento sono superiori nelle femmine per tutte le classi di età ad esclusione dei grandi anziani (85 anni ed oltre).

Nel biennio 2021-2022, le Aziende ULSS con il tasso di eventi cerebrovascolari più elevato tra i maschi sono risultate la Pedemontana e la Polesana; l'ULSS Dolomiti presenta i tassi più bassi in entrambi i sessi (Figura 5.2.4).

Nel periodo 2015-2022 si evidenzia un trend in crescita della terapia trombolitica (19.1% nel 2022). Nel corso degli ultimi anni, alla trombolisi si è affiancata la procedura di rimozione meccanica, con una percentuale del 7,3% di eventi trattati con trombectomia nel 2022 (Figura 5.2.5).

Nota Metodologica

Fonte informativa: archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Veneto, anni 2015-2022 (aggiornamento al 04/05/2023); mobilità passiva SDO, anni 2015-2021.

Sono considerati "eventi di ictus" il verificarsi, per il medesimo paziente, di uno o più ricoveri con diagnosi principale di ictus nell'arco di 28 giorni. Nella definizione dell'evento sono stati considerati i ricoveri ordinari, ad esclusione dei ricoveri in Unità Operative di Riabilitazione e di Lungodegenza, con le seguenti diagnosi principali ICD9-CM:

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

Emorragia cerebrale: 431

Emorragia subaracnoidea: 430

Tabella 5.2.1 Numero di eventi di ictus ospedalizzati. Residenti in Veneto, anni 2015-2022

Tipo di ictus	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Emorragia cerebrale	1.717	1.747	1.692	1.725	1.730	1.636	1.572	1.520
Emorragia subaracnoidea	352	368	340	393	371	338	352	374
Ictus ischemico	7.337	7.379	6.970	6.868	6.834	6.341	6.358	6.158
Totale	9.406	9.494	9.002	8.986	8.935	8.315	8.282	8.052

Figura 5.2.1 Eventi di ictus ischemico ospedalizzati: Tasso specifico per età e sesso (media biennio 2021-2022) e tassi standardizzati 2015-2022. Residenti in Veneto. Popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007

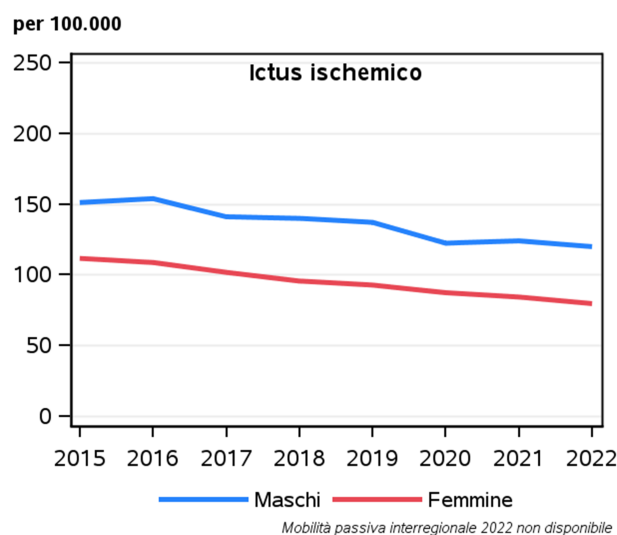
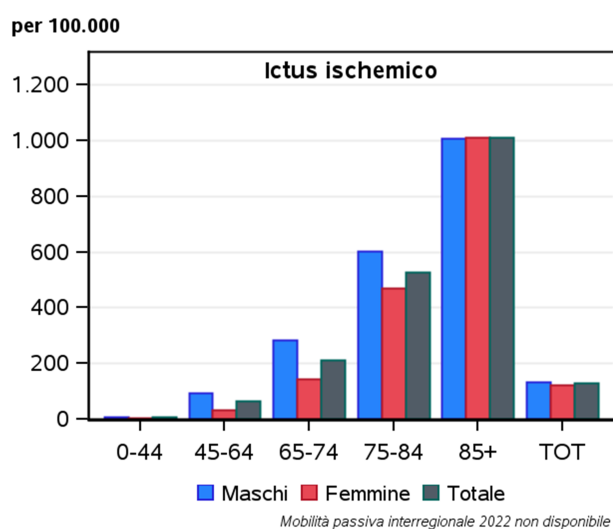


Figura 5.2.2 Eventi di emorragia cerebrale ospedalizzati: Tasso specifico per età e sesso (media biennio 2021-2022) e tassi standardizzati 2015-2022. Residenti in Veneto. Popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007

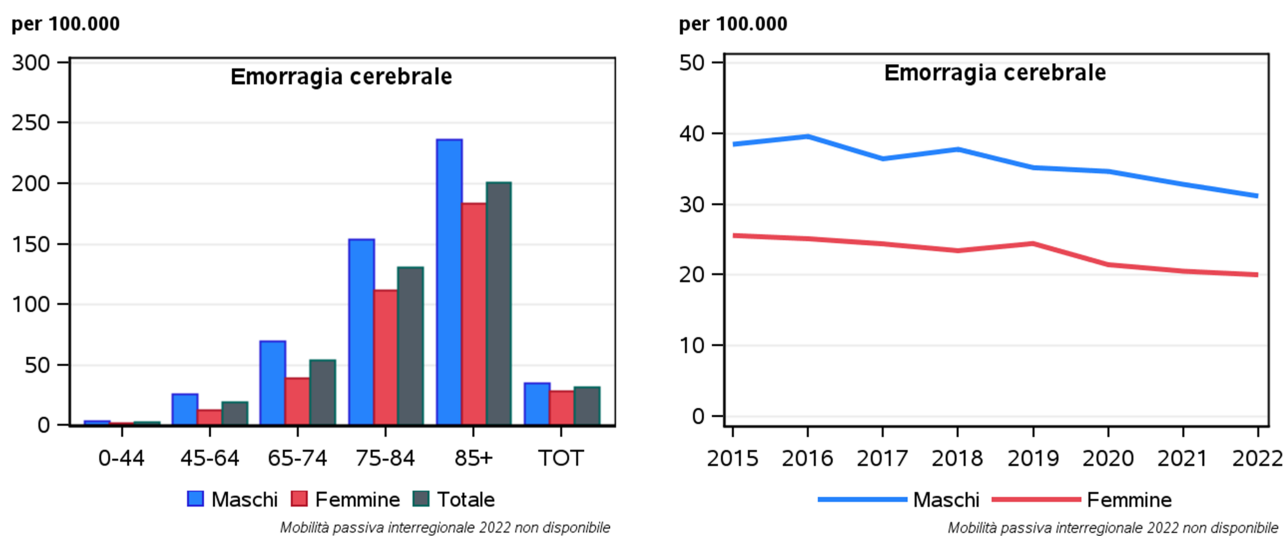


Figura 5.2.3 Eventi di emorragia subaracnoidea ospedalizzati: Tasso specifico per età e sesso (media biennio 2021-2022) e tassi standardizzati 2015-2022. Residenti in Veneto. Popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007

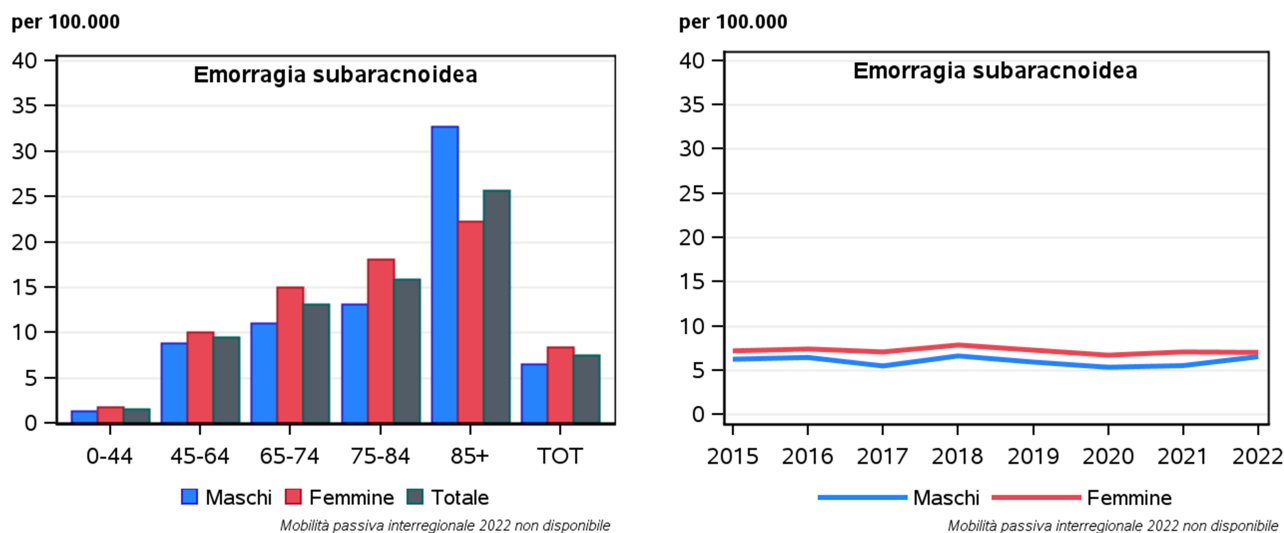


Figura 5.2.4 Tassi standardizzati di eventi di ictus ospedalizzati per Azienda ULSS di residenza (per 100.000). Residenti in Veneto, biennio 2021-2022. Popolazione standard: Veneto 2021-2022

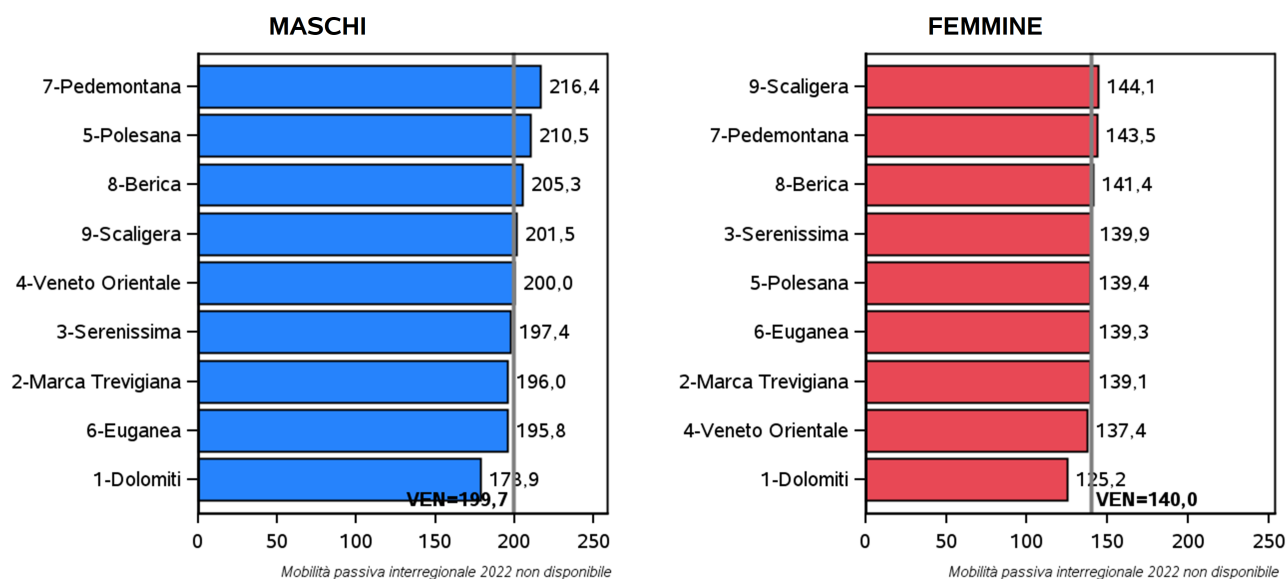
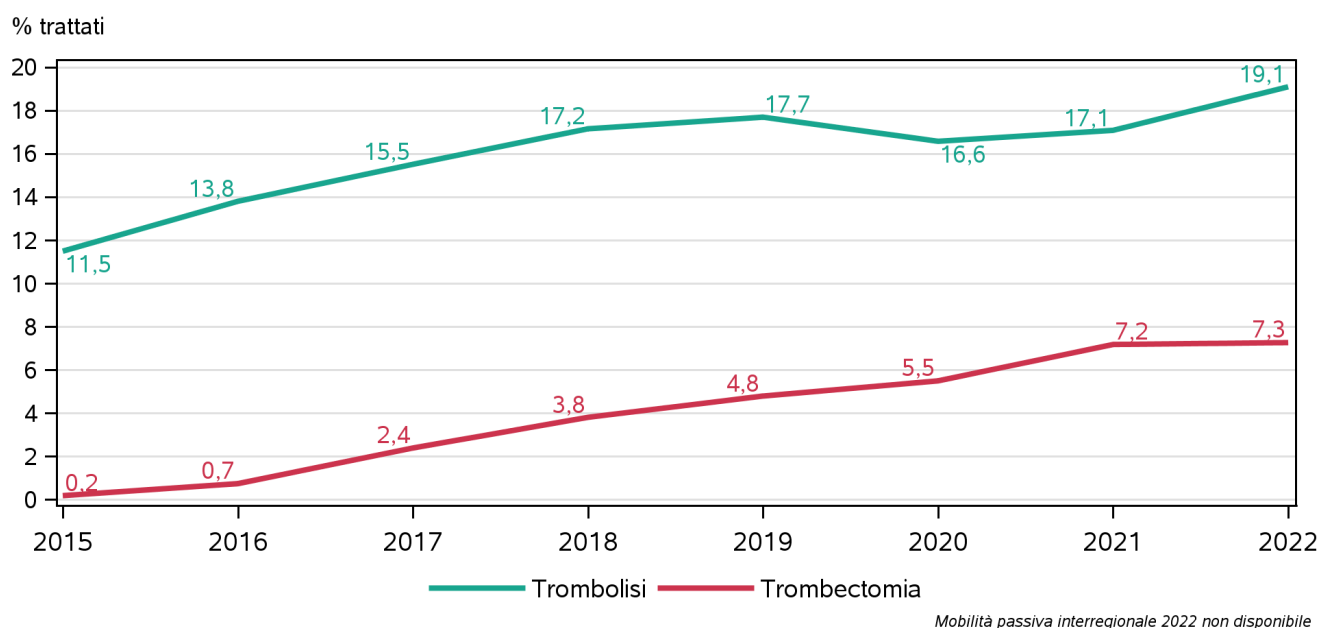


Figura 5.2.5 Proporzione di eventi di ictus ischemico trattati con trombolisi o trombectomia. Residenti in Veneto, anni 2015-2022



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

 049 8778252

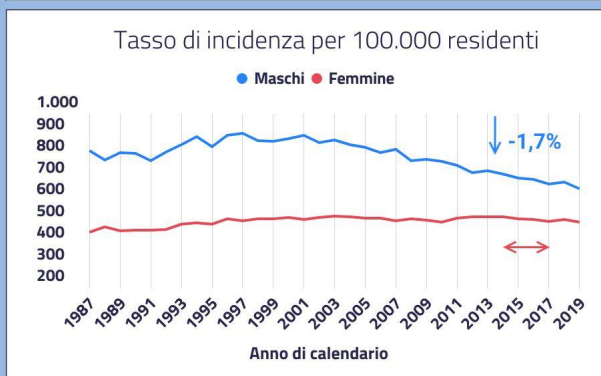
6. Tumori

CONTENUTI

- 6.1 Incidenza
- 6.2 Sopravvivenza
- 6.3 Mortalità

TUMORI

33.580 Nuovi casi di tumore nel 2022
13.709 Decessi per tumore nel 2021



I tumori più frequenti



- 1° Prostata (23%)
- 2° Polmone (12%)
- 3° Colon retto (11%)
- 4° Vescica (10%)
- 5° Cute melanomi (5%)



- Mammella (33%)
- Colon retto (10%)
- Polmone (7%)
- Utero (6%)
- Cute melanomi (5%)

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023



La diminuzione dell'abitudine al fumo ha portato al calo dell'incidenza del tumore del polmone



L'incidenza del tumore del colon retto è in diminuzione grazie alla diffusione dello screening organizzato



Tumori in diminuzione

Polmone
Colon retto
Vescica



Tumori stabili

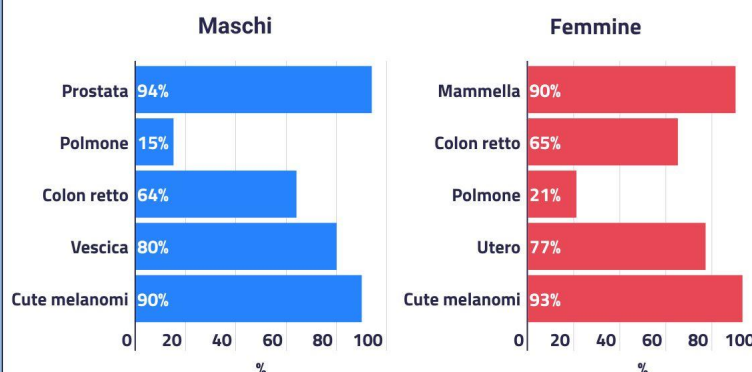
Mammella
Utero
Prostata

Tumori in crescita

Cute melanomi



Sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi



I tumori più letali nel 2021 (n° decessi)



- | Maschi | Femmine |
|----------------------|-------------------|
| 1° Polmone (1.478) | Mammella (1.022) |
| 2° Colon retto (767) | Polmone (781) |
| 3° Pancreas (602) | Colon retto (647) |
| 4° Prostata (594) | Pancreas (578) |
| 5° Fegato (453) | Ovaio (287) |

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

6.1 Incidenza

Si stima che in Veneto nel 2022 siano stati diagnosticati 33.580 nuovi casi di tumore maligno (17.898 negli uomini e 15.682 nelle donne), di cui 5.153 casi di tumore della mammella nelle donne, 3.601 tumori del colon retto, 4.041 casi di tumore della prostata e 3.177 casi di tumore del polmone (Tabella 6.1.1). Nei maschi con meno di 50 anni i tumori più diffusi sono il melanoma e il tumore al testicolo; il tumore della prostata è il più frequente negli uomini ultracinquantenni, seguito dal colon retto nei soggetti di 50-69 anni e dal polmone nei soggetti più anziani. Nelle donne il tumore della mammella è il più frequente in tutte le fasce di età analizzate, seguito nelle donne più giovani (0-49 anni) dal tumore della tiroide e da quello del colon-retto nelle donne di età superiore.

A partire dai primi anni 2000 l'incidenza dei tumori è in riduzione negli uomini (-1,7% all'anno) mentre nelle donne l'incidenza è costante dalla fine degli anni '90 (Figura 6.1.1).

Nei maschi sta diminuendo l'incidenza di tutte le sedi tumorali più frequenti, ad eccezione del melanoma che è in aumento (Figura 6.1.2). Il tumore del polmone mostra un calo quasi del 4% all'anno, in conseguenza della diminuzione dell'abitudine al fumo; si sta riducendo del 4% anche il tumore del colon retto, grazie alla diffusione dello screening organizzato. Il tumore della prostata, dopo il picco registrato nel 2003 e il calo osservato negli anni successivi, presenta dal 2012 un'incidenza costante. Per il tumore della vescica il decremento è dell'1,2% annuo. Infine, il rischio di tumore del melanoma mostra una crescita del 3,8% all'anno.

Nelle donne l'incidenza del tumore della mammella, dopo la crescita registrata negli anni '90, si è stabilizzata a partire dal 2000 (Figura 6.1.3). Negli ultimi anni si sta osservando un lieve aumento a carico delle donne tra i 70 e i 74 anni di età, in conseguenza dell'estensione a questa fascia di età dei programmi di screening mammografico delle Aziende ULSS del Veneto. Questo determina nei primi anni un aumento del numero di casi, come effetto (atteso) dell'anticipazione diagnostica. L'effetto positivo dei programmi di screening colo-rettale sull'andamento dell'incidenza del tumore del colon retto nella popolazione femminile ha determinato una riduzione di quasi il 3% dal 2009. Il tumore del polmone è in leggero aumento (+0,5%), quello dell'utero è stabile, mentre l'incidenza del melanoma sta crescendo del 3% all'anno.

Tabella 6.1.1 Stima dei nuovi casi di tumore diagnosticati nel 2022 in Veneto

MASCHI			FEMMINE		
Sede	Casi/Anno	%	Sede	Casi/Anno	%
Prostata	4.041	22,6%	Mammella	5.153	32,9%
Polmone	2.063	11,5%	Colon Retto	1.631	10,4%
Colon retto	1.970	11,0%	Polmone	1.114	7,1%
Vescica	1.766	9,9%	Utero	941	6,0%
Cute melanomi	916	5,1%	Cute melanomi	709	4,5%
Rene e vie urinarie	868	4,8%	Tiroide	692	4,4%
Linfomi	725	4,1%	Pancreas	668	4,3%
Fegato	709	4,0%	Linfomi	599	3,8%
Pancreas	659	3,7%	Vescica	458	2,9%
Stomaco	556	3,1%	Rene e vie urinarie	430	2,7%
Altre sedi	3.625	20,3%	Altre sedi	3.287	21,0%
Totale tumori	17.898		Totale tumori	15.682	

Figura 6.1.1 Totale neoplasie maligne (escluse le neoplasie cutanee non-melanoma): andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013, per sesso. Veneto, 1987-2019

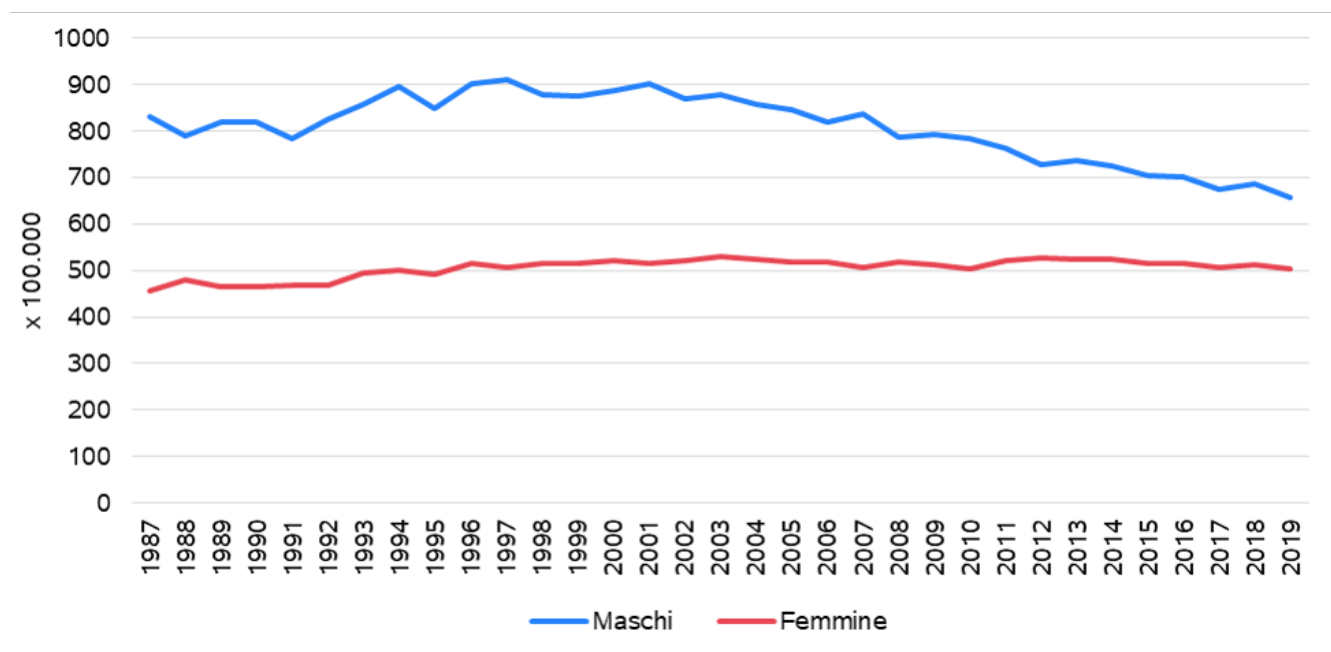


Figura 6.1.2 Sedi più frequenti nei maschi: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013. Veneto, 1987-2019

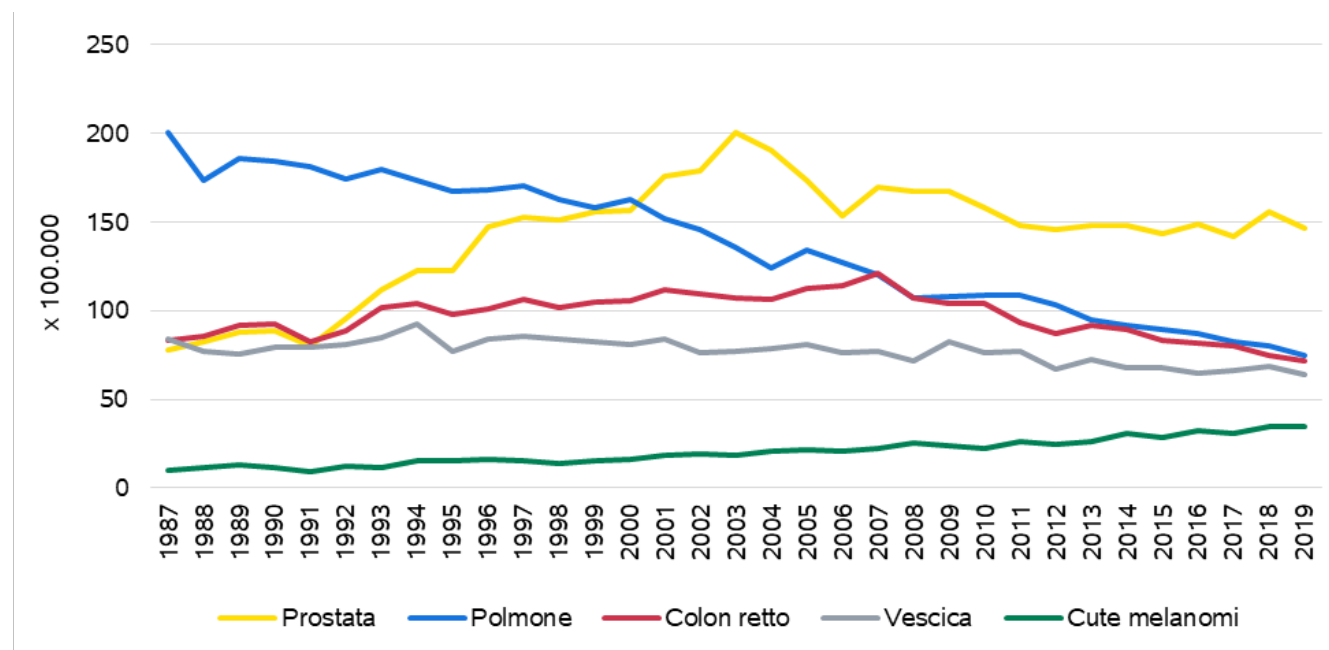
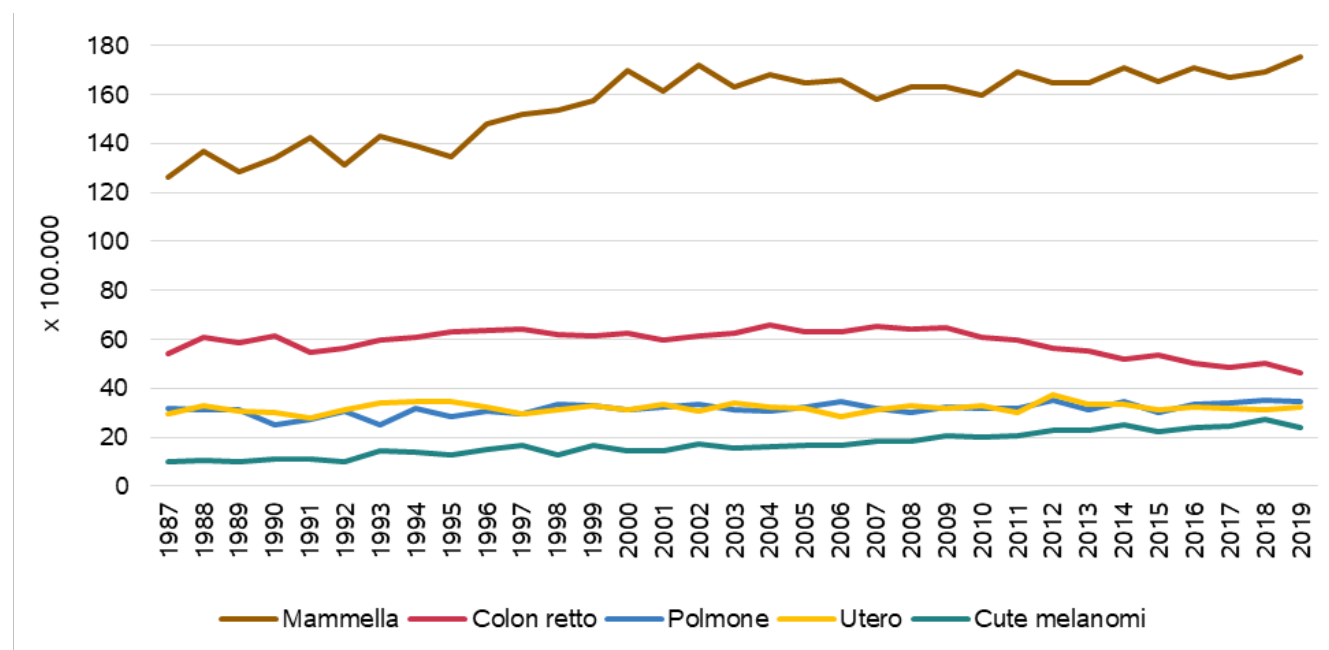


Figura 6.1.3 Sedi più frequenti nelle femmine: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013. Veneto, 1987-2019



Approfondimenti

⇒ Sito web del Registro Tumori del Veneto

<https://www.registrotumoriveneto.it/>

Per maggiori informazioni

Registro Tumori del Veneto



Via Jacopo Avanzo 35 - 35132 Padova



registro.tumori@azero.veneto.it



049 8778130



049 8778147

6.2 Sopravvivenza

L'indicatore più comunemente utilizzato è la "sopravvivenza relativa", che indica la percentuale di persone con tumore ancora in vita dopo un certo numero di anni dalla diagnosi, tenendo conto anche della mortalità della popolazione generale. Nella popolazione adulta con tumore diagnosticato nel 2014-2016, la sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi di tumore maligno è pari a 60% nei maschi e a 67% nelle femmine (Figura 6.2.1). Il dato risulta in linea con i Paesi europei più avanzati e con le altre regioni del centro-nord italiane, mentre è superiore alle regioni meridionali.

Analizzando le sedi tumorali più frequenti (Figure 6.2.2 e 6.2.3), il tumore a miglior sopravvivenza è quello della prostata, con una sopravvivenza relativa del 94% a 5 anni dalla diagnosi. La sopravvivenza a questo tumore negli ultimi anni è fortemente migliorata: si tratta almeno in parte di un artificio riconducibile all'ampia diffusione del test PSA, che ha portato alla diagnosi una quota di tumori che altrimenti sarebbero rimasti latenti ("sovra-diagnosi") e che, per definizione, hanno una sopravvivenza del 100%. La sopravvivenza a 5 anni dei soggetti con tumore del colon retto è del 64%, senza differenze di rilievo tra uomini e donne. Nel tempo la sopravvivenza per questo tumore ha registrato un miglioramento di oltre 20 punti percentuali rispetto ai pazienti con tumore diagnosticato nel 1987. Il tumore del polmone rimane ancor oggi a bassa sopravvivenza: ad un anno dalla diagnosi la sopravvivenza relativa è solo del 39% nei maschi e del 45% nelle femmine; queste percentuali scendono rispettivamente a 15% e 21% a 5 anni dalla diagnosi. Sono comunque osservabili dei miglioramenti della sopravvivenza negli anni, in particolare nelle donne, in cui il guadagno rispetto ai casi diagnosticati nel 1987 è di circa 14 punti percentuali.

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

In entrambi i sessi, la sopravvivenza è fortemente correlata con l'età dei pazienti (Figure 6.2.4 e 6.2.5). Infatti, si osserva un gradiente a sfavore dei pazienti più anziani, che si evidenzia già nel primo anno dopo la diagnosi e si incrementa negli anni successivi. Concorre a questo andamento il fatto che nelle età più anziane è più frequente che vi siano ritardi nella diagnosi; inoltre, le condizioni generali dei pazienti più anziani (es. presenza di comorbidità) possono rendere più difficile l'applicazione dei protocolli terapeutici ottimali.

Nota Metodologica

(*) Nelle figure 6.2.3 e 6.2.4 viene riportata la sopravvivenza relativa standardizzata che permette di confrontare la sopravvivenza complessiva negli anni, tenendo conto di come si è modificata la composizione dei pazienti per età nel tempo.

Figura 6.2.1 Sopravvivenza relativa dei soggetti residenti in Veneto con tumore diagnosticato nel 2014-2016 (tutti i tumori esclusa cute), per anni dalla diagnosi

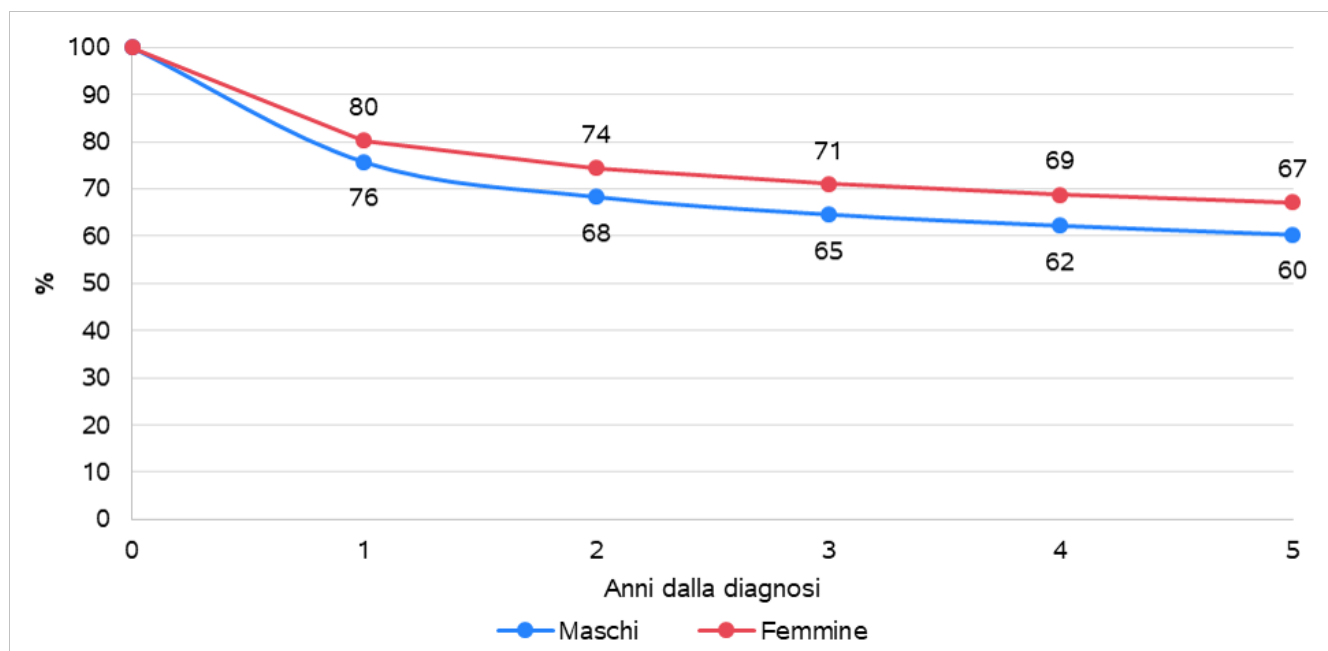


Figura 6.2.2 Sedi più frequenti nei maschi: andamento temporale della sopravvivenza relativa standardizzata (*) a 5 anni per tumore, per anno della diagnosi. Veneto, 1987-2016

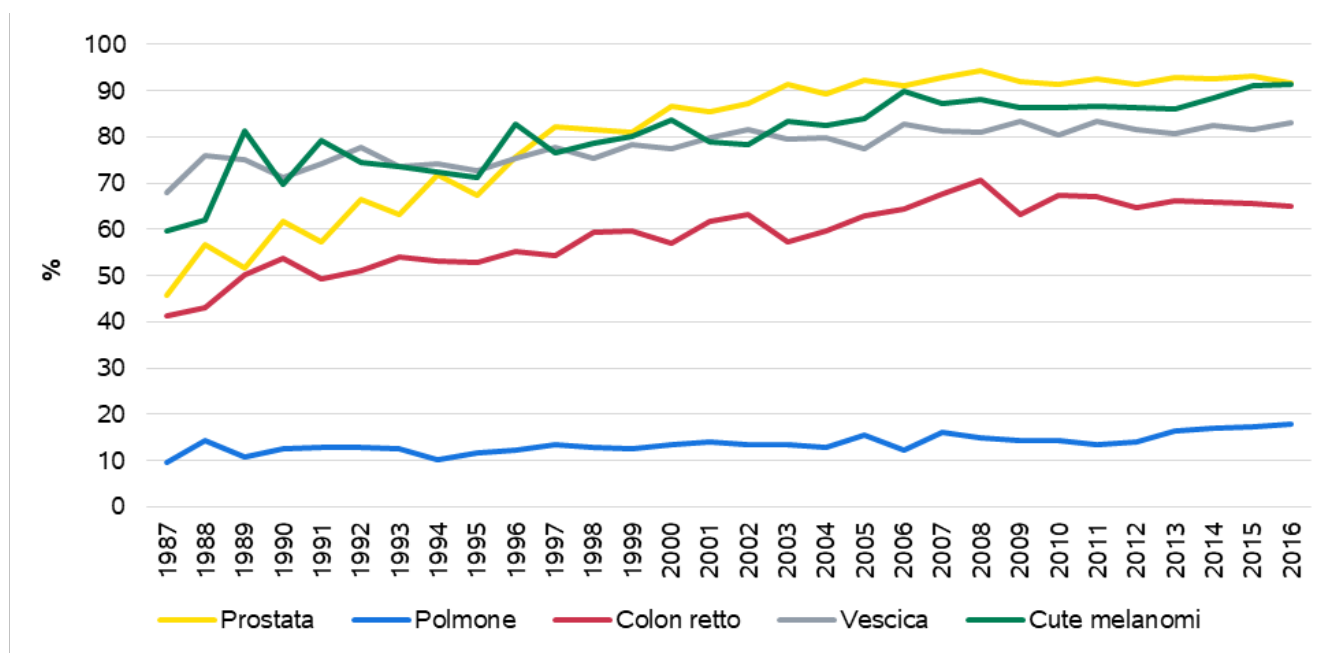


Figura 6.2.3 Sedi più frequenti nelle femmine: andamento temporale della sopravvivenza relativa standardizzata (*) a 5 anni per tumore, per anno della diagnosi. Veneto, 1987-2016

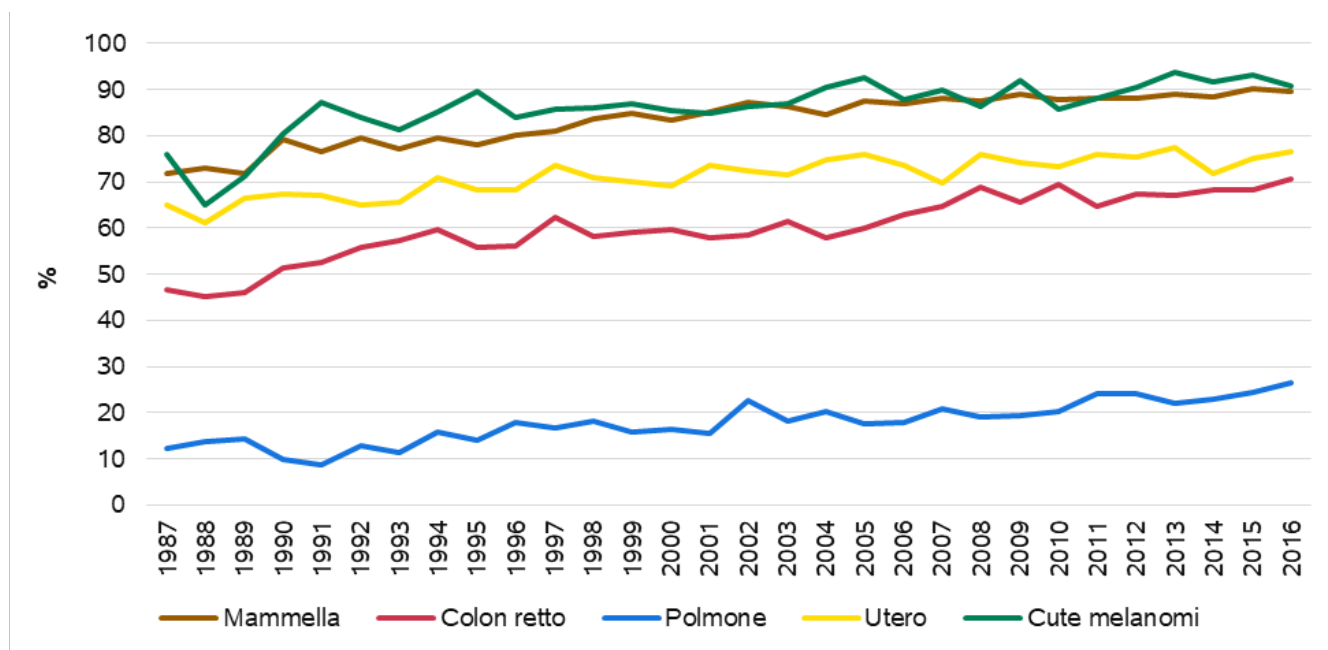


Figura 6.2.4 Sopravvivenza relativa per fasce d'età dei maschi residenti in Veneto con diagnosi di tumore nel 2014-2016 (tutti i tumori esclusa cute)

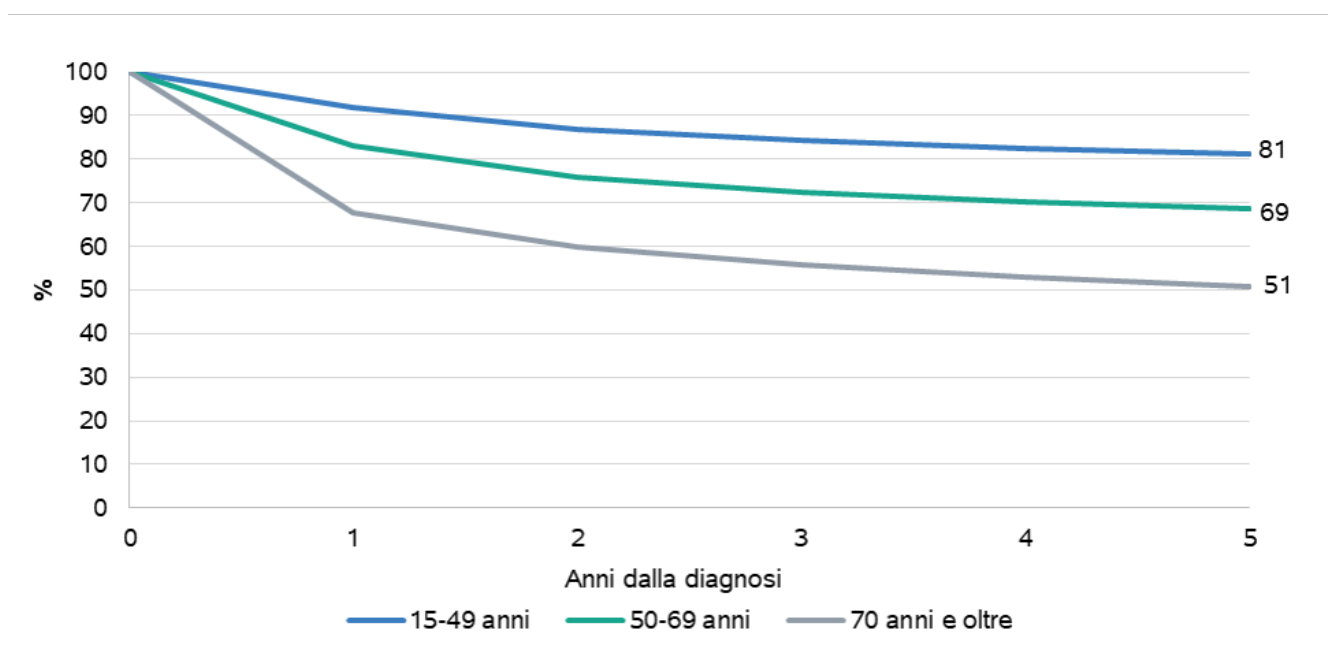
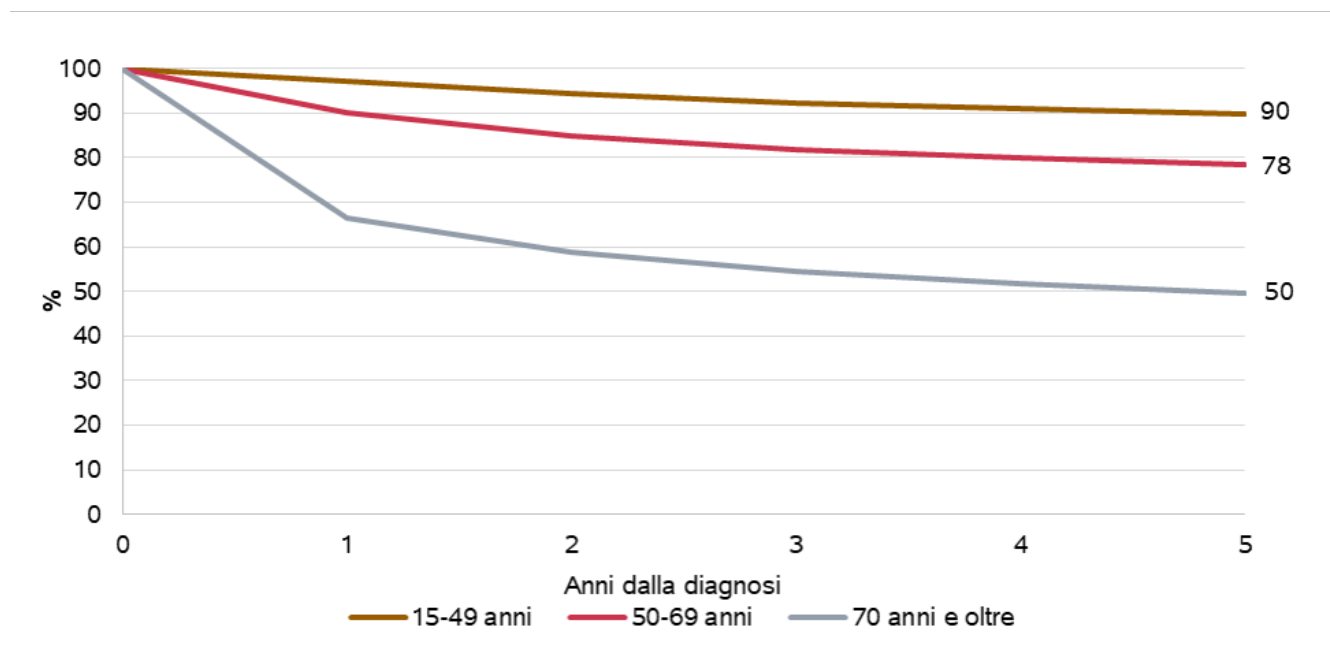


Figura 6.2.5 Sopravvivenza relativa per fasce d'età delle femmine residenti in Veneto con diagnosi di tumore nel 2014-2016 (tutti i tumori esclusa cute)



Approfondimenti

⇒ Sito web del Registro tumori del Veneto

<https://www.registrotumoriveneto.it/>

Per maggiori informazioni

Registro Tumori del Veneto

📍 Via Jacopo Avanzo 35 - 35132 Padova

✉ registro.tumori@azero.veneto.it

☎ 049 8778130

📞 049 8778147

6.3 Mortalità

Nel 2021 si sono verificati in Veneto 13.709 decessi per causa tumorale, 7.430 uomini e 6.279 donne, corrispondenti al 26% dei decessi per tutte le cause (29% nei maschi, 23% nelle femmine). Nei maschi il tumore del polmone è stato la neoplasia che ha causato il maggior numero di decessi (1.478 decessi osservati nel 2021), seguito dal tumore del colon retto e dal tumore del pancreas. Nel 2021 sono decedute 1.022 donne venete per il tumore della mammella, 781 per il tumore del polmone e 647 per il tumore del colon retto (Tabella 6.3.1).

Analizzando l'andamento della mortalità per cause neoplastiche tra il 2000 e il 2021 si è osservato nei maschi un calo del tasso standardizzato dell'1,9% annuo fino al 2009 e del 2,6% nel periodo successivo (Figura 6.3.1). A questa diminuzione concorrono tutte le sedi che hanno causato il maggior numero di decessi, in particolare il polmone, la cui mortalità nei maschi è calata del 6,2% all'anno a partire dal 2016 e il tumore del colon-retto con un calo del 2,8% a partire dal 2005. La mortalità per tumore della prostata è diminuita del 4,3% a partire dal 2000; quella del fegato del 3,7% a partire dal 2007 (Figura 6.3.2).

Nelle donne si è osservato un calo della mortalità tumorale dell'1,1% annuo in tutto il periodo. La mortalità per tumore del colon retto è calata del 2,4% annuo a partire dal 2006; quella della mammella ha avuto un calo costante in tutto il periodo dell'1,3% all'anno e dell'1,1% quella del tumore dell'ovaio (Figura 6.3.3).

Tabella 6.3.1 Numero decessi verificatisi nel 2021 in Veneto per causa tumorale

MASCHI			FEMMINE		
Sede	N.Decessi	%	Sede	N.Decessi	%
Polmone	1.478	19,9%	Mammella	1.022	16,3%
Colon retto	767	10,3%	Polmone	781	12,4%
Pancreas	602	8,1%	Colon retto	647	10,3%
Prostata	594	8,0%	Pancreas	578	9,2%
Fegato	453	6,1%	Ovaio	287	4,6%
Stomaco	297	4,0%	Stomaco	241	3,8%
Tumore maligno della vescica	278	3,7%	Leucemie	222	3,5%
Leucemie	260	3,5%	Fegato	196	3,1%
Linfomi non Hodgkin	228	3,1%	Linfomi non Hodgkin	174	2,8%
Tumori maligni di labbro, cavità orale e faringe	210	2,8%	Mieloma multiplo	160	2,5%
Altre sedi	2.263	30,5%	Altre sedi	1.971	31,4%
Totale tumori	7.430		Totale tumori	6.279	

Figura 6.3.1 Totale decessi per cause tumorali: andamento temporale del tasso di mortalità standardizzato sulla popolazione europea 2013, per sesso. Veneto, 2000-2021

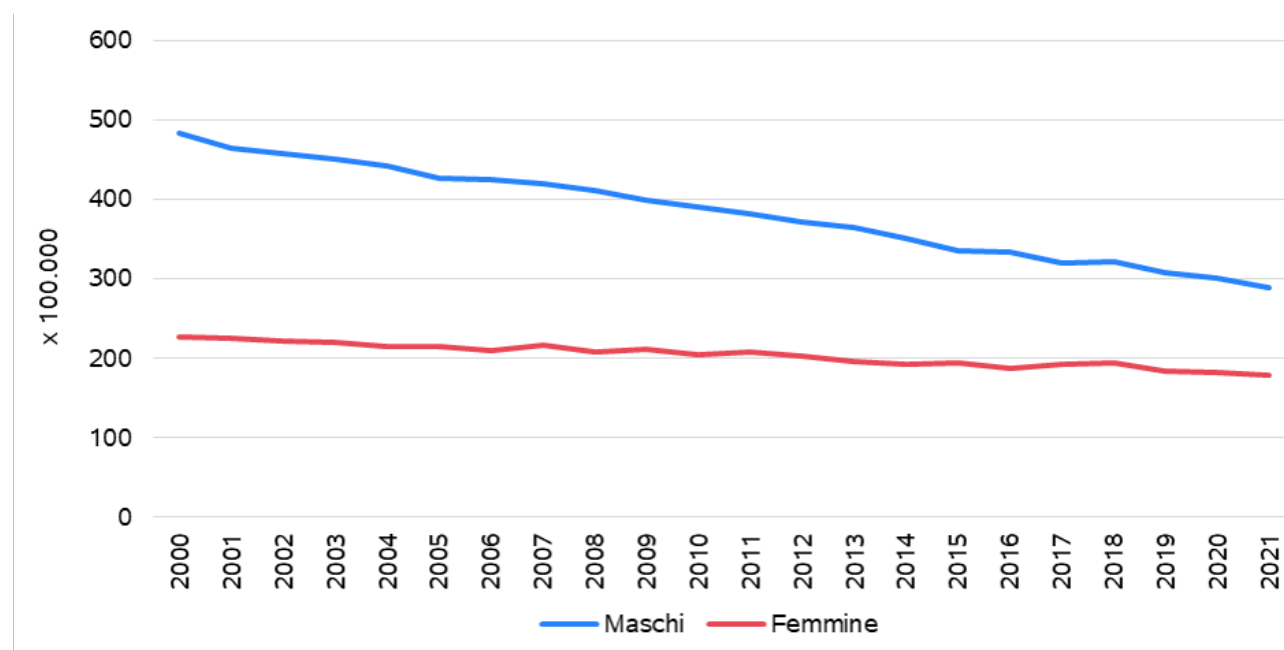


Figura 6.3.2 Sedi tumorali cause di decesso più frequenti nei maschi: andamento temporale del tasso di mortalità standardizzato sulla popolazione europea 2013. Veneto, 2000-2021

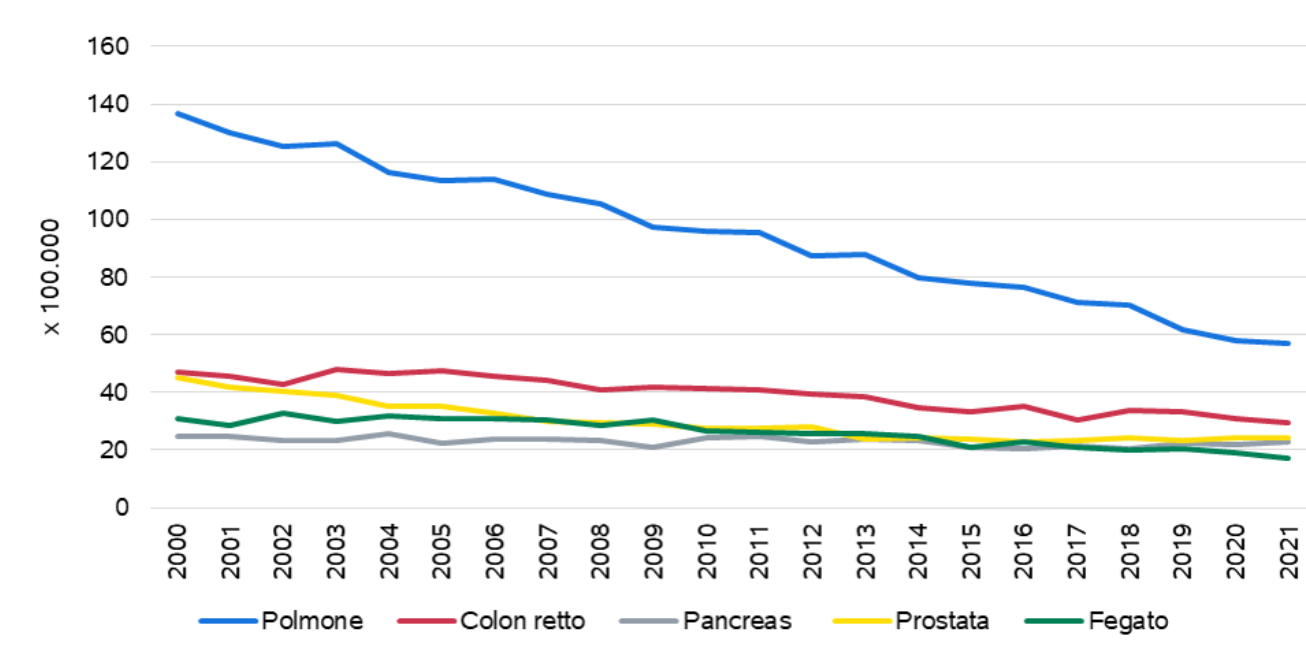
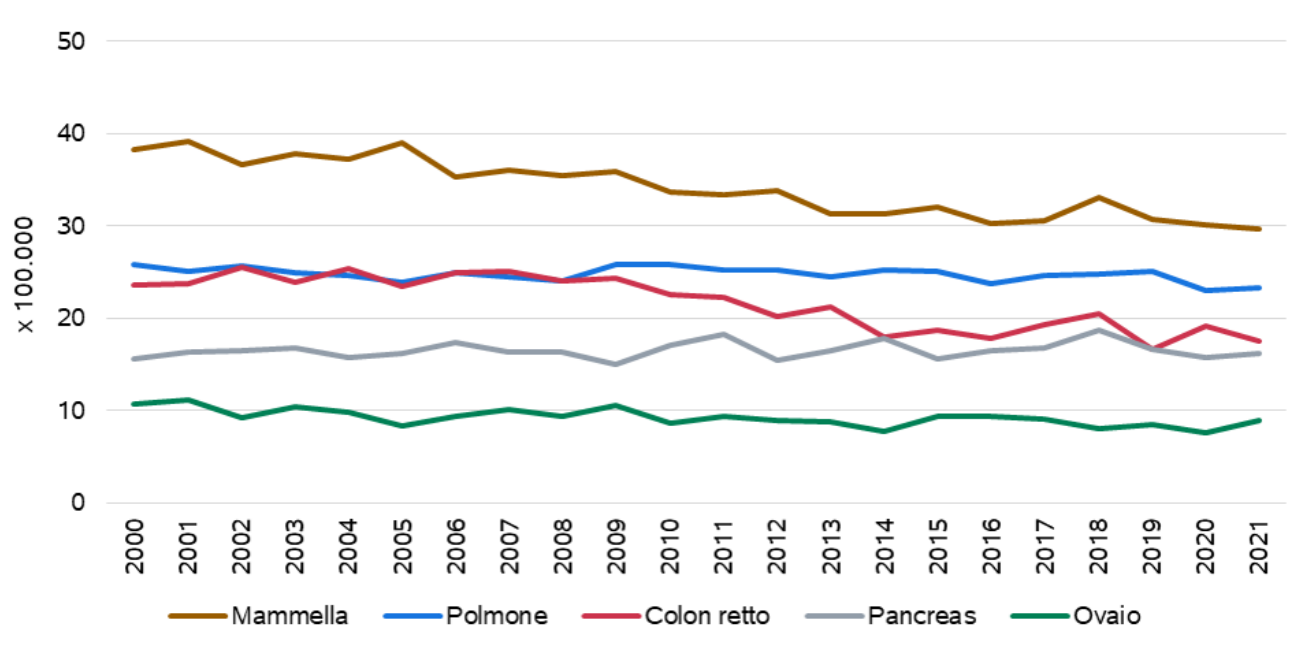


Figura 6.3.3 Sedi tumorali cause di decesso più frequenti nelle femmine: andamento temporale del tasso di mortalità standardizzato sulla popolazione europea 2013. Veneto, 2000-2021



Approfondimenti

➔ Sito web del Registro Tumori del Veneto

<https://www.registrotumoriveneto.it/>

Per maggiori informazioni

Registro Tumori del Veneto

📍 Via Jacopo Avanzo 35 - 35132 Padova

✉ registro.tumori@azero.veneto.it

☎ 049 8778130

📞 049 8778147

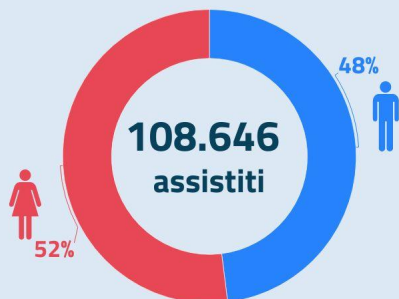
7. Malattie respiratorie

CONTENUTI

- 7.1 Asma
- 7.2 Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)

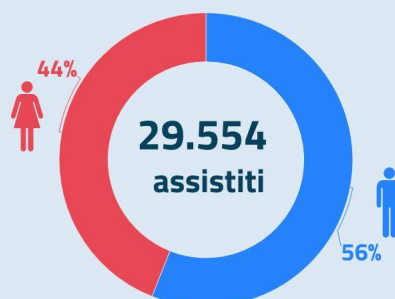
MALATTIE RESPIRATORIE - Veneto, dati anno 2022

Asma



7 su 10 hanno meno di 65 anni

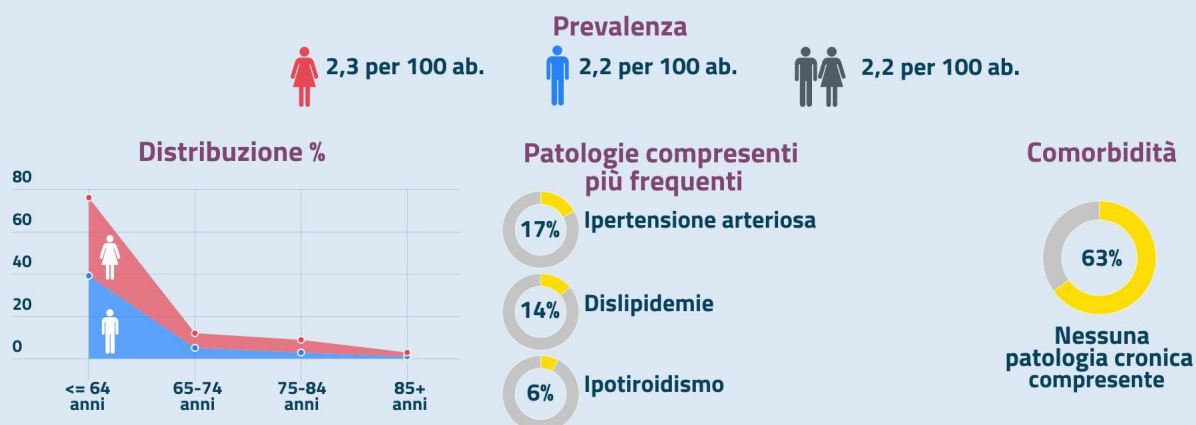
BPCO (Grado moderato/severo)



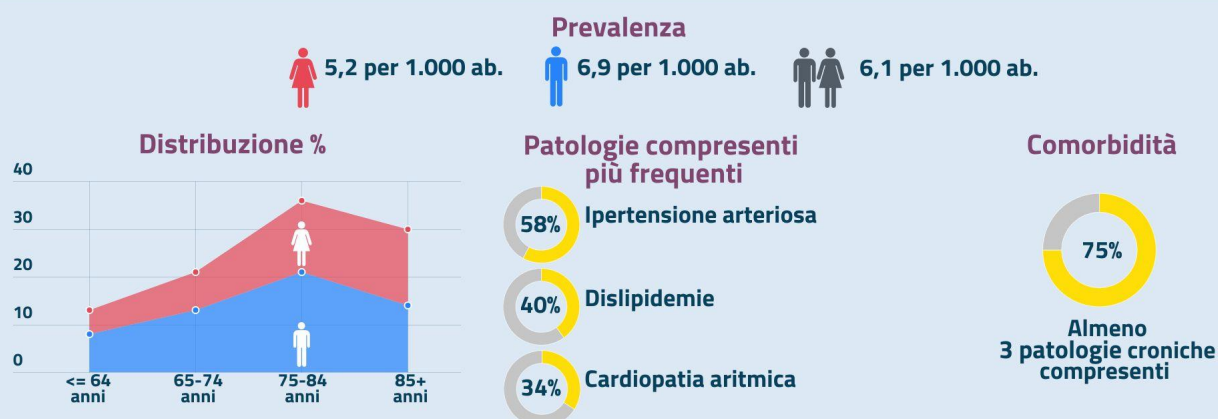
9 su 10 hanno più di 65 anni

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

ASMA (Veneto, dati Anno 2022)



BPCO - Grado moderato/severo (Veneto, dati Anno 2022)



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

7.1 Asma

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

I dati presentati in questo paragrafo si riferiscono ai residenti in Veneto nel corso del 2022. La prevalenza complessiva di asma è risultata del 2,2% (108.646 assistiti), interessando maggiormente soggetti in età giovanile, con un picco tra i 20 e i 34 anni pari a 2,9% (3,2% nei maschi e 2,5% nelle femmine), calando progressivamente con l'aumentare dell'età. Al di sotto dei 34 anni, la prevalenza è nettamente maggiore nei soggetti di sesso maschile, mentre, oltre i 45 anni, l'asma risulta essere più comune nelle donne (Tabella 7.1.1 e Figura 7.1.1).

Dal confronto tra Aziende ULSS, emergono valori di prevalenza standardizzata molto più bassi nelle ULSS 4-Veneto Orientale, 7-Pedemontana e 8-Berica, e leggermente inferiori nell'ULSS 3-Serenissima. Mostrano, invece, valori superiori alla media regionale le ULSS 1-Dolomiti, 6-Euganea e 9-Scaligera (Figura 7.1.2).

Tra i soggetti asmatici, soprattutto in età giovanile, non è presente un elevato grado di comorbidità. A 55-64 anni circa il 50% è affetto da almeno un'altra condizione cronica oltre all'asma (Figura 7.1.3). Tra queste condizioni, quelle che si sono riscontrate con maggior frequenza sono l'ipertensione arteriosa (17,3%), le dislipidemie (13,6%), l'ipotiroidismo (6,2%) e il diabete (5,7%) (Figura 7.1.4).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza di asma nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket e cure domiciliari. La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2022 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).

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

Tabella 7.1.1 Assistiti con Asma per classi di età e sesso. Veneto, anno 2022

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-9	1.368	2,6	714	1,3	2.082	1,9
10-19	6.099	11,7	3.412	6,0	9.511	8,8
20-34	11.716	22,5	8.961	15,9	20.677	19,0
35-44	6.902	13,2	6.852	12,1	13.754	12,7
45-54	8.304	15,9	10.266	18,2	18.570	17,1
55-64	7.874	15,1	10.160	18,0	18.034	16,6
65-74	5.322	10,2	7.985	14,1	13.307	12,2
75-84	3.605	6,9	6.085	10,8	9.690	8,9
85+	971	1,9	2.050	3,6	3.021	2,8
Totale	52.161	100,0	56.485	100,0	108.646	100,0

Figura 7.1.1 Assistiti con Asma. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100). Veneto, anno 2022

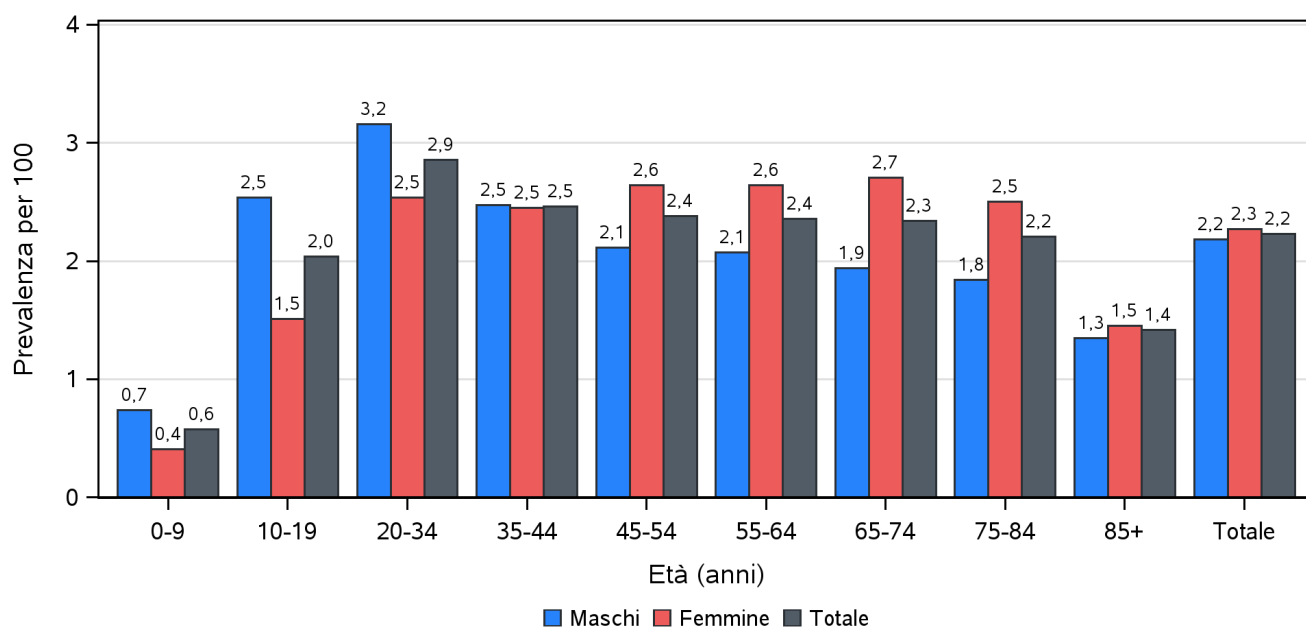


Figura 7.1.2 Assistiti con Asma. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2022 (Popolazione standard: Veneto 2022)

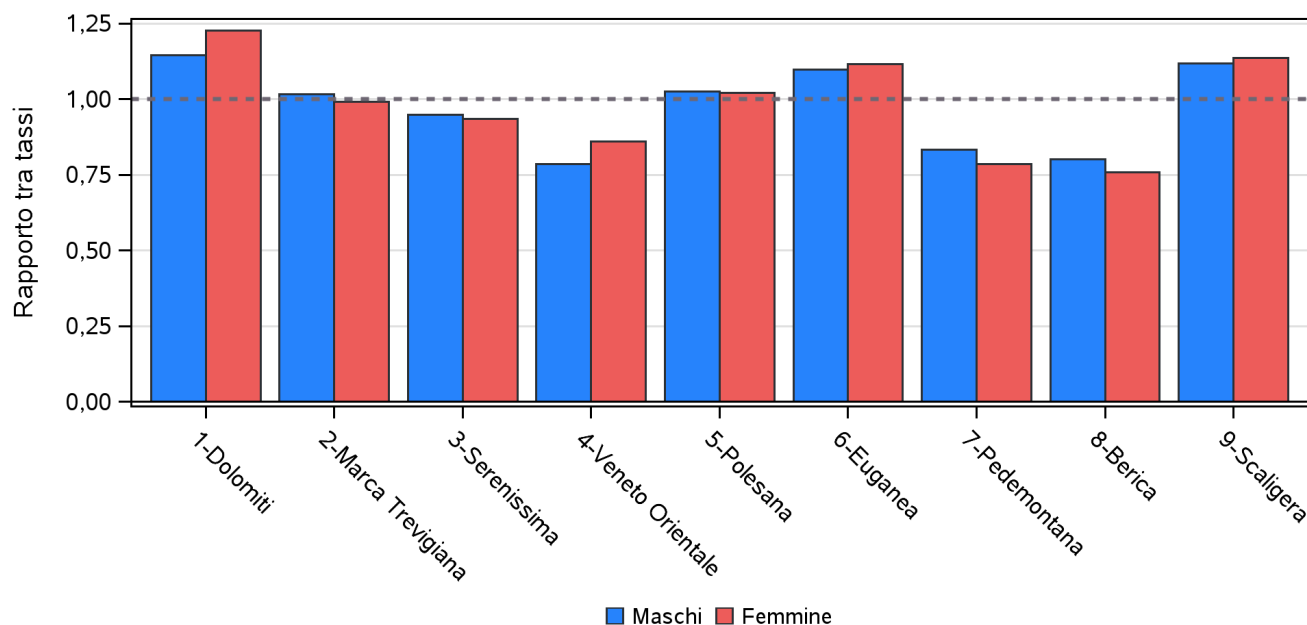


Figura 7.1.3 Assistiti con Asma per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2022

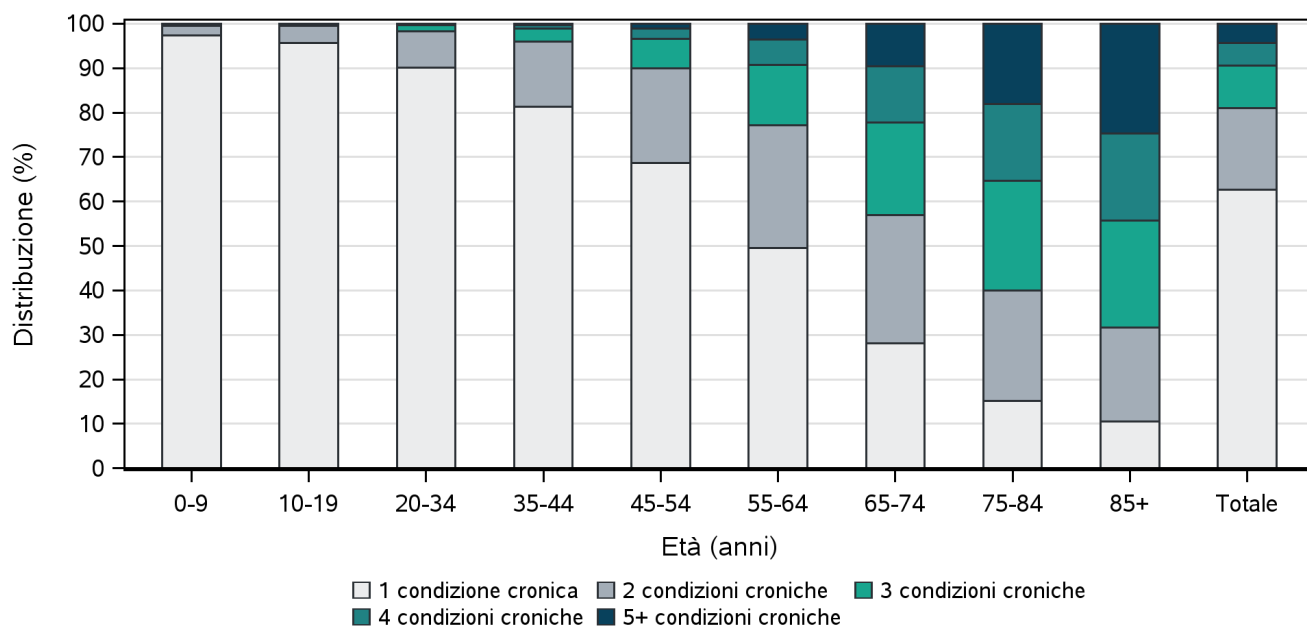
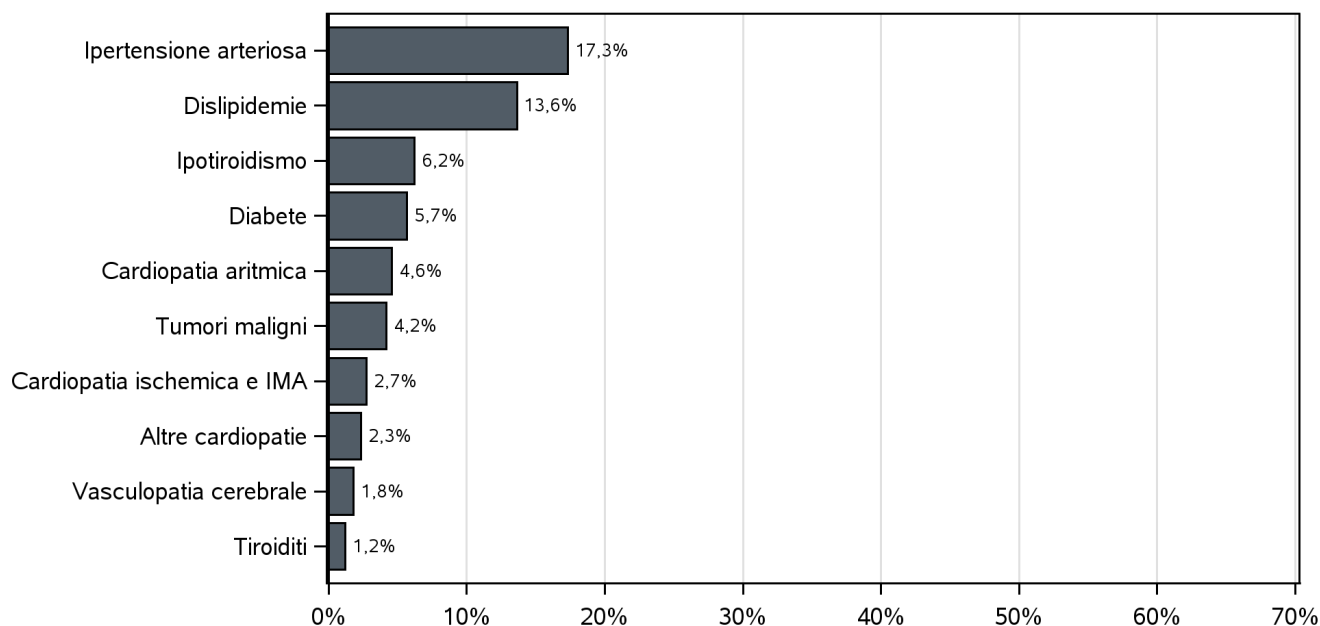


Figura 7.1.4 Assistiti con Asma. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2022



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

 049 8778252

7.2 Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)

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

I dati presentati in questo paragrafo si riferiscono ai residenti in Veneto nel corso del 2022. L'inquadramento epidemiologico della BPCO, riportato qui di seguito, riguarda solo i casi moderati o severi. La prevalenza complessiva di BPCO moderata e severa è risultata del 6,1 per 1.000 (29.554 assistiti), come riportato nella Tabella 7.2.1, nettamente maggiore nei maschi (6,9 per 1.000) che nelle femmine (5,2 per 1.000). La prevalenza della BPCO interessa principalmente gli assistiti di età avanzata, con una prevalenza pari al 24,3 per 1.000 tra 75 e 84 anni, e raggiunge il 42,0 per 1.000 al di sopra degli 85 anni (Figura 7.2.1).

Nel confronto tra Aziende ULSS, si può constatare come la prevalenza standardizzata nelle ULSS 2-Marca Trevigiana, 3-Serenissima e 7-Pedemontana si attesti su valori leggermente inferiori rispetto alla media regionale, mentre nelle restanti ULSS, la prevalenza è di poco superiore o in linea con quella regionale; l'ULSS-1 Dolomiti presenta una prevalenza di circa il 25% più elevata rispetto alla media regionale (Figura 7.2.2).

Tra gli assistiti con BPCO moderata e severa, oltre il 40% presenta 5 o più condizioni croniche (compresa la BPCO). La quota di assistiti affetti da due o più comorbidità aumenta con l'aumentare dell'età. Già a partire dai 45-54 anni, oltre il 60% dei pazienti affetti da BPCO è affetto da almeno un'altra condizione cronica (Figura 7.2.3).

Le condizioni croniche più frequentemente riscontrate negli assistiti con BPCO moderata e severa sono l'ipertensione arteriosa (57,6%), le dislipidemie (39,6%), le patologie cardiovascolari (33,8% cardiopatia aritmica, 31% scompenso cardiaco, e 23% cardiopatia ischemica, incluso l'infarto miocardico acuto), il diabete (26,5%) e i tumori maligni (15,3%) (Figura 7.2.4).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza di BPCO moderata e severa nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket e cure domiciliari. La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2022 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale). Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 7.2.1 Assistiti con BPCO di grado moderato/severo per classi di età e sesso. Veneto, anno 2022

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	278	1,7	158	1,2	436	1,5
45-54	403	2,4	266	2,0	669	2,3
55-64	1.588	9,6	1.004	7,7	2.592	8,8
65-74	3.861	23,3	2.387	18,4	6.248	21,1
75-84	6.250	37,8	4.410	33,9	10.660	36,1
85+	4.166	25,2	4.783	36,8	8.949	30,3
Totale	16.546	100,0	13.008	100,0	29.554	100,0

Figura 7.2.1 Assistiti con BPCO di grado moderato/severo. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2022

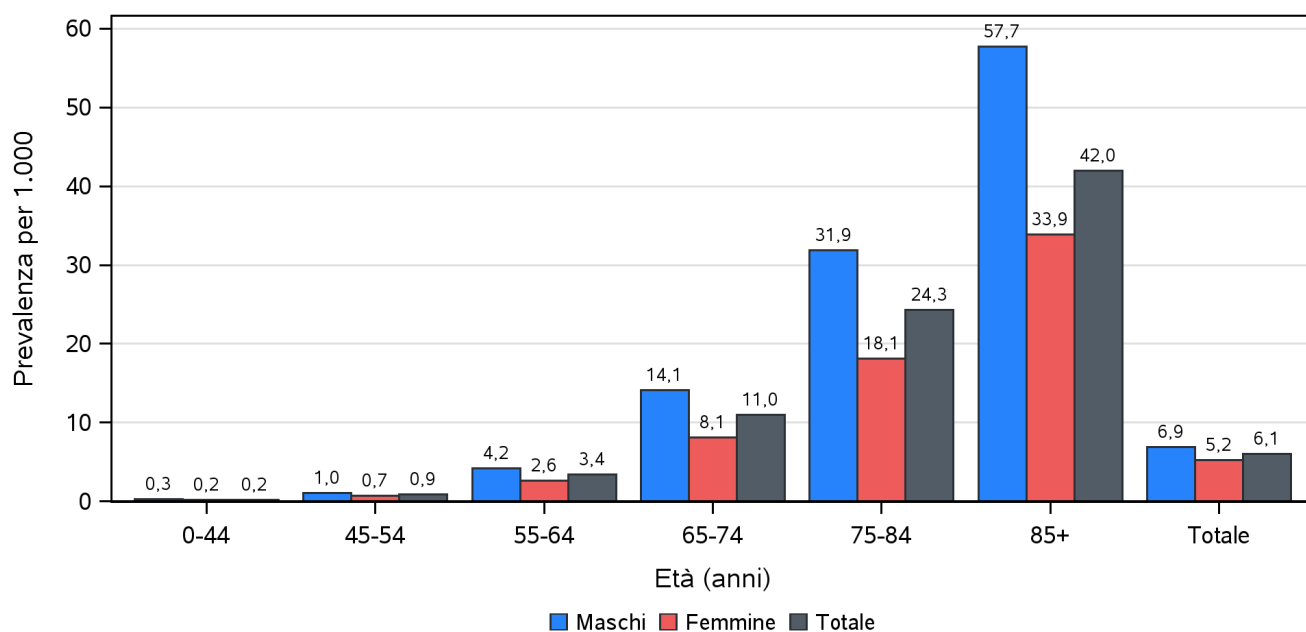


Figura 7.2.2 Assistiti con BPCO di grado moderato/severo. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2022 (Popolazione standard: Veneto 2022)

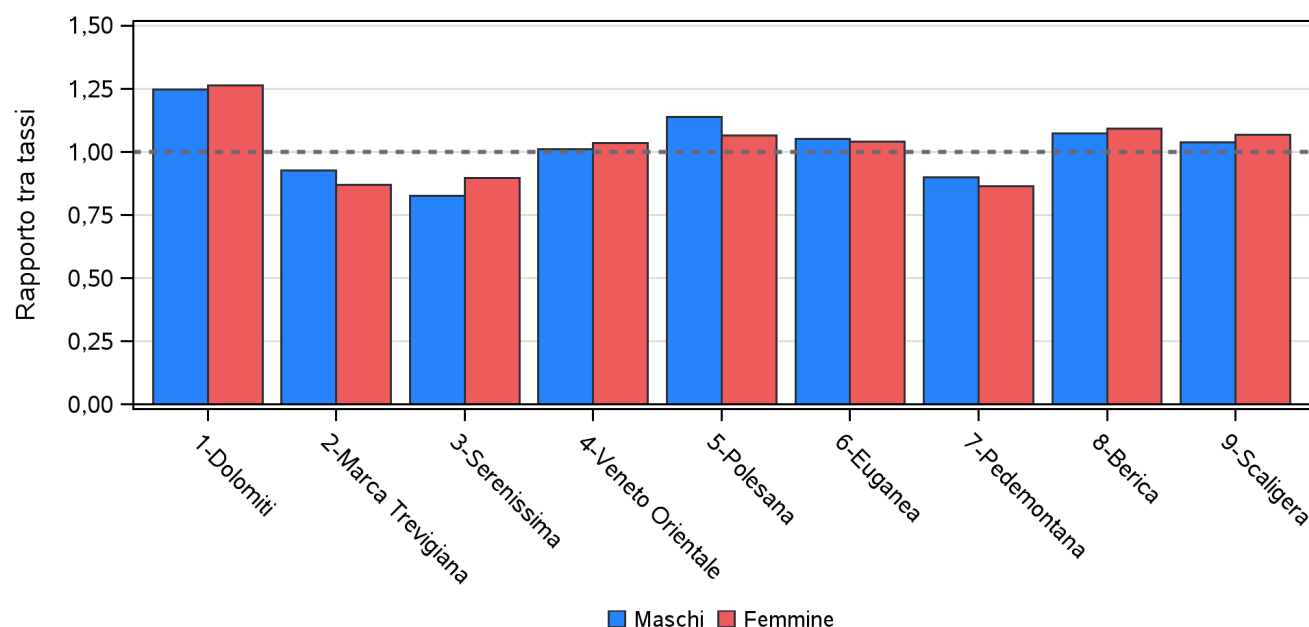


Figura 7.2.3 Assistiti con BPCO di grado moderato/severo per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2022

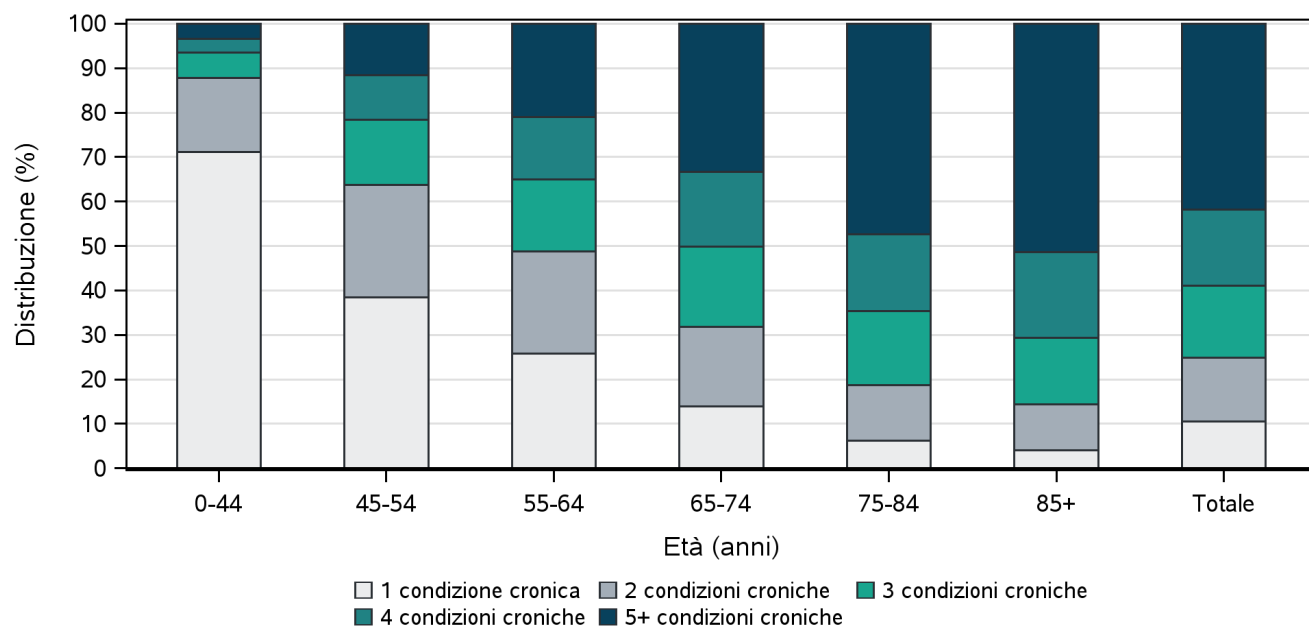
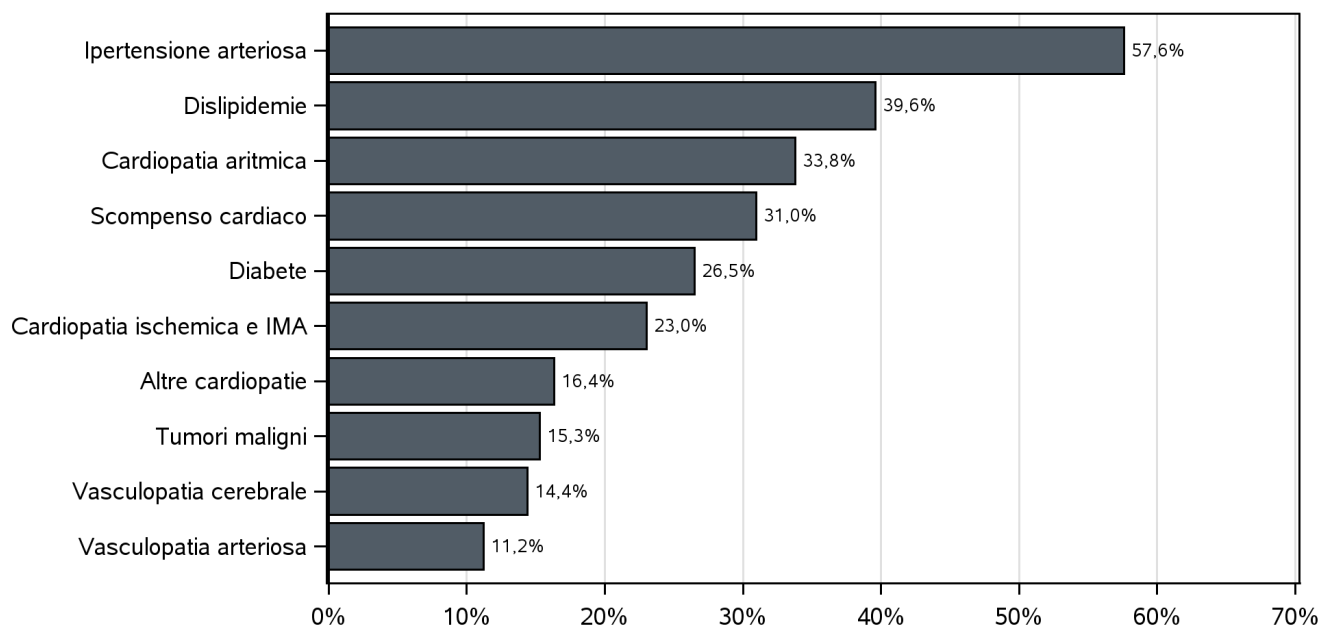


Figura 7.2.4 Assistiti con BPCO di grado moderato/severo. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2022



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero - Regione del Veneto

📍 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

✉ ser@azero.veneto.it

☎ 049 8778252

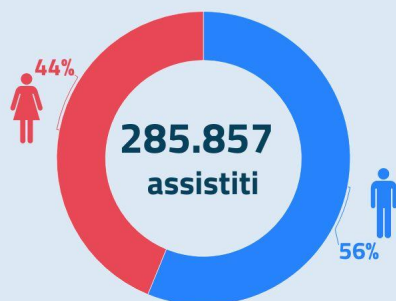
8. Diabete e altre malattie endocrine

CONTENUTI

- 8.1 Diabete mellito
- 8.2 Ipotiroidismo

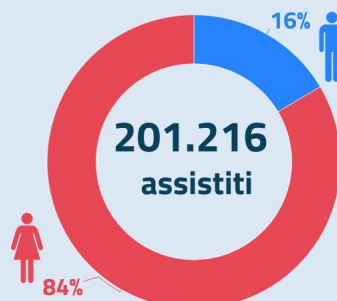
MALATTIE ENDOCRINE - Veneto, dati anno 2022

Diabete



7 su 10 hanno più di 65 anni

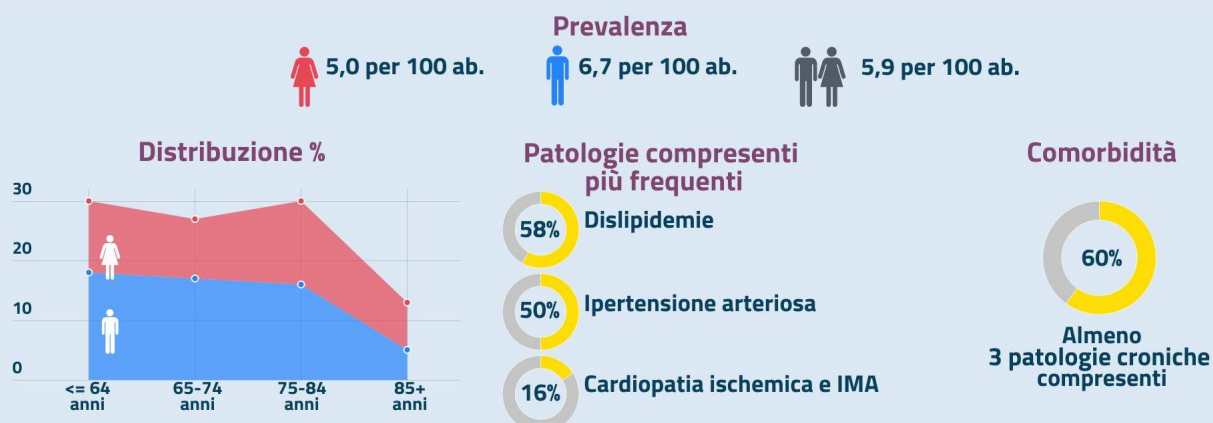
Ipotiroidismo



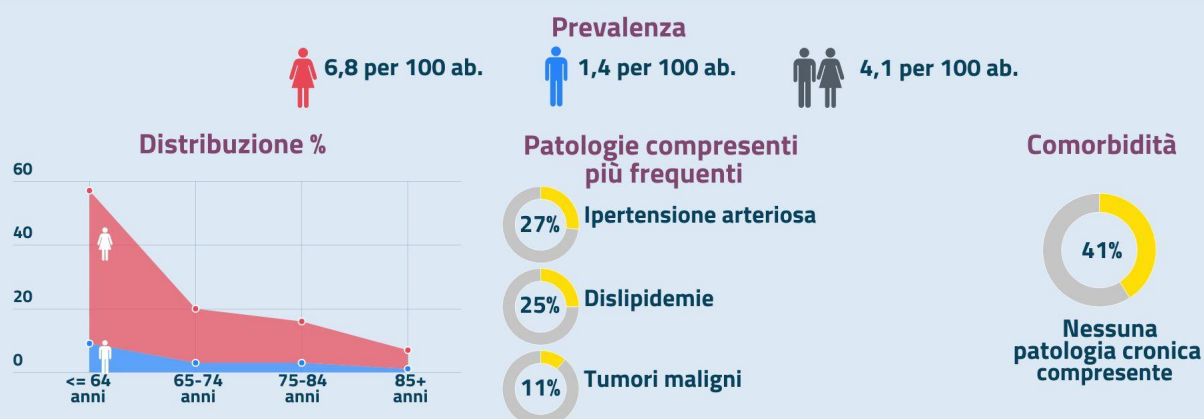
6 su 10 hanno tra 45 e 74 anni

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

DIABETE (Veneto, dati Anno 2022)



IPOTIROIDISMO (Veneto, dati Anno 2022)



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

8.1 Diabete mellito

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

Nel 2022 la prevalenza del diabete mellito è risultata del 5,9% (285.857 assistiti), interessando maggiormente soggetti in età adulta o anziana, con un picco tra i 75 e gli 84 anni pari al 19,3% (23,3% nei maschi e 16,1% nelle femmine). Al di sotto dei 55 anni, la prevalenza si attesta a valori perlopiù inferiori al 3% (Tabella 8.1.1 e Figura 8.1.1).

Dal confronto tra Aziende ULSS, emerge una prevalenza standardizzata più bassa nell'ULSS 1-Dolomiti, mentre risultano avere valori superiori alla media regionale le ULSS 5-Polesana e 8-Berica (Figura 8.1.2).

Tra i soggetti con diabete mellito in età giovanile non è presente un elevato grado di comorbidità. Tra i 45 e i 54 anni più del 60% è affetto da almeno un'altra condizione cronica oltre al diabete (Figura 8.1.3). Tra queste condizioni, quelle presenti con maggior frequenza sono le dislipidemie (58%), l'ipertensione arteriosa (50%), la cardiopatia ischemica, incluso l'infarto miocardico acuto (15,9%) e la cardiopatia aritmica (15,6%) (Figura 8.1.4).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza di diabete nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket e assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta). La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2022 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).

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

Tabella 8.1.1 Assistiti con Diabete per classi di età e sesso. Veneto, anno 2022

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-34	2.592	1,6	3.675	2,9	6.267	2,2
35-44	3.737	2,3	4.136	3,3	7.873	2,8
45-54	13.298	8,3	8.077	6,4	21.375	7,5
55-64	31.720	19,8	17.279	13,8	48.999	17,1
65-74	48.031	29,9	29.062	23,2	77.093	27,0
75-84	45.708	28,5	39.218	31,3	84.926	29,7
85+	15.503	9,7	23.821	19,0	39.324	13,8
Totale	160.589	100,0	125.268	100,0	285.857	100,0

Figura 8.1.1 Assistiti con Diabete. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100). Veneto, anno 2022

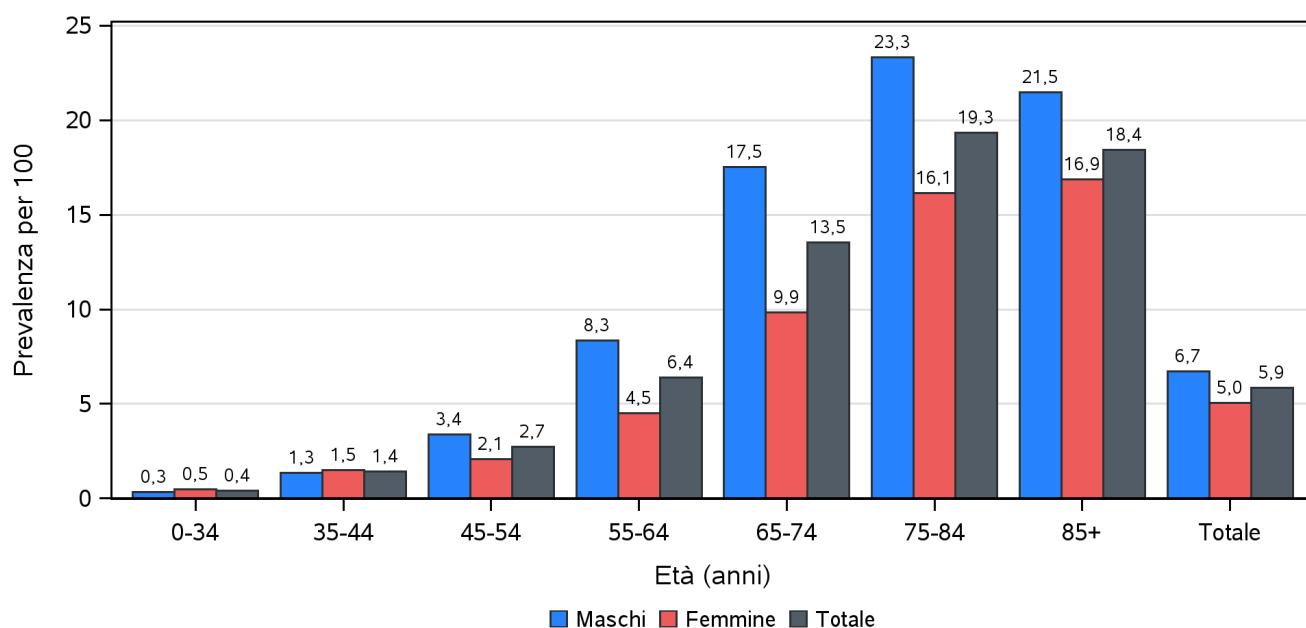


Figura 8.1.2 Assistiti con Diabete. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2022 (Popolazione standard: Veneto 2022)

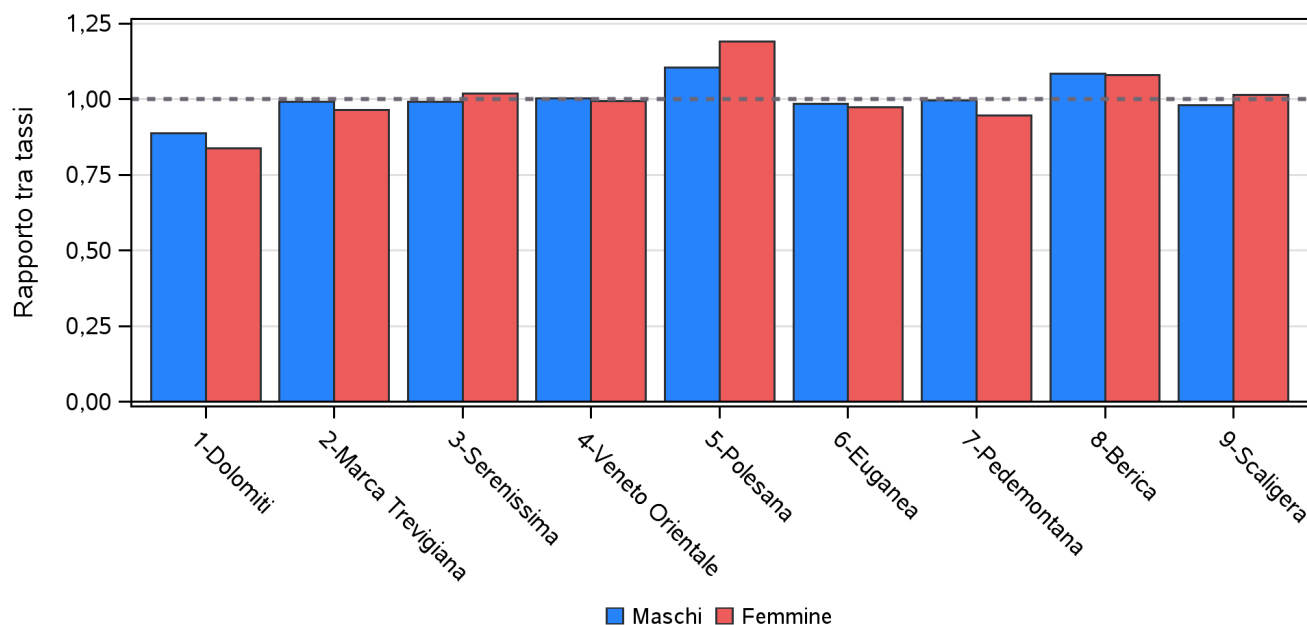


Figura 8.1.3 Assistiti con Diabete per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2022

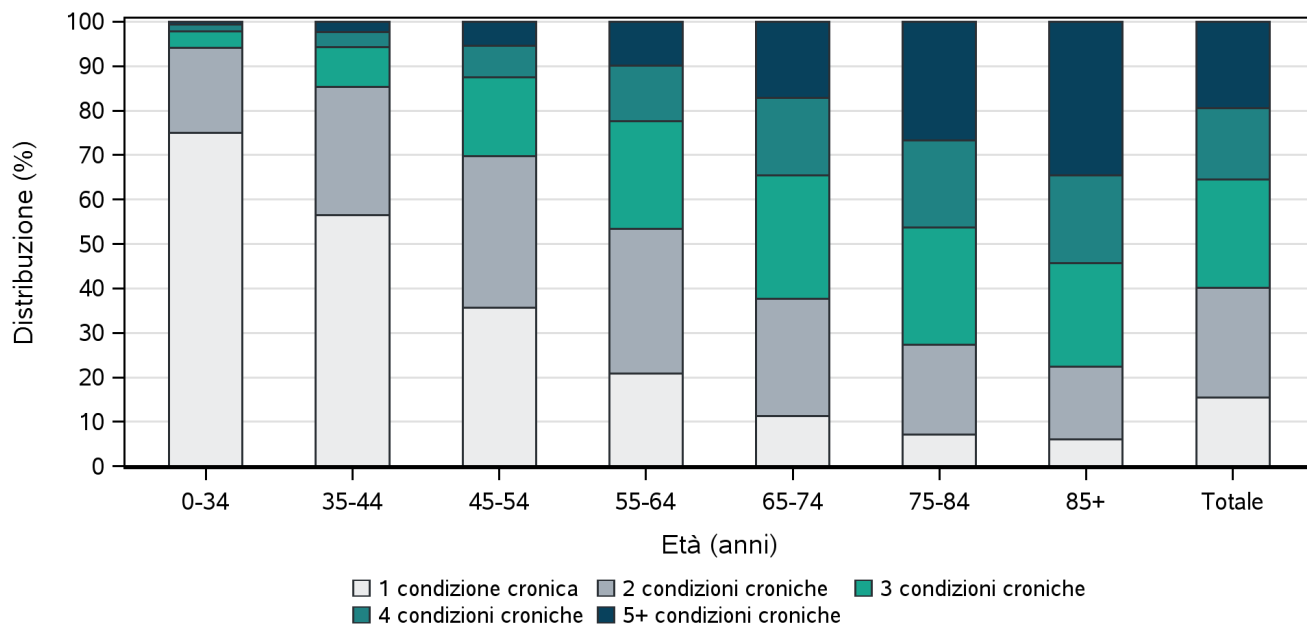
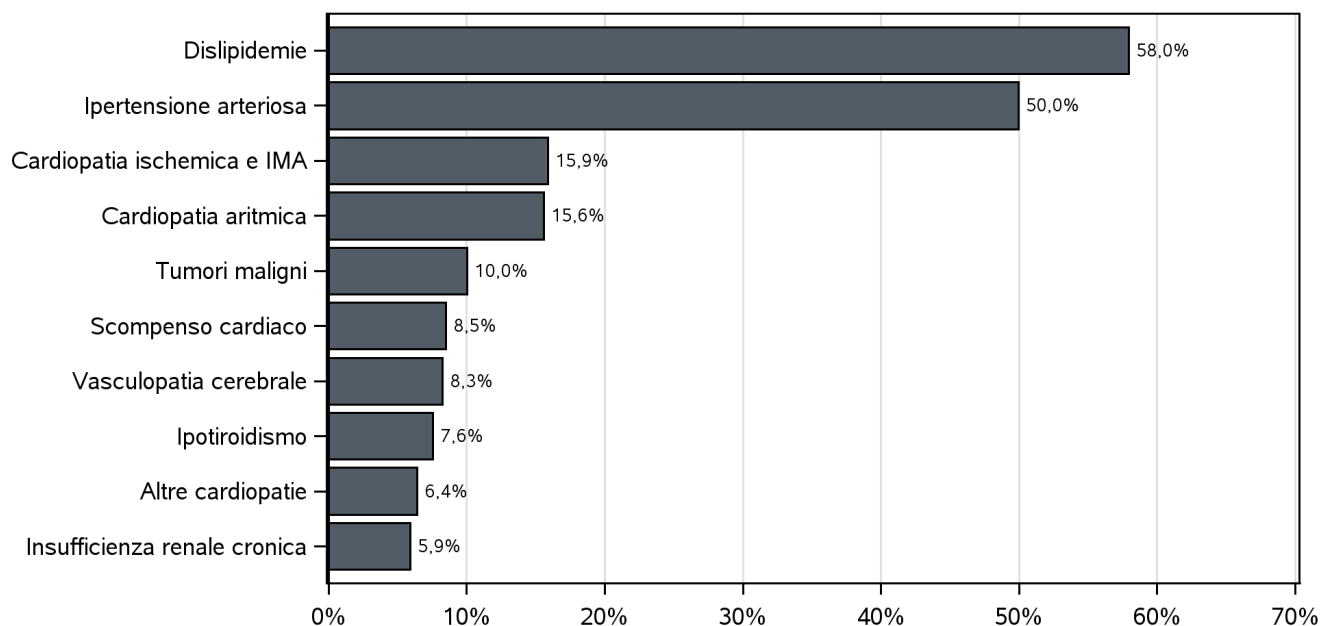


Figura 8.1.4 Assistiti con Diabete. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2022



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero - Regione del Veneto

📍 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

✉ ser@azero.veneto.it

☎ 049 8778252

8.2 Ipotiroidismo

L'ipotiroidismo è una condizione in cui la tiroide non è in grado di produrre una quantità di ormoni sufficiente a soddisfare il bisogno dell'organismo. Tra le cause più frequenti si annoverano le malattie autoimmuni, le rimozioni chirurgiche parziali o totali della tiroide, le tiroiditi e l'ipotiroidismo congenito. Nel 2022 la prevalenza di ipotiroidismo era del 4,1% (201.216 assistiti), marcatamente più presente nelle donne, dove la prevalenza è pari al 6,8% (168.060 assistite), rispetto agli uomini, in cui è presente nell'1,4% dei casi (33.156 assistiti). L'ipotiroidismo colpisce più frequentemente le donne in tutte le classi d'età, raggiungendo un picco a 65-74 anni (11,4%), mentre nei maschi si attesta su valori nettamente inferiori e aumenta progressivamente con l'età (Tabella 8.2.1 e Figura 8.2.1). Dal confronto con la media regionale è emerso come la prevalenza risulti leggermente più bassa nelle ULSS 3-Serenissima, 4-Veneto Orientale e 5-Polesana, marcatamente più bassa nell'ULSS 1-Dolomiti e solo lievemente più elevata nelle ULSS 2-Marca Trevigiana, 8-Berica e 9-Scaligera (Figura 8.2.2). La quota di assistiti affetti da ipotiroidismo che presentano due o più comorbidità aumenta con l'aumentare dell'età, attestandosi sopra il 70% tra gli ultra-sessantacinquenni (Figura 8.2.3). Tra le comorbidità più frequenti si annoverano l'ipertensione arteriosa (27,4%), le dislipidemie (25,1%), le patologie tumorali (10,9%) il diabete (10,7%) e le cardiopatie aritmiche (8,5%) (Figura 8.2.4).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza di ipotiroidismo nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket e assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta). La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2022 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).

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

Tabella 8.2.1 Assistiti con Ipotiroidismo per classi di età e sesso. Veneto, anno 2022

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-34	3.133	9,4	12.612	7,5	15.745	7,8
35-44	2.561	7,7	16.794	10,0	19.355	9,6
45-54	5.211	15,7	29.281	17,4	34.492	17,1
55-64	7.369	22,2	38.636	23,0	46.005	22,9
65-74	6.969	21,0	33.587	20,0	40.556	20,2
75-84	5.824	17,6	25.783	15,3	31.607	15,7
85+	2.089	6,3	11.367	6,8	13.456	6,7
Totale	33.156	100,0	168.060	100,0	201.216	100,0

Figura 8.2.1 Assistiti con Ipotiroidismo. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100). Veneto, anno 2022

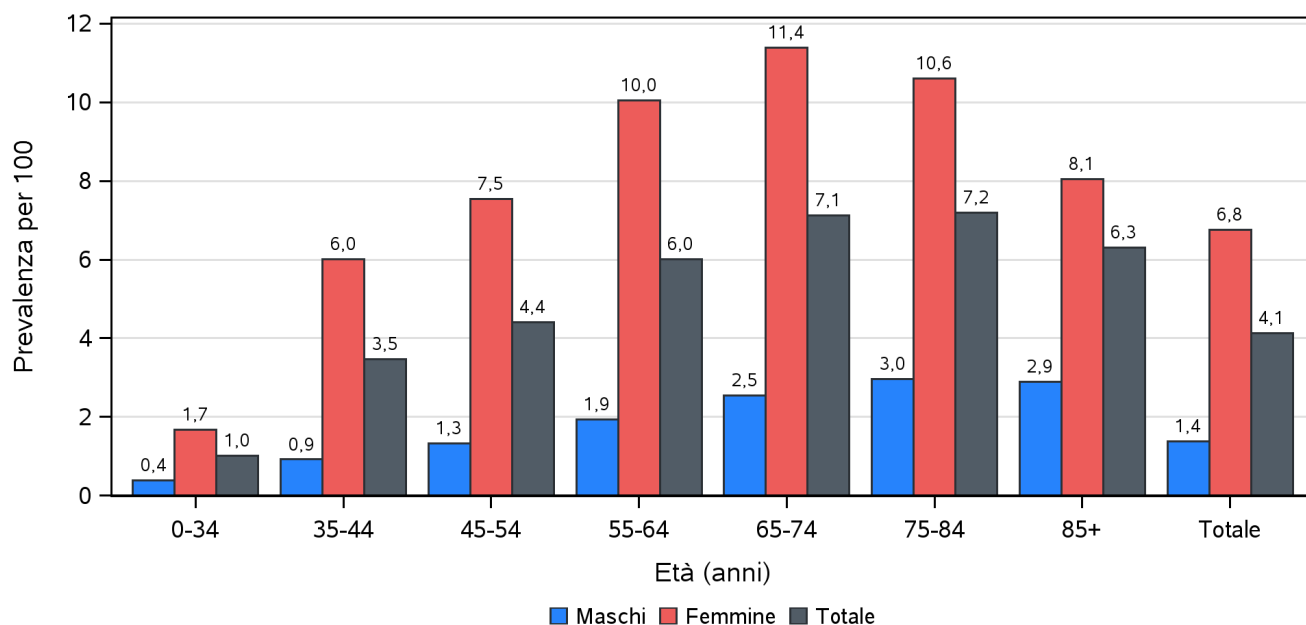


Figura 8.2.2 Assistiti con Ipotiroidismo. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2022 (Popolazione standard: Veneto 2022)

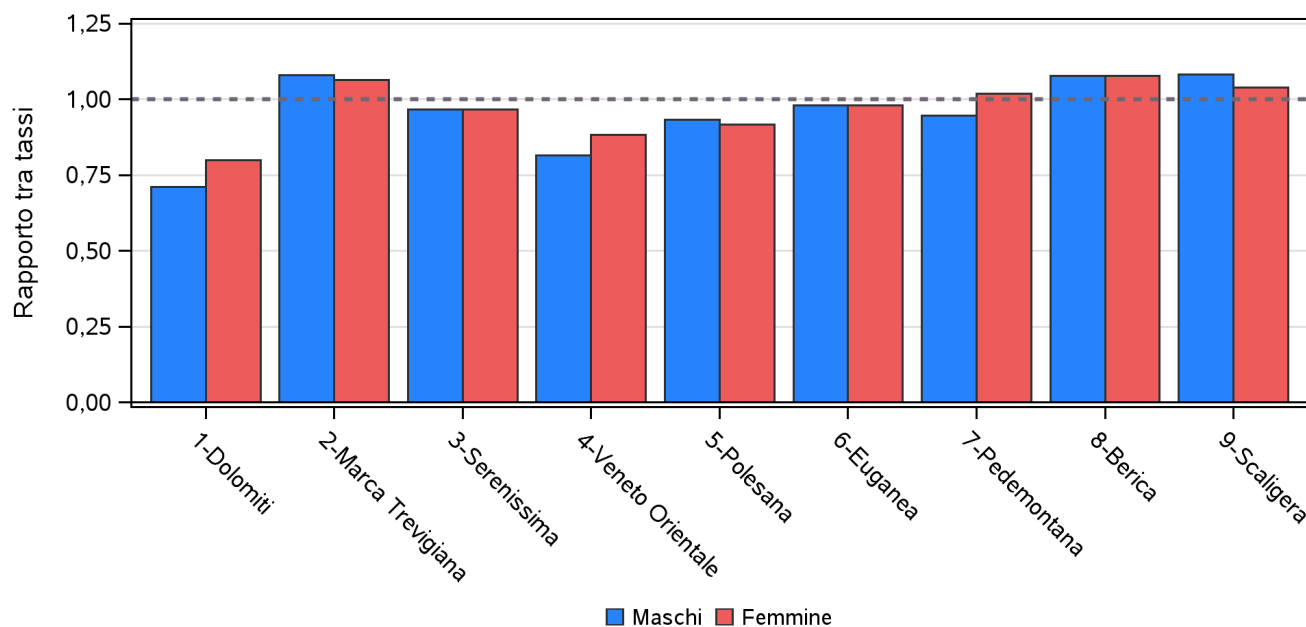


Figura 8.2.3 Assistiti con Ipotiroidismo per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2022

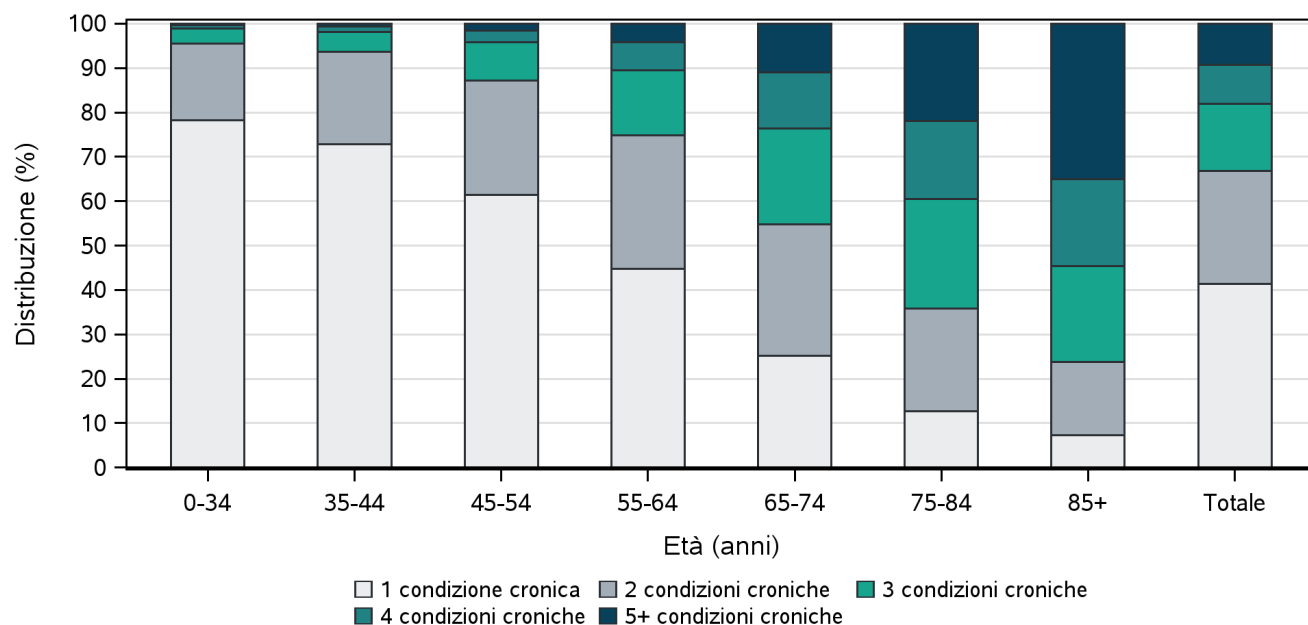
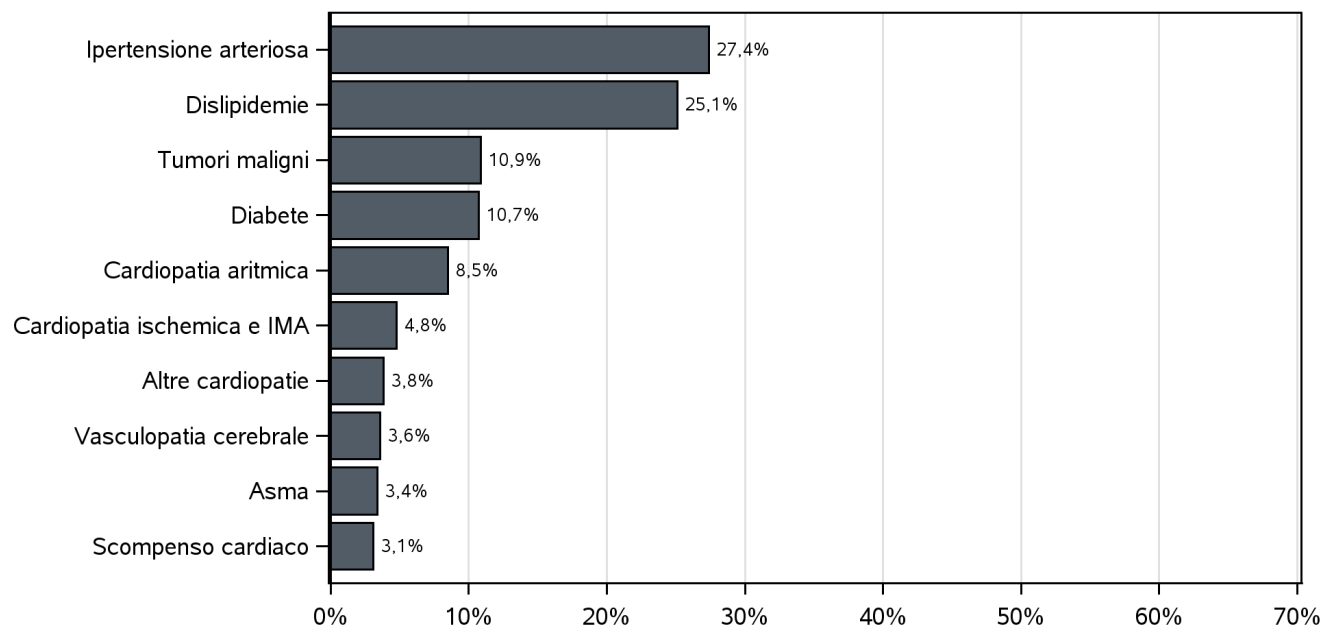


Figura 8.2.4 Assistiti con Ipotiroidismo. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2022



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

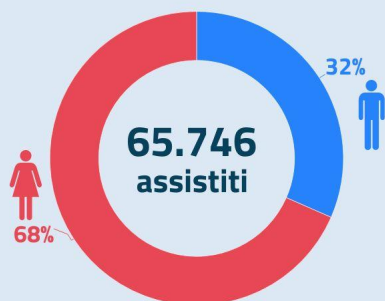
 ser@azero.veneto.it

 049 8778252

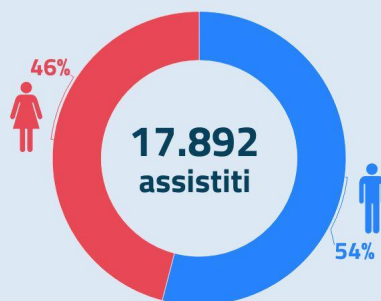
9. Malattie del sistema nervoso

CONTENUTI

- 9.3 Sclerosi multipla
- 9.2 Malattia di Parkinson
- 9.1 Demenze

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO - Veneto, dati anno 2022**Demenze**

8 su 10 hanno
oltre 80 anni

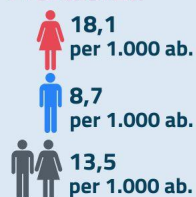
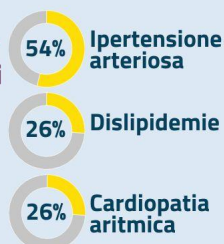
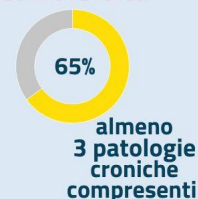
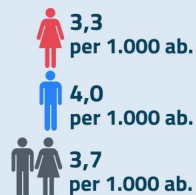
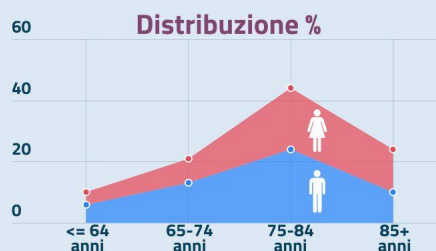
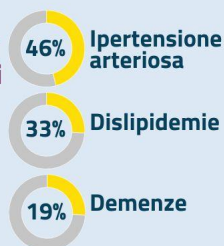
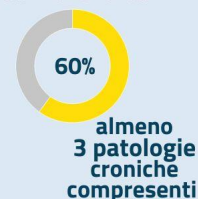
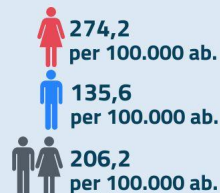
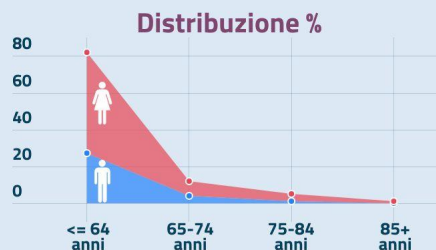
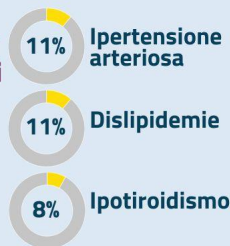
Malattia di Parkinson

9 su 10 hanno
oltre 65 anni

Sclerosi multipla

7 su 10 hanno
tra i 35 e 64 anni

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

DEMENZE (Veneto, dati Anno 2022)**Prevalenza****Distribuzione %****Patologie
compresenti
più frequenti****Comorbidità****MALATTIA DI PARKINSON** (Veneto, dati Anno 2022)**Prevalenza****Distribuzione %****Patologie
compresenti
più frequenti****Comorbidità****SCLEROSI MULTIPLA** (Veneto, dati Anno 2022)**Prevalenza****Distribuzione %****Patologie
compresenti
più frequenti****Comorbidità**

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

9.3 Sclerosi multipla

La Sclerosi multipla è una patologia infiammatoria cronica neurodegenerativa del sistema nervoso centrale, caratterizzata dalla perdita di mielina (demyelinizzazione) che riveste le fibre nervose della sostanza bianca in più aree, da qui il nome "multipla". Tale processo può determinare la formazione di lesioni (placche) che possono evolvere da una fase infiammatoria iniziale a una fase cronica. La forma più comune è caratterizzata da fasi in cui la patologia si manifesta, intervallata da fasi di remissione di diversa durata. Nelle prime fasi della malattia, la regressione dei segni risulta pressoché completa; con il passare del tempo i sintomi persistono, comportando disabilità progressiva.

Nel 2022 la Regione del Veneto ha registrato 10.058 persone affette da Sclerosi multipla, il genere femminile risulta maggiormente colpito (67,8%), e la fascia di età più colpita è quella compresa tra i 35 e i 64 anni (69,5%) (Tabella 9.3.1).

Nelle fasce di età 35-44 e 45-54 anni i tassi grezzi di prevalenza per il sesso maschile si mantengono stabili (leggermente al di sopra dei 200 casi ogni 100.000 abitanti), mentre per il sesso femminile, tali tassi crescono da 438 a 482 ogni 100.000 abitanti (Figura 9.3.1). In entrambi i sessi i tassi grezzi tornano a ridursi nella fascia di età 65-74 anni (132 casi ogni 100.000 nel genere maschile e 277 in quello femminile).

Le Aziende ULSS 1-Dolomiti, 3-Serenissima 5-Polesana e 6-Euganea presentano un rapporto standardizzato di prevalenza superiore alla media regionale (Figura 9.3.2). L'azienda ULSS Berica presenta un rapporto standardizzato di prevalenza superiore alla media regionale soltanto nella popolazione femminile.

Al crescere dell'età aumenta la presenza di comorbidità. Dai 65 anni di età si rileva la presenza di 3 o più patologie compresenti in oltre il 36% dei casi. Tra le patologie più frequenti: l'ipertensione arteriosa (11,2%), le dislipidemie (10,8%), l'ipotiroidismo (7,6%) e il diabete mellito (4,8%) (Figura 9.3.4).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza di Sclerosi multipla nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket e cure domiciliari. La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2022 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).

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

Tabella 9.3.1 Assistiti con Sclerosi multipla per classi di età e sesso. Veneto, anno 2022

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-34	466	14,4	806	11,8	1.272	12,6
35-44	608	18,8	1.225	18,0	1.833	18,2
45-54	854	26,3	1.874	27,5	2.728	27,1
55-64	779	24,0	1.652	24,2	2.431	24,2
65-74	362	11,2	818	12,0	1.180	11,7
75-84	147	4,5	368	5,4	515	5,1
85+	25	0,8	74	1,1	99	1,0
Totale	3.241	100,0	6.817	100,0	10.058	100,0

Figura 9.3.1 Assistiti con Sclerosi multipla. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100.000). Veneto, anno 2022

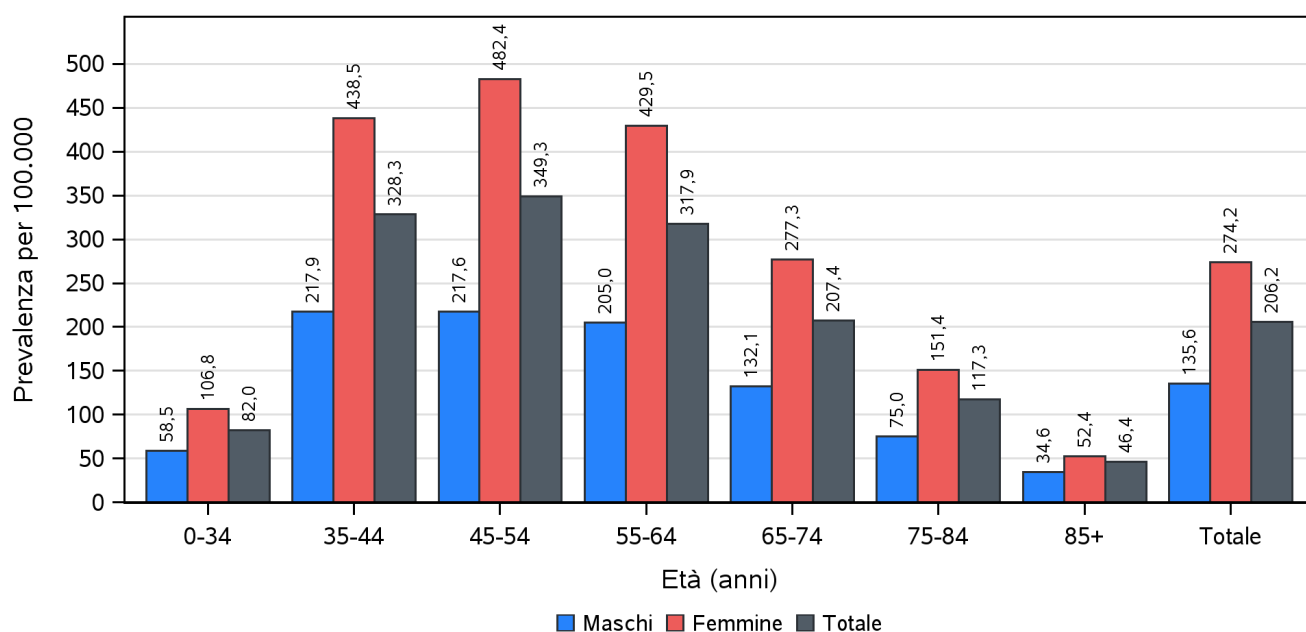


Figura 9.3.2 Assistiti con Sclerosi multipla. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2022 (Popolazione standard: Veneto 2022)

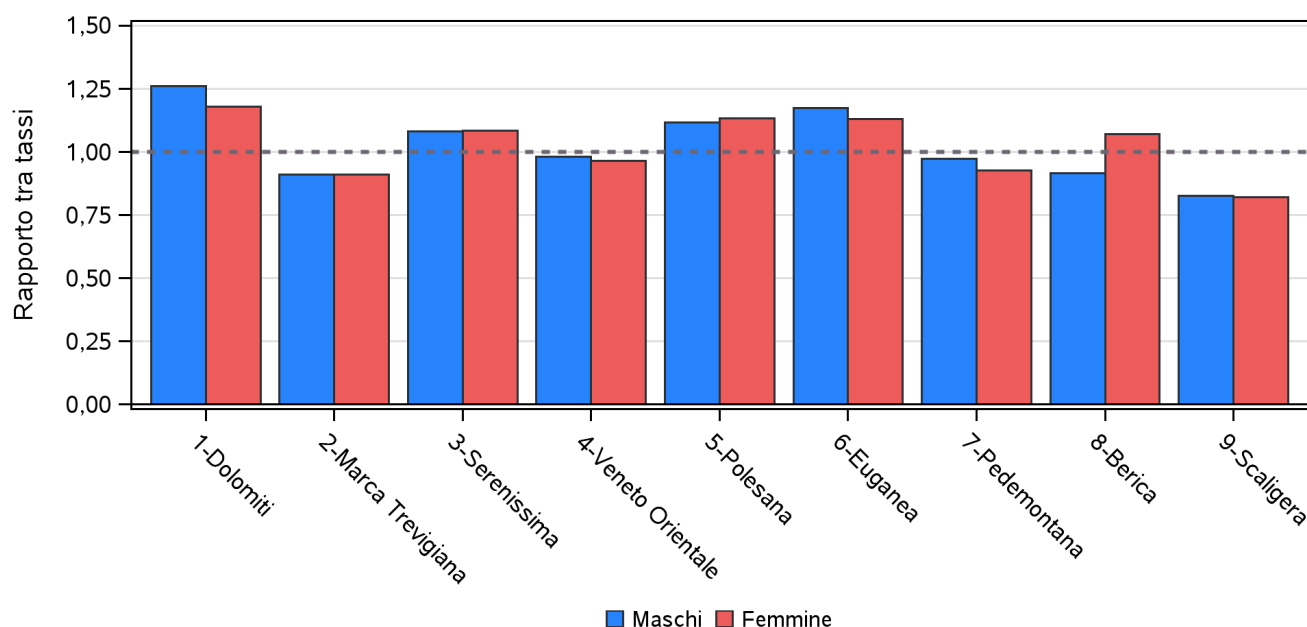


Figura 9.3.3 Assistiti con Sclerosi multipla per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2022

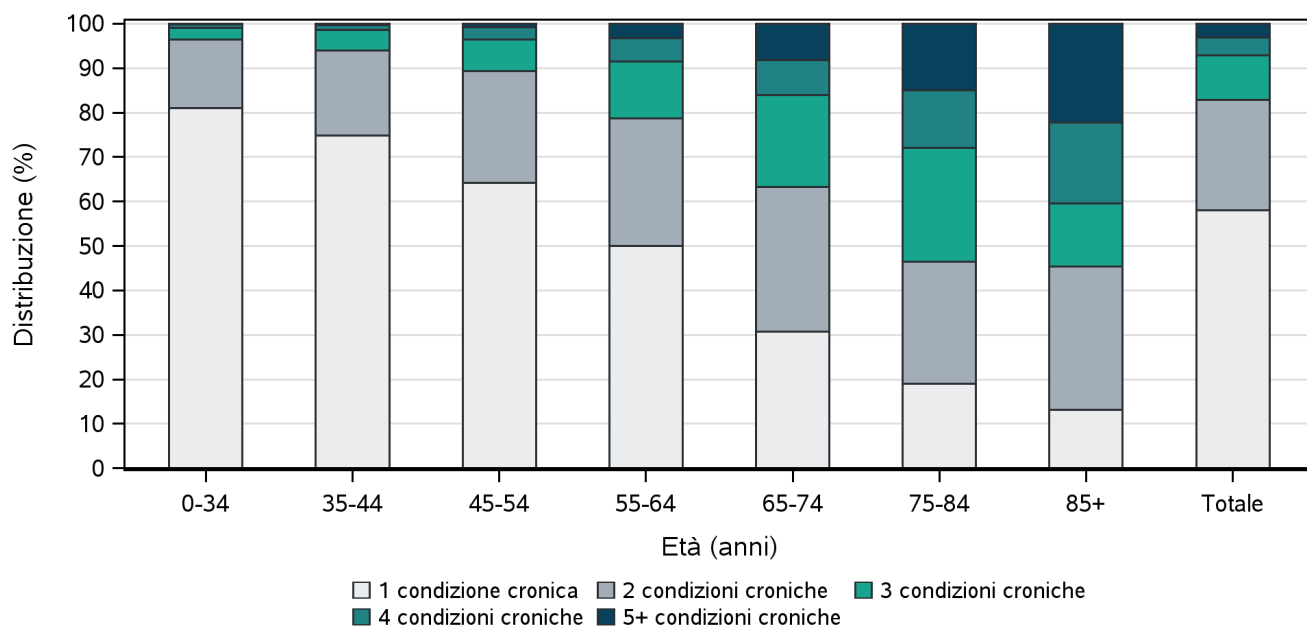
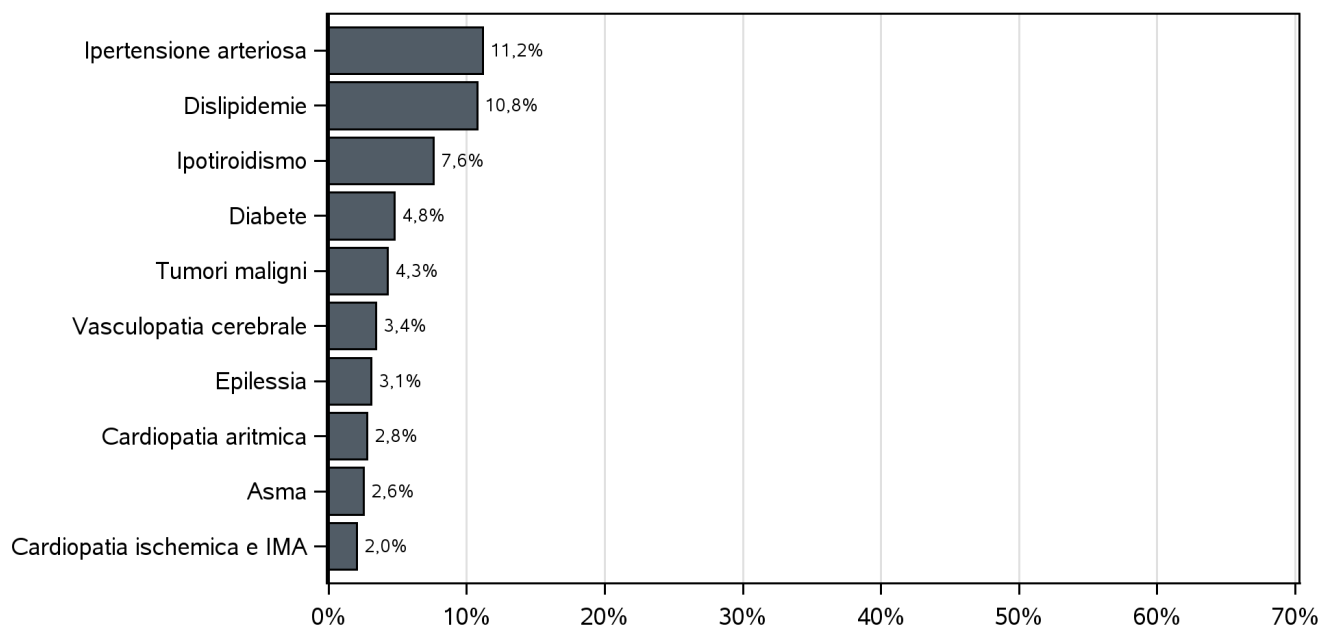


Figura 9.3.4 Assistenti con Sclerosi multipla. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2022



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero - Regione del Veneto

📍 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

✉ ser@azero.veneto.it

☎ 049 8778252

9.2 Malattia di Parkinson

La Malattia di Parkinson è una patologia neurodegenerativa cronica che coinvolge le cellule della substantia nigra deputate alla produzione di dopamina, neurotrasmettitore coinvolto nei circuiti che controllano i movimenti. La malattia coinvolge le funzioni motorie, vegetative, cognitive e comportamentali. I sintomi che la caratterizzano sono di tipo motorio (tremore a riposo, rigidità muscolare, bradicinesia), e non-motorio (stipsi, disturbi urinari, dell'olfatto, del sonno, dell'umore, disturbi cognitivi, astenia e dolore). Questi ultimi possono anticipare la comparsa dei sintomi motori anche di qualche anno.

Nel 2022, nella Regione del Veneto, i soggetti con Malattia di Parkinson sono risultati oltre 17.800, la maggior parte di età superiore ai 65 anni (89,6%) con un prevalente interessamento del genere maschile (54%) (Tabella 9.2.1). I tassi di prevalenza aumentano progressivamente con l'età e sono nettamente superiori nei maschi in tutte le fasce d'età. Tra i 70 e i 74 anni, ogni 1.000 abitanti, risultano affetti da Malattia di Parkinson 8,8 soggetti, mentre tra i 75 e i 79 anni 15,4 soggetti. Nella fascia di età tra gli 80 e i 84 anni 21,3 soggetti ogni 1.000 abitanti presentano tale patologia. La prevalenza più elevata è apprezzabile negli uomini nella fascia d'età 85 - 89 anni (28,2 casi ogni 1.000 abitanti) (Figura 9.2.1).

Le Aziende ULSS 6-Euganea, 7-Pedemontana e 9-Scaligera presentano un rapporto standardizzato di prevalenza superiore alla media regionale (Figura 9.2.2).

Negli assistiti di età compresa tra i 50 e 59 anni, quasi il 50% presenta almeno un'altra condizione cronica oltre alla Malattia di Parkinson (Figura 9.2.3). Tale percentuale raggiunge il 70% nella fascia di età compresa tra i 65 e i 69 anni e il 90% negli ultra-ottantacinquenni.

Le comorbidità maggiormente presenti sono: l'ipertensione arteriosa (45,7%), le dislipidemie (32,9%), le demenze (18,9%), il diabete (18,9%) e le patologie cardiovascolari, tra cui la cardiopatia aritmica (18,3%) e la vasculopatia cerebrale (13,3%) (Figura 9.2.4).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza della Malattia di Parkinson nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket e assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta). La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2022 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).

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

Tabella 9.2.1 Assistiti con Malattia di Parkinson per classi di età e sesso. Veneto, anno 2022

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-49	100	1,0	72	0,9	172	1,0
50-59	500	5,2	283	3,4	783	4,4
60-64	558	5,8	341	4,1	899	5,0
65-69	895	9,3	542	6,6	1.437	8,0
70-74	1.452	15,0	940	11,4	2.392	13,4
75-79	2.070	21,4	1.584	19,3	3.654	20,4
80-84	2.253	23,3	2.035	24,8	4.288	24,0
85-89	1.375	14,2	1.568	19,1	2.943	16,4
90+	469	4,8	855	10,4	1.324	7,4
Totale	9.672	100,0	8.220	100,0	17.892	100,0

Figura 9.2.1 Assistiti con Malattia di Parkinson. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2022

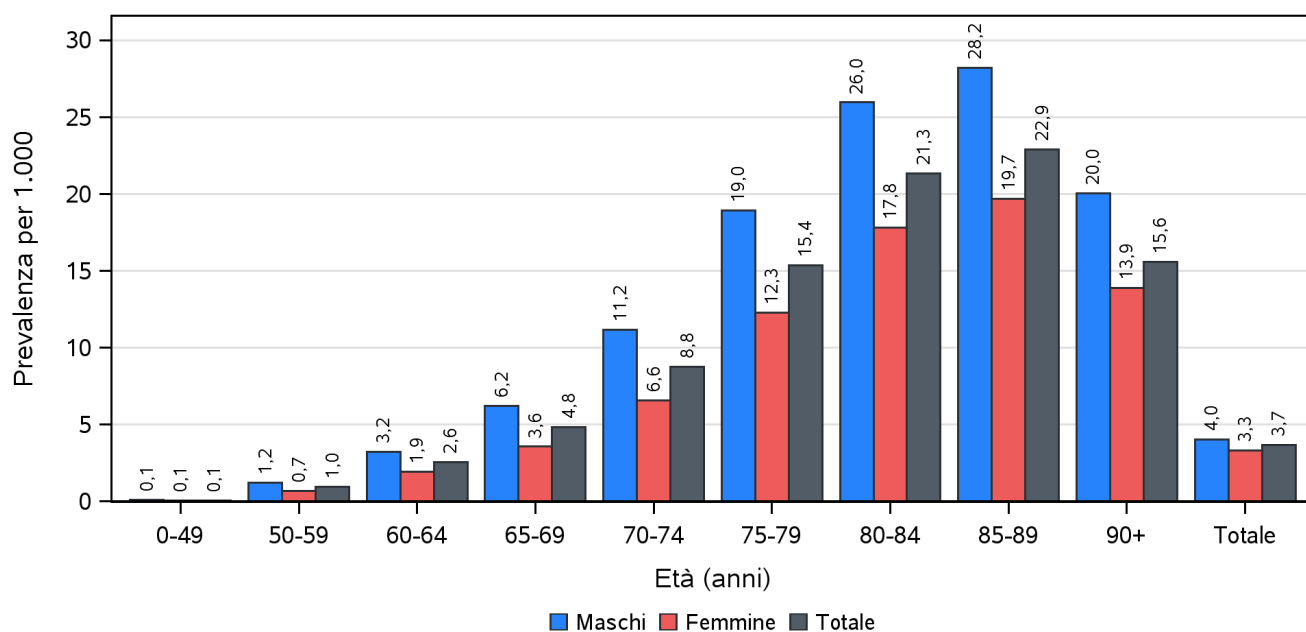


Figura 9.2.2 Assistiti con Malattia di Parkinson. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2022 (Popolazione standard: Veneto 2022)

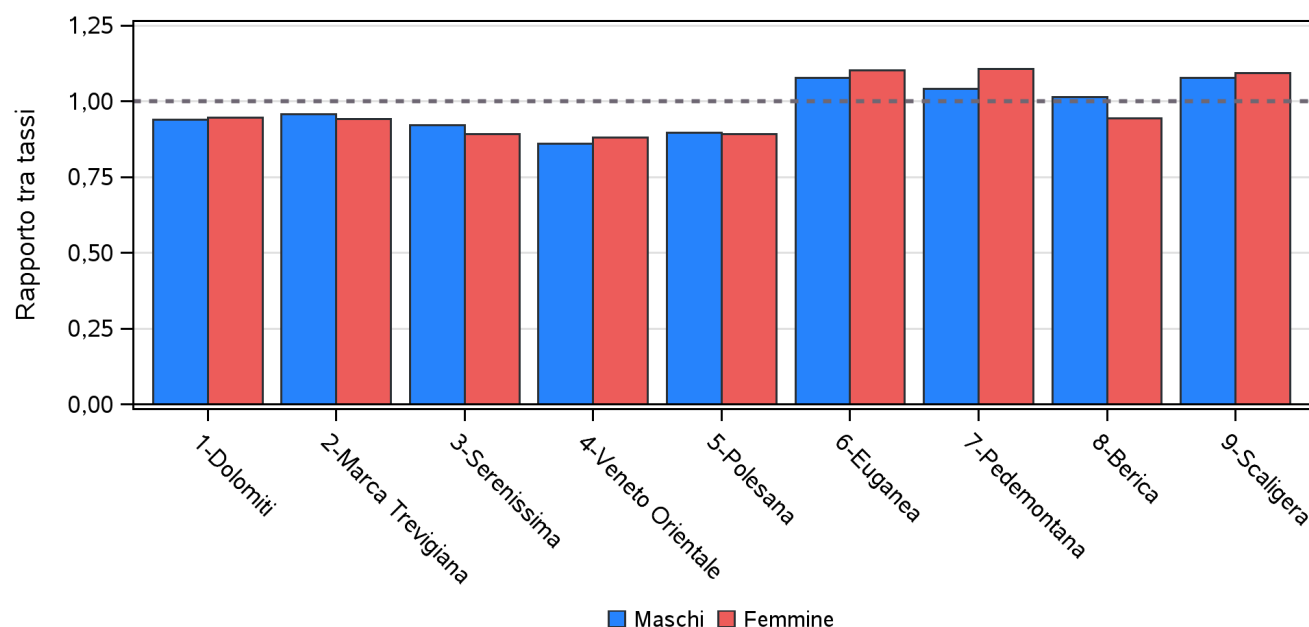


Figura 9.2.3 Assistiti con Malattia di Parkinson per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2022

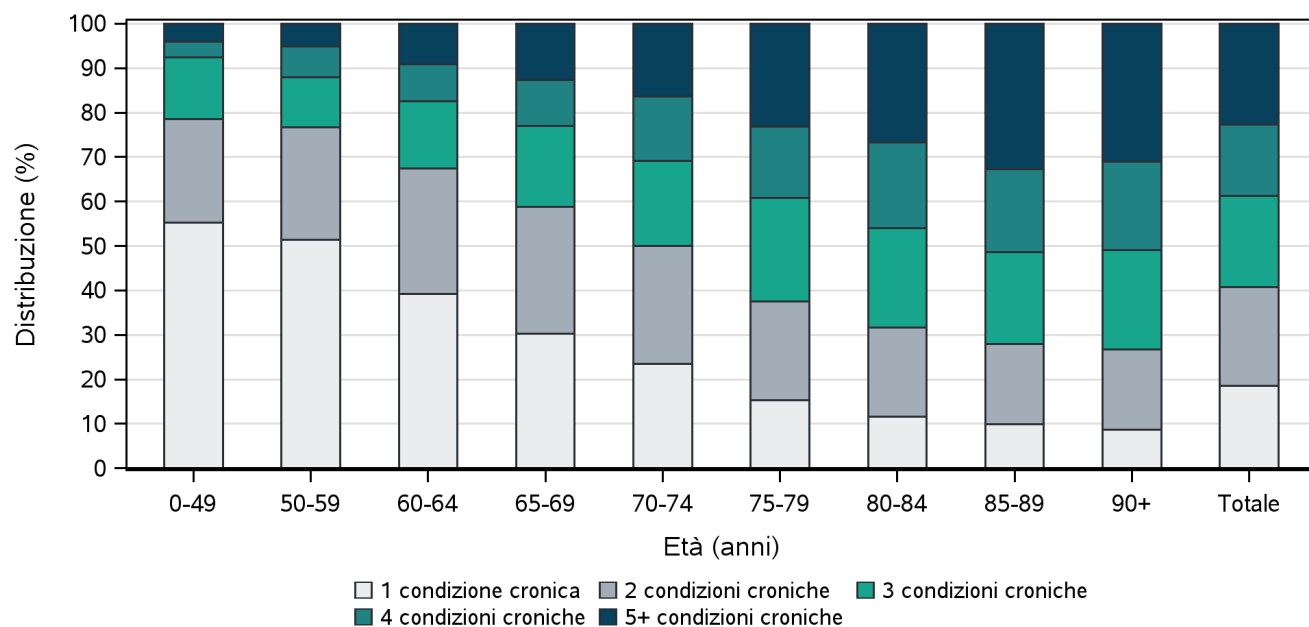
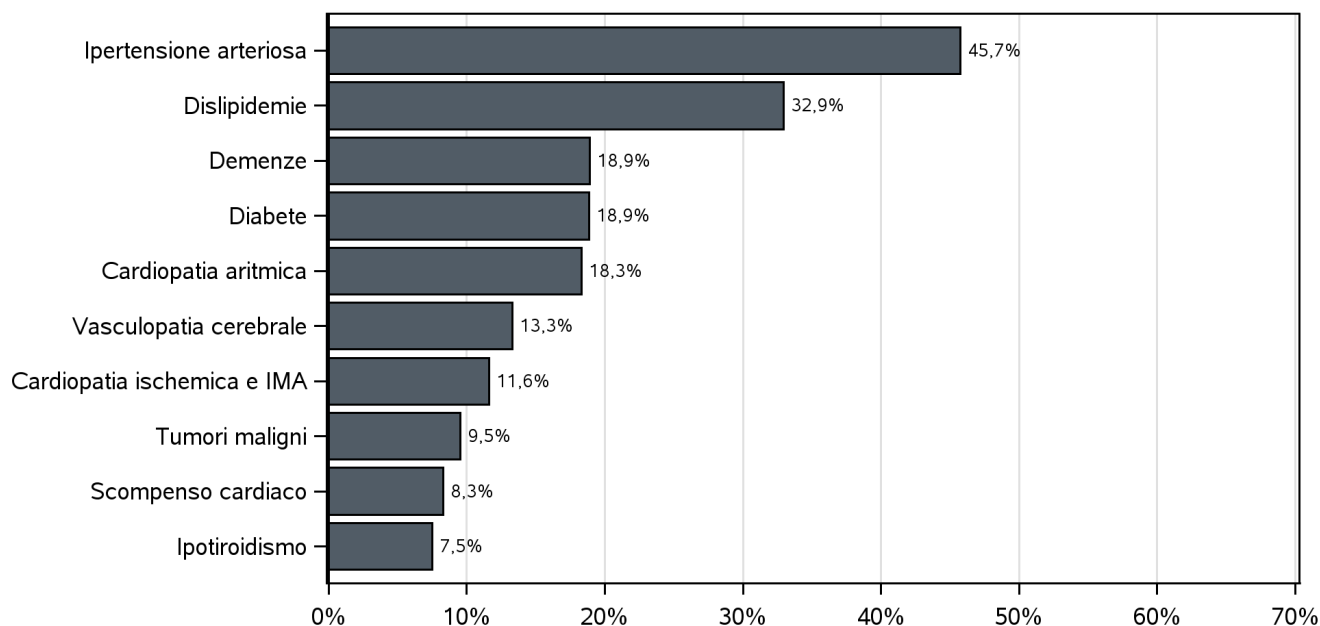


Figura 9.2.4 Assistiti con Malattia di Parkinson. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2022



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero - Regione del Veneto

📍 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

✉ ser@azero.veneto.it

☎ 049 8778252

9.1 Demenze

Con il termine demenze si comprendono diverse forme di disturbo neurocognitivo di tipo cronico-degenerativo, la cui storia naturale è caratterizzata dalla progressiva perdita delle funzioni cognitive (memoria, linguaggio, attenzione, capacità di giudizio) e dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana, fino alla disabilità.

Tra le forme primarie (di tipo degenerativo) vi sono la Malattia di Alzheimer (la più frequente), la demenza frontotemporale e quella a corpi di Lewy. Fra le forme secondarie la più frequente è la demenza vascolare. In questo report verranno riportati i dati relativi a tutte le forme di demenza, senza distinzione di tipologia.

Nel 2022, nella Regione del Veneto, sono risultate affette da demenza 65.746 persone; il 68,4% è di sesso femminile, e la maggior parte (98%) ha un'età superiore ai 65 anni (Tabella 9.1.1). I tassi di prevalenza aumentano significativamente con l'età: risultano affetti da demenza 12 soggetti ogni 1.000 abitanti per la fascia di età compresa tra i 70 e i 74 anni, 31 soggetti ogni 1.000 abitanti tra i 75 e i 79 anni, 72 soggetti ogni 1.000 abitanti tra gli 80 e i 84 anni, 136 soggetti ogni 1.000 abitanti tra gli 85 e gli 89 anni, sino ad arrivare a quasi 240 soggetti ogni 1.000 abitanti nelle persone di età superiore ai 90 anni (Figura 9.1.1).

Le Aziende ULSS 3-Serenissima, 5-Polesana e 6-Euganea, presentano un rapporto standardizzato di prevalenza superiore alla media regionale (Figura 9.1.2).

Già in giovane età (prima dei 50 anni), oltre il 70% dei soggetti con demenza presenta almeno un'altra patologia cronica concomitante oltre alla demenza. Dopo i 50 anni, oltre il 60% degli assistiti è affetto da tre o più condizioni croniche compresenti (Figura 9.1.3). Le patologie maggiormente rappresentate sono: l'ipertensione arteriosa (53,9%), le dislipidemie (26,3%), la cardiopatia aritmica (25,8%), la vasculopatia cerebrale (21,3%) e il diabete (20,7%).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza delle demenze nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket, cure domiciliari, assistenza residenziale extra-ospedaliera (case di riposo), assistenza psichiatrica territoriale e assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta). La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2022 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).

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

Tabella 9.1.1 Assistiti con Demenze per classi di età e sesso. Veneto, anno 2022

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-49	86	0,4	70	0,2	156	0,2
50-59	244	1,2	243	0,5	487	0,7
60-64	358	1,7	326	0,7	684	1,0
65-69	653	3,1	669	1,5	1.322	2,0
70-74	1.532	7,4	1.851	4,1	3.383	5,1
75-79	3.128	15,1	4.321	9,6	7.449	11,3
80-84	5.391	26,0	9.054	20,1	14.445	22,0
85-89	5.292	25,5	12.189	27,1	17.481	26,6
90+	4.070	19,6	16.269	36,2	20.339	30,9
Totale	20.754	100,0	44.992	100,0	65.746	100,0

Figura 9.1.1 Assistiti con Demenze. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2022

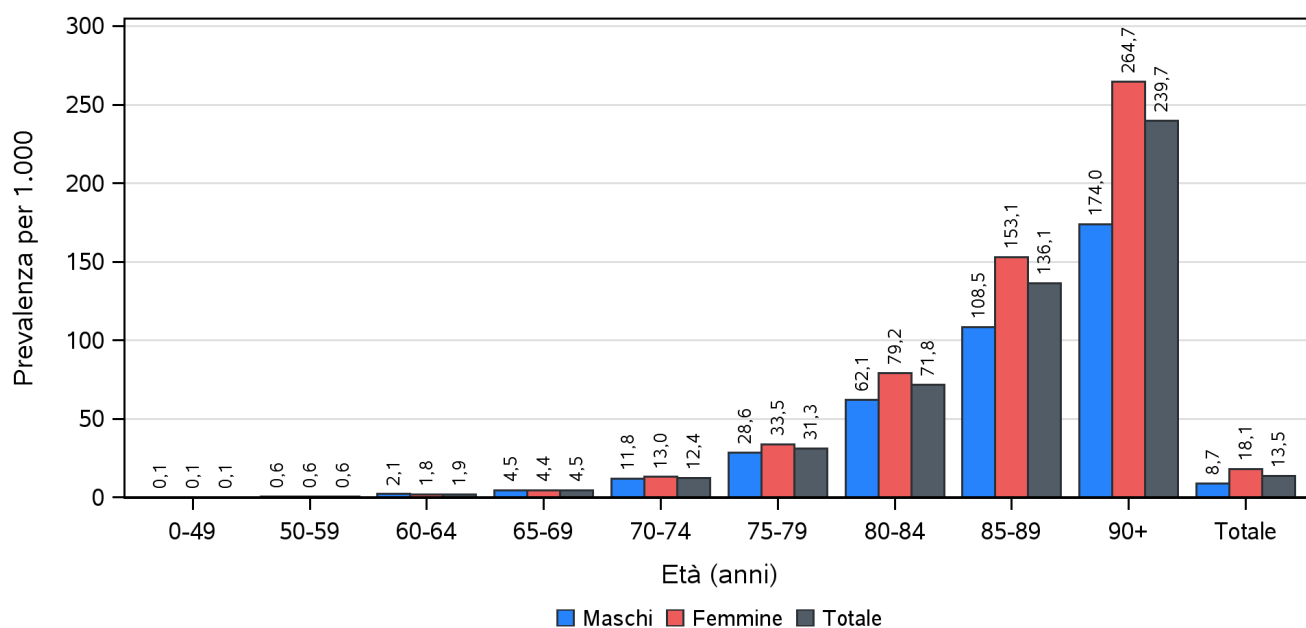


Figura 9.1.2 Assistiti con Demenze. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2022 (Popolazione standard: Veneto 2022)

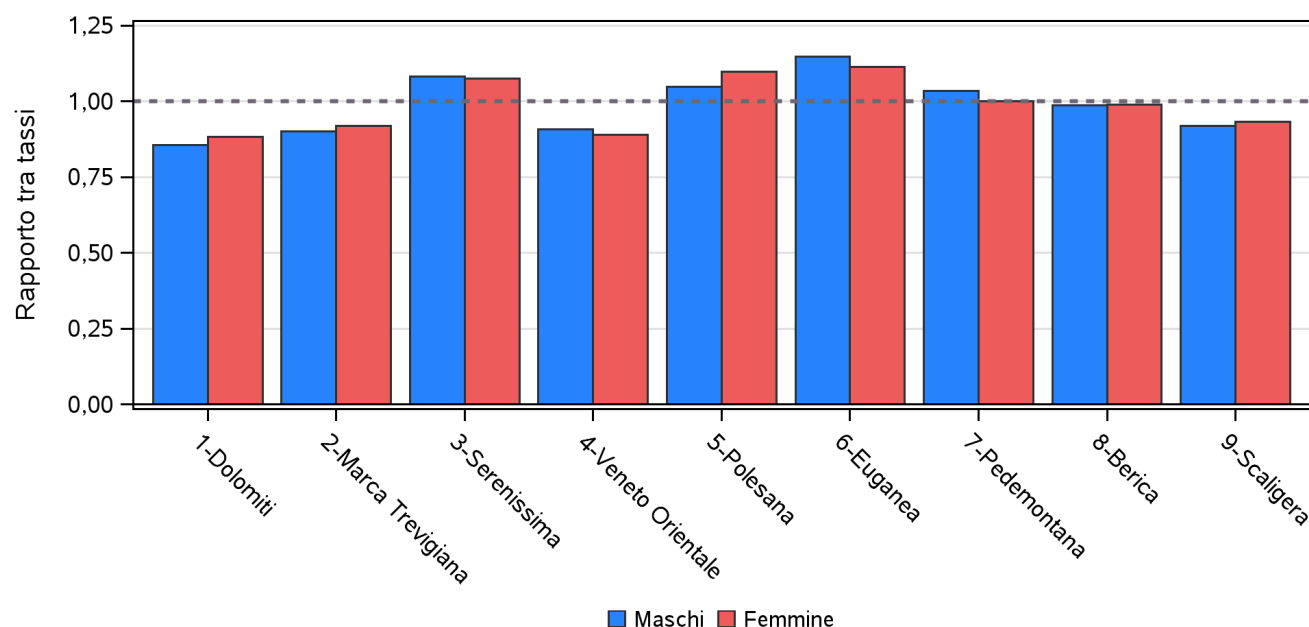


Figura 9.1.3 Assistiti con Demenze per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2022

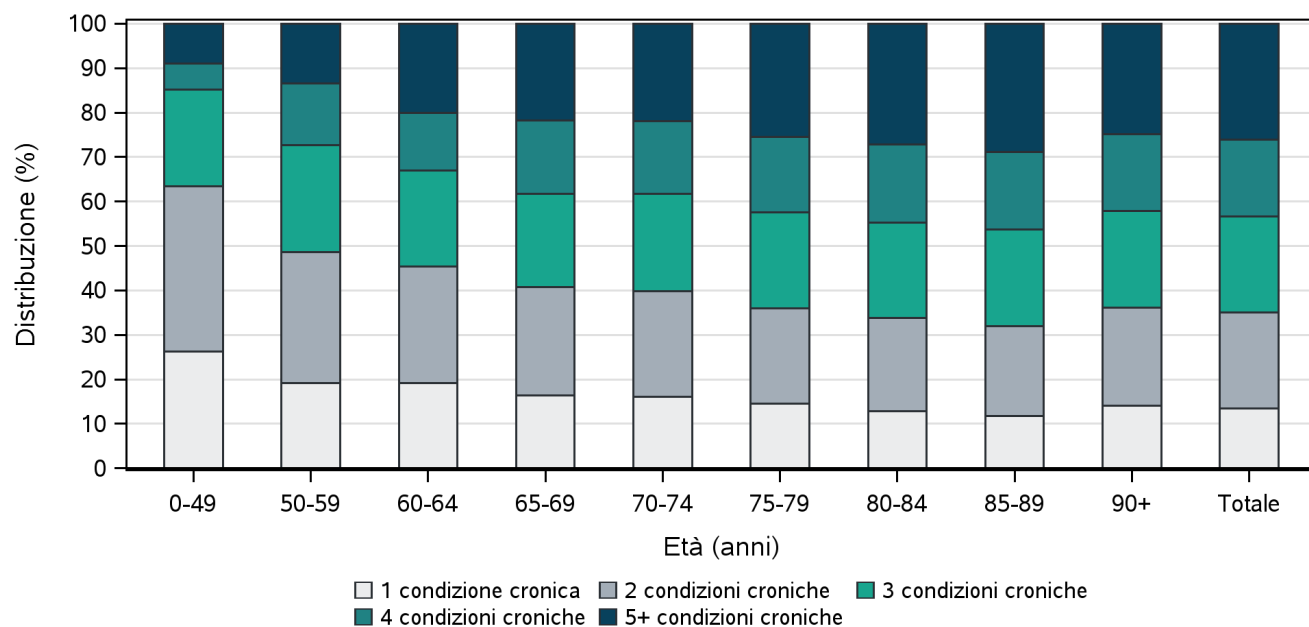
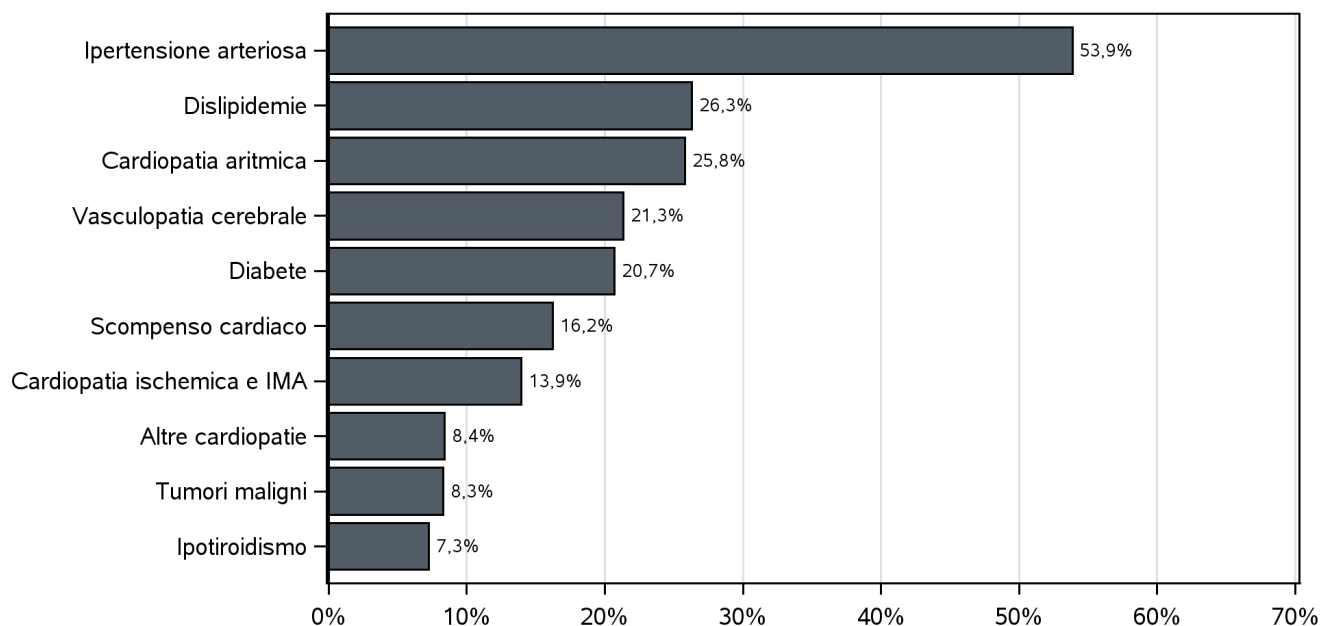


Figura 9.1.4 Assistiti con Demenze. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2022



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero - Regione del Veneto

📍 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

✉️ ser@azero.veneto.it

☎️ 049 8778252

10. Insufficienza renale cronica

Insufficienza renale cronica

Pazienti in
Renal Replacement Therapy (RRT)

al 31/12/2021: **4.928**

2.226 trapiantati
(45%)



536 in dialisi
peritoneale (11%)

2.166 in emodialisi
(44%)



Aumento dei pazienti in RRT

2000



+30,4%
Incidenti

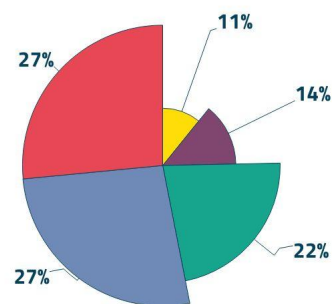


+40,7%
Prevalenti

2020

Pazienti prevalenti per età

● 0-24 ● 25-44 ● 45-64 ● 65-74 ● 75+



Ogni anno in Veneto circa 600 pazienti affetti da insufficienza renale cronica in stadio terminale (definita anche ESRD, End Stage Renal Disease), ovvero circa 130 casi per milione di residenti (pmp), iniziano il trattamento renale sostitutivo (RRT). Questo numero è andato aumentando negli ultimi 20 anni. Le nefropatie che più di frequente portano a ESRD sono quelle legate a diabete e ipertensione, che provocano quasi la metà delle nuove diagnosi nelle classi di età anziane e di cui sono spesso una causa diretta. Nei pazienti più giovani, invece, le malattie renali di origine varia e le glomerulonefriti primitive sono quelle più frequenti. La terapia iniziale più comune resta l'emodialisi, che interessa 3 pazienti incidenti su 4.

La prevalenza dell'ESRD, calcolata come rapporto tra il numero di pazienti affetti da questa malattia viventi al 31 dicembre di ciascun anno e la popolazione residente al 1° gennaio (fornita da ISTAT), è rimasta stabile nell'ultimo quinquennio, intorno a 1.050 pmp. Il quadro si mantiene, pertanto, stabilmente impegnativo per il sistema sanitario regionale, anche tenendo conto che il numero di pazienti in RRT è cresciuto di circa il 40% nell'ultimo ventennio, salendo da 3.500 circa nel 2000 a quasi 5.000 nel 2021; i nuovi pazienti sono aumentati da meno di 500 nel 2000 a oltre 600 negli ultimi anni. Il sistema sanitario regionale, nel suo complesso, ha dovuto rispondere a questo aumento del carico di malattia, pur mantenendo praticamente invariato il numero dei centri nefrologici. I tipi di terapia sostitutiva più diffusi tra i pazienti prevalenti sono il trapianto renale (47%) e l'emodialisi (44%), mentre la dialisi peritoneale è leggermente inferiore al 10%.

Nel 2000, il 70% dei pazienti era in dialisi e solo il 30% era trapiantato. Il reindirizzamento dei pazienti verso trattamenti domiciliari, a minor impatto sulle strutture ospedaliere, ha consentito al sistema di tenere, con minimi cambiamenti strutturali, migliorando contemporaneamente la qualità di vita dei pazienti.

In Veneto si registrano circa 600 decessi all'anno tra i pazienti in trattamento sostitutivo, ovvero quasi lo stesso numero di pazienti incidenti. L'aumento della mortalità che si rileva da ormai qualche anno potrebbe indicare che arrivano al trattamento sostitutivo solo i casi più gravi, con maggiore probabilità di decesso. In tutto ciò, non possiamo non considerare che, dal 2020, l'incidenza e la mortalità hanno pesantemente risentito dell'effetto della pandemia da Sars-Cov2, che in quell'anno ha iniziato a diffondersi e che ha colpito soprattutto le classi più anziane e con malattie croniche già debilitanti, come l'ESRD, tanto che la mortalità ha registrato un picco di 130 pmp. Come ci si aspettava, la pandemia ha provocato un conseguente calo del tasso di incidenza nel 2021, rispetto agli anni precedenti, causato molto probabilmente dall'elevata mortalità; essa, di fatto, ha creato un effetto "selezione", peggiorando la prognosi di molti pazienti con insufficienza renale cronica e non permettendo loro di giungere allo stadio terminale e di iniziare, quindi, il RRT.

Nota Metodologica

Il Registro Veneto Dialisi e Trapianto (RVDT) raccoglie dal 1998 i dati anagrafici e clinici dei pazienti affetti da malattia renale cronica che necessitano di trattamento sostitutivo (RRT: dialisi e/o trapianto renale), residenti in Veneto. I dati inseriti dai Centri di Nefrologia e Dialisi sono messi tempestivamente a disposizione, tramite un applicativo web, al RVDT, che ne effettua i controlli di qualità e completezza. Il Registro, una volta anonimizzato, viene linkato con gli altri database regionali e utilizzato per il monitoraggio di incidenza, prevalenza, mortalità e sopravvivenza dei pazienti in esso presenti. I tassi presentati in questo paragrafo sono standardizzati. La popolazione di riferimento è quella del Veneto al censimento 2011, ricavata dai dati ISTAT. L'analisi di incidenza, prevalenza, mortalità e sopravvivenza è effettuata anche stratificando per alcuni importanti fattori come classe d'età, genere, nefropatia di base.

Figura 10.1 Tassi di incidenza e di mortalità (pmp) per l'ESRD. Veneto, anni 2000-2021. (Fonte: RVDT)



Figura 10.2 Numero di pazienti prevalenti con ESRD, per tipologia di trattamento sostitutivo. Veneto, anni 2000-2021. (Fonte: RVDT)

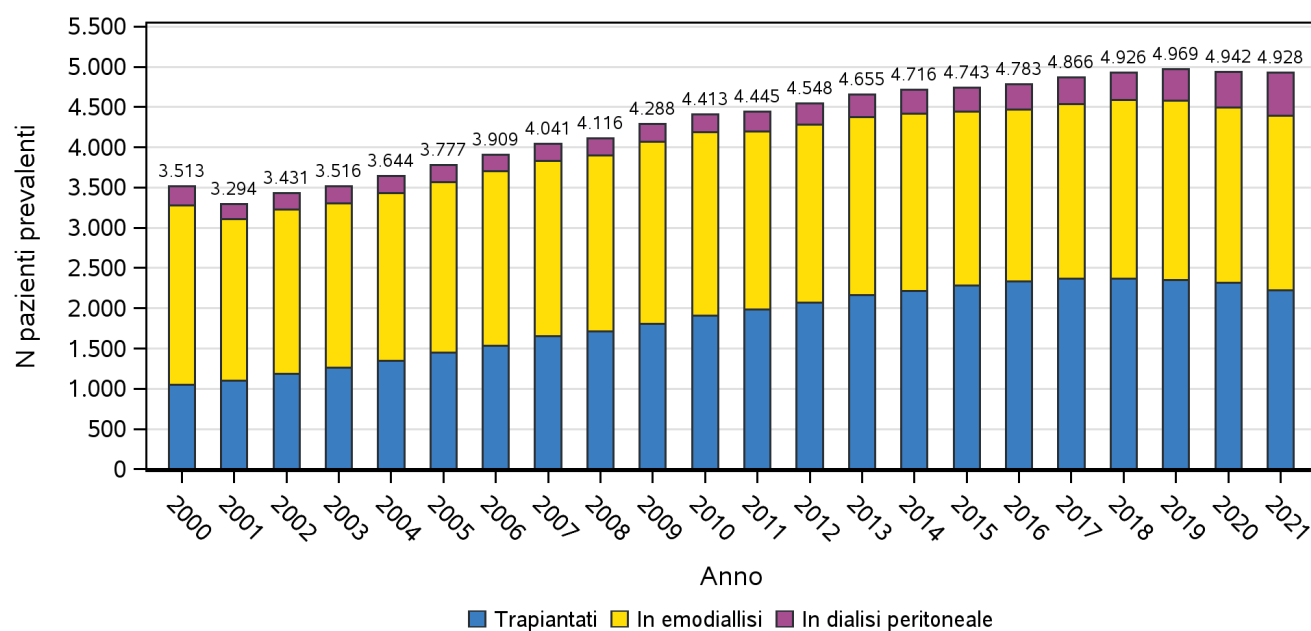
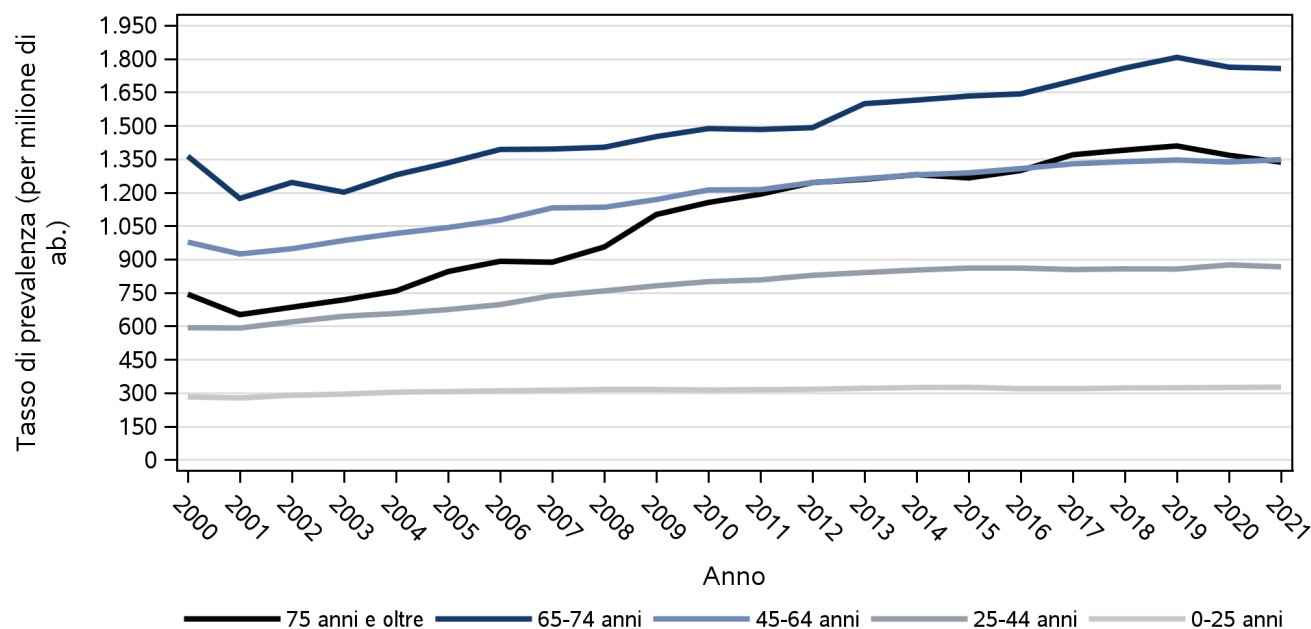


Figura 10.3 Tasso di prevalenza (pmp) di ESRD, per classe d'età. Veneto, anni 2000-2021. (Fonte: RVDT)



Approfondimenti

⇒ Sito internet del Servizio Epidemiologico Regionale e Registri, sezione Malattia Renale Cronica

<https://www.ser-veneto.it/it/aree-tematiche/malattia-renale-cronica/malattia-renale-cronica>

Per maggiori informazioni

Registro Veneto di Dialisi e Trapianto UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri Azienda Zero - Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 registro.dialisi@azero.veneto.it

 049 8778252

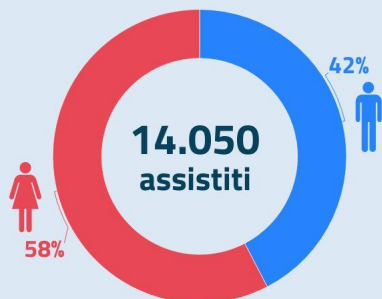
11. Salute mentale

CONTENUTI

- 11.1 Disturbo bipolare
- 11.2 Schizofrenia
- 11.3 Depressione

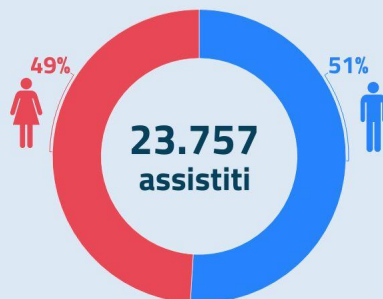
SALUTE MENTALE - Veneto, dati anno 2022

Disturbo bipolare



8 su 10 hanno
tra 45 e 74 anni

Schizofrenia



7 su 10 hanno
tra 19 e 64 anni

Depressione



8 su 10 hanno
meno di 74 anni

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

11.1 Disturbo bipolare

Nel 2022, nella Regione del Veneto, i soggetti affetti da disturbo bipolare sono risultati 14.050. Tale patologia aumenta con l'aumentare dell'età sino ai 70 anni, interessando prevalentemente il sesso femminile in quasi tutte le fasce d'età (Tabella 11.1.1). La prevalenza più elevata si osserva tra i 55 e i 74 anni (5,2 casi per 1.000 nel genere femminile e oltre 3,6 casi per 1.000 in quello maschile). Dopo i 75 anni si apprezza una progressiva riduzione dei tassi di prevalenza in entrambi i sessi (Figura 11.1.1). Rispetto al dato medio regionale, si osserva un valore di prevalenza standardizzata maggiore nell'ULSS 8-Berica e una minore nelle ULSS 4-Veneto Orientale e 5-Polesana, e in misura minore nella 3-Serenissima e 9-Scaligera (Figura 11.1.2).

Nota Metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di dimissione ospedaliera, Esenzione ticket e Assistenza psichiatrica territoriale. La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2022 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).

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

Tabella 11.1.1 Assistiti con Disturbo bipolare per classi di età e sesso. Veneto, anno 2022

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-18	98	1,6	211	2,6	309	2,2
19-34	844	14,2	767	9,5	1.611	11,5
35-44	690	11,6	794	9,8	1.484	10,6
45-54	1.271	21,3	1.568	19,4	2.839	20,2
55-64	1.451	24,4	2.004	24,8	3.455	24,6
65-74	979	16,4	1.547	19,1	2.526	18,0
75-84	499	8,4	931	11,5	1.430	10,2
85+	122	2,0	274	3,4	396	2,8
Totale	5.954	100,0	8.096	100,0	14.050	100,0

Figura 11.1.1 Assistiti con Disturbo bipolare. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2022

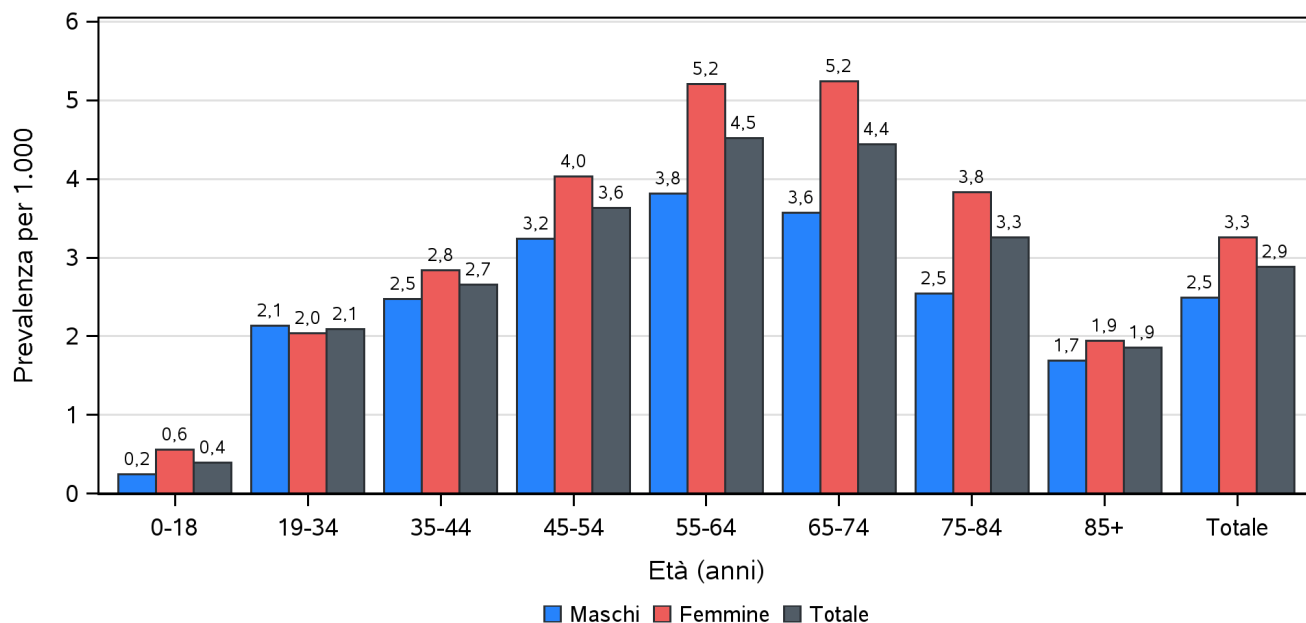
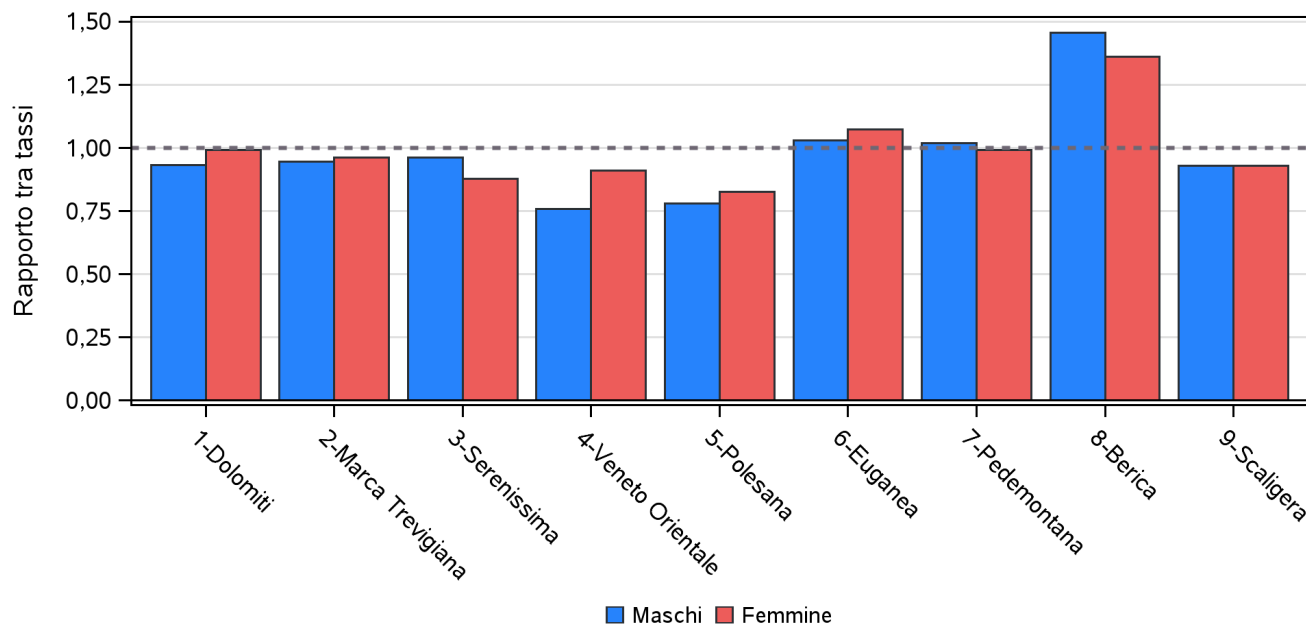


Figura 11.1.2 Assistiti con Disturbo bipolare. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2022 (Popolazione standard: Veneto 2022)



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

 049 8778252

11.2 Schizofrenia

Nel 2022, nella Regione del Veneto, sono stati rilevati 23.757 soggetti affetti da schizofrenia (Tabella 11.2.1). Tale patologia colpisce prevalentemente il sesso maschile nelle fasce di età più giovani (dai 19 ai 54 anni), crescendo fino a interessare 7,9 uomini ogni 1.000 abitanti, per poi diminuire progressivamente con l'avanzare dell'età. Dopo i 55 anni i tassi di prevalenza risultano più alti nel genere femminile (Figura 11.2.1).

Rispetto al dato regionale, la prevalenza risulta maggiore nelle ULSS 1-Dolomiti, 2-Marca Trevigiana, 6-Euganea e 8-Berica, mentre valori più bassi si osservano in particolare nella 9-Scaligera (Figura 11.2.2).

Nota Metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di dimissione ospedaliera, Esenzione ticket e Assistenza psichiatrica territoriale. La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2022 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).

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

Tabella 11.2.1 Assistiti con Schizofrenia per classi di età e sesso. Veneto, anno 2022

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-18	52	0,4	75	0,6	127	0,5
19-34	1.846	15,2	887	7,6	2.733	11,5
35-44	1.858	15,3	1.234	10,6	3.092	13,0
45-54	3.084	25,5	2.497	21,4	5.581	23,5
55-64	2.900	24,0	3.072	26,4	5.972	25,1
65-74	1.530	12,6	2.106	18,1	3.636	15,3
75-84	687	5,7	1.352	11,6	2.039	8,6
85+	151	1,2	426	3,7	577	2,4
Totale	12.108	100,0	11.649	100,0	23.757	100,0

Figura 11.2.1 Assistiti con Schizofrenia. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000).
Veneto, anno 2022

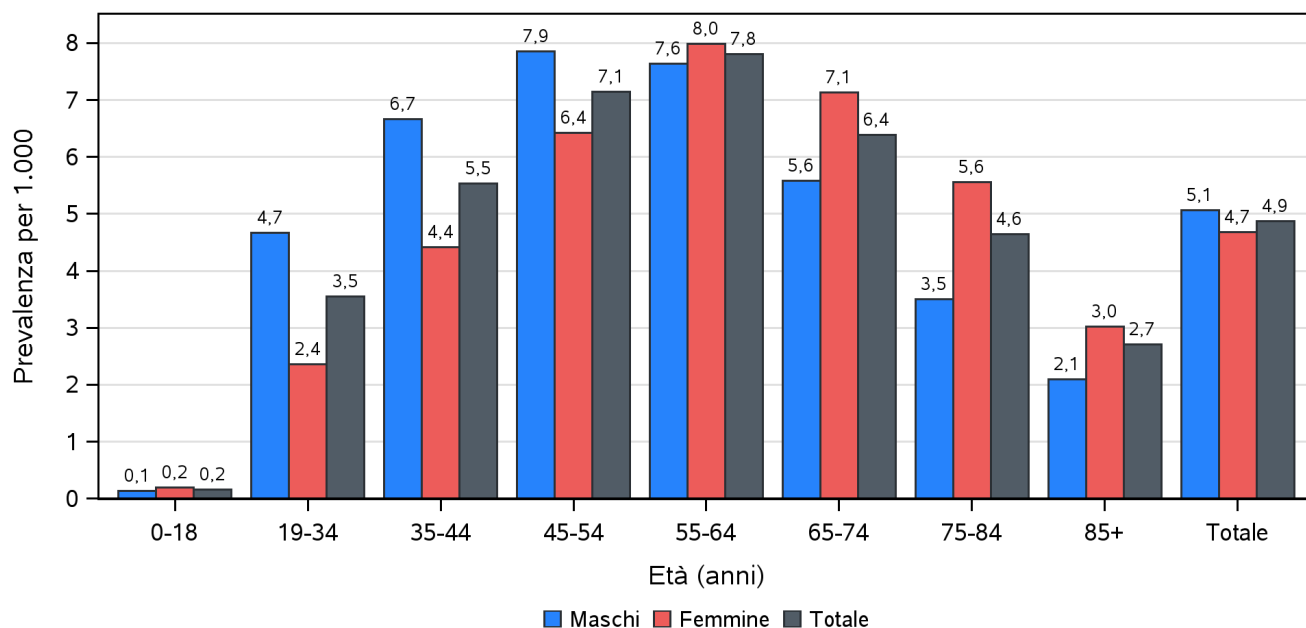
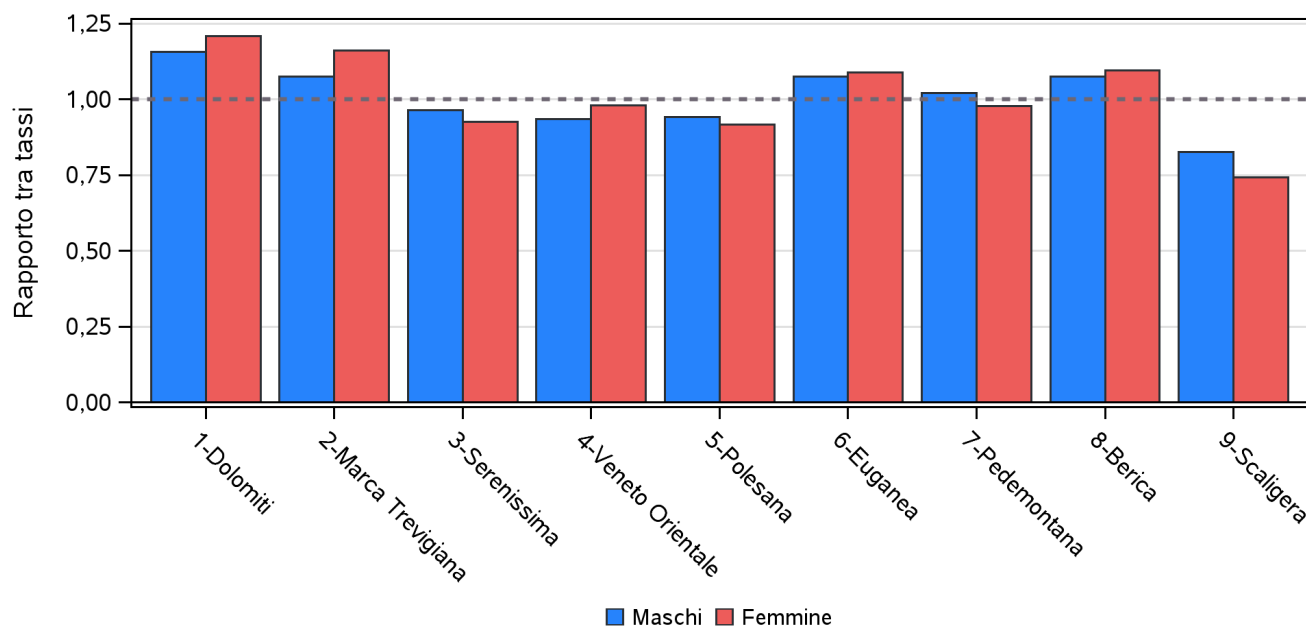


Figura 11.2.2 Assistiti con Schizofrenia. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2022 (Popolazione standard: Veneto 2022)



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

 049 8778252

11.3 Depressione

Fra le patologie psichiatriche, la depressione è la più diffusa, interessando quasi 40.000 assistiti nella Regione del Veneto, nel 2022. La prevalenza è nettamente superiore tra le donne in tutte le classi di età e cresce progressivamente fino ai 75-84 anni, dove si apprezza la maggior differenza tra i sessi; quasi il 60% dei soggetti di sesso femminile con diagnosi di depressione ha un'età inferiore a 65 anni (Tabella 11.3.1). I tassi di prevalenza risultano crescere progressivamente nel sesso femminile fino alla fascia di età 75-84 anni (17,3 soggetti per 1.000) per poi decrescere oltre gli 85 anni (11,2 soggetti per 1.000). Per quanto riguarda il genere maschile, si nota un incremento più lieve dei tassi di prevalenza fino all'età 55-64 anni (8,6 soggetti per 1.000), per poi assistere ad una graduale riduzione nei soggetti più anziani (Figura 11.3.1). Nelle ULSS 1-Dolomiti e 6-Euganea il tasso di prevalenza standardizzato è più elevato in entrambi i sessi rispetto a quello osservato nel resto della Regione, mentre risulta ridotto nelle ULSS 2-Marca Trevigiana e 9-Scaligera (Figura 11.3.2).

Nota Metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di dimissione ospedaliera, Esenzione ticket e Assistenza psichiatrica territoriale. La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2022 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).

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

Tabella 11.3.1 Assistiti con Depressione per classi di età e sesso. Veneto, anno 2022

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-18	132	1,0	464	1,8	596	1,5
19-34	1.758	13,0	2.730	10,4	4.488	11,3
35-44	1.390	10,3	2.288	8,7	3.678	9,3
45-54	2.683	19,9	4.485	17,1	7.168	18,0
55-64	3.262	24,1	5.703	21,8	8.965	22,6
65-74	2.273	16,8	4.753	18,1	7.026	17,7
75-84	1.560	11,5	4.204	16,0	5.764	14,5
85+	457	3,4	1.584	6,0	2.041	5,1
Totale	13.515	100,0	26.211	100,0	39.726	100,0

Figura 11.3.1 Assistiti con Depressione. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000).
Veneto, anno 2022

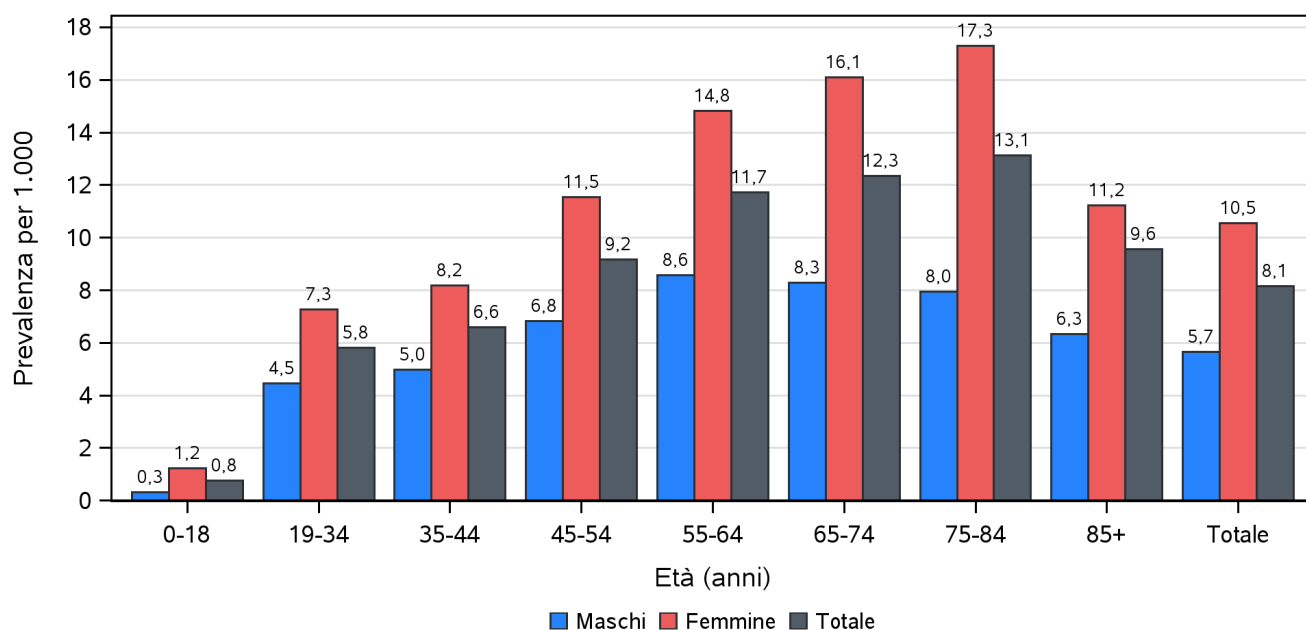
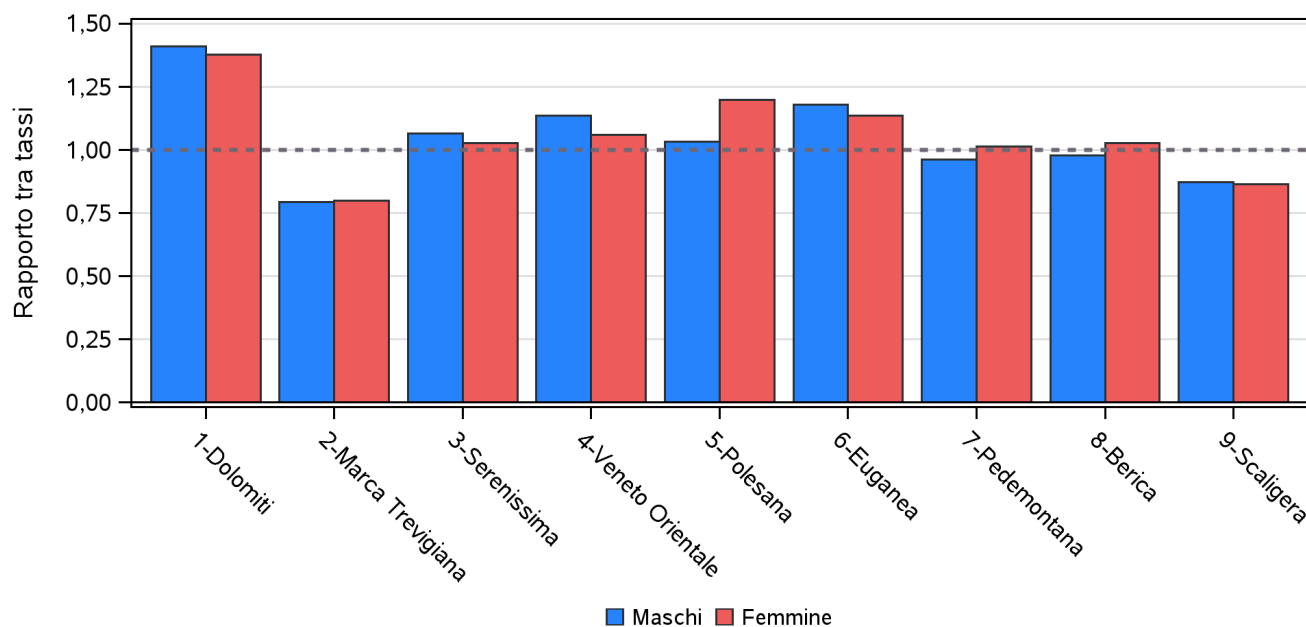


Figura 11.3.2 Assistiti con Depressione. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2022 (Popolazione standard: Veneto 2022)



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

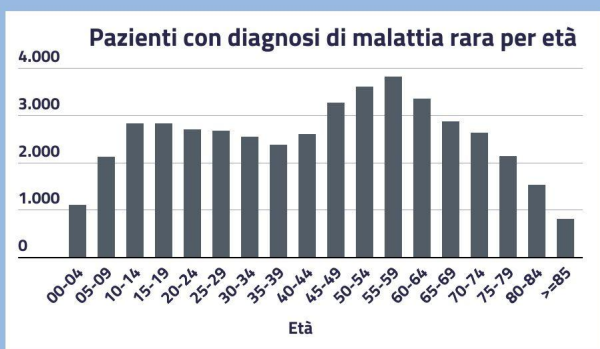
 049 8778252

12. Malattie rare

MALATTIE RARE

53.552 Pazienti seguiti al 31.12.2022

Il 16,9% sono pazienti pediatrici



MALATTIE RARE PIU' FREQUENTI

- 1° Malattie rare dell'apparato visivo (**15,3%**)
- 2° Malformazioni congenite, anomalie cromosomiche e sindromi complesse (**14,7%**)
- 3° Malattie neurologiche rare (**14,4%**)

La definizione di politiche sanitarie specifiche a favore delle persone con malattie rare rappresenta da più di 20 anni un elemento strategico per la programmazione regionale. La rete assistenziale dedicata si è basata sin dall'inizio sull'interazione tra i Centri di riferimento, individuati per gruppi di malattie rare, gli altri ospedali coinvolti nella presa in carico dei pazienti, i servizi farmaceutici e la rete dei servizi territoriali. Il funzionamento della rete è supportato da un sistema informativo, interoperabile con l'anagrafe unica regionale degli assistiti, il quale permette in tempo reale l'interazione tra i vari nodi della rete ed i professionisti coinvolti nel percorso assistenziale dei malati. A livello europeo, 23 reti ERN (European Reference Networks for rare diseases) vedono la partecipazione di uno o più dei 7 presidi della rete regionale riconosciuti come full member. Il Coordinamento regionale per le malattie rare, al quale è affidata la gestione del Registro regionale e del Centro informazioni, svolge funzioni di indirizzo e coordinamento della rete ed assicura il monitoraggio delle attività svolte, avvalendosi anche dei dati del Registro a supporto alla programmazione regionale.

Al 31/12/2022 i pazienti con malattie rare seguiti dai Centri della rete regionale malattie rare erano 53.552. Di questi, 44.615 residenti in Veneto; altri 8.937 in altre regioni. L'indice di attrazione della rete è pari a 16,7%, mentre quello di mobilità extraregionale è il 2,5%, in diminuzione rispetto al 2019 (4,1%). Nel 2022 i pazienti nuovi diagnosticati sono stati 4.031. Al 31/12/2022 i pazienti pediatrici erano il 16,9% del totale, rispetto al 22% costituito da pazienti con più di 65 anni (Figura 12.1). Negli anni è progressivamente aumentato il numero di pazienti in transizione dall'età pediatrica a quella adulta (circa 600 nel 2022). Considerando la distribuzione per macro-gruppi di diagnosi dei pazienti residenti in Veneto al 31/12/2022, il gruppo più rappresentato risulta quello dei pazienti con malattie rare dell'apparato visivo (15,3%) (Figura 12.2). Seguono i pazienti con malformazioni congenite, anomalie cromosomiche e sindromi complesse (14,7%) e quelli con malattie neurologiche rare (14,4%). Nel 2022 sono continuate le attività del Coordinamento regionale del Veneto in ambito nazionale, sia per quanto riguarda la partecipazione al gruppo di lavoro ministeriale per la redazione del secondo Piano nazionale malattie rare, sia per quanto riguarda il coordinamento del Tavolo tecnico interregionale malattie rare. A livello europeo è proseguita la collaborazione con Eurordis nell'ambito dell'European Network for Rare Diseases, con un incremento di attività del Centro informazioni (800-318811) che ha risposto nel 2022 a 2.786 richieste.

Nota Metodologica

Fonti dei dati:

Registro malattie rare, Regione del Veneto

Coordinamento malattie rare, Regione del Veneto

Figura 12.1 Distribuzione per classi di età dei pazienti con diagnosi di malattia rara ex all. 7 DPCM 12.01.2017. Residenti in Veneto, dati al 31/12/2022 (Fonte: Registro malattie rare - Regione del Veneto)

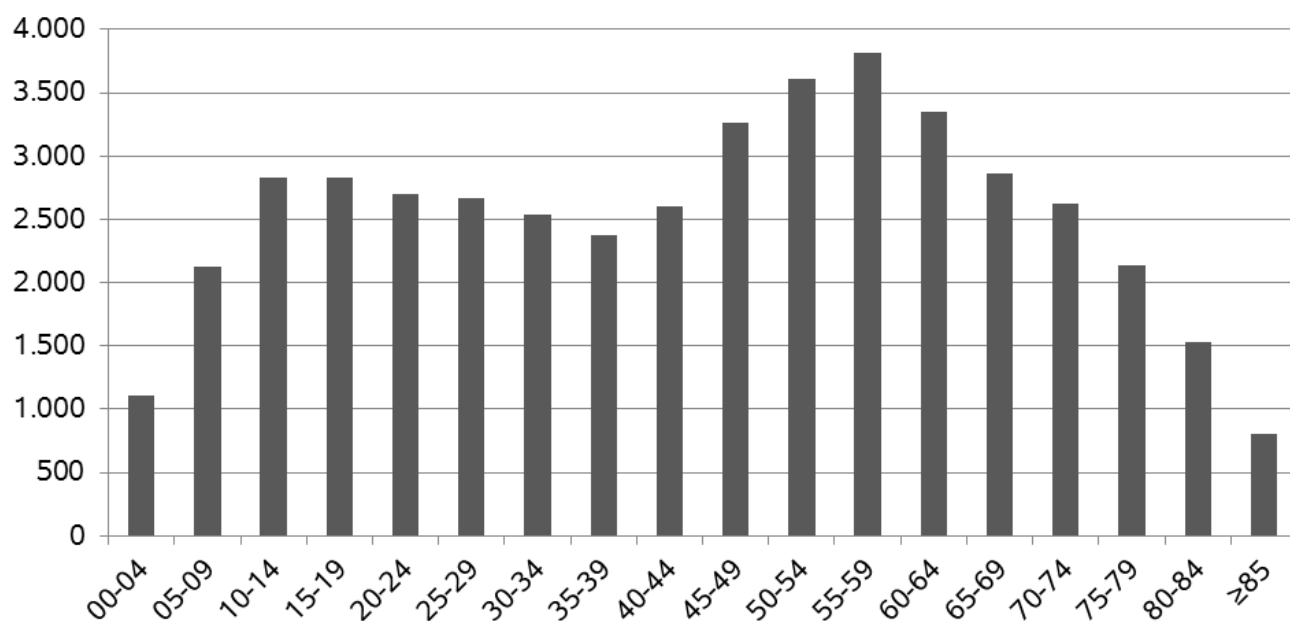
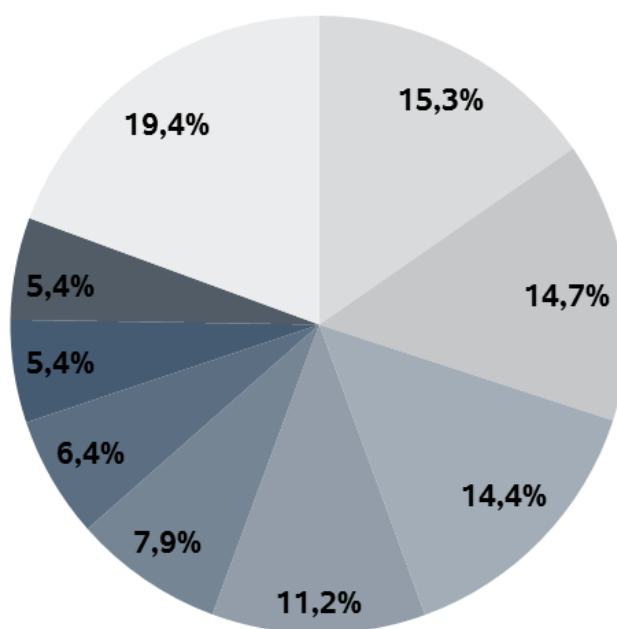


Figura 12.2 Distribuzione dei pazienti con diagnosi di malattia rara ex all. 7 DPCM 12.01.2017 per principali gruppi nosologici ICD9-CM. Residenti in Veneto, dati al 31/12/2022 (Fonte: Registro malattie rare - Regione del Veneto)

- Malattie dell'apparato visivo
- Malformazioni congenite, cromosomiche e sindromi
- Malattie del sistema nervoso centrale e periferico
- Malattie sangue e organi ematopoietici
- Malattie del metabolismo
- Malattie del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo
- Malattie del sistema circolatorio
- Malattie ghiandole endocrine
- Altro



Approfondimenti

⇒ Rapporto tecnico attività Coordinamento malattie rare, anno 2022

<https://www.rd-code.eu>

📖 Rapporto tecnico attività Registro malattie rare, anno 2022

⇒ Progetto europeo RD-CODE

<https://www.rd-code.eu>

📖 Mazzucato M, Minichiello C, Vianello A, Visonà Dalla Pozza L, Toto E, Facchin P. Real-world use of orphan medicinal products (OMPs) in rare disease (RD) patients: A population-based registry study. *Front Pharmacol.* 2022;13:940010. doi: 10.3389/fphar.2022.940010.

📖 Dallapiccola B, Moriconi S, Rugge M, Cardillo M, Carcassi C, Colledan M, Strologo LD, Vici CD, Facchin P, Gridelli B, La Rocca V, Lombardini L, Mazzucato M, Peritore D, Amoroso A. Organ donation from patients with a rare disease is often safe: the italian guidelines. *Clin Transplant.* 2022;36(9):e14769. doi: 10.1111/ctr.14769.

📖 Mazzucato M, Minichiello C, Visonà Dalla Pozza L, Vianello A, Toto E, De Lorenzi M, Scroccaro G, Facchin P. L'impatto dell'uso dei trattamenti non compresi nelle classi di rimborsabilità nella presa in carico dei malati rari: uno studio in campo reale [The impact of the use of treatments not included in the reimbursement classes in the care of rare patients: a real world study.]. *Recenti Prog Med.* 2022;113(7):440-450. Italian. doi: 10.1701/3850.38339.

Per maggiori informazioni

Registro malattie rare - Coordinamento Malattie Rare - Regione del Veneto



via Donà 11 - 35129 Padova



malattierare@regione.veneto.it



049 8215700 800 318811 (numero verde regionale malattie rare)

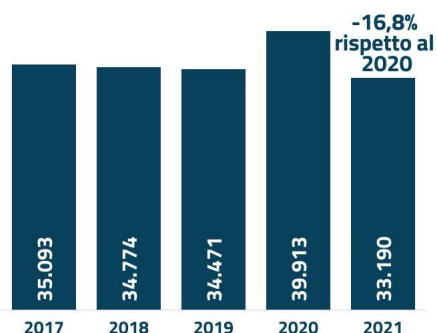
13. Infortuni sul lavoro e malattie professionali

CONTENUTI

- 13.1 Infortuni sul lavoro
- 13.2 Malattie professionali

INFORTUNI SUL LAVORO e MALATTIE PROFESSIONALI

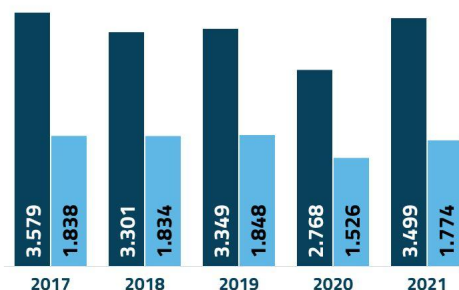
Infortuni riconosciuti in occasione di lavoro



Fonte INAIL-Regioni aggiornamento del 30/04/2022

Malattie professionali

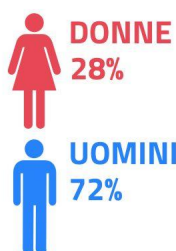
● Denunciate ● di cui riconosciute



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023



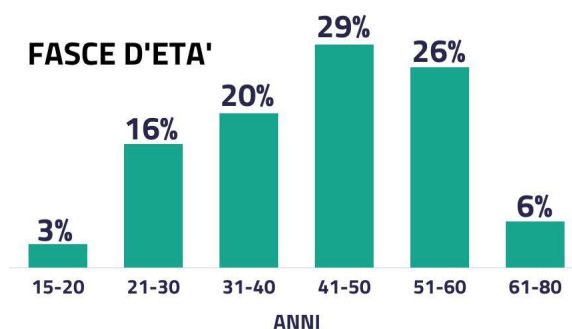
246.103 infortuni in OCCASIONE DI LAVORO denunciati in VENETO e riconosciuti da INAIL
Periodo 2015-2021



NATI ALL'ESTERO
22%



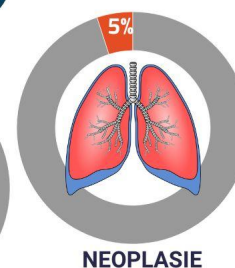
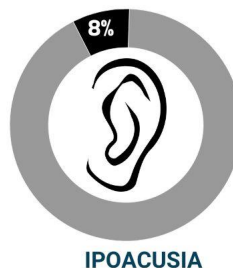
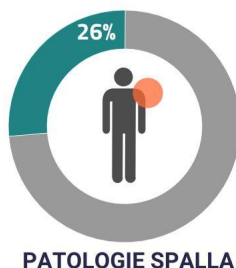
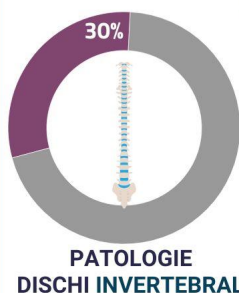
FASCE D'ETA'



Fonte INAIL-Regioni aggiornamento del 30/04/2022



12.259 malattie professionali RICONOSCIUTE
Periodo 2015-2021



Fonte INAIL-Regioni aggiornamento del 30/04/2022

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

13.1 Infortuni sul lavoro

Nella Regione Veneto sono stati 936.832 gli infortuni sul lavoro denunciati nel periodo 2010-2021 (di cui 70.489 nel 2021). La Figura 13.1.1 riporta l'andamento temporale degli infortuni denunciati, riconosciuti, riconosciuti non in itinere e gli infortuni riconosciuti in occasione di lavoro nel periodo 2010-2021. L'anno 2020 si è caratterizzato per il numero inferiore delle denunce ($n=68.896$) rispetto all'intero periodo, mentre il 2010 si è contraddistinto per il numero maggiore ($n=95.504$). Nel 2021 il numero di infortuni denunciati sono incrementati del 2,3% rispetto all'anno precedente, ma rimangono inferiori al numero medio del periodo 2010-2019 (-11,6%), e nel 2021 si è registrato un decremento degli infortuni riconosciuti in occasione di lavoro (-16,8% rispetto al 2020, -7,3% rispetto all'ultimo quinquennio). La maggior parte degli infortuni in occasione di lavoro si riferisce a lavoratori di genere maschile (74,4%): la proporzione è pressoché stabile negli anni ad eccezione del 2020 (57,8%). Complessivamente l'età media è di 42,5 anni (44,2 per le femmine, 41,9 per i maschi). Due infortuni su dieci si riferiscono a lavoratori nati all'estero: di questi il 18,3% è nato in Romania, il 13,6% in Marocco e l'8,2% in Albania.

La Tabella 13.1.1 mostra l'andamento degli infortuni in Sanità (in ragione dello specifico impatto della pandemia), e nei comparti interessati da Programmi Predefiniti nel contesto del Piano Regionale della Prevenzione. Il settore Sanità nel 2020 aveva registrato una proporzione di infortuni sul lavoro anomala rispetto al passato (il 31,3% del totale degli infortuni riconosciuti in occasione di lavoro), dovuta all'evoluzione delle infezioni da SAR-CoV-2. Nel 2021 (Tabella 13.1.1) tale proporzione si è notevolmente ridotta (13,0%) ma risente ancora dell'effetto dei casi di contagio da COVID-19 (+83,4% rispetto al 2015-2019).

Per quanto riguarda la gravità dell'infortunio (Figura 13.1.2), classificata in base alla durata della prognosi temporanea e alle conseguenze permanenti/mortali, è caratterizzata nel 2021 dall'11,8% di infortuni invalidanti/mortali - erano il 12,1% nel 2020 e il 17,1% nel 2016 - dal 22,4% di infortuni gravi T40 - erano il 21,5% nel 2020 e il 25,2% nel 2016 - e il 27,8% di infortuni gravi T30 - erano il 29,1% nel 2020 e il 30,3% nel 2016.

Nota Metodologica

I flussi informativi INAIL-Regioni rappresentano la principale fonte per il monitoraggio e l'analisi degli infortuni sul lavoro e malattie professionali. L'ultimo aggiornamento disponibile è relativo alle denunce rilevate al 30/04/2022. La denuncia degli infortuni sul lavoro è obbligatoria per i casi individuati dal DPR 1124 del 30/06/1965 "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" tuttavia, all'INAIL, vengono notificati anche infortuni che non rientrano in questa definizione.

Un infortunio si definisce "riconosciuto" se definito positivamente, ossia se l'iter si è concluso con la definizione "Temporaneo", "Permanente", "Mortale Con Superstiti", "Mortale Senza Superstiti", "Regolare senza indennizzo". Le prime quattro categorie ricevono un indennizzo da parte dell'Istituto. L'infortunio non definito positivamente è un infortunio con definizione "negativo" (non possiede i requisiti di legge) o "franchigia" (assenza dal lavoro inferiore a 3 giorni). Solo con le modifiche apportate dal D. Lgs. 81/2008 è stata resa obbligatoria la trasmissione telematica all'INAIL, ai soli fini statistici, anche di questi eventi.

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

Figura 13.1.1 Infortuni denunciati nella Regione Veneto per tipo di definizione e anno di evento. Anni 2010-2021 (Fonte INAIL-Regioni aggiornamento del 30/04/2022)

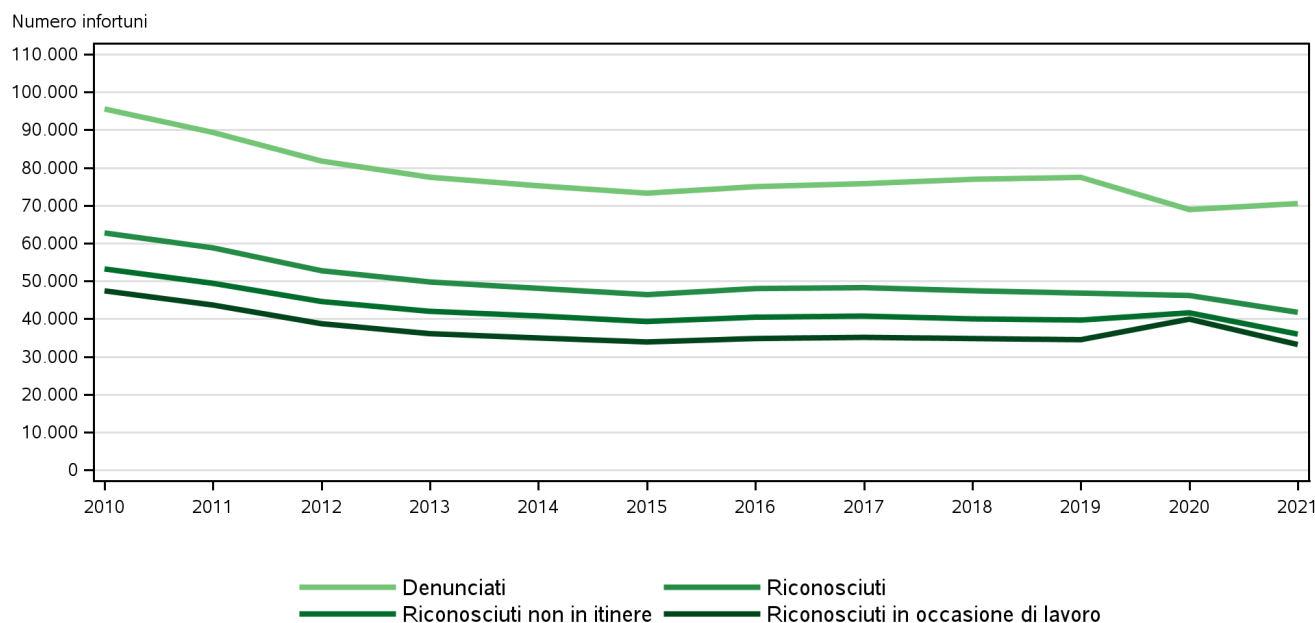


Figura 13.1.2 Infortuni in occasione di lavoro denunciati nella Regione Veneto e riconosciuti da INAIL, per esito dell'evento e anno di evento. Anni 2015-2021 (Fonte INAIL-Regioni aggiornamento del 30/04/2021)

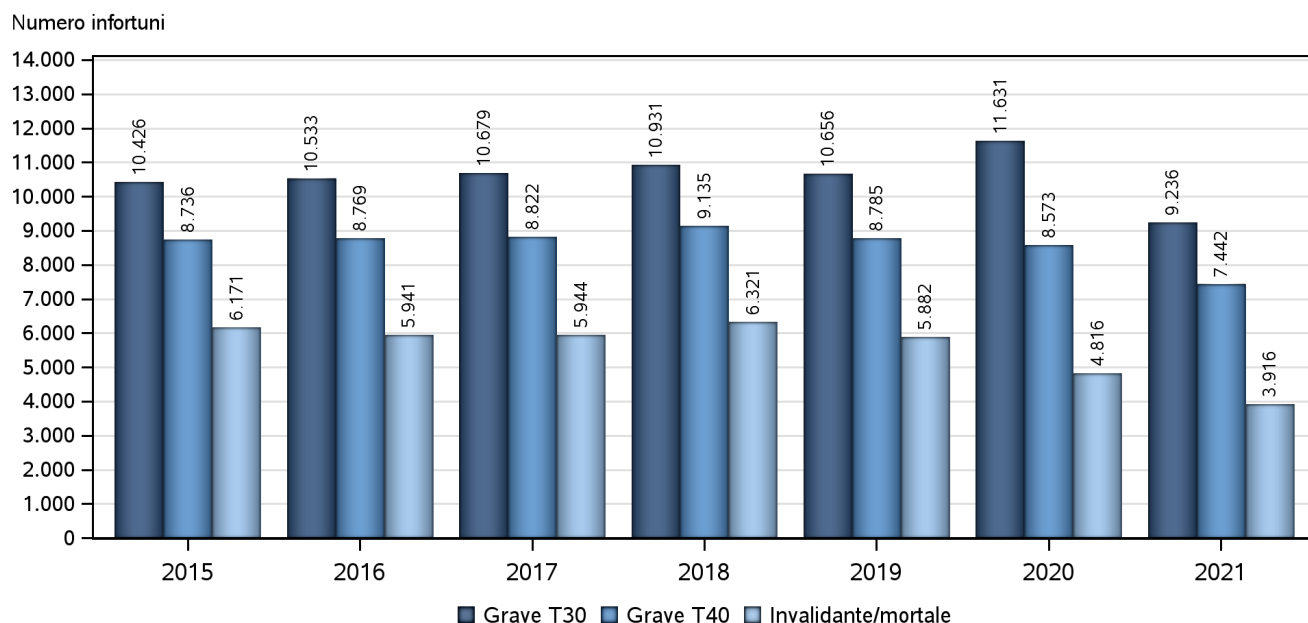


Tabella 13.1.1 Distribuzione degli infortuni in occasione di lavoro (esclusi Colf, Studenti, Sportivi) riconosciuti da INAIL, per i settori legno, metalmeccanica, costruzioni, trasporto e magazzinaggio, sanità e gestione agricoltura e anno di evento. Veneto, anni 2015-2021 (Fonte INAIL-Regioni aggiornamento del 30/04/2022)

Gruppo Ateco 2007	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Variazione % 2021 vs media 2015-2019
Attività manifatturiera – legno/arredo	1.244	1.135	1.101	1.041	1.053	767	943	-15,4%
Attività manifatturiera – metalmeccanica	2.826	2.811	2.909	3.028	2.959	2.258	2.610	-10,2%
Costruzioni	3.568	3.697	3.414	3.733	3.669	3.021	3.349	-7,4%
Trasporto e magazzinaggio	2.956	3.108	3.607	3.544	3.557	2.802	3.033	-9,6%
Gestione Agricoltura	2.466	2.281	2.162	2.094	1.962	1.649	1.657	-24,4%
Sanità	2.205	2.428	2.529	2.275	2.355	12.475	4.326	+83,4%
Altro	18.611	19.326	19.371	19.059	18.916	16.941	17.272	-9,4%
Totale	33.876	34.786	35.093	34.774	34.471	39.913	33.190	-4,1%

Approfondimenti

⇒ **Gli infortuni sul lavoro nella regione del Veneto. Anni 2010-2020**

<https://www.ser-veneto.it/>

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

 049 8778252

13.2 Malattie professionali

Nelle Regione Veneto, il numero di denunce di malattie professionali ha subito un incremento dal 2011 sino all'anno 2019; nel 2020 si è registrato un decremento del -17,3% rispetto al 2019 e l'anno 2021 si caratterizza per il notevole aumento delle denunce rispetto al 2020 (+26,4%), quando l'emergere del fenomeno tecnopatico è stato fortemente influenzato dall'emergenza epidemiologica (Figura 13.2.1). La proporzione di malattie professionali riconosciute supera il 50% a partire dall'anno 2016. La Tabella 13.2.1 riporta la distribuzione delle malattie professionali riconosciute per anno di manifestazione, raggruppate per codici ICD-X. Si tratta per lo più di patologie muscoloscheletriche (70% del totale), sindrome del tunnel carpale (12%), ed ipoacusia da rumore (8%). Circa metà dei tumori professionali riconosciuti dall'INAIL è rappresentata da mesoteliomi.

I casi di mesotelioma sono oggetto di rilevazione da parte del registro regionale dedicato. Attualmente nel registro sono inclusi 3.030 mesoteliomi diagnosticati nel periodo 1987-2022 (Tabella 13.2.2); dall'analisi della documentazione raccolta, è stata attribuita un'esposizione lavorativa ad amianto in quasi due terzi dei casi (46,9% certa, 5,1% probabile e 11,9% possibile).

Nota Metodologica

I flussi informativi INAIL-Regioni rappresentano la principale fonte per il monitoraggio e l'analisi degli infortuni sul lavoro e malattie professionali. Sono considerate le malattie professionali denunciate entro il 31/12/2021 e rilevate al 30/04/2022. Ciascun lavoratore può denunciare più malattie. L'iter amministrativo e sanitario delle malattie professionali è in generale più lungo rispetto a quello degli infortuni sul lavoro, ciò comporta in alcuni casi un dilatamento dei tempi tecnici di definizione dei casi. Per questo motivo è necessario riaggiornare periodicamente l'intera serie storica dei dati statistici. Le analisi sono state effettuate per anno di manifestazione e settore ICD-X della malattia professionale accertata.

Il Registro Regionale dei casi di Mesotelioma rileva i casi di mesotelioma maligno incidenti in cittadini residenti in Veneto al momento della diagnosi. Si tratta di un tumore raro ma di grande interesse scientifico per la ben documentata correlazione con un'esposizione professionale e/o extra lavorativa ad amianto. La modalità di esposizione viene raccolta attraverso la somministrazione di un questionario all'interessato e a un suo congiunto.

Figura 13.2.1 Malattie professionali denunciate e riconosciute per anno di manifestazione. Veneto, anni 2010-2021 (Fonte INAIL-Regioni aggiornamento del 30/04/2022)

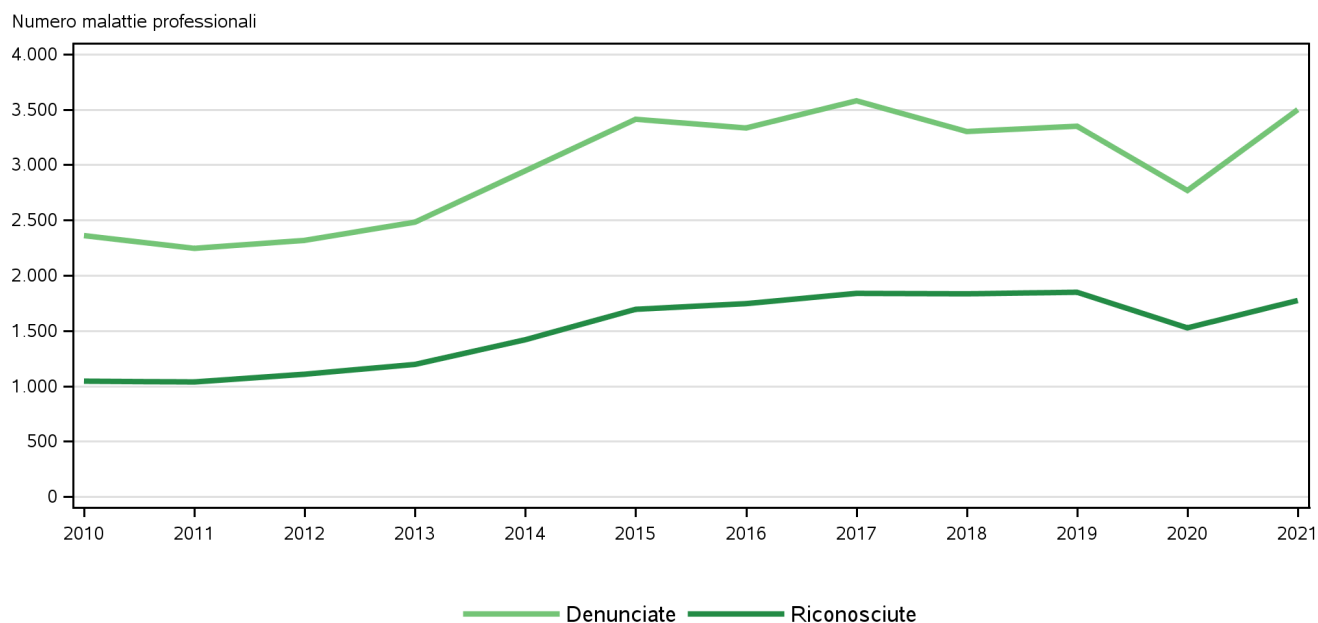


Tabella 13.2.1 Malattie professionali riconosciute per raggruppamento ICD-X accertato e anno di manifestazione. Veneto, anni 2015-2021 (Fonte INAIL-Regioni aggiornamento del 30/04/2022)

Raggruppamento ICD-X accertato	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Totale 2015-2021
Tumori	105	116	101	112	86	55	63	638
- di cui Mesoteliomi	54	53	41	58	43	32	27	308
- di cui tumori al polmone	22	13	19	19	24	12	15	124
- di cui tumori naso-sinusali	7	17	6	3	4	4	9	50
- di cui tumori maligni della cute	15	20	29	27	10	7	9	117
Malattie professionali esclusi tumori	1.589	1.629	1.737	1.722	1.762	1.471	1.711	11.621
Ipoacusia	166	156	163	162	133	95	82	957
Patologia non neoplastica apparato respiratorio	87	55	71	56	55	25	26	375
- di cui placche pleuriche	50	35	38	24	30	9	17	203
- di cui asbestosi	6	2	4	8	6	2	3	31
- di cui silicosi	3	6	15	7	3	4	0	38
- di cui asma	18	4	4	8	11	5	3	53
Patologia non neoplastica della cute	38	29	44	36	20	20	12	199
- di cui dermatiti allergiche da contatto	28	19	33	26	16	14	9	145
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	1.096	1.167	1.212	1.224	1.340	1.130	1.357	8.526
- di cui patologie della spalla	412	450	452	484	487	438	524	3.247
- di cui patologie dischi intervertebrali	538	532	517	528	586	441	544	3.686
- di cui lesioni interne del ginocchio	35	38	52	56	69	61	76	387
- di cui epicondilite	49	65	88	70	94	89	108	563
Malattie del sistema nervoso periferico	199	213	243	240	209	180	231	1.515
- di cui Sindrome del tunnel carpale	196	207	235	229	197	172	223	1.459
Altre patologie	3	9	4	4	5	21	3	49
Totali	1.694	1.745	1.838	1.834	1.848	1.526	1.774	12.259

Tabella 13.2.2 Distribuzione dei casi di mesotelioma maligno per esposizione e genere. Veneto, periodo 1987-2022 (Fonte Registro regionale dei casi di mesotelioma del Veneto)

Esposizione	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale
Lavorativa certa	1.352	69	1.421	46,9%
Lavorativa probabile	133	22	155	5,1%
Lavorativa possibile	260	102	362	11,9%
Familiare	24	167	191	6,3%
Ambientale	38	54	92	3,0%
Extra-lavorativa	22	26	48	1,6%
Improbabile	7	14	21	0,7%
Ignota	283	227	510	16,8%
Rifiuto intervista/Non classificabile	123	93	216	7,1%
Esposizione a radiazioni	5	9	14	0,5%
Totale	2.247	783	3.030	100,0%

Approfondimenti

↔ Gli infortuni sul lavoro nella regione del Veneto. Anni 2010-2020

<https://www.ser-veneto.it/>

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

 049 8778252

14. Le dimensioni della non autosufficienza

LE DIMENSIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

19.757

**alunni con disabilità nel
2020 (2,9% del totale alunni)**

328.045

**non autosufficienti 65+ anni
(28,4% della popolazione 65+)**

49.923

**persone con limitazioni
funzionali gravi
(1,6% della popolazione
15-64 anni)**



Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023

L. 227/2021 Legge delega in materia di disabilità

L. 234/2021 Legge di bilancio anno 2022 art. 1 c. 159-171

L. 33/2023 Legge delega in materia di politiche in favore delle persone anziane

L'OMS definisce non autosufficienti le persone che «hanno una riduzione, o una perdita, delle capacità funzionali». Tale approccio non limita la condizione di non autosufficienza a una particolare classe d'età, bensì la estende a una platea di individui che hanno perso l'autonomia e necessitano di aiuto per svolgere le normali attività della vita quotidiana. L'analisi della non autosufficienza è un'operazione complessa sia perché a livello nazionale manca una definizione condivisa del fenomeno, sia perché le fonti dei dati sono eterogenee e non armonizzate. Nel "Rapporto sulla non autosufficienza" del 2010, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali manifestava una difficoltà a connotare l'autosufficienza in modo univoco, e indicava come strumenti per l'analisi del bisogno assistenziale della persona "il riconoscimento dell'invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento (INPS), gli accertamenti per l'accesso ai servizi sanitari (ASL) e ai servizi sociali (Comuni)". Questa molteplicità di fonti conferisce al dato un'intrinseca frammentazione e una conseguente mancanza di omogeneità, che rischia di far emergere solo alcune delle molteplici sfaccettature del fenomeno. A livello nazionale viene proposta (DPCM 26/09/2016) una definizione di disabilità gravissima che declina la non autosufficienza per gravità di patologie. Tale vulnus è stato parzialmente colmato dalla Regione Veneto con le schede di valutazione multidimensionali S.Va.M.A (DGR 1133/2008) e S.Va.M.Di (DGR 1804/2014). Applicando le stime di prevalenza fornite dall'ISTAT alla popolazione del Veneto, si ottengono 328.045 residenti non autosufficienti over 65 (28,4% sugli over 65), 252.083 persone con disabilità (ovvero che soffrono a causa di problemi di salute, di gravi limitazioni che impediscono loro di svolgere attività abituali, stimati come il 5,2% della popolazione residente) e 49.923 persone con limitazioni funzionali gravi (l'1,62% della popolazione in età compresa tra 15 e 64 anni). Nel 2021 erano 4.855 le persone con disabilità (età media nel nord est 45,0 anni) che vivevano in famiglia e dichiaravano di avere delle limitazioni gravi nelle attività che le persone svolgono abitualmente; nel 2019 gli ospiti adulti con disabilità o patologia psichiatrica dei presidi residenziali extraospedalieri erano 4.825; gli alunni con disabilità nel 2020 erano 19.757 (il 2,9 per 100 sul totale degli alunni), i beneficiari di pensioni per le persone con disabilità erano 257.707, gli ospiti anziani non autosufficienti dei presidi residenziali extraospedalieri erano pari a 2.726,4 (per centomila), mentre gli ospiti con disabilità o non autosufficienti dei presidi residenziali extraospedalieri erano 737,6 (per 100.000). La sopracitata compartimentazione del fenomeno, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria territoriale, risulta ancora presente nonostante l'adozione del DPCM 12/01/2017 di aggiornamento e definizione dei LEA. Tale provvedimento definisce gli ambiti di intervento a favore dei soggetti con fragilità, declinati in "malati cronici non autosufficienti (incluse le demenze); malati in fine vita; persone con disturbi mentali; minori con disturbi in ambito psichiatrico e del neurosviluppo; persone con dipendenze patologiche; persone con disabilità". Il quadro normativo consente pertanto di articolare la dimensione della non autosufficienza con le diverse condizioni di fragilità che le persone potrebbero incontrare nell'arco della loro vita. Anche i più recenti interventi dedicati al versante sociale della non autosufficienza non hanno contribuito a una migliore definizione del quadro di riferimento. Tra questi si richiamano:

- Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, che definisce i LEPS (livelli essenziali delle prestazioni sociali);
- L. 227/2021 Legge delega in materia di disabilità;
- L. 234/2021 Legge di bilancio anno 2022 art. 1 c. 159-171;

- L. 33/2023 Legge delega in materia di politiche in favore delle persone anziane.

Nota Metodologica

Gli ospiti con disabilità sono definiti dall'ISTAT come: a) minori di 18 anni che hanno una disabilità fisica, psichica, sensoriale o plurima; b) adulti tra 18 e 64 anni che hanno una disabilità fisica, psichica, sensoriale, plurima o che hanno problemi psichiatrici; c) anziani con più di 65 anni non autosufficienti, cioè che sono in stato di invalidità permanente o affetti da malattie croniche, con conseguente riduzione dell'autonomia personale tale da richiedere l'aiuto di altre persone in modo continuo o per svolgere funzioni importanti della vita quotidiana. Gli ospiti del presidio residenziale sono le persone assistite presso un presidio residenziale a una determinata data; possono essere minori bisognosi di tutela, persone adulte con disabilità fisiche, psichiche o sensoriali, stranieri o cittadini italiani momentaneamente sprovvisti dei mezzi di sussistenza ed in situazioni contingenti di difficoltà, disagio o abbandono, anziani autosufficienti o non autosufficienti. La residenzialità può essere di due tipi: 1) familiare: è una struttura di piccole dimensioni, caratterizzata da una organizzazione che riproduce le caratteristiche della vita in famiglia. In caso di strutture per Minori vi è la presenza di una coppia di adulti; 2) comunitaria: è una struttura di dimensioni variabili a seconda del tipo di utenza (di norma superiore a 6 posti) ed è caratterizzata dalla presenza di operatori assistenziali, socio-sanitari o educatori.

Approfondimenti

⇒ Blangiardo G. C., Audizione dell'Istat presso il Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, Audizione del Presidente dell'Istituto nazionale di statistica, Presidenza del Consiglio dei ministri, Roma, 24 marzo 2021

https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/media/1382/istat-audizione-osservatorio-disabilita_24-marzo-2021.pdf

⇒ Camera dei Deputati. Documentazione parlamentare. Politiche per la non autosufficienza e la disabilità. 29 settembre 2022

<https://temi.camera.it/leg18/temi/politiche-per-la-non-autosufficienza-e-la-disabilit.htm>

⇒ Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010, 2011, Maggioli

<https://sitiarcheologici.lavoro.gov.it/Notizie/Documents/Notizie/Rapportononautosufficienza2010.pdf>

Per maggiori informazioni

Direzione Regionale Servizi Sociali



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



servizi.sociali@regione.veneto.it



041 2791454-1493-1379

15. Promozione della salute e prevenzione delle malattie

CONTENUTI

- 15.1 Profilassi delle malattie infettive
- 15.2 Screening oncologici
- 15.3 Ambiente e salute
- 15.4 Monitoraggio influenza aviaria

Promozione della salute e prevenzione delle malattie

SCREENING ONCOLOGICI

3 percorsi organizzati e gratuiti

Nel 2022 nella Regione Veneto

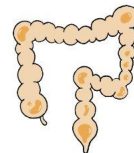
1.307.570 invitati
823.907 partecipanti



Screening della mammella

255.097 partecipanti.
Test: mammografia ogni 2 anni
Per donne dai 50 ai 74 anni

Test: ricerca del sangue occulto nelle feci ogni 2 anni
Per donne e uomini dai 50 ai 69 anni



Screening della cervice uterina

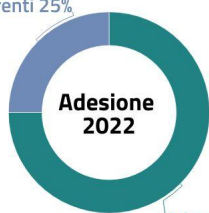
168.543 partecipanti.
Test:
Pap-test ogni 3 anni per donne dai 25 ai 29 anni
test HPV ogni 5 anni per donne dai 30 ai 64 anni

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

Screening della mammella



Non aderenti 25%

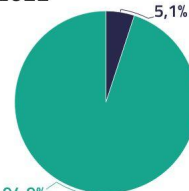


Aderenti 75%

83% delle donne aderenti aveva **già partecipato** in passato allo screening

Invio ad approfondimento

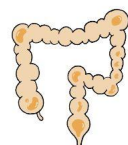
2022



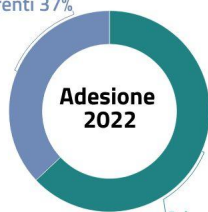
test negativo 94,9%

delle donne è stato invitato ad eseguire esami di approfondimento

Screening del colon-retto



Non aderenti 37%

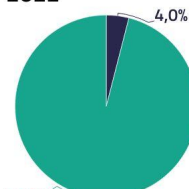


Aderenti 63%

66,4% delle donne invitate ha aderito
60,3% degli uomini invitati ha aderito

Invio ad approfondimento

2022



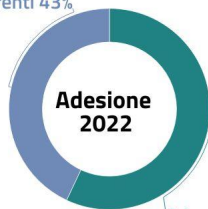
test negativo 96,0%

degli utenti è stato invitato ad eseguire una colonscopia

Screening della cervice uterina



Non aderenti 43%



Aderenti 57%

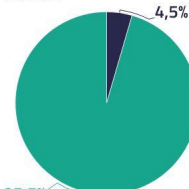
89,6% delle donne effettua un HPV test



● HPV test ● Pap test

Invio ad approfondimento

2022



test negativo 95,5%

delle donne è stato invitato ad eseguire esami di approfondimento

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

15.1 Profilassi delle malattie infettive

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

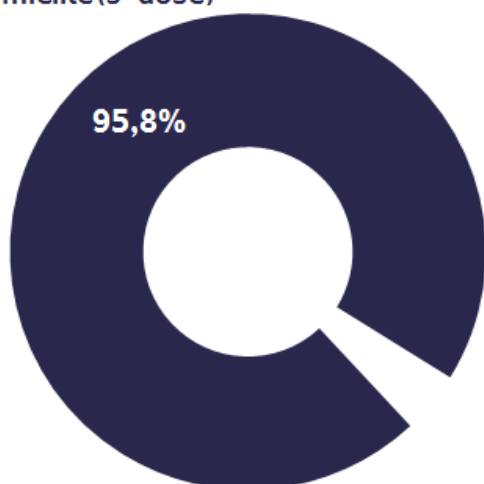
La proposta vaccinale si compone di molteplici vaccinazioni indicate per fasce di età o condizioni di rischio differenti. Qui vengono riportati i dati di copertura vaccinale (calcolati come numero di vaccinati per ciclo indicato su popolazione veneta) solo per alcuni principi; per un maggiore dettaglio si rimanda alle reportistiche specifiche richiamate nella sezione "Approfondimenti".

Per quanto riguarda le coperture vaccinali in età pediatrica, in Figura 1 vengono riportare le coperture vaccinali per Poliomielite (3° dose di vaccino) e per Morbillo (1° dose di vaccino) calcolata su tutti i bambini tra i 2 ed i 14 anni residenti o domiciliati sul territorio regionale.

Per la vaccinazione dell'anziano, la proposta si articola nella vaccinazione per Pneumococco, per Herpes Zoster e nei richiami per Tetano e Pertosse. Normalmente, ad esclusione di particolari condizioni di fragilità, la chiamata annuale si concentra sui soggetti di 65 anni. Vengono riportate le coperture vaccinali per tutte le coorti dei nati tra il 1951 al 1957 aggiornate alla primavera 2023. In Figura 15.1.2 è rappresentata la copertura per Herpes Zoster differenziata per tipologia di vaccino, e in Figura 15.1.3 per Pneumococco, coniugato e 23valente.

Figura 15.1.1 Coperture vaccinali per Poliomielite (3° dose) e Morbillo (1° dose) nei soggetti tra 2 e 14 anni (coorti 2008-2020). Residenti e domiciliati in Veneto, dati al 31/12/2022

Poliomielite (3° dose)



Morbillo (1° dose)

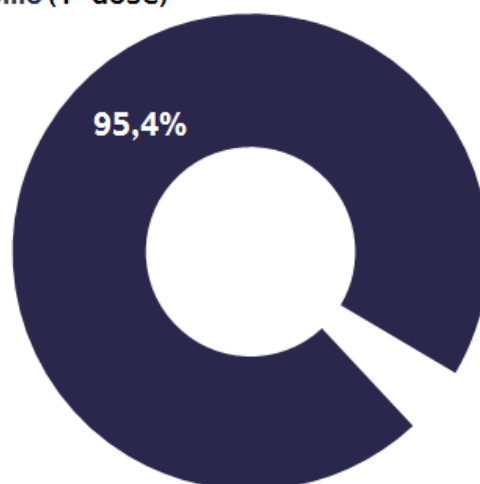


Figura 15.1.2 Coperture vaccinali per Herpes Zoster, vaccino attenuato o ricombinate. Residenti in Veneto. Dati al 15/04/2023

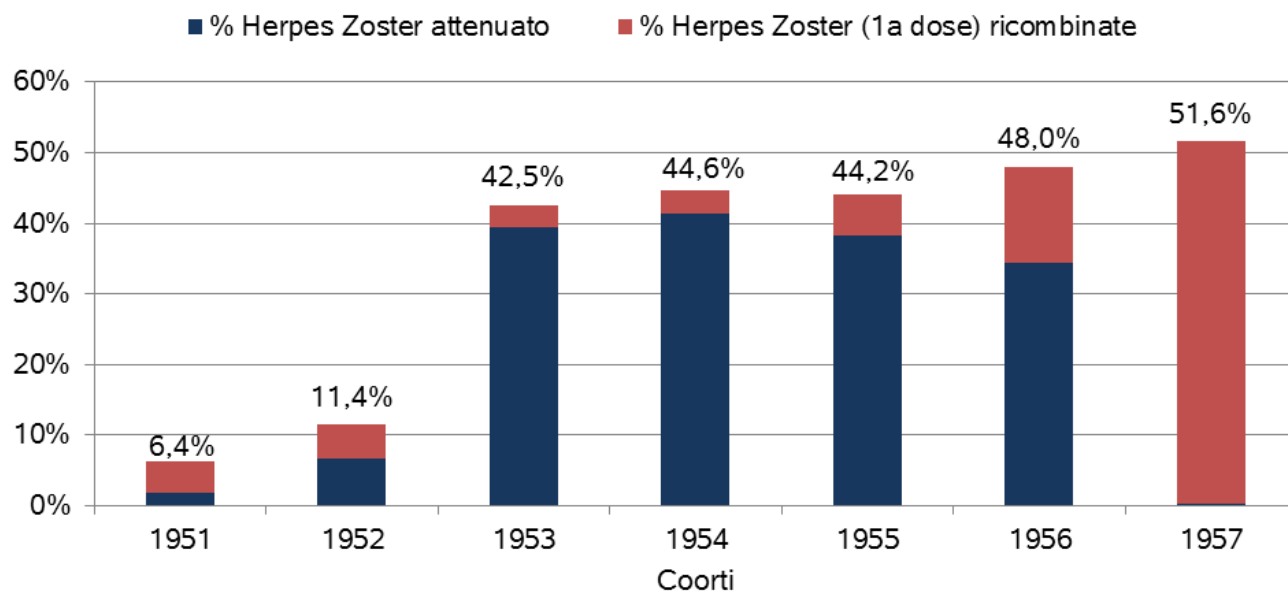
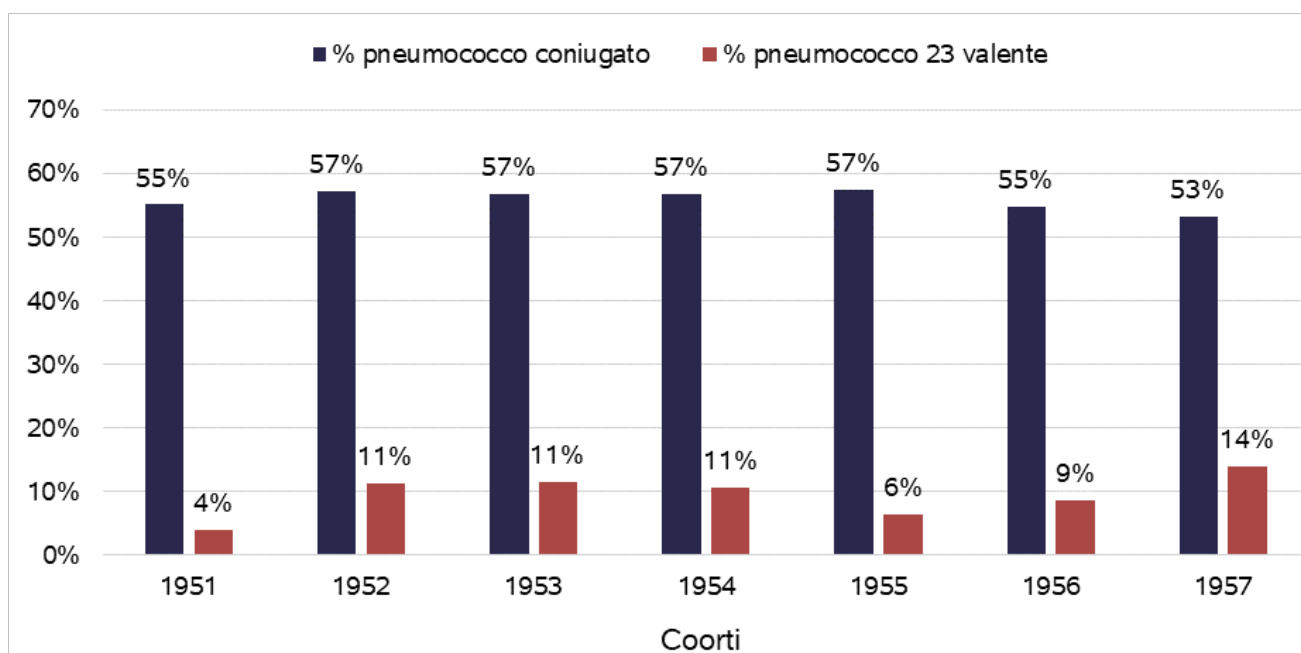


Figura 15.1.3 Coperture vaccinali per Pneumococco, vaccino coniugato e 23valente. Residenti in Veneto. Dati al 15/04/2023



Approfondimenti

⇒ **Pagina regionale coperture vaccinali**

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/sistema-vaccinale-regionale>

Per maggiori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria - Regione del Veneto

 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

 prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

 041 2791352

15.2 Screening oncologici

I tre programmi di screening oncologici per il carcinoma del colon-retto, della cervice uterina, e della mammella, basati sulle migliori evidenze disponibili per raggiungere livelli di appropriatezza e di efficacia nella riduzione della mortalità specifica, sono attivi da oltre un ventennio presso le Aziende ULSS del Veneto.

Le Figure 15.2.1, 15.2.2 e 15.2.3 raffigurano l'andamento dell'indicatore di copertura nei 3 screening negli ultimi 3 anni. L'indicatore di copertura è oggetto di monitoraggio, a livello ministeriale e regionale, per garantire che la proposta alla popolazione sia adeguata sia in termini di offerta, che di azioni volte a promuovere l'adesione dei cittadini all'invito.

I dati del triennio mostrano chiaramente l'importante attività di recupero intrapresa da tutte le Aziende ULSS nel corso del 2021 e del 2022 per assorbire il ritardo accumulato a causa della pandemia, garantendo il mantenimento a livello Regionale della soglia prevista dagli indicatori LEA. A fronte di risultati complessivamente positivi dei programmi di screening del Veneto, sono presenti alcune differenze locali, oggetto di specifiche azioni di miglioramento a livello aziendale. Tramite i programmi di screening viene offerto alla popolazione interessata un percorso organizzato che prevede una presa in carico totale e gratuita del soggetto dalla diagnosi all'eventuale intervento terapeutico. Per garantire un elevato livello qualitativo dei percorsi di screening, ed uniformità di offerta nel territorio regionale, anche nel 2022 sono stati predisposti degli eventi formativi regionali, accreditati ECM, che hanno visto complessivamente la partecipazione di circa 600 operatori. La fiducia riposta dagli utenti nei confronti dei programmi di screening è un elemento importante per garantire l'efficacia di questo intervento di sanità pubblica. Anche per il 2022, i tassi di adesione corretta ai tre screening, rispettivamente del 75% per lo screening della mammella, del 57% per lo screening della cervice uterina e del 63% per lo screening del colon retto hanno confermato una buona risposta dei cittadini.

Nella tabella 15.2.1 sono riportati, per ciascun programma, i volumi di attività dei primi livelli e approfondimenti relativi all'anno 2022, e la stima delle lesioni pre-cancerose e dei tumori diagnosticati sulla base dei tassi regionali di identificazione delle lesioni relativi all'anno precedente. Nello screening del colon-retto, nel 2022, circa 16.000 soggetti sono stati inviati ad approfondimento con colonscopia per positività al test di ricerca del sangue occulto fecale e sono state diagnosticate circa 3.000 lesioni precancerose. Questo risultato contribuisce al raggiungimento dell'obiettivo principale degli screening, ossia la diagnosi precoce di malattia e, come in questo screening, l'identificazione di particolari lesioni con elevata probabilità di evolvere in tumore.

Nota Metodologica

Fonti informative: Sistema Informativo Screening, dati estratti il 02/05/2023.

Indicatore di copertura dello screening: proporzione di soggetti aderenti in rapporto alla popolazione eleggibile.

Figura 15.2.1 Indicatore di copertura dello screening della cervice uterina per Azienda ULSS e totale Veneto, con soglia LEA di riferimento. Anni 2020-2022

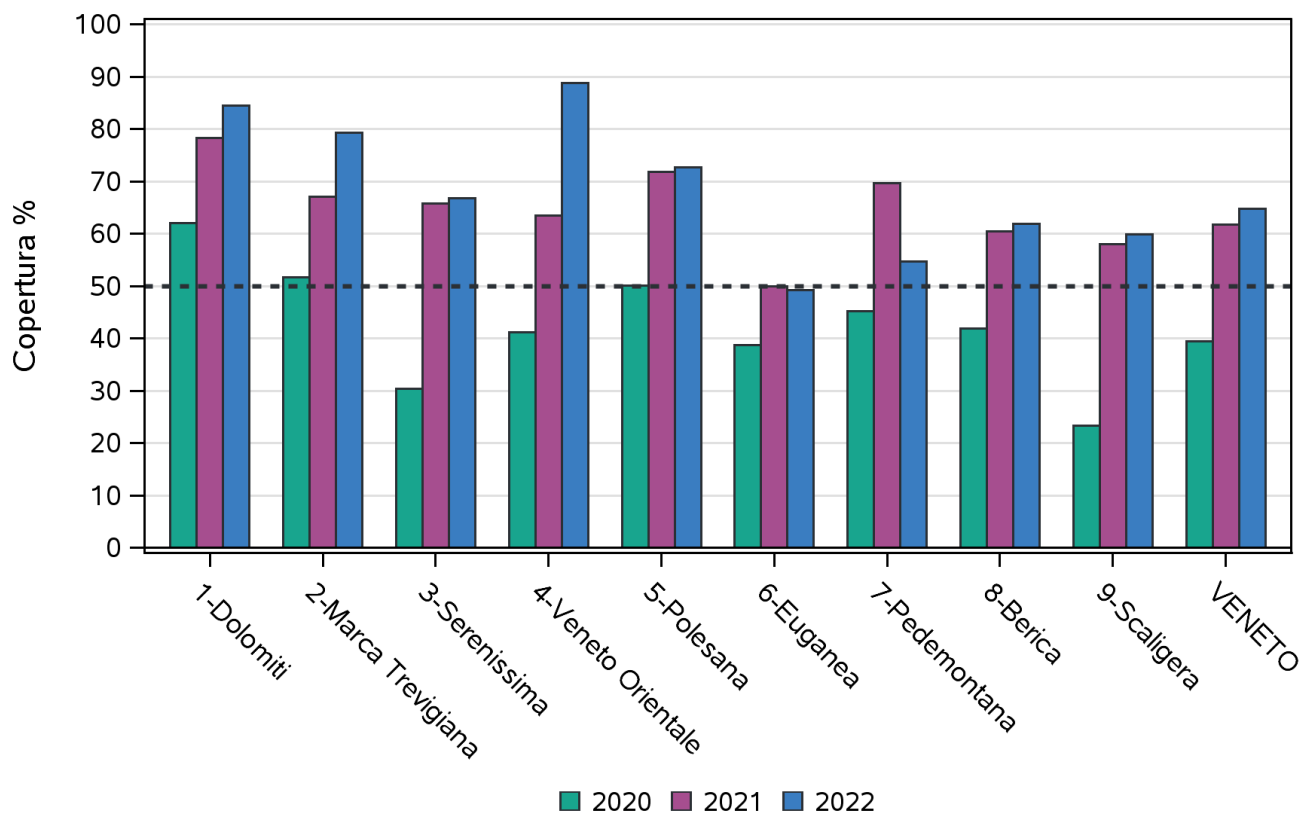


Figura 15.2.2 Indicatore di copertura dello screening della mammella per Azienda ULSS e totale Veneto, con soglia LEA di riferimento. Anni 2020-2022

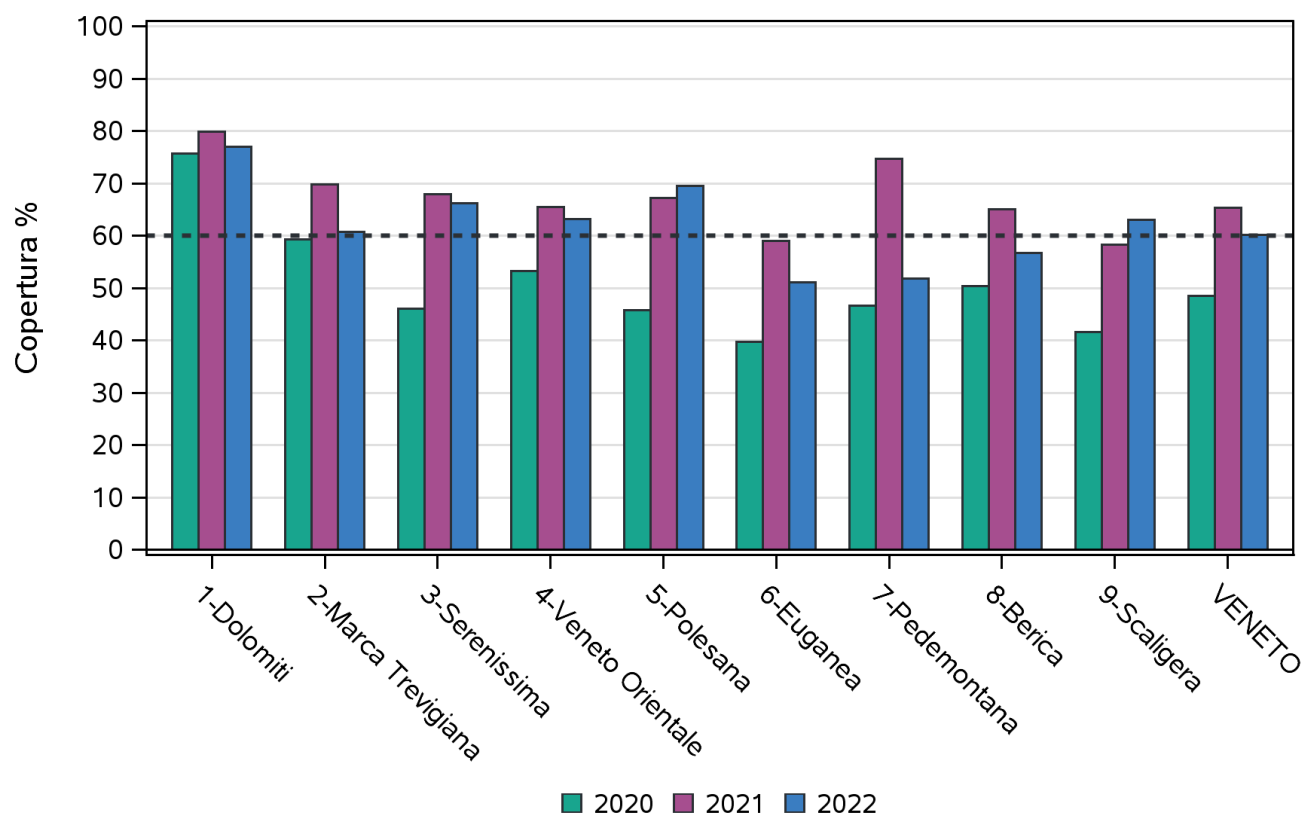


Figura 15.2.3 Indicatore di copertura dello screening del colon-retto per Azienda ULSS e totale Veneto, con soglia LEA di riferimento. Anni 2020-2022

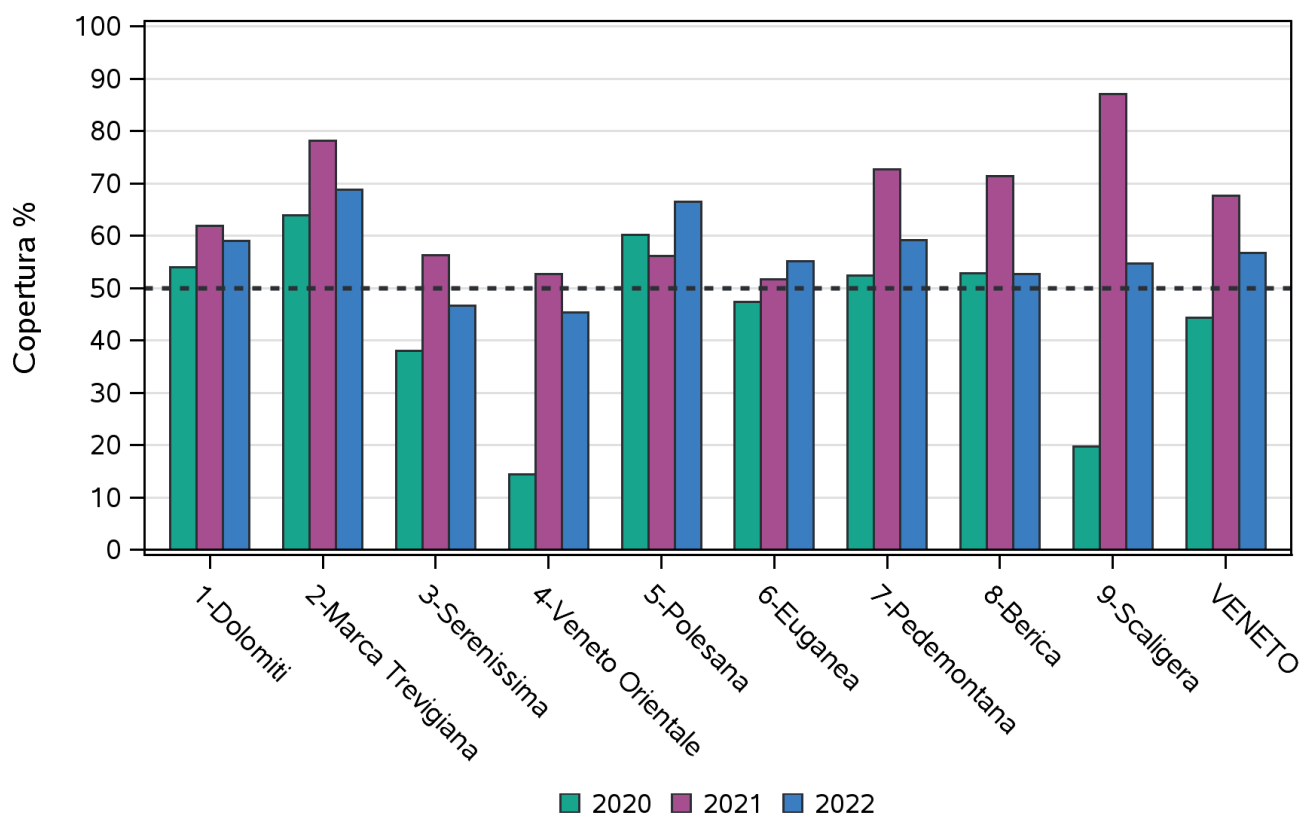


Tabella 15.2.1 Volumi di attività dei primi livelli e stima delle lesioni precancerose e carcinomi, anno 2022, dato complessivo regionale, per programma di screening. Dato estratto il 02/05/2023.

	Screening / Fascia d'età		
	Cervice Uterina	Colon-retto	Mammella
	25-64	50-69	50-74
Popolazione Eleggibile annuale	432.841	718.914	435.060
Soggetti Invitati	326.056	610.658	370.856
Soggetti sottoposti a screening (1° livello)	168.543	400.267	255.097
Soggetti inviati ad approfondimento	7.635	15.942	15.066
Adenomi avanzati (solo per scr. Colon-retto)*	-	2.964	-
Carcinomi*°	-	353	1.598
Lesioni CIN 2+ (solo per scr. Cervice uterina)*	780	-	-

*dato stimato sulla base degli indicatori dell'anno precedente

°per lo screening della cervice uterina, data la rarità dei cancri invasivi il tasso è soggetto a forti fluttuazioni, pertanto si ritiene opportuno fornire i valori complessivi a partire dalle lesioni pre-cancerose CIN2

Approfondimenti

⇒ Sito WEB Regione del Veneto – Sezione Screening

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/screening-oncologici1>

⇒ Sito WEB Azienda Zero – Sezione Screening

<https://www.azero.veneto.it/-/screening-oncologici-le-infografiche-del-veneto>

Per maggiori informazioni

UOC Screening e VIS – Azienda Zero

📍 Via Jacopo d'Avanzo, 35, 35132 Padova PD

✉ screening.vis@azero.veneto.it

☎ 0498778389

15.3 Ambiente e salute

Con Decreto Legge n. 36 del 30 aprile 2022, convertito con la Legge n. 79 del 29 giugno 2022, è stato istituito il Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici, allo scopo di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal Servizio sanitario nazionale per la prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici, e delle zoonosi. Nel 2022 la Regione del Veneto ha effettuato una ricognizione delle strutture che svolgono funzioni legate all'area tematica Salute, Ambiente e Clima e dei loro fabbisogni di rafforzamento infrastrutturale. La Regione del Veneto ha inoltre partecipato al bando emanato dal Ministero della Salute per progetti di ricerca applicata nell'area Salute, Ambiente e Clima e, ad esito della valutazione delle candidature presentate, risulta capofila del progetto "Valutazione della esposizione e della salute secondo l'approccio integrato One Health con il coinvolgimento delle comunità residenti in aree a forte pressione ambientale in Italia" (per il quale l'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute è stato ratificato con DGR n. 1560 del 06.12.2022) e Unità Operativa del progetto "Aria outdoor e salute: un atlante integrato a supporto delle decisioni e della ricerca", coordinato dalla Regione Emilia Romagna.

Nell'ambito del Piano Regionale Prevenzione 2020-2025, Programma Predefinito 9 Ambiente, Clima e Salute, è stato garantito il coordinamento delle attività del Servizio Sanitario Regionale nei vari settori di intervento, attraverso atti programmatori, supporto tecnico e iniziative formative, con particolare attenzione alla preparazione alle emergenze. Con DGR n. 581 del 20.05.2022 è stato infatti approvato il "Protocollo operativo per il monitoraggio dell'acqua destinata al consumo umano in caso di emergenza radiologica o nucleare".

Le Tabelle 15.3.1 e 15.3.2 riportano i volumi dei controlli eseguiti dalle Aziende ULSS, in collaborazione con ARPAV, in due settori chiave: la sicurezza chimica (in attuazione dei Regolamenti europei REACH e CLP) e l'immissione in commercio e utilizzo dei prodotti fitosanitari.

Relativamente alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche, nel 2022 sono proseguite le attività previste dal Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta. Le Figure 15.3.1 e 15.3.2 rappresentano l'estensione e l'adesione al 31.12.2022 del primo e secondo round di sorveglianza, rispettivamente per l'ULSS 8 e l'ULSS 9. Inoltre con DGR n. 1752 del 30.12.2022 è stata prevista la possibilità per i cittadini dell'Area arancione di effettuare il dosaggio dei PFAS sierici a tariffa calmierata.

Tabella 15.3.1 Numero di controlli eseguiti dalle Aziende ULSS sul rispetto della normativa in materia di sicurezza chimica (Reg. REACH e CLP). Veneto, anno 2022

Azienda ULSS	Aziende controllate	Controlli su prodotto
ULSS 1 Dolomiti	1	20
ULSS 2 Marca Trevigiana	4	13
ULSS 3 Serenissima	4	36
ULSS 4 Veneto Orientale	5	10
ULSS 5 Polesana	12	146
ULSS 6 Euganea	5	65
ULSS 7 Pedemontana	9	64
ULSS 8 Berica	5	33
ULSS 9 Scaligera	8	29
Totale Veneto	53	416

Tabella 15.3.2 Numero di controlli eseguiti dalle Aziende ULSS sul rispetto della normativa in materia di immissione in commercio e impiego di prodotti fitosanitari. Veneto, anno 2022

Azienda ULSS	Rivenditori	Titolari di autorizzazione	Aziende agricole	Aziende florovivaistiche Sementiere	Aziende conto terzi	Comuni	Controlli analitici su formulati
ULSS 1 Dolomiti	7	0	7	1	0	6	1
ULSS 2 Marca Trevigiana	51	1	29	2	3	9	4
ULSS 3 Serenissima	16	1	10	1	4	2	3
ULSS 4 Veneto Orientale	13	0	11	1	2	2	2
ULSS 5 Polesana	16	1	17	1	4	5	3
ULSS 6 Euganea	36	4	22	5	5	10	3
ULSS 7 Pedemontana	16	0	15	1	3	6	3
ULSS 8 Berica	24	2	11	2	3	6	3
ULSS 9 Scaligera	39	1	18	2	2	11	4
Totale Veneto	218	10	140	16	26	57	26

Figura 15.3.1 Estensione e adesione al Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta a PFAS al primo e al secondo round di sorveglianza. Azienda ULSS 8 Berica, anni 2017-2022

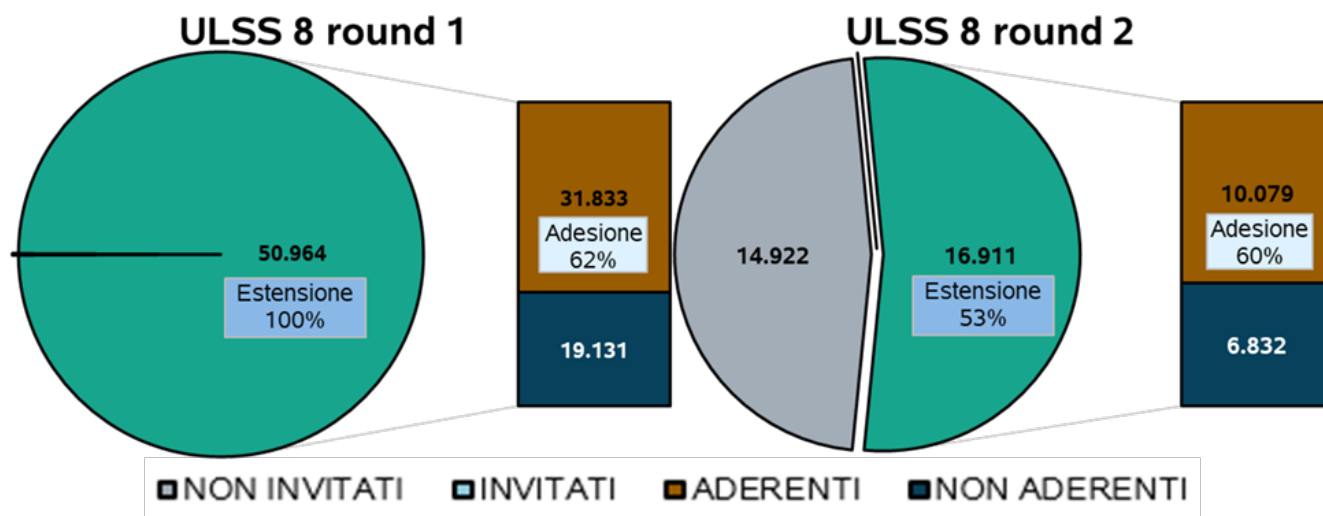
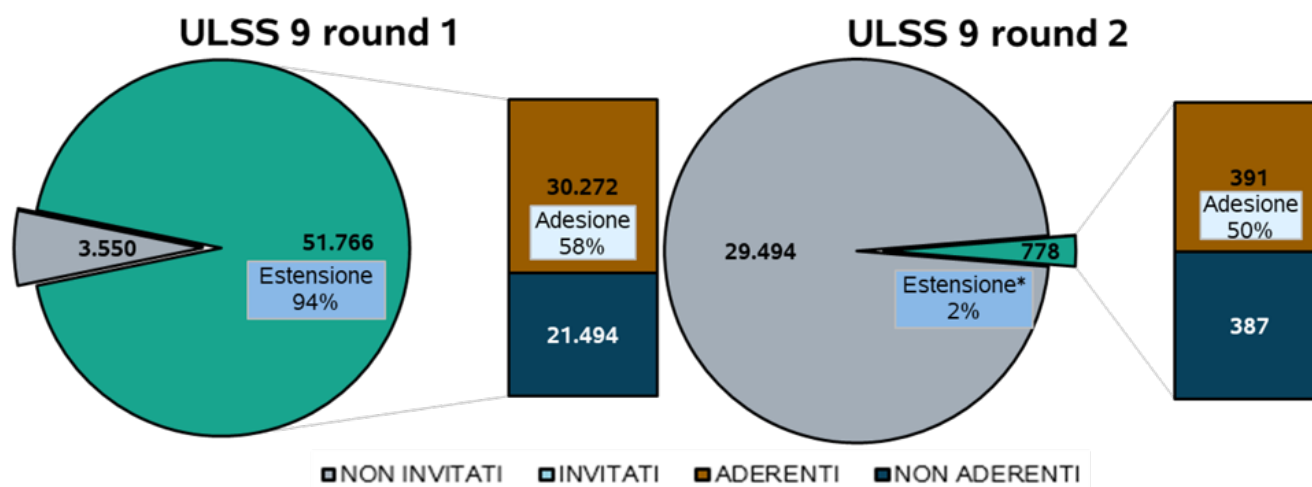


Figura 15.3.2 Estensione e adesione al Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta a PFAS al primo e al secondo round di sorveglianza. Azienda ULSS 9 Scaligera, anni 2017-2022



*L'Ulss 9 Scaligera non ha ancora terminato il primo round di chiamata al 31/12/2022, pertanto l'indicatore di estensione al secondo round è calcolato sulla base degli aderenti al primo round di screening rilevati a tale data.

Approfondimenti

⇒ Sito WEB Regione del Veneto - Piano Regionale Prevenzione PRP 2020-2025

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

⇒ Sito WEB Regione del Veneto - Acqua destinata al consumo umano

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

Per maggiori informazioni

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

📍 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

✉ prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

☎ 041 2791352 - 1353 - 1320

15.4 Monitoraggio influenza aviaria

Tra ottobre 2021 e aprile 2022, l'Italia è stata interessata da una delle più gravi epidemie di influenza aviaria ad alta patogenicità (HPAI) osservate su territorio nazionale. L'epidemia, causata da un virus sottotipo H5N1, ha registrato un totale di 317 focolai in 7 regioni (Tabella 15.4.1). Oltre ai casi in allevamenti di pollame sono stati riportati 23 focolai in volatili selvatici, di cui solo 5 in anseriformi, ordine che include le principali specie target per la sorveglianza passiva per Influenza Aviaria. A fronte di una rapida evoluzione della situazione epidemiologica nei primi due mesi di circolazione virale, raggiungendo il picco di 51 casi/settimana, dalla terza settimana di dicembre il numero di casi si è notevolmente ridotto. A partire dal gennaio 2022, sono stati notificati per lo più focolai sporadici in aree periferiche o esterne all'area ad elevata densità di pollame.

Il Veneto è risultato essere la regione maggiormente coinvolta dall'epidemia, con la maggioranza dei casi notificati tra novembre e dicembre 2021. La circolazione virale (Tabella 15.4.2) ha interessato principalmente la provincia di Verona a sud dell'autostrada A4 (179 casi), con incursioni anche nelle province di Padova (40 casi), Vicenza (25 focolai) e Rovigo (4 casi).

Nel gennaio 2022 sono stati registrati gli ultimi 4 casi veneti dell'ondata epidemica H5N1 HPAI del 2021-2022:

- Lendinara (RO), allevamento di galline ovaiole (conferma 03/01/2022);
- Montegalda (VI), allevamento di polli da carne (conferma 03/01/2022);
- Nogarole Rocca (VR), tacchini da carne (conferma 05/01/2022);
- Camisano Vicentino (VI), allevamento a carattere rurale (conferma 07/01/2022).

A partire dalla terza settimana di febbraio 2022, nella Zona di Ulteriore Restrizione e nelle Zone di rischio A e B definite dall'accordo Stato Regioni rep.125 del 25 luglio 2019, è stato applicato un monitoraggio straordinario negli allevamenti di tacchini da carne, ovaiole (fase pollastra e fase di deposizione) e broiler. Il monitoraggio straordinario ha continuato fino alla fine di maggio 2023, con cadenza bisettimanale in tacchini e ovaiole, e in allevamenti di broiler con animali di età compresa tra 37 e 44 giorni.

Il 21 settembre 2022, a più di sette mesi dall'ultimo focolaio dell'ondata epidemica H5N1 HPAI 2021-2022 in Veneto, è stato confermato un nuovo focolaio HPAI sostenuto da un virus H5N1 in un allevamento multispecie nel comune di Silea (TV). Successivamente, a partire dalla seconda metà di ottobre 2022, il virus è stato identificato anche in altre province del Veneto e in altre regioni del nord-est Italia. Fino alla fine di dicembre 2022 sono stati notificati un totale di 30 focolai su tutto il territorio nazionale, di cui 19 (63%) registrati in Veneto. La caratteristica più evidente dell'ondata epidemica di HPAI H5N1 di settembre-dicembre 2022 è la scarsa circolazione virale nel settore industriale, con assenza di evidenza di trasmissione laterale del virus per quanto emerso dalle indagini epidemiologiche effettuate, e un coinvolgimento più evidente del settore rurale (40% dei focolai totali). Un'altra marcata differenza tra l'ondata epidemica di settembre-ottobre 2022 e la precedente epidemia consta nel maggiore coinvolgimento dell'avifauna selvatica. Infatti, nel corso dell'ultimo quadrimestre del 2022, sono stati confermati 48 casi in volatili selvatici risultati poi positivi per la presenza di virus H5N1 HPAI, di questi 18 sono stati registrati nella regione Veneto (37,5%). Per quanto concerne la Regione Veneto, Verona è risultata essere la provincia più interessata dalla

circolazione del virus con un totale di 8 focolai (42% dei casi in Regione Veneto), di cui 6 in allevamenti di tacchini da carne (Tabella 15.4.3). Diversamente dall'epidemia del 2021-2022, e dalle ondate epidemiche precedenti, anche la Provincia di Treviso è stata interessata da circolazione di IA riportando 5 focolai nel settore rurale e 1 in un allevamento di ovaiole.

Tabella 15.4.1 Focolai di Influenza Aviaria in allevamenti di pollame per indirizzo produttivo e regione, Ottobre 2021 - Aprile 2022

Regione	Tacchini da carne	Broiler	Ovaiole	Riproduttori	Multi-specie ⁽¹⁾	Altre specie ⁽²⁾	Totale
Emilia Romagna					2		2
Friuli Venezia Giulia		1					1
Lazio					1		1
Lombardia	20	10	19		5	6	60
Piemonte		1					1
Toscana					4		4
Veneto	130	65	32	5	7	9	248
Totale	150	77	51	5	17	15	317

(1) MULTISPECIE: Parchi, Agriturismo, Selvatici in cattività, Rurali

(2) ALTRE SPECIE: Quaglie, Fagiani, Anatre, Svezinatori, Faraone

Tabella 15.4.2 Focolai di Influenza Aviaria in allevamenti di pollame per indirizzo produttivo e provincia, Veneto, Ottobre 2021 - Aprile 2022

Regione	Tacchini da carne	Broiler	Ovaiole	Riproduttori	Multi-specie ⁽¹⁾	Altre specie ⁽²⁾	Totale
Padova	16	12	8	1	2	1	40
Rovigo	3		1				4
Vicenza	13	10		1	1		25
Verona	98	43	23	3	4	8	179
Totale	130	65	32	5	7	9	248

(1) MULTISPECIE: Parchi, Agriturismo, Selvatici in cattività, Rurali

(2) ALTRE SPECIE: Quaglie, Fagiani, Anatre, Svezinatori, Faraone

Tabella 15.4.3 Focolai di Influenza Aviaria durante l'ondata epidemica HPAI H5N1 di settembre-dicembre 2022 per provincia, Veneto

Regione	Tacchini da carne	Broiler	Ovaiole	Faraone	Multi-specie ⁽¹⁾	Totale
Padova					1	1
Rovigo		1	1		1	3
Treviso			1		5	6
Venezia					1	1
Verona	6	1		1		8
Totale	6	2	2	1	8	19

(1) MULTISPECIE: Parchi, Agriturismo, Selvatici in cattività, Rurali

Per maggiori informazioni

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

 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

 prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
 041 2791352 - 1353 - 1320

16. Assistenza primaria e distrettuale

CONTENUTI

- 16.3 Attività dei MMG e PLS
- 16.6 Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri
- 16.1 Assetto organizzativo delle Aziende ULSS e dei Distretti
- 16.4 Attività delle Centrali Operative Territoriali (COT)
- 16.5 Emergenza COVID-19 – Territorio
- 16.2 La rete dei MMG e dei PLS

Organizzazione dell'Assistenza primaria e distrettuale in Veneto

26 Distretti socio-sanitari



Garantiscono i servizi di livello primario e sono il polo di integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali

9 Centrali Operative Territoriali



Coordina la presa in carico dell'utente "protetto" e le transizioni tra setting/servizi e soggetti dell'intera rete assistenziale, raccogliendo i bisogni e pianificando gli interventi necessari

2.771 Medici di Medicina Generale
184 Pediatri di Libera Scelta



Svolgono prestazioni di particolare impegno professionale, visite ambulatoriali e domiciliari, assistenza domiciliare e bilanci di salute

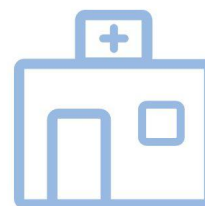
Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

Altre funzioni e attività dell'Assistenza Primaria

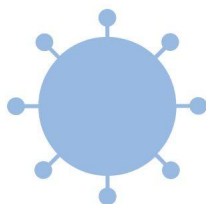
Distretto Socio Sanitario

Le funzioni distrettuali vengono esercitate mediante le seguenti Unità Operative

- Cure primarie
- Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori
- Cure palliative
- Attività specialistica
- Disabilità e Non Autosufficienza
- Assistenza Farmaceutica Territoriale



Gestione dei casi COVID-19 - Attività svolta nel 2022



Eseguiti da medici di medicina generale, pediatri di libera e medici di continuità assistenziale
616.257 test rapidi e 199.615 vaccinazioni anti-SARS-CoV-2/COVID-19

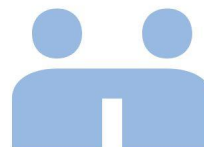
Le **Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)** hanno assistito a domicilio i pazienti affetti da COVID-19 non necessitanti di ricovero; **1.105** persone gestiti giornalmente nel primo semestre

Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri

Erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri presenti sul territorio in ottemperanza alla normativa vigente

Mobilità Sanitaria Internazionale: assistenza sanitaria a chi è in temporaneo soggiorno o trasferito per cure programmate

Emergenza Ucraina: ai cittadini sono state assicurate cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti e cure essenziali per malattia, maternità, infortunio



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

16.3 Attività dei MMG e PLS

Ai sensi degli articoli. 43 e 44 dell'ACN della medicina generale, l'attività svolta dal medico di assistenza primaria riguarda l'attività di prevenzione e promozione della salute, la gestione di patologie acute e croniche, la presa in carico globale degli assistiti nell'arco delle 24 h (in collaborazione con il medico di continuità assistenziale) sia in ambito ambulatoriale che domiciliare.

Il nuovo Accordo della medicina prevede altresì per i pazienti più complessi un'importante integrazione e raccordo del medico di medicina generale con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa (e con l'assistenza sociale nei casi previsti) e con la rete ospedaliera. Quanto sopra in ottica di efficienza nei confronti dell'assistito che in questo modo viene indirizzato verso l'assistenza più appropriata (evitando al contempo ricoveri impropri).

Nella Tabella 16.3.1 sono riportate le prestazioni erogate dai MMG e dai PLS nel corso del 2022. Le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'assistito o nello studio professionale convenzionato del medico di famiglia a seconda delle condizioni di salute del paziente e si riferiscono in particolare a suture, medicazioni, tamponamento nasale, iniezioni. Gli accessi domiciliari si riferiscono alla assistenza domiciliare programmata (ADP) ed alla assistenza domiciliare integrata (ADI). La prima riguarda la presenza periodica del medico presso il domicilio del paziente non ambulabile per il monitoraggio dello stato di salute dell'assistito, per fornire indicazioni al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie e ai familiari per l'assistenza in generale, nonché per la predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione. L'ADI è realizzata mediante la integrazione professionale tra diversi professionisti in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente.

Tabella 16.3.1 prestazioni erogate dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera Scelta (PLS). Veneto, anno 2022

Tipo di prestazione	MMG	PLS
Prestazioni di particolare impegno professionale (PPIP)	306.160	314.327
Visite ambulatoriali	39.517.376	2.333.272
Visite domiciliari	215.152	1.058
Accessi domiciliari (ADP/ADI)	305.567	2.599
Bilanci di salute		259.425

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie



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



cureprimarie@regione.veneto.it



041 279.3404 - 3529

16.6 Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri

In un'ottica di integrazione ed accoglienza, la Regione del Veneto, nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione, della normativa comunitaria e nazionale vigenti, tutela la salute, garantendo l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri presenti a vario titolo sul territorio regionale (per motivi di lavoro, studio, turismo, salute, familiari, ecc.).

Ai cittadini stranieri in possesso dei requisiti per l'iscrizione al SSN, è assicurata sul territorio regionale parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani attraverso l'erogazione delle prestazioni sanitarie presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Ai cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, in condizione di indigenza, è rilasciata una tessera con codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) e sono assicurate nelle strutture pubbliche e private accreditate cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti e cure essenziali, ancorché continuative, per malattia, maternità, infortunio.

Ai cittadini appartenenti ad uno stato membro dell'Unione Europea dimoranti in Italia in condizioni di fragilità sociale, sprovvisti di copertura sanitaria da parte del loro paese e non iscrivibili al SSN, l'assistenza sanitaria viene erogata attraverso il rilascio di una tessera con codice ENI (Europeo Non Iscritto), con validità esclusivamente nel territorio regionale, garantendo le medesime prestazioni previste per i titolari di tessera con codice STP.

Infine, i cittadini stranieri in temporaneo soggiorno (turisti) assicurati presso gli altri Stati dell'Unione Europea, SEE (Islanda, Liechtenstein, Norvegia) e Svizzera, assicurati nel proprio paese, in possesso di regolare TEAM (Tessera Europea Assicurazione Malattia) rilasciata dal proprio Stato di provenienza, o in possesso della specifica modulistica comunitaria per ricevere cure in Italia, hanno ricevuto le prestazioni sanitarie richieste, con conseguente addebito dei relativi oneri a carico dello Stato di appartenenza.

Nel corso dell'anno 2022, con riferimento alla situazione emergenziale derivante dal conflitto scoppiato in Ucraina, anche la Regione del Veneto è stata coinvolta nel processo di accoglienza dei cittadini stranieri provenienti dall'Ucraina. Sin dall'inizio del conflitto, sul territorio regionale sono state individuate risposte tempestive ed efficaci finalizzate a garantire la salute dei cittadini ucraini. In particolare, a tali cittadini è stata rilasciata la tessera STP, assicurando nelle strutture pubbliche e private accreditate cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti e cure essenziali, ancorché continuative, per malattia, maternità, infortunio. Una volta formalizzata la domanda di protezione temporanea, così come previsto dal DPCM 28 marzo 2022 e delineato nella Direttiva UE n. 55/2001 nonché dal D. Lgs. 85/2003, è stata garantita l'assistenza sanitaria a parità di trattamento con i cittadini italiani, assegnando il Pediatra di Libera Scelta e/o il Medico di Assistenza Primaria.

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie



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



cureprimarie@regione.veneto.it



041 279.3404 - 3529

16.1 Assetto organizzativo delle Aziende ULSS e dei Distretti

Il Distretto è l'articolazione dell'Azienda ULSS deputata al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

Attualmente sono presenti 26 Distretti in tutto il territorio che garantiscono i servizi di livello primario e costituiscono il polo di integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

Afferiscono ai Distretti le seguenti attività:

assistenza medica primaria (medici e pediatri di famiglia e guardia medica)

assistenza infermieristica

assistenza sociale

assistenza farmaceutica

assistenza specialistica

assistenza protesica

assistenza alla famiglia e all'infanzia (consultorio e assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile e adolescenziale)

assistenza domiciliare

cure palliative

assistenza a persone con disabilità

assistenza scolastica e inserimento lavorativo per persone disabili, con dipendenza patologica e con sofferenza mentale

assistenza a persone con sofferenza mentale

assistenza alle persone adulte o anziane non autosufficienti

assistenza sanitaria per le persone detenute

assistenza a persone con dipendenza patologica

attività amministrative.

Il Distretto rappresenta quindi il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS.

Ancora maggior importanza assumerà il Distretto nell'ambito della riforma dell'intero sistema di assistenza territoriale previsto del PNRR (Missione 6) e dal D.M. n. 77/2022, in fase di attuazione, volta a ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogabili sul territorio, grazie alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), all'implementazione dell'assistenza territoriale, allo sviluppo della telemedicina e ad una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. All'interno dei siti di ciascuna Azienda ULSS si possono trovare tutte le informazioni utili relativi ai Distretti (sedi, orari di apertura, servizi erogati).

Tabella 16.1.1 Popolazione residente per Azienda ULSS e Distretto. Elaborazione su dati ISTAT al 1 gennaio 2022

ULSS/Distretto		Popolazione
1-Dolomiti	1-Belluno	117.810
	2-Feltre	80.708
	TOTALE AZIENDA	198.518
2-Marca Trevigiana	1-Treviso Nord	209.860
	2-Treviso Sud	208.876
	3-Pieve di Soligo	209.797
	4-Asolo	248.222
	TOTALE AZIENDA	876.755
3-Serenissima	1-Venezia centro storico	77.229
	2-Venezia terraferma, Marcon e Quarto d'Altino	203.145
	3-Mirano - Dolo	269.922
	4-Chioggia	63.695
	TOTALE AZIENDA	613.991
4-Veneto Orientale	1-Unico	225.594
	TOTALE AZIENDA	225.594
5-Polesana	1-Rovigo	163.310
	2-Adria	68.181
	TOTALE AZIENDA	231.491
6-Euganea	1-Padova Bacchiglione	207.794
	2-Padova, Terme, Colli	117.962
	3-Padova Piovese	168.059
	4-Alta Padovana	257.368
	5-Padova Sud	177.089
	TOTALE AZIENDA	928.272
7-Pedemontana	1-Bassano	178.154
	2-Alto Vicentino	183.103
	TOTALE AZIENDA	361.257
8-Berica	1-Est	314.253
	2-Ovest	177.351
	TOTALE AZIENDA	491.604
9-Scaligera	1-Verona città	238.839
	2-Est Veronese	234.293
	3-Pianura Veronese	154.822
	4-Ovest Veronese	299.821
	TOTALE AZIENDA	927.775
TOTALE REGIONE		4.855.257

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie



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



cureprimarie@regione.veneto.it



041 279.3404

16.4 Attività delle Centrali Operative Territoriali (COT)

L'esperienza della Regione del Veneto vede la messa in campo e lo sviluppo di un modello di Centrale Operativa Territoriale (COT) che tra le proprie funzioni annovera il coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e delle transizioni con funzioni di raccordo tra setting, servizi e soggetti dell'intera rete assistenziale, raccogliendo, decodificando e classificando il bisogno espresso/inespresso di carattere sociale/sanitario/socio-sanitario, pianificando e coordinando gli interventi e attivando se necessario le risorse più appropriate.

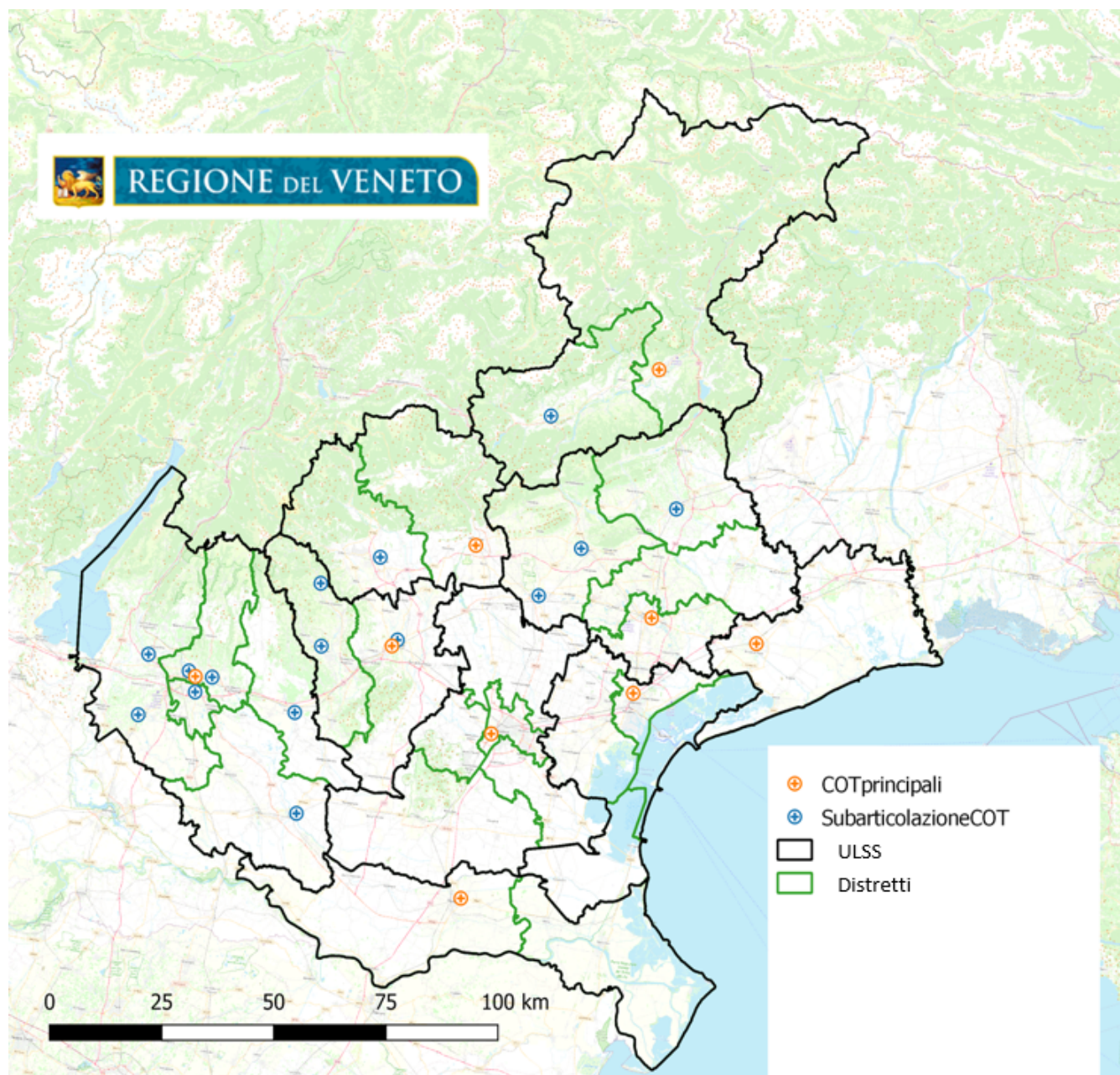
Nella Tabella 16.4.1 vengono rappresentate le funzioni e le caratteristiche delle COT (Tabella tratta dal Documento finale del Gruppo di Lavoro per l'analisi delle necessità informative in relazione allo sviluppo del modello organizzativo regionale della Centrale Operativa Territoriale (Nota reg. prot. n. 198997 del 03.05.2022). Framework di lettura adattato da "Il management della transizione: COT e non solo COT" di Lucia Ferrara, Valeria D. Tozzi, Angelica Zazzera, Rapporto OASI 2021, CERGAS SDA Bocconi). L'attuale modello organizzativo ed il suo sviluppo nel corso del tempo nel contesto regionale, delineano il quadro all'interno del quale si inseriscono le future prospettive di sviluppo ed esigenze di riorganizzazione.

La Missione 6 Salute del PNRR, i nuovi modelli e standard relativi all'assistenza territoriale (DM n. 77/2022) e gli ulteriori atti di sviluppo conseguenti, pongono l'obiettivo della realizzazione e dello sviluppo delle COT, al fine di migliorare il coordinamento della presa in carico della persona, il raccordo tra servizi e professionisti, assicurando continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Attualmente in Veneto sono attive 9 COT con 14 sub-articolazioni (Figura 16.4.1), a fronte dello standard di 1 COT ogni 100.000 abitanti indicato dal DM77/2022, pari complessivamente a 49.

Tabella 16.4.1 Funzioni e caratteristiche delle COT nella Regione del Veneto, 2022

Modello di servizio	Target	Persone con fragilità, popolazione con cronicità e/o non autosufficienza e/o con fragilità sociale
	Bacino di riferimento	Aziendale
	Filiera dei servizi di riferimento	Tutta la rete assistenziale Setting ospedaliero (strutture ospedaliere pubbliche/private accreditate) Setting territoriale (cure intermedie, servizi residenziali, assistenza domiciliare)
	Punto di accesso Soggetti che la attivano	Back office Personale distrettuale e ospedaliero Medici/pediatrati di famiglia e medici di continuità assistenziale Personale delle strutture di ricovero intermedie, nonché delle strutture residenziali e semiresidenziali Personale del Comune (Servizi Sociali)/Familiari di pazienti protetti e critici
Funzioni	Coordinamento	Della presa in carico dell'utente "protetto" della transizione (dimissione) dei pazienti ricoverati in ospedale verso il trattamento temporaneo, residenziale o domiciliare protetto. Della presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare protetta e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali. Della transizione (ammissione/dimissione) In sintesi coordina le transizioni protette (intra ed extra Azienda ULSS), per le quali non esistono già percorsi strutturati, con la possibilità di entrare provvisoriamente in modo operativo nel processo, facilitandone una definizione condivisa.
	Sorveglianza	Sulla presa in carico dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie Della presa in carico dei pazienti in assistenza residenziale definitiva o semiresidenziale
	Raccordo	Tra setting, servizi e soggetti dell'intera rete assistenziale
	Azioni	Raccolta, decodifica e classificazione del bisogno espresso/inespresso di carattere sociale/sanitario/socio-sanitario, indipendentemente dal setting assistenziale e trasmette le informazioni utili a garantire le transizioni protette. Pianificazione e coordinamento degli interventi, attivando se necessario le risorse più appropriate. Programmazione e pianificazione degli interventi, con attivazione dei soggetti/risorse della rete assistenziale per l'attuazione di processi integrati e la loro standardizzazione in PDTA. Tutela (tracciando e monitorando) delle transizioni da un luogo di cura all'altro da un livello clinico assistenziale all'altro. Attività accessorie in relazione all'emergenza da COVID-19.
Condizioni organizzative	Dipendenza organizzativa	Afferisce al Direttore Sanitario Strutturalmente collegata sia al Direttore Sanitario che al Direttore dei Servizi Socio Sanitari
	Personale	Personale infermieristico Personale socio-assistenziale Personale amministrativo
	Sistemi informativi	Software di registrazione vocale delle chiamate e tracciabilità informatica della apertura e chiusura delle stesse e delle eventuali transizioni effettuate Software con accesso ed alimentazione nel Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico degli interventi effettuati Data-base che permetta di visualizzare in tempo reale la disponibilità dei posti letto in strutture di ricovero intermedie e residenziali, nonché l'anagrafica dei pazienti in assistenza domiciliare protetta Software con possibilità di valutazione strumentale telematica dei pazienti. - Dotazione di video consultazione per paziente da remoto

Figura 16.4.1 Localizzazione di COT e relative sub-articolazioni nella Regione del Veneto, 2022

**Per maggiori informazioni**

Unità Organizzativa Cure primarie



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

cureprimarie@regione.veneto.it

041 279.3404 - 3529

16.5 Emergenza COVID-19 – Territorio

Nel corso del 2022, oltre a proseguire le attività ordinarie, i MMG/PLS/MCA hanno eseguito 616.257 test antigenici rapidi sia nel proprio studio che presso i Punti COVID allestiti dalle Aziende ULSS. Ciò al fine di individuare precocemente i casi COVID-19 ed i relativi contatti stretti, nonché di attivare conseguentemente le azioni di Sanità Pubblica in stretta relazione con il Dipartimento di Prevenzione. Sempre nel corso del 2022 è proseguito il contributo da parte dei MMG/PLS sul fronte della vaccinazione anti-SARS-Co-V-2/COVID-19, gradualmente diminuito sulla base dell'andamento dell'emergenza pandemica, fermo restando l'attività di vaccinazione a domicilio del paziente ADP/ADI e dei pazienti fragili non ambulabili in concomitanza con la vaccinazione antinfluenzale.

Sono state eseguite un totale di 199.615 vaccinazioni, 164.447 da parte dei MMG e 35.168 da parte dei PLS.

Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) previste a livello nazionale durante il picco COVID-19 a supporto dei medici di medicina generale e PLS, hanno garantito l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 non necessitanti di ricovero. L'accesso domiciliare dei medici USCA, laddove possibile, è stato effettuato congiuntamente con un infermiere delle Cure Domiciliari del Distretto o della Medicina di Gruppo Integrata, organizzando la presa in carico del paziente COVID-19 secondo le disposizioni della DGR n. 1523/2020. L'attività delle USCA si è anche svolta all'interno dei Centri Servizi per Anziani e nelle strutture di ricovero non ospedaliere.

In coerenza con la normativa nazionale di riferimento, le USCA sono rimaste attive fino al 30/06/2022 (Tabella 16.5.1).

Tabella 16.5.1 Prestazioni erogate dalle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA). Veneto, primo semestre 2022

Tipo di prestazione	
Numero medio di pazienti gestiti giornalmente	1.105
Accessi domiciliari (accessi domiciliari DGR 1523 e accessi domiciliari non continuativi)	46.955
Accessi in Strutture Intermedie	6.195
Accessi in RSA	1.191

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie



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



cureprimarie@regione.veneto.it



041 279.3404 - 3529

16.2 La rete dei MMG e dei PLS

I Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) assicurano l'assistenza sanitaria di base prevista dai Livelli essenziali di Assistenza organizzandosi nelle forme associative previste dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali ed Accordi Integrativi Regionali (Tabella 16.2.1). Nel Veneto per aumentare l'accessibilità dei servizi e garantire una migliore presa in carico dei pazienti con cronicità, è stato definito il modello delle Medicine di Gruppo Integrate, disciplinato attraverso la DGR n. 751/2015, che al 31/12/2022 vede attive 77 MGI con 623 MMG (22% del totale).

La distribuzione dei medici nelle forme più evolute (Medicina di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) della Medicina Generale nelle diverse Aziende ULSS non è omogenea e varia dal 13% al 41% per le Medicine di Gruppo Integrate (MGI) e dal 15% al 52% per le Medicine di Gruppo. Complessivamente il 50% dei Medici e Pediatri risulta supportato dalla figura del collaboratore di studio mentre il 25% lavora con personale infermieristico.

La forma di associazionismo della Pediatria di Libera Scelta più diffusa nel territorio regionale è l'Associazione Semplice, che comprende il 70% dei pediatri.

A supporto dello sviluppo delle cure primarie ed al fine di conseguire il raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso il continuo miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza, un ruolo importante è rivestito dal Corso di formazione specifica in Medicina Generale, afferente alla Unità organizzativa Cure Primarie. Il corso, della durata di 3 anni, è propedeutico all'inserimento del medico in un'apposita graduatoria che dà diritto di assumere incarichi come medico di famiglia. Con DGR n. 1763/2018 l'organizzazione didattica è stata affidata alla Fondazione Scuola Sanità Pubblica, con l'obiettivo di costituire un "campus" dedicato alla formazione e all'aggiornamento continuo della formazione specifica in medicina generale. La Scuola annovera al 31/12/2022 circa 582 medici in formazione dei corsi triennali attivi; il numero di borse di studio erogate nel corso degli ultimi anni (senza contare i medici ex L. 401/2000, ex avviso riservato e gli ufficiali medici) è più che raddoppiato.

Al fine di gestire il periodo post pandemico e per far fronte all'attuale grave carenza di medici, la normativa nazionale ha disposto la possibilità per i medici iscritti al corso di espletare già durante la frequenza numerose attività in via convenzionale. L'iniziativa, che è avvenuta in deroga alla disciplina precedente e in via temporanea, ha comportato una crescente difficoltà da parte dei medici in formazione di frequentare il corso con le previste modalità soprattutto per i professionisti aventi un numero consistente di assistiti. Alla luce di ciò si è reso necessario rivedere le modalità di frequenza del corso per assicurare il tempestivo inserimento nel contesto lavorativo, come richiesto a livello nazionale ma assicurando al contempo il conseguimento degli obiettivi didattici del corso con una formazione di qualità. Con DGR 1709/22 è stata pertanto avviata in via sperimentale la frequenza del corso in modalità "Formazione-Lavoro".

Tabella 16.2.1 Distribuzione dei MMG e PLS per forma associativa. Elaborazione su dati AUR al 31/12/2022

	Medici di Medicina Generale (MMG)				Pediatri di Libera Scelta (PLS)			
	N. forme	% forme	N. medici	% medici	N. forme	% forme	N. medici	% medici
Medico singolo	331	49%	331	12%	75	41%	75	15%
Associazione semplice	9	1%	29	1%	81	44%	362	70%
Rete dei medici (comprese forme miste)	6	1%	666	24%	1	1%	4	1%
Medicina di Gruppo	252	37%	1.110	40%	27	15%	73	14%
MGI sperimentale	2	0%	12	0%	-	-	-	-
Medicina di Gruppo Integrata (MGI)	77	11%	623	22%	-	-	-	-
TOTALE	677	100%	2.771	100%	184	100%	514	100%

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie



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



cureprimarie@regione.veneto.it



041 279.3404 - 3529

17. Assistenza domiciliare

CONTENUTI

- 17.1 Organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata
- 17.2 Prestazioni erogate in assistenza domiciliare
- 17.3 Cure palliative adulto e pediatrico / Hospice

Assistenza Domiciliare in Veneto, Anno 2022

Organizzazione

Cure Domiciliari con programmi di cure personalizzate, di qualità e appropriate accreditate secondo i requisiti previsti dalla DGR n. 1599 del 13/12/2022

Reti di cure palliative formate da servizi domiciliari, ambulatoriali e residenziali accreditate secondo i requisiti della DGR n. 1636/2022

Cure Domiciliari

2.126.861 accessi erogati a pazienti in **Cure Domiciliari**



133.150 pazienti assistiti in **Cure Domiciliari**

57.823 persone assistite in **Cure Domiciliari intensive**



Cure Palliative Oncologiche Domiciliari / Hospice

330.297 accessi erogati a domicilio a pazienti in **Cure Palliative**



11.642 pazienti assistiti in **Cure Palliative**

3.729 persone ricoverate negli **Hospice**



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

Cure Domiciliari in Veneto, anno 2022

Tassi di assistiti per 1.000 abitanti per Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)



Percentuale di persone over 65 anni assistite in assistenza domiciliare



Diagnosi più frequenti negli assistiti in Cure Domiciliari

● malattie cardio e cerebrovascolari ● neoplasie ● sindrome ipocinetica ● malattie respiratorie ● altro



Cure Palliative in Veneto, anno 2022

Deceduti oncologici assistiti dalla Rete di Cure Palliative e deceduti a domicilio o in hospice



Ricoveri in hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero ≤ 7 giorni



* DM 23 gennaio 2023

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

17.1 Organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata

Lo sviluppo pianificato ed omogeneo delle cure domiciliari sul territorio regionale, che ha come punti cardine la continuità dell'assistenza ed una presa in carico globale del paziente, è proseguito nel 2022 in linea con le attività di riorganizzazione avviate nel 2017 con DGR n. 1075/2017 e di potenziamento previste nel contesto emergenziale dovuto alla pandemia COVID-19 con le DGR n. 782/2020 e n. 1103 del 06/08/2020.

Con DGR n. 1780/2021 inoltre la Regione del Veneto ha recepito l'Accordo Stato-Regioni n. 151/CSR del 04/08/2021 sui requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento delle cure domiciliari, il cui obiettivo principale è l'introduzione di un sistema di autorizzazione e accreditamento delle cure domiciliari, attraverso precisi requisiti di miglioramento per garantire uniformità in merito al percorso di cura. Gli obiettivi essenziali sono infatti la garanzia dell'equità nell'accesso ai servizi e della qualità delle cure nell'ambito dei LEA, la continuità dell'assistenza tra i diversi servizi, la trasparenza e la correttezza dell'azione amministrativa, la rendicontazione delle attività e dei risultati ottenuti. I soggetti erogatori devono perciò assicurare un programma di cure domiciliari personalizzate e, nel riconoscere la dignità e l'autonomia della persona assistita, offrire un'assistenza che deve rispettare requisiti di qualità e di appropriatezza.

La Regione ha declinato detti requisiti con la DGR n. 1599/2022 sull'approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale delle Cure Domiciliari, all'interno del sistema previsto dalla L.R. n. 22 del 16/08/2002.

Per quanto riguarda le Cure Palliative, al fine di garantire "adeguate cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita", una migliore qualità di vita e l'accesso ai trattamenti antalgici disciplinando la tutela di chi necessita di terapie del dolore, la Regione del Veneto ha individuato una rete per le cure palliative, formata dai servizi domiciliari, ambulatoriali e residenziali, impegnando le Aziende ULSS alla costituzione di nuclei di cure palliative, come équipe in grado di governare la rete dei servizi di cure palliative. Questo modello è stato ulteriormente definito con la DGR 208/2017 per realizzare una Rete dei Servizi che consenta un'efficace presa in carico e gestione dei pazienti in Cure Palliative.

Per omogeneizzare l'offerta, ottimizzare e supportare il lavoro delle reti e garantire lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e assistenza di Cure Palliative, sono stati strutturati percorsi di presa in cura, sia per l'area adulta (DGR 553/2018) che pediatrica (Decreto 140/2022). In quest'ultimo ambito la Regione del Veneto, prima in Italia, ha previsto con la DGR 4029/2003, l'istituzione del Centro Regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche/Hospice Pediatrico, situato presso l'Azienda Ospedale-Università di Padova con funzioni di coordinamento della Rete regionale di Cure Palliative Pediatriche.

Per introdurre un sistema di accreditamento delle reti di cure palliative e terapia del dolore, con l'obiettivo di migliorare il governo clinico dei percorsi di cura e assistenza, dell'integrazione e della continuità delle cure a garanzia dell'equità e dell'uniformità di accesso alle cure palliative, si sono recepiti gli accordi n. 118/CSR del 27/07/2020, n. 119/CSR del 27/07/2020 e n. 30/CSR del 25/03/2021 con le DGR n. 222/2021 e n. 533/2021. Sono stati quindi declinati i requisiti con l'approvazione dei requisiti di accreditamento istituzionale delle reti di cure palliative (DGR n.

1636/2022), all'interno del sistema previsto dalla L.R. n. 22 del 16/08/2002.

Ciascuna Azienda ULSS è dotata di un'unica Unità Operativa Complessa (UOC) di Cure Palliative e più Articolazioni Funzionali afferenti strutturalmente ai Distretti in cui sono inserite, coordinate funzionalmente dall'UOC Cure Palliative, secondo le linee guida approvate da ultimo con DGR n. 1306/2017.

Tabella 17.1.1 Sedi delle Cure Domiciliari (ADI) delle Aziende ULSS. Veneto, anno 2022

Tipologia sede	N.
Sedi ADI con Centrale	53
Altre Sedi ADI	37
Mappatura sedi organizzative/operative delle Cure Domiciliari/Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) Anno 2022 - Fonte monitoraggio UO Cure Primarie	

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie



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



cureprimarie@regione.veneto.it



041 2793404-3529

17.2 Prestazioni erogate in assistenza domiciliare

Complessivamente nel corso del 2022 risultano erogati a residenti in Veneto 2.126.861 accessi domiciliari.

Considerando solo gli accessi degli operatori sanitari di cure domiciliari, risultano essere stati effettuati 1.773.072 accessi, in particolare da infermieri (75%, 1.321.414 accessi) e da medici di medicina generale (17%, 296.543 accessi).

Il tasso di accessi per 1.000 residenti evidenzia una marcata variabilità tra Aziende ULSS sia sul tasso complessivo (range 617,4 – 290,1 per 1.000 residenti) che su quelli per tipologia di operatore sanitario (Figura 17.2.1).

Nel 2022 più di 8 assistiti su 10 hanno 65 anni o più ed in questa fascia di popolazione risultano in carico più del 10% degli assistiti, il 4,2% in maniera più intensiva, cioè con almeno una presa in carico (PIC) di livello 1 o superiore erogata nel corso dell'anno. Il tasso complessivo di assistiti ultra 65-enni risulta in calo rispetto al 2021 e sostanzialmente in linea con i valori degli anni precedenti, mentre risultano sempre in aumento i soggetti con una presa in carico più intensiva.

Gli assistiti ultra 75enni sono invece quasi il 75% degli assistiti presi in carico e il 16,7% della popolazione residente. Quest'ultimo valore risulta in calo rispetto al 2021 mentre risultano in aumento i presi in carico in modo intensivo che, nel 2022, rappresentano il 6,8% dei residenti di questa fascia d'età (Tabella 17.2.1).

Le malattie cardio e cerebrovascolari risultano essere le patologie più frequenti tra gli assistiti in Cure Domiciliari (28%) seguite dalle neoplasie (13%) e dalla sindrome ipocinetica (13%). A causa della pandemia da COVID-19, nel 2022 le malattie respiratorie risultano ancora tra le diagnosi più presenti (7%) anche se in calo rispetto ai valori rilevati nel 2021 e 2020 (11%).

Considerando i soli soggetti seguiti in maniera più intensiva, le diagnosi prevalenti risultano essere le malattie cardio e cerebrovascolari (21%), le neoplasie (21%) e le demenze (11%). A seguito dell'emanazione del DM del 12 marzo 2019, il monitoraggio dell'attività sanitaria è misurata da alcuni indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) definiti core, che contribuiscono alla valutazione da parte del Ministero della Salute dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Per le cure domiciliari l'indicatore core di valutazione è il "tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (Coefficiente di Intensità Assistenziale - CIA)". Nel 2022 il Veneto risulta superare la soglia prevista in tutti i livelli di intensità (Figura 17.2.2); in particolare il tasso di pazienti assistiti ogni 1.000 abitanti risulta pari a 5,7 per CIA di livello 1 (soglia 4,0 x 1.000 ab.), 2,8 per il livello 2 (soglia 2,5 x 1.000 ab.) e 3,4 per il livello 3 (soglia 2,0 x 1.000 ab.). Anche considerando i valori delle singole aziende ULSS le soglie risultano sostanzialmente soddisfatte nonostante una certa variabilità intra-regionale.

Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il DM 23/01/2023 ha decretato la ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» per aumentare le prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico a livello nazionale il 10% della popolazione residente di età superiore ai 65 anni. Per il raggiungimento del target, stabilito per il Veneto al 10,98%, si considerano assistiti in Cure Domiciliari tutti i soggetti residenti con almeno una presa in carico di tipo sanitario o socio-sanitario in cui è registrata almeno una diagnosi, uno o più bisogni assistenziali e una SVAMA semplificata.

Nel 2022 la percentuale rilevata in Veneto di assistiti residenti di età 65 anni o più presi in carico, pari al 9,7%, è stata giudicata generalmente conforme rispetto agli obiettivi dalla Commissione Tecnica dell'AGENAS che monitora l'investimento.

Nonostante questo si evidenziano grosse differenze tra le Aziende ULSS, con un range di valori che varia tra il 6,1% dell'ULSS 9 Scaligera e il 12,4% dell'ULSS 6 Euganea (Figura 17.2.3).

Nota Metodologica

Tutti le elaborazioni si basano sulle informazioni presenti nel flusso informativo di "Assistenza e Cure Domiciliari" (DGR 1722/2004) con dati aggiornati al 26/04/2022. L'attività di Cure Domiciliari considerata è quella relativa alle prese in carico (PIC) attive al 2022; il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) è calcolato sull'intero periodo di assistenza delle PIC anche se iniziato in anni precedenti mentre il conteggio del numero di accessi è fatto solo su quelli erogati nel 2022.

Figura 17.2.1 Tassi di accessi sanitari per 1.000 abitanti per ULSS di residenza. Veneto, anno 2022

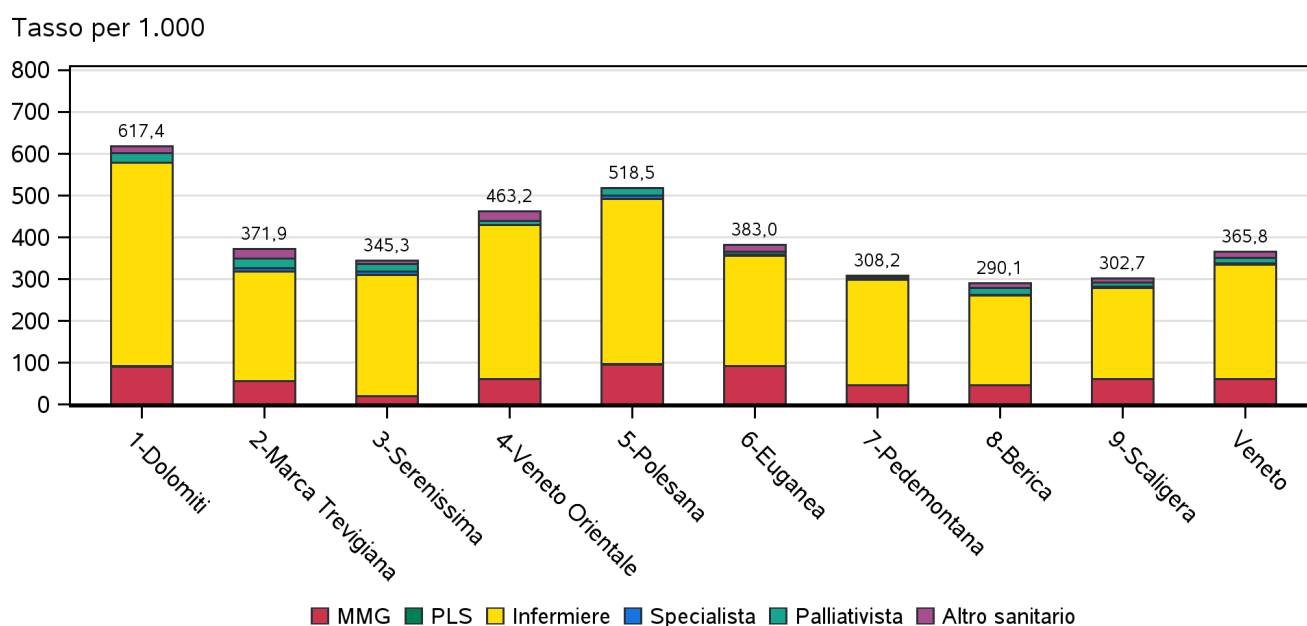


Tabella 17.2.1 Indicatori di attività delle Cure Domiciliari. Veneto, periodo 2019-2022

Indicatori	Almeno 1 accesso all'anno				Almeno una PIC di livello 1 o più			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Numero assistiti	128.506	139.785	143.239	133.150	47.502	49.368	58.648	57.823
Assistiti 65+ anni	111.788	113.071	119.969	115.640	41.901	41.969	47.482	49.014
% assistiti 65+ anni	87,0%	80,9%	83,8%	86,8%	88,2%	85,0%	81,0%	84,8%
Tasso x 1.000 ab. 65+ anni	99,8	99,6	105,0	100,1	37,4	37,0	41,6	42,4
Assistiti 75+ anni	96.856	96.462	101.410	99.427	35.339	34.819	38.660	40.543
% assistiti 75+ anni	75,4%	69,0%	70,8%	74,7%	74,4%	70,5%	65,9%	70,1%
Tasso x 1.000 ab. 75+ anni	168,3	164,9	174,8	166,7	61,4	59,5	66,6	68,0

Figura 17.2.2 Tassi di assistiti per 1.000 abitanti per ULSS di residenza e Coefficiente di Intensità Assistenziale. Veneto, anno 2022

Tasso per 1.000

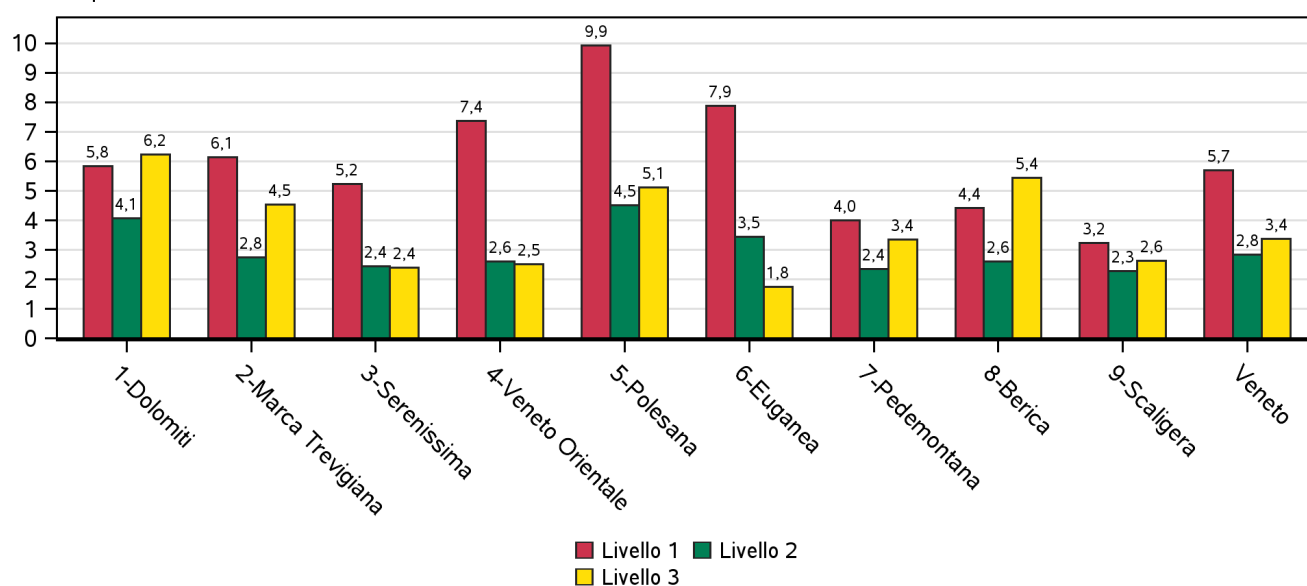
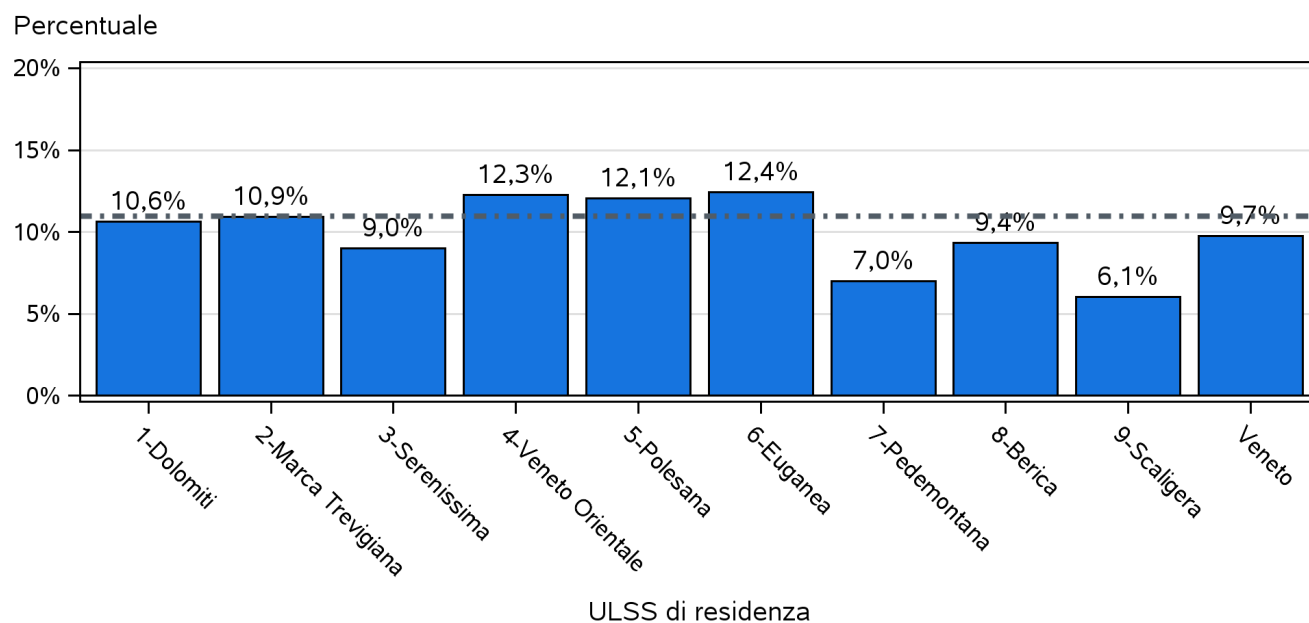


Figura 17.2.3 Percentuale di persone over 65 anni assistite in assistenza domiciliare confrontata con il target previsto dal PNRR (10,98% - linea tratteggiata). Veneto, anno 2022



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

 049 8778252

 049 8778235

17.3 Cure palliative adulto e pediatrico / Hospice

Nel 2022 sono stati assistiti in cura palliativa domiciliare 11.642 pazienti oncologici, ai quali sono stati complessivamente erogati 330.297 accessi, di cui 57.466 da parte del medico palliativista. L'indicatore core NSG che monitora l'attività svolta è la "percentuale di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore" considerando congiuntamente gli assistiti in cure domiciliari e in Hospice. Nel 2022 il dato regionale del Veneto supera la soglia stabilita dal ministero (50%), raggiungendo un valore di 56,2%, pari a 7.517 assistiti di cui 4.704 deceduti a casa durante una presa in carico di cure palliative domiciliari e 2.813 deceduti in Hospice. I valori raggiunti dalle varie aziende ULSS risultano sempre elevati con un range che va dal 44,3% dell'ULSS 7 Pedemontana al 67,5% dell'ULSS 8 Berica (Figura 17.3.1).

In Veneto nel 2022 erano presenti 25 hospice con 234 posti letto totali, da cui sono stati dimessi 3.729 pazienti, con una degenza media di 16,6 giorni, una presenza media giornaliera di 170 pazienti e un tasso di occupazione dei posti letto del 72%. Il 98% dei pazienti sono residenti in Veneto, il 53% maschi, il 91% dei ricoveri è oncologico (escludendo i dati dell'hospice pediatrico, che tratta prevalentemente una casistica non oncologica). Guardando l'integrazione con l'assistenza domiciliare, si osserva che la percentuale di ricoveri in hospice provenienti dal domicilio con un programma attivo di cure domiciliari riguarda un terzo dei pazienti, nel 4% delle dimissioni il paziente torna a domicilio con un piano di assistenza domiciliare: per l'ULSS 2 Marca Trevigiana, ma soprattutto per l'ULSS 1 Dolomiti, questa proporzione è più rilevante. L'85% dei ricoveri si conclude con il decesso. Tra gli indicatori ministeriali dedicati alla valutazione degli standard qualitativi dell'hospice, la "Percentuale di ricoveri in hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero ≤ 7 giorni" consente di monitorare la quota dei ricoveri in hospice di durata troppo breve rispetto alla loro funzionalità per il malato oncologico, fatti salvi i casi in cui si verifichi la continuità della cura domiciliare. Il dato regionale è entro la soglia del 25%, raggiungendo nel 2022 un valore di 23,2%. Il range tra ULSS va dal 14% dell'ULSS 2 Veneto Orientale al 31% dell'ULSS 7 Pedemontana.

L'hospice pediatrico coadiuva, supervisiona e supporta la rete dei servizi territoriali, nella presa in carico del bambino con malattia inguaribile e la sua famiglia. Le cure palliative si occupano dell'assistenza dei bisogni globali dei bambini per cui non esistono terapie volte alla guarigione, o il cui trattamento curativo è possibile, ma può fallire. Gli utenti sono soggetti residenti nella regione Veneto (sono previste prese in carico extra-regionali con limitazione dei servizi erogati), da 0 a 18 anni, con possibile estensione del limite d'età in situazioni di cronicità. E' una struttura gestita dall'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova, inserita all'interno dell'UOSD Terapia del dolore e Cure palliative pediatriche, con 4 posti letto. Nel 2022 sono stati ricoverati 161 pazienti con un totale di 285 ricoveri; con età compresa dagli 0 ai 25 anni ed età media di 9,1 anni; il 49% dei ricoveri è rivolto a bambine, il 93% a residenti in Veneto. Le patologie più presenti nei ricoverati sono le malattie del sistema nervoso (49%) e le malformazioni congenite o condizioni morbose di origine perinatale (27%); solo il 5% dei ricoveri è dovuto a tumori. I bisogni maggiormente affrontati sono la gestione dell'insufficienza respiratoria, delle stomie artificiali e delle apparecchiature medicali o respiratorie e la somministrazione di cure palliative. Il 2,5% dei ricoveri si conclude con il decesso, la durata media dei ricoveri è di 4,5 giorni.

Nota Metodologica

Tutti le elaborazioni si basano sulle informazioni presenti nel flusso informativo "Hospice" (DGR 2851/2012) con dati aggiornati al 28/04/2023 e sul flusso informativo di "Assistenza e Cure Domiciliari" (DGR 1722/2004) con dati aggiornati al 26/04/2022. L'informazione sul numero di posti letto in Hospice viene ricavato dal modello ministeriale STS24.

Figura 17.3.1 Percentuale di deceduti oncologici assistiti dalla Rete di Cure Palliative e deceduti a domicilio o in hospice per ULSS di residenza. Veneto, anno 2022

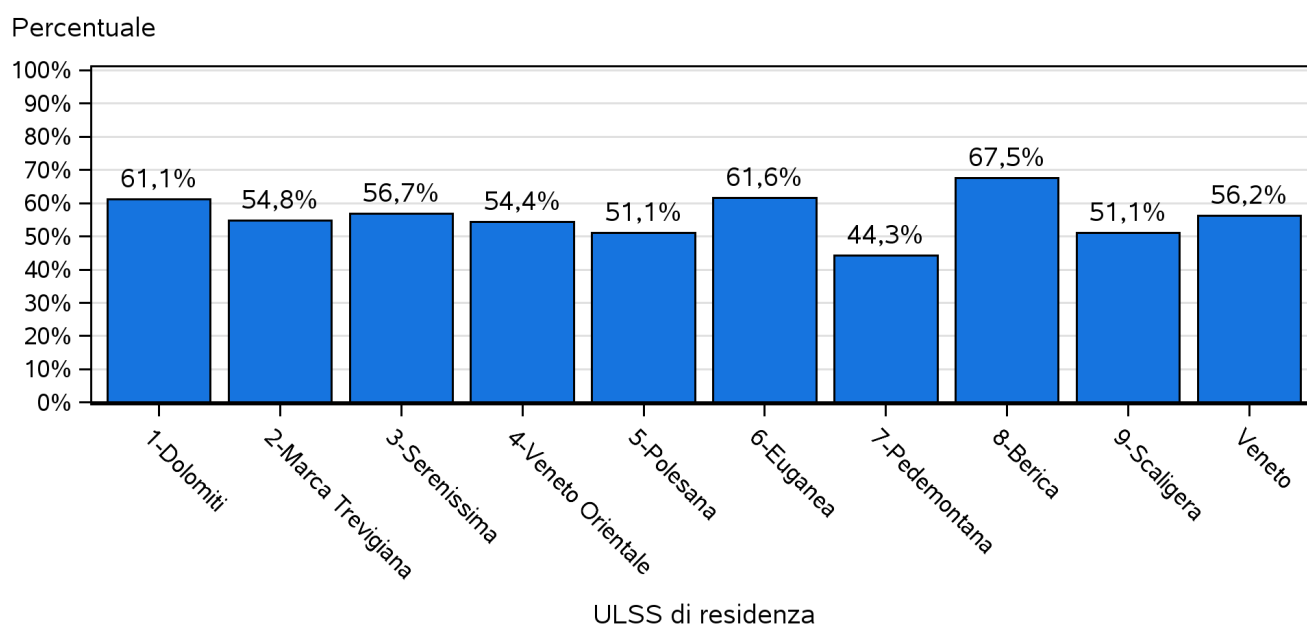


Tabella 17.3.1 Indicatori di attività per struttura Hospice. Veneto, anno 2022

Azienda	Hospice	N° P.L.	Giorni medi attesa	N° Ricoveri	Giorni medi degenza	Presenza media	T.O.	I.R.	I.T.
Ulss 1	Belluno	8	3,2	139	18,5	7	87,9	17,4	2,5
	Feltre	7	0,3	122	16,7	5,6	79,9	17,4	4,2
Ulss 2	Vittorio Veneto	10	0,8	189	16,8	8,7	87,2	18,9	2,5
	Treviso	18	3,7	288	21	16,6	92,2	16	1,8
Ulss 3	VE-Zelarino	8	4,1	150	14,5	6	74,6	18,8	5
	Venezia	8	9,4	52	47,8	6,8	85,1	6,5	8,4
	VE-Mestre	25	3,2	287	21,3	16,7	66,9	11,5	10,5
Ulss 4	San Donà di P.	7	0,1	88	19,4	4,7	66,8	12,6	9,6
Ulss 5	Lendinara	10	8	149	17,7	7,2	72,2	14,9	6,8
	Adria	5	8,1	69	18,8	3,6	71,2	13,8	7,6
Ulss 6	Camposampiero	6	7,4	117	14	4,5	74,9	19,5	4,7
	Cittadella	6	5,5	32	22	1,9	32,1	5,3	46,5
	PD-Paolo VI	16	5,3	267	13,8	10,1	63	16,7	8,1
	PD-Santa Chiara	10	4,9	93	29,5	7,5	75,2	9,3	9,7
	Montagnana	8	7,6	113	22	6,8	85	14,1	3,9
	Bassano del G.	10	3,4	82	29,9	6,7	67,2	8,2	14,6
Ulss 7	Asiago	3	3,9	13	18,1	0,6	34,5	4,3	66,2
	Thiene	9	0	143	11,2	4,4	48,9	15,9	11,7
Ulss 8	Arzignano	7	0,4	144	14,2	5,6	80,2	20,6	3,5
	Vicenza	12	1,5	244	11,6	7,7	64,5	20,3	6,4
Ulss 9	Cologna Veneta	7	3,7	110	20,4	6,1	87,6	15,7	2,9
	VR-Marzana	14	7,6	137	19,6	7,4	52,6	9,8	17,7
	Castelnuovo G.	10	3,3	285	10,5	8,2	82,2	28,5	2,3
AOPD	Pediatrico	4	20,5	285	4,5	3,5	87,7	71,3	0,6
IOV	Castelfranco V.	6	3,7	131	15,2	5,5	91	21,8	1,5
Veneto		234	5	3.729	16,6	169,5	72,4	15,9	6,3

P.L.=Posti Letto

T.O.=Tasso di Occupazione del posto letto

I.R.=Indice di Rotazione del posto letto

I.T.=Intervallo di Turn-Over

Figura 17.3.2 Ricoveri in Hospice per struttura di provenienza e ULSS di residenza. Veneto, anno 2022

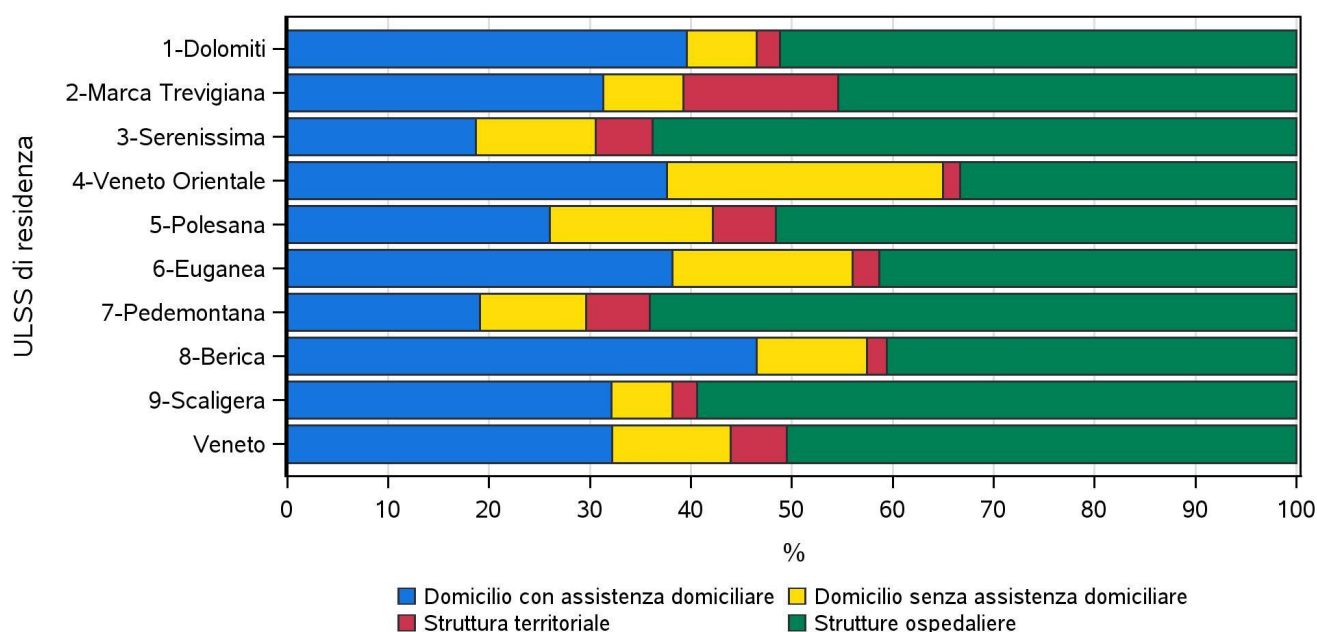


Figura 17.3.3 Ricoveri in Hospice per modalità di dimissione e ULSS di residenza. Veneto, anno 2022

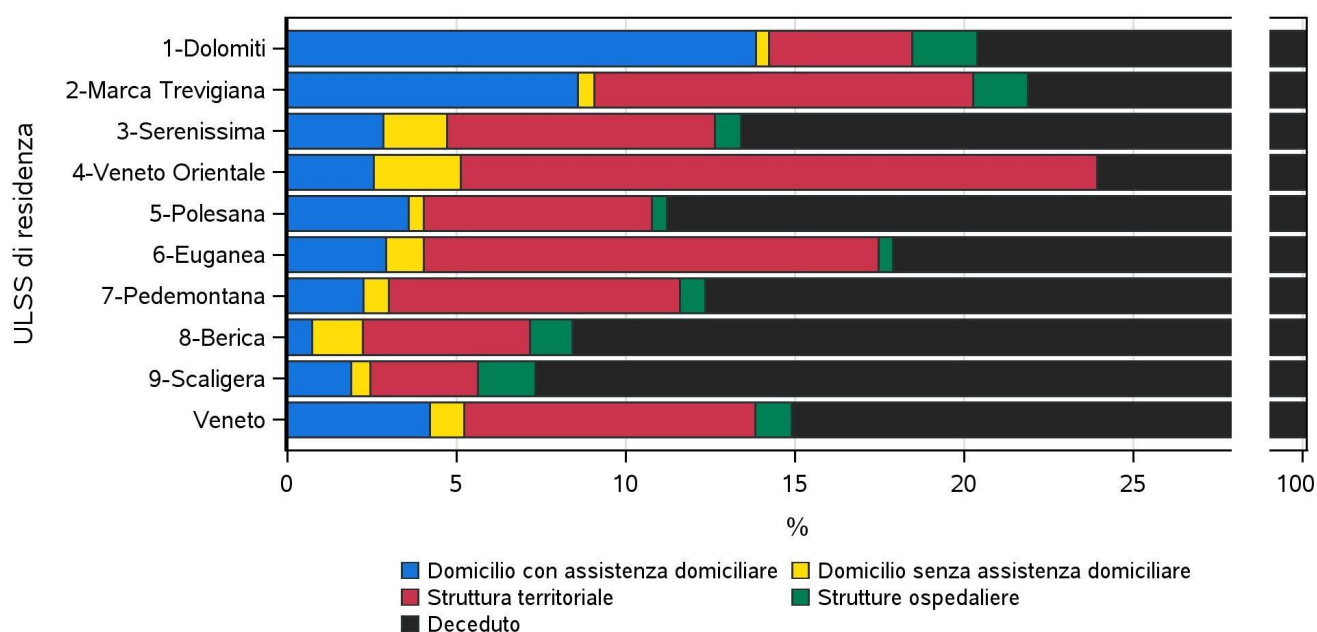
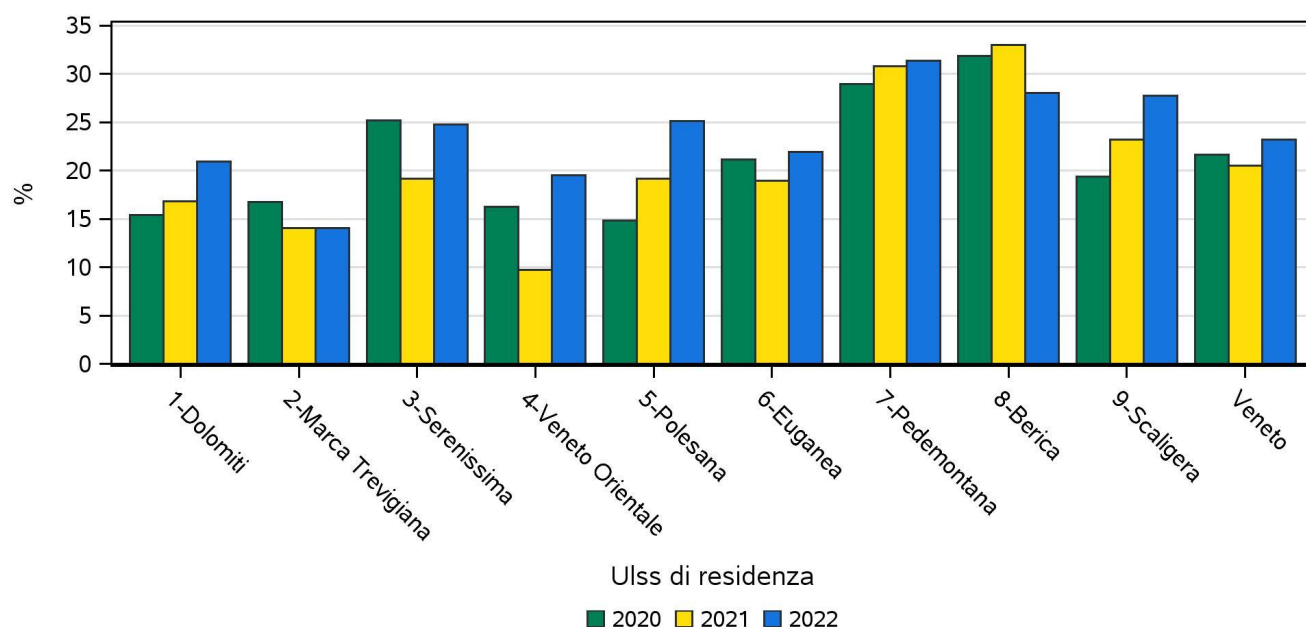


Figura 17.3.4 Percentuale di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero ≤ 7 gg, per ULSS di residenza. Veneto, periodo 2020-2022



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

 049 8778252

 049 8778235

18. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici

CONTENUTI

- 18.1 Assistenza farmaceutica
- 18.2 Dispositivi medici e assistenza protesica

Assistenza farmaceutica



504,4 mln €

Spesa netta per farmaci erogati da farmacie



101,3 €

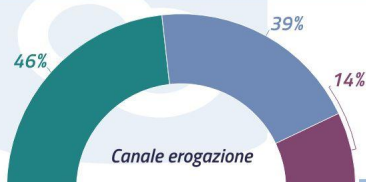
Spesa netta pro capite pesata in convenzionata



1.259 mln €

Spesa per farmaci/vaccini acquistati da AULSS

- Distribuzione diretta
- Consumo ospedaliero
- Distribuzione per conto



Dispositivi medici e ass. protesica



791 mln €

Spesa per dispositivi medici (DM) da AULSS



46,4 mln €

Spesa in protesi e ausili per assistenza protesica



9,5 €

Spesa pro capite per assistenza protesica

Distribuzione spesa per tipo di dispositivo

- DM diagn. in vitro
- Disp. prot. implantabili
- DM implantabili attivi
- Altri DM



Anno 2022

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

18.1 Assistenza farmaceutica

Nel 2022, la spesa netta per farmaci erogati dalle farmacie convenzionate con il SSN è stata pari a circa 504,4 milioni di euro, in aumento del +2,6% rispetto al 2021. La spesa netta pro capite pesata in convenzionata è stata pari a 101,3 euro, con una variabilità tra Aziende ULSS che passa da 98,2 euro a 103,8 euro (Figura 18.1.1). La spesa per farmaci (inclusi i vaccini) acquistati direttamente dalle Aziende sanitarie, è stata pari a circa 1.259 milioni di euro, in aumento del +11,5% rispetto al 2021. Con riferimento al canale di erogazione dei consumi 2022, si evidenzia che quasi due terzi del totale è erogato in distribuzione diretta (47%) e distribuzione per conto (DPC) (14%), la quota restante è consumo ospedaliero (39%), come descritto in Figura 18.1.2. La spesa per acquisti diretti di farmaci con accesso ai fondi innovativi e oncologici innovativi nazionali è stata pari a circa 90,4 milioni di euro, in aumento del 14,6% rispetto al 2021. Le classi di farmaci che hanno maggiormente contribuito all'aumento della spesa per acquisti diretti sono rappresentate da farmaci oncologici e oncoematologici, immunosoppressori, antitrombotici, vaccini e farmaci usati per il diabete (Tabella 18.1.1). Al fine di rispettare i vincoli previsti a livello nazionale (legge n. 178 del 2020), che impongono a livello regionale il rispetto del tetto alla spesa farmaceutica regionale pari al 14,85% del fondo sanitario regionale (FSR) (con l'esclusione di quella per farmaci innovativi e oncologici innovativi), la Regione in collaborazione con Azienda Zero: ha stabilito limiti di costo per l'acquisto di farmaci e farmaci innovativi per singola Azienda Sanitaria (DDR 40/2022, DDR 115/2022) assegnati come obiettivi alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie (DGR 709/2022) e oggetto di periodici monitoraggi (mensili e trimestrali), incontri e valutazioni intermedie e finali; ha elaborato e diffuso documenti in materia di valutazione, uso appropriato e costi dei farmaci, elaborati attraverso gruppi di lavoro multidisciplinari istituiti ad hoc tra cui: 3 report HTA in ambito oncologico e onco-ematologico (DDR 114/2022; DDR 119/2022; DDR 122/2022); ha definito la linea di indirizzo "Documento di indirizzo regionale per l'impiego dei farmaci per la profilassi e il trattamento del tromboembolismo venoso del paziente adulto" (DDR 61/2022); ha individuato sistematicamente i centri autorizzati alla prescrizione di farmaci ad alto impatto di spesa sulla base delle indicazioni fornite da AIFA, al fine di assicurare una maggiore coerenza tra volumi di casi trattati e prescrizione di farmaci ad alto costo e/o impatto (92 istruttorie); ha sviluppato piattaforme informatizzate per il monitoraggio e il governo della spesa farmaceutica (flusso farmaceutica convenzionata art. 50 c. 5) e dell'appropriatezza delle prescrizioni in varie aree terapeutiche (usi off-label, preparati a base di cannabis e farmaci biologici).

Figura 18.1.1 Costo netto pro capite pesato in convenzionata. Anno 2022 (Fonte: report farmaceutica gen-dic 2022).

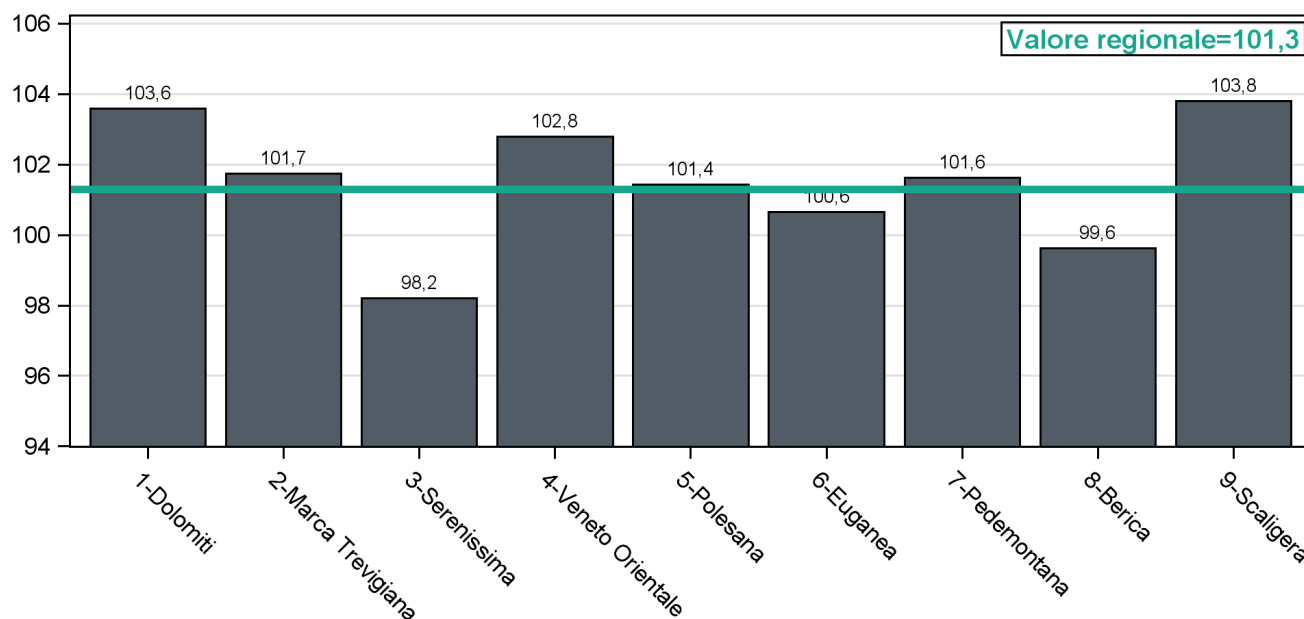


Figura 18.1.2 Spesa per consumi acquisti diretti per canale di erogazione. Veneto, Anno 2022 (Fonte: flussi farmaceutica – diretta e consumi ospedalieri – gen-dic 2022).

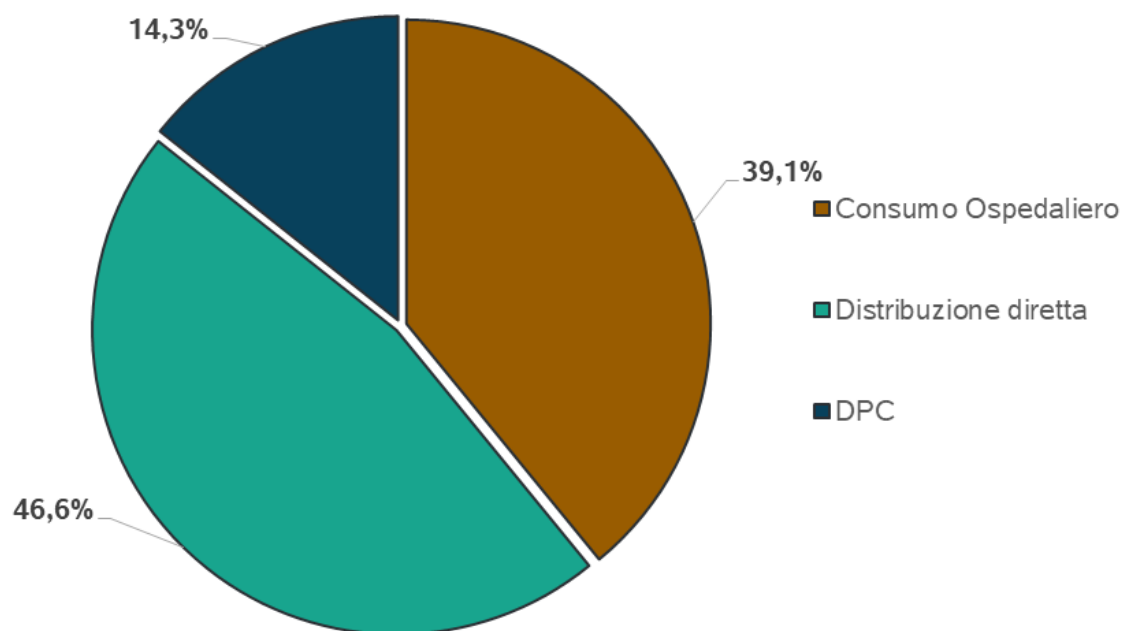


Tabella 18.1.1 Spesa per consumi acquisti diretti per categoria terapeutica. Veneto, Anno 2022

(Fonte: report farmaceutica gen-dic 2022).

Categoria terapeutica	Spesa	var ass vs 2021	var % vs 2021	% su tot
L01. Citostatici	314.915.380	29.364.874	10,28%	24,63%
L04. Immunosoppressori	195.442.451	1.044.851	0,54%	15,29%
B01. Antitrombotici	86.512.612	5.631.888	6,96%	6,77%
J07. Vaccini	71.251.171	18.850.901	35,97%	5,57%
A10. Farmaci usati nel diabete	67.687.068	12.543.360	22,75%	5,29%
J05. Antivirali per uso sistemico	54.812.798	2.458.513	4,70%	4,29%
B02. Antiemorragici	51.516.139	5.260.212	11,37%	4,03%
R07. Altri preparati per il sistema respiratorio	33.276.902	20.114.238	152,81%	2,60%
A16. Altri farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo	32.042.242	1.736.158	5,73%	2,51%
L02. Terapia endocrina	31.812.189	1.272.635	4,17%	2,49%
V03. Tutti gli altri prodotti terapeutici	23.760.744	363.630	1,55%	1,86%
J01. Antibatterici per uso sistemico	23.006.824	744.327	3,34%	1,80%
S01. Oftalmologici	21.142.440	2.955.505	16,25%	1,65%
N05. Psicolettici	18.713.941	167.529	0,90%	1,46%
H01. Ormoni ipofisari, ipotalamici ed analoghi	18.441.343	-629.435	-3,30%	1,44%
B05. Sucedanei del sangue e soluzioni perfusionali	18.246.033	-1.061.812	-5,50%	1,43%
J06. Sieri immuni ed immunoglobuline	17.619.946	-348.996	-1,94%	1,38%
M09. Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico	13.917.731	225.197	1,64%	1,09%
N07. Altri farmaci del sistema nervoso	12.633.577	6.934.007	121,66%	0,99%
R03. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	11.938.143	1.690.447	16,50%	0,93%
Altri Anatomical Therapeutic Classification (ATC) (II livello)	159.760.752	16.786.871	11,74%	12,50%
Totale	1.278.450.425	126.104.901	10,94%	100%

Per maggiori informazioni

Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici Area Sanità e Sociale



Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia



assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it



041 2793412



041 2793468

18.2 Dispositivi medici e assistenza protesica

La spesa per consumi di dispositivi medici acquistati direttamente dalle aziende sanitarie è stata pari a 791 milioni di euro, in diminuzione del -4,8% rispetto al 2021.

Il 31% del totale è costituito da diagnostici in vitro (IVD), la parte restante e maggioritaria (69%) è costituita da dispositivi medici (DM), di cui il 14% protesici impiantabili, il 6% impiantabili attivi e il restante 49% non impiantabili (Figura 18.2.1).

La Tabella 18.2.1 descrive la spesa per consumi di dispositivi medici (escluso IVD), suddivisa per Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (CND) al secondo livello. Le prime 10 CND rappresentano più del 50% della spesa e, tra queste, l'unica che è in diminuzione (-29,6% in termini di spesa) rispetto al 2021 è rappresentata dai guanti, esclusi i dispositivi di protezione individuale - d.lgs. 475/92 (CND T01). In forte incremento in termini di spesa rispetto all'anno precedente, risultano i dispositivi di protezione individuale senza numero di repertorio (+19,0%), la strumentazione per esplorazioni funzionali ed interventi terapeutici (di cui la voce principale è rappresentata dai dispositivi per l'automonitoraggio della glicemia e del diabete) (+15,0%) e i dispositivi per elettrochirurgia (+12,2%). La spesa 2022 in protesi e ausili per assistenza protesica (indipendentemente dal canale di erogazione) è stata invece pari a 46,4 milioni di euro, in lieve aumento (+0,5%) rispetto al 2021. La Tabella 18.2.2 riporta i consumi dei primi 10 ISO al secondo livello che rappresentano circa l'80% del totale e, tra questi, quelli a maggior incremento risultano gli ausili per terapia respiratoria (ISO 04.03), le carrozzine (ISO 12.22), gli ausili per la gestione dell'integrità tissutale (ausili antidecubito) (ISO 04.33) e i letti (ISO 18.12).

La Legge n. 228/2012 "Legge di stabilità 2013" ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici nella misura del 4,4% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN). Al fine di rispettare tale vincolo e migliorare l'appropriatezza dei consumi di DM, la Regione in collaborazione con Azienda Zero:

- ha stabilito limiti di costo per i Dispositivi Medici (distinto per DM e IVD) e un pro capite pesato per l'Assistenza Protesica (DDR 40/2022, DDR 115/2022) assegnati come obiettivi alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie (DGR 709/2022) e oggetto di periodici monitoraggi (mensili e trimestrali), incontri e valutazioni intermedie e finali;
- ha elaborato istruttorie per la Commissione Regionale per l'Investimento, Tecnologia e Edilizia (CRITE), in materia di valutazione delle tecnologie e degli investimenti ispirato all'HTA, con l'obiettivo di favorire l'adozione di scelte integrate e coordinate di programmazione strategica, orientate alla razionalizzazione della spesa (67 istruttorie, 5 prese d'atto, 3 pareri al Controllo di Gestione per richieste di finanziamento).

Figura 18.2.1 Spesa acquisti diretti per tipologia di dispositivo medico (DM). Anno 2022 (Fonte: CE 2022 – preconsuntivo).

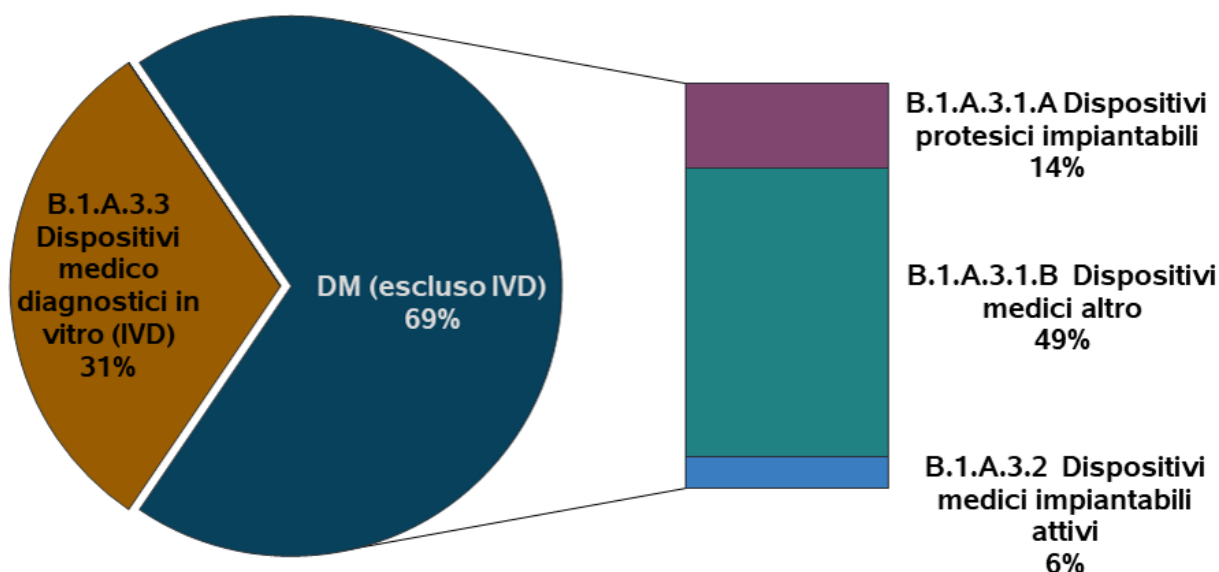


Tabella 18.2.1 Spesa in Dispositivi Medici (escluso IVD) suddivisa per Classificazione Nazionale Dispositivi Medici (CND) II livello. Spesa per erogazione in Veneto 2022 (Fonte: report DM gen-dic 2022)

Classificazione Nazionale Dispositivi Medici II livello	Spesa 2022	Var ass vs 2021	Var % vs 21	Inc % sul totale	Inc % cumulata
Z12.STRUMENTAZIONE PER ESPLORAZIONI FUNZIONALI ED INTERVENTI TERAPEUTICI	41.834.293	5.461.123	15,01%	7,28%	7,28%
P09.PROTESI ORTOPEDICHE E MEZZI PER OSTEOSINTESI E SINTESI TENDINEO-LEGAMENTOSA	40.759.469	3.380.888	9,04%	7,09%	14,37%
P07.PROTESI VASCOLARI E CARDIACHE	40.565.936	1.698.094	4,37%	7,06%	21,42%
999 (DPI senza codice di repertorio)	35.812.398	5.718.529	19,00%	6,23%	27,65%
J01.DISPOSITIVI PER FUNZIONALITA' CARDIACA	35.064.109	2.458.347	7,54%	6,10%	33,75%
C01.DISPOSITIVI PER SISTEMA ARTERO-VENOSO	31.855.381	2.054.313	6,89%	5,54%	39,29%
Non indicato (assemblati)	27.549.479	612.901	2,28%	4,79%	44,09%
T02.TELI ED INDUMENTI DI PROTEZIONE	19.060.717	1.051.077	5,84%	3,32%	47,40%
T01.GUANTI (ESCLUSI I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE DPI - D.Lgs. 475/92)	18.292.404	-7.678.720	-29,57%	3,18%	50,58%
K02.DISPOSITIVI PER ELETTROCHIRURGIA	14.659.855	1.589.792	12,16%	2,55%	53,13%
Tutto il resto	269.413.910	17.733.969	7,05%	46,87%	100,00%
Totale Spesa DM	574.867.952	34.080.313	6,30%	100,00%	

Figura 18.2.2 Spesa pro capite per Assistenza Protesica. Anno 2022 (Fonte: report AP gen-dic 2022 – Cruscotto AP).

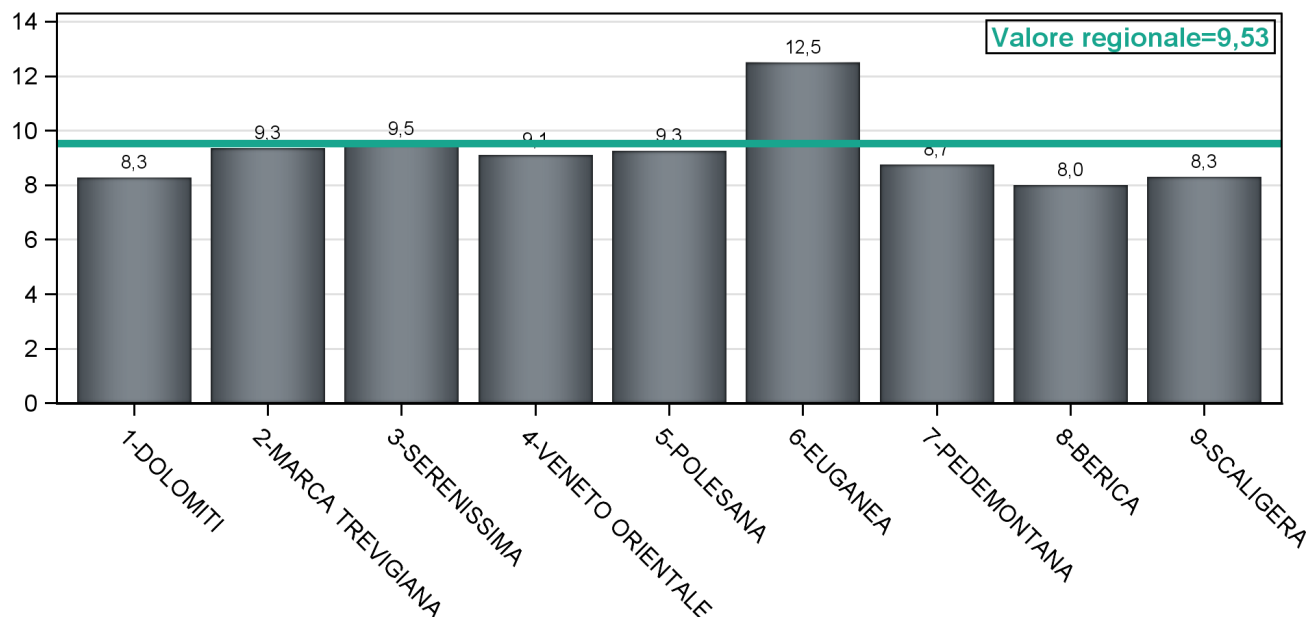


Tabella 18.2.2 Spesa per consumi in Dispositivi Medici per Assistenza Protesica suddivisa per ISO II livello. Spesa per erogazione in Veneto 2022 (Fonte: report AP gen-dic 2022 – flusso AP).

ISO II livello descrizione	Spesa 2022	Var ass vs 2021	Var % vs 21	Inc % sul totale	Inc % cumulata
22.06 ausili per l'udito	7.635.090	250.635	3,39%	18,77%	18,77%
06.12 ortesi per arto inferiore	4.284.274	54.336	1,28%	10,53%	29,30%
18.09 ausili per la posizione seduta	3.510.223	-67.747	-1,89%	8,63%	37,93%
12.22 carrozzine	3.356.905	331.320	10,95%	8,25%	46,18%
04.03 ausili per terapia respiratoria	3.212.450	421.263	15,09%	7,90%	54,08%
06.33 calzature ortopediche	2.386.184	-43.521	-1,79%	5,87%	59,95%
06.03 ortesi spinali	2.276.414	-48.648	-2,09%	5,60%	65,54%
06.24 protesi di arto inferiore (LLPS)	2.080.115	-138.246	-6,23%	5,11%	70,65%
04.33 ausili per la gestione dell'integrità tessutale (ausili antidecubito)	1.913.208	520.591	37,38%	4,70%	75,36%
18.12 letti	1.693.703	487.989	40,47%	4,16%	79,52%
tutto il resto	8.330.460	-90.448	-1,07%	20,48%	100,00%
Totale	40.679.025	1.677.524	4,30%	100,00%	

Per maggiori informazioni

Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici Area Sanità e Sociale

 Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

 assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

 041 2793412

 041 2793468

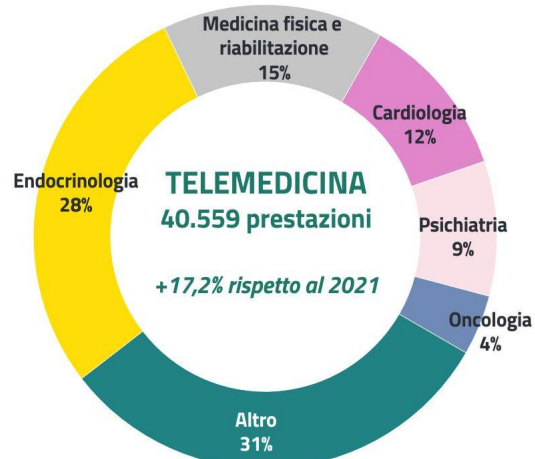
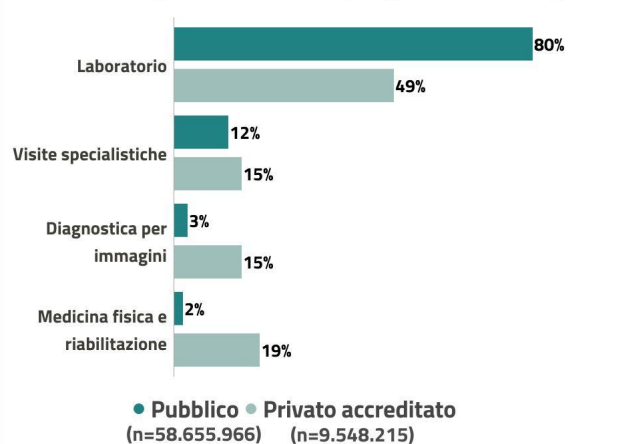
19. Assistenza specialistica ambulatoriale

CONTENUTI

- 19.1 Volumi di attività
- 19.2 Tempi di attesa e galleggiamenti
- 19.3 Prestazioni in telemedicina

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE - Anno 2022

% prestazioni per macro area e tipologia struttura erogatrice



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

19.1 Volumi di attività

Nell'anno 2022 sono state effettuate 68.204.181 prestazioni ambulatoriali, di cui il 97,2% è stato erogato a favore di utenti residenti in Veneto. Il volume di attività registrato per il 2022 mostra un aumento dell'erogazione rispetto al 2021 (+1.013.960 prestazioni), anno in cui si era già assistito ad un recupero dell'attività ambulatoriale post pandemia.

La distribuzione delle prestazioni per macro-area, illustrata in Figura 19.1.1, indica come nel 2022 la maggior parte sia rappresentata da prestazioni di laboratorio (76%), seguita dalle branche a visita (13%). Dal confronto con i tre anni precedenti si rileva un aumento, sia in termini assoluti che relativi, delle prestazioni laboratoristiche a sfavore della medicina fisica e riabilitativa e delle branche a visita (soprattutto a confronto con il 2019). Tra le branche a visita, la cardiologia e l'oculistica sono le due specialità a cui afferiscono le quote maggiori di prestazioni, rispettivamente 11,5% e 10,6%. Circa l'86% delle prestazioni sono state erogate da parte di strutture pubbliche, con percentuali sostanzialmente stabili rispetto agli anni precedenti.

Analizzando le tipologie di strutture erogatrici (pubbliche o private accreditate - Tabella 19.1.1), si nota come le prestazioni di laboratorio rappresentino ben l'80% delle prestazioni erogate da strutture pubbliche, mentre rappresentano solo il 49,2% delle prestazioni ambulatoriali eseguite da privati accreditati. Questi ultimi presentano quote di attività decisamente superiori rispetto alle strutture pubbliche nell'ambito della medicina fisica e riabilitativa (19,9% vs 2,4%) e della diagnostica per immagini (15,5% vs 3,2%). Il ricorso a strutture private accreditate, riportato in Figura 19.1.2, presenta un'importante variabilità a livello inter-aziendale.

Nota Metodologica

Fonti informative:

Flusso specialistica ambulatoriale - Portale Datawarehouse SSR

Figura 19.1.1 Distribuzione percentuale delle prestazioni ambulatoriali per macro-area. Veneto, anni 2019-2022

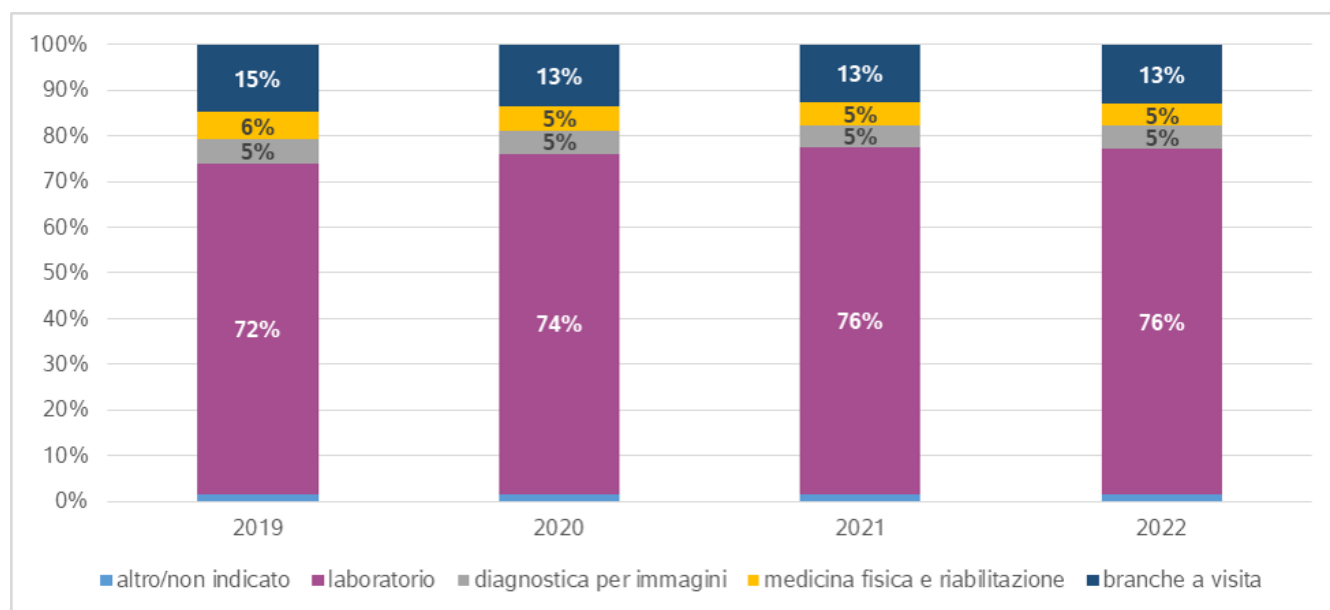
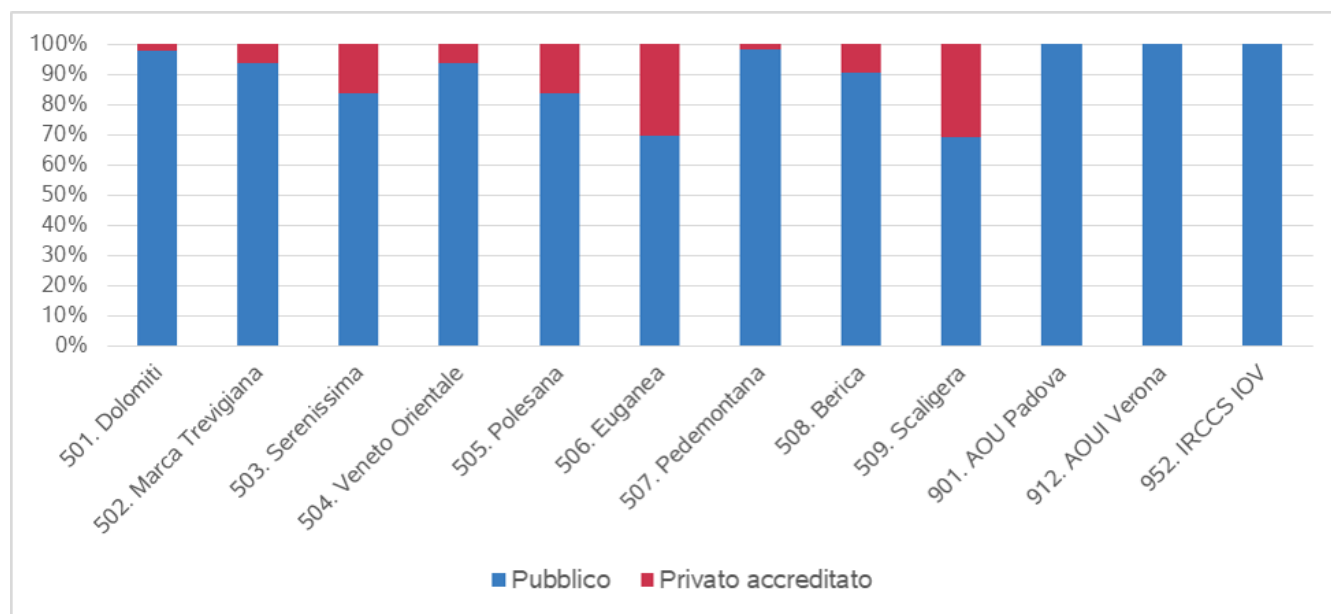


Tabella 19.1.1 Distribuzione delle prestazioni per macro-area e tipologia di struttura. Veneto, 2022

	Pubblico		Privato accreditato	
	N	%	N	%
Laboratorio	46.917.064	80,0%	4.701.365	49,2%
Diagnostica per immagini	1.878.944	3,2%	1.481.772	15,5%
Medicina fisica e riabilitazione	1.429.240	2,4%	1.902.493	19,9%
Branche a visita	7.409.497	12,6%	1.435.669	15,0%
altro/non indicato	1.021.221	1,7%	26.916	0,3%
Totale	58.655.966	100,0%	9.548.215	100,0%

Figura 19.1.2 Distribuzione delle prestazioni per tipologia di struttura erogatrice. Veneto, 2022

**Per maggiori informazioni**

UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie - Azienda Zero Regione del Veneto



Passaggio Gaudenzio, 1 - 35131 Padova



analisi@azero.veneto.it



049 8778411

19.2 Tempi di attesa e galleggiamenti

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

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

La norma inoltre prevede che almeno il 90% delle prestazioni prioritarizzate deve essere erogato entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità da parte delle Aziende ULSS e ospedaliere nonché dalle strutture private accreditate. Il restante 10% deve essere erogato entro i successivi dieci giorni nel caso di classe B, entro i successivi trenta giorni negli altri casi. Come mostrato in Figura 19.2.2, le prestazioni traccianti "Garantite 1" (utenti che hanno accettato la prima disponibilità offerta dall'Azienda) e prioritarizzate B, sono risultate sempre sopra la soglia del 90% nel 2022, con una performance non ancora pienamente soddisfacente per le priorità D.

In riferimento alla DGR 1164/2019, nel 2022 è stato dato avvio ad un monitoraggio dei galleggiamenti delle liste di attesa. Si riporta quanto descritto nella succitata DGR per lista di galleggiamento: "La lista di galleggiamento ha lo scopo di:

- Prendere in carico l'utente evitandogli uno stillicidio di successivi accessi agli sportelli CUP o telefonate al call center;
- Attivare da parte dell'Azienda sanitaria qualsiasi misura ritenuta idonea per garantire all'assistito l'erogazione della prestazione richiesta entro la tempistica corrispondente alla classe di priorità prescritta;
- Farsi carico, successivamente, di ricontattare l'utente per completare la prenotazione precedentemente sospesa."

I tempi di galleggiamento sono:

- 48 h lavorative per le prestazioni con classe di priorità B;
- 4 giorni lavorativi per le prestazioni con classe di priorità D o P.

I succitati termini decorrono dal momento del primo contatto dell'utente con la struttura sanitaria attraverso qualsiasi canale, tale data deve essere registrata a sistema e comunque sempre tracciata e comunicata all'utente in forma scritta. A novembre 2022 è stato dato avvio ad una rilevazione che ha lo scopo di tenere costantemente monitorata la situazione dei galleggiamenti nella regione; la situazione aggiornata ad aprile 2023 è rappresentata in Figura 19.2.3. Nel prospetto riportato si può notare che in galleggiamento la priorità B (entro 10 giorni) rappresenta solo lo 0,4%, mentre in priorità D il 34,4% e in priorità P il 25,7%. La collocazione geografica in base all'intensità dei galleggiamenti restituisce una fotografia della situazione delle aziende della regione. Le principali tipologie di prestazioni in galleggiamento risultano essere la prima visita oculistica, la prima visita dermatologica e la prima visita ortopedica.

Dall'inizio del 2023 ha preso avvio una complessiva attività di riordino del sistema di rilevazione della performances e di recupero delle prestazioni in galleggiamento i cui risultati saranno rendicontabili a fine 2023.

Nota Metodologica

Fonti informative:

Flusso specialistica ambulatoriale SPS - Portale Datawarehouse SSR

Figura 19.2.1 Volumi di prestazioni in Garantita 1 per classi di priorità. Prestazioni traccianti, Veneto, 2022

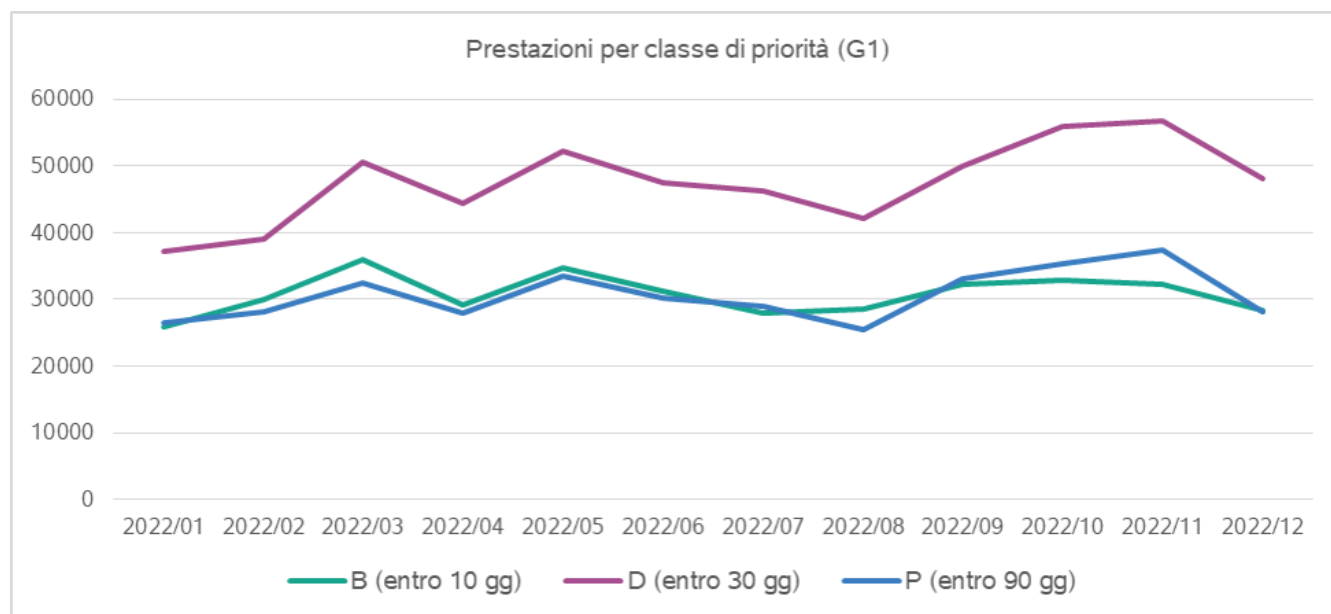


Figura 19.2.2 Percentuali di prestazioni con tempi di attesa rispettati per Garantita 1 per mese. Prestazioni traccianti, Veneto, 2022

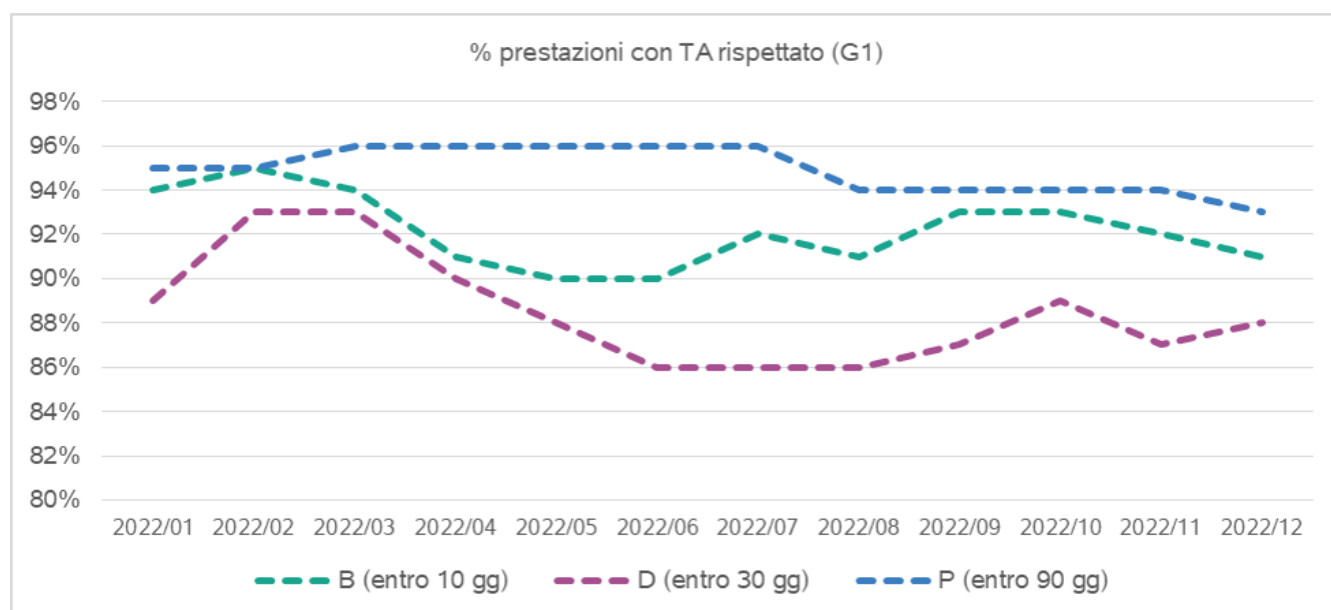
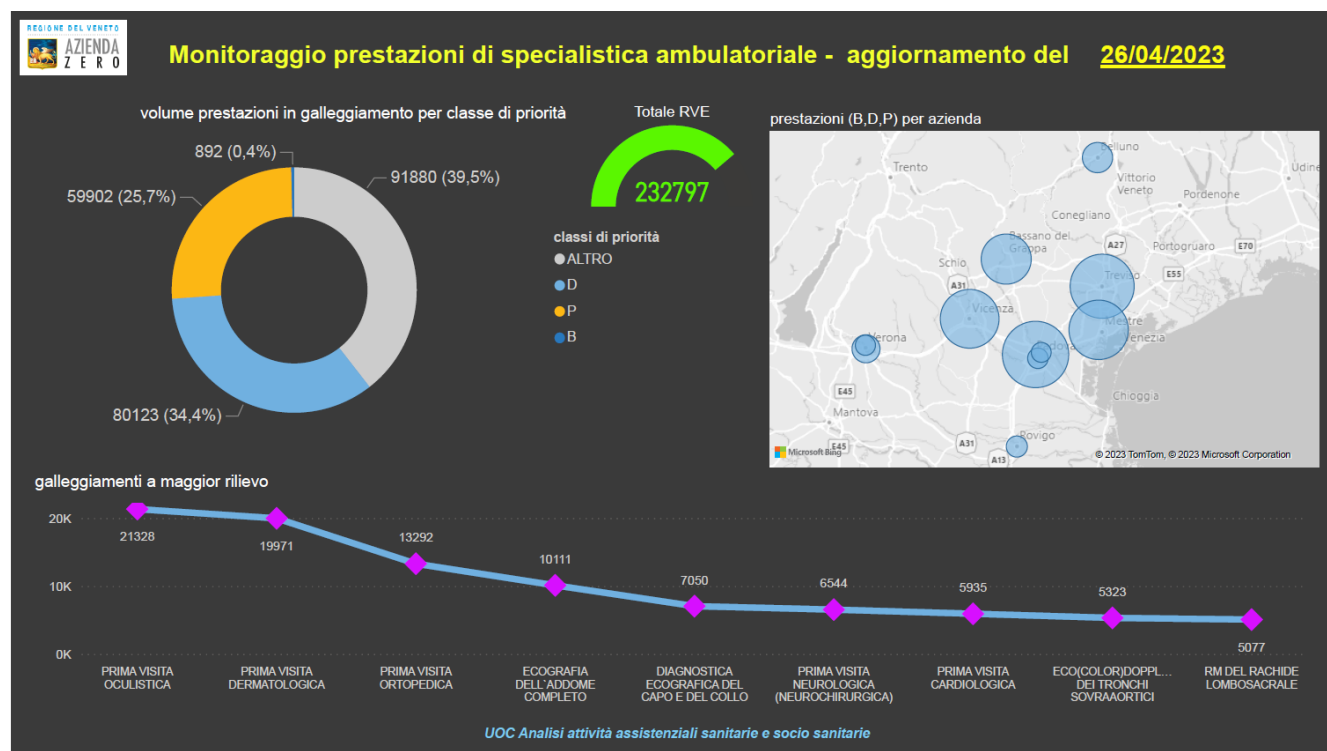


Figura 19.2.3 Monitoraggio dei galleggianti. Veneto, novembre 2022 – aprile 2023



Per maggiori informazioni

UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie - Azienda Zero Regione del Veneto

📍 Passaggio Gaudenzio, 1 - 35131 Padova

✉️ analisi@azero.veneto.it

☎️ 049 8778411

19.3 Prestazioni in telemedicina

Con la DGR n. 568/2020 si riconosce la possibilità di erogare prestazioni in modalità Telemedicina, in conformità a quanto stabilito con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, le Province Autonome con l'Intesa sancita in data 20 febbraio 2014 che ha approvato il documento recante "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali". L'Intesa sottolinea come: "La Telemedicina non rappresenta una specialità medica separata, ma è uno strumento che può essere utilizzato per estendere la pratica tradizionale oltre gli spazi fisici abituali. Si configura, nel quadro normativo generale, come una diversa modalità di erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e pertanto rientra nella cornice di riferimento che norma tali processi".

Tutte le aziende a partire dal 2021 hanno iniziato ad erogare prestazioni in Telemedicina, la quota parte sul totale regionale escludendo le prestazioni di Laboratorio è dello 0,24%.

Nel corso del 2021 sono state erogate 34.591 prestazioni in Telemedicina, mentre nel 2022 sono state 40.559. Le branche che hanno registrato la maggiore percentuale di prestazioni erogate con questa nuova modalità sono state nel 2022 l'Endocrinologia, Branca Generica, Medicina Fisica e Riabilitazione, Cardiologia, Psichiatria e Oncologia.

Nella Tabella 19.3.1 si nota come le branche di Endocrinologia e Branca Generica abbiano rappresentato la maggiore quota di prestazioni erogate in Telemedicina sia per il 2021 che per il 2022, mentre per Medicina Fisica e Riabilitazione la percentuale passa dal 1% del 2021 al 15% del 2022. In leggero aumento anche le prestazioni di Cardiologia, mentre è in calo la quota rappresentata da quelle di Psichiatria (dal 11 al 9%) e Oncologia (dal 19 al 4%).

Nota Metodologica

Fonti informative:

Flusso specialistica ambulatoriale SPS - Portale Datawarehouse SSR

Tabella 19.3.1 Distribuzione delle prestazioni di Telemedicina suddivise per branca. Veneto, 2021-2022

Branche	2021		2022	
	N	%	N	%
19.Endocrinologia	7.517	22%	11.495	28%
00.Branca Generica	7.602	22%	7.969	20%
56.Medicina fisica e riabilitazione	419	1%	6.254	15%
08.Cardiologia	3.079	9%	4.656	11%
40.Psichiatria	3.671	11%	3.799	9%
64.Oncologia	6.622	19%	1.715	4%
Altre branche	5.681	16%	4.671	12%
Totale	34.591	100%	40.559	100%

Per maggiori informazioni

UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie - Azienda Zero Regione del Veneto

 Passaggio Gaudenzio, 1 - 35131 Padova

 analisi@azero.veneto.it

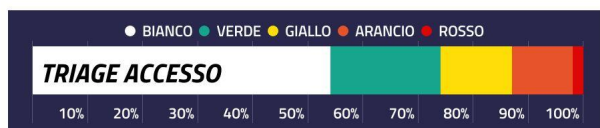
 049 8778411

20. Assistenza ospedaliera

CONTENUTI

- 20.1 Rete emergenza urgenza e pronto soccorso
- 20.2 Ospedalizzazione generale
- 20.3 Posti letto
- 20.4 Volumi di attività e qualità delle cure
- 20.5 Tempi di attesa per ricovero

Accessi al Pronto Soccorso



1.778.817 nel 2022

Dimissioni ospedaliere



595.350 dimissioni nel 2022

7,8 degenza media in gg

118 ricoveri per 1.000 ab.



Assistenza ospedaliera



Posti letto

11.255 pubblici nel 2022 (vs 2019: -11,3%)

privati nel 2022 (vs 2019: +7,6%) **3.264**

Attesa per ricovero



85,46%

% ricoveri programmati chirurgici oncologici erogati entro i tempi di attesa



83,39%

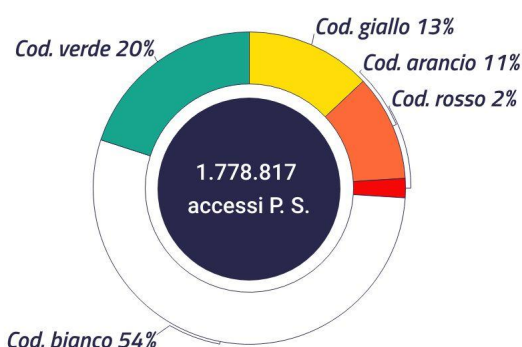
% ricoveri programmati chirurgici non oncologici erogati entro i tempi di attesa



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

Rete emergenza e Pronto Soccorso

Triage di accesso



66,9%

Casi gestiti entro le 4 ore



78,3%

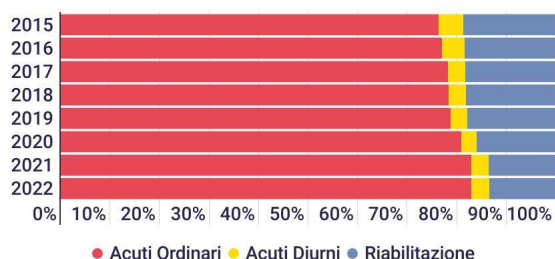
Pazienti visitati entro 90min

Esito



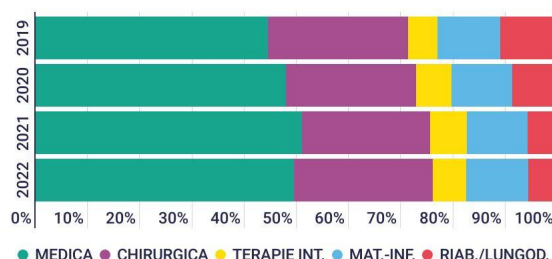
Assistenza ospedaliera

Giorni degenza (%) per anno e tipo di assistenza



Posti letto per Area Funzionale

Regime ordinario - Ospedali pubblici



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

20.1 Rete emergenza urgenza e pronto soccorso

Nell'anno 2022 sono stati effettuati 1.778.817 accessi in Pronto Soccorso; al 54% degli accessi è stato attribuito all'ingresso il codice di triage bianco, al 20% il codice colore verde, al 13% il codice colore giallo, all'11% il codice colore arancione e al 2% il codice colore rosso.

Il volume di attività registrato per il 2022 mostra un aumento degli accessi in Pronto Soccorso rispetto all'anno 2021, pur non raggiungendo ancora i livelli pre Covid (anno 2019, n. accessi 1.945.460, anno 2021, n. accessi 1.521.134).

Analizzando la distribuzione degli accessi per singola Azienda (Figura 20.1.1) si nota come tra le diverse Aziende vi sia eterogeneità di attribuzione nel codice di triage e che alla maggior parte di coloro che si rivolgono al pronto soccorso venga attribuito un codice di triage a bassa priorità. Il numero medio di prestazioni per accesso, sulla base del codice colore assegnato in fase di triage evidenzia una forte correlazione con il livello di priorità. (Figura 20.1.2).

Il tempo medio di presa in carico del paziente da parte del medico di Pronto Soccorso è circa di un'ora, con il 78,3% degli accessi presi in carico entro 90 minuti di attesa. Il tempo medio di permanenza è di 4 ore 40 minuti, con il 67% dei casi gestito entro le 4 ore di permanenza (Tabella 20.1.1). Relativamente all'esito dell'accesso al Pronto Soccorso, il 77,9% è stato dimesso (a domicilio o inviato a struttura ambulatoriale), il 9,5% dei casi è stato ricoverato, per il 7,6% dei casi è stata attivata l'osservazione breve intensiva (OBI), mentre il 3,5% dei pazienti ha autonomamente abbandonato il Pronto Soccorso prima della visita medica o prima della conclusione degli accertamenti (Figura 20.1.3).

Nota Metodologica

Fonte informativa: Flusso Pronto Soccorso

Fonte dati: portale Datawarehouse regionale, dati al 03/04/2023

Figura 20.1.1 Distribuzione percentuale degli accessi in PS per codice colore di triage all'ingresso. Aziende ULSS e ospedaliere del Veneto, anno 2022

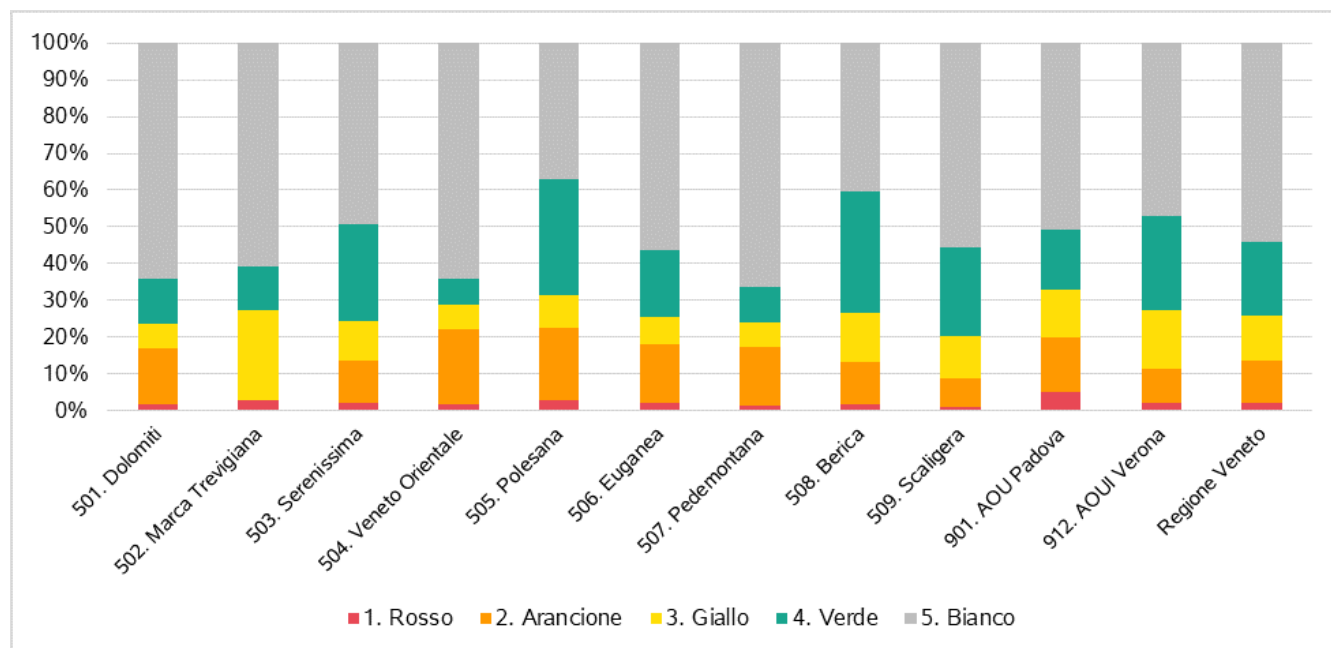


Figura 20.1.2 Numero medio di prestazioni per codice colore di triage all'ingresso. Veneto, anno 2022

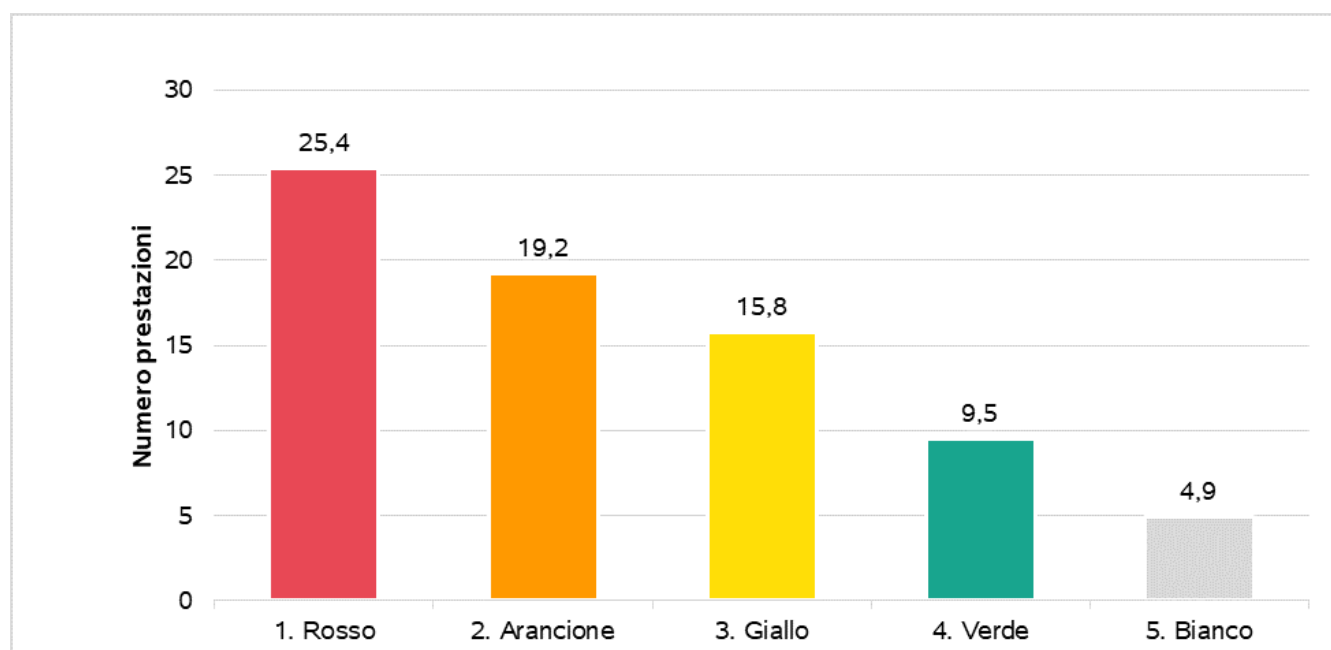
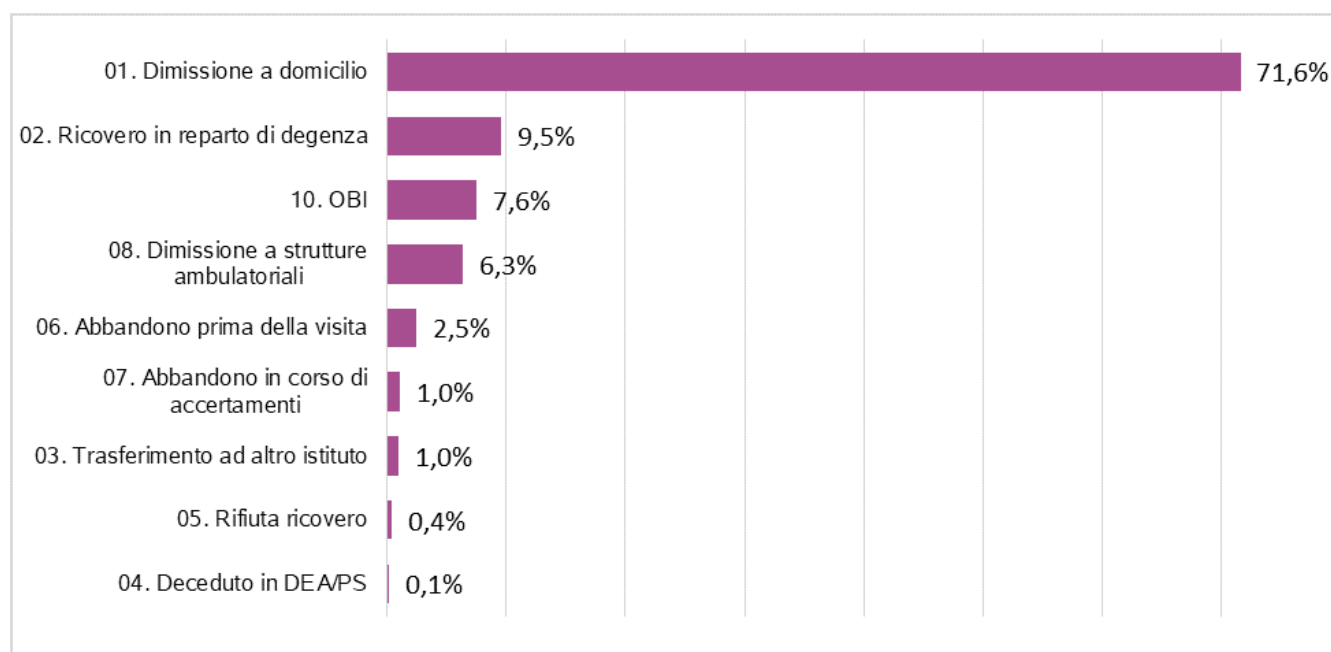


Tabella 20.1.1 Numero accessi, tempi medi di presa in carico e tempi medi di permanenza in Pronto Soccorso per Azienda. Veneto, anno 2022

Azienda	N. Accessi	Tempo medio presa in carico da parte del Medico	Tempo medio permanenza in Pronto Soccorso
501. Dolomiti	101.835	00:38	04:26
502. Marca Trevigiana	277.598	00:56	03:44
503. Serenissima	219.275	01:17	04:58
504. Veneto Orientale	109.746	00:49	04:06
505. Polesana	83.411	00:54	06:23
506. Euganea	186.617	00:49	04:56
507. Pedemontana	128.449	01:01	03:29
508. Berica	163.224	01:12	05:16
509. Scaligera	246.627	01:06	04:38
901. AOU Padova	145.075	00:48	04:02
912. AOUI Verona	116.960	01:23	06:48
Regione Veneto	1.778.817	01:01	04:40

Figura 20.1.3 Distribuzione percentuale degli accessi in Pronto Soccorso suddivisi per esito. Regione del Veneto, 2022



Per maggiori informazioni

UOC Governo Clinico Assistenziale - Azienda Zero Regione del Veneto

 Via J. Avanzo, n. 35 - 35132 Padova

 governo.clinico@azero.veneto.it

 049 8778433

20.2 Ospedalizzazione generale

Nel 2022 le strutture ospedaliere del Veneto hanno effettuato 595.350 dimissioni, oltre a circa 23.400 dimissioni di neonati non affetti da patologie; dopo la forte contrazione dell'ospedalizzazione nel 2020, in relazione alle misure di contenimento della pandemia da COVID-19, negli anni successivi si è verificata una lenta ripresa, che tuttavia non ha consentito di ritornare ai livelli pre-pandemici (Figura 20.2.1). Per contro, nel 2022 la durata media della degenza dei ricoveri ordinari per acuti è ritornata a 7,8 giorni dopo l'aumento osservato negli anni della pandemia dovuto alla tipologia di ricoveri legati alle infezioni da Covid-19 (Tabella 20.2.1). Oltre tre quarti della casistica viene trattata in regime ordinario nei reparti per acuti e il 18% in regime diurno. I ricoveri di area riabilitativa riguardano circa il 4,6% del totale e includono anche quelli residuali nelle Unità Operative di lungodegenza, in relazione alla progressiva attivazione degli Ospedali di Comunità nel territorio.

I ricoveri con intervento chirurgico rappresentano il 48% dei ricoveri ordinari e il 74% dei ricoveri diurni. In Tabella 20.2.2 e Tabella 20.2.3 sono rappresentati i 10 DRG chirurgici più frequenti in regime ordinario ed in regime diurno rispettivamente.

Le dimissioni dalle strutture private accreditate ammontano a 123.086, pari a circa un quinto del totale. I volumi maggiori di ricoveri si concentrano nelle discipline chirurgiche, in particolare in Chirurgia Generale e Ortopedia, specialità per le quali nelle strutture private accreditate afferiscono il 31% e il 29% dei ricoveri rispettivamente, considerando sia i ricoveri ordinari che i ricoveri diurni. Per quanto riguarda l'area riabilitativa, nelle strutture private accreditate afferisce, già dal 2021, quasi il 70% della casistica (Figura 20.2.2)

Negli anni tra il 2015 e il 2019 il tasso di ospedalizzazione in Veneto si attestava intorno a 130 ricoveri per 1.000 abitanti. Nel periodo pandemico è diminuito al 109 per 1.000 con una contenuta ripresa nel corso del 2021 e del 2022 fino a 118 ricoveri per 1.000 abitanti.

Nel 2022 il tasso di ospedalizzazione standardizzato delle aziende ULSS non si discosta molto dalla media regionale ad eccezione della ULSS 1-Dolomiti, con tassi inferiori, e della ULSS 9-Scaligera con tassi superiori (Figura 20.2.3).

Nota Metodologica

Fonti informative:

Ricoveri: archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Veneto aggiornato al 04/05/2023; la mobilità sanitaria del 2022 è stata stimata in base alla mobilità sanitaria dell'anno 2021.

Tabella 20.2.1 Dimissioni dalle strutture della Regione del Veneto: numero di giornate di degenza (N) e degenza media (Media) per tipo di assistenza. Anni 2015-2022

	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Riabilitazione		TOTALE	
	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media
2015	3.874.052	8,1	249.767	1,7	953.300	24,1	5.077.119	7,7
2016	3.869.360	7,9	227.389	1,8	930.047	23,7	5.026.796	7,6
2017	3.859.251	7,6	178.476	1,6	902.880	23,5	4.940.607	7,6
2018	3.896.161	7,7	178.034	1,7	905.066	23,6	4.979.261	7,7
2019	3.906.679	7,8	165.111	1,5	889.737	23,5	4.961.527	7,6
2020	3.453.993	8,0	132.301	1,5	685.633	23,5	4.271.927	7,8
2021	3.516.019	8,0	144.433	1,5	579.454	21,8	4.239.906	7,5
2022	3.589.454	7,8	154.263	1,4	585.292	21,3	4.329.009	7,3

Figura 20.2.1 Dimissioni dalle strutture della Regione del Veneto per ambito di assistenza. Anni 2015-2022

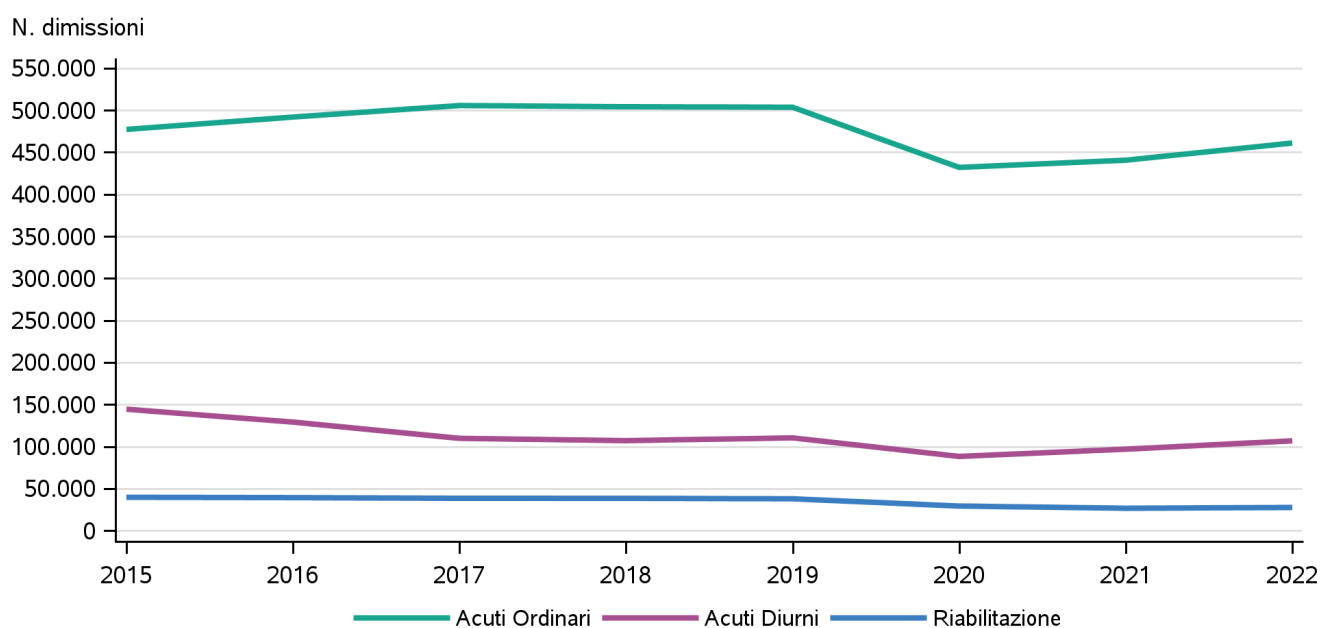


Tabella 20.2.2 Primi 10 DRG chirurgici in regime ordinario per acuti. Veneto, Anni 2021 e 2022

DRG	2021		2022	
	N	Degenza Media	N	Degenza Media
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	17.169	7,9	18.871	8,0
311-Interventi per via transuretrale senza CC	8.562	1,9	9.007	1,9
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	7.817	2,8	8.735	2,7
371-Parto cesareo senza CC	7.373	4,4	7.028	4,4
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	4.891	2,4	5.901	2,2
219-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	4.087	5,4	4.470	5,1
557-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	3.968	8,8	4.103	9,1
337-Prostatectomia transuretrale senza CC	3.404	2,6	4.356	2,5
558-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	3.881	4,6	3.813	4,8
552-Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	3.295	5,2	3.366	5,2

Tabella 20.2.3 Primi 10 DRG chirurgici in regime diurno per acuti. Veneto, Anni 2021 e 2022

DRG	2021		2022	
	N	Media accessi	N	Media accessi
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	7.054	1,1	7.612	1,1
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	4.375	1,3	5.260	1,2
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	4.020	1,0	3.765	1,0
036-Interventi sulla retina	3.889	1,7	3.772	1,6
225-Interventi sul piede	2.868	1,1	3.209	1,1
158-Interventi su ano e stoma senza CC	2.574	1,4	2.901	1,4
234-Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	2.699	1,5	2.691	1,4
229-Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	2.429	1,3	2.663	1,2
538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	2.334	1,2	2.639	1,2
364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	2.311	1,1	2.524	1,1

Figura 20.2.2 Percentuale di dimissioni dalle strutture private accreditate della Regione del Veneto per ambito di assistenza. Anni 2015-2022

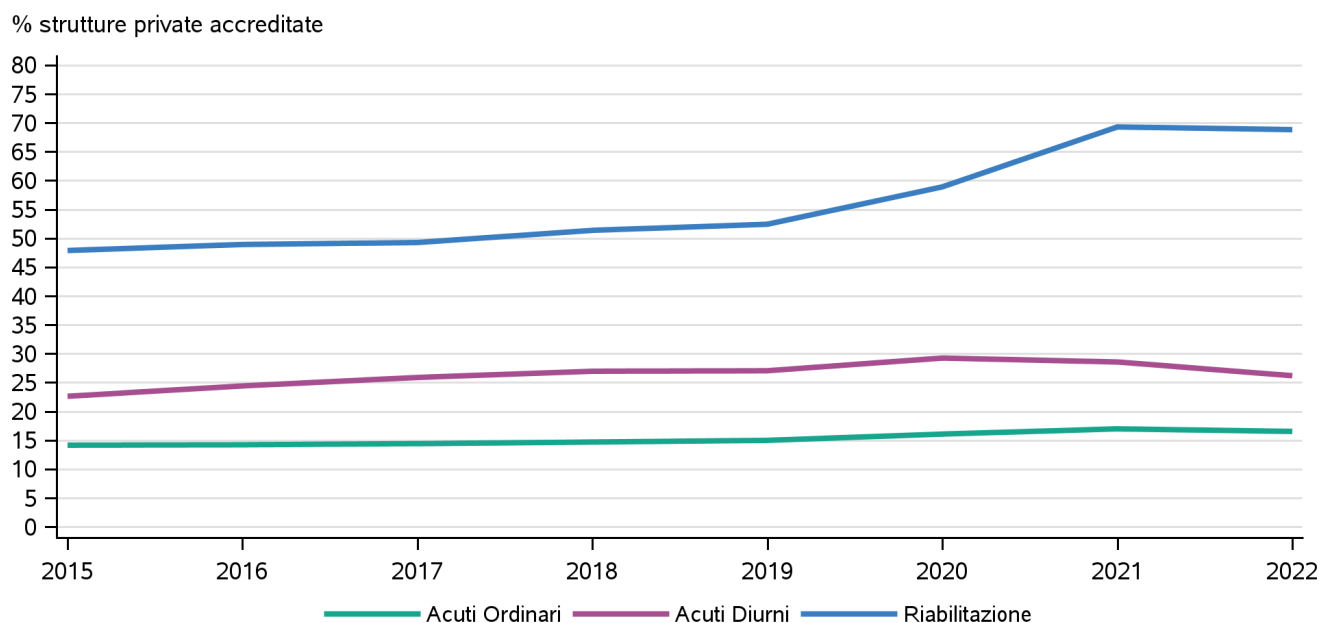
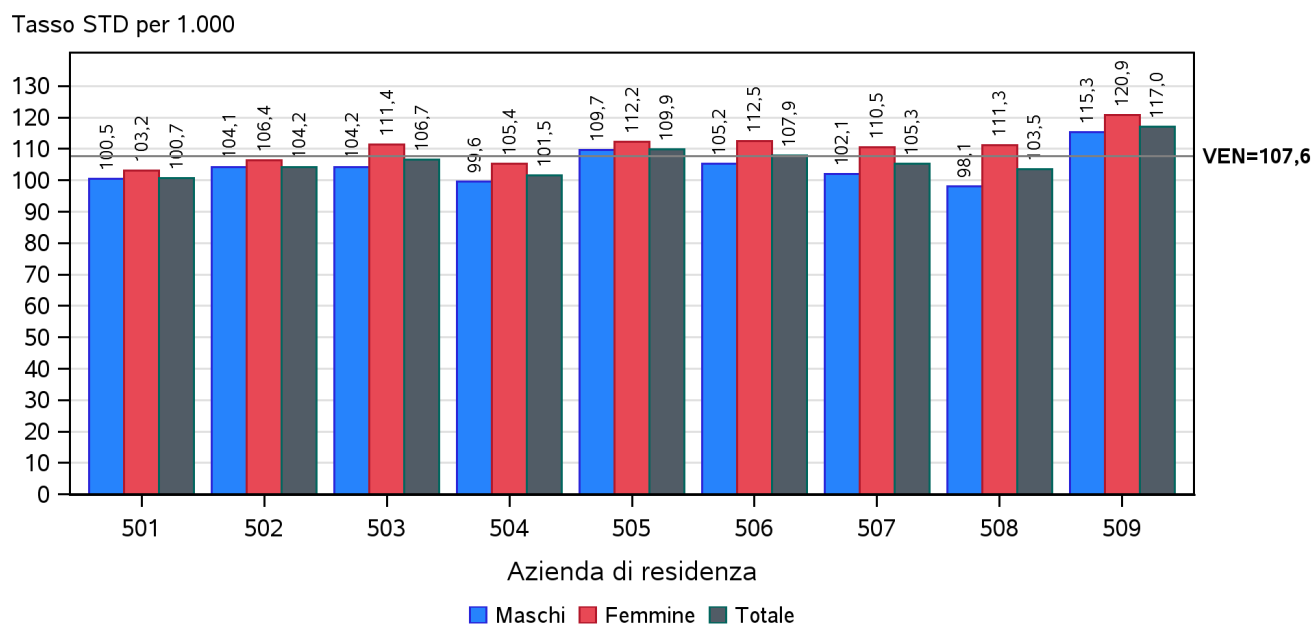


Figura 20.2.3 Tassi standardizzati di ospedalizzazione per Azienda ULSS di residenza e sesso. Veneto, Anno 2022. Standardizzazione diretta, popolazione standard Italia 2001



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero Regione del Veneto

 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

 ser@azero.veneto.it

 049 8778252

20.3 Posti letto

Nelle strutture ospedaliere del Veneto, il numero di posti letto dedicati ai ricoveri in regime ordinario ammonta nel 2022 a 14.519, dei quali 11.255 nelle strutture pubbliche e 3.264 nelle strutture private/accreditate. In rapporto alla popolazione residente, la dotazione media disponibile è di 3 posti letto per 1.000 abitanti.

A distanza di 3 anni dalla riorganizzazione della rete ospedaliera con l'approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Sanitarie del Veneto (DGR n. 614 del 14 maggio 2019), si rileva una diminuzione complessiva di circa 1.200 posti letto (-7,7% rispetto al 2019). Il settore pubblico è quello che contribuisce maggiormente al calo dei posti letto (-11,3%), in particolare per la prevista disattivazione dei posti letto delle Unità Operative di lungodegenza, compensata dalla contestuale attivazione di posti letto nelle strutture intermedie, e per la riduzione dei posti letto nell'area materno infantile e nell'area chirurgica. Viceversa, nelle strutture private accreditate si è verificato un aumento di circa 230 posti letto, in buona parte nell'area medica e della riabilitazione (Tabella 20.3.1).

Le Tabelle 20.3.2 e 20.3.3 presentano i posti letto medi nelle diverse discipline degli ospedali pubblici. Nelle discipline mediche, l'andamento dei posti letto risente dell'andamento della pandemia da SARS-Cov2, con i posti letto di malattie infettive che nel 2022 risultano più che raddoppiati rispetto al 2019. Per l'area chirurgica si segnala una riduzione generalizzata dei posti letti medi ad eccezione dei posti letto della chirurgia vascolare. Infine, si segnala la forte riduzione dei posti letto nell'area della riabilitazione e della degenza post-acuzie dovuta alla progressiva disattivazione dei posti letto di lungodegenza.

Nelle Figure 20.3.1 – 20.3.5 viene rappresentata la dinamica mensile dei posti letto negli ultimi quattro anni, dalle quali risulta evidente l'impatto delle diverse fasi della pandemia con un aumento della disponibilità di posti letto nell'area medica e delle terapie intensive e una contestuale riduzione di posti letto nell'area chirurgica a seguito della sospensione degli interventi programmati. Per quanto riguarda l'area dedicata alla degenza post-acuzie emerge come il processo di disattivazione dei posti letto di lungodegenza sia stato effettuato soprattutto nel corso dell'anno 2020, mentre nei successivi due anni il numero di posti letto si sia stabilizzato a circa 630 posti letto medi.

Nota Metodologica

Fonti informative: Modello HSP22bis-Posti letto medi delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate. Aggiornamento al 16/05/2023.

Il numero di posti letto attivi è calcolato come valore medio dell'anno di riferimento in base ai dati comunicati mensilmente dalle Aziende Sanitarie

Tabella 20.3.1 Posti letto in regime ordinario per Area Funzionale e tipo ospedale. Veneto, anni 2019-2022.

Tipo struttura/Area	Posti letto (Media gennaio – dicembre)						
	2019	2020	2021	2022	var % '19-'20	var % '19-'21	var % '19-'22
1-Pubblico							
1.AFO MEDICA	5.656	5.815	5.772	5.568	2,81	2,05	-1,56
2.AFO CHIRURGICA	3.405	3.040	2.770	2.993	-10,72	-18,65	-12,10
3.AFO DELLE TERAPIE INTENSIVE	705	810	793	725	14,89	12,48	2,84
4.AFO MATERNO-INFANTILE	1.540	1.416	1.315	1.333	-8,05	-14,61	-13,44
5.AFO RIABILITAZ. E LUNGOD. POST-ACUZIE	1.388	1.057	655	636	-23,85	-52,81	-54,18
Totale	12.694	12.139	11.305	11.255	-4,37	-10,94	-11,34
2-Privato							
1.AFO MEDICA	1.101	1.331	1.348	1.171	20,89	22,43	6,36
2.AFO CHIRURGICA	693	740	704	755	6,78	1,59	8,95
3.AFO DELLE TERAPIE INTENSIVE	47	63	64	56	34,04	36,17	19,15
4.AFO MATERNO-INFANTILE	95	116	107	107	22,11	12,63	12,63
5.AFO RIABILITAZ. E LUNGOD. POST-ACUZIE	1.097	1.123	1.170	1.175	2,37	6,65	7,11
Totale	3.033	3.374	3.393	3.264	11,24	11,87	7,62

Tabella 20.3.2 Posti letto in regime ordinario per disciplina nell'area medica. Ospedali Pubblici del Veneto, anni 2019-2022

Disciplina	Posti letto (media gennaio – dicembre)				var % ‘19-‘20	var % ‘19-‘21	var % ‘19-‘22
	2019	2020	2021	2022			
1.Area MEDICA							
05. ANGIOLOGIA	12	10	9	10	-16,7	-25,0	-16,7
08. CARDIOLOGIA	510	506	524	512	-0,8	2,7	0,4
18. EMATOLOGIA	104	101	100	109	-2,9	-3,8	4,8
19. MAL. ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E NUT.	40	34	40	34	-15,0	0,0	-15,0
21. GERIATRIA	864	808	858	891	-6,5	-0,7	3,1
24. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	140	383	421	293	173,6	200,7	109,3
26. MEDICINA GENERALE	2.323	2.276	2.163	2.170	-2,0	-6,9	-6,6
29. NEFROLOGIA	154	132	125	127	-14,3	-18,8	-17,5
32. NEUROLOGIA	447	427	412	404	-4,5	-7,8	-9,6
40. PSICHIATRIA	442	431	422	412	-2,5	-4,5	-6,8
48. NEFROLOGIA (ABILIT. TRAPIANTO RENE)	49	49	49	50	0,0	0,0	2,0
52. DERMATOLOGIA	11	11	10	9	0,0	-9,1	-18,2
58. GASTROENTEROLOGIA	149	148	146	148	-0,7	-2,0	-0,7
64. ONCOLOGIA	127	121	118	116	-4,7	-7,1	-8,7
66. ONCOEMATOLOGIA	3	7	6	7	133,3	100,0	133,3
68. PNEUMOLOGIA	220	325	323	233	47,7	46,8	5,9
70. RADIOTERAPIA	36	24	21	21	-33,3	-41,7	-41,7
71. REUMATOLOGIA	25	22	26	22	-12,0	4,0	-12,0
TOTALE	5.656	5.815	5.772	5.568	2,8	2,1	-1,6

Tabella 20.3.3 Posti letto in regime ordinario per disciplina nell'area chirurgica. Ospedali Pubblici del Veneto, anni 2019-2022

Disciplina	Posti letto (media gennaio – dicembre)						
	2019	2020	2021	2022	var % '19-'20	var % '19-'21	var % '19-'22
2.Area CHIRURGICA							
07. CARDIOCHIRURGIA	122	122	121	124	0,0	-0,8	1,6
09. CHIRURGIA GENERALE	1.245	1.123	1.002	1.119	-9,8	-19,5	-10,1
10. CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE	39	35	28	36	-10,3	-28,2	-7,7
12. CHIRURGIA PLASTICA	59	50	41	44	-15,3	-30,5	-25,4
13. CHIRURGIA TORACICA	47	46	44	44	-2,1	-6,4	-6,4
14. CHIRURGIA VASCOLARE	91	88	101	108	-3,3	11,0	18,7
30. NEUROCHIRURGIA	178	171	162	166	-3,9	-9,0	-6,7
34. OCULISTICA	48	38	36	33	-20,8	-25,0	-31,3
36. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	987	852	785	836	-13,7	-20,5	-15,3
38. OTORINOLARINGOIATRIA	216	191	163	178	-11,6	-24,5	-17,6
43. UROLOGIA	373	324	287	304	-13,1	-23,1	-18,5
TOTALE	3.405	3.040	2.770	2.993	-10,7	-18,6	-12,1

Tabella 20.3.4 Posti letto in regime ordinario per disciplina nell'area delle terapie intensive. Ospedali Pubblici del Veneto, anni 2019-2022

Disciplina	Posti letto (media gennaio – dicembre)						
	2019	2020	2021	2022	var % '19-'20	var % '19-'21	var % '19-'22
3.Area TERAPIE INTENSIVE							
47. GRANDI USTIONATI	15	15	15	15	0,0	0,0	0,0
49. TERAPIA INTENSIVA	445	561	548	478	26,1	23,1	7,4
50. UNITA' CORONARICA	172	164	162	169	-4,7	-5,8	-1,7
73. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	73	71	68	63	-2,7	-6,8	-13,7
TOTALE	705	811	793	725	15,0	12,5	2,8

Tabella 20.3.5 Posti letto in regime ordinario per disciplina nell'area materno infantile. Ospedali Pubblici del Veneto, anni 2019-2022

Disciplina	Posti letto (media gennaio – dicembre)						
	2019	2020	2021	2022	var % '19-'20	var % '19-'21	var % '19-'22
4.Area MATERNO-INFANTILE							
06. CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	6	6	6	6	0,0	0,0	0,0
11. CHIRURGIA PEDIATRICA	38	39	39	38	2,6	2,6	0,0
33. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	10	10	12	13	0,0	20,0	30,0
37. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	997	918	834	846	-7,9	-16,3	-15,1
39. PEDIATRIA	319	288	269	273	-9,7	-15,7	-14,4
62. NEONATOLOGIA	120	107	106	108	-10,8	-11,7	-10,0
65. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	33	33	32	32	0,0	-3,0	-3,0
76. NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	6	6	7	7	0,0	16,7	16,7
77. NEFROLOGIA PEDIATRICA	10	10	10	10	0,0	0,0	0,0
TOTALE	1.540	1.416	1.315	1.333	-8,1	-14,6	-13,4

Tabella 20.3.6 Posti letto in regime ordinario per disciplina nell'area riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Ospedali Pubblici del Veneto, anni 2019-2022

Disciplina	Posti letto (media gennaio – dicembre)						
	2019	2020	2021	2022	var % '19-'20	var % '19-'21	var % '19-'22
5.Area RIABILITAZ. E LUNGOD. POST-ACUZIE							
28. UNITA' SPINALE	65	58	35	35	-10,8	-46,2	-46,2
56. RECUPERO E RIABILITAZ. FUNZIONALE	674	565	444	442	-16,2	-34,1	-34,4
60. LUNGODEGENTI	619	383	109	95	-38,1	-82,4	-84,7
75. NEURO-RIABILITAZIONE	30	50	67	64	66,7	123,3	113,3
TOTALE	1.388	1.057	655	636	-23,8	-52,8	-54,2

Figura 20.3.1 Posti letto Ospedali Pubblici in regime ordinario per Area MEDICA. Veneto, anni 2019-2022

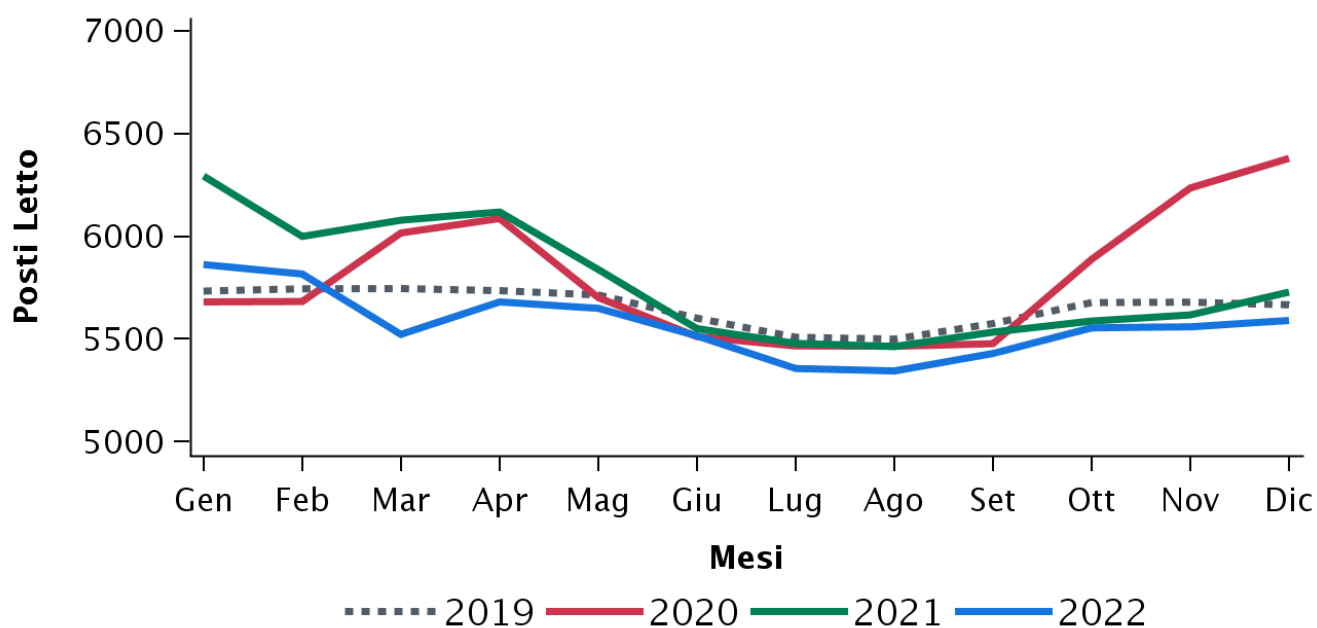


Figura 20.3.2 Posti letto Ospedali Pubblici in regime ordinario per Area CHIRURGICA. Veneto, anni 2019-2022

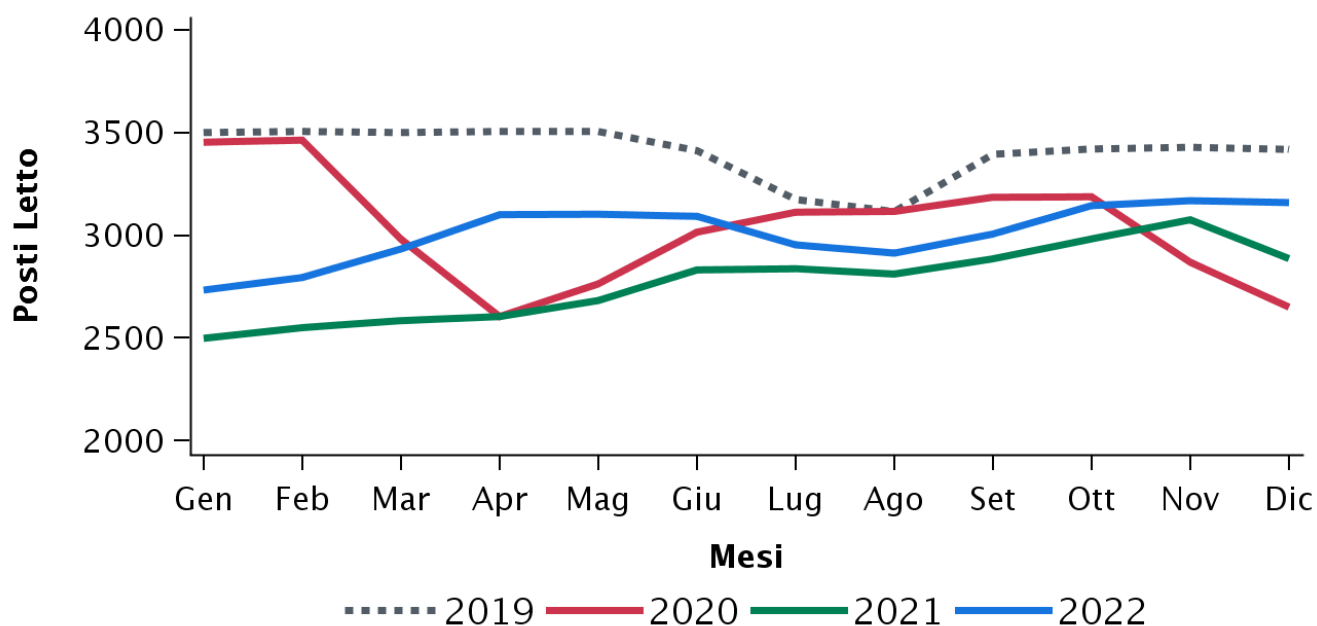


Figura 20.3.3 Posti letto Ospedali Pubblici in regime ordinario per Area TERAPIE INTENSIVE. Veneto, anni 2019-2022

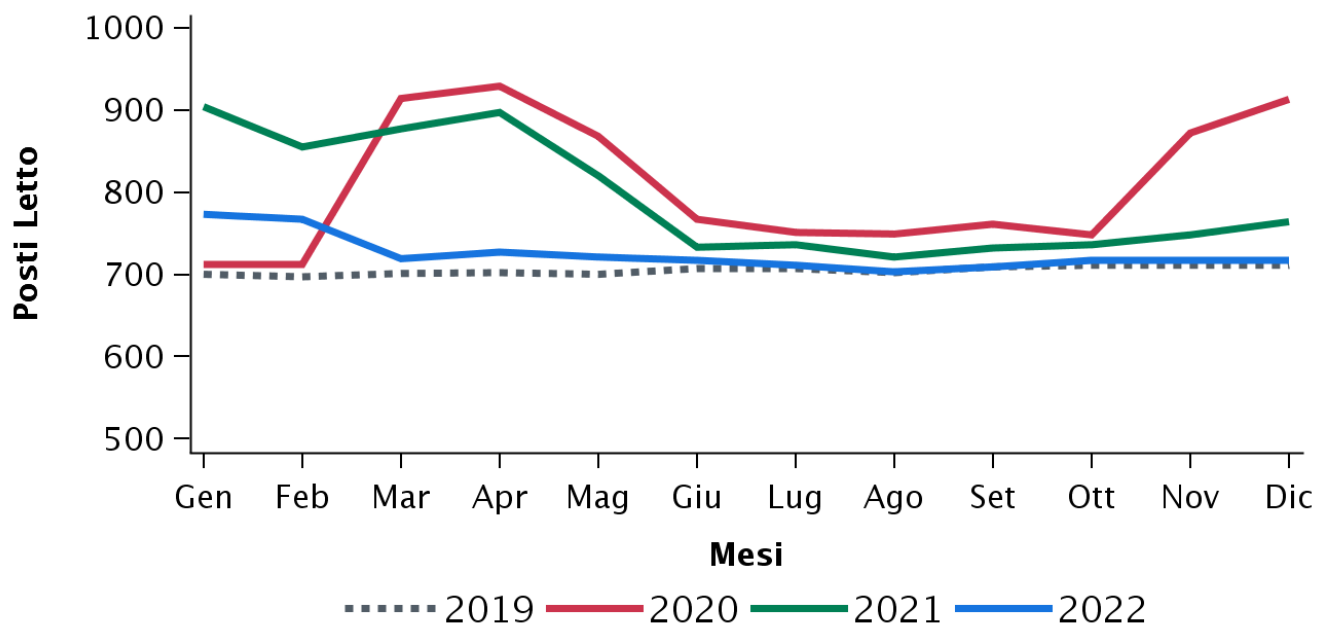


Figura 20.3.4 Posti letto Ospedali Pubblici in regime ordinario per Area MATERNO INFANTILE. Veneto, anni 2019-2022

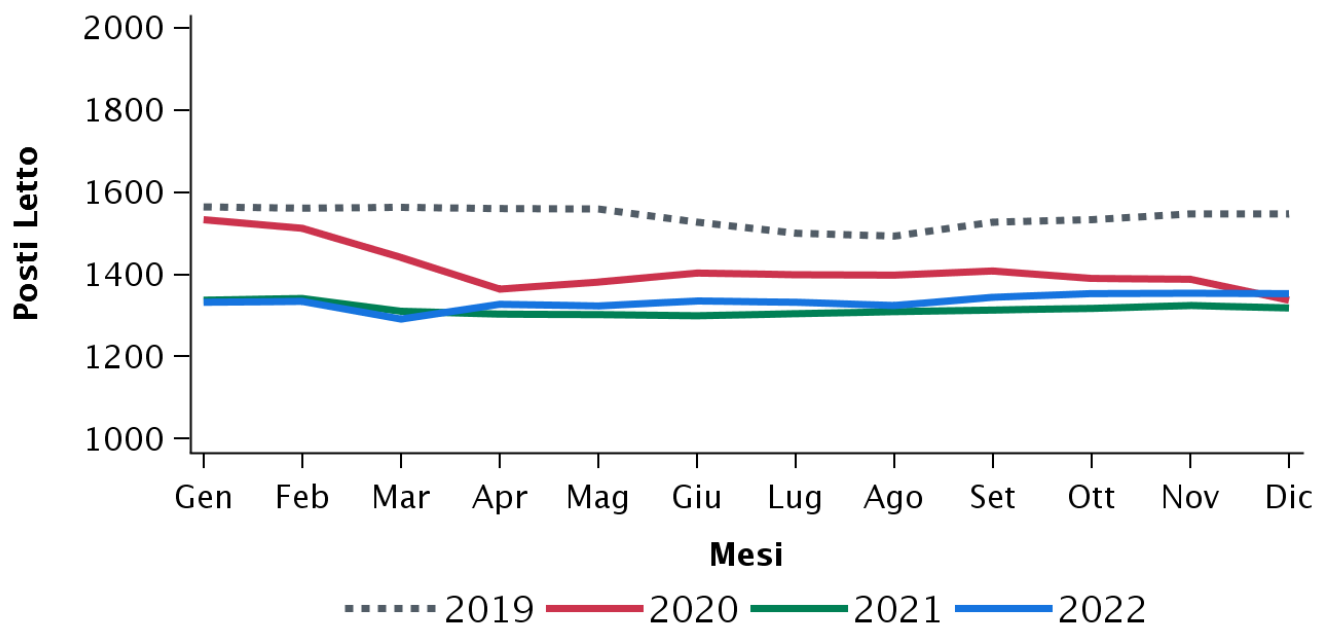
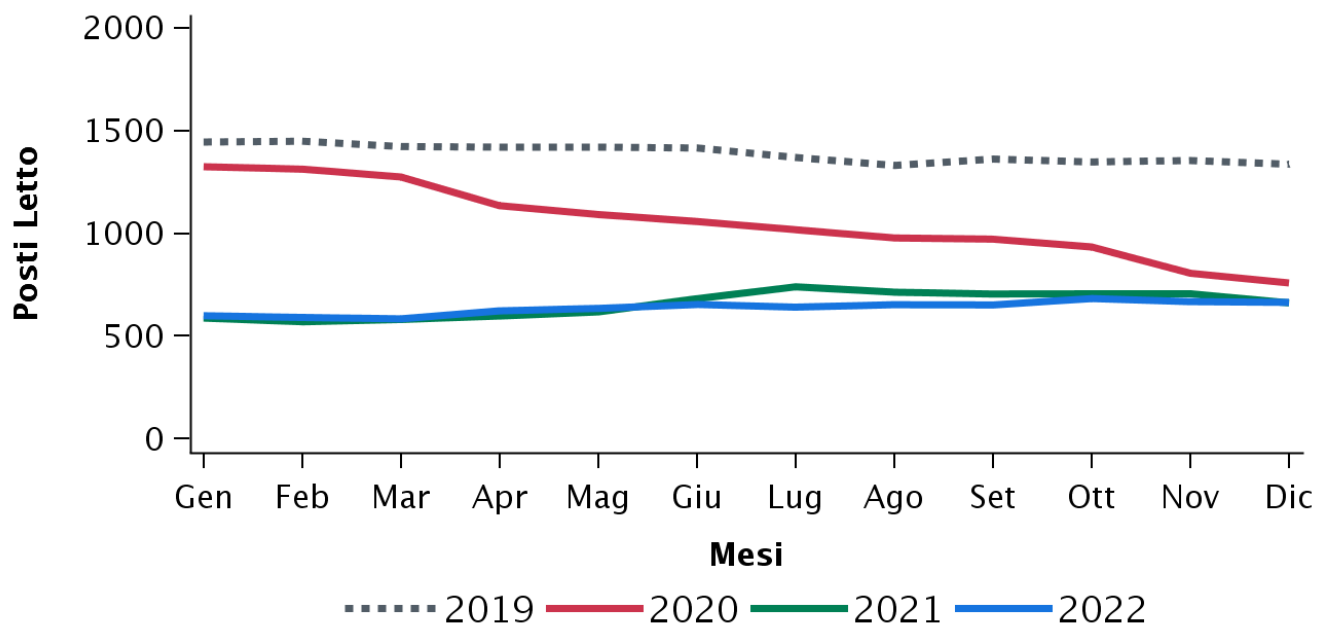


Figura 20.3.5 Posti letto Ospedali Pubblici in regime ordinario per Area RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST-ACUZIE. Veneto, anni 2019-2022



Per maggiori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto - UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri

📍 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

✉️ ser@azero.veneto.it

☎️ 049-8778252

20.4 Volumi di attività e qualità delle cure

Nel Decreto Ministeriale n. 70 del 2015 ("Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera") vengono identificati specifici parametri di riferimento (soglie) relativamente ai volumi e agli esiti dell'assistenza ospedaliera per area di attività.

Per quanto riguarda i volumi di attività (Tabella 20.4.1), per alcuni indicatori si osserva un miglioramento nella proporzione di strutture che soddisfano i requisiti richiesti. In particolare, per gli interventi di colecistectomia laparoscopica, che nel corso della pandemia da COVID-19 avevano fortemente risentito della sospensione e della riorganizzazione dell'attività programmata, la proporzione delle strutture che hanno superato la soglia dei 100 interventi annui è passata nel 2022 al 76% contro il 59% e il 48% dei due anni precedenti, riportandosi ai valori del periodo pre-Covid. E' inoltre diminuito il livello di frammentazione dei volumi di intervento per tumore alla mammella, con il 63% delle Unità operative di senologia che hanno erogato almeno 150 interventi annui (nel 2021 erano il 47%). Inoltre nel 2022 è stato avviato il processo di riorganizzazione della rete regionale dei Centri di Senologia (DGR 1708/2022), in cui si prevede, in particolare, la possibilità che le prestazioni di chirurgia senologica possano essere erogate dall'equipe unica chirurgica itinerante tra ospedali della stessa Azienda ULSS di appartenenza, al fine sia di ridurre gli spostamenti delle pazienti, sia di assicurare i volumi minimi di interventi da parte dell'equipe unica chirurgica.

In ambito cardiovascolare, la percentuale di strutture che ha superato la soglia di 100 ricoveri annui per infarto acuto del miocardio si è ridotta dal 64% del 2021 al 56% del 2022, mentre è migliorata sensibilmente la proporzione di strutture che hanno erogato più di 250 interventi di angioplastica coronarica percutanea (dal 62% nel 2021 al 86% nel 2022).

Per quanto riguarda i processi e gli esiti (Tabella 20.4.2), gli indicatori "Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aortocoronarico" e "Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache" si mantengono al di sotto delle soglie massime previste in tutte le strutture che erogano interventi di cardiocirurgia. Per la tempestività dell'intervento di angioplastica in infarto STEMI, 6 strutture su 19 soddisfano la soglia del 60% della casistica trattata entro 90 minuti dall'accesso in ospedale; considerando una finestra temporale di 0-1 giorni, la proporzione di infarti STEMI trattati con angioplastica è abbondantemente superiore al 60% in tutte le strutture, raggiungendo complessivamente la media dell'84%.

Per gli interventi per frattura del femore nelle persone anziane, è aumentata dal 72% del 2021 al 93% del 2022 la proporzione di strutture che garantiscono una elevata tempestività di effettuazione dell'intervento.

Infine, per quanto riguarda il ricorso al taglio cesareo primario, si osserva un miglioramento della proporzione di strutture che soddisfano le soglie indicate dal DM70, sebbene permangano alcune criticità soprattutto nei punti nascita con meno di 1.000 parti annui.

Nota Metodologica

Fonti informative: archivio regionale Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) aggiornato al 4 Maggio 2023 (fase 14), Anagrafe Unica Regionale

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

Tabella 20.4.1 Indicatori di Volume DM70/2015. Veneto, anni 2020-2022

Indicatore	Soglia DM70	Totale Strutture (2022)	% Strutture che rispettano la soglia		
			2022	2021	2020
Interventi di bypass aorto-coronarico	200	5	40,0	40,0	40,0
Interventi di colecistectomia laparoscopica	100	46	76,1	58,7	47,8
Interventi per frattura del femore	75	35	82,9	94,1	88,9
Infarto acuto del miocardio	100	41	56,1	64,1	60,0
Interventi per tumore della mammella	150	30	63,3	47,1	46,9
Parti	500	32	78,1	81,3	79,4
Interventi di angioplastica coronarica percutanea	250	21	85,7	62,5	60,0

Tabella 20.4.2 Indicatori di Processo e di Esito DM70/2015. Veneto, anni 2020-2022

Indicatore	Soglia DM70	Totale Strutture (2022)	% Strutture che rispettano la soglia		
			2022	2021	2020
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aortocoronarico	max 4%	5	100,0	100,0	100,0
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache	max 4%	5	100,0	100,0	100,0
Proporzione di parti con taglio cesareo primario ($\leq 25\%$ per strutture con almeno 1000 parti annui; $\leq 15\%$ per strutture con meno di 1000 parti annui)	max 25% o max 15%	31	58,1	41,9	53,1
Proporzione di Interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore in pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni	min 60%	31	93,5	71,9	82,4
Proporzione di Interventi chirurgici entro 48 ore a seguito di frattura del collo del femore in pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni	min 60%	31	67,7		
Proporzione di STEMI (infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica (PTCA) entro 0-1 giorni	min 60%	19	100,0	100,0	100,0
Proporzione di STEMI (infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica (PTCA) entro 90 minuti	min 60%	19	31,6		
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	min 70%	37	100,0	100,0	96,6

Approfondimenti

↔ Sito Programma nazionale esiti - PNE

<https://pne.agenas.it>

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero Regione del Veneto

📍 Via J. Avanzo, 35 – 35132 Padova

✉ ser@azero.veneto.it

☎ 049 8778252

20.5 Tempi di attesa per ricovero

Per analizzare l'andamento dei tempi di attesa relativi al 2022 risulta necessario ripercorrere quanto successo negli anni precedenti anche a seguito di provvedimenti presi durante e dopo la pandemia da Covid-19.

Nel corso del 2020 e del 2021, sono state adottate misure urgenti per il contenimento della pandemia con la sospensione forzata delle attività programmate sia per la specialistica ambulatoriale, sia per le attività di ricovero.

A seguito di quanto disposto all'art. 29 del DL 104/2020 (Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia) e dal D.L. 25 maggio 2021, n. 73 (Misure urgenti connesse all'emergenza Covid-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali), la Regione del Veneto ha approvato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa (DGRV n. 1329/2020). Il Piano ha disposto un monitoraggio mensile per ogni Azienda sull'attuazione del Piano stesso al fine di valutare eventuali azioni migliorative indicando la quantità complessiva delle prestazioni che, a seguito della sospensione delle attività ordinaria causata dall'emergenza pandemica, non erano state ancora erogate. Inoltre, ha ripartito le risorse assegnate alla Regione del Veneto dai succitati D.L. Successivamente, sono seguiti ulteriori provvedimenti legislativi sia nazionali che regionali riportati nella sezione "Approfondimenti".

In Veneto, i tempi massimi per l'effettuazione di interventi chirurgici correlati alle classi di priorità fanno riferimento all'art. 38 della L.R. 30/2016 e risultano più favorevoli per il paziente di quelli indicati nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (Tabella 20.5.1)

Il monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici viene differenziato in base all'intervento principale, distinguendo tra intervento oncologico e non oncologico. Nelle Figure 20.5.1 e 20.5.2 vengono presentati i volumi di ricovero e le relative percentuali di rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici/non oncologici.

Dai grafici emerge che la percentuale di rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri oncologici con DRG chirurgico si attesta in tutti i mesi 2022 tra l'80 e il 90% (tutte le classi), mentre per i ricoveri non oncologici si mantiene leggermente più bassa ma sempre al di sopra del 80% considerando le classi A e B.

I volumi risultano sempre molto alti per la classe A sia che si tratti di interventi oncologici che non oncologici, mentre l'utilizzo delle altre classi di priorità è molto minore tra gli interventi oncologici. Per i ricoveri non oncologici invece le classi C, D, E che corrispondono a tempi di attesa più lunghi hanno un volume nettamente maggiore.

Nota Metodologica

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

Tabella 20.5.1 Tempi massimi per l'effettuazione di interventi chirurgici per classe di priorità

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

Figura 20.5.1 Ricoveri programmati oncologici con DRG chirurgico per classe di priorità e percentuale di rispetto dei tempi di attesa. Veneto, anno 2022

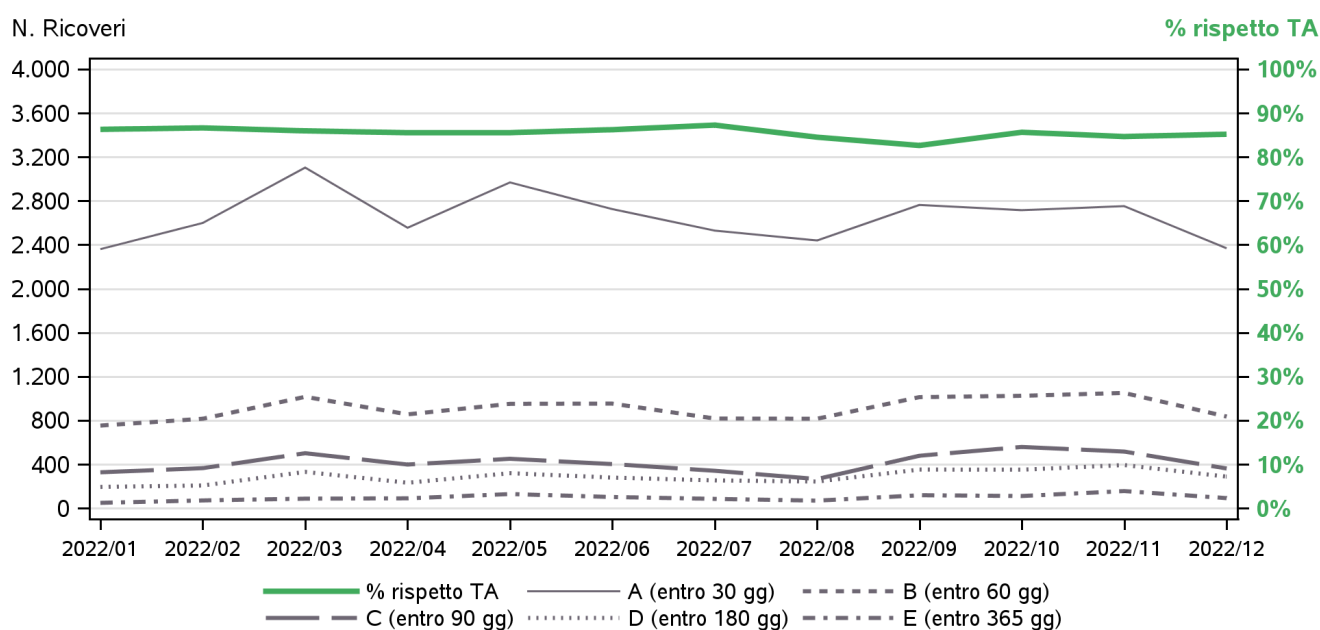
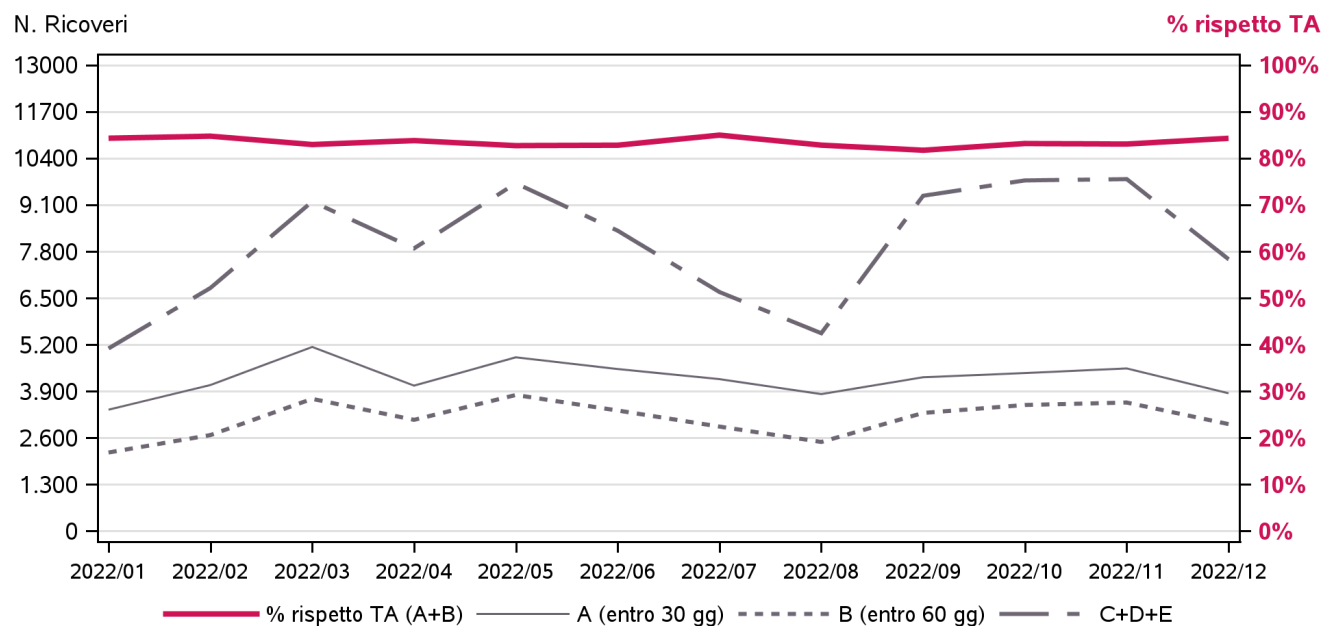


Figura 20.5.2 Ricoveri programmati non oncologici con DRG chirurgico per classe di priorità e percentuale di rispetto dei tempi di attesa. Veneto, anno 2022



Approfondimenti

⇒ DGRV n. 759 del 15.06.2021

<https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=450872>

⇒ DGRV n. 1061 del 03.08.2021

<http://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=455060>

⇒ DGRV n. 1293 del 21.09.2021

<https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=458532>

⇒ DGRV n. 1788 del 15.12.2021

<https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=465961>

⇒ Legge 30.12.2021 n. 234

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/12/31/21G00256/sg>

⇒ DGRV n. 162 del 8.3.2022

<https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=471103>

⇒ DL 104/2020

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/08/14/20G00122/sg>

⇒ D.L. 25 maggio 2021, n. 73

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/05/25/21G00084/sg>

⇒ L.R. 30/2016

<https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=337059>

⇒ DGRV n. 1329 del 8.9.2020

<https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=428666>

Per maggiori informazioni

UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie - Azienda Zero Regione del Veneto



Passaggio Gaudenzio 1 - 35131 Padova



analisi@azero.veneto.it



049 8778415

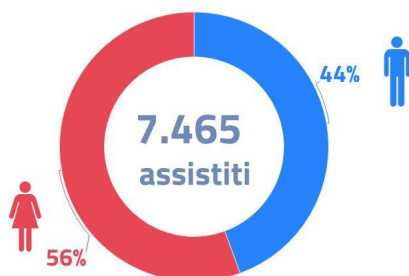
21. Assistenza nelle strutture intermedie

CONTENUTI

- 21.1 Ospedali di Comunità (ODC)
- 21.2 Unità di Riabilitazione Territoriali (URT)

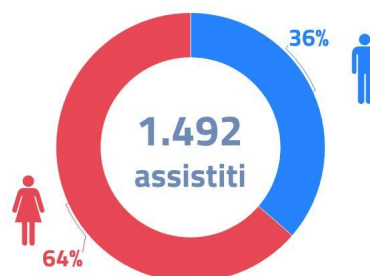
ASSISTENZA NELLE STRUTTURE INTERMEDIE - Veneto, anno 2022

Ospedali di Comunità



all'ammissione 8 su 10
hanno più di 74 anni

Unità Riabilitative Territoriali

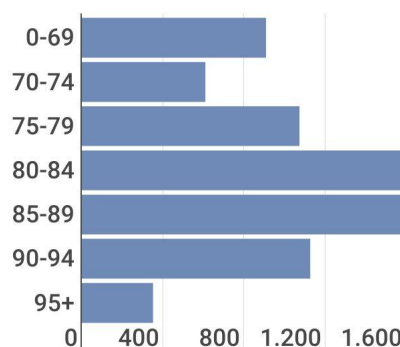


all'ammissione 7 su 10
hanno più di 74 anni

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

Ospedali di Comunità - Veneto, anno 2022

Assistiti
per età



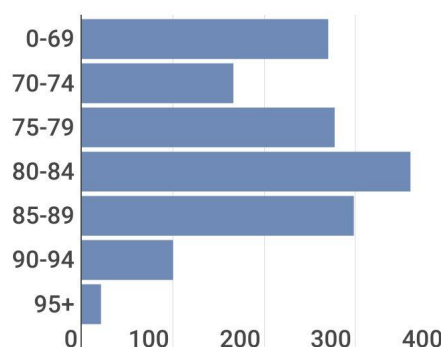
26 giorni
degenza media

733
posti letto



Unità Riabilitative Territoriali - Veneto, anno 2022

Assistiti
per età



27 giorni
degenza media

207
posti letto



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

21.1 Ospedali di Comunità (ODC)

Le cure intermedie vengono definite come un “modello di assistenza sanitaria sviluppato per ottimizzare il coordinamento fra servizi sanitari e l'indipendenza funzionale dell'assistito”. La transizione tra luoghi di cura è particolarmente critica quando avviene dall'ospedale al domicilio. Le strutture preposte alle cure intermedie accolgono pazienti stabilizzati dal punto di vista medico, ma troppo complessi per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico (per una definizione più estesa si veda la DGR n. 2718/2012). L'Ospedale di Comunità (ODC) è una struttura di residenzialità extraospedaliera a carattere temporaneo per l'erogazione di prestazioni prevalentemente di tipo sanitario con compartecipazione alla spesa solo dopo una data soglia. Le tipologie di offerta erogate negli ODC sono principalmente di tre tipi: recupero funzionale, stabilizzazione/adattamento alla disabilità o palliazione. Nel 2020, a causa dell'emergenza pandemica Covid-19, gli Ospedali di Comunità (ODC) hanno svolto un ruolo rilevante nella presa in carico dei pazienti con patologia Covid-19 post-acuzie: in particolare sono state attivate, oltre agli ODC ordinari, le cosiddette strutture territoriali “COVID-dedicate”. Con la chiusura dello stato di emergenza per contrastare la diffusione dell'epidemia da Covid-19 (in data 31/03/2022 con DL 24/2022), tali strutture temporanee sono state riconvertite ad altra tipologia assistenziale o disattivate (e non verranno analizzate nel presente contributo). Si precisa che, come si evince dalla DGR 136/2022, molti ODC sono oggetto del finanziamento previsto dal PNRR (Missione 6, Componente 1, Investimento 1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)) e pertanto verranno attivati a seguito degli interventi di ristrutturazione, alcuni già avviati nel corso del 2022, che si concluderanno indicativamente nel biennio 2025-2026. Nel 2022 in totale sono stati presi in carico 7.465 utenti in ODC; la loro composizione sociodemografica viene descritta in Tabella 21.1.1: in particolare l'utenza è per il 56% composta da donne. Le Aziende ULSS che hanno registrato più presenze sono state la Ulss 3 Serenissima (22,3% degli utenti totali) e la Ulss 9 Scaligera (17,9%). Più della metà degli utenti (il 65,3%) aveva un'età all'ammissione superiore agli ottant'anni. Nella Tabella 21.1.2 vengono elencate le strutture che hanno offerto assistenza almeno per un giorno nell'anno di riferimento, per un totale di 733 posti letto. Nel 2022 la degenza media presso ODC è stata di 26 giorni (Figura 21.1.1). La maggior parte degli assistiti accolti in struttura nel 2022 proveniva dalle strutture ospedaliere (55,6%) da ricoveri COVID ospedalieri (31,0%) o dal proprio domicilio (6,3%). Gli utenti che sono stati congedati nel 2022 sono rientrati principalmente a casa (40,9 %), o sono stati trasferiti in una struttura sociosanitaria residenziale extraospedaliera (24,7 %) o in ospedale (14,8 %). La percentuale di deceduti in struttura è stata pari al 10,8%. Tra gli “indicatori di attività, funzionali alla verifica dell'attività svolta e dei risultati ottenuti”, di particolare rilevanza è l'indicatore E4 “Traiettoria prognostica”, che correla gli esiti funzionali al congedo rispetto alla traiettoria prognostica definita all'accoglienza. Nel 2022 su 1.285 soggetti valutati “pazienti con funzioni/abilità perse ma recuperabili, da riabilitare”, il 56,3% ha recuperato interamente le funzioni; dei 4.775 pazienti con “alcune funzionalità/abilità perse, da stabilizzare” il 52,1% ha stabilizzato le funzioni, infine dei 348 pazienti “con alcune funzionalità/abilità sicuramente perse, in cure palliative”, il 33,3% ha stabilizzato le funzioni e il 41,7% è deceduto (Figura 21.1.2).

Nota Metodologica

I dati relativi agli ODC sono stati disciplinati da un flusso informativo approvato dalla DGR 2683 del 29/12/2014 e raccolti con cadenza mensile a partire dal 2016. Con la stessa delibera sono stati approvati i requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale e del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche. Nell'All. D a tale delibera, vengono definiti inoltre gli "indicatori di attività, funzionali alla verifica dell'attività svolta e dei risultati ottenuti". Le tariffe giornaliere di remunerazione, le quote a carico dell'assistito per giornata di degenza e dell'esenzione alla compartecipazione alla spesa (ticket) per le prestazioni, sono regolate dalla DGR 1887 del 17/12/2019. Gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale sono regolati dall'All. 1 al DM 71/2022: "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

Tabella 21.1.1 Utenza con almeno un giorno di presenza nell'anno in Ospedale di Comunità per genere, Azienda di ricovero e classe di età. Percentuali sui totali di colonna. Veneto, anno 2022
(Fonte: SERR su dati ODC-URT)

	N	%
Genere		
Maschi	3300	44,2
Femmine	4165	55,8
Azienda ULSS sede della struttura		
1. Dolomiti	837	11,2
2. Marca Trevigiana	338	4,5
3. Serenissima	1667	22,3
4. Veneto Orientale	254	3,4
5. Polesana	518	6,9
6. Euganea	1172	15,7
7. Pedemontana	795	10,6
8. Berica	524	7,0
9. Scaligera	1333	17,9
901. Az. Osp. PD	27	0,4
Classi d'età all'ingresso in struttura		
0-69	908	12,2
70-74	609	8,2
75-79	1073	14,4
80-84	1627	21,8
85-89	1771	23,7
90-94	1126	15,1
95+	351	4,7
Totale utenza	7465	100,0

Tabella 21.1.2 Ospedali di comunità con almeno un giorno di attività nell'anno per Azienda e comune sede della struttura. Veneto, anno 2022 (Fonte: SERR su dati ODC-URT)

Azienda ULSS sede della struttura	Comune	Denominazione struttura	Posti letto
1. Dolomiti	ALANO DI PIAVE	010804. ODC Centro Servizi S. Antonio Abate	20
1. Dolomiti	AGORDO	012369. ODC Agordo	12
1. Dolomiti	AURONZO DI CADORE	012370. ODC Auronzo	21
1. Dolomiti	BELLUNO	012371. ODC Belluno	14
1. Dolomiti	FELTRE	022546. ODC Feltre	15
2. Marca Trevigiana	TREVISO	022796. ODC Treviso (Presidio Ospedaliero Ca' Foncello)	28
2. Marca Trevigiana	PEDEROBBA	023177. ODC Pederobba	30
3. Serenissima	VENEZIA	012381. ODC Centro Nazareth Venezia	30
3. Serenissima	VENEZIA	012382. ODC Lido Di Venezia	11
3. Serenissima	VENEZIA	012383. ODC Fatebenefratelli Venezia	10
3. Serenissima	VENEZIA	013102. ODC Ss. Giovanni E Paolo Venezia	21
3. Serenissima	CHIOGGIA	013170. ODC Madonna Della Navicella	12
3. Serenissima	NOALE	022492. ODC S. Antonio Di Relaxxi S.R.L.	20
3. Serenissima	NOALE	022792. ODC Noale	18
4. Ven. Orientale	JESOLO	023195. ODC Stella Marina	24
4. Ven. Orientale	SAN DONA' DI PIAVE	023212. ODC Monumento Ai Caduti In Guerra	14
5. Polesana	TRECENTA	012390. ODC Trecenta	29
5. Polesana	ADRIA	013112. ODC Ospedale Di Adria	15
6. Euganea	MONTAGNANA	012389. ODC Montagnana	25
6. Euganea	CITTADELLA	013038. ODC Cittadella	15
6. Euganea	CAMPOSAMPIERO	013039. ODC A. Moretti Bonora	15
6. Euganea	PADOVA	013056. ODC Civitas Vitae Padova	60
6. Euganea	PADOVA	022720. CDC Villa Maria ODC	16
6. Euganea	BRUGINE	022733. ODC Presidio Ospedaliero Camposampiero	12
6. Euganea	PIOVE DI SACCO	023328. ODC Ospedale Piove Di Sacco	8
7. Pedemontana	MAROSTICA	012372. ODC Marostica	20
7. Pedemontana	MALO	022905. ODC Muzan	15
8. Berica	VALDAGNO	012374. ODC Valdagno	15
8. Berica	VICENZA	012378. ODC Residenza Monte Crocetta	11
8. Berica	SANDRIGO	012379. ODC Centro Sanitario Polifunzionale di Sandrigo	12
9. Scaligera	VERONA	012393. ODC Le Betulle Verona	24
9. Scaligera	TREGNAGO	012395. ODC Tregnago	24
9. Scaligera	VALEGGIO SUL MINCIO	012396. ODC Valeggio Sul Mincio	24
9. Scaligera	BOVOLONE	013034. ODC Bovolone	23
9. Scaligera	CASTELNUOVO DEL GARDA	013097. ODC Centro Servizi Dott. Pederzoli	24
9. Scaligera	SAN BONIFACIO	013166. ODC Fracastoro San Bonifacio	18
901. Az. Osp. PD	PADOVA	023351. ODC Sant'Antonio	28

Figura 21.1.1 Degenza media per ODC (in giorni) per Azienda ULSS. Veneto, 2022 (Fonte: SERR su dati ODC-URT)

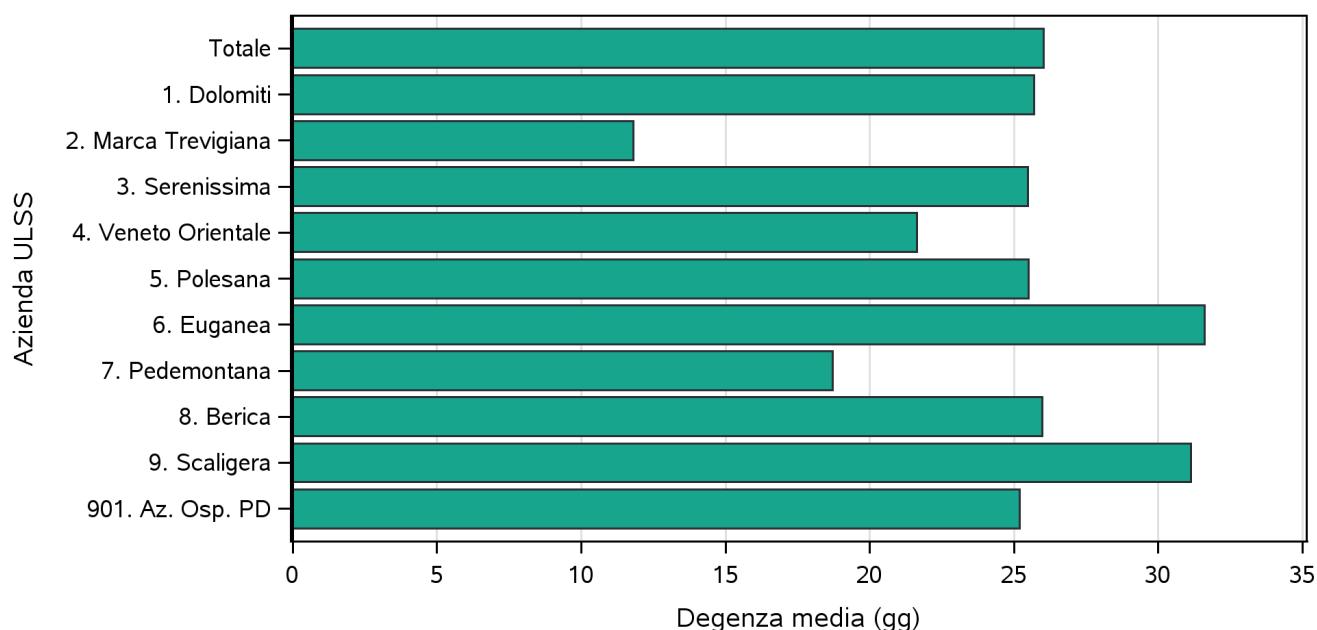
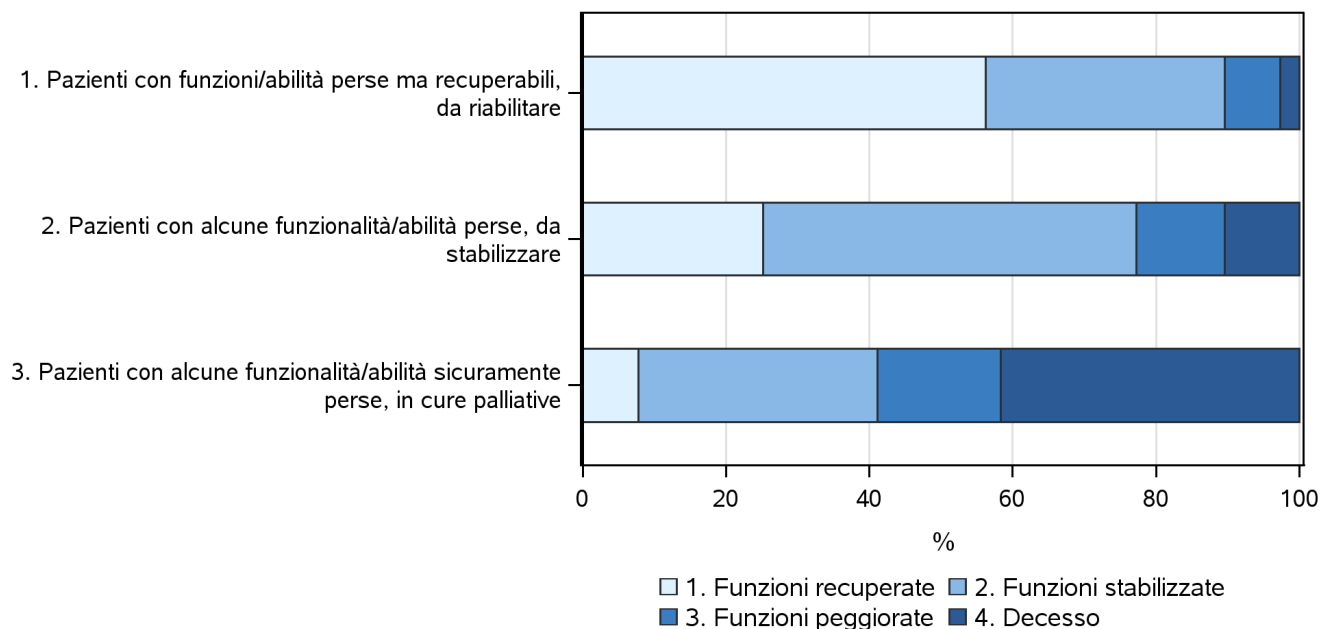


Figura 21.1.2 Indicatore E4 'Traiettoria prognostica' (allegato D alla DGR 2683/2014). Veneto, 2022 (Fonte: SERR su dati ODC-URT)



Per maggiori informazioni

Direzione regionale Programmazione sanitaria UO Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie

 Palazzo Molin – San Polo, 2514 - 30125 Venezia

 assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

 041 2791501-1502

21.2 Unità di Riabilitazione Territoriali (URT)

Le Unità Riabilitative Territoriali (URT) rappresentano una delle strutture atte a garantire “cure intermedie” cioè le cure necessarie per 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 6-8 settimane). A differenza dell’ospedale, prevale l’attenzione e la ricerca della riduzione delle conseguenze funzionali della malattia, misurata come grado di disabilità, rispetto alla dimensione diagnostica e/o procedurale terapeutica (rappresentata tipicamente dal DRG). A livello nazionale, il sistema informativo sulle prestazioni delle strutture territoriali della riabilitazione era una delle previsioni del Patto per la Salute 2014 – 2016. Tale flusso informativo è stato ripreso e previsto dalle linee di investimento dedicate al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con particolare riferimento al sub-investimento 1.3.2.2 “Reingegnerizzazione NSIS a livello locale” della missione 6 “Salute” – Componente 2. Entro il secondo trimestre del 2023 (secondo le Milestones del PNRR) è prevista l’adozione del flusso SIAR relativo alla Riabilitazione territoriale, in cui convergeranno i dati (opportunamente armonizzati) del flusso URT regionale. Nel 2022 in totale sono stati presi in carico 1.492 utenti in URT; la loro composizione socio demografica viene descritta in Tabella 21.2.1: in particolare l’utenza è per il 64% composta da donne. Le Aziende ULSS che hanno registrato più presenze sono state l’Ulss 6 Euganea (27,4% degli utenti totali) e l’Ulss 2 Marca Trevigiana (24,9%). Più della metà degli utenti (il 52,2%) aveva un’età all’ammissione superiore agli ottant’anni, mentre l’utenza con età inferiore ai 69 anni raggiunge il 18,1%. Nella Tabella 21.2.2 vengono elencate le strutture che hanno offerto assistenza almeno per un giorno nell’anno di riferimento, per un totale di 207 posti letto. Nel 2022 la degenza media presso le URT è stata di 27 giorni (Figura 21.2.1). La maggior parte degli assistiti accolti in struttura nel 2022 proveniva dalle strutture ospedaliere (86,5%) o dal proprio domicilio (9,6%). Gli utenti che sono stati congedati nel 2022 sono rientrati principalmente a casa (77,2%, di cui il 64,7% senza Assistenza domiciliare integrata (ADI) o SAD e il rimanente 12,5% con ADI o SAD), o sono stati trasferiti in ospedale (6,9%). La percentuale di deceduti in struttura è stata dell’1%. Tra gli “indicatori di attività, funzionali alla verifica dell’attività svolta e dei risultati ottenuti”, definiti nell’allegato D alla DGR 2683/2014, di particolare rilevanza è l’indicatore E4 “Traiettoria prognostica”, che correla gli esiti funzionali al congedo rispetto alla traiettoria prognostica definita all’accoglienza. Nel 2022 su 1.070 soggetti valutati “pazienti con funzioni/abilità perse ma recuperabili, da riabilitare”, il 77,5% ha recuperato interamente le funzioni; dei 319 pazienti con “alcune funzionalità/abilità perse, da stabilizzare” il 50,8% ha stabilizzato le funzioni, infine dei 10 pazienti “con alcune funzionalità/abilità sicuramente perse, in cure palliative”, il 40% ha stabilizzato le funzioni e nessuno è deceduto (Figura 21.2.2).

Nota Metodologica

I dati relativi alle URT sono stati disciplinati da un flusso informativo approvato dalla DGR 2683 del 29/12/2014 e raccolti con cadenza mensile a partire dal 2016. Con la stessa delibera sono stati approvati i requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale e del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche. Le tariffe giornaliere di remunerazione, le quote a carico dell'assistito per giornata di degenza e dell'esenzione alla compartecipazione alla spesa (ticket) per le prestazioni, sono regolate dalla DGR 1887 del 17/12/2019.

Tabella 21.2.1 Utenza con almeno un giorno di presenza nell'anno in Unità Riabilitativa Territoriale per genere, Azienda di ricovero e classe di età. Percentuali sui totali di colonna. Veneto, anno 2022 (Fonte: SERR su dati ODC-URT)

	N	%
Genere		
Maschi	540	36,2
Femmine	952	63,8
Azienda ULSS sede della struttura		
2. Marca Trevigiana	371	24,9
3. Serenissima	51	3,4
5. Polesana	62	4,2
6. Euganea	409	27,4
7. Pedemontana	270	18,1
8. Berica	329	22,1
Classi d'età all'ingresso in struttura		
0-69	270	18,1
70-74	166	11,1
75-79	277	18,6
80-84	360	24,1
85-89	298	20,0
90-94	100	6,7
95+	21	1,4
Totale utenza	1492	100,0

Tabella 21.2.2 Unità riabilitative territoriali con almeno un giorno di attività nell'anno per Azienda ULSS e comune sede della struttura. Veneto, 2022 (Fonte: SERR su dati ODC-URT)

Azienda ULSS sede della struttura	Comune	Denominazione struttura	Posti letto
2. Marca Trevigiana	VALDOBBIADENE	012256. Unità Riabilitativa Territoriale San Gregorio Valdobbiadene	25
3. Serenissima	NOALE	022793. Unità Riabilitativa Territoriale Noale	24
5. Polesana	ADRIA	023176. Urt Adria	14
6. Euganea	CAMPOSAMPIERO	012384. Unità Riabilitativa Territoriale Camposampiero	10
6. Euganea	PADOVA	012387. Unità Riabilitativa Territoriale Padova	15
6. Euganea	PIOVE DI SACCO	013055. Unità Riabilitativa Territoriale Presso Ospedale Immacolata Concezione Di Piove Di Sacco	17
6. Euganea	MONTAGNANA	022973. Unità Riabilitativa Territoriale Di Montagnana	
7. Pedemontana	MALO	012373. Unità Riabilitativa Territoriale Malo	22
7. Pedemontana	MAROSTICA	013110. Urt C/O Centro Sanitario Prospero Alpino	20
8. Berica	VICENZA	012376. Unità Riabilitativa Territoriale Monte Crocetta Vicenza	13
8. Berica	SANDRIGO	012377. Unità Riabilitativa Territoriale Centro Sanitario Polifunzionale Di Sandrigo	26

Figura 21.2.1 Degenza media per URT (in giorni) per Azienda ULSS. Veneto, 2022 (Fonte: SERR su dati ODC-URT)

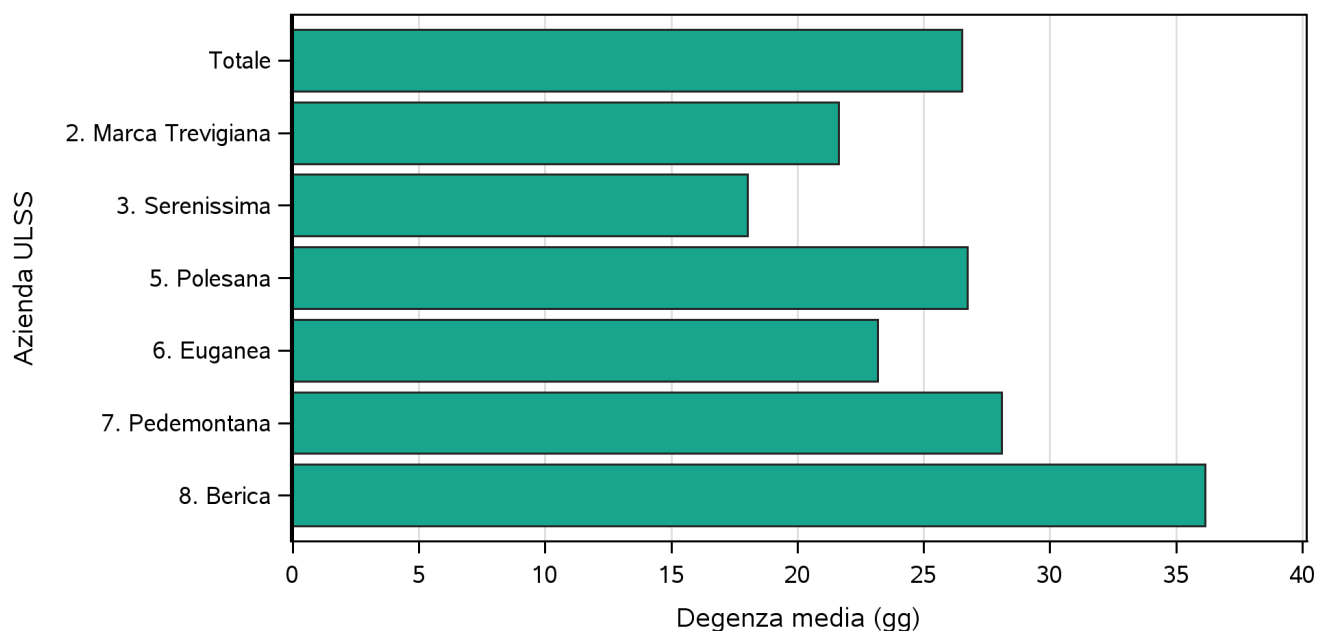
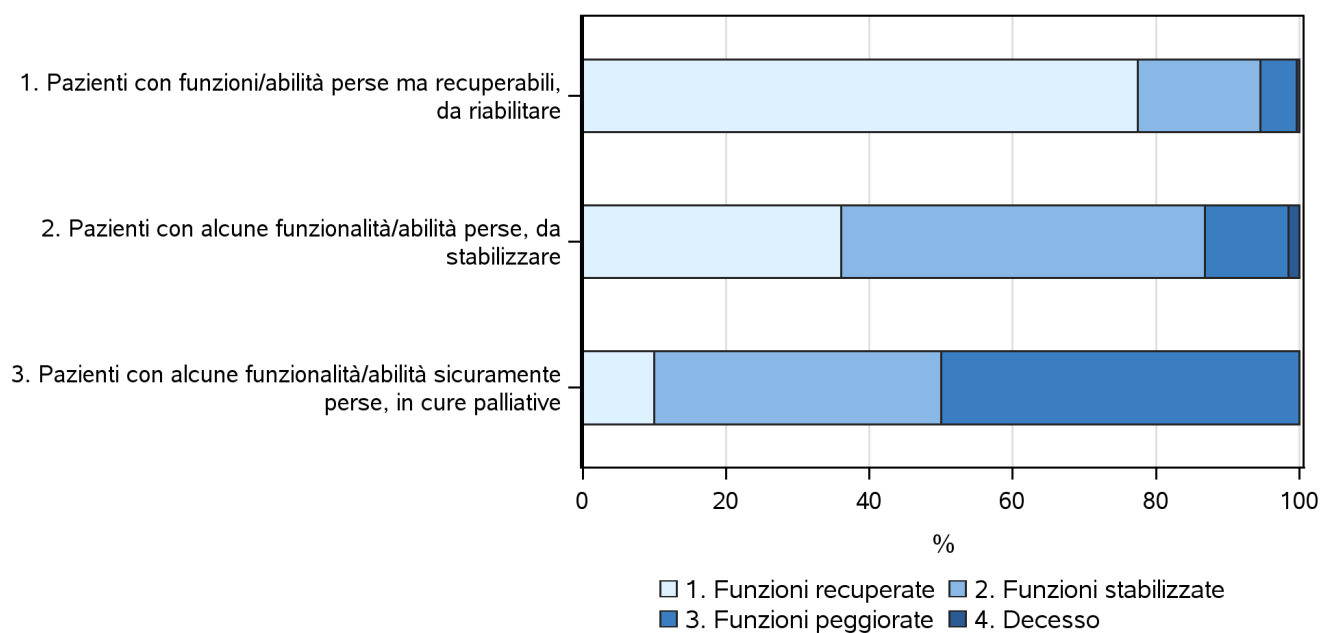


Figura 21.2.2 Indicatore E4 'Traiettoria prognostica' (allegato D alla DGR 2683/2014). Veneto, 2022

(Fonte: SERR su dati ODC-URT)

**Per maggiori informazioni**

Direzione regionale Programmazione sanitaria UO Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie

📍 Palazzo Molin – San Polo, 2514 - 30125 Venezia

✉️ assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

☎️ 041 2791501-1502

22. Assistenza materno-infantile

CONTENUTI

- 22.1 Gravidanza, parto e nascita
- 22.2 Interruzioni volontarie di gravidanza e abortività spontanea
- 22.3 Prematurità e basso peso
- 22.4 Natimortalità, mortalità nel primo anno di vita
- 22.5 Ospedalizzazione da 0 a 18 anni
- 22.6 Famiglie in crisi e maltrattamento ai minori
- 22.7 Fecondazione assistita

ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE. Anno 2021

32.169 parti

4.086 IVG (interruzioni volontarie di gravidanza)

3.424 aborti spontanei

Nati pretermine

6,9% sotto le 37 settimane

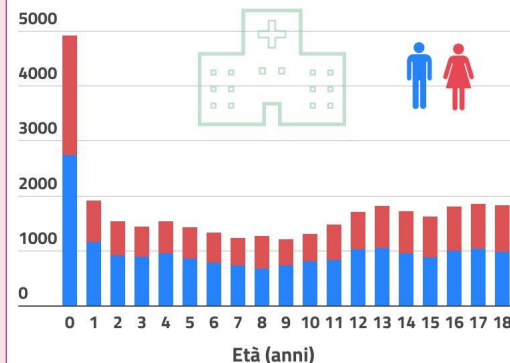
0,9% sotto le 32 settimane

0,3% sotto le 28 settimane



3% dei parti da procreazione medicalmente assistita

N° ricoverati per età (esclusi i ricoveri di nascita)



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

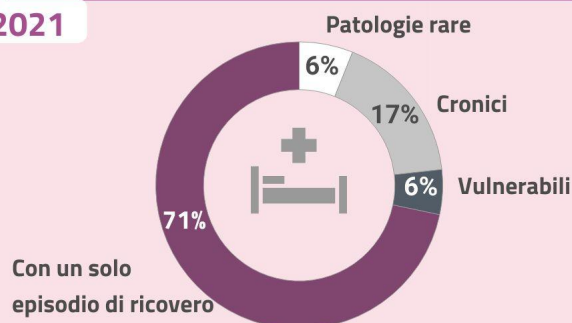
Punti nascita



1 parto ogni 4
mediante taglio cesareo

Ospedalizzazione 0-18 anni

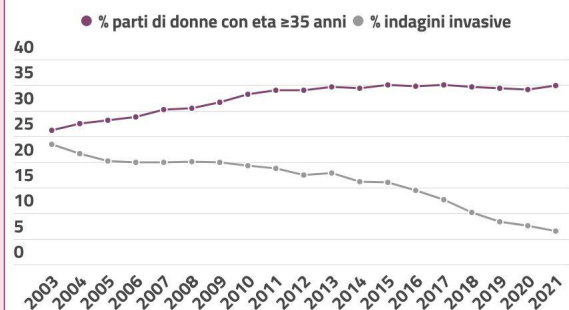
Anno 2021



Tasso di ricovero 0-18 anni: 41,1 per 1.000 residenti

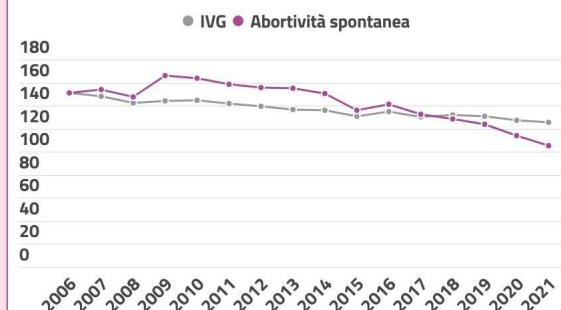
Natimortalità: 2,27 per 1.000 nati

Parti e indagini invasive



Fonte: Cedap

Abortività (rapporto per 1.000 nati vivi)



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

22.1 Gravidanza, parto e nascita

L'assistenza durante l'intero percorso nascita viene garantita attraverso una rete integrata di servizi ospedalieri e territoriali, che comprendono Unità operative infanzia, adolescenza e famiglia presenti in tutte le Aziende Sanitarie. La rete conta circa 100 consultori familiari e 32 Punti Nascita, distribuiti su tutto il territorio regionale. Inoltre, dal 2020 è stata implementata una rete di sorveglianza e di aiuto per le neo-mamme per prevenire e contrastare il fenomeno della depressione post-partum. In Veneto, su 32.169 parti del 2021, la quasi totalità (99,4%) è avvenuta presso una struttura pubblica o privata convenzionata. Dei rimanenti, 152 hanno avuto luogo a domicilio, 7 presso altra struttura di assistenza e 23 altrove (ambulanza, macchina ecc.). Tra i parti avvenuti a domicilio il 63,2% (n=92) è stato programmato e assistito da una ostetrica libera professionista, mentre nei restanti 56 casi si è trattato di un parto precipitoso.

Nel 2021 in Veneto un parto ogni quattro è avvenuto mediante taglio cesareo (da un minimo di 10% ad un massimo di 35% per Punto Nascita). Nel 46% dei parti vaginali è stato utilizzato un metodo per il controllo del dolore: l'analgesia farmacologica è stata impiegata nel 59% dei parti con metodiche anti-dolore in travaglio, in particolare l'epidurale (44%). Tra i metodi non farmacologici prevale, invece, il travaglio e/o il parto in acqua (4,3%).

Le donne che hanno partorito in Veneto mediamente hanno effettuato 7 visite durante la gravidanza, oltre un terzo ha eseguito più di 7 visite mentre lo 0,2% non ha eseguito alcuna visita. La proporzione di donne con un numero inferiore allo standard di controlli in gravidanza è maggiore tra le straniere rispetto alle italiane (8,4% vs 2,0%). L'88,3% delle donne che hanno partorito in Veneto ha eseguito la prima visita entro le prime 12 settimane di gravidanza.

Nonostante la quota di donne over 35 sia andata nel tempo aumentando, il ricorso alla diagnostica prenatale invasiva (amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/funicolocentesi) è andato rapidamente riducendosi, probabilmente per l'ampia diffusione delle tecniche non invasive (Figura 22.1.1). Nel 2021, il 6,5% (n=2.029) delle donne che hanno partorito è ricorso ad almeno una indagine invasiva; il 3,1% ha necessitato di più di un'indagine invasiva e più un quarto (28%) di coloro che l'hanno effettuata aveva un'età inferiore a quella considerata a rischio (35 anni). Le richieste più frequenti riguardavano l'analisi dei villi coriali (49,2% dei parti con indagini invasive) e l'amniocentesi (46,7%).

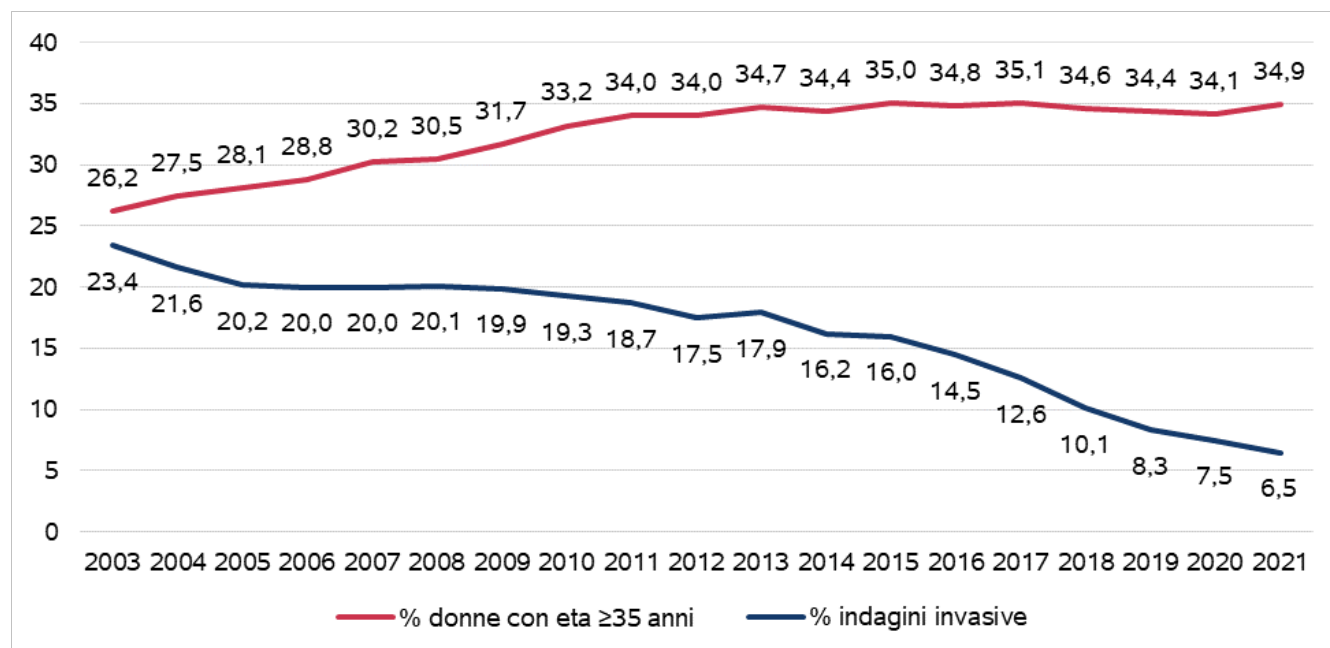
Nota Metodologica

Fonti di dati Regionali

Flusso informativo CEDAP (Certificato Di Assistenza al Parto) - Registro Nascita, Regione Veneto,

Decreto Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n.349

Figura 22.1.1 Distribuzione dei parti per età materna e per ricorso ad indagini invasive. Veneto, anni 2003-2021



Approfondimenti

⇒ Registro Nascita, Regione Veneto. Rapporto tecnico Attività 2022.

<https://www.ser-veneto.it/public/RapportoRegistroNascita2022.pdf>

⇒ Ministero della Salute - Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Anno 2021

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3264_allegato.pdf

📖 Rusconi F, Puglia M, Pacifici M, Brescianini S, Gagliardi L, Nannavecchia AM, Buono P, Cantoir S, Farchi S, Gobbato M, Pellegrini E, Perrone E, Pertile R, Tavormina EE, Visonà Dalla Pozza L, Zambri F; AIE Perinatal Health Working Group. Pregnancy outcomes in Italy during COVID-19 pandemic: a population-based cohort study. BJOG. 2022;130(3):276–84. doi: 10.1111/1471-0528.17315.

Per maggiori informazioni

Registro Nascita - Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica - Regione del Veneto

📍 via Donà 11- 35129 Padova

✉ registronascita@regione.veneto.it

☎ 049 8215700

22.2 Interruzioni volontarie di gravidanza e abortività spontanea

Negli ultimi sedici anni si è assistito ad un decremento del numero assoluto di Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), passate da 7.090 nel 2006 a 4.086 nel 2021 (Figura 22.2.1). Anche gli indicatori di abortività volontaria confermano il trend decrescente. Il tasso di abortività volontaria è risultato pari a 6,4‰ nel 2006 e 4,2‰ nel 2021 ed il rapporto di abortività volontaria è anch'esso gradualmente sceso dal valore di 151‰ all'attuale 125,6‰. Il trend decrescente rispecchia l'andamento dei tassi di fecondità, segno che il decremento delle IVG, assieme a quello della fecondità, sono da imputare ad una maggior contrazione di concepimenti. I tassi italiani sono costantemente sopra a quelli veneti, ma anche a livello nazionale si osserva una diminuzione delle IVG nel tempo.

Nel 2021, il 35,7% delle interruzioni in Veneto hanno riguardato donne straniere. Nel tempo, i tassi di abortività per le italiane risultano abbastanza stabili intorno al 3‰, mentre quelli delle straniere residenti sono diminuiti passando da 23,2‰ del 2006 all'attuale 8,8‰. Il fenomeno delle IVG ripetute riguarda maggiormente le donne straniere rispetto alle donne italiane (30% vs 16%). La tecnica di interruzione di gravidanza più utilizzata nel 2021 è stata il trattamento farmacologico (36,6%), seguito dal metodo di Karman (29,6%), da altre forme di isterosuzione (20,2%) e dal raschiamento (11,9%) (Figura 22.2.2). La Figura 22.2.3 evidenzia come siano cambiati i metodi utilizzati per IVG nel tempo: nell'ultimo anno il trattamento farmacologico è aumentato di quasi 20 punti percentuali a discapito del metodo di Karman (-11%) e ad altre forme di isterosuzione (-8%). Anche l'abortività spontanea descrive nel tempo un analogo trend in decremento, passando da 7.094 nel 2006 a 3.424 nel 2021 (Figura 22.2.4). Il tasso e il rapporto di abortività spontanea mostrano un trend decrescente nel tempo, più evidente dal 2009 per il rapporto di abortività, passando rispettivamente da 6,4‰ a 3,6‰ e da 151,1‰ a 105,3‰.

I tassi specifici per età differiscono a seconda dell'evento esaminato (Figura 22.2.5). Le IVG non presentano un vero e proprio picco e la curva è asimmetrica a destra, con tassi aumentati già a partire dalle classi d'età 20-24 anni; al contrario, la curva disegnata dai tassi di abortività spontanea presenta valori maggiori a partire dai 30-34 anni. Infine i tassi di fecondità tracciano una curva più simmetrica con tassi più bassi per le classi più giovani e più avanzate e tassi più elevati per la fascia d'età centrale 25-39 anni.

Nota Metodologica

Fonti di dati Regionali

Flusso informativo CEDAP (Certificato Di Assistenza al Parto) - Registro Nascita, Regione Veneto, Decreto Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n.349;

Flusso informativo Interruzioni Volontarie di Gravidanza, fonte Modello ISTAT D12;

Flusso informativo Aborti Spontanei, fonte Modello ISTAT D11;

Flusso Schede di Dimissione Ospedaliera;

Popolazione residente: demo.istat.it

Indicatori

Tasso grezzo di abortività (volontaria/spontanea): rapporto fra numero di (IVG/aborti spontanei) effettuate da donne in età feconda (15-49 anni) e la popolazione residente femminile in età feconda per 1.000.

Rapporto di abortività (volontaria/spontanea): rapporto tra numero di (IVG/aborti spontanei) e il totale di nati vivi per 1.000.

Figura 22.2.1 Distribuzione IVG per anno di evento. Veneto, anni 2006-2021

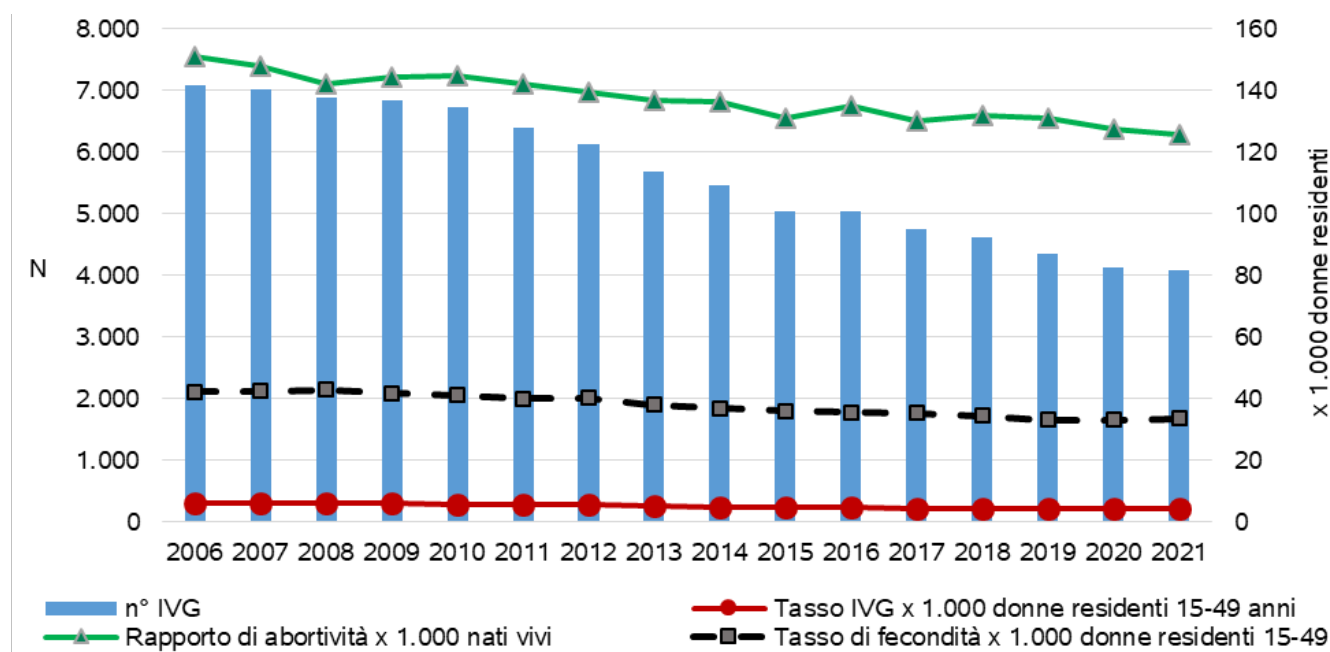


Figura 22.2.2 Distribuzione percentuale delle IVG per tipo di intervento. Veneto, anno 2021

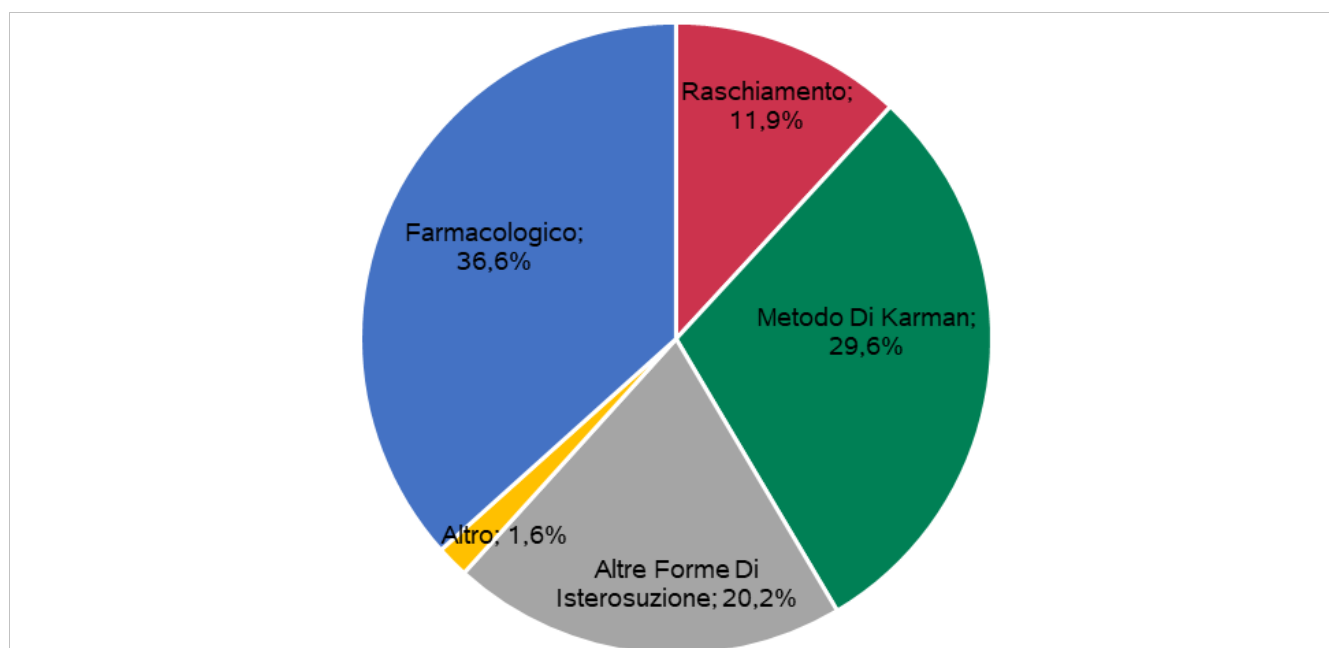


Figura 22.2.3 Distribuzione IVG per tipo di intervento e anno dell'evento. Veneto, anni 2006-2021

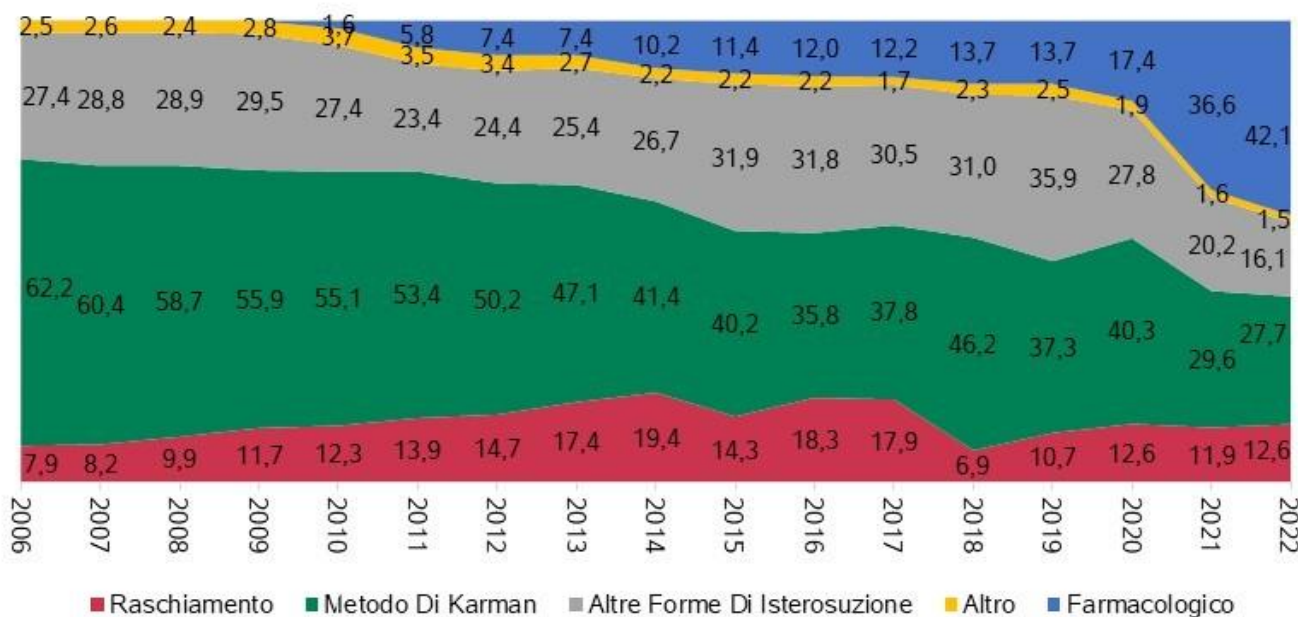


Figura 22.2.4 Distribuzione degli aborti spontanei per anno di evento. Veneto, anni 2006-2021

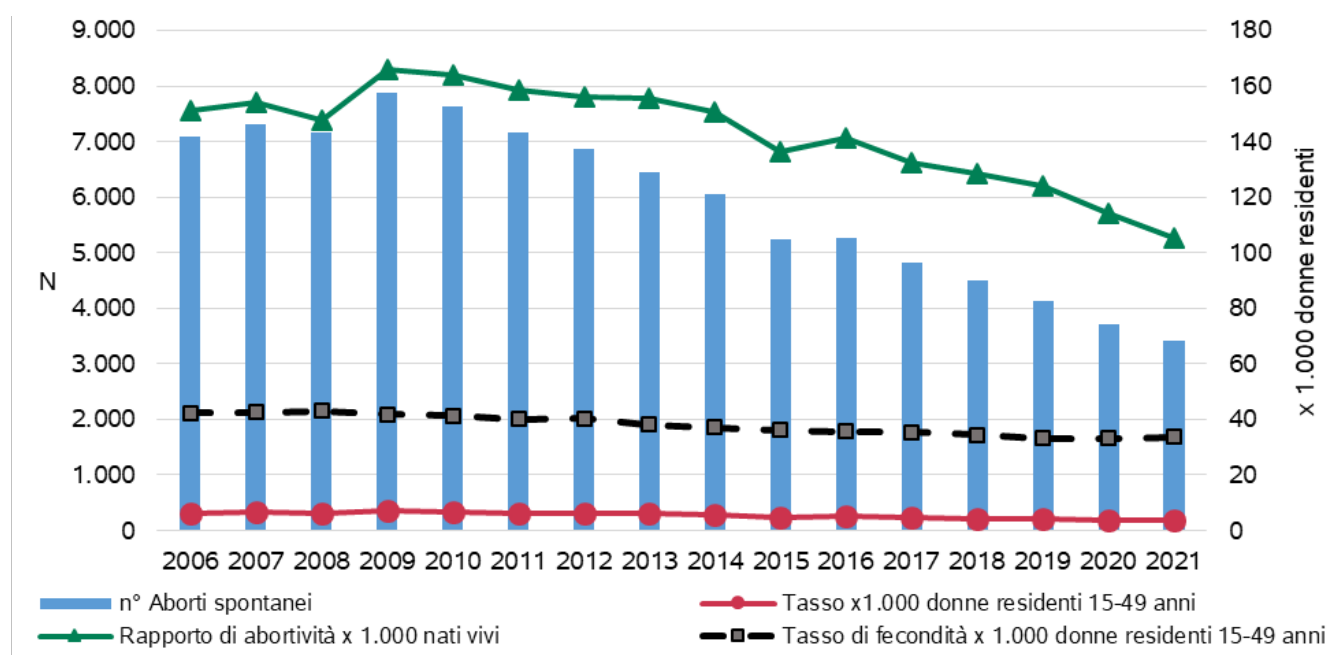
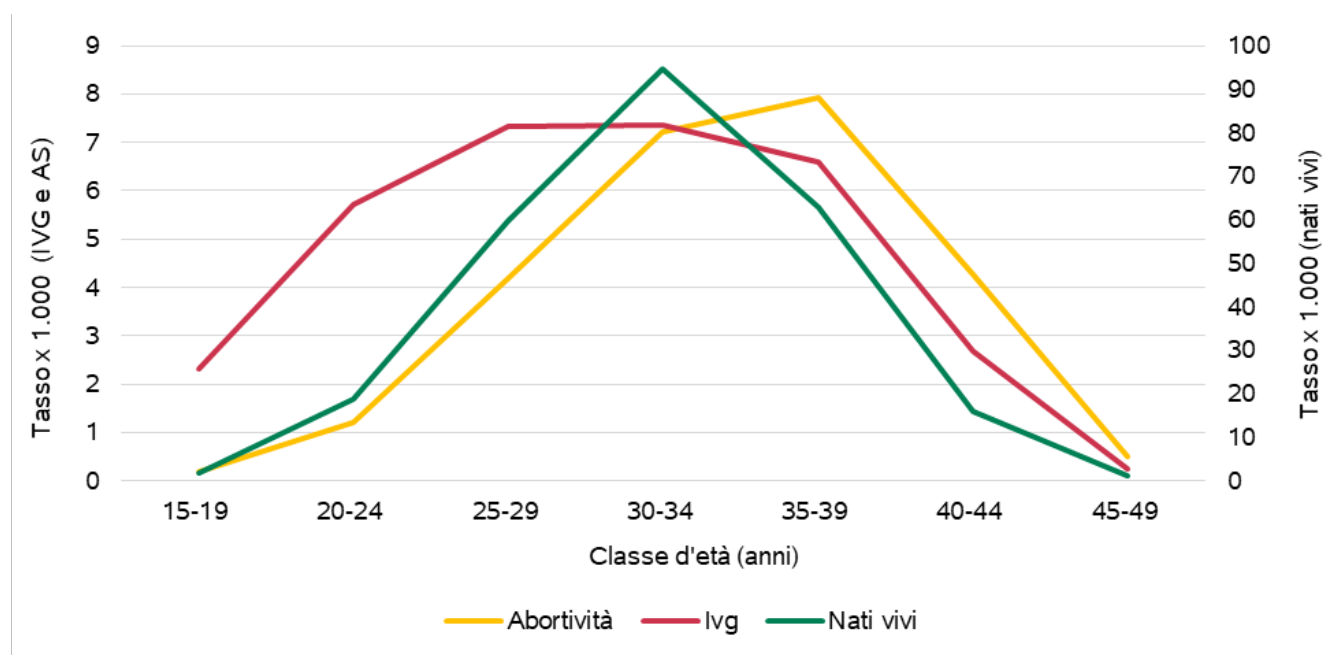


Figura 22.2.5 Tassi di abortività volontaria (IVG), spontanea e di fertilità specifici per età. Veneto, anno 2021



Approfondimenti

⇒ Registro Nascita, Regione Veneto. Rapporto tecnico Attività 2022.

<https://www.ser-veneto.it/public/RapportoRegistroNascita2022.pdf>

⇒ Ministero della Salute - Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Anno 2021

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3264_allegato.pdf

⇒ Istat – Annuario Statistico Italiano 2022

https://www.istat.it/storage/ASI/2022/ASI_2022.pdf

⇒ Ministero della Salute - Relazione Ministro Salute attuazione Legge 194/78 tutela sociale maternità e interruzione volontaria di gravidanza - dati definitivi 2020

https://C_17_pubblicazioni_3236_allegato.pdf (salute.gov.it)

📖 Rusconi F, Puglia M, Pacifici M, Brescianini S, Gagliardi L, Nannavecchia AM, Buono P, Cantoira S, Farchi S, Gobbato M, Pellegrini E, Perrone E, Pertile R, Tavormina EE, Visonà Dalla Pozza L, Zambri F; AIE Perinatal Health Working Group. Pregnancy outcomes in Italy during COVID-19 pandemic: a population-based cohort study. BJOG. 2022;130(3):276–84. doi: 10.1111/1471-0528.17315.

Per maggiori informazioni

Registro Nascita - Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica - Regione del Veneto

📍 via Donà 11- 35129 Padova

✉ registronascita@regione.veneto.it

☎ 049 8215700

22.3 Prematurità e basso peso

La prematurità e il basso peso fungono da indicatori sia della salute riproduttiva che del bisogno di cure neonatali intensive, in particolare per le bassissime età gestazionali, e di cure complesse nei periodi successivi per coloro che sopravvivono. Nel 2021, la percentuale di nati pretermine è pari al 6,9% sotto le 37 settimane, 0,9% sotto le 32 e 0,3% sotto le 28 settimane di gestazione. Tali percentuali sono tra le più basse riportate in letteratura, grazie anche all'ottimo livello dei servizi sanitari nella nostra Regione. Anche la percentuale di nati con basso peso è contenuta: il 6,3% presenta un peso inferiore ai 2.500 grammi, lo 0,9% minore di 1.500 grammi e lo 0,4% inferiore a 1.000 grammi (valori tra i più bassi nel confronto interregionale). La percentuale di pesi molto bassi (inferiore ai 1.500 grammi) è di poco più alta tra le straniere (1,2% vs 0,8%) e tra i nati da primipare (1,2% vs 0,6%); queste ultime sono più a rischio anche di nati tra i 1.500 e i 2.500 grammi (6,6% vs 4,4%).

In Veneto quasi il 90% delle nascite estremamente premature si concentrano negli ospedali specializzati, dando evidenza del buon funzionamento del trasporto in utero.

Sono definiti nati piccoli per età gestazionale (SGA) i neonati che presentano un peso alla nascita al di sotto del 3° percentile rispetto all'età gestazionale. In Veneto nel 2021 sono nati 968 bambini SGA, pari al 3,0% dei nati. Di questi 13 sono nati morti, 71 sono frutto di una gravidanza gemellare e 86 sono nati prematuri. Focalizzandosi sui nati vivi da parti singoli, per i quali la percentuale di nati SGA è 2,8%, si osservano incidenze maggiori di nati SGA rispetto all'atteso per le donne al di sotto dei 25 anni (3,9%) e per le over 40 (3,4%), per le donne provenienti da paesi dell'Asia ad esclusione della Cina (6,3%). Altri fattori di rischio comprendono l'essere al primo parto (3,9%) e l'aver sofferto di gestosi durante la gravidanza (5,9%).

Nota Metodologica

Fonti di dati Regionali

Flusso informativo CEDAP (CErtificato Di Assistenza al Parto) - Registro Nascita, Regione Veneto, Decreto Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n.349

Approfondimenti

⇒ Registro Nascita, Regione Veneto. Rapporto tecnico Attività 2022

<https://www.ser-veneto.it/public/RapportoRegistroNascita2022.pdf>

⇒ Ministero della Salute - Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Anno 2021

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3264_allegato.pdf

📖 Rusconi F, Puglia M, Pacifici M, Brescianini S, Gagliardi L, Nannavecchia AM, Buono P, Cantoira S, Farchi S, Gobbato M, Pellegrini E, Perrone E, Pertile R, Tavormina EE, Visonà Dalla Pozza L, Zambri F; AIE Perinatal Health Working Group. Pregnancy outcomes in Italy during COVID-19 pandemic: a population-based cohort study. BJOG. 2022;130(3):276–84. doi: 10.1111/1471-0528.17315.

Per maggiori informazioni

Registro Nascita - Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica - Regione del Veneto

📍 via Donà 11- 35129 Padova

✉ registronascita@regione.veneto.it

☎ 049 8215700

22.4 Natimortalità, mortalità nel primo anno di vita

Nel 2021 sono 74 i neonati nati morti e 4 i deceduti entro un'ora dal parto. La natimortalità (Fonte CEDAP) in Veneto è pari a 2,27 per 1.000 nati, mentre in Italia risulta pari a 2,68 per 1.000: entrambi rappresentano valori tra i più bassi registrati negli ultimi trent'anni.

L'analisi del trend del quoziente di natimortalità negli ultimi vent'anni, dal 2002 al 2021 (Figura 22.4.1.) ha permesso di confermare una stabilità dei valori regionali, con oscillazioni comprese da un massimo di 3,3 (2010) ad un minimo di 2,3 per 1.000 nati (2016 e 2021).

Gli indicatori di mortalità perinatale, neonatale precoce e infantile risultano inferiori rispetto a quelli nazionali (rispettivamente per l'ultimo anno disponibile da fonte ISTAT – anno 2019: 3,7‰ vs 4,0‰ nati vivi, 1,0‰ vs 1,2‰ nati vivi e 2,4‰ vs 2,7‰ nati vivi).

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

Nota Metodologica

Fonti dei dati

Anni 1985-1996: ISTAT Nascite e Decessi;

Anni 1997-1998: ISTAT

Anni 1999-2001 Italia: ISTAT, Annuario Statistico Italiano

Anni 2002-in poi Veneto: Registro Nascita Regione Veneto - flusso CEDAP. Italia: Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP). Analisi dell'evento nascita

Indicatori

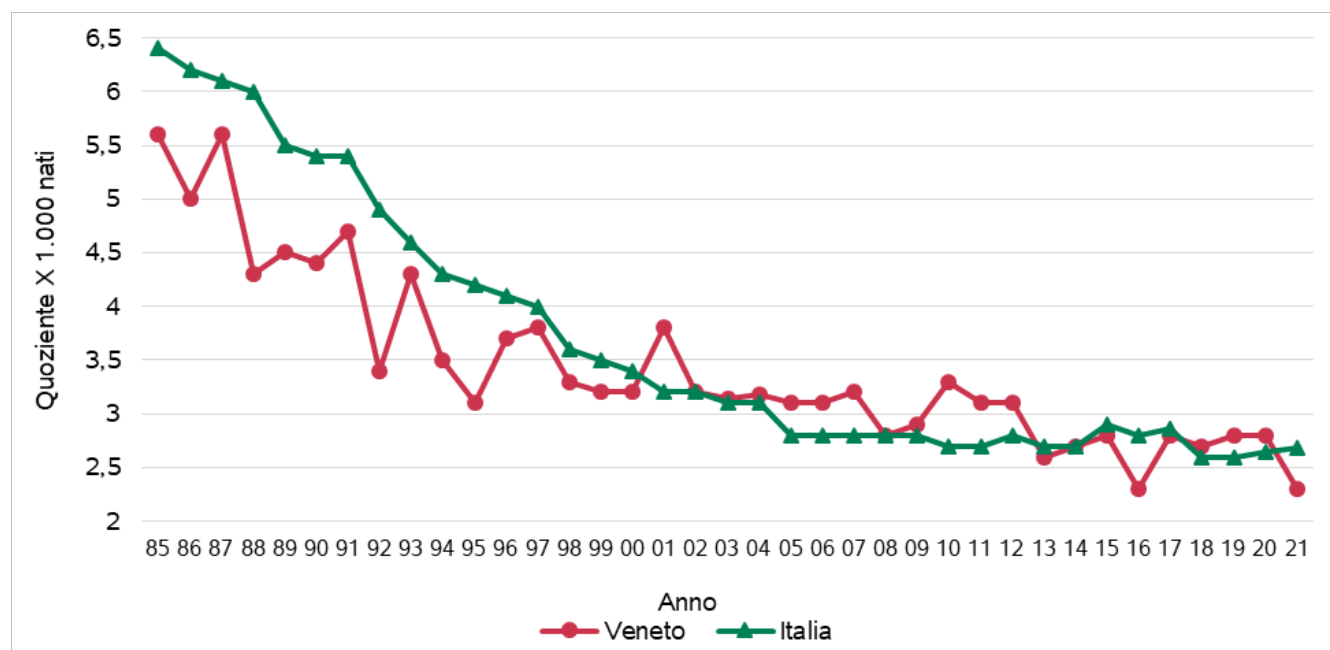
Quoziente di natimortalità: rapporto tra il numero dei nati morti e il totale dei nati (morti e vivi) per 1.000.

Quoziente di mortalità perinatale: rapporto tra il numero dei nati morti sommato al numero dei neonati morti entro i primi 7 giorni di vita e il totale dei nati (morti e vivi) per 1.000.

Quoziente di mortalità neonatale precoce: rapporto tra il numero dei neonati morti entro 7 giorni dalla nascita e i nati vivi per 1.000.

Quoziente di mortalità infantile: rapporto tra il numero dei morti nel primo anno di vita e i nati vivi per 1.000.

Figura 22.4.1 Quoziente di natimortalità. Veneto e Italia, anni 1985-2021



Approfondimenti

⇒ Registro Nascita, Regione Veneto. Rapporto tecnico Attività 2022.

<https://www.ser-veneto.it/public/RapportoRegistroNascita2022.pdf>

⇒ Ministero della Salute - Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Anno 2021

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3264_allegato.pdf

⇒ Istat – Annuario Statistico Italiano 2022

https://www.istat.it/storage/ASI/2022/ASI_2022.pdf

Per maggiori informazioni

Registro Nascita - Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica - Regione del Veneto

📍 via Donà 11- 35129 Padova

✉ registronascita@regione.veneto.it

☎ 049 8215700

22.5 Ospedalizzazione da 0 a 18 anni

Al 1 gennaio 2022, tra i residenti in Veneto si contano 753.068 minori (15,5% della popolazione totale), di cui 387.608 maschi (51,5%) e 365.460 femmine (48,5%).

Dei 68 ospedali che formano la rete ospedaliera del Veneto, 34 presentano unità operative dedicate ai minori, definibili "i luoghi dell'ospedale per i bambini". Di queste 34 unità operative, 27 sono reparti di Pediatria.

Escludendo i ricoveri di nascita, il tasso di ricovero per i pazienti residenti con età compresa tra 0 e 18 anni nel 2021 in Veneto è stato di 41,1 per 1.000 residenti. Si tratta di 29.936 bambini: 6,5% con patologie rare, 16,5% cronici, 5,8% vulnerabili e 71,3% con un solo episodio di ricovero. La distribuzione dei ricoveri dei residenti per età (Figura 22.5.1) mostra in particolare un picco nel primo anno di vita ed un numero dei ricoveri costantemente più elevato per i maschi rispetto alle femmine. Confrontando i ricoveri ordinari di residenti (88%) e non residenti (12%) in Regione, emergono differenze sostanziali tra le diagnosi che hanno causato il ricovero: i residenti in Regione vengono ricoverati principalmente per condizioni morbose di origine perinatale (18,5%), malattie dell'apparato respiratorio (13,9%), e traumatismi (11,3%), mentre i residenti fuori regione per malformazioni congenite (15,5%), malattie del sistema nervoso (14,0%) e traumatismi (10,5%). In linea di massima, tutte le patologie che richiedono massima expertise assistenziale tendono a crescere di importanza nella distribuzione dei ricoveri dei residenti fuori Regione.

Analizzando ricoveri ordinari per reparto di dimissione, si osserva che le pediatrie assorbono il 43% dei ricoveri, seguite dalle neonatologie con il 12% e le chirurgie pediatriche con il 10%. Complessivamente i reparti pediatrici dimettono il 73% dei ricoverati.

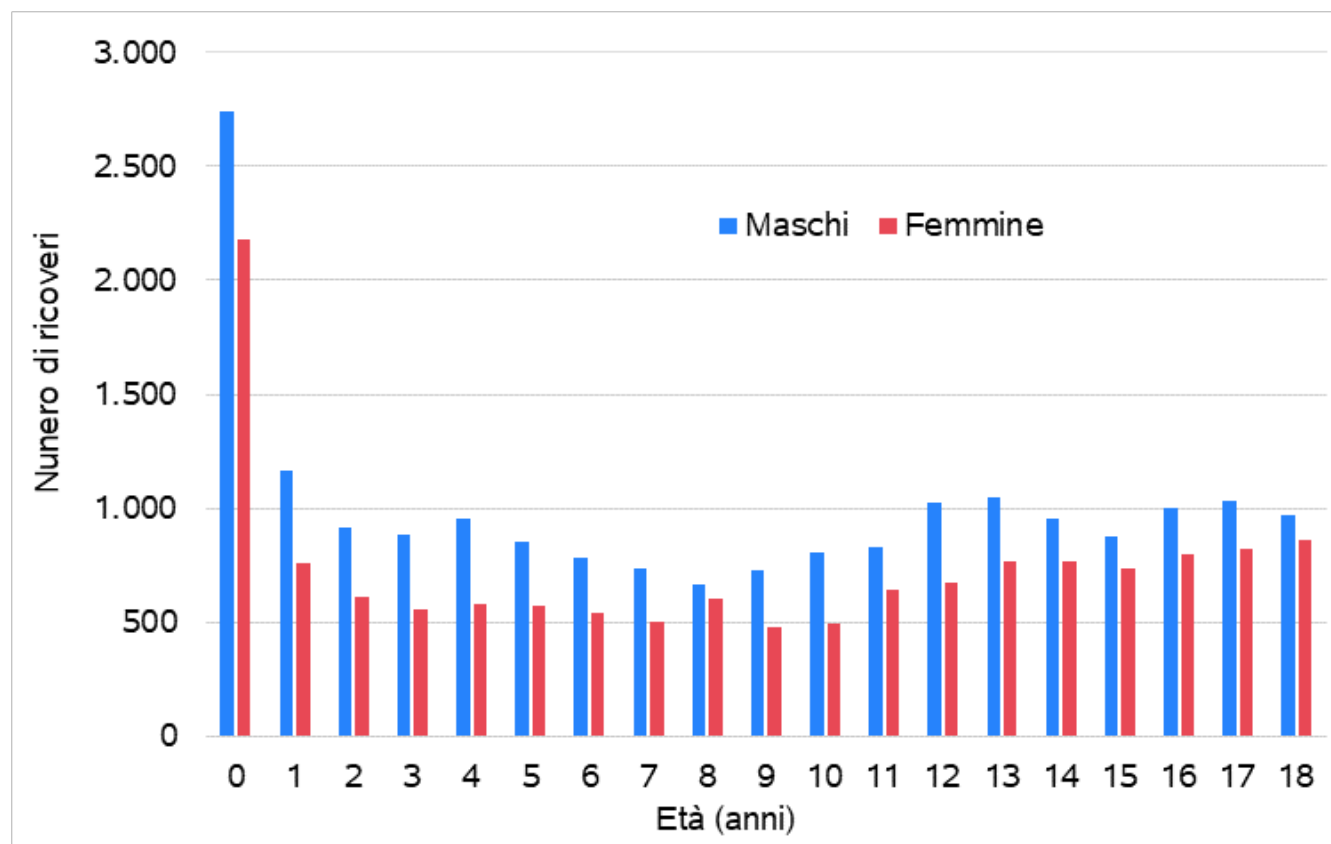
Nota Metodologica

Fonti di dati Regionali

Flusso Schede di Dimissione Ospedaliera;

Popolazione residente: da dati ISTAT (<https://demo.istat.it/>).

Figura 22.5.1 Distribuzione del numero di ricoveri del 2021 dei minori residenti in Veneto per età e sesso, anno 2021



Approfondimenti

➔ Registro Nascita, Regione Veneto. Rapporto tecnico Attività 2022.

<https://www.ser-veneto.it/public/RapportoRegistroNascita2022.pdf>

Per maggiori informazioni

Registro Nascita - Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica - Regione del Veneto

📍 via Donà 11- 35129 Padova

✉ registronascita@regione.veneto.it

☎ 049 8215700

22.6 Famiglie in crisi e maltrattamento ai minori

L'aggravamento della condizione economica e sociale della popolazione derivante dal recente evento pandemico ha contribuito ad aumentare stress e violenza, con un peggioramento dello stato di salute delle famiglie in crisi in cui si ritrovano comportamenti trascuranti o maltrattanti, comportando un altissimo rischio per la salute presente ed evolutiva dei minori coinvolti. La Regione ha attivato da tempo una rete di assistenza strutturata in un centro ospedaliero hub presso l'Azienda Ospedale-Università di Padova, dedicato alla diagnostica e prima presa in carico, e cinque centri provinciali dedicati alla riabilitazione e presa in carico multidisciplinare.

In Veneto si stima che ogni anno avvengano circa 800 nuovi casi di maltrattamento e che i bambini sotto i 15 anni affetti da una o più forme di maltrattamento siano 3.500.

I quadri più complessi e con maggiori ricadute sul piano della salute e dello sviluppo sono i maltrattamenti perpetrati nei primi anni di vita (40% dei casi).

Tra questi, uno dei problemi in maggior espansione riguarda il Chemical Abuse, cioè l'esposizione attiva o passiva del minore a sostanze illecite o farmaci non prescritti, evento legato al consumo di sostanze stupefacenti da parte di genitori o familiari. Di questi, più del 50% avviene entro i 2 anni e più di 2 casi su 3 entro i 6, con esiti sul piano dello sviluppo già ai 2 anni di vita.

Segue la trascuratezza grave sia nelle cure materiali che emotive, che comporta alterazioni sul piano dello sviluppo cerebrale (visibili già ai 18 mesi di vita) ed un ritardo di sviluppo in più dell'80% dei casi con esiti medio-gravi o gravissimi sullo sviluppo cognitivo, evidenti già entro i 3 anni. Infine i traumi cranici abusivi - in Regione nel 2022 si stima un'incidenza di 16 su 100.000 nati vivi - presentano, in più del 70% dei casi, esiti con disabilità motorie, visive e cognitive. Circa il 70% dei genitori maltrattanti presenta patologie psichiatriche o tratti psicopatologici (quadri di depressione post-partum non riconosciuti). Nel 2022 in Veneto si stima un rischio medio-alto di sviluppare depressione post-partum nel 12% delle partorienti; per prevenire forme precoci di maltrattamento, vanno definiti percorsi dedicati di sostegno e cure per madre e nato. L'attività della rete regionale dedicata alla diagnosi e presa in carico dei bambini maltrattati e delle loro famiglie risponde ai bisogni di salute sopradescritti e ambisce a modificarne le storie naturali, permettendo la massima espressione del loro potenziale di salute.

Per maggiori informazioni

Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato - Coordinamento Regionale Malattie Rare - Regione del Veneto



via Donà 11- 35129 Padova



centrobambinomalttrattato@aopd.veneto.it



049 8215700

22.7 Fecondazione assistita

Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita (PMA) e alla diagnostica prenatale invasiva rappresentano aspetti di rilievo del percorso nascita, che risentono del progressivo innalzamento dell'età al parto.

Nel 2021, 963 donne hanno dato alla luce un nato in seguito a PMA, pari al 3,0% dei parti (Figura 22.7.1). Nell'arco di tempo osservato, la percentuale di parti da PMA, dopo un lieve decremento dal 2003 al 2005, seguito da un plateau durato fino al 2008, ha ripreso gradualmente a crescere fino al 3,2% del 2020.

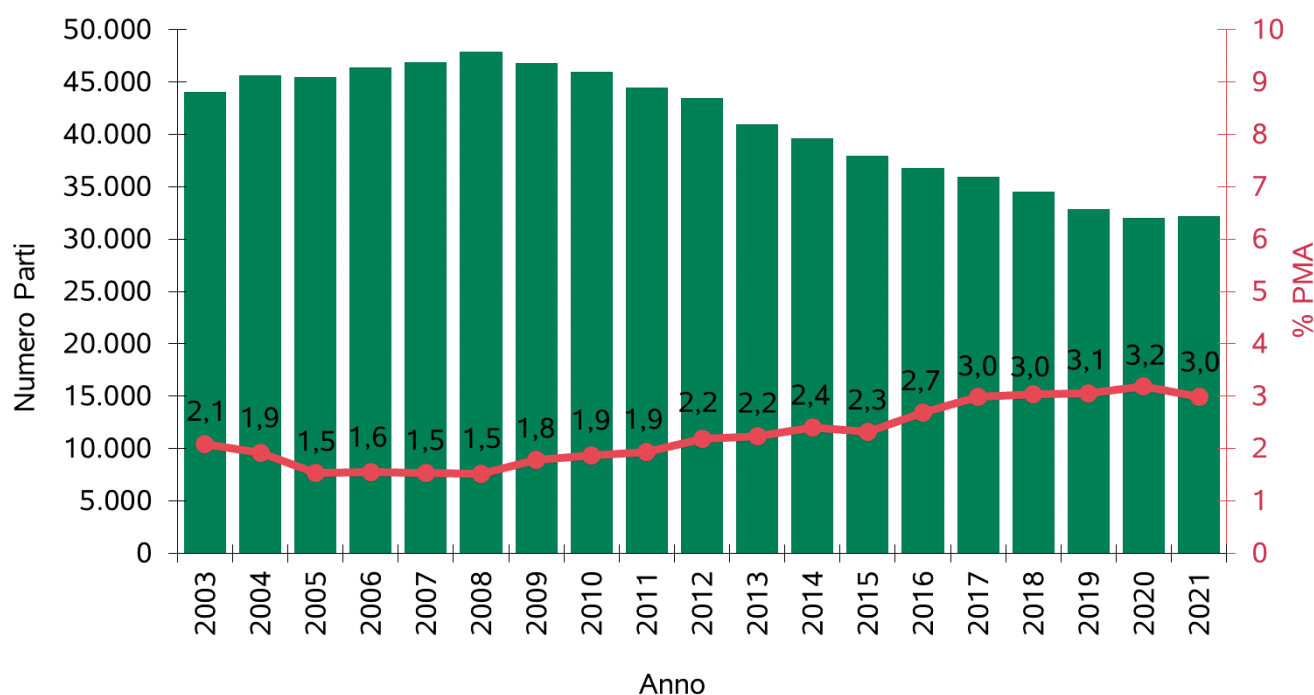
Le gravidanze in seguito a PMA sono più frequentemente gemellari (7,9% PMA vs 1,1% concepimento naturale) e presentano un maggior rischio di parto prematuro (18,2% vs 6,5%), anche nel caso di gravidanze singole (10,5% vs 5,1%).

Nota Metodologica

Fonti di dati Regionali

Flusso informativo CEDAP (CERTificato Di Assistenza al Parto) - Registro Nascita, Regione Veneto,
Decreto Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n.349

Figura 22.7.1 Numero di parti e percentuale di parti in seguito a procreazione medicalmente assistita (PMA). Veneto, anni 2003-2021



Approfondimenti

⇒ Registro Nascita, Regione Veneto. Rapporto tecnico Attività 2022.

<https://www.ser-veneto.it/public/RapportoRegistroNascita2022.pdf>

⇒ Ministero della Salute - Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Anno 2021

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3264_allegato.pdf

Per maggiori informazioni

Registro Nascita - Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica - Regione del Veneto



via Donà 11- 35129 Padova



registronascita@regione.veneto.it

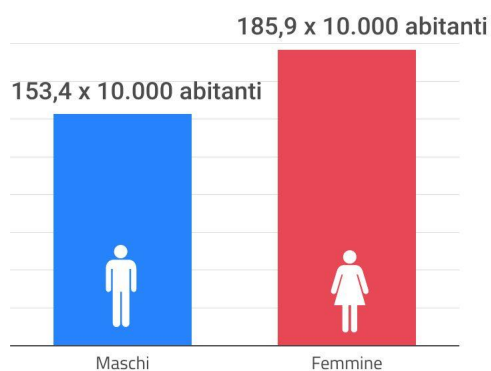


049 8215700

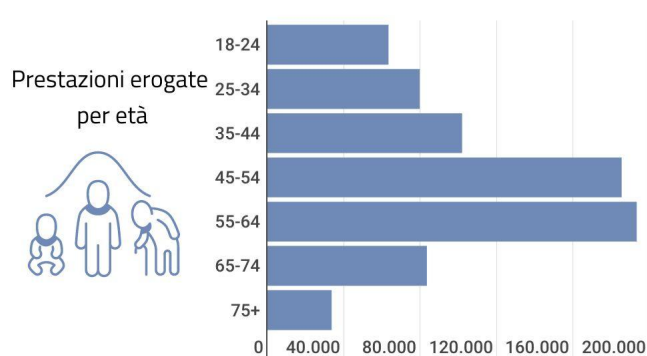
23. Assistenza psichiatrica

Assistenza Psichiatrica - Anno 2022

69.649 utenti assistiti



739.894 prestazioni erogate dai CSM



Il modello organizzativo è rappresentato dal Dipartimento di Salute Mentale, dipartimento strutturale transmurale istituito all'interno di tutte le 9 ULSS della Regione Veneto con funzione di "core" per la prevenzione, cura e riabilitazione di qualsiasi forma di disagio psichico nell'ottica di un miglioramento della qualità di vita e produttività dell'individuo e della rete sociale a questo prossima. Nel 2022 sono stati trattati complessivamente circa 69.600 utenti (67.000 nel 2021), con una prevalenza pari a 169,95 persone ogni 10.000 abitanti maggiorenni. Prevale il sesso femminile, mentre le fasce di età più numerose sono 45-54 anni e 55-64 anni, alle quali si aggiunge anche la classe di età 18-24 per le femmine, confermando il trend dell'anno precedente.

Per quanto riguarda le modalità d'accesso ai servizi territoriali, buona parte degli utenti viene inviato dal medico di medicina generale; negli altri casi si tratta soprattutto di una richiesta del paziente medesimo o di un autoinvio da parte dell'equipe curante. Presso il CSM (Centro di Salute Mentale) sono state erogate più di 739.00 prestazioni, confermando la prevalenza di servizi erogati per le classi di età 45-54 e 55-64 anni.

Per quanto concerne l'area ospedaliera le dimissioni da SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) sono state 9.418. I trattamenti Sanitari Obbligatorii (TSO) sono stati 209. Le dimissioni da strutture private accreditate sono state 2.772 e le giornate di degenza presso questi reparti sono state 95.750.

La DGR 371 dell'8/04/2022 ha delineato alcuni elementi innovativi tra cui:

- rafforzare la regia dei Centri di Salute attraverso una significativa implementazione di figure professionali;
- implementare la psichiatria di base nelle Case di Comunità per favorire una più stretta collaborazione con MMG mediante equipe multiprofessionali di primo livello con afferenza al Centro Salute Mentale;
- porre le basi per la rivisitazione del Progetto Obiettivo regionale: a tal fine è prevista l'organizzazione della Conferenza Regionale.

E' stato avviato in data 01/10/2022 il Piano di attività biennale con il coinvolgimento di tutti i servizi dedicati ai disturbi dell'alimentazione e della nutrizione. La progettualità è rivolta a rendere omogenea ed equa la disponibilità dei trattamenti attraverso il rafforzamento delle equipe multidisciplinari.

La DGR n. 1512 del 29/11/2022 ha approvato il nuovo modello organizzativo e gestionale dei Centri Diurni che prevede anche percorsi a carattere sanitario a maggiore intensità riabilitativa per 3 specifiche aree d'intervento, tra cui "Trattamento di giovani con funzionamento cognitivo, sociale e relazionale compromesso da precoce insorgenza di malattia".

Nota Metodologica

I dati presentati sono ricavati dal Datawarehouse Sanità Regionale aggiornati al 03/05/2023.

Tabella 23.1 Utenti con almeno un contatto (sia territoriale che ospedaliero) per classi di età e sesso. Veneto, Anno 2022

Classi di età	Maschi		Femmine	
	N. Utenti	Tasso per 10.000	N. Utenti	Tasso per 10.000
18-24 anni	2.563	148,1	3.583	224,8
25-34 anni	4.073	161,1	3.897	162,9
35-44 anni	4.390	151,2	4.745	164,6
45-54 anni	7.129	178,3	7.876	199,6
55-64 anni	6.714	182,7	8.757	233,8
65-74 anni	3.545	132,6	5.893	202,4
75 anni e oltre	2.164	89,4	4.320	121,9
Totale	30.578	153,4	39.071	185,9

Tabella 23.2 Utenti con almeno un contatto (sia territoriale che ospedaliero) per Azienda ULSS di contatto. Veneto, Anno 2022

ASL	Non Residenti	Residenti	Totale
501. Dolomiti	64	3.525	3.589
502. Marca Trevigiana	173	12.534	12.707
503. Serenissima	296	8.768	9.064
504. Veneto Orientale	76	2.794	2.870
505. Polesana	79	3.858	3.937
506. Euganea	211	14.285	14.496
507. Pedemontana	62	5.337	5.399
508. Berica	132	6.835	6.967
509. Scaligera	220	10.765	10.985
901. AOU Padova	129	1.198	1.327
912. AOUI Verona	16	292	308

Tabella 23.3 Prestazioni erogate dai CSM per classi di età e sesso. Veneto, Anno 2022

Età	Femmine	Maschi	Totale
18-24 anni	39.310	23.984	63.294
25-34 anni	35.329	44.270	79.599
35-44 anni	44.558	57.223	101.781
45-54 anni	89.428	95.781	185.209
55-64 anni	97.482	95.617	193.099
65-74 anni	48.789	34.569	83.358
75 anni e oltre	22.960	10.594	33.554
Totale	377.856	362.038	739.894

Tabella 23.4 Dimissioni da SPDC per classi di età e sesso. Veneto, Anno 2022

Età	Femmine	Maschi	Totale
18-24 anni	853	712	1.565
25-34 anni	717	972	1.689
35-44 anni	709	803	1.512
45-54 anni	995	1.052	2.047
55-64 anni	895	703	1.598
65-74 anni	403	290	693
75 anni e oltre	158	156	314
Totale	4.730	4.688	9.418

Approfondimenti

↔ Sito WEB Regione del Veneto – Sezione Salute mentale

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

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Salute mentale e sanità penitenziaria

📍 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

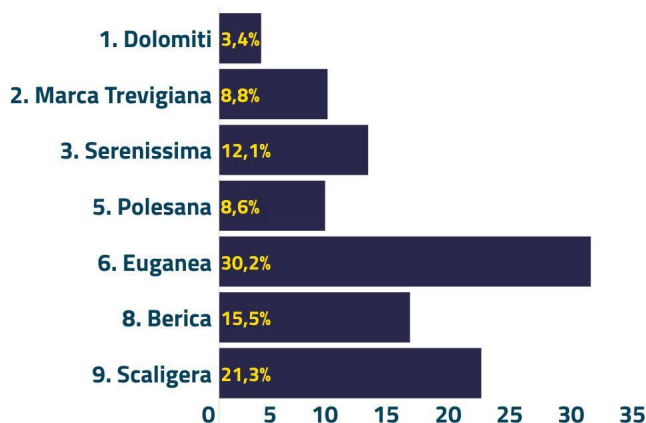
✉ salute.mentale@regione.veneto.it

☎ 0412793490

24. Salute in carcere

Salute in carcere - Veneto, dati anno 2022

2.487 detenuti al 31.12.2022



Dal 2008, anno di trasferimento delle competenze sanitarie dal Ministero di Giustizia al SSN con il DPCM 1 aprile, la Regione del Veneto ha compiuto importanti azioni per integrare le attività della salute in carcere con la rete assistenziale territoriale e ospedaliera, soprattutto in termini di efficienza e sicurezza clinica. Più recentemente la DGR 1669/2021 ha definito i presupposti per migliorare la qualità assistenziale con l'introduzione dei nuovi livelli organizzativi e la definizione degli standard di personale.

Il numero di persone detenute si è mantenuto significativo con una presenza media di soggetti all'interno degli Istituti penitenziari della Regione di circa 2.000 persone (Tabella 24.1). La presa in carico delle persone detenute è rimasta rilevante con una prevalenza significativa per le patologie croniche, psichiatriche e di dipendenza patologica (Tabella 24.2).

In adempimento alla DGR 1669/2021 sono stati attivati due tavoli tecnici per la definizione dei percorsi diagnostici clinico-assistenziali (PDTA) e dei ruoli delle figure professionali e per la definizione dei criteri di autorizzazione all'esercizio e accreditamento delle UU.OO. "Tutela Salute delle persone con limitazione della libertà" (DDR 10 e 11 del 25/03/2022).

E' stato costituito il gruppo di coordinamento dei responsabili delle Unità Operative Tutela Salute delle Persone con limitazione della libertà con la finalità di meglio coordinare le attività sanitarie per la popolazione detenuta all'interno della Regione del Veneto (DDR n. 98 del 13/10/2022). Critiche rimangono le condizioni dei locali sanitari presso gli Istituti penitenziari (sia per dimensione sia dal punto di vista strutturale, soprattutto in termini di idoneità per lo svolgimento delle attività sanitarie). In molte realtà penitenziarie appare necessario sviluppare in maniera più efficiente la rete web e i sistemi informativi, presupposto fondamentale per lo sviluppo della telemedicina. Nel 2022 è stato pubblicato, ed è in corso di applicazione, il PDTA per lo sviluppo del point of care per il trattamento dell'HCV per le persone detenute (DDR n. 70 del 20/07/2022).

Per quanto riguarda i minori autori di reato l'obiettivo principale è stato quello di sviluppare percorsi specifici e appropriati per l'allocazione e presa in carico sul territorio in termini di appropriatezza, soprattutto per quanto riguarda il sistema residenziale extra-ospedaliero. Sono continuate le attività di lavoro finalizzate a rinnovare il protocollo in essere fra Centro di Giustizia Minorile e la Regione del Veneto al fine di migliorare il processo di appropriatezza dei percorsi in Comunità.

Tabella 24.1 Persone detenute nella Regione del Veneto, anno 2022

Azienda ULSS	N. detenuti al 31.12.2022	N. Nuovi Ingressi 2022
1-Dolomiti	84	111
2-Marca Trevigiana	220	235
3-Serenissima – CR* Femminile	78	124
3-Serenissima – CC** Maschile	224	305
5-Polesana	214	245
6-Euganea – CR*	629	369
6-Euganea – CC**	123	181
8-Berica	385	394
9-Scaligera	530	599
Totale	2.487	2.563

*CR = Casa di Reclusione; **CC = Casa Circondariale

Tabella 24.2 Persone detenute in carico per Azienda ULSS nel 2022

Azienda ULSS	Con Patologia Cronica	Con Patologia Psichiatrica Grave	Consumatori di Sostanze	Con Disabilità	Incompatibili con la detenzione	Ricoveri
1-Dolomiti	19	18	38	0	4	7
2-Marca Trevigiana	22	32	98	1	1	11
3-Serenissima CR* Femminile	43	28	20	0	1	27
3-Serenissima CC** Maschile	45	29	148	0	15	12
5-Polesana	149	13	65	2	2	9
6-Euganea CR*	52	47	117	2	0	9
6-Euganea CC**	400	75	190	8	9	42
8-Berica	222	46	77	4	4	30
9-Scaligera	54	165	207	0	0	37
Totale	1.006	453	960	17	36	184

*CR = Casa di Reclusione; **CC = Casa Circondariale

Approfondimenti

⇒ **Sito WEB Regione del Veneto – Sezione Sanità Penitenziaria**

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

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Salute Mentale e Sanità Penitenziaria

 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

 sanitapenitenziaria@regione.veneto.it

 0412793419

25. La rete delle malattie rare

LA RETE DELLE MALATTIE RARE

12 presidi interregionali, tra cui 7 presidi regionali che sono full-member di reti ERN (European Reference Networks for rare diseases)

Più di 2.500 professionisti coinvolti operanti nel SSR



Nel 2021 è stato approvato il Testo Unico sulle malattie rare (Legge 175/2021). La norma prevede una serie di Decreti attuativi, tra i quali il Secondo Piano nazionale malattie rare e il Documento di riordino della rete malattie rare. Nel 2022 uno specifico gruppo di lavoro istituito presso il Ministero della Salute, che ha visto la partecipazione della regione Veneto, ha lavorato alla redazione dei due Decreti attuativi, per i quali si attende una rapida approvazione. Dopo un'esperienza ventennale di programmazione sanitaria in ambito di malattie rare, è parso importante definire compiti e funzioni dei seguenti tre elementi fondanti della rete: i Centri di riferimento, i Centri che tra questi partecipano alle reti europee di riferimento ERN (European Reference Networks for rare diseases) e i Centri di coordinamento, istituiti a livello regionale/interregionale. Nella nostra regione la rete di assistenza sin dal 2004 ha avuto carattere interregionale, venendo identificata in maniera congiunta con la PA di Trento e la PA di Bolzano. 12 sono i presidi sede di uno o più Centri, identificati sulla base di dati oggettivi per gruppi di patologie e composti da più Unità operative intraziendali e/o interaziendali. I Centri includono sia la componente pediatrica che dell'adulto, premessa per garantire un efficace processo di transizione. Il numero di presidi per malattie rare è pari a 2,48 per milione di abitanti in Veneto e a 2,36 nell'area interregionale. Sette presidi regionali sono full-member di un numero di reti ERN variabile da 1 a 23.

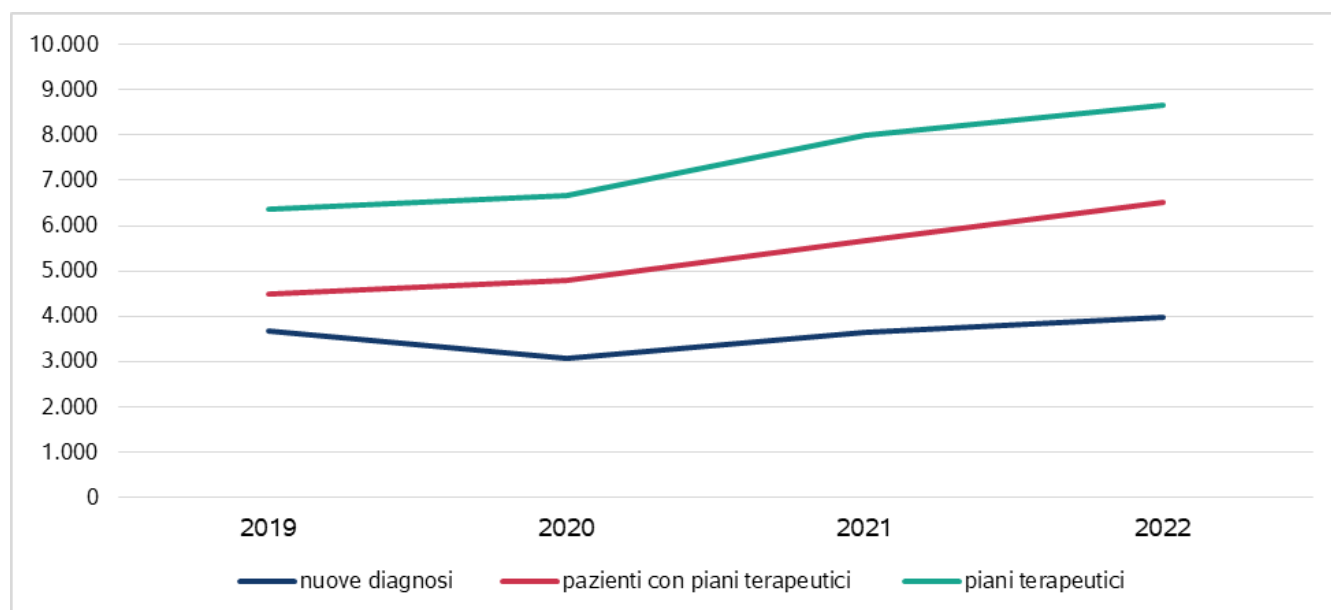
L'assistenza alle persone con malattie rare si svolge in maniera contemporanea o sequenziale in diversi setting assistenziali: ospedaliero, ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, riabilitativo, domiciliare, etc. Per tale motivo la rete, inizialmente identificata a partire dai nodi ospedalieri costituiti dai Centri di riferimento e dagli ospedali collegati, sin dalla sua istituzione ha coinvolto l'ambito territoriale dei servizi. I professionisti coinvolti operanti nel SSR sono più di 2.500. Il collegamento tra i vari nodi della rete avviene attraverso il sistema informativo malattie rare che permette la condivisione dell'informazione sul paziente, la prescrizione, erogazione e monitoraggio dei trattamenti e la presa in carico complessiva. Dall'analisi dei dati 2019-2022 relativi alle nuove diagnosi effettuate, ai pazienti per i quali è stato redatto un piano terapeutico e al numero di piani formulati (Figura 25.1) emerge che, dopo l'impatto dell'emergenza pandemica sull'intero sistema dei servizi, nel 2022 è avvenuto un incremento dell'attività di presa in carico dei pazienti con malattie rare.

Nota Metodologica

Registro malattie rare, Regione del Veneto.

Coordinamento malattie rare, Regione del Veneto.

Figura 25.1 Andamento delle nuove diagnosi, dei pazienti con piani e dei piani terapeutici redatti per pazienti con diagnosi di malattia rara ex all. 7 DPCM 12.01.2017, anni 2019-2022.



Approfondimenti

[Rapporto tecnico attività Coordinamento malattie rare, anno 2022](#)

[Rapporto tecnico attività Registro malattie rare, anno 2022](#)

Per maggiori informazioni

Registro malattie rare - Coordinamento Malattie Rare- Regione del Veneto

[via Donà 11- 35129 Padova](#)

malattierare@regione.veneto.it

[049 8215700](tel:0498215700)

26. La rete dei trapianti

CONTENUTI

- 26.1 L'attività di monitoraggio del Centro Regionale per i Trapianti e il Registro cerebrolesi
- 26.2 Accertamenti di morte, attività trapiantologica e donazione di tessuti

Rete clinica dei trapianti - dati 2022

3.053 donazioni di tessuti**607** *da vivente***2.446** *da cadavere***604** trapianti d'organo**82** *da vivente***522** *da cadavere*

Donatori (per milione ab.)

36,3 *Veneto***24,6** *Italia*

✓ Teste di femore

✓ Membrana amniotica

✓ Safene

✓ Opercoli cranici

✓ Tessuto adiposo

**360 RENE**79 *da vivente*281 *da cadavere***163 FEGATO**3 *da vivente*160 *da cadavere***8 PANCREAS****41 POLMONE****42 CUORE**

26.1 L'attività di monitoraggio del Centro Regionale per i Trapianti e il Registro cerebrolesi

Il Coordinamento Regionale per i Trapianti (CRT) è una struttura di servizio e coordinamento per il Sistema Regionale Trapianti (SRT) che promuove e coordina il monitoraggio dei potenziali donatori di organi e tessuti nelle strutture del Sistema Sanitario Regionale del Veneto mediante il costante supporto ai Coordinamenti Ospedalieri, ai Centri Trapianto e alle Banche dei Tessuti. Il CRT, realizza l'attività di formazione destinata agli operatori del SRT e favorisce la crescita culturale della popolazione in materia di donazione di organi e tessuti.

Per quanto riguarda l'attività di monitoraggio, il SRT garantisce la tracciabilità dell'intero processo (dalla donazione al trapianto) attraverso la piattaforma Donor Manager (DM), con cui è possibile ottemperare ai debiti informativi regionali e allo scambio di informazioni fra il CRT, il Centro Nazionale Trapianti (CNT) e il Centro di Riferimento Interregionale - Nord Italia Transplant program (NITp). Nel 2022 sono stati inseriti in DM 12.333 decessi (12.077 nel 2021 e 12.139 nel 2020) avvenuti nelle strutture ospedaliere e nel territorio afferente ai coordinamenti trapianti delle Aziende Ospedaliere, Sanitarie e dell'Istituto Oncologico Veneto. Nello stesso periodo sono state effettuate 607 registrazioni (604 nel 2021 e 588 nel 2020) di donazioni da donatore vivente concluse con prelievo dei tessuti (teste di femore, safene, membrana amniotica, opercoli cranici e dal 2020 tessuto adiposo).

In merito all'attività del registro cerebrolesi, il processo di procurement da donatore a cuore battente (HB) ha come punto di partenza l'attento monitoraggio dei pazienti deceduti con cerebrolesione acuta e ricoverati in Terapia Intensiva. Il numero dei decessi in Terapia Intensiva con lesione cerebrale acuta risulta quindi un indicatore sensibile per valutare le potenzialità di donazione di organi della Regione. Il registro cerebrolesi del Donor Manager permette di monitorare i ricoveri, i decessi totali e i decessi dei pazienti con cerebrolesione acuta nelle Terapie Intensive. Durante il 2022, nelle 45 Terapie Intensive del Veneto sono stati monitorati 697 decessi con cerebrolesioni (579 nel 2021 e 586 nel 2020).

Approfondimenti

⇒ CRT: "Sintesi di Attività Gennaio - Dicembre 2022"

<https://www.crtveneto.it>

⇒ NITp: "Report di attività 2022-Prelievo e trapianti di organi"

<https://www.policlinico.mi.it/nitp>

⇒ CNT: "Attività di donazione e trapianto - Dati definitivi al 31 dicembre 2022"

<https://www.trapianti.salute.gov.it/cnt>

Per maggiori informazioni

Coordinamento Regionale Trapianti c/o Azienda Ospedaliera di Padova

 Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

 veneto.coordinamento@aopd.veneto.it

 049/8218124 - 8125

26.2 Accertamenti di morte, attività trapiantologica e donazione di tessuti

Nel 2022 sono stati eseguiti 295 accertamenti di morte (con criterio neurologico e cardiologico) (Figura 26.2.1); in 177 casi si è potuto procedere al prelievo di almeno un organo a scopo di trapianto. L'opposizione alla donazione è stata del 20,3%: questo dato è risultato, anche nel 2022, al di sotto della media nazionale, pari al 29,3%. Il 4,7% (14 casi) di tutti gli accertamenti di morte sono stati effettuati con criterio cardiologico consentendo di giungere alla donazione degli organi da donatore in asistolia (DCD); di questi, in 11 casi (6,2% dei donatori utilizzati) si è potuto procedere al prelievo di almeno un organo per trapianto. L'età mediana dei potenziali donatori valutati dopo accertamento della morte è aumentata da 63 a 68 anni. Il 15% dei potenziali donatori valutati è risultato non idoneo alla donazione per motivi clinici. Il numero di donatori PMP (ossia indicizzati per milione di popolazione, indicatore utile per raffronti a livello nazionale) per i quali è stato possibile procedere al prelievo di almeno un organo per trapianto in regione è stato pari a 36,3 rispetto ai 30,1 dello scorso anno (Figura 26.2.2): detti parametri si confermano al di sopra dei dati nazionali pari rispettivamente a 24,6 e 23,3. Per misurare oggettivamente il grado di efficienza, efficacia e qualità dei processi gestiti dal SRT sono stati elaborati degli indicatori specifici, condivisi a livello nazionale. Questi indicatori dimostrano l'impegno dell'intera rete regionale al raggiungimento degli obiettivi della donazione (Tabella 26.2.1).

L'attività di trapianto di organi solidi nel 2022, ha raggiunto il numero di 604 casi in totale, di cui 82 da donatore vivente (79 di rene e 3 di fegato) e 22 da donatore DCD (10 trapianti di fegato, 11 trapianti di rene e 1 di polmoni). Il totale dei 604 trapianti comprende anche 1 trapianto combinato di rene e fegato, 1 di rene e cuore, 8 di rene e pancreas, conteggiati singolarmente (Figura 26.2.3). I centri trapianto del Veneto hanno effettuato nel 2022 il 15,6% dei trapianti totali in Italia, vs il 14% dello scorso anno: nel dettaglio, il 17,7% dei trapianti di rene, l'11% di fegato, con il 16,6% di cuore, il 29,5% di polmone e il 21% di pancreas. In Veneto è presente inoltre una significativa attività di trapianto in età pediatrica con 6 trapianti di rene da donatore cadavere e 1 da donatore vivente, 5 di cuore, 6 di fegato da donatore cadavere e 2 da donatore vivente, tutti effettuati presso i centri trapianto dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

Nell'ambito dell'attività di banking e distribuzione di tessuti, il CRT assume compiti di "governance" e coordinamento, come previsto dalla legge 91/1999. L'attività di procurement di tessuti in Regione ha registrato, anche nel 2022, un andamento positivo. Nel suo complesso la donazione dei tessuti da donatore cadavere e da donatore vivente, conferma come il Veneto contribuisca all'intera attività del procurement nazionale per il 29,4% (Fonte: News Letter Tessuti CNT "Attività di donazione tessuti" registrata nel SIT). In particolare nel 2022 (Figura 26.2.4) si sono registrati 2.446 donatori di tessuti da cadavere (2.305 nel 2021) e 607 donatori di tessuti da vivente (604 nel 2021).

Figura 26.2.1 Numero di accertamenti di morte (DBD+DCD), Veneto, anni 2006-2022

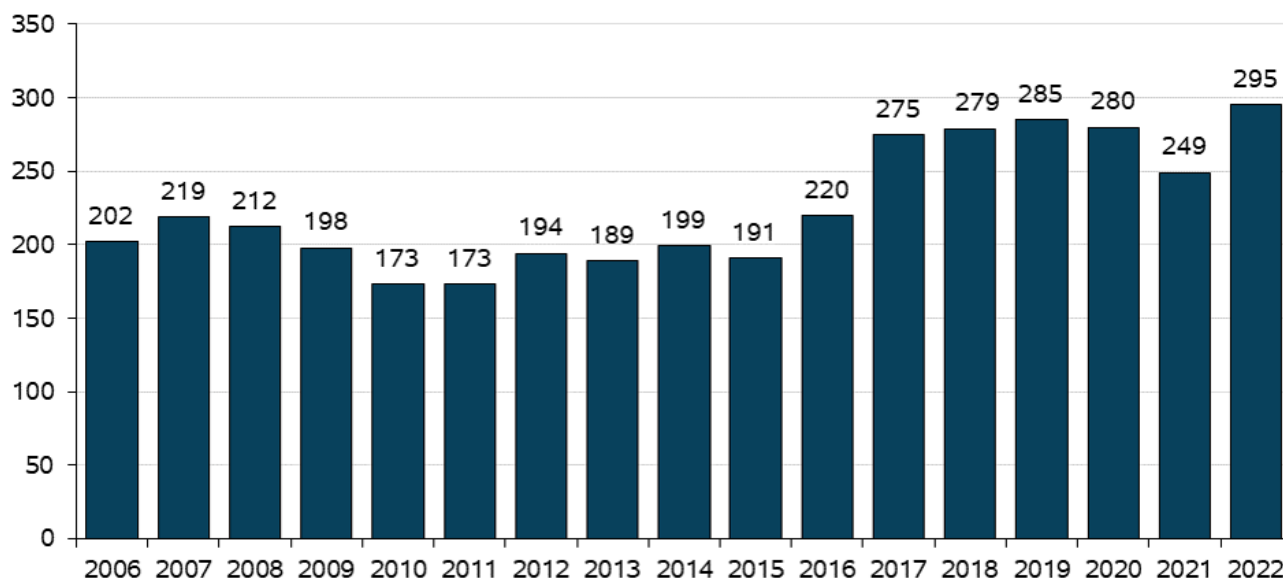


Figura 26.2.2 Accertamenti di morte e donatori utilizzati per milione di abitanti (PMP), Veneto, anni 2009-2022

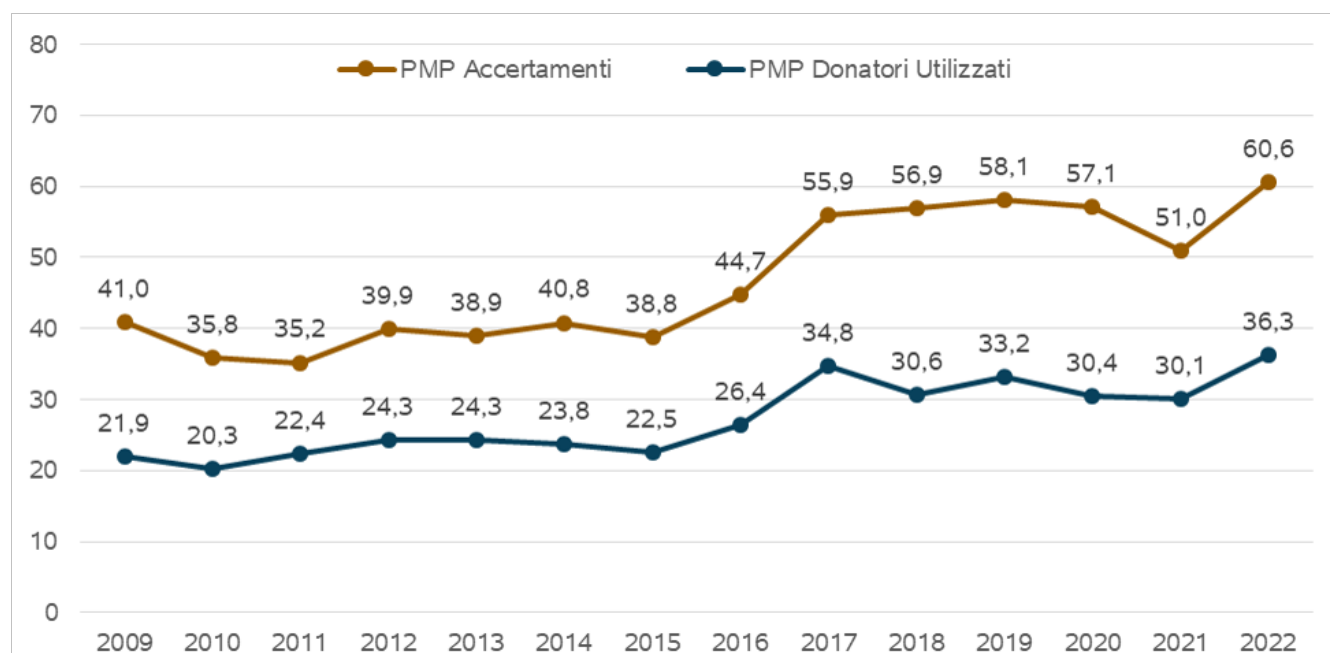
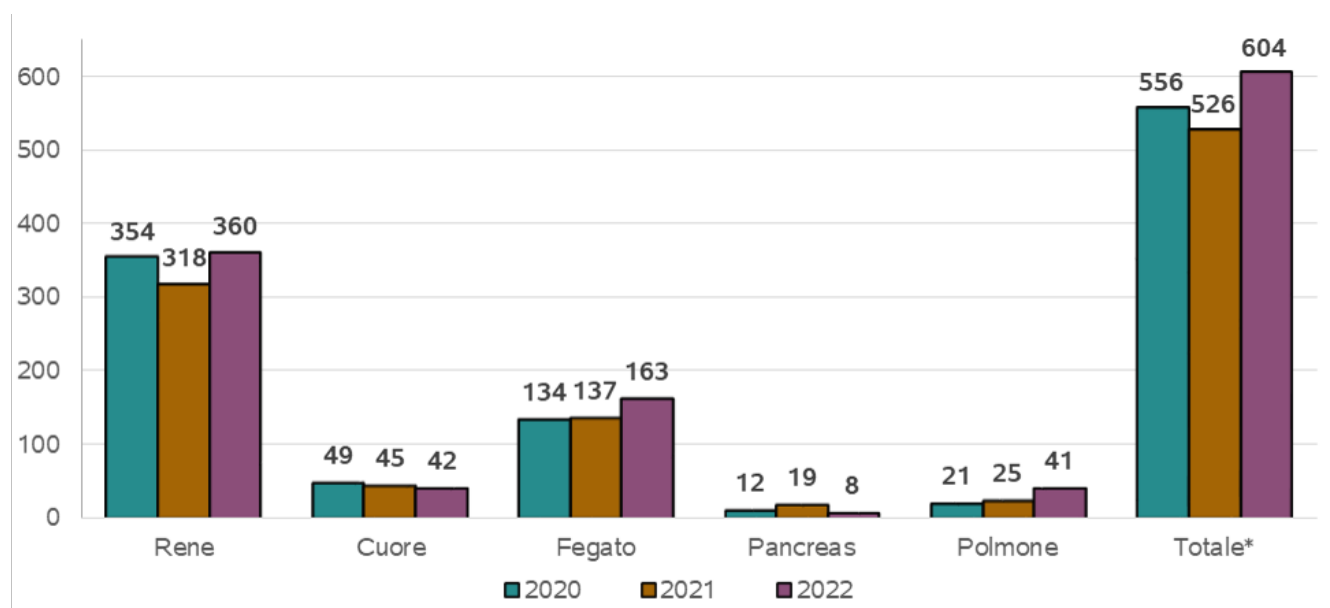


Tabella 26.2.1 Indicatori del Sistema Regionale Trapianti. Veneto, anni 2020-2022

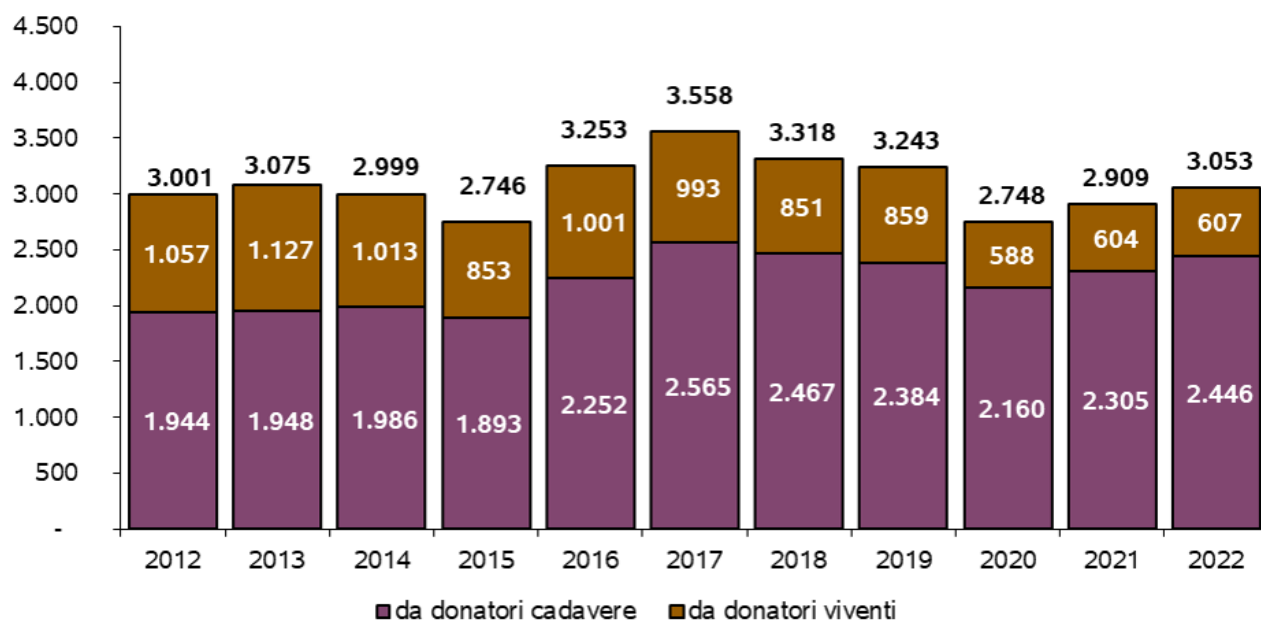
Indicatore	Risultato Atteso	2020	2021	2022
PROCUREMENT 1 (N° Donatori Effettivi / DCLA in TI)	15%-25%	26,7%	26,7%	26,0%
PROCUREMENT 2 (N° Accertamenti/ DCLA in TI)	20%-40%	47,8%	42,6%	42,1%
QUALITA' (N° Donatori Effettivi/ACM)	30%-70%	55,7%	62,6%	61,7%

Figura 26.2.3 Numero di trapianti per organo (nel totale i trapianti combinati sono conteggiati singolarmente), Veneto, anni 2020-2022



*i trapianti combinati sono conteggiati singolarmente nel totale

Figura 26.2.4 Numero di donatori di tessuti distinti per tipologia, Veneto, 2012-2022



Approfondimenti

⇒ CRT: "Sintesi di Attività Gennaio - Dicembre 2022"

<https://www.crtveneto.it>

⇒ NITp: "Report di attività 2022-Prelievo e trapianti di organi"

<https://www.policlinico.mi.it/nitp>

⇒ CNT: "Attività di donazione e trapianto - Dati definitivi al 31 dicembre 2022"

<https://www.trapianti.salute.gov.it/cnt>

Per maggiori informazioni

Coordinamento Regionale Trapianti c/o Azienda Ospedaliera di Padova

📍 Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

✉ veneto.coordinamento@aopd.veneto.it

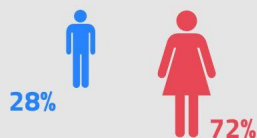
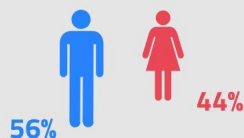
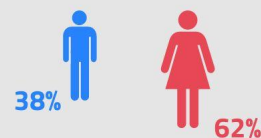
☎ 049/8218124 - 8125

27. Assistenza socio-sanitaria

CONTENUTI

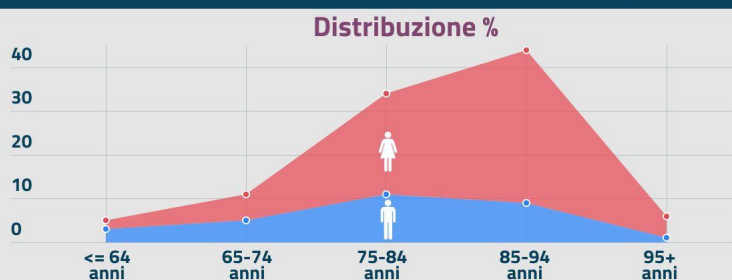
- 27.1 Servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti
- 27.2 Servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità
- 27.3 Interventi a sostegno della domiciliarità

Assistenza socio-sanitaria - Veneto, anno 2022

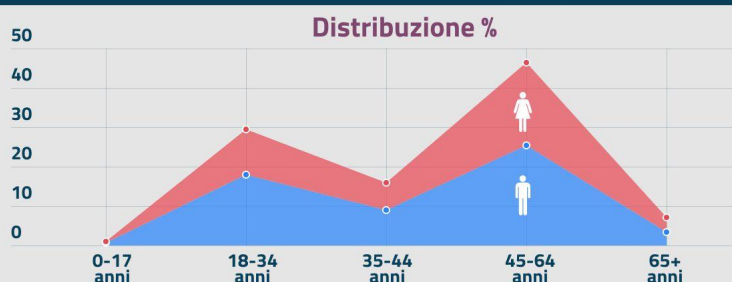
Servizi residenziali e semiresidenziali
per **anziani non autosufficienti**46.913
assistitiServizi residenziali e semiresidenziali
per **persone con disabilità**10.267
assistitiInterventi a sostegno della
domiciliarità37.349
beneficiari

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

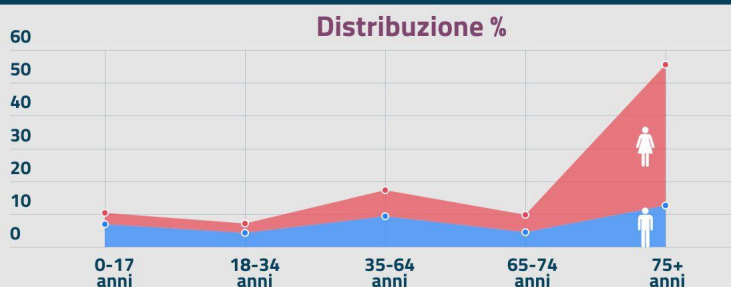
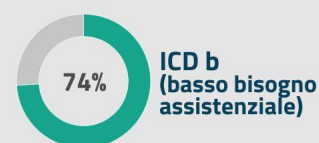
Servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti (Veneto, anno 2022)

Patologia principale
più diffusa

Servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità (Veneto, anno 2022)

Gruppo di diagnosi
più diffuso

Impegnativa di cura domiciliare (ICD) (Veneto, anno 2022)

Tipologia di impegnativa
maggiormente emessa

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

27.1 Servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti

Nel 2022, 46.913 persone hanno avuto accesso, con almeno un giorno di assistenza, al sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone anziane del Veneto: lo 0,3% degli utenti aveva la residenza fuori Regione, mentre le percentuali degli utenti per Azienda ULSS (considerando l'eventuale ultima presa in carico (PIC) nell'anno) sono state il 6,7% (Dolomiti), 19,5% (Marca Trevigiana), 11,7% (Serenissima), 4,0% (Veneto Orientale), 6,0% (Polesana), 15,8% (Euganea), 8,3% (Pedemontana), 11,3% (Berica) e 16,3% (Scaligera). Gli utenti anziani che hanno avuto accesso alle tipologie di Unità di Offerta (UDO) afferenti al FRNA con bisogno assistenziale di primo e secondo livello, accolti in strutture a "livello unico" (istituite con DGR 996/2022), SAPA (Sezioni alta protezione Alzheimer), SVP (Stati vegetativi permanenti) e Centri diurni (CD), sono riportati nella Tabella 27.1.1. In particolare, gli utenti che afferiscono alle UDO possono essere titolari o meno di impegnativa di residenzialità (IDR) secondo le modalità di cui alla DGR 456/2007. Nel corso del 2022 vi è stata l'introduzione di una nuova quota del valore di 52,00 euro pro die con decorrenza dal 1 luglio 2022 per le ex quote di I livello e con mantenimento fino a esaurimento delle IDR del valore di 56,00 euro pro die attive alla data di entrata in vigore fino ad esaurimento. Con DGR 1720/2022 sono stati inoltre rideterminati i requisiti funzionali e gli standard assistenziali dei centri di servizio rispetto a quanto previsto dalla DGR 84/2007. Nel 2022 quasi la totalità delle impegnative è stata spesa per quote di I, II livello o a livello unico; i servizi semiresidenziali rappresentano il 3,2% del totale delle impegnative allocate. La tipologia di impegnativa "Quota sanitaria d'accesso" (QSA), istituita con DGR 1304/2020, ha permesso - secondo apposite modalità - l'accesso ai servizi residenziali a una maggiore platea di persone in situazione di bisogno ed è stata utilizzata prevalentemente dalle Aziende Pedemontana ed Euganea, che hanno emesso rispettivamente il 59% e il 37% del totale delle IDR QSA regionali. La patologia più frequente degli utenti accolti in UDO residenziali o semiresidenziali è la demenza senile - morbo di Alzheimer. Le dieci patologie più frequenti esitate dalla valutazione all'ingresso (% sul totale delle prime dieci patologie principali esitate dalla valutazione multidimensionale, denominazioni come da codifica ICPC) sono riportate in Figura 27.1.1. Le prime nove patologie più frequenti dal 2015 al 2022 non cambiano e l'incremento più sensibile è avvenuto per la demenza senile (nel 2022 la percentuale di utenti è pari al 39,2%, nel 2015 era pari al 33,0%); le altre patologie hanno mantenuto prevalenze sostanzialmente invariate. Tenuto conto della classificazione dei profili di non autosufficienza della SVAMA i dati consentono una lettura per cui i profili di autonomia più frequenti relativi agli utenti accolti nel 2022 sono risultati essere del tipo: "17-Problemi comportamentali, dipendente" (43,7% sul totale degli utenti equivalenti), "16-Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia" (17,5%), "15-Confuso o stuporoso, dipendente con elevata necessità di cure sanitarie" (15,7%) e "11-Confuso o stuporoso, totalmente dipendente" (13,8%). Nell'anno 2022 sono stati accolti 27.844,5 utenti equivalenti per un totale di 10.554.477 giornate di presenza equivalenti nelle UDO di I, II livello, "livello unico", SAPA e SVP. Nelle Tabelle 27.1.2 e 27.1.3 vengono presentati i conteggi degli utenti equivalenti per Azienda ULSS di residenza e tipo di UDO in relazione alla titolarità o meno di IDR.

Nota Metodologica

I dati degli utenti che hanno avuto accesso alle UDO sono ricavabili dal flusso regionale FAR (DGR 2961/2012), con il quale vengono registrate le prestazioni LEA residenziali e diurne nell'area Anziani, sia per gli utenti con quota a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) che per i paganti in proprio. Per utente non autosufficiente anziano si intende la persona over 65 valutata con Scheda di Valutazione multidimensionale (S.Va.M.A., All. A DGR 1133/2008 e s.m.i.) in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD), con un profilo di autonomia compreso tra 2 e 17. Per utente equivalente si intende il rapporto tra giornate di presenza nell'anno e 365,25. Per giornate di presenza equivalenti si intendono le giornate di degenza al netto delle assenze ospedaliere (il periodo di assenza per assenze temporanee di due giorni viene conteggiato pari a due giorni, mentre per assenze temporanee più lunghe, il periodo di assenza dal secondo al penultimo giorno viene conteggiato al 50%, come stabilito dalla DGR 1438/2017). Per patologia principale si intende la prima patologia in ordine di importanza che concorre a determinare la situazione di non autosufficienza (All. B DGR 2961/2012 pagg.6-7/26). Per profilo di autonomia si intende l'incrocio dei diversi livelli degli assi "Situazione cognitiva; Mobilità; Situazione funzionale; Necessità di assistenza sanitaria", desumibile dalla tabella "Profili" disponibile a pag. 26/26 dell'All. B DGR 2961/2012.

Tabella 27.1.1 Utenti accolti in UDO per semestre di presa in carico. Frequenze assolute per Azienda ULSS di residenza all'entrata in UDO. Veneto, anno 2022. (Fonte: SERR su dati FAR)

Azienda ULSS	Semestre di presa in carico														
	I semestre							II semestre							
	1	2	3	4	5	7	8	1	14	2	3	4	5	7	8
1. Dolomiti	1.472	20	22	1	22	8	0	109	1.797	17	30	1	63	3	0
2. Marca Trevigiana	5.415	314	66	11	38	16	0	0	5.755	104	89	14	126	24	0
3. Serenissima	3.331	206	16	3	104	2	0	24	3.561	47	23	5	169	5	0
4. Veneto Orientale	308	68	8	3	7	0	0	248	42	50	6	2	9	1	0
5. Polesana	1.874	105	10	0	0	0	0	10	2.001	29	19	2	0	1	0
6. Euganea	4.269	350	13	3	131	6	4	4	4.768	72	27	0	170	14	4
7. Pedemontana	2.191	261	17	5	35	22	6	1	2.338	60	13	0	54	20	3
8. Berica	2.939	388	7	5	33	20	0	2	3.344	40	5	14	72	21	0
9. Scaligera	4.735	347	16	4	48	20	0	2	5.100	92	17	5	86	21	0
Totale	26.534	2.059	175	35	418	94	10	400	28.706	511	229	43	749	110	7

Tipologie UDO: 1. UDO per persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale (I livello); 2. UDO per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale (II livello); 3. Nucleo/Sezione Alta Protezione Alzheimer (SAPA); 4. Nucleo/Sezione Stati Vegetativi Permanenti (SVP); 5. Centro diurno per persone anziane non autosufficienti; 7. Struttura per religiosi di I livello; 8. Struttura per religiosi di II livello; 14. UDO DGR 996.

Tabella 27.1.2 Utenti equivalenti titolari di IDR per tipologia di UDO e Azienda ULSS di residenza all'entrata in UDO. Veneto, anno 2022 (Fonte: SERR su dati FAR)

Azienda ULSS di residenza	Tipologia di UDO								Totale
	1	14	2	3	4	5	7	8	
1. Dolomiti	565,4	685,6	111,7	6,7	0,3	27,3	24,4	0	1.421,5
2. Marca Trevigiana	1.804,2	1.865,6	629,4	13,3	25,3	50,6	87,7	1,0	4.477,1
3. Serenissima	1.263,2	1.338,8	628,6	7,5	18,0	203,1	16,2	0	3.475,4
4. Veneto Orientale	820,4	12,6	171,8	2,1	4,6	16,3	0	0	1.027,7
5. Polesana	678,8	719,9	217,9	3,2	3,8	0	1,0	0	1.624,5
6. Euganea	1.587,0	1.689,1	689,3	6,9	19,3	361,5	58,9	19,5	4.431,4
7. Pedemontana	718,9	778,8	420,2	9,9	11,5	91,5	143,3	26,0	2.200,0
8. Berica	1.104,4	1.259,7	524,5	8,7	24,0	63,5	122,8	0	3.107,5
9. Scaligera	1.820,4	1.937,6	689,3	5,3	18,4	97,0	158,6	0	4.726,5
Fuori regione	7,1	2,9	2,0	0	0	0,8	4,5	0	17,3
Totale	10.369,8	10.290,6	4.084,6	63,5	125,2	911,5	617,3	46,5	26.509,0

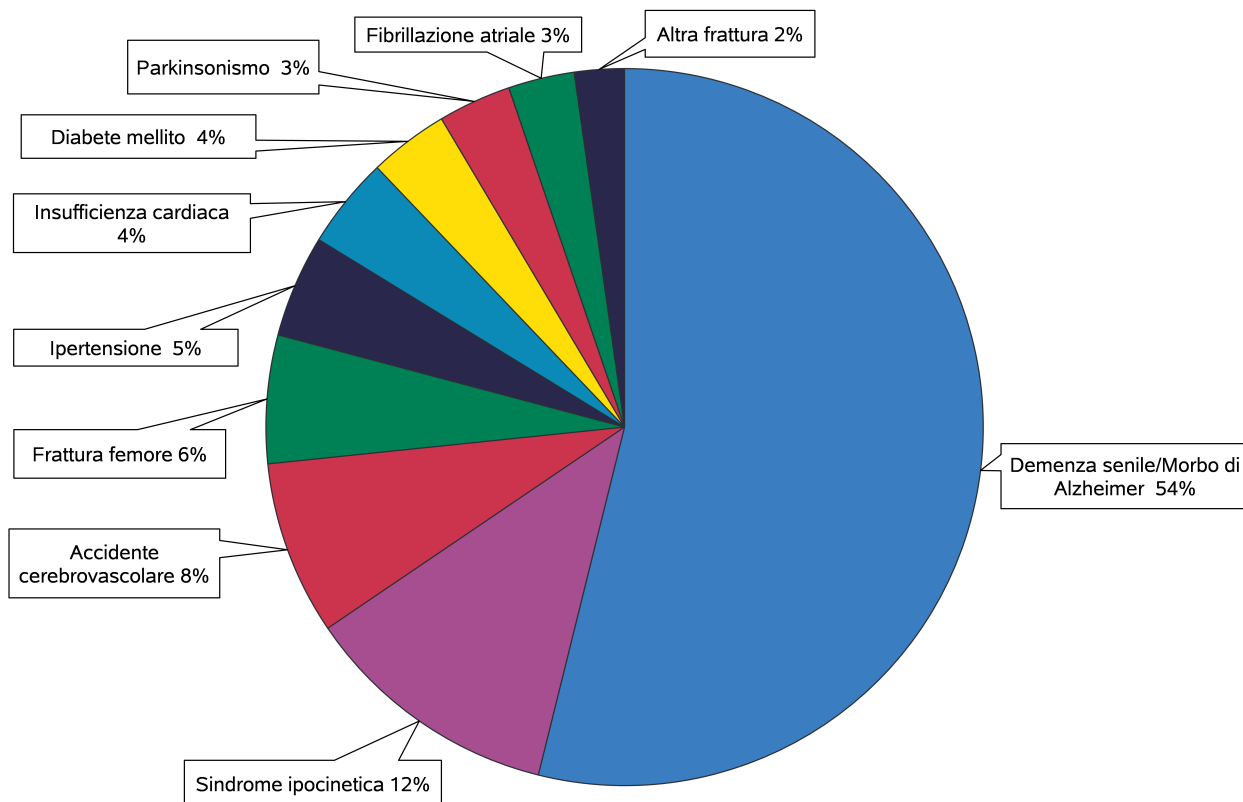
Tipologie UDO: 1. UDO per persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale (I livello); 2. UDO per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale (II livello); 3. Nucleo/Sezione Alta Protezione Alzheimer (SAPA); 4. Nucleo/Sezione Stati Vegetativi Permanenti (SVP); 5. Centro diurno per persone anziane non autosufficienti; 7. Struttura per religiosi di I livello; 8. Struttura per religiosi di II livello; 14. UDO DGR 996.

Tabella 27.1.3 Utenti equivalenti non titolari di IDR per tipologia di UDO e Azienda ULSS di residenza all'entrata in UDO. Veneto, anno 2022 (Fonte: SERR su dati FAR)

Azienda ULSS di residenza	Tipologia di UDO							Totale
	1	14	2	3	4	5	7	
1. Dolomiti	38,6	1,2	0,1	0	0	24,8	0,2	64,8
2. Marca Trevigiana	173,9	203,5	20,0	3,0	2,4	8,9	13,4	425,1
3. Serenissima	22,5	29,3	3,7	0	0,1	0,9	8,9	65,3
4. Veneto Orientale	38,6	2,3	6,5	0	0,1	2,7	0,1	50,2
5. Polesana	34,5	25,1	4,5	0	0	0	0,2	64,2
6. Euganea	55,3	90,6	3,4	0	0	0,8	1,8	151,9
7. Pedemontana	71,9	79,9	12,4	0	0	20,9	18,9	203,9
8. Berica	27,2	42,1	15,1	0,1	0	9,8	31,2	125,5
9. Scaligera	23,2	39,9	18,1	0	0	6,4	29,1	116,7
Fuori regione	25,0	13,9	6,5	0	0	1,7	0,2	47,2
Totale	510,6	527,8	90,2	3,1	2,6	76,7	103,9	1.314,9

Tipologie UDO: 1. UDO per persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale (I livello); 2. UDO per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale (II livello); 3. Nucleo/Sezione Alta Protezione Alzheimer (SAPA); 4. Nucleo/Sezione Stati Vegetativi Permanenti (SVP); 5. Centro diurno per persone anziane non autosufficienti; 7. Struttura per religiosi di I livello; 8. Struttura per religiosi di II livello; 14. UDO DGR 996.

Figura 27.1.1 Patologie principali (prime dieci patologie più frequenti) degli utenti con almeno un giorno di presenza in strutture per anziani. Veneto, anno 2022 (Fonte: SERR su dati FAR)



Per maggiori informazioni

Direzione Regionale Servizi Sociali



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



servizi.sociali@regione.veneto.it



041 2791454-1493-1379

27.2 Servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità

Nel 2022 gli utenti che hanno avuto accesso ad Unità di Offerta (UDO) territoriali residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità o che sono stati beneficiari di progettualità in regime diurno sono stati 10.267. In Figura 27.2.1 se ne riportano le principali caratteristiche demografiche. Considerato che una persona può frequentare più tipologie di strutture nello stesso periodo o la stessa tipologia di struttura in territori diversi, la Tabella 27.2.1 rappresenta gli utenti per tipologia di offerta: 3.854 sono stati accolti in strutture residenziali, 6.376 in Centro Diurno; 721 hanno beneficiato di Progettualità sperimentali esterne al Centro Diurno (DGR 739/2015) e 268 sono stati inseriti in Progetti innovativi per l'accompagnamento all'inclusione e all'occupabilità (percorsi A e B - DGR 1375/2020). Sono questi ultimi ad accogliere gli utenti più giovani, come riporta la Figura 27.2.2, che illustra l'età media nelle Unità di Offerta. L'accesso alle strutture per persone con disabilità è subordinato ad una valutazione multidimensionale che avviene attraverso la scheda SVaMDi, la cui somministrazione consente di valutare bisogni e potenzialità della persona e di individuare il progetto ed il percorso assistenziale più appropriati. In Figura 27.2.3 vengono rappresentati i gruppi di diagnosi più frequenti relativi alle patologie principali registrate nella SVaMDi e, in ciascun gruppo, vengono indicate le patologie più numerose: quasi il 92% delle diagnosi trova rispondenza nei tre gruppi "Disturbi psichici e comportamentali" (54,3%), "Malattie del sistema nervoso" (19,1%), "Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche" (18,3%). Unitamente agli interventi previsti e finanziati dalla Regione Veneto, l'offerta dei servizi si integra con misure di assistenza disciplinate dalla normativa nazionale L. 112/2016 e avviate con DGR 2141/2017; la succitata legge, cosiddetta "Dopo di Noi", ha istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali un Fondo per la realizzazione di progetti rivolti alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Gli indirizzi di programmazione regionale, approvati con DGR 154/2018, prevedono l'articolazione delle linee di intervento in attività residenziali di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine e in attività diurne di supporto alla domiciliarità e di sviluppo di competenze per favorire l'autonomia: nell'anno 2022 il numero delle linee attivate è di 221 e i beneficiari sono stati 824, con un incremento di circa il 5% rispetto all'anno precedente. La partecipazione alle diverse progettualità coinvolge maggiormente utenti di sesso maschile (55,5%); l'età media nelle linee di intervento di residenzialità è di 37,5 anni, mentre quella delle attività diurne è di quasi 35 anni.

Nota Metodologica

I dati sul sistema dei servizi socio-sanitari residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità della Regione Veneto provengono dal flusso FAD (Flusso Area Disabilità - DDG Area Sanità e Sociale n. 220/2015). Le tipologie di Unità di Offerta (UDO) afferenti al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza sono: Comunità Alloggio, Comunità Residenziale, Residenza Sanitaria Assistenziale, Centro di Riferimento Gravi Disabilità, Struttura per disabili anziani (di età superiore ai 65 anni), Centro Diurno per persone con disabilità, Progetto sperimentale esterno al Centro Diurno (DGR 739/2015), Percorso abilitativo in contesto socializzante non produttivo (A), Percorso orientato all'occupabilità in contesti produttivi (B) (DGR 1375/2020).

Tabella 27.2.1 Utenti accolti in strutture per persone con disabilità per Azienda ULSS sede dell'UDO e tipologia di UDO. Veneto, anno 2022 (Fonte: SERR su dati FAD)

Azienda ULSS	Tipologia di UDO									
	Residenziale					Semiresidenziale				Totale N
	CA	CR	RSA	CRGD	>65	CD	739	1375 (A)	1375 (B)	
1.Dolomiti	92	0	52	0	0	246	54	3	0	447
2.Marca Trevigiana	573	0	207	0	0	1.319	111	29	37	2.276
3.Serenissima	213	20	64	0	0	578	61	16	10	962
4.Veneto Orientale	74	0	0	0	0	299	21	9	3	406
5.Polesana	28	66	293	25	0	183	17	21	12	645
6.Euganea	378	10	359	113	0	1.398	101	10	7	2.376
7.Pedemontana	72	0	172	48	30	427	56	2	8	815
8.Berica	359	79	45	0	0	708	123	29	0	1.343
9.Scaligera	397	23	194	0	0	1.223	177	46	30	2.090
Totale	2.186	198	1.386	186	30	6.381	721	165	107	11.360

Tipologie UDO: CA: comunità alloggio per persone con disabilità, CR: comunità residenziale, RSA: residenze sanitarie assistenziali per persone con disabilità, CRGD: centro riferimento gravi disabilità, >65: struttura residenziale per disabili anziani, CD: centro diurno per persone con disabilità, 739: progetto sperimentale esterno al centro diurno (DGR 739/2015), 1375 (A): percorso abilitativo in contesto socializzante non produttivo, 1375 (B): percorso orientato all'occupabilità in contesti produttivi.

Figura 27.2.1 Utenti accolti in strutture o progettualità per persone con disabilità per età e sesso. Veneto, anno 2022 (Fonte: SERR su dati FAD)

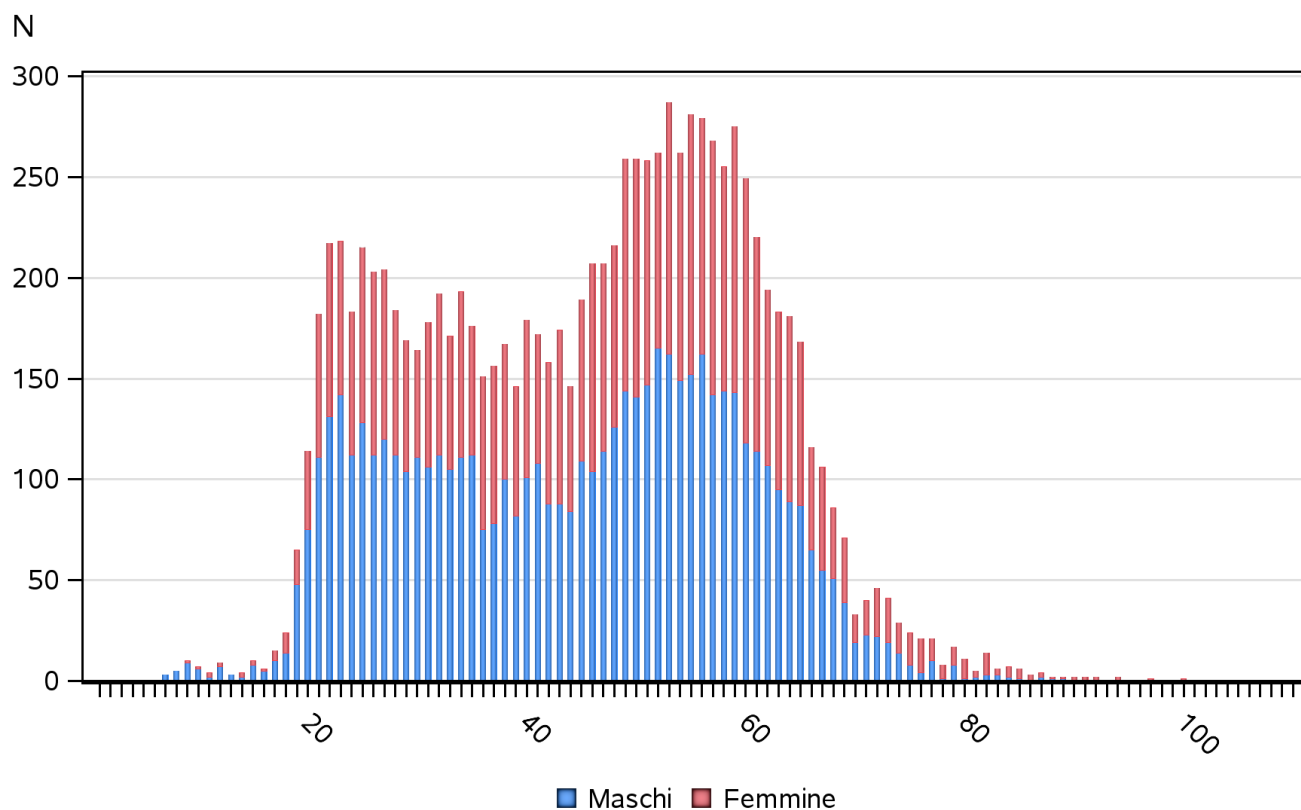
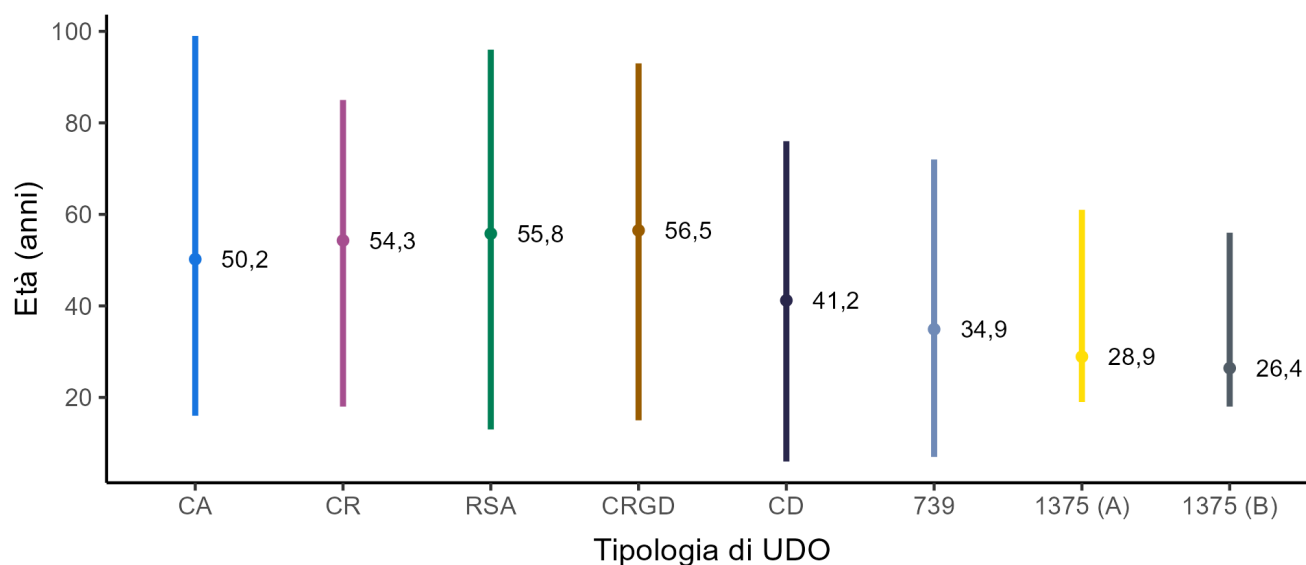
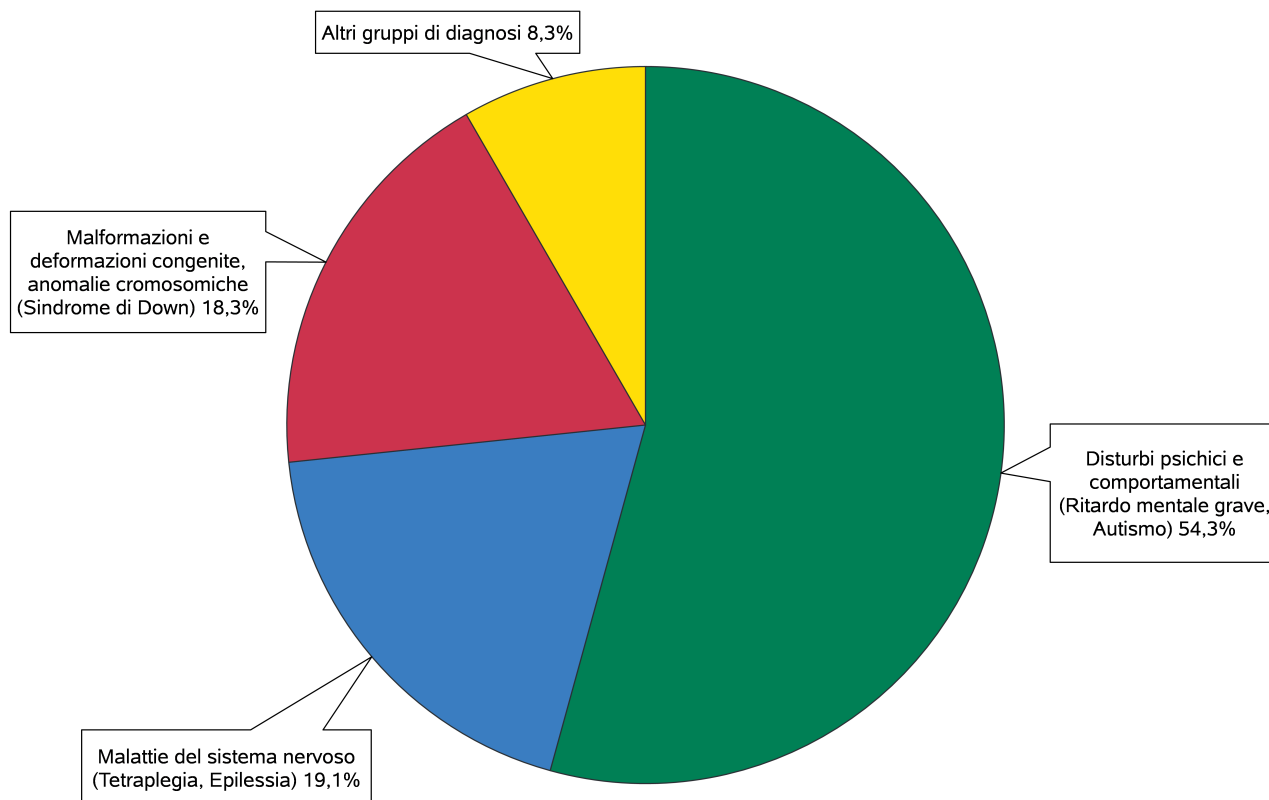


Figura 27.2.2 Età minima, media e massima (anni) degli utenti accolti in strutture per persone con disabilità per tipologia di UDO. Veneto, anno 2022 (Fonte: SERR su dati FAD)



Tipologie UDO: CA: comunità alloggio per persone con disabilità, CR: comunità residenziale, RSA: residenze sanitarie assistenziali per persone con disabilità, CRGD: centro riferimento gravi disabilità, CD: centro diurno per persone con disabilità, 739: progetto sperimentale esterno al centro diurno (DGR 739/2015), 1375 (A): percorso abilitativo in contesto socializzante non produttivo, 1375 (B): percorso orientato all'occupabilità in contesti produttivi.

Figura 27.2.3 Utenti accolti in strutture o progettualità per persone con disabilità per gruppi di diagnosi (patologia principale SVaMDi). Veneto, anno 2022 (Fonte: SERR su dati FAD)



Per maggiori informazioni

Direzione Regionale Servizi Sociali



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



servizi.sociali@regione.veneto.it



041 2791454-1493-1379

27.3 Interventi a sostegno della domiciliarità

L'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) (istituita con DGR 1338/2013 e successive integrazioni) mira a garantire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, tramite sia l'assegnazione di un contributo economico riconosciuto alla persona non autosufficiente di qualsiasi età, erogabile alla persona stessa o al familiare che ne garantisce assistenza e cura, sia assegnando un monte ore di prestazioni o servizi di pari valore. Nel 2022 ne hanno beneficiato 37.349 persone, con una frequenza media mensile di 30.509 utenti equivalenti (calcolati dividendo il totale delle mensilità erogate per 12) (Tabella 27.3.1). L'età dei beneficiari va da 0 a 107 anni, con una prevalenza femminile tra gli over 65 (Figura 27.3.1). La Figura 27.3.2 riporta il valore medio dell'età dei beneficiari per tipologia di ICD, con indicazione dei valori di età minimi e massimi. Le ICDa, ICDb e le ICDp vengono erogate anche ai minori. Con il decreto interministeriale del 27 ottobre 2020 sono stati definiti i criteri e le modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018 - 2019 e 2020. Con DGR 295/2021, contestualizzando gli interventi all'interno del sistema regionale della domiciliarità (ICD) è stato approvato il documento "Programmazione degli interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza dei caregiver familiari". Con DDR 52/2021 e successive integrazioni, a partire dal 01/01/2022 sono stati istituiti tre specifici interventi le cui misure vengono esplicitate e denominate ICD Caregiver (CG): Intervento A.1 - destinato ai caregiver che seguono persone in condizione di disabilità gravissima tenendo conto anche dei fenomeni di insorgenza anticipata; Intervento A.2 - destinato ai caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali; Intervento A.3 - destinato ai programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita. Ai sensi della DGR 682/2022 gli interventi ICD Caregiver sono cumulabili con le ICD (DGR 1338/2013) sopra descritte. Nel 2022 hanno beneficiato di tale contributo 513 utenti, dettagliati secondo ciascuna tipologia di intervento, tipologia di ICD Caregiver e Azienda ULSS in Tabella 27.3.2. Il valore medio dell'età dei beneficiari degli interventi ICD Caregiver è di 40,6 anni (con un'età minima di 3 anni e massima di 100). Anche per le ICD Caregiver le CGa e le CGp vengono erogate anche ai minori. In particolare la DGR 682/2022 ha previsto che "gli interventi di sostegno destinati ai Caregiver familiari sono cumulabili con le prestazioni previste dalle impegnative di cura domiciliari di cui alla DGR 1338/2013 previa valutazione specifica del bisogno da parte dell'UVMd": il numero di beneficiari destinatari di entrambi i contributi risulta essere pari a 398, di cui il 99% risulta titolare dell'Intervento A.1 ICD Caregiver.

Nota Metodologica

L'ICD è articolata in sette tipologie, mutuamente esclusive, che rispondono a bisogni assistenziali di diversa intensità misurati con apposite schede di valutazione (SVAMA Semplificata, SVAMA e SVaMDi): ICDb (basso bisogno assistenziale), ICDmgs e ICDm (condizione più o meno grave con demenza di tutti i tipi associata a disturbi del comportamento), ICDa (disabilità gravissima e in condizione di dipendenza vitale, che necessita a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore o dipendenza da apparecchiature elettromedicali o da respiratore artificiale), ICDp (disabilità psichico-intellettuale), ICDf (adulti con disabilità fisica e capacità di autodeterminazione). Successivamente è stata introdotta l'ICD per i malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA). L'ICD Caregiver è articolata in tre linee di intervento: Intervento A.1 con le tipologie CGa, CGmgs, CGf, CGp, CGsla; Intervento A.2 e Intervento A.3 ciascuno con le tipologie CGa, CGmgs, CGsla, CGf, CGp, CGm, CGb.

Tabella 27.3.1 Utenti equivalenti per Azienda ULSS e tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare. Veneto, anno 2022 (Fonte: SERR su dati ICD)

Azienda ULSS	Numero di utenti equivalenti per tipologia di ICD							Totale
	ICD a	ICD b	ICD f	ICD m	ICD mgs	ICD p	ICD SLA	
1. Dolomiti	38,3	789,0	41,0	10,3	29,5	108,3	2,0	1.018,3
2. Marca Trevigiana	77,1	3.900,8	153,7	94,5	423,8	320,3	27,2	4.997,2
3. Serenissima	65,8	3.938,4	238,4	161,8	580,3	398,9	28,9	5.412,5
4. Veneto Orientale	11,0	1.118,3	61,6	54,9	292,6	158,8	9,3	1.706,4
5. Polesana	23,8	2.413,0	54,9	46,1	161,2	270,9	8,1	2.977,9
6. Euganea	121,3	4.702,8	223,5	139,6	453,5	369,2	31,6	6.041,6
7. Pedemontana	30,1	959,6	52,2	60,8	78,9	215,8	20,3	1.417,5
8. Berica	50,7	1.681,2	104,3	32,4	94,6	354,4	14,3	2.331,9
9. Scaligera	95,1	3.281,2	195,3	99,2	375,3	536,7	23,5	4.606,3
Totale	513,1	22.784,3	1.124,9	699,4	2.489,7	2.733,3	165,0	30.509,7

Tabella 27.3.2 Utenti beneficiari per Azienda ULSS, linea di intervento e tipologia di ICD Caregiver. Veneto, anno 2022 (Fonte: SERR su dati ICD Caregiver)

Azienda ULSS	Numero di utenti beneficiari per tipologia di ICD Caregiver										Totale
	Intervento A.1					Intervento A.2			Intervento A.3		
	CG A	CG F	CG Mgs	CG P	CG SLA	CG B	CG M	CG P	CG B	CG P	
1. Dolomiti	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	6
2. Marca Trevigiana	4	13	2	61	15	0	0	0	0	0	95
3. Serenissima	4	4	19	23	6	1	0	0	0	0	57
4. Veneto Orientale	1	3	5	13	0	0	0	0	0	0	22
5. Polesana	2	7	3	41	2	0	0	0	0	0	55
6. Euganea	0	17	10	74	6	0	1	1	0	1	110
7. Pedemontana	2	5	15	28	3	0	0	0	0	0	53
8. Berica	2	4	4	41	1	2	0	0	0	0	54
9. Scaligera	3	10	3	39	4	0	0	0	1	1	61
Totale	18	66	61	323	37	3	1	1	1	2	513

Figura 27.3.1 Distribuzione degli utenti per età e sesso. Veneto, anno 2022 (Fonte: SERR su dati ICD)

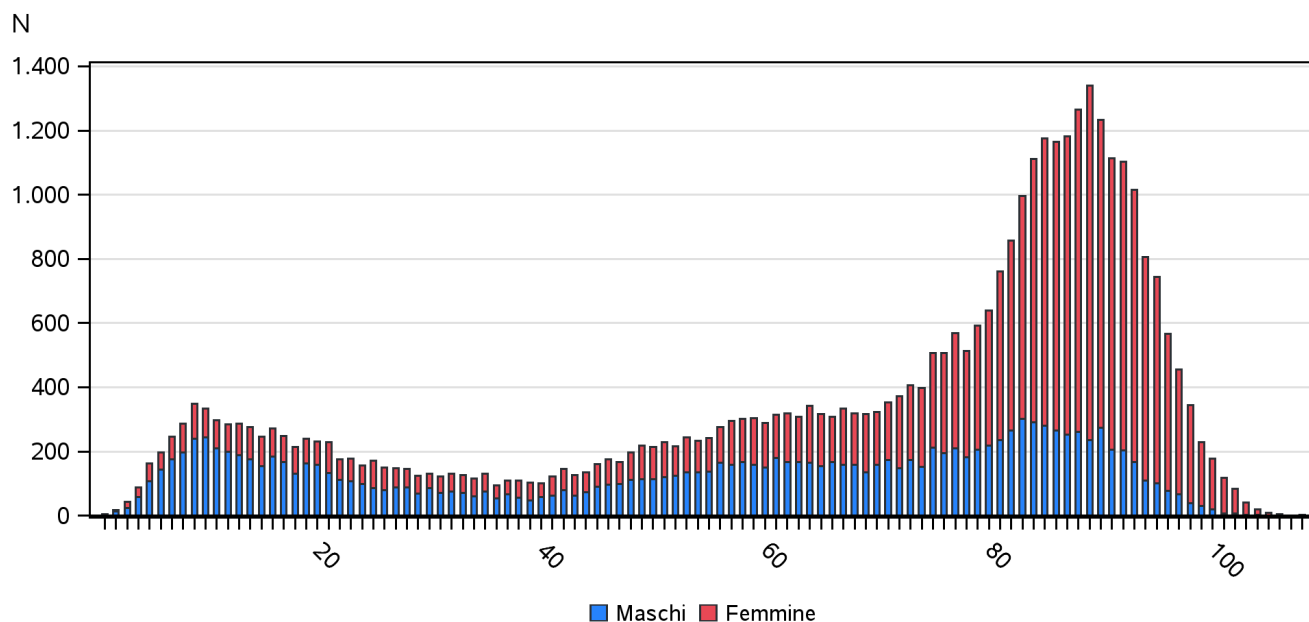
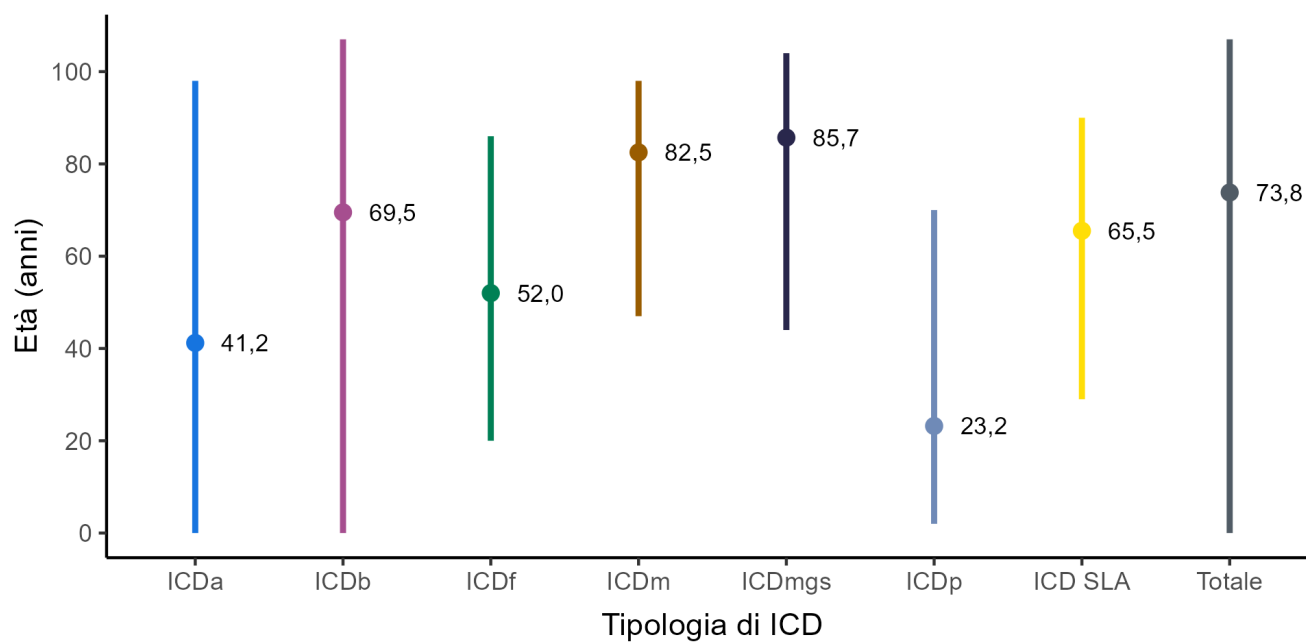


Figura 27.3.2 Età media (minima e massima) dei beneficiari per tipologia di ICD. Veneto, anno 2022

(Fonte: SERR su dati ICD)

**Per maggiori informazioni**

Direzione Regionale Servizi Sociali



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



servizi.sociali@regione.veneto.it



041 2791454-1493-1379

28. Interventi socio-sanitari sulle dipendenze

CONTENUTI

- 28.1 Abuso di sostanze
- 28.2 Disturbo da gioco d'azzardo

Interventi socio-sanitari sulle dipendenze. Veneto, anno 2022

Abuso di sostanze

Principale sostanza d'uso per la quale il soggetto è assistito. Anno 2022



Eroina n= 8.613

Cocaina n= 2.190

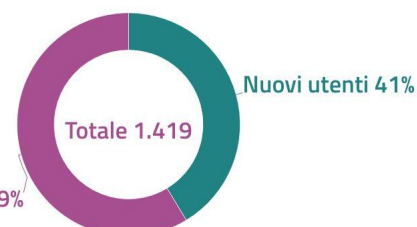
Cannabinoidi n= 2.038

Disturbo da gioco d'azzardo

Disturbo da Gioco d'Azzardo: utenti nel Veneto. Anno 2022



Utenti già noti 59%



28.1 Abuso di sostanze

Il 2022 è stato un anno importante per l'assistenza socio-sanitaria alle persone con dipendenze patologiche, anche a livello residenziale e semiresidenziale. La Giunta Regionale del Veneto, su proposta dell'Assessore alla Sanità, ai Servizi sociali e alla Programmazione socio-sanitaria, ha infatti approvato la delibera n. 651 del 01/06/2022 per la riqualificazione e l'aggiornamento del Sistema delle Dipendenze, in attuazione della precedente DGR n. 51 del 25/01/2022.

L'atto muove dalla considerazione dei cambiamenti di questi ultimi anni: l'emergere costante e sistematico di nuove sostanze ed il potenziamento di quelle già conosciute, l'abbassamento dell'età di primo utilizzo, il policonsumo di droghe e alcol, l'incremento di situazioni di cronicità, le accresciute difficoltà delle famiglie sono infatti rappresentative delle mutazioni profonde nel mondo delle dipendenze. A cui si aggiunge un crescente riscontro di comorbidità, ovvero di compresenza di stati di dipendenza e di patologie psichiatriche.

Sulla base dell'analisi dei fenomeni sociali recenti ed in coerenza con il percorso storico del Sistema veneto, che da sempre vede una virtuosa collaborazione tra Servizi Pubblici (Ser.D) e Strutture del Privato Sociale Accreditato, l'azione della Giunta si articola secondo tre direttrici:

- la prima prende atto del lavoro effettuato dal Gruppo costituito con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 72 del 10/07/2019 per quanto concerne i Servizi Territoriali e aggiorna e sviluppa la pianificazione e la programmazione di settore, con una puntuale ricognizione dell'esistente, che accoglie le proposte estensive dei Piani di Zona;
- la seconda definisce una metodica di budget triennale che incrementa i fondi assegnati alle Aziende ULSS per il pagamento dei LEA dedicati alle persone che soffrono di dipendenze (complessivamente 28.040.000 € annuali), esplicitando in maniera trasparente il procedimento per il calcolo degli importi assegnati;
- la terza delinea i primi elementi per la creazione di un sistema regionale di valutazione degli esiti, al fine di dare completezza ai processi di monitoraggio e controllo in ambito locale e regionale. Vengono inoltre riqualificati come "Servizi Territoriali innovativi" gli attuali progetti sperimentali e il progetto per minori/adolescenti alcol-tossicodipendenti attivo a Conegliano, con importi e rette invariati. Per l'attivazione di nuovi Servizi Territoriali viene riservata una quota annuale pari a 931.000€. Infine, viene consolidato il meccanismo di compensazione annuale, che, a parità di risorse erogate, redistribuisce le eventuali eccedenze (sottobudget) alle Strutture che presentano valori che eccedono i limiti di budget (extrabudget).

Il provvedimento è frutto di un intenso e costruttivo confronto con i Dipartimenti per le Dipendenze e con i Coordinamenti delle Comunità Terapeutiche del Veneto e dà una risposta alle richieste provenienti dal territorio.

Tale laborioso intervento si colloca in una logica di miglioramento continuo, che senza soluzione di continuità troverà attuazione anche all'interno del Tavolo Tecnico permanente sulle Dipendenze, già istituito con DGR n. 51 del 25/01/2022 e successivamente definito nella composizione con i Decreti del Direttore della Direzione Servizi Sociali n. 2 del 03/03/2022.

Il fine è dare sicurezza agli operatori per una presa in carico più efficace delle persone colpite dal disagio e per un fattivo supporto ai loro familiari.

Oltre a ciò, con la DGR n. 317 del 29/03/2022 sono stati estesi i tempi di realizzazione del Piano

Triennale per le Dipendenze a tutto il 2023, in ragione dei mutamenti indotti dalla pandemia e dei conseguenti rallentamenti nell'attuazione dei Piani Operativi aziendali. L'analisi della ricchezza progettuale espressa dalle Aziende ULSS del Veneto ha indotto ad una rimodulazione temporale ed un aggiornamento dei termini di attuazione del Piano, con un ulteriore affinamento delle diverse progettualità.

Nota Metodologica

Dati rappresentati nel paragrafo: si tratta di elaborazioni di dati estratti dal Data Warehouse regionale di ambito sanitario ed in particolare da flussi informativi attinenti al Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND).

Figura 28.1.1 Principale sostanza d'uso per la quale il soggetto è assistito. Veneto, Anni 2016-2022
(Fonte: Data Warehouse regionale – Elaborazione su flussi SIND)

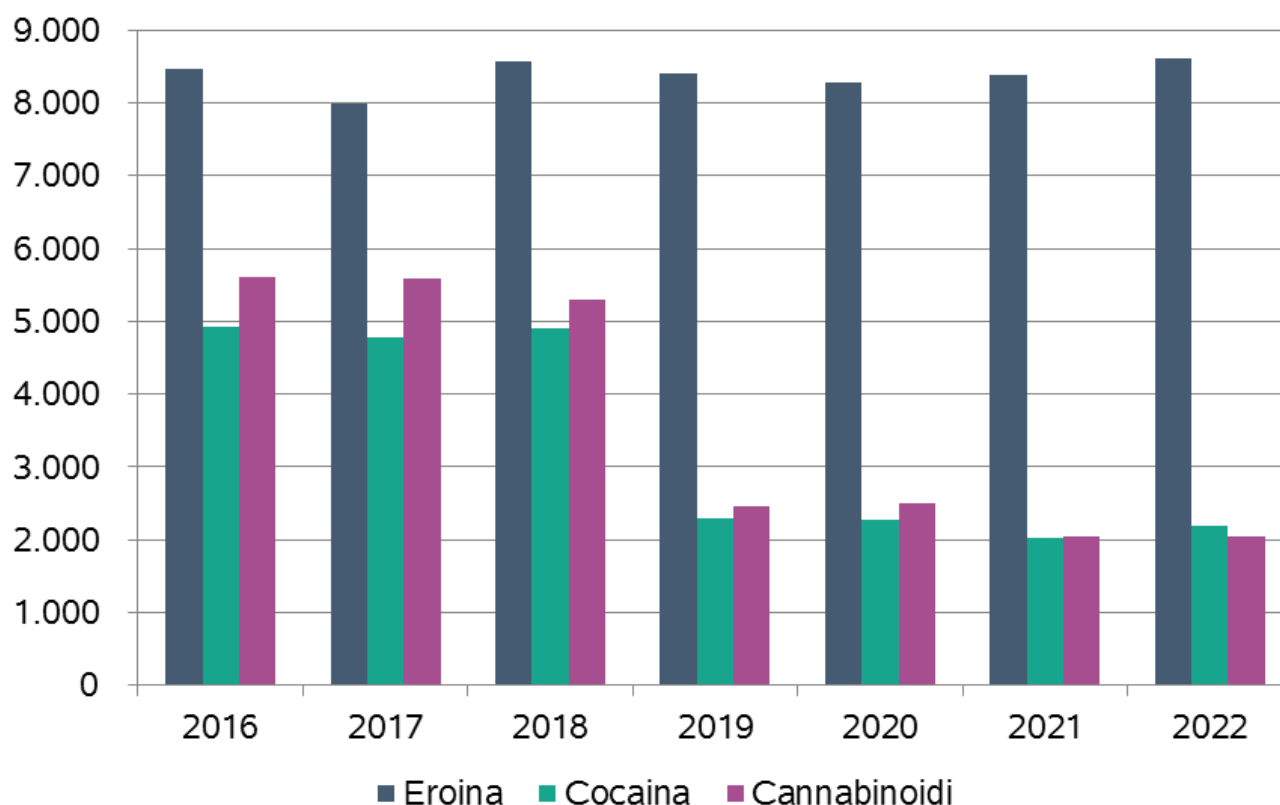
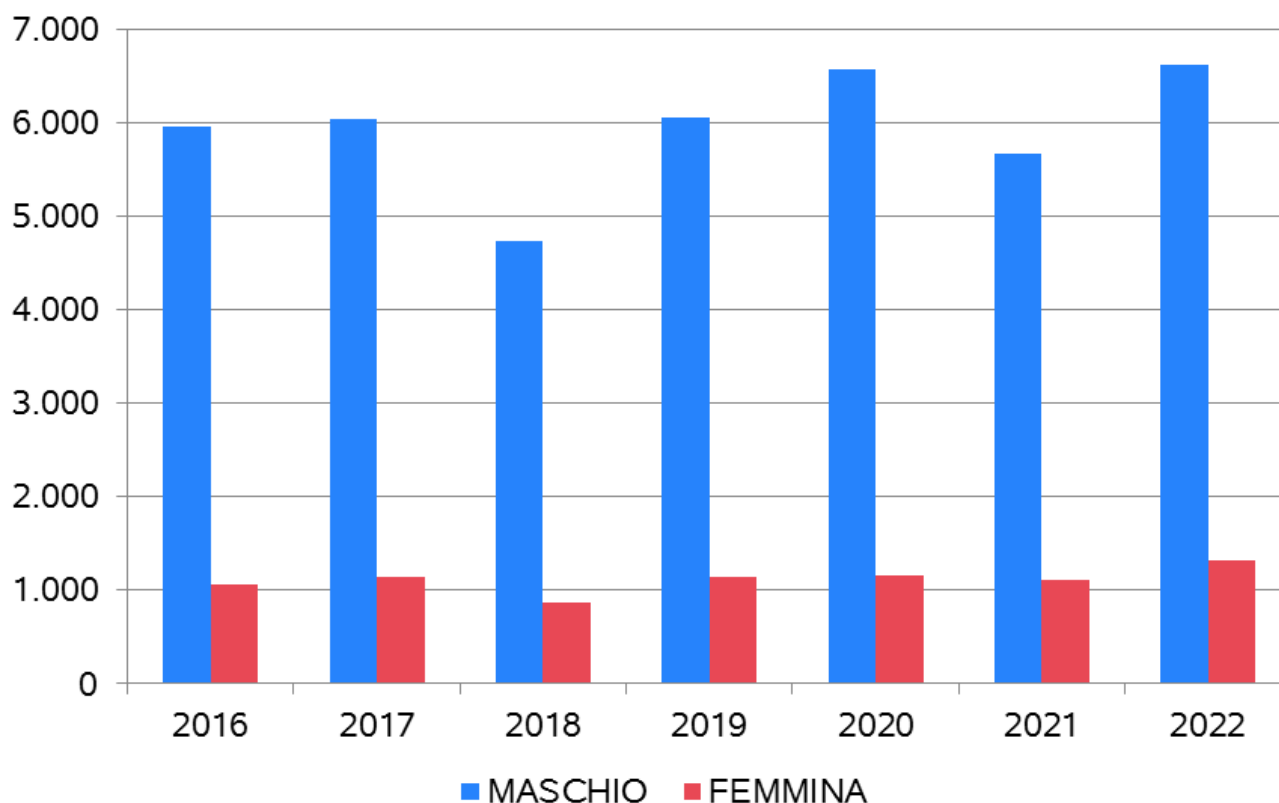


Figura 28.1.2 Cannabinoidi: sostanza di primo uso per sesso. Veneto, Anni 2016-2022 (Fonte: Data Warehouse regionale – Elaborazione su flussi SIND)



Approfondimenti

⇒ Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia

<https://www.politicheantidroga.gov.it/it/notizie/notizie/relazione-annuale-al-parlamento-2022/>

⇒ Relazione annuale sui risultati ottenuti dal nostro Paese nella lotta al traffico illecito delle sostanze stupefacenti

<https://antidroga.interno.gov.it/temi/report/relazioni-annuali-dcsa/>

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità ed Inclusione Sociale Direzione Servizi Sociali, Regione del Veneto

📍 Rio Novo Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

✉️ servizi.sociali@regione.veneto.it

☎️ 041/2791445

28.2 Disturbo da gioco d'azzardo

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo è oggetto di particolare attenzione dal 2016 con l'istituzione, ai sensi dell'articolo 1, comma 946 della Legge n. 208 (Legge di stabilità 2016) del 28/12/2015 del Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP). In questi 6 anni, la Regione del Veneto ha consolidato le capacità dei Servizi per le Dipendenze di offrire concrete risposte socio-sanitarie ai bisogni di salute correlati a questa dipendenza comportamentale. Tale obiettivo è stato perseguito attraverso progettualità locali, affiancate ai programmi terapeutici già attivi, che hanno incrementato la qualità e la quantità degli interventi. Inoltre, sono state rafforzate le iniziative di prevenzione universale, selettiva e indicata, anche realizzando importanti sinergie di rete con il Privato Sociale Accreditato e con i diversi attori istituzionali presenti nel territorio.

I dati di monitoraggio, raccolti nel periodo di attuazione delle diverse pianificazioni, evidenziano una diminuzione degli utenti negli ultimi anni. La pandemia Covid-19 ha fortemente impattato sulle persone, influenzandone le abitudini e i consumi e limitando per mesi l'accesso al gioco su rete fisica, a seguito dei vari provvedimenti restrittivi emanati dalle Autorità nazionali. Per questa ragione è importante osservare l'evoluzione temporale del fenomeno ed in particolare quanto rilevato dopo l'anno 2019 e alla diffusione dell'emergenza sanitaria.

In un primo momento le restrizioni associate (chiusura delle sale da gioco, numero ridotto di eventi sportivi, ecc.) hanno portato ad una prima riduzione dei comportamenti di gioco, ma ad un probabile maggior gioco d'azzardo online, anche se non vi sono dati consolidati. In un secondo momento, la conseguente riapertura dei locali per il gioco d'azzardo e lo stress connesso alla situazione pandemica, che come riportano le ricerche scientifiche ha avuto un'influenza sullo stato di benessere degli individui, hanno incrementato i fattori di rischio e i fattori esacerbanti connessi alla psicopatologia associata al gioco d'azzardo.

Oggi siamo nella fase immediatamente successiva al periodo critico emergenziale. È prevedibile che, la tendenza che già si osserva a livello nazionale all'incremento di tutte le dimensioni del gioco porti ad una maggiore complessità e ad una crescita della domanda di interventi sociali e sociosanitari, seppur in maniera differenziata. I giocatori patologici vivono spesso il loro disagio ed il loro disturbo comportamentale in solitudine, fino alla scoperta del problema da parte della famiglia. Il piano regionale GAP 2022 (attualmente alla verifica dell'Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave presso il Ministero della Salute) avrà, quindi, il compito di mantenere gli interventi strutturali legati all'organizzazione del tessuto sociale e della comunità che permetta un'attenzione specifica sui fenomeni delle dipendenze comportamentali e di implementare nuovi percorsi formativi e di sensibilizzazione dei possibili soggetti coinvolti. Una particolare attenzione andrà rivolta ai più giovani, per la fragilità di personalità in formazione ed evoluzione.

Per quanto concerne il Piano in corso di attuazione, tra le molteplici e apprezzabili progettualità, possiamo ricordare alcune azioni particolarmente innovative:

- l'applicazione per smartphone "Chiama e Vinci" dell'Azienda ULSS 3 Serenissima;
- la sperimentazione della Stimolazione Magnetica Transcranica Ripetitiva (rTMS) presso l'Azienda ULSS n. 6 Euganea;
- la piattaforma informativa Internet, denominata INDIPENDO (<https://www.indipendo.it/>),

dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana.

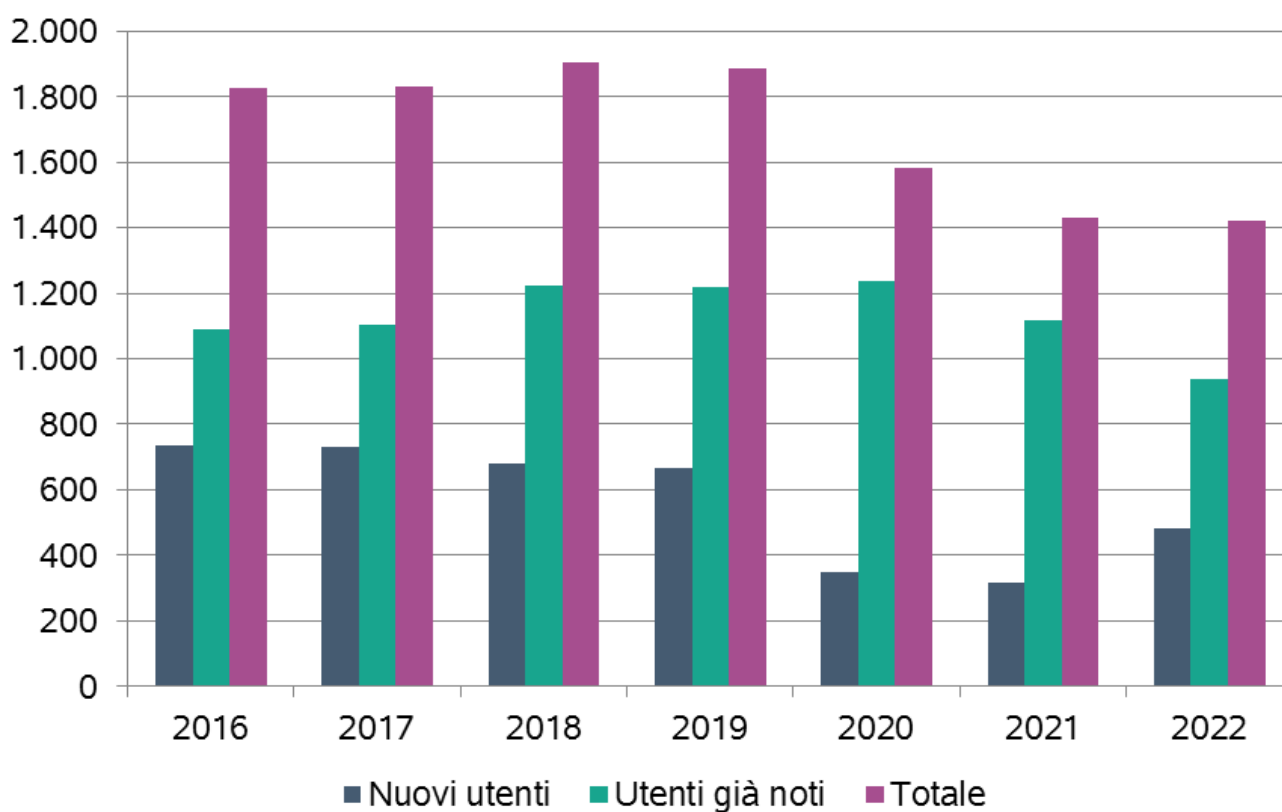
Non va dimenticato infine che le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione, rivolte alle persone affette da Disturbo da Gioco d'Azzardo sono ulteriormente promosse e rafforzate dalla Legge regionale n. 38 del 10/09/2019, recante: "Norme sulla prevenzione e cura del disturbo da gioco d'azzardo patologico".

Nota Metodologica

Fonte dei dati:

i dati provengono direttamente dalle Aziende ULSS del Veneto e dall'Azienda Ospedaliera Universitaria.

Figura 28.2.1 Disturbo da Gioco d'Azzardo: utenti nel Veneto. Anni 2016-2022 (Fonte: Aziende ULSS e Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona)



Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità ed Inclusione Sociale - Direzione Servizi Sociali - Regione del Veneto

 Rio Novo Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

 servizi.sociali@regione.veneto.it

 041/2791445

29. Infanzia, adolescenza e famiglia

CONTENUTI

- 29.1 Età evolutiva
- 29.2 Neuropsichiatria Infantile
- 29.3 Consultori familiari
- 29.4 Unità Funzionali Distrettuali per l'Adolescenza

INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIA E CONSULTORI

Età evolutiva  (Target 0-17 anni) problematiche di apprendimento scolastico, di crescita in generale	Neuropsichiatria infantile  (Target 0-17 anni) patologie dello sviluppo dall'infanzia all'adolescenza	Consultori familiari  (Target 14-65 anni) problematiche sessuali, gravidanza, IVG, genitorialità responsabile	Unità Distrettuali per l'Adolescenza  (Target 12-24 anni) risposta al disagio conseguente alla pandemia da Covid-19
---	--	---	--

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

ETÀ EVOLUTIVA



NEUROPSICHIATRIA INFANTILE



CONSULTORI FAMILIARI

76.706 UTENTI NEL 2022 (+1,3% vs 2021)

26% STRANIERI

68% SINGOLI

6% COPPIE

14% FAMIGLIE



88 EQUIPE MULTI-PROFESSIONALI E MULTIDISCIPLINARI COMPLETE

UNITÀ DISTRETTUALI PER L'ADOLESCENZA

2.484 UTENTI NEL 2022

0,4% DEI RESIDENTI 12-24 ANNI



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

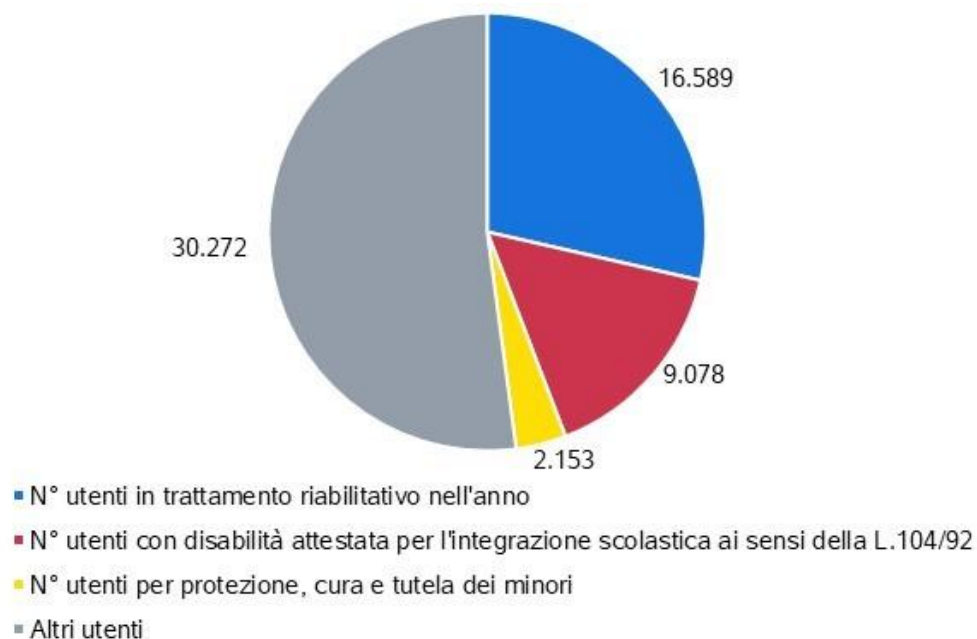
29.1 Età evolutiva

Negli ultimi anni le famiglie hanno subito cambiamenti importanti, sono aumentate la complessità dei bisogni e la richiesta di interventi integrati e trasversali alle diverse aree. L'Unità Operativa Complessa Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori (al cui interno operano le UOS Età Evolutiva, UOS Consultori Familiari e UOS Neuropsichiatria infantile) fornisce in maniera integrata e globale interventi di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psicosociale e della patologia dell'infanzia, dell'adolescenza e della famiglia, promuovendone la salute.

Attraverso le politiche sviluppate all'interno del piano triennale di interventi a favore delle famiglie (Legge regionale 28 maggio 2020, n. 20, "Interventi a sostegno della famiglia e della natalità") la Regione del Veneto ha sviluppato interventi verso le famiglie fragili (nuclei familiari più vulnerabili sotto il profilo socio-economico), le coppie con figli piccoli per frenare la denatalità (voucher), lo sportello famiglia (orientamento e informazione alle famiglie), assumendo l'impegno programmatico ad operare, per la valorizzazione della famiglia, con un approccio organico ed integrato con le variegate iniziative e risorse della comunità territoriale (enti pubblici, enti privati e del terzo settore). L'Unità Operativa Semplice per l'Età Evolutiva svolge attività di prevenzione, diagnosi e cura delle problematiche relative per i minori in età evolutiva (0-17 anni) con bisogni di aiuto in diversi ambiti dello sviluppo e alle loro famiglie, in particolare per problematiche legate al linguaggio, al movimento e motricità, all'apprendimento scolastico, alla relazione e socializzazione. Negli ultimi anni sono aumentate esponenzialmente da parte della scuola le richieste di valutazione per le certificazioni L.104 che al momento assorbono importanti risorse.

La Figura 29.1.1 rappresenta gli utenti che si sono rivolti ai servizi di età evolutiva nel corso dell'anno 2022, su un totale di 58.092. Il dato mostra che il 15% degli utenti afferenti al servizio è seguito per la certificazione L. 104/1992.

Figura 29.1.1 Utenti che hanno effettuato l'accesso ai servizi di Età Evolutiva, Veneto, anno 2022
(Fonte: AULSS)



Per maggiori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Servizi Sociali - Regione del Veneto

📍 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

✉️ famigliaminorigiovani@regione.veneto.it

☎️ 0412791403

29.2 Neuropsichiatria Infantile

L'Unità Operativa Semplice di Neuropsichiatria Infantile è una struttura interdisciplinare deputata all'attuazione di percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie dello sviluppo: neurologiche, psichiatriche, cognitive, relazionali e neuropsicologiche dell'infanzia e dell'adolescenza. Le stesse non sono state attivate in tutte le Aziende.

Nel 2022, 48.537 utenti si sono rivolti ai servizi della Neuropsichiatria infantile, il 18% degli utenti è seguito per la certificazione L. 104/1992 (Figura 29.2.1).

Figura 29.2.1 Utenti che hanno effettuato l'accesso ai servizi di Neuropsichiatria infantile, Veneto, anno 2022 (Fonte: AULSS)



Per maggiori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Servizi Sociali - Regione del Veneto

📍 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

✉ famigliaminorigiovani@regione.veneto.it

☎ 0412791403

29.3 Consulitori familiari

L'Unità Operativa Semplice Consultorio Familiare ha prevalentemente funzioni di prevenzione consulenza e cura dei problemi inerenti la gravidanza, la maternità e paternità responsabili, il periodo di puerperio, le richieste di interruzione volontaria della gravidanza, le problematiche relazionali affettive, sessuali e intrafamiliari del singolo, della coppia o dell'intero nucleo famiglia.

La rete dei Consulitori Familiari (CF) della Regione del Veneto è composta da 88 équipe multiprofessionali e multidisciplinari complete che esercitano in 24 sedi principali; in media è presente un'équipe completa ogni 35.019 abitanti di età compresa tra i 14 e i 65 anni ossia la popolazione target dei CF, con una rilevante variabilità a livello territoriale, come si evince dalla Tabella 29.3.1. Nel corso del 2022, i CF hanno assistito, ossia hanno erogato almeno una prestazione nell'anno (esclusi i contatti telefonici), un totale di 76.706 utenti, pari allo 1,3% in più rispetto al 2021. Tale aumento si ritiene possa essere dovuto al continuo bisogno di supporto da parte dei singoli e delle famiglie per fare fronte alle necessità che si sono sviluppate a seguito alla pandemia da COVID-19, dichiarata emergenza sanitaria dall'Organizzazione Mondiale della Sanità dal 30/01/2020 al 05/05/2023. Sul totale degli utenti che si sono rivolti ai CF nel 2022, 20.011 sono stranieri, pari al 26,09% rispetto all'utenza totale.

Nel 2022 si sono rivolti ai CF:

- (1) 52.105 singoli: rappresentano il 67,93% del totale e sono stati il 2,4% in meno rispetto all'anno precedente;
- (2) 4.689 coppie: 6,11% del totale, in aumento rispetto al 2021, in particolare del 29,3%;
- (3) 10.707 famiglie: 13,96% del totale, in aumento del 29% rispetto al 2021.

Con riguardo ai nuovi utenti, essi hanno rappresentato poco meno della metà dell'utenza complessiva, risultata essere di 36.178 utenti, pari al 47,16% dell'utenza totale (3,6% in più rispetto al 2021). Dei nuovi utenti, 9.468 sono stranieri (pari al 12% dell'utenza totale).

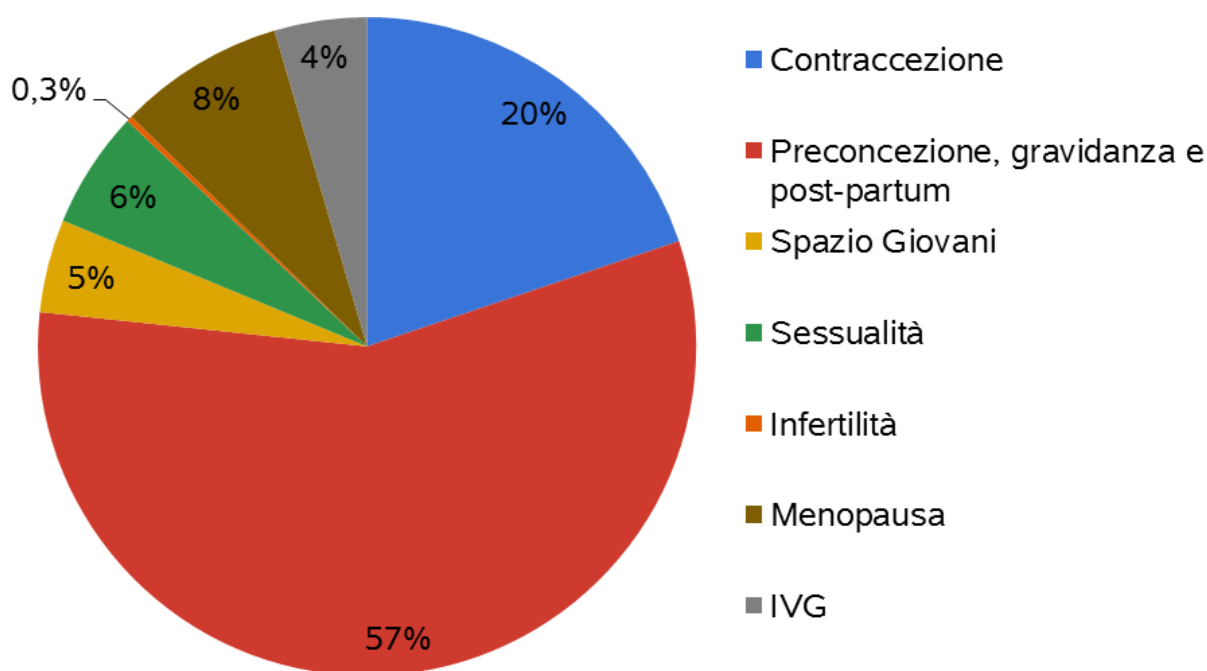
La prevalenza nel 2022 è stata di 249 assistiti per 10.000 residenti di età compresa tra i 14 e i 65 anni (2,03% in più rispetto al 2021) mentre l'incidenza è stata di 117 assistiti per 10.000 residenti di età compresa tra i 14 e i 65 anni (4,34% in più rispetto al 2021).

Come è possibile evincere dalla Figura 29.3.1, la maggior parte degli utenti si è rivolta ai Consulitori Familiari per fare fronte a problematiche inerenti all'area "preconcezionale, gravidanza e post-partum" (57%) e, a seguire, per le richieste relative all'area della "contraccezione" (20%).

Tabella 29.3.1 Popolazione residente per ogni équipe completa dei consultori familiari, distinta per Azienda ULSS, Veneto, anno 2022 (Fonte popolazione residente: dati SISTAR 2021)

Azienda Ulss	Ulss 1	Ulss 2	Ulss 3	Ulss 4	Ulss 5	Ulss 6	Ulss 7	Ulss 8	Ulss 9	Veneto
Popolazione/équipe	24.395	37.317	23.867	35.767	28.715	32.938	38.538	45.156	49.268	35.019

Figura 29.3.1 Accessi ai servizi dei Consultori Familiari per relative tipologie, Veneto, anno 2022 (Fonte: AULSS)



Approfondimenti

↔ Consultori Familiari Report Attività 2022

<https://www.regione.veneto.it/web/sociale/consultori-familiari>

Per maggiori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Servizi Sociali - Regione del Veneto

📍 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

✉ famigliaminorigiovani@regione.veneto.it

☎ 0412791403

29.4 Unità Funzionali Distrettuali per l'Adolescenza

La complessità dei bisogni di prevenzione, presa in carico e cura nella fase adolescenziale non possono prescindere da una presa in carico multiprofessionale e familiare che può essere di diverso tipo: a prevalenza medica, a prevalenza psicologica, a prevalenza educativa, a prevalenza sociale. La presa in carico, correlata a una prassi orientata alla continuità terapeutica e assistenziale, si fonda su progetti individuali, che richiedono un forte investimento sul lavoro d'équipe, intesa come gruppo multidisciplinare in grado di sviluppare un'accurata lettura della situazione, di integrare i dati di osservazione e di modulare una progettualità terapeutica e assistenziale coerentemente articolata. Il servizio sperimentale Unità Funzionale Distrettuale Adolescenti (UFDA) si configura come una équipe multiprofessionale composta da psicologo, assistente sociale, educatore professionale, neuropsichiatra infantile e psichiatra. I dati forniti dalle Aziende Ulss della Regione del Veneto rilevano che su un totale di 618.399 residenti in Veneto al 1 gennaio 2023 nella fascia d'età 12-24 anni, 2.484 risultano essere stati presi in carico dai servizi UFDA.

Per maggiori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Servizi Sociali - Regione del Veneto

 Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

 famigliaminorigiovani@regione.veneto.it

 0412791403

30. Un quadro macro economico sulla spesa sanitaria regionale

CONTENUTI

- 30.1 Il “peso” della spesa sanitaria sul bilancio regionale
- 30.2 Il trend dei costi del SSR e la relazione con il livello di finanziamento

SPESA SANITARIA REGIONALE

Anno 2022

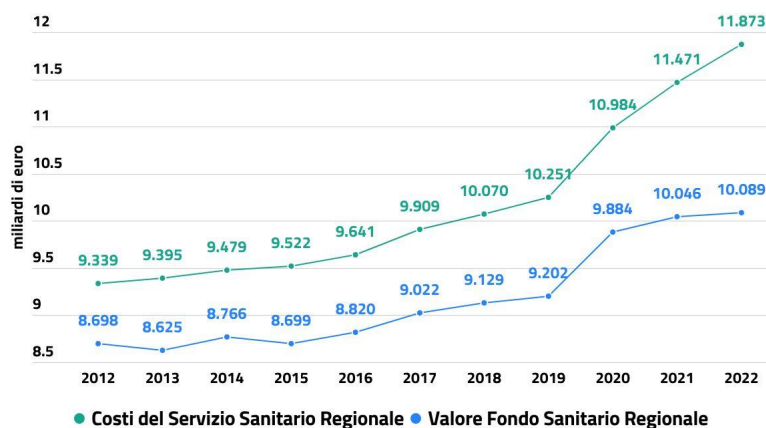
11,9 miliardi di euro

Impegni di **spesa sanitaria**
del Bilancio regionale
Veneto.

82,5%

del totale degli impegni del
bilancio regionale Veneto

Trend anni 2012-2022



30.1 Il “peso” della spesa sanitaria sul bilancio regionale

Un primo dimensionamento del “peso” finanziario del settore sanitario per un’amministrazione regionale è derivabile analizzando il bilancio ed, in particolare, gli impegni di spesa. Gli importi economici complessivi (quindi non solo sanità) degli impegni di spesa a valere sui capitoli del bilancio di Regione del Veneto nel quadriennio 2019-2022 sono i seguenti:

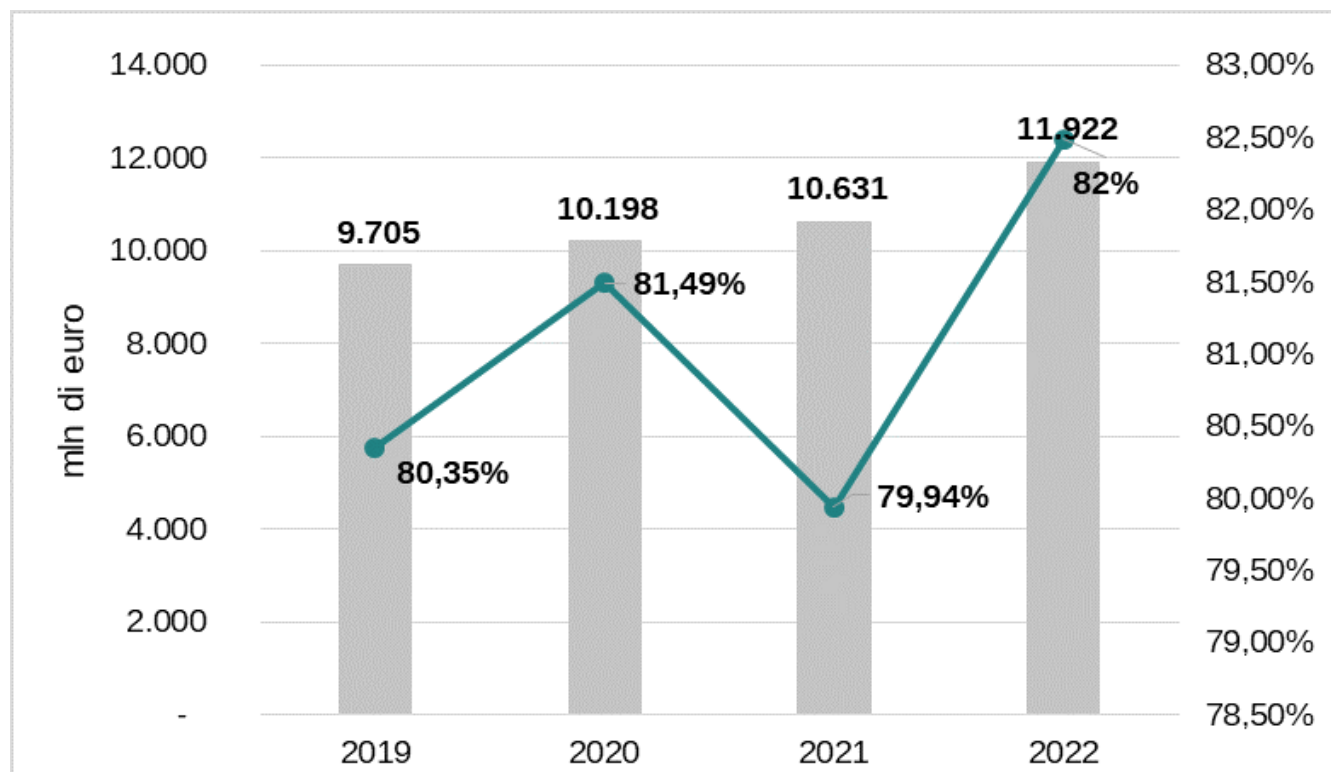
- 12.078,6 milioni di euro nell’esercizio finanziario 2019;
- 12.514,5 milioni di euro nell’esercizio finanziario 2020;
- 13.299,8 milioni di euro nell’esercizio finanziario 2021;
- 14.452,5 milioni di euro nell’esercizio finanziario 2022.

Tali importi tengono in considerazione solamente gli impegni di spesa inerenti alle voci di spesa corrente e spesa in conto capitale, al netto delle partite di giro.

Approfondendo l’analisi è possibile scindere gli impegni effettuati a valere su capitoli di bilancio che rientrano nel perimetro sanitario che risultano pari a:

- 9.705,3 milioni di euro (80,35% sul totale delle impegni del bilancio regionale) per l’anno 2019;
- 10.198,3 milioni di euro (81,49% sul totale delle impegni del bilancio regionale) per l’anno 2020, contraddistinto pesantemente dall’emergenza sanitaria conseguente alla diffusione del virus Sars-Cov-2. La percentuale di utilizzo delle risorse regionali destinate alla sanità è incrementata dell’1,14% pari in termini assoluti a circa 143 milioni di euro di maggiori impegni rispetto all’esercizio precedente;
- 10.631,3 milioni di euro (79,94% sul totale degli impegni del bilancio regionale) per l’esercizio 2021, anch’esso fortemente segnato dall’emergenza sanitaria da Covid-19. La flessione della percentuale di utilizzo delle risorse finanziarie regionali destinate alla sanità, pari all’1,55% circa, non ha significato una contrazione delle risorse impegnate per il settore sanitario che aumentano di circa 433 milioni di euro rispetto all’anno precedente. Tale riduzione è dovuta al maggior incremento delle risorse fuori perimetro sanitario;
- 11.922,3 milioni di euro (82,49% sul totale degli impegni del bilancio regionale) per l’esercizio 2022. Il notevole aumento, pari a circa 1,3 mld di euro rispetto all’esercizio 2021, è dovuto principalmente all’aumento del Fondo Sanitario Nazionale, alle risorse erogate per contrastare l’aumento dei prezzi delle fonti energetiche ed alle risorse in conto capitale stabilite dal PNRR.

Figura 30.1.1 Trend annuale del valore economico degli impegni di spesa sanitari del Bilancio regionale (in milioni di euro) ed il peso % dei capitoli del perimetro sanità. Anni 2019-2022



Per maggiori informazioni

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ADEMPIMENTI LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto

📍 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova

✉ controllo.gestione@azero.veneto.it

☎ 0498778505

30.2 Il trend dei costi del SSR e la relazione con il livello di finanziamento

Analizzando i bilanci economici consolidati del Servizio Sanitario Regionale (SSR) dall'esercizio 2012 all'esercizio 2022, si può riscontrare un trend dei costi totali in continua crescita. Se dall'anno 2012 all'anno 2019 l'aumento si può considerare come una crescita - per certi versi - fisiologica dei costi, ed in ogni caso abbastanza contenuta in termini percentuali, lo stesso non si può dire per quanto riguarda gli esercizi 2020, 2021 e 2022. Il diffondersi della malattia Covid-19 e le conseguenti misure poste in essere dall'amministrazione regionale per contrastarla hanno significativamente inciso sulla dinamica di crescita del livello di costosità del sistema sanitario nell'ultimo triennio. Nell'ultimo anno in particolare ha inciso inoltre il forte aumento e la costante inflazione sui costi delle materie prime, soprattutto i costi per l'approvvigionamento energetico come meglio spiegato nel paragrafo 31.12. Nella figura 30.2.1 è possibile notare il livello - in termini assoluti - e il trend di aumento dei costi totali del Servizio Sanitario Regionale nel corso degli anni. L'importo è comprensivo dei costi della produzione e dei costi per imposte ed al netto dei costi straordinari.

Appare utile un confronto in parallelo con l'evoluzione del finanziamento del settore sanitario, facendo in particolare riferimento alla quota delle risorse del Fondo Sanitario Regionale (FSR) ricevute annualmente dall'amministrazione centrale.

Il livello del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), comprensivo della quota di risorse indistinte e delle risorse vincolate, è cresciuto nel corso degli esercizi e di conseguenza anche la quota di fondo destinato alla Regione Veneto ha subito delle modifiche nel corso degli anni. Oltre che per un incremento assoluto del FSN, il cambiamento del livello del FSR è in parte dovuto anche alla modifica della quota d'accesso della Regione Veneto che storicamente si attesta poco al di sopra dell'8% (conseguente alla dinamiche demografiche delle popolazioni residenti nella varie regioni). Nell'esercizio 2021 la quota d'accesso al fondo era pari al 8,19%, raggiungendo nell'anno 2022 l'8,23%. Negli esercizi 2020 e 2021 le risorse del FSN sono state incrementate con i finanziamenti statali emergenziali disposti con i molteplici atti statali di assegnazione. Nell'esercizio 2022 il livello del fondo sanitario si è mantenuto in linea con l'esercizio 2021. Nella figura 30.2.2 sono indicati i livelli del Fondo Sanitario Regionale dall'esercizio 2012 al 2022.

Se negli anni precedenti il tasso di crescita dei costi complessivi del SSR e il tasso di crescita del FSR sono incrementati in maniera quasi speculare, negli esercizi 2021 e 2022 il gap è aumentato notevolmente. Si espone nella figura 30.2.3 un grafico complessivo che mette a confronto i due tassi di crescita dall'esercizio 2012 all'esercizio 2022.

Figura 30.2.1 Costi complessivi del SSR in milioni di euro. Anni 2012-2022

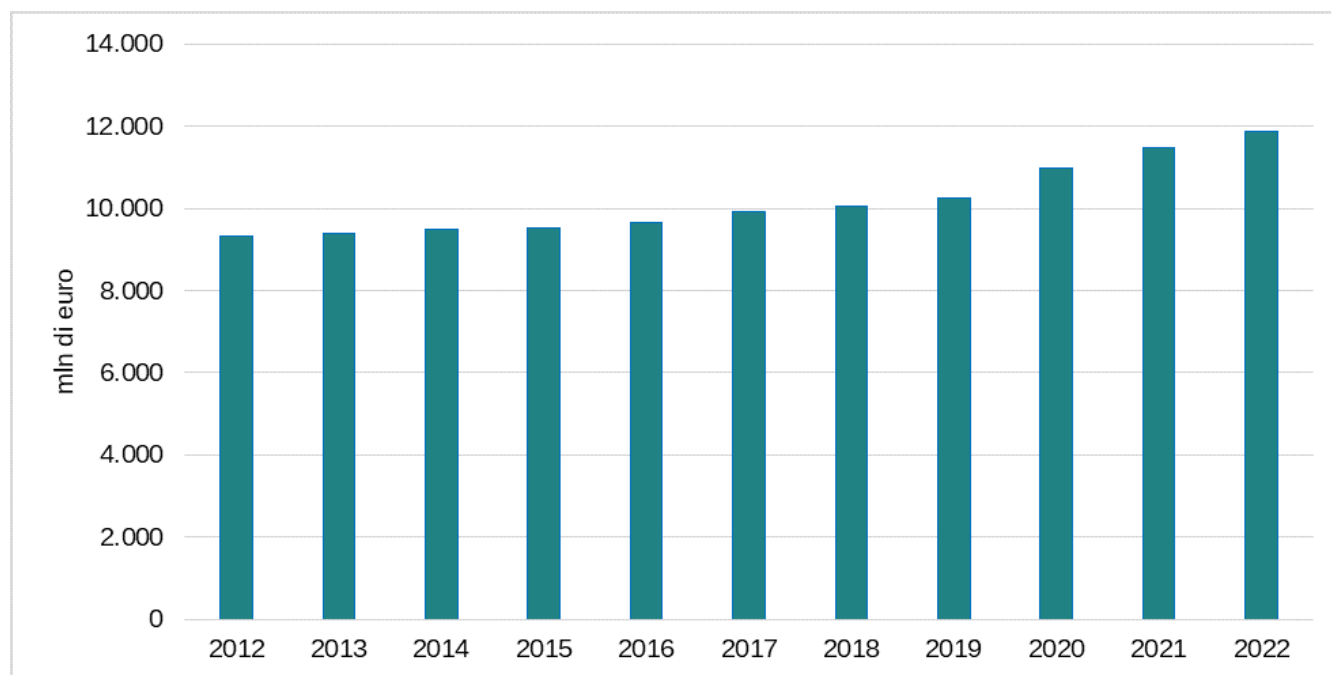


Figura 30.2.2 Livello del FSR in milioni di euro. Anni 2012-2022

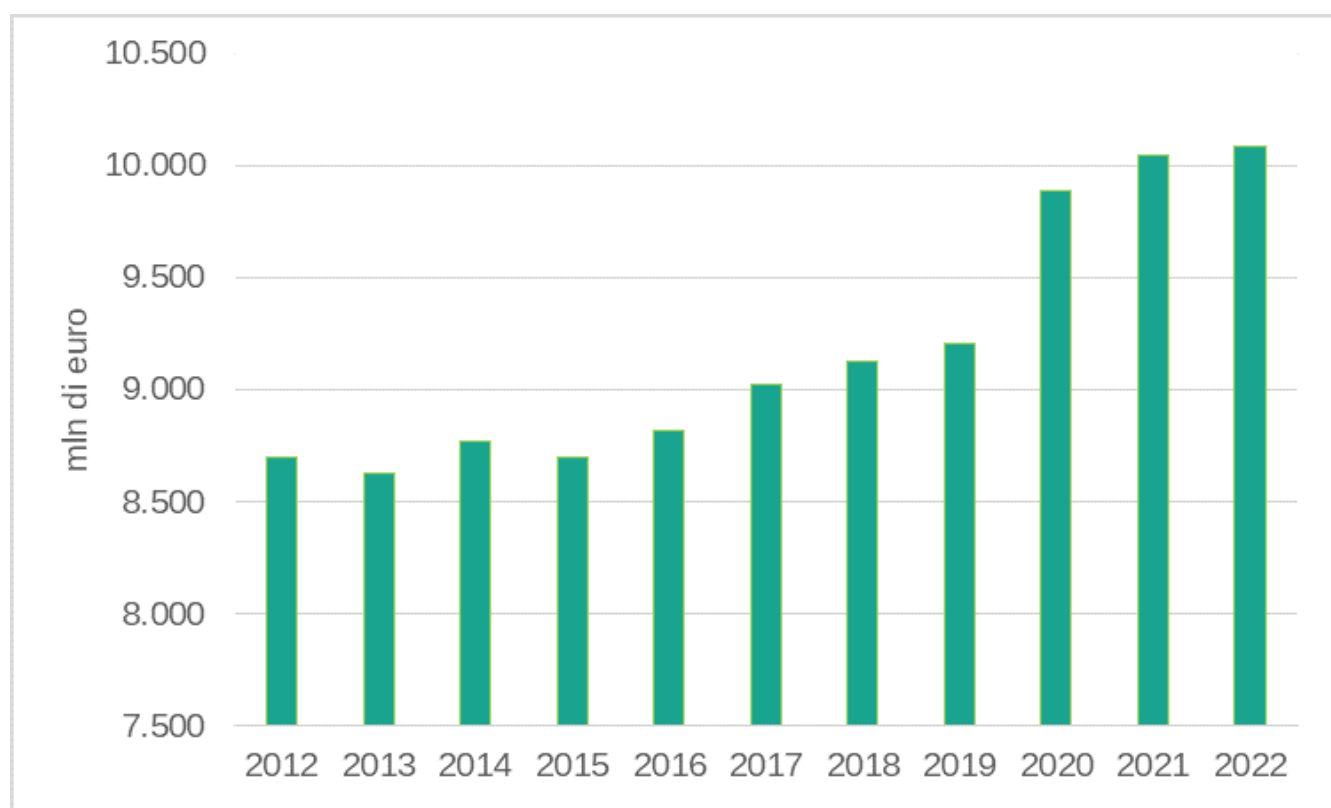
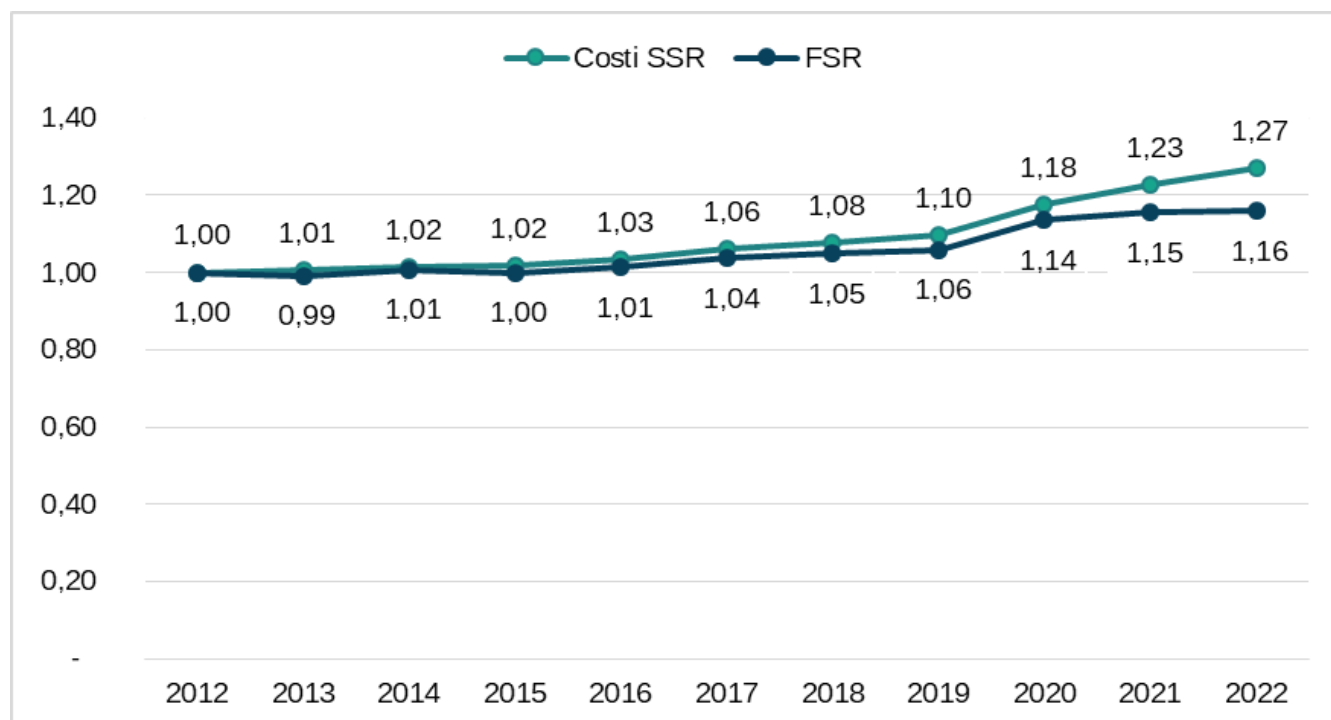


Figura 30.2.3 Confronto tassi di crescita Costi del SSR e incremento FSR. Anni 2012-2022

**Per maggiori informazioni**

U.O.C. Controllo di Gestione e Adempimenti LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto

📍 Passaggio L. Gaudenzio, 1 - 35131 Padova

✉ controllo.gestione@azero.veneto.it

☎ 0498778505

31. La spesa sanitaria regionale e le sue principali determinanti

CONTENUTI

- 31.1 Le principali determinanti dei costi e l'incidenza della pandemia
- 31.2 Acquisti di beni sanitari e non sanitari
- 31.3 Acquisti di servizi sanitari e non sanitari
- 31.4 Costi del personale dipendente a tempo determinato ed indeterminato
- 31.5 I costi per l'erogazione dei LEA
- 31.6 La spesa sostenuta per l'offerta privata accreditata
- 31.7 La spesa out of pocket
- 31.8 L'impatto della mobilità sanitaria interregionale
- 31.9 La spesa per gli investimenti
- 31.10 Le aree di investimento e le determinanti di spesa
- 31.11 I costi per l'energia
- 31.12 I costi per l'emergenza Ucraina

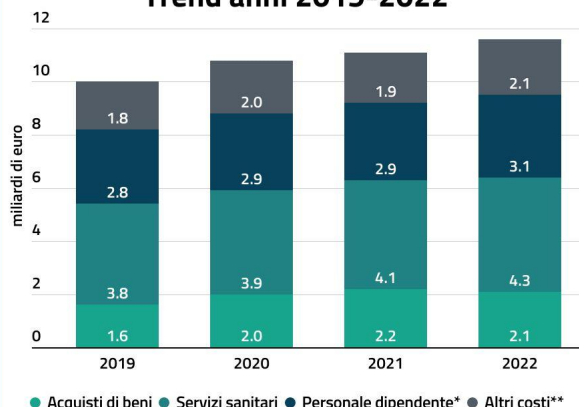
SPESA SANITARIA: LE PRINCIPALI DETERMINANTI

Totale costi della produzione

Anno 2022

11,6 miliardi2,1 miliardi
Acquisti di beni4,3 miliardi
Servizi sanitari3,1 miliardi
Personale
dipendente2,1 miliardi
Altri costi

Trend anni 2019-2022



*esclusa IRAP

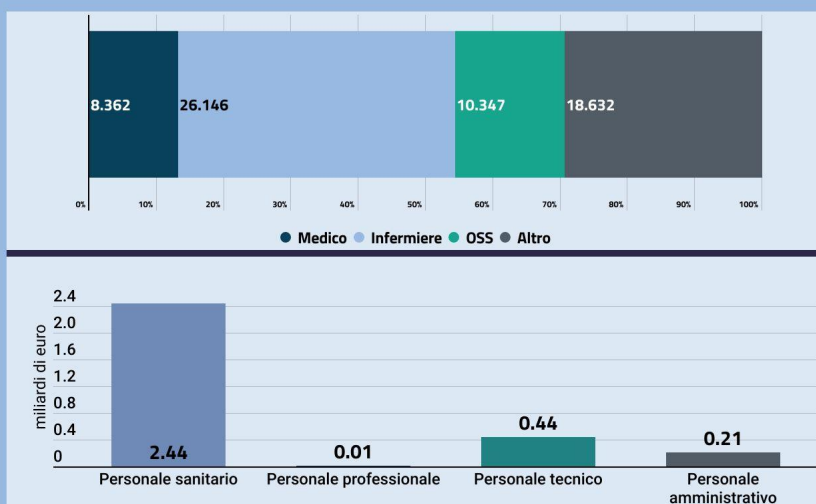
**servizi non sanitari, manutenzioni, affitti, noleggi, ammortamenti, accantonamenti, variazione delle rimanenze, ecc.

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

COSTO DEL PERSONALE DIPENDENTE

63.487
dipendenti al
31.12.2022

3,1 miliardi di euro
costo del personale
nel 2022



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

31.1 Le principali determinanti dei costi e l'incidenza della pandemia

Analizzando la spesa sanitaria come da Conto Economico Consuntivo Consolidato del sistema regionale nel quadriennio 2019-2022 si può riscontrare un trend di costante incremento. Considerando i costi della produzione del bilancio di esercizio consolidato, cioè i costi legati alla gestione caratteristica escluse le Imposte e tasse, si è passati da un totale di 10.046 mln di euro nel 2019 a 11.644 mln di euro nel 2022, con un incremento in valore assoluto di +1.598 mln di euro. Le voci che generano un impatto per circa il 90% della costosità totale nel 2022 sono l'acquisto di beni, l'acquisto di servizi e il personale che insieme valgono circa 10.424 mln di euro.

Tabella 31.1.1 Costi della produzione anni 2019-2022 in milioni di euro

Descrizione voce CE	2019	2020	2021	2022
Totale costi della produzione	10.046,03	10.771,97	11.245,26	11.644,20
Acquisti di beni	1.602,95	1.994,20	2.214,97	2.095,54
Servizi sanitari	3.836,76	3.877,80	4.100,51	4.255,18
Servizi non sanitari	717,33	729,82	858,58	979,40
Manutenzione e riparazione ordinaria	214,27	226,81	233,30	234,30
Affitti, canoni noleggio e leasing	128,18	127,53	138,19	140,45
Personale dipendente, esclusa IRAP	2.789,90	2.907,02	2.975,85	3.094,24
Ammortamenti	239,75	253,12	273,79	288,00
Variazione delle rimanenze	-15,50	-138,41	-224,81	-6,62
Accantonamenti dell'esercizio	484,97	735,71	622,24	503,23
Altri costi della produzione	47,42	58,35	52,63	60,47

Per maggiori informazioni

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ADEMPIMENTI LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova

 controllo.gestione@azero.veneto.it

 0498778505

31.2 Acquisti di beni sanitari e non sanitari

All'interno della categoria dei beni sanitari sono ricompresi gli acquisti di:

- Prodotti farmaceutici ed emoderivati;
- Dispositivi medici;
- Dispositivi medici impiantabili attivi;
- Dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD);
- Materiali per la profilassi (vaccini);
- Sangue ed emocomponenti;
- Prodotti dietetici;
- Prodotti chimici;
- Materiali e prodotti per uso veterinario;
- Altri beni e prodotti sanitari.

I beni non sanitari comprendono invece:

- Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere;
- Supporti informatici e cancelleria;
- Materiale per la manutenzione;
- Combustibili, carburanti e lubrificanti;
- Prodotti alimentari;
- Altri beni e prodotti non sanitari.

Gli acquisti di beni impattano nel 2022 sui costi di produzione per circa il 18%. Nel 2022 si registra una diminuzione rispetto al 2021 pari al 5% (-119 mln di euro). Analizzando le categorie di beni si può notare un aumento nel costo di farmaci e emoderivati pari a +111 mln di euro rispetto al 2021, che rappresentano il 56% della spesa complessiva. Si nota invece una diminuzione importante per circa 223 mln di euro nella categoria altri beni e prodotti sanitari che sono principalmente i dispositivi di protezione individuale acquistati prevalentemente da Azienda Zero.

Figura 31.2.1 Trend andamento dei costi degli acquisti di beni in milioni di euro. Anni 2019-2022

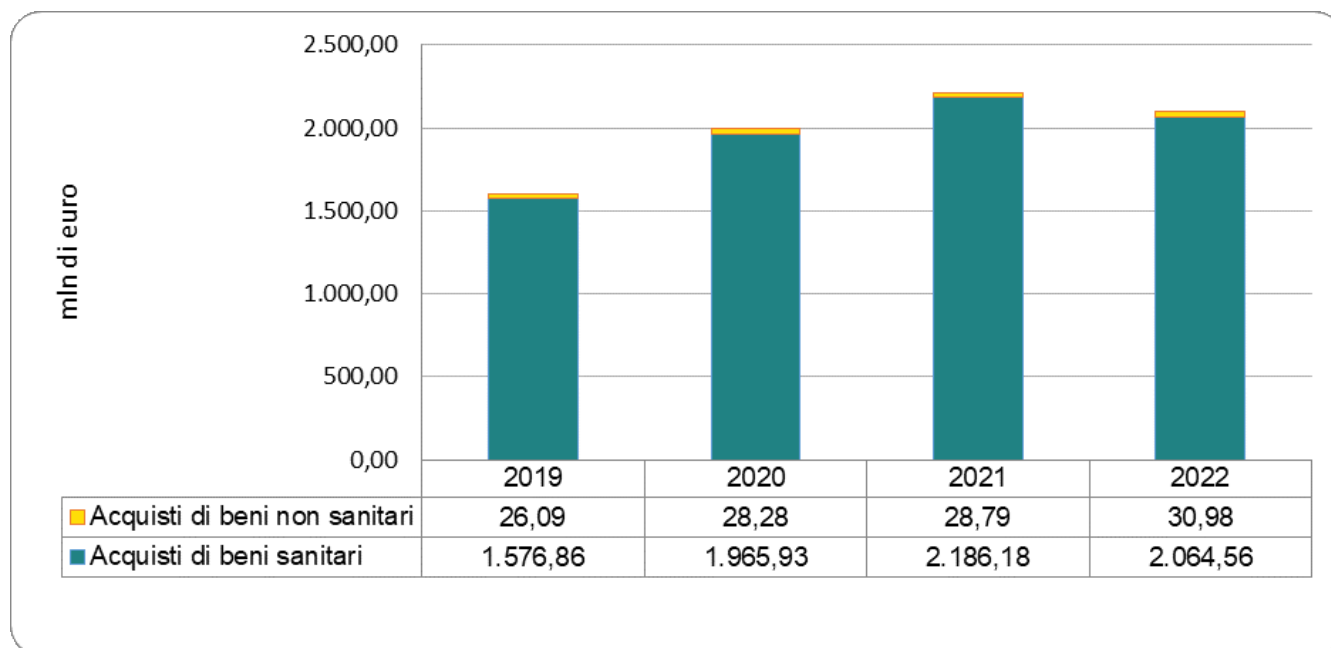


Figura 31.2.2 Categorie che compongono gli acquisti di beni. Anno 2022

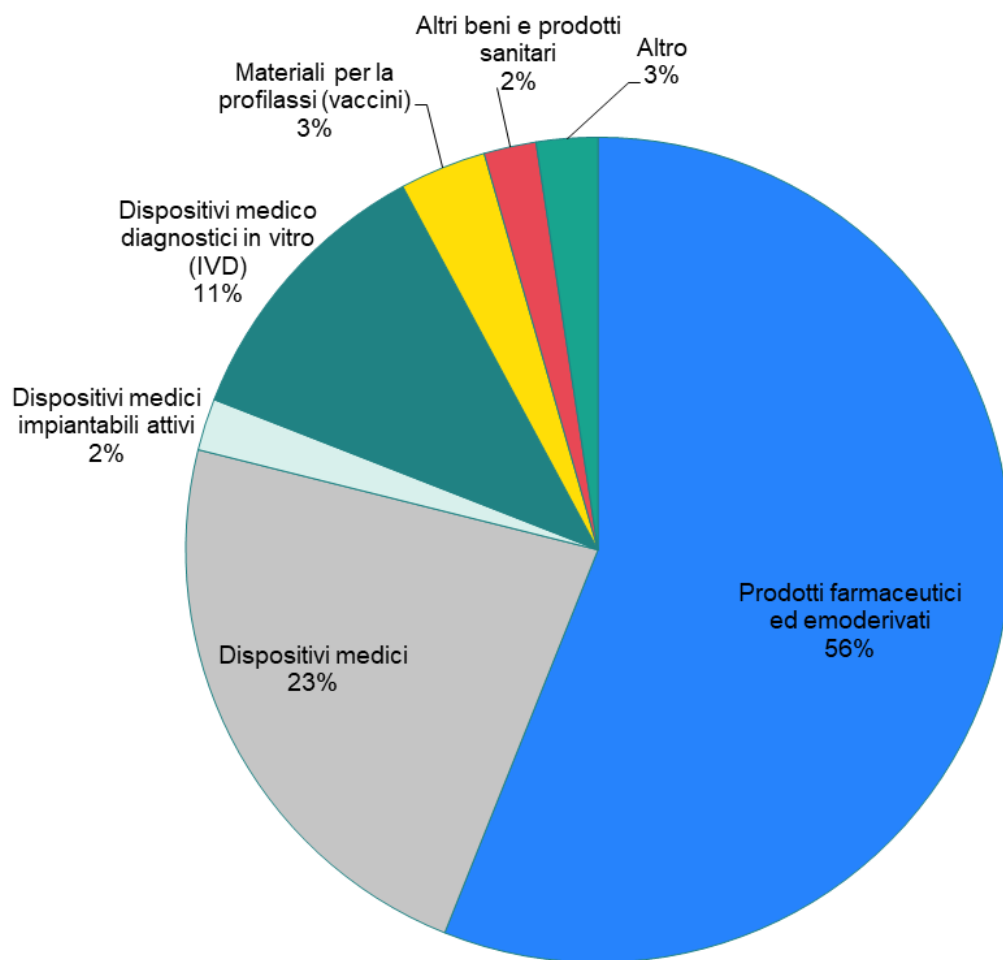
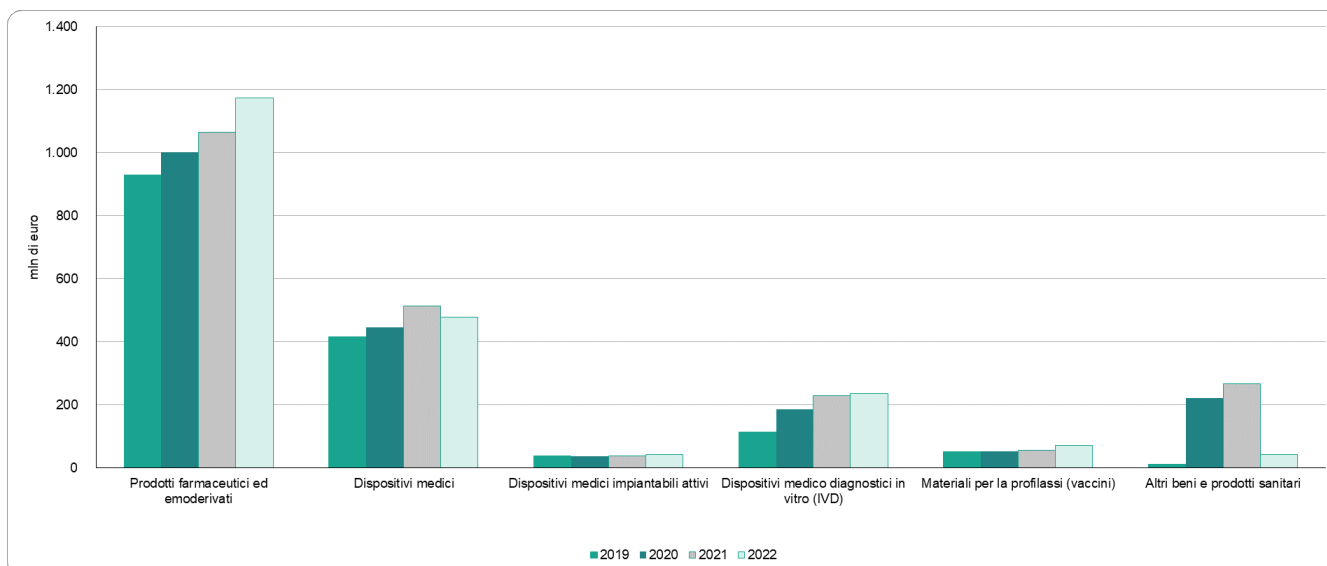


Figura 31.2.3 Valore delle categorie che compongono gli acquisti di beni sanitari in milioni di euro. Anni 2019-2022



Per maggiori informazioni

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ADEMPIMENTI LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova

 controllo.gestione@azero.veneto.it

 049 8778505

31.3 Acquisti di servizi sanitari e non sanitari

All'interno della categoria dei servizi sanitari sono ricompresi gli acquisti di:

- Assistenza per medicina di base (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, continuità assistenziale, ecc.);
- Assistenza per farmaceutica in convenzione;
- Assistenza ospedaliera (privati accreditati, attività fuori regione);
- Assistenza specialistica ambulatoriale (privati accreditati, attività fuori regione);
- Prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria (assistenza a persone non autosufficienti, disabili, minori, ecc.);
- Rimborsi, assegni e contributi sanitari;
- Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie;
- Servizi sanitari per assistenza riabilitativa;
- Servizi sanitari per assistenza integrativa, protesica;
- Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale;
- Prestazioni di distribuzione farmaci;
- Prestazioni di trasporto sanitario;
- Compartecipazione al personale per attività libero-professionali (intramoenia);
- Prestazioni termali in convenzione.

I servizi non sanitari comprendono invece:

- Lavanderia;
- Pulizia;
- Mensa;
- Riscaldamento;
- Servizi di assistenza informatica;
- Servizi trasporti (non sanitari);
- Smaltimento rifiuti;
- Utenze telefoniche;
- Utenze elettricità;
- Altre utenze;
- Premi di assicurazione;
- Altri servizi non sanitari (Attività di supporto tecnico e manutenzione ordinaria ai software aziendali, servizio cup, servizio call center, contact center, magazzino esterno, ecc.); - Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie; - Formazione (esternalizzata e non). Gli acquisti di servizi impattano nel 2022 sui costi di produzione per il 45%. L'andamento nel quadriennio ha evidenziato una tendenza sostanzialmente lineare di crescita, passando da un valore complessivo di 4.554 mln di euro nel 2019 ad un valore di 5.235 mln di euro nel bilancio economico consuntivo consolidato 2022 (+681 mln nel quadriennio). La categoria di spesa nei servizi sanitari con il tasso di crescita maggiore è quella relativa alle consulenze e collaborazioni sanitarie e socio-sanitarie che ha risentito molto degli effetti dei provvedimenti programmatori nazionali e regionali relativi alla gestione della pandemia che hanno esteso le possibilità di reclutamento del personale sanitario con rapporti liberi professionali. Si nota infatti un incremento nel 2022 rispetto al 2019 pari a circa +102%. La

riduzione del 27% dei costi per assistenza integrativa rispetto al 2019 è dovuta alla gara effettuata per i presidi per l'automonitoraggio del diabete che ha ridotto notevolmente i costi di acquisto. Tra i servizi non sanitari si notano gli incrementi più importanti nelle utenze di elettricità (+73% rispetto al 2021 e +97% rispetto al 2019) e riscaldamento (+53% rispetto al 2021 e +77% rispetto al 2019) dovuti agli incrementi dei prezzi delle materie prime energetiche. Si nota, inoltre, un importante aumento rispetto al 2019 nei costi di smaltimento rifiuti dovuto ai costi di abbattimento e smaltimento delle carcasse a seguito dell'influenza aviaria e allo smaltimento dei rifiuti infetti prodotti dai punti tampone e dai punti vaccinali.

Nei servizi non sanitari incidono molto alcune componenti sorte a seguito della pandemia:

- nelle aziende sanitarie, i servizi per i controlli ai varchi d'accesso alle strutture sanitarie, gli ulteriori costi per i servizi di vigilanza presso i punti tampone e vaccinali, il potenziamento dei servizi di contact center o di CUP.
- in Azienda Zero, i servizi per la logistica dei beni acquistati per fronteggiare la gestione emergenziale.

Figura 31.3.1 Trend andamento dei costi degli acquisti di servizi in milioni di euro. Anni 2019-2022

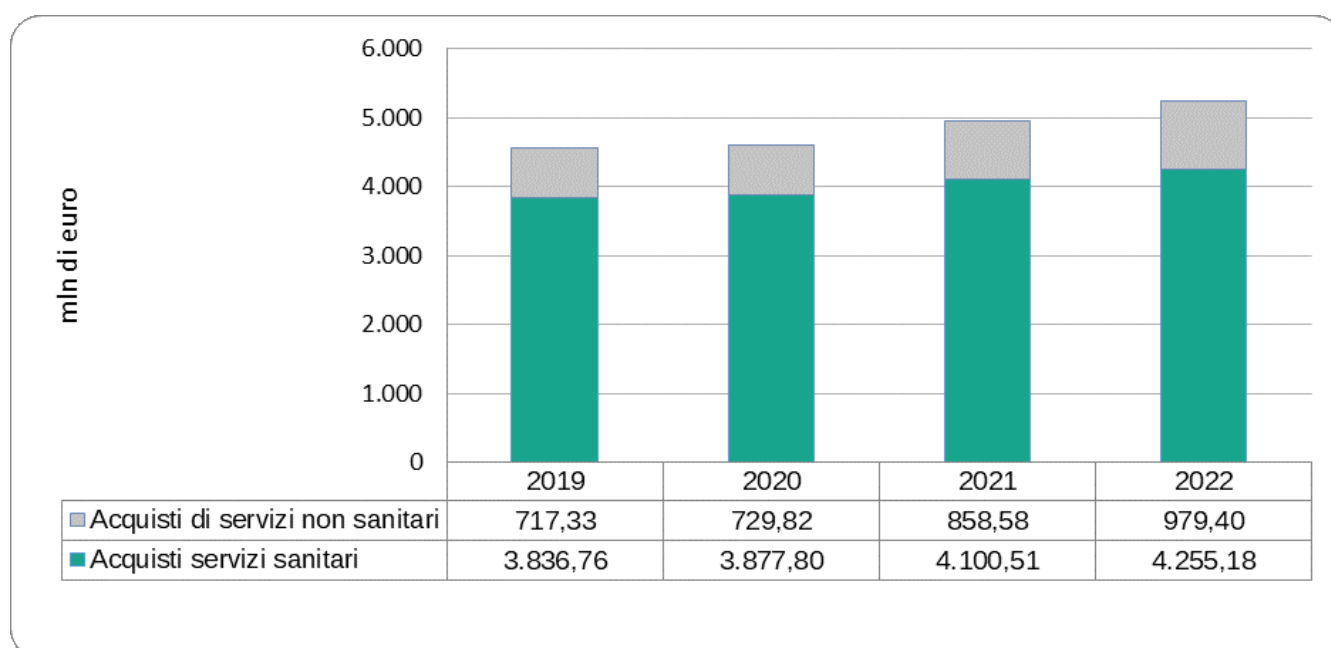


Figura 31.3.2 Categorie che compongono i servizi sanitari. Anno 2022

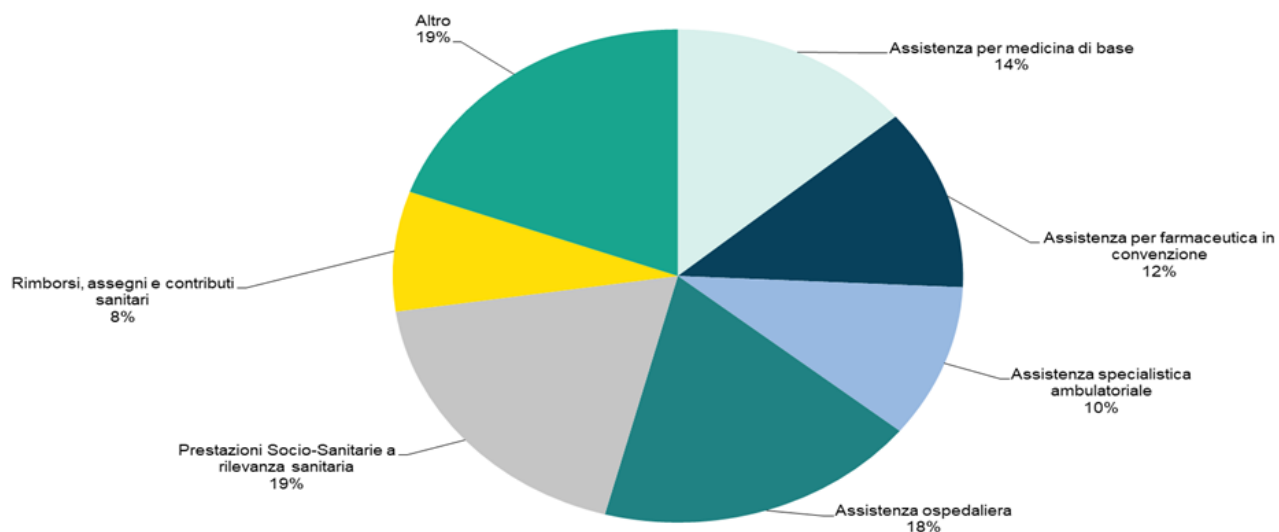


Figura 31.3.3 Categorie che compongono i servizi non sanitari. Anno 2022

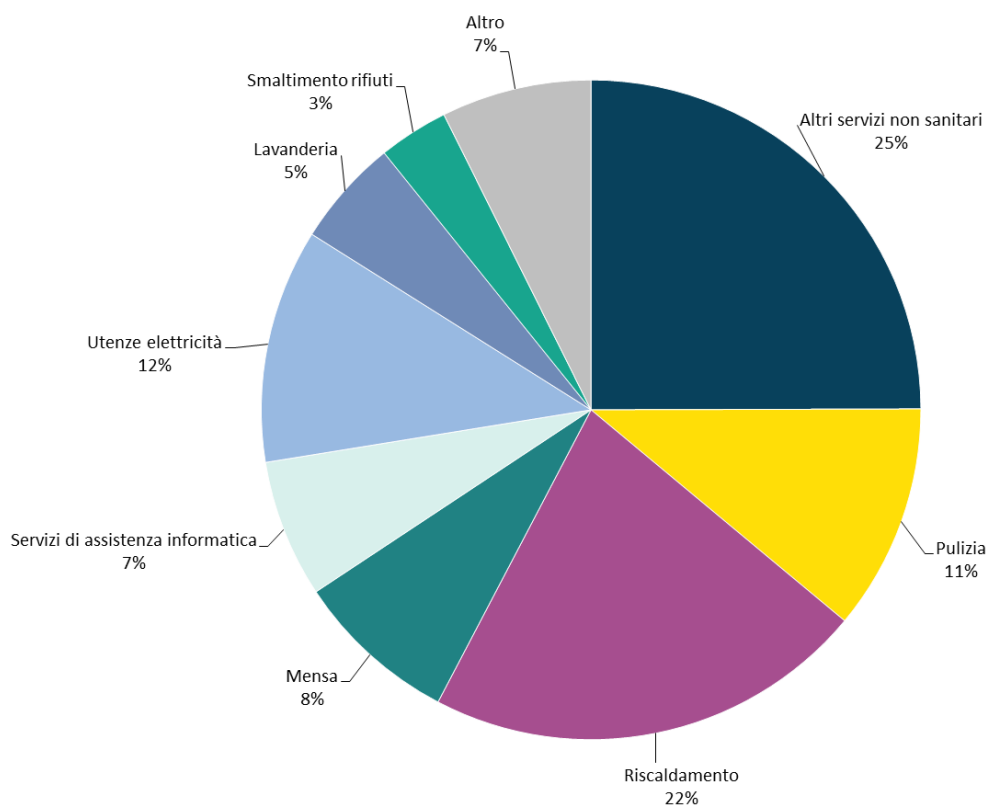


Tabella 31.3.1 Variazioni percentuali tra periodi per i servizi sanitari.

	Delta 2022 su 2019	Delta 2022 su 2021
Assistenza per medicina di base	6,4%	-1,9%
Assistenza per farmaceutica in convenzione	-0,5%	2,7%
Assistenza ospedaliera	5,6%	1,1%
Assistenza specialistica ambulatoriale	11,3%	2,5%
Prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	9,2%	7,8%
Rimborsi, assegni e contributi sanitari	36,3%	24,0%
Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	101,8%	-14,3%
Servizi sanitari per assistenza riabilitativa	2,8%	0,9%
Servizi sanitari per assistenza integrativa, protesica	-27,4%	-20,6%
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	1,3%	5,0%
Prestazioni di distribuzione farmaci	23,5%	8,8%
Prestazioni di trasporto sanitario	40,8%	8,9%
Compartecipazione al personale per attività libero-professionali (intramoenia)	6,4%	15,9%
Prestazioni termali in convenzione	0,0%	52,7%

Tabella 31.3.2 Variazioni percentuali tra periodi per i servizi non sanitari.

	Delta 2022 su 2019	Delta 2022 su 2021
Lavanderia	5,2%	5,3%
Pulizia	18,7%	2,2%
Mensa	-2,8%	4,4%
Riscaldamento	77,1%	53,0%
Servizi di assistenza informatica	37,2%	9,1%
Servizi trasporti (non sanitari)	-10,2%	-25,4%
Smaltimento rifiuti	85,5%	-8,4%
Utenze telefoniche	-3,9%	1,1%
Utenze elettricità	97,0%	72,9%
Altre utenze	10,4%	16,2%
Premi di assicurazione	-12,6%	-12,6%
Altri servizi non sanitari	-27,1%	-3,4%
Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	-7,3%	-2,2%
Formazione (esternalizzata e non)	-13,3%	38,2%

Per maggiori informazioni

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ADEMPIMENTI LEA- Azienda Zero - Regione del Veneto

 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova

 controllo.gestione@azero.veneto.it

 049 8778505

31.4 Costi del personale dipendente a tempo determinato ed indeterminato

Il costo del personale dipendente impatta mediamente sui costi di produzione per il 27%. L'andamento nel quadriennio ha evidenziato una tendenza lineare di crescita. In termini di importi si è passati da un valore complessivo di 2.790 mln di euro nel 2019 a 3.094 mln di euro nel bilancio economico consuntivo consolidato 2022 (+304 mln nel quadriennio, di cui +234 mln per il personale del ruolo sanitario). Il personale dipendente rappresenta il 96% di tutto il personale attualmente impiegato presso le Aziende ed Enti del SSR del Veneto. Altre forme contrattuali utilizzate sono, tra le altre, la specialistica ambulatoriale interna (SAI, 1,2%) e la libera professione (0,8%). La Regione del Veneto registra una percentuale di personale assunto a tempo indeterminato molto alta (circa il 98%); solo lo IOV (Istituto Oncologico Veneto) presenta una percentuale più elevata di personale assunto a tempo determinato (12%), che appare tuttavia coerente con le specificità proprie dell'Ente. Con riferimento alla composizione del personale dipendente, più del 40% dei professionisti appartiene ai profili di infermiere od ostetrica. Il secondo gruppo di profili maggiormente presente è l'operatore socio sanitario e operatore tecnico addetto all'assistenza, seguito dalla Dirigenza medica e dal personale amministrativo. Tale composizione è rimasta pressoché stabile fin dal 2019, mentre in precedenza la Dirigenza medica risultava più consistente rispetto agli OSS/OTAA. Tale situazione riflette una precisa scelta condivisa a livello regionale di stabilizzare il proprio personale incentivando modelli organizzativi stabili e dunque più efficaci ed efficienti. Considerando la variazione del numero di dipendenti del SSR del Veneto nel corso degli ultimi anni, possiamo distinguere:

- Personale dipendente del comparto: dal dato rilevato nel 2019 sino al 31/12/2022, la consistenza del personale è cresciuta sensibilmente; in particolare hanno avuto un trend molto positivo i profili infermieristico e ostetrico e gli operatori socio sanitari. Infatti, una quota rilevante del fabbisogno di personale originatosi dall'emergenza pandemica è stato soddisfatto fin da subito attraverso assunzioni a tempo indeterminato;
- Personale dipendente Dirigente: anche in questo caso il trend degli ultimi anni (2019-2022) ha visto un andamento positivo con un incremento del personale in servizio, soprattutto per quanto riguarda la Dirigenza sanitaria.

Nella Figura 31.4.3 una rappresentazione di confronto della Regione del Veneto con le altre Regioni italiane per le professioni di Medico, Infermiere e OSS. Nel 2022 sono state concluse da Azienda Zero 116 procedure di selezione del personale (di cui 90 a tempo indeterminato per personale dirigente e 24 a tempo indeterminato per personale del comparto). Per quanto riguarda tutti i concorsi conclusi per dirigenti, sono state ultimate graduatorie per un totale di 2.195 unità; per la sola area medico-veterinaria, sono state ultimate graduatorie per un totale di 794 medici specialisti e per un ulteriore totale di 1.193 medici specializzandi. Per quanto riguarda i 24 concorsi espletati per il comparto, sono pervenute in totale n. 27.918 domande (nel 2022 la percentuale media di candidati iscritti ai concorsi del comparto che si è presentata a sostenere le prove si è attestata al 65%) e i professionisti in graduatoria risultano n. 9.103.

Figura 31.4.1 Trend dei costi del personale in milioni di euro. Anni 2019-2022

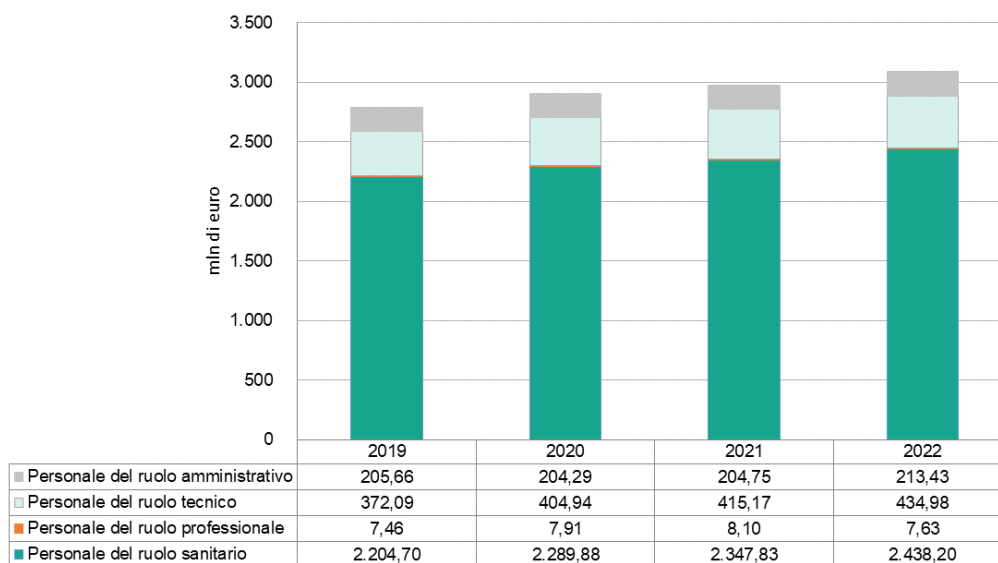


Tabella 31.4.1 Personale dipendente a tempo determinato o indeterminato in servizio al 31.12.2022

Aziende	MEDICO		Infermiere		OSS		Altro		Totale Azienda
	t. determ.	t. indeter.	t. determ.	t. indeter.	t. determ.	t. indeter.	t. determ.	t. indeter.	
1 - Dolomiti	15	382	5	1.424	41	551	40	1.117	3.575
2 - Marca Trevigiana	72	1.181	25	3.760	3	1.702	173	2.665	9.581
3 - Serenissima	31	1.019	23	3.263	88	1.175	53	2.139	7.791
4 - Veneto Orientale	13	282	4	985	24	366	62	793	2.529
5 - Polesana	29	395	25	1.311	11	511	64	947	3.293
6 - Euganea	26	896	27	2.941	38	1.124	81	2.187	7.320
7 - Pedemontana	32	477	12	1.671	1	666	17	1.272	4.148
8 - Berica	27	880	13	2.626	56	1.114	23	1.727	6.466
9 - Scaligera	44	728	6	2.479	35	903	87	2.051	6.333
AO di Padova	50	781		2.826	1	1.041	18	1.296	6.013
AOU di Verona	46	750	6	2.340		751	18	1.420	5.331
IOV	20	186	9	365		145	104	278	1.107
TOTALE	405	7.957	155	25.991	298	10.049	740	17.892	63.487

Figura 31.4.2 Composizione del personale dipendente in servizio al 31/12/2022

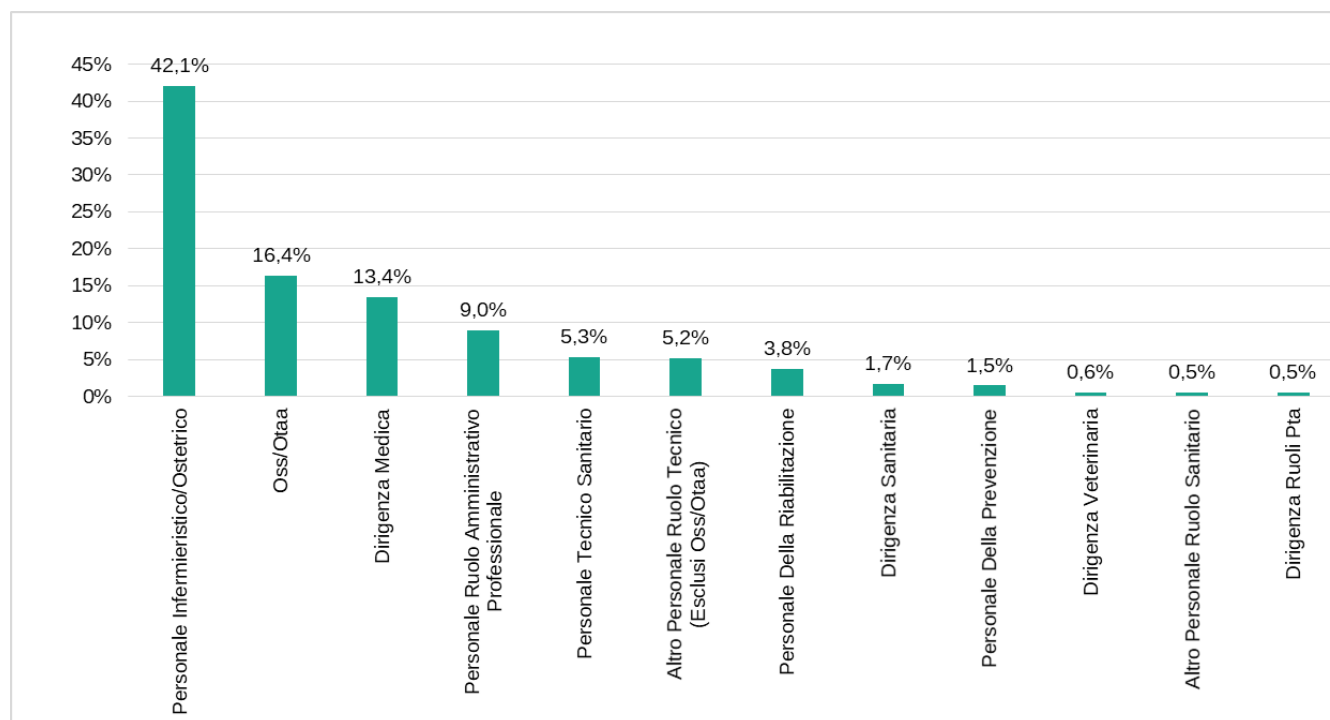


Figura 31.4.3 Numero di dirigenti medici/1000 abitanti nelle regioni italiane

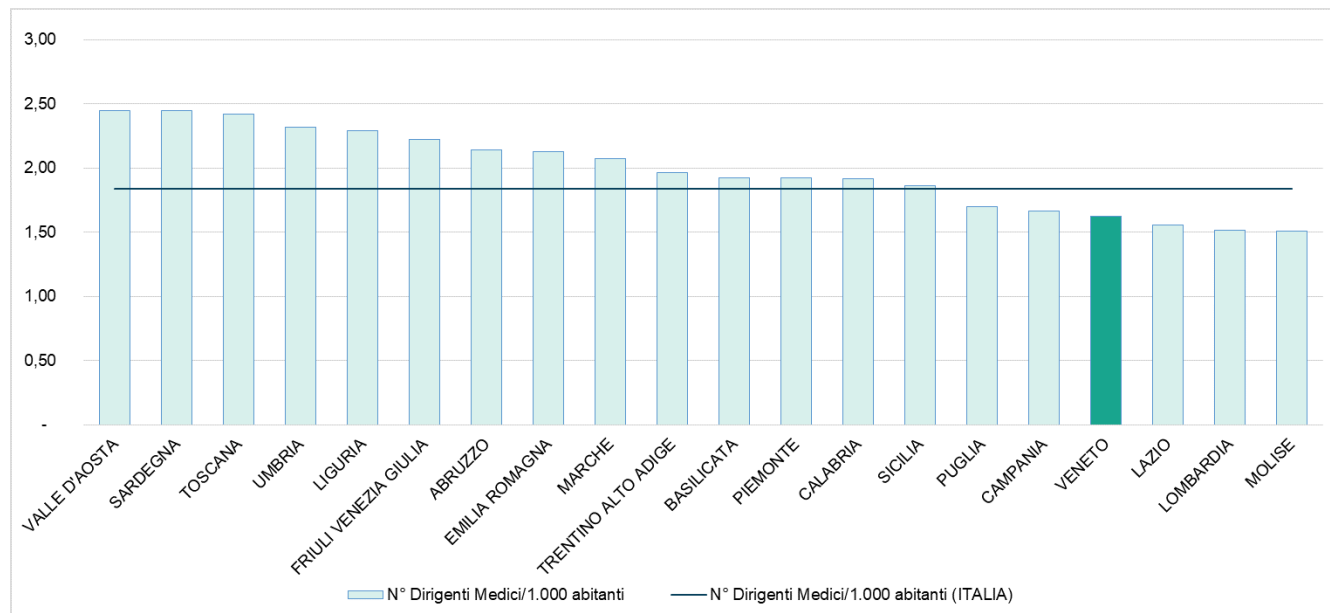


Figura 31.4.4 Numero di personale infermieristico/1000 abitanti nelle regioni italiane

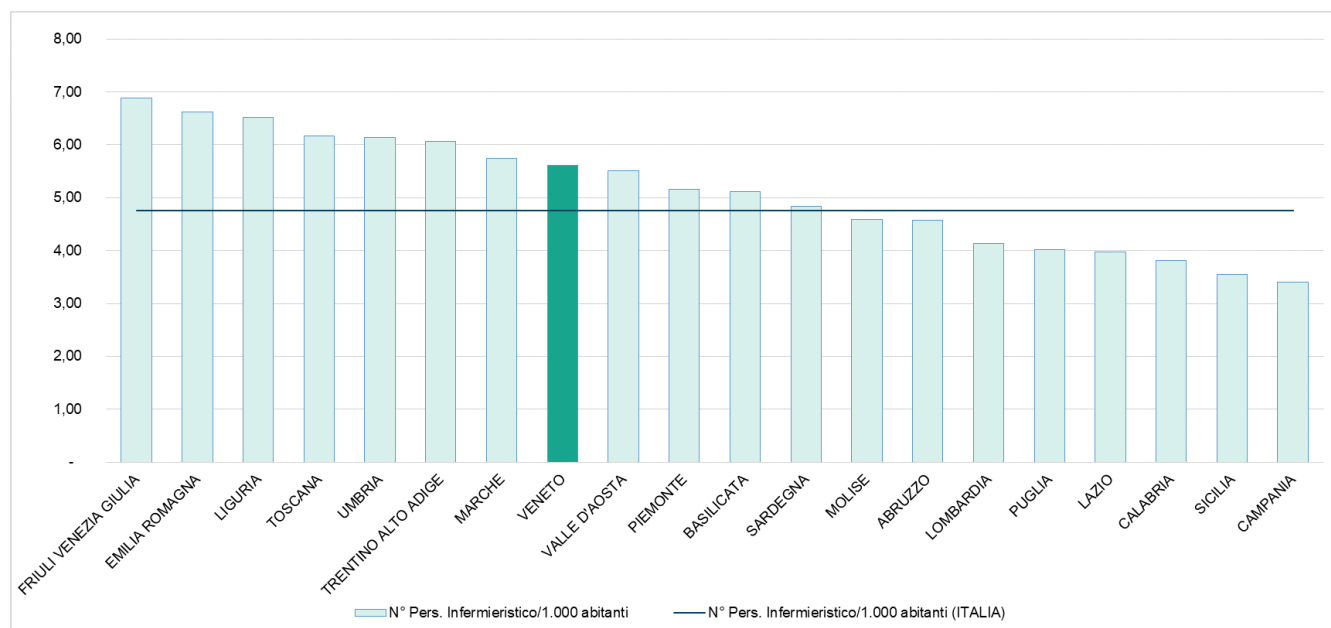
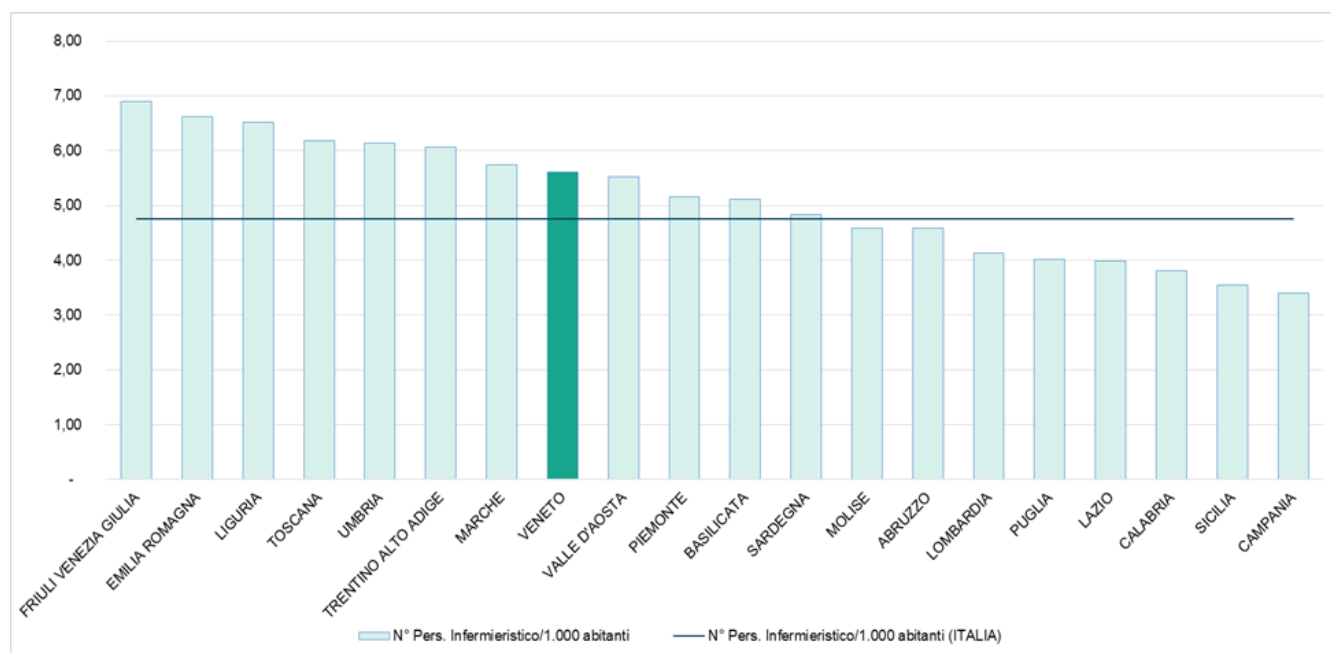


Figura 31.4.5 Numero di operatori socio sanitari/1000 abitanti nelle regioni italiane

**Per maggiori informazioni**

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ADEMPIMENTI LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto



Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova



controllo.gestione@azero.veneto.it



049 8778505

31.5 I costi per l'erogazione dei LEA

L'analisi dei costi per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) utilizza come fonte informativa il modello ministeriale "LA". Il nuovo modello LA, revisionato con il Decreto Ministeriale del 12 gennaio 2017, è stato compilato per la prima volta - nella sua nuova versione - con riferimento ai dati dell'anno 2019, con una rilevazione di tipo sperimentale. Il modello ministeriale LA è compilato annualmente a consuntivo su dati della contabilità generale riclassificati per livelli di assistenza (la fonte è la contabilità analitica). L'analisi in tabella 31.5.1 mette a confronto il quadriennio 2019-2022. Nel 2022 i costi sono stati sostenuti con la seguente distribuzione nei tre macro livelli di assistenza

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica 5,3%
- Assistenza distrettuale 51,1%
- Assistenza ospedaliera 43,6%.

L'analisi dei costi per LEA è interessante anche se rapportata alla popolazione residente, esprimendo quindi dei costi procapite per livelli di assistenza. Il Nuovo Sistema di Garanzia NSG è stato introdotto come strumento per valutare l'erogazione dei LEA a partire dall'anno 2020, sostituendo il precedente sistema denominato "Griglia LEA". NSG consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000. Per approfondimenti di rinvia alla pagina del sito del Ministero della Salute. Il Comitato LEA ha stabilito che il monitoraggio dell'erogazione dei LEA per l'annualità 2020 venisse effettuato attraverso il calcolo degli indicatori del NSG a scopo informativo, essendo stato l'anno caratterizzato dall'emergenza Covid-19. Complessivamente, nell'anno 2020, ricordando che si tratta di un monitoraggio a scopo informativo, Piemonte, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio e Puglia registrano un punteggio superiore a 60 (soglia di sufficienza) in tutte le macro-aree. Nella tabella 31.5.3 sono esposti i risultati distinti per i tre macro livelli. Ponendo in relazione i punteggi ottenuti nel NSG e la costosità pro capite delle varie regioni - relativamente all'anno 2020 - emerge come la regione Veneto ottenga per tutte e tre le aree un punteggio tra i migliori rispetto alle altre regioni e un costo pro capite uguale o inferiore alla media nazionale.

Tabella 31.5.1 Costi complessivi dei macro Livelli di Assistenza della regione Veneto in milioni di euro. Anni 2019-2022

Macro voci economiche	2019	2020	2021	2022	Delta 22-21	Delta % 22-21
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	418	447	567	625	58	10%
ASSISTENZA DISTRETTUALE	5.366	5.417	5.702	6.008	306	5%
ASSISTENZA OSPEDALIERA	4.380	4.657	5.044	5.125	81	2%
COSTI PER ATTIVITA' DI RICERCA	8	11	13	13	0	-2%
TOTALE GENERALE	10.172	10.531	11.327	11.771	444	4%

Tabella 31.5.2 Costo pro capite per Macro Livello di Assistenza della regione Veneto in euro. Anni 2019-2022

	2019	2020	2021	2022
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	85,64	91,54	116,47	128,87
ASSISTENZA DISTRETTUALE	1.098,52	1.110,18	1.170,95	1.239,42
ASSISTENZA OSPEDALIERA	896,67	954,38	1.035,86	1.057,25
COSTI PER ATTIVITA' DI RICERCA	1,58	2,24	2,63	2,60
TOTALE GENERALE	2.082,42	2.158,33	2.325,91	2.428,13

Tabella 31.5.3 Valutazione Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) delle regioni italiane. Anno 2020

Regioni	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	76,08	91,26	75,05
Lombardia	62,02	95,02	75,59
P.A. di Trento	88,42	78,07	93,07
Veneto	80,74	98,37	79,67
Friuli Venezia Giulia	75,63	80,35	74,06
Liguria	50,85	83,12	65,5
Emilia Romagna	89,08	95,16	89,52
Toscana	88,13	92,94	80
Umbria	89,64	68,55	71,61
Marche	79,01	91,68	75,05
Lazio	74,46	80,19	71,76
Abruzzo	54,03	76,94	63,47
Campania	61,53	57,14	59,08
Puglia	66,83	68,13	71,73
Sardegna	70,79	48,95	59,26
Valle d'Aosta	74,06	56,58	59,71
P.A. di Bolzano	51,9	57,43	66,89
Molise	64,21	67,12	41,94
Basilicata	57,07	62,85	51,9
Calabria	32,73	48,18	48,44
Sicilia	43,44	62,06	69,26

Approfondimenti

⇒ Ministero della Salute

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

Per maggiori informazioni

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ADEMPIMENTI LEA- Azienda Zero - Regione del Veneto

 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova

 controllo.gestione@azero.veneto.it

 049 8778505

31.6 La spesa sostenuta per l'offerta privata accreditata

L'attività erogata dalle strutture private accreditate nella regione Veneto nell'anno 2022 risulta pari a circa 1.938 milioni di euro (inclusi le strutture IPAB) che rappresenta il 16,6% del totale dei costi di produzione del conto economico consolidato del SSR. Il numero e la tipologia di strutture private accreditate con il valore dell'attività erogata in Veneto sono elencate nella tabella 31.6.1. I privati accreditati hanno effettuato nel 2022 n. 90.712 ricoveri per residenti in Veneto (pari al 16,4% dei ricoveri complessivamente erogati nella regione a residenti in Veneto) e n. 34.408 per residenti extra Veneto. Hanno inoltre erogato n. 9.056.677 prestazioni di specialistica ambulatoriale per residenti in regione (pari al 13,7% delle prestazioni complessivamente erogate nella regione a residenti in Veneto) e n. 491.517 prestazioni per extra Veneto. Gli accessi ai pronto soccorsi delle strutture private accreditate sono stati nel 2022 n. 147.041 (pari al 8,3% del totale accessi PS della Regione Veneto). E' stato assegnato, sempre nello stesso periodo, un budget di 628 milioni di euro a privati accreditati per erogare attività a cittadini regionali, di cui 383 milioni di euro per ricoveri, 124 milioni di euro per specialistica erogata da strutture private ospedaliere e 121 milioni di euro per specialistica erogata da strutture esclusivamente ambulatoriali. Inoltre è stato assegnato nel 2022 un budget aggiuntivo per recuperare le prestazioni sospese per la pandemia da covid pari a 14 mln di euro per le strutture esclusivamente ambulatoriali e 16 mln di euro per ricoveri e prestazioni ambulatoriali per gli erogatori ospedalieri.

Tabella 31.6.1 Numero di strutture private accreditate (inclusi IPAB) nella regione Veneto e costo attività erogata in milioni di euro. Anno 2022

Tipo di struttura	Numero	Valore attività erogata in milioni di euro
Case di cura	27	802
Anziani	492	515,54
Disabili	417	161,98
Salute mentale	174	53,84
Ambulatoriale	128	115,17
Dipendenze, strutture intermedie, minori, trasfusionale	124	102,75
Trasporto e soccorso	94	60,62
Cure termali	84	18,8
Hospice	16	8,97
Centri e Presidi di riabilitazione funzionale	20	29,41
Costi per assistenza integrativa e protesica da privati		69,14
Totale	1576	1.938,22

Tabella 31.6.2 Attività svolta in strutture private accreditate anni 2019-2022 (fonte: DWH regionale, estrazione mese aprile 2023)

	2019	2020	2021	2022
N. ricoveri residenti in veneto	93.416	87.669	91.160	90.712
N. ricoveri residenti extra veneto	33.044	27.275	32.165	34.408
% dei ricoveri in strutture private per residenti in veneto	15,3%	16,8%	17,2%	16,4%
N. prestazioni specialistica ambulatoriale residenti in veneto	9.267.980	8.350.082	9.060.438	9.056.677
N. prestazioni specialistica ambulatoriale residenti extra veneto	419.007	367.850	453.751	491.517
% delle prestazioni specialistica ambulatoriale in strutture private per residenti in veneto	15,1%	15,3%	13,8%	13,7%
N. accessi Pronto soccorso in strutture Private accreditate	151.253	118.748	134.306	147.041
Incidenza % accessi Pronto soccorso privati accreditati	7,8%	8,7%	8,8%	8,3%

Figura 31.6.1 Attività ospedaliera erogatori privati accreditati per specialità di dimissione. Anno 2022

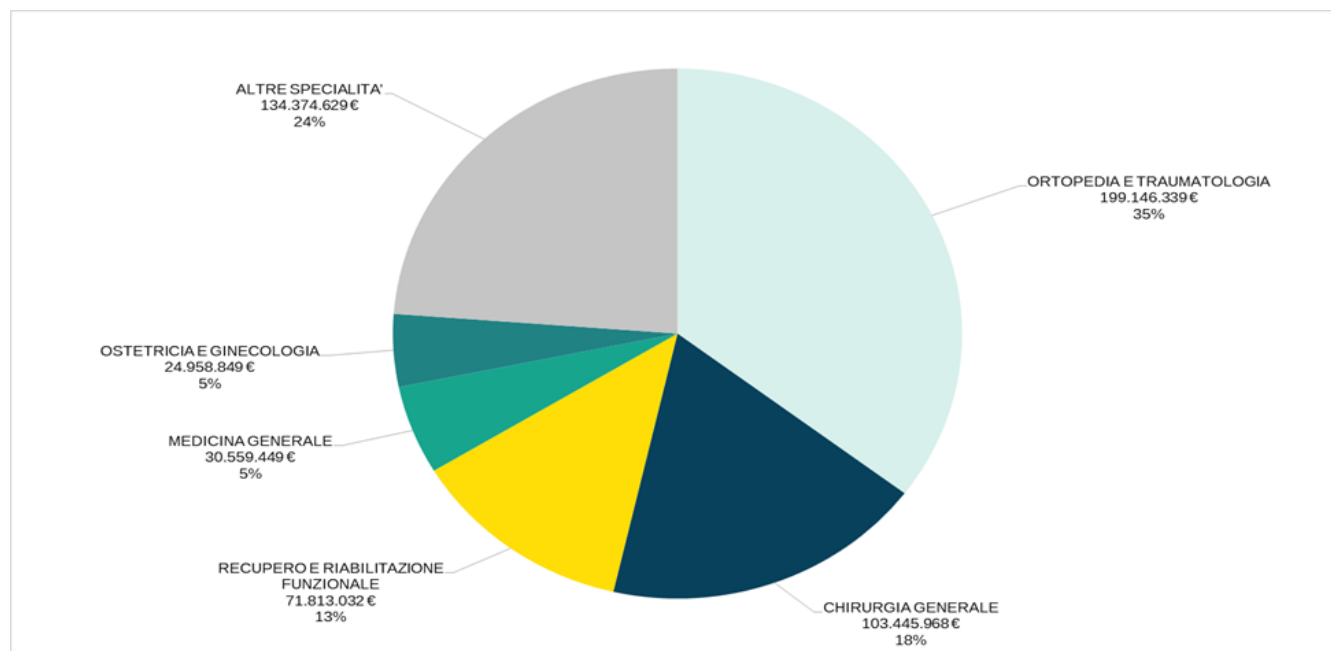
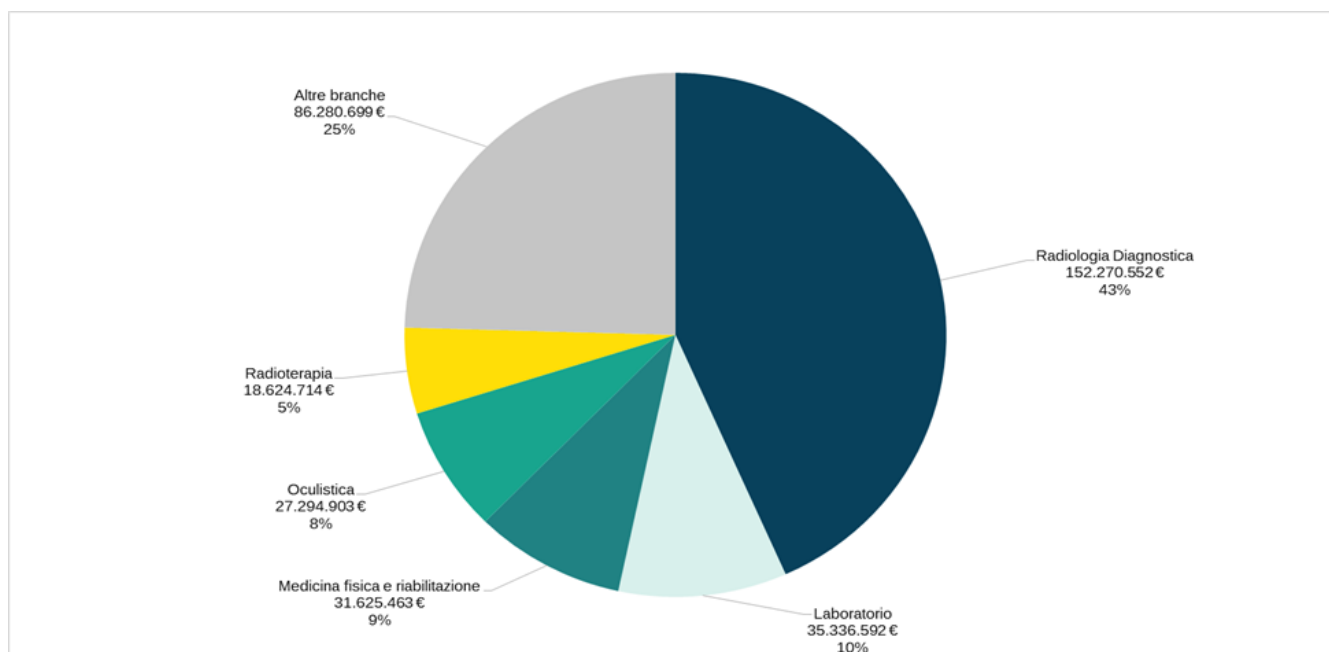


Figura 31.6.2 Attività ambulatoriale erogatori privati accreditati per branca. Anno 2022



Per maggiori informazioni

UOC Controllo di Gestione e Adempimenti LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Passaggio Gaudenzio nr 1, 35131 Padova

 controllo.gestione@azero.veneto.it

 049 8778505

31.7 La spesa out of pocket

La spesa sanitaria "out of pocket" comprende tutte le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini che prevedono un esborso di denaro da parte dell'utente. Il "monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 9" a cura del Mef analizza questa tipologia di spesa. Infatti i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie trasmettono telematicamente al Sistema TS (Tessera Sanitaria) i documenti di spesa sanitaria dei cittadini. I dati trasmessi al Sistema TS riguardano: le ricevute di pagamento, gli scontrini fiscali e gli eventuali rimborsi relativi alle spese sanitarie sostenute da ciascun assistito. Tra le spese sanitarie sono ricompresi: i ticket pagati sulle prestazioni erogate a carico del SSN, i farmaci (anche omeopatici ovvero ad uso veterinario) e i servizi erogati dalle farmacie, i dispositivi medici con marcatura CE e le altre prestazioni erogate dalle strutture sanitarie. Nell'anno 2021 la spesa sanitaria trasmessa tramite sistema TS in Italia è stata pari a 37,16 miliardi di euro di cui 11 mld da farmacie, 6,7 mld da strutture private accreditate, 5,55 mld da strutture autorizzate non accreditate, 5,46 mld da medici chirurghi odontoiatri. Per il 2021, la spesa sanitaria privata, dopo il rallentamento registrato nel 2020 (pari a -1,6% vs il 2019), presenta una significativa risalita, pari al +20,7% rispetto ai valori dell'anno precedente. La distribuzione regionale della rilevazione della spesa sanitaria, riportata nella tabella seguente, per l'anno 2021, mostra che la ricrescita dei valori risulta sostanzialmente equidistribuita su tutto il territorio nazionale. La regione Veneto risulta avere nel 2021 una spesa sanitaria privata pari a 3,68 miliardi di euro, con una variazione rispetto al 2020 pari al 17,3%, inferiore rispetto all'aumento nazionale pari al 20,7%. Il costo pro capite per la regione Veneto risulta pari a circa 756 euro/abitante rispetto alla media nazionale che è di circa 629 euro/abitante, quindi maggiore di 100 euro ad abitante rispetto alla media nazionale.

Tabella 31.7.1 Spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2021 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali). Fonte MEF “Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto 9”

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2021 vs 2020 Var. %
Piemonte	2,19	2,45	2,62	2,84	2,48	2,96	19,01
Valle d'Aosta	0,06	0,06	0,07	0,07	0,06	0,07	19,01
Lombardia	6,61	7,27	7,65	8,08	7,07	8,52	20,5
Provincia autonoma di Bolzano	0,27	0,28	0,31	0,33	0,31	0,37	20
Provincia autonoma di Trento	0,32	0,34	0,36	0,38	0,33	0,38	13,9
Veneto	2,92	3,1	3,26	3,52	3,14	3,68	17,3
Friuli Venezia Giulia	0,59	0,62	0,66	0,71	0,63	0,76	20,7
Liguria	0,86	0,93	0,97	1,05	0,91	1,07	18
Emilia Romagna	2,78	2,95	3,09	3,45	2,92	3,5	20,1
Toscana	1,93	2,04	2,15	2,3	2,07	2,5	20,9
Umbria	0,35	0,38	0,4	0,44	0,39	0,47	20,8
Marche	0,65	0,68	0,74	0,8	0,71	0,89	24,7
Lazio	3,02	3,34	3,53	3,83	3,46	4,2	21,4
Abruzzo	0,44	0,47	0,5	0,54	0,47	0,58	23,4
Molise	0,069	0,1	0,1	0,11	0,09	0,11	21,8
Campania	1,45	1,56	1,68	1,83	1,69	2,08	23,2
Puglia	1,21	1,31	1,41	1,54	1,36	1,67	22,4
Basilicata	0,14	0,15	0,16	0,17	0,15	0,19	23,3
Calabria	0,46	0,5	0,54	0,6	0,53	0,66	24,9
Sicilia	1,3	1,4	1,51	1,62	1,46	1,79	22,8
Sardegna	0,5	0,55	0,6	0,65	0,56	0,71	27,9
ITALIA	28,119	30,48	32,29	34,86	30,79	37,16	20,7
Variazione %		0,087	0,059	0,079	-0,116	0,207	

Approfondimenti

⇒ **MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE**

https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/monitoraggio/spesa_sanitaria

Per maggiori informazioni

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ADEMPIMENTI LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto



Passaggio Gaudenzio nr 1, 35131 Padova



controllo.gestione@azero.veneto.it



049 8778505

31.8 L'impatto della mobilità sanitaria interregionale

Analizzando l'andamento della mobilità sanitaria dei pazienti fuori regione negli anni 2019-2022 si evidenzia un incremento del saldo regionale di circa 25 mln con un impatto positivo nel bilancio consolidato regionale 2022 per complessivi 184 milioni di euro. In altri termini, il valore economico dell'attività erogata dalle strutture sanitarie del Veneto - sia pubbliche che private - a pazienti residenti in altre regioni italiane è superiore al valore dell'attività in favore di residenti veneti ma erogata in aziende o strutture sanitarie di altre zone d'Italia. Va precisato che il dato qui rappresentato è quello contabile, ovvero sono i valori economici esposti nel bilancio di esercizio consolidato del SSR. Questi discendono dagli accordi sulla mobilità interregionale tra regioni, formalizzati in occasione della annuali intese sul riparto del Fondo Sanitario Nazionale. Considerando i meccanismi di regolazione e compensazione attuati, i valori "contabili" della mobilità interregionale - a livello complessivo regionale - non corrispondono con il valore economico dell'attività offerta o ricevuta nell'anno di riferimento, bensì - tendenzialmente - a quelli di uno o due anni prima. In particolare, nell'anno 2022 il contributo degli erogatori privati accreditati alla mobilità attiva risulta pari a 241 milioni di euro di cui 166 milioni per ricoveri ospedalieri. Analizzando il saldo di mobilità per Azienda, emerge nel quadriennio analizzato un saldo negativo per le Ulss 1, 2, 3, 7 e 8 dovuto principalmente all'assistenza ospedaliera. Guardando i saldi per flusso di attività nel 2022 emerge come i trasporti sanitari abbiano un saldo negativo, in miglioramento comunque rispetto agli anni precedenti.

Figura 31.8.1 Mobilità attiva e passiva in milioni di euro. Anni 2019-2022

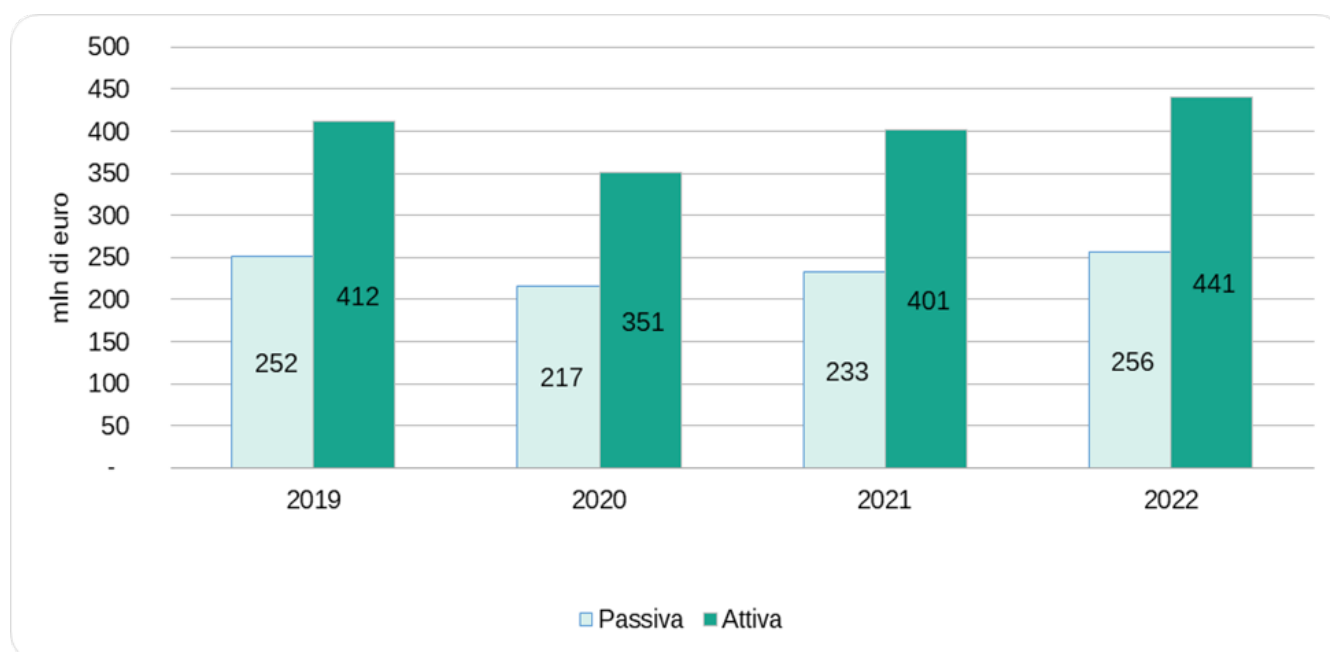


Figura 31.8.2 Saldo mobilità per azienda in milioni di euro. Anni 2019-2022

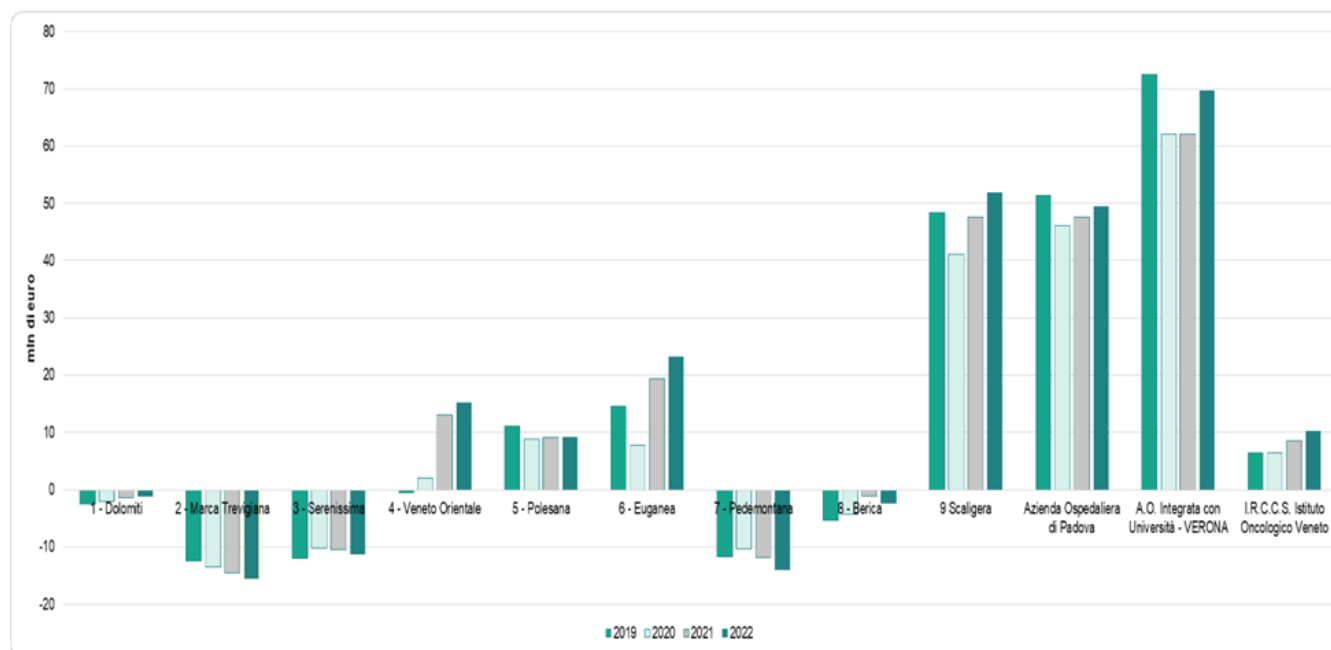


Tabella 31.8.1 Saldo mobilità per linea di attività in milioni di euro. Anni 2019-2022

	2019	2020	2021	2022
Ricoveri	108,99	98,82	110,66	115,32
Medicina di Base	0,70	0,70	0,95	1,08
Specialistica Ambulatoriale	42,63	33,13	45,03	51,54
Prestazioni pronto soccorso non seguite da ricovero	1,02	0,01	1,82	2,55
Farmaceutica territoriale	1,63	1,08	1,58	2,00
Termale	6,54	0,42	5,20	6,87
Somministrazione Diretta Farmaci	-1,94	0,29	2,23	4,27
Trasporti sanitari	-1,72	-2,73	-1,64	-1,33
Altro residuale	1,95	2,28	2,05	2,06

Tabella 31.8.2 Saldo mobilità per linea di attività e per Azienda in milioni di euro. Anno 2022

Azienda inviante	Ricoveri	Medicina di Base	Specialistica Ambulatoriale	Prestazioni pronto soccorso non seguite da ricovero	Farmaceutica territoriale	Terme	Somministrazione Diretta Farmaci	Trasporti	Altro residuale	TOTALE
1 - DOLOMITI	-2,41	-0,02	0,20	0,60	0,09	-0,10	-0,20	0,64	0,00	-1,21
2 - MARCA TREVIGIANA	-6,34	0,29	-5,35	-0,08	0,38	-0,44	-4,07	-0,27	0,29	-15,58
3 - SERENISSIMA	-8,77	0,06	-0,92	0,27	0,12	-0,21	-1,64	-0,20	-0,02	-11,31
4 - VENETO ORIENTALE	11,67	0,05	6,66	0,06	0,24	0,86	-4,28	-0,01	0,00	15,25
5 - POLESANA	1,78	-0,02	7,66	0,22	0,04	-0,12	-1,93	-0,07	1,72	9,28
6 - EUGANEA	2,13	0,11	15,15	-0,21	0,24	8,37	-2,31	-0,45	0,15	23,18
7 - PEDEMONTANA	-11,96	0,05	-1,20	0,04	0,11	-0,29	-0,62	-0,22	0,03	-14,04
8 - BERICA	-2,54	0,13	0,56	0,01	0,15	-0,29	-0,09	-0,31	0,00	-2,38
9 - SCALIGERA	38,74	0,41	10,14	0,53	0,63	-0,90	3,35	-0,97	-0,12	51,83
Az. Osped. Padova	38,80	0,00	5,75	0,55	0,00	0,00	4,24	0,07	0,00	49,41
AOUI - Az. Osp. Universitaria Integrata	51,35	0,00	8,68	0,54	0,00	0,00	8,61	0,46	0,00	69,64
Istituto Oncologico Veneto	2,88	0,00	4,22	0,00	0,00	0,00	3,20	0,00	0,00	10,30

Per maggiori informazioni

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ADEMPIMENTI LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto



Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova



controllo.gestione@azero.veneto.it



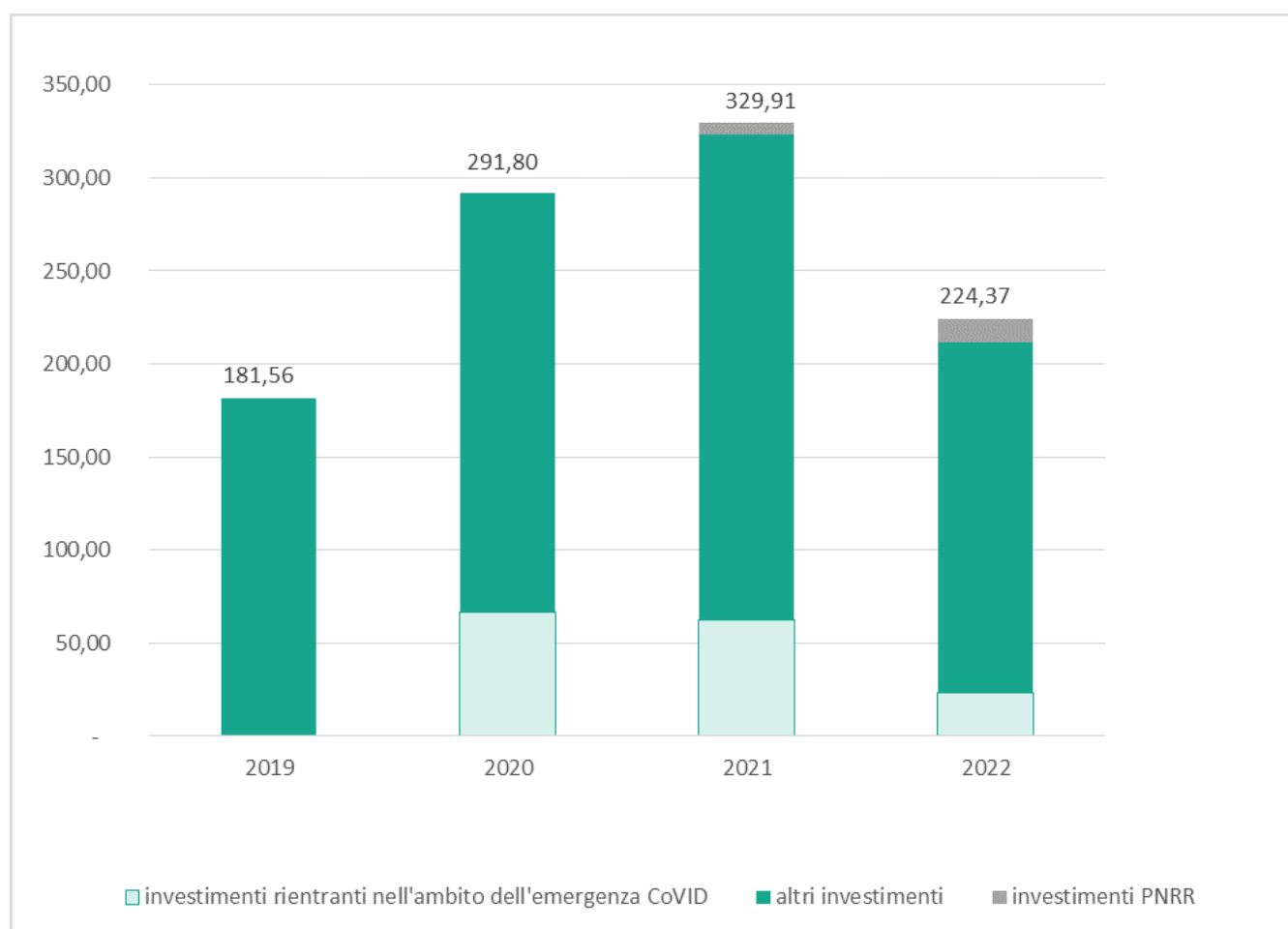
049 8778505

31.9 La spesa per gli investimenti

L'analisi dei piani di investimento delle Aziende Sanitarie evidenzia una netta crescita nell'impiego di risorse nel 2020 e 2021, rispetto al 2019, anche escludendo la componente Covid. Nel 2022, sebbene si riducano gli impieghi, l'importo totale per gli investimenti rimane più alto rispetto al 2019 (+40 mln circa). Il valore complessivo nel 2019 è stato di poco superiore ai 181 milioni di euro, importo che nell'anno successivo è aumentato di 110 milioni (pari ad oltre il 60%, e dei quali oltre 66 milioni sono risultati legati alla pandemia), passando a 292 milioni e di ulteriori 38 milioni nel 2021 (+13%), assestandosi intorno ai 330 milioni (dei quali 62 destinati all'emergenza Covid). L'esercizio appena concluso ha registrato una quota complessiva destinata ad investimenti inferiore ai 225 milioni di cui 23 relativi "alle code di investimenti" legati al Covid e 13 ai primi interventi rientranti nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Tale trend di crescita, al netto delle componenti straordinarie, ha rappresentato un nuovo scenario rispetto agli anni passati dove il peso degli investimenti era oscillante tra gli esercizi, ma, di norma, compreso in range costanti tra i 200 e i 250 milioni (2012-2019). L'esercizio in chiusura appare riportare gli impieghi ad un livello entro il range succitato, ancorchè, tale conclusione, andrà valutata nel prossimo esercizio alla luce della fine dell'impatto Covid sugli investimenti e dell'impiego delle risorse provenienti dal PNRR. Se a livello complessivo nell'ultimo quadriennio si può notare un trend crescente degli investimenti sterilizzati della componente eccezionale, si deve porre attenzione ad alcune componenti straordinarie impattanti sulla quota di investimento della singola Azienda. Tra questi si segnalano: - investimenti complessivi per quasi 40 milioni per la ULSS 1 Dolomiti nel 2020, conseguenti alla conclusione dei lavori della nuova Piastra Operatoria di Feltre (24 milioni la parte edile ed impiantistica + 2 mln di allestimenti medicali); - ristrutturazione ed adeguamento sismico, antincendio ed ai requisiti minimi LR n. 22/2002 del Padiglione Gaggia dell'Ospedale SS. Giovanni e Paolo Venezia, per l'ULSS 3 Serenissima, completati nel 2021, per un importo di oltre 9 milioni; - investimenti complessivi, conclusi nel 2021, per 46 milioni per la ULSS 7 Pedemontana, dei quali la maggior parte derivanti dal completamento dei lavori di adeguamento e dei blocchi operatori, parto ed emergenza dell'Ospedale di Asiago (per 31 milioni); - ristrutturazione dei laboratori del P.O. San Bortolo, nonché lavori di riqualificazione delle aree comuni del medesimo per circa 6 milioni, conclusi nel 2020, ad incremento dell'importo medio degli investimenti della ULSS 8 Berica (totale 2020 pari a circa 41 milioni); - la conclusione, nell'esercizio 2021, della fase 2 del Project Financing dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona per 22,2 milioni, che porta ad un picco di impieghi per 45 milioni complessivi; - un rinnovo tecnologico in attrezzature, autorizzato dalla Commissione Regionale Investimenti, per l'Azienda Ospedale Università di Padova, concentratosi nell'esercizio 2021, che ha impegnato oltre 9 milioni; - investimenti in tecnologia sanitaria per l'Azienda Ospedale Università di Padova di 7,7 milioni, conclusi nel 2022, relativi alle nuove sale ibride. Gli investimenti sono finanziati prevalentemente da risorse proprie delle Aziende (riserve da utili degli esercizi precedenti o da accantonamenti pregressi, nonché proprio bilancio corrente). Tali fonti nel 2022 hanno rappresentato il 50% della totalità delle coperture finanziarie, in riduzione rispetto alla media dell'ultimo quadriennio (59%) e soprattutto rispetto al 2019 dove rappresentavano oltre il 70%. Ciò può essere un alert circa lo stato di salute economico-finanziaria delle nostre Aziende e, pertanto, della loro capacità di finanziare una base dei propri investimenti, quantomeno per la parte di mantenimento del proprio patrimonio. Crescono i finanziamenti regionali,

ossia il 26% dei finanziamenti per investimenti, contro una media dell'ultimo quadriennio del 19%, ed i finanziamenti statali (17% nel 2022 versus 14% medio nel quadriennio). Bisogna tuttavia evidenziare l'impatto dell'emergenza pandemica, che ha pesato sugli investimenti da un minimo del 10% ad un massimo del 23%, ed il Piano di Ripresa che ha già impattato sul totale degli investimenti per il 6%. Tali componenti vengono interamente assorbite da fondi statali e regionali.

Figura 31.9.1 Trend investimenti conclusi in milioni di euro. Anni 2019-2022



Per maggiori informazioni

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ADEMPIMENTI LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto

📍 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova

✉ controllo.gestione@azero.veneto.it

☎ 049 8778505

31.10 Le aree di investimento e le determinanti di spesa

Analizzando l'incidenza delle categorie di investimento a livello consolidato, all'interno del triennio in analisi, si possono mettere in luce alcune considerazioni rilevanti.

Edilizia Sanitaria: tale area ha sempre rappresentato almeno un terzo degli investimenti annui delle aziende sanitarie con un picco nel 2021 (48%) generato dalla conclusione di alcuni importanti progetti edili ed impiantistici come riportato nel paragrafo precedente (Padiglione Gaggia, Ospedale di Asiago e conclusione fase 2 del Project in Azienda ospedaliera di Verona). Nel 2022 queste linee di investimento sommano quasi 87 milioni (39%) sui quali incidono in particolare:

- i numerosi lavori presenti negli ultimi anni all'interno dell'area dell'Azienda Ospedaliera Università di Padova;

- la realizzazione del nuovo P.S. del presidio ospedaliero di Dolo (+5,7 mln per la ULSS 3);

- i numerosi interventi manutentivi e di messa in sicurezza nei presidi afferenti alla ULSS 6 Euganea, nonché i lavori sul P.O. di Cittadella finalizzati alla riorganizzazione ospedaliera finanziati dal D.L. 34.

Attrezzature sanitarie: rappresentano insieme all'Edilizia la principale voce di investimento per il sistema Veneto. Contrariamente a quest'ultima, tuttavia, tale categoria ha visto ridursi leggermente la propria incidenza sul totale nell'ultimo biennio (2019 = 40%, 2022 = 36%). E' evidente che su questa classe di investimenti abbiano inciso ed incidano tuttora le componenti straordinarie, pandemica e relativa al piano di ripresa, più volte evidenziate, in aggiunta a quelli che sono i caratteristici elementi costitutivi di tale tipologia di impieghi (livello produttivo per rispondere alla domanda e livello di obsolescenza tecnologica). Nel merito si propongono di seguito alcuni dati significativi. Nella tabella 31.10.2 si dà evidenza delle cosiddette "grandi attrezzature" presenti nelle Aziende sanitarie Venete e della loro produttività. Si precisa che il dato può risentire della mancata dismissione di alcune macchine molto obsolete che di fatto non vengono più utilizzate e la cui sostituzione spesso è già stata prevista, quando addirittura non di prossima effettuazione, nonché, di converso, dell'installazione di nuova tecnologia non pienamente a regime erogativo. Nella figura 31.10.1 è rappresentato il tasso di obsolescenza registrato nel 2021 per Azienda. Il livello di obsolescenza tecnologica viene ricavato direttamente dai bilanci consuntivi aziendali ed è un valore aggregato relativo a tutte le attrezzature sanitarie presenti nelle singole Aziende, che rientrano nel patrimonio delle stesse. Considerata una relativa variabilità della "vita utile", subordinata alla tipologia di macchina, al suo utilizzo, nonché ad aspetti quali il livello specialistico richiesto fino alla sua stessa dislocazione in ospedali di tipo hub regionale, hub provinciale, spoke, l'uniformità di questo dato può derivare solamente dall'applicazione dei criteri di ammortamento fiscale.

Informatica: la voce informatica nel 2022 incide per il 17% sul totale degli investimenti, in incremento rispetto agli anni precedenti, per effetto dell'avvio di progetti di carattere regionale quali il Sistema Informativo Ospedaliero e gli investimenti per la digitalizzazione dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione. Tali investimenti vengono per la maggior parte centralizzati mediante le acquisizioni che Azienda Zero fa per il sistema e che in ottica dovranno portare ad uno "shift" tra gli impegni delle singole Aziende verso quelli centralizzati in Azienda Zero.

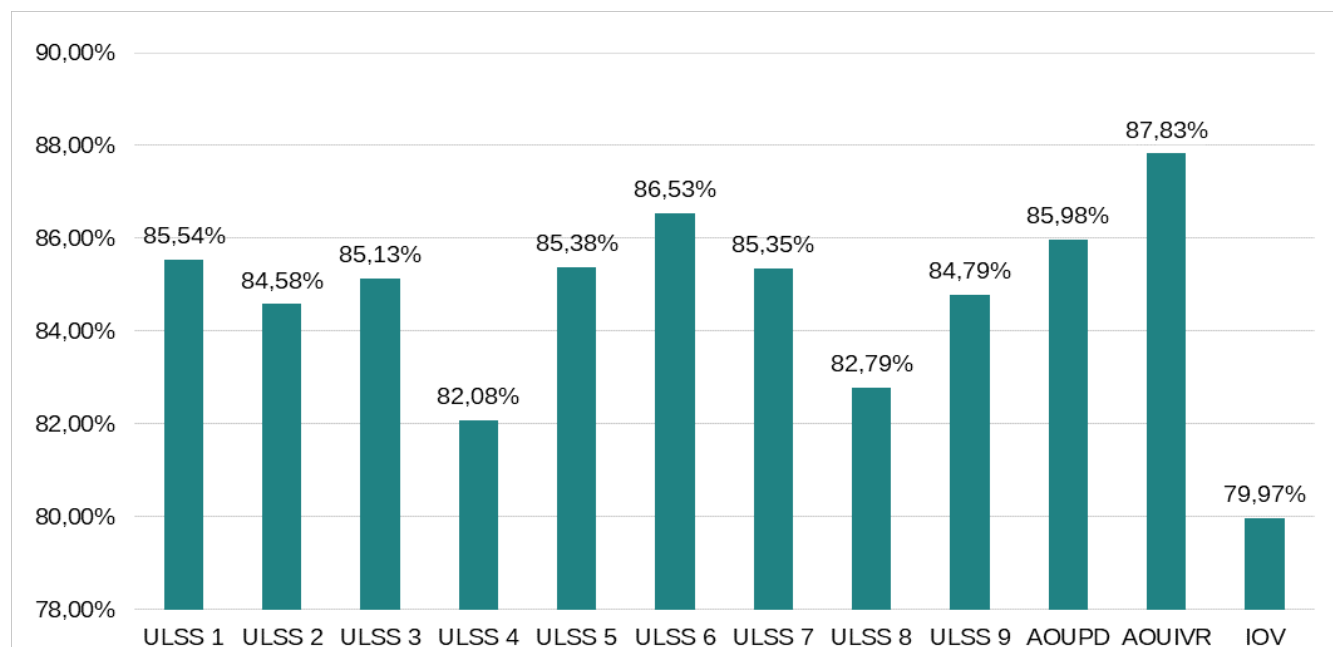
Tabella 31.10.1 Totale investimenti conclusi per categoria in milioni di euro. Anni 2019-2022

Categoria investimento	2019	2020	2021	2022
Altri beni	19,42	22,12	25,34	17,79
Attrezzature	73,12	123,46	111,11	81,45
Edilizia	63,25	109,75	158,55	86,73
Informatica	25,77	36,47	34,91	38,39
Totale complessivo	181,56	291,80	329,91	224,37

Tabella 31.10.2 Totale apparecchi in uso e produttività. Anni 2019 e 2022

Apparecchio	Apparecchi in uso	2019		Apparecchi in uso	2022	
		Nr. Prestazioni	Produttività per macchina		Nr. Prestazioni	Produttività per macchina
TAC/GAMMA CAMERE	10	37.274	3.727	11	27.774	2.525
TOMOGRAFI ASSIALI COMPUTERIZZATI	76	651.767	8.576	83	706.835	8.516
TOMOGRAFI A MAGNETE/SPECIALI/SETTORIALI	60	218.703	3.645	61	223.256	3.660
SISTEMI TAC/PET	7	24.994	3.571	8	22.681	2.835
ACCELERATORI LINEARI	25	177.657	7.106	27	135.787	5.029
Totale	178	1.110.395	6.238	190	1.116.333	5.875

Figura 31.10.1 Tasso di obsolescenza attrezzature sanitarie per Azienda. Anno 2022



Per maggiori informazioni

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ADEMPIMENTI LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova

 controllo.gestione@azero.veneto.it

 0498778505

31.11 I costi per l'energia

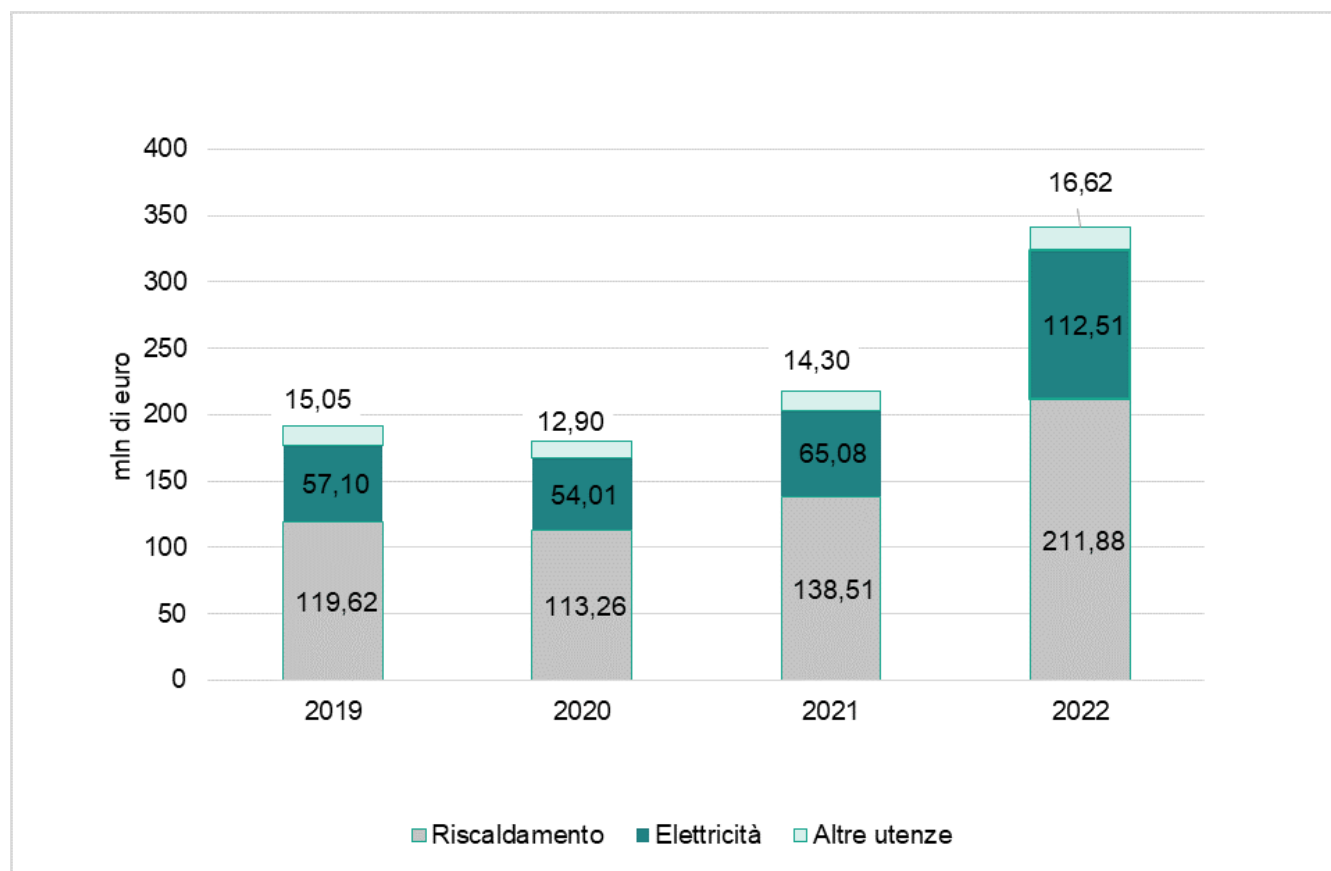
Nell'esercizio 2021 il costo totale delle fonti energetiche risultava di 217,9 milioni di euro, di cui 138,5 mln per riscaldamento, 65,1 mln per l'energia elettrica e 14,3 mln per altre utenze legate al fabbisogno energetico. Nel corso del 2022 si è assistito ad un progressivo aumento del costo delle risorse energetiche in tutta Italia, aumento ancor più rilevante a seguito dallo scoppio del conflitto in Ucraina e dalla spirale inflazionistica tuttora in corso. La spesa per l'energia nelle aziende sanitarie pubbliche, che nel 2021 in Italia ha avuto un'incidenza media di 1,3% sul totale dei costi di produzione, ha raggiunto a fine 2022 una media di 2,3%, impattando negativamente sui bilanci di aziende sanitarie e regioni. Analizzando le principali voci di costo relative alle fonti energetiche, si può notare che a livello nazionale, rispetto all'esercizio 2021 :

- la voce "utenze elettricità" ha registrato un aumento medio pari al 96,2%;
- la voce "riscaldamento" ha subito un incremento del 77,5%;
- la voce "altre utenze" ha registrato un aumento del 30,1%.

A livello regionale, la spesa sanitaria relativa ai costi energetici del Veneto per l'anno 2022 è aumentata complessivamente di 123,1 mln di euro, per un importo complessivo di euro 341 milioni (+56%). Analizzando i conti nel dettaglio, si deduce che:

- la voce "Utenze elettricità", che rappresenta il 33% della spesa complessiva nel 2022, ha subito un aumento, rispetto all'anno precedente, di euro 47,4 mln (+73%);
- la voce "Riscaldamento", che corrisponde al 62% della spesa, nello stesso periodo ha subito un aumento di 73,4 mln di euro (+53%);
- la voce "Altre utenze", che rappresenta il 5% della spesa complessiva, registra un aumento nel 2022 di 2,3 mln (+16%).

Figura 31.11.1 Livelli di costo del fabbisogno energetico in milioni di euro in Veneto. Anni 2019-2022

**Per maggiori informazioni**

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ADEMPIMENTI LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova

 controllo.gestione@azero.veneto.it

 049 8778505

31.12 I costi per l'emergenza Ucraina

In conseguenza dello scoppio del conflitto bellico in Ucraina, la Regione Veneto ha provveduto tempestivamente all'attivazione degli HUB di prima accoglienza nel territorio veneto. Oltre a questo, è stata prevista la proroga dei contratti in essere nei Covid Hospital e nei Covid Hotel inizialmente utilizzati per contrastare l'emergenza sanitaria da Covid-19. Data la difficoltà nel reperire dati esatti sul numero delle persone in arrivo, il primo Piano di intervento prevedeva la predisposizione da parte della Regione di circa n. 1200 posti letto, distribuiti sul territorio negli hub di primissima accoglienza dove alloggiare i migranti per un periodo massimo di 7 giorni. Questi hub sono stati realizzati per intercettare i flussi di migranti che arrivavano in gruppi rilevanti e programmati. L'attuazione delle prime misure di sanità pubblica prevedeva l'individuazione di linee dedicate di "presa in carico" per lo screening Covid-19, la profilassi vaccinale e lo screening per la tubercolosi. Tali linee sono identificate in funzione della previsione di 3 possibili scenari in relazione alla numerosità e alle modalità di arrivo dei profughi. Al fine di garantire procedure veloci che consentano con immediatezza di intervenire ad assicurare l'assistenza sanitaria a tutte le persone provenienti dall'Ucraina, indipendentemente dalla nazionalità, si è raccomandato l'utilizzo del codice STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) per tutte le prestazioni sanitarie da erogare. L'Ordinanza del Capo di Dipartimento di Protezione Civile n. 881 recante "Ulteriori disposizioni urgenti di protezione civile per assicurare, sul territorio nazionale, l'accoglienza, il soccorso e l'assistenza alla popolazione in conseguenza degli accadimenti in atto nel territorio dell'Ucraina" ha previsto che le Regioni e le Province Autonome provvedano, sulla contabilità 2022, all'apertura di un centro di costo dedicato, garantendo la possibilità di tracciare tutti i costi legati all'assistenza sanitaria offerta alle persone provenienti dall'Ucraina in fuga dagli eventi bellici. Tale tracciatura dei costi ha consentito di quantificare nel 2022 un totale complessivo di 9,05 milioni di euro spesi per l'accoglienza, il soccorso e le prestazioni sanitarie alle persone di nazionalità ucraina.

Tabella 31.12.1 Principali voci di costo sostenute per emergenza Ucraina in milioni di euro. Anno 2022

	<i>Mln di euro</i>
Acquisto di beni	2,83
Acquisto di servizi	2,60
Costo del personale	2,60
Altri costi	1,02
TOTALE	9,05

Per maggiori informazioni

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ADEMPIMENTI LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova

 controllo.gestione@azero.veneto.it

 049 8778505

32. I ricavi del Servizio Sanitario Regionale

CONTENUTI

- 32.1 Il Fondo Sanitario Regionale
- 32.2 Altri ricavi del SSR

I RICAVI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



11,8 miliardi di euro

**Valore della produzione
Anno 2022**

di cui:

10,1 miliardi di euro Fondo Sanitario Regionale

0,6 miliardi di euro ricavi per prestazioni sanitarie

0,2 miliardi di euro extra FSR

0,9 miliardi di euro altri ricavi

32.1 Il Fondo Sanitario Regionale

Il Fondo Sanitario Regionale dell'anno 2022 per la Regione del Veneto (in seguito FSR) ammonta a circa 10 miliardi di euro, pari al 8,2% del Fondo Sanitario Nazionale.

Il FSR costituisce l'86% dei ricavi del Servizio Sanitario Regionale ed è finanziato come rappresentato in tabella 32.1.1, mentre il FSR è stato ripartito tra le Aziende Sanitarie del SSR come evidenziato nella tabella 32.1.2.

Tabella 32.1.1 Fondo Sanitario Regionale in milioni di euro. Anno 2022. Fonte: Intesa CSR 278/2022 e ss.mm.ii - File Stanziamenti MEF Anno 2022

	Anno 2022 mln di euro
IRAP	2.094,00
ADDIZIONALE IRPEF	904,00
IVA	6.694,00
TOT. FSR INDISTINTO	9.692,00
FINANZIAMENTI COVID	5,00
FSR VINCOLATO	391,00
TOTALE FSR	10.088,00

Tabella 32.1.2 Riparto FSR in milioni di euro. Anno 2022

	TOTALE FSR 2022
1 - Dolomiti	448,00
2 - Marca	1.612,00
3 - Serenissima	1.221,00
4 - Veneto Orientale	436,00
5 - Polesana	505,00
6 - Euganea	1.707,00
7 - Pedemontana	669,00
8 - Berica	914,00
9 - Scaligera	1.701,00
AOUPD	114,00
AOUIVR	117,00
IOV	15,00
Azienda Zero	629,00
Regione Veneto	10.089,00

Approfondimenti

⇒ **Sito Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano**

<https://www.statoregioni.it>

Per maggiori informazioni

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ADEMPIMENTI LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova

 controllo.gestione@azero.veneto.it

 049 8778505

32.2 Altri ricavi del SSR

Nella tabella 32.2.1 sono rappresentate le incidenze percentuali delle altre voci di ricavo del SSR. I contributi in conto esercizio, oltre al FSR (10.089 mln di euro), si compongono di:

- 184 mln di euro di contributi extra FSR di cui i principali:
- 38 mln per il funzionamento dell'Istituto Zooprofilattico delle Venezie,
- 12 mln per il finanziamento degli indennizzi L.210/92 a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati,
- 66 mln del Fondo Nazionale Non Autosufficienza,
- 14 mln di euro di contributi per la ricerca,
- 5 mln di euro di donazioni da privati.

Altri ricavi del SSR sono composti da:

- 208 mln di euro di utilizzi di contributi FSR e extra FSR non spesi negli anni precedenti;
- 640 mln di euro derivanti dall'erogazione di prestazioni sanitarie e socio sanitarie (di cui 460 mln per mobilità sanitaria extraregionale, 51 mln per prestazioni erogate a privati paganti, 126 mln per prestazioni erogate in regime di intramoenia);
- 259 mln di euro di concorsi recuperi e rimborsi (di cui 213 mln di payback farmaceutico, 20 mln di altri recuperi e rimborsi da privato e 20 mln di recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici);
- 137 mln derivanti dal pagamento del ticket per prestazioni di specialistica ambulatoriale e di pronto soccorso;
- 244 mln pari alla quota delle riserve per investimenti destinati alla copertura dei relativi ammortamenti;
- 96 mln di euro di altri ricavi e proventi.

Il valore totale dei ricavi del SSR sconta -83 mln di euro di risorse in conto esercizio destinate agli investimenti.

Tabella 32.2.1 Valore della Produzione in milioni di euro. Anno 2022 Fonte: Bilancio regionale

Totale valore della produzione	Anno 2022 mln di euro 11.793	Incidenza %
Contributi in conto esercizio	10.292,00	87,3%
Rettifica contributi conto esercizio per destinazione ad investimenti	-83,00	-0,7%
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	208,00	1,8%
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	640,00	5,4%
Concorsi, recuperi e rimborsi	259,00	2,2%
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	137,00	1,2%
Quota contributi conto capitale imputata all'esercizio	244,00	2,1%
Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,0%
Altri ricavi e proventi	96,00	0,8%

Per maggiori informazioni

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ADEMPIMENTI LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova

 controllo.gestione@azero.veneto.it

 049 8778505

33. Le iniziative regionali nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

MISSIONE 6 del PNRR: SALUTE

Componente 1

Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale



225,96 milioni di euro

**manca la quota di telemedicina da definire (1 miliardo a livello nazionale)*

Componente 2

Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale



505,28 milioni di euro

La Missione 6 del PNRR, denominata "Salute", è caratterizzata da linee di azione volte a rafforzare e rendere più sinergica la risposta sanitaria territoriale e ospedaliera, nonché a promuovere e a diffondere l'attività di ricerca del Servizio Sanitario Nazionale.

La Missione 6 si articola in due componenti:

- Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Ogni componente si articola in vari investimenti. Nella tabella 33.1 sono evidenziate le varie linee di investimento con i relativi importi, alla cui realizzazione provvedono gli enti del Servizio Sanitario Regionale in qualità di soggetti attuatori delegati da Regione del Veneto.

Nel corso del 2022 sono state espletate le varie procedure di gara necessarie all'attuazione del PNRR. Le procedure espletate da Azienda Zero in qualità di centrale di committenza regionale per tutti gli enti del SSR in materia di lavori e ICT sono le seguenti:

- 2 procedure di gara aperta multilotto (ristrutturazioni e nuove opere) per l'affidamento di lavori o di lavori e servizi di architettura e ingegneria (cd. appalto integrato);
- 1 procedura di gara aperta per l'affidamento di servizi di architettura e ingegneria;
- 4 procedure di gara mediante rilancio nell'ambito dell'Accordo Quadro stipulato da Consip S.p.A. per l'affidamento dei sistemi operativi PMA, Anatomia Patologica, LIS, RIS-PACS;
- 3 procedure di gara mediante adesione con ordinativo diretto all'Accordo Quadro stipulato da Consip S.p.A.

Nella tabella 33.2 è riportato il dettaglio delle procedure PNRR e l'importo aggiudicato.

Oltre alle procedure di gara su descritte sono state espletate le attività tecnico-informatiche e di programmazione relativamente a:

- Telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici;
- Ulteriori sviluppi del Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale;
- Piano Formazione del Fascicolo Sanitario elettronico;
- Piano Comunicazione sul Fascicolo Sanitario elettronico;
- Sistema informativo Regionale per le Cure Primarie;
- Adozione di 4 nuovi flussi informativi nazionale;

Gli enti del Servizio Sanitario Regionale sono altresì coinvolti in altre due Missioni del PNRR (la Missione 1 "Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo" (Polo Strategico Nazionale, Cloud, Sanità connessa, Pago PA, Cybersecurity) e la Missione 5 "Inclusione e coesione") e nel PNC (Piano Nazionale Complementare) "Ambiente, biodiversità, clima".

Tabella 33.1 Elenco investimenti previsti per la Regione Veneto nella missione 6 del PNRR

MISSIONE 6			
Investimento	Descrizione	Finanziamento PNRR in milioni di euro	Soggetto Attuatore
C2 - 1.3.2	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi e la simulazione Adozione da parte delle regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali	2,24	Azienda Zero
C2 - 1.3.1	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni Province Autonome"	43,68	Azienda Zero
	Telemedicina per un migliore supporto per i pazienti cronici - servizi di telemedicina - definizione del piano operativo (Azero e Regione) - Regione deve adottare modello telemedicina (DGR) - Attivazione servizi di Telemedicina acquisendo dalle Regioni Bandiera (Lombardia e Puglia)	da definire (1 miliardo a livello nazionale)	Azienda Zero
C1 - 1.2	Casa come primo luogo di cura e telemedicina-interconnessione	3,48	Aziende SSR
C1 - 1.2	Casa come primo luogo di cura e telemedicina-device	4,74	Aziende SSR
C1 - 1.2	Casa come primo luogo di cura e telemedicina-lavori	8,48	Aziende SSR
C2 - 1.2	Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile Fondi PNRR	47,18	Aziende SSR
C1 - 1.3	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	73,86	Aziende SSR
C2 - 1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero . Investimento 1.1.2 Grandi apparecchiature sanitarie	87,83	Aziende SSR
C2 - 1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero . Investimento 1.1.1 Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020)	101,54	Aziende SSR
C2 - 1.2	Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile Fondi PNC	107,09	Aziende SSR
C1 - 1.1	Case di Comunità e presa in carico della persona	135,40	Aziende SSR
C2 - 1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero . Investimento 1.1. Digitalizzazione Dea I e II livello	107,10	Aziende SSR /Azienda Zero
C2 - 2.2 (a)	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali digitali e manageriali del personale del sistema sanitario -borse aggiuntive in formazione di medicina generale	2,49	Altri soggetti
C2 - 2.2 (b)	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	6,13	Altri soggetti
Totale		731,24	

Tabella 33.2 Dettaglio delle procedure PNRR e valore aggiudicato in milioni di euro

Procedura di gara	Stato procedura	Importo aggiudicato (IVA esclusa, mln di euro)
Accordi Quadro per l'esecuzione di lavori o progettazione e lavori - Ristrutturazioni	Aggiudicata in data 29/11/2022	166,8
Accordi Quadro per l'esecuzione di lavori o progettazione e lavori - Nuove costruzioni	Aggiudicata in data 29/11/2022	73,1
Accordi Quadro per l'affidamento di servizi di architettura e ingegneria	Aggiudicata in data 29/11/2022	28,9
Adesione all'Accordo Quadro Consip "Sanità Digitale - Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali" per le Pubbliche Amministrazioni del SSN - Servizi applicativi e servizi di supporto	Aggiudicata in data 18/08/2022	11,6
Appalto Specifico, nell'ambito dell'Accordo Quadro Consip S.p.A. "Sanità Digitale - Sistemi Informativi Clinico Assistenziali" per le Pubbliche Amministrazioni del SSN - Sistema LIS	Aggiudicata in data 23/12/2022	5,9
Appalto Specifico, nell'ambito dell'Accordo Quadro Consip S.p.A. "Sanità Digitale - Sistemi Informativi Clinico Assistenziali" per le Pubbliche Amministrazioni del SSN - Sistema Anatomia Patologica	Aggiudicata in data 23/12/2022	5,9
Appalto Specifico, nell'ambito dell'Accordo Quadro Consip S.p.A. "Sanità Digitale - Sistemi Informativi Clinico Assistenziali" per le Pubbliche Amministrazioni del SSN - Sistema PMA	Aggiudicata in data 23/12/2022	1,2
Appalto Specifico, nell'ambito dell'Accordo Quadro Consip S.p.A. "Sanità Digitale - Sistemi Informativi Clinico Assistenziali" per le Pubbliche Amministrazioni del SSN - Sistema RIS-PACS	Aggiudicata in data 30/12/2022	27,7
Adesione all'Accordo Quadro Consip - Servizi applicativi e servizi di supporto in ambito "Sanità Digitale - Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali" - Sistema Trasfusionale	Aggiudicata in data 30/12/2022	3,7
Adesione all'Accordo Quadro Consip - Servizi applicativi e servizi di supporto in ambito "Sanità Digitale - Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali" - Sistema SUEM 118	Aggiudicata in data 30/12/2022	4,9
Adesione all'Accordo Quadro Consip - Servizi applicativi e servizi di supporto in ambito "Sanità Digitale - Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali" - Sistema Macro e Micro Logistica	Aggiudicata in data 30/12/2022	4,9

Per maggiori informazioni

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova ecofin@azero.veneto.it 0498778505

34. La performance economica e finanziaria del SSR

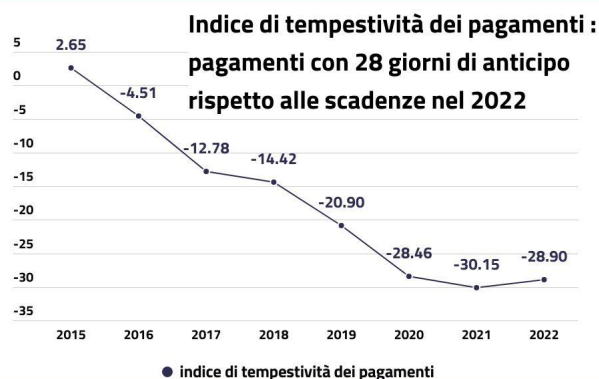
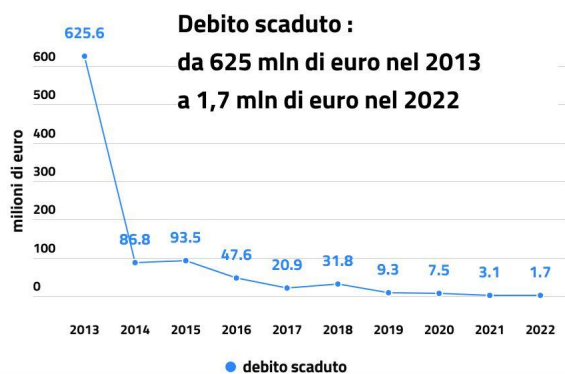
CONTENUTI

- 34.1 La performance economica del SSR
- 34.2 Il payback farmaceutico e dispositivi medici
- 34.3 La performance finanziaria del SSR

PERFORMANCE ECONOMICA E FINANZIARIA



+5 milioni di euro

Risultato economico complessivo SSR
Anno 2022

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023

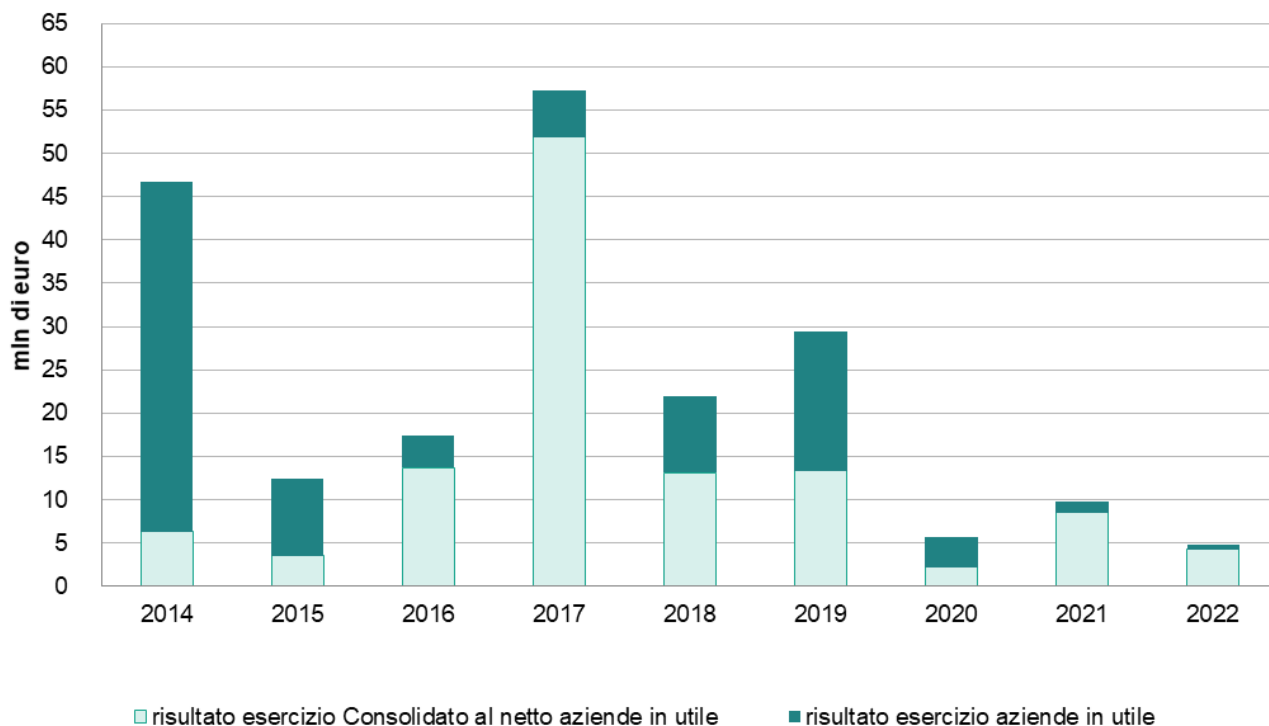
34.1 La performance economica del SSR

Nel 2022 il SSR ha conseguito un risultato economico positivo complessivo pari a 5 milioni di euro. Il bilancio consolidato delle aziende del sistema sanitario Veneto (esclusa Azienda Zero) al 31/12/2022 si chiude con una perdita complessiva di 494 milioni di Euro, contro i 362 milioni di euro del 2021 e i 353 milioni di euro del 2020. Le aziende Ulss Marca Trevigiana e lo IOV hanno chiuso il bilancio 2022 con un risultato di esercizio positivo. Tutte le restanti aziende Ulss (Dolomiti, Serenissima, Veneto Orientale, Polesana, Euganea, Pedemontana, Berica e Scaligera), l'AOPD e l'AOUIVR hanno chiuso il loro bilancio in perdita. Nella tabella 34.1.1 si rappresentano i dati di sintesi sul risultato d'esercizio 2022 delle aziende. Gli utili di Azienda Zero, conseguenti alle assegnazioni previste dalla DGR n. 289/2023, risultano sufficienti a garantire il ripiano delle perdite e a produrre un utile consolidato pari a circa 5 milioni di euro.

Tabella 34.1.1 Risultati di esercizio delle aziende in milioni di euro. Anno 2022 Fonte Bilancio regionale

	Risultato d'esercizio CE 2022
1 - Dolomiti	-12
2 - Marca	0
3 - Serenissima	-145
4 - Veneto Orientale	-6
5 - Polesana	-56
6 - Euganea	-38
7 - Pedemontana	-9
8 - Berica	-32
9 - Scaligera	-15
Ao Padova	-96
Aoui Verona	-86
IOV	0
Azienda Zero	498

Figura 34.1.1 Risultato di esercizio del bilancio consolidato regionale veneto in milioni di euro. Anni 2014-2022



Approfondimenti

↔ Sito Regione Veneto

<https://www.regione.veneto.it>

Per maggiori informazioni

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO- Azienda Zero - Regione del Veneto

📍 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova

✉ ecofin@azero.veneto.it

☎ 049 8778505

34.2 Il payback farmaceutico e dispositivi medici

Il payback farmaceutico è un meccanismo tale per cui, in caso di superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera a livello nazionale, le aziende farmaceutiche devono ripianare il 50% dell'eccedenza tramite versamenti alle Regioni/Ministero in base agli importi attribuiti da AIFA. Nel 2022 gli introiti per payback farmaceutico ammontano a 213 mln di euro pari al 2% dei ricavi del SSR. Con Decreto del Ministero della Salute del 6 Luglio 2022, si è dato, per la prima volta, attuazione al meccanismo del payback sui dispositivi medici (ex art. 9-ter del DL 78/2015). Il payback dispositivi medici per gli anni 2015-2018 spettante alla Regione del Veneto, rideterminato dal decreto regionale n. 172/2022, è pari a 231 mln di euro. Stante l'insorgere di numerosi ricorsi da parte dei fornitori di dispositivi medici, per l'anno 2022, tale posta, prudenzialmente, non è stata rappresentata tra i ricavi del SSR.

Per maggiori informazioni

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova

 ecofin@azero.veneto.it

 049 8778505

34.3 La performance finanziaria del SSR

Tra il 2013 e 2014 attraverso gli strumenti messi a disposizione dal Decreto Legge 35/2013, il SSR è stato "ricapitalizzato" per circa 1,6 miliardi di euro consentendo l'abbattimento del debito scaduto pregresso. Nel periodo analizzato, l'ammontare di debito scaduto si è ridotto passando dai 625 milioni di euro del 2013 agli 1,7 milioni di euro del 2022 con un'incidenza percentuale esigua sul totale dei debiti verso fornitori. Analogamente anche il livello dei debiti verso fornitori, dopo aver sfiorato i 3 mld di euro (nel 2011), è stato ricondotto ad uno stock di debito fisiologico di circa 1 mld di euro. Contestualmente le attività di razionalizzazione della spesa del SSR hanno permesso di liberare le risorse finanziarie annualmente a disposizione delle aziende e di avviare il progressivo miglioramento delle performance di pagamento. L'indice di tempestività è nettamente migliorato negli anni, fino a raggiungere una performance di pagamento media del SSR che, nel 2022, si attesta sui 28 giorni di anticipo rispetto alle scadenze. Il dato sta a significare che il SSR mediamente paga i suoi fornitori a 32 giorni. Tale performance risulta essere tra le più virtuose d'Italia.

Figura 34.3.1 Debito scaduto in milioni di euro. Anni 2013-2022

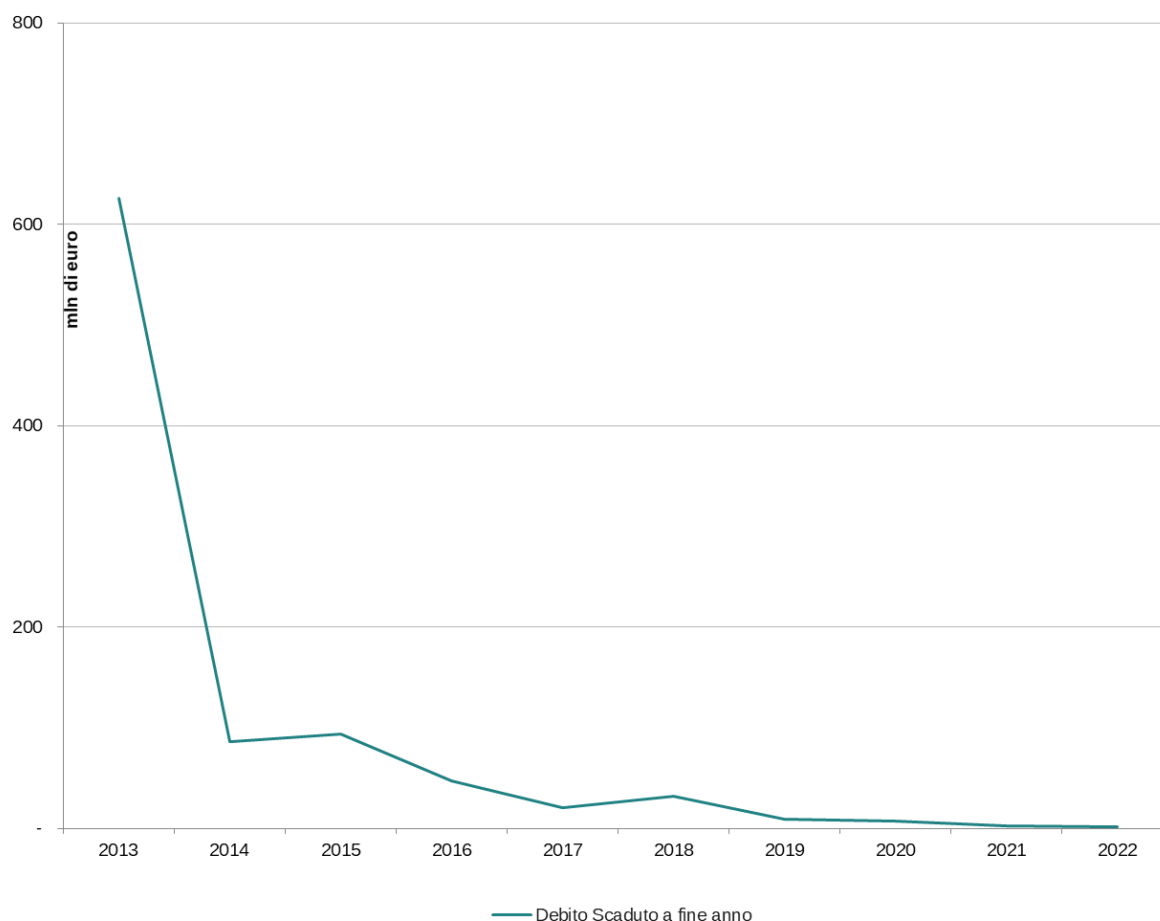


Figura 34.3.2 Indice di Tempestività dei pagamenti. Anni 2015-2022

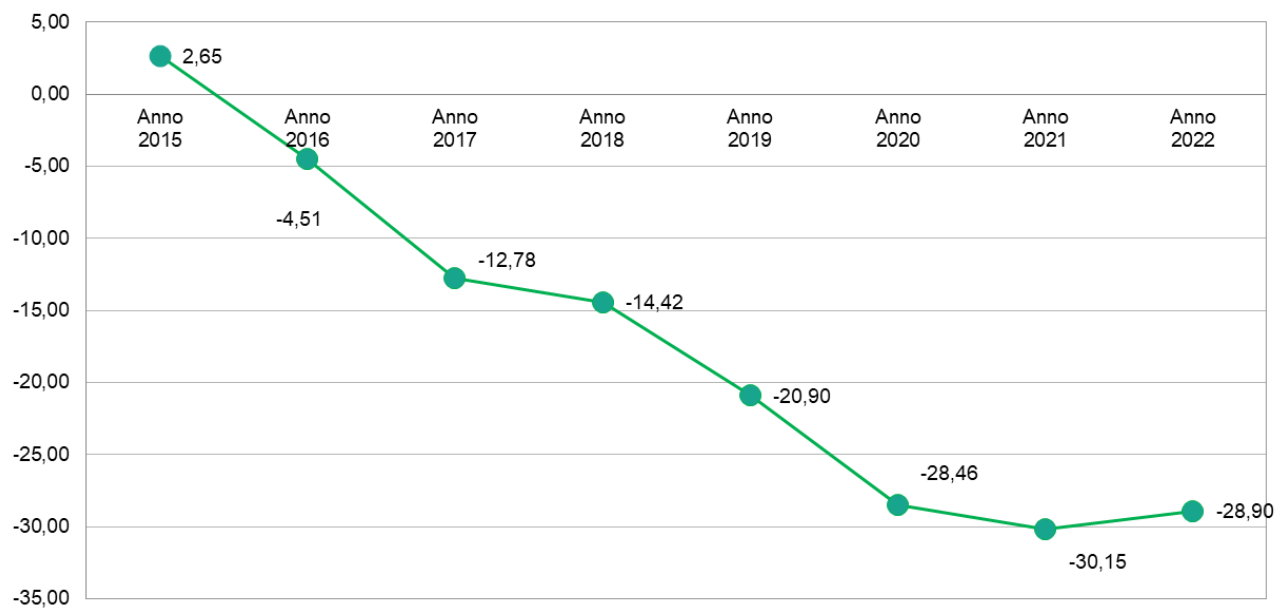


Tabella 34.3.1 Indice di Tempestività dei pagamenti per Azienda. Anno 2022

Azienda	ITP anno 2022
Azienda Zero GSA	-42,28
1 - Dolomiti	-30,52
2 - Marca Trevigiana	-38,46
3 - Serenissima	-21,47
4 - Veneto Orientale	-37,61
5 - Polesana	-23,87
6 - Euganea	-36,27
7 - Pedemontana	-30,83
8 - Berica	-31,87
9 - Scaligera	-15,62
Ao Padova	-21,94
Aoui Verona	-27,28
IOV	-33,05
TOTALE	-28,9

Figura 34.3.3 Tempi di pagamento delle regioni italiane. Anno 2022 Fonte Farindustria

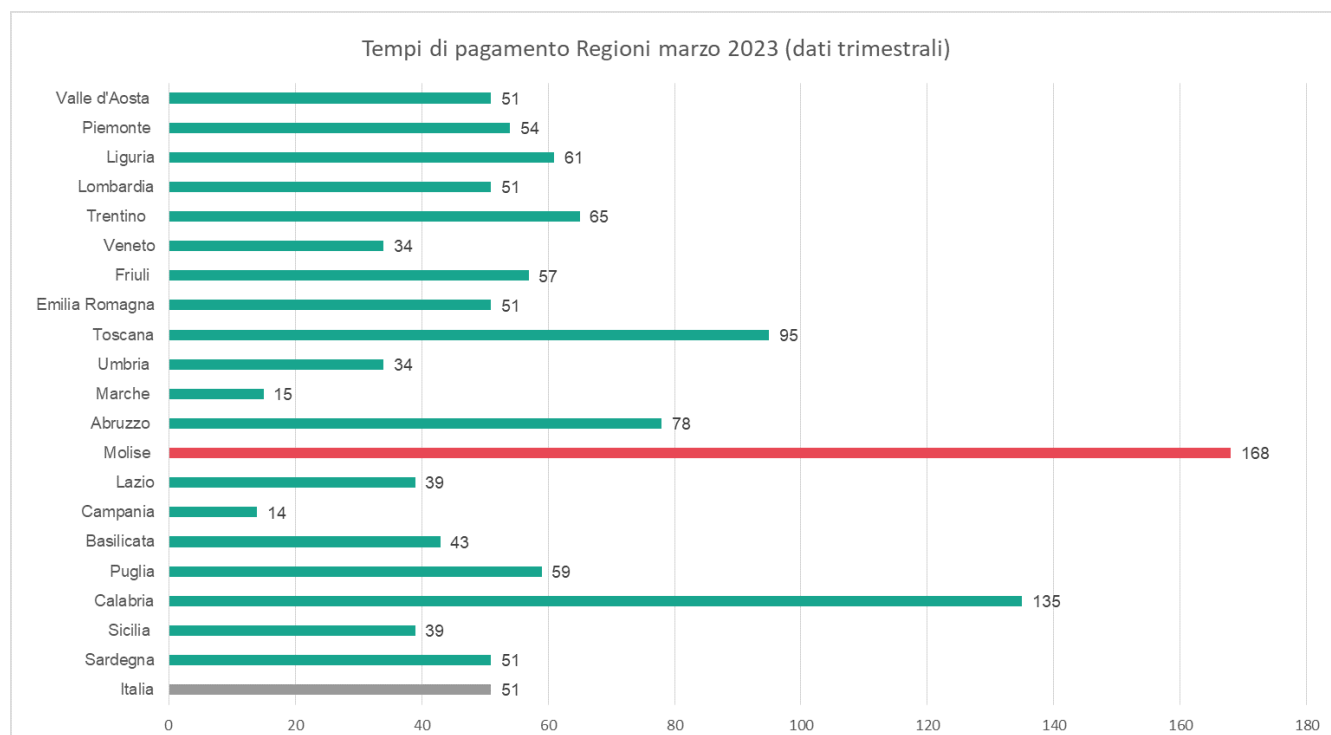
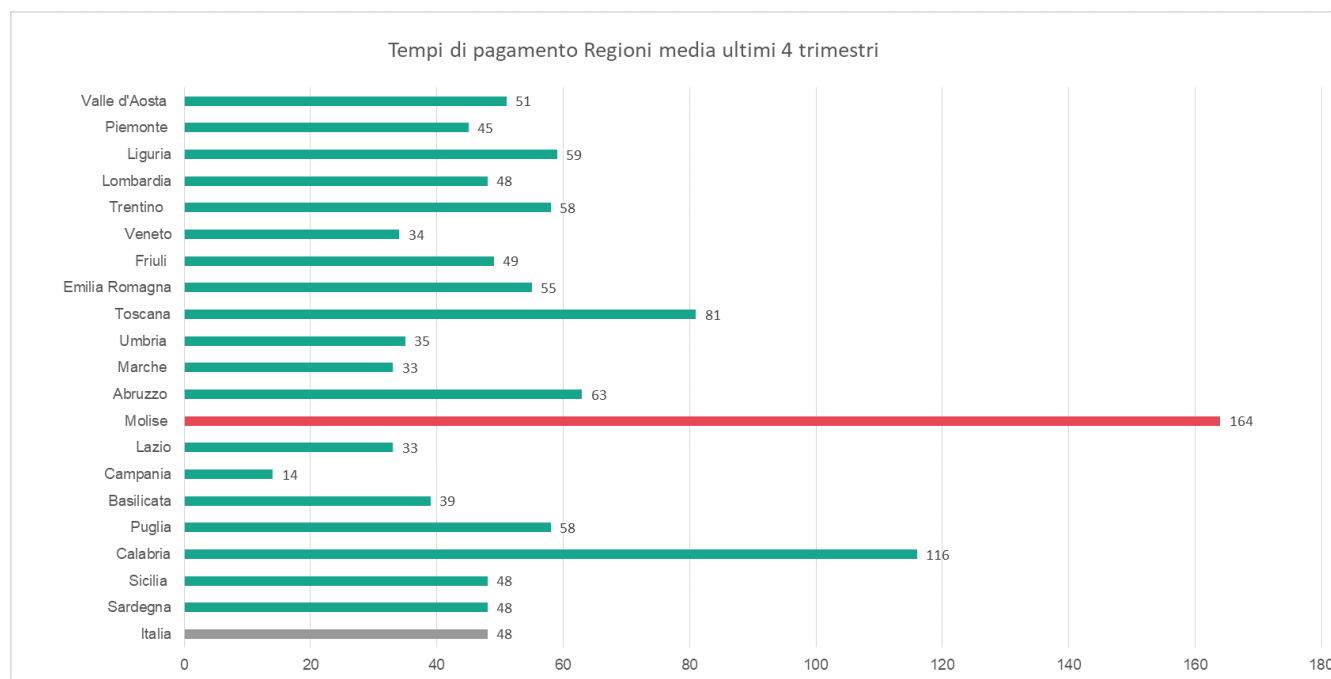


Figura 34.3.4 Regioni - Tempi di pagamento a confronto- dicembre 2022 - media annuale. Fonte Farindustria.



Approfondimenti

⇒ **Sito di Farindustria**

<https://www.farindustria.it>

Per maggiori informazioni

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO - Azienda Zero - Regione del Veneto

 Passaggio Gaudenzio 1, 35131 Padova

 ecofin@azero.veneto.it

 049 8778505

Introduzione alla Sezione “Attuazione obiettivi PSSR”

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 è un documento da cui deriva l'intero sviluppo delle azioni strategiche sia regionali che delle aziende sanitarie del sistema socio-sanitario regionale.

I capitoli precedenti definiscono, esplicitano e analizzano i bisogni e la domanda a cui il SSR deve rispondere, l'offerta e i Sistemi di Supporto, e dà conto dell'utilizzo delle risorse a disposizione del governo del sistema.

In questa sezione della relazione socio sanitaria vengono analizzati nel dettaglio alcuni obiettivi strategici che si ritiene siano stati maggiormente approfonditi nel corso del 2022, mettendo in evidenza i risultati raggiunti anche attraverso specifici indicatori di risultato.

È stata mantenuta l'impostazione del PSSR, individuando un paragrafo per ciascun capitolo del Piano e riprendendo alcuni obiettivi strategici declinati nel PSSR.

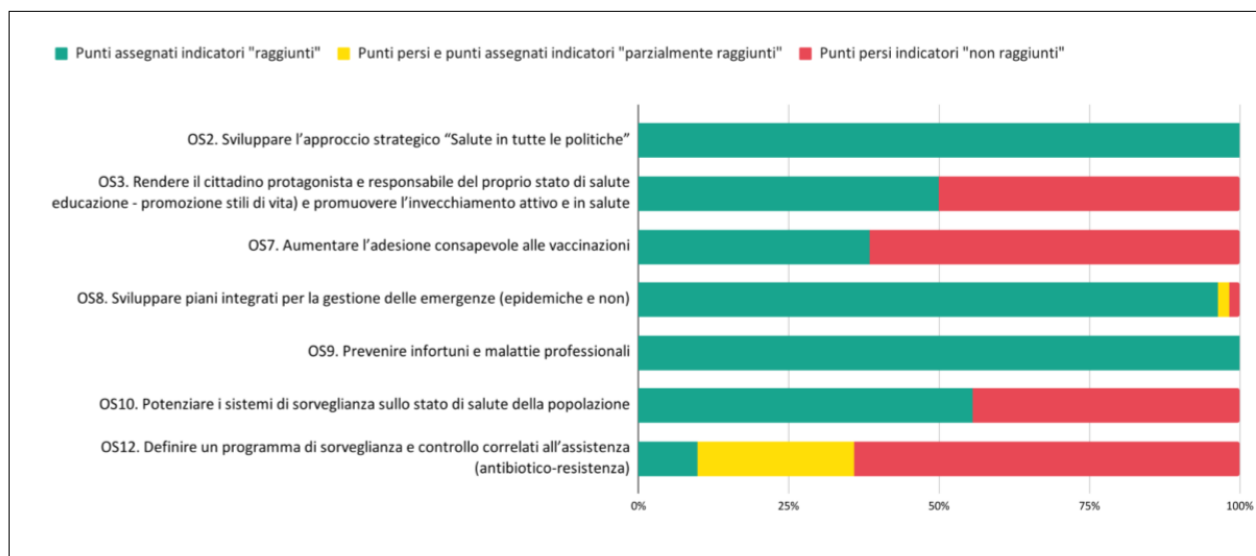
Inoltre nel corso del 2022 la Regione Veneto ha voluto dare una forte spinta verso il rafforzamento della coerenza tra i sistemi di programmazione e di valutazione regionali ed aziendali. Va in questa direzione la volontà di inserire, per la prima volta nella relazione, un grafico in ogni capitolo della sezione, volto a evidenziare il collegamento tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del Veneto per l'anno 2022 in coerenza con gli obiettivi strategici del PSSR e il loro raggiungimento.

In tal modo è stato evidenziato anche il collegamento tra la valutazione della performance aziendale e il contributo fornito sul risultato regionale che a sua volta viene valutato a livello nazionale sul rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) anche attraverso il sistema di indicatori nazionale del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

35. La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio

CONTENUTI

- 35.1 Obiettivo strategico 2: Sviluppare l'approccio strategico "Salute in tutte le politiche"
- 35.2 Obiettivo strategico 8: Sviluppare piani integrati per la gestione delle emergenze (epidemiche e non)
- 35.3 Obiettivo strategico 11: Garantire i sistemi di sorveglianza sulla sicurezza alimentare (veterinaria)

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2022 (DGR 709/22) in relazione agli obiettivi strategici PSSR


35.1 Obiettivo strategico 2: Sviluppare l'approccio strategico "Salute in tutte le politiche"

Con DGR n. 480/2022 è stato approvato lo schema di Protocollo d'Intesa "Veneto per la salute" per la promozione del benessere e del diritto alla salute mediante la predisposizione di un sistema integrato di azioni e lo sviluppo dei processi di intersectorialità, in attuazione del Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2020-2025.

Il Protocollo d'Intesa nato a supporto del PRP 2020-2025 sancisce la collaborazione tra Regione Veneto (20 Direzioni Regionali) e Ufficio scolastico regionale per il Veneto, ANCI Veneto, INAIL Veneto, ARPAV, IOV, Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, Università degli studi di Padova e Verona e Università Ca' Foscari di Venezia, con l'obiettivo di promuovere il benessere e la salute attraverso l'adozione, nelle proprie politiche, di linee strategiche coerenti con gli obiettivi del PRP. Tale strategia ha l'importante obiettivo di responsabilizzare tutte le parti nel considerare l'impatto sulla salute degli interventi messi in atto nella comunità. A supporto dell'accordo è stata affiancata la campagna di comunicazione VIVO BENE VENETO, che rafforza nella popolazione il messaggio di salute, responsabilizzando enti e soggetti verso un obiettivo comune di benessere.

In attuazione al Protocollo, con DDR n. 67 del 11/11/2022 è stato costituito il tavolo di coordinamento regionale "Veneto per la Salute", al quale partecipano i referenti individuati dalle direzioni regionali ed enti firmatari, con il compito di curare il raccordo con altro Tavoli di lavoro aperti tra Regione ed Enti coinvolti su specifici temi, per quanto attiene l'impatto sulla salute e il benessere della popolazione per dare attuazione in modo intersectoriale agli obiettivi definiti dal PRP.

Tale strategia intersectoriale innovativa è stata presentata quale buona pratica di governance sanitario in occasione del meeting annuale della RHN-WHO - Regions for Health Network – Rete OMS delle Regioni che promuovono la Salute - coordinata dall'Ufficio Europeo OMS per gli Investimenti in salute e per lo Sviluppo di Venezia, il 6-7 dicembre a Bruxelles.

In attuazione a tale approccio, è stato chiesto a tutte le Aziende Ulss di costituire con atto aziendale 6 tavoli aziendali a supporto delle azioni dei programmi del Piano Aziendale Prevenzione, in attuazione del PRP e in accordo con il Protocollo Veneto per la Salute. Tale strategia è stata inserita anche tra gli obiettivi dei Direttori Generali per l'anno 2022.

Tutte le Aziende Ulss hanno attivato i tavoli, coinvolgendo diversi soggetti, molti esterni al contesto sanitario, adattandoli alle specificità locali. La Direzione Prevenzione ha coordinato i lavori attraverso un continuo lavoro di rete, costituita dai referenti regionali, dai coordinatori aziendali dei Piani di Prevenzione e dai referenti aziendali dei diversi Programmi in cui si articola il PRP. Tali tavoli rappresentano il contesto di sviluppo di strategie intersectoriali a livello locale (Tab 35.1), così come il Tavolo di Veneto per la Salute rappresenta a livello regionale.

Con riferimento alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, il PRP 2020-2025 promuove la metodologia dei Piani Mirati di Prevenzione: nel corso del 2022, la Regione Veneto, con il supporto di specifici gruppi tecnici trasversali, rappresentativi del Comitato Regionale di Coordinamento (art. 7 D.Lgs. 81/2008) ha individuato i settori prioritari di intervento (legno, logistica e metalmeccanica) e gli strumenti attuativi.

A ulteriore rinforzo della partecipazione attiva nell'attività di contrasto di infortuni sul lavoro e malattie professionali di tutti gli Enti e le Parti Sociali regionali, è proseguita l'attuazione e il monitoraggio del

“Piano Strategico 2021-2023”, che concorre al raggiungimento dell’obiettivo 8 dell’Agenda ONU 2030 per lo Sviluppo sostenibile: Traguardo 8.8. “Proteggere il diritto al lavoro e promuovere un ambiente lavorativo sano e sicuro per tutti i lavoratori, inclusi gli immigrati, in particolare le donne, e i precari”.

Tab. 35.1: Tavoli istituiti a livello locale in attuazione al Piano Regionale Prevenzione 2020-2025

PP01_S03	Avvio e gestione di un tavolo di coordinamento aziendale sulla salute in tutte le politiche provinciale/locale (enti comunali, associazioni volontariato, associazioni sportive, PLS, ...)	
PP02_S.02_E	Avvio e gestione di un tavolo di coordinamento aziendale intersettoriale a supporto della rete dei Comuni Attivi	
PP04_I.01_E	Avvio e gestione di un tavolo di coordinamento aziendale per il sistema veneto dipendenze	
PP05_I.01	Avvio e gestione di un tavolo di coordinamento aziendale sulla sicurezza negli ambienti di vita (con atto ufficiale)	
PL11_I.01	Avvio e gestione di un tavolo di coordinamento aziendale per la promozione di stili di vita salutari e la prevenzione delle MCNT	
PL12_I.01	Formalizzazione del Coordinatore aziendale della Rete unica aziendale per la presa in carico dei primi 1000 giorni del bambino e della sua famiglia e dei suoi membri	

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria

 Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

 prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

 041 2791352

35.2 Obiettivo strategico 8: Sviluppare piani integrati per la gestione delle emergenze (epidemiche e non)

Nel corso del 2022 è stata svolta una importante azione di coordinamento delle attività per la redazione del "Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)" sia interna all'Area Sanità e Sociale sia a livello delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Il Piano nazionale è stato recepito dalla Regione del Veneto con DGR n. 640 del 20/05/2021 e successivamente è stato istituito il Gruppo di Coordinamento regionale del "Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)" con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 102 del 05/10/2021 che ha portato all'individuazione delle macroaree e delle Direzioni afferenti secondo una modalità già avviata con il Piano Nazionale di Contrasto all'antimicrobicoresistenza (PNCAR) 2017-21 e componenti esterni al Servizio Sanitario Regionale:

- Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVe)
- Università degli Studi di Padova e di Verona
- Fondazione Scuola di Sanità Pubblica

La stesura del Piano regionale si è basata sulla struttura del Piano nazionale e per la sua complessità, ha richiesto un confronto continuo tra la Direzione Prevenzione e il Gruppo di coordinamento attraverso incontri periodici per portare a termine con provvedimento di Giunta regionale il documento programmatico e i documenti attuativi di supporto come richiesto dal Piano nazionale. La Delibera di approvazione del Piano e i documenti attuativi sono stati trasmessi al Ministero della Salute.

Redazione Piani Pandemici Aziendali

La redazione e l'approvazione dei Piani Pandemici Aziendali - oltre che essere contenuta nel punto 5 della DGR n. 187 del 28/02/2022 del Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante "Indicazioni ad interim di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale" - è stata individuata come obiettivo assegnato ai Direttori Generali per l'anno 2022 (DGR n. 709 del 14/06/2022). La DGR prevedeva infatti che ciascuna Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale declinasse il Piano Pandemico a livello territoriale e lo approvasse entro il 31.12.2022.

Tutte le Aziende hanno approvato con Delibera del Direttore generale di Azienda il loro Piano entro il 31.12.2022.

Per ogni Azienda sono state previste le seguenti azioni:

- individuazione di un Referente/Coordinatore Piano Pandemico Aziendale (rete interna);
- costituzione di gruppi di lavoro per area tematica locale-interfaccia con referente regionale;
- individuazione dei referenti per ogni macroarea del Piano aziendale;
- redazione/Approvazione dei Documenti attuativi regionali da recepire e adattare e contestualizzare alla propria realtà locale;
- adesione al percorso formativo;
- aggiornamento periodico del documento.

Al fine di standardizzare la stesura dei Piani Aziendali anche per renderli confrontabili ai fini della

valutazione è stata proposta ed è in corso di elaborazione una griglia con i requisiti minimi di contenuto raccolti in un format.

Le principali Macroaree, su proposta della Direzione Prevenzione, hanno organizzato specifici incontri di coordinamento con i referenti di Macroaree delle Aziende per la stesura dei documenti attuativi inerenti al Piano Pandemico per l'area di riferimento.

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria



Dorsoduro 3493, 30123 Venezia



prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it



041 2791352

35.3 Obiettivo strategico 11: Garantire i sistemi di sorveglianza sulla sicurezza alimentare (veterinaria)

Nel 2022 sono state svolte numerose azioni di programmazione, coordinamento e controllo per garantire l'operatività dei sistemi di sorveglianza sulla sicurezza alimentare, adottando DGR riguardanti: recepimento di Accordi/Intese, attività ufficiali nell'ambito del sistema di controllo delle contaminazioni della catena agroalimentare e della filiera dei Molluschi Bivalvi Vivi e attività del punto di contatto regionale per il sistema di allerta di alimenti/mangimi (Fig. 35.1).

In riferimento ai Piani di controllo, monitoraggio, sorveglianza, screening mirato con/senza campionamento di alimenti e altre matrici, le attività operative vengono eseguite dalle ULSS tramite ispezioni, verifiche, audit e campionamenti, mentre le analisi sulle matrici campionate dai laboratori ufficiali designati, IZSVE e ARPAV.

Nel 2022 sono stati predisposti: il Piano Antimicrobicoresistenza campioni in macello; la verifica dell'autocontrollo di imprese alimentari Criteri microbiologici di sicurezza alimentare e Criteri microbiologici di igiene di processo; ricerche microbiologiche (LLGG Intesa 212/2016); ricerche chimiche: contaminanti regolamentati e non, residui di fitosanitari, Additivi-Aromi-Enzimi, Integratori alimentari; ricerche di OGM, elementi radioattivi, trattamenti con radiazioni ionizzanti, PFAS in campioni di acqua di abbeverata e alimenti; analisi chimiche e microbiologiche in campioni di "Latte crudo venduto direttamente dal produttore"; analisi per ricerca di trichinella nelle specie sensibili; prove di cessione di materiali e oggetti a contatto con alimenti; piani di campionamento per nuove zone raccolta Molluschi Bivalvi da commercializzare Vivi e piani di monitoraggio di zone già classificate; ricerche chimiche/microbiologiche in campioni di Acqua in bottiglia.

Altre attività amministrative hanno riguardato l'inserimento di stabilimenti alimentari riconosciuti nel sistema informativo nazionale con assegnazione di approval number (oltre 1200 stabilimenti di produzione alimenti di origine animale, oltre 180 additivi aromi enzimi, 2 semi e germogli, 136 alimenti addizionati, integratori alimentari, alimenti particolari) e l'inserimento di 4 nuovi laboratori analisi per autocontrollo di imprese alimentari nell'elenco regionale, a fronte di 3 cancellazioni. Nel 2022 l'Autorità Competente Regionale nel settore igiene degli alimenti/sicurezza alimentare ha svolto 2 audit interni alle ULSS per verificarne l'organizzazione per l'esecuzione di controlli ufficiali e di altre attività.

Inoltre nell'anno è continuata l'attività di coordinamento delle Malattie a Trasmissione Alimentare (MTA) con il supporto del Centro di sorveglianza regionale per gli agenti di tossinfezione alimentare istituito presso l'IZSVE che ha visto coinvolte ULSS e Regione, tra l'altro, nella gestione del focolaio internazionale di listeriosi sostenuto da *Listeria monocytogenes* ST155. L'attività di sorveglianza si è principalmente focalizzata su *Listeria monocytogenes* e su *Salmonella* spp. Le Aziende Sanitarie hanno conferito a IZSVE 292 ceppi di *Salmonella* isolati da pazienti, mentre sono stati trasmessi a ISS 57 ceppi di *Listeria monocytogenes* riferibili ad altrettanti casi di listeriosi umana.

Hanno avuto luogo inoltre i seguenti focolai di MTA, i cui ceppi umani e isolati da ambiente/cibo sono stati sottoposti a sequenziamento dell'intero genoma: *S. enteritidis* nel comparto avicolo nazionale (linea produttiva pollo da carne) con 31 casi umani; salmonellosi da *S. typhimurium* variante monofasica prevalentemente in bambini, composto da 6 casi a dicembre 2022; salmonellosi da Variante Monofasica di *S. typhimurium* con 2 casi umani a maggio 2022; salmonellosi umana da *S. enteritidis* con 28 possibili casi a novembre 2022.

Infine, a garanzia di formazione omogenea ed aggiornamento continuo del personale coinvolto in attività/controlli ufficiali, la Regione ha approvato il Piano di formazione delle Autorità Competenti-Aziende ULSS e Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria anni 2022-2025 (DGR n. 1451/2022).

Tab.35.2: Attività del punto di contatto regionale per il sistema di allerta di alimenti e mangimi

Notifiche gestite nel 2022		
Classificazione notifica	Numero notifiche	Frequenza %
Alert notification	187	50,68
Information notification for attention	111	30,08
Information for Follow-up	69	18,7
News	2	0,54
TOTALE	369	-
AAC 2022:	37	

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria



Dorsoduro 3493, 30123 Venezia



prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

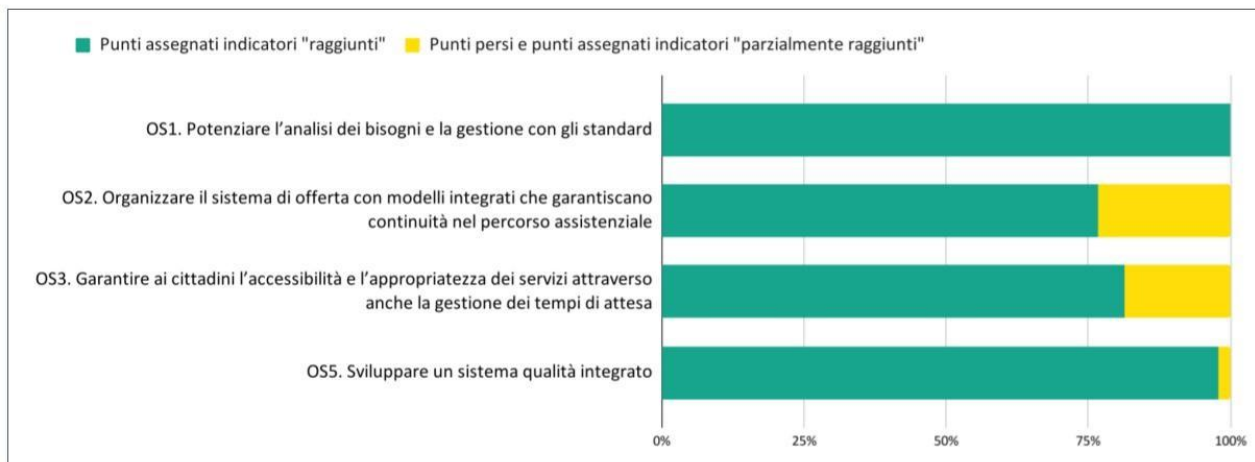


041 2791352

36. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto

CONTENUTI

- 36.1 Obiettivo strategico 3: Garantire ai cittadini l'accessibilità e l'appropriatezza dei servizi attraverso anche la gestione dei tempi di attesa

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2022 (DGR 709/22) in relazione agli obiettivi strategici PSSR

36.1 Obiettivo strategico 3: Garantire ai cittadini l'accessibilità e l'appropriatezza dei servizi attraverso anche la gestione dei tempi di attesa

Con riferimento al Piano Operativo Regionale (DGR n. 1329/2020, aggiornato con DGR n. 1061/2021), è stato chiesto ad ogni Azienda Sanitaria di ripristinare, già nel corso del 2021, i livelli di produttività antecedenti la pandemia, convenzionalmente indicati nell'esercizio 2019.

E' evidente che il conseguimento di tale risultato è stato un obiettivo di per sé sfidante, in quanto le procedure di sicurezza introdotte durante l'epidemia hanno comportato una riduzione della produttività allungando i tempi delle prestazioni, oltre al fatto che nel corso del 2021 si è assistito alla 3° e 4° ondata della pandemia stessa. Per tale motivo si è ritenuto necessario che il sistema degli obiettivi aziendali afferenti al ciclo della performance aziendale recepisce - qualora non già avvenuto - il target regionale atteso, riferito al raggiungimento quantomeno dei medesimi volumi mensili di produzione, garantiti precedentemente all'epidemia, con riferimento al 2019.

Pertanto è stato chiesto alle Aziende Sanitarie un aggiornamento del Piano recupero liste d'attesa 2022, con una stima della spesa prevista e si è provveduto ad un'analisi complessiva di sintesi e alla ripartizione del finanziamento statale alle Aziende Sanitarie previsto dall'art.1 c. 278 della L. 234/2021. Tenuto conto dello slittamento dello stato emergenziale fino al 31/03/2022, con DGR n. 162 del 22/02/2022 è stato prodotto il Piano Regionale per il recupero liste d'attesa 2022, incaricando ciascuna Azienda SSR di approvare il proprio piano operativo aziendale attuativo entro il 11/03/2022 e incaricando Azienda Zero del monitoraggio dei piani aziendali attuativi e dei livelli di produttività conseguiti dalle Aziende SSR.

Le Aziende Sanitarie hanno poi, a loro volta, adottato il piano e il Piano regionale è stato aggiornato (rev. 01 dell'allegato alla DGR n. 162/2022), a seguito dell'adozione dei piani aziendali deliberati. Sono stati svolti 3 monitoraggi intermedi (31/03, 30/06 e 30/09); si riportano i dati delle Aziende Sanitarie al 31/12/2022, al fine di dare una rappresentazione tempestiva dell'attuale situazione rispetto alle attività sospese per emergenza pandemica ad inizio anno.

Ricoveri ospedalieri. Secondo le ultime disposizioni ministeriali, è stato richiesto a ciascuna Regione una rimodulazione del Piano recupero liste d'attesa, in particolare dei ricoveri chirurgici in elezione secondo una classificazione di complessità dei DRG, raggruppando dalla classe 1 gli interventi più complessi o comunque prioritari fino alla classe 3, rappresentata da interventi di minore complessità e meno prioritari. Rimangono esclusi alcuni interventi che esitano in DRG medici, ad esempio le procedure endoscopiche interventistiche di tipo gastroenterologico, urologico e pneumologico che, per la loro complessità, richiedono l'utilizzo della sala operatoria, la presenza di un anestesista e di un'equipe esperta. Di seguito i risultati dell'attività di recupero (Tab. 36.1).

Specialistica ambulatoriale - Liste d'attesa. A gennaio 2022 il Ministero ha fornito le indicazioni per l'individuazione delle prestazioni da monitorare per il recupero liste d'attesa, aggiornate il 17/02. Il Veneto ha provveduto a richiedere alle Aziende il numero effettivo delle prestazioni in lista d'attesa al 01/01/2022 ricavandolo dai flussi informativi "dedicati" in possesso alle stesse, nonché dal sistema CUP di prenotazione per quanto riguarda prestazioni prenotate al di fuori del rispetto dei tempi

d'attesa. Di seguito i risultati dell'attività di recupero (Tab. 36.2).

Chirurgia ambulatoriale. Di seguito i risultati dell'attività di recupero (Tab. 36.3).

Screening oncologici. Anche per gli Screening Oncologici, il Ministero ha fornito le indicazioni per l'individuazione delle prestazioni da monitorare per il recupero liste d'attesa, aggiornate in data 17/02. Di seguito i risultati dell'attività di recupero (Tab. 36.4).

Tab 36.1: Ricoveri ospedalieri - attività di recupero

Ricoveri ospedalieri	N. assistiti	%
Pazienti in lista 1.1.2022	63.134	
Pazienti operati	35.548	56%
Drop out	13.015	21%
Pazienti ancora in lista	14.571	23%

Tab 36.2: Specialistica ambulatoriale - Liste d'attesa - attività di recupero

Specialistica ambulatoriale - Liste d'attesa	N. assistiti	%
N. Prestazioni in "galleggiamento" 1.1.2022	224.426	
N. Prestazioni prenotate/eseguite	187.992	84%
Drop out	35.718	16%
N. Prestazioni ancora in lista	716	0%

Tab 36.3: Chirurgia ambulatoriale - attività di recupero

Chirurgia ambulatoriale	N. assistiti	%
Pazienti in lista 1.1.2022	44.403	
Pazienti operati	34.245	78%
Drop out	5.522	12%
Pazienti ancora in lista	4.636	10%

Tab 36.4: Screening oncologici - attività di recupero

Screening oncologici	N. assistiti	%
Attività da effettuare al 1.1.2022	118.255	
Di cui effettuate	80.252	68%
Di cui rimodulate	34.538	29%
Prestazioni ancora da erogare	3.465	3%

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria



San Polo 2514, 30125 Venezia



programmazione sanitaria@regione.veneto.it



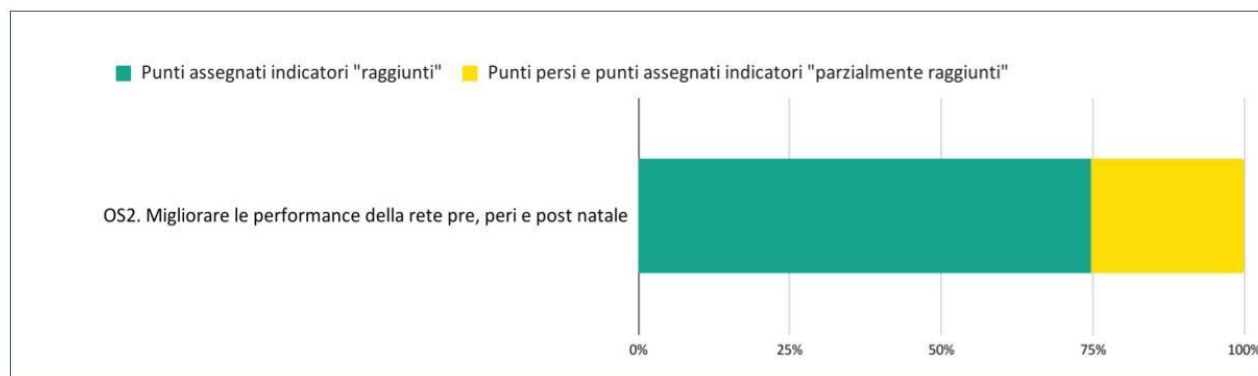
041 2791501

37. La salute della donna e del bambino

CONTENUTI

- 37.1 Obiettivo Strategico 2: Migliorare le performance della rete pre, peri e post natale
- 37.2 Obiettivo Strategico 5: Migliorare la qualità dei processi diagnostici e di trattamento e presa in carico dei bambini con malattia cronica e/o rara e/o severa e/o disabilitante

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2022 (DGR 709/22) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



37.1 Obiettivo Strategico 2: Migliorare le performance della rete pre, peri e post natale

Il supporto alla natalità e alla salute della diade madre e bambino e della famiglia costituiscono un relevantissimo obiettivo strategico dell'intera società oltre che del SSR. Il Veneto è dotato di una buona rete di Punti Nascita (PN) che sviluppano una performance di alta qualità in relazione agli outcome di salute della donna e del nato, quali mortalità, neonatale e infantile, tasso di disabilità, ecc. Esistono comunque ambiti di miglioramento, sia durante l'assistenza alla gravidanza, che nel corso della nascita e dei primi due anni di vita del nato. La rete veneta dei PN registra un tasso relativamente contenuto di cesarei primari, soggetto peraltro ad ampie variabilità tra PN non del tutto giustificate dal differente case-mixed che trattano, essendo in parte legato a caratteristiche organizzative e stili interni a ciascun PN, che vanno rivalutati e controllati. Inoltre, la progressiva riduzione dei tagli cesarei non appropriati deve accompagnarsi al contenimento di esiti avversi sia nella donna che nel bambino, monitorati attraverso l'indice AOI (Adverse Outcome Index in obstetrics), indicatore essenziale da accompagnarsi al monitoraggio della percentuale di tagli cesarei, in modo che il contenimento delle procedure chirurgiche non si accompagni ad un aumento degli esiti di salute negativi per la madre e per il nato. La rete dei PN, organizzata in diversi livelli di assistenza, è divenuta nel tempo generalmente ben performante per quanto riguarda la concentrazione dei prematuri, soprattutto di quelli più estremi. Da questo punto di vista sono risultati essenziali la promozione del trasporto in utero e la presenza di un adeguato trasporto neonatale, che garantisce un'assistenza neonatologica adeguata anche in un ospedale di I o II livello nel caso di nascita pretermine non rimandabile. Non altrettanto si può dire per quanto riguarda la concentrazione dei nati di basso peso per età gestazionale (SGA), che in una percentuale ancora rilevante vengono alla luce in PN non attrezzati per l'assistenza neonatale complessa come spesso richiedono tali nati. Per tale motivo è di fondamentale importanza, in un futuro prossimo, monitorare la distribuzione dei nati SGA nei gruppi di ospedali di I, II e III livello, portando ad una progressiva concentrazione di queste nascite negli ospedali HUB dotati di assistenza intensiva neonatale e rivedere le attuali politiche di trasporto materno (STAM), definendo una nuova rete di trasporto della donna così come avviene per quello del nato.

Oltre a questi obiettivi di programmazione regionale più strettamente legati a contenuti classici della programmazione delle cure perinatali, la Regione intende per i prossimi anni ampliare e integrare le attività sanitarie occupandosi in modo sistematico e organizzato di temi la cui percezione di impatto e rilevanza è fortemente cresciuta nel tempo. Uno di questi temi è dato dall'impatto della depressione peri partum nella salute della donna e del nato e delle azioni di prevenzione e presa in carico precoce che vanno attivate in modo programmato e non occasionale al fine di ridurre la frequenza della cronicizzazione della patologia psichiatrica della donna, del tasso di recidive nelle gravidanze future e delle interazioni negative con il neurosviluppo del nato fino a definire dei veri e propri quadri di maltrattamento. Già la Regione ha sperimentato e implementato a regime un articolato programma per la diagnosi e presa in carico precoce delle gravide e delle puerpere che presentano situazioni di rischio o di patologia franca. Si intende monitorare il grado di attuazione di questa azione e la sua omogenea diffusione in tutte le aree della Regione.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria - Programma regionale per la Patologia in Età Pediatrica



San Polo 2514, 30125 Venezia - via Donà 11, 35129 Padova



programmazione sanitaria@regione.veneto.it - registronascita@regione.veneto.it



041 2791501 - 049 8215700

37.2 Obiettivo Strategico 5: Migliorare la qualità dei processi diagnostici e di trattamento e presa in carico dei bambini con malattia cronica e/o rara e/o severa e/o disabilitante

La maggioranza dei bambini con forme severe di patologia cronica presenta delle condizioni ascrivibili al gruppo delle malattie rare, molte delle quali esitano in situazioni di disabilità spesso evolutiva e severa. È già presente nella regione una rete specificatamente indicata all'assistenza delle malattie rare fondata su centri specialistici, aggregazioni funzionali di più unità operative, dedicate a grossi gruppi di malattie rare, capace di seguire oltre 50.000 malati rari, di cui circa il 20% in età pediatrica, che attira il 15% dei pazienti da fuori regione rendendo stanziali oltre il 95% dei malati rari. Nonostante la performance di questa rete sia considerata tra le migliori a livello nazionale ed europeo, esistono delle criticità in particolar modo nell'ambito dell'assistenza pediatrica e dell'adolescente. La prima riguarda i percorsi intra ospedalieri con particolare risalto alla fase di transizione dall'assistenza pediatrica a quella dell'adulto, la seconda è inerente ai percorsi ospedale - territorio e all'integrazione tra l'assistenza dei centri di riferimento ospedalieri e quella che viene posta in essere nel territorio dove il bambino vive. Un terzo elemento di criticità sta nel collegamento tra centri di riferimento, che possono definire per ogni bambino la tipologia di danno attuale ed evolutivo presente e le potenzialità che caratterizzano quell'individuo, e le istituzioni preposte per l'immissione scolastica e i percorsi educativi, l'immissione lavorativa e la possibilità per il bambino/adolescente con malattia rara di gestire la propria vita misurandosi in vari ambiti di attività e socialità. Lo sviluppo di specifici percorsi e strumenti, quali un sistema informativo dedicato, dovranno connotare l'evoluzione di questa area di assistenza nel prossimo futuro.

Nell'ambito delle malattie croniche, altre eziologie, differenti da quella genetica primariamente in causa nelle malattie rare sopra descritte, sono di imponente attualità quali tra tutte le conseguenze nella salute e nello sviluppo del bambino di cause esterne, quali ad esempio l'assunzione precoce di tossici, droghe e farmaci, l'esposizione diretta o indiretta alla violenza e l'esposizione improvvisa ad agenti esterni causanti lesioni frequentemente definiti come incidenti. Tutte queste tre macro aree di patologia cronica e disabilitante sono in forte crescita nella nostra regione e richiedono risposte coerenti e programmate all'interno della rete di assistenza al bambino e all'adolescente già presente, attraverso politiche di potenziamento delle risorse presenti e dedicate e di coordinamento di servizi e azioni attualmente separati e non integrati in una visione coerente e comune.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria - Programma regionale per la Patologia in Età Pediatrica

 San Polo 2514, 30125 Venezia - via Donà 11, 35129 Padova

 programmazione sanitaria@regione.veneto.it - registronascita@regione.veneto.it

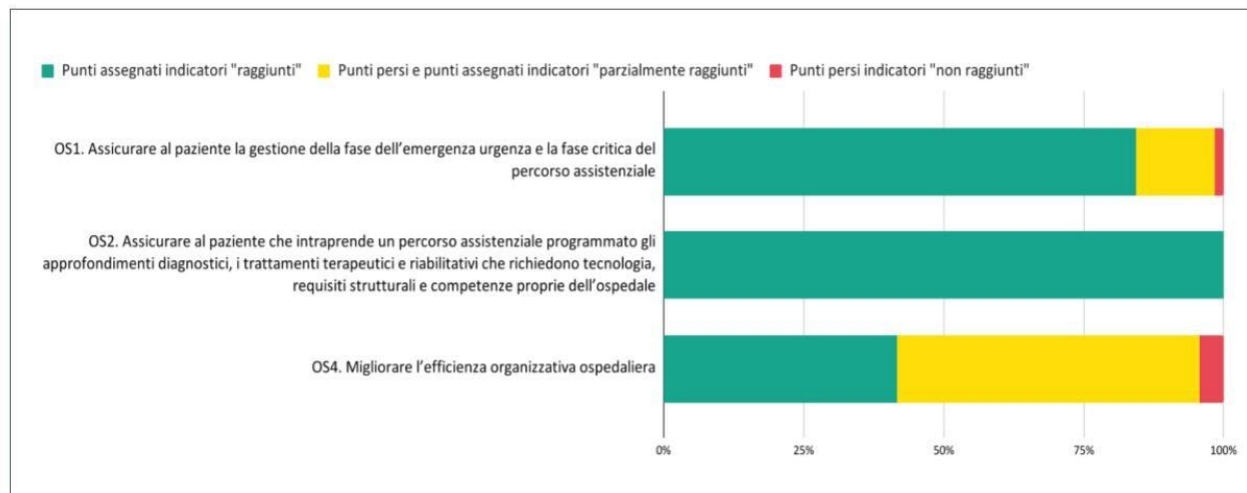
 041 2791501 - 049 8215700

38. Il percorso del paziente in ospedale

CONTENUTI

- 38.1 Obiettivo strategico 4: Migliorare l'efficienza organizzativa ospedaliera

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2022 (DGR 709/22) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



38.1 Obiettivo strategico 4: Migliorare l'efficienza organizzativa ospedaliera

Tumore maligno della mammella

Al fine di favorire presso le Aziende Sanitarie del Sistema Sanitario Regionale (SSR) lo sviluppo di un approccio metodologico che consenta una coerente capacità di monitoraggio dei fenomeni sanitari, il loro indirizzo e la relativa gestione, sviluppando una rete di processi integrati, nella quale la gestione efficiente dei servizi e il contenimento di costi non siano disgiunti dal perseguimento della qualità, dell'efficacia, della sicurezza e dell'appropriatezza delle prestazioni, con DGR n. 1708/2022 si sono definiti i criteri di aggiornamento e di funzionamento del modello organizzativo integrato per il trattamento del carcinoma della mammella.

In particolare si definisce un modello organizzativo caratterizzato dai seguenti passi:

- Presa in carico delle pazienti presso le Breast Unit;
- Istituzione di un'unica "equipe chirurgica itinerante" per Azienda ULSS;
- Sussistenza dei requisiti minimi ai fine di definire l'expertise chirurgica (minimo 50 interventi anno/chirurgo);
- Acquisto di prestazioni con le strutture ospedaliere private accreditate che rispondano ai requisiti sotto elencati;
- Valutazione dell'appropriatezza del percorso diagnostico terapeutico da parte dei Nuclei Aziendali di Controllo;
- Monitoraggio dell'attività da parte di Azienda Zero.

La gestione del percorso diagnostico terapeutico della paziente con sospetta o conclamata neoplasia della mammella viene affidata ad un gruppo multidisciplinare di esperti con conoscenza specifica in ambito senologico presso le Breast Unit di riferimento aziendale. Le Breast Unit, istituite con DGR n. 1173/2014 quali unità funzionali multidisciplinari finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi ed al trattamento medico e chirurgico della patologia senologica, rappresentano l'approccio assistenziale più appropriato alla patologia neoplastica mammaria.

Le prestazioni di chirurgia senologica sono erogate secondo un nuovo modello organizzativo rappresentato dall'"equipe unica chirurgica itinerante" tra ospedali della stessa Azienda ULSS di appartenenza. Tale modello da una parte favorisce la medicina di prossimità, riducendo gli spostamenti delle pazienti e dall'altra assicura i volumi minimi di interventi da parte dell'equipe unica chirurgica e di conseguenza l'expertise necessaria. La eleggibilità all'intervento chirurgico è posta in capo alla Breast Unit che indirizza le pazienti al centro di I o II livello di afferenza.

La "equipe unica chirurgica itinerante" sopra descritta deve essere programmata in modo da rispondere, secondo quanto previsto dalla DGR n. 1173/2014 al requisito di una soglia minima di 150 primi interventi annui, nei Centri di I Livello, e di 200 interventi annui nei Centri di II Livello con un 10% di tolleranza, come previsto dal Decreto Ministeriale del 12 marzo 2019.

A garanzia dell'efficacia e sicurezza dell'intervento, del rapporto costo-beneficio e del mantenimento della competenza del team, ogni operatore deve effettuare un minimo di 50 interventi all'anno di chirurgia senologica come previsto dal Piano Nazionale Esiti 2021.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria



San Polo 2514, 30125 Venezia



programmazione sanitaria@regione.veneto.it



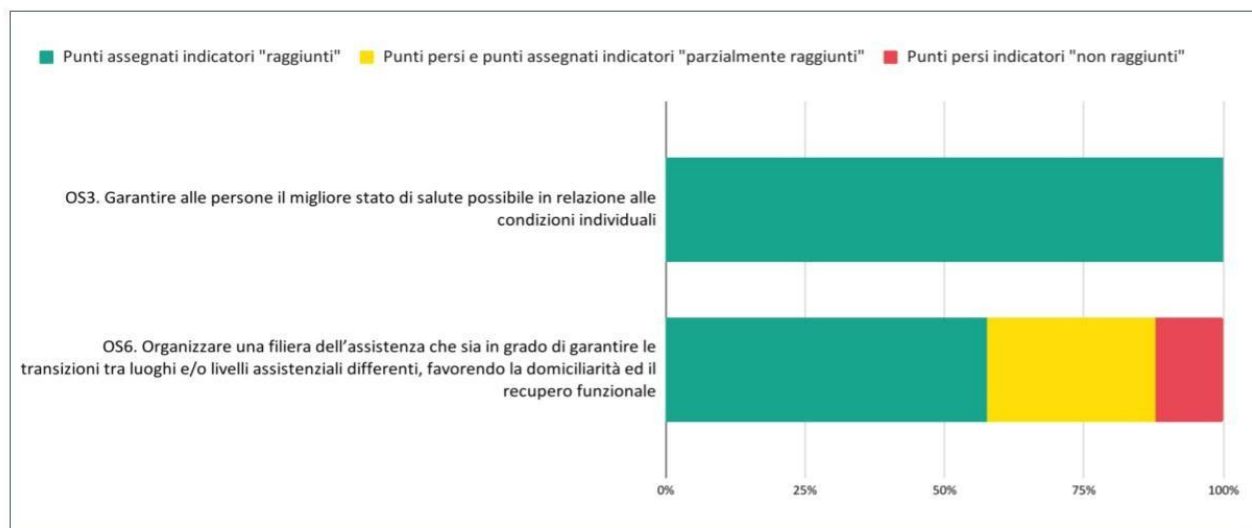
041 2791501

39. La presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e assistenza

CONTENUTI

- 39.1 Obiettivo strategico 6: Organizzare una filiera dell'assistenza che sia in grado di garantire le transizioni tra luoghi e/o livelli assistenziali differenti, favorendo la domiciliarità ed il recupero funzionale

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2022 (DGR 709/22) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



39.1 Obiettivo strategico 6: Organizzare una filiera dell'assistenza che sia in grado di garantire le transizioni tra luoghi e/o livelli assistenziali differenti, favorendo la domiciliarità ed il recupero funzionale

Al fine di potenziare una filiera dell'assistenza che sia in grado di garantire le transizioni tra luoghi di cura diversi e/o livelli assistenziali differenti, in particolare per quanto riguarda le dimissioni verso il domicilio o le strutture territoriali, potenziando quindi il coordinamento tra Ospedale e Territorio, durante il 2022 è stato istituito un apposito Gruppo di lavoro regionale (DDR n. 18/2022) con lo scopo di redigere un documento di definizione del processo condiviso a livello regionale di dimissione protetta.

Il Gruppo di lavoro ha quindi prodotto un documento che definisce il Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta, fornendo le indicazioni generali per la redazione di specifiche procedure aziendali finalizzate ad assicurare l'omogeneità di intervento nella Rete Integrata dei Servizi a garanzia della continuità assistenziale per la persona fragile di qualsiasi età in dimissione dalle strutture ospedaliere.

All'interno del processo di implementazione, un altro punto importante è la previsione di avviare un processo di integrazione procedurale informativo/gestionale del percorso di dimissione protetta in tutto il territorio della Regione del Veneto, con il costante monitoraggio delle Centrali Operative Territoriali (COT), in linea con lo sviluppo delle COT previsto anche dal PNRR e dal DM n. 77/2022. Nel perseguire inoltre la valorizzazione della personalizzazione della presa in carico e dell'assistenza come strumento di garanzia della tutela della salute nonché l'uniformità in merito agli aspetti essenziali del percorso di cura, con DGR n. 1599 del 13 dicembre 2022 la Regione del Veneto ha approvato i requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale delle Cure Domiciliari, in esito ai lavori di un Gruppo di lavoro appositamente istituito. Gli obiettivi essenziali previsti dal documento sono la garanzia dell'equità nell'accesso ai servizi e della qualità delle cure nell'ambito dei LEA, la continuità dell'assistenza tra i diversi servizi, la trasparenza e la correttezza dell'azione amministrativa, la rendicontazione delle attività e dei risultati ottenuti. I soggetti che erogano cure domiciliari dovranno perciò adeguarsi ai requisiti previsti, assicurando un programma di cure domiciliari personalizzate e, nel riconoscere la dignità e l'autonomia della persona assistita, offrire un'assistenza che deve rispettare requisiti di qualità e di appropriatezza.

All'interno del continuo processo di sviluppo e miglioramento della gestione della cronicità "complessa ed avanzata", le Cure Palliative rivestono un ruolo fondamentale, con l'obiettivo di assicurare ai pazienti ed ai loro familiari adeguata assistenza anche nel periodo di fine vita, salvaguardando in tale contesto la dignità della persona. Rientra in tale ambito l'introduzione di un sistema di accreditamento delle reti di cure palliative, con l'obiettivo di migliorare il governo clinico dei percorsi di cura e assistenza, dell'integrazione e della continuità delle cure a garanzia dell'equità ed uniformità di accesso alle stesse; un apposito Gruppo di lavoro ha declinato, a tal fine, i requisiti di accreditamento istituzionale delle reti di cure palliative all'interno del sistema regionale di cui alla L.R. n. 22 del 16 agosto 2002, approvati con DGR n. 1636/2022.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria



San Polo 2514, 30125 Venezia



programmazione sanitaria@regione.veneto.it

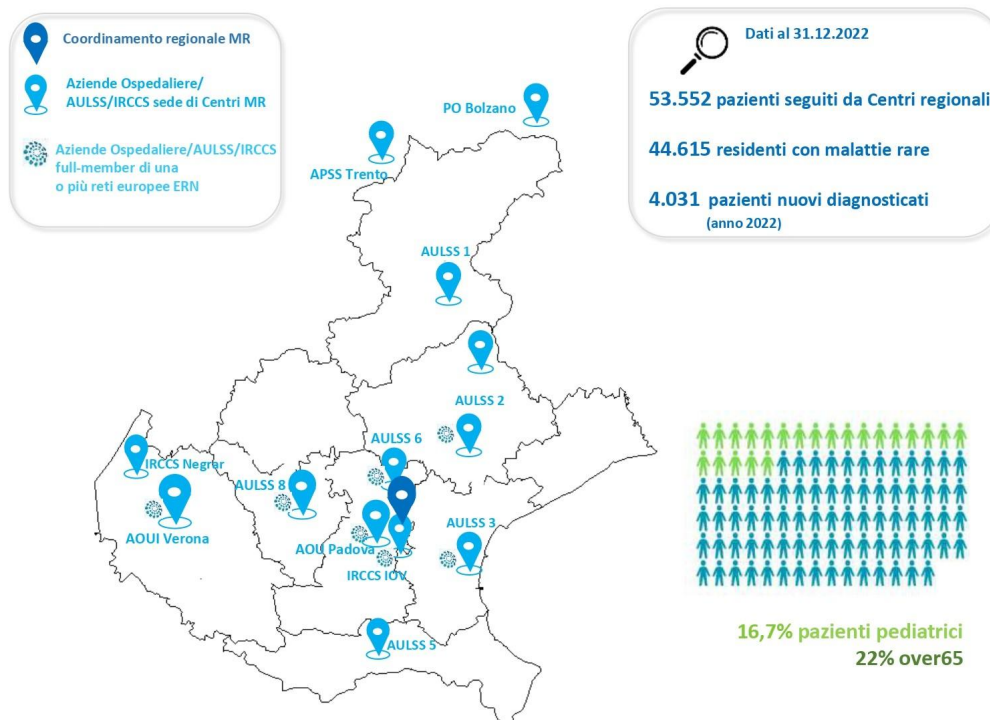


041 2791501

40. Le malattie rare

CONTENUTI

- 40.1 Obiettivo Strategico 2: Migliorare la qualità della presa in carico integrata del malato raro e realizzare una assoluta continuità assistenziale nei tempi e fasi della vita e nei diversi sistemi e luoghi di cura



40.1 Obiettivo Strategico 2: Migliorare la qualità della presa in carico integrata del malato raro e realizzare una assoluta continuità assistenziale nei tempi e fasi della vita e nei diversi sistemi e luoghi di cura

Nel corso del 2022 la programmazione sanitaria regionale in materia di malattie rare è stata realizzata in continuità con gli anni precedenti e tenendo conto anche dei contenuti della Legge Quadro sulle malattie rare, emanata a novembre 2021, la quale ha messo a sistema quanto già implementato delineando al contempo ulteriore aree di azione, oggetto di Decreti attuativi in via di approvazione. In regione l'organizzazione della rete di assistenza malattie rare si basa sull'identificazione di nodi appartenenti a due macro-ambiti: quello ospedaliero, comprendente i Centri di riferimento, quelli tra questi facenti parte delle reti europee di riferimento (ERN) e gli altri ospedali collegati; quello territoriale, oggetto di recente ridefinizione con il DM 77/2022, incluso il setting assistenziale domiciliare. I collegamenti tra i vari nodi della rete articolata a livello regionale, interregionale e nazionale sono garantiti da strumenti che permettono la condivisione dell'informazione sul paziente, la gestione delle prescrizioni e l'erogazione dei trattamenti, la presa in carico complessiva. A tale scopo la regione Veneto si è dotata di un sistema informativo dedicato, caratterizzato da uno sviluppo modulare, continuato anche nel 2022, strutturato per supportare il percorso dei pazienti attraverso i vari ambiti assistenziali della rete malattie rare.

All'aumentare della complessità organizzativa della rete risulta sempre più strategico il livello di coordinamento regionale, identificato formalmente sin dal 2008.

Per monitorare quanto in essere, tenuto conto del grado di sviluppo della rete, si ritiene importante individuare degli indicatori che si riferiscano in particolare agli aspetti di integrazione all'interno degli ospedali sede di molti Centri di riferimento e tra nodi della rete.

Da una parte appare importante l'integrazione delle competenze specialmente all'interno degli ospedali sede di molti Centri di riferimento, dove si concentrano numeri rilevanti di pazienti, e, tra questi, particolarmente quelli caratterizzati da elevata complessità diagnostica e assistenziale. Come già previsto dalla normativa regionale e più recentemente anche nazionale, in linea con la visione europea, è stata prevista un'organizzazione interna, denominata "piattaforma malattie rare" dedicata ad attività ambulatoriali e di day-hospital dove concentrare prestazioni a forte carattere di integrazione che veda la partecipazione di professionisti di UO diverse, che svolgono anche assessment diagnostico-funzionali innovativi. Tale organizzazione favorisce anche la declinazione di programmi di transizione, rivolti ad un sempre maggior numero di pazienti che sperimentano il passaggio dal setting assistenziale pediatrico a quello dell'adulto.

D'altra parte sembra importante declinare il trasferimento delle conoscenze specifiche sui malati rari seguiti dai Centri di riferimento ai servizi territoriali, distrettuali e delle cure primarie, coerentemente con i compiti dei Centri di riferimento definiti da ultimo dalla Legge n. 175/2021. Avvalendosi della condivisione dell'informazione clinica realizzata attraverso il sistema informativo malattie rare, quanto previsto nei piani terapeutici assistenziali redatti dagli stessi Centri a favore dei malati rari viene realizzato in collaborazione con i servizi più vicini al luogo di vita.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria - Coordinamento Regionale Malattie rare - Registro Regionale Malattie rare



San Polo 2514, 30125 Venezia - Via Donà 11, 35129 Padova



programmazione sanitaria@regione.veneto.it - malattierare@regione.veneto.it



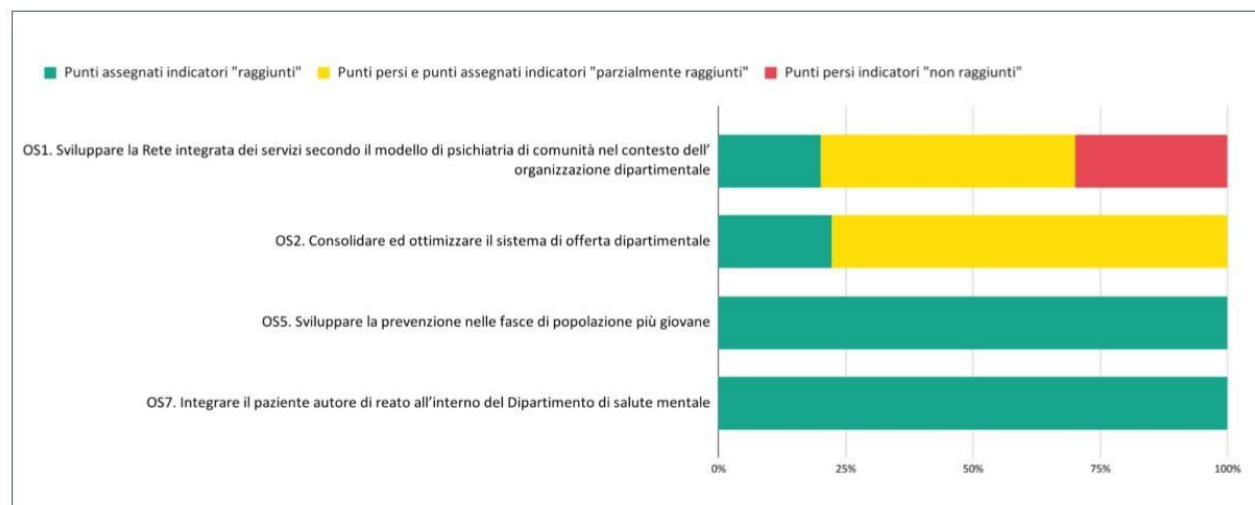
041 2791501 - 049 8215700, Numero Verde 800 318811 (Centro informazioni malattie rare)

41. La salute mentale

CONTENUTI

- 41.1 Obiettivi strategici 2 - 3 - 6: Salute mentale negli adulti
- 41.2 Obiettivo strategico 8: Salute mentale nei minori

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2022 (DGR 709/22) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



41.1 Obiettivi strategici 2 - 3 - 6: Salute mentale negli adulti

Occuparsi di salute mentale significa avere una prospettiva ampia e inclusiva, che sappia cogliere il punto di vista degli utenti, dei familiari, dei professionisti sanitari e sociali, degli Enti Locali, delle Associazioni del terzo settore, che dia ascolto ai bisogni di salute ed attivi progetti condivisi e compartecipati di azioni preventive, terapeutiche e riabilitative.

Il Covid ha reso ancora più evidente la centralità del bene imprescindibile della salute mentale, mettendo in evidenza criticità e necessità di prevedere risorse e nuovi strumenti e servizi per fornire risposte appropriate e integrative all'attuale modello di sistema sanitario.

Con DGR n. 371 del 08/04/22 sono state declinate importanti azioni programmatiche per garantire, nell'ambito dell'attività territoriale ed in modo uniforme, il diritto alla cura e all'inclusione sociale, anche in relazione agli effetti a cascata del periodo pandemico. In particolare è stata rafforzata la regia dei CSM nella presa in carico integrata e globale delle persone per dare attuazione agli interventi previsti dal PDTA, attraverso la definizione di un'adeguata dotazione di professionisti nelle equipe multiprofessionali nell'ottica del task shifting e della valorizzazione delle diverse figure sanitarie. E' inoltre stata prevista l'implementazione della psichiatria di base nelle Case di Comunità per favorire una più stretta collaborazione con i MMG mediante equipe multiprofessionali di I livello con afferenza al CSM per garantire un intervento in loco delle patologie di minor gravità, le prime visite per appropriatezza di invio al II livello, l'intercettazione precoce del disagio vista la capillarità territoriale di presenza delle strutture.

Tra gli obiettivi previsti dalla DGR è presente la sperimentazione di progetti personalizzati di integrazione socio sanitaria sul modello del budget di salute. Con DDR 55 del 17/06/22 è stato costituito il gruppo di lavoro (GdL), composto da professionisti delle Aziende Ulss, Società Scientifiche, Organismi rappresentativi del Terzo Settore e Associazioni di Familiari, che ha definito le linee di indirizzo regionali fondate sul documento dell'ISS approvato con Intesa Rep. Atti 104/CU del 06/07/22 "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti".

Nell'ottica di consolidare la rete dei servizi dipartimentali è stata approvata la DGR 1512 del 29/11/22, che ha ridefinito il modello organizzativo e gestionale dei Centri Diurni per la salute mentale. I Centri rappresentano un nodo fondamentale nel percorso di cura e sono caratterizzati da una significativa integrazione delle persone nel contesto sociale di appartenenza e nella quotidianità, utilizzando strumenti riabilitativi evidence based, la relazione interpersonale, altre opportunità risocializzanti, espressive e formative, con l'obiettivo ultimo di favorirne l'autonomizzazione personale, lavorativa ed abitativa.

Per questa valenza strategica si è reso opportuno costituire un GdL con il mandato di definire criteri di funzionamento e standard organizzativi, di riqualificare i servizi per dare risposte appropriate agli utenti e di differenziare gli interventi secondo 3 assi principali ad alta intensità (giovani, lavoro, casa) e di potenziare le risorse strumentali e di personale.

Con DDR 129 del 22/12/22 è avvenuto il passaggio dal sistema regionale APT a SISM, per uniformare la raccolta dei dati regionali al sistema nazionale e permettere analisi e confronto su basi omogenee. Sono stati individuati i referenti clinici, informatici e dei sistemi di controllo della gestione dei dati di tutti i Dipartimenti di Salute Mentale del Veneto e delle Aziende Ospedaliere per la condivisione delle

operazioni necessarie al passaggio dal vecchio al nuovo sistema informativo e per il confronto delle problematiche del caso, creando un sistema condiviso di raccolta delle domande e per la risoluzione dei problemi, anche con la collaborazione di Azienda Zero.

Nota Metodologica

Acronimi:

PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

CSM: Centri Salute mentale

APT: Assistenza Psichiatrica Territoriale

SISM Sistema informativo della Salute Mentale

ISS: Istituto Superiore di Sanità

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria



San Polo 2514, 30125 Venezia



programmazione sanitaria@regione.veneto.it



041 2791501

41.2 Obiettivo strategico 8: Salute mentale nei minori

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento progressivo nel numero dei pazienti in età pediatrica e degli adolescenti che giungono al Pronto Soccorso per urgenze psichiatriche e parallelamente è aumentato anche il numero degli adolescenti per i quali si rende necessario il ricovero per motivi psichiatrici. A questo aumento numerico corrisponde anche una maggiore varietà e complessità dei quadri clinici di esordio degli scompensi psichiatrici in età evolutiva. Particolare attenzione meritano le problematiche della gestione dell'esordio delle patologie mentali gravi (schizofrenia, disturbi di personalità gravi, pazienti multiproblematici e disturbi affettivi gravi) e ai nuovi casi (pazienti non ancora conosciuti dai servizi per minori).

La pratica clinica e le evidenze scientifiche sostengono quanto sia opportuno ricoverare il minore che necessiti di contenimento terapeutico in luoghi appropriati all'età, sia strutturalmente sia dal punto di vista organizzativo-funzionale. In tal senso già con DGR n. 242 del 22/02/2012 è stata prevista l'unità operativa per l'assistenza psichiatrica ospedaliera in età evolutiva per il ricovero delle urgenze psichiatriche di minori/adolescenti. Il ricovero avviene su invio da parte dei Servizi per l'Età Evolutiva, dal Pronto Soccorso o da altre UO ospedaliere, sentito il medico NPIA del Reparto, oppure in regime di TSO minori.

In merito al ricovero di minori in Ospedale per urgenze psicopatologiche acute, la programmazione ospedaliera regionale vigente, approvata con DGR n. 614/2019, prevede un totale di 34 posti letto. Questi posti letto devono rispondere ai requisiti della DGR n. 242 del 22/02/2012, al fine di soddisfare le esigenze di gestione dell'acuzie psicopatologica dei minori dai 12 ai 18 anni. Sono stati avviati dalle strutture regionali competenti una serie di incontri con le Aziende Sanitarie facenti parte delle reti ospedaliere individuata dalla DGR n. 614/2019, evidenziando l'urgenza di attivare quanto prima i posti letto previsti per dare adeguate risposte alle urgenze psichiatriche ed evitare ricoveri in reparti inappropriati.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria

 San Polo 2514, 30125 Venezia

 programmazione sanitaria@regione.veneto.it

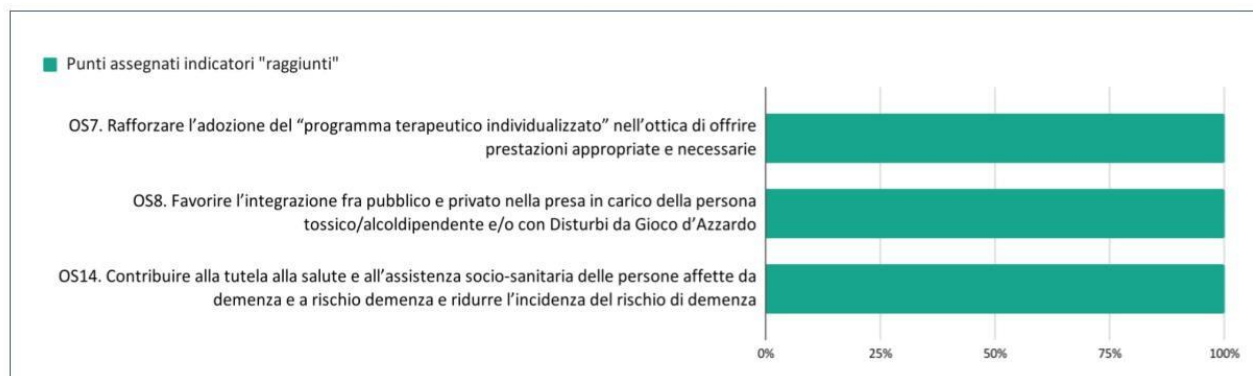
 041 2791501

42. L'integrazione socio-sanitaria

CONTENUTI

- 42.1 Obiettivo Strategico 2: Ricomporre le risorse per la Long Term Care
- 42.2 Obiettivo Strategico 8. Favorire l'integrazione fra pubblico e privato nella presa in carico della persona tossico/alcol dipendente e/o con Disturbi da Gioco d'Azzardo
- 42.3 Obiettivo Strategico 9: Promuovere la centralità della famiglia nelle dinamiche sociali, economiche e culturali
- 42.4 Obiettivo Strategico 11: Promuovere, sostenere e qualificare i servizi educativi per la prima infanzia
- 42.5 Obiettivo Strategico 13: Favorire l'inclusione sociale delle persone senza dimora e delle famiglie in condizioni di fragilità socio-economica e di disagio abitativo nonché la riabilitazione delle persone detenute e in esecuzione penale esterna
- 42.6 Obiettivo Strategico 14: Contribuire alla tutela alla salute e all'assistenza socio-sanitaria delle persone affette da demenza e a rischio demenza e ridurre l'incidenza del rischio di demenza

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2022 (DGR 709/22) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



42.1 Obiettivo Strategico 2: Ricomporre le risorse per la Long Term Care

Nel corso del 2022 è stato avviato con DGR n. 912/2022 e n. 996/2022 un percorso di rivisitazione ed aggiornamento della programmazione regionale riferita al sistema di offerta residenziale e semi-residenziale a favore delle persone con disabilità e al sistema delle strutture di residenzialità extraospedaliera per anziani non autosufficienti, con l'obiettivo di riformare il sistema dell'offerta dei servizi secondo una prospettiva di miglioramento e aderenza ai bisogni delle persone e delle famiglie. Il primo provvedimento (DGR n. 912/2022) ha avviato un percorso di aggiornamento secondo una logica di nuova programmazione sulla filiera dei servizi area disabilità che comprende la definizione della classificazione delle prestazioni nell'ambito dei LEA, l'aggiornamento del contenuto abilitativo assistenziale delle prestazioni erogate dalle Unità di Offerta, la determinazione e articolazione della retta tipo nonché la definizione dei nuovi standard funzionali relativi alle unità di offerta di cui alla DGR n. 84/2007 (DGR n. 1719/2022).

Il secondo provvedimento (DGR n. 996/2022) ha introdotto un'unica quota sanitaria del valore di 52,00 euro/pro die corrispondente ad un unico livello assistenziale con decorrenza dal 1 luglio 2022 eliminando progressivamente i posti di primo e secondo livello e, nell'ambito della revisione dello standard assistenziale avvenuta con DGR n. 1720/2022, in aderenza agli emergenti bisogni delle persone non autosufficienti, è stato definito un nuovo modello organizzativo in grado di garantire una maggiore appropriatezza delle prestazioni rispetto a quanto previsto dalla DGR n. 84/2007.

Per maggiori informazioni

Direzione Servizi Sociali

 Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

 servizi.sociali@regione.veneto.it

 041 2791379

42.2 Obiettivo Strategico 8. Favorire l'integrazione fra pubblico e privato nella presa in carico della persona tossico/alcol dipendente e/o con Disturbi da Gioco d'Azzardo

Il Sistema delle Dipendenze della Regione del Veneto è da tempo incentrato sul Dipartimento per le Dipendenze formalmente istituito in tutte le Aziende ULSS del Veneto. La struttura organizzativa dello stesso risponde ai principi di integrazione socio sanitaria e comprende tre diversi livelli di interazione:

- il Comitato Operativo, che vede la compresenza di Servizi Pubblici (Ser.D) e Privato Sociale Accreditato (Enti Gestori/Comunità Terapeutiche);
- il Comitato allargato, in cui rientrano altre strutture dell'Azienda Sanitaria, le Amministrazioni Comunali, gli Istituti scolastici;
- i Gruppi di lavoro per temi, nei quali è individuata la presenza di Prefetture, Tribunali, Forze dell'Ordine e Amministrazioni carcerarie.

Oltre alle attività ordinarie riferite ai Livelli Essenziali di Assistenza, di cui agli articoli 21, 28 e 35 del DPCM 12 gennaio 2017, i Dipartimenti per le Dipendenze danno attuazione ad un articolato insieme di interventi riferiti:

- al Piano Triennale per le Dipendenze relativo al combinato disposto della DGR n. 911 del 9 luglio 2020 e della DGR n. 317 del 29 marzo 2022;
- alle misure di riqualificazione e aggiornamento del Sistema delle Dipendenze inerenti alla DGR n. 51 del 25 gennaio 2022 e alla DGR n. 651 del 1 giugno 2022;
- alle azioni del Piano Operativo regionale sul Disturbo da Gioco d'Azzardo riguardanti la DGR n. 913 del 9 luglio 2020 e le risorse ripartite con Decreto del Direttore della Direzione Servizi Sociali n. 5 del 29 marzo 2022.

I diversi atti di pianificazione e programmazione vedono un fattivo coinvolgimento dei Servizi Pubblici e dei Coordinamenti del Privato Sociale Accreditato nell'ambito del Tavolo Tecnico permanente sulle Dipendenze e del Tavolo Tecnico permanente sul Gioco d'Azzardo Patologico.

Per maggiori informazioni

Direzione Servizi Sociali

 Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

 servizi.sociali@regione.veneto.it

 041 2791379

42.3 Obiettivo Strategico 9: Promuovere la centralità della famiglia nelle dinamiche sociali, economiche e culturali

Grazie alla modalità con la quale corrisponde ai bisogni dei suoi membri, la famiglia costituisce la risorsa fondamentale per l'incremento del capitale sociale; per valorizzarla, si rende necessario operare con un approccio organico ed integrato con le variegate iniziative e risorse della comunità territoriale (enti pubblici, enti privati e del terzo settore), puntando a co-generare, unitamente alle finalità da perseguire in altri ambiti (economico, infrastrutturale, formativo ed occupazionale), il capitale utile allo sviluppo della comunità veneta.

A tal fine, l'Amministrazione Regionale ha approvato il "Programma 2022-2024 degli interventi della Regione del Veneto a favore della famiglia" (D.C.R. n. 111 del 26/07/2022), dal quale derivano:

- il sostegno dei servizi rivolti alla prima infanzia (DGR n. 247 del 15/03/2022);
- l'applicazione sperimentale del "Fattore Famiglia" (DGR n. 1277 del 18/10/2022);
- l'approvazione del "Programma di interventi a favore delle famiglie fragili" (DGR n. 1240 del 10/10/2022);
- il supporto dello "Sportello per la famiglia" (DGR n. 1242 del 10/10/2022);
- un trasferimento economico vincolato alle azioni di sostegno alla coppia (DGR n. 102 del 07/02/2022, DGR n. 1276 del 18/10/2022 e DGR n. 1238 del 10/10/2022);
- l'avvio della "valutazione d'impatto familiare" (DGR n. 1368 del 02/11/2022).

Per maggiori informazioni

Direzione Servizi Sociali

 Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

 servizi.sociali@regione.veneto.it

 041 2791379

42.4 Obiettivo Strategico 11: Promuovere, sostenere e qualificare i servizi educativi per la prima infanzia

L'elaborazione di efficaci programmazioni regionali degli interventi a favore dei servizi educativi presenti nel territorio è funzionale al supporto alla famiglia, al fine di dare adeguate risposte alle esigenze della stessa. Tale supporto si è espresso con una pluralità di servizi innovativi che hanno permesso alla Regione del Veneto di accrescere e diversificare l'offerta, con il risultato di sviluppare una cultura e una professionalizzazione del servizio educativo e di offrire anche a realtà territoriali minori esperienze e servizi a favore della prima infanzia. Riconoscendo quindi la funzione sociale svolta nel territorio dalle scuole dell'infanzia non statali e dai servizi per la prima infanzia, anche nel 2022 è stata prevista l'erogazione di risorse (DGR n. 247 del 15/03/2022 e DGR 1335 del 02/11/2022) a favore delle scuole dell'infanzia non statali e dei servizi per la prima infanzia riconosciuti dalla Regione del Veneto.

Per maggiori informazioni

Direzione Servizi Sociali



Dorsoduro 3493, 30123 Venezia



servizi.sociali@regione.veneto.it



041 2791379

42.5 Obiettivo Strategico 13: Favorire l'inclusione sociale delle persone senza dimora e delle famiglie in condizioni di fragilità socio-economica e di disagio abitativo nonché la riabilitazione delle persone detenute e in esecuzione penale esterna

Il sistema di intervento di contrasto alla povertà estrema e alla condizione di senza dimora fruisce dell'esperienza maturata con l'Avviso n. 4/2016 "DOM. Veneto – Modello di Housing first Regione Veneto" e del Fondo povertà - quota povertà estrema. In questo contesto sono stati potenziati o avviati ex novo servizi e progettualità che hanno favorito la costruzione di una visione innovativa, attraverso l'attivazione di progetti di autonomia abitativa e Housing first/Housing led, accanto a servizi più tradizionali.

La Regione, proseguendo nel cammino svolto finora, intende accompagnare gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), nell'elaborazione e adozione di piani di intervento di lungo respiro su scala territoriale, sviluppando una cultura dei servizi che mettano al centro le persone e le loro storie. Le risorse messe in campo, provenienti da diverse fonti di finanziamento, rappresentano una straordinaria occasione per dare attuazione ai nuovi Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS).

A tale riguardo si possono richiamare alcune azioni previste nella DGR n. 593 del 20/05/2022 quale atto di programmazione regionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023:

- Pronto Intervento sociale: la Regione intende promuovere l'adozione di modalità omogenee dal punto di vista organizzativo e di raccordo tra il servizio di pronto intervento sociale riferito alla grave marginalità e quello trasversale a più target, partendo dalla valorizzazione di quanto già è stato fatto e dalle buone prassi esistenti;

- Accesso a residenza anagrafica per cittadini senza dimora: il Piano, nell'affermare che "le persone senza dimora hanno i medesimi diritti, doveri e potestà di ogni altro cittadino", definisce l'iscrizione anagrafica in un Comune italiano quale porta di accesso imprescindibile per poter accedere ad ogni altro diritto, servizio e prestazione pubblica sul territorio nazionale;

- Housing first: questo approccio innovativo è orientato alla realizzazione di un sistema di presa in carico integrata volta alla costruzione di percorsi di autonomia dei beneficiari. La Regione intende affiancare gli ATS (non solo quelli interessati dalla quota del fondo lotta alla povertà estrema, ma tutti i 21 ATS) nel potenziamento di questo approccio innovativo, promuovendo anche lo scambio di buone prassi tra i diversi territori;

- N.A.V.I.G.A.Re. - Network Antitratta Veneto Intersezioni Governance Azioni Regionali: persegue l'obiettivo di implementare il consolidamento di un sistema unico e integrato di emersione e assistenza di vittime di tratta e/o grave sfruttamento, attivo 24 ore per 365 giorni l'anno, in raccordo con il Numero Verde nazionale antitratta;

- Progetto N.E.x.T. TO YOU – Network for the Empowerment, the social and labour inclusion of Trafficked minors and young adults: il progetto ha l'obiettivo di sviluppare una rete per l'empowerment, l'inclusione sociale e lavorativa di minori e giovani adulti vittime di tratta ed è realizzato in collaborazione con enti pubblici e del privato sociale appartenenti a Italia, Francia, Spagna e Belgio.

Per maggiori informazioni

Direzione Servizi Sociali



Dorsoduro 3493, 30123 Venezia



servizi.sociali@regione.veneto.it



041 2791379

42.6 Obiettivo Strategico 14: Contribuire alla tutela alla salute e all'assistenza socio-sanitaria delle persone affette da demenza e a rischio demenza e ridurre l'incidenza del rischio di demenza

Dalla consapevolezza che la tecnologia è ormai parte integrante della nostra quotidianità e a causa della spinta alla digitalizzazione tecnologica maturata nel periodo pandemico, la Regione del Veneto con i finanziamenti del Fondo ministeriale per l'Alzheimer e le demenze ha puntato allo sviluppo di sistemi digitali di cura (E-Health – Smart healthcare) capaci di promuovere l'attivazione e l'inclusività delle persone con disturbo neurocognitivo al proprio percorso di cura.

Con la DGR n. 1119/2022, che approva il Piano Triennale di attività della Regione Veneto 2021-2023, è stato promosso un nuovo approccio clinico-assistenziale che contempla proprio opportunità innovative di Smart Healthcare e di change management che privilegiano integrazione, interdisciplinarietà, co-progettazione e multidimensionalità nella presa in carico in linea con il PDTA regionale (DGR n. 570/2019).

Per maggiori informazioni

Direzione Servizi Sociali

 Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

 servizi.sociali@regione.veneto.it

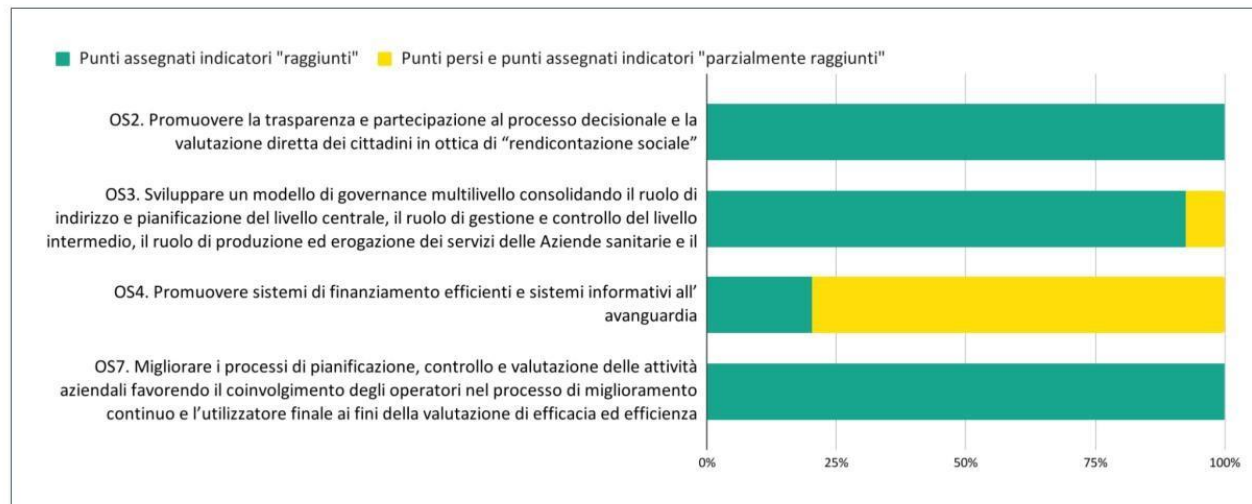
 041 2791379

43. Il governo del Sistema ed il governo delle Aziende

CONTENUTI

- 43.1 Obiettivo Strategico 6: Assicurare coerenza tra gli strumenti di pianificazione controllo e valutazione della performance puntando sulla collaborazione sistematica dei beneficiari di ciascun servizio
- 43.2 Obiettivo Strategico 7: Migliorare i processi di pianificazione, controllo e valutazione delle attività aziendali favorendo il coinvolgimento degli operatori nel processo di miglioramento continuo e l'utilizzatore finale ai fini della valutazione di efficacia ed efficienza

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2022 (DGR 709/22) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



43.1 Obiettivo Strategico 6: Assicurare coerenza tra gli strumenti di pianificazione controllo e valutazione della performance puntando sulla collaborazione sistematica dei beneficiari di ciascun servizio

La Regione Veneto nel 2022 con la determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR (DGR n. 709/2022) ha perseguito la coerenza tra gli obiettivi del PSSR e gli obiettivi di sistema, tracciando il collegamento tra ciascun indicatore attribuito a ciascun Direttore Generale nel 2022 ed uno specifico obiettivo strategico afferente ad un capitolo del PSSR 2019-2023. Inoltre, in modo innovativo rispetto agli anni precedenti, gli obiettivi sono stati prioritariamente classificati in 4 raggruppamenti tematici: Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza (30% del peso), Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (20% del peso) Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari (20% del peso), Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza (30% del peso). In tal modo è stato garantito anche il collegamento tra la valutazione della performance aziendale e il contributo fornito sul risultato regionale con cui viene valutato il rispetto dei LEA e il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) da parte del Ministero.

Analogamente la Regione veneto, inoltre, ha determinato gli obiettivi 2022 di Azienda Zero (DGR n. 759/2022) raggruppandoli per le medesime aree tematiche definite per le aziende scegliendo, per ogni area, alcuni obiettivi per i quali l'apporto di Azienda Zero è fondamentale al raggiungimento e che pertanto sono "condivisi" con le aziende e per i quali la performance di Azienda Zero è valutata in base al raggiungimento dell'obiettivo da parte dell'insieme delle aziende.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione e controllo SSR

 San Polo 2514, 30125 Venezia

 programmazionecontrollossr@regione.veneto.it

 041 2793434

43.2 Obiettivo Strategico 7: Migliorare i processi di pianificazione, controllo e valutazione delle attività aziendali favorendo il coinvolgimento degli operatori nel processo di miglioramento continuo e l'utilizzatore finale ai fini della valutazione di efficacia ed efficienza

Nel corso del 2022 la Regione Veneto, con DGR n. 49/2022, ha dato attuazione a quanto previsto dal Piano Socio Sanitario 2019-2023 con l'avvio del "Sistema coordinato per la valutazione e la valorizzazione di qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR)" allo scopo di promuovere ed implementare la valutazione dei servizi sanitari regionale tenendo conto di più punti di vista. Nel corso del 2022 è stata avviata presso Regione Veneto l'indagine di clima organizzativo, che fa parte della campagna "La tua voce per una sanità migliore" e prevede un insieme di progetti che hanno la finalità di valorizzare il contributo dei cittadini e di tutti gli attori della sanità nel progettare e realizzare un sistema sanitario di qualità.

In questo contesto, è stata riproposta presso le aziende l'indagine di clima organizzativo coordinata dalla Regione, realizzata da Azienda Zero in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. L'indagine, alla sua terza edizione, ha la finalità di conoscere l'opinione dei dipendenti su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i propri superiori, ma anche rispetto alle politiche di welfare. I risultati saranno oggetto di analisi per la pianificazione di azioni e interventi mirati a migliorare il clima aziendale e a creare condizioni di benessere organizzativo. L'indagine, a partecipazione volontaria, ha coinvolto tutti i 60.000 dipendenti delle Aziende ed Enti del SSR. Ha partecipato all'indagine circa il 45% dei dipendenti, a testimonianza della volontà dei dipendenti di essere coinvolti nei processi di miglioramento delle loro aziende.

La rilevazione è sicuramente un importante punto di partenza per andare a individuare azioni di miglioramento efficaci nei singoli contesti aziendali e che tengano conto delle caratteristiche peculiari delle diverse realtà coinvolte.

Per maggiori informazioni

Direzione Risorse Umane del SSR

 San Polo 2514, 30125 Venezia

 risorseumanessr@regione.veneto.it

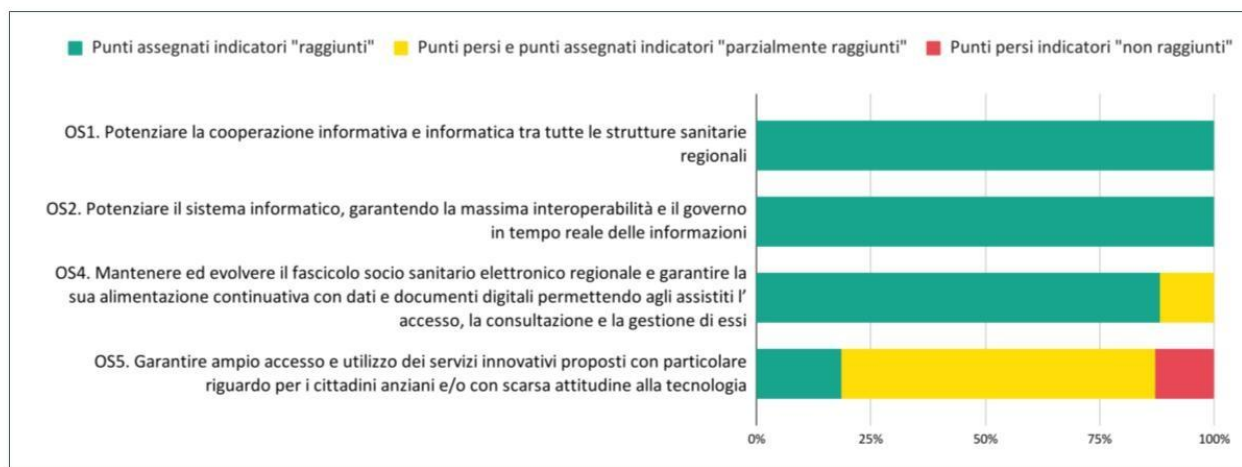
 041 2793583

44. La gestione del patrimonio informativo socio-sanitario

CONTENUTI

- 44.1 Obiettivo Strategico 1: Potenziare la cooperazione informativa e informatica tra tutte le strutture sanitarie regionali
- 44.2 Obiettivo Strategico 4: Mantenere ed evolvere il fascicolo socio sanitario elettronico regionale e garantire la sua alimentazione continuativa con dati e documenti digitali permettendo agli assistiti l'accesso, la consultazione e la gestione di essi

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2022 (DGR 709/22) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



44.1 Obiettivo Strategico 1: Potenziare la cooperazione informativa e informatica tra tutte le strutture sanitarie regionali

Nel 2022 è stata definita una strategia di investimento che, in continuità con la progettualità regionale definita con DGR n. 252/2020, ha portato alla scelta di sviluppare le informatizzazioni regionali di dipartimentali clinici ripartendo nel seguente modo:

- interventi locali propedeutici al SIO, già approvati dalla CRITE del 4/10/21 per un importo massimo di circa € 34 Milioni in carico alle Aziende Sanitarie;
- interventi locali specifici approvati dalla CRITE per un importo complessivo di circa € 4 Milioni in carico alle Aziende Sanitarie relativi ad infrastrutture e sicurezza;
- Gare centralizzate per 7 sistemi e infrastruttura ad esse propedeutica per un importo massimo di circa € 69 Milioni.

Tali iniziative sono relative ad una serie di ambiti di digitalizzazione che costituiscono le riforme e gli investimenti previsti dalla Missione 6 – Salute del PNRR del Veneto, Componente “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”, e sono elemento strategico e imprescindibile per il raggiungimento degli obiettivi di potenziamento della digitalizzazione previsti dal PNRR, per incrementare il patrimonio informativo regionale sanitario e per implementare nuovi scenari di integrazione servizi ospedalieri/territoriali.

Tra gli obiettivi principali dell’iniziativa, rientra infatti la promozione dell’analisi strutturata dei dati raccolti durante i percorsi di cura dei pazienti ospedalieri con utilizzo delle informazioni a livello locale e regionale, l’ integrazione dei percorsi clinico-sanitari dedicati ai pazienti eleggibili per i servizi di telemedicina, sia nella gestione dell’urgenza che delle cronicità, nonché l’abilitazione di un sistema digitale di collaborazione clinica con il supporto di una piattaforma di telemedicina regionale multi-specialistica, con lo scopo di permettere la comunicazione tra le diverse figure sanitarie.

A seguito della compilazione della scheda anagrafica del singolo progetto sono stati definiti i relativi CUP (codice unico progetto) utilizzati sia da Azienda Zero sia dalle Aziende Sanitarie per i 24 presidi ospedalieri interessati in quanto sede di Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione. E’ stato richiesto il dettaglio degli investimenti e il relativo stato di avanzamento al fine della rendicontazione, anche per la compilazione del sistema Regis, dove le aziende hanno elencato e descritto il dettaglio delle acquisizioni con finanziamento PNRR M6C2 1.1.1.

Al fine di monitorare al meglio gli investimenti, è inoltre prevista tra gli obiettivi dei DG la compilazione di un cronoprogramma, con aggiornamento mensile sulle attività previste, attività monitorata da Azienda Zero.

Per quanto riguarda le gare centralizzate Azienda Zero ha quindi avviato le procedure amministrative relative a 7 iniziative di informatizzazione regionale:

- realizzazione della soluzione digitale:
 1. per la gestione del processo della rete SUEM 118;
 2. per la gestione del processo trasfusionale (SIT);
 3. di Anatomia patologia;
 4. per la gestione dei centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA);

- realizzazione sistema RIS-PACS connesso alla piattaforma di telemedicina per gli Enti sanitari della regione Veneto;
- realizzazione della soluzione standardizzata e centralizzata dei sistemi informativi di laboratorio analisi cliniche (LIS), incluse la genetica, microbiologia e biologia molecolare;
- sistema di gestione Micro e Macro logistica Farmaci e Dispositivi Medici.

Tutte le iniziative sono state condotte nell'ambito dell'Accordo quadro Consip "Sanità Digitale 1" utilizzando i lotti 1 e 3.

Nelle gare dei sistemi per Anatomia Patologica, RIS-PACS, LIS, PMA è emersa la necessità di perseguire l'iter del rilancio competitivo con conseguente stesura dei capitolati e dell'aggiudicazione tramite commissione di gara, mentre per le altre (118, SIT, Logistica) si è potuto procedere con affidamento diretto con stesura dei relativi piani dei fabbisogni.

Tutte le procedure si sono concluse a dicembre 2022 con l'assegnazione ai rispettivi fornitori.

Tab. 44.1: Flusso prestazioni extraospedaliere Area Disabilità

AULSS	descrizione indicatore	soglia	valore al 31.12.2022
501	FAD: % prese in carico con errore bloccante (misurazione nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini di invio)	<5%	0,00%
502		<5%	0,00%
503		<5%	0,49%
504		<5%	0,00%
505		<5%	0,00%
506		<5%	0,00%
507		<5%	0,00%
508		<5%	3,23%
509		<5%	0,15%

Per maggiori informazioni

Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva



Dorsoduro 3493, 30123 Venezia



ediliziaospedaliera@regione.veneto.it



041 2792327

44.2 Obiettivo Strategico 4: Mantenere ed evolvere il fascicolo socio sanitario elettronico regionale e garantire la sua alimentazione continuativa con dati e documenti digitali permettendo agli assistiti l'accesso, la consultazione e la gestione di essi

Nell'arco del 2022 Azienda Zero ha analizzato e realizzato l'implementazione per l'indicizzazione in Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSEr) delle lettere di invito e di esito relative ai programmi di screening offerti dalla Regione Veneto. Tali attività hanno portato a:

- attivare l'indicizzazione della documentazione del percorso screening per l'epatite C (HCV);
- migliorare la user experience di utilizzo da parte del cittadino di Portale Sanità Km0 realizzando una sezione dedicata alla documentazione di screening che dal 2023 conterrà anche le lettere di invito e gli esiti relativi ai percorsi degli screening oncologici e dello screening cardiovascolare.

Ulteriori attività svolte da Azienda Zero sono riconducibili alla redazione di Piani di Comunicazione e Formazione ed alla redazione dei Piani di aggiornamento dei sistemi informativi delle aziende per gli adeguamenti alle specifiche del FSE 2.0.

Sono iniziate anche tutte le attività propedeutiche all'aggiornamento degli applicativi afferenti al nucleo minimo, previsti entro giugno 2023.

I documenti del nucleo minimo individuati dalle Linee Guida FSE 2.0 sono:

- referti di Laboratorio,
- referti di Radiologia,
- lettere di dimissione,
- verbale di pronto soccorso.

Proseguono inoltre le attività per aumentare il numero di documenti che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Di seguito i report sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico nel 2022 (Tab. 44.2)

Tab. 44.2: Report sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico nel 2022

nr. di utenti che hanno effettuato almeno un accesso al portale FSEr cittadino	777.962
nr. di utenti hanno scaricato almeno un documento	633.244
nr. di Documenti indicizzati (incluso Referti, Consensi, Certificati Vaccinali, etc.)	21.642.770
nr. di Referti scaricati	2.948.178
nr. di Ricette Specialistiche indicizzate	28.421.302
nr. di Ricette Farmaceutiche indicizzate	41.572.362
nr. di Download Totali della APP Sanità Km Zero	390.096
di cui per Android	309.262
di cui per IOS	80.834

Per maggiori informazioni

Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva

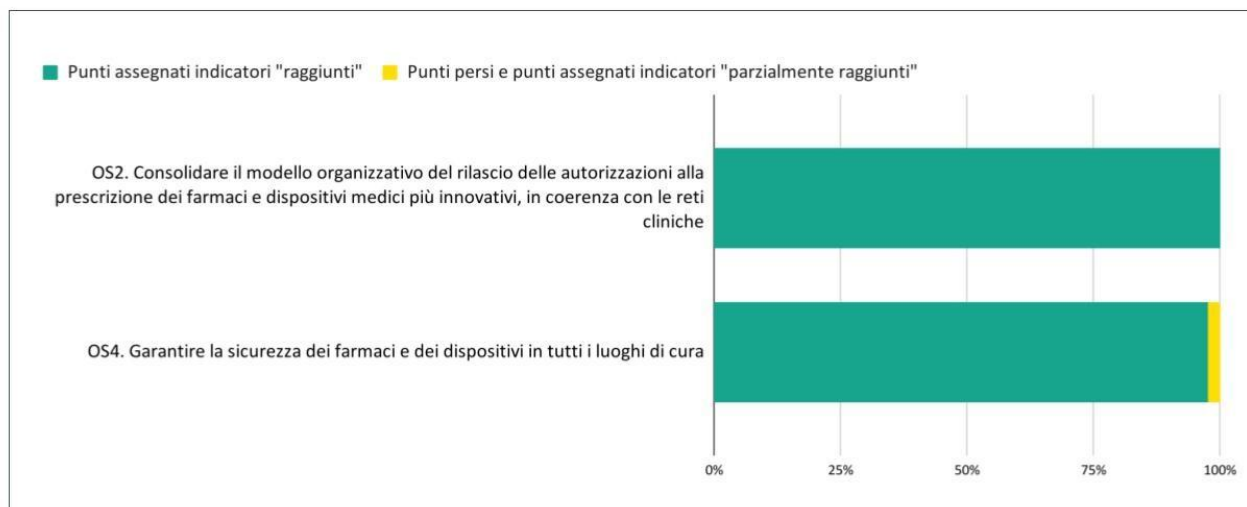
 Dorsoduro 3493, 30123 Venezia ediliziaospedaliera@regione.veneto.it 041 2792327

45. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici

CONTENUTI

- 45.1 Obiettivo Strategico 2: Consolidare il modello organizzativo del rilascio delle autorizzazioni alla prescrizione dei farmaci e dispositivi medici più innovativi, in coerenza con le reti cliniche
- 45.2 Obiettivo Strategico 3: Centralizzare le valutazioni di HTA e gli acquisti delle tecnologie sanitarie
- 45.3 Obiettivo Strategico 4: Garantire la sicurezza dei farmaci e dei dispositivi in tutti i luoghi di cura
- 45.4 Obiettivo Strategico 5: Valorizzare le Farmacie di comunità attraverso i nuovi Servizi

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2022 (DGR 709/22) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



45.1 Obiettivo Strategico 2: Consolidare il modello organizzativo del rilascio delle autorizzazioni alla prescrizione dei farmaci e dispositivi medici più innovativi, in coerenza con le reti cliniche

Nel corso dell'anno 2022 è stato consolidato il modello organizzativo e procedurale per il rilascio delle autorizzazioni alla prescrizione dei farmaci, garantendo appropriatezza prescrittiva e governo della spesa farmaceutica (Fig. 45.1.)

Gli strumenti predisposti a livello regionale a tale scopo sono i Report di HTA, le Linee d'indirizzo regionali e le Schede Informative Farmaco. Tali documenti sono licenziati dalla Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF), di cui alla DGR n. 36/2019, e predisposti dall'U.O.C. HTA di Azienda Zero, per il supporto metodologico, in stretta collaborazione con le reti di patologia regionali, il Coordinamento delle Malattie Rare, i Gruppi di Lavoro (GdL) regionali ed alcuni clinici di riferimento per area tematica. Le Schede Informative Farmaco, predisposte per le nuove entità terapeutiche (NET) e le nuove indicazioni (NI) rimborsate dal SSN, evidenziano, tra le altre, la stima dei pazienti potenzialmente candidabili al trattamento e la valutazione dell'impatto sulla spesa farmaceutica, informazioni fondamentali per garantire una corretta programmazione e un uso etico delle risorse. In particolare, le valutazioni di impatto sulla spesa, permettendo di stimare la spesa che dovrà essere sostenuta per le NET e NI rimborsate nell'anno precedente, sono necessarie per la definizione dei limiti di costo della farmaceutica.

Nel 2022 sono state licenziate dalla CTRF, e trasmesse alle Aziende Sanitarie, 102 Schede Informative Farmaco di valutazione HTA (48 NET, 54 NI).

Il Report di HTA, redatto per singolo farmaco o categorie terapeutiche di farmaci, consiste in un elaborato delle evidenze scientifiche, di un c.d. place in therapy aggiornato, della stima dei pazienti che andranno incontro al trattamento e del relativo impatto di spesa, per una migliore allocazione delle risorse. Diversamente, le linee di indirizzo sono predisposte per specifiche patologie al fine di fornire un documento unico a livello regionale per il corretto utilizzo dei farmaci.

Nel 2022 sono stati licenziati 4 Report di HTA (DDR n. 66/2022; n.114/2022; n.119/2022; n. 12/2022). E' stato, altresì, licenziato dalla CTRF un documento di indirizzo regionale per l'impiego dei farmaci per la profilassi e il trattamento del tromboembolismo venoso (TEV) nel paziente adulto (DDR n. 61/2022). Con riferimento ai dispositivi medici, è stata rivisitata la rete regionale per la governance in materia, con l'istituzione del Tavolo Tecnico Regionale sui DM (DGR n. 811/2020) ed è stato recepito il Programma Nazionale di HTA DM (DGR n. 967/2018), per strutturare un sistema che garantisca accesso all'innovazione nel campo dei DM, efficacia, sicurezza e sostenibilità.

Grazie al suddetto tavolo, sono state attivate nelle singole Aziende Sanitarie, le Unità di Valutazione aziendali delle richieste di Acquisto dei DM, volte ad assicurare il governo delle richieste di acquisto di DM, IVD e apparecchiature sanitarie.

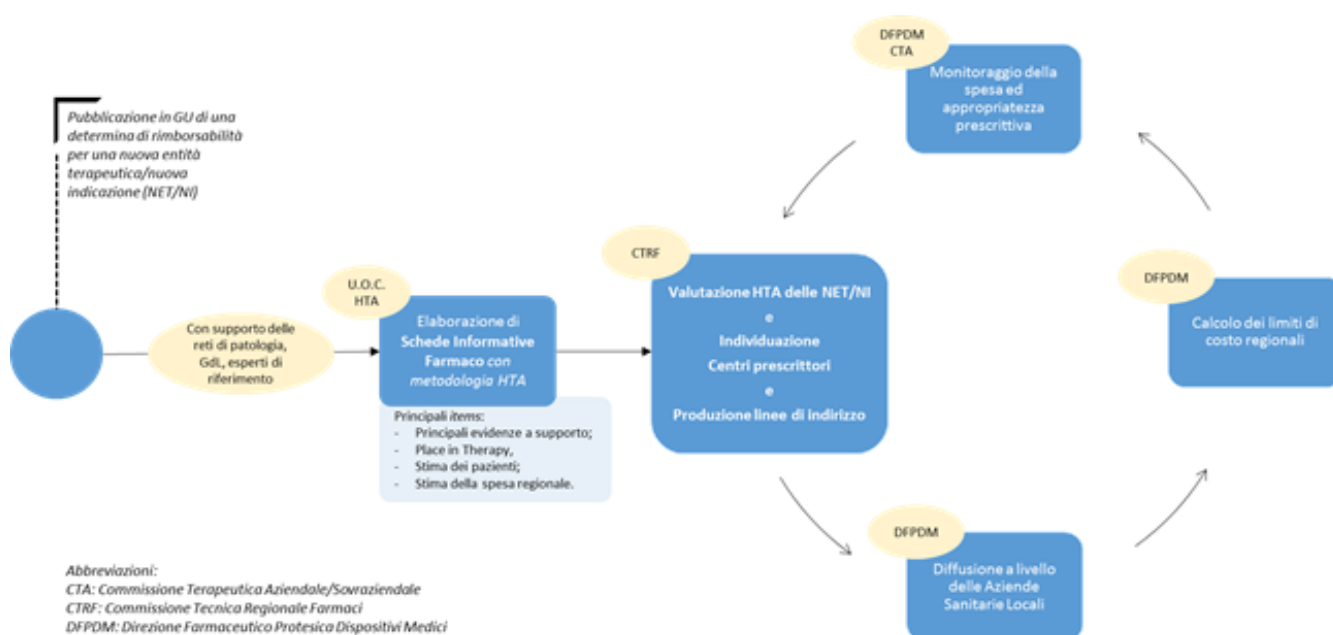
Per l'assistenza protesica, con DGR n. 535 del 09/05/22 sono state riviste le specialità mediche abilitate alla prescrizione delle prestazioni di assistenza protesica (allegato 5 del DPCM 12/01/17 e D.M. Salute 332/99) al fine di assicurare la prescrizione di ausili tecnologicamente appropriati all'utente.

Per l'assistenza integrativa, è stato istituito il Tavolo Tecnico sull'incontinenza urinaria e fecale (DDR n. 69 del 15/05/22) allo scopo di predisporre PDTA mirati e personalizzati al paziente stomizzato e/o

incontinente urinario e/o fecale, predisporre programmi di formazione per MMG e PLS, istituire un sistema di monitoraggio con il supporto di Azienda Zero.

Infine, sono stati istituiti ulteriori 2 GdL nell'anno 2022: il GdL sugli ausili assorbenti (DDR n. 21 del 05/05/22), per l'aggiornamento delle precedenti linee guida "Linee di indirizzo regionali sugli ausili assorbenti" elaborate nel 2019; il GdL sui cateteri vescicali (DDR n. 20 del 04/05/22), per realizzare nuove linee di indirizzo per una corretta gestione del paziente cateterizzato.

Fig. 45.1: Modello organizzativo di governo della farmaceutica



Per maggiori informazioni

Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici

📍 Dorsoduro 3493, 30125 Venezia

✉ assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

☎ 041 2793412

45.2 Obiettivo Strategico 3: Centralizzare le valutazioni di HTA e gli acquisti delle tecnologie sanitarie

Come riportato nel PSSR della Regione del Veneto 2019-2023, la centralizzazione degli acquisti di farmaci, di dispositivi medici, ausili ed altri beni sanitari, consente di abbattere i costi di acquisto e favorisce, al contempo, l'armonizzazione dei percorsi terapeutici tra gli ospedali pubblici e privati accreditati della Regione. Poter garantire la concorrenza tra operatori del mercato (sia per i farmaci che per i dispositivi medici) consente di conseguire un grande risparmio per la regione, liberando risorse per acquistare l'innovazione per la cura dei propri assistiti.

In particolare, nel controllo della spesa complessiva per le tecnologie farmaceutiche, un ruolo determinante è svolto dall'utilizzo di medicinali generici e biosimilari non soggetti a copertura brevettuale, i quali hanno costi nettamente più bassi rispetto al farmaco originatore. In tale ambito, nel 2022 è stata implementata una procedura che permetta l'individuazione tempestiva e la celere attivazione delle procedure di acquisizione centralizzate regionali di nuovi farmaci generici e/o biosimilari.

Tale procedura si compone di tre momenti consecutivi: l'individuazione della nuova rimborsabilità di principi attivi generici/biosimilari che avviene grazie al monitoraggio settimanale della Gazzetta Ufficiale attuato dalla UOC HTA di Azienda Zero; quanto individuato viene comunicato, con eventuale data di prima commercializzazione all'UOC CRAV (Centro Regionale Acquisti Veneto) di Azienda Zero; ove necessario la UOC CRAV, attiva tempestivamente le procedure di acquisizione centralizzata, con procedura d'urgenza.

La procedura, implementata ad agosto 2022, ha generato una media di 28 giorni come tempo intercorso tra la prima commercializzazione del primo generico/biosimilare e la data di indizione del confronto concorrenziale del farmaco, con un miglioramento della governance della spesa complessiva. È questo uno degli obiettivi più rilevanti nel controllo e nel rispetto dei vincoli di spesa a livello regionale, tanto da essere stato individuato tra gli obiettivi di Azienda Zero per l'anno 2022 (assegnati con DGR n. 743 del 30.12.2022) con un peso significativamente alto nell'ambito del totale degli obiettivi stessi.

Per maggiori informazioni

Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici



Dorsoduro 3493, 30125 Venezia



assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it



041 2793412

45.3 Obiettivo Strategico 4: Garantire la sicurezza dei farmaci e dei dispositivi in tutti i luoghi di cura

In linea con il PNCAR 22-25, la Direzione ha continuato a rafforzare attività volte a migliorare e ridurre il consumo di antibiotici presso le strutture sanitarie. Vista l'alta complessità assistenziale, allo scopo di garantire la sicurezza nell'impiego dei farmaci antibiotici H-OSP all'interno dei Centri Servizi Anziani sono state definite le "Procedure per l'impiego di farmaci antibiotici classificati H-OSP nei Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti" (DDR n. 175 del 20/12/2022). In aggiunta, a fronte di una grande eterogeneità nell'impiego degli antibiotici, la CTRF ha definito in maniera univoca, per ciascun farmaco antibiotico classificato H-OSP, le modalità prescrittive da attivarsi nei Centri di Servizio.

Nel contesto della pandemia da COVID-19, sono stati forniti indirizzi prescrittivi sull'impiego dei farmaci contro il COVID-19, per meglio orientare le scelte prescrittive sulla base delle evidenze, e della disponibilità delle scorte regionali (4 aggiornamenti). I continui monitoraggi hanno permesso di strutturare interventi per migliorarne l'utilizzo.

Nel 2022 sono proseguite le azioni di potenziamento del sistema di farmacovigilanza e le attività ordinarie del Centro Regionale di Farmacovigilanza (CRFV). Il CRFV ha coordinato a livello regionale le segnalazioni di sospette reazioni avverse –RA- in Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF); ha coordinato le attività dei responsabili locali di farmacovigilanza - RLFV (3 riunioni nel 2022), favorendo il raggiungimento dell'obiettivo regionale (n.5800 segnalazione di RA inserite in rete). Il CRFV collabora con AIFA nell'analisi dei segnali ed è di supporto in tutte le attività di farmacovigilanza di AIFA. Nel 2022, il CRFV ha inoltre coordinato 3 progetti multiregionali di farmacovigilanza e collaborato a 3 progetti multiregionali di altre regioni. A questi si aggiungono 4 progetti di Farmacovigilanza regionale. Nell'ambito dell'informazione, il CRFV nel 2022 ha pubblicato 175 notizie inerenti la farmacovigilanza, inviate via mail a più di 12.000 utenti.

La sicurezza nell'uso dei dispositivi medici e IVD è una delle priorità, garantita in Veneto dalla presenza di referenti regionali della dispositivo vigilanza RRV e di referenti aziendali RAV (DGR n. 376 del 28.3.2017) che collaborano provvedendo alla trasmissione immediata delle informazioni a tutti gli operatori coinvolti, per la messa in atto delle azioni necessarie, a seguito delle comunicazioni del Ministero della Salute.

Successivamente all'istituzione della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza (Decreto del 31 marzo 2022) - finalizzata allo scambio tempestivo e capillare delle informazioni riguardanti gli incidenti e le azioni di sicurezza che coinvolgono dispositivi medici, IVD e dispositivi ricompresi nell'allegato XVI del regolamento (UE) n. 2017/745 - si è proceduto all'adeguamento del sistema regionale di dispositivo-vigilanza precisando alcuni aspetti necessari per l'alimentazione del sistema informativo a supporto della rete nazionale (ai sensi dell'art. 3 del decreto). Sono inoltre state fornite a tutte le strutture pubbliche e private indicazioni in materia di vigilanza ai sensi delle modifiche introdotte dagli artt. 87/88/89/90 del Regolamento (UE) 2017/745, dagli artt. 82/83/84/85 del Regolamento (UE) 2017/746, dall'art.10 del Decreto legislativo n.137/2022 e dall'art.13 del Decreto legislativo n.138/2022, sulle modalità e tempistiche di segnalazione di incidenti gravi, incidenti non gravi, reclami e azioni correttive di sicurezza, nonché sulle relazioni di sintesi periodiche.

L'attività di vigilanza sui dispositivi medici e IVD è stata tracciata attraverso il sistema informatizzato regionale, che nell'anno 2022 ha registrato n. 649 segnalazioni di incidente, quasi il doppio rispetto

all'anno precedente. L'aumento consistente delle segnalazioni evidenzia una grande sensibilizzazione ed attenzione di tutti gli operatori sanitari nell'uso di dispositivi medici sicuri in pratica clinica.

Per maggiori informazioni

Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici



Dorsoduro 3493, 30125 Venezia



assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it



041 2793412

45.4 Obiettivo Strategico 5: Valorizzare le Farmacie di comunità attraverso i nuovi Servizi

Nonostante gli impedimenti oggettivi legati alla pandemia da Covid-19 sono proseguite, nell'anno 2022, le progettualità sperimentali ricomprese nella cd. "Farmacia dei Servizi", definite nell'ambito dell'Intesa Stato-Regioni 17.10.2019 (Rep. Atti n. 167/CSR), da parte delle farmacie di comunità aderenti.

Il progetto relativo allo Screening del diabete non noto, prevede la somministrazione ai cittadini di un questionario standardizzato e la successiva richiesta di effettuazione di test glicemico ai cittadini il cui questionario ha evidenziato "rischio elevato" di insorgenza di patologia diabetica. Nel progetto di Monitoraggio dell'aderenza alla terapia farmacologica, relativamente ai pazienti affetti da diabete tipo 2, il farmacista ha svolto attività di counselling individuale nei confronti dei pazienti non aderenti alla terapia, con successivo follow up di verifica del miglioramento dell'aderenza. Le farmacie di comunità hanno inoltre rivestito un ruolo rilevante nell'attività di Screening del sangue occulto nelle feci per la prevenzione del tumore del colon retto, al quale hanno aderito 1321 farmacie. Il progetto è proseguito con grande impegno organizzativo da parte di tutti gli attori del sistema (Regione, Aziende ULSS, Azienda Zero, farmacie convenzionate, distribuzione intermedia) in termini anche di promozione della campagna di comunicazione sul territorio regionale e di monitoraggio delle tempistiche.

Nell'anno 2022 sono proseguite anche le attività di somministrazione dei vaccini anti Covid-19, a cui hanno aderito 316 farmacie, di effettuazione dei test rapidi antigenici per la rilevazione SARS-CoV-2, con 1055 farmacie aderenti, alle quali si è aggiunta la somministrazione dei vaccini antinfluenzali con il coinvolgimento di 419 farmacie.

Con la Ricognizione della terapia farmacologica, progetto sperimentale attuato nell'Azienda ULSS 7, le farmacie diventano parte attiva nell'aiutare gli assistiti fragili, al momento della dimissione dalla struttura ospedaliera, a comprendere pienamente le terapie loro prescritte o modificate in sede di ricovero, potenziando l'adesione alle stesse, evitando sovrapposizioni terapeutiche e potenziali interazioni tra farmaci.

La stessa Azienda ULSS ha attuato il Progetto per l'erogazione del servizio di Telemedicina nell'ambito dei servizi di primary health care del territorio dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana. Il progetto prevede la tenuta e messa a disposizione dell'utenza, da parte delle farmacie aderenti, di un device portatile che permette la rilevazione di alcuni parametri utili all'identificazione di disturbi riconducibili ad alcune patologie e permette inoltre il teleconsulto con un medico dell'azienda sanitaria.

Per maggiori informazioni

Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici



Dorsoduro 3493, 30125 Venezia



assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

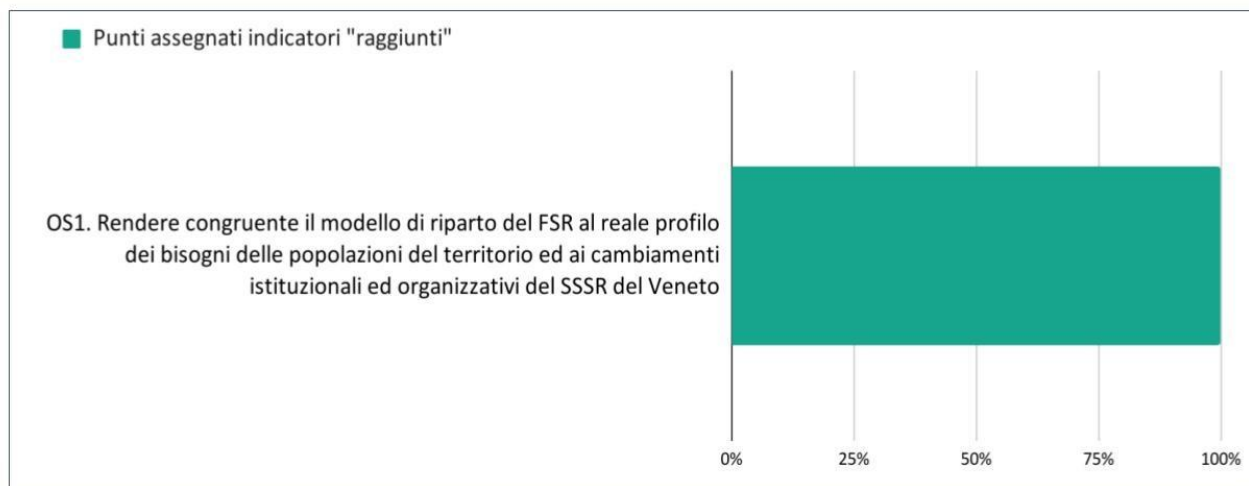


041 2793412

46. Il governo e le politiche per il personale

CONTENUTI

- 46.1 Obiettivo Strategico 2: Incrementare le competenze e favorire lo sviluppo del potenziale del personale
- 46.2 Obiettivo Strategico 5: Definire strumenti per affrontare la carenza di medici specialisti

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2022 (DGR 709/22) in relazione agli obiettivi strategici PSSR

46.1 Obiettivo Strategico 2: Incrementare le competenze e favorire lo sviluppo del potenziale del personale

Il PSSR 2019-2023 considera la necessità di affrontare i cambiamenti del sistema salute e dei bisogni di salute anche attraverso "adeguate politiche di governo del personale che richiedono la definizione e l'utilizzo di standard minimi fondamentali per garantire l'equilibrio tra efficacia ed efficienza del sistema salute". In tale ottica sono stati individuati obiettivi strategici e alcune delle attività da svolgere per il loro raggiungimento.

Le politiche adottate a livello regionale risentono della situazione di generale carenza di professionisti sanitari, fenomeno di dimensioni mondiali. Anche in seguito all'emergenza determinata dall'epidemia da Covid-19 si presenta una importante carenza di personale sanitario e socio-sanitario nelle strutture del servizio sanitario pubblico.

Nel corso del 2022 ha assunto rilevanza strategica la disamina dell'attuale situazione di carenza del personale nel Sistema Sanitario Regionale e del fenomeno delle dimissioni volontarie al fine di comprenderne le motivazioni e dare il via a nuovi approcci per la gestione e la valorizzazione delle risorse umane. Con l'espressione "Great resignation" – grandi dimissioni – si identifica il fenomeno dell'esodo del personale, del "disingaggio" dalla propria vita lavorativa, fenomeno avvertito e studiato in tutto il mondo. Le motivazioni che ne sono alla base sono diverse: ricerca di migliori retribuzioni e progressi di carriera, esigenze di maggiore flessibilità per meglio conciliare lavoro e vita privata. Si tratta di una situazione che, come è ben noto, non riguarda la sola Regione Veneto ma tutte le Regioni d'Italia. A tal proposito il Coordinatore della Commissione Salute con nota del 23/06/2022 indirizzata al Ministro della Salute e al Ministro dell'Economia e della Finanze ha formulato un documento (approvato da tutte le regioni) contenente una serie di proposte di misure legislative urgenti ed indifferibili necessarie per affrontare le criticità che riguardano in particolare i servizi di Emergenza-Urgenza. Si tratta di disposizioni volte a rendere più attrattiva sotto vari profili (economici, organizzativi, previdenziali) l'esercizio della professione presso tali servizi.

Nel contesto generale di riferimento sono state adottate misure mirate a valorizzare le competenze dei professionisti, proponendo adeguati interventi a livello legislativo e contrattuale, ma soprattutto stimolando un approccio che diventi sempre più dinamico ed efficace nella gestione delle risorse umane.

Con DGR n. 650 del 01/06/22 sono state approvate le modalità organizzative di carattere generale e i contenuti formativi dei corsi di formazione complementare in assistenza sanitaria per Operatori socio sanitari. L'OSS-FC, come specificato nell'Accordo Stato/regioni del 2003, è l'operatore che ha raggiunto le competenze professionali per l'esercizio delle attività e dei compiti che gli consentono di svolgere ulteriori attività in aggiunta a quelle previste dal profilo di base. La misura rientra nelle politiche attivate dalla Regione al fine di valorizzare la flessibilità nei contesti di lavoro e di andare incontro ai nuovi bisogni di salute.

Il percorso di Formazione complementare in assistenza sanitaria dell'Operatore Socio Sanitario è stato attivato nel corso del 2022, i corsi saranno destinati prioritariamente agli Operatori socio sanitari in attività presso le strutture extra ospedaliere residenziali e semiresidenziali per anziani, pubbliche e private accreditate della regione. Contestualmente si è ritenuto di dare avvio a un percorso formativo

per "Infermieri referenti per l'inserimento di Operatori socio sanitari con formazione complementare in assistenza sanitaria (OSS-FC) nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani".

Per maggiori informazioni

Direzione Risorse Umane del SSR



San Polo 2514, 30125 Venezia



risorseumanessr@regione.veneto.it



041 2793583

46.2 Obiettivo Strategico 5: Definire strumenti per affrontare la carenza di medici specialisti

Nel 2022 sono stati adottati numerosi provvedimenti contro le carenze di personale sanitario con misure straordinarie e nuovi istituti.

E' stata approvata la LR n. 12/22 che prevede una serie di misure straordinarie mirate a fornire risposte alle difficoltà dei servizi di emergenza urgenza. In primis, al personale dirigente medico che negli ultimi 15 anni ha maturato almeno 4 anni di servizio anche non continuativo nei servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del SSN viene data la possibilità di accedere alle procedure concorsuali per la disciplina "Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza". Inoltre, i medici in formazione specialistica possono, anche per il triennio 2022/2024, prestare attività di supporto mediante contratti di lavoro flessibili ed è stato previsto un aumento della tariffa riconosciuta per le prestazioni aggiuntive (art. 115.2 del CCNL Area della Sanità 2016-2018) fino a 100 euro lordi onnicomprensivi. Il Consiglio dei Ministri a luglio 2022 ha impugnato gli artt. 12 e 21 della LR n. 12/2022, che avevano come obiettivo di attenuare la grave carenza di MMG e di personale medico dei servizi di emergenza-urgenza. Dunque attualmente è possibile far ricorso solo all'aumento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive fino a 100 euro per il personale dirigente medico dell'area emergenza urgenza, unica previsione non impugnata. Al fine di stabilizzare e incrementare il trattamento accessorio del personale dirigente medico, con DGR n. 1047/22 sono inoltre state ripartite le risorse della L. 205/2017, attraverso un criterio perequativo su base regionale.

Per far fronte alle necessità di stabilizzazione del personale sanitario, con DGR n. 1048/22 sono state adottate le Linee di indirizzo nei confronti delle Aziende/Enti SSR per la definizione dei criteri di stabilizzazione del personale dei ruoli sanitario e socio-sanitario e per la valorizzazione del personale impiegato nei servizi appaltati in funzione della reinternalizzazione degli stessi. Sempre nell'ambito dell'emergenza-urgenza, con DGR n. 908/22 sono state determinate le risorse previste dalla L. n. 145/2018 per l'attività di compilazione e trasmissione dei certificati medici di infortunio e malattia professionale.

Con DGR n. 114/22, a seguito della sottoscrizione di un verbale di confronto con le O.O.S.S. della dirigenza amministrativa, tecnica e professionale, sono state impartite alle Aziende del SSR linee generali di indirizzo sulle materie individuate dall'art. 65 del CCNL dell'Area delle Funzioni Locali 2020. In particolare le materie oggetto del confronto sono state:

- metodologie di utilizzo da parte delle amministrazioni di una quota dei minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica dei dirigenti;
- criteri generali dei sistemi di valutazione professionale e di performance dei dirigenti;
- criteri di allocazione delle risorse che finanziano il salario accessorio previste da specifiche disposizioni di legge per le quali è necessario l'intervento regionale che tengano anche conto della perequazione e compensazione a livello regionale;
- indicazioni per la realizzazione della formazione manageriale e formazione continua, comprendente aggiornamento professionale e formazione permanente;
- modalità di incremento del Fondo in caso di aumento della dotazione organica o dei servizi anche ad invarianza di essa.

Con DGR n. 1639/22 sono state ripartite tra le Aziende del SSR per il 2022-2023 le risorse destinate all'attribuzione di una particolare indennità aggiuntiva per il personale impiegato nei servizi di

emergenza urgenza. Tale provvedimento riconosce una specifica indennità commisurata all'effettiva presenza in servizio aggiuntiva rispetto al trattamento accessorio ordinario riconosciuto. Infine, con DGR n. 1717/2022 si è provveduto all'adeguamento regionale, in relazione alle Aziende del SSR, ai principi normativi nazionali per l'adozione del PIAO e ai contenuti del Piano tipo definito con Decreto n. 132/2022.

Nota Metodologica

Acronimi

PIAO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione

Per maggiori informazioni

Direzione Risorse Umane del SSR

 San Polo 2514, 30125 Venezia

 risorseumanessr@regione.veneto.it

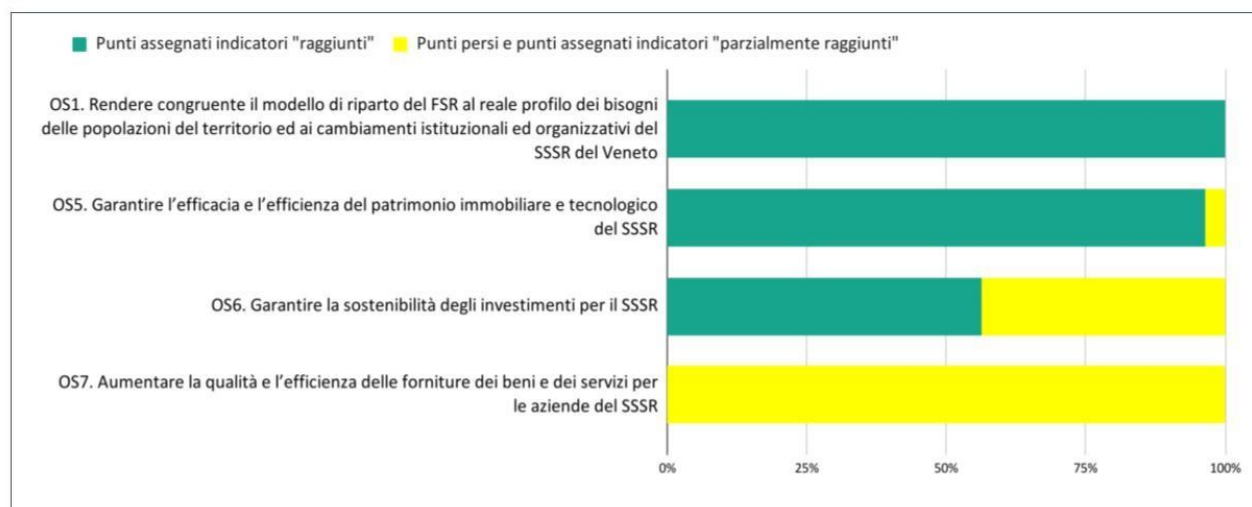
 041 2793583

47. Il governo delle risorse finanziarie e strumentali

CONTENUTI

- 47.1 Obiettivo Strategico 1: Rendere congruente il modello di riparto del FSR al reale profilo dei bisogni delle popolazioni del territorio ed ai cambiamenti istituzionali ed organizzativi del SSSR del Veneto
- 47.2 Obiettivo Strategico 6: Garantire la sostenibilità degli investimenti per il SSSR
- 47.3 Obiettivo Strategico 7: Aumentare la qualità e l'efficienza delle forniture dei beni e dei servizi per le aziende del SSSR

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2022 (DGR 709/22) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



47.1 Obiettivo Strategico 1: Rendere congruente il modello di riparto del FSR al reale profilo dei bisogni delle popolazioni del territorio ed ai cambiamenti istituzionali ed organizzativi del SSSR del Veneto

Nel corso del 2022 si è concluso il periodo di vigenza della proposta di criteri e di destinazione del FSR di cui alla DGR n.7/CR del 07 febbraio 2017. Con tale provvedimento era stato introdotto un impianto metodologico per l'assegnazione delle risorse valevole per il quinquennio 2017-2021. A tal fine è stata incaricata Azienda Zero di predisporre una proposta tecnica di riparto delle risorse finanziarie messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale alla Regione del Veneto per l'esercizio 2022 e successivi, indipendentemente dall'ammontare di tali risorse disponibili. Con DGR n. 1617 del 13/12/2022, previo parere della Quinta Commissione consiliare, è stata approvata una nuova definizione dei criteri di ripartizione agli enti del SSR delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza che tiene in considerazione alcuni importanti principi ed aspetti significativi:

- realizzazione di un sistema di finanziamento flessibile rispetto alla diversa quantificazione del Fondo Sanitario Regionale da un anno all'altro per garantire assegnazioni certe fin dall'inizio dell'esercizio economico-finanziario;
 - garanzia di una stabilità dei criteri di riparto, nel tempo;
 - trasparenza del sistema di finanziamento del SSR e la sua massima condivisione con tutti gli interessati;
 - equità tra le Aziende sanitarie, garantendo la corrispondenza tra maggiori bisogni sanitari e maggiori finanziamenti;
 - individuazione di criteri che tengano conto delle aree caratterizzate da specificità nella configurazione geografica e nella dispersione territoriale ai sensi dell'articolo 15 della Legge regionale statutaria n. 1 del 17/04/2012 "Statuto del Veneto" e dell'articolo 4 della Legge regionale n. 48 del 28/12/2018 "Piano socio sanitario regionale 2019-2023";
 - assegnazioni basate sulla copertura dei costi standard dei servizi da erogare;
 - equilibrio economico e finanziario degli enti del SSR;
 - finanziamento delle Aziende sanitarie sulla base di percentuali d'accesso al totale del FSR, analogamente a quanto avviene per la ripartizione delle risorse del FSN tra le Regioni.
- La figura 47.1 illustra la struttura generale del modello di riparto.

Focalizzandosi sulle risorse da ripartire per l'erogazione dei LEA, al netto dei finanziamenti a funzione ripartiti in valore assoluto, i restanti fondi a titolo indistinto sono ripartiti agli enti del SSR considerando i fabbisogni finanziari relativi e non quelli assoluti in quanto i bisogni sanitari della popolazione sono potenzialmente illimitati rispetto alle risorse disponibili limitate.

In particolare la quota destinata ad essere ripartita agli enti del SSR per i LEA viene calcolata sulla base di driver opportuni, principalmente sulla base del criterio della quota capitaria pesata. Nell'ambito della definizione delle quote di riparto viene inoltre garantita l'assegnazione di una integrazione del finanziamento in relazione alla configurazione geografica e alla dispersione territoriale, ai sensi dell'articolo 15 della legge regionale statutaria n. 1 del 17/04/2012 a tutela delle zone regionali con specificità territoriali, appunto.

La proposta di riparto prevede infine, ottenute le risultanze finali del calcolo, una rimodulazione a saldo

zero del finanziamento agli enti del SSR, per ridurre gli impatti delle annuali variazioni della numerosità della popolazione residente sulla ripartizione del FSR, tenuto conto della rigidità della funzione di produzione e dei relativi costi fissi aziendali.

Nella figura 47.2 si riporta il grafico con le risultanze dell'applicazione dei criteri metodologici esposti in precedenza, riepilogando le nuove quote di accesso e confrontandole con quelle basate esclusivamente sulla popolazione residente, senza nessun sistema di pesatura o correttivo specifico.

Fig. 47.1: Struttura generale del modello di riparto

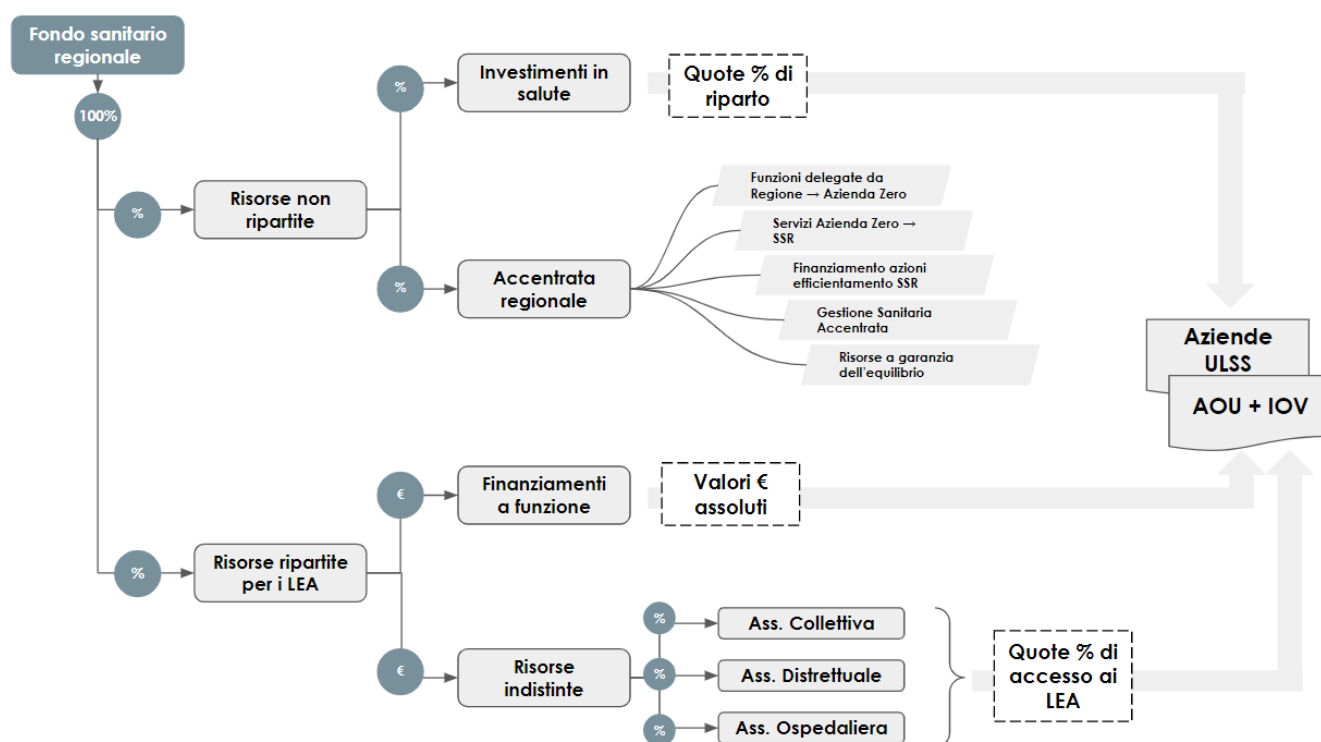
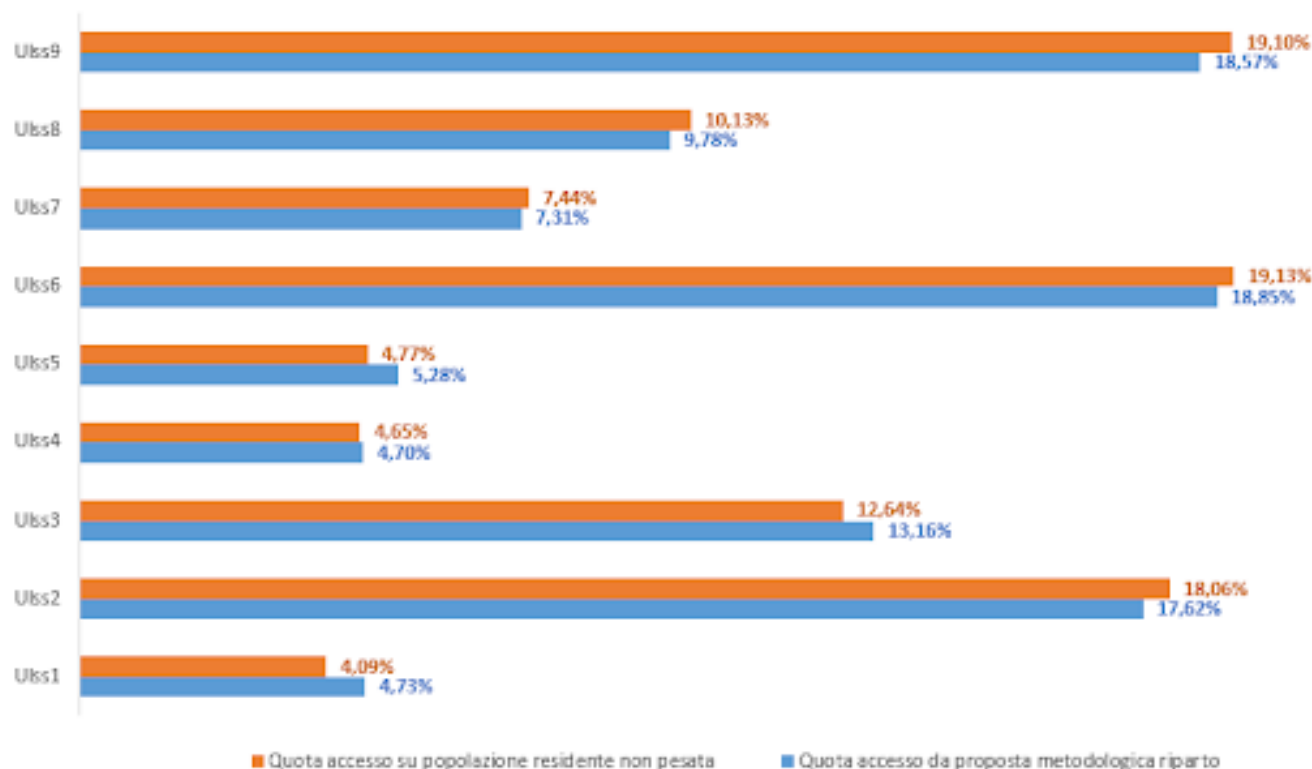


Fig. 47.2: Quote di accesso Aziende Sanitarie

**Per maggiori informazioni**

Direzione Programmazione e controllo SSR

 San Polo 2514, 30125 Venezia

 programmazionecontrollossr@regione.veneto.it

 041 2793434

47.2 Obiettivo Strategico 6: Garantire la sostenibilità degli investimenti per il SSSR

Gli investimenti effettuati dalle Aziende Sanitarie hanno diverse fonti di finanziamento; una parte trova copertura finanziaria attraverso l'utilizzo di risorse provenienti dallo Stato o provenienti dal settore privato, mentre la rimanente quota che non trovano copertura finanziaria dalle precedenti fonti, viene finanziata tramite l'utilizzo di risorse regionali, ovvero dalla quota del FSR che la Regione decide di destinare a questo scopo.

Con l'obiettivo da un lato di semplificare l'impianto amministrativo e contabile di gestione finanziaria degli investimenti, e, dall'altro, di meglio adeguare la disponibilità finanziaria per investimenti delle aziende stesse dando loro maggiore certezza sulle risorse regionali disponibili e garantire una più proficua ed efficiente programmabilità delle politiche interne, con DGR n. 1617/2022 è stata approvata una nuova modalità di finanziamento degli investimenti a valere sulle risorse regionali del FSR, che si articola su due aspetti principali:

- decidere quante risorse allocare agli investimenti, sempre in termini percentuali rispetto al totale del FSR (una quota pari al 2% del FSR) di cui una parte per finanziare i nuovi investimenti e un'altra parte per finanziare gli investimenti finalizzati al mantenimento del patrimonio esistente aziendale;
- definire la ripartizione alle Aziende Sanitarie della quota percentuale di cui al punto precedente. La quota percentuale di risorse destinata agli investimenti sarà utilizzata per:
 - finanziare i nuovi investimenti, ovvero quelli con finalità di potenziamento del sistema d'offerta aziendale oppure contraddistinti da una forte valenza strategica regionale. A questo scopo, tali risorse rimangono a disposizione della CRITE, la quale stabilisce l'assegnazione alle Aziende Sanitarie per la quota necessaria alla copertura finanziaria dell'investimento stesso;
 - finanziare gli investimenti finalizzati al mantenimento del patrimonio esistente aziendale; una quota delle risorse per gli investimenti viene destinata a questo fine da un provvedimento regionale. L'assegnazione di queste risorse alle Aziende Sanitarie definisce di fatto un budget finanziario alle stesse, che saranno responsabilizzate nel suo utilizzo e avranno l'opportunità di programmare in anticipo gli investimenti dedicati al mantenimento del patrimonio corrente conoscendo l'ammontare di risorse loro disponibili.

Le Aziende Sanitarie quindi realizzano l'investimento con le risorse assegnate e il controllo di Azienda Zero verte solamente sulla correttezza delle registrazioni contabili e sulla coerenza con il piano investimenti.

Grazie alla nuova modalità di finanziamento degli investimenti, in particolare quelli destinati al mantenimento del patrimonio aziendale esistente, all'interno dei bilanci delle Aziende non compaiono più le rettifiche in conto esercizio per investimenti in quanto i fondi sono assegnati a titolo di contributo in c/capitale per investimenti. Questo aspetto semplifica le quadrature contabili tra conto economico e piano investimenti, rende più agevole l'attività di monitoraggio economico da parte di Azienda Zero ed evita un maggior onere amministrativo da parte delle Aziende stesse.

In linea con la DGR n. 1617 del 13/12/2022 di definizione dei criteri di ripartizione agli enti del SSR delle risorse per l'erogazione dei LEA per l'esercizio economico-finanziario 2022 e segg. e al fine di consentire alle Aziende Sanitarie di formulare il piano degli investimenti da allegare al bilancio

preventivo economico annuale, con DGR n. 1700 del 30/12/2022 si sono destinati complessivi €150.000.000,00 a copertura degli investimenti delle Aziende Sanitarie, così ripartiti:

- € 52.560.000,00 (pari al 35,04%) per la copertura della programmazione per nuovi investimenti in salute dell'anno successivo, da assegnare agli Enti del SSR, previo parere della CRITE;
- € 97.440.000,00 (pari al 64,96%) per la copertura degli investimenti per il mantenimento del patrimonio aziendale esistente dell'anno successivo.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione e controllo SSR



San Polo 2514, 30125 Venezia



programmazionecontrollossr@regione.veneto.it



041 2793434

47.3 Obiettivo Strategico 7: Aumentare la qualità e l'efficienza delle forniture dei beni e dei servizi per le aziende del SSSR

La necessità di rispettare i tetti di spesa nazionali sia per farmaci (L. 234/2021: tetto della spesa per acquisti diretti 8% del FSN e della spesa farmaceutica convenzionata il 7%) che per DM (L. 228/2012: rideterminazione dal 2014 del tetto di costo per acquisto DM nella misura del 4,4% del FSN) e di garantire accesso a terapie e a tecnologie sanitarie sempre più innovative, ha significato mettere in campo strategie mirate.

Per il rispetto dei vincoli di bilancio il Veneto, in collaborazione con Azienda Zero, ha identificato anche per il 2022 i Limiti di costo (intesi sia come farmaci che DM) per le Aziende Sanitarie (DDR n. 40/2022 e DDR n. 115/2022), assegnati come obiettivi ai DG delle Aziende Sanitarie e oggetto di monitoraggi periodici (mensili e trimestrali).

Per la "Farmaceutica da convenzione" il limite di costo è stato determinato tenendo conto di un'invarianza del numero confezioni distribuite rispetto al 2021, delle migliori performance aziendali registrate nel 2021 e considerando il potenziale risparmio, derivante dall'utilizzo di formulazioni meno costose di colecalciferolo.

Per i "Prodotti farmaceutici ed emoderivati" al netto dei farmaci innovativi, il limite di costo è stato calcolato assegnando la variazione percentuale di spesa registrata nel 2021 rispetto al 2020 a livello regionale per i gruppi terapeutici a maggior impatto di spesa (80% della spesa regionale) e considerando i tetti assegnati negli anni precedenti, la scadenza dell'innovatività per alcuni farmaci ad alto impatto di spesa, l'impatto di nuovi farmaci o allargamenti di indicazione, i potenziali risparmi derivanti da perdita brevetto e acquisto in concorrenza dei principi attivi, il maggior utilizzo di biosimilari. Con riferimento ai DM il limite di costo è stato determinato utilizzando i costi standard rilevati nel 2019, ultimo anno non influenzato dal Covid, a cui è stato applicato un incremento regionale del 2,4%, tenendo conto sia dei tetti assegnati negli anni precedenti, sia degli incrementi per l'uso di tecnologie innovative (es. Robot da Vinci, FGM - Flash Glucose Monitoring). Sono stati considerati 3 setting di utilizzo: spesa dell'area ospedaliera, dell'area territoriale con posti letto (strutture di ricovero intermedie e centri di servizio anziani) e dell'area distrettuale. Nel setting ospedaliero e territoriale con posti letto è stato calcolato il costo standard, mentre in quello distrettuale è stata assegnata la spesa sostenuta nel 2021. Anche per i Dispositivi diagnostici in vitro è stato assegnato un limite di costo tenendo conto sia dei bilanci consuntivi che dei tetti assegnati negli ultimi 5 anni. Per l'Assistenza Protesica, è stato assegnato un costo pro capite medio pesato (9,60€) inferiore all'anno precedente che ha compreso, oltre agli ausili protesici, i dispositivi extra-nomenclatore, i cespiti e i servizi accessori (sanificazioni, manutenzioni, etc.). Tale valore è stato calcolato considerando l'andamento dei consumi storici dell'assistenza protesica inseriti nel cruscotto regionale da parte delle Aziende.

Per l'Assistenza Integrativa è stato assegnato un costo pro capite mediano pesato (16,80€) maggiore all'anno precedente che ha compreso, oltre a dispositivi per l'automonitoraggio e l'autogestione a favore di soggetti diabetici, a prodotti dispensati a favore di soggetti con celiachia, insufficienza renale cronica e malattie metaboliche congenite, anche i DM monouso e i preparati addensanti a favore delle persone con grave disfagia affette da malattie neuro-degenerative. Tale valore è stato calcolato

tenendo conto di consumi storici, di una possibile riduzione della spesa in seguito all'aggiudicazione di gara regionale per i dispositivi per l'automonitoraggio e l'auto-gestione, di aumento dei consumi per FGM, d'introduzione di FGM2, di aumento del n. di pazienti celiaci e di revisione di prezzi per gli ausili per incontinenti ad uso domiciliare. Per le restanti categorie merceologiche è stata assegnata la spesa storica.

Nota Metodologica

Acronimi

DM: dispositivi medici

Per maggiori informazioni

Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici



Dorsoduro 3493, 30123 Venezia



assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it



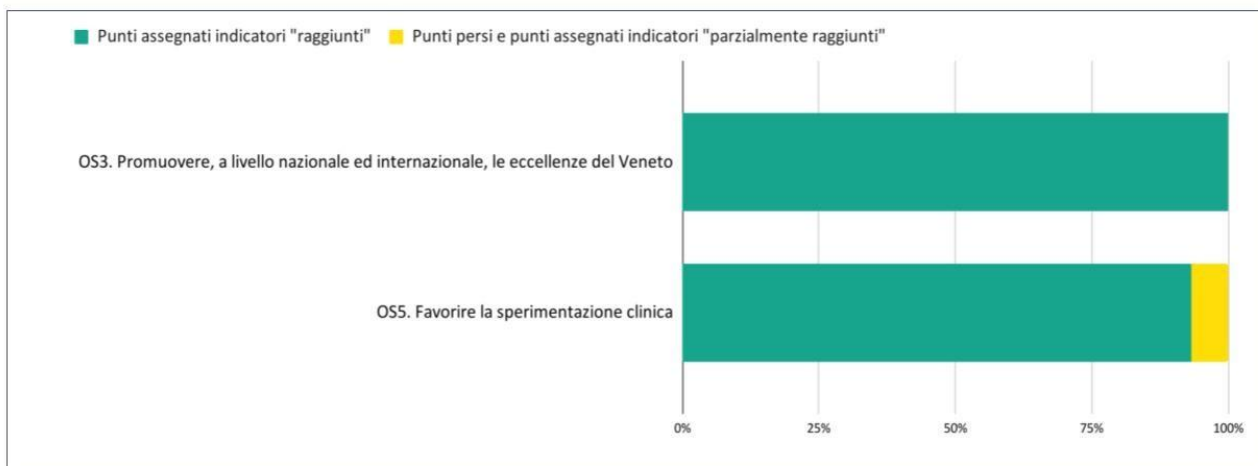
041 2793412

48. Ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie

CONTENUTI

- 48.1 Obiettivo Strategico 1: Promuovere ricerca ed innovazione in ambito sanitario
- 48.2 Obiettivo Strategico 2: Favorire mediante la ricerca e l'Health Technology Assessment (HTA) il processo di introduzione delle nuove tecnologie

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2022 (DGR 709/22) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



48.1 Obiettivo Strategico 1: Promuovere ricerca ed innovazione in ambito sanitario

Al fine di perseguire l'obiettivo regionale di governo dell'introduzione delle tecnologie innovative nel rispetto dell'appropriatezza clinica, della qualità, efficacia e sicurezza delle prestazioni e della sostenibilità economica, Regione Veneto partecipa alla Ricerca Finalizzata Ministeriale di Rete "INTEGRATE-HEALTH-GOV" NET-2018-123680771 che ha come obiettivo lo sviluppo e l'implementazione nelle Aziende Sanitarie di un modello organizzativo regionale di valutazione delle richieste di nuove tecnologie, intese come Dispositivi Medici, Dispositivi Diagnostici in Vitro e Apparecchiature Biomediche, integrato con il Programma Nazionale di HTA Dispositivi Medici (PNHTADM).

Il progetto prevede, attraverso una riorganizzazione dei processi e uno sviluppo di strumenti operativi, di uniformare, rendere trasparente e informatizzare nelle Aziende Sanitarie le varie fasi del processo, schematizzate in fig. 48.1, che vanno dalla formulazione della richiesta alla sua valutazione con metodologia HTA e decisione sull'opportunità di introduzione, attraverso due livelli decisionali (aziendale fasi 1 e 2 - regionale fasi 3 e 4), con l'obiettivo di far emergere le richieste di tecnologia con un reale potenziale innovativo per portarle a un approfondimento regionale (in ottemperanza alla DGR n. 811/2020) rendendo comunque disponibili, tramite la piattaforma informatizzata, tutti gli esiti valutativi a tutte le Aziende Sanitarie.

Per tecnologia innovativa si intende, in accordo con il documento strategico del PNHTADM, quella caratterizzata da una significatività epidemiologica della condizione clinica interessata e da un potenziale impatto sul percorso assistenziale (migliore soddisfacimento di bisogni, rilevanza tecnica), sulla sostenibilità economica, sull'organizzazione anche in termini di accessibilità (equità) e sui benefici attesi in termini di qualità della vita (implicazioni etiche e sociali).

Le principali sfide del progetto si possono sintetizzare in:

- definire operativamente cos'è una tecnologia innovativa considerando che l'innovatività non è un concetto assoluto ed è multidimensionale;
- individuare criteri condivisi per assegnare le priorità di introduzione delle innovazioni tecnologiche nel SSR;
- tradurre i criteri di selezione e prioritizzazione dell'innovazione in un sistema strategico di procurement in grado di acquisire tecnologie che massimizzino il valore in termini di salute. Nel 2022 il progetto ha visto l'avvio dello sviluppo, in collaborazione con le Aziende Sanitarie, di:
 - una modulistica unica per la formalizzazione delle richieste e la raccolta degli elementi necessari all'individuazione del potenziale innovativo, all'approfondimento e alla valutazione;
 - una piattaforma informatizzata regionale per la formulazione, gestione e archiviazione delle richieste nel rispetto del workflow e della metodologia definiti;
 - lo studio e l'implementazione di una metodologia oggettiva per l'individuazione dell'eventuale potenziale effettivamente innovativo improntata alla modellistica MCDA utilizzata dall'ISS per prendere rapide decisioni sull'introduzione di tecnologia innovativa durante la pandemia Covid-19. Partendo dal concetto che l'introduzione di una tecnologia innovativa è frutto di una valutazione comparativa che metta in luce benefici aggiuntivi rispetto a quanto già in uso, sulla base di evidenze di

efficacia e sicurezza, bisogni clinici, fabbisogni stimati e costi, il modello propone l'uso di una matrice di confronto dei potenziali punti forza/limiti e rischi/benefici della tecnologia che graficamente si può rappresentare come in fig. 48.2 (grafico rischi percepiti/valore potenziale) e in fig. 48.3 (scenario per individuazione priorità)

Il progetto proseguirà, prima della sua implementazione, con una fase di test propedeutica all'informatizzazione che verrà condotta da alcune Aziende Sanitarie "pilota" della Regione Veneto, al fine di individuare e correggere eventuali criticità sugli aspetti metodologici e sugli strumenti operativi.

Nota Metodologica

Acronimi:

Rete "INTEGRATE-HEALTH-GOV" NET-2018-12368077: Ministero della Salute NET-2018-12368077 "Definition and testing of a new model of clinical governance based on the integration of tools such as Health Technology Assessment, Clinical Practice Guidelines, Clinical Pathways, and healthcare performance measurement for planning, implementation and management of healthcare interventions in different settings - INTEGRATE-HEALTH-GOV";

PNHTADM: programma Nazionale di HTA Dispositivi Medici, approvato in Conferenza Stato Regioni il 21/09/2017 e recepito con DGR n. 967/2018

MCDA: Multi-Criteria Decision Analysis. M. Ruggeri, C. Cadeddu, P. Roazzi, D. Mandolini, M. Grigioni e M. Marchetti, "Multi-Criteria-Decision-Analysis (MCDA) for the Horizon Scanning of Health Innovations an Application to COVID 19 Emergency", International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020.

Fig. 48.1: Fasi del processo di richiesta e valutazione delle nuove tecnologie

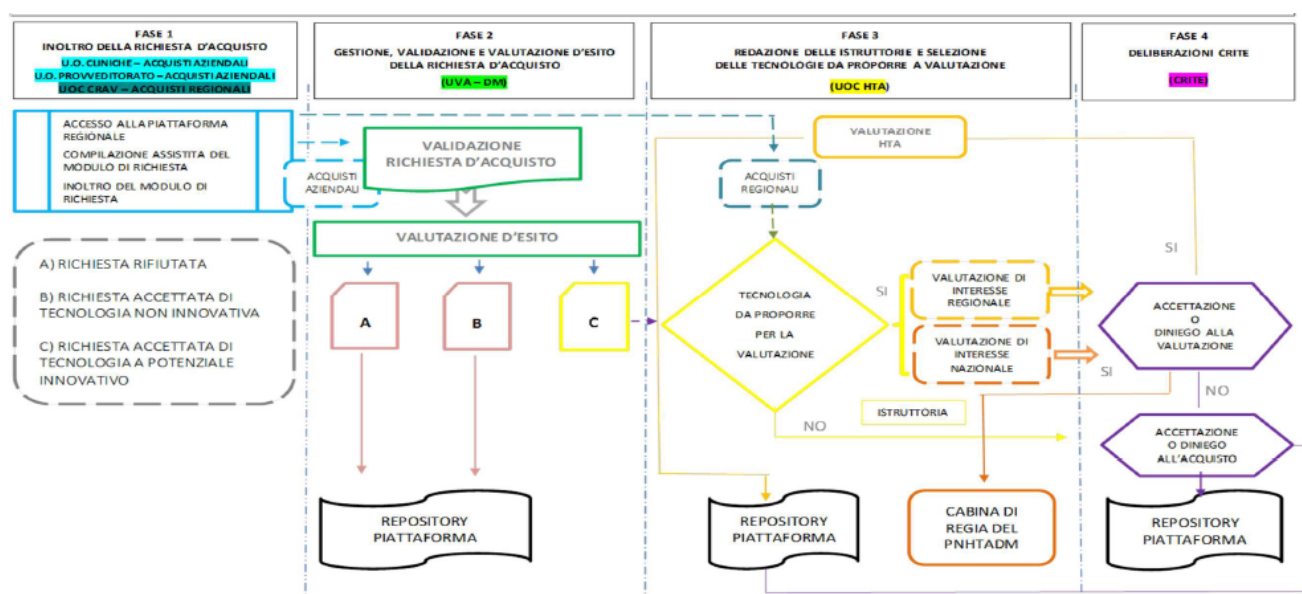


Fig. 48.2: Grafico rischi percepiti/valore potenziale



Fig. 48.3: Scenario per individuazione priorità

AREA	RISCHIO	VALORE	RACCOMANDAZIONE
COMFORT ZONE	basso	alto	introduzione raccomandata
IMPROVEMENT AREA	basso	basso	non prioritaria, eventualmente da rivalutare
DANGER ZONE	alto	basso	introduzione non raccomandata
CHALLENGE AREA	alto	alto	tecnologia promettente ad alto potenziale innovativo, da approfondire prioritariamente

Per maggiori informazioni

Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva



Dorsoduro 3493, 30123 Venezia



ediliziaospedaliera@regione.veneto.it



041 2792327

48.2 Obiettivo Strategico 2: Favorire mediante la ricerca e l'Health Technology Assessment (HTA) il processo di introduzione delle nuove tecnologie

Le tecnologie sanitarie costituiscono un ambito di governo complesso, caratterizzato dalla ricerca di un equilibrio tra richiesta di innovazione e risorse disponibili, considerando che la spesa è un investimento solo se produce risultati in termini di salute o riduce altri costi sanitari.

Uno degli strumenti messi in campo è la centralizzazione della valutazione degli investimenti delle Aziende Sanitarie di importo superiore a 200.000 € (IVA esclusa) per gli aspetti di congruità con la Programmazione SSR, di conformità ai requisiti tecnico/sanitari e di sostenibilità finanziaria. In quest'ambito Azienda Zero ha prodotto, per il parere della CRITE, 67 istruttorie su progetti di acquisizione e manutenzione di Apparecchiature Biomediche di cui il 7,5% innovative e il 7,5% per la chirurgia robotica multidisciplinare e ortopedica.

L'attività di chirurgia robotica mininvasiva video-assistita multidisciplinare è iniziata nel 2001. In 20 anni sono stati trattati oltre 23.000 pazienti, di cui tre quarti nella specialità di urologia, evidenziando un costante trend di crescita fig. 48.4; in particolare nel 2022 sono stati fatti complessivamente quasi 3.000 interventi.

L'Urologia è sempre stata la specialità principale e quello di prostatectomia radicale è il più frequente rappresentando oltre il 70% di tutti gli interventi urologici eseguiti con robot. La maggior crescita dell'utilizzo della chirurgia robotica negli ultimi anni, tuttavia, si assiste nelle altre specialità, in particolare in ginecologia e in chirurgia generale, come evidenziato in fig. 48.5 che illustra l'andamento negli anni della distribuzione, in %, delle varie specialità sul totale di attività in chirurgia robotica. Le installazioni presenti collocano il Veneto al 3° posto in Italia, sia in termini numerici assoluti, sia in relazione alla popolazione residente come evidenziato nelle figg. 48.6 e 48.7; esistono 12 installazioni di sistemi per chirurgia robotica presso strutture pubbliche e 4 presso strutture private accreditate. L'Intuitive Da Vinci è l'unico prodotto sul mercato italiano in regime di monopolio, con conseguenti importanti oneri economici (costi medi IVA esclusa): acquisto € 2.000.000,00/robot, manutenzione e assistenza tecnica full risk € 190.000,00/anno e strumentario e materiale dedicato aggiuntivo € 4.500,00/intervento.

Negli ultimi anni lo scenario di mercato è profondamente mutato, in quanto altre piattaforme per chirurgia robotica hanno ottenuto il marchio CE per varie specialità e possono essere commercializzate in Europa; in Italia i competitor registrati nella Banca Dati del Ministero della Salute sono 3 ma per le nuove piattaforme non ci sono ancora esperienze significative.

La Regione, ritenendo tale ambito meritevole di approfondimento sotto il profilo tecnico-scientifico, di governo regionale dell'offerta sanitaria e della spesa, ha sostenuto l'Azienda Ospedaliera di Verona nell'avvio di uno studio pilota osservazionale post market comparativo nell'intervento di prostatectomia radicale robotica. Lo studio della durata di 12 mesi, con arruolamento di 150 pazienti (50 interventi con ciascun robot disponibile sul mercato), è finalizzato a una valutazione di confronto su tempi, complicanze, risultati oncologici e funzionali, costi ed ergonomia di utilizzo della tecnologia in uso con le tecnologie innovative.

Parallelamente, tramite Azienda Zero, ha avviato la progettazione di una procedura di gara regionale per l'acquisizione di tecnologie e servizi necessari alla chirurgia robotica multidisciplinare con l'obiettivo

di beneficiare delle potenzialità delle nuove tecnologie e ridurre gli attuali costi in regime di monopolio grazie a un maggior potere negoziale derivante dall'accentramento della domanda e a virtuosi meccanismi concorrenziali: i dati preliminari dello studio pilota saranno utili alla progettazione di una gara "value-based" che integri una valutazione costo/efficacia dei prodotti in termini di beneficio clinico e organizzativo.

Fig. 48.4: Andamento attività in chirurgia robotica

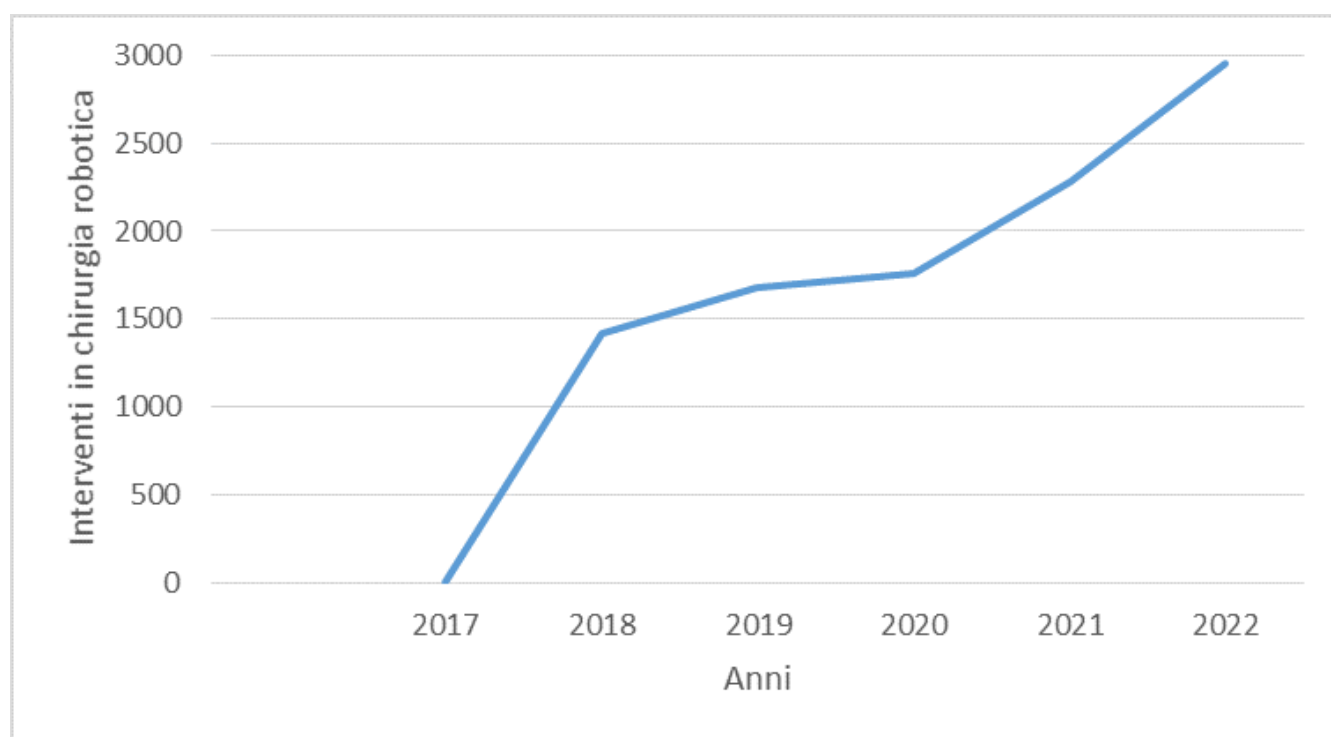


Fig. 48.5: Andamento distribuzione specialità (%) sul totale attività in chirurgia robotica

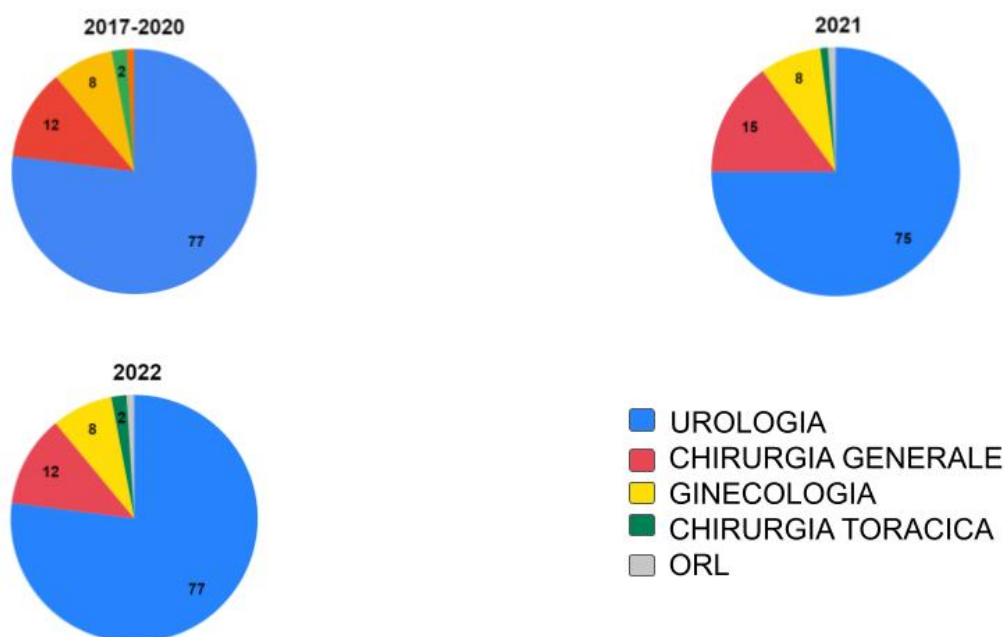


Fig. 48.6: N. complessivo robot chirurgici nelle Regioni

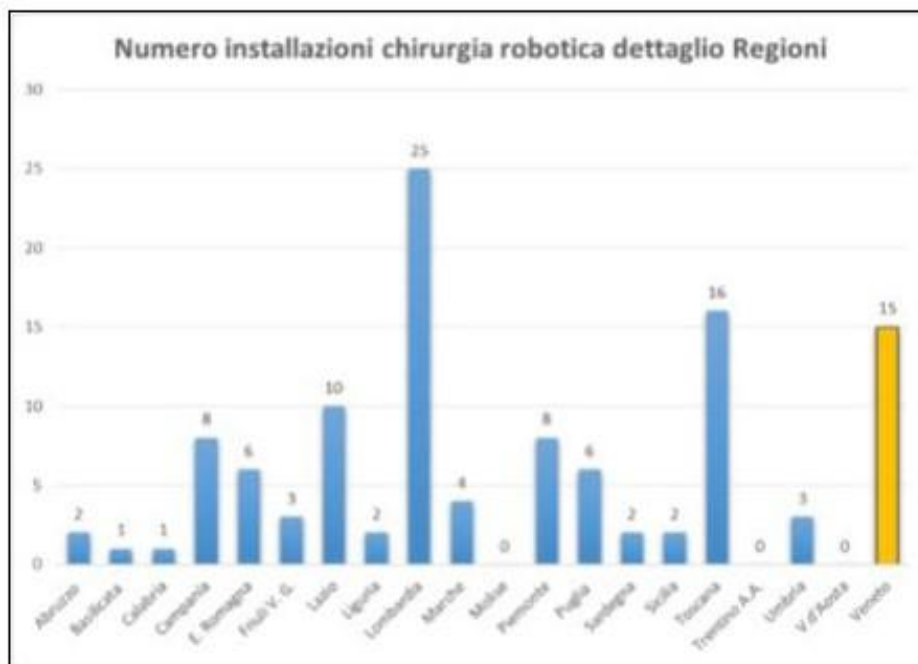


Fig. 48.7: N .robot chirurgici/milione di abitanti residenti nelle Regioni

**Per maggiori informazioni**

Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva

 Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

 ediliziaospedaliera@regione.veneto.it

 041 2792327

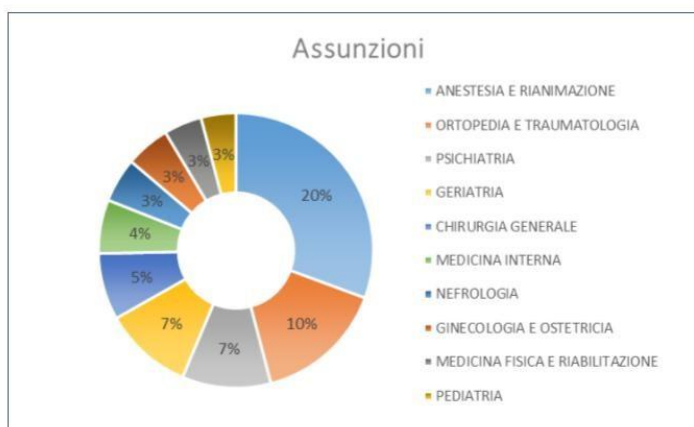
49. Rapporti con l'università

CONTENUTI

- 49.1 Obiettivo Strategico 1: Favorire la collaborazione tra Regione e Università nel raggiungimento dei compiti istituzionali

Contratti stipulati con medici specializzandi, anno 2022, principali discipline

Disciplina	Assunzioni
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	20%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10%
PSICHIATRIA	7%
GERIATRIA	7%
CHIRURGIA GENERALE	5%
MEDICINA INTERNA	4%
NEFROLOGIA	3%
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	3%
PEDIATRIA	3%



49.1 Obiettivo Strategico 1: Favorire la collaborazione tra Regione e Università nel raggiungimento dei compiti istituzionali

La Direzione Risorse Umane SSR cura i rapporti con le università e le rappresentanze professionali per la definizione del fabbisogno formativo dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, dei corsi di qualificazione professionale e dei contratti di formazione specialistica, partecipa all'osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica, definisce progetti di valorizzazione delle professioni sanitarie.

La definizione del fabbisogno formativo dei corsi di laurea delle professioni sanitarie richiede un costante dialogo con gli atenei al fine di attivare e coltivare sinergie utili e coordinare il fabbisogno formativo e quello di professionisti.

La definizione del fabbisogno di professionisti richiede sicuramente una visione di lungo periodo, che necessariamente deve tener conto di dinamiche demografiche, dell'andamento del mercato del lavoro, di valutazioni relative all'attrattività di tutte le professioni che compongono il vasto panorama delle professioni sanitarie. In questo momento, in particolare, è necessario tener conto del fenomeno cd. delle grandi dimissioni che si delinea in tutti i contesti lavorativi ma con particolare riferimento al personale sanitario impone riflessioni rispetto ai fabbisogni formativi.

Nel corso del 2020 e negli anni successivi sono stati attivati numerosi inserimenti nelle strutture pubbliche di medici in formazione specialistica ai sensi di quanto disposto dai commi 5, 47 e 548 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145. L'attività ha richiesto una continua collaborazione con gli atenei, chiamati a vigilare sulle attività svolte dagli specializzandi, disciplinate da una convenzione tra le parti. In particolare, la Regione Veneto nel corso del 2022 ha attivato 422 contratti con medici in formazione specialistica.

Nel corso del 2022 è stato riattivato il progetto ESA, Esiti sensibili all'assistenza infermieristica e delle cure compromesse, come previsto da DGR n. 20/2018, attivato presso Azienda Zero su indicazione regionale e mirato a censire gli Esiti dell'Assistenza infermieristica nei diversi contesti di cura e a fornire ai professionisti un feedback utile al miglioramento continuo.

Sono state riattivate le attività formative volte all'acquisizione di competenze avanzate ex DGR n. 1580/2019.

Con riferimento all'Educazione continua in Medicina (ECM), inteso come processo attraverso il quale il professionista della salute garantisce il proprio aggiornamento professionale per poter rispondere, nel miglior modo possibile, ai bisogni delle persone assistite, alle esigenze del servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale, è stato possibile riprendere la partecipazione in presenza agli eventi formativi dei professionisti sanitari e l'organizzazione degli eventi stessi.

Per maggiori informazioni

Direzione Risorse Umane del SSR

 San Polo 2514, 30125 Venezia

 risorseumanessr@regione.veneto.it

 041 2793583

Il volume è stato pubblicato anche sui siti Web:

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

<http://www.ser-veneto.it/>



REGIONE DEL VENETO



Pubblicazione a cura di:

Azienda Zero - Regione del Veneto

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

Telefono: 0498778252 - Fax : 0498778235

e-mail: ser@azero.veneto.it

Relazione Socio Sanitaria
RSSR 2023