



REGIONE DEL VENETO

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto



Anno 2019
(dati 2017-2018)

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto

Anno 2019
(dati 2017-2018)

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO



AZIENDA
Z E R O

Pubblicazione a cura di

Azienda Zero – Regione del Veneto

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

Telefono: 049 8778252 – Fax: 049 8778235

e-mail: ser@azero.veneto.it

Il volume è pubblicato anche sui siti Web:

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

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

Finalità della Relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto

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

Modalità di realizzazione

La Relazione Socio Sanitaria viene realizzata attraverso i contributi delle strutture afferenti all'Area Sanità e Sociale e delle Unità Operative di Azienda Zero. La redazione finale del documento è a cura della:

*UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
Azienda Zero - Regione del Veneto
Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
Telefono: 049 8778252 – Fax: 049 8778235
e-mail: ser@azero.veneto.it
sito Internet: <http://www.ser-veneto.it/>*

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

Comitato redazionale

Elisabetta Pinato, Francesco Avossa, Cristina Basso, Giulia Capodaglio, Laura Cestari, Angela De Paoli, Matilde Dotto, Eliana Ferroni, Nicola Gennaro, Michele Pellizzari, Silvia Pierobon, Elena Schievano, Silvia Tiozzo Netti, Ugo Fedeli

Si autorizza la riproduzione di testi, tabelle e grafici a fini non commerciali e con la citazione della fonte

Presentazione

Non autosufficienza, cronicità, invecchiamento progressivo della popolazione con conseguente comorbidità, necessità di operare sempre più nell'appropriatezza per consentire di ottimizzare l'utilizzo delle risorse: sono alcuni dei punti fermi a cui il Sistema Sanitario Veneto ha saputo dare una risposta.

La Regione del Veneto, per garantire a tutti i cittadini un sistema sanitario universalistico e aderente alle esigenze, in applicazione delle scelte di politica sanitaria, ha operato accorpamenti delle Aziende Sanitarie, ha realizzato l'ente di governance "Azienda Zero" che consente forme di miglioramento continuo della qualità assistenziale e di snellimento delle procedure amministrative, ha attuato innovazioni organizzativo - gestionali per contrastare le note criticità nell'ambito dell'assistenza sanitaria: tagli di bilancio imposti a livello centrale, errata programmazione dell'accesso alla professione medica e alle scuole di specializzazione che costringono tutte le Regioni, anche quelle virtuose come la nostra, a mettere in atto tattiche e manovre integrative.

Il modello veneto di buona sanità è ricco e articolato e, in questi anni, il Piano Socio Sanitario ha operato per valorizzarne ogni specifico aspetto.

Razionalizzare il sistema sanitario veneto per renderlo più snello e gestibile ha significato operare risparmi per efficientare il sistema. Riduzione di doppioni costosi e inutili, potenziamento degli ospedali e del territorio, buone pratiche e cura della sicurezza, accessibilità ai servizi e cultura della presa in carico, bilanci in ordine sono stati i nostri obiettivi di buon governo.

Ci siamo impegnati per creare, in modo concreto e non virtuale, un ponte solido tra le due anime del Sistema, quella Sociale e quella Sanitaria. Oggi più che mai l'invecchiamento della popolazione ha reso necessario attivare efficaci percorsi di integrazione.

Soprattutto, in ogni momento della costruzione dell'architettura sanitaria della nostra Regione, non abbiamo mai dimenticato la persona in tutte le fasi della sua vita: le Persone sono e rimangono al centro del nostro agire.

Ogni iniziativa che ha portato a liberare risorse riversate nella sanità, nel territorio, per le persone più fragili, testimonia l'attenzione, la sensibilità e la concretezza di una Regione che è costantemente impegnata a garantire la qualità del proprio sistema, da un punto di vista strutturale, di processo e di esito.

I buoni risultati raggiunti rappresentano un successo per tutti i professionisti che operano nel Servizio Socio - Sanitario Regionale, sia di chi è impegnato nell'assistenza diretta alla popolazione, sia di chi garantisce il funzionamento amministrativo e tecnico del sistema, ai quali va il mio personale, sentito, ringraziamento.

L'Assessore a sanità, servizi sociali, programmazione socio-sanitaria

Manuela Lapzarin



Introduzione

La Relazione Socio Sanitaria rappresenta un importante momento di sintesi e di verifica del lavoro e delle attività che i professionisti del Servizio Sanitario Regionale hanno svolto nell'anno. Illustra la condizione di salute della popolazione del Veneto, ponendo in luce modifiche e trasformazioni epidemiologiche, demografiche e di impiego dei servizi socio - sanitari offerti.

Vengono di seguito presentati i risultati relativi al biennio 2017 - 2018, facendo dunque riferimento alla fase finale del Piano Socio - Sanitario Regionale 2012 - 2016, prorogato al 2018 dalla L.R. 19/2016.

La sfida costante di questi anni è costituita dalla promozione della qualità dell'offerta sanitaria e della presa in carico, mantenendo fermi i principi di universalità ed equità del nostro sistema e promuovendo costantemente l'integrazione tra sanità e welfare.

In uno scenario epidemiologico, demografico ed economico in continua evoluzione, e di fronte a sfide quotidiane per il contenimento dei costi, il sistema Veneto è stato in grado di offrire alla popolazione prestazioni di qualità salvaguardando la sostenibilità complessiva. La riforma operata dalla L.R. 19/2016, che ha definito nuovi ambiti territoriali per le Aziende ULSS, vede Azienda Zero come ente di governance della Sanità della Regione del Veneto, impegnata a razionalizzare, integrare ed efficientare i servizi sanitari, socio - sanitari e tecnico - amministrativi dell'intero Sistema Sanitario Regionale.

Già il Piano Socio - Sanitario Regionale 2012 - 2018 aveva guidato la Regione in questo contesto complesso, favorendo l'innovazione e il cambiamento, garantendo l'accessibilità, l'equità e l'efficacia dell'assistenza e investendo nell'integrazione e nella continuità delle cure. Il nuovo Piano Socio - Sanitario Regionale 2019 - 2023 guarda alle sfide del futuro legate all'epidemia di malattie croniche e all'invecchiamento della popolazione. Il nuovo Piano può essere interpretato come un'alleanza virtuosa che, alla luce dei cambiamenti organizzativi del Sistema Sanitario Regionale, propone obiettivi di governance articolati e contestuali ai bisogni emergenti dal profilo epidemiologico della popolazione veneta.

La fotografia aggiornata che viene presentata nella Relazione Socio Sanitaria è frutto di un percorso ampio e articolato, che mira a definire le specifiche linee di intervento e i nodi strategici per realizzare ed erogare in modo sempre più integrato servizi sanitari e socio - sanitari vicini e coerenti alle esigenze dei cittadini. Lo scenario che emerge vede la maggior parte delle risorse dedicata a circa un quarto della popolazione affetta da patologie croniche, con multi - morbidità e deficit funzionali, una situazione molto simile a quella presente in tutti i

Paesi occidentali. Questa parte della popolazione vulnerabile e a rischio di eventi avversi è proprio quella che più necessita e beneficia dell'articolata capacità di integrazione tra servizi sanitari e socio - sanitari, finalizzando l'obiettivo di massimizzare il livello di salute raggiungibile.

I contributi tecnico - professionali curati dalle diverse strutture di riferimento di Azienda Zero e dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto, coordinati e armonizzati dal Servizio Epidemiologico Regionale, forniscono numerosi esempi concreti di ciò che è stato fatto in termini di riorganizzazione della rete ospedaliera, di potenziamento dei servizi territoriali, di prevenzione e promozione della salute.

Si concretizza, pertanto, un documento che si rivolge anche alle Direzioni Aziendali, agli operatori dei servizi sociosanitari e alle Amministrazioni Locali, con lo scopo di diffondere e sostenere una cultura del cambiamento, del miglioramento della qualità e dell'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

Il Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dr. Domenico Mantovani



Indice

| | |
|--|------------|
| 1. Scenario demografico | 13 |
| 2. Condizioni e profili di salute | 17 |
| 2.1 Stili di vita e condizioni di rischio, rischi ambientali | 17 |
| 2.2 Mortalità per causa | 22 |
| 2.3 Malattie infettive | 26 |
| 2.4 Cronicità e multimorbidità | 30 |
| 2.5 Tumori | 42 |
| 2.6 Infarto acuto del miocardio | 46 |
| 2.7 Malattie cerebrovascolari | 49 |
| 2.8 Insufficienza renale cronica | 52 |
| 2.9 Malattie professionali e infortuni sul lavoro | 54 |
| 2.10 Salute materno-infantile | 60 |
| 3. Attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie | 69 |
| 3.1 Promozione corretti stili di vita | 69 |
| 3.2 Profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni | 74 |
| 3.3 Screening oncologici | 77 |
| 3.4 Salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro | 80 |
| 3.5 Veterinaria e sicurezza alimentare | 88 |
| 4. Assistenza ospedaliera | 93 |
| 4.1 L'ospedalizzazione in Veneto | 93 |
| 4.2 La programmazione ospedaliera nel nuovo Piano Socio Sanitario | 98 |
| 4.3 Volumi di attività e qualità delle cure | 101 |
| 4.4 Controlli sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero | 104 |
| 4.5 Rischio clinico e prevenzione degli eventi avversi | 105 |
| 5. Assistenza territoriale e socio-sanitaria | 109 |
| 5.1 Assistenza primaria e distrettuale | 109 |
| 5.2 Strutture Intermedie e Hospice | 115 |
| 5.3 Care Management del paziente complesso con multimorbidità | 127 |
| 5.4 Assistenza ai pazienti con malattie croniche | 130 |
| 5.5 Assistenza specialistica ambulatoriale | 134 |
| 5.6 Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere | 136 |
| 5.7 Cure domiciliari e cure palliative | 139 |
| 5.8 Il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti | 147 |

| | | |
|---|--|------------|
| 5.9 | Il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità | 150 |
| 5.10 | Impegnativa di cura domiciliare | 154 |
| 5.11 | Interventi socio-sanitari sulle dipendenze | 157 |
| 5.12 | Consultori familiari | 159 |
| 5.13 | Salute mentale | 162 |
| 5.14 | Sanità penitenziaria | 166 |
| 5.15 | Riabilitazione ex art. 26 | 169 |
| 6. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici | | 173 |
| 6.1 | Assistenza farmaceutica | 173 |
| 6.2 | Dispositivi medici e assistenza protesica | 180 |
| 7. Le reti cliniche | | 185 |
| 7.1 | Rete clinica dei trapianti | 185 |
| 7.2 | Rete dell'ictus | 189 |
| 7.3 | Rete dell'infarto acuto del miocardio | 193 |
| 7.4 | Rete attività trasfusionale | 196 |
| 7.5 | Rete oncologica | 200 |
| 7.6 | Rete emergenza urgenza | 204 |
| 7.7 | Rete per l'Alzheimer e le demenze | 208 |
| 7.8 | Rete delle malattie rare | 213 |
| 8. Risorse e strumenti a supporto del Servizio Socio Sanitario Regionale | | 219 |
| 8.1 | Le politiche del personale del Servizio Socio Sanitario Regionale del Veneto | 219 |
| 8.2 | Formazione e sviluppo delle professioni sanitarie | 228 |
| 8.3 | Autorizzazione all'esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante | 231 |
| 8.4 | Procedure di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi | 234 |
| 8.5 | Analisi economica del SSR del Veneto | 235 |
| 9. La valutazione della performance del SSR | | 245 |
| 9.1 | Obiettivi di performance aziendali | 245 |
| 9.2 | Il Progetto Bersaglio | 247 |
| 10. Il Fascicolo Sanitario Elettronico | | 251 |

1. Scenario demografico

Quadro di sintesi

La popolazione del Veneto è di circa 4,9 milioni di residenti, sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente, ma con una inversione di tendenza rispetto agli ultimi due anni in cui la popolazione era leggermente diminuita, dovuta solo dall'aumento della popolazione straniera. Infatti ora i cittadini stranieri residenti in Veneto sono poco più del 10%.

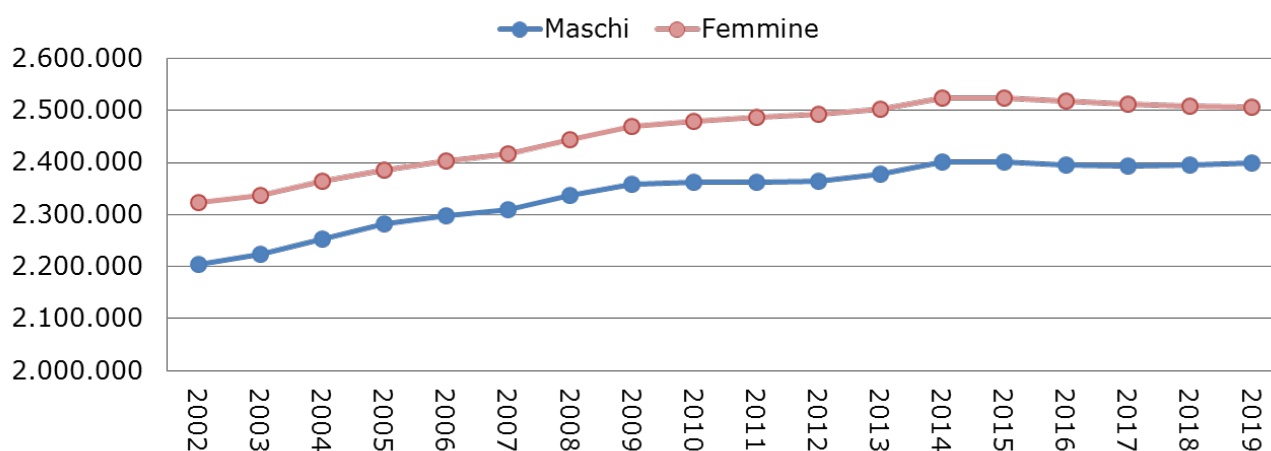
Per il progressivo invecchiamento, i residenti con più di 64 anni sono il 23% del totale con un rapporto rispetto alla popolazione 0-14 anni di 1,7 a 1.

NOTA: per coerenza con i dati epidemiologici e sull'attività dei servizi contenuti nella Relazione Socio Sanitaria, i dati sulla popolazione presentati di seguito tengono conto delle variazioni amministrative intervenute a fine 2017 e cioè il passaggio del Comune di Sappada alla Regione Friuli Venezia-Giulia dal 16/12/2017 e il passaggio del Comune Cavallino-Treporti dalla ULSS 3 alla ULSS 4 dal 01/01/2018.

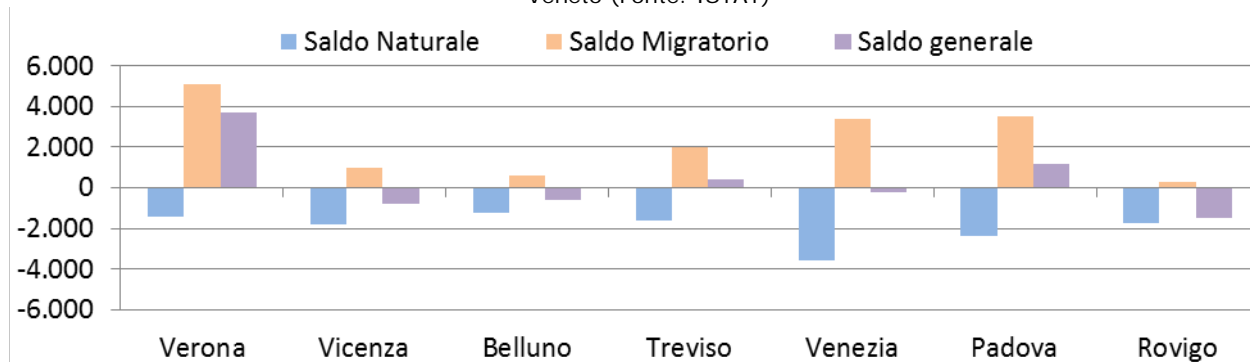
La popolazione residente in Veneto al 01/01/2019 (fonte ISTAT) è di 4.905.854 abitanti di cui 2.399.783 (48,9%) maschi e 2.506.071 femmine (51,1%), con un aumento di 2.132 residenti rispetto all'anno precedente. Il bilancio demografico al 31/12/2018 presenta un saldo migratorio positivo +15.875, ma un saldo naturale che continua ad essere negativo, -13.743 persone. In tutte le province il saldo naturale risulta negativo, mentre il saldo migratorio è positivo (Figura 1.2); solo le province di Treviso, Verona e Padova presentano un bilancio demografico positivo (saldo naturale più saldo migratorio).

I cittadini stranieri residenti in Veneto rappresentano il 10,2% della popolazione complessiva, in aumento rispetto all'anno precedente (+13.221 persone). I 501.085 stranieri residenti sono quasi equamente distribuiti per sesso (238.917 maschi, il 47%, e 262.168 femmine, il 53%).

Figura 1.1 – Popolazione residente(*) in Veneto al 1° gennaio dal 2002 al 2019 (Fonte: ISTAT)

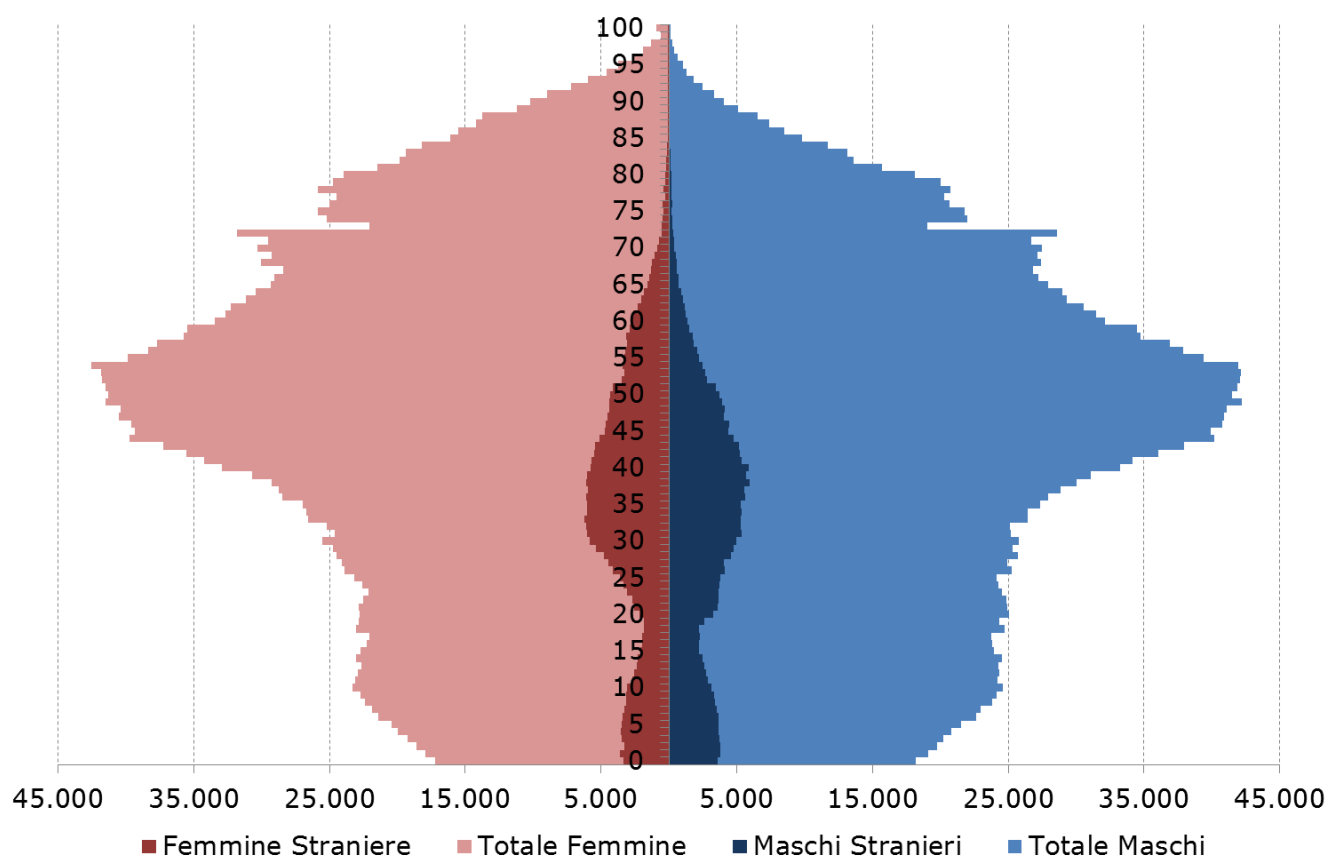


(*) Per omogeneità nella serie storica, in tutti gli anni non sono presenti i dati del comune di Sappada

Figura 1.2 – Saldo naturale, migratorio e generale al 31/12/2018 della Popolazione residente per Provincia, Veneto (Fonte: ISTAT)

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

La struttura per età della popolazione straniera è più giovane di quella della popolazione italiana, collocandosi prevalentemente nelle fasce di età infantili e lavorative.

Figura 1.3 - Piramide d'età per genere e cittadinanza dei residenti in Veneto al 1° gennaio 2019 (Fonte: ISTAT)

Nella Tabella 1.1 vengono presentati alcuni indicatori demografici con riferimento sia agli ambiti territoriali delle Aziende ULSS sanciti a partire dal 2017 con la LR 19/2016, sia a quelli vigenti fino al 2016. Il territorio delle Aziende ULSS 1-Dolomiti, ULSS 3-Serenissima e ULSS 5-

Polesana è quello con la più alta proporzione di abitanti con almeno 65 anni (dal 25% in su) 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).

Tabella 1.1 - Popolazione residente per ULSS al 1° gennaio 2019: distribuzione per grandi classi di età, indice di vecchiaia e percentuale di popolazione straniera. (Fonte: ISTAT)

| Azienda ULSS di residenza | N | Classe di Età (%) | | | Indice di vecchiaia | % popolazione straniera |
|------------------------------|------------------|-------------------|------------|------------|---------------------|-------------------------|
| | | 0-14 | 15-64 | 65 + | | |
| 101-Belluno | 120.646 | 11% | 62% | 27% | 239 | 5,8% |
| 102-Feltre | 82.304 | 12% | 62% | 26% | 214 | 6,7% |
| Ulss Dolomiti | 202.950 | 12% | 62% | 26% | 228 | 6,2% |
| 103-Bassano del Grappa | 180.040 | 14% | 64% | 22% | 159 | 7,4% |
| 104-Alto Vicentino | 186.389 | 14% | 64% | 22% | 163 | 8,6% |
| Ulss Pedemontana | 366.429 | 14% | 64% | 22% | 161 | 8,0% |
| 105 Ovest Vicentino | 180.403 | 14% | 65% | 21% | 149 | 11,8% |
| 106-Vicenza | 315.586 | 14% | 64% | 22% | 162 | 10,2% |
| Ulss Berica | 495.989 | 14% | 65% | 22% | 157 | 10,8% |
| 107-Pieve di Soligo | 214.750 | 13% | 63% | 24% | 181 | 10,6% |
| 108-Asolo | 251.059 | 15% | 65% | 21% | 141 | 10,4% |
| 109-Treviso | 421.997 | 14% | 64% | 22% | 155 | 10,5% |
| Ulss Marca Trevigiana | 887.806 | 14% | 64% | 22% | 157 | 10,5% |
| 110-Veneto Orientale | 215.042 | 13% | 64% | 23% | 185 | 9,6% |
| Ulss Veneto Orientale | 215.042 | 13% | 64% | 23% | 185 | 9,6% |
| 112-Veneziana | 299.723 | 12% | 61% | 27% | 231 | 13,6% |
| 113-Mirano | 272.671 | 13% | 64% | 23% | 169 | 8,2% |
| 114-Chioggia | 65.902 | 11% | 64% | 26% | 239 | 5,1% |
| Ulss Serenissima | 638.296 | 12% | 63% | 25% | 203 | 10,4% |
| 115-Alta Padovana | 258.687 | 15% | 66% | 20% | 136 | 9,5% |
| 116-Padova | 496.596 | 13% | 64% | 23% | 181 | 12,1% |
| 117-Este | 180.177 | 12% | 64% | 24% | 193 | 6,8% |
| Ulss Euganea | 935.460 | 13% | 64% | 22% | 169 | 10,4% |
| 118-Rovigo | 166.723 | 11% | 63% | 26% | 226 | 9,1% |
| 119-Adria | 70.662 | 10% | 63% | 27% | 256 | 4,9% |
| Ulss Polesana | 237.385 | 11% | 63% | 26% | 234 | 7,8% |
| 120-Verona | 472.703 | 14% | 63% | 23% | 168 | 13,1% |
| 121-Legnano | 154.470 | 14% | 64% | 22% | 160 | 10,5% |
| 122-Bussolengo | 299.324 | 14% | 65% | 20% | 141 | 10,7% |
| Ulss Scaligera | 926.497 | 14% | 64% | 22% | 158 | 11,9% |
| Veneto | 4.905.854 | 13% | 64% | 23% | 172 | 10,2% |

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@azero.veneto.it

2. Condizioni e profili di salute

2.1 Stili di vita e condizioni di rischio

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

Promozione della salute e prevenzione delle malattie. Aree prioritarie di intervento: Promuovere la prevenzione primaria e la promozione di stili di vita sani per prevenire le patologie cronico-degenerative e le loro complicanze (§ 3.4.1 pag. 89) Ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari (§ 3.4.1 pag. 90). Prevenire le malattie determinate dagli alimenti, ivi compresa l'acqua (§ 3.4.1 pag. 91).

Quadro di sintesi

I dati dell'OMS indicano che l'86% dei decessi e il 75% della spesa sanitaria in Europa e in Italia sono determinati da patologie croniche, che hanno come minimo comune denominatore una scorretta alimentazione, inattività fisica, abitudine al fumo ed abuso di alcol, principali fattori di rischio di malattie cronico-degenerative. In Veneto sono attive 4 sorveglianze per monitorare l'evoluzione dei comportamenti:

-“OKkio alla Salute” è un sistema di sorveglianza della popolazione in età scolastica attivo in tutte le regioni e province autonome; si inserisce nell'ambito di un progetto più ampio “Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni”, raccoglie i dati sullo stato nutrizionale, gli stili alimentari e di vita dei bambini che frequentano le terze classi delle scuole primarie (8-9 anni). Realizzato nel 2008, 2010, 2012, 2014 e 2016 (è in corso la rilevazione del 2019) è condotto dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss del Veneto.

-HBSC (Health Behaviour in School-aged Children): è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS. In Italia la ricerca è cominciata nel 2000 e viene ripetuta ogni quattro anni. Ha l'obiettivo primario di studiare i comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute dei 11, 13 e 15-enni ed indagare i fattori che la possano influenzare, individuando una serie di indicazioni scientifiche che possano costituire dei criteri con cui strutturare le politiche sociali e sanitarie a favore dei giovani adolescenti. In Veneto nel 2018 sono stati raccolti 5.770 questionari divisi per le tre fasce d'età; sono gli ultimi dati disponibili, ma non ancora consolidati.

-PASSI è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta attivo in tutt'Italia. 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. Personale formato delle Aziende Ulss, con un questionario standardizzato, intervista telefonicamente un campione rappresentativo della popolazione tra 18 e 69 anni. Da aprile 2007, inizio della sorveglianza, a fine 2018, in Veneto, sono state intervistate circa 54.860 persone.

-PASSI D'ARGENTO è un sistema di sorveglianza della popolazione anziana al quale collaborano quasi tutte le regioni e province autonome. E' condotta, tramite intervista diretta o telefonica, dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Servizi Sociali delle Aziende Ulss, per fornire informazioni sulla qualità della vita e sulla salute nella terza età. Il Veneto partecipò alla sperimentazione nel biennio 2008-2010 con l'Azienda ULSS 15; nel 2012 la sorveglianza si è estesa con l'adesione di 19 delle 21 Aziende Ulss del Veneto. Tra ottobre 2012 e febbraio 2013 sono state raccolte 1.060 interviste; 925 nel 2016/2017. È in corso la rilevazione 2018/2019 che vede coinvolte tutte le Aziende ULSS del Veneto.

Si presenta l'aggiornamento 2018 delle sorveglianze PASSI e HBSC (ancora in fase di consolidamento). Per le sorveglianze PASSI d'ARGENTO e OKkio si rimanda alla precedente Relazione Sanitaria.

Abitudine al fumo

Nel 2018, il 57% della popolazione veneta intervistata, tra i 18 e 69 anni, non ha mai fumato; il 21% dichiara di essere un ex fumatore, e meno di un quarto (22%) fuma. Tale percentuale

stima una fetta importante della popolazione veneta (719.705 persone) che necessita di un'attenzione particolare in termini di prevenzione e assistenza. Secondo l'ultima rilevazione HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), svolta nel 2018 (dati ancora provvisori), in Veneto i 15enni che dichiarano di non aver mai fumato nella loro vita sono il 55%, dato in diminuzione rispetto alle indagini precedenti. Però sono in diminuzione (11,5% vs 13,7%) i 15enni che fumano abitualmente, dichiarano di aver fumato almeno 20 giorni nell'ultimo mese.

Figura 2.1 - Abitudine al fumo, 18-69 anni, Veneto, 2018 (Fonte: Passi 2018 Veneto)

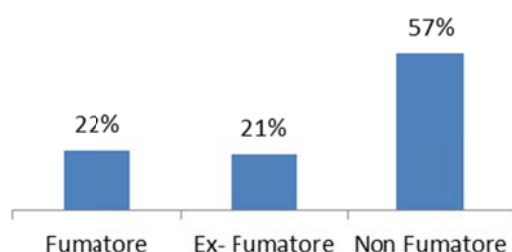


Tabella 2.1 - Abitudine al fumo nei giovani, Veneto, 2018 (Fonte: HBSC 2018 Veneto)

| | Non hanno mai fumato | | Fumano Abitualmente | |
|--------|----------------------|-------------|---------------------|------------|
| | % | IC 95% | % | IC 95% |
| 11enni | 95,7 | (94,7-96,6) | 0,1 | (0,0-0,2) |
| 13enni | 81,1 | (79,3-82,9) | 1,5 | (0,9-2,0) |
| 15enni | 54,9 | (52,3-57,7) | 11,5 | (9,8-13,2) |

Tabella 2.2 - Prevalenza percentuale dell'abitudine al fumo a 18-69 anni. Veneto 2008-2018. (Fonte: Passi 2008-2018 Regione Veneto)

| Fumatori | 2008 % (IC 95%) | 2009 % (IC 95%) | 2010 % (IC 95%) | 2011 % (IC 95%) | 2012 % (IC 95%) | 2013 % (IC 95%) | 2014 % (IC 95%) | 2015 % (IC 95%) | 2016 % (IC 95%) | 2017 % (IC 95%) | 2018 % (IC 95%) |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| TOTALE | 25,9 (24,4-27,5) | 24,9 (23,6-26,1) | 24,0 (22,7-25,3) | 24,5 (23,3-25,7) | 23,6 (22,4-24,8) | 23,4 (22,1-24,6) | 21,9 (20,7-23,2) | 23,4 (22,2-24,7) | 22,3 (21,0-23,5) | 21,9 (20,6-23,4) | 21,9 (20,4-23,6) |
| nei due sessi | | | | | | | | | | | |
| Uomini | 30 | 30 | 28 | 28 | 28 | 27 | 26 | 28 | 26 | 25 | 25 |
| Donne | 22 | 20 | 20 | 21 | 20 | 19 | 18 | 19 | 18 | 19 | 19 |
| nelle classi di età | | | | | | | | | | | |
| 18-24 anni | 36 | 34 | 32 | 35 | 29 | 29 | 28 | 31 | 32 | 32 | 30 |
| 25-34 anni | 34 | 32 | 32 | 32 | 30 | 29 | 26 | 29 | 29 | 29 | 31 |
| 35-49 anni | 26 | 25 | 23 | 24 | 24 | 23 | 23 | 24 | 21 | 23 | 22 |
| 50-69 anni | 19 | 19 | 18 | 18 | 19 | 20 | 17 | 19 | 18 | 18 | 17 |
| nei diversi livelli di istruzione | | | | | | | | | | | |
| Elementare | 16 | 18 | 17 | 15 | 18 | 15 | 19 | 17 | 17 | 14 | 14 |
| Media inferiore | 30 | 29 | 26 | 28 | 27 | 28 | 25 | 28 | 25 | 24 | 25 |
| Media superiore | 28 | 26 | 26 | 26 | 24 | 23 | 23 | 22 | 24 | 23 | 20 |
| Laurea | 20 | 15 | 18 | 19 | 19 | 19 | 15 | 20 | 13 | 18 | 22 |
| nelle diverse situazioni economiche | | | | | | | | | | | |
| Molte difficoltà | 36 | 37 | 41 | 34 | 38 | 37 | 31 | 34 | 31 | 30 | 32 |
| Qualche difficoltà | 29 | 27 | 26 | 26 | 26 | 26 | 24 | 25 | 25 | 23 | 23 |
| Nessuna difficoltà | 23 | 22 | 21 | 23 | 19 | 19 | 19 | 21 | 19 | 21 | 20 |

Consumo di alcool

Nel 2018, il 66,5% degli intervistati dichiara di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese. Il 26% degli intervistati viene definito consumatore a maggior rischio, ovvero bevitore fuori pasto e/o con consumo abituale elevato e/o "binge" (negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta in una singola occasione almeno 5 unità alcoliche, se uomini, o almeno 4 se donne). Il consumo binge (15%) risulta più diffuso tra i 18-34 anni (22%), negli uomini (21% vs 8% nelle donne) e nelle persone con un alto livello di istruzione. Secondo la rilevazione HBSC 2018, i 15enni veneti che hanno avuto un consumo di alcol binge (consumo di 5 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione) almeno una volta negli ultimi 12 mesi sono in aumento rispetto al 2014, passando dal 41,9% al 45,9%. Rimangono invece stabili le percentuali per le classi d'età più giovani.

Tabella 2.3 – Prevalenza percentuale del consumo di alcool a 18-69 anni. Veneto 2010-2017.
(Fonte: Passi 2010-2018 Regione Veneto)

| Consumo di alcol | 2010 % (IC 95%) | 2011 % (IC 95%) | 2012 % (IC 95%) | 2013 % (IC 95%) | 2014 % (IC 95%) | 2015 % (IC 95%) | 2016 % (IC 95%) | 2017 % (IC 95%) | 2018 % (IC 95%) |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Bevuto più di 1 unità alcolica nell'ultimo mese | 65,6 (64,2-66,9) | 64,9 (63,6-66,2) | 63,5 (62,2-64,8) | 63,6 (62,2-64,9) | 62,5 (61,1-63,9) | 63,3 (61,9-64,7) | 65,9 (64,5-67,3) | 66,2 (64,7-67,7) | 66,5 (64,7-68,3) |
| Prevalentemente bevitori fuori pasto | 12,3 (11,3-13,1) | 12,6 (11,8-13,5) | 13 (12,1-13,9) | 12 (11,2-12,9) | 12,5 (11,7-13,4) | 12,9 (12,0-13,9) | 14,7 (13,7-15,7) | 14,6 (13,2-15,4) | 14,5 (13,3-15,8) |
| Bevitori binge | 12,1 (11,2-13,1) | 12 (11,1-12,9) | 12,4 (11,5-13,4) | 12,4 (11,4-13,3) | 12,7 (11,8-13,7) | 13,2 (12,2-14,2) | 13,3 (12,3-14,3) | 13,6 (12,5-14,7) | 14,6 (13,3-15,9) |

Tabella 2.4 Giovani che hanno un consumo binge, Veneto, 2018 (Fonte: HBSC 2018)

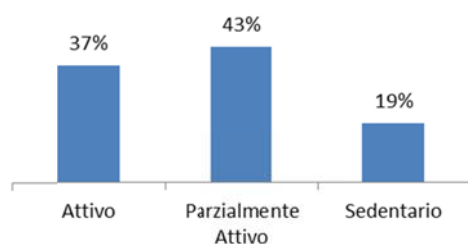
| Età | % | (IC 95%) |
|--------|------|-------------|
| 11enni | 6,7 | (5,6-7,8) |
| 13enni | 13,7 | (12,2-15,4) |
| 15enni | 45,9 | (43,2-48,5) |

Attività fisica

In Veneto nel 2018 il 37% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: svolge infatti un lavoro che richiede un importante sforzo fisico o pratica l'attività fisica settimanale raccomandata (almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni la settimana). Il 43% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 19% è completamente sedentario. La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche. Negli ultimi anni si assiste ad una lieve diminuzione della sedentarietà, soprattutto tra le persone con minori difficoltà economiche e maggiore livello di istruzione. Al crescere dell'età diminuisce la pratica dell'attività fisica (HBSC 2018): 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 37% degli 11enni al 33% dei 13enni, al 28% dei 15enni. Tuttavia si rileva un incremento dell'attività fisica nei ragazzi rispetto alle rilevazioni precedenti.

Tabella 2.5 – Prevalenza percentuale della sedentarietà a 18-69 anni. Veneto 2008-2018.
(Fonte: Passi 2008-2018 Regione Veneto)

| Sedentari | 2008 % (IC 95%) | 2009 % (IC 95%) | 2010 % (IC 95%) | 2011 % (IC 95%) | 2012 % (IC 95%) | 2013 % (IC 95%) | 2014 % (IC 95%) | 2015 % (IC 95%) | 2016 % (IC 95%) | 2017 % (IC 95%) | 2018 % (IC 95%) |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| TOTALE | 25,0 | 25,5 | 23,2 | 23,9 | 22,8 | 23,4 | 22,5 | 22,6 | 19,5 | 21,1 | 19,4 |
| | (23,8-26,8) | (24,4-26,8) | (22,0-24,5) | (22,6-25,1) | (21,6-24,0) | (22,2-24,7) | (21,3-23,8) | (21,3-23,8) | (18,4-20,8) | (19,7-22,5) | (17,8-21,0) |
| nei due sessi | | | | | | | | | | | |
| Uomini | 23 | 24 | 22 | 23 | 21 | 22 | 21 | 21 | 18 | 19 | 18 |
| Donne | 27 | 27 | 25 | 25 | 25 | 25 | 24 | 24 | 21 | 23 | 21 |
| nelle classi di età | | | | | | | | | | | |
| 18-34 anni | 24 | 22 | 20 | 21 | 20 | 21 | 17 | 18 | 16 | 16 | 17 |
| 35-49 anni | 24 | 26 | 23 | 25 | 22 | 24 | 21 | 23 | 21 | 22 | 19 |
| 50-69 anni | 27 | 28 | 26 | 25 | 26 | 25 | 27 | 25 | 21 | 24 | 21 |
| nei diversi livelli di istruzione | | | | | | | | | | | |
| Nessuna/elementare | 32 | 33 | 28 | 31 | 32 | 25 | 32 | 37 | 29 | 31 | 34 |
| Media inferiore | 27 | 30 | 27 | 26 | 25 | 27 | 27 | 26 | 24 | 24 | 24 |
| Media superiore | 23 | 23 | 21 | 22 | 21 | 23 | 20 | 20 | 17 | 19 | 18 |
| Laurea | 20 | 16 | 19 | 17 | 18 | 17 | 17 | 17 | 15 | 19 | 12 |
| nelle diverse situazioni economiche | | | | | | | | | | | |
| Molte difficoltà | 30 | 28 | 33 | 32 | 27 | 33 | 29 | 36 | 23 | 34 | 32 |
| Qualche | 29 | 29 | 26 | 28 | 24 | 25 | 25 | 25 | 23 | 21 | 23 |
| Nessuna | 23 | 23 | 21 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 | 17 | 20 | 17 |

Figura 2.2 – Livello di attività fisica, Veneto, 2018
(Fonte: Passi 2018 Regione Veneto)**Tabella 2.6** – Giovani che svolgono attività fisica per almeno 60 minuti 5 o più giorni a settimana, Veneto, 2018 (Fonte: HBSC 2018)

| Età | % | (IC 95%) |
|--------|------|-------------|
| 11enni | 37,2 | (34,9-39,5) |
| 13enni | 32,8 | (30,5-35,1) |
| 15enni | 28,3 | (25,8-30,9) |

Alimentazione

Consumo di frutta e verdura: il 43% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 44% riferisce di mangiarne 3-4 porzioni al giorno e solo l'11% mangia le 5 porzioni raccomandate. L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa tra le persone di 50-69 anni e tra le donne.

Eccesso ponderale: Nel 2018, in Veneto, il 3% delle persone intervistate tra i 18 e 69 anni risulta sottopeso, il 56% normopeso, il 31% sovrappeso e il 10% obeso (complessivamente il 41% presenta un eccesso ponderale). L'eccesso ponderale è significativamente più frequente al crescere dell'età (nella fascia 50-69 anni più della metà delle persone sono in eccesso ponderale), negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone con difficoltà economiche. Negli anni, la percentuale di persone in eccesso ponderale non si è modificata ed è sempre molto importante nelle fasce con bassa scolarizzazione. Delle persone in sovrappeso una su tre (33%) pensa che il proprio peso sia giusto.

Tabella 2.7 – Prevalenza percentuale dell'eccesso ponderale a 18-69 anni. Veneto 2008-2018
(Fonte: Passi 2008-2018 Regione Veneto)

| Eccesso ponderale | 2008 % (IC 95%) | 2009 % (IC 95%) | 2010 % (IC 95%) | 2011 % (IC 95%) | 2012 % (IC 95%) | 2013 % (IC 95%) | 2014 % (IC 95%) | 2015 % (IC 95%) | 2016 % (IC 95%) | 2017 % (IC 95%) | 2018 % (IC 95%) |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| TOTALE | 40,2 (38,6-41,8) | 40,1 (38,8-41,5) | 39,7 (38,2-41,0) | 41,7 (40,4-43,0) | 40,3 (38,8-41,7) | 39,7 (38,3-41,0) | 38,9 (37,6-40,4) | 42,0 (40,6-43,4) | 40,2 (38,8-41,6) | 39,8 (38,2-41,4) | 40,7 (38,8-42,5) |
| nei due sessi | | | | | | | | | | | |
| Uomini | 42 | 51 | 51 | 54 | 50 | 49 | 49 | 50 | 51 | 49 | 50 |
| Donne | 30 | 29 | 28 | 30 | 30 | 30 | 29 | 34 | 30 | 30 | 32 |
| nelle classi di età | | | | | | | | | | | |
| 18-34 anni | 23 | 23 | 22 | 23 | 21 | 22 | 21 | 24 | 22 | 22 | 23 |
| 35-49 anni | 40 | 40 | 38 | 41 | 40 | 37 | 36 | 42 | 39 | 37 | 38 |
| 50-69 anni | 57 | 54 | 56 | 56 | 55 | 54 | 54 | 54 | 53 | 53 | 53 |
| nei diversi livelli di istruzione | | | | | | | | | | | |
| Nessuna/elem. | 62 | 59 | 61 | 61 | 61 | 63 | 61 | 65 | 61 | 68 | 60 |
| Media inferiore | 47 | 48 | 46 | 48 | 48 | 47 | 49 | 51 | 50 | 51 | 54 |
| Media superiore | 35 | 33 | 34 | 36 | 34 | 34 | 34 | 38 | 36 | 34 | 36 |
| Laurea | 29 | 25 | 26 | 30 | 28 | 29 | 24 | 26 | 26 | 29 | 27 |
| nelle diverse situazioni economiche | | | | | | | | | | | |
| Molte difficoltà | 45 | 48 | 46 | 51 | 42 | 49 | 55 | 55 | 47 | 45 | 49 |
| Qualche difficoltà | 47 | 43 | 41 | 45 | 45 | 41 | 41 | 46 | 44 | 46 | 43 |
| Nessuna difficoltà | 37 | 37 | 37 | 39 | 36 | 37 | 35 | 38 | 37 | 37 | 39 |

La percentuale di ragazzi in eccesso ponderale, calcolati secondo le soglie suggerite da Cole, diminuisce al crescere dell'età (indagine HBSC Veneto, 2018). Rispetto agli anni scorsi si registra un lieve aumento dei ragazzi in eccesso ponderale per le classi più giovani, mentre per i 15enni il dato rimane stabile.

Tabella 2.8 – Stato ponderale dei giovani, Veneto 2018 (Fonte: HBSC 2018)

| | 11enni | 13enni | 15enni |
|------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| sottopeso | 3,2% (2,3 - 4,1) | 2,3% (1,5 - 2,9) | 1,5% (0,5 - 1,8) |
| normopeso | 78,3% (76,2 - 80,4) | 81,7% (79,7 - 83,6) | 84,1% (82,1 - 86,2) |
| sovrappeso | 15,2% (13,4 - 17,1) | 13,6% (11,9 - 15,3) | 13,8% (10,9 - 14,8) |
| obeso | 3,1% (2,3 - 4,1) | 2,5% (1,6 - 3,2) | 1,8% (1,1 - 2,5) |

Rischio cardiovascolare

Ipertensione: nel 2018 il 20% degli intervistati tra i 18 e 69 anni che hanno effettuato la misurazione della pressione arteriosa (PA) riferisce una diagnosi di ipertensione arteriosa. La percentuale di ipertesi varia a seconda del sesso, cresce con l'età, in presenza di difficoltà economiche e di sovrappeso/obesità (tra le persone in sovrappeso, la percentuale di ipertesi è circa 3 volte quella riscontrata tra le persone normopeso), mentre diminuisce al crescere del livello di istruzione. Il 73% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico.

Ipercolesterolemia: nel 2018 in Veneto, tra le persone di 18-69 anni, che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 27% ha avuto una diagnosi di ipercolesterolemia. L'ipercolesterolemia cresce con l'età ed è più frequente nelle persone in eccesso ponderale (BMI ≥ 25), senza difficoltà economiche e con un livello di istruzione basso. Il 31% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

Tabella 2.9 – Prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare a 18-69 anni. Veneto, 2018 (Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI Regione Veneto)

| Fattori di rischio cardiovascolare | Prevalenza | (IC 95%) |
|--|------------|-------------|
| Ipertensione arteriosa | 19,9 | (18,4-21,5) |
| Ipercolesterolemia | 26,5 | (24,6-28,5) |
| Sedentarietà | 19,4 | (17,8-21,0) |
| Fumo | 21,9 | (20,4-23,6) |
| Eccesso ponderale | 40,7 | (38,8-42,5) |
| Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno | 11,2 | (10,0-12,5) |
| Diabete | 3,8 | (3,1-4,7) |

Approfondimenti:

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

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

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

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

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Tre Ponti, Dorsoduro - 3493, Venezia

Telefono: 0412791352-53

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

2.2 Mortalità per causa

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

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

Quadro di sintesi

Nel periodo 2000-2017 si è registrato un forte calo della mortalità per tumore del polmone negli uomini, ma non nelle donne. Soprattutto nella seconda metà del periodo di osservazione si è verificata una riduzione della mortalità per neoplasie del grosso intestino. Continua il calo della mortalità per tumore della mammella nelle donne. La mortalità per cardiopatie ischemiche e malattie cerebrovascolari si è ridotta nettamente in entrambi i sessi. La mortalità per incidenti stradali si è più che dimezzata, mentre la mortalità per suicidi è rimasta negli ultimi anni sostanzialmente stabile.

Copia delle schede ISTAT di morte è inviata dalle Aziende ULSS al SER (Servizio Epidemiologico Regionale e Registri) per la codifica della causa di morte ed il data entry; è poi restituita alle singole Aziende ULSS la sezione dell'archivio informatizzato di propria competenza. A partire dal 2007 la codifica viene effettuata secondo la decima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-10). I dati regionali di mortalità sono consolidati al 2017 e consultabili sul sito web del SER.

Tabella 2.10 - Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N), tasso osservato (TO) e tasso standardizzato (TS) per sesso (tassi per 100.000). Veneto, anni 2000-2017. Standardizzazione diretta, pop. standard: Veneto 01/01/2007

| | MASCHI | | | FEMMINE | | | TOTALE | | |
|------|--------|-------|----------|---------|----------|-------|--------|-------|----------|
| | N | TO | TS | N | TO | TS | N | TO | TS |
| 2000 | 20.924 | 959,5 | 1.436,50 | 21.257 | 922,5 | 837,3 | 42.181 | 940,5 | 1.070,00 |
| 2001 | 20.532 | 936 | 1.366,10 | 20.940 | 904,6 | 793,4 | 41.472 | 919,8 | 1.015,50 |
| 2002 | 21.007 | 952,5 | 1.371,70 | 21.348 | 918,80 | 778,7 | 42.355 | 935,2 | 1.005,80 |
| 2003 | 21.132 | 950,1 | 1.350,10 | 22.371 | 956,8 | 799 | 43.503 | 953,6 | 1.014,10 |
| 2004 | 20.487 | 909,1 | 1.282,40 | 20.913 | 884,1 | 737,7 | 41.400 | 896,3 | 948,6 |
| 2005 | 20.854 | 913,7 | 1.275,60 | 21.890 | 917 | 751,8 | 42.744 | 915,4 | 956,4 |
| 2006 | 20.383 | 886,8 | 1.212,80 | 21.222 | 883,00 | 707,2 | 41.605 | 884,8 | 904 |
| 2007 | 20.733 | 897,1 | 1.202,70 | 22.290 | 921,9 | 722,6 | 43.023 | 909,8 | 909,8 |
| 2008 | 21.329 | 912,3 | 1.214,60 | 22.740 | 929,9 | 720,7 | 44.069 | 921,3 | 914,3 |
| 2009 | 21.219 | 899,8 | 1.188,30 | 22.771 | 922,1 | 711,8 | 43.990 | 911,2 | 897,1 |
| 2010 | 21.322 | 902,3 | 1.179,70 | 23.150 | 933,90 | 709,6 | 44.472 | 918,5 | 889,5 |
| 2011 | 21.306 | 901,4 | 1.132,70 | 23.580 | 947,6 | 693,9 | 44.886 | 925,1 | 864,6 |
| 2012 | 22.068 | 933,2 | 1.142,30 | 24.619 | 987,7 | 701 | 46.687 | 961,2 | 873,9 |
| 2013 | 21.634 | 909,8 | 1.077,50 | 24.044 | 960,3 | 665,2 | 45.678 | 935,7 | 828,6 |
| 2014 | 21.678 | 902,5 | 1.038,70 | 23.711 | 939,10 | 632,1 | 45.389 | 921,3 | 795,1 |
| 2015 | 22.740 | 946,6 | 1.055,20 | 26.196 | 1.037,40 | 677,9 | 48.936 | 993,1 | 830,5 |
| 2016 | 22.497 | 938,7 | 1.017,50 | 25.046 | 994,4 | 635,8 | 47.543 | 967,3 | 792,3 |
| 2017 | 22.932 | 957,7 | 1.010,90 | 26.138 | 1.040,10 | 653,6 | 49.070 | 999,9 | 798,4 |

In Tabella 2.10 si può osservare come a partire dal 2000 il numero assoluto annuo di decessi sia aumentato considerevolmente (da circa 42.000 a circa 49.000), il tasso grezzo (osservato) di mortalità registri un lieve aumento limitato al sesso femminile, mentre il tasso standardizzato si sia sostanzialmente ridotto, con una tendenza alla stabilizzazione negli ultimi anni.

La principale causa di morte per tumore negli uomini è ancora rappresentata dal tumore del polmone (8,1% di tutti i decessi), nonostante prosegua un trend storico di forte riduzione; nelle donne invece i tassi di mortalità sono rimasti sostanzialmente stabili (Figura 2.3). I tumori del grosso intestino, pur presentando tassi standardizzati in notevole riduzione a partire da metà degli anni 2000, sono la seconda causa di decesso per neoplasie dopo il tumore del polmone negli uomini e la terza dopo i tumori di mammella e polmone nelle donne. Il tumore della mammella mostra una mortalità in diminuzione, ma costituisce ancora la principale causa di morte per tumore nelle donne (3,9% di tutti i decessi).

Tabella 2.11 – Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N), mortalità proporzionale (%) e tasso osservato (TO) di mortalità per causa (tasso per 100.000). Veneto, periodo 2013-2017

| | MASCHI | | | FEMMINE | | |
|---|----------------|------------|--------------|----------------|------------|--------------|
| | N | % | TO | N | % | TO |
| ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE | 2.995 | 2,7 | 25 | 3.673 | 2,9 | 29,2 |
| TUMORI | 38.444 | 34,5 | 321,1 | 31.387 | 25,1 | 249,4 |
| Tumore maligno di colon, retto e ano | 3.851 | 3,5 | 32,2 | 3.236 | 2,6 | 25,7 |
| Tumore maligno di fegato e dotti biliari intraep. | 2.700 | 2,4 | 22,5 | 1.193 | 1 | 9,5 |
| Tumore maligno del pancreas | 2.547 | 2,3 | 21,3 | 2.713 | 2,2 | 21,6 |
| Tumore maligno di trachea, bronchi e polmone | 9.042 | 8,1 | 75,5 | 3.868 | 3,1 | 30,7 |
| Tumore maligno della mammella | | | | 4.917 | 3,9 | 39,1 |
| Tumore maligno della prostata | 2.501 | 2,2 | 20,9 | | | |
| MAL. ENDOCRINE, NUTRIZIONE, METABOLICHE | 4.150 | 3,7 | 34,7 | 5.030 | 4 | 40 |
| Diabete mellito | 3.271 | 2,9 | 27,3 | 3.737 | 3 | 29,7 |
| DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI | 3.841 | 3,4 | 32,1 | 8.075 | 6,5 | 64,2 |
| Demenza | 3.398 | 3 | 28,4 | 7.721 | 6,2 | 61,3 |
| MAL. DEL SISTEMA NERVOSO | 4.293 | 3,9 | 35,9 | 5.679 | 4,5 | 45,1 |
| Morbo di Parkinson | 1.212 | 1,1 | 10,1 | 1.097 | 0,9 | 8,7 |
| Malattia di Alzheimer | 1.269 | 1,1 | 10,6 | 2.704 | 2,2 | 21,5 |
| MAL. DEL SISTEMA CIRCOLATORIO | 35.328 | 31,7 | 295,1 | 47.765 | 38,2 | 379,5 |
| Malattie ipertensive | 4.190 | 3,8 | 35 | 8.436 | 6,7 | 67 |
| Cardiopatie ischemiche | 13.116 | 11,8 | 109,5 | 12.887 | 10,3 | 102,4 |
| Altre malattie cardiache | 8.983 | 8,1 | 75 | 13.051 | 10,4 | 103,7 |
| Malattie cerebrovascolari | 7.293 | 6,5 | 60,9 | 11.619 | 9,3 | 92,3 |
| MAL. DEL SISTEMA RESPIRATORIO | 8.704 | 7,8 | 72,7 | 8.925 | 7,1 | 70,9 |
| Polmonite | 2.527 | 2,3 | 21,1 | 3.081 | 2,5 | 24,5 |
| Malattie croniche delle basse vie respiratorie | 3.381 | 3 | 28,2 | 2.673 | 2,1 | 21,2 |
| MAL. APPARATO DIGERENTE | 4.200 | 3,8 | 35,1 | 4.553 | 3,6 | 36,2 |
| Malattie del fegato | 1.875 | 1,7 | 15,7 | 1.029 | 0,8 | 8,2 |
| CAUSE ESTERNE DI MORTALITA' | 5.305 | 4,8 | 44,3 | 3.408 | 2,7 | 27,1 |
| Accidenti da trasporto | 1.241 | 1,1 | 10,4 | 346 | 0,3 | 2,7 |
| Autolesione intenzionale | 1.488 | 1,3 | 12,4 | 401 | 0,3 | 3,2 |
| TOTALE | 111.481 | 100 | 931,1 | 125.135 | 100 | 994,3 |

Tra le malattie circolatorie le più rappresentate, soprattutto tra gli uomini, sono le cardiopatie ischemiche (che includono l'infarto acuto del miocardio, altre cardiopatie ischemiche acute, e le cardiopatie ischemiche croniche). Un'altra importante classe di patologie circolatorie è costituita dalle malattie cerebrovascolari (ictus ed esiti di ictus). Si può osservare come vi sia stata nel tempo una forte riduzione della mortalità per questi due gruppi di patologie in entrambi i sessi; in particolare la riduzione della mortalità per cardiopatie ischemiche si è verificata principalmente a partire dal 2009-2010 (Figura 2.4).

Figura 2.3 – Mortalità per tumore al polmone, colon-retto e della mammella nel Veneto: tasso standardizzato con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2017, standardizzazione diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007

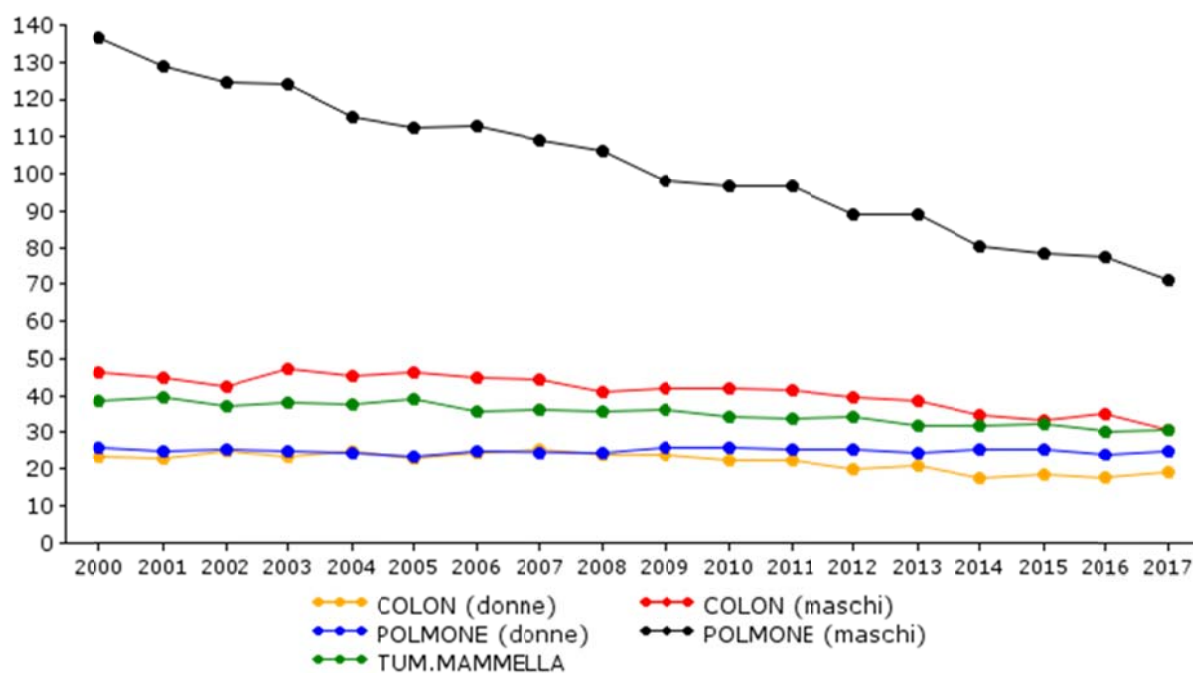
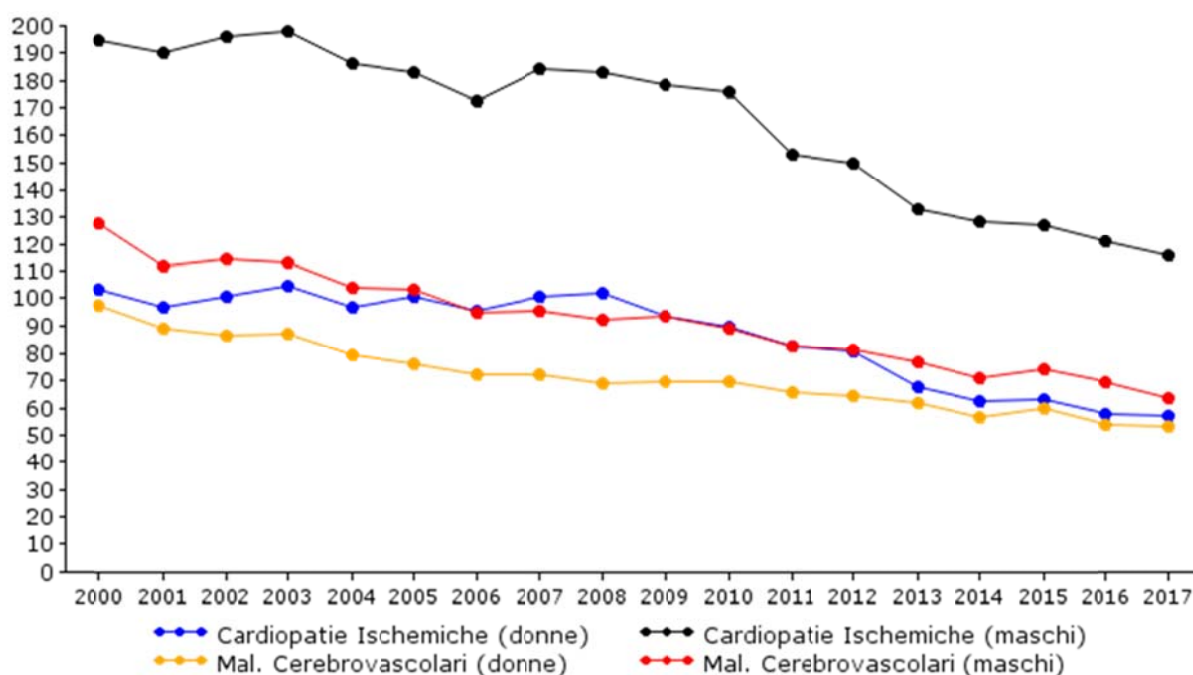


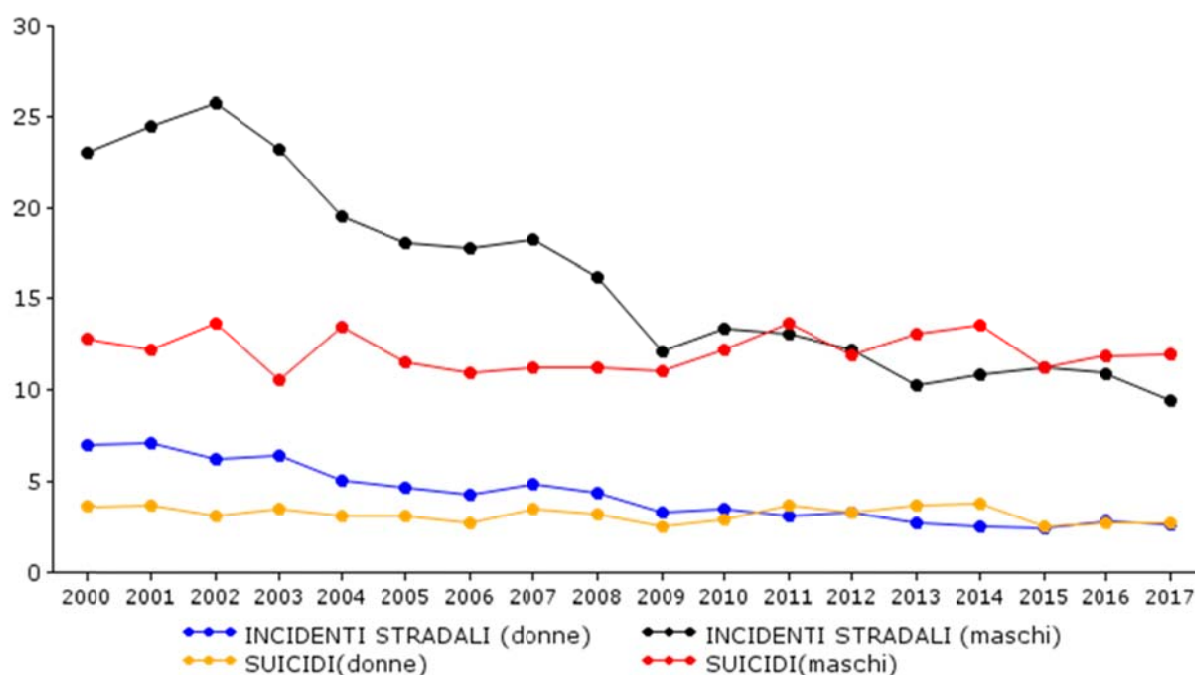
Figura 2.4 – Mortalità per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2017, standardizzazione diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007



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

La mortalità per incidenti stradali ha subito un dimezzamento nel corso dello scorso decennio, con una tendenza alla stabilizzazione nel periodo più recente (Figura 2.5). Gli incidenti stradali costituiscono ancora una rilevante causa di mortalità prematura soprattutto tra gli uomini. La mortalità per suicidi ha mostrato alcune oscillazioni nel periodo di osservazione, con tassi che negli ultimi anni sono rimasti sostanzialmente invariati.

Figura 2.5 – Mortalità per incidenti stradali e suicidi: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2017, standardizzazione diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007



Approfondimenti

Sezione dedicata alla mortalità nel sito Internet del Servizio Epidemiologico Regionale.
Rapporto "[La mortalità nella regione del Veneto - Periodo 2013-2016](#)" a cura del SER.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2.3 Malattie infettive

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

Promozione della salute e prevenzione delle malattie, Aree prioritarie di intervento: Prevenire le malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione (§ 3.4.1, pag. 88), Prevenire le Zoonosi e le malattie emergenti (pag. 92).

Quadro di sintesi

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

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

Tubercolosi (TBC)

Nel corso degli anni, il numero di casi di tubercolosi (TBC) risulta in progressivo calo. Dopo una prima fase di costante decremento (periodo 1994-2002), il numero di notifiche di TB si è attestato tra i 500 e i 550 casi negli anni 2003-2008. Negli ultimi cinque-sei anni il numero di notifiche effettuate a livello regionale si aggira su una media annuale di 340 nuovi casi.

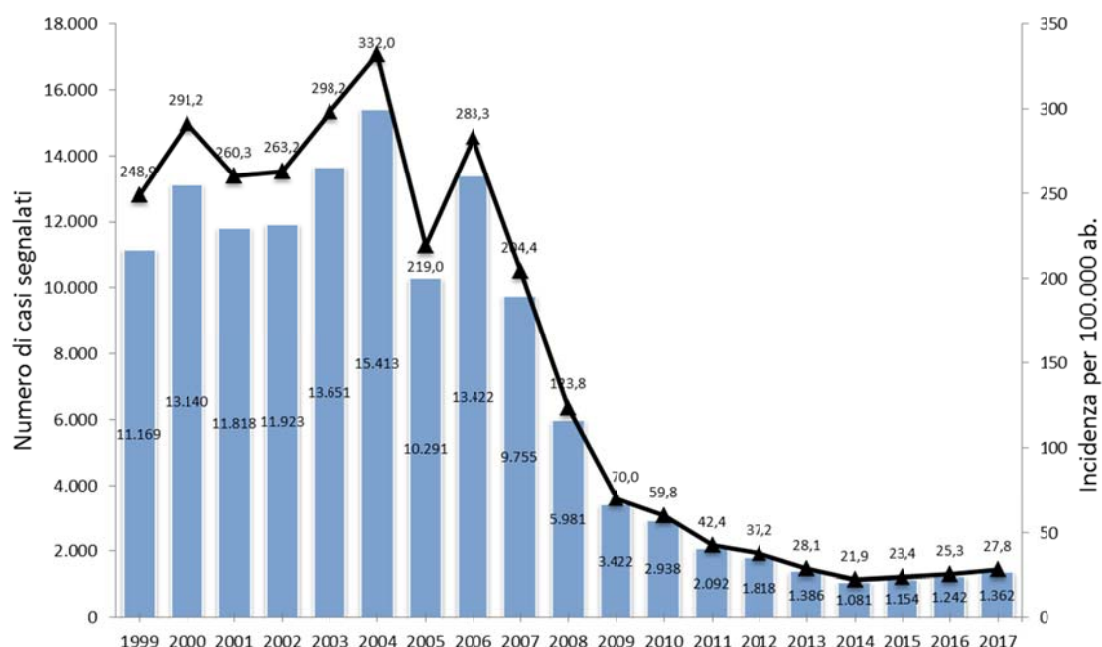
Nel 2017 si sono registrate 332 notifiche per TB e una incidenza pari a 6,8 casi ogni 100.000 abitanti. Dall'analisi dei dati di osserva tuttavia che mentre per gli italiani il numero di notifiche ha un andamento decrescente durante tutto il periodo di osservazione (scendendo al di sotto dei 200 casi annui a partire dal 2009 e sotto i 100 per l'ultimo anno), quello per la popolazione straniera ha registrato un significativo aumento del numero di casi fino al 2004 con una successiva stabilizzazione intorno ai 200-250 casi l'anno. Focalizzando l'attenzione ai soli casi del 2017 e differenziando l'analisi per cittadinanza, il tasso di notifica è nettamente più elevato negli stranieri e presenta un andamento oscillante.

Limitando l'analisi agli ultimi 5 anni, il 45,7% delle notifiche tra gli stranieri è identificato in soggetti provenienti dall'Africa (Marocco 165, Nigeria 75, Senegal 55, ecc), il 31,1% dall'Est-Europa (Romania 20%, Moldavia 4%, Albania 2%, ecc), il 20,9 dall'Asia (India 6,3%, Cina 3,8%, Bangladesh 3,6%, ecc) ed il restante 2,3% dal resto del mondo.

Figura 2.6 – Numero di casi di TBC nella Regione del Veneto ed incidenza per 100.000 abitanti, 1997-2017

Varicella

Come è facile osservare nell'andamento del numero di casi di varicella notificati (Figura 2.7), dal 2006 si è verificata una forte riduzione: il numero di affetti da varicella nel 2017 si è infatti ridotto di oltre il 90% rispetto a quello del 2006 (da 13.422 a 1.362). Il tasso di incidenza mostra un picco massimo di oltre 332 casi per 100.000 abitanti nel 2004, valore che diminuisce a 27,8 casi nel 2017.

Figura 2.7 – Casi di varicella notificati nella Regione Veneto ed incidenza per 100.000 abitanti, 1999-2017

Malaria

Il Programma Regionale pone particolare attenzione sulla sorveglianza della malaria e sull'attuazione delle azioni di prevenzione nei confronti di questa malattia particolarmente grave e ad esito fatale, come confermato dai dati dell'ultimo rapporto dell'Oms, nel 2017 i casi di malaria nel mondo sono stati 219 milioni con 435.000 morti correlate.

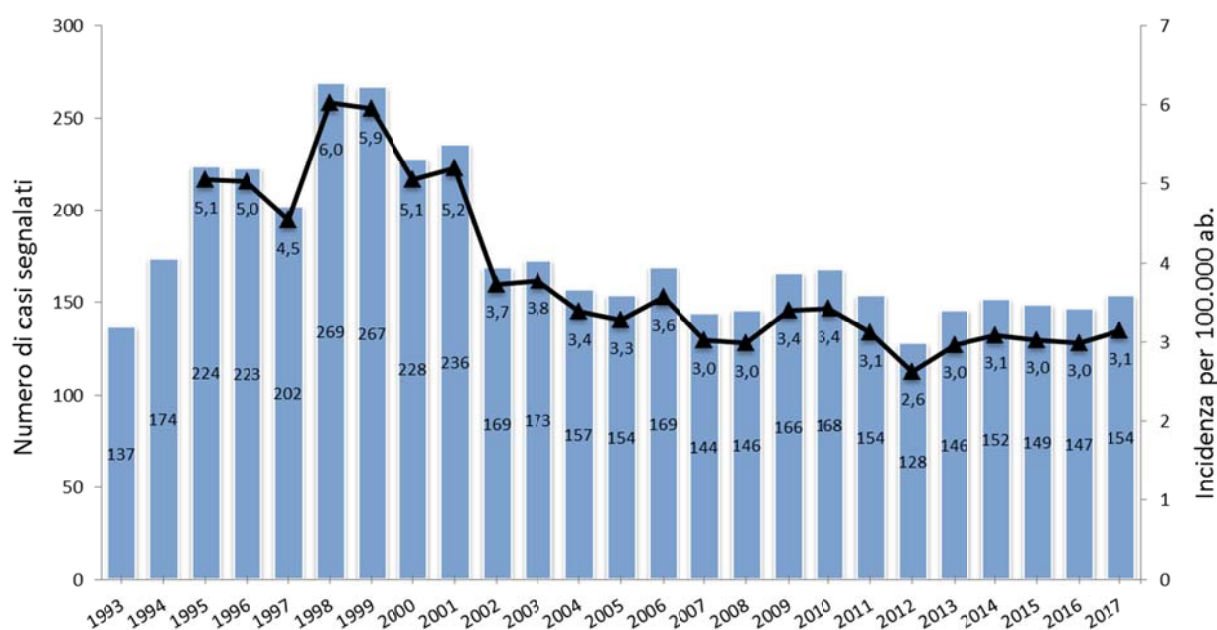
A partire dal 2006 la sorveglianza della malaria in Veneto si basa sul flusso integrato della scheda di notifica raccolta con SIMIWEB e della scheda ministeriale di "flusso speciale" che contiene anche i dati relativi all'ospedalizzazione del malato, alla terapia somministrata, alle eventuali misure di profilassi adottate durante il soggiorno.

Analogamente al resto del Paese, in Veneto i casi di malaria notificati nel periodo 1993-2017 hanno riguardato prevalentemente cittadini stranieri provenienti da aree endemiche. Nel 2017 in Veneto sono stati segnalati in totale 154 casi di malaria con un'incidenza, stabile negli ultimi sei anni, pari a circa 3 casi ogni 100.000 abitanti. L'85% dei casi (n=133) si è verificato in cittadini stranieri, dato in linea rispetto agli anni precedenti in termini sia assoluti sia percentuali. Va tenuto presente che negli ultimi quattro anni molti casi di malaria in cittadini italiani hanno riguardato in realtà immigrati o figli di immigrati che hanno ottenuto la cittadinanza nel corso della loro vita. Pertanto, dal punto di vista epidemiologico il fenomeno del rientro nel Paese di origine per visitare familiari e amici rappresenta la causa preponderante dei casi di malaria notificati nella nostra Regione.

Il fenomeno del rientro nel Paese di origine per visitare familiari e amici rappresenta la causa preponderante dei casi di malaria notificati nella nostra Regione, l'85% di tutti i casi riguardanti stranieri. Tra gli Italiani le motivazioni del viaggio si distribuiscono in modo piuttosto uniforme tra lavoro (26%), missione/volontariato (23%), rientro al Paese di origine (20%) e turismo (19%). La maggioranza degli immigrati che contraggono la malaria proviene dall'Africa occidentale, soprattutto da Nigeria, Ghana, Burkina Faso e Costa D'Avorio; dato che rispecchia il pattern di immigrazione nel nostro territorio.

Nel periodo 2002-2017 la quasi totalità dei casi di malaria è da imputare al *P. falciparum* (85%). Tra tutti i casi di malaria notificati in Veneto tra il 2002 e il 2017, il 76,7% dei soggetti ammalati ha dichiarato di non aver eseguito la profilassi farmacologica. Tale percentuale, per gli ultimi cinque anni, non varia di molto tra italiani e stranieri. L'adesione riferita al 2017 ha registrato un forte calo rispetto agli anni precedenti e alla media dell'intero periodo (20,5%).

Figura 2.8 – Casi di malaria notificati ed incidenza per 100.000 abitanti in Veneto, 1993-2017



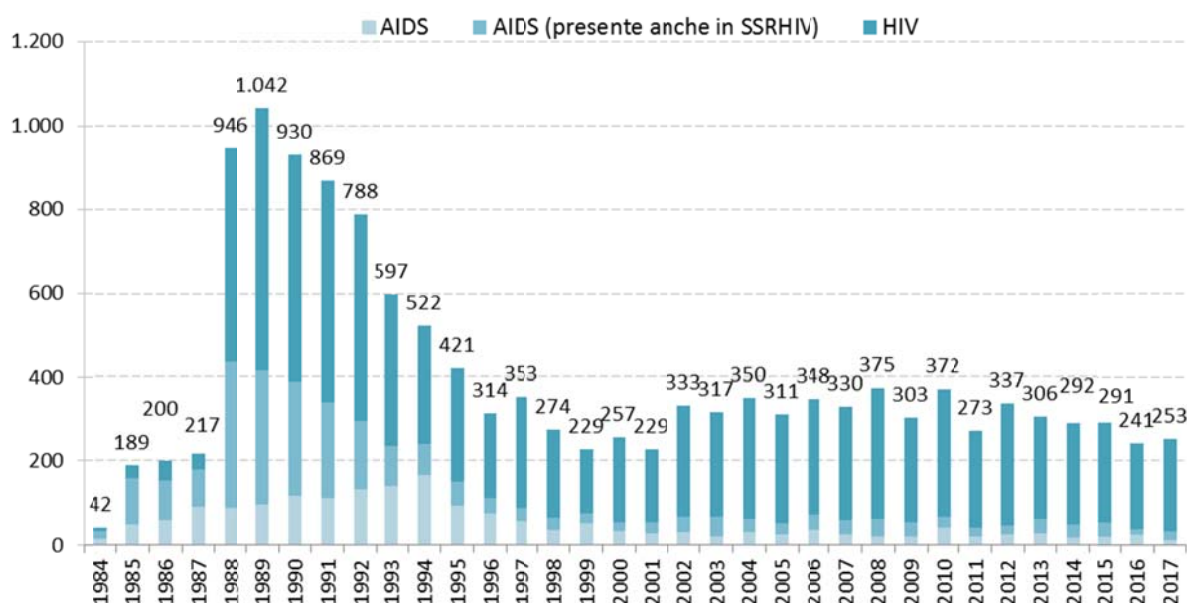
HIV ed AIDS

Nel 2017 si osservano 13.451 casi cumulativi di HIV. Il Sistema di Sorveglianza Regionale (SSRHIV) è attivo dal 1988, i casi antecedenti sono incompleti; in corrispondenza dei primi

anni di avvio si registrano i picchi massimi e nel 1989 si registrano più di 1.000 nuove diagnosi di HIV. Il numero di casi notificati ogni anno risulta ormai costante da diversi anni variando tra i 250 ed i 380 casi. Al fine di fornire una stima complessiva dell'impatto dell'infezione da HIV sono state calcolate l'incidenza e la prevalenza attingendo sia al Registro HIV che a quello AIDS, considerando i soggetti diagnosticati sia come sieropositivi sia come affetti da AIDS. Considerando entrambi i registri, per il 2017 l'incidenza è di 5,1 casi ogni 100.000 residenti, valore leggermente superiore all'anno precedente ma in linea con un trend in lieve calo negli ultimi sei anni. Limitatamente al Sistema di Sorveglianza regionale HIV, l'incidenza al 2017 cala leggermente a 4,8 casi ogni 100.000.

Il numero di notifiche dell'AIDS è dal 2000 che si attesta al di sotto dei 100 casi annui, con un minimo raggiunto nel biennio 2011-12 e nel 2017 con meno di 50 casi per anno. Nel 2017 sono state 39 le segnalazioni di nuovi casi di AIDS. Complessivamente dal 1984 sono stati notificati 3.837 casi residenti in Veneto, di questi 2.540 risultano deceduti con una letalità complessiva per l'intero periodo del 66,2%. Il 77,4% delle diagnosi complessive di AIDS si è verificato tra gli uomini. Poco meno del 76% del totale dei casi si è verificato nei soggetti di età compresa tra i 25 e i 44 anni. Si osserva un progressivo aumento del numero di casi tra gli stranieri; infatti dal 2000 la percentuale di stranieri affetti da AIDS e residenti in Veneto ha superato il 10%. Nel periodo 2000-2017 la quota media di soggetti con AIDS stranieri è circa del 29%, nel 2010 raggiunge il picco massimo del 46%, nel 2017 si registrano 8 casi (20,5%).

Figura 2.9 – Casi di infezioni da HIV per anno di prima positività. Integrazione dati SSRHIV e REGAIDS Veneto, anni 1984-2017



Approfondimenti:

www.vaccinarsinveneto.org

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Tre Ponti, Dorsoduro - 3493, Venezia

Telefono: 0412791352-53

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

2.4 Cronicità e multimorbidità

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

Alla programmazione spetta il compito di:

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

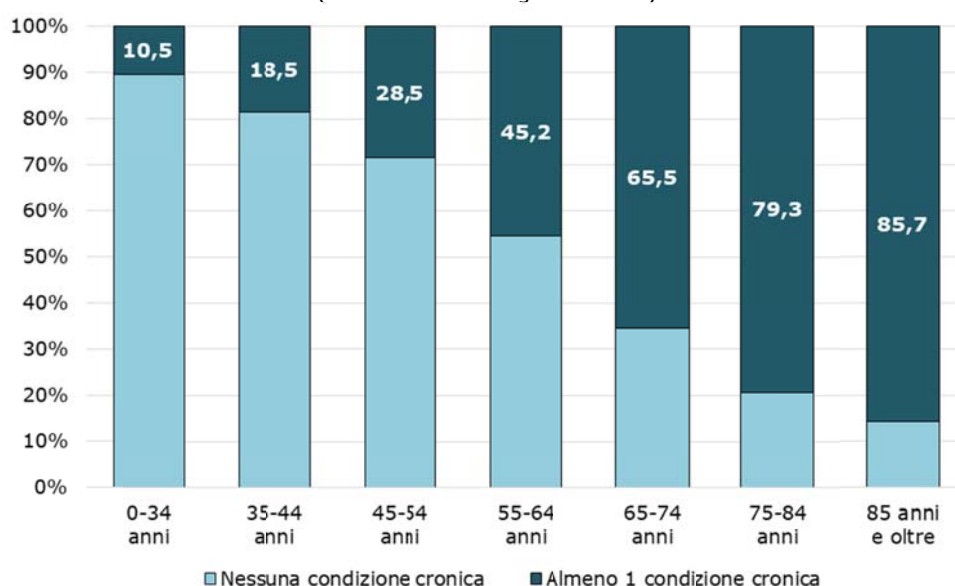
Quadro di sintesi

La transizione epidemiologica che riguarda sia i paesi occidentali che i paesi in via di sviluppo, associata all'allungamento della vita media, comporta un aumento dell'incidenza di molte patologie croniche età-correlate, un aumento della multimorbidità e della disabilità. Nonostante dopo i 55 anni di età la co-morbilità sia la regola, dati epidemiologici, linee guida e modelli organizzativi sono spesso ancora orientati alla singola patologia. La disponibilità di dati solidi sulle popolazioni target diviene, quindi, elemento fondamentale sia per definire le priorità nelle azioni di riorganizzazione, sia per poter monitorare nel tempo i risultati ottenuti con tali azioni.

Profili di comorbidità

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

Figura 2.10 – Assistiti affetti da almeno 1 condizione cronica per classi di età. Veneto, 2017.
(Fonte: archivio regionale ACG)



In linea con gli anni precedenti, il 34% della popolazione del Veneto risulta affetta almeno da una patologia cronica e tale percentuale aumenta con l'avanzare dell'età (Figura 2.10), con costi assistenziali crescenti all'aumentare del numero di condizioni croniche (Figura 2.11).

Al progredire dell'età, i soggetti con almeno tre patologie rappresentano il 37% della popolazione ultra 75 enne (Figura 2.12).

Osservando i profili di comorbidità dei soggetti affetti da alcune patologie croniche, si nota come le persone con maggior grado di complessità siano quelle affette da scompenso cardiaco, BPCO di grado moderato/grave e insufficienza renale cronica. Tra gli assistiti affetti da scompenso cardiaco il 98% presenta una condizione di multimorbidità e quasi il 60% è portatore di 5 o più patologie croniche (Figura 2.13).

Figura 2.11 – Popolazione e costi per numero di condizioni croniche. Veneto, 2017.
(Fonte: archivio regionale ACG)

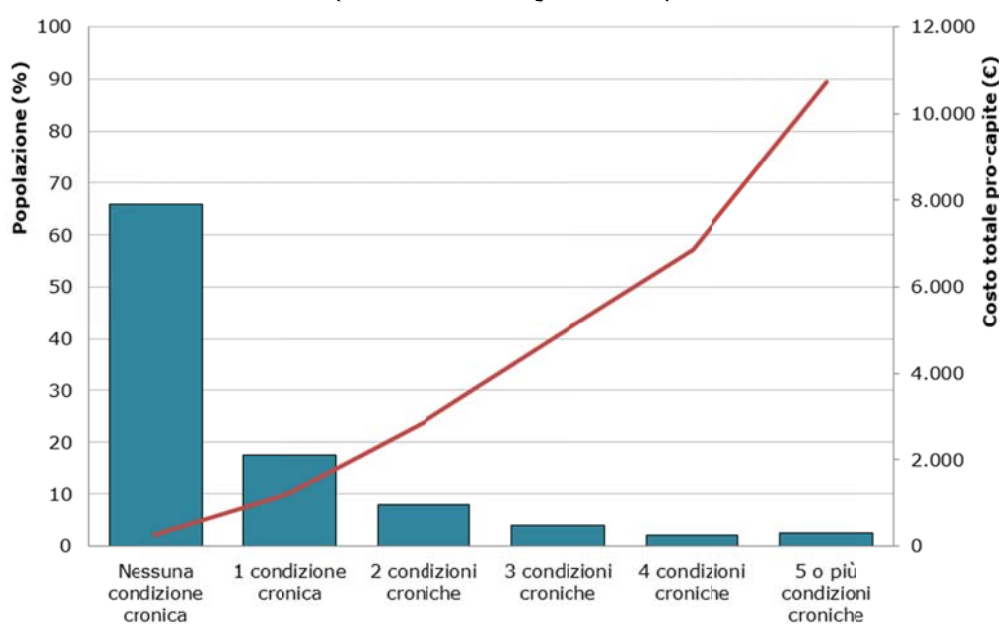


Figura 2.12 – Popolazione per numero di condizioni croniche e classi di età. Veneto, 2017.
(Fonte: archivio regionale ACG)

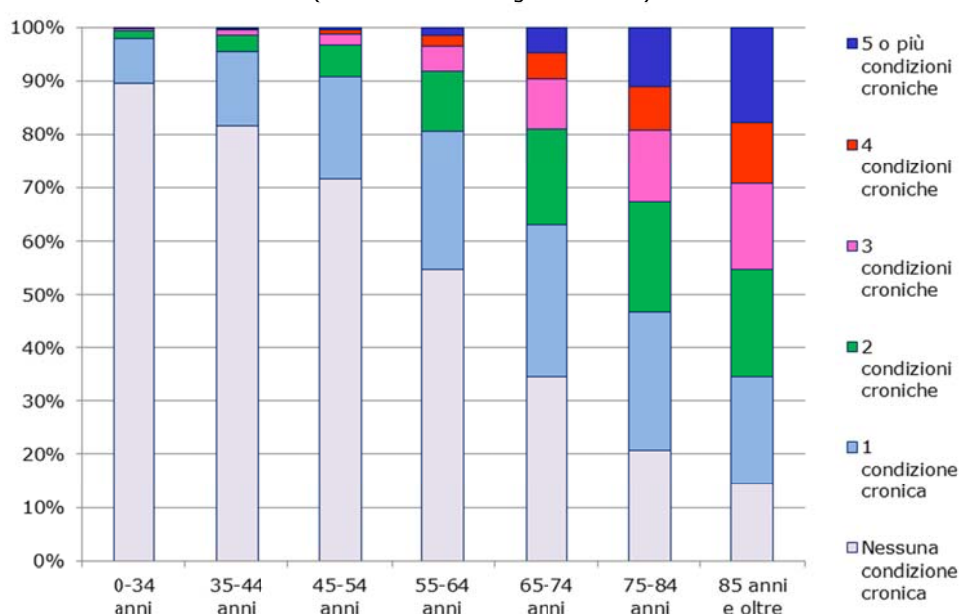
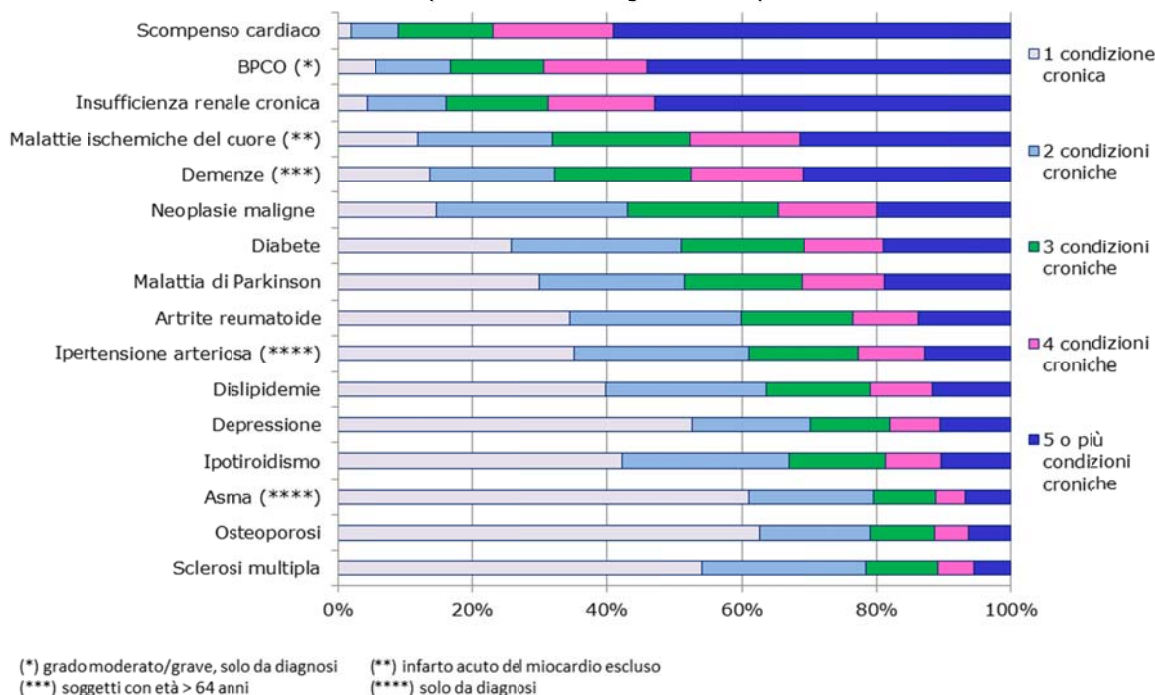
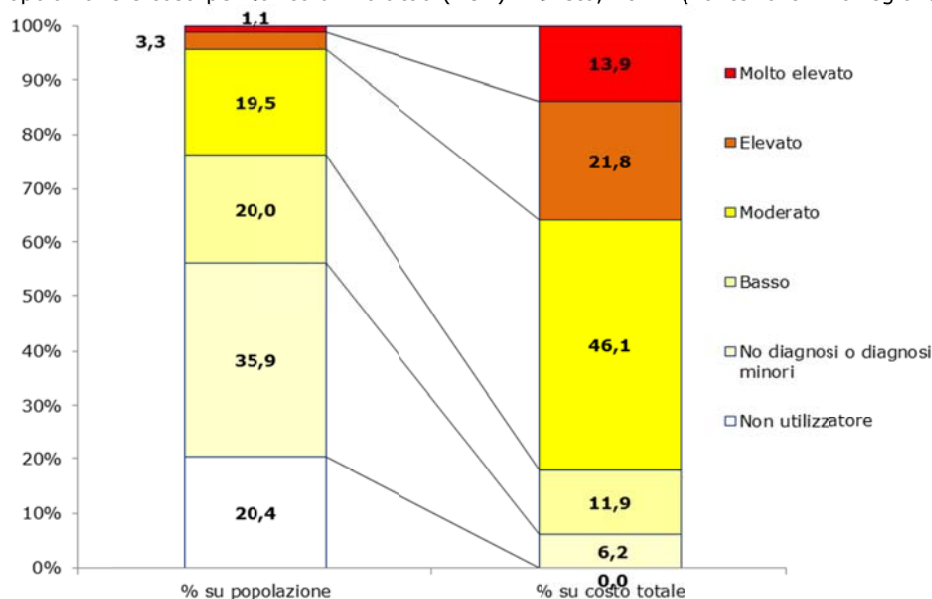


Figura 2.13 – Profilo di comorbidità della popolazione affetta da alcune patologie croniche. Veneto, 2017.
(Fonte: archivio regionale ACG)



Il Sistema ACG è in grado di stratificare la popolazione rispetto al carico di malattia, secondo la classificazione per RUB (Resource Utilization Bands), in 6 categorie di bisogno assistenziale (da "Nessuno-Non utilizzatori" a "Molto elevato") in base alla complessità del soggetto. Secondo questa stratificazione, la popolazione che non è entrata in contatto con il Sistema Sanitario Regionale o che presenti problemi di salute e sintomi a bassa complessità, prevalentemente curati con farmaci e interventi ambulatoriali (categoria "No diagnosi o diagnosi minori"), rappresenta circa il 56% del totale. Il restante 44% della popolazione presenta un bisogno assistenziale progressivamente più elevato, soprattutto nei soggetti più complessi (carico di malattia elevato e molto elevato); questi ultimi, sebbene siano una minima parte della popolazione totale (4,4%), assorbono il 35,7% dei costi assistenziali totali (Figura 2.14).

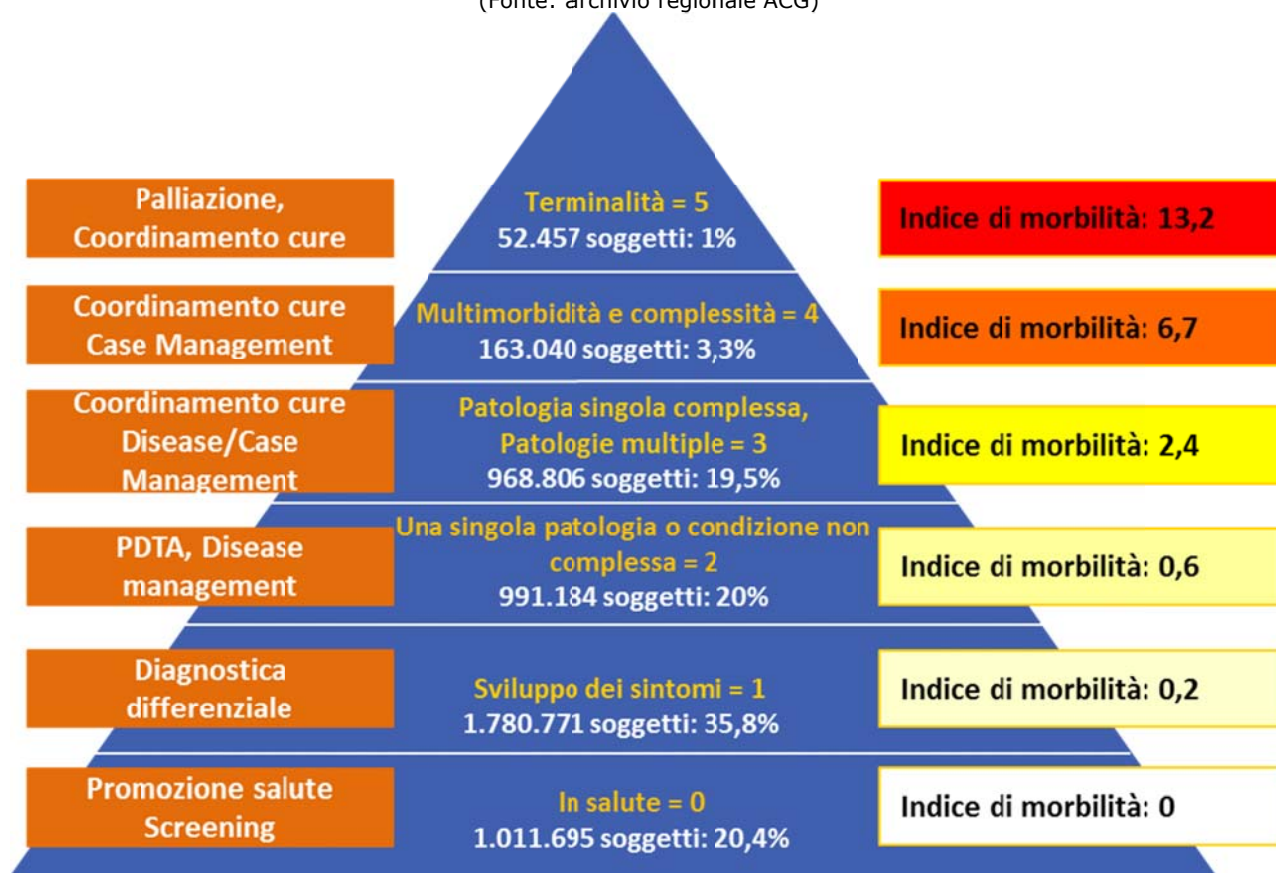
Figura 2.14 - Popolazione e costi per carico di malattia (RUB). Veneto, 2017. (Fonte: archivio regionale ACG)



Considerando il modello concettuale della Piramide del rischio (Kaiser Permanente), nella quale ai diversi segmenti di complessità assistenziale della popolazione vengono associati luoghi di cura e strumenti di gestione della malattia, la stratificazione della popolazione per RUB fornisce una quantificazione iniziale sulla consistenza dei diversi strati (Figura 2.15).

Inoltre, utilizzando l'indice di carico assistenziale attribuito dal Sistema ACG a ciascun assistito (indice di morbidità), è possibile valutare, in termini relativi, l'impatto assistenziale delle diverse categorie rispetto al carico di malattia osservato in media nell'intera popolazione (media=1). I valori dell'indice di morbidità variano da 0,2 nei soggetti con sviluppo dei sintomi (categoria "No diagnosi o diagnosi minori") a 0,6 nei pazienti con una singola patologia o condizione non complessa, fino a raggiungere il valore di 6,7 per i soggetti con elevata carico di malattia (multimorbidità e complessità) e di 13,2 per quelli con carico molto elevato (terminalità).

Figura 2.15 - Piramide del rischio (case-mix della popolazione) e indice di morbidità. Veneto, 2017.
(Fonte: archivio regionale ACG)



Di seguito viene presentato un breve focus su quattro patologie croniche:

- diabete mellito, broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco, caratterizzate da elevate prevalenza e comorbidità;
- sclerosi multipla, patologia a bassa prevalenza, comorbidità moderata, ma ad alto impatto economico.

Figura 2.16 – Diabete, Prevalenti al 31.12.2017, Numero di condizioni croniche. Veneto, 2017
(Fonte: archivio regionale ACG)

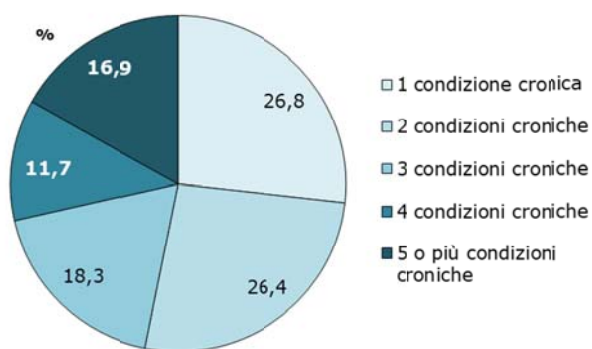


Figura 2.17 – BPCO, assistiti di età 45+ anni, Numero di condizioni croniche. Veneto, 2017.
(Fonte: archivio regionale ACG)

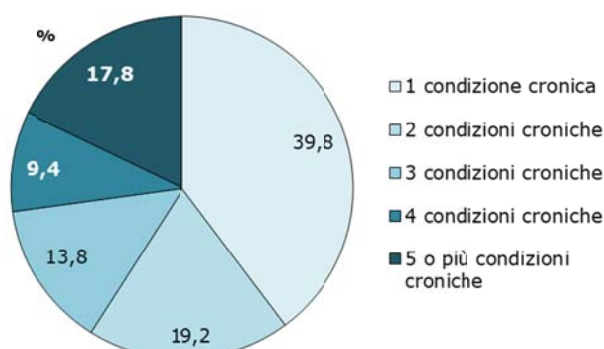


Figura 2.18 – Scompenso cardiaco. Numero di condizioni croniche. Veneto, 2017.
(Fonte: archivio regionale ACG)

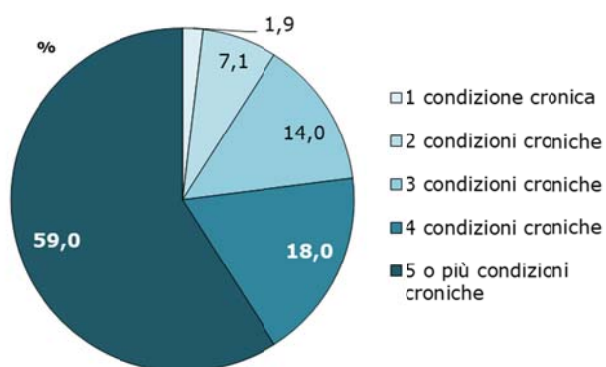
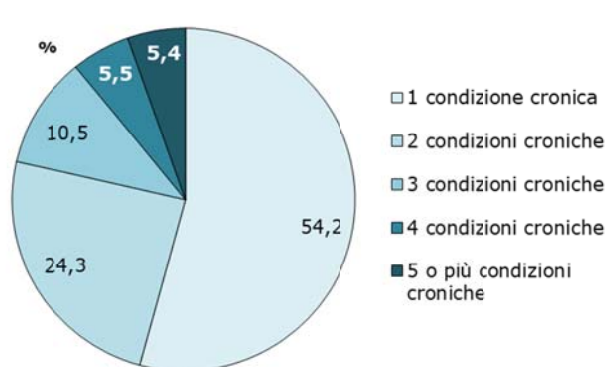


Figura 2.19 – Sclerosi multipla. Numero di condizioni croniche. Veneto, 2017.
(Fonte: archivio regionale ACG)



Il diabete mellito

La prevalenza di assistiti affetti da diabete al 31/12/2017 in Veneto è stata stimata in base all'algoritmo definito dal Sistema ACG, che tiene conto della presenza nei flussi informativi correnti di codici di diagnosi e/o farmaci specifici per il diabete. Il risultato di questo algoritmo è pari al 5,3% ed è in linea con i più comuni algoritmi utilizzati per l'identificazione dei soggetti affetti da diabete. Essa risulta maggiore nel sesso maschile e tende ad aumentare notevolmente in entrambi i sessi all'aumentare dell'età (Figura 2.20).

Figura 2.20 - Diabete. Prevalenza per età e sesso al 31.12.2017, Veneto.
(Fonte: archivio regionale ACG)

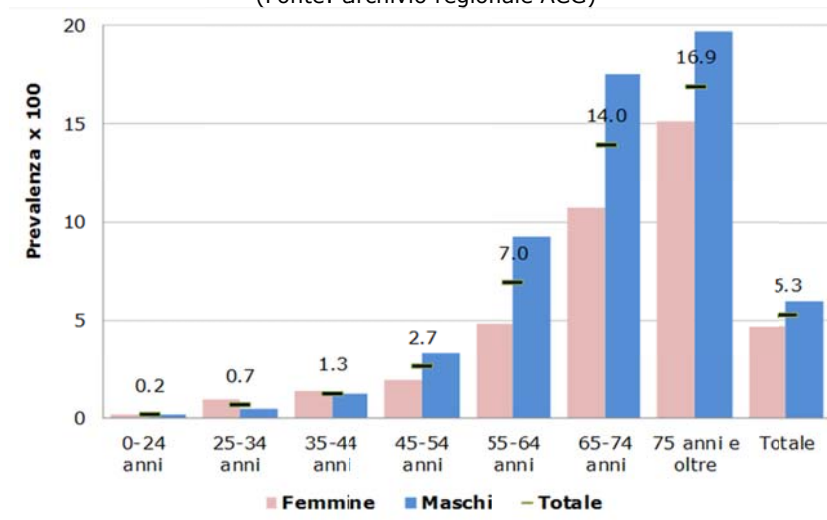


Figura 2.21 - Diabete. Prevalenza grezza per azienda ULSS al 31.12.2017, Veneto.
(Fonte: archivio regionale ACG)

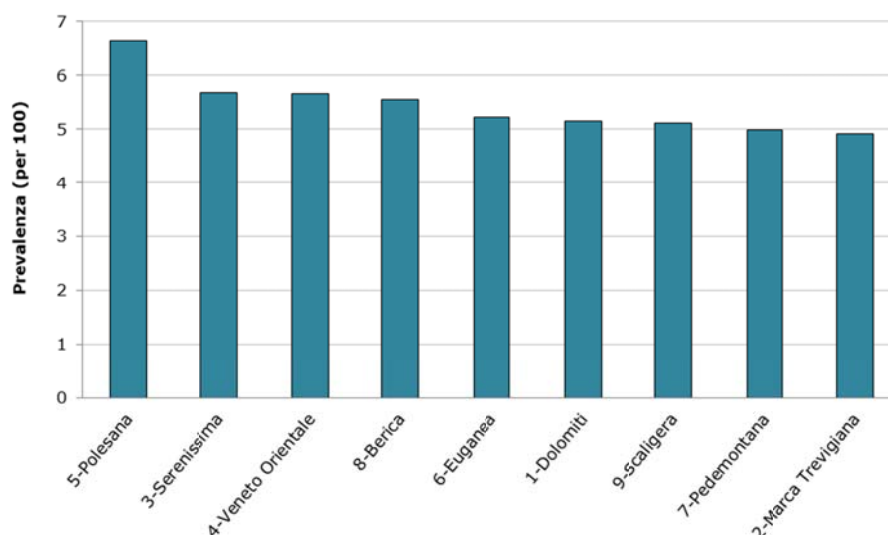
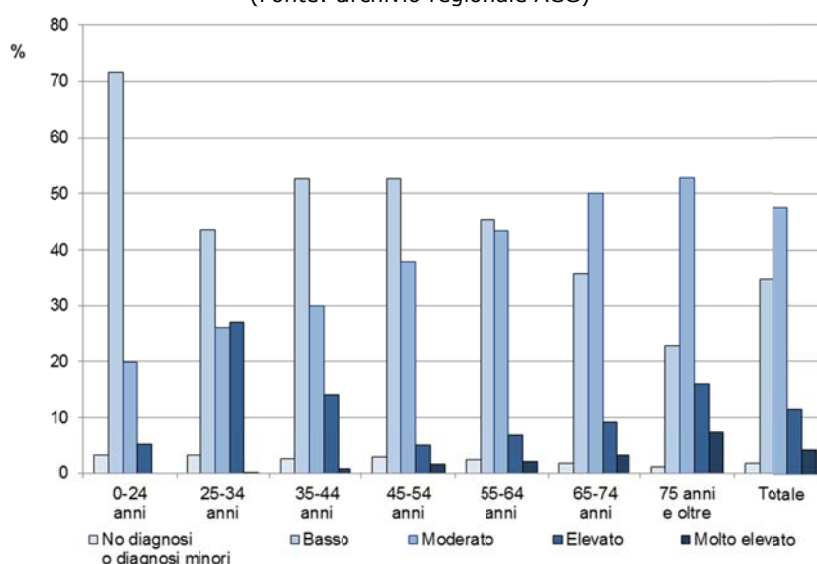


Figura 2.22 - Diabete. Assistiti per carico di malattia (RUB) e classi di età. Prevalenti al 31.12.2017, Veneto.
(Fonte: archivio regionale ACG)



La prevalenza varia a seconda delle aree territoriali, passando dal 4,9% nell'AULSS 2 Marca Trevigiana, al 6,6% nell'AULSS 5 Polesana (Figura 2.21).

Il diabete è una malattia che si associa di frequente ad altre condizioni, soprattutto all'aumentare dell'età. Il 46,9% dei pazienti affetti da diabete presenta almeno tre condizioni croniche (Figura 2.16): 6,9% nella fascia 0-24 anni, 9,2% nella fascia 25-34 anni, 13,9% nella fascia 35-44, 24,4 % nella fascia 45-54, 35,2% nella fascia 55-64, 47,4 % nella fascia 65-74, 61,6% nella fascia con 75 e più anni.

Le condizioni co-presenti più frequenti nei diabetici sono l'ipertensione arteriosa (52,8%), la cardiopatia ischemica -escluso l'infarto del miocardio- (13,5%), le aritmie cardiache (12,2%), le patologie cerebrovascolari (8,5%), i disturbi del metabolismo lipidico (8,4%), lo scompenso cardiaco (7,4%), le neoplasie (6,5%), il glaucoma (4,8%) e l'insufficienza renale cronica (4,5%). Stratificando i soggetti diabetici sulla base del carico complessivo di malattia (categorie RUB) si nota come la maggior parte dei soggetti (82,5%) si collochi nella classi con basso e moderato bisogno assistenziale (Figura 2.22). Il numero di soggetti con carico di malattia moderato cresce progressivamente all'aumentare dell'età, mentre la percentuale di soggetti con carico elevato registra un picco nella fascia di età 25-34 anni (27,1%), giustificato

dai casi di diabete gestazionale (la gravidanza ha un elevato impatto assistenziale), per poi assestarsi su valori più bassi nelle fasce successive.

Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

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

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

I dati presentati in questo paragrafo si riferiscono ai residenti in Veneto al 31/12/2017 di età maggiore o uguale a 45 anni. Per la selezione dei soggetti affetti da BPCO, nell'intento di catturare anche i casi di grado lieve, è stato utilizzato un algoritmo che tiene conto, oltre che delle diagnosi disponibili nei flussi informativi correnti, anche delle prescrizioni farmaceutiche (secondo specifici criteri di continuità).

La prevalenza è risultata del 4,4% (115.124 soggetti); dopo i 75 anni di età la malattia colpisce maggiormente gli uomini rispetto alle donne, fino a raggiungere una prevalenza del 13,8% nei maschi e del 8,4% nelle femmine di età superiore agli 85 anni (Figura 2.23).

A livello territoriale, si passa da tassi di prevalenza simili e inferiori al 4% nelle aziende ULSS 7 Pedemontana e ULSS 4 Veneto Orientale al 4,9% dell'azienda ULSS 5 Polesana (Figura 2.24).

Il 41,0% dei pazienti affetti da BPCO presenta almeno tre condizioni croniche co-presenti (Figura 2.17): il 12,1% nella fascia 45-54, il 24,4% nella fascia 55-64, il 40,5% nella fascia 65-74, il 54,6% nella fascia 75-84 ed infine il 64% nella fascia 85 e più anni.

Le più frequenti condizioni co-presenti nella popolazione con BPCO sono l'ipertensione arteriosa con o senza complicanze (46,5%), le aritmie cardiache (15,6%), lo scompenso cardiaco (11,3%) e la cardiopatia ischemica – escluso l'infarto del miocardio (11,3%).

Gli assistiti con BPCO (Figura 2.25) di età maggiore o uguale a 45 anni con carico di malattia da basso a molto elevato rappresentano l'87,8% del totale; i soggetti con carico di malattia elevato e molto elevato tendono a crescere con l'aumentare dell'età (5,5% nella classe di età 45-54 anni; 42,0% nella classe di età 85 anni e più).

Figura 2.23 - BPCO. Prevalenti al 31.12.2017 per età e sesso. Assistiti di età 45+ anni, Veneto.
(Fonte: archivio regionale ACG)

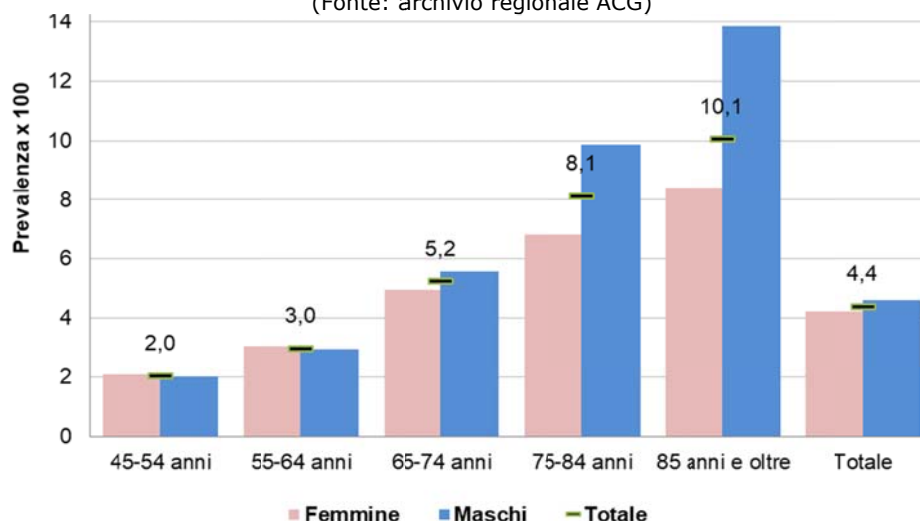


Figura 2.24 - BPCO. Prevalenza grezza per azienda ULSS al 31.12.2017. Assistiti di età 45+ anni, Veneto.
(Fonte: archivio regionale ACG)

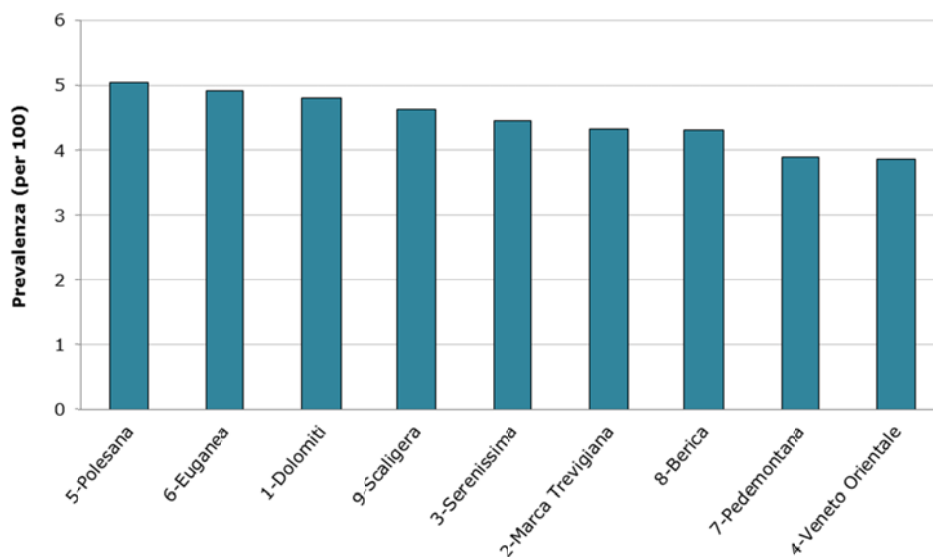
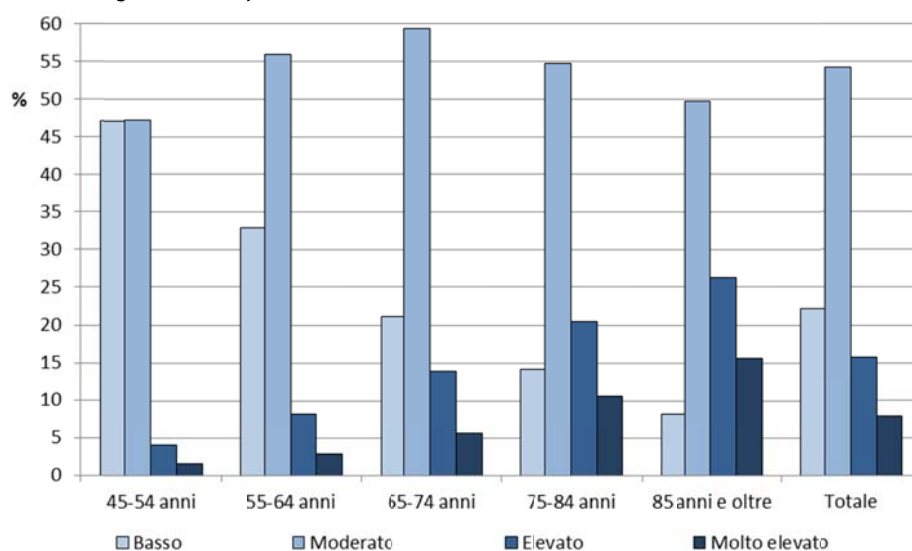


Figura 2.25 - BPCO. Carico di malattia (RUB) per classi di età. Prevalenti al 31.12.2017. Assistiti di età 45+ anni, Veneto. (Fonte: archivio regionale ACG)



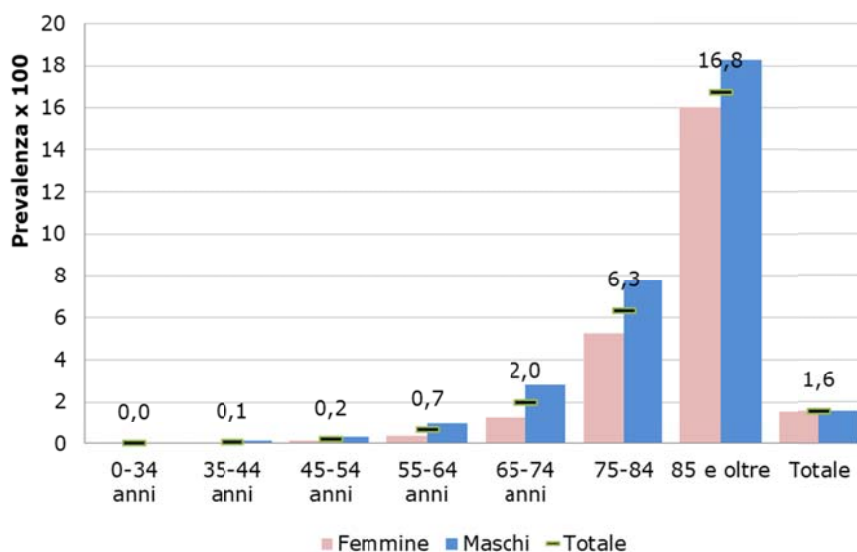
Scompenso Cardiaco

Lo scompenso cardiaco comporta un'alterazione della funzione della pompa cardiaca tale da non soddisfare le richieste metaboliche dei tessuti durante le attività, o a riposo, nei casi di maggiore severità. Dispnea, ridotta tolleranza allo sforzo, affaticamento, edema sono i segni e i sintomi che accompagnano lo scompenso cardiaco. Oltre i 65 anni rappresenta la prima causa di ricovero in ospedale e l'alta incidenza di riospedalizzazione costituisce l'aspetto più caratteristico della storia clinica della malattia. In Italia la prevalenza dello scompenso cardiaco si attesta intorno al 1-2% della popolazione adulta, per superare il 10% negli ultra settantacinquenni. L'aumento dell'incidenza si ritiene sia dovuto all'aumento progressivo dell'età media della popolazione, ma anche al maggior numero di diagnosi effettuate e di pazienti trattati in modo adeguato a seguito di una maggiore sensibilizzazione al riconoscimento di questa patologia.

Nel 2017 la prevalenza di assistiti affetti da scompenso cardiaco in Veneto è stata stimata in base all'algoritmo definito dal Sistema ACG, che tiene conto della presenza, nei flussi informativi correnti, di diagnosi per lo scompenso cardiaco. Questo algoritmo è in linea con i più comuni algoritmi utilizzati per l'identificazione dei soggetti affetti da scompenso cardiaco,

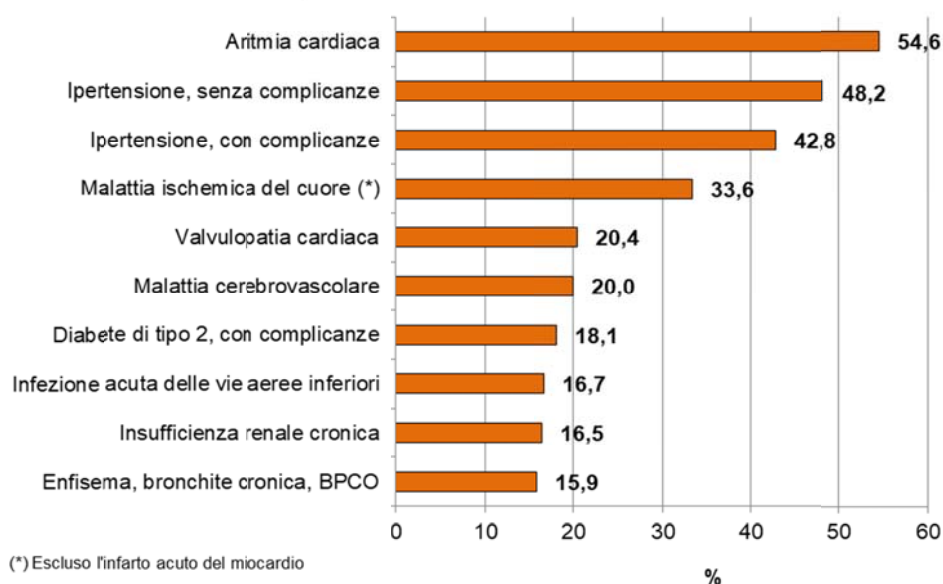
fornendo una prevalenza pari all'1,6%. Essa risulta maggiore nel sesso maschile e tende ad aumentare in modo progressivo in entrambi i sessi all'aumentare dell'età (Figura 2.26).

Figura 2.26 – Scompenso Cardiaco. Prevalenza per età e sesso. Veneto, 2017.
(Fonte: archivio regionale ACG)



Il 91,0% delle persone con scompenso cardiaco presenta almeno tre condizioni croniche, percentuale decisamente più alta rispetto ad altre patologie croniche, ed il 59,0% ne presenta 5 o più (Figura 2.18). Tra le comorbidità, le patologie più frequenti sono cardiopatia aritmica, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica (escluso infarto del miocardio), cardiopatia valvolare e patologia cerebrovascolare (Figura 2.27).

Figura 2.27 - Malattie più frequenti negli assistiti con scompenso cardiaco. Veneto, 2017.
(Fonte: archivio regionale ACG)



Dall'anno 2017, ai fini della costruzione dell'archivio ACG regionale, sono stati stimati anche i costi relativi ai ricoveri in struttura residenziale (flusso FAR: Residenzialità Extraospedaliera). Il paziente con scompenso cardiaco viene maggiormente ospedalizzato rispetto al paziente che non presenta tale patologia e anche il ricorso alla residenzialità è elevato (per il 12,3% degli assistiti con malattia è stato registrato nel 2017 almeno un giorno di presenza in struttura

extraospedaliera). Questi aspetti incidono nettamente sul costo totale pro capite che per l'anno 2017 risulta per gli assistiti con scompenso quasi 9 volte superiore a quello della popolazione senza tale patologia (Figura 2.58). Considerando la popolazione di età 45+ anni, gli assistiti con scompenso cardiaco presentano tutti una complessità almeno moderata. Relativamente all'ospedalizzazione, il confronto con gli assistiti senza scompenso è stato quindi effettuato considerando gli assistiti di pari complessità (Tabella 2.12, Figure 2.29-2.30).

Figura 2.28 – Scompenso cardiaco. Fonti di costo: percentuale sulla spesa totale per presenza di malattia. Assistiti di età 45+ anni. Veneto, 2017.
(Fonte: archivio regionale ACG)

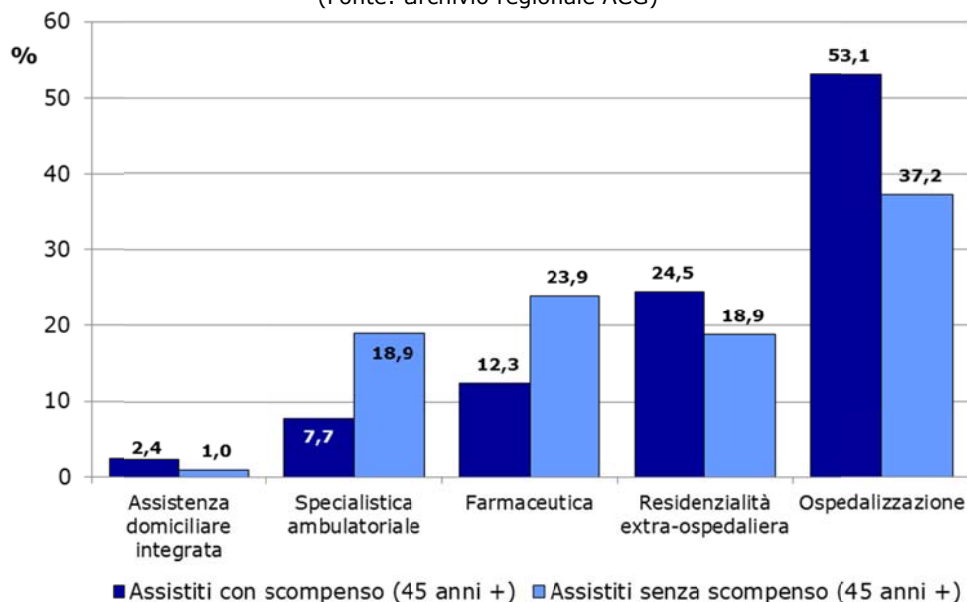


Tabella 2.12 – Scompenso cardiaco. Assistiti con almeno un ricovero e numero di ricoveri (*) per presenza di malattia e carico di malattia (RUB). Assistiti di età 45+ anni. Veneto, 2017.
(Fonte: archivio regionale ACG)

| Carico di malattia (RUB) | Con scompenso (anni 45 +) | | | Senza scompenso (anni 45 +) | | |
|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------------------------|----------------------------------|--------------------|
| | N | Assistiti con almeno un ricovero | Numero di ricoveri | N | Assistiti con almeno un ricovero | Numero di ricoveri |
| Moderato | 35.108 | 8.913 | 11.892 | 749.651 | 140.130 | 180.258 |
| Elevato | 23.060 | 15.229 | 23.787 | 96.367 | 56.332 | 86.754 |
| Molto elevato | 18.131 | 17.063 | 40.587 | 32.550 | 29.220 | 62.540 |
| Totale | 76.299 | 41.205 | 76.266 | 878.568 | 225.682 | 329.552 |

(*) sono stati considerati tutti i regimi di ricovero, Day Hospital incluso.

Figura 2.29 - Scompenso cardiaco. Percentuale di assistiti di età 45+ anni con almeno un ricovero per presenza di malattia e carico di malattia (RUB). Veneto, 2017. (Fonte: archivio regionale ACG)

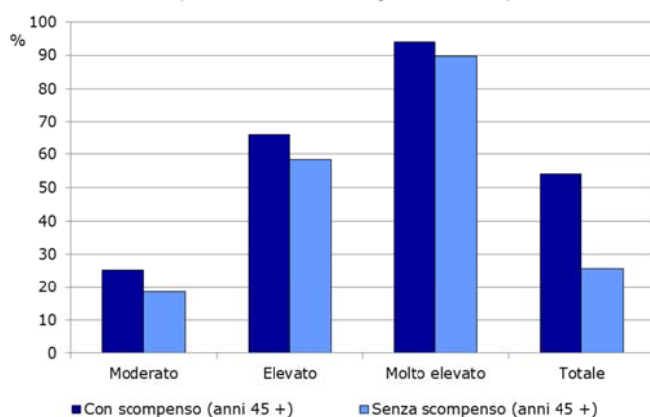
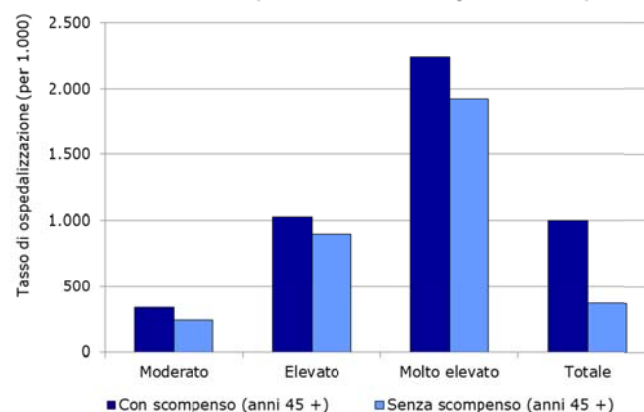


Figura 2.30 - Scompenso cardiaco. Tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti) per presenza di malattia e carico di malattia (RUB) di assistiti di età 45+ anni. Veneto, 2017. (Fonte: archivio regionale ACG)



Sclerosi multipla

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

Per la selezione della popolazione affetta da sclerosi multipla sono stati considerati i soggetti classificati dal Sistema ACG nella categoria diagnostica NUR08-Multiple Sclerosis; tale categoria raggruppa anche diagnosi relative alla mielite ed altre cause di demielinizzazione e ciò determina stime di prevalenza leggermente superiori a quelle riportate in letteratura. Nel 2017 sono stati identificati 8.885 casi, dei quali 2.865 (32,3%) maschi e 6.020 (67,7%) femmine. La prevalenza di sclerosi multipla è risultata complessivamente pari a 178,9 casi per centomila abitanti (Figura 2.31).

Il 54,2% delle persone con sclerosi multipla presenta solo la sclerosi multipla (Figura 2.19), percentuale relativamente alta rispetto ad altre patologie croniche.

La condizione di multimorbilità diviene più comune a partire dai 55 anni di età. Tra le comorbidità, le patologie più frequenti sono l'ipertensione arteriosa non complicata e altre patologie o complicanze di tipo neurologico o muscolo-scheletrico. In minor misura sono presenti il diabete mellito di tipo 2 e la patologia cardio e cerebrovascolare (Figura 2.32).

Il notevole impatto assistenziale della sclerosi multipla appare evidente analizzando la distribuzione del costo totale pro capite: tra i pazienti con moderato carico di malattia (che rappresentano l'89% di tutti i malati di sclerosi multipla), il 14,2% supera i 14.500€ annui (Figura 2.33).

Il costo totale pro capite dei pazienti con sclerosi multipla è due volte e mezzo quello della popolazione senza tale patologia; ciò è imputabile soprattutto alla terapia farmacologica, il cui costo è oltre sette volte quello delle persone non affette da sclerosi multipla (Tabella 2.13).

Figura 2.31 - Sclerosi multipla. Prevalenza per età e sesso. Veneto, 2017.
(Fonte: archivio regionale ACG)

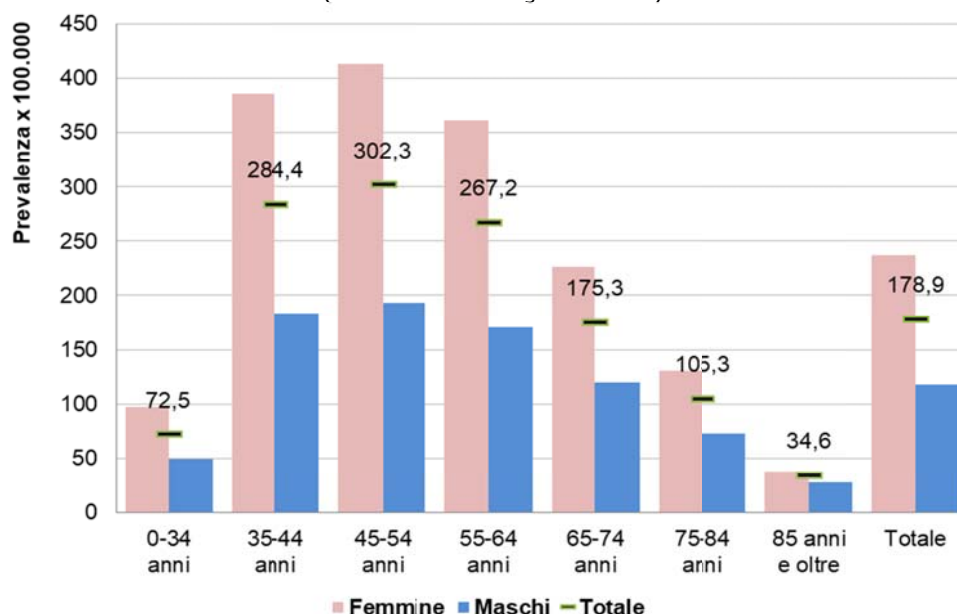
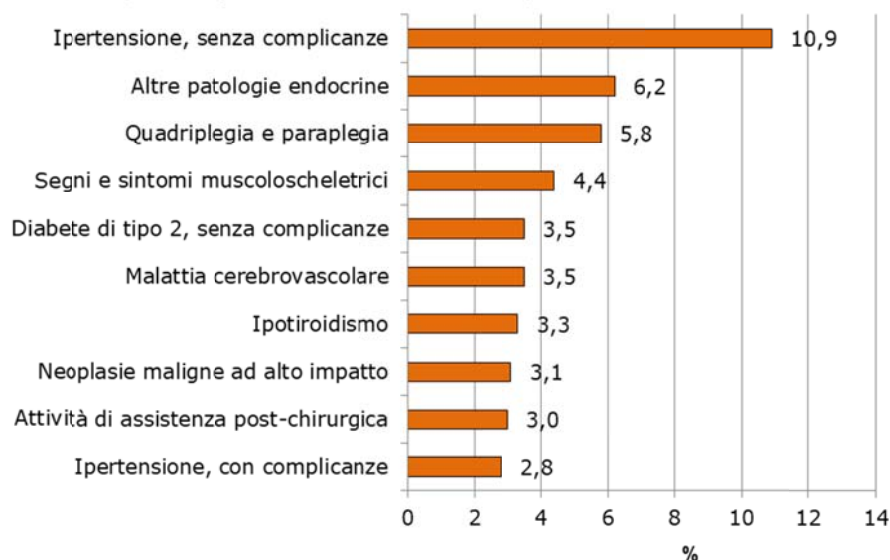
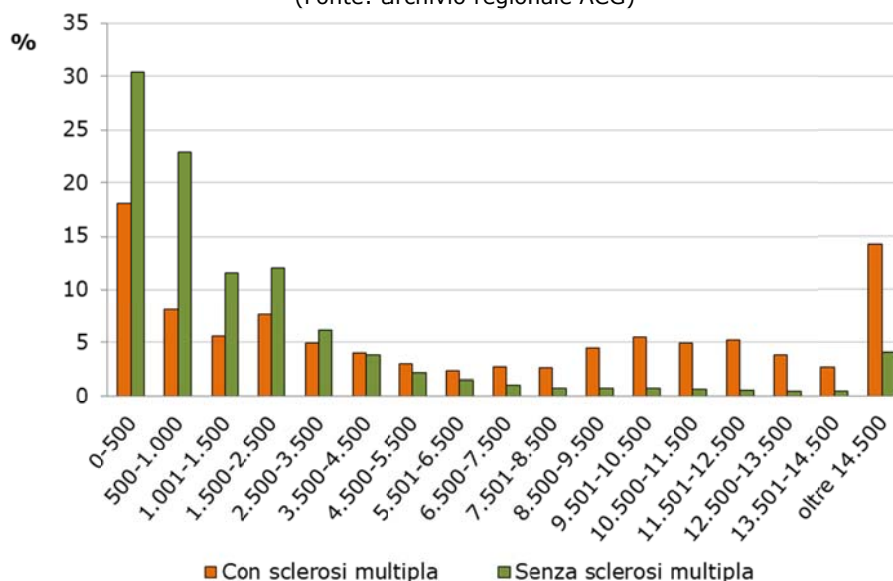


Figura 2.32 - Malattie più frequenti negli assistiti con sclerosi multipla. Veneto, 2017. (Fonte: archivio regionale ACG)**Tabella 2.13** - Assistiti con complessità moderata. Costo totale pro capite e costo per farmaci pro capite per presenza di malattia. Veneto, 2017. (Fonte: archivio regionale ACG)

| | Costo farmaci pro capite | Costo totale pro capite | % costo farmaci su costo totale |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| Con sclerosi multipla | 5.451,1 | 7.423,0 | 73,4 |
| Senza sclerosi multipla | 725,1 | 2.867,9 | 25,3 |

Figura 2.33 - Assistiti con complessità moderata. Costo totale per presenza di malattia. Veneto, 2017. (Fonte: archivio regionale ACG)

Approfondimenti

<https://www.ser-veneto.it/it/aree-tematiche/case-mix-territoriale-e-multimorbilit/case-mix-territoriale-e-multimorbilita>

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2.5 Tumori

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

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

Quadro di sintesi

Si stima che nel 2018 in Veneto siano stati diagnosticati 32.899 nuovi casi di tumore maligno (17.471 negli uomini e 15.428 nelle donne), di cui 4.906 casi di tumore della mammella nelle donne, 3.818 tumori del colon retto, 3.638 casi di tumore della prostata e 3.153 casi di tumore del polmone.

A partire dai primi anni 2000 l'incidenza dei tumori è in riduzione negli uomini ed è stabile nelle donne. Nei maschi sta diminuendo l'incidenza di tutte le sedi tumorali più importanti. Il tumore del polmone mostra un calo del 4% all'anno, in conseguenza del calo dell'abitudine al fumo; si sta riducendo del 3% anche l'incidenza del tumore della prostata, dopo il picco registrato nel 2003, e quella del tumore del colon retto, grazie alla diffusione dello screening organizzato.

Nelle donne l'incidenza del tumore della mammella, dopo la crescita registrata negli anni '90, si è stabilizzata a partire dal 2002 mentre nell'ultimo periodo di osservazione si evidenzia una diminuzione dei tumori del colon retto.

Nel corso del 2018 il Registro Tumori del Veneto (RTV) ha ampliato la sua base di popolazione, che era del 96%, a tutta la popolazione regionale.

Da febbraio 2018 è on line il nuovo sito web istituzionale del RTV, consultabile al link <https://www.registrotumoriveneto.it/>

Estensione territoriale

Nel corso del 2018 il Registro Tumori ha esteso l'attività di registrazione al 100% dell'intera popolazione regionale, che a fine 2018 ammontava a circa 4.900.000 persone. Si tratta del più grande tra i 50 Registri Tumori presenti in Italia, che complessivamente coprono circa il 70% della popolazione italiana.

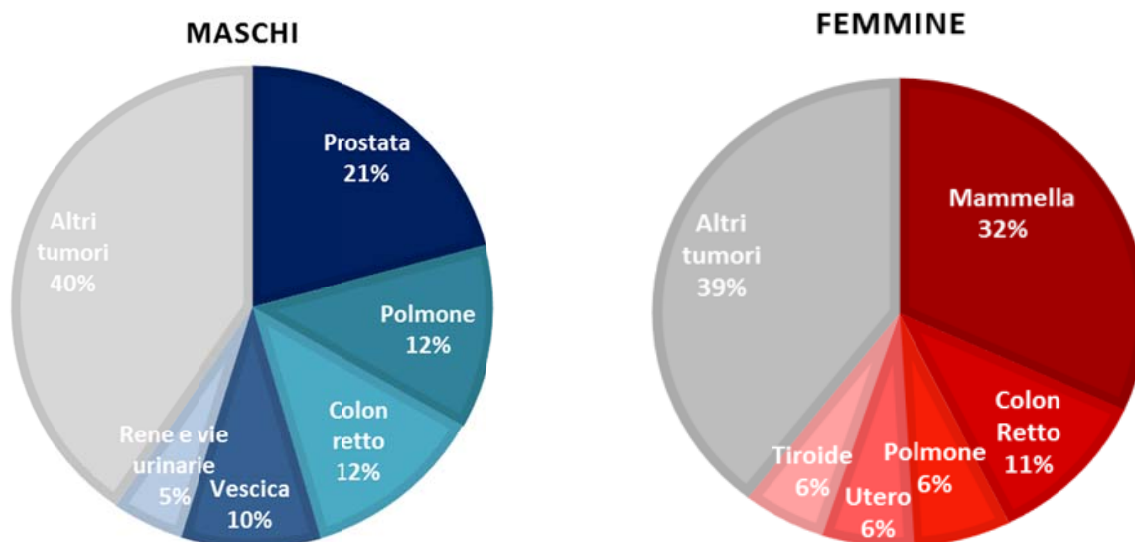
Nuovi casi di tumore stimati in Veneto nel 2018

A partire dai dati di incidenza osservati nel 2014-2015, si stimano per l'anno 2018 in Veneto 17.471 nuovi casi di tumore maligno negli uomini e 15.428 nelle donne, per un totale di circa 32.900 casi. Queste stime corrispondono a quasi 7 nuovi casi ogni 1.000 abitanti tra gli uomini e 6 nuovi casi tra le donne. Il tumore più frequente negli uomini è il tumore della prostata, seguito dal tumore del polmone e da quello del colon-retto. Nelle donne il più importante è il tumore della mammella, che rappresenta circa un terzo di tutti i casi, seguito da colon retto e polmone.

Nei maschi con meno di 50 anni i tumori più diffusi sono il melanoma e il tumore al testicolo; il tumore della prostata è il primo tumore negli uomini ultracinquantenni, seguito dal colon retto nei soggetti di 50-69 anni e dal polmone nei soggetti più anziani. Nelle donne il tumore della mammella è il più frequente in tutte le fasce di età analizzate, seguito nelle donne più giovani (0-49 anni) dal tumore della tiroide e da quello del colon-retto nelle donne di età superiore.

Tabella 2.14 – Stima dei nuovi casi di tumore diagnosticati nel 2018 in Veneto

| MASCHI | | | FEMMINE | | |
|---------------------|------------|-------|---------------------|------------|-------|
| SEDE | CASI /ANNO | % | SEDE | CASI /ANNO | % |
| Prostata | 3.638 | 20,8% | Mammella | 4.906 | 31,8% |
| Polmone | 2.164 | 12,4% | Colon Retto | 1.678 | 10,9% |
| Colon retto | 2.140 | 12,2% | Polmone | 989 | 6,4% |
| Vescica | 1.641 | 9,4% | Utero | 923 | 6,0% |
| Rene e vie urinarie | 833 | 4,8% | Tiroide | 850 | 5,5% |
| Fegato | 750 | 4,3% | Cute melanomi | 657 | 4,3% |
| Linfomi | 749 | 4,3% | Linfomi | 648 | 4,2% |
| Cute melanomi | 736 | 4,2% | Pancreas | 607 | 3,9% |
| Pancreas | 605 | 3,5% | Vescica | 450 | 2,9% |
| Stomaco | 594 | 3,4% | Rene e vie urinarie | 405 | 2,6% |
| Totale tumori | 17.471 | | Totale tumori | 15.428 | |

Figura 2.34 – Distribuzione dei nuovi casi di tumore stimati in Veneto nel 2018 sul totale dei tumori. Le 5 sedi più frequenti in ciascun sesso.

Andamento temporale dei tassi di incidenza

Osservando l'andamento temporale dei tassi di incidenza standardizzati del totale dei tumori tra il 1987 e il 2015 si osserva nei maschi una diminuzione significativa del rischio a partire dalla fine degli anni '90 (-1,6% all'anno). Nelle femmine la riduzione è inferiore (-0,4% all'anno) e inizia qualche anno più tardi.

Nel sesso maschile tutte le 10 sedi più importanti sono in decremento nell'ultimo periodo di osservazione, eccetto il melanoma che è in aumento. Dopo il picco registrato nel 2003, prosegue la riduzione dell'incidenza del tumore della prostata (-3,2% all'anno). L'incremento dell'incidenza osservato fino al 2003 appare dovuto in gran parte alla maggior diffusione del test del PSA, mentre il calo rilevato successivamente sembra essere il risultato dell'anticipazione diagnostica avvenuta negli anni precedenti. Continua il calo del tumore del polmone nei maschi, legato alla riduzione dell'abitudine al fumo (-4,2% all'anno). L'introduzione dello screening del tumore del colon-retto nella popolazione di età 50-69 anni (avviato nelle diverse ASL tra il 2002 e il 2009) sta determinando una sensibile diminuzione dei tassi (-4,6% dal 2007) come conseguenza dell'identificazione e bonifica di elevati numeri di

lesioni precancerose (adenomi avanzati). Per il tumore della vescica il decremento è del 2,4% annuo. Infine, il rischio di tumore del rene e degli altri organi urinari è in diminuzione a partire dalla metà degli anni '90 ed è pari a -1,5% all'anno.

Figura 2.35 – Totale delle neoplasie maligne, escluse le neoplasie cutanee non-melanoma: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013 osservato nell'area RTV, per sesso, Veneto. Anni 1987-2010 e 2013-2015

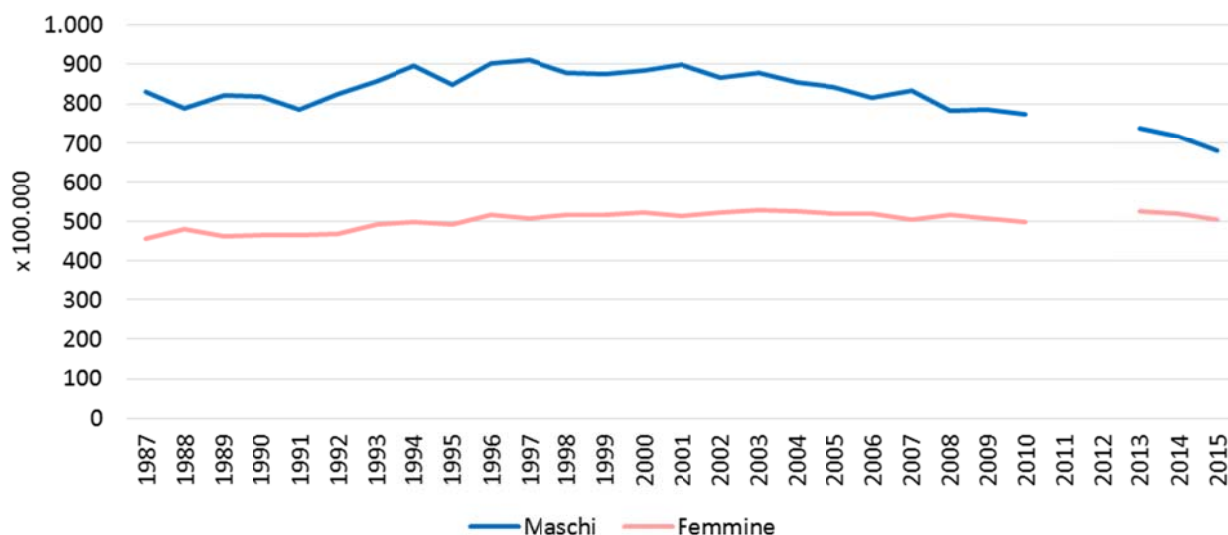
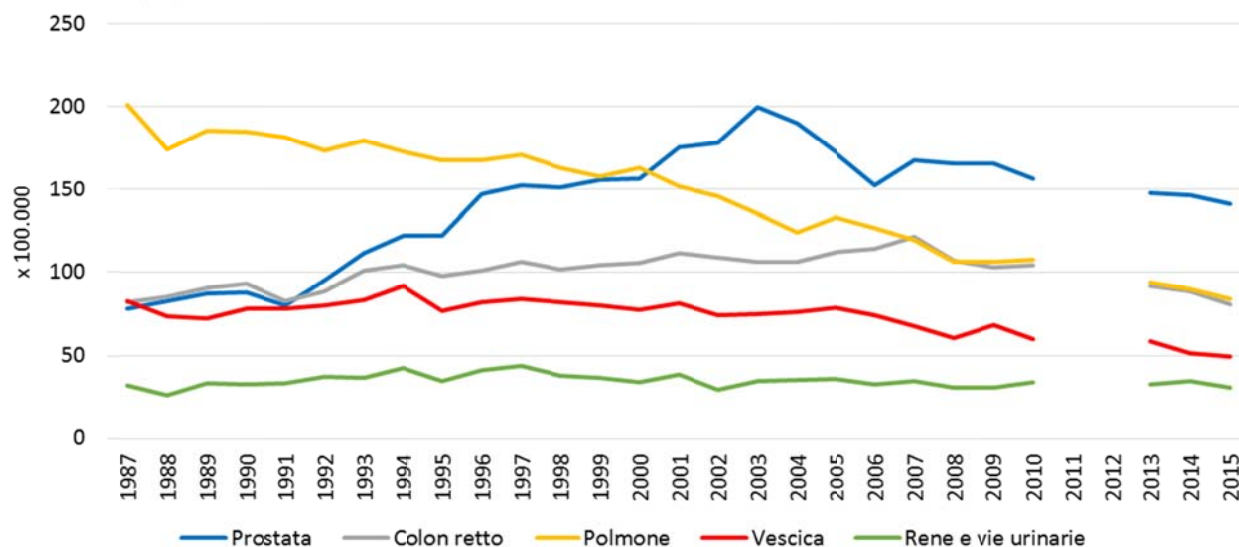


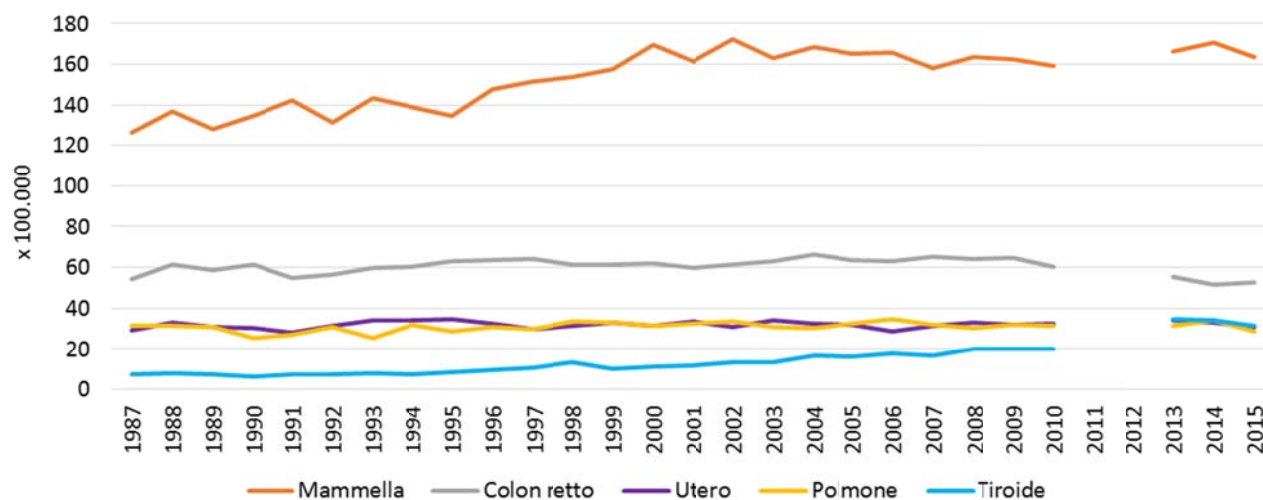
Figura 2.36 – Sedi più frequenti nei maschi: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013 osservato nell'area RTV, Veneto. Anni 1987-2010 e 2013-2015



Nelle donne l'incidenza del tumore della mammella è stabile dal 2000. L'effetto positivo dei programmi di screening colo-rettale sull'andamento dell'incidenza del tumore del colon retto nella popolazione femminile si è manifestato con un leggero ritardo rispetto ai maschi, con una riduzione dei tassi che è iniziata nel 2010. Il tumore del polmone è in leggero aumento (+0,5%), quello dell'utero è stabile, mentre è in forte aumento l'incidenza del tumore della tiroide (+5%). Quest'ultimo dato rispecchia l'andamento generale riportato a livello nazionale nelle aree con i dati di incidenza disponibili negli anni più recenti e non sembra sottendere un reale incremento del rischio di tumore nella popolazione femminile. Esso riflette piuttosto la crescente diffusione del ricorso ad indagini diagnostiche sulla tiroide e l'aumentata precisione e

sensibilità delle stesse, con l'incremento delle diagnosi di lesioni iniziali / localizzate con scarso significato clinico e con ottima prognosi.

Figura 2.37 – Sedi più frequenti nelle femmine: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013 osservato nell'area RTV, Veneto. Anni 1987-2010 e 2013-2015



Sito WEB

Da febbraio 2018 è on line il nuovo sito web istituzionale del Registro Tumori del Veneto (RTV), <https://www.registrotumoriveneto.it/>, che rende disponibile a tutti gli interessati (cittadinanza, decisori sanitari, mondo scientifico) il patrimonio informativo del Registro. Sono presenti i dati epidemiologici dei tumori della popolazione residente nel Veneto con dettagli che riguardano l'età degli ammalati, il sesso, la sede del tumore, l'ASL di residenza. Sono presentati i principali indicatori epidemiologici: incidenza (nuovi casi registrati), andamenti temporali, sopravvivenza, prevalenza. Gli indicatori sono stati calcolati utilizzando metodi statistici coerenti con le più solide esperienze internazionali.

Il sistema Web ha permesso di estendere agevolmente il calcolo *dinamico* di incidenza, sopravvivenza e prevalenza alla popolazione oggetto dell'estensione territoriale del RTV e di generare nuovi indicatori epidemiologici introdotti nelle monografie AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori), come sopravvivenza condizionata e rischio cumulativo. Particolare attenzione è stata data alla presentazione di indicatori di qualità dei dati.

Recapiti per ulteriori informazioni

Registro Tumori del Veneto
Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
Telefono: 049 8778130 – Fax: 049 8778147
e-mail: registro.tumori@azero.veneto.it
sito web: <https://www.registrotumoriveneto.it/>

2.6 Infarto acuto del miocardio

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

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

Quadro di sintesi

Il tasso di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio (IMA) è andato riducendosi nel periodo 2006-2018 in tutte le classi di età. In particolare il tasso di eventi con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) è in continua ed importante riduzione; di rilievo il sorpasso degli eventi senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) a scapito degli STEMI negli ultimi anni di osservazione. I tassi osservati sono nettamente superiori nel sesso maschile, dove quasi il 40% dei ricoveri per IMA avviene prima dei 65 anni.

E' stato analizzato l'andamento dell'ospedalizzazione per l'infarto acuto del miocardio (IMA) nel periodo 2006-2018 (i criteri di calcolo degli eventi di IMA sono riportati nel rapporto "I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2015"). Le analisi includono i ricoveri dei residenti in Veneto sia in strutture regionali che fuori Regione (mobilità passiva - non ancora disponibile per il 2018). Negli ultimi anni gli eventi di IMA ospedalizzati nei residenti in Veneto oscillano intorno ai 6.600 per anno; in circa il 50% dei casi si è trattato di infarto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). Il numero annuo di eventi di STEMI mostra un andamento in sensibile calo. Per quanto riguarda l'infarto senza sopraslivellamento del tratto ST (o infarto subendocardico, NSTEMI) il numero di eventi ospedalizzati è rimasto stabile fino al 2009, per poi aumentare progressivamente. Di rilievo dal punto di vista epidemiologico il sorpasso degli eventi NSTEMI a scapito degli STEMI negli ultimi tre anni di osservazione.

Tabella 2.15 - IMA: numero di eventi ospedalizzati per tipo di infarto. Residenti in Veneto, 2006-2018*
(*Anno 2018 mobilità passiva interregionale non disponibile) (Fonte: SER su dati SDO)

| Tipo | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| NSTEMI | 2.685 | 2.671 | 2.588 | 2.670 | 2.879 | 2.928 | 3.044 | 3.084 | 3.238 | 3.367 | 3.476 | 3.433 | 3.259 |
| STEMI | 4.555 | 4.367 | 4.274 | 4.068 | 3.880 | 3.679 | 3.543 | 3.350 | 3.323 | 3.370 | 3.351 | 3.243 | 3.164 |
| TOTALE | 7.240 | 7.038 | 6.862 | 6.738 | 6.759 | 6.607 | 6.587 | 6.434 | 6.561 | 6.737 | 6.827 | 6.676 | 6.423 |

Tabella 2.16 - IMA: numero e percentuale di eventi ospedalizzati per età e sesso. Residenti e ospedalizzati in Veneto, anno 2018 (mobilità passiva interregionale non disponibile) (Fonte: SER su dati SDO)

| Classe d'età | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|--------------|--------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 0-44 | 124 | 2,9 | 24 | 1,1 | 148 | 2,3 |
| 45-64 | 1.481 | 35,0 | 324 | 14,8 | 1.805 | 28,1 |
| 65-74 | 1.085 | 25,6 | 407 | 18,6 | 1.492 | 23,2 |
| 75-84 | 1.062 | 25,1 | 689 | 31,5 | 1.751 | 27,3 |
| 85+ | 482 | 11,4 | 745 | 34,0 | 1.227 | 19,1 |
| TOTALE | 4.234 | 100,0 | 2.189 | 100,0 | 6.423 | 100,0 |

L'IMA è raro in età giovanile, mentre risulta frequente a partire dai 45 anni nei maschi; nelle femmine colpisce principalmente le età più avanzate (circa i 2/3 degli IMA nelle donne avvengono sopra ai 75 anni, nei maschi questa proporzione è pari al 36%).

Il tasso complessivo di ricovero osservato nel periodo si è ridotto nel tempo; tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione mediante standardizzazione, la riduzione si amplia ulteriormente. Il calo dei tassi è maggiore nelle femmine e più evidente per gli eventi STEMI. Il tasso osservato di ricovero per IMA è superiore nei maschi rispetto alle femmine; il tasso standardizzato accentua le differenze tra i sessi (rapporto di 2,6:1 nel 2018), confermando come l'IMA colpisca con frequenza nettamente superiore i maschi.

Tabella 2.17 - IMA: tassi osservati di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto, 2006-2018* (*Anno 2018 mobilità passiva interregionale non disponibile) (Fonte: SER su dati SDO)

| | Maschi | | | Femmine | | | Totale | | |
|------|--------|-------|--------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|
| | NSTEMI | STEMI | Totale | NSTEMI | STEMI | Totale | NSTEMI | STEMI | Totale |
| 2006 | 70,0 | 117,3 | 187,3 | 44,8 | 77,3 | 122,1 | 57,1 | 96,9 | 154,0 |
| 2007 | 73,7 | 115,4 | 189,1 | 40,0 | 70,3 | 110,3 | 56,5 | 92,3 | 148,8 |
| 2008 | 69,1 | 113,9 | 183,0 | 39,8 | 65,9 | 105,7 | 54,1 | 89,4 | 143,5 |
| 2009 | 68,7 | 109,8 | 178,4 | 42,6 | 59,9 | 102,4 | 55,3 | 84,2 | 139,6 |
| 2010 | 75,5 | 103,9 | 179,4 | 44,1 | 57,5 | 101,6 | 59,5 | 80,1 | 139,6 |
| 2011 | 77,4 | 101,2 | 178,6 | 44,1 | 51,8 | 95,9 | 60,3 | 75,8 | 136,2 |
| 2012 | 81,1 | 97,8 | 178,8 | 45,2 | 49,4 | 94,6 | 62,7 | 72,9 | 135,6 |
| 2013 | 82,7 | 91,4 | 174,1 | 44,7 | 47,0 | 91,7 | 63,2 | 68,6 | 131,8 |
| 2014 | 82,7 | 92,1 | 174,8 | 49,5 | 44,0 | 93,6 | 65,7 | 67,4 | 133,2 |
| 2015 | 89,1 | 93,7 | 182,9 | 48,5 | 44,3 | 92,8 | 68,3 | 68,4 | 136,7 |
| 2016 | 94,1 | 95,7 | 189,8 | 48,6 | 42,0 | 90,6 | 70,8 | 68,2 | 139,0 |
| 2017 | 90,2 | 91,7 | 182,0 | 50,7 | 41,6 | 92,3 | 70,0 | 66,1 | 136,0 |
| 2018 | 88,1 | 88,6 | 176,7 | 45,8 | 41,5 | 87,2 | 66,4 | 64,5 | 130,9 |

Tabella 2.18 - IMA: tassi standardizzati di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto, 2006-2018* (*Anno 2018 mobilità passiva interregionale non disponibile). Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO)

| | Maschi | | | Femmine | | | Totale | | |
|------|--------|-------|--------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|
| | NSTEMI | STEMI | Totale | NSTEMI | STEMI | Totale | NSTEMI | STEMI | Totale |
| 2006 | 83,8 | 137,7 | 221,4 | 38,3 | 65,7 | 104,0 | 58,1 | 98,8 | 156,9 |
| 2007 | 86,6 | 133,9 | 220,4 | 34,0 | 58,2 | 92,2 | 56,5 | 92,3 | 148,8 |
| 2008 | 81,1 | 128,8 | 210,0 | 33,2 | 54,0 | 87,2 | 53,6 | 88,4 | 141,9 |
| 2009 | 79,6 | 122,5 | 202,1 | 35,0 | 48,8 | 83,8 | 54,1 | 82,4 | 136,5 |
| 2010 | 84,3 | 114,2 | 198,6 | 35,7 | 45,6 | 81,3 | 57,3 | 76,8 | 134,1 |
| 2011 | 85,1 | 108,7 | 193,8 | 35,3 | 41,0 | 76,3 | 57,3 | 71,8 | 129,0 |
| 2012 | 87,1 | 102,8 | 189,8 | 35,6 | 38,2 | 73,8 | 58,6 | 67,8 | 126,4 |
| 2013 | 87,3 | 93,8 | 181,1 | 34,8 | 35,8 | 70,5 | 58,2 | 62,8 | 120,9 |
| 2014 | 84,7 | 92,6 | 177,2 | 38,3 | 33,2 | 71,5 | 59,5 | 60,8 | 120,2 |
| 2015 | 89,5 | 92,1 | 181,6 | 36,6 | 33,0 | 69,6 | 60,6 | 60,6 | 121,2 |
| 2016 | 92,3 | 92,1 | 184,4 | 36,2 | 30,7 | 66,9 | 61,6 | 59,5 | 121,0 |
| 2017 | 87,2 | 86,5 | 173,7 | 37,1 | 30,2 | 67,3 | 59,7 | 57,0 | 116,7 |
| 2018 | 83,4 | 82,4 | 165,8 | 33,0 | 29,8 | 62,8 | 56,0 | 54,7 | 110,7 |

Confrontando i tassi specifici per classe di età e sesso, si evidenzia un notevole gap tra maschi e femmine, che tende a ridursi, almeno in termini relativi, con l'aumentare dell'età. L'andamento dal 2006 al 2018 mostra un calo nell'ospedalizzazione per IMA sostanzialmente in tutte le età e per entrambi i sessi. Sotto i 45 anni gli eventi sono rari e colpiscono pressoché solo i maschi. Nella classe di 45-64 anni l'ospedalizzazione risulta comunque ancora quadrupla nel sesso maschile. La riduzione maggiore dei tassi di ricovero per IMA nell'ultimo periodo si

osserva a partire dai 74 anni. A livello di Azienda ULSS di residenza vi sono differenze notevoli nel tasso di ospedalizzazione per IMA, anche considerando la diversa struttura per età della popolazione. Questo può essere dovuto sia a una reale differenza di incidenza dell'IMA, sia a difformità della codifica delle diagnosi nella scheda di dimissione ospedaliera.

Figura 2.38 - IMA: Tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso e classe di età. Residenti in Veneto, anni 2006-2018* (*Anno 2018 mobilità passiva interregionale non disponibile) (Fonte: SER su dati SDO)

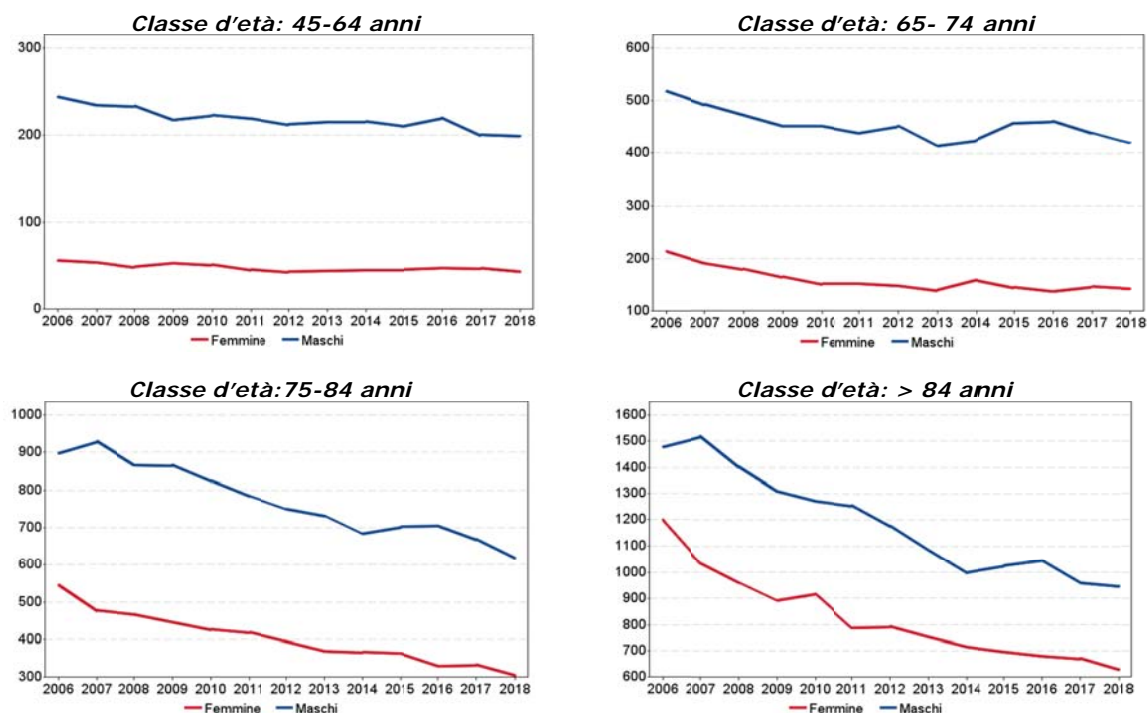
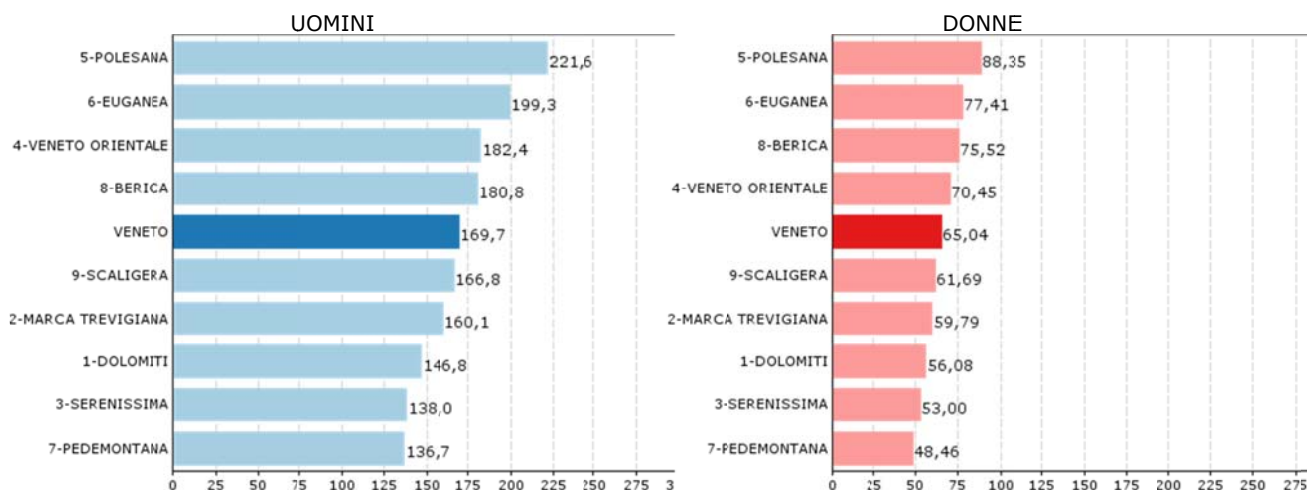


Figura 2.39 - IMA: Tasso standardizzato di eventi ospedalizzati (per 100.000) per Azienda ULSS di residenza. Residenti in Veneto, periodo 2017-2018* (*Anno 2018 mobilità passiva interregionale non disponibile). Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO)



Approfondimenti Metodologici

Rapporto SER "[I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2015](#)", gennaio 2017

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@azero.veneto.it

2.7 Malattie cerebrovascolari

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

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

Quadro di sintesi

Le malattie cerebrovascolari acute sono molto rilevanti per la loro diffusione e per le gravi conseguenze sullo stato di salute delle persone colpite. Ogni anno in Veneto si verificano circa 9.000 eventi di ictus ospedalizzati nei residenti; nel 77% dei casi si tratta di ictus ischemico, nel 19% di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea. L'andamento temporale nel periodo considerato rivela una riduzione dei tassi standardizzati negli ultimi anni in tutti i diversi tipi di ictus.

La frequenza maggiore di eventi si trova negli over 74-anni, tranne nelle emorragie subaracnoidee in cui c'è la maggior parte degli eventi nei soggetti di 45-64 anni.

Per descrivere i principali aspetti epidemiologici dell'ospedalizzazione per ictus in Veneto sono stati considerati i ricoveri con le seguenti diagnosi principali: emorragia subaracnoidea (codice ICD-9-CM: 430); emorragia cerebrale (ICD-9-CM: 431); ictus ischemico o non specificato (ICD-9-CM: 433.1 con DRG medico, 434.1, 436). I trasferimenti tra ospedali per acuti (evento frequente soprattutto per gli ictus di tipo emorragico) e le riammissioni avvenute entro 28 giorni dalla data del primo ricovero sono stati ricondotti allo stesso evento (le analisi includono i ricoveri ospedalieri di residenti avvenuti sia in ospedali del Veneto che fuori Regione, ad eccezione dell'anno 2018 per cui non sono ancora disponibili i dati di mobilità passiva). I criteri di calcolo degli eventi di ictus sono riportati nel rapporto "I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2015".

Tabella 2.19 - Numero di eventi di ictus ospedalizzati per anno. Residenti in Veneto, 2006-2018*
(*Anno 2018 mobilità passiva interregionale non disponibile) (Fonte: SER su dati SDO)

| Tipo di ictus | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018* |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Emorragia cerebrale | 1.556 | 1.481 | 1.608 | 1.586 | 1.703 | 1.629 | 1.664 | 1.771 | 1.748 | 1.750 | 1.792 | 1.719 | 1.727 |
| Emorragia subaracnoidea | 390 | 354 | 361 | 409 | 423 | 380 | 361 | 390 | 406 | 362 | 378 | 348 | 396 |
| Ictus ischemico | 7.477 | 7.466 | 7.255 | 7.181 | 7.258 | 6.897 | 6.982 | 6.949 | 7.044 | 7.163 | 7.184 | 6.776 | 6.535 |
| Totale | 9.423 | 9.301 | 9.224 | 9.176 | 9.384 | 8.906 | 9.007 | 9.110 | 9.198 | 9.275 | 9.354 | 8.843 | 8.658 |

Va evidenziata una disomogeneità nell'andamento temporale delle ospedalizzazioni nei tre sottotipi, con una tendenza in diminuzione nel numero di eventi per l'ictus ischemico, mentre c'è un aumento degli eventi di tipo emorragico. Nel 2018 il 75% degli eventi è di tipo ischemico, nel 20% dei casi si tratta di emorragia cerebrale e nel 5% di emorragia subaracnoidea. La distribuzione per sesso e classe di età (Figura 2.40) evidenzia come l'ictus sia una patologia frequente soprattutto nelle età avanzate: oltre il 63% degli eventi avviene in soggetti di età superiore ai 74 anni. Le emorragie subaracnoidee sono quantitativamente

minori, ma a differenza degli altri tipi colpiscono maggiormente, in entrambi i sessi, la fascia d'età 45-64 anni.

Figura 2.40 – Percentuale di eventi di ictus ospedalizzati per età e sesso. Residenti in Veneto, periodo 2006-2018*. (*Anno 2018 mobilità passiva interregionale non disponibile) (Fonte: SER su dati SDO)

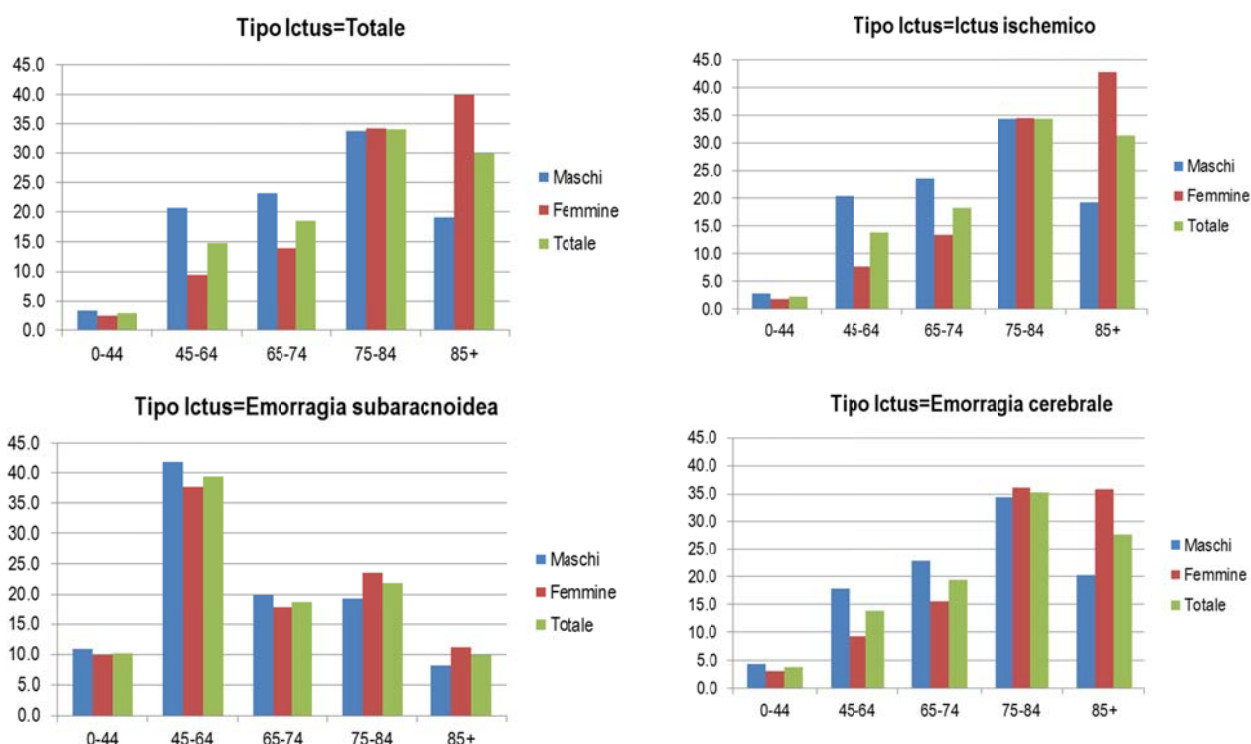
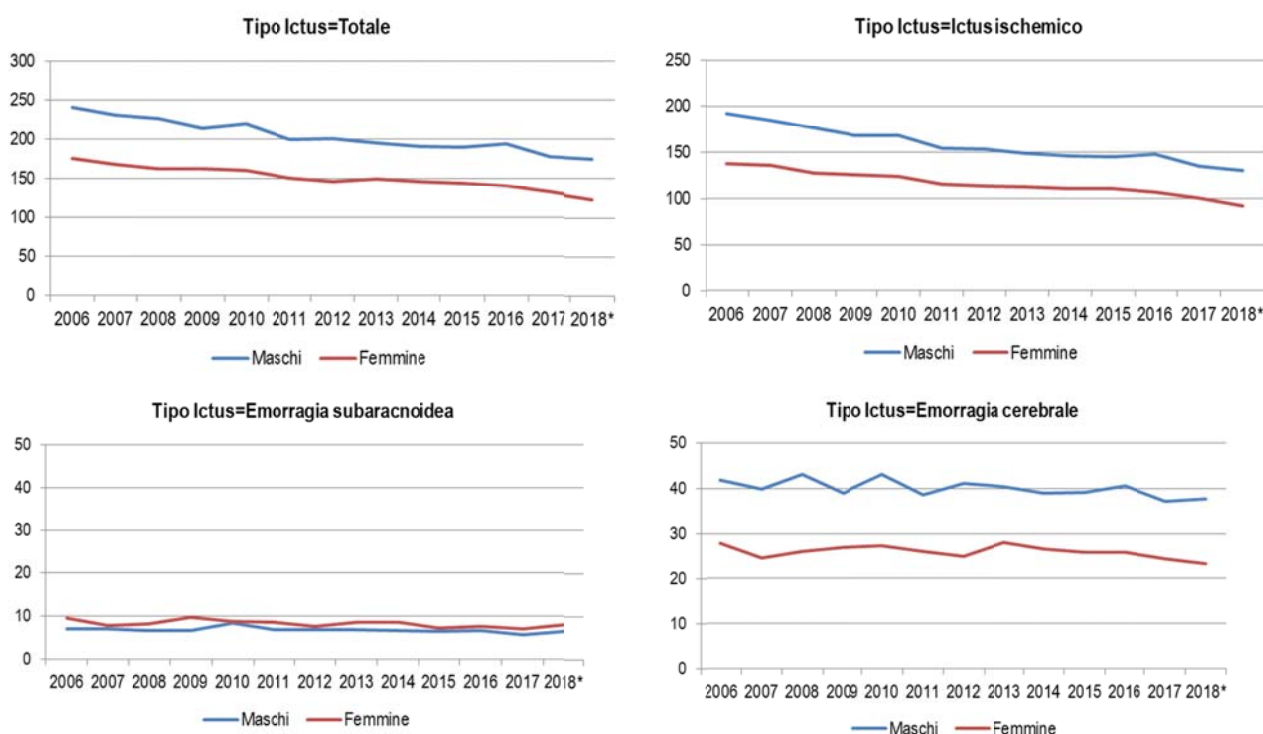


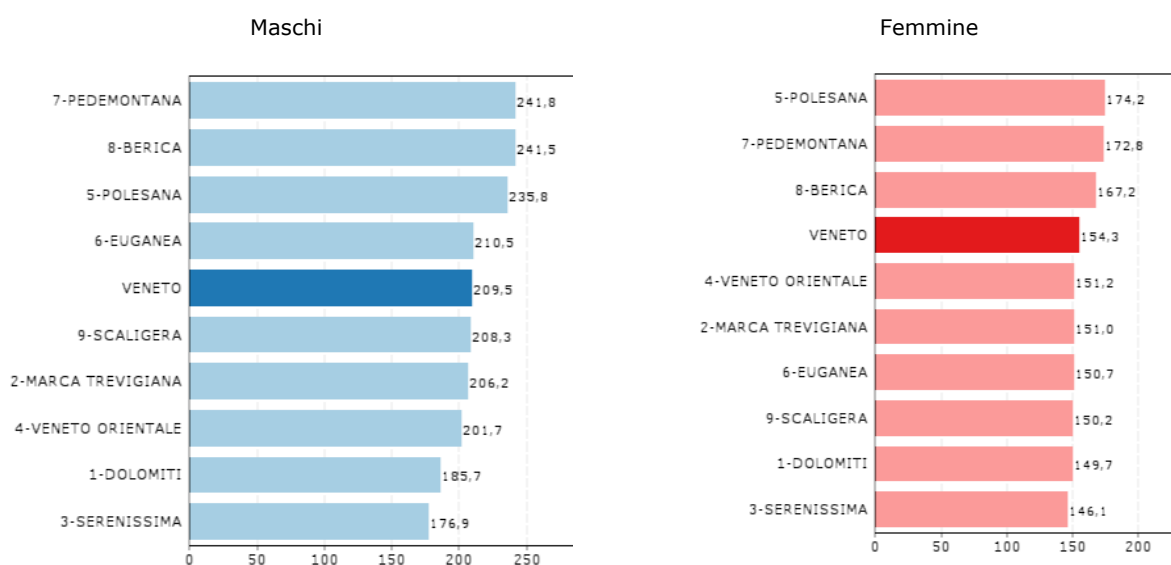
Figura 2.41 - Tassi standardizzati di eventi di ictus ospedalizzati per sesso (per 100.000). Residenti in Veneto, anni 2006-2018*. (*Anno 2018 mobilità passiva interregionale non disponibile)
Popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO)



La sostanziale stabilità del numero di eventi va interpretata alla luce dell'aumento della popolazione in età anziana: ciò comporta una diminuzione del tasso standardizzato di ospedalizzazione per ictus sia nei maschi che nelle femmine, con valori comunque sistematicamente più elevati per i maschi.

A livello di Azienda ULSS di residenza (Figura 2.42) si può osservare una variabilità nel tasso standardizzato di ospedalizzazione per ictus con scostamenti di modesta entità, più marcati nel sesso maschile. È presumibile che parte delle differenze riscontrate sia giustificata da una diversità nella codifica delle diagnosi nella scheda di dimissione ospedaliera.

Figura 2.42 - Tassi standardizzati di eventi di ictus ospedalizzati per sesso (per 100.000)
Residenti in Veneto, periodo 2006-2018*. (*Anno 2018 mobilità passiva interregionale non disponibile)
Popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO)



Approfondimenti Metodologici

Rapporto SER "[I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2015](#)", gennaio 2017

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2.8 Insufficienza renale cronica

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

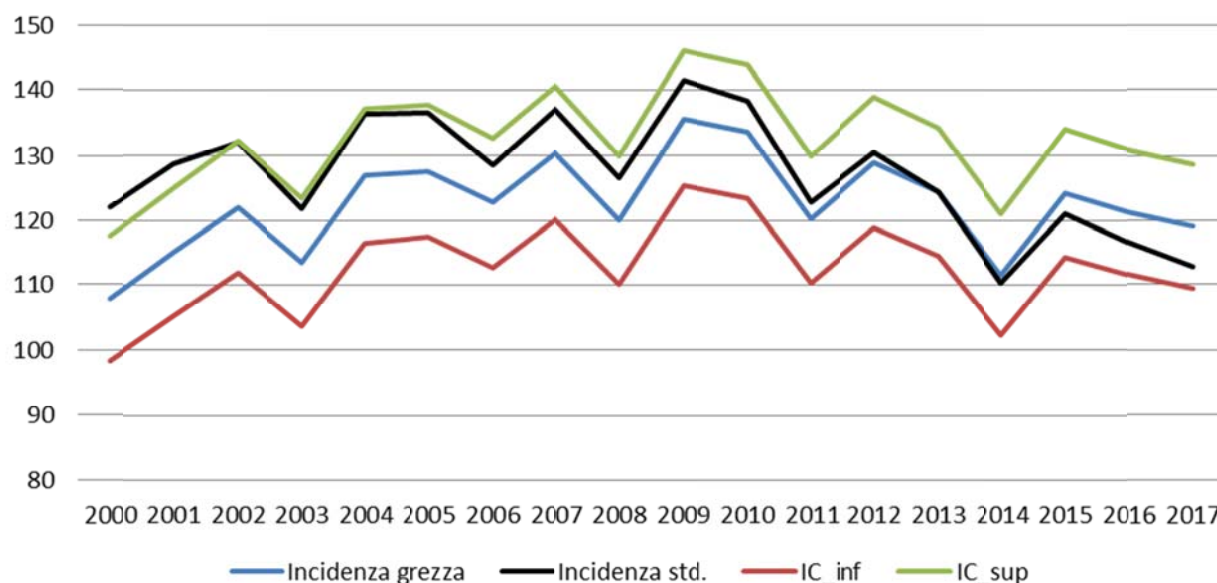
1. *Il Sistema Centri regionale/Sistema epidemiologico Regionale/Registro regionale dialisi e trapianto*, pag. 140.
2. *Presidi ospedalieri di rete con bacino di circa 200.000 abitanti, servizi di diagnosi e cura (... dialisi)*, pag. 70.
3. *Rete clinica dei trapianti*, pag. 79.

Quadro di sintesi

La malattia renale cronica (MRC) in fase terminale colpisce circa 5mila pazienti nel Veneto, che necessitano di trattamento renale sostitutivo (RRT, dialisi o trapianto renale). Dal 2015, questo numero è tornato ad aumentare leggermente, dal momento che il numero di decessi resta sempre più basso di quello dei nuovi casi, anche se l'incidenza sta calando e la mortalità è in aumento.

Circa 5mila soggetti in Veneto soffrono di malattia renale cronica (MRC) e necessitano di trattamento renale sostitutivo (dialisi o trapianto renale), trovandosi nella fase terminale della malattia. Ogni anno ricevono trattamento dialitico mediamente 580 nuovi pazienti. L'incidenza negli ultimi anni sta lentamente calando e nel 2017 è stata pari a 113 pmp (tasso standardizzato).

Figura 2.43 – Incidenza (per 1.000.000) grezza e standardizzata della MRC che richiede RRT, Veneto, 2000-2017. Standardizzazione diretta (popolazione standard: Italia, censimento 2011).



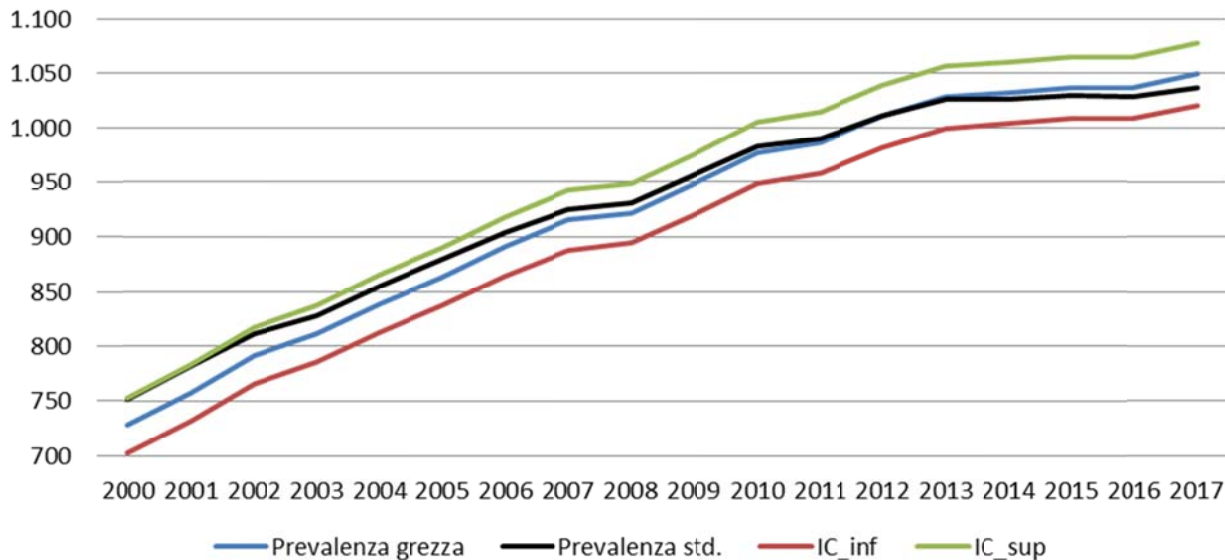
IC_inf = estremo inferiore dell'intervallo confidenza al 95% per il tasso grezzo

IC_sup = estremo superiore dell'intervallo confidenza al 95% per il tasso grezzo

Tra i pazienti in MRC che necessitano di trattamento renale sostitutivo (RRT) si registrano mediamente 370 decessi all'anno. Nel 2017 i decessi sono stati 531, pari a un 103 per 1.000.000 (tasso standardizzato) e hanno riguardato, per il 71% pazienti in emodialisi, per il 15% trapiantati e per il 14% pazienti in dialisi peritoneale. Nel tempo è andata aumentando la quota di deceduti trapiantati, passati dal 5% al 15%. Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che,

dopo una ventina d'anni, stanno giungendo a decesso parte dei numerosi pazienti che hanno avuto un trapianto negli anni '90.

Figura 2.44 – Prevalenza (per 1.000.000) grezza e standardizzata della MCR che richiede RRT, Veneto, 2000-2017. Standardizzazione diretta (popolazione standard: Italia, censimento 2011)



IC_inf = estremo inferiore dell'intervallo confidenza al 95% per il tasso grezzo

IC_sup = estremo superiore dell'intervallo confidenza al 95% per il tasso grezzo

La prevalenza, dopo un periodo di stabilità tra 2013 e 2016, è tornata ad aumentare. Questo avviene perché l'incidenza è scesa leggermente e la mortalità, pur aumentando, resta inferiore al tasso di nuovi casi. L'elevato numero di prevalenti in RRT (5.150 nel 2017) delinea un quadro impegnativo in termini di consumo di risorse economiche, sociali e sanitarie per il Veneto.

Recapiti per ulteriori informazioni

Registro Veneto di Dialisi e Trapianto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

Telefono: 049 877 8257

e-mail: registro.dialisi@azero.veneto.it

2.9 Malattie professionali e infortuni sul lavoro

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

Promozione della salute e prevenzione delle malattie - Aree prioritarie di intervento: prevenire gli eventi infortunistici in ambito lavorativo e le patologie lavoro-correlate (§ 3.4.1 pag. 86); promuovere la cultura della salute nei confronti dei datori di lavoro e dei lavoratori dei comparti a rischio (§ 3.4.1 pag. 87); prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici (§ 3.4.1 pag. 90).

Quadro di sintesi

I flussi informativi e i sistemi di conoscenza dei danni acuti e cronici associati a rischi professionali, oltre a garantire una rassegna di dati su infortuni sul lavoro e malattie professionali, sono essenziali per la pianificazione strategica di interventi di prevenzione basati su priorità di salute e per la verifica della loro efficacia.

In particolare, se la distribuzione di malattie professionali rappresenta l'esito di processi passati, diversamente il fenomeno infortunistico riflette situazioni di rischio attuale negli ambienti di lavoro.

Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro totali, in un quadro pluriennale di progressiva diminuzione, nel 2017 si osserva una lieve flessione degli infortuni denunciati rispetto al 2016; gli infortuni riconosciuti, invece, sono in linea con il 2016, rallentando la tendenza in aumento osservata tra 2015 e 2016. Con riferimento alla gravità degli esiti, i dati relativi al 2017 confermano un andamento in progressiva riduzione, più marcata per quanto riguarda gli infortuni più gravi, sia in termini assoluti, sia in rapporto al numero di lavoratori a rischio.

Per quanto riguarda le malattie professionali, fenomeno più complesso in ragione della latenza tra esposizione e malattia, rispetto al 2016 i dati relativi al 2017 evidenziano una flessione delle malattie riconosciute, a fronte di un incremento delle malattie denunciate.

La principale, nonché più completa, fonte informativa relativa al contesto socio-occupazionale (numero di lavoratori) e alla frequenza di danni acuti e cronici associati all'esposizione a fattori di rischio professionali (infortuni sul lavoro e malattie professionali) è costituita dall'archivio "Flussi INAIL-Regioni". Si riportano i dati disponibili nell'ultimo aggiornamento (maggio 2019), precisando che sono suscettibili di revisioni periodiche, pertanto alcuni valori potrebbero differire, in misura trascurabile, rispetto ai valori riportati in precedenti documenti.

Infortuni sul Lavoro

L'andamento degli infortuni sul lavoro è oggetto di un monitoraggio periodico a supporto delle decisioni strategiche, sia a livello regionale, sia a livello locale, e finalizzato ad una programmazione mirata degli interventi di prevenzione.

La Figura 2.45 riporta i dati generali relativi al periodo 2010-2017, con particolare riferimento a: infortuni denunciati all'ente assicuratore (INAIL - Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro), infortuni riconosciuti, infortuni riconosciuti con esclusione degli infortuni *in itinere*, infortuni riconosciuti ed effettivamente accaduti in occasione di lavoro (per il 2017 pari al 47% degli infortuni denunciati)

Rispetto all'anno precedente, i dati relativi al 2017 sono caratterizzati complessivamente da una lieve flessione, in un quadro pluriennale di progressiva diminuzione.

La Figura 2.46 riporta, in ordine decrescente, i dati degli infortuni sul lavoro riconosciuti da INAIL suddivisi per comparto produttivo e relativi al 2017. Si precisa che tali dati includono gli infortuni stradali; si precisa altresì che la numerosità nel comparto Servizi è riconducibile alla

numerosità degli addetti piuttosto che allo specifico rischio lavorativo, dal momento che tale comparto include anche tutti gli impiegati delle aziende che svolgono attività manifatturiere; diversamente, nelle aziende manifatturiere sono conteggiati solo gli addetti che appartengono a Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) con voce di tariffa corrispondente alla lavorazione.

Figura 2.45 – Infortuni sul lavoro denunciati e riconosciuti. Veneto, 2010-2017. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)

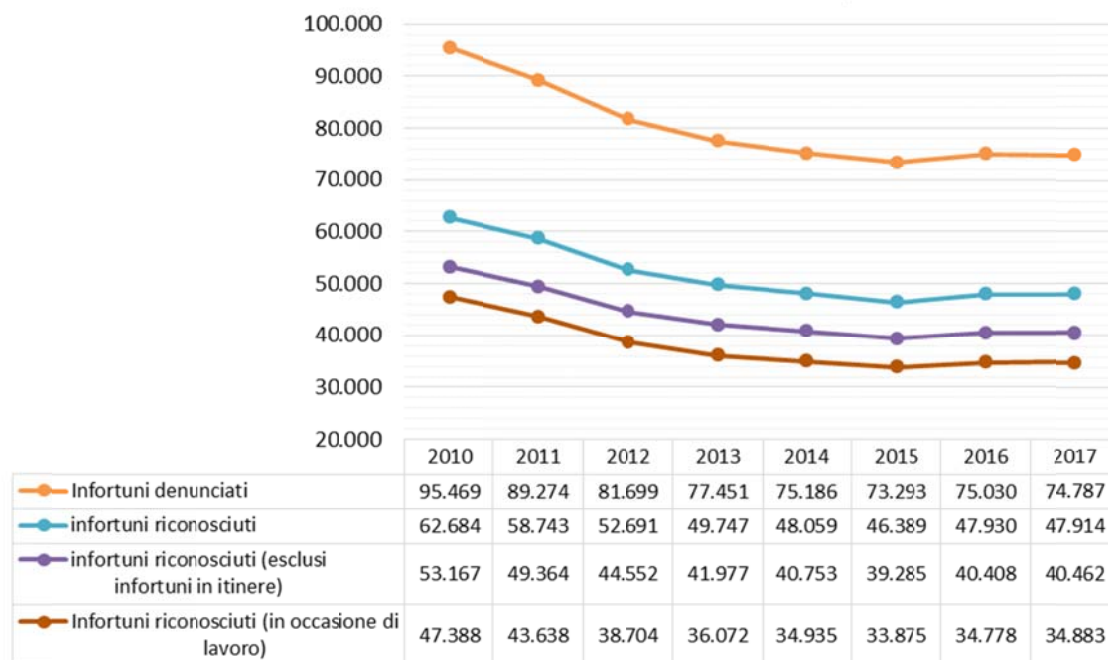
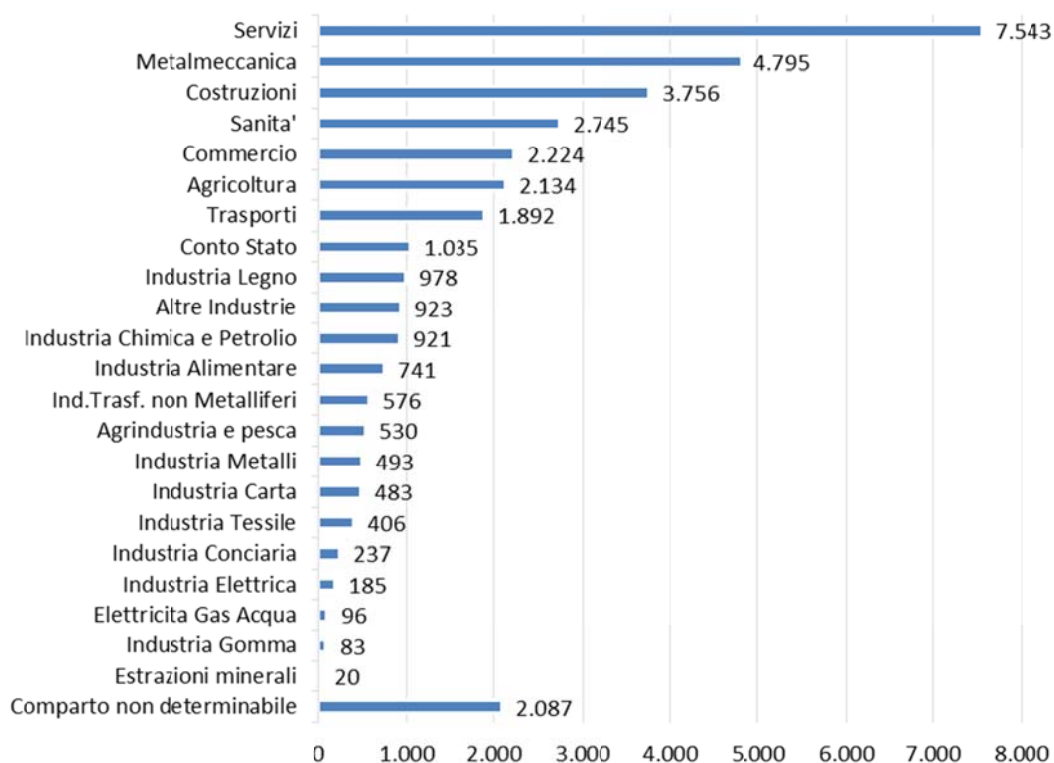


Figura 2.46 – Totale infortuni in occasione di lavoro (inclusi stradali) riconosciuti da INAIL per comparto produttivo. Veneto, 2017. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)



Si analizza la gravità degli infortuni riconosciuti, avvenuti effettivamente in occasione di lavoro e riconducibili ad un'attività lavorativa (con l'esclusione pertanto degli infortuni *in itinere* e degli infortuni avvenuti a danno di sportivi, studenti, collaboratori familiari, badanti). Si precisa che l'ultimo anno riportato è sottostimato (in particolar modo per gli infortuni invalidanti) a causa della latenza della definizione conclusiva dei casi con prognosi più lunga e più grave.

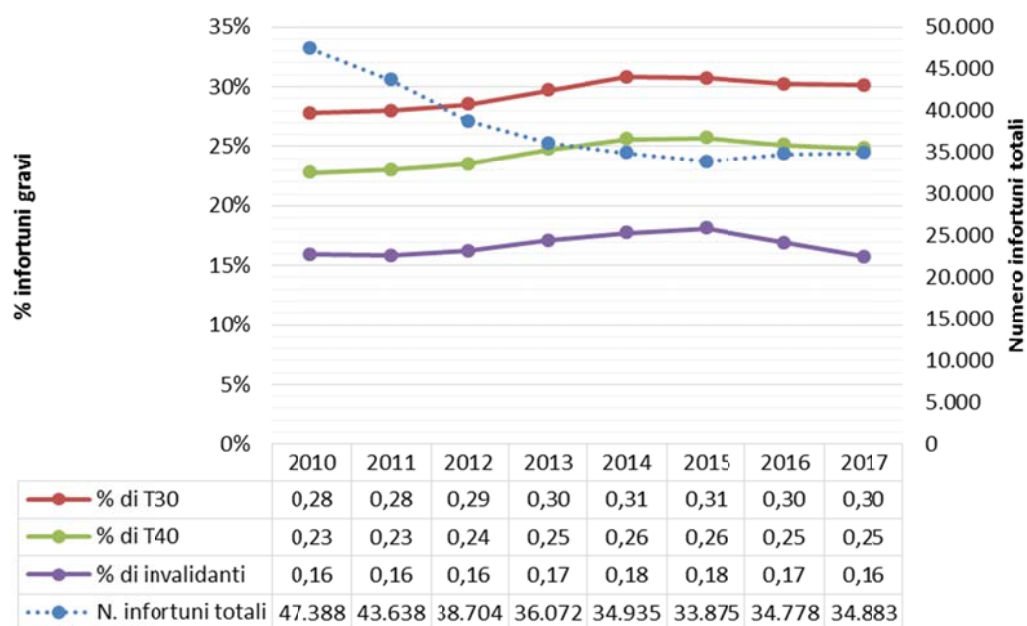
La Tabella 2.20 riporta il numero di infortuni in occasione di lavoro ordinato in funzione della gravità degli esiti. Sono evidenziati i casi gravi: infortuni con prognosi superiore a 30 giorni (T30), infortuni con prognosi superiore a 40 giorni (T40), infortuni invalidanti (infortuni con esiti permanenti o con esito mortale).

In Figura 2.47 è riportata la percentuale di casi gravi, come sopra definiti, sul totale degli infortuni in occasione di lavoro riconosciuti: tale percentuale rappresenta una stima del rischio di infortuni gravi nelle lavorazioni svolte, ma può essere distorta dal fenomeno di sottotifica dei casi lievi. I dati relativi al 2017 confermano un andamento in progressiva riduzione, più marcata per quanto riguarda gli infortuni più gravi.

Tabella 2.20 – Esiti degli infortuni sul lavoro. Veneto, 2010-2017. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)

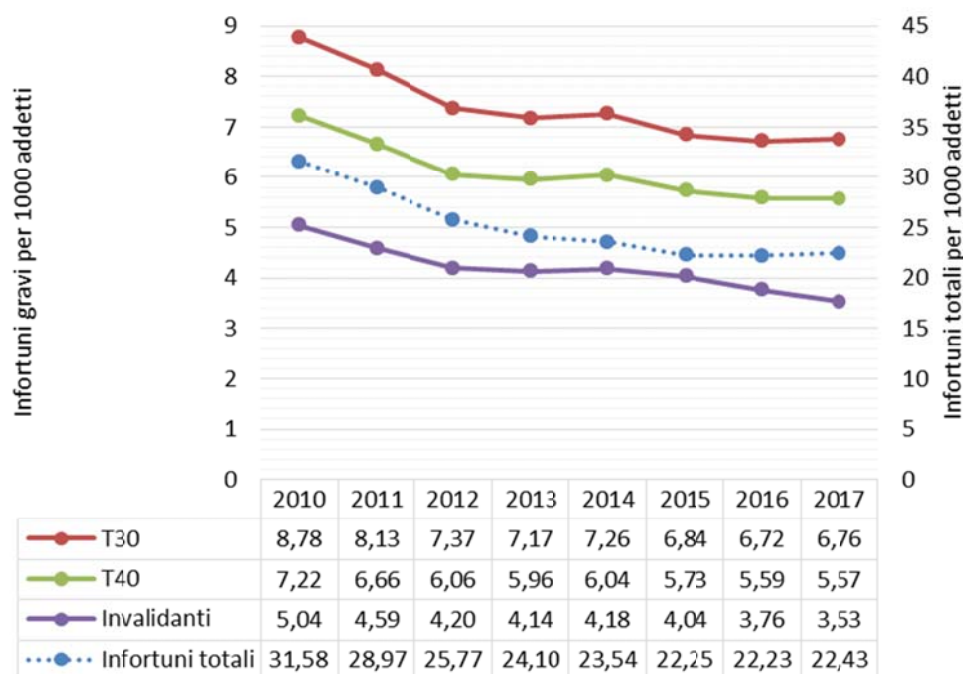
| Esito evento | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Inabilità <4 giorni | 2.396 | 2.400 | 2.214 | 2.146 | 2.113 | 1.934 | 2.073 | 2.185 |
| Inabilità temporanea da 4 a 30 giorni | 31.818 | 28.987 | 25.423 | 23.189 | 22.052 | 21.529 | 22.199 | 22.178 |
| Inabilità temporanea da 31 a 40 | 2.345 | 2.210 | 1.959 | 1.811 | 1.814 | 1.694 | 1.767 | 1.862 |
| Inabilità temporanea > 40 giorni | 3.270 | 3.126 | 2.804 | 2.737 | 2.755 | 2.569 | 2.861 | 3.165 |
| Inabilità permanente fino a 5% | 5.078 | 4.704 | 4.233 | 4.098 | 4.121 | 4.117 | 3.820 | 3.734 |
| Inabilità permanente da 6% a 15% | 2.001 | 1.764 | 1.669 | 1.728 | 1.698 | 1.613 | 1.687 | 1.433 |
| Inabilità permanente da 16% a 33% | 350 | 331 | 298 | 278 | 286 | 317 | 281 | 243 |
| Inabilità permanente da 34% a 59% | 49 | 46 | 42 | 41 | 40 | 35 | 32 | 26 |
| Inabilità permanente da 60% a 79% | 8 | 9 | 8 | 3 | 8 | 11 | 6 | 1 |
| Inabilità permanente ≥80% | 9 | 6 | 5 | 9 | 4 | 3 | 3 | 6 |
| Esito mortale | 64 | 55 | 49 | 32 | 44 | 53 | 49 | 50 |
| TOTALE | 47.388 | 43.638 | 38.704 | 36.072 | 34.935 | 33.875 | 34.778 | 34.883 |

Figura 2.47 – Percentuale di casi gravi. Veneto, 2010-2017. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)



Più indicativo del rischio di infortunio nel medio-lungo periodo è il rapporto tra infortuni gravi accaduti nel territorio sul totale degli addetti delle aziende del territorio: tale indicatore descrive un andamento progressivamente in calo nel periodo considerato (Figura 2.48).

Figura 2.48 – Tasso grezzo di incidenza di infortuni gravi. Veneto, 2010-2017. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)



Per un approfondimento specifico relativo agli infortuni sul lavoro con esito mortale si rimanda alla pubblicazione indicata in calce.

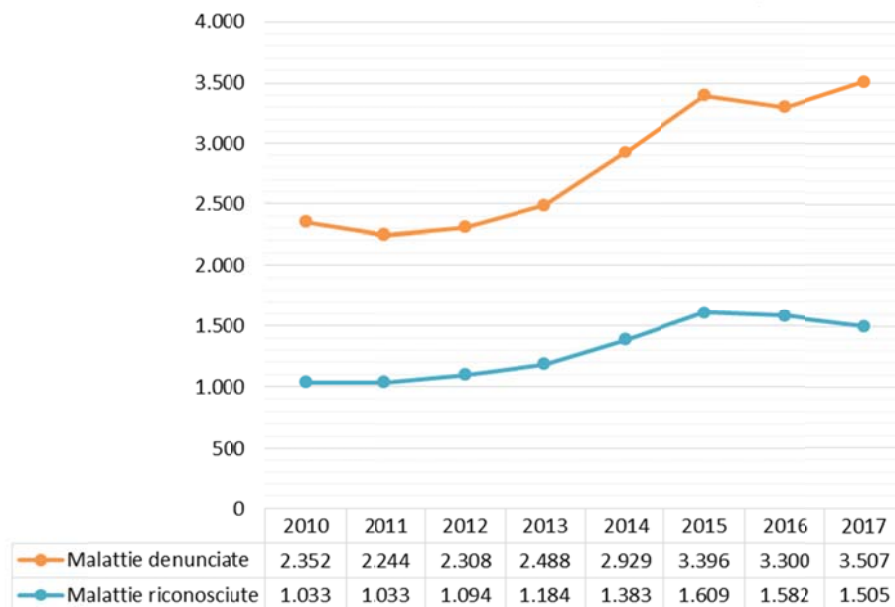
Malattie Professionali

Diversamente dal fenomeno infortunistico, che riflette situazioni di rischio negli ambienti di lavoro attuali (e pertanto suscettibili di miglioramento in caso di interventi di prevenzione da parte degli organi del Servizio Sanitario Regionale), la distribuzione di malattie professionali rappresenta solitamente l'esito di processi passati, ed è pertanto più difficilmente inquadrabile, in ragione sia del tempo di latenza molto variabile tra esposizione professionale ed eventuale insorgenza della malattia, sia dell'indennizzabilità ai sensi della normativa vigente.

La Figura 2.49 riporta i dati generali relativi al periodo 2010-2017, con particolare riferimento a: malattie professionali denunciate all'ente assicuratore (INAIL - Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro), malattie professionali riconosciute.

Rispetto all'anno precedente, i dati relativi al 2017 evidenziano una flessione delle malattie riconosciute, a fronte di un incremento delle malattie denunciate.

In Tabella 2.21 sono riportati i dati relativi alle malattie professionali riconosciute nel periodo di tempo 2010-2017, per anno di manifestazione, suddivise in base alla classificazione ICD-X.

Figura 2.49 – Malattie professionali denunciate e riconosciute. Veneto, 2010-2017. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)**Tabella 2.21** – Malattie professionali riconosciute. Veneto, 2010-2017. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)

| Malattie professionali | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Tumori | 71 | 101 | 86 | 83 | 107 | 101 | 108 | 85 |
| Mesoteliomi | 48 | 54 | 37 | 44 | 46 | 52 | 51 | 32 |
| T. maligni dell'apparato respiratorio | 13 | 32 | 28 | 21 | 34 | 27 | 28 | 23 |
| T. maligni dell'apparato urinario | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 |
| T. maligni della cute | 4 | 9 | 13 | 16 | 21 | 18 | 18 | 24 |
| Altri | 4 | 5 | 5 | 1 | 5 | 3 | 7 | 5 |
| Malattie non tumorali | 876 | 931 | 1.007 | 1.101 | 1.275 | 1.508 | 1.474 | 1.416 |
| Ipoacusia da rumore | 275 | 224 | 199 | 162 | 166 | 162 | 149 | 142 |
| M. dell'apparato respiratorio | 77 | 62 | 72 | 88 | 93 | 82 | 55 | 63 |
| di cui: | | | | | | | | |
| placche pleuriche | 51 | 43 | 43 | 58 | 65 | 49 | 32 | 33 |
| pneumoconiosi | 15 | 7 | 16 | 10 | 11 | 7 | 12 | 20 |
| M. della cute | 39 | 35 | 39 | 43 | 30 | 39 | 29 | 43 |
| di cui: | | | | | | | | |
| dermatiti allergiche da contatto | 31 | 30 | 27 | 28 | 21 | 29 | 17 | 31 |
| dermatiti irritative da contatto | 6 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 0 | 4 |
| M. del sistema osteo-muscolare | 363 | 478 | 572 | 648 | 801 | 1.020 | 1.033 | 967 |
| di cui: | | | | | | | | |
| a carico del rachide | 151 | 219 | 257 | 277 | 377 | 490 | 462 | 411 |
| a carico dell'arto superiore | 164 | 189 | 210 | 239 | 245 | 313 | 316 | 328 |
| M. del sistema nervoso periferico | 115 | 126 | 117 | 155 | 180 | 203 | 199 | 198 |
| di cui: | | | | | | | | |
| sindrome del tunnel carpale | 114 | 120 | 109 | 151 | 157 | 194 | 194 | 194 |
| Altre malattie | 7 | 6 | 8 | 5 | 5 | 2 | 9 | 3 |
| Malattia non determinata | 86 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| TOTALE | 1.033 | 1.033 | 1.094 | 1.184 | 1.383 | 1.609 | 1.582 | 1.505 |

Definizione dell'esposizione ad amianto nei casi di mesotelioma incidenti in Veneto

Il Registro regionale dei casi di mesotelioma svolge la funzione di Centro Operativo Regionale (COR), cioè di articolazione regionale del Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM), istituito secondo il DPCM 308/2002, con lo scopo di svolgere la raccolta e approfondimento sistematico

dei casi di mesotelioma. A partire dal 1987 sono stati registrati 2.576 mesoteliomi, insorti in circa 3 casi su 4 in uomini. Nell'ultimo decennio il numero annuo di nuove neoplasie oscilla tra 100 e 120. Le province del Veneto che presentano per entrambi i generi la maggiore incidenza di mesotelioma sono quelle di Venezia e Padova, che esprimono più della metà del totale dei casi. Circa il 93% dei mesoteliomi è a carico della pleura e quasi il 7% colpisce il peritoneo; quest'ultima proporzione è maggiore nelle donne (10%). L'età mediana all'insorgenza della neoplasia è di 70 anni.

Sulla base delle informazioni raccolte, per ciascun nuovo caso di mesotelioma è attribuito un livello di probabilità per l'esposizione ad amianto e per circostanza di esposizione. Tra tutti i casi completati è presente una frazione per i quali non è stato possibile raccogliere informazioni per il rifiuto all'intervista, l'assenza di dati nelle fonti consultabili, o se deceduti, l'assenza di parenti. Per il 93% dei soggetti affetti da mesotelioma è stato possibile recuperare informazioni e risalire ad eventuali cause di esposizione ad amianto e a radiazioni ionizzanti usate a fini terapeutici (Tabella 2.22).

Nel complesso, includendo anche i casi ancora in completamento od in cui non è stato possibile rintracciare informazioni anamnestiche, un'esposizione ad amianto è stata individuata nel 76,3% dei soggetti affetti da mesotelioma: nell'82,7% degli uomini (con una netta prevalenza dell'esposizione professionale, nella maggior parte dei casi definita con certezza) e nel 58,3% delle donne, tra cui prevalgono le esposizioni extraprofessionali, soprattutto quella familiare.

Tabella 2.22 – Esposizione ad amianto per circostanza di esposizione nei casi di mesotelioma insorti in residenti del Veneto, 1987–2018

| Categorizzazione dell'esposizione ad amianto | UOMINI | | DONNE | |
|--|--------------|-------------|------------|-------------|
| | N | % | N | % |
| 1. Lavorativa certa | 1.174 | 61,8% | 65 | 9,6% |
| 2. Lavorativa probabile | 113 | 6,0% | 21 | 3,1% |
| 3. Lavorativa possibile | 207 | 10,9% | 85 | 12,6% |
| 4. Familiare | 22 | 1,2% | 149 | 22,0% |
| 5. Ambientale | 38 | 2,0% | 48 | 7,1% |
| 6. Extralavorativa | 18 | 1,0% | 26 | 3,9% |
| 7. Improbabile | 7 | 0,4% | 10 | 1,5% |
| 8. Ignota | 221 | 11,6% | 185 | 27,4% |
| 9-Da definire | 11 | 0,6% | 5 | 0,7% |
| 10-Non classificabile | 74 | 3,9% | 61 | 9,0% |
| 11. Esposizione a radiazioni | 5 | 0,3% | 7 | 1,0% |
| 12. Rifiuto intervista | 10 | 0,5% | 14 | 2,1% |
| Totale | 1.900 | 100% | 676 | 100% |
| Esposizione professionale (1-3) | 1.494 | 78,6% | 171 | 25,3% |
| Esposizione non professionale (4-6) | 78 | 4,1% | 223 | 33,0% |
| Esposizione ad amianto (1-6) | 1.572 | 82,7% | 394 | 58,3% |

Approfondimenti:

Report periodico sull'andamento degli infortuni sul lavoro con esito mortale

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Tre Ponti, Dorsoduro - 3493, Venezia

Telefono: 0412791352-53

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

2.10 Salute materno-infantile

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

Il Piano Socio Sanitario individua e riconosce, in diverse sezioni, tematiche sottoposte alla cura del suddetto Programma Regionale, attestando la rilevanza di attività che influenzano trasversalmente diversi ambiti di intervento. Tali attività si esplicano attraverso una rete di servizi offerti nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, territoriale e servizi integrati tra le due realtà. L'obiettivo è di rispondere ai bisogni di salute della popolazione e dei diversi gruppi di popolazione, ciascuno con le proprie specificità, attuando interventi assistenziali adeguati per le diverse fasi della vita, dalle prime fasi della gravidanza, alla nascita e nelle fasi successive dello sviluppo, coinvolgendo in modo trasversale realtà ospedaliere e territoriali, a seconda dei bisogni. Alla luce inoltre dei cambiamenti socio-culturali in atto e dell'aumento del numero di famiglie multiproblematiche con potenziale bassa soglia di vulnerabilità sono previste strutture con competenze e strumenti specifici che, nell'ambito della tutela della salute del minore e della sua famiglia, divengono punti di riferimento per la diagnosi, la presa in carico, il monitoraggio, e la prevenzione, nell'ambito di un regime di forte integrazione socio-sanitaria che sia quindi trait d'union tra le famiglie, i servizi e la Comunità. (§: 1.3.3, 1.4, 1.4.1, 2.3.1, 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.2, 3.2.3, 3.4, 3.4.1, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3)

Quadro di sintesi

In Veneto è attiva una qualificata rete di servizi ospedalieri e territoriali che garantisce assistenza e supporto a tutela della salute materno infantile, con 36 punti nascita, approvata a livello nazionale in termini di organizzazione e qualità assistenziale.

I trend decrescenti dell'abortività spontanea, delle interruzioni volontarie di gravidanza e della fecondità sono da imputare ad una contrazione nel tempo di concepimenti.

Il parto avviene nel 25% dei casi mediante taglio cesareo, valore che colloca la nostra regione in posizione largamente inferiore alla media nazionale; esiste un'importante variabilità per punto nascita nel ricorso alla diagnosi prenatale (circa 13% in media), e circa 1/5 delle indagini interessa donne in età inferiore a quella considerata a rischio. Il ricorso alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) riguarda il 3% dei parti, in crescita rispetto agli anni precedenti. Prematurità e basso peso mantengono un peso percentuale costante, tra i più bassi riportati in letteratura.

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

Il percorso nascita: i servizi e gli esiti in salute

L'assistenza durante tutto il percorso nascita viene garantita attraverso una rete integrata di Servizi Ospedalieri e Territoriali. Le Unità operative infanzia adolescenza e famiglia sono attive da molti anni in tutte le Aziende Sanitarie, e sono articolate, al loro interno, in numerosi servizi dedicati alla famiglia e ai minori. Esiste una qualificata rete che conta oggi 34 Punti nascita (escludendo Pieve di Cadore che non ha registrato alcun parto nel 2018 e Piove di Sacco che da settembre 2018 ha sospeso l'attività della sala parto) e più di 100 Consultori familiari.

Il PSSR 2012-2016 ha previsto la riorganizzazione della rete dei punti nascita, secondo i contenuti dell'accordo Stato-Regioni del 2010. La rete del Veneto nel 2018 vede la presenza di 10 punti nascita con più di 1.000 parti/anno, 18 punti nascita da 500 a 1.000 parti/anno e 6 punti nascita al di sotto di 500 parti/anno; è stata approvata dal Tavolo nazionale di monitoraggio dei LEA e dal Comitato nazionale percorso nascita.

Fecondità

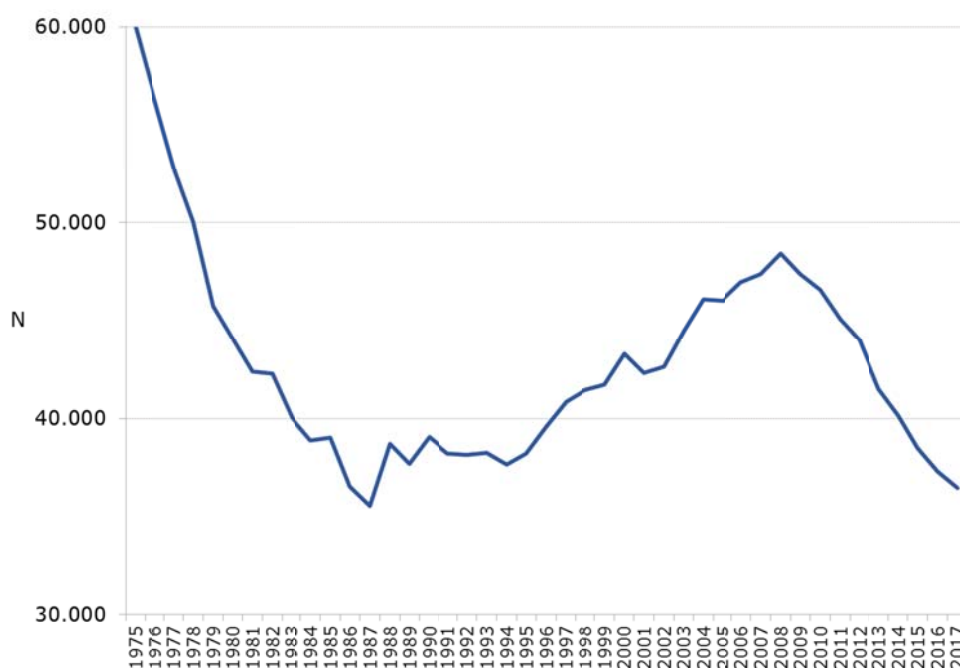
Il quoziente di natalità per la Regione Veneto nel 2017, calcolato a partire dai dati CEDAP, risulta 7,4‰, mentre il tasso di fecondità standardizzato è pari a 36,5‰.

L'andamento delle nascite in Veneto è caratterizzato dal precipitare del numero dei nati dagli anni '70 fino alla metà degli anni '80, cui ha fatto seguito una progressiva crescita a partire dal 1987, e, solo negli anni recenti, dal 2009, una flessione del numero dei nati (Figura 2.50). Più fattori concorrono a determinare il recente decremento, certamente i più importanti sono rappresentati dalla crisi economica e dalla diminuzione del numero delle potenziali madri, in quanto nate durante il periodo di minimo storico. Ci si può ragionevolmente attendere una futura ripresa della natalità durante i prossimi anni, quando si presenteranno, all'età di maggior fecondità, le coorti di donne, più numerose, nate alla fine degli anni '80.

Dopo l'incremento rilevante delle nascite da straniere registrato dal 2002 al 2009 (+131%), a partire dal 2010 la crescita in termini percentuali di parti da immigrate è stata più contenuta. Dal 2012 al 2016 si assiste, anche per i parti da straniere, ad una riduzione nel numero assoluto, mentre nel 2017, in controtendenza rispetto agli anni precedenti e ai parti da italiane che continuano a diminuire, si osserva una leggera crescita di madri straniere. Nel 2017 i parti da straniere hanno rappresentato il 29,6% dei parti in Veneto (Figura 2.51).

Figura 2.50 – Nati vivi in Veneto, 1975-2017

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



Al 01/01/2017 in Veneto le donne in età fertile ammontano a 1.029.388 unità, dalle quali si registrano nel corso del 2017 45.553 gravidanze, 35.975 parti e 36.585 nati.

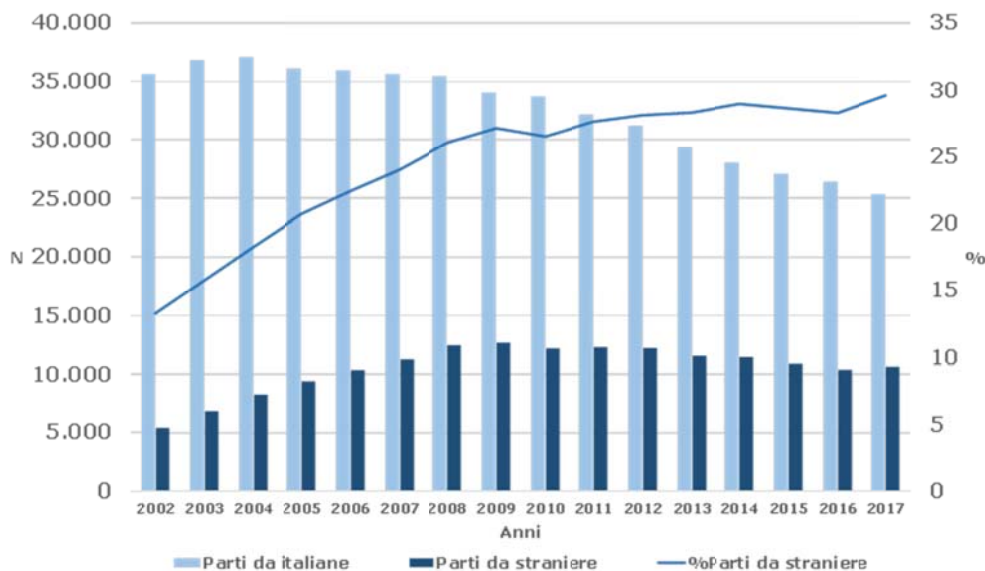
Il numero medio di figli per donna è stabile e pari a 1,34 e perfettamente sovrapponibile al dato nazionale (1,34) (ISTAT, www.demo.istat.it).

Verona e Padova si confermano le provincie con il quoziente di natalità (rispettivamente 8,8‰ e 8,1‰) e di fecondità (rispettivamente 41,0‰ e 38,3‰) più elevati, anche se in discesa rispetto allo scorso anno, mentre Rovigo registra i valori più bassi della Regione.

L'età media al parto è per il Veneto di 32 anni. Il 69% dei parti riguarda donne con età pari o superiore ai 30 anni, in particolare una madre su tre ha 35 anni o più.

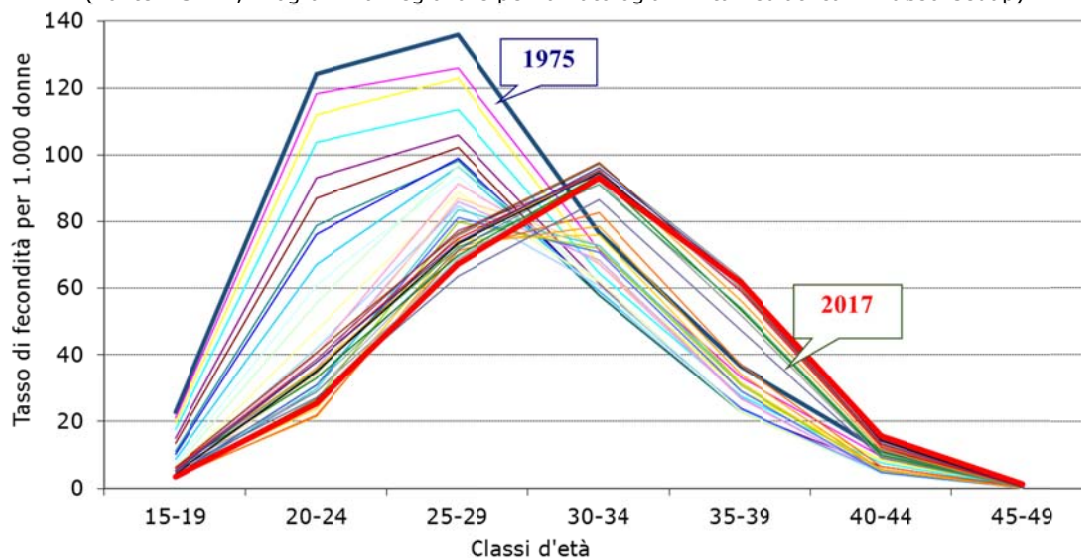
Negli ultimi dodici anni la percentuale di parti da donne over 35 anni è passata gradualmente dal 25% (2002) al 35% (2017) ed è più che raddoppiata la percentuale dei parti per la fascia d'età 40-44 anni rappresentata dal 3,5% dei parti nel 2002 e dall'8% nel 2017. Rimane invece costante nel tempo la percentuale di parti da minorenni (0,2%).

Figura 2.51 – N° di parti per cittadinanza, Veneto, 2002-2017
(Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)



La Figura 2.52 riporta la distribuzione dei tassi di fecondità specifici per età dal 1975 al 2017. Risulta evidente come nell'arco di questi quarant'anni l'intervallo delle età più feconde si sia spostato dai 20-30 anni ai 25-35 anni, e contemporaneamente si sia abbassato il picco del tasso di fecondità, passato da un massimo di 135,9 per 1000 donne della classe 25-29 nell'anno 1975, ad un massimo di 93,1 per la classe 30-34 nell'anno 2017. Il grafico mette anche in evidenza l'incremento nel tempo della fecondità per le classi 35-39 e 40-44 anni. Le italiane affrontano il primo parto ad età più avanzata rispetto alle straniere, in particolare un'italiana primipara su 2 ha un'età superiore a 32 anni, mentre due terzi delle straniere dà alla luce il primo figlio sotto i 30 anni.

Figura 2.52 - Tassi di fecondità specifici per età. Veneto, 1975-2017
(Fonte: ISTAT; Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)



Gravidanza, parto e nascita

In Veneto un parto ogni quattro avviene mediante taglio cesareo. Come richiesto dall'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, si è assistito, nella nostra Regione, ad una progressiva riduzione della percentuale di cesarei dal 2010 al 2014, mentre nell'ultimo triennio l'indicatore si è stabilizzato attorno al 25%. (Figura 2.53). L'Accordo prevedeva anche l'adozione di procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto: in Veneto 1 parto vaginale su 3 avviene in analgesia (Tabella 2.23).

Figura 2.53 - N° di parti percentuale di cesarei. Veneto, 2002-2017
(Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)

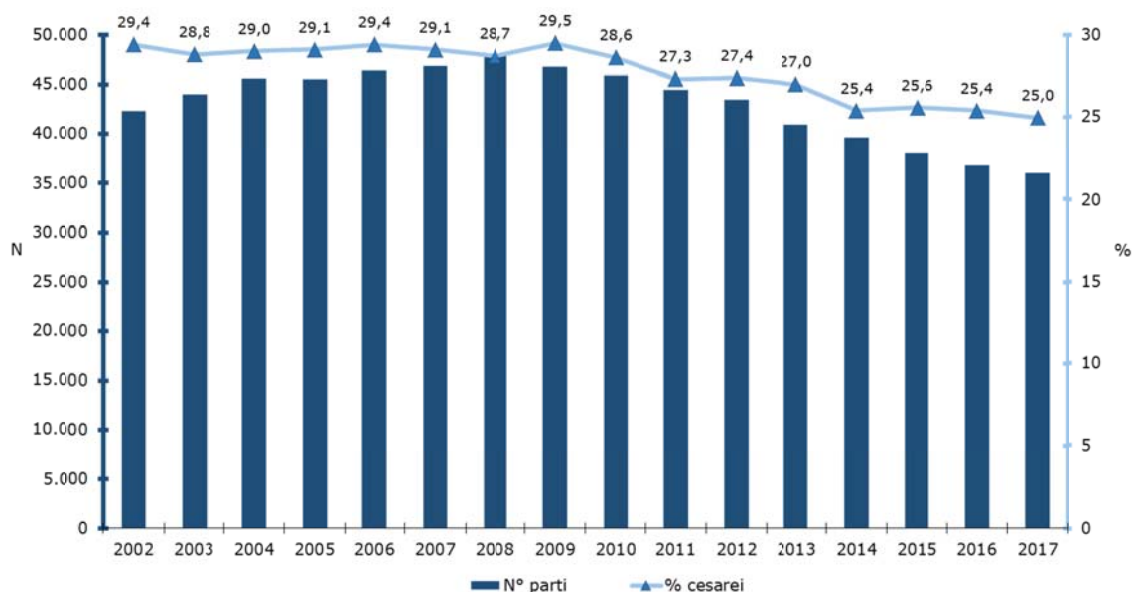


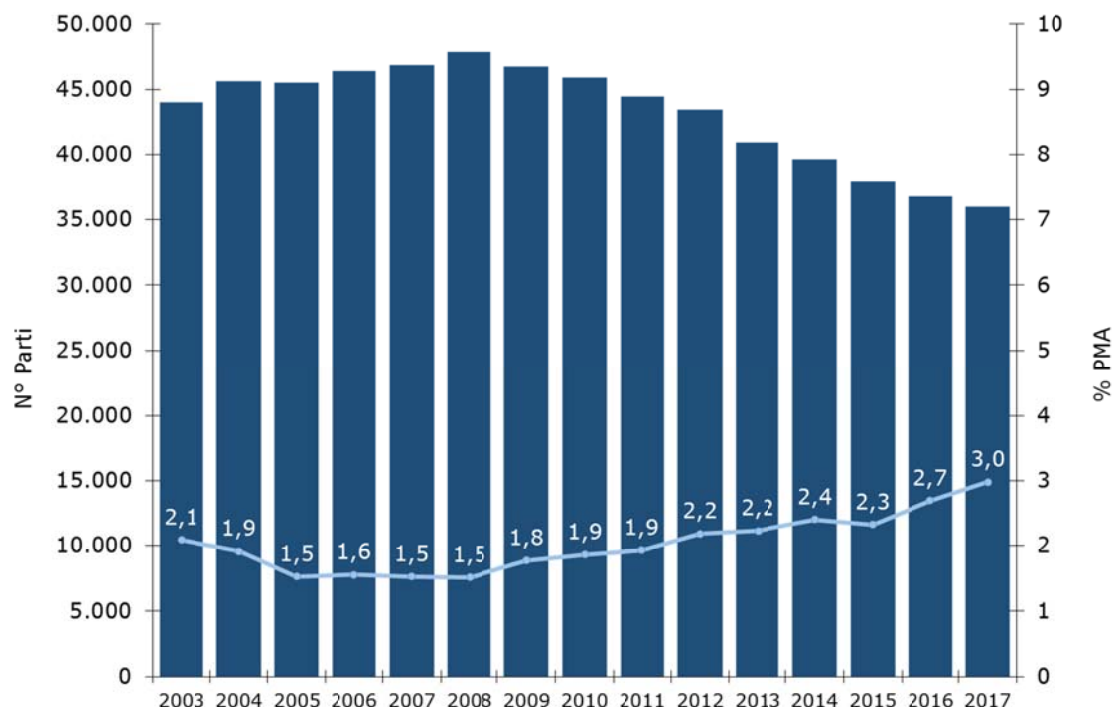
Tabella 2.23 - Distribuzione parti vaginali con controllo del dolore per tipo di tecnica di controllo del dolore. Veneto, 2017. (Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)

| Tipologia del controllo del dolore | N |
|--|---------------|
| Analgesia epidurale | 4.462 |
| Analgesia spinale | 279 |
| Analgesia combinata epidurale/spinale | 724 |
| Analgesia farmacologica enterale/parentale | 21 |
| Analgesia inalatoria (protossido) | 669 |
| Agopuntura | 3 |
| Blocco del nervo pudendo (solo se pre-parto) | 7 |
| Blocco paracervicale | 11 |
| Ipnosi | 1 |
| Travaglio/parto in acqua | 906 |
| Più metodi combinati | 715 |
| Altri metodi | 2.619 |
| Totale | 10.417 |

Altri importanti aspetti di rilievo che interessano il percorso nascita, comprendono il ricorso alla procreazione medicalmente assistita (PMA) e la diagnostica prenatale invasiva. Nel 2017, 1.072 donne hanno dato alla luce un nato in seguito a PMA, pari al 3% dei parti (Figura 2.54). Dal 2005 la percentuale di parti da PMA è cresciuta gradualmente passando da 1,5% (2005) all'attuale 3%. I nati da PMA, sia singoli che plurimi, presentano rischi maggiori di prematurità

e basso peso alla nascita: l'1,8% vs lo 0,8% dei nati singoli e il 10,9% vs l'8,1% dei nati plurimi nasce prima delle 32 settimane gestazionali, mentre l'1,9% vs lo 0,8% dei nati singoli e l'11,1% vs l'8,3% dei plurimi nasce con peso inferiore ai 1.500 grammi.

Figura 2.54 - Parti e percentuale di parti in seguito al ricorso alla PMA. Veneto, 2003-2017.
(Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)



Il ricorso alla diagnostica prenatale (amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/funicolocentesi) riguarda il 12,6% dei parti e circa un quinto delle indagini interessa donne in età inferiore a quella considerata a rischio (35 anni). Nel complesso risulta che le richieste maggiori sono per l'analisi dei villi coriali e amniocentesi, anche se nel tempo il ricorso all'amniocentesi, tecnica invasiva più frequente fino al 2013, è andato rapidamente riducendosi, a favore del solo prelievo dei villi coriali passati dal 28% (2003) all'attuale 53% (2017).

Interruzioni volontarie di gravidanza e abortività spontanea

Negli ultimi dieci anni si è assistito ad un decremento sia del numero assoluto di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), passate da 7.090 (2006) a 4.752 nel 2017 (fonte: Modelli ISTAT D12), sia degli indicatori di abortività volontaria. Il tasso di abortività volontaria (numero IVG rispetto a 1.000 donne di 15-49 anni residenti in Veneto) è risultato pari a 6,4‰ nel 2006 e 4,6‰ nel 2017. Anche l'abortività spontanea (AS) descrive nel tempo un analogo trend in decremento passando da 7.094 unità nel 2006 a 4.826 unità nel 2017 (fonte: Modelli ISTAT D11).

I trend decrescenti, sia dell'abortività spontanea che volontaria, rispecchiano l'andamento dei tassi di fecondità: il decremento delle AS e IVG, assieme a quello della fecondità, sono da imputare, per la gran parte, alla nota contrazione di concepimenti.

Nel 2017, il 41% delle interruzioni in Veneto ha riguardato donne straniere (in Italia tale percentuale si attesta al 30%) e il 23% ha già subito una precedente interruzione (in Italia il 26%). Il fenomeno delle IVG ripetute riguarda maggiormente le straniere: il 35% delle straniere è già ricorsa ad almeno una IVG in passato contro il 15% delle italiane.

Prematurità e basso peso

La prematurità e il basso peso costituiscono importanti indicatori di salute, in quanto esprimono, da una parte le condizioni della salute riproduttiva e, contemporaneamente, rappresentano un indicatore di bisogno di cure neonatali intensive, in particolare per le bassissime età gestazionali, e di cure complesse nei periodi successivi per coloro che sopravvivono. Negli anni la percentuale di nati pretermine si è mantenuta costante (7,3% sotto le 37 settimane, 1,5% sotto le 33 e 0,4% sotto le 28 settimane di gestazionali), e risulta tra le più basse riportate in letteratura, stando a testimoniare l'ottimo livello dei servizi sanitari nella nostra Regione, e il buon livello di condizione socio-economica dei presenti. Anche la percentuale di basso peso è estremamente contenuta rispetto all'atteso.

Natimortalità e mortalità entro l'anno di vita

La natimortalità in Veneto è pari a 2,8 per 1.000 nati nel 2017 (fonte Cedap): valore tra i più bassi registrati negli ultimi trent'anni. Il 2015 è l'ultimo anno disponibile delle statistiche nazionali tratte dal flusso Cedap (www.salute.gov.it/statistiche), da cui emerge che i valori registrati nella nostra Regione sono perfettamente sovrapponibili ai dati nazionali (2,8 per 1.000 vs 2,9 per 1.000). L'analisi dei trend del quoziente di natimortalità dal 2002 al 2015 ha permesso di confermare una stabilità dei valori veneti con oscillazioni comprese dal massimo di 3,2 (2002) al minimo di 2,6 per 1.000 nati (2013).

Gli indicatori di mortalità perinatale, neonatale precoce e infantile sono anch'essi sovrapponibili ai tassi nazionali (rispettivamente per l'anno 2015 da fonte ISTAT: 4‰ vs 4,2‰ nati, 1,3‰ vs 1,5‰ nati vivi e 2,5‰ vs 3,1‰ nati vivi).

Ospedalizzazione da 0 a 18 anni

Nel 2017 la rete ospedaliera in Veneto risulta formata da 82 ospedali, di cui 36 presentano unità operative dedicate ai minori, unità che possono essere chiamate "i luoghi dell'ospedale per i bambini". Di queste 36 unità operative, 31 sono reparti di Pediatria.

Nel Veneto il tasso di ricovero per i pazienti con età compresa tra 0 e 18 anni per il 2017 è pari a 49,7 per 1.000 residenti. Tuttavia, se si tiene presente che la quasi totalità delle nascite avviene in ospedale, il tasso di ospedalizzazione complessivo, cioè comprensivo anche dei nati, sale a 90,5 per 1.000 residenti.

La distribuzione dei ricoveri dei residenti per età presenta un picco di ricoveri nel corso del primo anno di vita, seguito da una rapida discesa che si arresta entro il secondo anno di vita per poi riprendere, meno accentuata, fino al settimo anno di età, al quale fa seguito un plateau che tende ad innalzarsi dopo il 10° anno di età. Il numero dei ricoveri è costantemente più elevato per i maschi rispetto alle femmine.

Il tasso di ospedalizzazione per Azienda ULSS di residenza per la fascia d'età 0-18 anni compresi i ricoveri per nascita mostra fluttuazioni attorno al dato medio regionale, dal momento che si osservano valori di minimo pari a 83,6, in corrispondenza dell'ULSS 08 Berica, e valori di massimo pari a 106,7 in corrispondenza dell'ULSS 9 Scaligera.

I tassi di ricovero calcolati escludendo il ricovero per nascita confermano quanto osservato per i tassi calcolati su tutti i ricoveri: l'ULSS Scaligera vanta i tassi di ricovero più alti, mentre l'ULSS Berica si distingue per il tasso più basso.

Confrontando i ricoveri ordinari tra residenti e non residenti in Regione, escludendo i ricoveri con diagnosi principale di ricorso ai servizi sanitari (si tratta nel 96% di ricoveri per nascita), emergono differenze sostanziali tra le diagnosi che hanno causato il ricovero: i veneti vengono ricoverati principalmente per malattie dell'apparato respiratorio (18%), condizioni morbose di

origine perinatale (17%) e traumatismi (10%); i residenti fuori regione per malformazioni congenite (13%), malattie del sistema nervoso (12%), malattie dell'apparato respiratorio (12%) e traumatismi (12%).

Analizzando ricoveri ordinari per reparto di dimissione, compresi i ricoveri di nascita, si osserva che il nido assorbe il 46% dei ricoveri, mentre la Pediatria costituisce il secondo reparto di dimissione con il 25% circa dei ricoveri 0-18 anni.

Famiglie in crisi e maltrattamento ai minori

Si stima che ogni anno in Veneto si registrino 800 nuovi casi di maltrattamento e che siano presenti 3500 bambini sotto i 15 anni affetti da una o più forme di maltrattamento, anche se si ritiene che si tratti di una sottostima del fenomeno.

Quasi il 40% dei casi presenta segni riconoscibili già al di sotto dei 3 anni di età: questi piccoli, per la tenera età, presentano una specifica vulnerabilità biologica durante una fase cruciale della crescita e dello sviluppo, in questa particolare fase il maltrattamento ha un impatto massiccio nell'inficiare nel breve e lungo termine l'espressione del potenziale di salute e sviluppo. L'età media alla diagnosi tuttavia è di 5,7 anni, dato indicativo di una diagnosi tardiva che supera l'epoca in cui i danni allo sviluppo si sono già irrimediabilmente strutturati e sono divenuti permanenti.

Tra le forme di maltrattamento più frequentemente riconoscibili entro il primo anno di vita c'è la Sindrome del Bambino Scosso che nel triennio 2016-2018 in Veneto ha presentato un'incidenza media di circa 10 casi ogni 100.000 nati vivi, dato che corrisponde a circa un terzo dei casi attesi. Circa il 10% di questi bambini è andato incontro a decesso, immediatamente o nella fase subacuta e più del 70% dei lattanti sopravvissuti presenta disabilità medio-gravi o gravissime a vita con grave compromissione motoria, deficit visivi e ritardo cognitivo, imponendo costi elevatissimi per cura, riabilitazione e assistenza continuativa da parte dei Servizi sanitari.

Un'altra forma di maltrattamento molto frequente nel primo anno di vita è la trascuratezza grave (*neglect* precoce), profondamente sottostimata poiché sospettata solo nel 20% dei casi poi diagnosticati. Condizioni precoci di assenza di cure amorevoli, adeguate, di una relazione valida, condizioni di malnutrizione e denutrizione hanno mostrato di poter determinare un danno o un'alterazione cerebrale permanente in quasi il 50% degli affetti, sia strutturale che neuroendocrino, danno che in una quota di questi casi è di grado gravissimo, arrivando a simulare situazioni note come paralisi cerebrali infantili o esiti di danni dati da processi patologici come asfissie, meningoencefaliti, emorragie e altro. In età scolare i bambini trascurati mostrano deficit dell'attenzione e di concentrazione e apprendimento (33%), ritardo e disturbi del linguaggio (34%), problemi di controllo delle emozioni, oltre che disturbi comportamentali (36%) che richiedono precocemente interventi riabilitativi quali logopedia, psicomotricità o neuroriabilitazione. In adolescenza per i trascurati gli effetti si complicano con la comparsa di disturbi di dipendenza da sostanze, patologie psichiche e disturbi delle condotte che si protraggono fino all'età adulta, con un elevatissimo impatto per la cura nei servizi sanitari del bambino prima e dell'adulto poi.

Una forma emergente di maltrattamento nei primi tre anni di vita è il Chemical Abuse, ovvero l'esposizione del minore a sostanze illecite, farmaci non prescritti o ad altre sostanze nocive, che risulta presente nell'80% dei bambini maltrattati. Si ritiene che la dipendenza da sostanze in età adulta e l'esposizione nei bambini - attiva o passiva per un "ambiente fisico e relazionale contaminato"- rappresentino una vera "epidemia emergente" ancora sommersa, con un incremento quasi esponenziale nel corso dell'ultimo quinquennio. I bambini esposti presentano

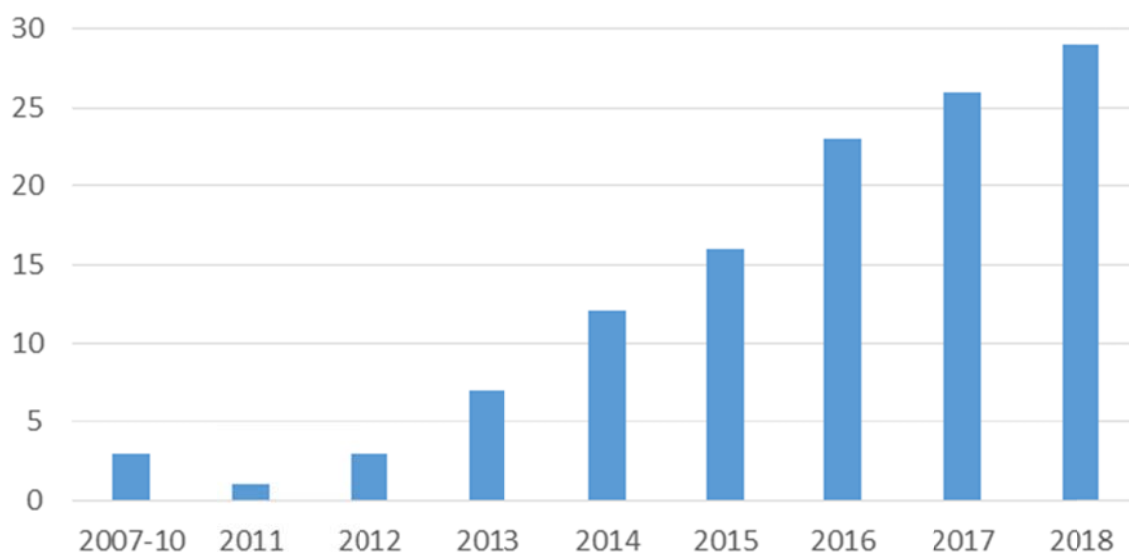
danni di tipo malformativo in caso di esposizione in utero e danni neurologici e cardiaci nei primi anni di vita, oltre per un maggior rischio di sviluppare tossicodipendenza in età adulta.

In generale, più di un caso su tre ha subito più forme di maltrattamento insieme: questo sottogruppo appartiene a nuclei multiproblematici, in genere nuclei familiari numerosi con lunghe storie assistenziali e molteplici problemi tali da richiedere prese in carico socio-sanitarie complesse (difficoltà economiche, lavorative e abitative, isolamento sociale, patologie croniche degli adulti, dipendenza da sostanze, patologia psichica), dove spesso si verificano condizioni di violenza interpersonale e violenza assistita.

L'aumentata incidenza dei casi nelle prime fasi di vita del bambino è espressione di una condizione socio-culturale in cui i nuclei familiari sono più isolati, fragili, in difficoltà economiche, con attese sproporzionate rispetto al bambino e condizioni di vulnerabilità relativa o transitoria.

L'attività della rete regionale dedicata alla diagnosi e presa in carico dei bambini e delle loro famiglie con problemi di maltrattamento risponde ai bisogni di salute sovra-descritti e ambisce a modificare le storie naturali di questi piccoli pazienti permettendo la massima espressione del loro potenziale di salute. Essa è attiva da tempo ed è strutturata con un centro ospedaliero hub presso l'Azienda Ospedaliera di Padova dedicato alla diagnostica e prima presa in carico e cinque centri provinciali dedicati alla riabilitazione e l'attività dei servizi territoriali di residenza del bambino e della sua famiglia.

Figura 2.55 – Numero di nuovi casi di chemical abuse diagnosticati dal Centro regionale presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, per anno di diagnosi, 2007-2018



Approfondimenti

- Facchin P. et al., Rapporto tecnico Attività 2018. Registro Nascite, Regione Veneto.

- Facchin P. et al., Rapporto tecnico Attività 2018. Programma Regionale della Patologia in Età Pediatrica, Regione Veneto.

- <https://www.istat.it/it/archivio/172165>

- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2807_allegato.pdf

- www.nonscuoterlo.it

- Save the Children Italia Onlus. Dossier: "Le Relazioni Pericolose: Quando La Famiglia Diventa Un Ambiente Ostile Allo Sviluppo Libero E Positivo Di Bambini E Bambine -Indagine sullo stato del maltrattamento e dell'abuso dalla gravidanza ai tre anni di vita: dati, storie e prassi di prevenzione, riconoscimento e cura". Marzo 2017.

Recapiti per ulteriori informazioni

Programma regionale per la Patologia in Età Pediatrica

Registro Nascite

Centro per la diagnostica del bambino maltrattato

via Donà 11 35129 Padova

Telefono: 049 8215700

e-mail: registronascita@regione.veneto.it

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

3.1 Promozione corretti stili di vita

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

Promozione della salute e prevenzione delle malattie. Aree prioritarie di intervento: Promuovere la prevenzione primaria e la promozione di stili di vita sani per prevenire le patologie cronico-degenerative e le loro complicanze (§ 3.4.1 pag. 89) Ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari (§ 3.4.1 pag. 90).

Quadro di sintesi

La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e la promozione di corretti stili di vita si attua attraverso il coordinamento e il supporto tecnico-scientifico per l'implementazione in tutto il territorio regionale di 18 programmi di prevenzione e promozione della salute (nell'ambito del Piano Regionale Prevenzione 2014-2018, prorogato al 2019) relativi ai principali fattori di rischio. Gli obiettivi di salute sono perseguiti secondo l'approccio Salute in Tutte le Politiche, attraverso sinergie ed integrazioni che interconnettono tra loro diverse strutture regionali di governo, le Aziende ULSS (26 riunioni di coordinamento con i Referenti aziendali dei diversi Programmi), la Scuola (Protocollo d'intesa tra la Regione del Veneto e l'Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto, DGR n. 1627/2016) e altre istituzioni pubbliche, regionali e locali, del mondo produttivo, protagonisti della società civile e dell'associazionismo. In particolare, nell'ambito del Coordinamento Regionale Salute in tutte le Politiche, Protocollo Scuola-Regione sono coinvolte 11 Strutture Regionali, l'Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto, gli Uffici Ambiti Territoriali, i Dipartimenti di Prevenzione delle AULSS. Sono stati effettuati: 5 incontri del gruppo di coordinamento; 484 insegnanti identificati dai Dirigenti Scolastici come PSE-referenti per la Promozione e l'Educazione della Salute a scuola (su circa 600 istituti scolastici); 9 incontri formativi per gli insegnanti PSE con la partecipazione di 338 tra insegnanti (295) ed operatori (43).

Nell'ambito del Coordinamento e sviluppo del sistema veneto del Trattamento del Tabagismo sono presenti nel territorio veneto 25 ambulatori per il trattamento del tabagismo. Sono inoltre stati attivati 8 Ambulatori nutrizionali, secondo i requisiti della DGR 1663/2018. Nell'ambito della prescrizione dell'esercizio fisico, sono stati definiti i criteri per ottenere la certificazione di "Palestra della Salute" (DGR. 280/2018) per le palestre del territorio veneto (L.R. 8/2015) ed è iniziata la formazione sia del personale medico (evento formativo accreditato rivolto a medici specialisti per la prescrizione dell'esercizio fisico) che dei laureati in scienze motorie, secondo gli indirizzi contenuti nella citata DGR; è inoltre attiva una FAD regionale a sostegno del percorso formativo del personale coinvolto nella prescrizione dell'esercizio fisico.

Tabella 3.1 – I programmi attivi in Veneto nell'ambito della promozione di corretti stili di vita

| Programma | Azioni | Attività svolte |
|--|--|--|
| Laboratori multimediali per la promozione della salute | <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione di laboratori multimediali per la promozione della salute (per i 4 stili di vita) - Aumentare la partecipazione delle scuole ai laboratori - Aumentare la consapevolezza del ruolo sociale ricoperto dagli adulti portatori di interessi | <ul style="list-style-type: none"> - Il Laboratorio è stato aperto nel 2018 per 260 giornate, garantendo l'apertura dei laboratori 6 giorni a settimana, offrendo la partecipazione a 557 classi per un totale di 12.153 alunni, provenienti da tutto il territorio Veneto. Attivi laboratori multimediali per la promozione di corretti stili di vita (alimentazione, attività motoria, alcol e fumo). |

| Programma | Azioni | Attività svolte |
|---|--|---|
| Coordinamento operativo sorveglianze su stili di vita (Passi, Passi D'Argento, OkKio alla Salute, HBSC) | <ul style="list-style-type: none"> - Garantire la conduzione delle sorveglianze di popolazione nelle Aziende ULSS - Migliorare la comunicazione dei risultati - Estendere a specifici target la comunicazione dei risultati delle sorveglianze di popolazione | <ul style="list-style-type: none"> - Tutte le Aziende ULSS hanno aderito alle sorveglianze regionali. - Nel 2018, sono state svolte tre sorveglianze: sono state intervistate 3.049 persone tra i 18 e 69 anni, 428 persone con più di 65 anni; sono stati raccolti 6.357 questionari compilati dai ragazzi della scuola secondaria di primo grado e di secondo grado di 11-13 e 15 anni (HBSC, 2018). Per la realizzazione di queste sorveglianze nel corso dell'anno sono state organizzate una giornata di formazione per la sorveglianza PASSI d'ARGENTO e 6 incontri formativi per la sorveglianza HBSC, a livello provinciale, rivolti agli insegnanti delle scuole che hanno partecipato alla rilevazione. |
| Guadagnare Salute: Formazione, produzione di materiali e organizzazione di eventi | <ul style="list-style-type: none"> - Produzione materiale didattico-informativo - Formazione - Eventi di sensibilizzazione/ divulgazione a livello regionale | <ul style="list-style-type: none"> - Terza edizione dell'iniziativa "Raccontiamo la salute con 6 A", con la partecipazione di circa 1.000 bambini (30 scuole primarie). Realizzati 7 cartoons sulle tematiche della salute. |
| MuoverSi - Promozione attività motoria nel ciclo di vita, con attenzione all'intervento su determinanti ambientali e contrasto delle disuguaglianze | <ul style="list-style-type: none"> - Percorso Muovimondo - Laboratorio esperienziale MuoverSi - Incrementare l'attività fisica nella vita quotidiana e le attività organizzate per adulti e anziani - Realizzare e diffondere strumenti di intervento sui determinanti ambientali della sedentarietà e per il contrasto alle disuguaglianze di salute nell'ambito del movimento e degli stili di vita sani - Sviluppo della rete intersettoriale, anche attraverso la formazione e la comunicazione | <ul style="list-style-type: none"> - Promozione e utilizzo del Laboratorio MuoverSi a Verona presso Villa Buri da parte delle scuole primarie e secondarie di primo grado. - Le Aziende ULSS hanno organizzato gruppi di cammino sia per adulti che per anziani e corsi di ginnastica dolce, in collaborazione con la UISP, con la quale è stato siglato un protocollo a sostegno delle attività programmate nel PRP, e con i Comuni. |
| Sviluppo Carta di Toronto come modello per l'advocacy, la creazione di reti, la progettazione partecipata | <ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione Comunità di pratica e apprendimento tra gruppi Guadagnare Salute in Veneto, autoformazione e tutoraggio - Formazione con esperti su temi emersi dall'analisi dei bisogni formativi - Revisione esperienze di interventi di advocacy, networking e progettazione partecipata secondo il modello delle Buone Pratiche (DORS) | <ul style="list-style-type: none"> - E' stato svolto anche per il 2018 un percorso di FSC nella forma di Progetto di miglioramento per 60 ore totali, di cui 24 in plenaria e un percorso di 24 ore di lezioni tenute da esperti. Hanno partecipato mediamente 32 operatori provenienti da tutte le 9 Aziende ULSS. - Iniziato percorso di programmazione con Aziende ULSS, Comuni e stakeholders per iniziative di Urban Health (Convegno 22 novembre Marghera, "Rigenerare spazi urbani per la salute"). |
| Prescrizione dell'esercizio fisico | <ul style="list-style-type: none"> - Definizione gruppi di lavoro all'interno delle Aziende ULSS partecipanti - Creazione della rete delle palestre territoriali - Formazione | <ul style="list-style-type: none"> - Formazione del personale: A) FAD- Dalla promozione dell'attività motoria alla prescrizione dell'esercizio fisico con 833 iscritti; B) Corso di formazione per medici specialisti (89 partecipanti) C) Una formazione sul campo con 50 partecipanti. - E' continuato il lavoro di costruzione della rete delle Palestre della Salute |
| Coordinamento e sviluppo rete Ospedali Amici del Bambino e promozione allattamento al seno | <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione Progetto OMS/UNICEF "Ospedali Amici dei Bambini" (Percorso a tappe dell'Audit UNICEF), che include attività di tutoraggio, da parte di un Tutor assegnato ad ogni Punto Nascita, e tre successivi momenti di Valutazione del Percorso BFH nei Punti Nascita aderenti al progetto - Promozione del Progetto OMS/UNICEF "Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno" | <ul style="list-style-type: none"> - Gli ospedali di Bassano e di Feltre sono stati rivalutati e riconfermati, gli ospedali di Santorso e di Negrar sono stati riconosciuti Ospedali Amici dei Bambini; gli ospedali di Belluno e Legnago hanno superato la fase 2 di valutazione. Ad oggi quindi gli ospedali riconosciuti sono 6. |

| Programma | Azioni | Attività svolte |
|---|---|---|
| Coordinamento sistemi di monitoraggio della normativa sul fumo e promozione ambienti liberi dal tabacco | <ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio della normativa sul fumo, con interventi di promozione della salute - Iniziative per la promozione di stili di vita sani coinvolgendo i diversi soggetti della comunità | <ul style="list-style-type: none"> - Tutte le 9 Az. ULSS hanno aderito ad almeno un monitoraggio: tutte a quello relativo agli ambienti di vita e di lavoro, in cui sono stati raccolti, da parte di 59 operatori provenienti dai servizi del Dipartimento di Prevenzione, 665 schede di monitoraggio. Per la realizzazione di tale monitoraggio sono state formate 20 persone provenienti da 7 Az. ULSS. E' stato prodotto un depliant informativo per le aziende. - Al monitoraggio Azienda Sanitaria libera dal fumo hanno partecipato attivamente 3 Az. ULSS coinvolgendo 260 operatori e inserendo 555 check list e 241 schede accertatore, le altre ULSS si sono impegnate nella realizzazione della prima parte del percorso (regolamento aziendale, delibera) |
| Coordinamento e sviluppo della prevenzione del tabagismo in ambiti scolastici e di comunità in un'ottica di promozione della salute | <ul style="list-style-type: none"> - Formazione congiunta rivolta ad operatori sanitari e scolastici - Revisione ed implementazione dei progetti esistenti regionali di prevenzione del tabagismo nelle scuole, secondo una logica intersettoriale - Sviluppo di una rete regionale di scuole che promuovono la salute - Progettazione e realizzazione di strumenti multimediali per la promozione della salute | <ul style="list-style-type: none"> - Inserimento nel programma attuativo a.s. 2018/2019 nell'ambito del Protocollo d'Intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto degli 8 programmi didattici rivolti alle scuole di ogni ordine e grado orientati alla prevenzione del tabagismo e promozione della salute in ambito scolastico. Per l'implementazione dei programmi sono state svolte due formazioni specifiche del programma didattico "Diario della salute" per 70 partecipanti. Svolte attività di coordinamento e supporto degli altri programmi didattici. - E' stata svolta una formazione congiunta Operatori/PES-Referenti scolastici per la Promozione Educazione alla Salute individuati dagli istituti scolastici veneti di ogni ordine e grado con il coinvolgimento di 295 docenti e 43 operatori. Dalla formazione con i PES sono stati raccolti 135 profili di salute alla base della programmazione degli interventi 2019 da coprogettare con la scuola. Celebrata la Giornata Mondiale senza Tabacco 2018 con la premiazione delle classi vincitrici del Concorso Smoke Free Class alla sua 20° edizione. |
| Coordinamento e sviluppo del sistema veneto del trattamento del tabagismo | <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione moduli formativi di 1° e 2° livello sul trattamento del tabagismo - Comunicazione - Reti | <ul style="list-style-type: none"> - 3° edizione del corso formazione formatori con la partecipazione di 20 operatori provenienti da tutte le 9 Az. ULSS venete, che hanno riproposto il modulo formativo sullo stesso tema nelle proprie aziende coinvolgendo 486 operatori appartenenti a 6 Az. ULSS. - Attivi nel territorio veneto 25 ambulatori per il trattamento del tabagismo con 916 nuovi accessi. |
| GenitoriPiù – Coordinamento Promozione Salute Materno-Infantile | <ul style="list-style-type: none"> - Promozione delle 8 azioni di promozione della salute | <ul style="list-style-type: none"> - Rete: consolidamento rete regionale anche in sinergia con altri progetti regionali. - Formalizzazione della rete aziendale in tutte le 9 Aziende Ulss. |
| MammePiù Guadagnare Salute in gravidanza | <ul style="list-style-type: none"> - Formazione delle ostetriche e di altre figure professionali dell'area materno-infantile al counselling breve sugli stili di vita sani - Aggiornamento e diffusione di materiale educativo e informativo specifico | <ul style="list-style-type: none"> - Formazione sul campo per ostetriche coinvolte nei percorsi di accompagnamento alla nascita (25 ostetriche formate). - Laboratorio esperienziale sugli stili di vita sani, MITOSI, rivolto alle donne in gravidanza, presso l'Ospedale Civile di Venezia: si è registrato un incremento quasi raddoppiato dell'affluenza di donne gravide. |

| Programma | Azioni | Attività svolte |
|---|---|---|
| Programma promozione corretta alimentazione | <ul style="list-style-type: none"> - Consulenza dietetico-nutrizionale - Educazione e promozione della salute in ambito alimentare - Ristorazione collettiva sociale | <ul style="list-style-type: none"> - Gli ambulatori nutrizionali SIAN sono presenti in 8 ULSS con 21 sedi distribuite nel territorio, secondo i requisiti della DGR. n. 1663/2018. Nel 2018 i nuovi accessi negli ambulatori sono stati 2.351. - Programma "Signor IODIO" svolto in 71 scuole primarie coinvolgendo 191 classi. |
| Formazione personale sanitario su prevenzione problemi alcol-correlati | <ul style="list-style-type: none"> - Corsi per medici di medicina generale - Formazione e retraining operatori sanitari ULSS e Ospedalieri - Interscambio esperienze e conoscenze a livello nazionale e europeo | <ul style="list-style-type: none"> - E' stata implementata la FAD attraverso la promozione in occasione di incontri e network regionali. 618 operatori hanno iniziato la FAD. - E' stata svolta una edizione del corso per formatori rivolto ai nuovi formatori delle ULSS a distanza di 3 anni dalla formazione precedente anche per rispondere alle nuove esigenze emerse dalla unificazione delle ULSS, con la partecipazione di 38 operatori sanitari. |
| Programma di screening cardiovascolare | <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo ed attivazione programma di screening per prevenzione malattie cardiovascolari - Ampliamento conoscenze su malattie cardiovascolari - Attivazione e/o implementazione di percorsi dedicati alla modificazione dei fattori di rischio scorretti | <ul style="list-style-type: none"> - Il programma continua con l'attività di chiamata attiva dei 50enni. Collaborazione con la Medicina di base e distribuzione del materiale informativo. - Tasso di adesione del 59%. |
| Peer education: prevenzione dei comportamenti a rischio (alcol, tabacco, sostanze psicoattive, HIV/MTS...) negli adolescenti in ambito scolastico | <ul style="list-style-type: none"> - Osservatorio/laboratorio - Formazione operatori - Interscambio esperienze e conoscenze a livello regionale, nazionale e europeo - Corso formazione peer seniors | <ul style="list-style-type: none"> - Svolti corsi di formazione di peer junior in ognuno degli istituti coinvolti a cura degli operatori delle ULSS. Inoltre, è stata realizzata una summer school rivolta a peer senior in formazione per proseguire la propria attività come formatori e tutor di peer junior. Incontro formativo congiunto peer, docenti, operatori in occasione della celebrazione dei 15 anni di peer education in Veneto. - Formatati nel 2018 1.707 peer. |
| Prevenzione incidenti stradali | <ul style="list-style-type: none"> - Advocacy - Empowerment - Comunicazione - Formazione | <ul style="list-style-type: none"> - Divulgazione di un kit formativo/comunicativo ("Percorsi Comuni") per i portatori di interesse, in più lingue. Adesione formale di 30 Comuni - Analisi epidemiologica del fenomeno - Diffusione periodica della newsletter per i referenti del programma a livello aziendale. |
| Prevenzione incidenti domestici | <ul style="list-style-type: none"> - Baby bum. La vita cambia, cambia la casa - Affy Fiutapericolo - Argento Attivo - Comunicazione e Formazione | <ul style="list-style-type: none"> - Aggiornamento sito www.aiutosonoincasa.com - Campagna "Aiuto sono in casa - Preveniamo gli incidenti domestici", per sensibilizzare la comunità, a partire dai più piccoli, promuovendo una cultura radicata sulla sicurezza, con conseguente adozione di comportamenti e accorgimenti finalizzati a prevenire gli incidenti in casa, attraverso apposite attività ludiche ed educative. La campagna si è svolta nei principali Centri commerciali delle 7 province del Veneto. |

Comunicazione e Formazione

Nel Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2014-2018, prorogato al 2019, la comunicazione e la formazione sono importanti attività trasversali presenti sotto varie tipologie in quasi la totalità dei Programmi.

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

- interventi per migliorare le competenze comunicative dei professionisti della salute;
- supporto alla popolazione che cerca informazioni sulla salute e sui servizi offerti;

- educazione dei cittadini in merito a tematiche sanitarie, rischi, misure preventive e modalità di accesso ai servizi sanitari.

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

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

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

Dal monitoraggio emerge che nel 2018:

- 13 Programmi hanno svolto almeno una attività di comunicazione *classica*, soprattutto con Volantini/Brochure.
- 24 Programmi hanno svolto almeno una attività di comunicazione digitale:
 - 4 programmi hanno attivato una newsletter
 - 14 programmi hanno un proprio sito dedicato
 - 7 programmi hanno uno spazio dedicato all'interno della pagina web regionale
 - 8 programmi hanno attivato pagine Facebook o Twitter (di cui 3 con entrambi i social).

Nel 2018 è stata revisionata la pagina web di Direzione per rispondere al meglio alle esigenze comunicative istituzionali e dei cittadini.

Il ruolo della **formazione** è importante sia per veicolare messaggi coerenti e promulgabili in tutto il territorio regionale, sia quale strumento fondamentale per l'apprendimento e/o l'aggiornamento di nuove competenze, strategie e tecniche specifiche, che momento di confronto e di possibilità di dare vita e potenziare la necessaria modalità di lavoro in rete che non comprende solo il mondo sanitario. Diversi programmi infatti prevedono eventi formativi congiunti, rivolti cioè ad operatori sanitari e rappresentanti di soggetti partner e/o stakeholder di appartenenza altra dal mondo sanitario.

La Regione del Veneto, attraverso la collaborazione scientifica e organizzativa delle Aziende Ulss Assegnatarie, sostiene e finanzia numerose attività formative.

Anche la raccolta delle attività formative nel 2018, ha fatto parte del monitoraggio delle attività centrali (ovvero le attività attraverso le quali la Regione sviluppa alcune azioni di programma in collaborazione con le Aziende ULSS Funzione/Assegnatarie) del PRP, dai cui dati emerge:

- la formazione in aula è presente in 17 programmi: 578 ore (350 con accreditamento ECM), circa 72 giornate ipotizzando una media di 8 ore al giorno; 1.478 iscrizioni interne al SSN e 1.434 iscrizioni dall'esterno;
- sono state attivate 5 formazioni a distanza (FAD) per 2.716 "accessi" e 1.008 partecipanti che hanno completato con successo la formazione
- in 8 programmi sono state attivate formazioni sul campo.

Approfondimenti:

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Tre Ponti, Dorsoduro - 3493, Venezia

Telefono: 0412791352-53

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

3.2 Profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni

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

Promozione della salute e prevenzione delle malattie, Aree prioritarie di intervento: Prevenire le malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione (§ 3.4.1 Pag 88), Prevenire le Zoonosi e le malattie emergenti (§ 3.4.1 Pag 92)

Quadro di sintesi

Nel macro obiettivo 9 del Piano Regionale Prevenzione (Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie) trovano sviluppo gli interventi per il miglioramento della sorveglianza e controllo di malattie infettive in particolare il morbillo e la rosolia, la tubercolosi, l'HIV-AIDS, le zoonosi e le malattie batteriche invasive, ritenute prioritarie come ambito di intervento, in quanto rappresentano un importante problema di sanità pubblica per la popolazione. Le attività incluse nei programmi del presente macro obiettivo sono indirizzate a implementare le azioni già previste dai piani esistenti e a identificare nuove strategie di controllo.

Sono continuati la formazione degli operatori sanitari dei servizi vaccinali, MMG, PLS, e gli interventi di comunicazione e sensibilizzazione alla popolazione target, secondo quanto previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale e dal calendario della Regione del Veneto, al fine di aumentare le coperture vaccinali raggiunte e garantire l'immunizzazione della popolazione.

Visto l'andamento epidemiologico degli ultimi anni, sono state rafforzate le azioni di sorveglianza e prevenzione delle arbovirosi e di contrasto ai vettori, coinvolgendo anche le altre strutture ed Enti del territorio regionale, compresi gli organi centrali quali il Ministero della Salute e l'ISS.

Particolare importanza, inoltre, è stata data alla sorveglianza della diffusione dei microrganismi antibiotico resistenti; il nostro Paese è tra i primi per consumo. L'intervento regionale è orientato a contribuire, attraverso l'implementazione di un flusso di raccolta dati e la comunicazione sul corretto uso degli antibiotici alla popolazione, al controllo del consumo degli antibiotici in ambiente ospedaliero e territoriale e al controllo delle infezioni correlate all'assistenza poiché sostenute da microrganismi multi-resistenti.

La Regione Veneto con la LR n. 7 del 23 marzo 2007 ha sospeso l'obbligo vaccinale per l'età evolutiva, a partire dai nati dal 1 gennaio 2008. Con la DGR n. 1564 del 26 agosto 2014 era stato approvato il nuovo calendario vaccinale regionale con un'offerta più ampia volta a fornire ai cittadini una copertura più completa verso le malattie infettive prevenibili da vaccino. Il cui allegato B riguarda la "Prevenzione di malattie infettive in alcune delle più comuni condizioni di rischio: indicazioni e modalità operative".

Con DGR n. 1935 del 29 novembre 2016 sono state approvate le: Misure straordinarie per il recupero delle coperture vaccinali in età pediatrica nella Regione Veneto ed approvazione *delle procedure operative per la gestione delle vaccinazioni*. Negli ultimi anni, analogamente al resto del paese, si è riscontrato un calo progressivo delle coperture vaccinali, l'inversione di tendenza è partita dalla coorte 2014 (rilevazione 2016).

A seguito dell'introduzione della L. 119/2017 sono state implementate le azioni volte al recupero vaccinale delle 10 vaccinazioni obbligatorie per i minori 0-16 anni. Per le vaccinazioni dell'esavalente (poliomielite, tetano, pertosse, difterite, Hib ed epatite B) la copertura aggiustata per la coorte del 2016 (ultima rilevata a 24 mesi) si attesta al 93,9% dei nati e per la vaccinazione anti-morbillo (MPR) al 92,7%, in crescita rispetto alla coorte precedente.

Tabella 3.2 – Programmi per la prevenzione delle malattie prevenibili con vaccino e non prevenibili con vaccino

| Programma | Azioni | Breve sintesi attività svolte |
|---|---|---|
| Le emergenze in Sanità Pubblica | <ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio Comitato per le Emergenze in Sanità Pubblica (CESP) e Gruppi Operativi a Risposta Rapida (GORR) Revisione dei Protocolli operativi - Gestione di emergenze che possono interessare l'ambiente - Formazione dei professionisti che potrebbero essere coinvolti in caso di eventi emergenziali - Avvio-indagine epidemiologica per malattie prevenibili da vaccino con sorveglianza specifica e costituzione laboratorio di diagnosi - Utilizzo delle positività entomologiche e veterinarie come trigger per lo screening dei donatori di sangue - Pubblicazione operatori sanitari dei dati epidemiologici sul web - Corso di formazione per i bambini della scuola primaria | <ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione tra il Coordinamento Regionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCMR-Veneto), GORR e CESP presenti in ogni AULSS - Monitoraggio delle notifiche e produzione di Report periodici per l'insorgenza di focolai epidemici di morbillo - Predisposizione di un report periodico sui casi di infezione/malattie trasmesse da vettori - Predisposizione di un report annuale sulle malattie infettive - Posizionamento di trappole entomologiche sul territorio veneto ogni 15 km-quadrati, per la copertura omogenea delle province a rischio - Stesura di un Piano straordinario di disinfestazione per il contrasto ai vettori - sistema web-based consultabile dagli operatori dei servizi sanitari pubblici, dei dati sulla sorveglianza entomologica veterinaria. - Organizzazione di un corso di formazione per i bambini della scuola primaria sull'educazione al controllo delle zanzare in ambito domestico |
| Progetto per la sorveglianza e la prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione e profilassi per i Viaggiatori Internazionali. | <ul style="list-style-type: none"> - Attività formativa e informativa - Stesura di protocolli/procedure - Organizzazione dell'attività degli ambulatori dei viaggiatori internazionali delle A. ULSS | <ul style="list-style-type: none"> - Eventi formativi residenziali rivolti al personale sanitario a) Aggiornamenti in tema di medicina dei viaggi; b) Aggiornamenti in tema di Medicina dei viaggi e delle migrazioni: infezione da virus West Nile stato dell'arte e prospettive future - Collaborazione con il Centro per le Malattie Tropicali (Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar) per l'organizzazione e la realizzazione del corso annuale "Travel Medicine" - Traduzione e invio ai referenti regionali degli ambulatori Viaggiatori Internazionali di aggiornamenti epidemiologici periodici sulle principali malattie legate ai viaggi e migrazioni; - Collaborazione con il Centro Malattie Tropicali di Negrar e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie per la prevenzione, il controllo e la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive tropicali legate ai viaggi e alle migrazioni o a rischio di diffusione in Italia, comprese le patologie trasmesse da vettori. - Report periodico sui soggetti richiedenti asilo. - Report regionale annuale sulla malaria |
| La comunicazione nell'ambito delle malattie infettive – sito vaccinarsinveneto | <ul style="list-style-type: none"> - Campagna Informativa Interna - Campagna Divulgativa Esterna | <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione dell'area pubblica del sito web vaccinarsinveneto.org (nel 2018 210.900 visualizzazioni; 111.982 utenti unici) - Implementazione front office web vaccinarsinveneto - Implementazione area intranet operatori - Servizio di rassegna stampa giornaliera su vaccinazioni e malattie infettive per gli operatori - Campagna di comunicazione sulla campagna antiinfluenzale - Implementazione delle attività social (Facebook, Twitter) - Aggiornamento brochure sulle vaccinazioni HPV, MPRV, meningococco per la popolazione |
| Piano Formativo Regionale a sostegno del calendario vaccinale | <ul style="list-style-type: none"> - Formazione operatori - Aumentare le conoscenze dei cittadini sulle vaccinazioni e sui rischi delle malattie infettive prevenibili da vaccini. | <ul style="list-style-type: none"> - Corso di formazione: La nuova legge sull'obbligo vaccinale: vantaggi e problematiche. - Convegno: Le vaccinazioni per gli operatori sanitari. - Distribuzione alle Az. ULSS di materiale informativo sulle vaccinazioni rivolto alla popolazione - Campagna informativa per la popolazione sulle vaccinazioni realizzata attraverso spot pubblicitari mandati in onda nelle stazioni Ferroviarie di Venezia e Verona, dal titolo "Vacciniamoci per la salute di tutti" |

| Programma | Azioni | Breve sintesi attività svolte |
|---|--|---|
| Sorveglianza delle patologie correlate alle vaccinazioni. Il sistema di sorveglianza delle meningiti. | <ul style="list-style-type: none"> - Inserimento sistematico e analisi delle schede di segnalazione di MIB nel sistema di sorveglianza regionale SSM. - Inserimento sistematico e analisi delle schede di segnalazione di MIB nel sistema informatizzato SIMIWEB. - Analisi di record-linkage dei dati di sorveglianza da flussi informativi SSM e SIMIWEB con i dati delle SDO | <ul style="list-style-type: none"> - Raccolta di 127 segnalazioni di malattia batterica invasiva (MIB) attraverso il sistema di sorveglianza regionale (SSM). - integrazione dei dati di sorveglianza regionali (SSM) e nazionali (SIMIWEB): con rilevazione di 418 casi totali di MIB presenti in SIMIWEB. - stesura di 2 report epidemiologici annuali relativi a sorveglianza MIB regionale e flussi informativi nazionali. |
| Programma regionale di consulenza prevaccinale e sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione "Canale Verde" | <ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione delle reazioni avverse a vaccini in soggetti a rischio - Sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione | <ul style="list-style-type: none"> - Raccolta dei dati relativi agli eventi avversi a vaccini (EAV) segnalati e calcolo dei tassi sulla base delle dosi somministrate. - Analisi e classificazione di 1.347 schede di segnalazione per vaccini somministrati nel 2018. - Effettuazione di 300 consulenze pre/post vaccinali, per il proseguimento della vaccinazione dopo un evento avverso o controindicazioni complesse - Pubblicazione della relazione annuale sull'attività del Canale Verde - Partecipazione alla formazione e aggiornamento del personale addetto alle vaccinazioni. |
| Controllo e lotta alla tubercolosi e implementazione dell'offerta del test HIV per la riduzione del numero dei late presenter. | <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento della sorveglianza della malattia tubercolare - Miglioramento della sorveglianza e dell'offerta e accessibilità al test HIV | <ul style="list-style-type: none"> - Recepimento dell'intesa n. 180/CSR del 26.10.2017 recante il Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS) con DGR 888 del 19.06.2018 - Rafforzamento del controllo delle notifiche di tubercolosi nel software informatico SIMIWEB - Realizzazione del programma di prevenzione dell'HIV/AIDS e promozione di stili di vita sani (HIV, fumo, alcool e sostanze illegali) basato sulla peer education che prevede un percorso formativo dei peer e conseguenti interventi da parte dei peer nelle classi 1° e 2° delle scuole secondarie di secondo grado (nel 2018 formazione di 1707 peer e interventi di prevenzione in 63 istituti Regionali). |
| Promozione di politiche per il corretto uso dell'antibiotico e per il controllo dell'antibiotico-resistenza in strutture assistenziali e in comunità | <ul style="list-style-type: none"> - Sorveglianza delle ICA - Sorveglianza antibiotico-resistenza - Processi di valutazione sullo stato attuale della sorveglianza e controllo delle CPE - Consensus conference - Programma di comunicazione | <ul style="list-style-type: none"> - DGR 1664 del 12.11.2018 di modifica dell'allegato B della DGR 1656 del 17.10.2017 e contestuale proroga delle attività riferite al Progetto "Indagine di prevalenza puntuale delle infezioni associate all'assistenza, della colonizzazione intestinale da germi multi-resistenti e del consumo di antibiotici in strutture di lungodegenza (LCTFs) della regione Veneto". - Selezione di brochure, dépliant, video e locandine per la giornata europea dell'antibiotico resistenza e comunicato stampa - Sorveglianza delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi e raccolta dati a livello regionale per la predisposizione di un report annuale |

Approfondimenti:

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Tre Ponti, Dorsoduro - 3493, Venezia

Telefono: 0412791352-53

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

3.3 Screening oncologici

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

Capitolo 3.4 Promozione della salute e prevenzione delle malattie.

§ 3.4.1. Aree prioritarie di intervento. Ridurre la mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto, attraverso i programmi di screening di massa per una diagnosi precoce delle malattie oncologiche.

Quadro di sintesi

I tre programmi di screening oncologici di riconosciuta efficacia (per il carcinoma del colon, della cervice uterina, e della mammella), inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza, sono attivi presso tutte le Aziende ULSS del Veneto.

Nel 2018 i tre programmi di screening hanno confermato tassi stabili, su livelli ottimali, di estensione degli inviti e di adesione agli inviti, generalmente superiori rispetto alle medie nazionali. Gli indicatori del percorso diagnostico e terapeutico sono generalmente positivi.

I livelli di qualità raggiunti e mantenuti dai programmi del Veneto passano attraverso il monitoraggio costante di tutte le fasi della procedura di screening, la formazione continua degli operatori, la condivisione di esperienze e di protocolli, mediate dai gruppi di lavoro regionali degli specialisti.

A fronte di risultati complessivamente positivi dei programmi del Veneto, sono presenti alcune criticità locali, oggetto di azioni di miglioramento sia a livello locale che tramite il monitoraggio e coordinamento effettuati dall'UOC Screening e Valutazione di Impatto Sanitario (VIS) di Azienda Zero.

La Direzione Regionale della Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria ha in capo la funzione programmatica dei programmi di screening oncologici, mentre le funzioni di coordinamento, monitoraggio e formazione dei programmi di screening oncologici dal 1.1.2018 sono transitate dal CRSO-Coordinamento Regionale Screening Oncologici all'UOC Screening e VIS di Azienda Zero (LR n. 19 del 25.10.2016 e DGR 733 del 29.5.2017).

I dati relativi all'estensione ed adesione dei programmi sono aggiornati al 31.12.2018, mentre i dati di esito e gli indicatori di qualità dei programmi sono disponibili per l'anno precedente, per necessità tecniche correlate ai tempi di follow-up dei casi.

Formazione degli operatori dei programmi di screening e gruppi di lavoro

Più di 1.000 operatori sanitari sono attualmente coinvolti negli screening oncologici del Veneto. Gli obiettivi formativi sono volti ad offrire sia una formazione di base sugli screening, che eventi specifici per le diverse professionalità. Nel 2018 l'UOC Screening e VIS ha organizzato 20 eventi formativi, che hanno coinvolto circa 820 partecipanti. Da alcuni anni sono attivi, all'interno dei percorsi dei programmi di screening cervicale, mammografico e coloretale, i Gruppi Regionali di Lavoro per la promozione della qualità degli screening, composti dagli specialisti dei rispettivi settori e coordinati dal CRSO. Con DDG di Azienda Zero n. 158 del 05.04.2019 sono stati formalizzati i nominativi dei nuovi referenti clinici dei gruppi di lavoro.

Screening cervicale

È rivolto alle donne in età compresa fra 25 e 64 anni, che vengono invitate ad eseguire un PAP test ogni tre anni (donne di 25-29 anni) o un test HPV ogni 5 anni (donne di 30-64 anni). La scelta del test di screening, correlata all'età della donna, riflette le migliori evidenze scientifiche sull'argomento. Nel 2018 si è conclusa la fase di estensione del test HPV alla fascia 30-64 anni, avviata gradualmente a partire dal 2015, ed i programmi, anche grazie all'allungamento dell'intervallo di screening associato al test HPV, hanno raggiunto la capacità di invitare la

totalità della popolazione target, con un'estensione corretta¹ degli inviti del 100%. Il tasso di adesione corretta² è stato pari al 62,8%, superiore alla media nazionale, che nel 2017 ultimo dato nazionale disponibile arriva al 39,9% (Figura 3.1).

Complessivamente, nel 2018, su 318.766 donne invitate, 179.762 donne hanno aderito allo screening. Nel 201, ultimo anno per cui sono disponibili indicatori di esito, alle 222.808 donne che hanno aderito allo screening (con test HPV o PAP test, a seconda del percorso definito per la specifica fascia di età) sono state diagnosticate 461 lesioni precancerose di stadio CIN2+.

Screening mammografico

È rivolto alle donne in età compresa fra 50 e 69 anni, che vengono invitate ad eseguire una mammografia con cadenza biennale. Nel 2018, nella maggior parte delle AULSS è stato avviato l'ampliamento dello screening alla fascia 70-74 anni.

L'obiettivo principale di questo screening è la riduzione della mortalità specifica per tumore della mammella, obiettivo secondario è l'applicazione di terapie chirurgiche e mediche il più possibile conservative ed accettabili. Nel 2018 il valore regionale di estensione corretta degli inviti è stato pari al 86,4%, ed il calo rispetto all'anno precedente è da associare, in parte, alla concomitante estensione alla fascia 70-74 anni.

Il dato dell'adesione corretta (77,4% nel 2018) raggiunge lo standard desiderabile del Gruppo Italiano Screening mammografico (GISMa) (>75%), ma con ampia variabilità nelle diverse Aziende ULSS. Nel 2017, anno per il quale sono disponibili indicatori di esito, su 194.973 donne sottoposte a screening (riferito alla fascia 50-69 anni) e 10.368 donne sottoposte ad approfondimenti diagnostici, i tumori rilevati dallo screening (screen detected) sono stati 1.076. Il tasso di identificazione per le donne già inserite nei programmi di screening soddisfa lo standard di riferimento, mentre il tasso di identificazione per le donne che si presentano per la prima volta allo screening è inferiore, probabilmente anche a causa del frequente ricorso alla mammografia, in modo spontaneo, nelle donne <50 anni, prima dell'entrata in un programma strutturato.

Screening coloretale

Ha la potenzialità di ridurre sia la mortalità che, mediante la diagnosi e bonifica di grandi numeri di adenomi, anche l'incidenza del tumore del colon retto. Il programma è rivolto alle persone di ambo i sessi in età compresa fra 50 e 69 anni, che vengono invitate ad eseguire la ricerca del sangue occulto fecale con cadenza biennale.

Analogamente agli altri screening, l'estensione corretta regionale degli inviti nel 2018 si mantiene a livelli ottimali (89,3%). Nel 2018 il dato dell'adesione corretta del 63,9% è lievemente inferiore dallo standard desiderabile GISCoR (65%). I livelli di adesione raggiunti da quasi tutte le AULSS sono soddisfacenti.

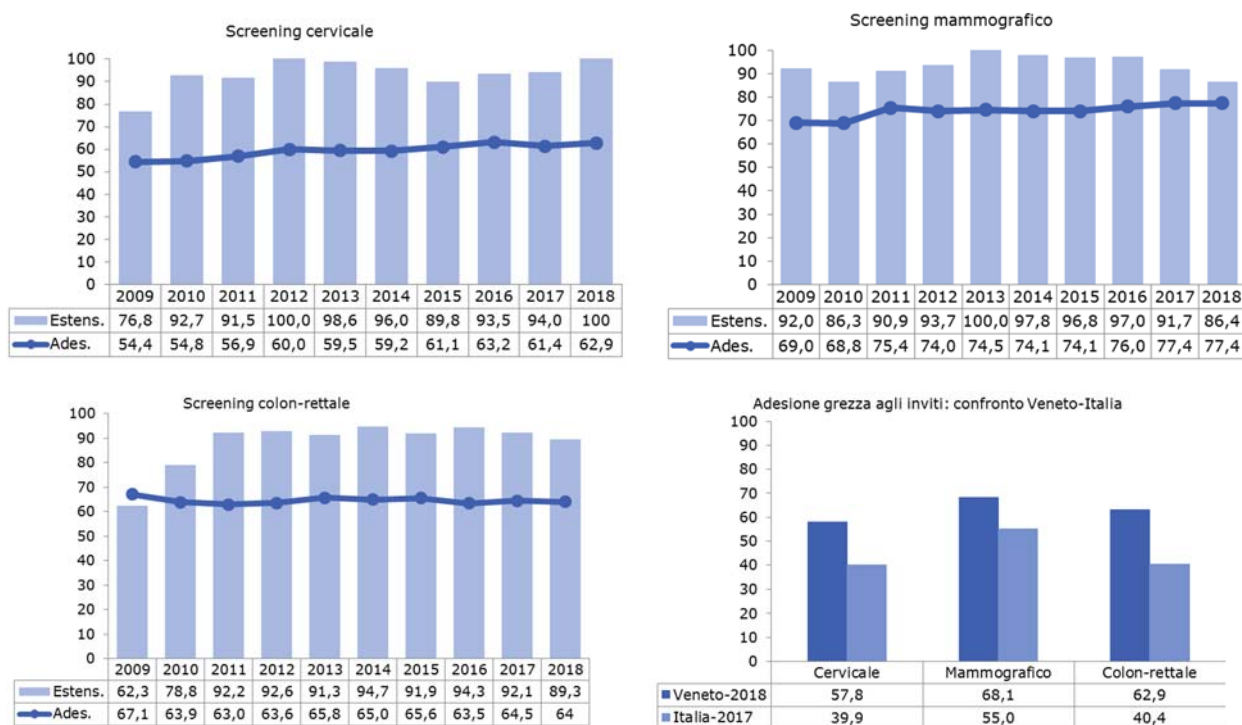
Nel 2017 sono stati diagnosticati 376 carcinomi e 3.401 adenomi avanzati. Il tasso di identificazione per adenomi avanzati e cancro si colloca, generalmente, entro i valori attesi.

In conclusione, si evidenziano nel Veneto alti livelli di estensione e adesione agli inviti, rispetto al contesto nazionale, per tutti i programmi di screening oncologici (cervicale, mammografico e colon-rettale). Persistono, tuttavia, differenze intra ed interaziendali, alle quali sono rivolti gli sforzi di miglioramento.

¹ L'estensione corretta degli inviti è la percentuale dei soggetti invitati rispetto al totale delle persone eleggibili nel periodo selezionato. Le persone eleggibili sono rappresentate dalla popolazione bersaglio, alla quale vanno sottratti i soggetti non invitabili in base ai diversi motivi di esclusione definitivi o temporanei del programma (es: soggetti esclusi per dal MMG per precedente patologia del distretto, ecc).

² L'adesione corretta all'invito è la percentuale dei soggetti aderenti rispetto ai soggetti invitati, escludendo da quest'ultimo insieme coloro che segnalano di aver effettuato il test di recente, al di fuori dello screening, ed escludendo gli inviti inesitati (lettere di invito che tornano al mittente per indirizzo errato, ecc.).

Figura 3.1 - Screening cervicale, mammografico e colon-rettale: Percentuali corrette di estensione e di adesione agli inviti, Veneto 2009-2018 (Fonte: Coordinamento Regionale Screening Oncologici); Confronto dell'adesione grezza agli inviti, Veneto 2018 – Italia 2017 (Fonte: Osservatorio Nazionale Screening)



Riferimenti normativi/deliberativi e approfondimenti

- DGR n. 158 del 05/04/2019: Nomina dei Referenti regionali specialisti dei Gruppi di lavoro dei programmi di screening oncologici di cui alla D.G.R. n. 926 del 22.6.2016.
- DGR n. 926 del 22/06/2016: Formalizzazione ed implementazione dei Gruppi Regionali di Lavoro specialistici all'interno dei programmi di screening oncologici e recepimento dei documenti da essi prodotti.
- DGR n. 749 del 14/05/2015: Approvazione Piano Regionale Prevenzione (PRP) per la realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014/2018
- DGR n. 760 del 14/05/2015: Prime Indicazioni di riordino dei programmi di screening regionali ai sensi del D.Lgs. 29.4.1998, n. 124 e delle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate ai sensi dell'art. 85, comma 4, della legge 23.12.2000, n. 388.
- DGR n. 772 del 27/05/2014: Modifica del programma regionale di screening oncologico per i tumori della cervice uterina con utilizzo del test HPV-DNA come test primario a parziale sostituzione del Pap Test
- Osservatorio Nazionale Screening – Rapporto 2017; www.osservatorionazionalescreening.it
- DGR n. 1693 del 24/10/2017: Definizione del modello organizzativo integrato per la prevenzione, diagnosi precoce e trattamento del carcinoma della mammella. Modifica ed integrazione della DGR n. 2122 del 19 novembre 2013 e s.m.i.
- Decreto n° 113 del 12/09/2017: Nomina dei Referenti dei nuovi Gruppi di Lavoro istituiti con DGR n. 926/2016 e recepimento del documento prodotto dal Gruppo dei Patologi dei programmi di screening mammografico "Raccomandazioni regionali per la diagnosi anatomico-patologica nello screening per il tumore della mammella", ad aggiornamento e sostituzione dell'Allegato A della DGR n. 926/2016.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Tre Ponti, Dorsoduro - 3493, Venezia

Telefono: 041 2791352 - Fax 041 2791355

e-mail: direzioneprevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

3.4 Salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

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

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

Quadro di sintesi

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

In relazione al macro-obiettivo 2.7, sono stati sviluppati i 4 programmi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione, in attuazione degli obiettivi previsti a livello centrale: 1. Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la prevenzione; 2. Prevenzione degli infortuni sul lavoro; 3. Prevenzione delle malattie professionali; 4. Promozione della cultura della salute e della sicurezza nel mondo del lavoro. Inoltre, gli interventi di vigilanza previsti dal mandato istituzionale dei Servizi Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL), volti alla verifica delle misure di prevenzione (tecniche, comportamentali e gestionali) adottate dalle aziende a tutela della sicurezza dei Lavoratori, sono stati orientati nei settori a maggior rischio, con risultati positivi sul numero degli infortuni accaduti all'interno degli ambienti di lavoro. Nell'ambito della tutela della salute negli ambienti di vita si inserisce il monitoraggio del rischio indotto da agenti fisici di origine naturale o artificiale, e chimici, nonché le iniziative di informazione alla popolazione e alle imprese. Alcune linee di intervento sono il monitoraggio del gas radioattivo naturale Radon, le misurazioni delle emissioni elettromagnetiche (settore delle comunicazioni elettroniche, trasporto e trasformazione dell'energia elettrica), il monitoraggio dei prodotti fitosanitari e il loro relativo impiego (progetto regionale FAS: Fitosanitari Ambiente e Salute). Particolare attenzione è rivolta al sistema regionale REACH (Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemical substances), con l'obiettivo di migliorare la tutela della salute attraverso il controllo dell'utilizzo delle sostanze chimiche. Infine, la Regione del Veneto ha proseguito e intensificato il suo impegno per tutelare la salute della popolazione esposta a sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) e ha coordinato la sperimentazione di un nuovo approccio risk-based per garantire la sicurezza dell'acqua potabile, attraverso lo strumento dei Piani di Sicurezza dell'Acqua (PSA).

La Regione del Veneto interviene nel campo della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro con compiti di indirizzo, coordinamento e monitoraggio; diversamente, la vigilanza sull'applicazione della legislazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, è mandato istituzionale delle Aziende U.L.S.S. competenti per territorio, per il tramite dei rispettivi Servizi Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (S.P.I.S.A.L.).

In continuità con l'anno precedente, gli interventi di vigilanza, volti alla verifica delle misure di prevenzione (tecniche, comportamentali e gestionali) adottate dalle aziende a tutela della sicurezza dei lavoratori, sono stati orientati nei settori a maggior rischio di infortunio, con priorità per i rischi di infortunio grave e mortale. La verifica periodica dei volumi di attività ha evidenziato come il sistema regionale di prevenzione negli ambienti di lavoro nel suo

complesso sia in grado di garantire la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza di settore (>5%), orientando gli interventi verso le priorità di salute e secondo logiche di efficacia, con risultati positivi sul numero degli infortuni accaduti all'interno degli ambienti di lavoro.

Tabella 3.3 – Dati organico e attività di prevenzione negli ambienti di lavoro (*estratto*). Veneto, 2017-2018

| Attività | 2017 | 2018 |
|--|--------|--------|
| Attività produttive sottoposte a controllo | 12.959 | 14.262 |
| <i>di cui:</i> | | |
| cantieri ispezionati | 4.858 | 3.885 |
| cantieri ispezionati per rimozione amianto | 1.171 | 815 |
| aziende agricole | 1.108 | 798 |
| Copertura attività produttive soggette a controllo | 5,7% | 6,0% |
| Inchieste per infortuni sul lavoro concluse | 1.697 | 1.618 |
| Inchieste per malattie professionali concluse | 1.919 | 1.581 |
| Visite mediche | 3.964 | 5.459 |
| Ore di formazione erogate a enti/soggetti del sistema della prevenzione | 1.059 | 330 |
| Persone formate | 7.326 | 1.670 |
| Personale | 243 | 215 |
| <i>di cui:</i> | | |
| medici | 53 | 39 |
| chimici, biologi, ingegneri, fisici, psicologi | 16 | 12 |
| tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro | 131 | 123 |
| assistenti sanitari, infermieri | 31 | 30 |

In attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, il principale documento di programmazione di settore, sono stati sviluppati i 4 programmi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, prorogato al 2019 (PRP), finalizzati al raggiungimento del macro-obiettivo centrale "Prevenire gli infortuni e le malattie professionali":

1. Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la prevenzione

Il programma prevede il potenziamento ulteriore dei sistemi informativi attivati, l'implementazione di nuovi flussi informativi e l'impiego delle informazioni acquisite al fine di garantire una pianificazione mirata a livello regionale e aziendale delle azioni di prevenzione.

2. Prevenzione degli infortuni sul lavoro

Il programma prevede il mantenimento delle azioni finalizzate a contrastare il rischio di danni acuti legati all'esposizione a fattori di rischio professionale nei settori produttivi a maggior rischio in base alle evidenze epidemiologiche (agricoltura ed edilizia nel rispetto dei rispettivi piani nazionali), lo sviluppo di altre azioni finalizzate più in generale alle situazioni di maggior rischio infortunistico in tutti i comparti produttivi e il miglioramento dell'omogeneità delle azioni di prevenzione, vigilanza e assistenza, nonché dell'attività di indagine giudiziaria.

3. Prevenzione delle malattie professionali

Il programma prevede il mantenimento delle azioni finalizzate a contrastare il rischio di danni cronici legati all'esposizione a fattori di rischio professionale nei diversi settori produttivi, a favorire l'emersione delle malattie professionali e correlate al lavoro sottotificate e a garantire la sorveglianza sanitaria in favore dei lavoratori con pregressa esposizione professionale a cancerogeni.

4. Promozione della cultura della salute e della sicurezza nel mondo del lavoro

Il programma prevede il mantenimento delle azioni finalizzate a raggiungere diversi obiettivi: rafforzare il coordinamento tra istituzioni e partenariato economico-sociale e tecnico-scientifico; promuovere l'organizzazione per la gestione della sicurezza, l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e di percorsi di responsabilità sociale; favorire la promozione della cultura della sicurezza nel mondo della scuola; migliorare il coinvolgimento dei Lavoratori e dei loro rappresentanti per la sicurezza, sostenendo la bilateralità.

Infine, quale strumento rafforzativo del mandato istituzionale e ad integrazione degli impegni assunti nel documento di programmazione, in risposta all'incremento degli infortuni mortali sul lavoro registrato nel primo semestre del 2018, la Giunta Regionale ha approvato il *"Piano Strategico 2018-2020 per il consolidamento e il miglioramento delle attività a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori"* (D.G.R. 1055 del 17.07.2018), redatto dai competenti uffici regionali con il contributo di Enti e Associazioni del sistema regionale della prevenzione.

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

Nell'ambito del PRP all'interno di uno specifico Programma di attività dedicato alla tematica del gas radon, sono stati selezionati asili nido e scuole materne del territorio regionale da sottoporre a monitoraggio annuale, tramite ARPAV, delle concentrazioni di tale gas radioattivo, in mille punti di misura. Inoltre, è stata prevista la stesura conclusiva, e conseguente diffusione nel 2019, di linee guida regionali di settore per il conseguente approntamento dei Regolamenti edilizi comunali in tema di radon. Va infatti precisato che, dal 2016, è stata aggiornata, tramite specifica attività condotta da ARPAV, la mappatura delle aree regionali ad elevato potenziale di radon e, nei siti web di ARPAV e di Regione del Veneto, è consultabile l'elenco dei Comuni inseriti in tale mappatura.

I plessi scolastici da monitorare, individuati da ARPAV, risultano ubicati negli ambiti dei territori comunali selezionati scorrendo, secondo priorità decrescente, l'elenco dei Comuni a rischio radon del Veneto così come approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 79/2002. Le attività di monitoraggio in parola si sono concluse nel 2018 e perfezionate, in alcuni casi, nei primi mesi del 2019, per la conseguente validazione dei dati ottenuti.

Sono state ricomprese nell'indagine le scuole che, nel corso di precedenti iniziative in materia, avevano dimostrato dei superamenti dei limiti di concentrazione rispetto alla normativa vigente, ed erano state sottoposte con successo ad interventi di mitigazione (trattandosi, in questo caso, oltre che di nidi e materne anche di scuole elementari e medie); ciò al fine di verificare la stabilità e l'efficacia nel tempo dei sistemi di bonifica adottati. Complessivamente il numero di strutture scolastiche esaminato è di 170, in 23 delle quali si è evidenziato un superamento dei limiti normativi, si precisa che per quanto riguarda la concentrazione media annua di radon, la stessa è definita dal DL n. 241/2000 in 500 Bq/mc.

Ai 23 edifici scolastici che hanno evidenziato il superamento dei limiti di legge, ARPAV ha provveduto a darne immediata comunicazione all'esercente (Comune o soggetto gestore per le scuole private), per avviare le iniziative propedeutiche all'intervento rimediante, fornendo altresì suggerimenti e indicazioni utili allo scopo.

Da ultimo, va menzionato che l'Amministrazione regionale, con deliberazione di Giunta n. 1777 del 27/11/2018, in attuazione della legge regionale n. 20/2013, ha previsto specifici finanziamenti regionali a favore delle Amministrazioni comunali i cui territori sono risultati maggiormente interessati dal fenomeno del gas radon, finalizzati alla predisposizione e

realizzazione di progetti di recupero e di risanamento di edifici scolastici esistenti presso i quali è risultato, nel corso di campagne di misurazione, superato il predetto limite normativo di concentrazione media annua di radon.

Prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, alle Radiazioni non ionizzanti utilizzate nei settori delle Teleradiocomunicazioni e degli Elettrodotti

Nel 2018 sono continuate, in collaborazione con ARPAV, secondo la programmazione prevista, le attività di monitoraggio delle sorgenti di campi elettromagnetici a bassa frequenza (elettrodotti e cabine elettriche di trasformazione) e ad alta frequenza (stazioni radio base per la telefonia mobile, impianti radiofonici e impianti televisivi). I controlli effettuati (Tabella 3.4) non hanno evidenziato superamenti dei parametri di emissione di campo elettromagnetico fissati dalla normativa di settore (DPCM 08/07/2003), per ciò che riguarda gli elettrodotti (Tabella 3.5) non sono stati rilevati superamenti dei parametri di emissione fissati dalla normativa di settore (DPCM 08/07/2003).

Tabella 3.4 – Attività di controllo su impianti emittenti radiazioni non ionizzanti, Veneto, 2018

| PROVINCIA | N. SITI CONTROLLATI | N. SOPRALLUOGHI EFFETTUATI | N. CONTROLLI EFFETTUATI | N. REPORT o PARERI | N. PARERI PREVENTIVI |
|---------------|---------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|
| BELLUNO | 8 | 10 | 16 | 8 | 103 |
| PADOVA | 24 | 72 | 70 | 33 | 363 |
| ROVIGO | 28 | 35 | 55 | 39 | 119 |
| TREVISO | 19 | 26 | 53 | 15 | 146 |
| VENEZIA | 27 | 46 | 61 | 28 | 374 |
| VERONA | 72 | 46 | 156 | 51 | 285 |
| VICENZA | 21 | 43 | 66 | 22 | 318 |
| TOTALE | 199 | 278 | 477 | 196 | 1.708 |

Tabella 3.5 – Attività di controllo su elettrodotti, Veneto, 2018

| PROVINCIA | N. SITI CONTROLLATI | N. SOPRALLUOGHI EFFETTUATI | N. CONTROLLI EFFETTUATI | N. REPORT o PARERI |
|---------------|---------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------|
| BELLUNO | 1 | 2 | 2 | 1 |
| PADOVA | 5 | 10 | 10 | 5 |
| ROVIGO | 5 | 11 | 10 | 5 |
| TREVISO | 5 | 14 | 20 | 6 |
| VENEZIA | 5 | 12 | 15 | 5 |
| VERONA | 5 | 10 | 10 | / |
| VICENZA | 5 | 14 | 18 | 6 |
| TOTALE | 31 | 73 | 86 | 28 |

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

La tutela della salute in riferimento al fenomeno dell'impiego dei prodotti fitosanitari è sul territorio regionale presidiata attraverso tre ambiti di intervento:

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

L'attività di informazione, formazione e aggiornamento a favore dei venditori e degli utilizzatori è svolta nel rispetto della normativa nazionale in materia, mentre l'attività di aggiornamento in favore degli operatori delle Aziende ULSS è stata assicurata in termini di continuità rispetto a

precedente programma di iniziative avviato dal 2014 e quindi inserito nel PRP 2014-2018 per affermare i principi del Piano d'Azione nazionale sull'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari, di cui al D.I. 22.1.2014, favorendo la preparazione in materia degli stessi operatori. Nel 2018 si sono svolti a livello regionale vari incontri rivolti agli operatori di tutti i Dipartimenti di Prevenzione del Veneto, ma anche dell'ARPAV e dell'AVEPA. Al Progetto formativo "La formazione sulla salute e sicurezza sul lavoro e sui prodotti fitosanitari negli Istituti Agrari" ha aderito nell'anno scolastico 2017-2018, la Rete "Scuole Agrarie e Forestali del Triveneto"

La puntuale rilevazione delle "dichiarazioni di vendita" (che i rivenditori di prodotti fitosanitari devono presentare come previsto dall'art. 16 D.Lgs. n. 150/2012) rappresenta un importante strumento conoscitivo per comprendere progressivamente il complesso fenomeno dell'impiego dei prodotti fitosanitari in ambito regionale. In Veneto sono presenti oltre 800 rivendite di prodotti fitosanitari autorizzate e dalle 622 dichiarazioni presentate, è stato possibile quantificare l'entità dei prodotti fitosanitari venduti sul territorio regionale nell'anno 2018. La conoscenza di tali dati e della loro articolazione nelle varie aree della regione, consente di effettuare un'analisi territoriale sul fenomeno dell'impiego dei prodotti fitosanitari in Veneto, analisi utile per l'individuazione di interventi di prevenzione sanitaria più opportuni da parte delle Aziende ULSS nelle singole aree, con la possibilità anche di orientare gli obiettivi e i caratteri del controllo sanitario sulle attività di vendita ed impiego dei prodotti fitosanitari. L'attività di vigilanza sanitaria svolta dalle Aziende ULSS sulla base dell'atto di programmazione regionale *"Piano regionale integrato dei controlli in materia di sicurezza alimentare, prodotti fitosanitari, sanità pubblica veterinaria"* (DGR n. 1723 del 19.11.2018) ha determinato complessivamente 270 controlli presso rivendite di prodotti fitosanitari e 342 verifiche in contesti di utilizzo degli stessi prodotti fitosanitari (imprese agricole, contoterzisti, imprese floricole, sementiere e nei confronti di 104 Comuni impegnati nell'attività di trattamento con prodotti fitosanitari in aree extra-agricole).

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

Attraverso un progressivo e costante sviluppo del sistema regionale REACH (Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemical substances) è stato possibile realizzare su territorio regionale l'attività di controllo ufficiale, sulla base del *"Piano regionale di controllo 2018"*, adottato con la DGR n.918 del 26.6.2018. Sono stati effettuati, da parte delle Aziende ULSS competenti, 41 controlli in imprese di produzione di sostanze chimiche sull'applicazione della normativa REACH e CLP.

Nel 2018 si sono svolti inoltre vari eventi formativi volti al rafforzamento, alla diffusione informativa e conoscitiva per garantire la competenza degli operatori delle Aziende ULSS nel settore della tutela della salute in riferimento alla problematica delle sostanze chimiche. Presso la Direzione regionale Prevenzione, Sicurezza alimentare Veterinaria si sono svolti incontri regionali periodici dei PD NEA, utilizzatori del Portale PD (Portal Dashboard for National Enforcement Authorities) a carattere formativo sulle finalità del REACH e del sistema regionale di controllo sulle sostanze chimiche, con l'obiettivo di condividere programmi e modalità di operative di svolgimento dell'attività di controllo sul territorio regionale.

In generale, l'attività di controllo ha riguardato la verifica - presso imprese di produzione ed utilizzazione delle sostanze chimiche - sul rispetto del Regolamento REACH del 18.12.2006 n. 1907, secondo i Protocolli fissati dall'ECHA e dal *"Piano Nazionale dei controlli sulle sostanze chimiche – anno 2018"*, senza tralasciare il controllo relativo a situazioni ed eventi di particolare criticità emergenti in ambito regionale.

Rischi ambientali

L'approvazione nel 2015, da parte delle Nazioni Unite, dell'Agenda 2030 per uno sviluppo sostenibile, ha rappresentato una ulteriore evoluzione verso un approccio combinato, in cui tutti gli obiettivi tengono conto degli aspetti economici, sociali e ambientali e sono concepiti come inscindibili, pensati in modo da combinarsi tra loro e interagire per porre fine alla povertà, per restituire la dignità alle persone e al contempo per preservare la natura e l'ambiente, rispondendo ai bisogni del presente senza compromettere la capacità delle generazioni future di soddisfare i loro. Ciò è in linea con l'approccio One Health che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e gli ecosistemi sono interconnessi, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi umani. L'attenzione crescente all'inquinamento ambientale come fattore di rischio per la salute del singolo e della collettività, si riscontra anche a livello giuridico nell'ampliamento e nella specificazione della normativa dedicata al tema.

Sostanze perfluoroalchiliche (PFAS)

La contaminazione che coinvolge le province di Vicenza, Verona e Padova, viene portata alla luce dal Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Ricerca Sulle Acque (CNR-IRSA), che il 25 marzo 2013 produce il documento "Rischio associato alla presenza di sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) nelle acque potabili e nei corpi recettori di aree industriali nella Provincia di Vicenza e aree limitrofe", come risultato dello studio "Realizzazione di uno studio di valutazione del Rischio Ambientale e Sanitario associato alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) nel Bacino del Po e nei principali bacini fluviali italiani" nell'ambito della convenzione tra "Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare" e CNR-IRSA.

Il Ministero della Salute con nota prot.n. 213583 del 21 maggio 2013 comunicava alla Regione del Veneto i risultati dello studio del IRSA-CNR, chiedendo un intervento dell'Istituzione regionale in merito. Il fenomeno che ovviamente si è caratterizzato come un'emergenza ambientale, con possibili impatti sulla salute della popolazione residente nell'area indagata dallo studio, ha richiesto da subito un intervento proprio a tutela della cittadinanza.

Una nota importante ai fini della comprensione completa del fenomeno è che in questo caso si parla di sostanze non tabellate, rientranti tra gli inquinanti emergenti, per le quali, al momento della scoperta della contaminazione, non erano previste dalla norma dei limiti di concentrazione nelle varie matrici ambientali e nell'acqua destinata al consumo umano.

Il 2018 vede coinvolta la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria nel proseguimento delle attività avviate e nell'implementazione di alcune linee di attività:

- Monitoraggio acque potabili: durante il 2018 è continuato il coordinamento da parte della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria del monitoraggio sull'acqua potabile in erogazione, mediante campionamenti effettuati dalle Aziende ULSS ed analizzati da ARPAV. Contestualmente è proseguita l'attività di alimentazione e implementazione della specifica banca dati regionale acque potabili con trasmissione degli aggiornamenti sui controlli all'Istituto Superiore di Sanità.
- Nuove sostanze perfluorate: in seguito al ritrovamento di nuovi composti fluorurati ("GenX" e cC6O4) nella falda acquifera sottostante il sito produttivo della Ditta MITENI, la Direzione Prevenzione ha intrapreso un approfondimento scientifico sulle proprietà tossicologiche di tali sostanze e richiesto al Ministero della Salute una valutazione sulla loro pericolosità per la

salute umana e una definizione di valori di riferimento per le concentrazioni di tali sostanze nelle acque destinate al consumo umano.

- Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze perfluoralchiliche: nel 2018, è stata portata a compimento la revisione del Piano di sorveglianza sanitaria della popolazione esposta a PFAS (DGR n. 691 del 21.05.2018), oltre a una revisione delle modalità organizzative, sono state introdotte due importanti novità: la ridefinizione delle aree di esposizione sulla scorta delle nuove valutazioni ambientali e della ricostruzione della filiera idropotabile e l'estensione della sorveglianza alla fascia d'età pediatrica.

La Direzione ha garantito un continuo supporto alle Aziende ULSS per l'implementazione del Piano di sorveglianza, mediante riunioni di coordinamento e invio di indicazioni operative. La progressione delle attività è sottoposta a costante monitoraggio, con elaborazione di un report periodico pubblicato sul sito Internet regionale. Attualmente, circa la metà della popolazione target originariamente individuata dalla DGR 2133/2016 è già stata invitata. Inoltre, sono state avviate le attività di invito delle coorti pediatriche e dei residenti dei nuovi Comuni inclusi nell'Area Rossa. Come previsto dalla DGR n. 1191 del 01.08.2017, il Piano di sorveglianza ha incluso anche gli ex-dipendenti della ditta RIMAR-MITENI.

- Progetto di ricerca BIO-PFAS *"Valutazione della biopersistenza e dell'associazione con indicatori dello stato di salute di sostanze fluorurate (benzotrifluoruri, perfluorurati, fluoroammine) in addetti alla loro produzione"*: sono state completate le attività del progetto di ricerca coordinato dal Prof. Merler (ex DGR n. 1191 del 01.08.2017) ed è stata prodotta una relazione conclusiva, pubblicata sul sito internet regionale.

- Studio campionario di biomonitoraggio: avviato nel 2016 con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità, è proseguito con il follow-up a 24 mesi dei soggetti reclutati inizialmente al tempo zero, per valutare l'andamento nel tempo delle concentrazioni sieriche di PFAS.

- Comunicazione alla popolazione, ai portatori di interesse e agli ambiti tecnici/specialistici:

- pubblicazione sul sito istituzionale "Piano di sorveglianza sulla popolazione esposta a PFAS". L'ultimo rapporto pubblicato nel 2018 è il "Rapporto n. 07 - Estrazione dati del 01.10.2018".
- costante informazione della Procura di Vicenza in merito alle attività svolte.

Piani di sicurezza dell'acqua

Con il Decreto Interministeriale del 14 giugno 2017 (pubblicato in G.U. n. 192 del 18/08/2017), avente ad oggetto "Recepimento della direttiva (UE) 2015/1787 che modifica gli allegati II e III della direttiva 98/83/CE sulla qualità delle acque destinate al consumo umano. Modifica degli allegati II e III del decreto legislativo 2 febbraio 2001, n. 31", è stata introdotta la valutazione del rischio nelle filiere idropotabili secondo il modello dei water safety plans (piani di sicurezza dell'acqua - "PSA"), finalizzata al controllo di possibili contaminazioni legate a circostanze specifiche che possono interessare la filiera idropotabile, richiedendo che la valutazione del rischio comprenda "dati di monitoraggio per elementi chimici, sostanze non oggetto di ordinario controllo, sulla base di elementi di rischio sito specifici". La Regione del Veneto – Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria dal 2016 ha partecipato all'avvio della sperimentazione del modello dei PSA in Veneto in qualità di componente del team multidisciplinare composto dall'Istituto Superiore di Sanità, dalla Regione del Veneto con la Direzione Prevenzione e la Direzione Difesa del Suolo, dai Referenti degli altri ambiti regionali coinvolti, da ARPAV, dai Referenti delle Aziende Ulss competenti a livello territoriale e dagli Enti Gestori del Servizio Idrico Integrato. Il team multidisciplinare quindi, a conclusione

delle attività ad inizio 2019, ha predisposto uno dei primi Piani di Sicurezza dell'Acqua in Italia, che riguarda il sistema acquedottistico di Lonigo (Vicenza).

Progetto LIFE PHOENIX

La Regione del Veneto con DGR n. 1245 del 8 agosto 2017 ha approvato, nell'ottica di dare un contributo al raggiungimento degli obiettivi comunitari in tema di ambiente e salute, il progetto Life Phoenix "Perfluorinated compounds Holistic Environmental Interinstitutional eXperience" presentato nell'ambito del programma europeo Life ambiente e salute (Environment and Health) e ammesso a finanziamento da parte della Commissione Europea – Executive Agency for Small and Medium-sized Enterprises (EASME). Il progetto prevede la Regione del Veneto – Area Sanità e Sociale quale Beneficiario Coordinatore (Lead Partner); l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto (ARPAV), il Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Ricerca sulle Acque (CNR-IRSA) e l'Università di Padova, Dipartimento di Biologia, in qualità di Beneficiari Associati, il progetto durerà dal 01/09/2017 al 30/09/2020.

Obiettivi di Progetto:

- Dimostrare come un nuovo approccio e sistema di governance interistituzionale può gestire i rischi legati alla diffusione di contaminanti organici persistenti e mobili nell'ambiente (PMOC)
- applicazione pratica sui PFAS a catena corta (specifica sottoclasse di PMOC)
- supporto dato da innovativi sistemi previsionali e di monitoraggio
- il sistema aiuterà a ridurre, o nel miglior caso eliminare, la spesa pubblica necessaria in caso di danno causato da rilascio in ambiente di sostanze persistenti ed emergenti

Nel 2018 sono stati raggiunti i primi *deliverables* del progetto. L'organigramma del progetto si è arricchito di un nuovo partner, Azienda Zero, che è diventata titolare dell'azione B.2 e nel contempo, attraverso il CRAV, ha proceduto all'acquisizione dei beni e dei servizi utili. L'inserimento di un nuovo partner ha reso necessaria l'approvazione da parte della Commissione Europea di un amendment del progetto, con cui è stata anche ottenuta la proroga di 6 mesi delle attività progettuali a causa del ritardato avvio dell'azione B.2. Pertanto terminerà le proprie attività il 31 marzo 2021. Il progetto LIFE PHOENIX è stato presentato durante l'evento ENSOr "International workshop on Emerging challenges on New SOil contaminants" tenutosi a Bruxelles il 19-20/11/2018.

Approfondimenti

<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/sicurezza-ambienti-di-lavoro>
<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/tutela-acque-destinate-al-consumo-umano>
<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/pfas>
<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/progetto-comunitario-life>
<http://www.arpa.veneto.it/temi-ambientali/acqua/file-e-allegati/documenti/acque-interne>
<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/tutela-acque-destinate-al-consumo-umano>

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
 Rio Tre Ponti, Dorsoduro - 3493, Venezia
 Telefono: 0412791352-53
 e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

3.5 Veterinaria e sicurezza alimentare

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

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

Quadro di sintesi

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

Nell'ambito della SICUREZZA ALIMENTARE, la Regione del Veneto in qualità di Autorità Competente Regionale svolge attività di pianificazione strategica pluriennale, di programmazione annuale delle attività di controllo, di coordinamento delle Autorità Competenti Locali, individuate nelle Aziende ULSS - Dipartimenti di Prevenzione - Servizi di Igiene degli alimenti e Nutrizione, di Igiene degli Alimenti di Origine Animale, Servizi di Igiene delle Produzioni Zootecniche e Servizi di Sanità Animale, per gli ambiti legati alle zoonosi a trasmissione alimentare, nonché dei laboratori ufficiali designati per le analisi sugli alimenti e le altre matrici di interesse per la sicurezza alimentare (ARPAV ed Istituto Zooprofilattico delle Venezie) e degli altri Enti coinvolti a vario titolo nei controlli. Inoltre la Regione svolge attività di verifica sulle Aziende ULSS e sui laboratori di analisi, e riceve le visite ispettive da parte del Ministero e della Commissione europea (DG SANTE e Corte dei Conti) per la verifica dell'adeguatezza dell'organizzazione e dell'efficacia delle attività.

Il PRIC 2015-2018, Piano Regionale Integrato dei Controlli sulla sicurezza alimentare, il benessere e la sanità animale, la sanità dei vegetali è stato adottato con DGR n. 391 del 31/03/2015 ed è stato aggiornato con DGR n. 1915 del 27/11/2017, che ha recepito le indicazioni dell'Intesa sancita in CSR il 10 novembre 2016 sul documento "Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004". Successivamente, con DGR n. 1723 del 19 novembre 2018 è stata disposta la proroga del PRIC 2015-2018 a tutto l'anno 2019 al fine di consentire l'allineamento delle disposizioni regionali alle scadenze imposte a livello nazionale ed europeo dall'applicazione del regolamento (UE) n. 2017/625, che sostituirà le attuali normative relative ai controlli ufficiali a partire dalla fine del 2019.

La programmazione annuale delle diverse attività di controllo, concordata a livello sovranregionale con il Ministero della salute e le altre Regioni e province Autonome, è stata condivisa a livello regionale con i laboratori ufficiali e con le Aziende ULSS durante specifiche riunioni.

La formazione ed l'aggiornamento del personale coinvolto nelle attività di controllo è stata garantita dalla partecipazione a corsi a valenza trasversale e ad eventi su tematiche verticali che si sono svolti sul territorio regionale, nazionale e in Unione europea. In particolare, nel 2018 la Regione ha organizzato numerose giornate di formazione e aggiornamento per il personale delle AULSS che effettua i controlli per la sicurezza alimentare nelle seguenti materie: Diritto amministrativo e sanitario, aggiornamento sui controlli ufficiali in riferimento all'applicazione del regolamento (UE) n. 2017/625, auditor su SSN, auditor/ispettori sui laboratori di analisi, ispettori/auditor sugli operatori del settore alimentare, dei mangimi, dei

sottoprodotti, etichettatura degli alimenti, sistema di allerta rapido (IRASFF) e utilizzo dei sistemi informativi regionali.

La verifica dell'efficacia dei controlli è stata svolta a livello di autorità competente locale, nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione o dei singoli Servizi, attraverso l'applicazione di una procedura che prevede verifiche documentali a priori e a posteriori e verifiche in tempo reale sul campo sotto forma di supervisione; alcune AULSS hanno organizzato audit interni al Dipartimento di Prevenzione o ai Servizi per verificare efficacia e efficienza dell'attività di controllo; le evidenze delle verifiche di efficacia sono state valutate a livello regionale.

In conformità a quanto disposto dalla DGR n. 1429 del 06/08/2013 che recepisce l'Accordo CSR/46/2013 sul documento recante: «Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria», la regione ha predisposto il "Sistema di audit regionale" nel cui ambito sono state pianificate ed organizzate le attività di controllo dirette a verificare l'organizzazione, l'efficacia, l'appropriatezza e l'efficienza dei controlli ufficiali nei settori degli alimenti, dei mangimi, della salute e del benessere degli animali, sono stati analizzati gli esiti, predisposte le azioni di miglioramento necessarie e data loro attuazione. Nel 2018 la Regione ha sottoposto ad audit di settore quattro Aziende ULSS e formulato alcune raccomandazioni; ha altresì ricevuto due audit da parte del Ministero della Salute e due ispezioni comunitarie che hanno avuto riscontri favorevoli.

In relazione alla programmazione ed all'implementazione dei controlli ufficiali sugli operatori del settore alimentare (OSA) e sulle filiere di produzione, nella Tabella 3.6 si riportano i dati relativi ad alcune attività di controllo ufficiale svolte nel 2017 e nel 2018. Nel caso in cui le relazioni d'ispezione o i report di audit abbiano individuato situazioni non conformi, l'autorità competente è intervenuta per assicurare che l'operatore ponesse rimedio alla situazione. In tali casi sono state prese misure prescrittive e/o interdittive, nel 2018 sono stati disposti sequestri in 26 situazioni, irrogate 673 sanzioni e notificate 5 notizie di reato.

Tabella 3.6 – Controlli su operatori del settore alimentare. Veneto, 2017-2018

| | Numero di stabilimenti | Attività ispettiva | | | Attività di audit | | |
|------|------------------------|--|-------------------------|--|--|---------------------|---|
| | | Numero di stabilimenti ispezionati (1) | Numero di ispezioni (2) | Numero di stabilimenti con relazioni d'ispezione di non conformità (3) | Numero di stabilimenti sottoposto ad audit (4) | Numero di audit (5) | Numero di stabilimenti con rapporti finali di audit di non conformità (6) |
| 2017 | 137.047 | 12.887 | 43.718 | 3.379 | 880 | 1.304 | 415 |
| 2018 | 193.277 | 12.115 | 44.411 | 2.817 | 572 | 922 | 187 |

(1) Il **numero di stabilimenti ispezionati** è il numero di stabilimenti che sono stati assoggettati ad almeno una ispezione (una o più ispezioni) durante il periodo di riferimento

(2) Il **numero d'ispezioni** è il numero di relazioni, o *verbali*, d'ispezione (risultato delle ispezioni) relative allo stabilimento.

(3) Il **numero di stabilimenti con relazioni di non conformità** è il numero di stabilimenti per i quali nel periodo di riferimento è stata emessa almeno una relazione (una o più relazioni) di non conformità.

(4) Il **numero di stabilimenti auditati** è il numero di stabilimenti che sono stati assoggettati ad almeno un audit (uno o

(5) Il **numero di audit** è il numero di *rapporti finali* di audit relativi allo stabilimento.

(6) Il **numero di stabilimenti con rapporti finali di audit di non conformità** è il numero di stabilimenti per i quali nel periodo di riferimento è stato emesso almeno un rapporto finale (uno o più rapporti finali) di non conformità.

In relazione ai campioni ufficiali prelevati dal personale delle Aziende ULSS su matrici alimentari (alimenti e bevande) e altre matrici correlate alla verifica della sicurezza alimentare (animali produttori di alimenti, materiali a contatto con alimenti, additivi ecc.), nel 2018 sono state svolte analisi di tipo chimico, microbiologico, fisico e genetico dai laboratori designati per il diversi piani: Piano di campionamento alimenti (25.885 analisi, in cui sono state rilevate 53 non-conformità), Piano di controllo dei residui di pesticidi negli alimenti (188 in alimenti di origine animale e 598 in alimenti vegetali in cui sono state riscontrate 5 irregolarità), Piano di controllo delle micotossine (10 campioni in monitoraggio e 80 campioni in sorveglianza su matrici non di origine animale, 68 analisi per aflatossina M1 nel latte crudo per la vendita diretta di cui 2 hanno dato esito non conforme), Piano di controllo sugli OGM - Organismi Geneticamente Modificati (55 campioni, tutti con esito favorevole), Piano di controllo degli alimenti trattati con radiazioni ionizzanti (24 campioni, tutti con esito conforme), Piano di controllo della radioattività (133 campioni, tutti sotto il limite eccetto un fungo non commercializzabile raccolto nelle zone boschive di Belluno), monitoraggi conoscitivi per la ricerca di contaminanti ambientali e sostanze indesiderate e tossine vegetali (55 campioni). Infine si rappresenta che nel 2018 il nodo regionale delle allerte ha gestito oltre 300 notifiche di allerta.

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

Nel 2018 la gestione dei Piani di risanamento ha comportato la scelta di controllare il 20% degli allevamenti bovini da riproduzione per leucosi (LBE) e brucellosi (BRC) bovina e, con cadenza biennale, la totalità degli allevamenti ovi-caprini per BRC. Inoltre, gli allevamenti di bovini che effettuano la vendita di latte crudo, destinato al consumo umano diretto, devono essere sottoposti a controllo per TBC a cadenza annuale. I controlli sono stati predisposti sulla base della Direttiva 64/432/CEE, coniugando gli obiettivi di risparmio della spesa pubblica con il miglioramento dell'attività di controllo, e basandosi sul fatto che il Veneto ha acquisito negli anni precedenti la qualifica di Regione Ufficialmente indenne da tubercolosi, leucosi e brucellosi bovina e ovi-caprina. In base ai suddetti Piani, i Servizi Veterinari delle Aziende ULSS del Veneto hanno effettuato nel 2018 i seguenti campionamenti:

- BRC bovina: sono stati testati mediante prove sierologiche 566 allevamenti (per un totale di 5.008 bovini) e mediante prove sul latte sfuso 599 allevamenti (per un totale di 2.120 bovini); sono stati inoltre analizzati per BRC 335 feti abortiti.

- LBE: sono stati testati mediante prove sierologiche 565 allevamenti (per un totale di 5.006 bovini) e mediante prove sul latte sfuso 596 allevamenti (per un totale di 2.089 bovini).

- BRC ovi-caprina: testati (sierologicamente) 1.588 allevamenti, 26.760 animali totali.

- TBC bovina: dal 2016 il test di intradermotuberculinizzazione, (che fino al 2015 veniva eseguito sul 100% degli allevamenti bovini ogni 4 anni) viene eseguito sul 20% delle aziende di bovini ogni anno. Nel 2018 sono stati testati 1.167 allevamenti, per un totale di 78.355 capi. Tutti i prelievi effettuati in Veneto per LBE e BRC bovina e ovi-caprina sono risultati negativi; ci sono stati due focolai di TBC bovina: uno in un allevamento linea vacca-vitello in provincia di Rovigo e uno in un allevamento da ingrasso in provincia di Padova: entrambi sono stati gestiti ed estinti in conformità alla normativa vigente (DPR 592/1995 e OM 28/05/2015 e smi).

Negli allevamenti di suini, nel 2018 sono proseguiti i controlli previsti dalla DGR 1555 del 3/10/2017, a seguito della pubblicazione della decisione di esecuzione (UE) n. 2017/486, che

ha inserito la Regione del Veneto nell'Allegato II alla decisione 2008/185/CE, quale territorio in cui si applicano programmi approvati di controllo per l'eradicazione della malattia di Aujeszky. Gli allevamenti avicoli del Veneto (tacchini, galline ovaiole, riproduttori, anatidi e ratiti) sono stati tutti controllati ai sensi del Piano Nazionale di Sorveglianza Influenza Aviaria, risultando negativi. Nel 2018, inoltre, gli allevamenti di tacchini, broiler, galline ovaiole e riproduttori sono stati controllati per salmonellosi, con la numerosità e frequenza previste dal Piano Nazionale di Controllo della malattia (2016-2018): a seguito di tale monitoraggio, sono stati rilevati in totale 4 focolai: 2 di *S. enteritidis* in ovaiole, 1 di *S. typhimurium* sempre in ovaiole e 1 di *S. enteritidis* in broiler. Tutti i focolai sono stati gestiti in conformità al Piano, mediante abbattimento o macellazione in vincolo degli animali e distruzione delle uova.

Per il controllo delle malattie infettive, particolare importanza è stata posta alla verifica dei controlli dell'anagrafe zootecnica, che garantiscono la tracciabilità del tracing back in caso di focolaio. Nel 2018 sono stati controllati 446 allevamenti bovini (in 256 dei quali sono state riscontrate non conformità, NC), 179 allevamenti ovi-caprini (in 27 dei quali sono state riscontrate NC), 99 allevamenti suini (in 32 dei quali sono state riscontrate NC) e 134 allevamenti equini (in 6 dei quali sono state riscontrate NC).

IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI: La cura delle malattie degli animali riconosce nell'utilizzo del farmaco veterinario uno strumento indispensabile per il ripristino delle condizioni fisiologiche e per il benessere degli animali. Il Ministero della Salute prevede annualmente l'applicazione di un Piano Nazionale Residui (PNR) con l'obiettivo di evidenziare non conformità nell'utilizzo dei farmaci veterinari. Per il controllo del farmaco veterinario nel corso del 2018 sono state effettuate 4667 (4717 nel 2018) ispezioni in allevamento, presso grossisti di farmaci, farmacie e parafarmacie. Sono state riscontrate 4 violazioni amministrative. Per il PNR sono stati invece effettuati in totale 7.882 campionamenti in allevamento e presso i macelli, a seguito dei quali sono state rilevate 14 non conformità. Per razionalizzare le risorse è stato inoltre concordato, congiuntamente con l'ente pagatore regionale dei Premi Comunitari (AVEPA), uno specifico piano di monitoraggio, che prevedeva controlli sulla corretta tenuta dei registri aziendali del farmaco veterinario e sulla gestione dello stesso.

Per quanto riguarda l'alimentazione animale il Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA) assicura, in accordo con quanto introdotto dal Regolamento (CE) n. 178/2002 e dal Regolamento (CE) 882/2004, un sistema ufficiale di controllo dei mangimi lungo tutta la filiera dell'alimentazione animale al fine di garantire un elevato livello di protezione della salute umana, animale e dell'ambiente. Nell'ambito del PNAA sono state effettuate 1.136 (1.787 nel 2017) ispezioni presso operatori primari e altri operatori registrati ai sensi del Regolamento (CE) 183/2005. Sono state riscontrate 77 (114 nel 2017) non conformità di vario genere con 4 sanzioni amministrative.

L'azione di controllo sul benessere animale, introdotta dalla UE recentemente, sta assumendo sempre più importanza poiché consente indiscutibili benefici agli animali, ma soprattutto di elevare la qualità degli alimenti/derivati di origine animale.

I Servizi Veterinari delle Aziende ULSS nel 2018 hanno effettuato 1.168 controlli per benessere animale in allevamento, rilevando un totale di 149 non conformità.

Per quanto riguarda il benessere al trasporto degli animali, nel 2018 sono state effettuate 1.228 ispezioni ai sensi del Regolamento (CE) 1/2005, che hanno coinvolto un totale di 2.222.955 animali, 1.116 mezzi di trasporto e 1.119 documenti di accompagnamento; a seguito di tali controlli, sono state rilevate 26 non conformità, a cui hanno fatto seguito altrettante prescrizioni o sanzioni ai sensi del citato Regolamento.

Approfondimenti:

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/sicurezza-alimentare>

Recapiti per ulteriori informazioni:

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Tre Ponti, Dorsoduro - 3493, Venezia

Telefono: 0412791352-53

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

4. Assistenza Ospedaliera

4.1 L'ospedalizzazione in Veneto

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

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

Quadro di sintesi

Nel 2018 le strutture ospedaliere del Veneto hanno effettuato 649.499 dimissioni, circa 4.400 in meno rispetto all'anno precedente. La diminuzione ha riguardato in particolare l'attività di ricovero diurno, mentre c'è stato un aumento dei ricoveri ordinari in relazione alla progressiva attivazione della Week Surgery, passata dai 16.671 ricoveri del 2015 ai 44.701 ricoveri del 2018. La degenza media dei ricoveri nei reparti per acuti è nel lungo periodo in diminuzione e sostanzialmente stabile rispetto al 2017. L'attività delle strutture private convenzionate incide per il 19% del totale, mentre arriva a coprire il 69% dei ricoveri in area riabilitativa.

Nel 2018 le strutture ospedaliere del Veneto hanno effettuato 649.499 dimissioni e circa 27.000 dimissioni di neonati non affetti da patologie; rispetto al 2017 vi è una riduzione di 4.400 ricoveri circa, ma con dinamiche diverse a seconda della tipologia di ricovero. Infatti, a fronte di una sostanziale stabilità dei ricoveri in riabilitazione e in lungodegenza, continua il trend di riduzione dei ricoveri diurni e dei ricoveri ordinari brevi (Tabella 4.1).

La week surgery è passata dai 16.671 nel 2015 ai 44.701 ricoveri del 2018 (8,9% del totale dei ricoveri ordinari per acuti e 18% del totale dei ricoveri ordinari per acuti con DRG chirurgico).

La progressiva diminuzione del numero dei ricoveri diurni è conseguenza anche dell'estensione delle tipologie di interventi chirurgici erogabili in regime ambulatoriale (DGR 859/2011 e successive) oltre che dello spostamento verso l'assistenza ambulatoriale della quasi totalità delle prestazioni di chemioterapia.

La durata media della degenza dei ricoveri ordinari per acuti si mantiene stabilmente sotto gli 8 giorni: nel 2018 sono state erogate circa 30.000 giornate di degenza in più, rimanendo tuttavia ancora sotto ai 5.000.000 giorni annui di degenza (Tabella 4.2).

Tabella 4.1 - Numero di ricoveri per tipo di assistenza, Veneto, 2008-2018.
(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO Regione del Veneto)

| Anno | Acuti Ordinari | | Acuti Diurni | | Lungodegenza | | Riabilitazione | | Totale | |
|------|----------------|------|--------------|------|--------------|-----|----------------|-----|---------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2008 | 549.127 | 69,0 | 207.601 | 26,1 | 11.466 | 1,4 | 27.900 | 3,5 | 796.094 | 100 |
| 2009 | 537.098 | 69,1 | 199.556 | 25,7 | 11.173 | 1,4 | 29.217 | 3,8 | 777.044 | 100 |
| 2010 | 527.086 | 68,7 | 199.663 | 26,0 | 10.369 | 1,4 | 30.324 | 4,0 | 767.442 | 100 |
| 2011 | 503.418 | 69,0 | 186.743 | 25,6 | 9.542 | 1,3 | 29.741 | 4,1 | 729.444 | 100 |
| 2012 | 485.689 | 70,6 | 162.291 | 23,6 | 9.687 | 1,4 | 30.404 | 4,4 | 688.071 | 100 |
| 2013 | 480.816 | 71,2 | 155.385 | 23,0 | 10.173 | 1,5 | 29.081 | 4,3 | 675.455 | 100 |
| 2014 | 477.378 | 71,5 | 151.700 | 22,7 | 9.732 | 1,5 | 28.703 | 4,3 | 667.513 | 100 |
| 2015 | 477.265 | 72,2 | 144.386 | 21,8 | 9.306 | 1,4 | 30.282 | 4,6 | 661.239 | 100 |
| 2016 | 491.949 | 74,5 | 129.088 | 19,6 | 8.232 | 1,2 | 31.000 | 4,7 | 660.269 | 100 |
| 2017 | 505.652 | 77,3 | 109.734 | 16,8 | 7.963 | 1,2 | 30.520 | 4,7 | 653.869 | 100 |
| 2018 | 504.123 | 77,6 | 106.998 | 16,5 | 7.570 | 1,2 | 30.808 | 4,7 | 649.499 | 100 |

Tabella 4.2 - Numero di giornate di degenza e degenza media per tipo di assistenza – Veneto, 2008-2018
(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO Regione del Veneto)

| Anno | Acuti Ordinari | | Acuti Diurni | | Lungodegenza | | Riabilitazione | | Totale | |
|------|----------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|----------------|-------|-----------|-------|
| | N | Media | N | Media | N | Media | N | Media | N | Media |
| 2008 | 4.408.794 | 8,0 | 501.173 | 2,4 | 303.173 | 26,4 | 613.257 | 22,0 | 5.826.397 | 7,3 |
| 2009 | 4.336.491 | 8,1 | 422.934 | 2,1 | 306.115 | 27,4 | 630.013 | 21,6 | 5.695.553 | 7,3 |
| 2010 | 4.285.033 | 8,1 | 406.765 | 2,0 | 295.400 | 28,5 | 648.596 | 21,4 | 5.635.794 | 7,3 |
| 2011 | 4.146.390 | 8,2 | 369.274 | 2,0 | 267.834 | 28,1 | 651.614 | 21,9 | 5.435.112 | 7,5 |
| 2012 | 3.963.950 | 8,2 | 306.116 | 1,9 | 264.405 | 27,3 | 673.413 | 22,1 | 5.207.884 | 7,6 |
| 2013 | 3.905.605 | 8,1 | 275.487 | 1,8 | 279.041 | 27,4 | 667.654 | 23,0 | 5.127.787 | 7,6 |
| 2014 | 3.904.061 | 8,2 | 258.446 | 1,7 | 267.812 | 27,5 | 666.936 | 23,2 | 5.097.255 | 7,6 |
| 2015 | 3.874.052 | 8,1 | 249.767 | 1,7 | 258.362 | 27,8 | 694.938 | 22,9 | 5.077.119 | 7,7 |
| 2016 | 3.869.360 | 7,9 | 227.389 | 1,8 | 225.291 | 27,4 | 704.756 | 22,7 | 5.026.796 | 7,6 |
| 2017 | 3.859.251 | 7,6 | 178.476 | 1,6 | 224.102 | 28,1 | 678.778 | 22,2 | 4.940.607 | 7,6 |
| 2018 | 3.895.973 | 7,7 | 170.475 | 1,6 | 225.732 | 29,8 | 679.326 | 22,1 | 4.971.506 | 7,7 |

Nel 2018, circa il 52% dei DRG sono di tipo medico: oltre ai parti con e senza diagnosi complicanti, che rappresentano il motivo di ricovero più frequente (5% del totale dei ricoveri ordinari per acuti), le condizioni mediche per le quali la popolazione ricorre più frequentemente al ricovero ospedaliero sono lo scompenso cardiaco (3%), l'edema polmonare e l'insufficienza respiratoria (2,3%), la polmonite con e senza complicanze (2,2%) e l'ictus (1,5%). Tra i ricoveri per intervento chirurgico, i più frequenti sono la sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (3,4%), gli interventi per via transuretrale (2,0%), gli interventi sull'utero non per neoplasia maligna (1,9%) e i parti cesarei con e senza complicanze (1,7%). Nell'ambito della degenza ordinaria, i DRG più frequenti in regime di week-surgery sono gli interventi per via transuretrale (11,1%), le colecistectomie laparoscopiche (6,6%), gli interventi agli arti superiori (4,8%) e gli interventi sull'utero non per neoplasie maligne (4,2%).

Nella Tabella 4.3 viene rappresentata la casistica trattata dai reparti ordinari per acuti.

Tabella 4.3 - Dimissioni per acuti in regime ordinario per i DRG più frequenti nel 2018 - Numero e degenza media. Veneto, anni 2016-2018 (Fonte: elaborazioni SER su dati SDO Regione del Veneto)

| DRG | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|---|--------|------------|--------|------------|--------|------------|
| | N | Deg. Media | N | Deg. Media | N | Deg. Media |
| 373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti | 25.519 | 3,4 | 25.434 | 3,5 | 24.247 | 3,4 |
| 372-Parto vaginale con diagnosi complicanti | 1.370 | 4,7 | 1.054 | 4,8 | 1.111 | 4,6 |
| 544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori | 17.303 | 9,3 | 17.352 | 9,2 | 17.366 | 9,2 |
| 127-Insufficienza cardiaca e shock | 16.510 | 10,6 | 15.969 | 10,5 | 14.993 | 10,6 |
| 087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria | 9.729 | 11,5 | 10.378 | 11,3 | 11.481 | 11,6 |
| 089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC | 6.697 | 12,2 | 7.365 | 12 | 7.651 | 12,2 |
| 090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC | 3.303 | 9,0 | 3.586 | 9,0 | 3.624 | 9,1 |
| 311-Interventi per via transuretrale senza CC | 6.032 | 2,2 | 8.265 | 1,9 | 8.880 | 2,0 |
| 310-Interventi per via transuretrale con CC | 923 | 6,1 | 1.070 | 5,5 | 997 | 5,1 |
| 359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC | 9.028 | 3,3 | 9.108 | 3,1 | 9.127 | 3,1 |
| 358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC | 405 | 6,6 | 371 | 7,2 | 370 | 6,4 |
| 125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata | 5.153 | 4,2 | 5.388 | 4,0 | 5.783 | 4,0 |
| 124-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata | 2.835 | 9,7 | 2.938 | 9,8 | 2.963 | 9,9 |
| 371-Parto cesareo senza CC | 8.490 | 4,9 | 8.250 | 4,9 | 8.002 | 4,8 |
| 370-Parto cesareo con CC | 789 | 7,7 | 620 | 8,5 | 592 | 8,0 |
| 576-Setticemia senza ventilazione meccanica, età > 17 anni | 6.850 | 14,8 | 7.351 | 14,4 | 8.303 | 14,8 |
| 014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale | 7.918 | 11,8 | 7.456 | 11,9 | 7.449 | 12,1 |
| 494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC | 6.280 | 2,7 | 6.245 | 2,6 | 6.203 | 2,5 |
| 493-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC | 760 | 8,9 | 738 | 8,2 | 736 | 8,2 |
| 430-Psicosi | 6.762 | 18,8 | 6.794 | 19 | 6.924 | 18,8 |
| 223-Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC | 2.760 | 1,7 | 3.732 | 1,7 | 3.553 | 1,6 |
| 224-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC | 3.194 | 2,5 | 3.303 | 2,4 | 3.358 | 2,4 |

Tabella 4.4 Dimissioni per acuti in regime diurno per i DRG più frequenti nel 2018 - Numero e media accessi. Veneto, 2016-2018 (Fonte: elaborazioni SER su SDO Regione del Veneto)

| DRG | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|---|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|
| | N | Media accessi | N | Media accessi | N | Media accessi |
| 359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC | 7.008 | 1,2 | 7.008 | 1,2 | 7.098 | 1,1 |
| 358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC | 9 | 1,6 | 10 | 1,2 | 10 | 1,2 |
| 381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia | 7.086 | 1,2 | 6.322 | 1,1 | 5.853 | 1,1 |
| 266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti tranne ulcere della pelle/cellul. senza CC | 4.696 | 1,4 | 3.953 | 1,5 | 4.149 | 1,5 |
| 265-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti tranne ulcere della pelle/cellulite con CC | 53 | 1,2 | 53 | 1,3 | 59 | 1,8 |
| 225-Interventi sul piede | 4.860 | 1,4 | 3.849 | 1,1 | 3.480 | 1,2 |
| 036-Interventi sulla retina | 2.842 | 2,2 | 2.757 | 1,6 | 3.153 | 1,7 |
| 139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC | 3.361 | 1,6 | 3.097 | 1,5 | 3.004 | 1,3 |
| 138-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC | 22 | 3,5 | 40 | 2,0 | 18 | 1,4 |
| 158-Interventi su ano e stoma senza CC | 3.663 | 1,7 | 2.966 | 1,5 | 2.937 | 1,5 |
| 157-Interventi su ano e stoma con CC | 127 | 2,0 | 124 | 1,1 | 64 | 1,2 |
| 364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne | 3.524 | 1,2 | 3.080 | 1,2 | 2.924 | 1,2 |
| 055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola | 2.899 | 1,3 | 2.777 | 1,1 | 2.833 | 1,1 |
| 270-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC | 2.623 | 1,6 | 2.594 | 1,5 | 2.683 | 1,4 |
| 269-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC | 16 | 1,4 | 20 | 1,2 | 17 | 1,3 |

I ricoveri in regime diurno sono per il 73,2% di tipo chirurgico. Tra gli interventi chirurgici più frequenti ci sono quelli in ambito ginecologico, ortopedico, oculistico e di chirurgia generale. Le condizioni mediche ricoverate più frequentemente in regime diurno sono le aritmie cardiache (Tabella 4.4).

I pazienti ricoverati nelle lungodegenze sono in gran parte anziani di età superiore ai 74 anni (78%), con patologie quasi esclusivamente di tipo medico, per il 28,8% a carico del sistema osteomuscolare, del sistema nervoso (15,5%), del sistema circolatorio (scompenso cardiaco, malattie vascolari periferiche, malattie cerebrovascolari) per il 13,9% e dell'apparato respiratorio (11,1%). I pazienti oncologici sono complessivamente il 7,0%.

Dimissioni dalle strutture private accreditate

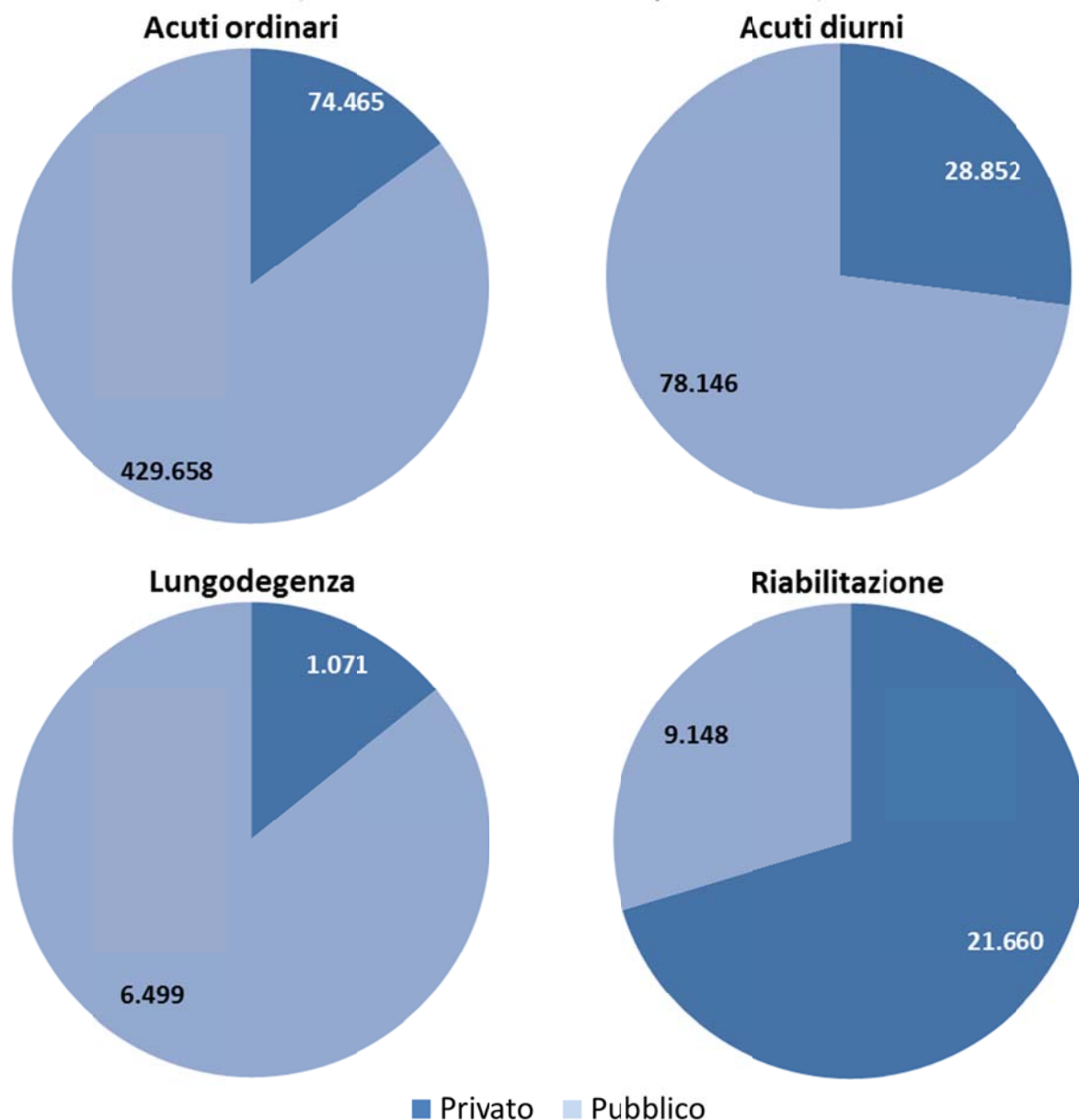
Le dimissioni dalle strutture ospedaliere private accreditate ammontano nel 2018 a 126.048, rappresentando il 19,4% del totale. La quota di ospedalizzazione privata sul totale delle dimissioni dalle strutture regionali è del 14,8% per i ricoveri ordinari per acuti, del 27,0% per i ricoveri diurni, del 14,1% per la lungodegenza e del 70,3% per i ricoveri riabilitativi (Figura 4.1).

Considerando i ricoveri in discipline per acuti, ordinari e diurni, la casistica trattata è prevalentemente di tipo chirurgico, con il 57% delle dimissioni che vengono effettuate dalle unità operative di chirurgia generale e di ortopedia (Tabella 4.5).

Tabella 4.5 - Dimissione dalle strutture private per specialità – Ricoveri per acuti ordinari e diurni. Veneto, 2016-2018 (Fonte: elaborazioni SER su SDO Regione del Veneto)

| Specialità di dimissione (Ricoveri per acuti ordinari e diurni) | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|--|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Cardiologia | 3.252 | 3,2 | 3.064 | 3,0 | 3.193 | 3,1 |
| Chirurgia Generale | 31.640 | 31,1 | 32.166 | 31,6 | 32.519 | 31,5 |
| Chirurgia Vascolare | 665 | 0,7 | 445 | 0,4 | 447 | 0,4 |
| Gastroenterologia | 621 | 0,6 | 658 | 0,6 | 684 | 0,7 |
| Malattie Infettive | 383 | 0,4 | 409 | 0,4 | 510 | 0,5 |
| Materno Infantile | 13.571 | 13,3 | 13.516 | 13,3 | 13.454 | 13,0 |
| Medicina Generale | 8.951 | 8,8 | 8.856 | 8,7 | 8.675 | 8,4 |
| Neurologia | 1.807 | 1,8 | 1.679 | 1,7 | 1.677 | 1,6 |
| Oculistica | 2.070 | 2,0 | 2.230 | 2,2 | 2.389 | 2,3 |
| Oncoematologia | 525 | 0,5 | 531 | 0,5 | 629 | 0,6 |
| Ortopedia | 27.068 | 26,6 | 26.607 | 26,2 | 26.802 | 25,9 |
| Otorinolaringoiatria | 2.949 | 2,9 | 2.948 | 2,9 | 3.068 | 3,0 |
| Psichiatria | 2.788 | 2,7 | 2.811 | 2,8 | 2.886 | 2,8 |
| Terapia intensiva | 770 | 0,8 | 859 | 0,8 | 876 | 0,8 |
| Urologia | 4.761 | 4,7 | 4.863 | 4,8 | 5.508 | 5,3 |
| Totale | 101.821 | 100 | 101.642 | 100 | 103.317 | 100 |

Figura 4.1 – Dimissioni da strutture pubbliche e private per area assistenziale. Veneto, 2018
(Fonte: elaborazioni SER su SDO Regione del Veneto)



Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

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

4.2 La programmazione ospedaliera nel nuovo Piano Socio Sanitario

Quadro di sintesi

Il PSSR definisce che gli ospedali devono lavorare in rete secondo il ruolo e la funzione che gli viene affidato dalla programmazione.

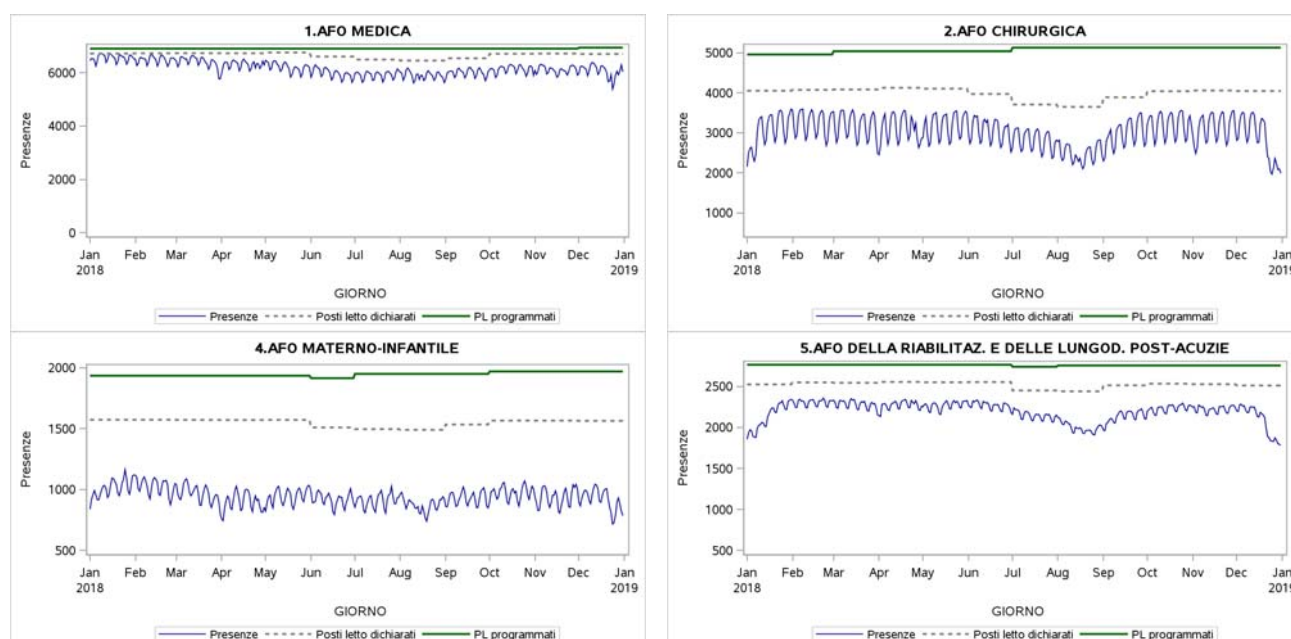
Nel programmare la dotazione degli ospedali devono essere considerati prioritariamente le indicazioni programmatiche, l'organizzazione regionale, la capacità e la possibilità di migliorare l'equità, l'accessibilità, la sicurezza, l'appropriatezza, l'efficacia, la sicurezza e l'efficienza del sistema regionale.

Nel corso del 2018, in vista dell'aggiornamento del PSSR 2019-2023 e delle conseguenti schede di dotazione ospedaliera, è stata completata la ricognizione della dotazione di posti letto e del relativo tasso di occupazione (rapporto tra numero di giornate di degenza effettive e numero di giornate di degenza potenziali in base ai posti letto disponibili) nelle diverse aree funzionali-organizzative ospedaliere (Tabella 4.6 e Figura 4.2).

Tabella 4.6- Posti letto ordinari e week surgery, giornate di presenza e tassi di occupazione del posto letto per Area Funzionale Organizzativa (AFO). Ospedali pubblici e privati accreditati del Veneto, Anno 2018
(Fonte: Elaborazioni su flussi HSP e SDO)

| Area Funzionale Organizzativa | GG presenza | PL medi | Tasso Occupazione | |
|---|-------------|---------|-------------------|--------------|
| | | | Totale | Ospedali Hub |
| AFO Medica | 2.251.448 | 6.658 | 92,7 | 93,8 |
| AFO Chirurgica | 1.101.700 | 3.983 | 75,8 | 77,9 |
| AFO Terapie Intensive | 215.580 | 729 | 81,0 | 94,0 |
| AFO Materno-Infantile | 343.569 | 1.550 | 60,7 | 74,8 |
| AFO Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie | 800.619 | 2.521 | 87,0 | 100,9 |

Figura 4.2- Andamento giornaliero delle giornate di presenza dei ricoveri ordinari e week surgery e relativi posti letto per Area Funzionale-Organizzativa (AFO). Ospedali pubblici e privati accreditati del Veneto. Anno 2018. (Fonte: Elaborazioni su flussi HSP e SDO)



I dati di sintesi mettono in luce come, nell'area medica, l'occupazione dei posti letto sia molto elevata, a livelli tali da rendere talvolta critica la possibilità di far fronte a situazioni di emergenza, come nel caso dei picchi influenzali nel periodo invernale. Al contrario, nell'area materno-infantile, vi è un sistematico sotto-utilizzo di posti letto conseguente alla bassa fecondità che caratterizza il Veneto ormai da diversi anni. Nell'area chirurgica l'utilizzo di posti letto è in parte sottostimato, in quanto le unità operative chirurgiche vengono spesso in aiuto delle specialità mediche nei momenti di carenza di posti letto, consentendo l'appoggio di pazienti in carico alle Medicine nei posti letto delle Chirurgie.

In questo contesto si inserisce la nuova programmazione regionale per gli anni 2019-2023, che tiene necessariamente conto sia di fattori che possono essere considerati esogeni, sia della riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera derivante dal nuovo assetto territoriale delle ULSS sancito dalla LR 19/2016.

Per quanto riguarda i fattori esogeni, è stato dato ampio approfondimento, nella presente relazione, ai mutamenti demografici, in particolare il calo della natalità e l'aumento della speranza di vita, ed ai mutamenti epidemiologici, maggior prevalenza di malattie croniche e di comorbidità. Oltre a questi cambiamenti sul versante dei bisogni assistenziali vanno considerati aspetti che riguardano la diffusione di tecniche chirurgiche, un tempo innovative, che hanno notevolmente ridotto la durata della degenza chirurgica e l'adozione di provvedimenti nazionali di definizione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Per quanto riguarda invece la valutazione dei fattori regionali ci sono alcuni aspetti imprescindibili da considerare:

- l'impatto della riforma introdotta dalla LR 19/2016 per quanto riguarda la valorizzazione del ruolo delle ULSS nell'organizzazione unitaria dei servizi al loro interno, la necessità di implementare il lavoro di equipe e di collaborazione tra ospedali e l'opportunità di differenziare l'offerta ospedaliera;
- l'attuazione degli indirizzi del PSSR 2012-2016 rispetto al modello "Hub and Spoke", le reti di patologia e in particolare le reti per le patologie tempo-dipendenti, la valorizzazione dei centri di eccellenza e di riferimento regionali;
- l'analisi dell'attività ospedaliera in particolar modo riguardanti: l'attuale stato di attuazione della programmazione sanitaria, le risultanze del Piano Nazionale Esiti, l'occupazione dei posti letto, gli indicatori di attività e di efficienza dell'attività ospedaliera, la mobilità dei pazienti intra-regionale ed extra-regionale

Con l'attuazione della LR 19/2016 si sono create le condizioni per cui ogni assistito trova risposta ai bisogni assistenziali di ogni livello di cura nelle strutture organizzate dalla propria Azienda ULSS, compatibilmente con quanto previsto dal DM 70/2015 relativamente alla distribuzione delle alte specialità, la cui diffusione è prevista per bacini di riferimento più ampi per cui la rete assume una dimensione regionale.

In particolare, il modello di rete "Hub and Spoke" ha rafforzato la consapevolezza che gli ospedali del Veneto appartengono a un'unica rete integrata di servizi ospedalieri dove ogni struttura ha un ruolo, una funzione e una dotazione specifica assegnati dalla programmazione ospedaliera a livello regionale.

Gli Hub di eccellenza sono qualificati dalla presenza di alte specializzazioni e garantiscono la competenza necessaria per la gestione delle casistiche più complesse, anche grazie alla presenza delle tecnologie più innovative. Essi inoltre garantiscono lo sviluppo delle pratiche cliniche e l'introduzione delle innovazioni derivate dalla ricerca nella pratica ospedaliera, contribuendo al miglioramento continuo dei livelli di assistenza della rete ospedaliera

regionale; supportano le strutture della rete ospedaliera regionale nella gestione delle casistiche complesse sia attraverso modelli di centralizzazione dei pazienti (anche per la sola fase acuta del percorso assistenziale, facilitando poi una presa in carico da parte delle strutture ospedaliere di prossimità per la gestione della fase post-acuta), sia attraverso lo sviluppo di modelli di consulenza da garantire anche con strumenti informatici.

Gli Ospedali Spoke e Nodi di rete assumono la funzione di ospedali di riferimento territoriale per le patologie a media e bassa complessità. Si rende dunque necessario, nella rete così delineata, rafforzare il ruolo delle strutture classificate come Spoke e Nodi di rete in ragione dell'importanza che rivestono nei rispettivi ambiti territoriali, per garantire la prossimità delle cure per le suddette condizioni, pur centralizzando le prestazioni di alta complessità.

In questo contesto di rete di ospedali, le reti per patologia si caratterizzano per essere l'organizzazione che, per un determinato bacino di riferimento nel quale sono definiti i ruoli, livelli e le funzioni delle strutture che appartengono alla rete, garantisce la presa in carico tempestiva e il percorso di prevenzione diagnosi e cura più appropriato per tutti i paziente della rete.

Come indicato dallo stesso PSSR 2019-2023 "in considerazione della definizione territoriale delle ULSS è necessario sviluppare un maggior coordinamento tra le strutture ospedaliere delle Aziende Sanitarie, per garantire un'offerta uniforme ed accessibile, che riduca le inefficienze di sistema e migliori i livelli di integrazione con le strutture territoriali, anche in considerazione di quanto previsto dal Programma Nazionale Esiti, circa i volumi minimi e gli esiti per tipologia di prestazioni".

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria - LEA

Unità Organizzativa "Assistenza ospedaliera pubblica e privata accreditata e Strutture intermedie"

Palazzo Molin - San Polo, 2514 - 30125 Venezia

Telefono: 041-2791501-1502 - Fax. 041-2793599

e-mail: programmazione sanitaria@regione.veneto.it

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

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@azero.veneto.it

4.3 Volumi di attività e qualità delle cure

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

La Legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato", all'articolo 1 comma 522, prevede che "(...) Gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attivano, altresì, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità (...), e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti, pubblicando entro il 30 giugno di ogni anno i relativi esiti". In attuazione di ciò viene definita, con il Decreto Ministeriale del 21 Giugno 2016, la metodologia per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure secondo il metodo TREEMAP.

Quadro di sintesi

Il volume di attività rappresenta una delle caratteristiche di processo misurabili che possono avere un rilevante impatto sull'efficacia degli interventi e sull'esito delle cure. La revisione sistematica della letteratura scientifica ha fatto emergere come, per numerose attività ospedaliere, la specializzazione e l'esperienza derivata da un elevato volume di casi trattati conducano a miglioramenti della qualità dell'assistenza e a migliori esiti per il paziente. La rilevazione condotta sui dati di dimissione del 2018 conferma la frammentazione dei volumi di intervento per tumore alla mammella, per i quali solo metà delle strutture ha volumi superiori alla soglia fissata. I centri di II livello, identificati dalla DGR 1693/2017, tuttavia raggiungono tutti la soglia fissata dal DM70. Per gli indicatori di esito, l'80% delle strutture ospedaliere supera le soglie fissate dal DM70 con l'unica eccezione per l'indicatore "proporzione di tagli cesarei primari" per il quale solo quattro strutture su dieci superano gli standard di qualità fissati dal Ministero della Salute. Gli indicatori PNE analizzati secondo la metodologia TREEMAP sono stati oggetto di monitoraggio periodico nel corso del 2018. Il 37,3% di quelli che nel 2017 presentavano una criticità sono usciti dall'area critica al termine del 2018.

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

Nelle Tabelle 4.7 e 4.8 si presenta, per ciascun indicatore contemplato dal DM70, il numero e la percentuale di strutture ospedaliere che nel 2018 soddisfano i requisiti di volume e di esito richiesti. Nel caso del volume di interventi di colecistectomia laparoscopica, interventi per tumore alla mammella, interventi di bypass aorto-coronarico e ricoveri per infarto acuto del miocardio, la proporzione di strutture che supera la soglia è aumentata rispetto al 2017. Il dato relativo al volume di interventi per tumore alla mammella deve essere letto tenendo conto della riorganizzazione della rete regionale dei Centri di Senologia (DGR 1693/2017) la quale prevede la possibilità di attivare equipe chirurgiche uniche formate da personale proveniente da più sedi. Tale attivazione ha visto nel 2017 la condivisione di un'unica equipe tra l'Ospedale di Mestre e quello di Venezia e ha previsto nel corso del 2018 l'attivazione della struttura complessa di Chirurgia Senologica unica per tutta la provincia di Venezia con sede presso

l'Ospedale di Mestre. La condivisione di equipe chirurgiche tra più ospedali ha riguardato anche gli interventi di colecistectomia laparoscopica, in particolare per Belluno e Pieve di Cadore e per Bassano ed Asiago.

Sul versante degli esiti, gli indicatori mostrano complessivamente una buona performance; la situazione che tuttavia più si discosta dagli standard di qualità del DM70 è la proporzione di parti con taglio cesareo primario per la quale le maggiori criticità si evidenziano tra le strutture con meno di 1000 parti annui.

Tabella 4.7 – Volumi Veneto anno 2018: sintesi strutture e soglie (solo strutture con almeno 10 casi).
Analisi per Struttura Ospedaliera (Fonte: Elaborazioni su dati SDO – maggio 2019)

| Indicatore | Soglia DM70 | 2018 | | 2017 | |
|---|-------------|---------------------|-------------------------|-------|-------------------------|
| | | N. totale strutture | Superamento soglia DM70 | | Superamento soglia DM70 |
| | | | N. | % | % |
| Interventi di colecistectomia laparoscopica | 100 | 47 | 38 | 80,9 | 72,9 |
| Interventi per frattura del femore | 75 | 39 | 32 | 82,1 | 82,1 |
| Infarto acuto del miocardio | 100 | 44 | 29 | 65,9 | 62,2 |
| Interventi per tumore della mammella | 150 | 31 | 16 | 51,6 | 45,5 |
| Parti | 500 | 36 | 27 | 75,0 | 75,0 |
| Interventi di angioplastica coronarica percutanea | 250 | 23 | 17 | 73,9 | 82,6 |
| Interventi di bypass aorto-coronarico | 200 | 5 | 5 | 100,0 | 60,0 |

Tabella 4.8 – Esiti Veneto anno 2018: sintesi strutture e soglie (solo strutture che soddisfano il numero minimo di eventi a denominatore). Analisi per Struttura Ospedaliera (Fonte: Elaborazioni su dati SDO – maggio 2019)

| Indicatore | Soglia DM70 | 2018 | | 2017 | |
|---|---------------------|---------------------|-------------------------|-------|-------------------------|
| | | N. totale strutture | Superamento soglia DM70 | | Superamento soglia DM70 |
| | | | N. | % | % |
| Proporzione di STEMI (infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni | min 60% | 18 | 16 | 88,9 | 88,9 |
| Intervento di bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni | max 4% | 5 | 5 | 100,0 | 100,0 |
| Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni | max 4% | 5 | 5 | 100,0 | 100,0 |
| Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni | min 70% | 39 | 38 | 97,4 | 87,8 |
| Proporzione di parti con taglio cesareo primario (≤25% per strutture con almeno 1000 parti annui; ≤15% per strutture con meno di 1000 parti annui) | max 25% o 15% | 35 | 15 | 42,9 | 44,1 |
| Proporzione di interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore in pazienti di età ≥ 65 anni | min 60% | 34 | 27 | 79,4 | 85,3 |

Audit sulla qualità dei dati

Nel corso del 2018 è stato attuato un processo di Audit al fine di valutare l'impatto della qualità della codifica delle diagnosi e delle procedure contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) sui valori degli indicatori di processo e di esito. Tale attività, che consisteva

nel controllo di congruità tra cartella clinica e SDO, ha coinvolto 32 strutture ospedaliere per un totale di 11 indicatori che presentavano valori "anomali". A supporto delle strutture ospedaliere coinvolte nell'attività di audit è stato istituito per il secondo anno il "Gruppo di lavoro audit PNE" formato da personale medico e tecnico di Azienda Zero. Tutte le aziende coinvolte hanno collaborato agli audit, predisponendo anche una relazione sulle iniziative di controllo della qualità messe in atto, e i risultati ottenuti sono stati regolarmente inviati a PNE.

Comunicazione dei dati

L'aggiornamento mensile degli indicatori previsti dal DM70 e di quelli impiegati nella metodologia Treemap, con cui PNE fornisce una valutazione sintetica di ciascuna struttura ospedaliera sulla base di 21 indicatori di volume, esito e processo, ha consentito di monitorare costantemente l'andamento degli indicatori durante tutto il 2018 in collaborazione con le Aziende Sanitarie. La reportistica a disposizione nel Datawarehouse del Sistema Informativo regionale ha permesso di "anticipare" i risultati del 2018 che PNE pubblicherà a dicembre 2019. La presentazione e discussione dei risultati è stata fatta in occasione degli incontri per la valutazione degli obiettivi di salute delle Aziende e ciò ha permesso di segnalare e successivamente correggere, per specifici indicatori, problemi nella registrazione dei dati e per ricevere segnalazioni in merito alla chiusura di alcuni reparti o alla riorganizzazione di alcune attività.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

- DM n.70 del 02.04.2015, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- Legge n.208 del 28.12.2015, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016).
- DM del 21.06.2016, Piani per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici.
- DGR n.1693 del 24.10.2017, Il modello organizzativo integrato, Prevenzione-diagnosi precoce- trattamento del carcinoma della mammella
- Sito Programma nazionale esiti - PNE: <https://pne.agenas.it/>

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria - LEA

Unità Organizzativa "Assistenza ospedaliera pubblica e privata accreditata e Strutture intermedie"

Palazzo Molin - San Polo, 2514 - 30125 Venezia

Telefono: 041-2791501-1502 - Fax. 041-2793599

e-mail: programmazione sanitaria@regione.veneto.it

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

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@azero.veneto.it

4.4 Controlli sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero

In ambito regionale i controlli sull'attività sanitaria sono disciplinati da DGR n. 3444/2010 (d.lgs 502 e s.m.i.) con attribuzione della responsabilità del processo alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie. L'articolazione dei controlli viene distinta in interni ed esterni (rispetto all'Azienda sanitaria di residenza). A seguito dell'introduzione della Legge Regionale n. 19/2016, la seguente DGR 2022/2018 (che modifica la DGR 2174/2016, Allegato O) ha stabilito che gli organi di supervisione e vigilanza sono: il Nucleo Regionale di Controllo cui spetta -con il supporto dell' UOC Ispezioni Sanitarie e Socio-Sanitarie- dirimere le controversie, rispetto ai controlli delle prestazioni sanitarie, rimaste irrisolte a livello aziendale, e i Nuclei Aziendali di Controllo, presenti presso ogni Azienda Sanitaria e presso ogni struttura privata accreditata. La normativa in materia prevede che almeno il 12,5% dell'attività di ricovero annuale di ogni struttura debba essere sottoposta a puntuale verifica sulla base della documentazione sanitaria, il *Nucleo Regionale di Controllo*, inoltre, ha la facoltà di incrementare l'attività di verifica sulla base di riscontro di ricorso a determinate prestazioni, proponendo indicatori aggiuntivi rispetto a quelli previsti dalla DGR 2022/2018. Nel 2018 (Tabella 4.9) a fronte di un controllo eseguito su circa 120.000 ricoveri (19%), per effetto delle modifiche apportate al 6% dei DRG, si è verificata una rivalorizzazione economica di oltre € 950.000.

Tabella 4.9 - Attività di controllo di appropriatezza sulle prestazioni di ricovero. Veneto, 2018
(Fonte: Rapporto LEA 2018)

| Tipologia Erogatore | Cartelle cliniche controllate | | Modifiche DRG | | Abbattimento tariffario |
|-------------------------------|-------------------------------|------------|---------------|-----------|-------------------------|
| | N | % | N | % | |
| Strutture pubbliche | 97.867 | 18% | 6.865 | 7% | € 399.261,57 |
| Strutture private accreditate | 28.393 | 22% | 848 | 3% | € 556.127,00 |
| Totale | 126.260 | 19% | 7.713 | 6% | € 955.388,57 |

Approfondimenti

[D.M. 10 dicembre 2009 – Art. 3 comma 2.](#)

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

[DGR 2174 del 23 dicembre 2016 – Allegato O](#): Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19.

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

[DGR 2022 del 28 dicembre 2018](#): Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto.

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Ispezioni sanitarie e socio-sanitarie - Azienda Zero - Regione del Veneto
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Tel. 049-8778108
e-mail: ispezioni@azero.veneto.it

4.5 Rischio clinico e prevenzione degli eventi avversi

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

Il PSSR contiene indirizzi volti a promuovere la riduzione degli eventi avversi, specificando che gli stessi vengono normalmente correlati ad effetti non solo prettamente di natura professionale ma anche di natura organizzativa, gestionale ed economico finanziaria, visto che sul funzionamento del sistema incidono anche i processi decisionali (§ 4.1.2 -pag.116). Identifica, inoltre, la necessità di attuare un costante miglioramento e la diffusione nelle diverse realtà territoriali e ospedaliere di attività inerenti la gestione del rischio clinico (pag. 83). Nel contesto della nuova metodica della gestione diretta aziendale dei rischi di RCT il PSSR prevedeva la continua trasmigrazione di dati alla Regione, al fine di monitorare con efficacia e tempestività l'andamento della sinistrosità nelle diverse Aziende Sanitarie, permettendo un raccordo con le azioni assunte in tema di gestione del rischio clinico (pag. 117).

Quadro di sintesi

La sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico sono aspetti centrali per la promozione e la realizzazione delle politiche di governo clinico e quindi della qualità dei servizi sanitari.

Fin dal 2006 nella Regione del Veneto è stato attivato un modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente, la razionalizzazione e la gestione unitaria dei flussi informativi regionali e l'avvio di un piano di formazione per i diversi attori all'interno delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. In un'ottica di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate ai cittadini, sono stati negli anni adottati una serie di provvedimenti con lo scopo di mettere in atto misure volte a prevenire gli eventi avversi ovvero a ridurre le conseguenze e di favorire un diverso approccio da parte del personale sanitario in tema di sicurezza delle cure.

Sempre con la finalità di consolidare la fiducia dei cittadini verso le strutture sanitarie e promuovere tra i diversi soggetti coinvolti la consapevolezza degli eventi di danno, l'analisi dei fattori di rischio e, di conseguenza, le azioni più efficaci per prevenire i sinistri, si è dato avvio ad un sistema di gestione diretta dei sinistri, avvalorato dalla crescente difficoltà nel reperire coperture assicurative adeguate al rischio da garantire, dal costante incremento del costo dei premi di polizza ed alla formulazione, da parte delle compagnie assicuratrici, di clausole sempre più restrittive.

La gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente sono obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale ed elementi strutturali dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le attività di gestione del rischio clinico sono efficaci in misura proporzionale alla loro integrazione a tutti i livelli dell'organizzazione e allo sviluppo di una cultura della sicurezza estesa a tutto il personale. La sicurezza del paziente è una dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti. Per il perseguimento di tale obiettivo è previsto un coordinamento a livello regionale con l'obiettivo di aumentare la sicurezza delle prestazioni sanitarie, migliorare l'*outcome* dei pazienti, favorire un uso appropriato delle risorse e, indirettamente, garantire un abbassamento dei costi attraverso la riduzione del verificarsi degli eventi avversi ed il contenimento dei danni agli stessi correlati.

Attività di coordinamento e monitoraggio regionale

L'attività di coordinamento e monitoraggio regionale, effettuato da Azienda Zero, consiste nella verifica annuale della messa in atto a livello delle singole Aziende Sanitarie delle misure volte a

prevenire gli eventi avversi con riferimento alle priorità indicate dai LEA e dai requisiti dell'accreditamento istituzionale.

Raccomandazioni e Checklist di sala operatoria

Anche per il 2018, la Regione del Veneto ha aderito al monitoraggio che Agenas mette a disposizione in merito all'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e all'applicazione della checklist in sala operatoria. Con il supporto e il coordinamento Regionale le aziende sanitarie hanno implementato, ove applicabili, tutte le 17 raccomandazioni ministeriali ad eccezione della n. 9 non implementata solo in una Azienda. Per quanto attiene, invece, l'applicazione della Checklist in sala operatoria, secondo quanto rilevato, la stessa è applicata a regime nel 100% delle sale operatorie della Regione.

Monitoraggio della stesura, applicazione delle buone pratiche

La Regione del Veneto partecipa, dal 2008, all'iniziativa realizzata dall'Osservatorio Buone Pratiche in collaborazione con la Sub-Area Rischio Clinico della Commissione Salute, che si pone quale obiettivo quello di raccogliere tutte le esperienze di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure realizzate dalle organizzazioni sanitarie.

Nel 2018, con il supporto e la supervisione regionale, le Aziende Sanitarie della Regione del Veneto hanno pubblicato 41 buone pratiche (Tabella 4.10), risultando per il secondo anno consecutivo, la seconda Regione più produttiva a livello nazionale.

Tabella 4.10 - Tipologia di buone pratiche inserite in Agenas, Veneto, 2018

| Tipologia di buona pratica | Conteggio di Classificazione |
|-------------------------------------|------------------------------|
| Terapia farmacologica | 10 |
| Altro | 8 |
| Prevenzione della violenza | 6 |
| Revisione del modello organizzativo | 4 |
| Sicurezza trasfusionale | 3 |
| Empowerment dei pazienti | 3 |
| Gestione dei dispositivi medici | 2 |
| Segnalazione di eventi | 2 |
| Sicurezza in sala operatoria | 1 |
| Identificazione del paziente | 1 |
| Prevenzione delle cadute | 1 |
| Totale | 41 |

Monitoraggio degli Eventi sentinella

Nel 2018 sono stati validati 92 eventi sentinella, dando origine per ognuno di essi a report di analisi e messa in atto di piani di miglioramento. In merito al tipo di evento, secondo la classificazione del protocollo ministeriale, le cadute del paziente sono state quelle segnalate con maggior frequenza (n=34; 37%), seguite da ogni altro evento che causa morte o grave danno al paziente (n=19; 21%), suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale (n=13; 14%), strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure (n=7; 8%), Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita e Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto (n=3; 3%), Procedura in paziente sbagliato e Atti di violenza a danno di operatore (n=2; 2%), Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0 e Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica

(n=2; 2%). Complessivamente, sul totale degli eventi sentinella, nel 22% dei casi l'evento è esitato nel decesso del paziente.

Riorganizzazione e semplificazione del modello organizzativo del rischio clinico e della sicurezza del paziente a livello regionale

Con Deliberazione n. 2255 del 30.12.2016, è stata unificata e razionalizzata la gestione dei flussi informativi regionali (sinistri, eventi sentinella, incident reporting, reclami URP), semplificando e riorganizzando il percorso di segnalazione di eventi avversi ed eventi evitati (near miss) e di analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari, con diffusione di una procedura regionale unica per la gestione e la presa in carico degli eventi avversi ed eventi evitati ed attivazione del portale di segnalazione. L'unificazione dei flussi ha permesso anche un confronto con i dati derivanti dai sinistri per responsabilità sanitaria per i quali è stata predisposta una specifica scheda di risk management nella quale identificare le cause ed i fattori contribuenti nonché le azioni di miglioramento da mettere in atto in seguito a ciascun sinistro.

Audit regionale degli eventi avversi e valutazione dei percorsi clinico assistenziali

Nell'ambito delle attività di analisi degli eventi avversi, sono stati eseguiti molteplici audit regionali, differenziati per ambito clinico e di intensità di cura. L'attività espletata ha favorito l'apprendimento del personale sanitario e dell'organizzazione in cui lo stesso opera, mettendo in atto azioni di miglioramento a livello locale, aziendale e regionale.

Le attività di audit hanno riguardato le seguenti aree cliniche assistenziali: area chirurgica, area dell'emergenza-urgenza, area materno-infantile.

Attività per la prevenzione, il controllo e la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza

La UOC Rischio Clinico ha provveduto a realizzare quanto stabilito nel Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR), producendo i seguenti documenti:

- sistema di segnalazione rapida di alert organisms e cluster epidemici;
- proposta di piano Regionale per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
- proposta di Protocollo operativo per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- proposta di una metodologia comune per la valutazione dei criteri per l'accreditamento relativi al programma di controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Sempre nell'ambito dei programmi di gestione degli eventi avversi di natura infettiva sono state eseguite le seguenti attività:

- analisi Regionale misure di sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE);
- raccolta ed analisi delle segnalazioni dei microrganismi sentinella;
- predisposizione delle attività necessarie affinché tutti i laboratori di Microbiologia regionali partecipino al sistema di Sorveglianza nazionale dell'antimicrobico-resistenza);
- ricognizione delle attività formative svolte dal 01.01.2015 al 30.06.2018 dalle strutture sanitarie in tema di infezioni correlate all'assistenza;

- coordinamento del gruppo di lavoro relativo alle infezioni da *Mycobacterium chimaera*.

Implementazione del modello regionale di gestione sinistri e rischio clinico

Attuando quanto stabilito nella DGR n. 573 del 10.5.2011 e nel PSSR 2012-2016 sono state approvate le "Linee guida per la gestione stragiudiziale dei sinistri di RCT delle Aziende ULSS del Sistema Sanitario Regionale" ed è stato delineato il nuovo modello regionale per la gestione dei sinistri dipendenti da responsabilità medica, avviato il 01.01.2013 presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, e nel 2015 a seguito degli esiti positivi in ordine all'andamento della sperimentazione in corso nell'area di riferimento, con DGR n. 567 del 21 aprile 2015 esteso alle altre Aziende sanitarie. Tale modello trova articolazione nell'accentramento della gestione in 5 Uffici centrali sinistri coincidenti in altrettante Aree provinciali e sovra-provinciali costituite dall'aggregazione dalle Aziende SSR. Le caratteristiche del modello applicato sono di tutelare pazienti e personale sanitario, la ricerca di una rapida definizione delle richieste di risarcimento ove sussista l'effettivo fondamento giuridico e medico legale, il contenimento del contenzioso, l'analisi dei rischi e la prevenzione degli eventi avversi, aspetto essenziale per la stabilità di un sistema innovativo. Sul piano operativo sono state implementate una procedura regionale di gestione del sinistro e l'applicativo regionale per la gestione sinistri e rischio clinico (GSRC), strutturato e articolato per la condivisione e l'elaborazione di dati, atti e documenti da parte delle diverse professionalità (giuridica, amministrativa, medico-legale, *Risk manager*) preposte alla valutazione e definizione del sinistro, oltre che per il monitoraggio regionale dell'intero sistema e dei principi generali di buon andamento, efficienza ed efficacia che caratterizzano l'attività della pubblica amministrazione. Tali modalità operative consentono alle Aziende SSR di procedere sia con la trattazione dell'evento/sinistro mediante il Comitato Valutazione Sinistri, struttura multidisciplinare inclusiva delle professionalità sopra riportate, sia con le attività di analisi, valutazione e prevenzione del rischio (adozione di buone pratiche clinico-assistenziali ed organizzative).

La modalità di gestione delle richieste di risarcimento risultava caratterizzata da una presa in carico diretta aziendale e da un approccio sistematico di analisi dell'evento lamentato al fine di verificare, da un lato, la sussistenza di una responsabilità professionale e/o aziendale, dall'altro, le criticità rispetto alle quali porre in essere delle azioni di miglioramento sia di tipo organizzativo che clinico. L'intero procedimento, finalizzato alla liquidazione del risarcimento del danno lamentato per una accertata responsabilità aziendale, è gestito dai rispettivi Uffici Sinistri. Per gli eventi di particolare gravità, che prevedono risarcimenti oltre 500 mila euro, la gestione viene condivisa con la Compagnia assicurativa che assicura le Aziende sanitarie e l'IRCSS Istituto Oncologico Veneto.

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Rischio Clinico – Azienda Zero - Regione del Veneto
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778326
e-mail: rischio.clinico@azero.veneto.it

UOC Affari Generali e Assicurativi – Azienda Zero - Regione del Veneto
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778240
e-mail: aagg.assicurativi@azero.veneto.it

5. Assistenza territoriale e socio-sanitaria

5.1 Assistenza primaria e distrettuale

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

- *“Modelli organizzativi di assistenza territoriale”*: per rendere operativo il modello di presa in carico della cronicità è necessario implementare in modo diffuso su tutto il territorio regionale le Medicine di Gruppo Integrate [...] (§ 3.1.2, pag. 49).

- *Integrazione Ospedale – Territorio e reti cliniche integrate con il territorio*. La diffusione di PDTA, intesi come contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili; e come strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un’ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura [...] (§ 2.3.2).

- *Assistenza Primaria - “La filiera dell’assistenza territoriale”*: [...] l’implementazione graduale di modelli organizzativi in grado di garantire assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, anche attraverso lo sviluppo di centrali operative come punti di ricezione delle istanze, di coordinamento delle risposte e di gestione dei trasferimenti dall’Ospedale alle strutture territoriali (ammissioni e dimissioni protette), nonché di costante collegamento con i medici di famiglia (§ 3.1.3 – pag. 52).

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

Quadro di sintesi

La gestione integrata e la continuità dell’assistenza rappresentano i due obiettivi principali del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, la cui validità è stata prorogata a tutto il 2018, che danno valore all’assistenza garantita in Veneto. Per questo motivo si è dato avvio ad un processo di riorganizzazione della rete dei servizi sanitari, al fine di dare concreta attuazione al modello di “filiera dell’assistenza”, caratterizzato da nodi strettamente correlati e atti a garantire un sistema di cure graduali e continue, con i seguenti obiettivi:

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

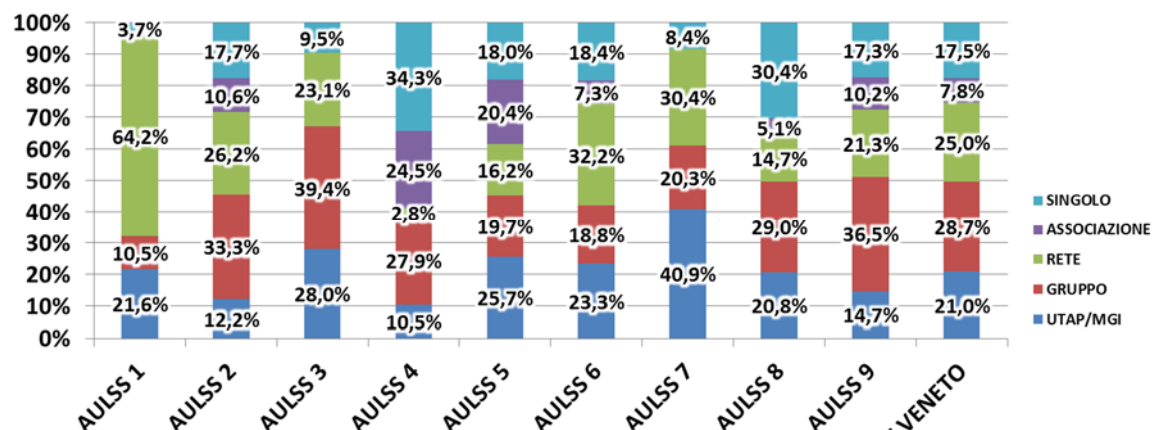
Le forme associative della Medicina Generale in Veneto e lo sviluppo delle Cure Primarie

Tabella 5.1 –Forme Associate della medicina generale in Veneto, al 31/12/2018 (Fonte: Anagrafe Unica Regionale)

| | N° F.A. | % | N° MMG | % | N° ASSISTITI | % |
|--|--------------|-------------|--------------|-------------|------------------|-------------|
| Medico Singolo | 546 | 52,0% | 546 | 17,5% | 613.729 | 14,4% |
| Associazione semplice | 59 | 5,6% | 245 | 7,8% | 345.157 | 8,1% |
| Rete dei medici (comprese forme miste) | 145 | 13,8% | 782 | 25,0% | 1.072.076 | 25,2% |
| Medicina di Gruppo | 221 | 21,1% | 895 | 28,7% | 1.291.426 | 30,4% |
| UTAP / MGI sperimentali | 4 | 0,4% | 25 | 0,8% | 33.276 | 0,8% |
| Medicina di Gruppo Integrata | 75 | 7,1% | 630 | 20,2% | 899.926 | 21,1% |
| Totale Regione Veneto | 1.050 | 100% | 3.123 | 100% | 4.255.590 | 100% |

Nel contesto regionale i Medici di Medicina Generale (MMG) si ripartiscono nelle seguenti forme associative presentate in Tabella 5.1. La distribuzione delle forme evolute (di gruppo o integrata) varia nelle diverse ULSS con coperture dal 10,5% al 40,9% per le UTAP/Medicine di Gruppo Integrate (MGI) e dal 10,5% al 39,4% per le Medicine di Gruppo (Figura 5.1).

Figura 5.1- La distribuzione dei MMG per forma associativa nelle Aziende ULSS, Veneto, 2018 (Fonte: Anagrafe Unica Regionale)



Complessivamente il 43% dei MMG è supportato dal collaboratore di studio e il 22% lavora con personale infermieristico.

Le Medicine di Gruppo Integrate attivate sono 75, per lo più si tratta di evoluzione di altre forme associative già esistenti, in particolare ex UTAP o Medicine di Gruppo (Tabella 5.2).

Tabella 5.2 – Evoluzione in Medicine di Gruppo Integrate. Veneto, 2018 (Fonte: Monitoraggio a cura dell'U.O. Cure primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali)

| MGI ATTIVATE | N° MGI | % |
|---------------------------------|-----------|-------------|
| conferme di sperimentazione MGI | 4 | 5% |
| trasformazioni da UTAP | 27 | 36% |
| trasformazioni da GRUPPO | 26 | 35% |
| ex NOVO (tout court) | 18 | 24% |
| Totale | 75 | 100% |

Le Sedi di Riferimento delle MGI attivate sono ubicate prevalentemente presso locali di proprietà dei MMG componenti (35/75), ma anche in strutture messe a disposizione dall'AULSS (26/75) e dai Comuni (14/75). Buona parte delle MGI (65/75) mantengono una o più sedi periferiche per garantire una copertura capillare dei territori, coinvolgendo complessivamente più di cento comuni.

Negli anni di vigenza del PSSR (2012-2018) si è quindi registrato un incremento significativo relativamente alle medicine di gruppo e alle UTAP/Medicine di Gruppo Integrate, con una copertura a livello regionale che passa dal 36,8% al 49,7% dei MMG, interessando quasi la metà degli assistiti della Regione.

Pur ricordando che si tratta di dati provvisori, relativamente agli obiettivi delle MGI le aree-obiettivo in cui si registra la migliore performance riguardano la buona tenuta della scheda sanitaria individuale informatizzata da parte del MMG (il cosiddetto indice IVAQ), l'accessibilità (copertura h12) e la formazione (organizzazione e partecipazione agli audit). Le aree di

miglioramento riguardano in particolare l'ambito della prevenzione, soprattutto la copertura vaccinale antinfluenzale nell'anziano e la valutazione del rischio cardiovascolare (Figura 5.4).

Figura 5.2 - L'evoluzione 2011 - 2018 della distribuzione dei MMG per forma associativa, Veneto (Fonte: Monitoraggio quote variabili regionale e Anagrafe Unica Regionale)

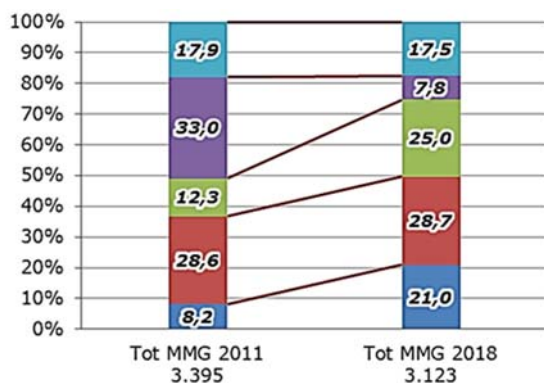


Figura 5.3 - L'evoluzione 2011 - 2018 di copertura degli assistiti per forma associativa, Veneto (Fonte: Monitoraggio quote variabili regionale e Anagrafe Unica Regionale)

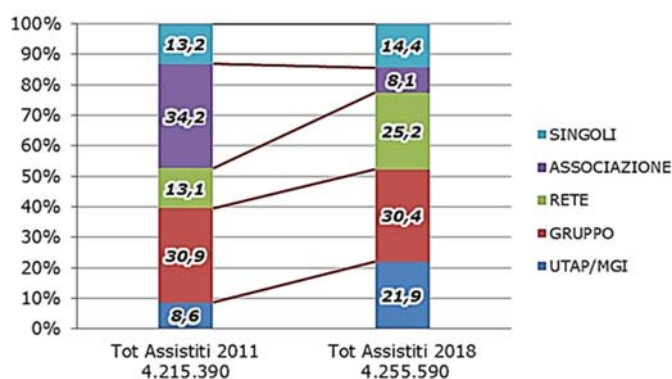
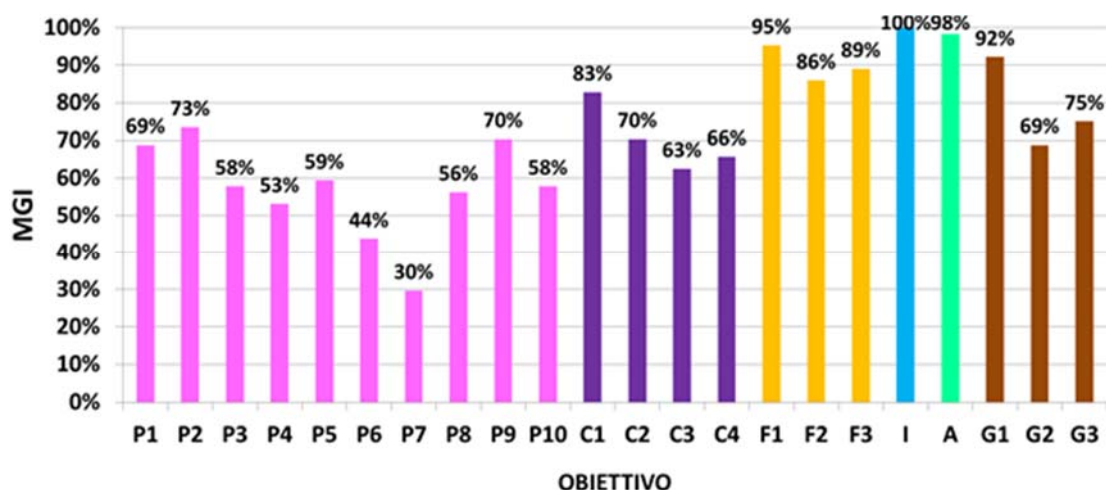


Figura 5.4 - Medicine di Gruppo Integrate. Quota percentuale delle 64 MGI con almeno 6 mesi di attività al 31/12/2017 che hanno raggiunto gli obiettivi del contratto di esercizio. (Fonte: Monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi delle Medicine di Gruppo Integrate, dati provvisori al 31/12/2017).



LEGENDA:

- P1: Registrazione BMI
- P2: Registrazione Abitudine al fumo
- P3: Registrazione assunzione bevande alcoliche
- P4: Registrazione attività fisica
- P5: Registrazione counselling
- P6: Valutazione del rischio cardiovascolare nella scheda sanitaria
- P7: Copertura Vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano
- P8: Adesione "corretta" per screening mammografico
- P9: Adesione "corretta" per screening citologico
- P10: Adesione "corretta" per colon-retto
- C1: PDTA TAO/NAO
- C2: PDTA DIABETE
- C3: PDTA BPCO
- C4: PDTA SCOMPENSO CARDIACO
- F1: Partecipazione annuale ad almeno tre audit aziendali complessivi
- F2: Partecipazione ad almeno due incontri formativi
- F3: Attivazione di almeno cinque self-audit organizzativi
- I: Indice IVAQ
- A: Accessibilità
- G1: Tasso ospedalizzazione standardizzato per i "DRG medici"
- G2: Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata
- G3: Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante

Al fine di proseguire in maniera più diffusa con lo sviluppo delle Cure primarie, in accordo con le OO.SS. della medicina generale, nel 2018 è stato chiesto alle Aziende ULSS di elaborare un Piano di sviluppo delle Cure primarie per il biennio 2019-2020 attraverso l'implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo ex ACN della medicina generale del 23 marzo 2005 e smi. Al suddetto Piano le Aziende ULSS hanno allegato un cronoprogramma in cui, per ciascun anno del biennio, è stata declinata l'evoluzione delle forme associative, i rispettivi obiettivi e indicatori collegati ai Patti aziendali e la relativa incentivazione e modalità di corresponsione della stessa.

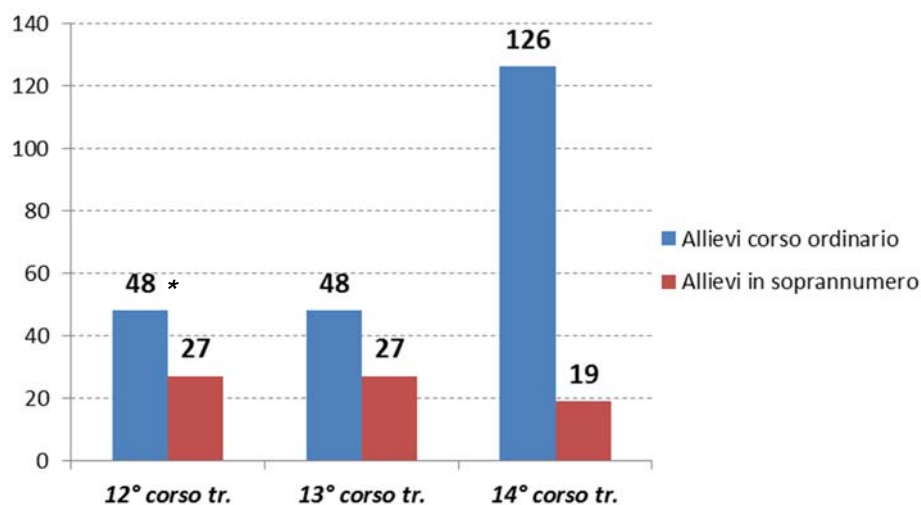
L'approvazione dei Piani sarà oggetto di specifico provvedimento nel 2019, e prevede che entro il 2020 il 71% dei MMG apparterrà ad una medicina evoluta (di gruppo o integrata).

La formazione per lo sviluppo dell'assistenza primaria

A supporto dello sviluppo delle cure primarie ed al fine di conseguire il raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso il continuo miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza, un ruolo importante spetta alla Scuola di formazione specifica in medicina generale, afferente alla Unità organizzativa Cure Primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali.

Anche nel 2018 è proseguita l'attività della Scuola che ha visto crescere il numero di allievi. La Scuola annovera attualmente n. 295 medici in formazione dei corsi triennali attivi al 31/12/2018, suddivisi in allievi del corso ordinario e allievi ammessi in soprannumero ai sensi della Legge n. 401/2000, questi ultimi rappresentano il 25% del totale (Figura 5.5).

Figura 5.5 - Allievi in formazione della Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale, Veneto, 2018 (Fonte: U.O. Cure primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali).



* Dato comprensivo dei n. 5 tirocinanti fuori corso dell'anno precedente.

A seguito del significativo incremento del numero di corsisti ordinari e soprannumerari riscontrato negli ultimi anni, con DGR n. 1763/2018 è stata approvata la riorganizzazione della Scuola stessa affidando l'organizzazione del XIV corso triennale alla Fondazione Scuola Sanità Pubblica, istituita con DGR n. 437/2014 quale struttura preposta alla formazione ed aggiornamento dei professionisti del SSSR, con l'obiettivo di costituire un "campus" dedicato alla formazione e all'aggiornamento continuo della formazione specifica in medicina generale.

Al fine di potenziare la rete dei Tutor di Medicina Generale per l'espletamento dei tirocini pratici degli allievi ed alla luce delle risultanze positive riscontrate nelle edizioni precedenti, si è proceduto a raccogliere ulteriori candidature, procedendo ad attivare una nuova edizione del

percorso formativo regionale. L'iniziativa trova motivazione innanzitutto nell'esigenza di allargare il più possibile la rosa dei Tutor disponibili cui attingere, alla luce della grave carenza numerica di professionisti riscontrata in occasione dello svolgimento dei corsi di formazione specifica nell'ultimo periodo. A tal fine nel corso del 2018 sono state programmate ed organizzate n. 2 giornate formative d'aula (16 ore) e n. 15 ore di attività e-learning che hanno coinvolto n. 32 MMG, esitati poi in nuovi Tutor di Medicina Generale.

Nel complesso, è stato registrato un gradimento rispetto al percorso formativo pari all'88%.

Inoltre, a fronte del permanere della carenza - peraltro diffusa su tutto il territorio nazionale - di medici da inserire nell'ambito dell'Emergenza Urgenza e rilevata la necessità di garantire un'adeguata gestione dei codici bianchi sul territorio (al fine di evitare eccessivi affollamenti nei Pronto Soccorso e garantire una risposta entro tempi prestabiliti) - si è dato avvio al corso di formazione finalizzato al conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale.

Il corso teorico-pratico, organizzato dalla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, è stato avviato nell'anno 2018 per una durata di 300 ore, articolato come segue:

- parte teorico-pratica di 128 ore distribuite in 16 moduli da 8 ore ciascuno, strutturati in didattica frontale, discussione e simulazione su casi clinici;
- tirocinio pratico della durata di 252 ore (36h/settimana per 7 settimane) con frequenza in reparti di urgenza ed affiancamento a medici tutor preventivamente individuati.

La formazione riguarda, oltre all'aspetto clinico-assistenziale, anche argomenti quali gli indicatori di performance e gli aspetti normativi vigenti da rispettare nell'attività di Pronto Soccorso. La formazione, avviata nel corso del 2018, proseguirà anche nel 2019 coinvolgendo in totale n. 230 professionisti.

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

Nell'ambito della riorganizzazione del Sistema Salute della Regione Veneto la Centrale Operativa Territoriale (COT) (DGR n. 2271/2013 e DGR n. 1075/2017), o "Centrale della Continuità", rappresenta uno strumento organizzativo funzionale per tutti gli attori della rete socio-sanitaria, coinvolti nella presa in carico dell'utente fragile, caratterizzato da multimorbilità, elevata complessità e/o terminalità.

Il 2018 ha risentito della riorganizzazione delle Aziende ULSS che ha comportato l'accorpamento di alcune COT: da 21 si è passati a 14 attualmente attive.

In conformità alla DGR n. 230/2018, a partire dal mese di Ottobre, sono state effettuate delle visite di verifica in una Centrale Operativa Territoriale per ciascuna Azienda ULSS.

Le verifiche effettuate hanno consentito di formulare alcuni indirizzi di buona pratica:

- fare afferire all'equipe ADI parte del personale precedentemente operativo nelle altre COT, integrandolo quindi nel processo assistenziale delle dimissioni protette;
- impiegare figure infermieristiche territoriali al fine di raccogliere informazioni più appropriate per la presa in carico del paziente in dimissione protetta;
- utilizzare la scheda Brass (funzionale a definire la predittività di un setting assistenziale territoriale) per attivare il dialogo tra Ospedale e Territorio;

e le seguenti opportunità di miglioramento:

- prevedere un «Alert» (notifiche di ricovero alla centrale ADI per paziente in carico all'ADI e notifiche all'ospedale che il paziente è in carico all'ADI) che consenta la connessione tra i vari ambiti assistenziali a prescindere dalle modalità e dagli strumenti presenti in

ciascuna realtà territoriale, trovando nella COT una risposta operativa, garantendo un coordinamento unitario del percorso di cura e assistenza;

- sviluppo del processo di rintracciabilità delle attività, con la produzione di report, che possano dare sostanza alle azioni e ai processi principali che connotano le transizioni assistenziali.

La UO Cure Primarie e Strutture Socio sanitarie territoriali pianificherà, nel mese di gennaio 2019, un incontro con tutte le Direzioni aziendali e i Referenti COT per dare risposta sugli audit valutativi effettuati. Inoltre nel corso del 2019, programmerà dei momenti di confronto durante i quali non solo verrà portato a conoscenza lo stato dell'arte della situazione riscontrata in ciascuna Azienda ULSS, ma verranno anche condivise le azioni e le attività da porre in essere sia a livello regionale che locale rispetto al disegno progettuale ormai pienamente codificato.

Approfondimenti

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 751 del 14 maggio 2015. Attuazione della Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016" e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Deliberazione n. 127/CR del 3 ottobre 2013.
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1075 del 13 luglio 2017. Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS.
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1306 del 16 agosto 2017. Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l'approvazione della dotazione di strutture nell'area non ospedaliera, per l'organizzazione del Distretto, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. Dgr n. 30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma 7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19).
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 767 del 28 maggio 2018. Approvazione del bando ai fini della partecipazione e realizzazione di un corso regionale teorico-pratico per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale ex art. 96 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 23.5.2005 e smi.
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1763 del 19 novembre 2018. Formazione specifica in medicina generale: individuazione della sede operativa, delle sedi formative e dei componenti degli organismi didattico-formativi ai sensi del D. Lgs. n. 368/1999 e smi, a seguito della riorganizzazione territoriale e funzionale del Servizio Socio Sanitario Regionale disposta con L.R. n. 19/2016.

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali
Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
Telefono: 041.279.3404 - .3529
e-mail: cureprimarie@regione.veneto.it

5.2 Strutture Intermedie e Hospice

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

Lo sviluppo dell'assistenza intermedia, indicato nel Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. n. 23 del 29.6.2012) quale obiettivo strategico regionale finalizzato all'attivazione di strutture di ricovero temporaneo in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e per i quali risulta improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione, è stato confermato come tale anche nel nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 (L.R. n. 48 del 28.12.18)

Quadro di sintesi

Le strutture intermedie sono atte a garantire risposta per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo complessi per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico, e trattano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo.

Sono strutture in grado di offrire risposta polifunzionale a carattere temporaneo (in genere 4-6 settimane) con possibilità di offerta principalmente di tre tipi: di riattivazione funzionale/riabilitazione, di stabilizzazione, di palliazione.

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 di cure intermedie accolgono quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, ma sono troppo complessi per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico, e trattano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo. Si tratta quindi di: "assistenza di breve durata in un *setting* residenziale più vicino a casa, solitamente compreso tra le quattro e le sei settimane, rivolto a persone che necessitano di recupero funzionale o di una convalescenza". L'obiettivo delle cure intermedie è quello di prevenire i ricoveri inappropriati, ridurre la durata della degenza ospedaliera per favorire un rientro a domicilio e ridurre il rischio dell'istituzionalizzazione.

Questa tipologia di offerta sanitaria viene attivata principalmente per sopperire ai bisogni di cura e/o assistenza della popolazione più anziana, che secondo le previsioni ISTAT sarà in costante aumento: "la popolazione di 65 anni e più fra il 2015 e il 2065 crescerà dal 21,7% al 32,6%". Il PSSR ex L.R. n. 48 del 28.12.18 individua nello 0,6 ‰ calcolato sulla popolazione over 45 anni il fabbisogno minimo di posti letto di strutture di ricovero intermedio da attivare nell'ambito del territorio della Regione del Veneto. Tale parametro può essere incrementato dello 0,2‰ in funzione della specificità del territorio bellunese, del polesine, delle aree montane e lagunari, delle aree a bassa densità abitativa. Fra le scelte strategiche della programmazione regionale emerge anche "il potenziamento e consolidamento dell'offerta territoriale, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza".

Per essere tali, le cure intermedie non devono avere meramente una funzione di transizione del paziente, ma devono:

- avere la funzione di cura nella fase post-acuta o di prevenzione dei ricoveri inappropriati per riportare il paziente a domicilio se e quando possibile;
- utilizzare strumenti di valutazione e gestione multiprofessionali e multidimensionali;
- offrire un'opportunità di recupero funzionale, se possibile;

- essere di durata limitata nel tempo;
- coinvolgere e attivare diverse istituzioni e enti erogatori di servizi alla persona (comuni, strutture residenziali...) in una logica intersettoriale.

In base alla traiettoria prognostica del paziente, possono essere individuate tre funzioni fondamentali delle cure intermedie orientate al sostegno alla domiciliarità e alla deospedalizzazione: stabilizzazione del paziente subacuto con disabilità definitiva, recupero funzionale, accompagnamento del paziente terminale.

Tabella 5.3 - Strutture intermedie: tipologia di pazienti e obiettivi assistenziali

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

Il provvedimento che nel corso del 2018 ha delineato lo sviluppo delle strutture di ricovero intermedio, in termini di localizzazione nell'ambito dei territori delle singole Aziende Ulss, è la DGR n. 1714 del 24 ottobre 2017 ad oggetto "Piano di attivazione prioritaria delle strutture di ricovero intermedio per il biennio 2018-2019". In ossequio alla disciplina dettata dalla l.r. n. 22 del 16 agosto 2002 in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie, le strutture interessate hanno quindi provveduto ad avviare e/o completare l'iter procedimentale finalizzato al conseguimento dell'accREDITAMENTO istituzionale e/o sottoscrizione dell'accordo contrattuale, a seconda della natura pubblica o privata dell'ente gestore, nel rispetto degli standard autorizzativi a tal fine definiti dalla Giunta Regionale con le DGR: n. 2718/2012, n. 2108/2014, n. 2683/2014, n. 2683/2014, n. 2091/2015, n. 433/2017).

Ospedali di Comunità (ODC) e Unità di Riabilitazione Territoriali (URT)

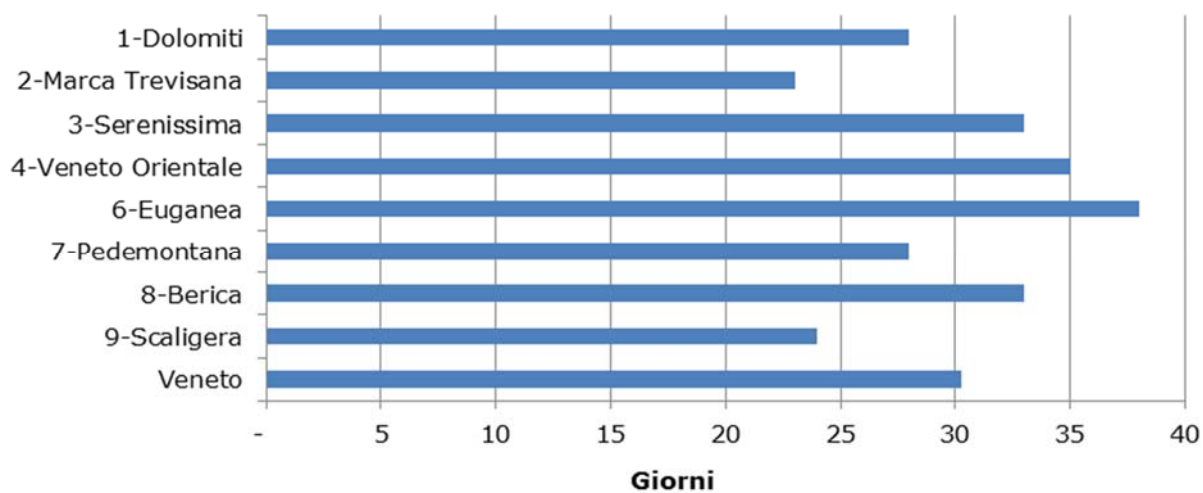
I dati relativi a ODC e URT sono stati disciplinati da un flusso informativo approvato dalla DGR n. 2683/2014 e raccolti con cadenza mensile a partire dal 2016.

Nel 2018, 2.831 utenti hanno usufruito dei servizi di cure intermedie, di questi, 2.612 hanno effettuato l'ingresso in struttura nel corso dell'anno; 2.297 presi in carico in ODC e 534 in URT. La composizione sociodemografica degli utenti viene descritta in Tabella 5.4: in particolare l'utenza è per il 60% composta da donne. Le ULSS che registrano più presenze nel 2018 sono la 6-Euganea (26% degli utenti totali) e la 1-Dolomiti (19%). Più della metà degli utenti ha un'età all'ammissione superiore agli ottant'anni.

Nel 2018 in media la degenza presso ODC o URT è durata 30 giorni (Figura 5.6).

Tabella 5.4 - Principali caratteristiche socio-demografiche dell'utenza in ODC, URT e totale. Percentuali sui totali di colonna. Veneto, 2018 (nota: dato AULss 5 escluso in quanto parziale)

| | | ODC | | URT | | TOTALE | |
|--|----------------------|-------|-----|-----|-----|--------|-----|
| | | N | % | N | % | N | % |
| Genere | Femmine | 1.375 | 60% | 322 | 60% | 1.697 | 60% |
| | Maschi | 922 | 40% | 212 | 40% | 1.134 | 40% |
| ULSS di residenza all'accoglimento | 1 - Dolomiti | 543 | 24% | | | 543 | 19% |
| | 2 - Marca Trevigiana | | | 321 | 60% | 321 | 11% |
| | 3 --Serenissima | 339 | 15% | | | 339 | 12% |
| | 4 - Ven. Orientale | | | 76 | 14% | 76 | 3% |
| | 6 - Euganea | 726 | 32% | | | 726 | 26% |
| | 7 - Pedemontana | 140 | 6% | | | 140 | 5% |
| | 8 - Berica | 297 | 13% | 137 | 26% | 434 | 15% |
| | 9 - Scaligera | 252 | 11% | | | 252 | 9% |
| | | | | | | | |
| Classi d'età all'ingresso in struttura | 0-69 | 326 | 14% | 83 | 16% | 409 | 14% |
| | 70-74 | 197 | 9% | 58 | 11% | 255 | 9% |
| | 75-79 | 337 | 15% | 98 | 18% | 435 | 15% |
| | 80-84 | 472 | 21% | 116 | 22% | 588 | 21% |
| | 85-89 | 552 | 24% | 109 | 20% | 661 | 23% |
| | 90-94 | 333 | 14% | 61 | 11% | 394 | 14% |
| | 95+ | 80 | 3% | 9 | 2% | 89 | 3% |
| Totale | | 2.297 | | 534 | | 2.831 | |

Figura 5.6 - Giorni di degenza media in ODC o URT, Veneto, 2018 (nota: dato AULss 5 escluso in quanto parziale)

In Tabella 5.5 vengono elencate le strutture che hanno offerto assistenza intermedia (con utenti presi in carico almeno un giorno nell'anno di riferimento), per un totale di 345 posti letto. L'indice di rotazione regionale degli ODC (cioè il rapporto fra il numero di degenze e posti letto) è pari a 8,9% per il 2018. Il tasso di occupazione (cioè il rapporto fra utenti equivalenti¹ e posti letto) è pari all'84%².

Tabella 5.5 - Posti letto* per ODC e URT, totale accoglimenti, indice di rotazione, utenti equivalenti e tasso di occupazione per struttura. Veneto, 2018 (nota: dato AULss 5 escluso in quanto parziale)

| ULSS | Denominazione struttura | N° nuovi accoglimenti | Indice di rotazione | Utenti equiv. | Tasso di occupazione | Posti letto |
|---------------|----------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------|----------------------|-------------|
| 1 | ODC – Alano di Piave | 276 | 14,7 | 19,0 | 95% | 20 |
| | ODC – Agordo | 35 | 9,5 | 3,4 | 86% | 4 |
| | ODC – Auronzo | 192 | 10,0 | 19,2 | 91% | 21 |
| 2 | URT S. Gregorio (Valdobbiadene) | 305 | 12,8 | 19,9 | 80% | 25 |
| 3 | ODC Centro Nazareth (Venezia) | 172 | 9,9 | 16,8 | 89% | 19 |
| | ODC – Lido di Venezia | 54 | 5,5 | 6,0 | 55% | 11 |
| | ODC – Fatebenefratelli (Venezia) | 80 | 8,9 | 7,9 | 79% | 10 |
| 4 | URT - Jesolo | 72 | 9,5 | 7,4 | 92% | 8 |
| 6 | ODC 1 – OIC (Padova) | 200 | 7,6 | 25,5 | 85% | 30 |
| | ODC 2 – OIC (Padova) | 254 | 9,3 | 25,4 | 85% | 30 |
| | ODC – Conselve | 50 | 6,8 | 6,4 | 80% | 8 |
| | ODC – Montagnana | 138 | 6,5 | 23,5 | 94% | 25 |
| 7 | ODC – Marostica | 130 | 4,4 | 10,8 | 54% | 20 |
| 8 | ODC – Valdagno | 155 | 11,1 | 13,6 | 91% | 15 |
| | ODC - Montecchio Maggiore | 76 | 13,7 | 5,7 | 95% | 6 |
| | URT – Monte Crocetta (Vicenza) | 43 | n.d. | n.d. | n.d. | 13 |
| | URT - Sandrigo | 94 | n.d. | n.d. | n.d. | 26 |
| | ODC – Monte Crocetta (Vicenza) | 37 | n.d. | n.d. | n.d. | 11 |
| | ODC - Sandrigo | 12 | n.d. | n.d. | n.d. | 4 |
| 9 | ODC - Tregnago | 189 | 13,6 | 14,2 | 95% | 15 |
| | ODC – Pederzoli (Peschiera) | 48 | n.d. | n.d. | n.d. | 24 |
| VENETO | | 2.612 | 8,9 | 224,7 | 84% | 345 |

* Vengono considerati solo i posti delle strutture che hanno avuto attività nel periodo considerato.

La maggior parte degli assistiti accolti in struttura proviene (Figura 5.7) dagli ospedali (il 68%) o dal proprio domicilio (con o senza Assistenza Domiciliare Integrata, il 16,1%). Gli utenti che vengono congedati (Figura 5.8) rientrano principalmente a casa (con o senza ADI, il 46,1%), o vengono trasferiti in una struttura socio-sanitaria residenziale extraospedaliera (21,5%) o in ospedale (15,6%). La percentuale di deceduti in struttura è stata pari al 9,5% (in calo rispetto all'11,7% del 2017).

¹ Per utente equivalente si intende la somma delle giornate di presenza rapportate al totale dei giorni dell'anno.

² Entrambi gli indici sono stati calcolati solo per le seguenti strutture: ODC Presso Centro Servizi S. Antonio Abate Alano Di Piave, ODC Di Agordo, ODC Di Auronzo, ODC Centro Nazareth Venezia, ODC Lido Di Venezia, ODC Venezia, ODC 1 Padova, ODC 2 Padova, ODC Conselve, ODC Montagnana, ODC di Marostica, ODC di Valdagno, ODC Montecchio Maggiore, ODC Tregnago. Le rimanenti non avevano prese in carico sufficienti a coprire l'anno.

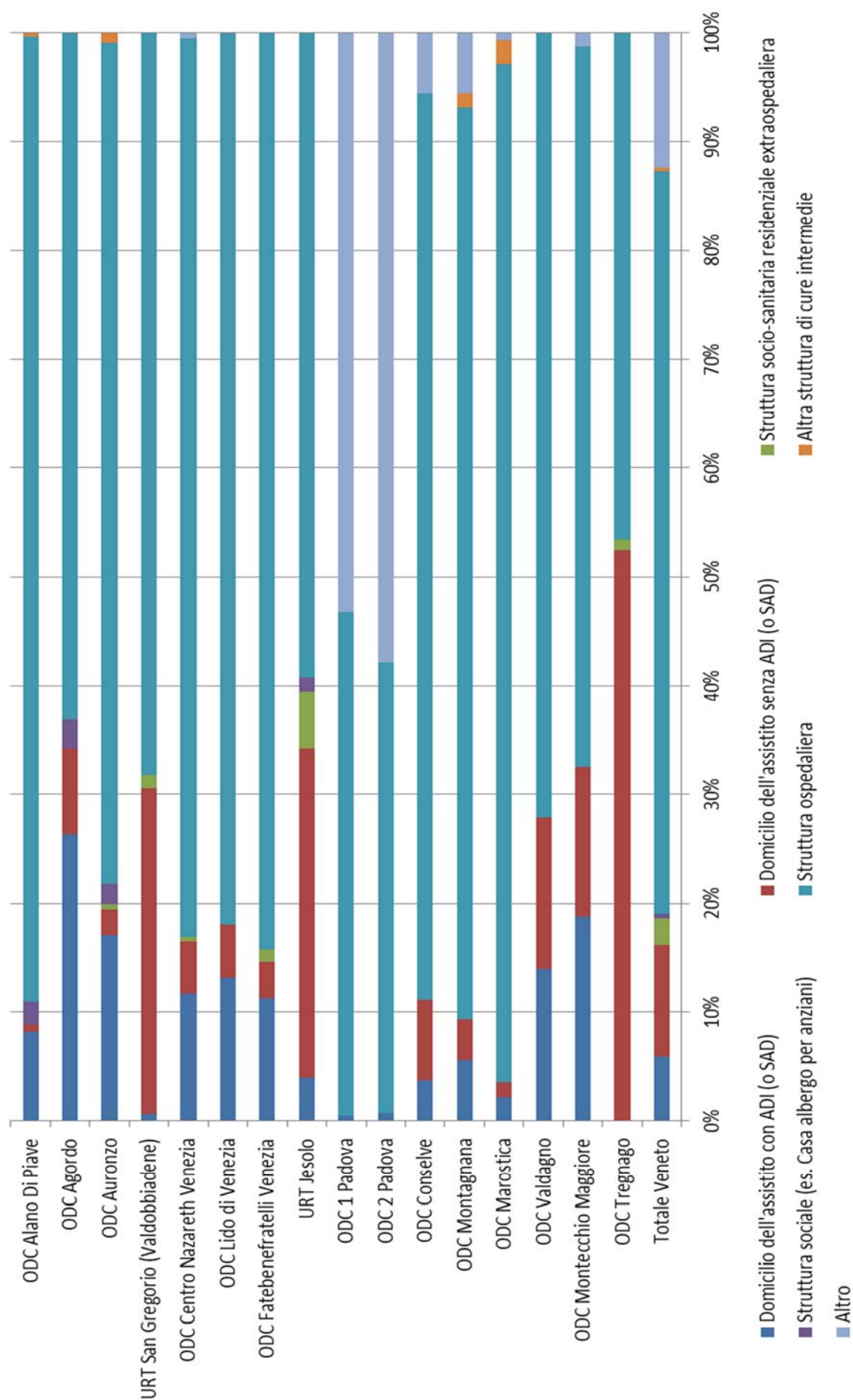
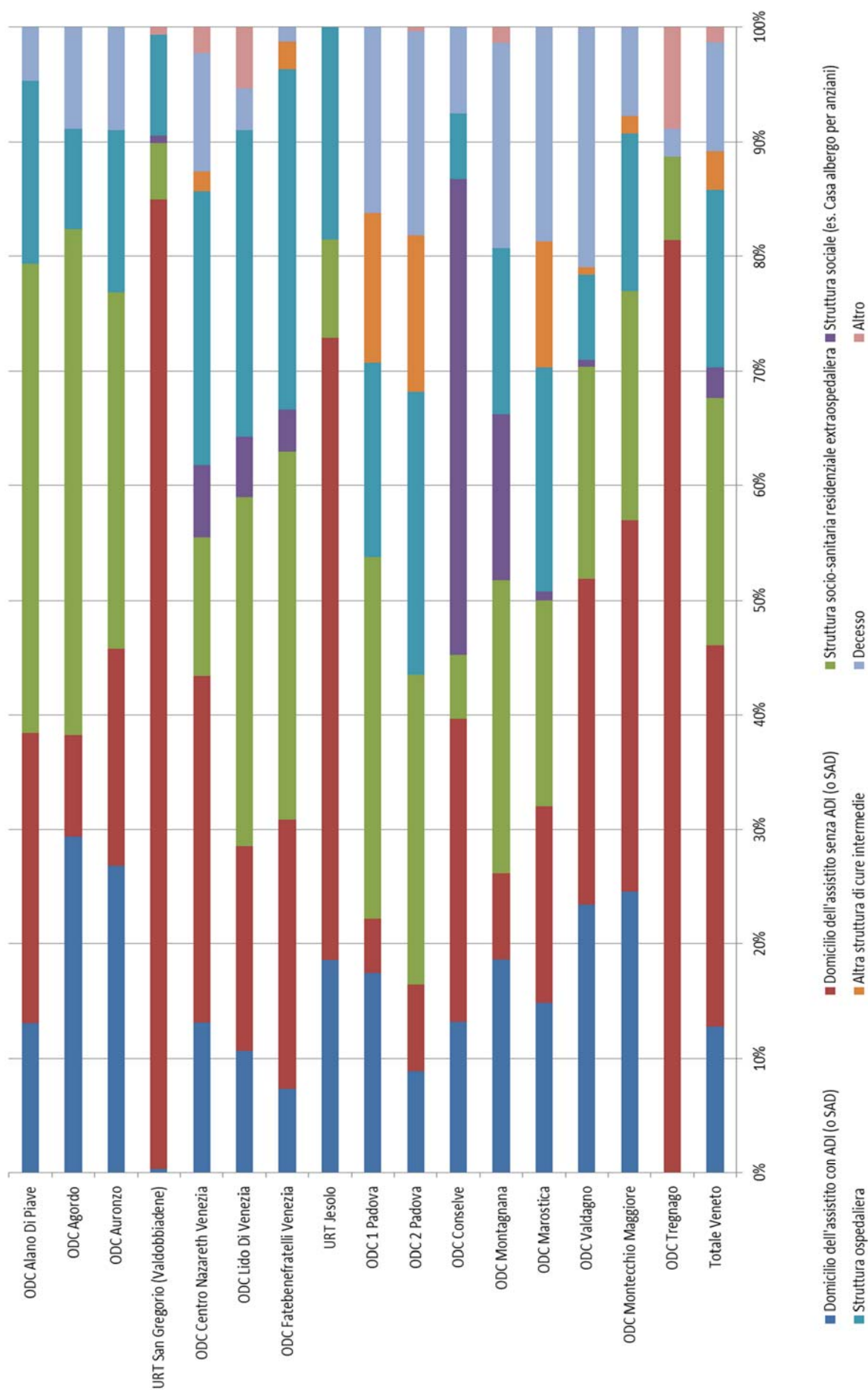
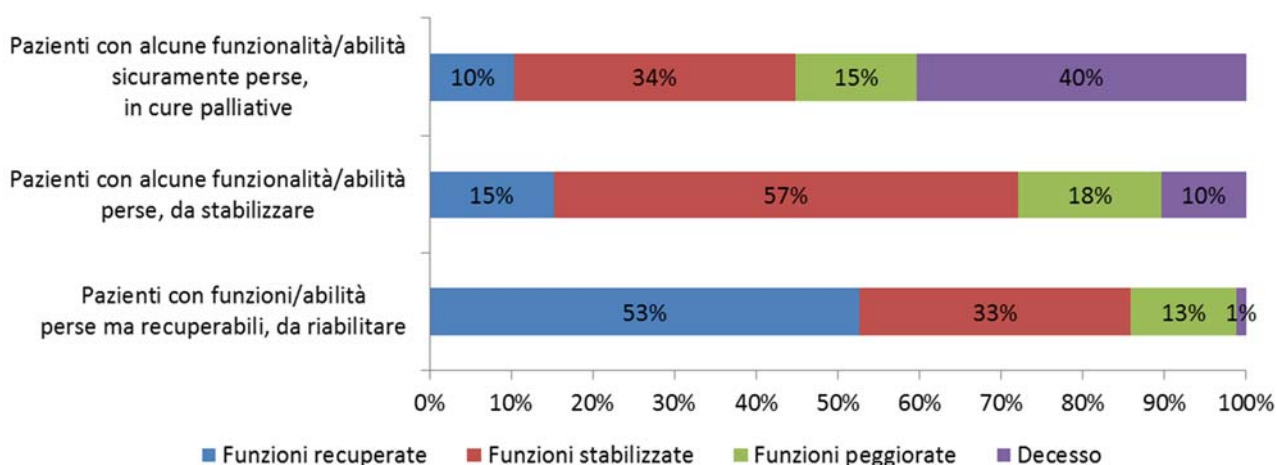
Figura 5.7 - Provenienza dell'assistito per struttura ODC o URT, Veneto, 2018. (nota: dato AUIss 5 escluso in quanto parziale)

Figura 5.8 - Congedo dell'assistito per struttura ODC o URT, Veneto, 2018. (nota: dato AUISS 5 escluso in quanto parziale)

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 2018 su 403 soggetti valutati "pazienti con funzioni/abilità perse ma recuperabili, da riabilitare", il 53% ha recuperato interamente le funzioni; dei 1.201 pazienti con "alcune funzionalità/abilità perse, da stabilizzare" il 57% ha stabilizzato le funzioni, infine dei 201 pazienti "con alcune funzionalità/abilità sicuramente perse, in cure palliative", il 34% ha stabilizzato le funzioni e il 40% è deceduto (nel 2017 la percentuale dei deceduti in questa categoria era del 47%) (Figura 5.9).

Figura 5.9 - Indicatore E4 "Traiettoria prognostica" (allegato D alla DGR 2683/2014). Veneto, 2018



Hospice

Quadro di sintesi

- Nel 2018 nelle strutture Hospice del Veneto ci sono stati 3.212 ricoveri, con un aumento del 35% dal 2013 al 2018, di questi ricoveri il 99% è stato rivolto a residenti in Veneto, il 54% a maschi.
- Il 2% degli assistiti ha dai 18 ai 44 anni, il 18% dai 45 ai 64 anni, il 58% dai 65 agli 84 anni e il restante 22% è ultra 85-enne.
- Le donne sono mediamente più anziane, con un'età media di 75 anni rispetto ai 74 degli uomini; non si evidenziano differenze nel pattern di patologia tra i due sessi.
- Il 60% dei ricoverati proviene da una struttura ospedaliera, il 31% dalla propria abitazione con un servizio di cure domiciliari attive (ancora in aumento rispetto agli anni precedenti), il 6% da casa senza essere inseriti in un programma di assistenza domiciliare, il restante 3% proviene da altre strutture territoriali.
- Il 94% degli assistiti ha una diagnosi di Tumore Maligno; con alcune differenze nelle diverse classi d'età: quelle centrali sono ricoverate maggiormente per Tumore. Infatti vengono ricoverati per Patologie non tumorali il 9% nei 18-44 anni e 10% negli 85 o più anni, rispetto al 6% dei pazienti di qualunque età.
- La degenza media nel 2018 è pari a 19,3 giorni, pari a quella rilevata nel 2017.

In Veneto nel 2018 ci sono 21 Hospice, con 205 posti letto complessivi (range tra ULSS: 8–43) ci sono 9,8 posti letto medi per struttura; con una presenza media giornaliera regionale di 170 pazienti; il tasso di occupazione è dell'86% (range tra strutture: 49% - 100%); la degenza media è di 19,3 giorni (range tra strutture: 13,0 – 38,5) in 3.212 ricoveri totali.

Tabella 5.6 - Indicatori di attività per Hospice. Veneto, 2018

| | ULSS e Hospice | N° Posti Letto | N° gg attesa media | N° ricoveri | Giornate di degenza | Degenza media | Presenza media | Tasso Occupazione | Indice Rotazione | Intervallo di Turn-Over |
|---|--------------------|----------------|--------------------|--------------|---------------------|---------------|----------------|-------------------|------------------|-------------------------|
| 1 | Belluno | 8 | 2,6 | 134 | 2.514 | 18,8 | 6,9 | 86,1 | 16,8 | 3,0 |
| | Feltre | 7 | 1,9 | 145 | 2.266 | 15,6 | 6,2 | 88,7 | 20,7 | 2,0 |
| 2 | Vittorio Veneto | 10 | 0,7 | 185 | 3.220 | 17,4 | 8,8 | 88,2 | 18,5 | 2,3 |
| | Treviso | 12 | 4,4 | 216 | 4.581 | 21,2 | 12,6 | 100,0 | 18,0 | 0,0 |
| | VE-Zelarino | 8 | 6,4 | 102 | 2.628 | 25,8 | 7,2 | 90,0 | 12,8 | 2,9 |
| 3 | Venezia | 8 | 7,6 | 59 | 2.271 | 38,5 | 6,2 | 77,8 | 7,4 | 11,0 |
| | VE-Mestre | 25 | 3,1 | 358 | 8.078 | 22,6 | 22,1 | 88,5 | 14,3 | 2,9 |
| 4 | San Donà di Piave | 7 | 4,4 | 89 | 2.145 | 24,1 | 5,9 | 84,0 | 12,7 | 4,6 |
| | Portogruaro | 10 | 3,0 | 100 | 1.834 | 18,3 | 5,0 | 50,2 | 10,0 | 18,2 |
| 5 | Lendinara | 8 | 8,7 | 137 | 2.583 | 18,9 | 7,1 | 88,5 | 17,1 | 2,5 |
| | Camposampiero | 6 | 2,3 | 110 | 1.766 | 16,1 | 4,8 | 80,6 | 18,3 | 3,9 |
| | Cittadella | 6 | 2,1 | 119 | 2.166 | 18,2 | 5,9 | 98,9 | 19,8 | 0,2 |
| 6 | PD-Paolo VI | 16 | 5,6 | 292 | 4.685 | 16,0 | 12,8 | 80,2 | 18,3 | 4,0 |
| | PD-Santa Chiara | 7 | 5,6 | 119 | 2.613 | 22,0 | 7,2 | 100,0 | 17,0 | 0,0 |
| | Montagnana | 8 | 6,8 | 113 | 2.544 | 22,5 | 7,0 | 87,1 | 14,1 | 3,3 |
| 7 | Bassano del Grappa | 8 | 4,0 | 100 | 3.140 | 31,4 | 8,6 | 100,0 | 12,5 | 0,0 |
| | Thiene | 9 | 0,0 | 210 | 2.795 | 13,3 | 7,7 | 85,1 | 23,3 | 2,3 |
| 8 | Vicenza | 11 | 5,9 | 232 | 3.588 | 15,5 | 9,8 | 89,4 | 21,1 | 1,8 |
| | Cologna Veneta | 7 | 6,4 | 121 | 2.113 | 17,5 | 5,8 | 82,7 | 17,3 | 3,7 |
| 9 | VR-Marzana | 14 | 24,2 | 242 | 4.180 | 17,3 | 11,5 | 81,8 | 17,3 | 3,8 |
| | Castelnuovo-Garda* | 10 | 3,3 | 29 | 378 | 13,0 | 4,9 | 49,1 | 2,9 | 13,5 |
| | Veneto | 205 | 5,6 | 3.212 | 62.088 | 19,3 | 170,1 | 86,3 | 15,7 | 3,1 |

* Castelnuovo del Garda è stato inaugurato ad ottobre 2018, l'attività è calcolata in base ai giorni di apertura.

Il trend regionale della "Percentuale di assistiti, ricoverati in Hospice, con assistenza conclusa per decesso a causa di tumore (ICD9-CM 140-208) e il numero di deceduti a causa di tumore" mostra un aumento negli anni arrivando nel 2018 al 21% in Veneto, con una forbice di variabilità tra le ULSS minore rispetto al 2017, nell'ultimo anno è dal 15% al 28%.

Figura 5.10 - Percentuale di assistiti, ricoverati in Hospice, con assistenza conclusa per decesso a causa di tumore (ICD9-CM 140-208) sul numero di deceduti a causa di tumore per ULSS di residenza. Veneto, 2016-2018

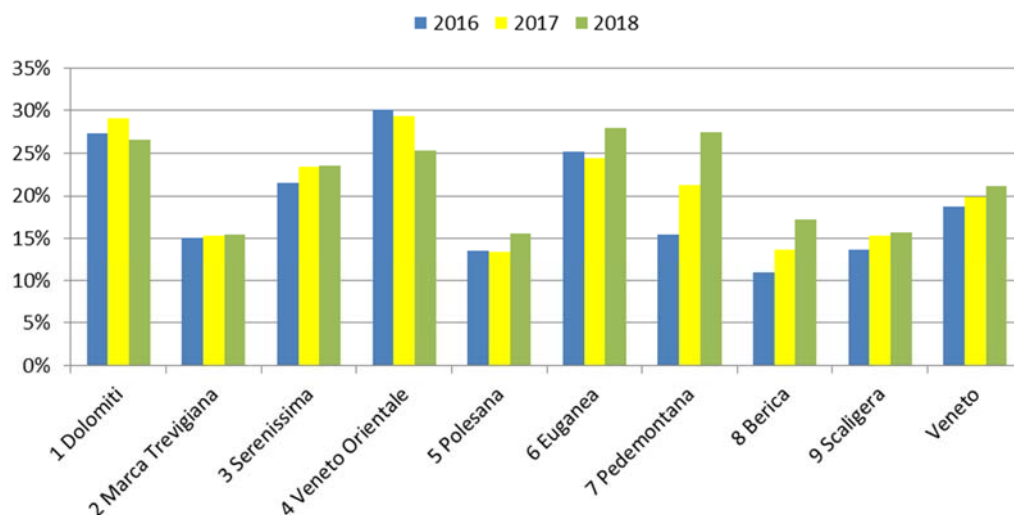
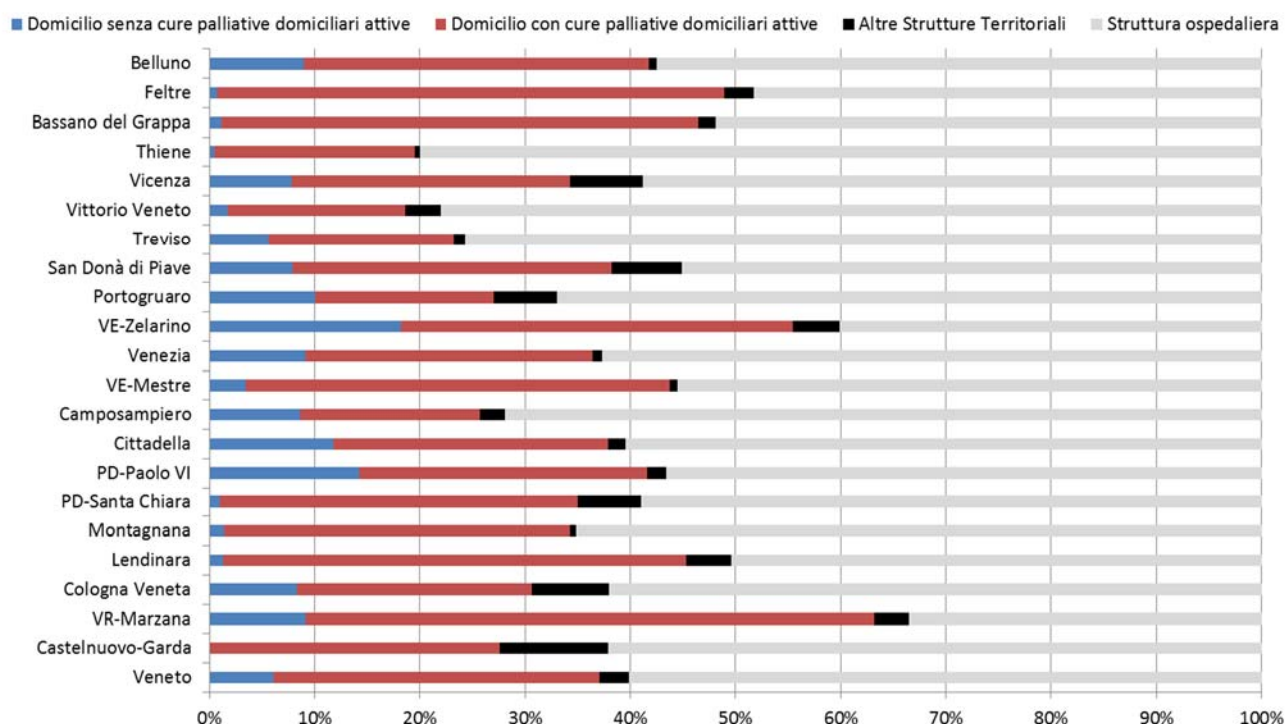


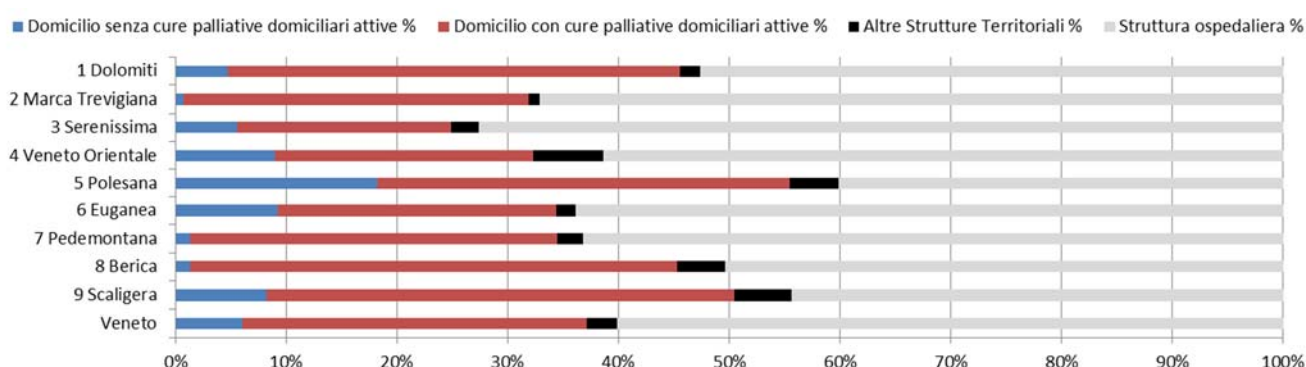
Figura 5.11 - Assistiti per struttura di provenienza e Hospice di ricovero. Veneto, 2018



Per completezza di trattazione nella Figura 5.11 si mostra la provenienza dei pazienti per singolo Hospice di ricovero, ma per capire l'integrazione della rete di cure palliative bisogna valutare la provenienza dei ricoverati in Hospice a livello di ULSS e non di singola struttura di ricovero. Osservando la Figura 5.12 si riscontrano dei possibili margini di miglioramento nelle modalità di accesso, poiché complessivamente il 60% dei ricoverati provengono da strutture ospedaliere

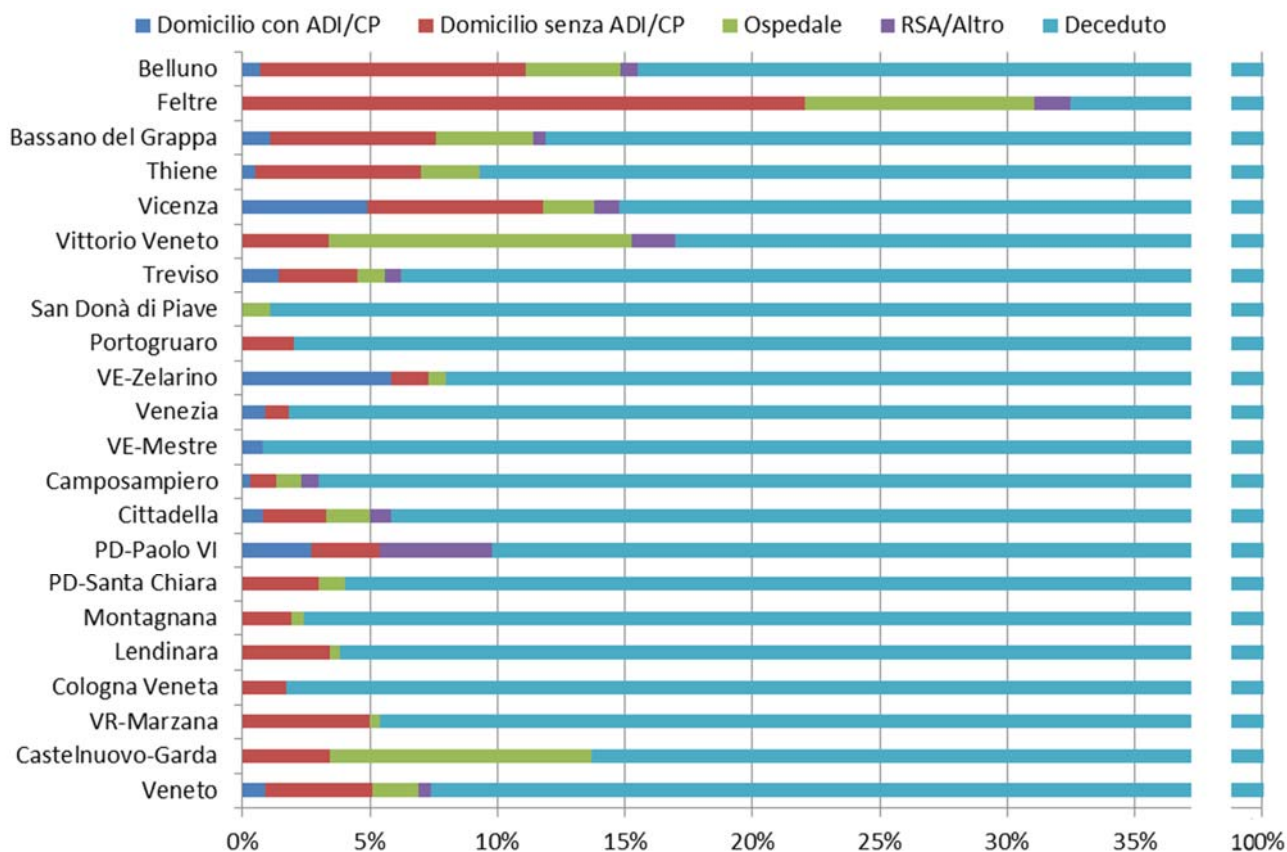
(range tra ULSS: 40%-73%); il 6% proviene dal domicilio senza essere inserito in un programma di cure domiciliari (range tra ULSS: 1%-18%) con un trend in netta diminuzione rispetto all'anno precedente. Il 31% sempre dal domicilio, ma con cure domiciliari attive (range tra ULSS: 19%-44%). Nel 2018 la percentuale di pazienti provenienti dal domicilio con cure domiciliari attive è aumentata ancora rispetto al 27% registrato nel 2017, mettendo in evidenza un incremento della sinergia all'interno della rete delle cure palliative.

Figura 5.12 - Assistiti per struttura di provenienza e ULSS. Veneto, 2018



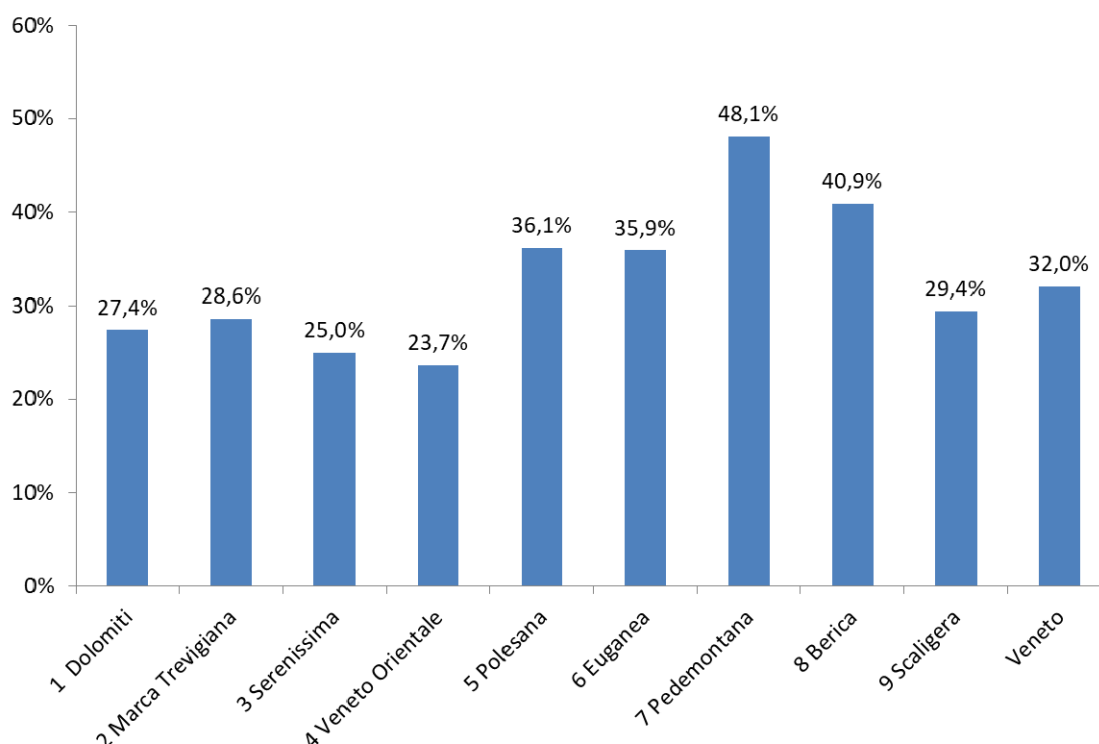
Per quanto riguarda la modalità di dimissione dalla struttura, una piccola quota (1%) di pazienti in uscita dall'Hospice viene dimessa a casa con il supporto delle cure domiciliari. Un'altra piccola fetta, l'4%, viene ricoverata in Ospedale, mentre il 4% vengono trasferiti in una struttura residenziale (RSA/Altro); l'84% muore in Hospice. La percentuale di deceduti varia tra il 68% dell'Hospice di Feltre e il 99% di quelli di San Donà di Piave o di Venezia-Mestre.

Figura 5.13 – Percentuale dei ricoveri in Hospice per struttura di ricovero e modalità di dimissione. Veneto, 2018



Nell'ambito della valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019, l'obiettivo D.I.1.1 riguarda l'assistenza erogata presso gli hospice, precisamente la percentuale di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 (Figura 5.14): l'indicatore viene considerato ottimale se non supera il 25%.

Figura 5.14 – Percentuale di ricoveri oncologici con degenza ≤ 7 giorni sul totale dei ricoveri in Hospice, per Ulss di residenza. Veneto, 2018



Principali riferimenti normativi e Approfondimenti

- [DGR n. 1455 del 8 ottobre 2018](#): Approvazione dello schema tipo di accordo contrattuale per le strutture di ricovero intermedio accreditate: Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale

- [DGR n. 1714 del 24 ottobre 2017](#): Piano di attivazione prioritaria delle strutture di ricovero intermedio per il biennio 2018-2019. Articolo 44 della l. r. 30 dicembre 2016, n. 30 di modifica del comma 5 dell'articolo 14 della l. r. 25 ottobre 2016, n. 19.

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

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

- [DGR n. 2683 del 29 dicembre 2014](#): Approvazione dei requisiti generali e specifici per l'accREDITAMENTO istituzionale, del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, del

tracciato del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata e degli indicatori di attività e risultato per Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. L.R. 22/2002

- [DGR n. 2108 del 10 novembre 2014](#): L.R. 23/2012 art. 10 Strutture di Ricovero intermedie. Standard strutturali minimi Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. Definizione del procedimento di autorizzazione alla realizzazione, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 22/2002, mediante trasformazione di spazi esistenti, già autorizzati all'esercizio per l'erogazione di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, o comunque inseriti in contesto sanitario o socio/sanitario.

- [Legge Regionale 23/2012](#) - Assistenza in strutture di ricovero intermedie Art. 10 - Schede di dotazione territoriale dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie.

- Sezione dedicata alle cure [palliative](#) nel sito Internet del Servizio Epidemiologico Regionale. Rapporto "[I ricoveri in Hospice nella Regione del Veneto - Anni 2013-2016](#)" a cura del Servizio Epidemiologico Regionale.

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

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie
Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
Telefono: 049 8778421
e-mail: orpss@regione.veneto.it

Direzione Programmazione Sanitaria e LEA
Palazzo Molin, S. Polo, 2514 - Venezia
Telefono: 041.279.3408 - 3537 - 3513
e-mail: cureintermedie@regione.veneto.it

5.3 Care Management del paziente complesso con multimorbilità

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

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

Posto come obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante il favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio, diventa strategico lo sviluppo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale. Nello specifico vengono individuate le seguenti linee di indirizzo: [...] lo sviluppo pianificato, in maniera omogenea a livello regionale, di modelli che garantiscano la continuità dell'assistenza, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, valorizzando il ruolo del case manager (infermieristico) quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato (§ 3.1.3, pag. 52).

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

Quadro di sintesi

Nel 2018 si è concluso il Progetto del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) "Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso finalizzati alla prevenzione dei ricoveri ripetuti" (DGR 535/2016) a cui ha partecipato la regione Veneto assieme a regione Emilia –Romagna, Sardegna e Toscana come capofila. Tale progetto si prefiggeva di valutare l'efficacia di un intervento di Care Management (CM) nell'approccio alla cronicità. Il Veneto, adottando un programma di CM supportato da una piattaforma web based e utilizzando tablet a domicilio, ha assistito 330 pazienti nell'intero territorio, molti dei quali erano già stati presi in carico dal 2015, quando è stato avviato in tutte le ULSS del Veneto il progetto di CM per la presa in carico integrata di pazienti complessi con scompenso cardiaco e multimorbilità. Ogni Azienda ULSS vi ha partecipato con 2 Medici di Medicina Generale (MMG) e 2 infermieri del territorio dopo formazione specifica. Lo studio ha dimostrato che Programmi di CM sono in grado di supportare pazienti complessi con multimorbilità dando risposta ai loro bisogni grazie ad un approccio integrato alle cure e di ridurre sia gli accessi impropri al Pronto Soccorso che i ricoveri ospedalieri.

Nel 2015, nelle ULSS del Veneto, è stato avviato un programma di Care Management (CM) (Figura 5.15) per la presa in carico integrata di pazienti complessi con patologie croniche fra cui lo scompenso cardiaco e la multimorbilità, a supporto del quale sono stati organizzati due corsi di formazione regionale (DGR 1097/2015); ogni Azienda ha partecipato con 2 Medici di Medicina Generale (MMG) e 2 infermieri del territorio utilizzando modalità e strumenti del CM. La formazione prevedeva moduli in copresenza e collaborazione con altre figure strategiche coinvolte nel percorso di cura. I pazienti arruolati nel programma di CM sono stati identificati utilizzando il Sistema Adjusted Clinical Groups (ACG®), introdotto in Veneto sperimentalmente a partire dal 2012, che consente di stratificare la popolazione rispetto alla complessità assistenziale, al rischio di ospedalizzazione e al consumo di risorse atteso. Le liste prodotte dal

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

A partire dal 2015 i pazienti sono stati costantemente monitorati attraverso visite ambulatoriali e/o domiciliari e follow-up telefonici, intervenendo precocemente e proattivamente per assicurare l'aderenza al Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e cogliere tempestivamente cambiamenti nello stato di salute al fine di promuovere e mantenere uno stile di vita corretto e ridurre accessi impropri al Pronto Soccorso o ricoveri ospedalieri.

Punto di forza del modello è la centralità del paziente cronico e della famiglia/caregiver che partecipano attivamente alla promozione della propria salute e ai processi di cura ed assistenza, nel rispetto dei propri valori e delle proprie preferenze. L'infermiere svolge la funzione di navigatore integrandosi con i diversi professionisti dell'equipe per la valutazione e dell'accesso alle risorse socio-sanitarie del territorio.

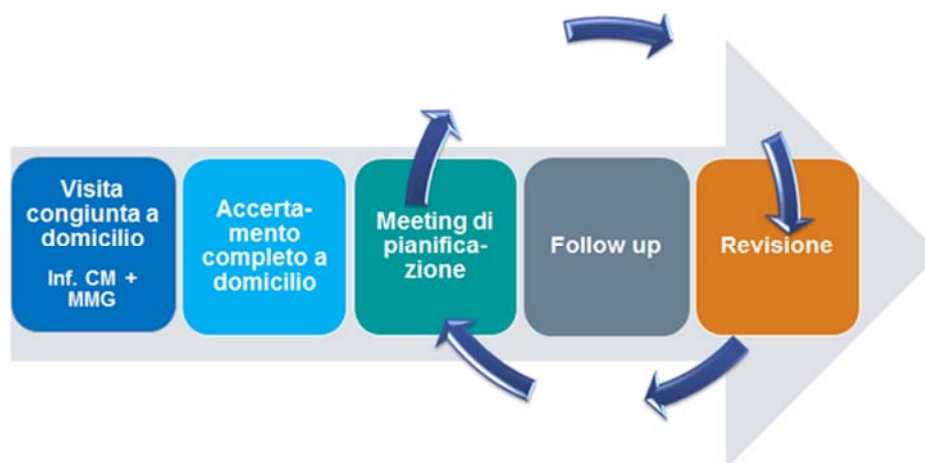
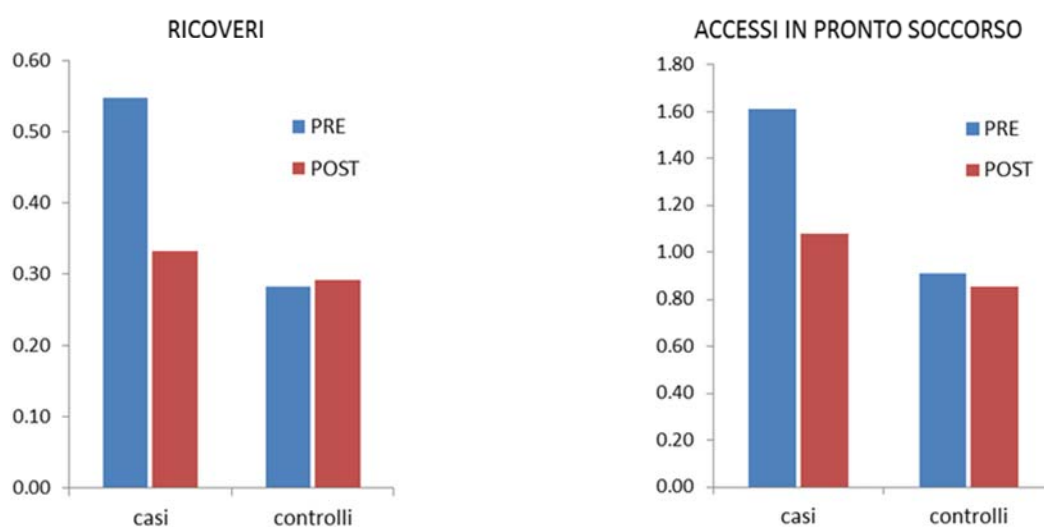
Nel 2017 il Veneto ha aderito al Progetto (DGR 535/2016) del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) "Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso finalizzati alla prevenzione dei ricoveri ripetuti". Con il programma di CM e con il supporto di un sistema informatico costituito da una piattaforma web based e da tablet attraverso una App messa a punto nel marzo 2017, sono stati assistiti un totale di 330 pazienti cui è stato somministrato il questionario validato Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) sviluppato a livello internazionale per integrare la prospettiva del paziente rispetto alle cure ricevute: le aree esplorate relative alla presa in carico infermieristica, il counseling, il follow up ed il coinvolgimento del paziente hanno riportato punteggi molto alti (ad indicare un management più strutturato delle malattie croniche).

Gli infermieri sono stati supportati da un sistema informatico costituito da una piattaforma web based e da una App utilizzabile da tablet anche offline per la valutazione domiciliare del paziente e la gestione del follow up.

Attraverso l'analisi dei dati è stato possibile valutare l'aderenza al PAI a 6 mesi (sull'83% dei pazienti) e a 12 mesi (sul 68% dei pazienti): a 6 mesi dalla presa in carico, risulta aderente l'86% dei pazienti; a 12 mesi il 93% dei pazienti.

L'efficacia dell'intervento di CM è stato valutato nel 2018 misurando i ricoveri ordinari acuti in area medica e gli accessi in PS dei pazienti sottoposti all'intervento (casi), confrontandoli, attraverso la metodica del Propensity Score, con un gruppo controllo (controlli) in due distinti periodi di tempo (nel primo anno di arruolamento e nell'anno precedente).

Il gruppo di controllo, seguito con cure usuali, era costituito da soggetti con caratteristiche sovrapponibili al gruppo intervento per età, sesso, AULSS di residenza, numero di condizioni croniche e categoria ACG (metrica di output del sistema di case-mix adottato che stratifica la popolazione in categorie omogenee per complessità che ha permesso quindi un appaiamento più specifico). Il gruppo seguito con il modello CM, ha dimostrato nel tempo una riduzione dei ricoveri ospedalieri del 39% e degli accessi in PS del 33% che non è stata invece osservata nel gruppo di controllo (Figura 5.16). I Programmi di Care Management, grazie all'enfasi che danno a prevenzione, self-management, continuità e coordinamento delle cure, sono in grado di supportare pazienti complessi e con multimorbilità dando risposta ai loro bisogni grazie ad un approccio integrato alle cure, prestando attenzione anche agli aspetti bio-psico-sociali.

Figura 5.15 – Il programma di Care Management**Figura 5.16** – Tasso di incidenza (numero di visite / anni persona) dei ricoveri ospedalieri e degli accessi in PS nell'anno precedente e seguente l'arruolamento, in soggetti esposti e non esposti al Programma di Care Management.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

5.4 Assistenza ai pazienti con malattie croniche

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

Per rendere operativo il modello di presa in carico della cronicità è necessario implementare in modo diffuso su tutto il territorio regionale delle forme associative della Medicina Generale più evolute, quali team multiprofessionali fondati sull'implementazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali, con riferimento particolare al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e BPCO. (§ 3.1.1, pag. 45-49)

Quadro di sintesi

In molte Aziende ULSS del Veneto sono stati attivati PDTA per il Diabete e la BPCO. Grazie allo sviluppo di specifici indicatori è possibile cominciare a valutare il percorso clinico-assistenziale territoriale per queste due patologie.

Per il diabete, un percorso appropriato prevede l'esecuzione di controlli clinici effettuati in maniera integrata dal MMG e dal medico specialista, esami di laboratorio ed esami strumentali per controllare e prevenire le complicanze della patologia. Nel 2018 il 76,6% dei diabetici ha effettuato almeno un controllo dei livelli di emoglobina glicata; il 53,1% è stato sottoposto a monitoraggio del livello di microalbuminuria, nel 67,5% dei soggetti è stato rilevato l'assetto lipidico ed il 22,6% è stato sottoposto all'esame del fondo dell'occhio.

Per quanto riguarda i pazienti affetti da BPCO un'adeguata assistenza territoriale, associata a terapia continuativa anche con broncodilatatori a lunga durata d'azione, potrebbe indurre una riduzione del rischio di riacutizzazioni della malattia favorendo una buona qualità della vita. In Veneto nel 2018 l'11% dei pazienti con BPCO ha avuto una riacutizzazione (il 9,3% di grado moderato, il 2,3% di grado severo). I dati sull'aderenza alla terapia con broncodilatatori mostrano come soltanto il 36,1% sia stato in trattamento continuativo nel 2018.

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

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

Diabete

Gli indicatori di processo più comunemente utilizzati per il monitoraggio del processo di assistenza ai pazienti diabetici sono: almeno una valutazione l'anno dell'emoglobina glicata, almeno un monitoraggio l'anno della microalbuminuria (per l'individuazione precoce del danno renale), del profilo lipidico e del fondo dell'occhio.

La valutazione dell'emoglobina glicata mostra un lieve aumento nel periodo, attestandosi sul 76,6% nel 2018, con una variabilità tra le Aziende ULSS: dal 73,1% dei diabetici residenti nell'Azienda ULSS Marca Trevigiana al 81,3% dei diabetici residenti nell'Azienda ULSS Dolomiti (Tabella 5.7). Il monitoraggio del profilo lipidico, invece, mostra una lieve riduzione nel periodo, passando dal 68,5% nel 2014 al 67,5% nel 2018. Anche per questo indicatore la variabilità tra le Aziende è elevata: si passa dal 58,9% dell'Azienda ULSS Polesana al 75,8% dell'Azienda ULSS Scaligera. Il monitoraggio della microalbuminuria aumenta nel periodo precedente (53,1% nel 2018): l'Azienda ULSS Polesana mostra il dato più basso (26,4%), quello più elevato si trova nell'Azienda ULSS Pedemontana (63,0%). La proporzione di pazienti diabetici che effettuano la valutazione del fondo dell'occhio resta bassa nel periodo, con un *range* che va dal 16,6% dell'Azienda ULSS Polesana al 31,6% dell'Azienda ULSS Dolomiti.

La Tabella 5.8 evidenzia la variabilità presente nel territorio rispetto al processo di assistenza ai pazienti diabetici.

Tabella 5.7 – Percentuale di pazienti diabetici che hanno eseguito almeno una valutazione dell'emoglobina glicata, almeno un monitoraggio del profilo lipidico, almeno un monitoraggio della microalbuminuria ed almeno un esame del fondo dell'occhio. Veneto, 2014-2018

| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Range ULSS (2018) |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------|
| Emoglobina glicata | 75,8% | 75,2% | 75,3% | 75,6% | 76,6% | 73,1% - 81,3% |
| Lipidi | 68,5% | 67,9% | 65,4% | 65,9% | 67,5% | 58,9% - 75,8% |
| Microalbuminuria | 49,6% | 49,6% | 49,6% | 51,3% | 53,1% | 26,4% - 63,0% |
| Fundus oculi | 25,6% | 24,2% | 22,8% | 23,0% | 22,6% | 16,6% - 31,6% |

Tabella 5.8 - Percentuale di pazienti diabetici che hanno eseguito almeno una valutazione dell'emoglobina glicata, almeno un monitoraggio lipidico, almeno un monitoraggio della microalbuminuria e almeno un esame del fondo dell'occhio per Azienda Ulss di residenza. Veneto, 2018

| ULSS | Emoglobina Glicata | Profilo Lipidico | Microalbuminuria | Fondo dell'occhio |
|----------------------|--------------------|------------------|------------------|-------------------|
| 1 - Dolomitica | 81,3% | 66,7% | 59,3% | 31,6% |
| 2 - Marca Trevigiana | 73,1% | 62,4% | 44,4% | 19,5% |
| 3 - Serenissima | 75,6% | 66,8% | 53,9% | 21,8% |
| 4 - Veneto Orientale | 74,5% | 66,7% | 49,9% | 22,3% |
| 5 - Polesana | 77,1% | 58,9% | 26,4% | 16,6% |
| 6 - Euganea | 78,3% | 68,3% | 56,5% | 23,0% |
| 7 - Pedemontana | 75,1% | 66,9% | 63,0% | 29,9% |
| 8 - Berica | 76,0% | 68,0% | 59,9% | 22,4% |
| 9 - Scaligera | 79,1% | 75,8% | 57,8% | 22,8% |
| VENETO | 76,6% | 67,5% | 53,1% | 22,6% |

Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

Tra gli indicatori di valutazione del PDTA misurabili attraverso i flussi informativi sanitari regionali, di seguito (tab.5.11) riportiamo il tasso di ospedalizzazione per le riacutizzazioni di BPCO e la proporzione di pazienti con BPCO in continuità terapeutica con broncodilatatori a lunga durata d'azione. In occasione della conclusione della Ricerca Sanitaria Finalizzata sulle Aggregazioni Funzionali Territoriali è stato possibile documentare nella rete regionale di Medici di Medicina Generale "Milleinrete" anche altri indicatori di processo molto importanti, come la prevalenza, la documentazione in cartella della spirometria diagnostica e la rilevazione dell'abitudine al fumo.

Riacutizzazioni in pazienti con BPCO

Per riacutizzazione di BPCO, secondo la definizione della strategia GOLD condivisa a livello internazionale, si intende un "peggioramento dei sintomi del paziente rispetto alle sue condizioni abituali che va oltre la variabilità tra giorno e giorno e ha un inizio acuto. I sintomi di solito riportati dal paziente sono un peggioramento del respiro, tosse, aumento dell'escreato e cambiamenti nel colore dell'escreato".

La maggior parte delle riacutizzazioni sono di grado lieve e moderato, autolimitantisi, tanto da poter essere gestite farmacologicamente dal paziente a casa; i casi più severi necessitano, invece, del ricovero ospedaliero. Le riacutizzazioni, specie se frequenti, sono associate ad un aumento delle ospedalizzazioni e della mortalità. La loro misura rappresenta, quindi, un importante indicatore della qualità dell'assistenza e della gestione intra ed extraospedaliera del paziente. Permette, inoltre, di valutare la qualità dell'assistenza territoriale per tale patologia, dal momento che una gestione adeguata a livello extra-ospedaliero è in grado di ridurre l'insorgenza di complicanze e, di conseguenza, il ricorso all'ospedalizzazione per tali pazienti.

Nella Tabella 5.9 sono mostrate le percentuali di soggetti affetti da BPCO che sono andati in contro ad una riacutizzazione nel periodo 2014-2018. Nello specifico, per le riacutizzazioni sono riportati in maniera distinta i dati relativi agli episodi di gravità lieve/moderata, misurabili attraverso le prescrizioni farmaceutiche, ed i dati relativi agli episodi più severi, misurabili attraverso i ricoveri ospedalieri per BPCO.

In generale, in Veneto la percentuale di pazienti affetti da BPCO che ha avuto almeno un episodio di riacutizzazione (lieve/moderata o severa) è rimasta pressoché costante nel periodo considerato. Nel corso del 2018 la percentuale di riacutizzazioni totale è dell'11%, con una certa variabilità territoriale: dall'8,8% dell'Azienda ULSS Dolomiti al 14,8% dell'Azienda ULSS Veneto Orientale.

Tabella 5.9 - Riacutizzazioni nella coorte dei pazienti con BPCO. Veneto, 2014-2018.

| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Range ULSS (2018) |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Riacutizzazione | 11,7% | 11,8% | 11,2% | 11,3% | 11% | 8,8% - 14,8% |
| Riacutizzazione lieve/moderata (*) | 9,7% | 9,8% | 9,4% | 9,5% | 9,3% | 6,8% - 13,2% |
| Riacutizzazione severa (§) | 2,7% | 2,8% | 2,4% | 2,4% | 2,3% | 1,8% - 2,8% |

(*) prescrizione di Corticosteroidi orali e antibiotici

(§) ricovero ospedaliero per riacutizzazione di BPCO

E' importante sottolineare come gli indicatori che misurano le ospedalizzazioni per BPCO non valutino la qualità dell'assistenza ospedaliera, ma la capacità dell'assistenza territoriale di gestire adeguatamente la BPCO evitando l'evoluzione verso livelli di gravità maggiori.

Continuità terapeutica con broncodilatatori a lunga durata d'azione

Un trattamento regolare con broncodilatatori a lunga durata d'azione nella fase stabile della malattia è in grado di controllare i sintomi, ridurre l'insorgenza di riacutizzazioni e migliorare la qualità di vita del paziente. La continuità terapeutica con broncodilatatori a lunga durata d'azione è stata misurata attraverso il flusso della farmaceutica, in una coorte di pazienti ospedalizzati e dimessi con diagnosi di BPCO, che quindi rappresentano, non tutti i pazienti con BPCO, ma una popolazione con malattia in forma moderata o severa. L'indicatore è calcolato attraverso la metodologia della "proporzione dei giorni coperti dal farmaco" (PDC - *Proportion of Days Covered*).

Nel 2018, il 36,1% risulta in terapia continua con broncodilatatori a lunga durata d'azione, un valore pressoché costante nel triennio. La percentuale di pazienti in continuità terapeutica

mostra una certa variabilità territoriale, passando dal 26,6% dell'Azienda ULSS Dolomiti al 41,6% dell'Azienda ULSS Scaligera (Tabella 5.10).

I dati mostrano, quindi, un'ampia possibilità di miglioramento dell'attività prescrittiva integrata degli specialisti pneumologi e dei Medici di Medicina Generale, in particolare a favore dei pazienti più giovani e negli stadi iniziali di malattia.

Tabella 5.10 - Aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori al lunga durata d'azione, per Azienda Ulss di residenza. Veneto, 2016-2018

| ULSS | 2016 | 2017 | 2018 |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|
| 1 - Dolomitica | 26,2% | 35,7% | 26,6% |
| 2 - Marca Trevigiana | 39,8% | 37,4% | 35,3% |
| 3 - Serenissima | 35,5% | 36,1% | 37,5% |
| 4 - Veneto Orientale | 46% | 32,7% | 34,7% |
| 5 - Polesana | 38,7% | 37,9% | 37% |
| 6 - Euganea | 34,4% | 36,7% | 34% |
| 7 - Pedemontana | 31,1% | 39,6% | 35,2% |
| 8 - Berica | 38,3% | 39% | 35,7% |
| 9 - Scaligera | 35,9% | 39% | 41,6% |
| VENETO | 36,3% | 37,4% | 36,1% |

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@azero.veneto.it

5.5 Assistenza specialistica ambulatoriale

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

Assistenza Specialistica (§ 3.3.1. – pag. 80-82).

Quadro di sintesi

Nell'anno 2018 sono state registrate nel flusso dell'attività specialistica ambulatoriale del Veneto (SPS) 61.525.691 prestazioni ambulatoriali di cui 59.905.048 erogate a favore dei cittadini residenti in Veneto.

Rispetto all'anno 2017 si è riscontrato, nel complesso, un lieve aumento dello 0,5% del volume di prestazioni; l'attività erogata dalle strutture pubbliche è aumentata dell'1,8% mentre, di contro, l'attività delle strutture private accreditate è diminuita del 6,2%.

L'attività clinica (Branche a visite e Medicina Fisica e Riabilitazione) rappresenta il 22% delle prestazioni totali erogate, l'attività di Diagnostica per immagini il 6% ed il Laboratorio il 72%, mantenendo sostanzialmente le stesse percentuali dell'anno precedente.

Il rapporto pubblico/privato accreditato per l'anno 2018 conferma quanto rilevato negli anni precedenti, vale a dire il ruolo dominante, in generale, del settore pubblico, che eroga l'84% delle prestazioni totali, rispetto ai privati accreditati che erogano il 16% delle prestazioni.

Analizzando i dati di attività della specialistica ambulatoriale dell'anno 2018, erogata a favore dei cittadini residenti in Veneto e raffrontandoli con quelli dell'anno precedente, si evidenzia il seguente andamento dell'offerta di prestazioni nelle quattro macroaree (Figura 5.17):

- nella macro area di Laboratorio sono state erogate complessivamente 43.082.004 prestazioni nell'anno 2018 a fronte di 42.401.847 nell'anno 2017 con un incremento pari all'1,6%.

Il Laboratorio risulta essere l'unica macroarea in aumento, come numero di prestazioni, tra le quattro macroaree; tale incremento è totalmente imputabile all'attività delle strutture pubbliche, che evidenziano un aumento del 2,9%, mentre per le strutture private accreditate si riscontra un calo del 7,7%, in linea con quanto disposto dai provvedimenti regionali che prevedono una graduale riduzione dell'attività di Laboratorio dei privati accreditati, in quanto le strutture pubbliche risultano in grado di soddisfare progressivamente l'intero fabbisogno di prestazioni.

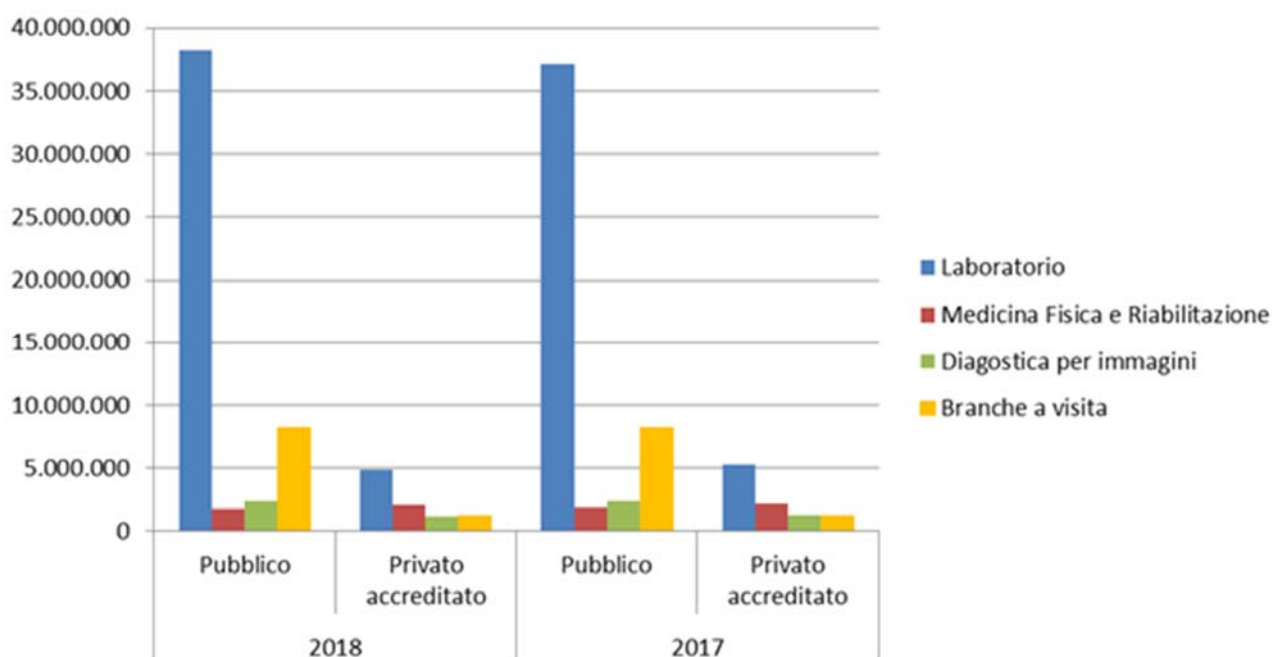
- nella macro area di Medicina Fisica e Riabilitazione sono erogate complessivamente .847.369 prestazioni nell'anno 2018 a fronte di 4.093.411 nell'anno 2017, evidenziando una diminuzione del 6%, la più elevata tra le quattro macroaree; gli erogatori pubblici registrano un calo del 5,7% mentre le strutture private accreditate evidenziano un calo del 6,2%.

- nella macro area di Diagnostica per immagini sono state erogate 3.577.110 prestazioni nell'anno 2018 a fronte di 3.634.855 nel 2017, in diminuzione, come volume di prestazioni, dell'1,6%; nello specifico gli erogatori pubblici registrano un calo dell'1,1% mentre le strutture private accreditate evidenziano un calo del 2,5%.

- nella macro area Branche a Visita sono erogate complessivamente 9.398.565 prestazioni nell'anno 2018 a fronte di 9.480.073 nell'anno 2017, evidenziando un lieve calo dello 0,9%;

tale diminuzione è imputabile principalmente all'attività delle strutture private accreditate, dove si riscontra un calo del 3,6%, mentre per le strutture pubbliche il calo è pari allo 0,5%.

Figura 5.17 – Prestazioni di specialistica ambulatoriale distinte per macro area. Veneto, 2017-2018



Approfondimenti

- Legge Regionale n. 48 del 28 dicembre 2018 (Piano Socio sanitario Regionale 2019-2023)
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 230 del 06 marzo 2018 che ha determinato, per l'anno 2018, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale.
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 2166 del 29 dicembre 2017 che ha assegnato i budget, per il triennio 2018-2019-2020, agli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali per l'assistenza specialistica nei confronti degli utenti residenti nella Regione del Veneto.
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 597 del 28 aprile 2017 che ha assegnato i tetti di spesa e i volumi di attività, per il triennio 2017-2019, agli erogatori ospedalieri privati accreditati sia per l'assistenza ospedaliera sia per quella specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

5.6 Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere

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

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

Quadro di sintesi

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

In seguito si sono susseguiti numerosi provvedimenti nazionali e regionali, fino ad arrivare all'attuale organizzazione regionale basata sulla DGR 320/2013, che riconosce il ruolo centrale del governo delle liste di attesa dei percorsi assistenziali; ribadisce l'obiettivo del contenimento del numero di prestazioni annuali per abitante e la contestuale necessità di perseguire politiche di appropriatezza sotto il profilo clinico e organizzativo nel pieno rispetto dell'allocazione delle risorse. Inoltre indica un utilizzo massimale fino alle ore 24.00 della diagnostica strumentale e per immagini, anche nei giorni festivi, per garantire le prestazioni nei tempi indicati. La L.R. N. 30/2016 ha ulteriormente ristretto le tempistiche previste per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Monitoraggio e controllo

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

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

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

In recepimento di quanto stabilito dalla predetta Legge Regionale, nel corso del 2018 sono state monitorate tutte le prestazioni traccianti erogate a utenti che hanno accettato la prima disponibilità offerta dall'Azienda (Garantita=1). A questo monitoraggio è stata affiancata una seconda analisi che ha esteso il bacino delle prestazioni oggetto di monitoraggio, prendendo in considerazione anche le prestazioni traccianti erogate a utenti residenti che hanno rifiutato la prima disponibilità offerta dall'Azienda (Garantita=2).

In entrambi i casi sono stati monitorati gli andamenti delle percentuali di rispetto dei tempi di attesa e le medie dei giorni di attesa oltre soglia presentate dalle Aziende, evidenziando, con cadenza mensile, le principali criticità riscontrate.

Negli Obiettivi dei Direttori Generali 2018 (DGR 230/2018) è stato confermato l'obiettivo B.3 che prevede il rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. I risultati ottenuti evidenziano un complessivo miglioramento della performance regionale nel corso dell'anno 2018, sia per le prestazioni erogate a utenti residenti che hanno accettato la prima disponibilità, sia per le prestazioni erogate a utenti residenti che non hanno accettato la prima disponibilità (Figure 5.18 e 5.19).

Figura 5.18 – Andamento mensile della percentuale di prestazioni con tempo di attesa entro i limiti previsti (Garantita 1). Veneto, 2018

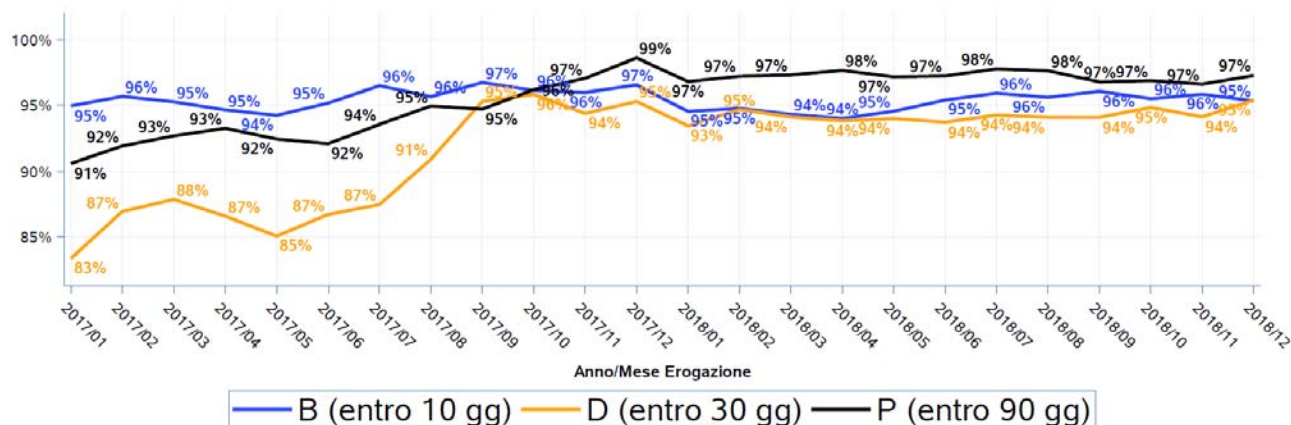
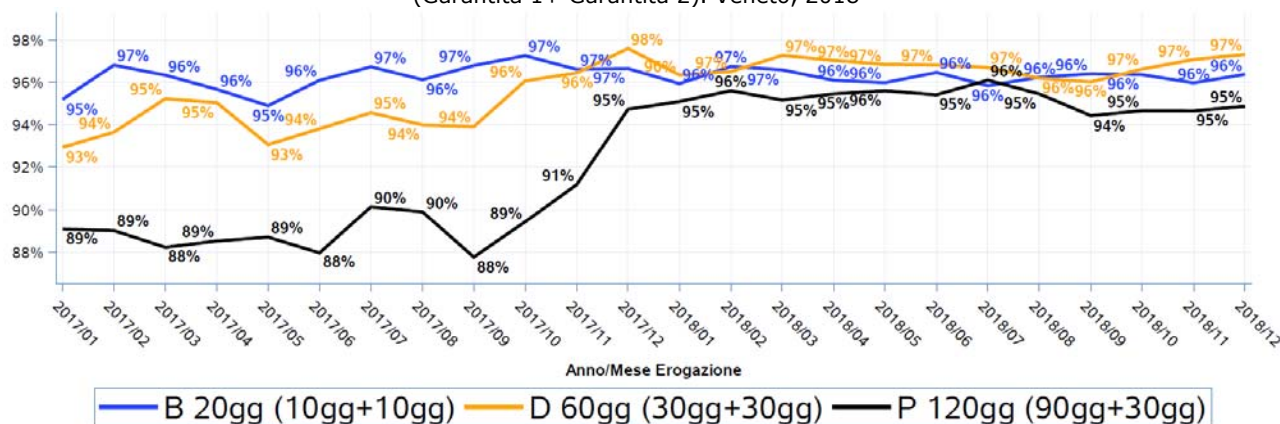


Figura 5.19 – Andamento mensile della percentuale di prestazioni con tempo di attesa entro i limiti previsti (Garantita 1+ Garantita 2). Veneto, 2018



Aperture serali, prefestive e festive

Le aperture serali, prefestive e festive hanno preso avvio alla fine del 2013, coinvolgendo l'area della Diagnostica per Immagini di tutte le Aziende ULSS ed Ospedaliere. La DGR 320 del 12 marzo 2013 ha istituito l'ampliamento dell'orario di attività dei servizi ambulatoriali e radiologici nei giorni feriali, prefestivi e festivi ulteriormente normato con L.R. 30/2016 nei giorni feriali fino alle 23:00 per almeno tre giorni alla settimana, prefestivi e festivi dalle ore 8:00 alle ore 12:00.

Questa innovazione organizzativa è stata attuata per raggiungere l'obiettivo, previsto dal PSSR 2012-2016 di miglioramento dell'accessibilità, del governo della domanda e dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, e ha contribuito anche a ridurre le liste d'attesa.

Per ognuna delle seguenti diagnostiche (TAC, RMN, Ecografia, Mammografia, Medicina Nucleare e Radioterapia), ove presenti, ciascuna Azienda doveva assicurare almeno una apparecchiatura funzionante nelle fasce orarie previste. Nel 2018 sono state erogate 136.203 prestazioni in tali fasce orarie.

Tabella 5.11 - Numero prestazioni in aperture serali, prefestive e festive, Veneto, 2018

| | FESTIVO | PREFESTIVO | SERALE | TOTALE |
|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| MAMMOGRAFIE | 939 | 7.745 | 315 | 8.999 |
| RMN | 5.179 | 11.369 | 10.980 | 27.528 |
| ECOGRAFIE | 1.718 | 11.115 | 3.189 | 16.022 |
| TAC | 299 | 3.010 | 2.148 | 5.457 |
| ALTRO | 32.652 | 37.683 | 7.862 | 78.197 |
| TOTALE | 40.787 | 70.922 | 24.494 | 136.203 |

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 e-mail: analisi@azero.veneto.it

5.7 Cure domiciliari e cure palliative

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

In continuità con le Cure Ospedaliere e con l'obiettivo di qualificarle e renderle più appropriate vengono erogate le Cure Palliative negli ambiti assistenziali più coerenti ai bisogni dei pazienti e delle famiglie (prevalentemente a domicilio, ma anche in posti letto dedicati presso gli Hospice, gli Ospedali di Comunità o nelle strutture residenziali) per una precoce ed efficace presa in carico viene altresì previsto il consolidamento dell'attività ambulatoriale.

L'organizzazione si articola in un'unità operativa aziendale per le Cure Palliative ed in un Nucleo di Cure Palliative, cui afferiscono in maniera funzionale tutti gli operatori coinvolti nel processo di cura e assistenza e – ove possibile – le associazioni di volontariato.

Questo modello organizzativo deve essere in grado di:

- *Offrire al malato la possibilità di compiere il proprio percorso assistenziale nelle migliori condizioni organizzative possibili;*
- *Applicare e monitorare i PDTA specifici e condivisi anche con l'Ospedale;*
- *Assicurare la continuità dell'assistenza h24, 7gg./7, avvalendosi anche di una centrale operativa in grado di accogliere le richieste dei pazienti e dei professionisti in qualsiasi momento del percorso assistenziale e di coordinare le risposte. (§ 3.1.3 – pag. 52-54)*

Quadro di sintesi

In Veneto nel 2018 sono stati effettuati da parte del Medico di Medicina Generale e degli operatori sanitari del Distretto oltre due milioni di accessi domiciliari a favore di oltre centomila assistiti, con una copertura pari al 180 per mille degli ultra 75enni. Gli utenti seguiti in maniera intensiva, con almeno 2 accessi/settimana per almeno un mese, sono più di 20.000 in aumento rispetto al 2017. Uno su quattro di questi pazienti ha una diagnosi di cancro.

Tra gli ultra 75enni dimessi a domicilio con un ricovero precedente 2 su 10 vengono visitati entro due giorni, indipendentemente dal giorno della settimana in cui avviene il rientro a casa; inoltre tra gli ultra 75enni deceduti più di 1 su 6 riceve 8 o più accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita, dato in miglioramento rispetto all'anno precedente. Relativamente alle cure domiciliari nel 2018 si è proseguito il monitoraggio della riorganizzazione introdotta con DGR n.1075/2017, in conformità a quanto stabilito dal Piano Socio Sanitario Regionale. Per agevolare il confronto tra distretti e la governance del sistema è stato messo a disposizione dei singoli Direttori di Distretto un cruscotto che consente di monitorare l'attività svolta secondo gli indicatori previsti dagli adempimenti LEA.

Nel 2018 le Cure Palliative oncologiche in Veneto risultano avere una copertura di assistenza del 46% e un aumento delle giornate di assistenza erogate del 10%, valori entrambi superiori agli standard LEA. Per quel che riguarda gli Hospice risulta che il numero di posti letto è invece inferiore allo standard mentre la percentuale di ricoveri brevi, pari al 20,6%, rispetta lo standard LEA ($\leq 25\%$).

Con Delibera n. 553 del 30 aprile 2018, la Giunta Regionale del Veneto ha approvato il Percorso Integrato di Cura (PIC) finalizzato a supportare lo sviluppo delle Reti di Cure Palliative in età adulta nelle Aziende Sanitarie del Veneto. Successivamente, per supportare l'applicazione del PIC, sono state realizzate varie sessioni formative a valenza multiprofessionale.

La riorganizzazione delle Cure Domiciliari

Sulla base di una ricognizione dei modelli organizzativi esistenti in Regione, sono state formulate le prime linee di indirizzo sulla riorganizzazione delle Cure Domiciliari (adottate con DGR n. 1075/2017) che prevedono:

- presenza e contattabilità del personale infermieristico 7gg/7 dalle 7:00 alle 21:00;
- programmazione degli accessi a domicilio 7gg/7;
- esternalizzazione dei prelievi domiciliari di sangue (e campioni biologici);

- organizzazione degli accessi dell'équipe ADI avendo riguardo al territorio di riferimento sia dell'équipe sia delle forme associative della medicina generale;
- condivisione con i medici di continuità assistenziale della lista aggiornata dei pazienti in carico al servizio ADI e delle informazioni utili in caso di attivazione;
- definizione del piano assistenziale integrato;
- formazione all'educazione terapeutica e addestramento della famiglia/caregiver;
- valutazioni di appropriatezza e di esito degli interventi;
- definizione a livello regionale della "cartella informatizzata" per il paziente ADI da adottarsi in tutte le Aziende ULSS.

La rilevazione condotta dalla UO Cure primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali e relativa al primo semestre 2018 ha consentito di rappresentare l'evoluzione dell'organizzazione delle cure domiciliari a livello di ex Aziende ULSS, ciò al fine di palesare i processi di omogeneizzazione avviati all'interno delle Aziende ULSS a seguito della LR n.19/2016.

Si sono registrati quasi settecentomila accessi infermieristici a domicilio, di cui il 32,9% per attività di prelievo e il 67,1% per prestazioni di assistenza infermieristica (Figura 5.20); il 35,9% dell'attività di prelievo è stata esternalizzata, pur con apprezzabili differenze tra ex-AULSS. Inoltre si è riscontrato, all'interno delle stesse nuove Aziende ULSS, il permanere di diversità nella copertura oraria garantita dal servizio (Figura 5.21): detta variabilità si accentuava ancora di più nelle giornate di sabato e domenica.

Inoltre si è ritenuto importante rilevare se, nelle diverse esperienze aziendali, fosse stato attivato un numero dedicato ai pazienti in cure domiciliari, considerandolo un elemento indispensabile per garantire la continuità dell'assistenza. Si è riscontrato nella quasi totalità delle Aziende ULSS l'attivazione di differenti numeri, diversificati per sub-aree territoriali con fasce orarie di attivazione disuguali a livello distrettuale o di equipe ADI.

Figura 5.20 – Accessi domiciliari infermieristici primo semestre 2018, Veneto
(Fonte: Monitoraggio Cure Domiciliari - UO Cure Primarie e strutture socio-sanitarie territoriali)

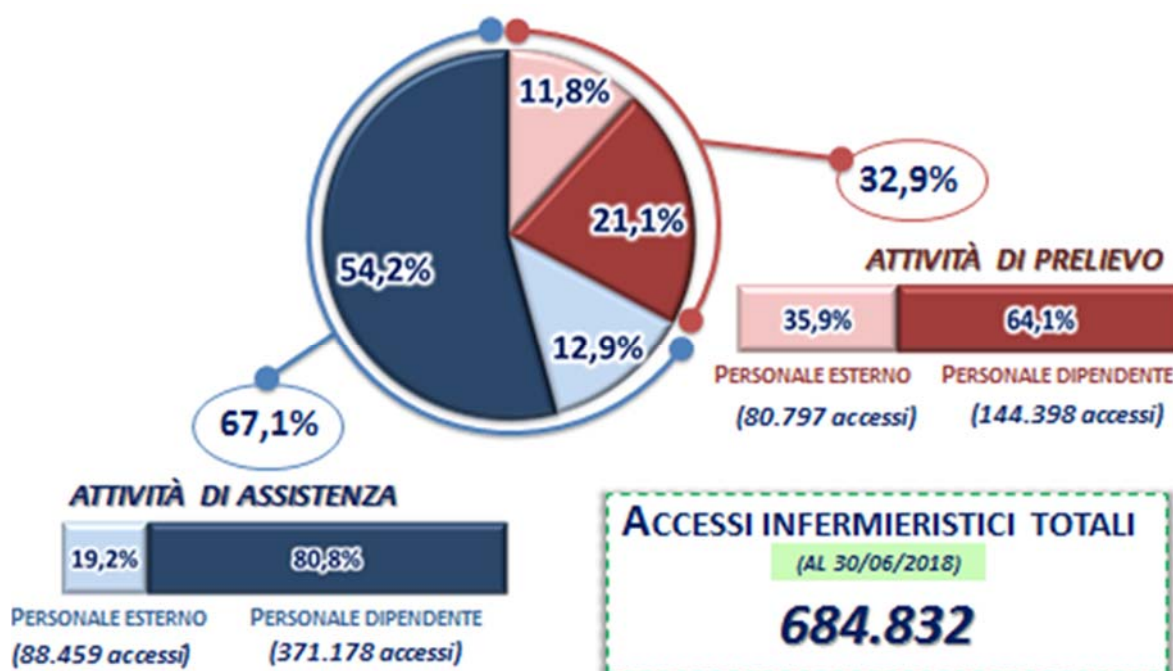
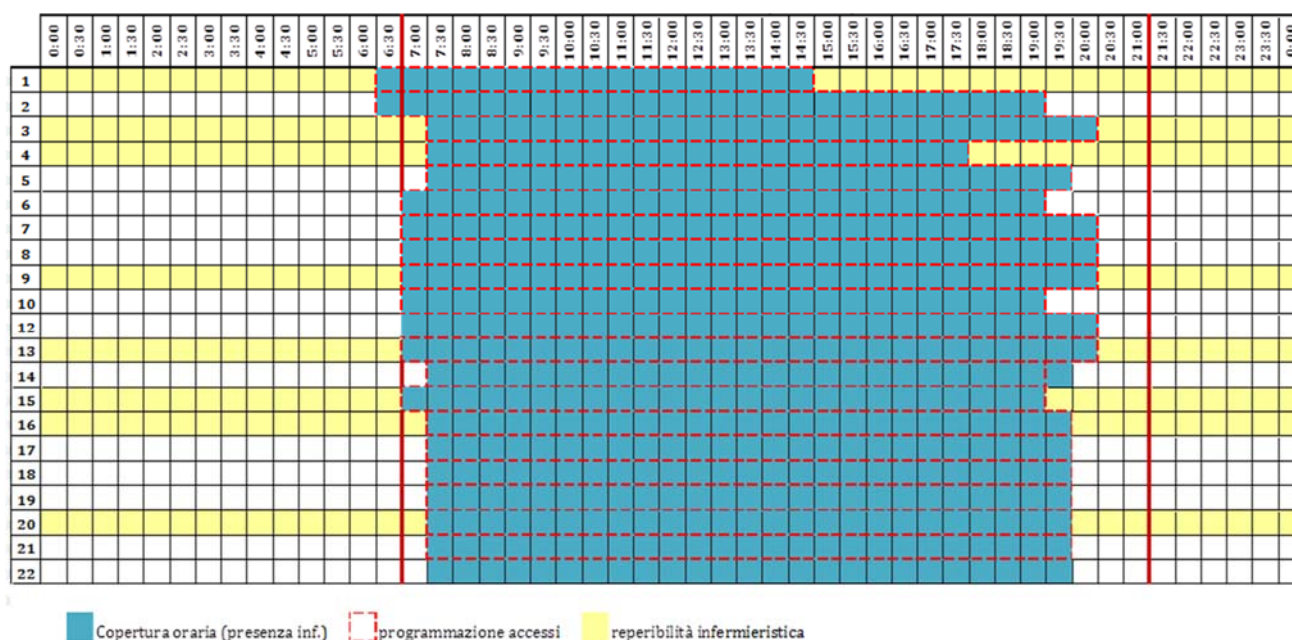


Figura 5.21 – Copertura oraria lun-ven del personale infermieristico, primo semestre 2018, Veneto
(Fonte: Monitoraggio Cure Domiciliari - UO Cure Primarie e strutture socio-sanitarie territoriali)

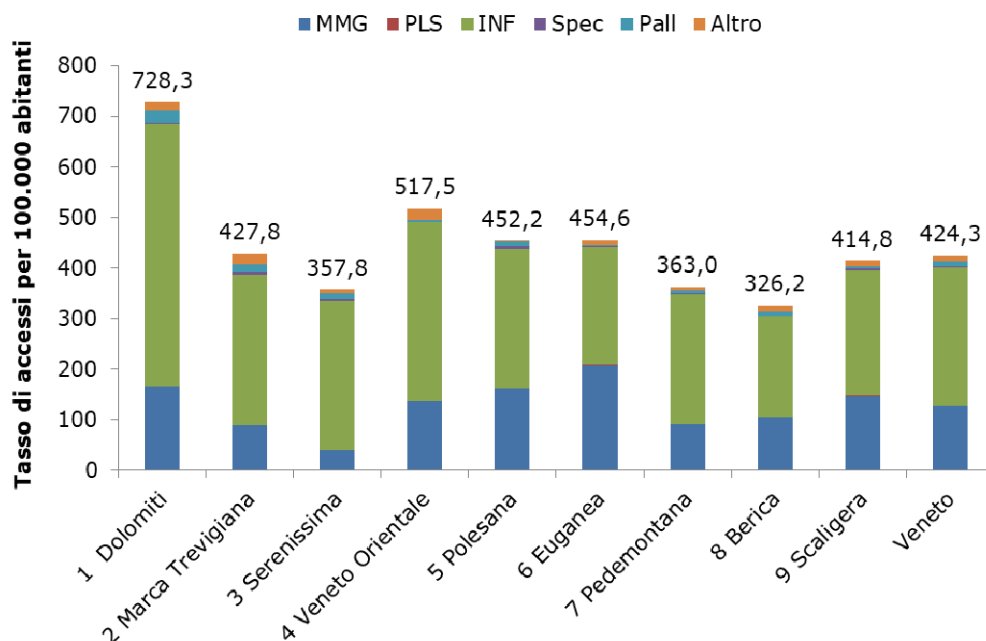


A fronte delle evidenze prodotte con il suddetto monitoraggio, si è provveduto a mettere a disposizione di tutti i Direttori di distretto un cruscotto atto a fornire indicazioni in tempo reale riguardanti l'appropriatezza delle richieste di presa in carico e dell'assistenza erogata, i livelli di complessità dei pazienti e l'intensità dell'assistenza socio-sanitaria erogata. Lo strumento rappresenta inoltre un supporto alla attivazione di audit periodici finalizzati ad interventi di miglioramento, che coinvolgano, oltre al Direttore dell'U.O. Cure Primarie e ai componenti dell'équipe ADI, anche Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, ecc.

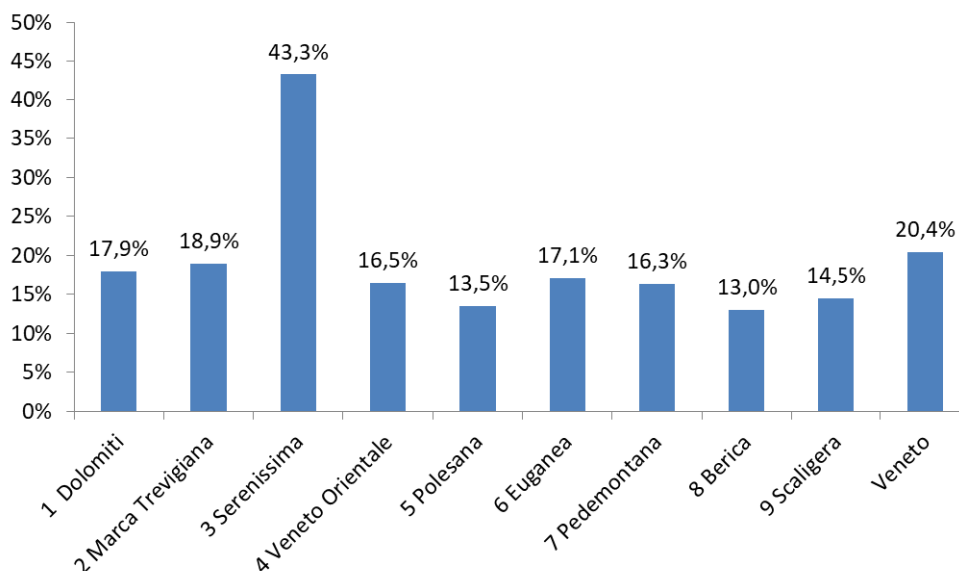
Gli indicatori delle Cure Domiciliari (CD)

Nel 2018 risultano erogati a residenti in Veneto 2.304.417 accessi domiciliari da parte degli operatori sanitari, con importanti differenze tra le diverse Aziende ULSS sia rispetto all'attività svolta a favore della popolazione residente, sia rispetto alla quota di CD svolte dal Medico di Medicina Generale (MMG) e dagli Infermieri Distrettuali.

Più di 7 assistiti su 10 hanno 75 anni o più ed in questa fascia di popolazione risultano in carico circa il 18% degli assistiti, il 3,0% in maniera più intensiva, cioè con almeno 8 accessi per almeno un mese. Rispetto al 2015 si rileva un costante incremento del numero e del tasso di copertura degli assistiti seguiti in maniera più intensiva mentre il numero assoluto degli assistiti in CD è aumentato fino al 2017 per poi stabilizzarsi intorno alle 134.000 persone. (Tabella 5.12). Nel 2018 risultano assistiti in CD 134.223 residenti veneti, di cui 22.692 con almeno 8 accessi/mese per almeno 1 mese (rispettivamente 140.003 e 21.666 nel 2017). La descrizione dei problemi di salute documenta che più di 1 paziente su 10 ha una diagnosi di cancro che sale a più di 1 paziente su 4 tra quelli seguiti intensivamente; i pazienti con diagnosi di cancro seguiti a casa sono 12.749 in totale.

Figura 5.22 - Tassi di accessi sanitari per 1.000 abitanti per ULSS di residenza, Veneto, 2018**Tabella 5.12** - Indicatori di attività delle Cure Domiciliari, Veneto, 2015-2018.

| Indicatori | 1+ accesso nell'anno | | | | 8+ accessi per 1+ mesi | | | |
|---|----------------------|---------|---------|---------|------------------------|--------|--------|--------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Numero di assistiti | 113.606 | 127.774 | 140.003 | 134.223 | 19.798 | 19.744 | 21.666 | 22.692 |
| Assistiti 75+ anni | 89.521 | 94.349 | 102.528 | 102.124 | 14.196 | 14.108 | 15.636 | 16.871 |
| | 78,8% | 73,8% | 73,2% | 76,1% | 71,7% | 71,5% | 72,2% | 74,3% |
| Tasso di copertura per 1.000 ab. 75+ anni | 168 | 173 | 184 | 180 | 26,6 | 25,8 | 28,1 | 29,8 |

Figura 5.23 - Percentuale di pazienti ultra75enni dimessi a domicilio dopo un ricovero medico acuto ordinario che vengono visitati a domicilio entro 2 giorni dalla data di dimissione dall'ospedale, Veneto, 2018.

La tempestività delle CD in post-dimissione si valuta con la percentuale di pazienti ultra75enni dimessi a domicilio dopo ricovero medico acuto ordinario che vengono visitati a casa entro 2 giorni dalla data di dimissione. L'indicatore è misurato solo sulle dimissioni degli assistiti più "fragili" individuando quelli che avevano già avuto un ricovero ordinario nei 6 mesi precedenti; il valore osservato è pari al 20,4% (Figura 5.23).

La percentuale di accessi erogati durante il Sabato o la Domenica è un indicatore importante della continuità dell'offerta assistenziale e nel 2018 è risultata del 5,7%.

La percentuale di ultra75enni con assistenza intensiva (almeno 8 accessi nell'ultimo mese di vita) viene calcolata escludendo i pazienti deceduti in Hospice, RSA o Strutture Intermedie che non potevano ricevere assistenza domiciliare; il valore rilevato nel 2018 è pari all'18,1%.

Questo dato si ricollega indirettamente al tema delle Cure Palliative non oncologiche, infatti quasi il 60% di questi pazienti, pari a 2.617 persone, risulta preso in carico per una malattia non neoplastica. Per tutti gli indicatori il valore medio regionale è in linea con quello del 2017.

Figura 5.24 - Percentuale di ultra75enni deceduti, con 8+ accessi nell'ultimo mese di vita, Veneto, 2018.

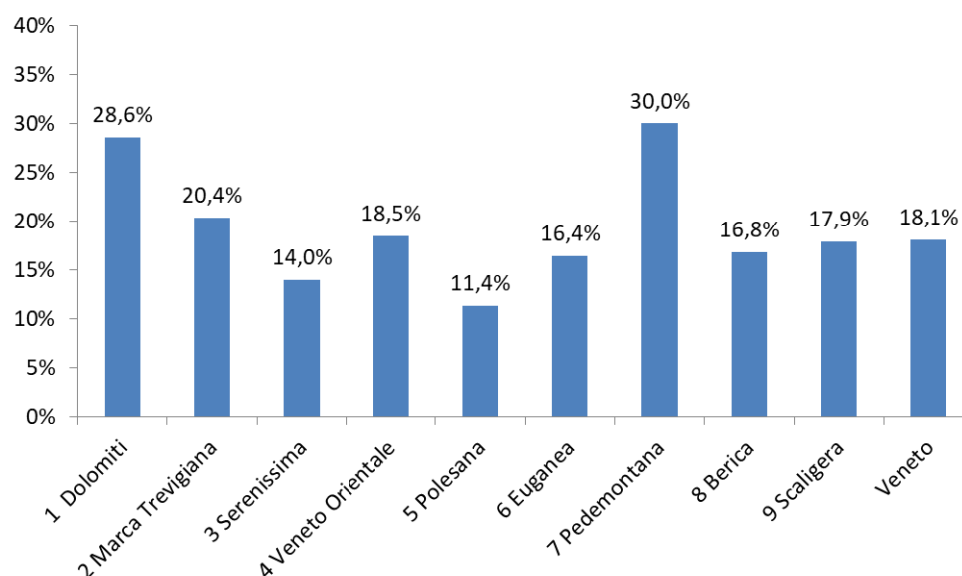
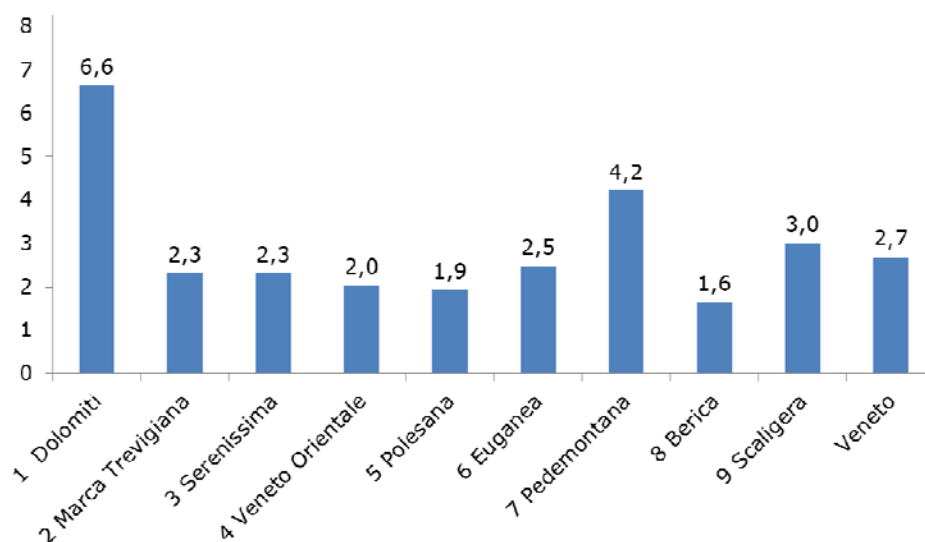


Figura 5.25 - Tasso di eventi assistenziali con CIA di 3°-4° livello per 1.000 abitanti, Veneto, 2018.



Dal 2015, per adempiere alla corretta alimentazione del Sistema Informativo Nazionale, con la nota regionale N.196925 del 11/05/2015, si è rivisto il disciplinare tecnico, introducendo il concetto di "evento di assistenza di Cure Domiciliari". L'applicazione del disciplinare ha richiesto un forte impegno di lavoro sia agli operatori delle CD sia ai servizi informativi di ciascuna Azienda ULSS, dovendo suddividere la presa in carico dell'assistito in più eventi (ad es. interruzione per ricovero ordinario intercorrente, per entrata in struttura residenziale, per

guarigione o peggioramento della situazione clinica). Sulla base del database regionale, le persone assistite nel 2018 hanno generato circa 147.000 eventi considerati "non occasionali" dal Ministero della Salute e presi in considerazione per il calcolo del Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), che misura il numero di giornate con accessi domiciliari sul totale delle giornate di presa in carico.

Il tasso di eventi assistenziali con CIA di 3°-4° livello, che equivalgono a quelli in cui sono stati erogati accessi almeno nel 50% dei giorni di presa in carico, costituiscono un importante indicatore dei LEA Ministeriali (Figura 5.25). Il valore rilevato per il 2018 è di 2,7 per 1.000 residenti e, nonostante risulti in calo rispetto al 2017, rimane di molto superiore al valore minimo richiesto del 0,40 per 1.000. In futuro, come stabilisce il DM del 1005/2018 sul Nuovo Sistema di Garanzia, i livelli di Intensità Assistenziale verranno calcolati, oltre che come tasso di eventi, anche come tasso di assistiti.

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

Gli indicatori delle Cure Palliative

Nel 2018, gli indicatori e relativi standard per le Cure Palliative sono stati ridefiniti nel questionario degli adempimenti LEA. Il Ministero della Salute verifica il raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi e strutturali delle Cure Palliative, attraverso quattro indicatori (Tabella 5.13) calcolati utilizzando le informazioni ricavate dai flussi SDO, SIAD e Hospice.

La copertura di assistenza per le Cure Palliative oncologiche integrate è misurata sui soli deceduti in Hospice o a domicilio assistiti in Cure Domiciliari; nel 2018 risulta superiore allo standard LEA con un valore regionale pari a 46,0% e un range tra Aziende ULSS compreso tra il 33,9% e il 58,5% (Figura 5.26).

Secondo i dati NSIS -Nuovo Sistema Informativo Sanitario- del Ministero della salute, negli Hospice veneti sono disponibili 201 posti letto, dato che risulta inferiore al valore minimo stabilito nei LEA di 1 posto letto ogni 56 deceduti, pari a 238 posti letto per il Veneto.

Complessivamente sono state erogate a pazienti terminali oncologici circa 202.000 giornate di assistenza pari a una media di 15,3 giornate annue per ogni deceduto per causa di tumore, con un aumento del 18,1% rispetto al 2017; considerando invece, come da indicatore LEA, solo le giornate erogate a pazienti deceduti si rileva un aumento del +9,8% superiore allo standard LEA (+5% rispetto all'anno precedente).

Nel 2018 la percentuale di ricoveri troppo brevi in Hospice a pazienti oncologici residenti in Veneto, provenienti da domicilio senza assistenza domiciliare o dall'ospedale sul totale dei ricoveri oncologici risulta, da fonte NSIS, adempiere allo standard LEA ottimale ($\leq 25\%$) e pari al 20,6% (Figura 5.25). Tuttavia se, come per l'indicatore assegnato alle Aziende ULSS, anche al denominatore si considerano solo i ricoveri di pazienti provenienti da ospedale o da casa non assistiti, la percentuale sale al 32% (Figura 5.14).

Dal 2017, dal portale della regione del Veneto, le Aziende ULSS possono monitorare tutti gli indicatori delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative presentati utilizzando il nuovo cruscotto ADI che viene aggiornato ad ogni invio di dati, implementato in ottemperanza alla DGR n. 1075/2017.

Tabella 5.13 – Indicatori LEA 2018 riguardanti le Cure Palliative. Veneto, 2018 (fonte: NSIS)

| Indicatore | Standard LEA | Valore 2018 |
|--|---|-------------|
| 1. Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT). | $\geq 45\%$ ($\geq 35\%$ standard minimo) | 46,0% |
| 2. Numero posti letto in hospice su numero deceduti per causa di tumore. | 1 p.l. ogni 56 deceduti (= 238 p.l.) | 201 |
| 3. Variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT). | $\geq 5\%$ ($\geq 2,5\%$ standard minimo) | +9,8% |
| 4. Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (dalla Rete cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è ≤ 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica. | $\leq 25\%$ ($\leq 35\%$ standard minimo) | 20,6% |

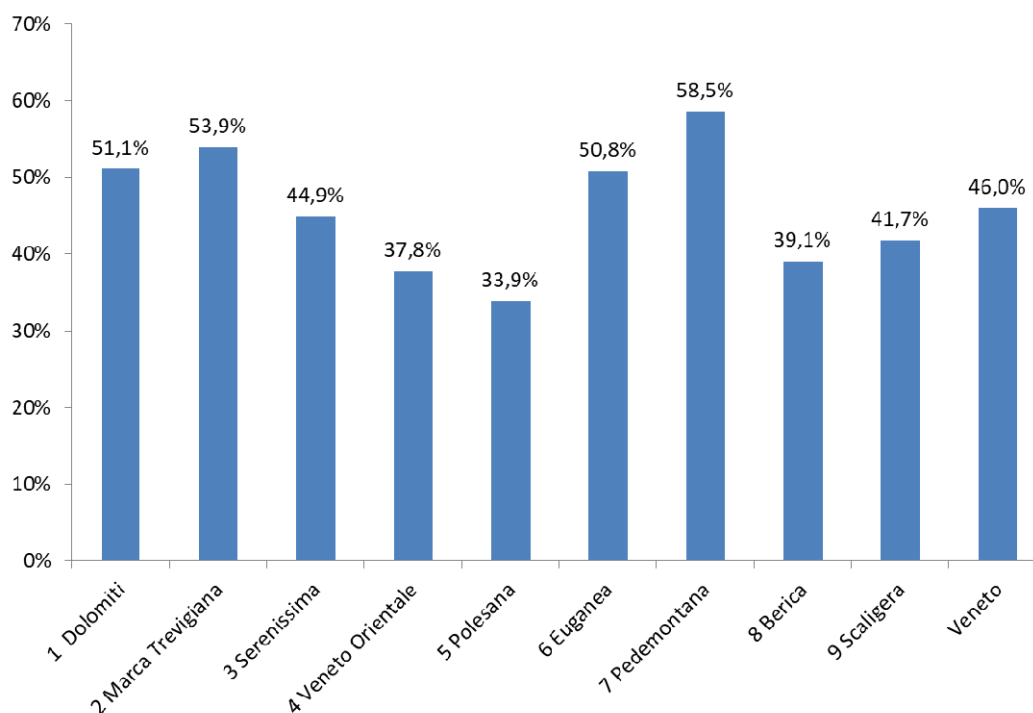
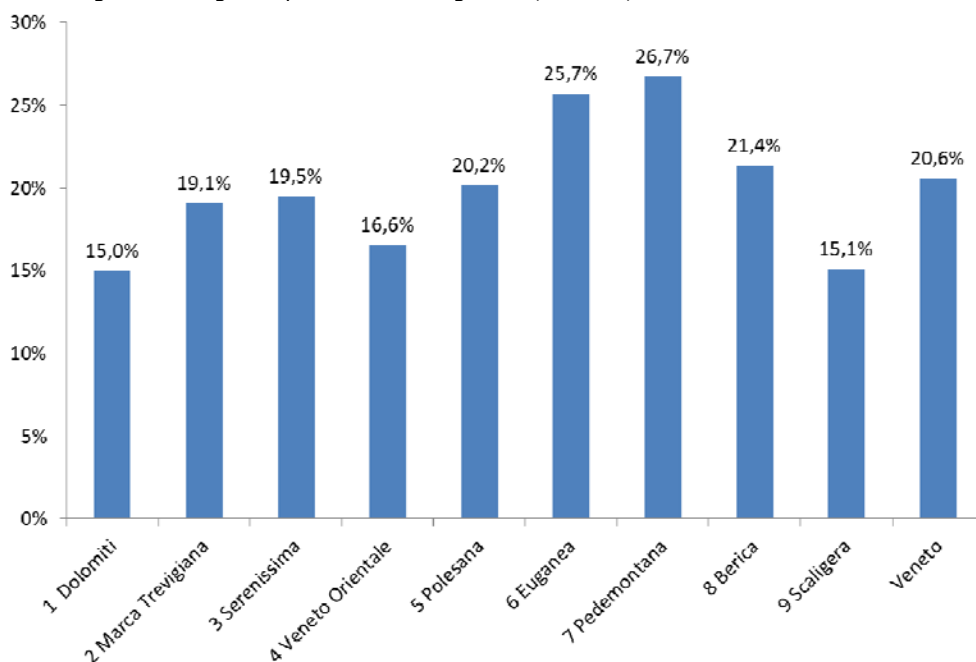
Figura 5.26 - Deceduti per causa di tumore assistiti in cure palliative per ULSS di residenza, Veneto, 2018

Figura 5.27 – Percentuale di ricoveri in Hospice di malati oncologici, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito con ≤7 giorni di degenza per ULSS di erogazione, Veneto, 2018



Approfondimenti

- [Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 112 del 24 ottobre 2016](#). Tavolo tecnico regionale per l'individuazione di indirizzi organizzativi per l'Assistenza Domiciliare Integrata.
- [Deliberazione della Giunta Regionale n. 208 del 28 febbraio 2017](#). Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015
- [Deliberazione della Giunta Regionale n. 1075 del 13 luglio 2017](#). Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS.
- [Deliberazione della Giunta Regionale n. 1306 del 16 agosto 2017](#). Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l'approvazione della dotazione di strutture nell'area non ospedaliera, per l'organizzazione del Distretto, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. DGR n. 30/CR del 6 aprile 2017 (art. 26, comma 7, e art. 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19).
- [Deliberazione della Giunta Regionale n. 230 del 6 marzo 2018](#). Definizione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nella valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale di Azienda Zero e determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali
 Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
 Telefono: 041.279.3404 - .3529
 e-mail: cureprimarie@regione.veneto.it

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

5.8 Il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti

Quadro di sintesi

Vengono illustrati i valori della risposta residenziale e semiresidenziale al bisogno dell'anziano fragile, presentando – con i dati del flusso FAR 2018 – i valori degli utenti equivalenti classificati per tipologia di accesso alla struttura: con impegnativa o senza, conteggiando anche l'offerta per anziani autosufficienti.

Nel 2018, 47.540 persone hanno avuto accesso, con almeno un giorno di assistenza, al sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone anziane del Veneto, con una presenza media giornaliera di 33.112 persone. Quest'ultimo valore, denominato *utenti equivalenti*, o *utenti medi*, è calcolato dividendo la somma delle giornate di presenza per 365 o per il numero di giorni annui di apertura del Centro diurno, qualora si tratti di prestazioni semiresidenziali. Il numero complessivo di utenti rappresenta un dato di valenza sociale, indicativo di quante persone anziane vengono lambite per almeno un giorno con il sistema formale dei servizi, quello degli utenti medi è invece un dato utile alla programmazione, confrontabile con il numero di posti autorizzati ed accreditati, con il numero di impegnative o la quantità di risorse economiche programmate, nonché con il bacino territoriale di fabbisogno. Questi due valori sono i dati più sintetici ricavabili dal flusso regionale FAR, con il quale vengono registrate le prestazioni nell'area Anziani, residenziali e diurne, con riferimento sia agli utenti con quota a carico del Fondo sanitario regionale che agli utenti paganti in proprio. Si può dettagliarli classificando gli utenti per tipologia di accesso alla struttura:

- utenti con impegnativa (o quota di rilievo sanitaria);
- utenti con valutazione di non autosufficienza ma privi di impegnativa;
- utenti autosufficienti che occupano un posto libero per non autosufficienti;
- utenti autosufficienti che occupano posti per autosufficienti;
- utenti in attesa di valutazione che occupano un posto libero per non autosufficienti.

Si intende per utente non autosufficiente la persona valutata con Scheda di Valutazione multidimensionale (SVaMA) in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD), con un profilo di autonomia compreso tra 2 e 17; per autosufficiente si può intendere anche un utente privo di valutazione in UVMD. Nei profili citati sono compresi anche i religiosi non autosufficienti.

Utilizzando la classificazione per tipologia di accesso, nelle Tabelle 5.14 e 5.15 si scompongono i numeri degli *utenti equivalenti* rispettivamente nei servizi residenziali e nei servizi semiresidenziali, distinti per l'ULSS di provenienza. I valori di queste tabelle possono essere consultati, con livello di dettaglio alle singole tipologie di offerta, nella *dashboard* A60.RSS nel sistema Arcipelago, dove sono rappresentati anche i valori degli utenti (numero complessivo di persone) che qui sono omessi per economia di trattazione.

Tabella 5.14 – Frequenze assolute e percentuali di utenti equivalenti in strutture residenziali per anziani, per tipologia di presa in carico e ULSS. Percentuali sui totali di riga. (Fonte: Flusso FAR, anno 2018 – Legenda: **IDR** - Impegnativa di Residenzialità; **NA** - Non Autosufficienti; **A** - Autosufficienti)

| Azienda ULSS di provenienza | Con IDR | NA senza IDR | A in posto per NA | A in posto per A | Attendono valutazione in posto per NA | Totale (100%) |
|-----------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------------|---------------|
| 1 – Dolomiti | 1.662 (68%) | 206 (8%) | 9 (0%) | 369 (15%) | 186 (8%) | 2.432 |
| 2 – Marca Trevigiana | 4.373 (75%) | 770 (13%) | 18 (0%) | 346 (6%) | 337 (6%) | 5.844 |
| 3 – Serenissima | 3.076 (84%) | 481 (13%) | 14 (0%) | 18 (0%) | 52 (1%) | 3.642 |
| 4 – Veneto Orientale | 790 (85%) | 70 (8%) | 28 (3%) | 20 (2%) | 18 (2%) | 927 |
| 5 – Polesana | 1.254 (73%) | 226 (13%) | 62 (4%) | 1 (0%) | 164 (10%) | 1.708 |
| 6 – Euganea | 3.911 (86%) | 458 (10%) | 11 (0%) | 105 (2%) | 50 (1%) | 4.535 |
| 7 - Pedemontana | 2.104 (77%) | 408 (15%) | 177 (6%) | 45 (2%) | 11 (0%) | 2.745 |
| 8 - Berica | 2.644 (68%) | 659 (17%) | 140 (4%) | 387 (10%) | 62 (2%) | 3.892 |
| 9 - Scaligera | 4.330 (81%) | 574 (11%) | 20 (0%) | 136 (3%) | 272 (5%) | 5.331 |
| da fuori regione | 26 (19%) | 35 (25%) | 13 (9%) | 11 (8%) | 56 (40%) | 142 |
| Veneto | 24.171 (77%) | 3.888 (12%) | 491 (2%) | 1.438 (5%) | 1.209 (4%) | 31.197 |

Tabella 5.15 – Frequenze assolute e percentuali di utenti equivalenti in strutture semiresidenziali per anziani, per tipologia di presa in carico e ULSS. Percentuali sui totali di riga. (Fonte: Flusso FAR, anno 2018 – Legenda: **IDR** - Impegnativa di Residenzialità; **NA** - Non Autosufficienti; **A** - Autosufficienti)

| Azienda ULSS di provenienza | Con impegnativa | NA senza impegnativa | A in posto per NA | A in posto per A | Attendono valutazione in posto per NA | Totale (100%) |
|-----------------------------|--------------------|----------------------|-------------------|------------------|---------------------------------------|---------------|
| 1 – Dolomiti | 104 (75%) | 2 (2%) | 0 | 33 (24%) | 0 | 139 |
| 2 – Marca Trevigiana | 252 (85%) | 35 (12%) | 4 (1%) | 0 | 4 (1%) | 295 |
| 3 – Serenissima | 315 (99%) | 2 (1%) | 0 | 0 | 0 | 317 |
| 4 – Veneto Orientale | 14 (64%) | 7 (33%) | 0 | 0 | 1 (3%) | 22 |
| 5 – Polesana | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 – Euganea | 486 (100%) | 1 (0%) | 0 | 0 | 0 | 487 |
| 7 - Pedemontana | 96 (47%) | 52 (26%) | 32 (16%) | 0 | 23 (11%) | 203 |
| 8 - Berica | 133 (75%) | 18 (10%) | 11 (6%) | 0 | 14 (8%) | 177 |
| 9 - Scaligera | 197 (88%) | 22 (10%) | 0 | 0 | 5 (2%) | 225 |
| da fuori regione | 1 (20%) | 1 (20%) | 1 (20%) | 0 | 3 (60%) | 5 |
| Veneto | 1.597 (85%) | 142 (8%) | 48 (3%) | 33 (2%) | 49 (3%) | 1.870 |

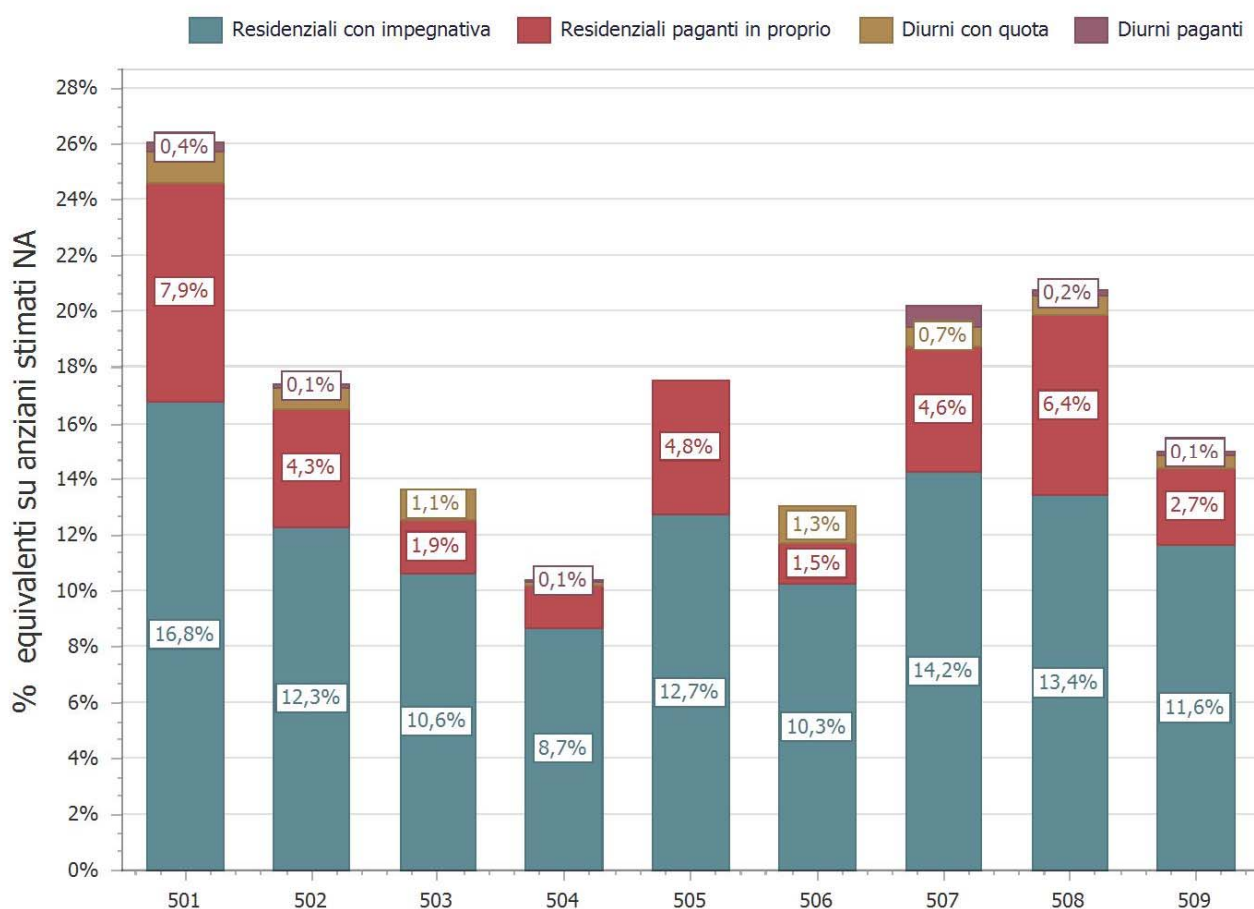
Nel quadro che emerge, il 77% dell'utenza residenziale regionale è beneficiario di impegnativa di residenzialità, mentre il 17% del totale partecipa con risorse proprie al costo della struttura, pur essendo valutato non autosufficiente (12%) o in attesa di valutazione (4%) o privo di valutazione (o autosufficiente) occupante un posto per non autosufficienti (2%). Sono censiti nel FAR anche gli utenti autosufficienti inseriti in strutture per autosufficienti, che rappresentano ad oggi poco meno del 5% del totale a livello regionale.

Per quanto riguarda le strutture diurne, gli utenti con impegnativa sono mediamente l'85%, l'8% paga per intero la prestazione, mentre il 2%, pari al 24% dell'utenza diurna della ULSS 1 Dolomiti è ospite di Centri diurni per anziani autosufficienti, tipologia di offerta che è stata ad oggi rilevata sono nel territorio della ULSS dolomitica.

Nella Relazione 2017 è stato introdotto ed illustrato un metodo di costruzione di un denominatore utile a rappresentare un **target di riferimento per la misurazione del fabbisogno legato alla condizione di non autosufficienza**, per il quale si rimanda agli

approfondimenti. Secondo il rapporto OASI 2018, in Italia ci sono 2.800.000 persone anziane con limitazioni funzionali, che rappresentano il 21% della popolazione ultrasessantacinquenne. In Veneto è così possibile stimare in circa 230.000 unità il numero di anziani non autosufficienti. Il confronto tra il numero di utenti equivalenti delle strutture residenziali e semiresidenziali, con o privi di impegnativa, e la stima degli anziani non autosufficienti, rappresenta una possibile misura con cui queste tipologie di offerta rispondono al (fab)bisogno. Questo indicatore va letto tenendo conto dell'intera filiera dei servizi. La Figura 5.28 illustra il rapporto tra utenti equivalenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani e il numero di persone non autosufficienti stimate e rappresenta un quadro eterogeneo tra i territori regionali, con differenti rapporti tra offerta e bacino di fabbisogno.

Figura 5.28 – Utenti equivalenti nei servizi residenziali e semiresidenziali del Veneto
ogni 100 anziani non autosufficienti stimati, per ULSS
(Fonte: Flusso FAR, 2018 – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago)



Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione regionale Servizi sociali
Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
Telefono: 041-2791421
e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie
Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
Telefono: 049 8778421
e-mail: orpss@regione.veneto.it

5.9 Il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità

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

Area disabilità (§ 3.5.5)

Quadro di sintesi

Quante sono le persone con disabilità prese in carico nelle strutture residenziali e semiresidenziali nel Veneto? E come sono articolati i case mix dei profili di gravità nelle principali tipologie di offerta? E l'offerta stessa come viene articolata nei territori delle ULSS del Veneto? E, infine, è possibile stimare un target di riferimento delle persone con disabilità e calcolare il rapporto tra gli utenti dei servizi extraospedalieri (che rappresentano un elemento della filiera) e il potenziale fabbisogno?

Dai dati del flusso FAD (Flusso Area Disabilità), sono 9.625 le persone con disabilità che nel 2018 hanno avuto accesso al sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per disabili, per un totale di circa 2.683.000 giornate di assistenza erogate. Il numero totale di *utenti equivalenti o medi* (calcolato dividendo la somma delle giornate di presenza per 365 o per il numero di giorni annui di apertura del Centro diurno, qualora si tratti di prestazioni semiresidenziali) è pari a 9.604. Nelle strutture residenziali il numero di utenti medi giornaliero è stato pari a 3.582 (Tabella 5.16).

Tabella 5.16 – Frequenze assolute e percentuali di utenti equivalenti in strutture **residenziali** per persone con disabilità, per tipologia di offerta e ULSS. Percentuali sui totali di riga. (Fonte: Flusso FAD, anno 2018 – Legenda: **CA** – Comunità alloggio; **CR** – Comunità residenziale; **RSA** – *residenza sanitaria assistenziale*; **CRGD** – Centro di riferimento Gravi Disabilità; **GA** – Gruppo appartamento; **>65** – Struttura per disabili anziani; **Altro** – inserimenti presso unità di offerta per anziani)

| Azienda ULSS di provenienza | CA | CR | RSA | CRGD | GA | >65 | Altro | Totale |
|-----------------------------|------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| 1 – Dolomiti | 62 (54%) | 1 (1%) | 48 (42%) | - | - | - | 3 (3%) | 114 |
| 2 – Marca Trevigiana | 578 (77%) | 2 (0%) | 160 (21%) | - | - | - | 10 (1%) | 750 |
| 3 – Serenissima | 168 (66%) | 23 (9%) | 60 (24%) | - | - | - | 3 (1%) | 255 |
| 4 – Veneto Orientale | 62 (95%) | - | 3 (5%) | 0 (1%) | - | - | 0 (0%) | 66 |
| 5 – Polesana | 31 (9%) | 83 (25%) | 192 (59%) | 18 (6%) | - | - | 2 (1%) | 326 |
| 6 – Euganea | 291 (37%) | 19 (2%) | 329 (42%) | 135 (17%) | 1 (0%) | - | 9 (1%) | 784 |
| 7 – Pedemontana | 59 (21%) | - | 188 (66%) | - | - | 30 (11%) | 6 (2%) | 283 |
| 8 – Berica | 321 (78%) | 54 (13%) | 32 (8%) | - | 1 (0%) | - | 3 (1%) | 411 |
| 9 – Scaligera | 343 (58%) | 21 (4%) | 181 (30%) | - | 15 (3%) | - | 32 (5%) | 592 |
| Veneto | 1.916 (53%) | 203 (6%) | 1.193 (33%) | 153 (4%) | 18 (1%) | 30 (1%) | 68 (2%) | 3.582 |

Nei servizi semiresidenziali (Centro diurno per persone con disabilità e Progetto innovativo ex DGR 739/2015), ci sono stati 6.022 utenti medi giornalieri (Tabella 5.17). Va evidenziato che il calcolo degli utenti equivalenti nelle strutture diurno è effettuato, come previsto nell'allegato D della DGR 740/2015, tenendo conto sia dei giorni di apertura del Centro diurno che della

durata giornaliera del progetto (di norma 7 ore, con possibilità di articolare il progetto a 4, 5 e talvolta a 9 ore giornaliere).

Tabella 5.17 – Frequenze assolute e percentuali di utenti equivalenti in strutture **semiresidenziali** per persone con disabilità, per tipologia di offerta e ULSS. Percentuali sui totali di riga. (Fonte: Flusso FAD, anno 2018 – Legenda: **CD** – Centro diurno per persone con disabilità; **739** – Progetto innovativo ex DGR 739/2015)

| Azienda ULSS di provenienza | CD | 739 | Totale |
|-----------------------------|--------------------|-----------------|--------------|
| 1 – Dolomiti | 189 (84%) | 35 (16%) | 223 |
| 2 – Marca Trevigiana | 1.189 (94%) | 74 (6%) | 1.263 |
| 3 – Serenissima | 520 (98%) | 11 (2%) | 531 |
| 4 – Veneto Orientale | 291 (96%) | 13 (4%) | 304 |
| 5 – Polesana | 189 (81%) | 44 (19%) | 233 |
| 6 – Euganea | 1.054 (98%) | 23 (2%) | 1.076 |
| 7 - Pedemontana | 376 (85%) | 68 (15%) | 444 |
| 8 - Berica | 706 (95%) | 40 (5%) | 746 |
| 9 - Scaligera | 1.097 (91%) | 105 (9%) | 1.202 |
| Veneto | 5.610 (93%) | 413 (7%) | 6.022 |

Entrambe le tabelle evidenziano una diffusione eterogenea delle tipologie di offerta tra i territori delle ULSS con prevalenza della Comunità alloggio (53% degli utenti) e della RSA (33%) nell'offerta residenziale. Per quanto riguarda i diurni, a 4 anni dall'entrata in vigore dei progetti innovativi alternativi al centro diurno, disciplinati dalla DGR 739/2015, la diffusione di questo strumento ha coinvolto mediamente il 7% dell'utenza, con una punta del 19% nel territorio del Polesine. Ciascuna tipologia di offerta è caratterizzata dalla previsione di uno standard organizzativo (DGR 84/2007, dove sono determinati i rapporti tra utenti medi e figure professionali quali OSS, educatori, infermieri...) progettato sulla gravità del target di utenza prevista per la struttura. È perciò utile analizzare *ex post* il *case-mix* dei profili di gravità risultanti in seguito a valutazione SVaMDi, nelle principali tipologie di offerta residenziali, come illustrato nelle Figure 5.29 (Comunità alloggio) e 5.30 (CR e RSA) e nelle due tipologie diurne, che mettono in evidenza il differente case mix tra Centro diurno (Figura 5.31) e Progetto innovativo alternativo al centro diurno (Figura 5.32).

Figura 5.29 – Case mix dei tre profili di gravità esitati da SVaMDi relativi agli utenti di Comunità alloggio (Fonte: Flusso FAD, 2018 – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago)

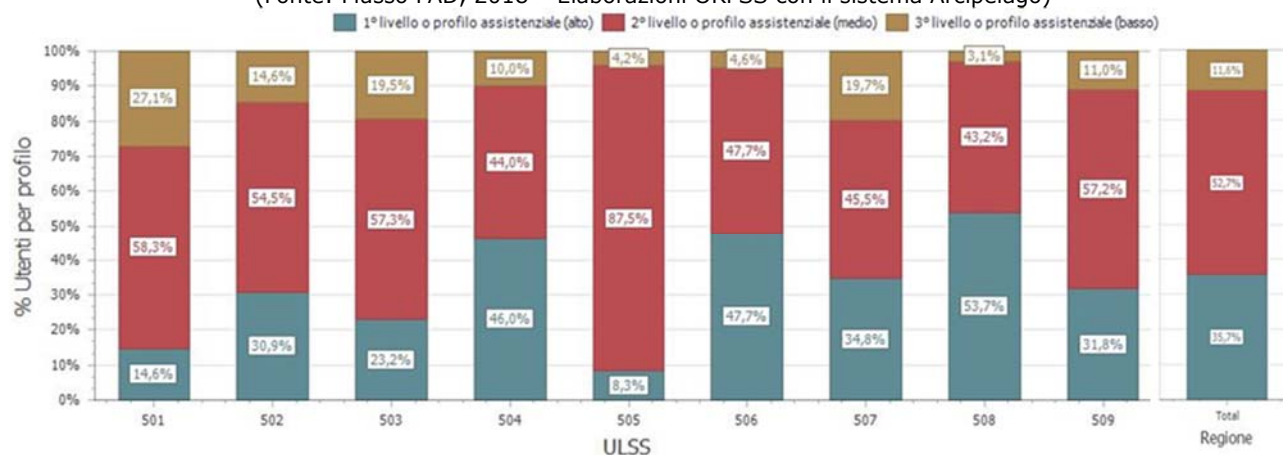


Figura 5.30 – Case mix dei tre profili di gravità esitati da SVaMDi relativi agli utenti di Comunità residenziale e RSA
(Fonte: Flusso FAD, 2018 – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago)

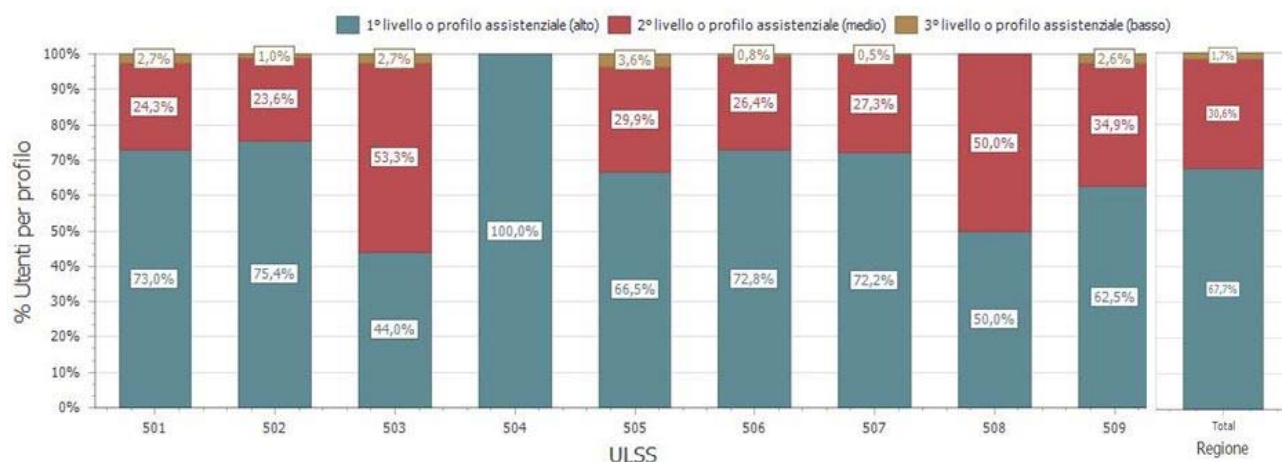


Figura 5.31 – Case mix dei tre profili di gravità esitati da SVaMDi relativi agli utenti di Centro diurno
(Fonte: Flusso FAD, 2018 – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago)

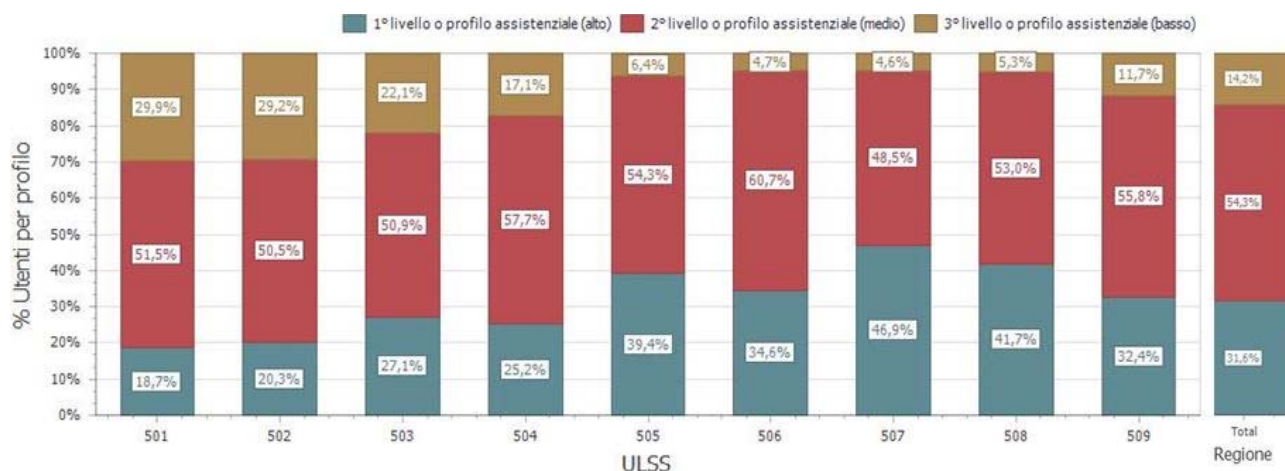
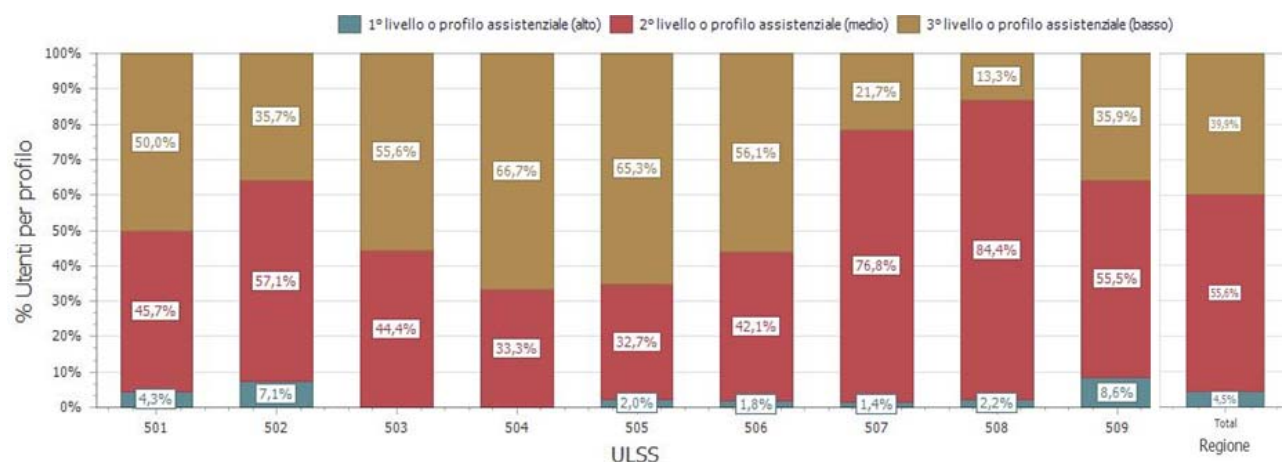


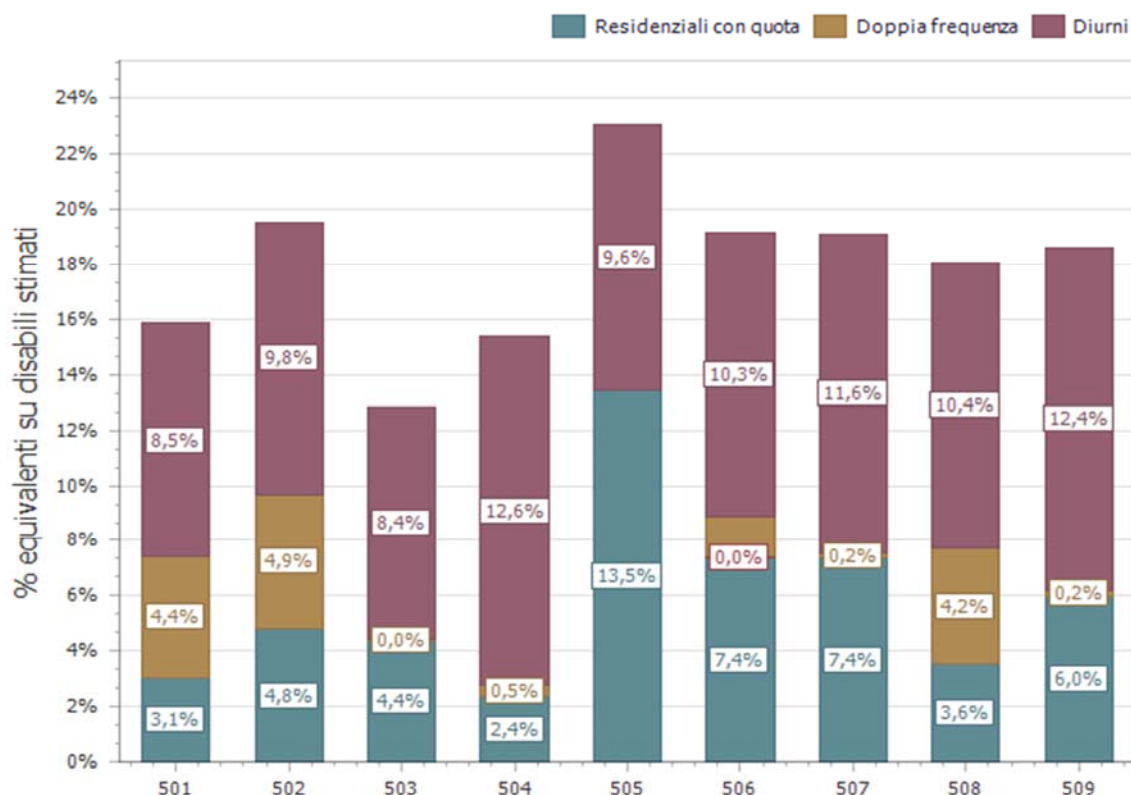
Figura 5.32 – Case mix dei tre profili di gravità esitati da SVaMDi relativi agli utenti dei Progetti innovativi alternativi al centro diurno (ex DGR 739/2015)
(Fonte: Flusso FAD, 2018 – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago)



Il target di riferimento per la misurazione del fabbisogno legato alla condizione di disabilità, è calcolabile a partire dai dati ISTAT nella misura dell'1,62% della popolazione in età compresa tra 15 e 64 anni. Così si stima che in Veneto siano circa 50.000 le persone con limitazioni

funzionali gravi³. Il confronto tra il numero di utenti equivalenti delle strutture residenziali e semiresidenziali ed il target stimato, come illustrato nella Figura 5.33, rappresenta una possibile misura con cui queste tipologie di offerta rispondono al (fab)bisogno. Questo indicatore va letto tenendo conto dell'intera filiera dei servizi. Si riscontra un quadro eterogeneo tra i territori regionali, con differenti rapporti tra offerta e bacino di fabbisogno soprattutto per quanto riguarda le strutture residenziali.

Figura 5.33 – Utenti equivalenti nei servizi residenziali e semiresidenziali del Veneto, con evidenza delle “doppie frequenze”, ogni 100 persone con limitazioni funzionali gravi stimate, per ULSS.
I valori di riferimento regionali sono: Residenziali 5,8%, Diurni 10,4%, doppia frequenza 1,8%, Totale 18,0%
(Fonte: Flusso FAD, 2018 – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago)



Approfondimenti

Flusso FAD: <http://extraospedaliero.regione.veneto.it/area-disabili>

CERGAS-SDA Bocconi - Rapporto OASI 2016. Capitolo 6. Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione regionale Servizi sociali
Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
Telefono: 041-2791421
e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie
Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
Telefono: 049 8778424
e-mail: orpss@regione.veneto.it

³ Il metodo è illustrato in Rapporto OASI 2016, capitolo 6, paragrafo 6.2.3

5.10 Impegnativa di cura domiciliare

Quadro di sintesi

Entrata in vigore dal 2014, l'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) è uno strumento che, attraverso prestazioni prevalentemente economiche, sostiene l'assistenza al proprio domicilio per persone anziane non autosufficienti o favorisce progetti di aiuto e autonomia personale o di vita indipendente per persone con disabilità. Dal 2017 le tipologie di ICD sono sei e in questo paragrafo viene fatto il punto sui conteggi dell'utenza per ULSS e viene misurato il rapporto tra utenza e target di fabbisogno.

Nel 2018 hanno beneficiato del contributo mensile di Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) 33.390 persone, con una frequenza media mensile di 28.442 beneficiari, o utenti equivalenti (calcolato dividendo per 12 il numero totale di mensilità erogate).

L'ICD consiste in una prestazione – prevalentemente di natura economica, in alcune linee d'intervento anche in acquisto di servizi – per sostenere l'assistenza a domicilio a persone anziane non autosufficienti e per sostenere progettualità di aiuto e autonomia personale e di vita indipendente per persone con disabilità. Il servizio è articolato in sei tipologie, mutuamente esclusive, che rispondono a bisogni di diversa intensità: ICDb per persone anziane con basso bisogno assistenziale; ICDm per persone con demenza accompagnata da disturbi del comportamento; ICDa per utenti con alto bisogno assistenziale e dipendenza vitale con necessità di assistenza vigile 24/7 o presenza continua di respiratore artificiale o apparecchiature elettromedicali; ICDp per persone (di età compresa tra 3 e 65 anni) con disabilità psichico-intellettuale e ICDf per persone adulte con disabilità fisica, per progettualità di vita indipendente. Dal 2017 è stata introdotta l'ICD a favore delle persone malate di SLA. La Tabella 5.18 illustra, per ciascuna tipologia di ICD e ULSS il numero totale di utenti, e la Tabella 5.19 il corrispondente numero di utenti equivalenti. Il maggiore o minore scostamento tra i due valori indica il maggiore o minore ricambio dei beneficiari. Nella Tabella 5.20 viene indicato il valore medio dell'età dei beneficiari per tipologia di ICD, con indicazione dei valori di età minimi e massimi.

Tabella 5.18 – Frequenze assolute di utenti per tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare e ULSS. Veneto, 2018.
(Fonte: Flusso ICD)

| Azienda ULSS | ICDa | ICDb | ICDf | ICDm | ICDp | ICD-SLA | Totale* |
|----------------------|------------|---------------|--------------|--------------|--------------|------------|---------------|
| 1 – Dolomiti | 63 | 1.055 | 61 | 76 | 76 | 1 | 1.311 |
| 2 – Marca Trevigiana | 129 | 4.560 | 165 | 796 | 269 | 35 | 5.779 |
| 3 – Serenissima | 93 | 4.023 | 234 | 1.036 | 257 | 49 | 5.567 |
| 4 – Veneto Orientale | 18 | 1.427 | 60 | 311 | 125 | 8 | 1.886 |
| 5 – Polesana | 30 | 2.574 | 60 | 384 | 202 | 5 | 3.167 |
| 6 – Euganea | 180 | 5.053 | 203 | 864 | 244 | 42 | 6.479 |
| 7 - Pedemontana | 38 | 1.173 | 63 | 163 | 259 | 16 | 1.662 |
| 8 - Berica | 84 | 1.900 | 116 | 268 | 386 | 20 | 2.683 |
| 9 - Scaligera | 112 | 3.444 | 201 | 746 | 421 | 28 | 4.856 |
| Veneto | 747 | 25.209 | 1.163 | 4.644 | 2.239 | 204 | 33.390 |

* Nella colonna Totale gli utenti che hanno ricevuto più tipologie di impegnative nel corso dell'anno (in periodi non sovrapponibili), vengono conteggiati una volta sola.

Tabella 5.19 – Frequenze assolute di utenti equivalenti per tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare e ULSS, Veneto. 2018. (Fonte: Flusso ICD)

| Azienda ULSS | ICDa | ICDb | ICDf | ICDm | ICDp | ICD-SLA | Totale |
|----------------------|------------|---------------|--------------|--------------|--------------|------------|---------------|
| 1 – Dolomiti | 55 | 868 | 59 | 53 | 69 | 1 | 1.105 |
| 2 – Marca Trevigiana | 102 | 3564 | 155 | 574 | 247 | 23 | 4.665 |
| 3 – Serenissima | 81 | 3435 | 220 | 821 | 220 | 39 | 4.816 |
| 4 – Veneto Orientale | 15 | 1197 | 58 | 232 | 124 | 8 | 1.634 |
| 5 – Polesana | 27 | 2141 | 57 | 292 | 184 | 3 | 2.704 |
| 6 – Euganea | 153 | 4228 | 197 | 664 | 236 | 29 | 5.507 |
| 7 - Pedemontana | 32 | 1001 | 58 | 121 | 239 | 13 | 1.464 |
| 8 - Berica | 73 | 1535 | 110 | 194 | 357 | 15 | 2.284 |
| 9 - Scaligera | 95 | 3005 | 187 | 588 | 367 | 21 | 4.263 |
| Veneto | 633 | 20.974 | 1.101 | 3.539 | 2.043 | 152 | 28.442 |

Tabella 5.20 – Età media (minima e massima) degli utenti per tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare e ULSS, Veneto. 2018 (Fonte: Flusso ICD)

| Azienda ULSS | ICDa | ICDb | ICDf | ICDm | ICDp | ICD-SLA | Totale |
|----------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 – Dolomiti | 55 (9 - 86) | 75 (1 - 102) | 52 (22 - 72) | 85 (60 - 102) | 21 (3 - 62) | 51 (51 - 51) | 71 (1 - 102) |
| 2 – Marca Trevigiana | 54 (3 - 98) | 74 (1 - 105) | 51 (20 - 75) | 86 (49 - 103) | 25 (3 - 71) | 65 (40 - 82) | 72 (1 - 105) |
| 3 – Serenissima | 53 (1 - 97) | 76 (1 - 108) | 52 (22 - 90) | 85 (40 - 104) | 26 (4 - 66) | 63 (33 - 88) | 74 (1 - 108) |
| 4 – Veneto Orientale | 48 (3 - 84) | 78 (2 - 106) | 50 (23 - 71) | 86 (47 - 100) | 30 (4 - 63) | 61 (43 - 75) | 75 (2 - 106) |
| 5 – Polesana | 45 (6 - 85) | 72 (0 - 104) | 48 (18 - 72) | 85 (38 - 101) | 25 (3 - 68) | 61 (44 - 69) | 70 (0 - 104) |
| 6 – Euganea | 44 (3 - 94) | 72 (1 - 106) | 50 (19 - 75) | 85 (34 - 102) | 26 (5 - 66) | 65 (39 - 88) | 70 (1 - 106) |
| 7 - Pedemontana | 41 (2 - 87) | 71 (2 - 104) | 50 (18 - 65) | 84 (47 - 102) | 24 (4 - 65) | 60 (34 - 83) | 63 (2 - 104) |
| 8 - Berica | 38 (0 - 95) | 71 (1 - 104) | 48 (22 - 74) | 85 (42 - 100) | 19 (3 - 66) | 64 (34 - 83) | 61 (0 - 104) |
| 9 - Scaligera | 43 (1 - 93) | 67 (1 - 104) | 51 (19 - 85) | 85 (48 - 103) | 30 (3 - 65) | 69 (42 - 90) | 65 (1 - 104) |
| Veneto | 47 (0 - 98) | 73 (0 - 108) | 50 (18 - 90) | 85 (34 - 104) | 25 (3 - 71) | 64 (33 - 90) | 69 (0 - 108) |

Nei due paragrafi precedenti sono stati introdotti i concetti di **target di riferimento per la misurazione del fabbisogno** legato alla condizione di non autosufficienza (per gli over 65) e di disabilità (per età adulta), calcolabili, a partire dai dati ISTAT, rispettivamente nella misura del 21% della popolazione over 65 e nella misura dell'1,62% della popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni. In Veneto è così possibile stimare in circa 230.000 unità il numero di anziani non autosufficienti e in 50.000 unità il numero di persone disabili. Anche per le ICD si rappresenta il confronto tra il numero di utenti equivalenti ed il target stimato. Per esigenze di semplificazione, nonostante in Tabella 5.20 sia evidente che il range delle età ecceda la distinzione adulti/anziani, si confronta le ICDb e ICDm con il target degli anziani non autosufficienti stimati e le altre tipologie di ICD con il target delle persone con disabilità stimate. I rapporti sono illustrati, per ULSS e tipologia di ICD (Figure 5.34 e 5.35) che palesano le differenze di risposta tra i vari territori.

Figura 5.34 – Utenti equivalenti di ICDB e ICDm, ogni 100 persone anziane non autosufficienti, per ULSS. Veneto, 2018. I valori di riferimento regionali sono: ICDB 10,6%, ICDm 1,7%, Totale 12,3%
(Fonte: Flusso ICD – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago)

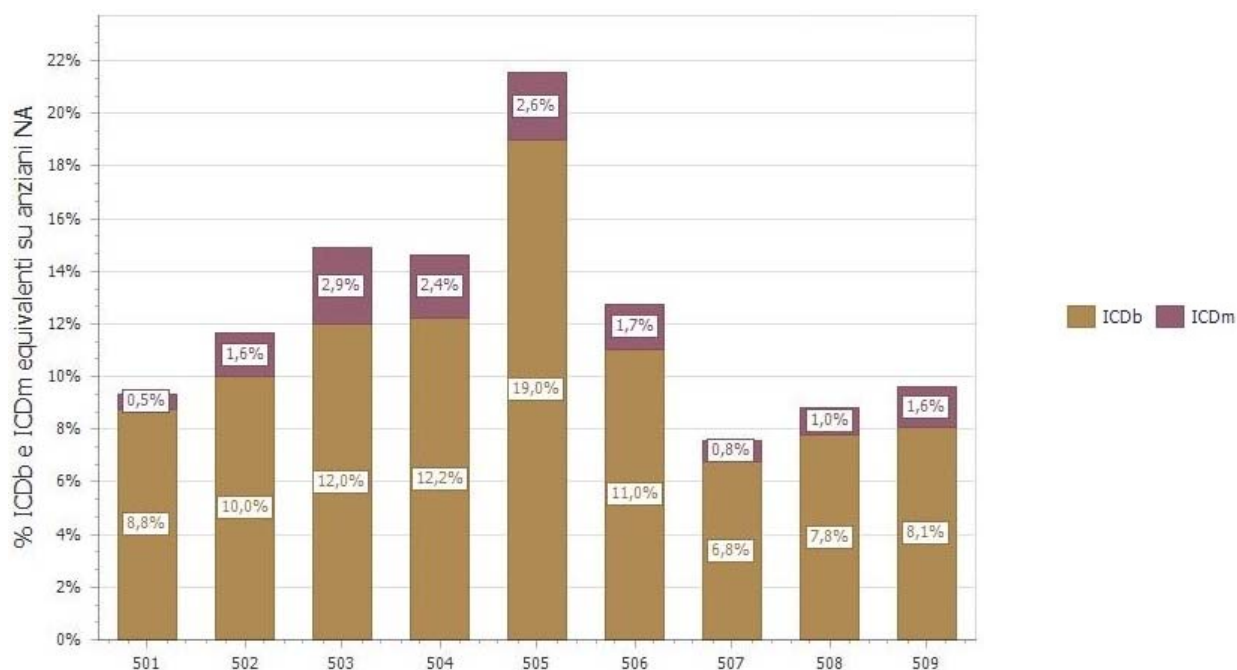


Figura 5.35 – Utenti equivalenti di ICDp, ICDf, ICDA e ICD_SLA, ogni 100 persone con limitazioni funzionali gravi stimate, per ULSS. Veneto, 2018. I valori di riferimento regionali sono: ICDp 4,7%, ICDf 2,3%, ICDA 1,3%, ICD_SLA 0,28%, Totale 8,6% (Fonte: Flusso ICD – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago)



Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione regionale Servizi sociali
Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
Telefono: 041-2791421
e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie
Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
Telefono: 049 8778422
e-mail: orpss@regione.veneto.it

5.11 Interventi socio-sanitari sulle dipendenze

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

Area delle Dipendenze (§ 3.5.6)

Quadro di sintesi

Il Sistema delle dipendenze si è sviluppato intorno al principio di integrazione socio-sanitaria, favorendo la valorizzazione del ruolo del privato sociale, in una logica anticipatoria del principio di sussidiarietà orizzontale e ponendo, attraverso l'accreditamento, le basi per una compartecipazione degli stessi allo svolgimento della funzione pubblica sociale.

Una politica complessiva nell'area della dipendenza deve considerare anche interventi di informazione e di educazione alla popolazione giovanile, interventi di cura e trattamento, reinserimento e integrazione sociale attraverso risorse sanitarie e sociali. Nel corso dell'anno 2017 con DGR 1999/2017 si è prorogata la sperimentazione di budget per le strutture accreditate che accolgono persone tossico/alcolodipendenti.

La Regione del Veneto ha previsto nella propria programmazione socio-sanitaria interventi tesi a contrastare/prevenire/curare le persone ed i loro familiari con problemi di dipendenza da gioco d'azzardo. Con questa finalità la Regione ha presentato un piano operativo al Ministero della Salute che comprende attività di informazione, di assistenza specialistica medica, psicologica e supporto sociale alle persone e alle famiglie con problemi di GAP.

Negli ultimi anni anche in Veneto si è assistito ad una forte evoluzione nell'uso, abuso e dipendenza da sostanze psicotrope e dall'alcol. L'uso della cocaina, delle anfetamine, delle "droghe ricreative" è in costante incremento e le modalità assuntive comportamentali vengono sempre più a configurarsi come rituali sociali.

In particolare si configura stabile il consumo ed il numero delle persone dipendenti da eroina, costante la diffusione del consumo di alcool tra le giovani generazioni e l'abbassamento, per i vari tipi di sostanze, dell'età di primo consumo.

Un ulteriore fattore di criticità è rappresentato dal consumo di tabacco che, a fronte di una riduzione del numero dei fumatori adulti, è in aumento tra i giovani.

L'approccio socio-sanitario alle dipendenze considera la tossicodipendenza come una condizione della persona con bisogni e problemi:

- sanitari (morbilità psichiatrica, problemi cardiovascolari, polmonari e neurologici);
- psicologici (vissuto di alterata percezione di sé, difficoltà di ruoli adulti e di responsabilità familiare e genitoriale, ecc.);
- sociali (graduale difficoltà di mantenere un adeguato adattamento relazionale e comportamentale).

Azioni prioritarie della programmazione regionale

- garantire un'informazione ed educazione alla popolazione giovanile per prevenire i danni causati dall'uso di sostanze stupefacenti;
- favorire una presa in carico la più precoce possibile, aggiornando la tradizionale operatività dei Ser.D all'evoluzione dei nuovi assuntori;
- individuare idonee strategie per coinvolgere i minori e le loro famiglie, assicurando una integrazione degli interventi e dei servizi;
- favorire iniziative di sostegno per le persone e i loro familiari con problemi di dipendenza dal gioco d'azzardo, problematica che acquista sempre maggiore rilievo;

- prevedere percorsi riabilitativi flessibili nelle strutture preposte e percorsi estensivi, di lunga durata, sperimentando forme di responsabilizzazione con finalità educative e di recupero;
- favorire il reinserimento e l'integrazione sociale delle persone con problemi di dipendenza, attraverso un appropriato uso delle risorse sanitarie e sociali;
- accompagnare le famiglie coinvolte nel percorso terapeutico del loro congiunto, attraverso un sostegno specifico (psicoeducazionale) e/o l'inserimento in gruppi di auto-aiuto.

La Regione persegue la realizzazione di un Sistema Integrato delle Dipendenze, formato da soggetti pubblici e privati accreditati, con compiti, responsabilità complementari fortemente coordinati e integrati per garantire globalità e continuità assistenziale con riferimento alla complessità sociale, alle diverse dinamiche che in essa si esprimono anche in termini di rischio comportamentale e sociale.

In tale contesto si prevede l'adozione di adeguati sistemi di verifica e valutazione sulla coerenza dei risultati raggiunti, sulla qualità dei processi e sull'efficace utilizzo delle risorse impiegate. Ne consegue l'impegno regionale a promuovere e realizzare una rete di interventi e servizi diffusi su tutto il territorio che offrano livelli di assistenza qualitativamente adeguati in grado di rispondere alla complessità dei bisogni riconducibili all'area delle dipendenze attraverso il sistema di accreditamento istituzionale.

Trova collocazione in questo contesto l'attività di raccolta ed elaborazione dati, attraverso il SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) per dare risposte in merito alla descrizione ed analisi dell'ampiezza del fenomeno dell'uso di sostanze illecite, per raccogliere e rendere disponibili gli indicatori epidemiologici "standard" definiti a livello europeo.

Il Sistema delle Dipendenze

Attualmente, il sistema delle Dipendenze del Veneto si articola in 9 Dipartimenti per le Dipendenze, che si declinano in:

- 38 Ser.D. (Servizi per le Dipendenze);
- 3 Comunità Terapeutiche pubbliche;
- 30 Enti ausiliari (Servizi socio sanitari privati) con oltre 100 sedi operative;
- oltre 600 gruppi di auto aiuto (soprattutto nel settore dell'alcolismo);
- oltre 60 Associazioni di volontariato.

Indicazioni rilevabili

Le caratteristiche più importanti del Sistema Regionale delle Dipendenze sono due:

- rispondere adeguatamente ai bisogni di cura ed assistenziali dei cittadini nell'ambito delle dipendenze;
- essere in grado di trasformare se stesso in funzione del cambiamento di tali bisogni.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Servizi Sociali
UO Dipendenze, Terzo Settore, Nuove marginalità, Inclusione Sociale
Rio Novo D.D. 3493 Venezia
Telefono: 041-2791627
e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

5.12 Consulitori familiari

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

L'integrazione socio sanitaria: L'infanzia, l'adolescenza e la famiglia (§ 9.3 -pag. 119-121)

Quadro di sintesi

La Regione del Veneto persegue la realizzazione di un'organica ed integrata politica di sostegno alla persona, alla coppia, alla famiglia e genitorialità attraverso i Consulitori Familiari, che costituiscono una rete capillare, composta da équipe multiprofessionali e multidisciplinari collocate prevalentemente nei Distretti Socio-Sanitari-U.O.C. Infanzia Adolescenza e Famiglia delle 9 Aziende ULSS, per rispondere ai bisogni sempre più complessi della comunità attraverso un "servizio relazionale", che richiede costante raccordo ed integrazione con MMG, PLS, Servizi di Età Evolutiva e/o di NPI, SERD, Servizi Ospedalieri, Enti Locali, Scuole, Autorità Giudiziarie, Terzo settore, Comunità.

All'interno dei Consulitori Familiari possono essere presenti équipe multi-professionali specializzate in diversi ambiti di intervento: sostegno alla neo-genitorialità e genitorialità, adozioni, affido familiare, spazio adolescenti/giovani, protezione e tutela del minore, conflittualità della coppia/mediazione familiare.

Gli interventi consultoriali riguardano l'area della "Prevenzione-Promozione", con particolare riferimento al "percorso nascita", alla "promozione della salute affettiva, sessuale e riproduttiva", al "percorso 0-3 anni", e all'area del "Sostegno-Cura", che risponde alla domanda di supporto e/o presa in carico della persona, della coppia e della famiglia con riferimento alle difficoltà relazionali, nonché gli interventi nell'ambito delle adozioni, della protezione, cura e tutela dei minori e degli incarichi del Tribunale Ordinario, che si attestano a volumi elevati.

La rete dei Consulitori Familiari della Regione del Veneto è composta da 85 équipe multiprofessionali e multidisciplinari complete articolate in 106 sedi, di cui 22 principali e 84 periferiche: quindi, in media è presente un'équipe completa ogni 36.882 abitanti di età compresa tra i 14 e i 65 anni, ossia la popolazione target dei Consulitori Familiari, con una rilevante variabilità a livello territoriale (Tabella 5.21).

Tabella 5.21 - Popolazione per Equipe completa distinta per Azienda ULSS Veneto, 2018

| Azienda ULSS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Veneto |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| Popolazione | 31.836 | 40.641 | 26.189 | 48.721 | 30.226 | 33.409 | 39.194 | 40.080 | 49.277 | 36.882 |

Nel 2018 i Consulitori Familiari hanno assistito, ossia, escludendo i contatti telefonici, hanno erogato almeno una prestazione ad un totale di 83.056 utenti (-4,5% rispetto al 2017), dei quali 19.100 (23,0%) stranieri (-3,6% rispetto al 2017). In particolare, nel 2018 si sono rivolti ai Consulitori Familiari 66.849 singoli (-3,4% rispetto al 2017), 5.502 coppie (5,7% rispetto al 2017) e 9.195 famiglie (-2,9% rispetto al 2017). I nuovi utenti hanno invece rappresentato circa metà dell'utenza complessiva: 43.682 (-1,2% rispetto al 2017), dei quali 10.265 (23,5%) stranieri (-6,4% rispetto al 2017). Quindi, la prevalenza è stata di 265 assistiti per 10.000 residenti di età compresa tra i 14 e i 65 anni (-4,4%), mentre l'incidenza è stata di 139 assistiti per 10.000 residenti di età compresa tra i 14 e i 65 anni (-1,2% rispetto al 2017). La maggioranza degli utenti si è rivolta ai Consulitori Familiari per interventi dell'area ostetrico

ginecologica: 70.918, ossia l'85,4% dell'utenza totale (+4,3% rispetto al 2017)⁴. Soprattutto (Figura 5.36) per problematiche relative all'area pre-concezionale, gravidanza e post-partum (45%) e per contraccezione (26%).

Per interventi dell'area psicologico-sociale si sono invece rivolti 33.906 utenti, ossia il 40,8% dell'utenza totale (+16,8% rispetto al 2017). In 20.996 casi (61,9%) si è trattato di utenti che si sono rivolti ai Consultori Familiari senza mandato dell'Autorità giudiziaria (+11,8% rispetto al 2017), mentre in 12.910 casi (38,1%) si è presentato con mandato dell'Autorità giudiziaria (+44,5% rispetto al 2017). Soprattutto (Figura 5.37) per problematiche relative alle relazioni del singolo, della coppia e della famiglia (44%) e alla protezione e tutela del minore (21%).

Figura 5.36 - Utenza Area Ostetrico-ginecologica. Veneto, 2018

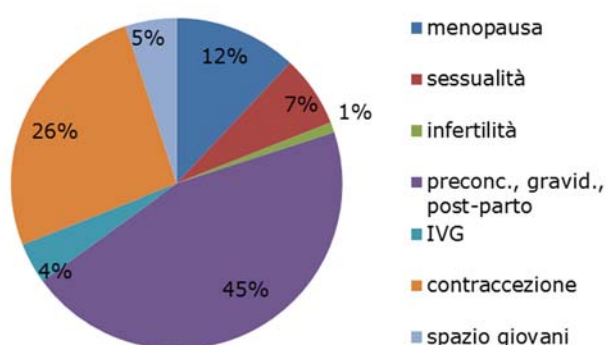
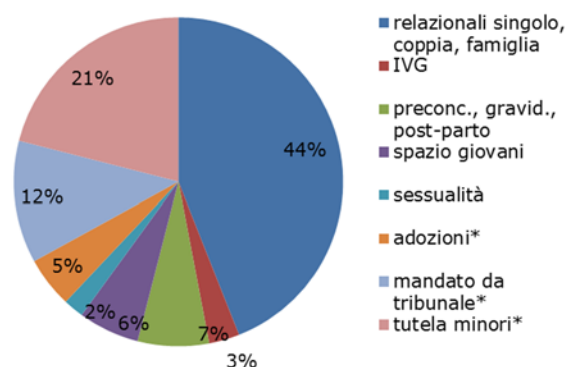


Figura 5.37 - Utenza Area Psicologico-sociale (*interventi realizzati con un mandato dell'Autorità Giudiziaria). Veneto, 2018



Nel 2018 i Consultori Familiari hanno erogato in totale 425.548 prestazioni dirette agli utenti in sede (-20,2% rispetto al 2017), ossia:

- 1.3527 prestazioni ogni 10.000 residenti di età compresa tra i 14 e i 65 anni;
- 5,1 prestazioni per utente in carico;
- 790 prestazioni per operatore equivalente.

Nella maggior parte dei casi si è trattato di interventi dell'area ostetrico-ginecologica (53%), mentre tra i rimanenti interventi dell'area psicologico-sociale prevalgono quelli senza mandato dell'Autorità Giudiziaria (27% del totale degli interventi). Come si evince dalla Figura 5.38, gli interventi prevalenti nell'area ostetrico-ginecologica nel 2018 hanno riguardato l'area preconcezionale, gravidanza e post-partum (64%), mentre tra gli interventi afferenti all'area psicologico-sociale hanno prevalso quelli relativi alle problematiche relazionali del singolo, della coppia e della famiglia (44%) come emerge dalla Figura 5.39.

Nel 2018 i Consultori Familiari hanno realizzato in totale 12.925 attività di gruppo (-4,8% rispetto al 2017), ossia una media di 41 incontri ogni 10.000 residenti di età compresa tra i 14 e i 65 anni. Come emerge dalla Figura 5.40, nella maggior parte dei casi si è trattato di incontri di accompagnamento alla nascita (52%), seguiti dagli incontri in tema di 0-1 anni (24%) e di educazione all'affettività e alla sessualità nelle scuole (17%). Alla data del 31 dicembre 2018 operavano presso i Consultori Familiari un totale di 538,6 operatori equivalenti (-0,7% rispetto al 2017), ossia 1,72 operatori equivalenti ogni 10.000 residenti di età compresa tra i 14 e i 65 anni.

⁴ La somma degli utenti che si sono rivolti ai Consultori Familiari per interventi dell'area ostetrico-ginecologica e di quelli che si sono rivolti per interventi dell'area psicologico-sociale è maggiore dell'utenza totale dei Consultori Familiari in quanto diversi utenti si sono rivolti ai Consultori Familiari per entrambe le tipologie di prestazione.

La Figura 5.41 illustra che le figure professionali maggiormente rappresentate sono prevedibilmente quelle dell'assistente sociale (26%), dell'ostetrica (23%) e dello psicologo-psicoterapeuta (21%), seguite dal ginecologo (9%).

Figura 5.38 - Interventi Area Ostetrico-ginecologica. Veneto, 2018

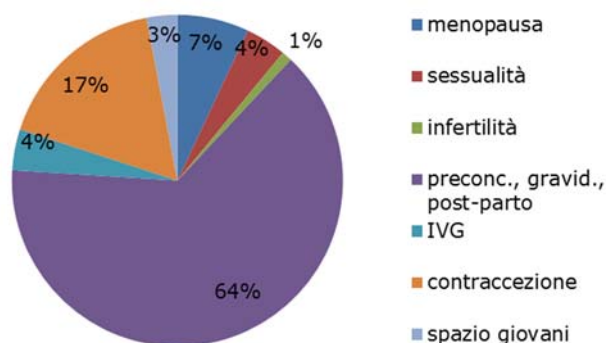


Figura 5.39 - Interventi Area Psicologico-sociale (*interventi realizzati con un mandato dell'Autorità Giudiziaria). Veneto, 2018

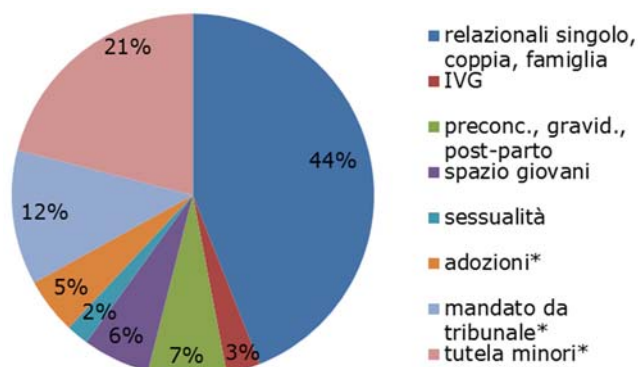


Figura 5.40 - Attività di gruppo. Veneto, 2018

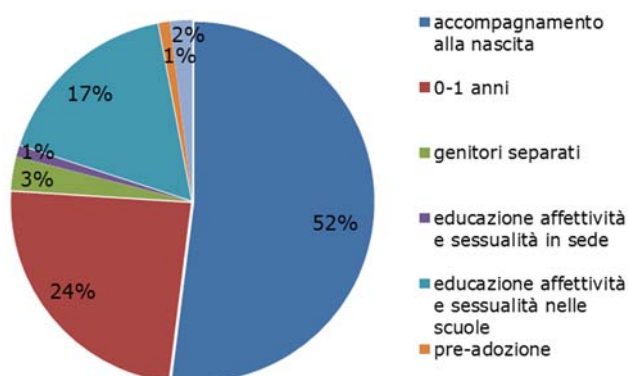
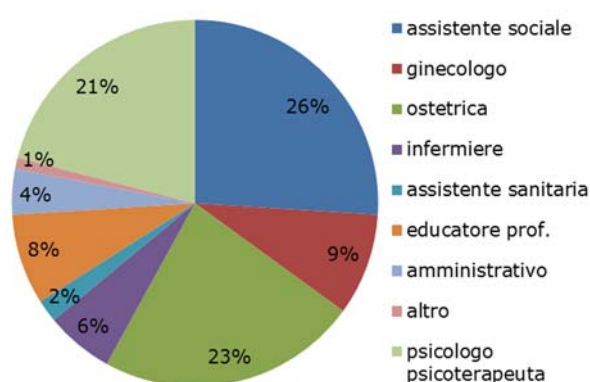


Figura 5.41 - Operatori equivalenti. Veneto, 2018



Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Servizi Sociali – UO Famiglia, Minori, Giovani e Servizio civile
 Rio Novo D.D. 3493 Venezia
 Telefono: 041-2791403
 Fax: 041-2791369
 e-mail: famigliaminorigiovani@regione.veneto.it

5.13 Salute mentale

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

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) coopera con tutte le figure della rete sociale prossima al paziente e con i professionisti delle aree sanitaria e sociale (MMG, medici specialisti, agenzie sociali territoriali) in un'ottica di integrazione propria della psichiatria di comunità. (§ 3.5.7 Area della salute mentale, pag. 109)

Tra le altre, il PSSR 2012-2016, stabilisce le seguenti azioni programmatiche:

- 1) consolidare e qualificare la rete residenziale e semiresidenziale, a gestione diretta o convenzionata, necessaria sia per le situazioni sub-acute post crisi (CTRP), sia di breve o medio-lungo periodo (comunità alloggio di base ed estensive e gruppi appartamento protetti);*
- 2) sviluppare l'utilizzo della Evidence Based Medicine (EBM) e delle evidenze scientifiche dei trattamenti appropriati nelle varie patologie psichiatriche;*
- 3) rafforzare la collaborazione con la medicina di famiglia nella costruzione di percorsi di screening, diagnosi precoce, trattamento e nella presa in carico del paziente con le forme meno gravi di depressione nell'adulto-anziano.*

Quadro di sintesi

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

L'utenza psichiatrica (dati aggiornati al 20.5.2019)

La prevalenza trattata annua è costituita da 163,3 persone ogni 10.000 abitanti maggiorenni. Prevale il sesso femminile, mentre la fascia di età prevalente è 55-64 anni (206 per 10.000 ab.) seguita dalla classe 45-54 anni (190 per 10.000 ab.). Il rapporto tra gli utenti psichiatrici e la popolazione maggiorenne presenta una certa variabilità territoriale. Si precisa che i dati dell'Azienda Ospedaliera di Padova e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona sono ricompresi nelle rispettive Aziende.

Tabella 5.22 – Utenti con almeno un contatto (ospedaliero o territoriale) per Azienda ULSS di contatto e di residenza (Fonte: SDO e Psichiatria Territoriale). Veneto, 2018

| Azienda ULSS | Non residenti | Residenti | Totale |
|---------------------|---------------|---------------|---------------|
| 1. Dolomiti | 80 | 3.811 | 3.890 |
| 2. Marca Trevigiana | 142 | 13.133 | 13.266 |
| 3. Serenissima | 173 | 7.879 | 8.046 |
| 4. Veneto Orientale | 85 | 2.635 | 2.720 |
| 5. Polesana | 77 | 4.111 | 4.176 |
| 6. Euganea | 374 | 14.913 | 15.250 |
| 7. Pedemontana | 46 | 5.507 | 5.551 |
| 8. Berica | 169 | 6.552 | 6.718 |
| 9. Scaligera | 233 | 8.402 | 8.628 |
| Totale | 1.370 | 65.748 | 67.038 |

Tabella 5.23 – Utenti con almeno un contatto (ospedaliero o territoriale) per gruppo diagnostico. Veneto, 2018
(Fonte: SDO e Psichiatria Territoriale)

| Azienda ULSS | Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti | Disturbi affettivi | Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi | Disturbi della personalità e comportamento nell'adulto | Altre diagnosi psichiatriche | Altro | Non Indicato |
|---------------------|--|--------------------|---|--|------------------------------|--------------|--------------|
| 1. Dolomiti | 851 | 1.175 | 1.311 | 244 | 453 | 98 | 4 |
| 2. Marca Trevigiana | 3.091 | 3.398 | 3.271 | 727 | 1.745 | 1.171 | 357 |
| 3. Serenissima | 1.931 | 2.253 | 2.384 | 580 | 891 | 331 | 1 |
| 4. Veneto Orientale | 577 | 814 | 581 | 170 | 445 | 127 | 161 |
| 5. Polesana | 658 | 933 | 1.590 | 235 | 636 | 305 | 0 |
| 6. Euganea | 3.224 | 4.803 | 3.557 | 1.596 | 1.755 | 1.201 | 72 |
| 7. Pedemontana | 1.188 | 1.556 | 1.432 | 450 | 833 | 105 | 268 |
| 8. Berica | 1.668 | 2.259 | 1.383 | 497 | 918 | 217 | 214 |
| 9. Scaligera | 1.758 | 2.282 | 2.458 | 868 | 1.495 | 298 | 236 |
| Totale | 14.800 | 19.201 | 17.926 | 5.268 | 9.089 | 3.849 | 1.313 |

Tabella 5.24 – Utenti con almeno un contatto (ospedaliero o territoriale) per diagnosi e sesso. Veneto, 2018.
(Fonte: SDO e Psichiatria Territoriale)

| Diagnosi | Femmina | Maschio | Totale |
|---|---------------|---------------|---------------|
| 1. Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti | 7.003 | 7.798 | 14.800 |
| 2. Disturbi affettivi | 12.135 | 7.066 | 19.201 |
| 3. Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi | 10.876 | 7.050 | 17.926 |
| 4. Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto | 2.642 | 2.626 | 5.268 |
| 9. Altre diagnosi psichiatriche | 4.557 | 4.532 | 9.089 |
| Altre Diagnosi | 2.112 | 1.737 | 3.849 |
| Non Indicato | 808 | 505 | 1.313 |
| Totale | 37.694 | 29.345 | 67.038 |

L'attività dei servizi psichiatrici territoriali (dati aggiornati al 20.5.2019)

Per quanto riguarda le modalità d'accesso ai servizi territoriali, buona parte degli utenti viene inviato dal medico di medicina generale; negli altri casi si tratta soprattutto di una richiesta del paziente medesimo o di un autoinvio da parte dell'equipe curante. Le prestazioni erogate nel 2018 dai Centri di Salute Mentale (CSM) ammontano a 729.511, corrispondenti a circa 11 prestazioni per utente nell'anno in esame.

L'attività ospedaliera (dati aggiornati al 20.5.2019)

Nel 2018 si registrano 9656 dimissioni dalle strutture psichiatriche ospedaliere pubbliche a cui si aggiungono le 2.836 dimissioni da strutture private accreditate del Veneto per un totale di 146.226 giornate di degenza negli SPDC (di cui 141.672 giornate per residenti in regione Veneto) e 96.443 nelle strutture private accreditate (dato relativo alla popolazione residente in Veneto). I trattamenti ospedalieri in regime di TSO sono 325, evidenziando una riduzione rispetto al dato relativo all'anno 2017 (396); questi rappresentano 3.4% di tutte le degenze negli SPDC. Per quanto concerne le dimissioni per diagnosi e classi di età si osserva come i disturbi affettivi siano i più frequenti come diagnosi di dimissione (con picco nella classe di età compresa tra 45 e 54 anni), seguiti dai disturbi dello spettro schizofrenico e delirante (con picco nella classe di età compresa tra 45 e 54 anni). Il numero di dimissioni per diagnosi mostra un trend in crescita dai 18 ai 54 anni per poi decrescere progressivamente e questo si riscontra in tutti i gruppi diagnostici ad eccezione dei Disturbi della personalità e del

comportamento dell'adulto dove si osserva una pressoché omogenea distribuzione nelle classi di età fino a 54 anni, seguita da un decremento significativo nelle classi di età > 54 anni.

Residenzialità extraospedaliera

In relazione all'obiettivo di *"consolidare e qualificare la rete residenziale e semiresidenziale..."* sono stati costituiti appositi gruppi di lavoro; un primo per la verifica e l'adeguamento del sistema di offerta residenziale extraospedaliero per la salute mentale e un secondo per la verifica e l'adeguamento del sistema tariffario relativo agli inserimenti residenziali di utenti affetti da patologia psichiatrica in strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate. I risultati dei lavori tecnici hanno dato luogo alla DGR 1673/2018 avente come oggetto "Programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale. Deliberazione n. 59/CR del 28 maggio 2018".

Per le strutture sanitarie (CTRP A e B), dalla rilevazione del fabbisogno e dall'analisi epidemiologica condotta, si è ritenuto fissare un fabbisogno massimo di riferimento pari a 2 posti letto/10.000 abitanti maggiorenni; per quanto concerne le strutture socio-sanitarie (CA modulo estensivo, CA modulo base, GAP) valutata la necessità di contenere il ricorso al sistema di offerta residenziale, attraverso la sua integrazione con il sistema della semiresidenzialità ed i percorsi di residenzialità leggera, si è stabilito un fabbisogno massimo di riferimento di 3 p.l. /10.000 abitanti maggiorenni. Le Comunità Alloggio modulo estensivo non potranno costituire più della metà della dotazione complessiva di posti letto prevista per tutte le strutture socio-sanitarie.

La rete di offerta sanitaria e socio-sanitaria extraospedaliera per la salute mentale, al fine di rendere sostenibile il sistema stesso in relazione ai fabbisogni precedentemente stabiliti, deve necessariamente embricarsi con la gestione territoriale ambulatoriale e domiciliare con uno strategico utilizzo delle strutture semi-residenziali, una razionalizzazione delle degenze ospedaliere ed il ricorso ai percorsi di residenzialità leggera nell'ottica della promozione dell'autonomia degli utenti.

La programmazione del sistema di offerta residenziale terapeutico e socio-riabilitativo della salute mentale ha il suo fondamento in quanto previsto dai LEA secondo il DPCM 12 Gennaio 2017. In base a quanto ivi previsto la compartecipazione della quota sanitaria delle strutture socio-sanitarie (CA base ed estensiva e GAP per quanto concerne la Regione del Veneto) è fissata al 40%, mentre la compartecipazione sociale al 60%. Tenuto conto delle numerose osservazioni e criticità rilevate dai diversi portatori di interesse, la Giunta Regionale ha ritenuto di adottare per l'anno 2018 una diversa ripartizione delle quote, specificatamente la quota sanitaria al 60% e la compartecipazione sociale al 40, precisando che eventuali provvedimenti per gli anni successivi difforni da quanto previsto dai LEA secondo il DPCM 12 Gennaio 2017 dovranno essere definiti con la legge finanziaria regionale.

Dalla rilevazione del fabbisogno effettuata si è evidenziato che una quota parte dei pazienti in carico ai DSM è lungoassistita e presenta prioritari bisogni di carattere assistenziale. La complessità e la multifattorialità del paziente cronico sono tali per cui le risposte, anche residenziali e di carattere estensivo, vanno articolate secondo una visione più ampia con il coinvolgimento e l'integrazione dei servizi del distretto competenti. In tale ottica, è stato costituito un Gruppo di lavoro regionale che ha definito, sulla base degli esiti di una rilevazione effettuata ad hoc tra le Aziende Ulss, requisiti, criteri, fabbisogno posti letto e costi per attivare una nuova tipologia di UDO residenziale in grado di accogliere pazienti psichiatrici con grave compromissione del funzionamento personale e sociale.

Il provvedimento prevede, inoltre, l'attivazione di percorsi di residenzialità leggera "abitare supportato" per pazienti che, pur presentando livelli di autonomia adeguati possono, a causa di

difficoltà riconducibili a problematiche psichiatriche, non avere a disposizione concrete possibilità abitative.

Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

Con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale (DDG n°94 del 1/08/2018) è stato costituito il Tavolo Tecnico per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), con gli obiettivi di monitorare la rete DCA in termini di casi trattati, prestazioni erogate, personale coinvolto e bisogni della popolazione affetta da tali disturbi e di dare recepimento alle "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione".

Sviluppo delle azioni programmatiche PSSR 2012-2016

Tra le altre, il PSSR 2012-2016, stabilisce le seguenti azioni programmatiche:

1. sviluppare l'utilizzo della *Evidence Based Medicine* (EBM) e delle evidenze scientifiche dei trattamenti appropriati nelle varie patologie psichiatriche;
2. rafforzare la collaborazione con la medicina di famiglia nella costruzione di percorsi di *screening*, diagnosi precoce, trattamento e nella presa in carico del paziente con le forme meno gravi (ma più frequenti) di depressione nell'adulto-anziano.

In ottemperanza delle suddette con Decreto del Direttore Area Sanità e Sociale (DDG n°87 del 9/07/2018) sono stati istituiti i Gruppi Tecnici di Lavoro per la definizione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per pazienti con disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore e disturbi gravi di personalità, in relazione a quanto definito nell' Accordo della Conferenza Unificata Rep. Atti n. 137 approvato nella seduta del 13 novembre 2014; con Decreto del Direttore Area Sanità e Sociale (DDG n° 135 del 13/11/2018) è stato altresì costituito un Gruppo Tecnico di Lavoro per la definizione di raccomandazioni regionali per la promozione fisica del paziente psichiatrico. Entrambi i suddetti gruppi di lavoro sono in via di ultima definizione del mandato loro affidato.

Approfondimenti

www.regione.veneto.it/salutementale, in particolare le sezioni "statistiche" e "pubblicazioni".

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Salute mentale e sanità penitenziaria

Telefono: 0412793490

e-mail: salutementale@regione.veneto.it

5.14 Sanità penitenziaria

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

Il DPCM 1° aprile 2008 garantisce i livelli essenziali di assistenza (LEA) alla popolazione detenuta attraverso:

- *un'adeguata e completa articolazione delle rete sanitaria regionale per la sanità penitenziaria, così come definita dalla DRGV n.1529 del 03/11/15;*
- *l'inserimento in comunità, su provvedimento dell'Autorità giudiziaria, di minori e giovani adulti tossicodipendenti e/o affetti da disturbi psichici;*
- *la costituzione di una rete sanitaria per l'esecuzione delle misure di sicurezza costituita primariamente dalla REMS di cui alla Legge 9/2012.*

Quadro di sintesi

In Veneto al 31/12/2018 nei 9 Istituti di Pena per adulti - con una capienza regolamentare complessiva di 1.922 posti - erano presenti 2.435 detenuti (il 4% del totale dei detenuti presenti in Italia), di cui 144 donne e 1.407 detenuti di nazionalità straniera. Presso l'Istituto Penale per Minorenni di Treviso, alla stessa data erano presenti 14 detenuti, con una presenza media giornaliera di 15 minori.

Rete sanitaria regionale per l'assistenza ai detenuti

Dal 2008 (anno di trasferimento delle competenze sanitarie dal Ministero di Giustizia al SSN ai sensi del DPCM 01/04/08) la Regione Veneto ha compiuto azioni e sforzi per integrare la sanità penitenziaria con la rete assistenziale territoriale e ospedaliera, soprattutto in termini di efficienza e sicurezza.

Permangono alcune importanti criticità che limitano le azioni sanitarie:

- il costante sovraffollamento degli Istituti Penitenziari;
- la sempre maggiore presenza fra la popolazione detenuta di fragilità di tipo sanitario (poli-cronicità) e/o sociale (giovani, extracomunitari senza permesso di soggiorno, disoccupati...);
- la sempre più elevata prevalenza nella popolazione detenuta di soggetti con disagio psichico e/o consumo di sostanze;
- la insoddisfacente condizione dei locali ad uso sanitario presso gli Istituti Penitenziari;
- la non completa sinergia con l'Amministrazione Penitenziaria;
- il ridotto numero di risorse dedicate dell'Amministrazione Penitenziaria per le sezioni speciali a gestione comune (es. articolazione tutela di salute mentale, istituto a custodia attenuata per detenuti alcol/tossicodipendenti).

Tabella 5.25 – Detenuti assistiti per sede penitenziaria. Veneto, 2018

| Sedi penitenziarie | N° detenuti al 01/01/2018 | N° Nuovi Ingressi | Totale assistiti |
|--|------------------------------|----------------------|---------------------|
| Belluno-Casa Circondariale | 80 | 77 | 157 |
| Vicenza-Casa Circondariale | 264 | 241 | 505 |
| Treviso-Casa Circondariale | 218 | 285 | 503 |
| Venezia-Casa di Reclusione Femminile e Casa Circondariale maschile | 296 | 521 | 817 |
| Padova-Casa di Reclusione e Casa Circondariale | 807 | 548 | 1.355 |
| Rovigo-Casa Circondariale | 129 | 115 | 244 |
| Verona-Casa Circondariale | 532 | 605 | 1.137 |
| Totale | 2.326 | 2.392 | 4.718 |

Tabella 5.26 – Personale sanitario (escluso quello delle dipendenze) operante al 31 dicembre 2018. Veneto

| Sedi penitenziarie | N |
|------------------------------|------------|
| Medici sanità penitenziaria | 15 |
| Medici di Guardia | 54 |
| Psichiatri | 10 |
| Psicologi | 6 |
| Coordinatori infermieristici | 7 |
| Infermieri di ruolo | 36 |
| Infermieri a contratto | 39 |
| Educatori professionali | 5 |
| Operatori socio sanitari | 1 |
| Totale | 173 |

Nel corso del 2018 la Regione Veneto ha ampliato l'offerta della rete sanitaria penitenziaria regionale, così come previsto dalla DGRV n. 1529 del 03/11/15. In particolare la rete sanitaria penitenziaria regionale si articola in sezioni intramurarie ed extramurarie.

Le sezioni intramurarie (all'interno degli Istituti Penitenziari) sono:

- una sezione di osservazione psichiatrica presso la Casa Circondariale di Verona (DGRV n. 3585 del 30/12/10) che nel corso dell'anno ha sottoposto 29 detenuti a osservazione, ai sensi dell'art. 112 DPR 230/00;
- una sezione per l'accoglienza di 6 detenuti con infermità psichica sopravvenuta nel corso della detenzione (art. 148 c.p.) e dei detenuti a pena diminuita per vizio parziale di mente (art. 111 comma 5 e 7, DPR 230/2000) presso la Casa Circondariale di Belluno, (DGRV n. 1611 del 19/11/15) per la quale è stato avviato un importante processo di revisione in attesa dello spostamento della stessa presso altro istituto penitenziario;
- una sezione a custodia attenuata per 38 detenuti in trattamento per tossicodipendenza (ICAT) presso la Casa Circondariale di Padova (DGRV n. 436 del 04/04/14), anch'essa in fase di revisione;
- una sezione a custodia attenuata per madri presso la Casa di Reclusione Femminile di Venezia (ICAM);
- una Sezione di Assistenza Intensiva SAI per 15 detenuti, specializzata in Medicina Fisica e Riabilitativa Ambulatoriale per patologie ortopediche, presso la Nuova Casa Circondariale di Rovigo.

Le sezioni extramurarie (presenti presso le strutture sanitarie esterne) sono:

- n. 1 reparto detentivo ospedaliero per 7 detenuti presso l'Azienda Ospedaliera di Verona;
- n. 3 stanze dedicate presso l'Ospedale di Belluno dell'Azienda 1 Dolomiti;
- n. 6 stanze dedicate presso l'Ospedale di Treviso dell'Azienda 2 Marca Trevigiana;
- n. 2 stanze dedicate presso l'Ospedale di Rovigo dell'Azienda 5 Polesana.

Nel 2018 il numero di ricoveri (Tabella 5.27) è stato molto limitato, se paragonato al numero della popolazione assistita, a dimostrazione dell'efficienza del sistema e si sono conclusi i seguenti importanti accordi con la sigla dei relativi protocolli di intesa:

- Protocollo di Intesa tra la Regione del Veneto ed il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per il Veneto, relativo alla definizione delle forme di collaborazione tra il sistema sanitario e l'Amministrazione Penitenziaria (DGR 554/2018);

- Recepimento dell'Accordo Rep. Atti n. 81 della Conferenza Unificata approvato nella seduta del 27 luglio 2017 "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" (DGR. n. 1019/2018);
- Recepimento dell'Accordo della Conferenza Unificata il 26/10/2017 – Rep 129/CU del 26/10/2017 "Piano Nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del dipartimento della giustizia minorile e Comunità" (DGR. n. 1018/2018).

Tabella 5.27 – Ricoveri ospedalieri a detenuti per sede penitenziaria e sede di ricovero. Veneto, 2018

| Sedi penitenziarie | N° ricoveri | di cui presso Azienda | di cui presso altra Azienda | di cui presso reparto detentivo |
|--|-------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Belluno–Casa Circondariale | 5 | 5 | 0 | 0 |
| Vicenza–Casa Circondariale | 16 | 16 | 0 | 0 |
| Treviso–Casa Circondariale | 20 | 20 | 0 | 0 |
| Venezia–Casa di Reclusione Femminile e Casa Circondariale maschile | 27 | 26 | 0 | 1 |
| Padova–Casa di Reclusione e Casa Circondariale | 75 | 19 | 54 | 2 |
| Rovigo–Casa Circondariale | 11 | 11 | 0 | 0 |
| Verona–Casa Circondariale | 59 | 18 | 25 | 16 |
| Totale | 213 | 115 | 79 | 19 |

Minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico

Nel 2018 sono stati accolti in Comunità 26 minori e giovani adulti con problemi di tossicodipendenza/tossicofilia e/o disagio psichico che hanno commesso reati, di cui all'art. 24 del D.Lgs. n. 272/89, per un totale di circa 4.000 giornate di inserimento.

Rete sanitaria per pazienti psichiatrici autori di reato – Legge 81/2014

Da gennaio 2016 è attiva la Residenza per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza (REMS) provvisoria e prodromica a Nogara (Verona), per complessivi 40 posti letto. Con DGR n. 427/2017, è stato approvato l'Accordo con la Prefettura di Verona per l'attività di sicurezza e vigilanza esterna della REMS di Nogara. A completamento di quanto definito con DGR n. 1976/2017 relativa al *Protocollo di Intesa tra la Regione del Veneto e la Magistratura a favore di soggetti sottoposti a giudizio che presentano segni di sofferenza psichica o non imputabili, nell'ambito dell'applicazione della Legge 81/2014* è stato istituito il Tavolo Tecnico interistituzionale per la gestione del paziente sottoposto a misura di sicurezza.

Dall'apertura della REMS il numero dei pazienti internati è stato 73 di cui 12 nel 2018, il numero dei pazienti dimessi dall'apertura è stato di 43 di cui 12 nel 2018 e i pazienti in lista d'attesa al 31 dicembre erano 9.

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Salute Mentale e Sanità Penitenziaria

Telefono: 0412793414

e-mail: salutementale@regione.veneto.it

5.15 Riabilitazione ex art. 26

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

Il PSSR, in merito alla riabilitazione, sottolinea l'importanza del percorso personalizzato del cittadino e dell'integrazione socio-sanitaria, dell'attenzione alla valutazione ed eventuale modifica dell'ambiente in un'ottica di autonomia e indipendenza possibile per la persona. All'interno della rete di riabilitazione, è riconosciuto il ruolo della riabilitazione intensiva extra-ospedaliera, in continuità con la riabilitazione ospedaliera e con la riabilitazione estensiva. Riferimenti specifici nel PSSR 2012-2016 sono i seguenti: i capitoli "Area Disabilità" (pag. 103-105) e "Rete di Riabilitazione" (pag. 70-72).

Quadro di sintesi

Gli Istituti ex art.26 rappresentano, secondo le indicazioni della legge istitutiva del SSN 833/78, delle strutture che svolgono attività riabilitativa intensiva in convenzione con il SSN, a supporto ed integrazione dell'attività prestata dai servizi della Aziende ULSS della Regione.

In Veneto è attivo da tempo un flusso informativo che raccoglie informazioni sui pazienti seguiti da tali centri, sulle loro diagnosi e disabilità, sui trattamenti erogati e sulle risorse impiegate, gestito dal Programma della patologia in età pediatrica, con cui è possibile valutare i bisogni ai quali i centri danno risposta e le attività prestate.

Nel 2018 le 18 strutture ex art. 26 hanno preso in carico 15.906 pazienti (67,9% sotto i 18 anni d'età), erogando 485.933 prestazioni (55,3% in regime ambulatoriale) per una spesa complessiva di circa 27 milioni di euro.

Gli Istituti ex art. 26 della Regione Veneto, negli anni, si sono dedicati in modo particolare, anche se non esclusivo, alla riabilitazione complessa e multidisciplinare delle persone con disabilità della popolazione pediatrica, con diagnosi di ordine neuropsichiatrico e disabilità multiple, coinvolgenti più dimensioni della vita della persona (soprattutto locomotorie, del comportamento, circostanziali e della comunicazione).

Durante il 2018 l'attività di programmazione e valutazione degli istituti ex art. 26 si è particolarmente dedicata alla valutazione di appropriatezza delle prestazioni, all'analisi delle risposte ai fabbisogni, all'assegnazione di budget in base ai bisogni e alle attività, ai tetti di spesa.

Il monitoraggio dell'attività delle strutture

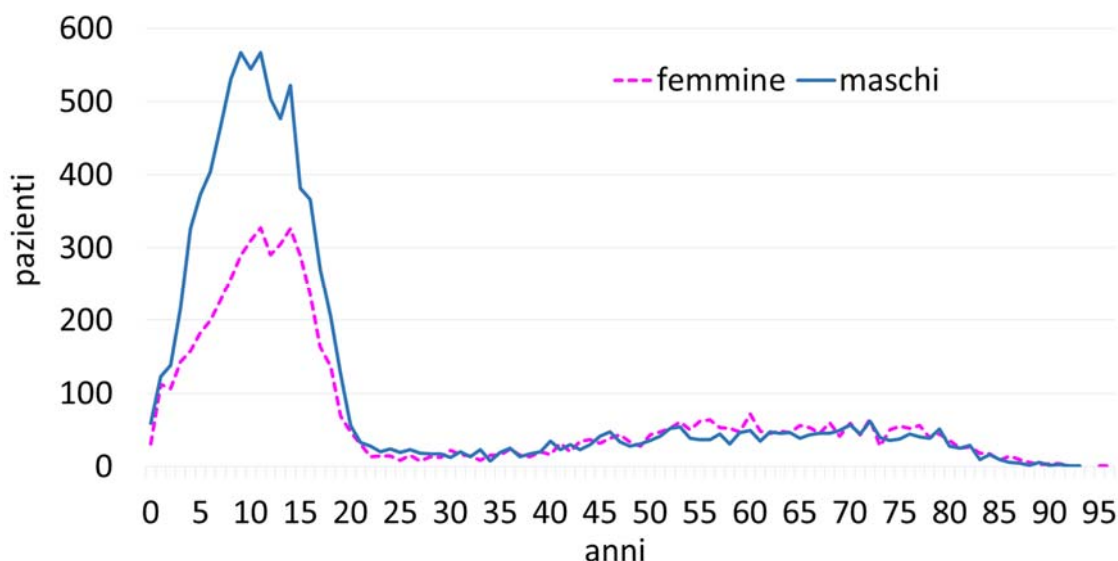
Il percorso riabilitativo della persona con disabilità riguarda la qualità della sua presa in carico complessiva in modo rilevante: influenza le attività assistenziali che vengono effettuate per la persona, fino alla sua integrazione scolastica, lavorativa, sociale. Rappresenta l'insieme della attività riabilitative nel corso del quale si porta la persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale e che può essere caratterizzato da un susseguirsi di cicli diversi, sia per intensità assistenziale, che per regime di trattamento.

Una parte delle strutture del Servizio Sanitario Regionale che erogano prestazioni di tipo riabilitativo nella Regione Veneto sono cosiddette "ex art. 26 L.833/1978" e dedicate alla riabilitazione intensiva. Nel 2018, tali strutture sono state le seguenti: Istituto Pio XII di Misurina (BL), Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM) di Padova e Rosà (VI), La Nostra Famiglia di Padova, Treviso, Vicenza, Oderzo, Conegliano, Pieve di Soligo, San Donà di Piave, Istituto Villa Maria (VI), Fondazione F. Milcovich (ex UILDM di Padova) e Fondazione Speranza (ex UILDM di Verona), Centro Polifunzionale Don Calabria (VR), Codess Sanità srl di Villorba di Treviso, Fondazione Più di un Sogno di Verona, Associazione Genitori Bambini Down - AGDB di Verona e ASSP Onlus di Padova - Centro Archimede di Torri di Quartesolo.

Il numero totale dei pazienti seguiti dai centri nel 2018 è pari a 15.906 (il 58,9% maschi).

La Figura 5.42 riporta la distribuzione per sesso ed età dei pazienti. Il 67,9% dei casi ha meno di 18 anni e il 36,3% da 0 a 10 anni. Tra i 5 e i 15 anni d'età si evidenzia una netta prevalenza di pazienti di genere maschile rispetto a quello femminile, per lo stesso gruppo di età.

Figura 5.42 – Distribuzione dell'età dei pazienti presi in carico negli istituti ex art. 26, per genere. Veneto, 2018



L'87,9% dei pazienti risiede nella stessa Azienda ULSS di locazione del servizio. Il tasso complessivo di ricorso alla riabilitazione convenzionata è pari a 0,32 su 100 residenti. Il tasso per la fascia d'età "0-17 anni" è pari all'1,35 su 100 residenti, confermando una maggiore vocazione degli Istituti ex art.26, stabile negli anni, di presa in carico di pazienti in età pediatrica.

Un soggetto riabilitato può presentare più diagnosi di malattia contemporaneamente. Sommando tutte le diagnosi presentate dai 15.906 casi seguiti dalle strutture riabilitative, si giunge ad un numero di diagnosi pari a 20.486. La Figura 5.43 riporta la distribuzione delle diagnosi per macro-gruppo di patologia. Il gruppo nosologico più rappresentato è quello relativo ai disturbi psichici con 8.538 diagnosi pari al 41,7% del totale delle diagnosi dichiarate, seguono le malattie del sistema nervoso con 5.035 diagnosi (24,6%), le malformazioni congenite con 1.588 (7,8%) e le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo con 1.557 diagnosi (7,6%).

Il numero totale delle disabilità presentate dai pazienti è pari a 18.573 (Figura 5.44). Le disabilità maggiormente rappresentate sono quelle relative alla locomozione (18,3%), al comportamento (10,9%), circostanziali (6,1%) e della comunicazione (6,0%).

La Figura 5.45 presenta la distribuzione delle tipologie di trattamento effettuato. La maggior parte dei trattamenti sono effettuati in regime ambulatoriale (55,3%), nel 17,3% dei casi viene effettuata una visita di accertamento e nel 9,2% un diurnato diagnostico.

Il numero totale di prestazioni erogate ai 15.906 pazienti seguiti dalle strutture convenzionate ex art.26 è di 485.933. L'indice di prestazione per residente complessivo in riferimento all'età pediatrica si attesta intorno allo 0,5 prestazioni per residente, mentre quello per l'età adulta allo 0,05. Il 71,6% dei pazienti è stato preso in carico effettuando un unico regime di trattamento, il 25,3% due regimi, il 2,9% tre e lo 0,2% quattro o più regimi di trattamento.

Nel 2018 sono state impiegati circa 27 milioni di euro, il costo medio per paziente è di 1.758,05 euro, il costo mediano di 753,10 euro fino ad un massimo di oltre 57.000 euro, a conferma della complessità di alcuni pazienti.

Figura 5.43 – Distribuzione percentuale dei macro-gruppi di patologia dei pazienti presi in carico negli istituti ex art. 26. Veneto, 2018

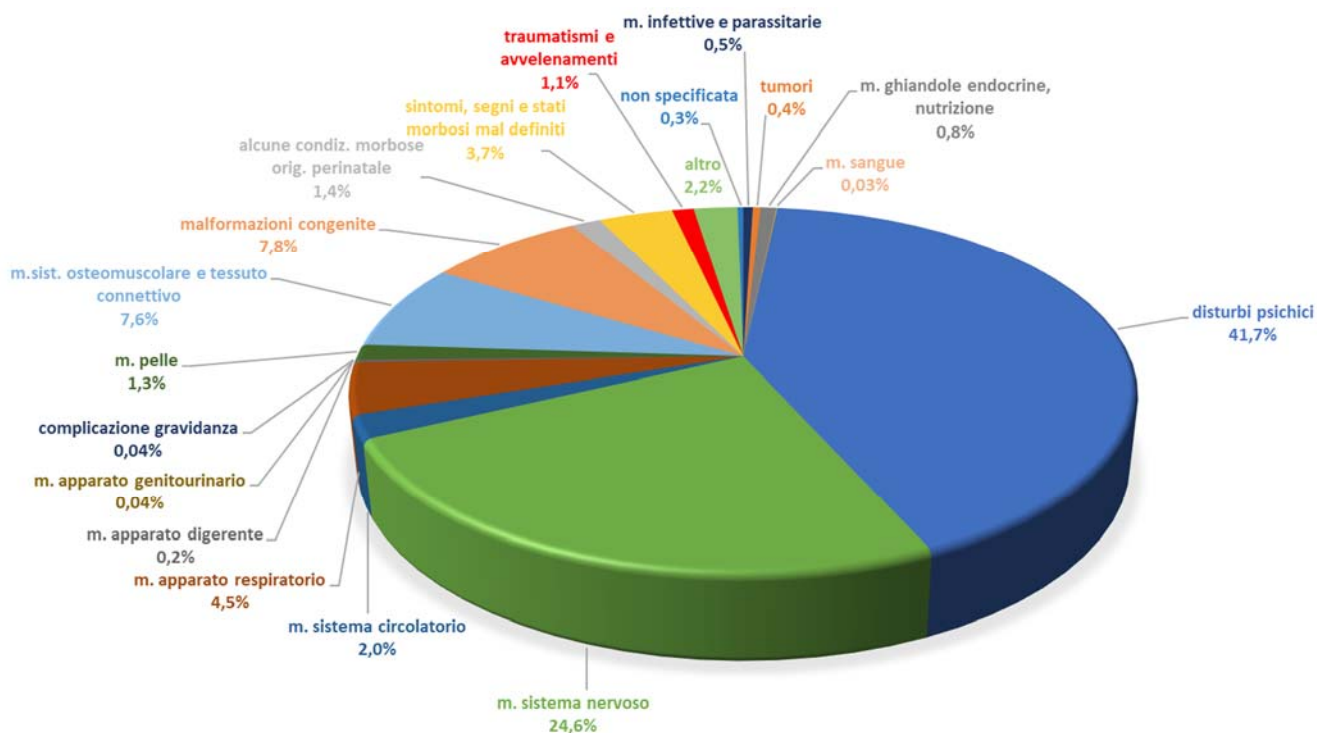


Figura 5.44 – Distribuzione percentuale delle categorie di disabilità dei pazienti presi in carico negli istituti ex art. 26. Veneto, 2018

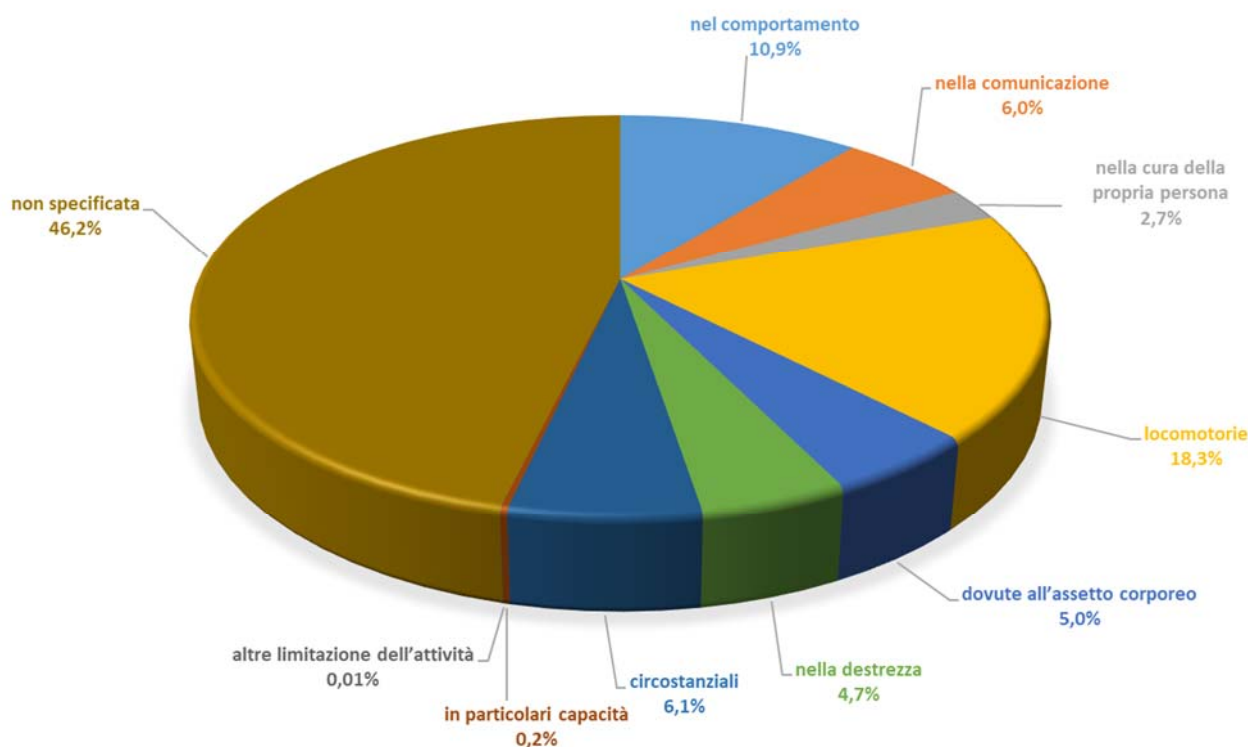
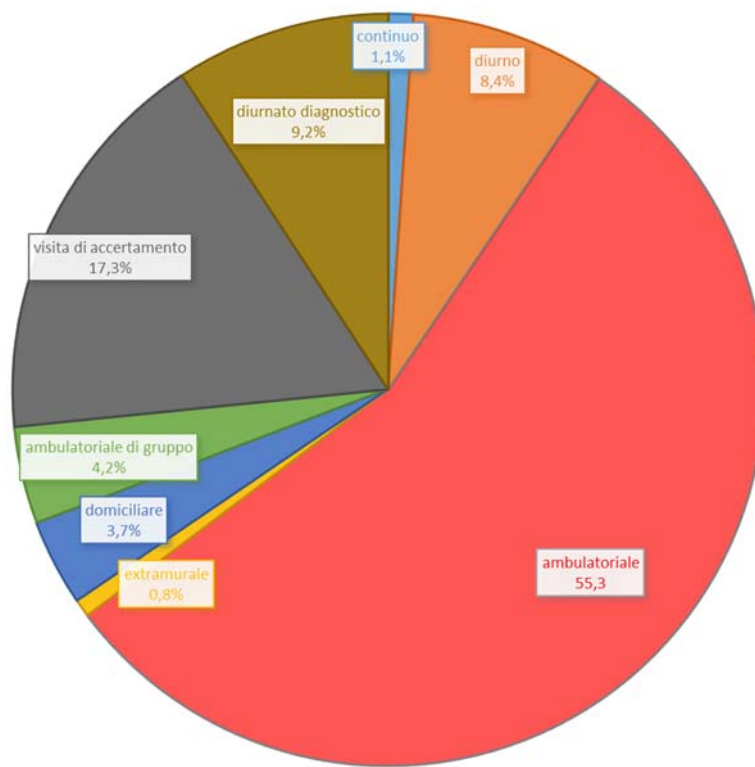


Figura 5.45 – Distribuzione delle tipologie di trattamento dei pazienti presi in carico negli istituti ex art. 26. Veneto, 2018



Approfondimenti

Rapporto tecnico attività Programma regionale della Patologia in Età Pediatrica, anno 2018

Recapiti per ulteriori informazioni

Programma regionale per la Patologia in Età Pediatrica

Via Pietro Donà 11 35129 Padova

Telefono: 049 8215700

e-mail: malattierare@regione.veneto.it; registronascita@regione.veneto.it

6. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici

6.1 Assistenza farmaceutica

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

Il PSSR contiene indirizzi volti a migliorare la gestione complessiva dell'assistenza farmaceutica e protesica attraverso la ricerca dell'appropriatezza sotto il profilo prescrittivo ed economico. (§ 3.3 Assistenza specialistica, farmaceutica e protesica. Pag. 82-85).

Quadro di sintesi

La Regione ha proseguito le politiche di governo della spesa e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva mediante la definizione di tetti di spesa ed indicatori di appropriatezza per le Aziende Sanitarie e loro monitoraggio periodico a livello regionale, aziendale e per singolo medico; la valutazione dei farmaci innovativi e ad elevato impatto di spesa utilizzando il metodo dell'Evidence Based Medicine (EBM) e dell'Health Technology Assessment (HTA); la gestione integrata della continuità terapeutica in ambito aziendale ed interaziendale, la prescrizione esclusiva da parte di centri autorizzati dei trattamenti specialistici, spesso guidata da registri di patologia. E' stata migliorata la sorveglianza sulle reazioni avverse da farmaci, anche attraverso piattaforma web, e degli incidenti da dispositivi attraverso la rete dei referenti aziendali della vigilanza.

Health Technology Assessment

| | |
|------------------|---|
| Obiettivi | <i>Valutazione dell'impatto delle tecnologie con metodologia HTA e azioni di controllo dell'appropriatezza prescrittiva e della sicurezza;</i> |
| Azioni | <i>Attività delle Commissioni Tecniche Regionali e delle Commissioni Terapeutiche Aziendali (CTA) di Farmaci; Gruppi di Lavoro sui farmaci ad elevato impatto di spesa; Attività di formazione per le CTA locali.</i> |
| Risultati | <i>Valutazione di nuovi farmaci e nuove indicazioni con produzione di Raccomandazioni basate sull'evidenza, Indirizzi, Percorsi Diagnostico Terapeutici. Individuazione dei centri autorizzati alla prescrizione.</i> |

Attraverso l'attività della Commissione Tecnica Regionale Farmaci (DGR n. 425 del 6.4.2017), basata sulla metodologia dell'HTA, sono stati definiti documenti di indirizzo su aree terapeutiche di ambito ospedaliero e territoriale (Gestione farmacologica dell'asma grave non controllato, Medicinali biosimilari). Rivista la metodologia per la redazione delle Raccomandazioni sui Farmaci Oncologici e Onco-Ematologici Innovativi, sono state prodotte raccomandazioni basate sull'evidenza di particolare impatto economico-assistenziale per patologie di area onco-ematologica (Obinotuzumab, Idelalisib, Venetoclax nella Leucemia Linfatica). Sono stati individuati e/o aggiornati i Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci di ambito specialistico (77 per nuovi farmaci o estensione di indicazioni di farmaci già in commercio). Per le CTA Farmaci si sono organizzate giornate formative dedicate al ruolo di Linee guida e Buone pratiche assistenziali (alla luce del nuovo Piano Nazionale Linee guida e nuova metodologia), nonché al coinvolgimento dei pazienti nella produzione di documenti di indirizzo.

Farmacovigilanza

| | |
|------------------|---|
| Obiettivi | <i>Rafforzamento delle azioni di sorveglianza sulle reazioni avverse dei farmaci e vaccini (ADR - Adverse Drug Reaction)</i> |
| Azioni | <i>Potenziamento del sistema di farmacovigilanza anche attraverso il web ed incremento delle attività formative sulla Farmacovigilanza (FV)</i> |
| Risultati | <i>Il tasso di segnalazione regionale, oltre le 1.000 segnalazioni per milione di abitanti, è superiore al numero minimo stabilito dagli obiettivi regionali. Le segnalazioni inviate tramite il web sono state circa il 60%. Il Centro Regionale di FV (CRFV) del Veneto ha reso disponibili 5 corsi FAD rivolti a Responsabili di Farmacovigilanza e collaboratori.</i> |

Nel 2018 sono state fatte 5.188 segnalazioni, corrispondenti al tasso di 1.058 segnalazioni per milione di abitanti, che pone il Veneto al sesto posto in Italia dopo Regioni quali Toscana, Lombardia ed Emilia Romagna, ove era presente un progetto di FV attiva (MereafaPS). Complessivamente nel 2018 in Veneto, dove non era attivo alcun progetto, c'è stato comunque un calo delle segnalazioni pari al 7% rispetto al 2017; la situazione è stabile per i farmaci (-0,5%, 2018 vs 2017), mentre c'è stato un calo maggiore nei vaccini (-18,1%, 2018 vs 2017), principalmente per la sospensione di un progetto attivo nel 2017. In generale, tutte le strutture hanno raggiunto, e alcune superato, l'obiettivo di segnalazione assegnato dalla DGR 230/2018. L'uso della piattaforma web per la segnalazione si è progressivamente esteso, con punte vicine al 100% in alcune strutture: il Veneto è una tra le regioni italiane in cui il sistema della segnalazione spontanea è molto digitalizzato (59% online Veneto vs 48% online media nazionale), con una più efficace e veloce gestione delle schede.

Centralizzazione Allestimento Antiblastici

| | |
|------------------|--|
| Obiettivi | <i>Riorganizzazione delle Unità Farmaci Antiblastici (U.F.A.)</i> |
| Azioni | <i>Verifica di messa a norma o dismissione delle unità di allestimento secondo le indicazioni CRITE. Implementazione della Cartella Oncologica</i> |
| Risultati | <i>Costituzione di gruppi di lavoro e inizio fase di analisi per l'implementazione della nuova cartella oncologica</i> |

Nel 2018 è proseguita l'attività di verifica della messa a norma delle unità di allestimento nelle ASL le cui criticità sono in fase di risoluzione. È iniziata la fase di analisi (attraverso la costituzione di gruppi di lavoro dedicati) e di implementazione della nuova cartella oncologica, che comprende sia la parte clinica sia la parte relativa all'allestimento dei farmaci antiblastici.

Rischio clinico

| | |
|------------------|---|
| Obiettivi | <i>Conclusione del Progetto Ministero della Salute "Riconciliazione della terapia farmacologica sul territorio durante le transizioni di cura. Paziente anziano ricoverato in RSA/struttura sanitaria protetta e paziente oncologico ed oncoematologico dimesso da struttura ospedaliera e viceversa"</i> |
| Risultati | <i>Stesura delle Linee di indirizzo in materia.</i> |

L'Accordo stipulato tra Regione Veneto e Ministero della Salute, per la parte progettuale relativa al paziente oncologico dimesso da struttura ospedaliera, ha coinvolto anche la Regione Emilia Romagna. Il Veneto ha approfondito la parte relativa al passaggio del paziente anziano dal proprio domicilio al ricovero in struttura sanitaria protetta.

Il testo è stato pubblicato dall'aprile 2019 a cura del Ministero della Salute nel proprio sito:
http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2839

Sperimentazione Clinica - infrastruttura a sostegno della ricerca clinica

Obiettivi *Ottimizzare i percorsi di sperimentazione clinica*

Azioni *Predisposizione di indicatori di performance organizzativa; misurazione delle tempistiche nel processo della sperimentazione clinica; implementazione nuova piattaforma sperimentazione clinica*

Risultati *Miglioramento delle tempistiche per la valutazione e la firma del contratto*

Nel 2018 i Comitati Etici della Regione Veneto hanno approvato 845 studi clinici: 279 (33%) osservazionali senza farmaci e dispositivi medici, 269 (32%) studi interventistici con farmaco, 110 (13%) osservazionali con farmaci, 126 (15%) studi interventistici senza farmaci e dispositivi medici, 38 (5%) interventistici con dispositivi medici, 21 (2%) osservazionali con dispositivi medici. I tempi dalla valutazione dello studio da parte del Comitato Etico e la firma del contratto sono complessivamente migliorati, soprattutto nei centri con il maggior numero di sperimentazioni.

A seguito dell'aggiudicazione del Servizio software per la governance in ambito farmaceutico, che includeva anche un modulo dedicato alla fattibilità degli studi clinici e alla gestione della parte economica della sperimentazione clinica, è stato avviato il gruppo di lavoro dedicato all'implementazione della nuova piattaforma.

Registri AIFA e Registri regionali

Obiettivi *Potenziamento dell'osservazione epidemiologica, con il coinvolgimento dei prescrittori per un'azione preventiva sulle popolazioni a rischio per patologie croniche o invalidanti e a supporto di un appropriato utilizzo dei farmaci correlati alla casistica. Recupero di risorse economiche*

Azioni *Individuazione dei centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci come da determine AIFA; dei farmaci biologici per le patologie dell'area reumatologica, gastroenterologica e dermatologica; dei farmaci per l'epatite C*
Attivazione registri regionali e informatizzazione del percorso (arruolamento paziente, dispensazione del farmaco, follow-up)
Monitoraggio dei rimborsi

Risultati *A fine 2018 erano inseriti nei registri regionali circa 7 mila pazienti con patologia reumatologica (50% dei quali presenta l'artrite reumatoide, 33% artrite psoriasica, 15% spondilite anchilosante mentre il rimanente 2% è riferito ad artrite giovanile), circa 1600 pazienti affetti da psoriasi a placche e circa 2300 pazienti con patologia gastroenterologica (di cui il 58% affetto da malattia di Crohn e 42% da colite ulcerosa), circa 2900 pazienti con osteoporosi severa, circa 11 mila pazienti avviati alla terapia con i nuovi antivirali ad azione diretta (DAA)*
Nel biennio 2017-2018, le strutture sanitarie del Veneto hanno recuperato dalle Aziende farmaceutiche circa 9,9 milioni di euro grazie agli accordi negoziali gestiti attraverso i Registri AIFA

- Registri AIFA

I Registri AIFA gestiscono tutte le fasi inerenti prescrizione, monitoraggio, dispensazione, controllo degli esiti e rimborsi dei medicinali interessati, ovvero principalmente quelli innovativi

e/o ad alto costo, in quanto derivati da tecnologie high-tech. Attraverso procedure on-line le Aziende Sanitarie trasmettono alle Aziende farmaceutiche le richieste dei rimborsi applicabili secondo gli accordi negoziali in essere. Nel biennio 2017-2018, le strutture sanitarie del Veneto hanno recuperato dalle Aziende farmaceutiche circa 9,9 milioni di euro (di cui circa 5,7 milioni solo per le indicazioni oncologiche e oncoematologiche) tramite il sistema dei Registri AIFA, risorse che sono state destinate a terapie farmacologiche innovative.

Registri regionali, Sistemi regionali di prescrizione informatizzata

- Sistema di prescrizione per i farmaci biologici per area reumatologica, dermatologica e gastroenterologica

Il sistema, attivato nel 2014 per fornire ai clinici un supporto guidato per la prescrizione di farmaci biologici per patologie moderate-severe ad alto impatto di spesa, collega tutti i centri regionali autorizzati alla prescrizione (Decreto Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 58 del 19.4.2018). A fine 2018 il sistema ha gestito i piani terapeutici riferiti a: a) circa 7 mila pazienti con patologia reumatologica (50% dei quali presenta l'artrite reumatoide, 33% artrite psoriasica, 15% spondilite anchilosante mentre il rimanente 2% è riferito ad artrite giovanile); b) circa 1.600 pazienti affetti da psoriasi a placche; c) circa 2.300 pazienti con patologia gastroenterologica (di cui il 58% affetto da malattia di Crohn e 42% da colite ulcerosa).

- OSVE (per la prescrizione di farmaci per osteoporosi severa)

Attivo dal 2014 nell'ambito di un progetto PRIHTA, coinvolge tutti i Centri autorizzati alla prescrizione del farmaco teriparatide. A fine 2018, il sistema ha gestito la prescrizione e il follow-up di circa 2.900 pazienti con osteoporosi severa, di cui solo circa il 30% presentavano un piano terapeutico attivo a fine dicembre.

- Registro ReFOL per il monitoraggio dei farmaci off-label

Avviato nel luglio 2017 per autorizzazione e monitoraggio dei farmaci off-label in applicazione del percorso previsto dalla DGR 685/2014. Nel ReFOL sono presenti, al 31.12.2018, 1.286 richieste di uso off-label relative a 266 principi attivi o combinazioni di essi utilizzati al di fuori delle indicazioni utilizzate. L'analisi di tali richieste consentirà di verificare i costi sostenuti e di identificare gli utilizzi ripetuti che potranno essere successivamente oggetto di richiesta all'Agenzia Italiana del farmaco per l'inserimento nell'elenco di cui alla Legge 648/1996.

- Registro NAVIGATORE

Dal 2014 è attivo il registro regionale informatizzato "Navigatore" dal nome del software sviluppato dal Dipartimento di Medicina Molecolare dell'Università degli Studi di Padova che nel corso del 2018 ne ha concesso l'utilizzo a titolo gratuito ad Azienda Zero: infatti dal 2014 (decreto Area Sanità e Sociale n. 224/2014 e successivi) si è stabilito di registrare i pazienti affetti da epatite C trattati con i nuovi farmaci antivirali ad azione diretta (DAA) ed eleggibili al trattamento inserendo informazioni su terapia ed outcome. Il registro consente di monitorare aderenza alle linee di indirizzo e segnalazioni delle reazioni avverse da farmaco, numero di pazienti diagnosticati suddivisi per tipologia e grado di gravità, Centri regionali autorizzati alla prescrizione dei DAA nella gestione dei trattamenti, e di costituire un database di registrazione degli esiti clinici delle terapie nella realtà epidemiologica veneta. Al 31.12.2018, sono stati avviati alla terapia con i nuovi DAA circa 11 mila pazienti e sono stati prodotti e trasmessi alle strutture sanitarie 4 report di monitoraggio.

La capillarità delle farmacie sul territorio

| | |
|------------------|--|
| Obiettivi | Valorizzazione della capillarità delle farmacie sul territorio |
|------------------|--|

| | |
|---------------|---|
| Azioni | Definizione e attivazione seconda fase progettuale della "Farmacia dei Servizi" per promuovere, attraverso il canale delle farmacie convenzionate nel più ampio percorso che prende avvio dalla presa in carico del paziente da parte del MMG, l'aderenza alle terapie nelle cronicità. |
|---------------|---|

| | |
|------------------|--|
| Risultati | Avvio formazione professionale dei farmacisti. |
|------------------|--|

Con DGR n. 279 del 14.3.2017 si delineavano obiettivi di miglioramento della qualità di vita del cittadino raggiungibili anche attraverso la c.d. Farmacia dei Servizi: arruolamento del cittadino e presa in carico della cronicità dei pazienti fragili e politrattati; erogazione di specifici servizi ai pazienti fragili; aderenza alla terapia in particolari ambiti terapeutici (cardiovascolare, diabete, respiratorio); promozione e prevenzione della salute; farmacovigilanza. Ciò, conformemente al quadro normativo riferito alla "Farmacia dei servizi", confermato dal DPCM 12.1.2017 sui LEA. Ultimata la fase iniziale volta alla formazione professionale dei farmacisti, è stata concertata con le rappresentanze sindacali delle farmacie convenzionate la seconda fase progettuale, rivolta all'arruolamento del maggior numero possibile di pazienti affetti da diabete o BPCO, scarsamente aderenti e non aderenti affatto alle terapie correlate, e alle azioni da porre in essere da parte del farmacista per ricondurli ad una situazione di aderenza alla terapia.

Spesa Farmaceutica e monitoraggio dei consumi.

| | |
|------------------|--|
| Obiettivi | Governo della spesa farmaceutica, potenziamento del monitoraggio dei consumi |
|------------------|--|

| | |
|---------------|---|
| Azioni | Individuazione di tetti di spesa per Azienda Sanitaria Individuazione di nuovi indicatori di appropriatezza Potenziamento dell'osservatorio della spesa sui farmaci Ottimizzazione degli attuali flussi amministrativi |
|---------------|---|

| | |
|------------------|---|
| Risultati | Rispetto del 14,85% del tetto di spesa farmaceutica |
|------------------|---|

Anche per il 2018 il tetto della spesa farmaceutica complessivo nazionale resta invariato, ovvero fissato al 14,85% del FSN. Nel 2017 la spesa farmaceutica è stata di 1,31 mil €, stabile rispetto al 2017 e all'interno del tetto stabilito a livello nazionale (13,85% del FSN).

Nel 2018 si registra una diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata del 5,5% rispetto al 2017 (Tabella 6.1), mentre la spesa farmaceutica relativa agli acquisti diretti, al netto dei farmaci innovativi oncologici e non oncologici per i quali è previsto uno specifico fondo nazionale, aumenta dell'3,3%.

La Regione ha inoltre assegnato alle Aziende ULSS per il 2018 l'obiettivo di ridurre al di sotto:

- dei 108 euro il costo pro capite per la farmaceutica convenzionata (Figura 6.1). A livello regionale il valore pro capite per la farmaceutica convenzionata è stato pari a 104,7 euro con una variabilità tra Aziende ULSS che passa da 101,8 euro a 107,9 euro;
- dei 104 euro il costo pro capite per la DD, la DPC e l'ambulatorio in classe A e H (Figura 6.2). A livello regionale il valore pro capite è stato pari a 112,7 euro con una variabilità tra Aziende ULSS che passa da 92,7 euro a 125,9 euro.

Tra gli obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie sono stati inclusi indicatori di appropriatezza prescrittiva per una graduale convergenza di tutte le Aziende verso le best practice regionali,

per migliorare l'aderenza terapeutica e per liberare risorse da destinare ai farmaci innovativi, senza incidere, anzi migliorando la qualità delle cure.

Tabella 6.1 – Farmaceutica Convenzionata per ATC al II livello, Veneto, 2018. (Fonte: Regione del Veneto)

| Categorie Terapeutiche | Spesa anno 2018 | % | % cumulata |
|---|--------------------|-------|------------|
| C09. SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA | 56.939.338 | 11,3% | 11,3% |
| R03. FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI DELLE VIE RESPIRATORIE | 52.585.898 | 10,4% | 21,7% |
| C10. SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI | 50.664.209 | 10,0% | 31,8% |
| A02. FARMACI PER DISTURBI CORRELATI ALL' ACIDITA` | 33.099.363 | 6,6% | 38,3% |
| N02. ANALGESICI | 26.280.067 | 5,2% | 43,5% |
| A10. FARMACI USATI NEL DIABETE | 24.057.066 | 4,8% | 48,3% |
| J01. ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO | 20.845.386 | 4,1% | 52,4% |
| N03. ANTIEPILETTICI | 20.000.948 | 4,0% | 56,4% |
| N06. PSICOANALETTICI | 19.957.020 | 4,0% | 60,4% |
| C08. CALCIO-ANTAGONISTI | 18.019.617 | 3,6% | 63,9% |
| ALTRO | 181.823.395 | 36,1% | 100,0% |
| TOTALE | 504.272.307 | | |

Figura 6.1 – Spesa pro capite pesato convenzionata per Ulss di residenza, Veneto, 2018.

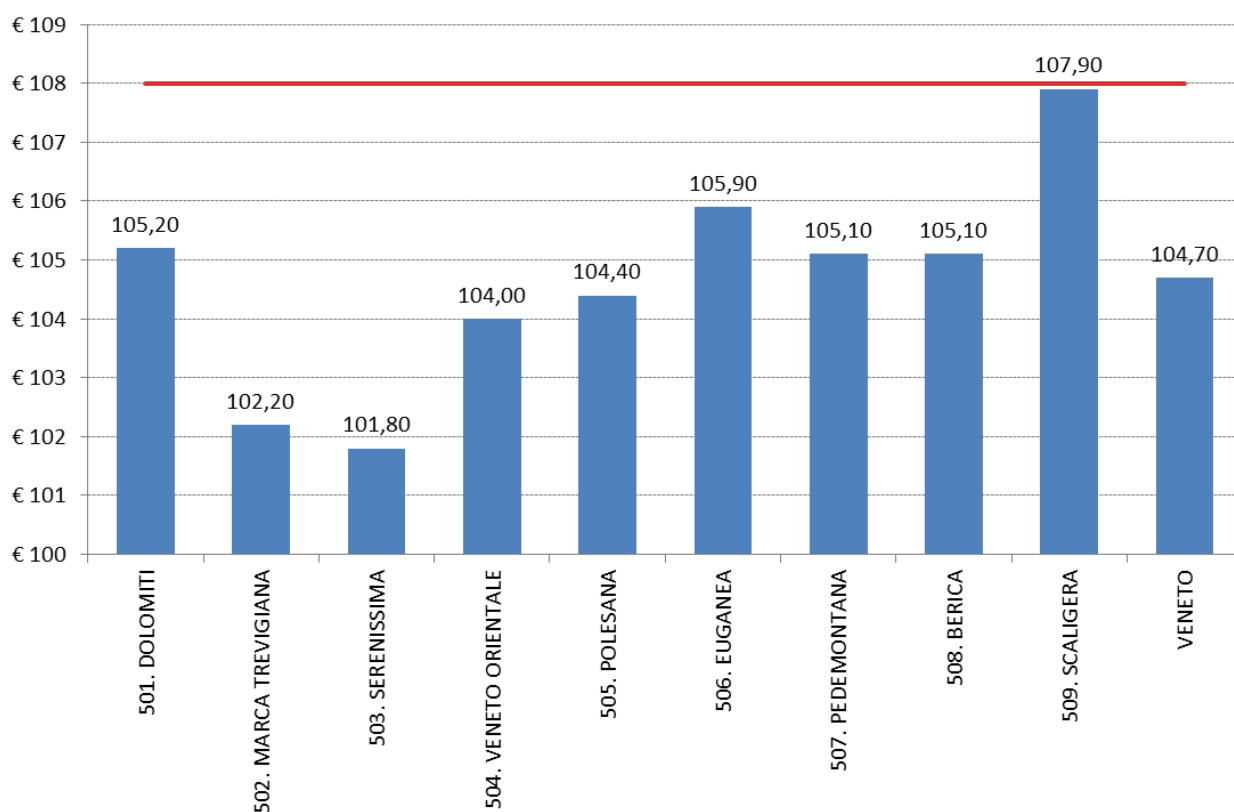
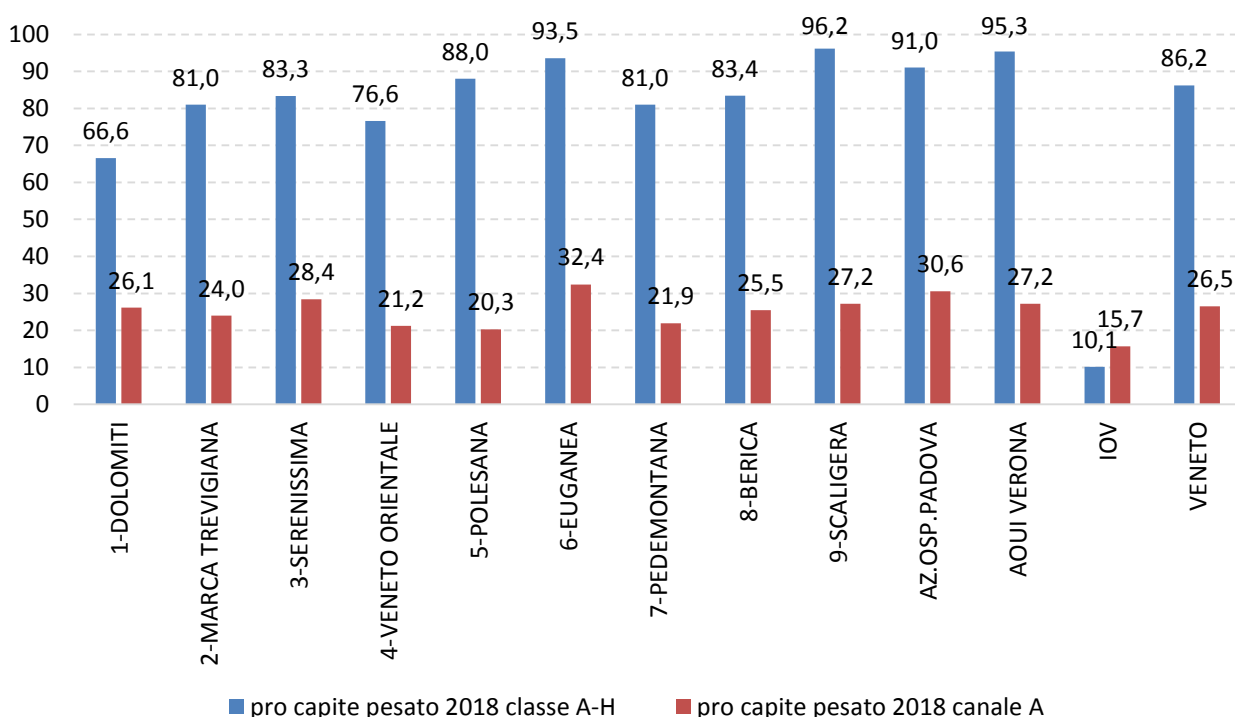


Figura 6.2 – Spesa pro capite pesato per distribuzione diretta e farmaci ambulatoriali ad alto costo per Azienda di residenza, Veneto, 2018.

La spesa ospedaliera è rappresentata dal consumo di farmaci in ambito di ricovero, Day Hospital, ambulatorio e in distribuzione diretta/DPC di classe A (come antidiabetici e nuovi anticoagulanti orali) e di classe H (come antitumorali, farmaci per l'HIV, biologici per l'artrite reumatoide), medicinali di classe C, preparazioni magistrali e officinali. In Tabella 6.2 si riportano i principali gruppi terapeutici che coprono il 70% della spesa farmaceutica ospedaliera. In particolare, le prime due categorie coprono il 39% della spesa: L01–farmaci oncologici e L04–immunosoppressori (tra cui farmaci biologici impiegati in area reumatologica, gastroenterologica e dermatologica e farmaci impiegati nel trattamento della sclerosi multipla).

Tabella 6.2 – Farmaceutica acquisti diretti, Veneto, 2018. (Fonte: Regione del Veneto)

| ATC II livello | spesa erogata | % su tot | % cum su tot |
|---|--------------------|----------|--------------|
| L01.CITOSTATICI | 231.391.956 | 23,9% | 23,9% |
| L04.IMMUNOSOPPRESSORI | 142.585.760 | 14,7% | 38,6% |
| J05.ANTIVIRALI PER USO SISTEMICO | 48.020.148 | 5,0% | 43,5% |
| J05.Nuovi farmaci epatite C | 31.624.019 | 3,3% | 46,8% |
| B01.ANTITROMBOTICI | 57.141.235 | 5,9% | 52,7% |
| J07.VACCINI | 45.769.737 | 4,7% | 57,4% |
| B02.ANTIEMORRAGICI | 38.496.372 | 4,0% | 61,4% |
| A10.FARMACI USATI NEL DIABETE | 34.946.612 | 3,6% | 65,0% |
| A16.ALTRI FARMACI DELL'APPARATO GASTROINTEST. E DEL METABOLISMO | 26.696.418 | 2,8% | 67,7% |
| L02.TERAPIA ENDOCRINA | 22.854.205 | 2,4% | 70,1% |
| ALTRO | 289.750.825 | 29,9% | 100,0% |
| Totale | 969.277.287 | | |

6.2 Dispositivi medici e assistenza protesica

Health Technology Assessment

| | |
|------------------|--|
| Obiettivi | <i>Valutazione dell'impatto delle tecnologie con metodologia HTA e azioni di controllo dell'appropriatezza prescrittiva e della sicurezza</i> |
| Azioni | <i>Attività della Commissione Tecnica Regionale dei Dispositivi Medici (CTR-DM) Recepimento dell'intesa tra Governo e Regioni del documento strategico per l'Health Technology Assessment dei dispositivi medici</i> |
| Risultati | <i>Valutazione nuove tecnologie, produzione report di HTA e documenti di Indirizzo</i> |

Sono stati definiti i seguenti documenti di indirizzo su tecnologie innovative e dispositivi medici: linee di indirizzo regionali per l'utilizzo di medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (decreto Area Sanità e Sociale n. 77 del 19.6.2018); linee di indirizzo regionali sull'uso degli elettrocateretri epidurali per radiofrequenza pulsata dei gangli spinali (PRF) con l'individuazione dei centri di riferimento regionali abilitati all'utilizzo (Decreto Area Sanità e Sociale n.17 del 30.01.2019); linee di indirizzo regionali per l'impiego di defibrillatori e pacemaker (in fase di pubblicazione).

Al fine di favorire azioni di governo dei consumi di dispositivi medici a tutela dell'unitarietà del sistema, della sicurezza nell'uso della tecnologia e della salute dei cittadini, con delibera n. 967 del 6.7.2018, è stata recepita l'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il documento strategico per l'Health Technology Assessment dei dispositivi medici.

È stato delineato il livello regionale del processo di HTA individuando i soggetti istituzionali coinvolti e le attività utili a perseguire le finalità del legislatore. È cominciata la fase di mappatura e catalogazione delle richieste di nuove tecnologie (flusso delle richieste di acquisto di nuove tecnologie intese come dispositivi medici ed attrezzature/tecnologie elettromedicali) da parte delle Aziende Sanitarie nonché la definizione delle modalità di relazione tra Aziende Sanitarie e il livello regionale.

Vigilanza sui dispositivi medici

| | |
|------------------|---|
| Obiettivi | <i>Azioni di sorveglianza degli incidenti dei dispositivi medici</i> |
| Azioni | <i>Aggiornamento della rete di dispositivo vigilanza regionale e del sistema regionale per l'inserimento e l'analisi delle segnalazioni</i> |
| Risultati | <i>Nel 2018 le segnalazioni nel data base sono state 306</i> |

Referente Regionale della Dispositivo Vigilanza - RRV e Referenti aziendali RAV, figure previste dalla DGR n. 376 del 28.3.2017 contenente linee di indirizzo regionali in materia sorveglianza e vigilanza sui dispositivi medici, hanno collaborato provvedendo alla trasmissione immediata delle informazioni a tutti gli operatori coinvolti per la messa in atto delle azioni necessarie a seguito delle comunicazioni pervenute dal Ministero della Salute, autorità competente per la dispositivo vigilanza.

Inoltre gli stessi RAV continuano ad implementare la banca dati regionale di Dispositivo Vigilanza (attiva dal 2012), che ha consentito la creazione di un archivio delle segnalazioni di incidenti che coinvolgono i dispositivi.

Nel 2018 sono state registrate 306 segnalazioni, con una flessione del 21% rispetto al 2017, pari ad un tasso di segnalazione annuale di 62,4 segnalazioni per milione di abitanti (vs 79,2 del 2017). L'88% delle segnalazioni ha riguardato i dispositivi medici, circa il 9% diagnostici in vitro e la parte rimanente gli impiantabili attivi.

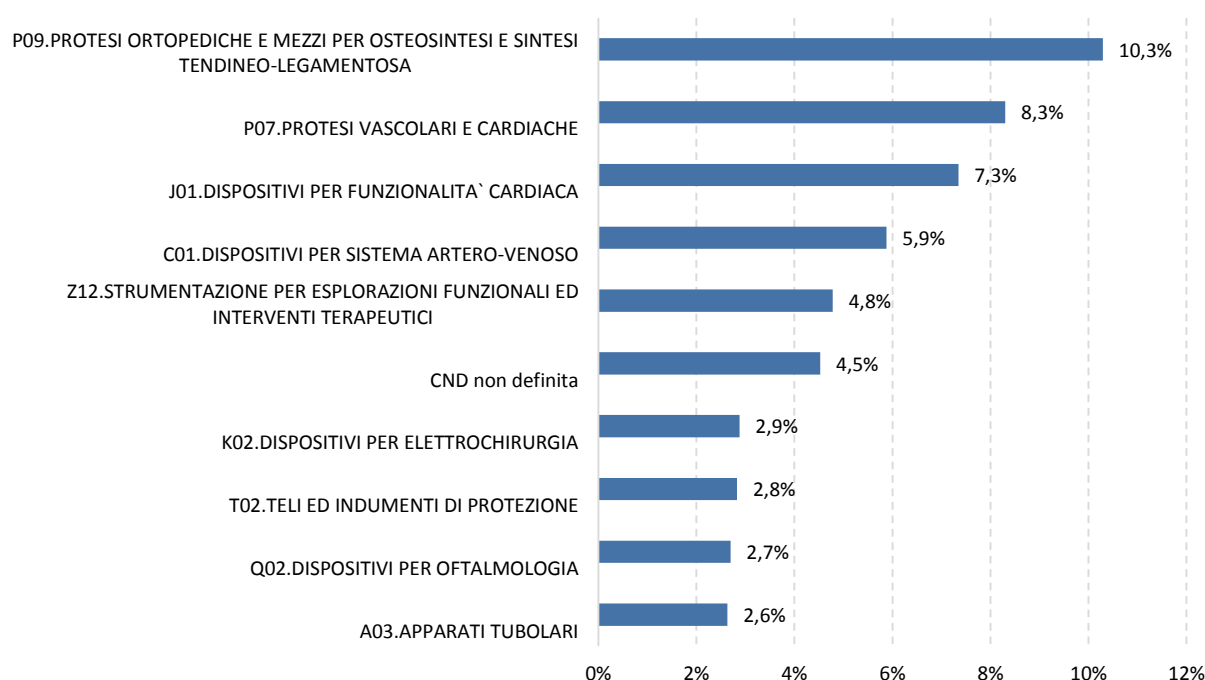
Dall'analisi è emerso che la categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (CND) maggiormente segnalata è la categoria P "dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi" (46%); seguono le categorie: C "Dispositivi per apparato cardiocircolatorio" (16%), J "dispositivi impiantabili attivi" (16%), A "dispositivi da somministrazione, prelievo, raccolta" (10%).

Spesa dispositivi medici e monitoraggio dei consumi

| | |
|------------------|--|
| Obiettivi | <i>Governo della spesa e potenziamento del monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici, dispositivi medici diagnostici in vitro e assistenza integrativa regionale</i> |
| Azioni | <i>Individuazione tetti di spesa per Azienda Sanitaria. Incontri con le Aziende Sanitarie che presentano i maggiori scostamenti dai tetti di spesa assegnati. Implementazione di un Cruscotto dinamico per il monitoraggio dei consumi e della spesa dei Dispositivi Medici. Ottimizzazione attuali flussi amministrativi.</i> |
| Risultati | <i>Aumento contenuto della spesa rispetto al 2017 (+2%) per DM e IVD</i> |

La Legge n. 228/2012 "Legge di stabilità 2013" ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici nella misura del 4,4% del FSN. Nel 2018 la spesa dei Dispositivi Medici, in lieve aumento rispetto al 2017, è risultata superiore al tetto nazionale di 1,5 punti percentuali: la spesa dei DM, esclusi i Dispositivi Medico Diagnostici in vitro (IVD), è stata di 433 milioni di euro (+2.2% vs 2017), la spesa degli IVD di 106 milioni di euro (0,9% vs 2017).

Per l'anno 2018 la Regione, con Decreto Area Sanità e Sociale n. 117/2018, ha assegnato alle Aziende Sanitarie i limiti di costo per i Dispositivi Medici. Il valore assegnato per i Dispositivi Medici (esclusi IVD) tiene conto sia della spesa sostenuta in ospedale, sia di quella relativa all'assistenza territoriale. Per quanto riguarda la spesa sostenuta in ospedale, una quota di DM ad alto impatto di spesa (area cardiologica, ortopedica e oculistica) è stata correlata a specifici interventi, definendo dei costi standard per tipologia di intervento. La quota rimanente è stata suddivisa in area chirurgica e in area medica. Gli ospedali sono stati classificati in cluster di complessità così come definiti dalla rete di assistenza ospedaliera (DGR 2122/2013) e successive modificazioni; per ciascun cluster è stato individuato il costo mediano per dimesso pesato. Il tetto assegnato per l'assistenza ospedaliera tiene conto del costo mediano e della casistica registrata nell'anno precedente. L'individuazione dei limiti di costo ha stimolato le aziende sanitarie a mettere in atto azioni mirate a migliorare l'appropriatezza prescrittiva, utilizzando anche i diversi strumenti di valutazione e di intervento messi a disposizione della Regione stessa (es. report mensile/trimestrale, linee di indirizzo sull'uso appropriato di particolari categorie di dispositivi, indicatori di appropriatezza).

Figura 6.3 – Incidenza % di spesa dei Dispositivi Medici per CND II livello (prime 10 voci di spesa), Veneto, 2018

In base ai dati dei flussi regionali relativi al consumo dei dispositivi medici, le prime 10 CND al II livello rappresentano circa il 52% della spesa complessiva dei dispositivi medici (esclusi gli IVD) per un valore di circa € 230 milioni (Figura 6.3). Analogamente al 2017, le protesi ortopediche e i mezzi per osteosintesi e sintesi tendineo-legamentosa (CND P09) sono la categoria a maggior spesa (45,4 milioni di €), costituita per il 64% da protesi d'anca (P0908; 34%) e mezzi per osteosintesi e sintesi tendineo-legamentosa (P0912; 29%). A differenza del 2017, la seconda CND per impatto di spesa è rappresentata da protesi vascolari e cardiache (CND P07) per un valore di circa 36,6 milioni di €, seguita dai dispositivi per funzionalità cardiaca (CND J01) che contano circa 32,4 milioni di €. Tra le protesi vascolari e cardiache, le endoprotesi (P0704; 54%) e le valvole cardiache (P0703; 38%) rappresentano circa il 92% del totale della spesa relativa alla CND P07; mentre i defibrillatori (J0105; 51%) e i pacemaker (J0101; 32%) contano circa il 83% del totale della spesa relativa ai dispositivi per funzionalità cardiaca (CND J01).

Assistenza Protesica "maggiore" e dispositivi medici monouso

In linea con le previsioni del DPCM 12.1.2017 che ha aggiornato i principi su cui si basa l'erogazione dei livelli essenziali dell'assistenza protesica, è stato predisposto il documento per l'individuazione delle specialità mediche abilitate alla prescrizione delle prestazioni che comportano la fornitura di protesi, ortesi e ausili tecnologici a carico del Servizio Sanitario Nazionale, nonché delle strutture da autorizzare alla prescrizione stessa, al fine di uniformare il comportamento prescrittivo sul territorio regionale.

Con DGR n. 230/2018 è stato assegnato alle Aziende Sanitarie l'obiettivo di trasmettere nel flusso regionale Assistenza Protesica, avviato dal 2016, il 100% della spesa caricata nel

cruscotto regionale. La copertura percentuale a livello regionale nel 2018 è risultata pari al 95% e solo due Aziende Sanitarie presentano un andamento inferiore al 90%.

La spesa per assistenza protesica e dispositivi medici monouso a livello regionale nel 2018 è stata di 49,6 milioni di euro; il costo pro capite pesato annuo è stato pari a euro 10,10, di poco superiore al limite di euro 9,50 assegnato per l'assistenza protesica con Decreto Area Sanità e Sociale n. 8/2018 (comprensivo di dispositivi extra-nomenclatore, cespiti e servizi accessori).

Per il monitoraggio della spesa di questa area, si è provveduto, come negli anni scorsi, all'invio alle Aziende Sanitarie di report mensili di rilevazione dei costi sostenuti sia attraverso il flusso AP che attraverso il cruscotto.

Inoltre a seguito dell'istituzione del Tavolo regionale per l'assistenza protesica –TRAP (DGR n.850/2017), è stato rivisto il percorso prescrittivo-autorizzativo-erogativo del trattamento domiciliare con Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree (CPAP) nella sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS) con l'adozione del modulo "Piano riabilitativo-assistenziale-individuale" (Decreto n. 64/2018).

Assistenza Integrativa (AIR) e monouso

In base al DPCM 12.1.2017 sui nuovi LEA, in questa area sono ricompresi: dispositivi per autocontrollo e autogestione del diabete, prodotti dispensati a favore di soggetti con celiachia, insufficienza renale cronica e malattie metaboliche congenite, ausili monouso inclusi nell'Allegato 2 dello stesso DPCM, preparati addensanti per persone con grave disfagia affette da malattie neuro-degenerative.

Con riferimento alla celiachia con DGR n. 1243 del 21.08.2018 di recepimento dell'Accordo Stato/Regioni 6.7.2017, si sono aggiornati i protocolli di diagnosi e monitoraggio della malattia e definiti i requisiti dei Centri di riferimento regionali. Si è inoltre avviato il processo di informatizzazione dei buoni cartacei per l'acquisto di alimenti senza glutine - rimborsato ai celiaci dal S.S.N secondo specifico budget mensile - che consentirà il frazionamento dello stesso nei vari canali di vendita (farmacie e/o esercizi commerciali autorizzati) con visibilità dell'importo residuo mensile al momento di ogni singolo acquisto, maggiore scelta dei prodotti e libera circolazione delle persone, anche oltre i limiti regionali.

Il Decreto n. 8/2018 già citato ha assegnato per l'assistenza integrativa un costo pro capite mediano per il 2018 pari a euro 16,00, calcolato tenendo conto dell'andamento dei consumi del 2016 e del periodo gennaio-agosto 2017; della riduzione del prezzo di rimborso dei dispositivi e del passaggio dei pazienti eleggibili al sistema FGM, contabilizzato nel conto economico dei dispositivi medici, per il diabete; della previsione calcolata sulla base dell'andamento regionale della spesa per celiachia, insufficienza renale cronica e disfagia; della spesa storica per i prodotti dispensati a soggetti con malattie metaboliche congenite; dell'andamento dei consumi del periodo aprile-dicembre 2017 per gli ausili monouso.

Nel 2018 la spesa sostenuta per dispositivi di autocontrollo del diabete è stata di 27,8 milioni di euro, ovvero -11,9% rispetto al 2017 grazie alla riduzione del prezzo di rimborso delle strisce reattive per la glicemia dal gennaio 2018 e al passaggio dei pazienti eleggibili al sistema FGM. La spesa regionale per i prodotti dietetici destinati ad alimentazione particolare (celiachia, insufficienza renale cronica e malattie metaboliche congenite) è stata di 17,6 milioni di euro, in aumento del 5,3% rispetto al 2017. Il 94,8% di questa spesa (16,7 milioni di euro; +6,0% vs 2017) è da attribuire agli alimenti per celiaci. La spesa per ausili monouso è stata di 34,1 milioni di euro. A livello regionale il costo pro capite pesato annuo è stato pari a euro 16,27, di poco superiore al limite fissato.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici
Area Sanità e Sociale - Veneto
Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
Telefono: 041 2793412 - Fax 041 2793468
e-mail: assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

7. Le reti cliniche

7.1 Rete clinica dei trapianti

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

La rete trapiantologica regionale si compone di un Coordinamento Regionale, la cui sede operativa si trova a Padova e di un sistema di Coordinamenti Ospedalieri per i trapianti, all'interno di ciascuna Azienda ULSS o Ospedaliera.

Della rete regionale fanno parte anche i dieci centri dove hanno sede i programmi di trapianto d'organo per il paziente in età adulta e pediatrica (polmoni, cuore, fegato, reni, pancreas) e tre poli di banking tissutale. (§ 3.2.4 - pag. 69-70).

Quadro di sintesi

Il Coordinamento Regionale per i Trapianti è una struttura di servizio e coordinamento per le strutture afferenti al Sistema Regionale Trapianti, promuove e coordina il monitoraggio dei potenziali donatori di organi e tessuti nelle strutture sanitarie del Veneto attraverso la gestione del Sistema Informativo Regionale ed il costante supporto ai Coordinamenti Ospedalieri, ai Centri Trapianto e alle Banche dei Tessuti nel Veneto; collabora con strutture pubbliche e private nell'attività d'informazione per l'educazione sanitaria e la crescita culturale nella popolazione in materia di donazione di organi e tessuti.

All'interno del paragrafo è possibile trovare i dati sull'attività di monitoraggio dei potenziali donatori, dei potenziali pazienti con cerebrolesioni, accertamenti di morte, attività trapiantologica, donazione tessuti.

Attività di monitoraggio

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

Nel 2018 sono stati monitorati, attraverso il DM, 11.174 decessi (18.333 nel 2017) avvenuti nelle strutture ospedaliere e nel territorio afferente ai coordinamenti trapianti delle Aziende Ospedaliere, Sanitarie e dell'Istituto Oncologico Veneto. Dal 10/08/2017 vengono registrati nel database solo i decessi in età 0-79 anni; nello stesso periodo sono state effettuate 851 registrazioni (993 nel 2017) concluse con altrettanti prelievi di donazioni dei tessuti da vivente (teste di femore, safene, membrana amniotica, opercoli cranici).

Registro cerebrolesi

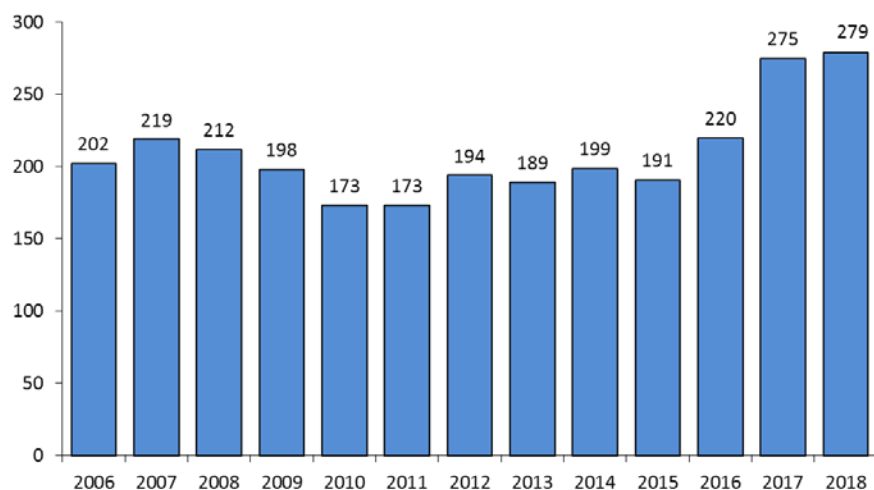
Il processo di procurement da donatore a cuore battente (HB) ha come punto di partenza l'attento monitoraggio dei pazienti con cerebrolesione acuta ricoverati in Terapia Intensiva. Il numero dei decessi in Terapia Intensiva con lesione cerebrale acuta risulta, quindi, un indicatore sensibile per valutare le potenzialità di donazione di organi della Regione. Il registro cerebrolesi del Donor Manager monitora i ricoveri, i decessi totali e i decessi dei pazienti con cerebrolesione acuta nelle Terapie Intensive.

Dai dati rilevati nelle 43 Terapie Intensive del Veneto monitorate, risultano un totale di 23.920 ricoveri (24.298 nell'anno precedente), con 2.581 decessi in totale (2.570 nel 2017) di cui 659 con cerebrolesioni (642 nel 2017).

Accertamenti di morte

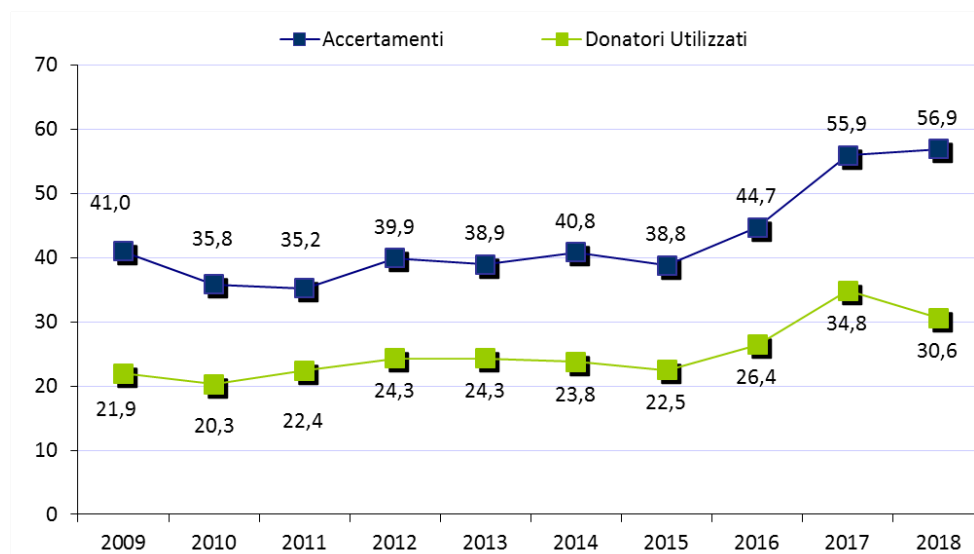
Sono stati eseguiti, nel 2018, 279 accertamenti di morte con attivazione del CAM (Collegio Accertamento della Morte), effettuati in Terapia Intensiva: in 150 casi si è potuto procedere al prelievo degli organi a scopo di trapianto.

Figura 7.1 – Accertamenti di morte, Veneto, 2006-2018 (Fonte: CRT)



Nel 24% dei casi si è verificata una opposizione alla donazione da parte dei congiunti aventi diritto del potenziale donatore, ampiamente al di sotto della media nazionale che è del 29,8%. L'età mediana del donatore segnalato è invece aumentata da 69 a 71 anni e l'inidoneità del donatore dal 15% al 17%. Il numero pmp (donatori per milione di popolazione, indicatore utile per raffronti a livello nazionale) dei donatori utilizzati in regione è stato pari a 30,6 rispetto ai 34,8 dello scorso anno, valore che si conferma al di sopra del dato nazionale rispettivamente pari a 22,6 vs 23,7.

Figura 7.2 – Trend pmp Accertamenti/Donatori utilizzati, Veneto, 2009-2018 (Fonte: CRT)



Per misurare oggettivamente il grado di efficienza, efficacia e qualità dei processi gestiti dal SRT sono stati elaborati degli indicatori specifici, condivisi a livello nazionale, presentati di

seguito. Questi indicatori dimostrano l'impegno dell'intera rete regionale al raggiungimento degli obiettivi della donazione.

Tabella 7.1 – Indicatori Sistema Regionale Trapianti, Veneto 2017-2018 (Fonte: CRT)

| Indicatore | Risultato Atteso | 2017 | 2018 |
|--|------------------|-------|-------|
| PROCUREMENT 1 (N. Don. Effettivi / DCLA in TI) | 15%-25% | 28,2% | 24,1% |
| PROCUREMENT 2 (N. Accertamenti/ DCLA in TI) | 20%-40% | 42,8% | 42,3% |
| QUALITA' (N. Don. Effettivi/ACM) | 30%-70% | 65,8% | 56,9% |

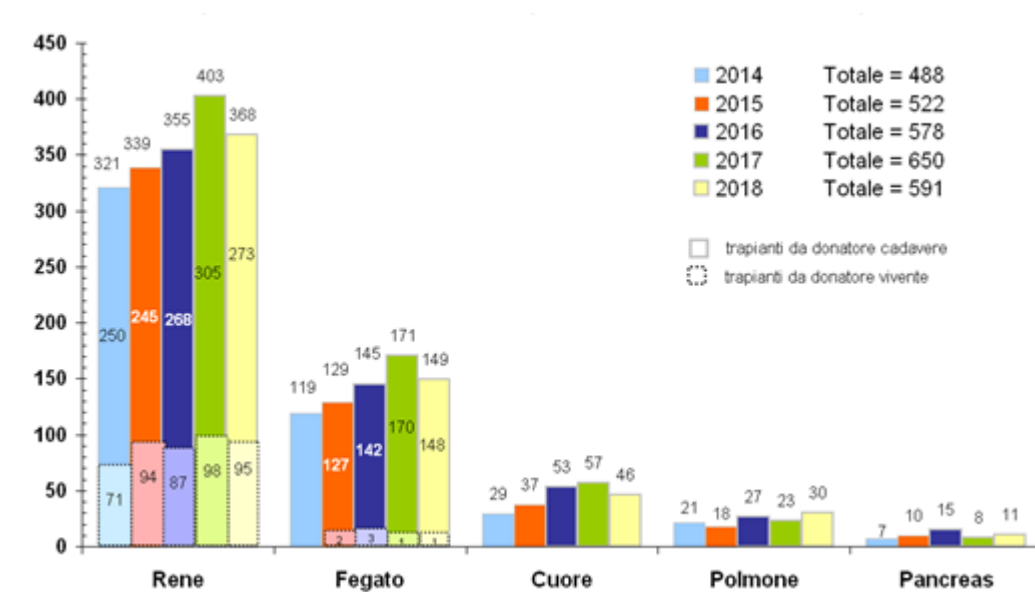
(Accertamenti: Accertamenti di morte con attivazione del Collegio Accertamento della Morte. Effettivi: Donatori ai quali è stato prelevato almeno un organo solido. Utilizzati: Donatori dei quali almeno un organo solido è stato utilizzato per trapianto.)

Attività trapiantologica

L'attività trapiantologica ha confermato l'andamento positivo degli ultimi anni, raggiungendo il numero di 591 trapianti totali, di cui 96 da donatore vivente (95 di rene e 1 di fegato). Il totale dei 591 trapianti comprende anche 2 trapianti combinati di rene e fegato, 11 di rene e pancreas.

I centri trapianto del Veneto contribuiscono al totale dei trapianti in Italia con il 17,3% dei trapianti di rene, l'11,9% di fegato, con il 19,7% di cuore, il 20,8% di polmone e il 26,8% di pancreas. Da segnalare inoltre la presenza dell'attività di trapianto in età pediatrica con 12 trapianti di rene da donatore cadavere e 4 da donatore vivente, 2 di cuore, 6 di fegato e 1 di polmone, tutti effettuati a Padova.

Figura 7.3–Numero trapianti per organo, Veneto, 2014-2018 (Fonte: CRT)
(Nel totale della legenda i trapianti combinati vengono conteggiati singolarmente)



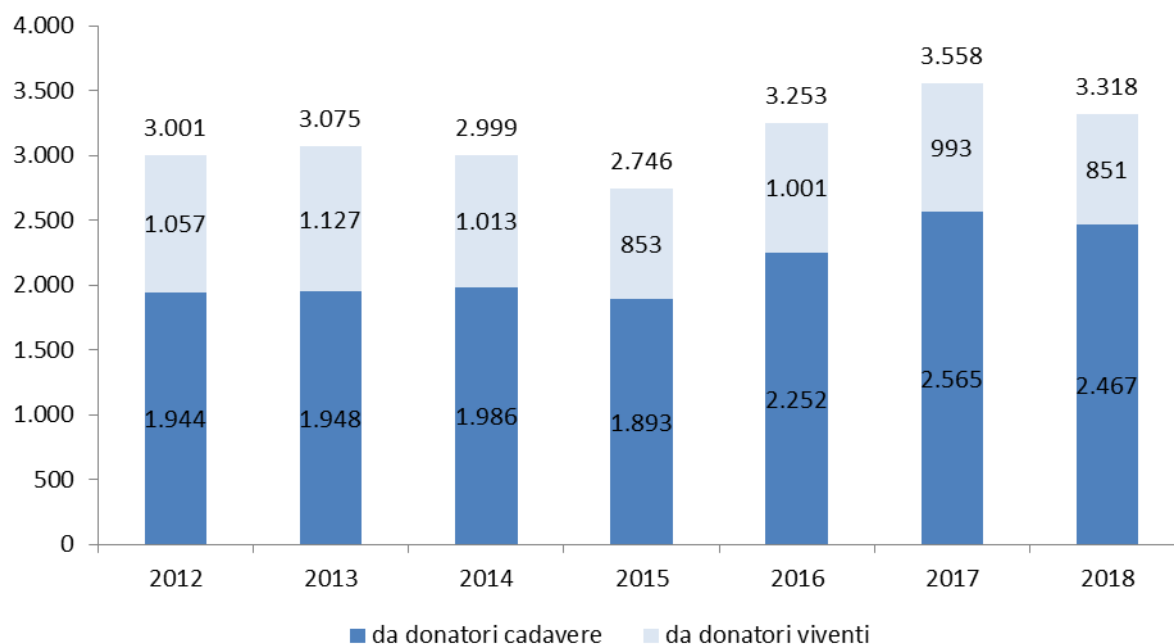
Donazione tessuti

Nell'ambito dell'attività di banking e distribuzione di tessuti, il CRT assume compiti di "governance" e coordinamento, come previsto dalla legge 91/1999 e dalla DE 23/2004. L'attività di procurement di tessuti in Regione ha registrato, anche nel 2018, un andamento positivo. Nel suo complesso la donazione dei tessuti da donatore cadavere a cuore battente, da donatore cadavere a cuore fermo e da vivente, conferma la leadership del Veneto che

contribuisce all'intera attività del procurement nazionale per il 27% e per il 43% dell'area NITp (Fonte: Newsletter Tessuti CNT "Attività di donazione tessuti registrata nel SIT").

In particolare nel 2018 si sono registrati 2.467 donatori di tessuti da cadavere (2.565 nel 2017) e 851 donatori da vivente (993 nel 2017); l'analisi per tipologia di tessuti procurati mostra che nel 6% dei casi sono state raccolte più tipologie di tessuti (6,6% nello scorso anno), quali tessuto valvolare, segmenti vascolari, tessuto muscolo-scheletrico e tessuto cutaneo. I tessuti oculari raccolti in Veneto nel 2018 sono stati 4.821 (5.045 nel 2017).

Figura 7.4–Donatori di tessuti per tipologia, Veneto, 2012-2018 (Fonte: CRT)



Approfondimenti

- CRT: "Sintesi di Attività Gennaio - Dicembre 2018" (<http://www.crtveneto.it>)
- NITp: "Report di attività 2018-Prelievo e trapianti di organi" (<http://www.policlinico.mi.it/nitp>)
- CNT: "Attività di donazione e trapianto – Dati definitivi al 31 dicembre 2018" - (<http://www.trapianti.salute.gov.it/cnt>)

Recapiti per ulteriori informazioni

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

7.2 Rete dell'ictus

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

La programmazione regionale individua come obiettivo strategico il consolidamento delle reti cliniche integrate anche con il territorio, tra le quali la rete ictus (§ 3.2.4 - pag. 67).

Quadro di sintesi

L'ictus è una patologia che richiede una diagnosi tempestiva ed un trattamento in urgenza con necessità di percorsi dedicati in grado di garantire l'accesso del paziente in acuto a protocolli diagnostici e terapeutici ben definiti in strutture specialistiche adeguate. La rete ictus è la risposta organizzativa in grado di garantire la tempestività della presa in carico del paziente, in particolare per consentire ai pazienti candidabili l'accesso tempestivo alla rivascolarizzazione.

Assetto della rete

Con il Provvedimento del 3 febbraio 2005 della Conferenza Stato-Regioni relativo all'ictus cerebrale, denominato "Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale", veniva data particolare attenzione ai tre livelli operativi nell'assistenza all'ictus, e in particolare alla Stroke Unit, area assistenziale dedicata e strutturalmente definita per il trattamento dei pazienti con ictus, e che si avvale di personale specializzato in grado di garantire un approccio multidisciplinare.

La Regione Veneto, con DGR n. 4453 del 28/12/2006 ha recepito il documento tecnico del gruppo di esperti sulla gestione ed il trattamento in urgenza ed emergenza dell'ictus cerebrale nel quale veniva ribadita la necessità di attuare interventi efficaci ed appropriati per ogni paziente colpito da ictus, adottando strategie organizzative a livello di area vasta e la necessità di riorganizzare le aree dedicate alla cura dell'ictus.

Successivamente, con DGR n. 4198 del 30/12/2008, veniva istituita la Rete integrata per la gestione ed il trattamento dell'ictus in fase acuta, attivata con Decreto n. 125 del 30.12.2009 del Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sanitari e pertanto attiva dal 2010.

Il modello di rete proposto per la gestione dell'ictus in fase acuta era del tipo "Hub and Spoke" con un'articolazione su tre livelli: Unità di Ictus di 2° livello – Unità di Ictus di 1° livello – Aree dedicate all'Ictus. La DGR istitutiva della rete per la gestione dell'Ictus in fase acuta, in accordo agli indirizzi della Conferenza Stato Regioni del 2005, prevedeva la suddivisione del percorso del paziente in 3 fasi (pre-ospedaliera, ospedaliera e post ospedaliera), rinviando ad un successivo provvedimento la riorganizzazione della fase post-acuta.

Il percorso si è infine completato con l'approvazione da parte della Giunta Regionale con DGR n. 7 del 9/1/2013 del documento "Linee di indirizzo per la gestione della fase post –acuta dell'ictus", finalizzato a garantire interventi riabilitativi adeguati per tutti i soggetti affetti da ictus attraverso un sistema a rete integrata di servizi tale da consentire una tempestiva presa in carico, adeguati livelli di cura, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione.

La presenza di una rete ictus a livello regionale è inoltre prevista dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.", che peraltro stabilisce dei requisiti sovrapponibili a quelli proposti dal provvedimento istitutivo della rete ictus del Veneto nel 2008 e che è stato recepito con la DGR n. 1527 del 3 novembre 2015.

Monitoraggio dell'attività della rete

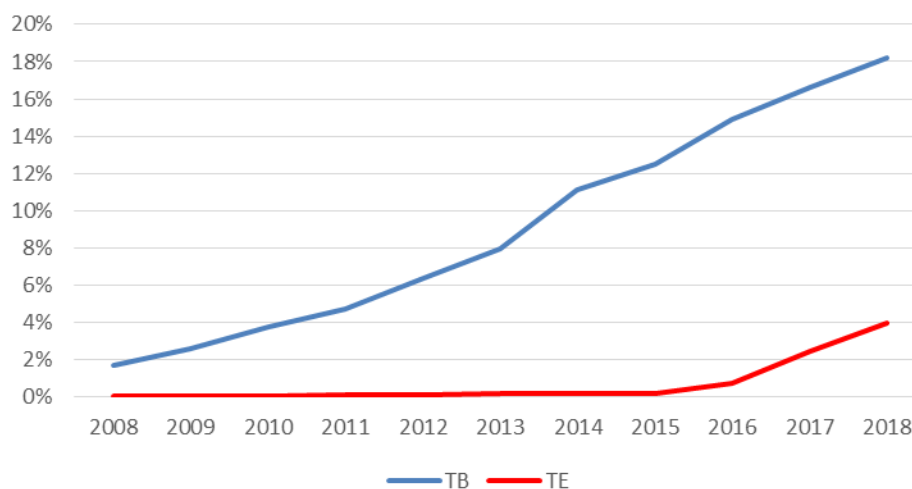
L'analisi dell'andamento della gestione dell'ictus in fase acuta nel periodo 2008-2018 ha visto un costante incremento del numero di trombolisi praticate sia da parte delle unità di I che di II livello, soprattutto nei centri di I livello che hanno registrato un significativo incremento del numero di prestazioni. E' da sottolineare, inoltre, come i trattamenti trombolitici siano stati praticati sin dal 2010 presso tutte le unità ictus individuate. L'importante incremento dei trattamenti conferma la validità di tale modello assistenziale e l'importanza di valide campagne informative sul corretto accesso ai servizi di emergenza-urgenza da parte della cittadinanza, imprescindibile in tutte le patologie acute tempo dipendenti. Inoltre, l'analisi dei dati relativi al 2018, pone in evidenza l'importante ruolo della trombectomia quale tecnica di rivascolarizzazione effettuata nelle Unità II livello.

Nella Tabella 7.2 e nella Figura 7.5 sono riportati i dati relativi agli eventi di ictus ischemico trattati con trombolisi (TB, codice procedura 99.10) o trombectomia (TE, codice procedura 39.74). Nel periodo 2008-2018, si evidenzia il continuo incremento della trombolisi, che nel 2018 ha riguardato il 18% degli eventi ischemici; a questa procedura nel corso degli ultimi anni si è affiancata la rimozione meccanica, con una percentuale del 4% di eventi trattati con trombectomia, che rappresenta il 18% (234/1319) degli interventi praticati nel corso del 2018. Si precisa che la percentuale complessiva di eventi trattati con trombolisi o trombectomia non coincide con la somma dei singoli trattamenti, dato che nel corso dello stesso evento possono essere stati effettuati entrambi i trattamenti.

Tabella 7.2 - Eventi di Ictus ischemico trattati con trombolisi (TB) o trombectomia (TE). Residenti in Veneto, anni 2008-2018 (Fonte: Azienda Zero - SER *Nota: il 2018 non è comprensivo della mobilità interregionale passiva*)

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| N. eventi | 5.318 | 5.708 | 5.817 | 5.633 | 5.857 | 5.984 | 6.157 | 6.303 | 6.361 | 6.119 | 5.953 |
| Di cui con Trombolisi | 91 | 145 | 218 | 266 | 373 | 476 | 68 | 786 | 946 | 1.017 | 1.085 |
| %Trombolisi | 2% | 3% | 4% | 5% | 6% | 8% | 11% | 12% | 15% | 17% | 18% |
| Di cui con Trombectomia | 0 | 1 | 2 | 5 | 5 | 10 | 11 | 11 | 47 | 148 | 234 |
| %Trombectomia | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% | 2% | 4% |
| Di cui con TB o TE | 91 | 146 | 220 | 270 | 375 | 479 | 687 | 793 | 967 | 1.083 | 1.193 |
| %TB o TE | 2% | 3% | 4% | 5% | 6% | 8% | 11% | 13% | 15% | 18% | 20% |

Figura 7.5 - Proporzione di Ictus ischemici trattati con trombolisi (TB) o trombectomia (TE). Residenti in Veneto, anni 2008-2018 (Fonte: Azienda Zero - SER *Nota: il 2018 non è comprensivo della mobilità interregionale passiva*)



In Tabella 7.3 è riportata la distribuzione degli eventi ictus ischemico occorsi ai residenti nelle

Aziende ULSS del Veneto nel corso del 2018, e del tipo di trattamento. Si evidenzia l'elevata percentuale di soggetti trattati nell'Azienda ULSS Scaligera mentre il dato più contenuto è relativo ai residenti dell'Azienda Marca Trevigiana.

Tabella 7.3 - Eventi di ictus ischemico e relativo trattamento per Azienda ULSS di residenza. Anno 2018
(Fonte: Azienda Zero - SER Nota: il 2018 non è comprensivo della mobilità interregionale passiva)

| Azienda ULSS di residenza | N. eventi | Di cui con TB | % TB | Di cui con TE | % TE | TB o TE | % TB o TE |
|---------------------------|--------------|---------------|------------|---------------|-----------|--------------|------------|
| 1-Dolomiti | 271 | 55 | 20% | 3 | 1% | 56 | 21% |
| 2-Marca Trevigiana | 985 | 109 | 11% | 21 | 2% | 120 | 12% |
| 3-Serenissima | 733 | 91 | 12% | 27 | 4% | 106 | 14% |
| 4-Veneto Orientale | 270 | 37 | 14% | 2 | 1% | 38 | 14% |
| 5-Polesana | 330 | 71 | 22% | 16 | 5% | 78 | 24% |
| 6-Euganea | 1.161 | 197 | 17% | 60 | 5% | 236 | 20% |
| 7-Pedemontana | 466 | 76 | 16% | 16 | 3% | 83 | 18% |
| 8-Berica | 592 | 124 | 21% | 14 | 2% | 130 | 22% |
| 9-Scaligera | 1.145 | 325 | 28% | 74 | 6% | 346 | 30% |
| TOTALE | 5.953 | 1.085 | 18% | 233 | 4% | 1.193 | 20% |

All'interno del territorio delle ULSS vi sono in realtà situazioni alquanto differenziate. Ad esempio, nel territorio della ULSS 2-Marca Trevigiana si passa dal 5% di pazienti residenti nella ex ULSS di Pieve di Soligo trattati con trombolisi, al 18% della ex ULSS di Treviso, mentre per i residenti nella ex ULSS di Verona gli eventi di ictus trattati sono il 36%, rispetto al dato medio della ULSS 9-Scaligera pari al 30%.

Per quanto concerne la dimissione dei pazienti verso strutture o reparti di riabilitazione in seguito all'evento, in Tabella 7.4 sono presentati i dati relativi sia alle dimissioni in "Riabilitazione/Lungodegenza", così come riportato nel campo "modalità di dimissione", sia i reali trasferimenti presso le Unità Operative di riabilitazione, ricavati in questo caso considerando i ricoveri in reparti di riabilitazione (codice disciplina 56 e 75) effettuati lo stesso giorno della dimissione dall'evento acuto; si precisa che nel calcolo dei valori percentuali sono stati esclusi dal denominatore i deceduti. Per garantire il confronto temporale è stato necessario considerare congiuntamente i trasferimenti in Riabilitazione e Lungodegenza, dal momento che i codici di modalità di dimissione 7 e 8 hanno assunto significati diversi nel corso degli anni.

Tabella 7.4 - Eventi di ictus ischemico per dimissione presso strutture/unità di riabilitazione e lungodegenza. Residenti in Veneto, anni 2008-2018

(Fonte: Azienda Zero - SER Nota: il 2018 non è comprensivo della mobilità interregionale passiva)

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| N. eventi (escluso deceduti) | 4.719 | 5.100 | 5.178 | 5.053 | 5.188 | 5.361 | 5.536 | 5.603 | 5.753 | 5.451 | 5.339 |
| Modalità di dimissione "Riabilitazione/Lungodegenza" | 778 | 885 | 945 | 997 | 1.046 | 1.184 | 1.100 | 1.159 | 1.050 | 1.023 | 902 |
| | 16% | 17% | 18% | 20% | 20% | 22% | 20% | 21% | 18% | 19% | 17% |
| Ricovero in "Riabilitazione" contestuale alla dimissione | 636 | 658 | 715 | 732 | 741 | 825 | 821 | 912 | 908 | 897 | 697 |
| | 13% | 13% | 14% | 14% | 14% | 15% | 15% | 16% | 16% | 16% | 13% |

Relativamente alla modalità di arrivo in Pronto Soccorso, calcolata utilizzando il flusso EMUR-PS, ovvero verificando la presenza di un accesso presso il Pronto Soccorso il giorno precedente

o il medesimo giorno del ricovero per ictus ischemico, dalla Tabella 7.5 si evidenzia come la percentuale di accessi utilizzando il SUEM 118 sia rimasta sostanzialmente stabile nel corso degli anni con valori attorno al 60%.

Tabella 7.5 - Eventi di ictus ischemico per modalità di accesso al Pronto Soccorso. Residenti in Veneto, anni 2009-2018. (Fonte: Azienda Zero - SER *Nota: il 2018 non è comprensivo della mobilità interregionale passiva*)

| Anno | Eventi transitati in PS | Modalità arrivo in PS | | | | | |
|------|-------------------------|-----------------------|-----|--------------|-----|-------|----|
| | | Trasporto 118 | | Mezzi propri | | Altro | |
| | | N | % | N | % | N | % |
| 2009 | 4.622 | 2.704 | 59% | 1.669 | 36% | 249 | 5% |
| 2010 | 5.044 | 2.957 | 59% | 1.829 | 36% | 258 | 5% |
| 2011 | 5.013 | 2.952 | 59% | 1.851 | 37% | 210 | 4% |
| 2012 | 5.236 | 3.239 | 62% | 1.762 | 34% | 235 | 4% |
| 2013 | 5.481 | 3.224 | 59% | 2.034 | 37% | 223 | 4% |
| 2014 | 5.668 | 3.404 | 60% | 2.084 | 37% | 180 | 3% |
| 2015 | 5.834 | 3.513 | 60% | 2.160 | 37% | 161 | 3% |
| 2016 | 5.910 | 3.541 | 60% | 2.227 | 38% | 142 | 2% |
| 2017 | 5.783 | 3.489 | 60% | 2.179 | 38% | 115 | 2% |
| 2018 | 5.730 | 3.405 | 59% | 2.215 | 39% | 110 | 2% |

Approfondimenti

- DGR n. 4453 del 28 dicembre 2006 "Recepimento documento tecnico sulla gestione ed il trattamento dell'ictus cerebrale in urgenza ed emergenza"
- DGR n. 4198 del 30 dicembre 2008 "Istituzione della rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta nella Regione Veneto".
- DGR n. 495 del 16 aprile 2013 "Progetto formativo rivolto alle figure professionali che operano nell'ambito della fase acuta dell'ictus".
- Decreto del Segretario Regionale per la Sanità n. 64 del 11.04.2012 "Gruppo Tecnico Regionale per la riorganizzazione della fase post-acuta dell'ictus"
- DGR n. 7 del 9 gennaio 2013 "Linee di indirizzo per la gestione della fase post-acuta dell'ictus"

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Governo Clinico-Assistenziale – Azienda Zero – Regione del Veneto

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 0498778333

e-mail: governo.clinico@azero.veneto.it

7.3 Rete dell'infarto acuto del miocardio

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

La programmazione regionale individua come obiettivo strategico il consolidamento delle reti cliniche, tra le quali la rete dell'infarto miocardico acuto – IMA (Le reti cliniche integrate anche con il Territorio, § 3.2.4 - pag. 67).

Quadro di sintesi

La rete di assistenza ai pazienti con infarto acuto del miocardio (IMA) è organizzata secondo il modello Hub and Spoke, con centri di riferimento e periferici coordinati tra loro, e la condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi intra-ospedalieri. Nell'ultimo decennio si è verificato un sostanziale aumento dei soggetti con IMA sottoposti ad angioplastica coronarica. Nel caso di infarto con sopraslivellamento del tratto ST, la percentuale complessiva di pazienti trattati lo stesso giorno di esordio dell'evento è salita al 54%.

L'approccio alle malattie cardiovascolari e alle sindromi coronariche acute è stato oggetto di una serie di studi da parte di gruppi tecnici regionali sulla gestione extraospedaliera dell'IMA, in considerazione dell'efficacia della trombolisi precoce e dell'angioplastica primaria nel ridurre significativamente la mortalità.

Con la DGR n. 4299 del 29.12.2004, è stato adottato il documento "Istituzione della Rete interospedaliera per il trattamento dei pazienti affetti da infarto miocardico acuto nell'ambito di una strategia terapeutica integrata (Fibrinolisi ed Angioplastica)" affidando contestualmente al CREU la realizzazione di una campagna di informazione tesa ad un miglior uso del Sistema 118, e la definizione di un percorso comune per i soggetti attori della rete IMA.

In considerazione del fatto che la gestione appropriata dei soggetti con IMA è finalizzata alla riduzione dei tempi di accesso al trattamento, alla maggior diffusione dell'uso della trombolisi precoce e all'aumento del numero delle rivascolarizzazioni coronariche, con garanzia di accesso all'angioplastica, con la DGR n. 4550 del 28.12.2007, si è optato per la realizzazione di una rete assistenziale interospedaliera che coinvolge tutte le strutture secondo il modello organizzativo "Hub and Spoke", con la presenza di centri di riferimento (Hub) e di centri periferici (Spoke) coordinati tra di loro, in applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi interospedalieri condivisi.

La presenza di una rete per il trattamento in emergenza dell'infarto miocardico acuto (IMA) a livello regionale è inoltre prevista dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.", che peraltro stabilisce dei requisiti sovrapponibili a quelli proposti dal provvedimento istitutivo della rete veneta nel 2008 e che è stato recepito con la DGR n. 1527 del 3 novembre 2015.

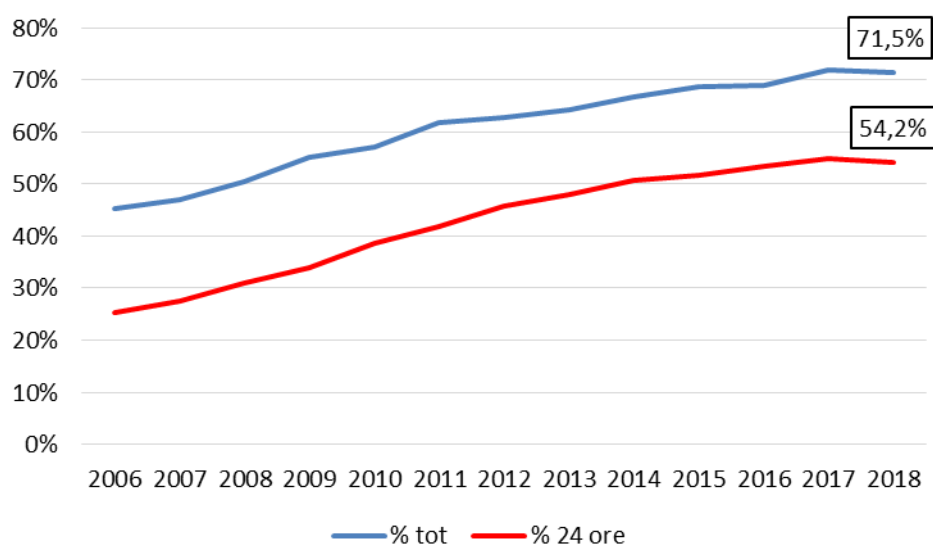
Le analisi di seguito riportate includono i ricoveri dei residenti nel Veneto sia in strutture regionali che fuori Regione (mobilità passiva), eccetto che per il 2018 per cui quest'ultimo dato non è ancora disponibile. Per quanto concerne l'approccio terapeutico ai pazienti con diagnosi di IMA, si è assistito a un progressivo incremento dei soggetti sottoposti a intervento di angioplastica coronarica, sia per gli eventi STEMI che NSTEMI, ed è rilevante il fatto che la proporzione di eventi di STEMI sottoposti ad angioplastica lo stesso giorno di esordio dell'evento sia cresciuta dal 25,3% del 2006 al 54,2% del 2018, a fronte di una quota di

rivascolarizzazioni complessiva pari al 71,5% nel 2018. Il ricorso all'angioplastica primaria negli eventi STEMI decresce all'aumentare dell'età ed è maggiore nel sesso maschile almeno fino ai 74 anni. Entrambi i dati sono in linea con la letteratura maggiormente accreditata. Dalla Tabella 7.6 e dalla Figura 7.6, nelle quali è riportato il ricorso all'angioplastica in occasione di IMA STEMI sia nel corso dell'evento che nel giorno indice, inteso come il medesimo giorno dell'accesso in ospedale, si evidenzia un costante incremento delle percentuali di rivascolarizzazione con una flessione nel corso dell'ultimo anno il cui dato non comprende però la mobilità passiva interregionale.

Tabella 7.6 - Numero di eventi di IMA STEMI ospedalizzati (N), percentuale di eventi con angioplastica durante l'evento (%) ed entro 24 ore dal suo esordio (% 24 ore). Residenti in Veneto, 2006-2018* (*Anno 2018 mobilità passiva interregionale non disponibile).

| Anno | Eventi | Angioplastica | |
|-------|--------|---------------|----------|
| | N | % | % 24 ore |
| 2006 | 4.555 | 45,2 | 25,3 |
| 2007 | 4.366 | 47,1 | 27,5 |
| 2008 | 4.274 | 50,4 | 31,0 |
| 2009 | 4.067 | 55,2 | 33,9 |
| 2010 | 3.880 | 57,2 | 38,6 |
| 2011 | 3.679 | 61,9 | 41,7 |
| 2012 | 3.543 | 62,8 | 45,8 |
| 2013 | 3.350 | 64,2 | 48,0 |
| 2014 | 3.323 | 66,7 | 50,8 |
| 2015 | 3.370 | 68,7 | 51,6 |
| 2016 | 3.351 | 68,9 | 53,3 |
| 2017 | 3.243 | 72,0 | 54,9 |
| 2018* | 3.164 | 71,5 | 54,2 |

Figura 7.6 - Residenti in Veneto 2006-2018. Numero di eventi di IMA STEMI ospedalizzati (N), percentuale di eventi con angioplastica durante l'evento (%) ed entro 24 ore dal suo esordio (% 24 ore).



Dalla Tabella 7.7, nella quale 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 intraaziendale sia per le angioplastiche effettuate durante l'evento (64,8-81,4) che nel giorno indice (41,8-65,8). Dalla Tabella 7.8,

nella quale è riportato il confronto tra il primo e l'ultimo anno d'osservazione, emerge il maggior incremento sia appannaggio delle classi d'età più avanzate. In Tabella 7.9 si riporta la percentuale di soggetti con IMA transitati presso una UOC di Cardiologia ed emerge come tale percentuale nel corso del periodo analizzato sia incrementata per gli STEMI attestandosi agli stessi valori dei NSTEMI.

Tabella 7.7 - Numero di eventi di IMA STEMI ospedalizzati (N), percentuale di eventi con angioplastica durante l'evento (%) ed entro 24 ore dal suo esordio (% 24 ore). Residenti in Veneto, 2017-2018* (*Anno 2018 mobilità passiva interregionale non disponibile).

| Azienda di residenza | Eventi | Angioplastica | |
|----------------------|--------|---------------|----------|
| | N | % | % 24 ore |
| 1-Dolomiti | 292 | 77,1 | 65,8 |
| 2-Marca Trevigiana | 1.065 | 74,8 | 59,0 |
| 3-Serenissima | 845 | 81,4 | 61,8 |
| 4-Veneto Orientale | 268 | 76,1 | 63,8 |
| 5-Polesana | 334 | 76,3 | 58,1 |
| 6-Euganea | 1.466 | 65,2 | 41,8 |
| 7-Pedemontana | 396 | 73,5 | 59,1 |
| 8-Berica | 625 | 64,8 | 52,3 |
| 9-Scaligera | 1.116 | 69,5 | 55,2 |
| VENETO | 6.407 | 71,7 | 54,6 |

Tabella 7.8 - IMA STEMI. Confronto 2006-2018* tra la percentuale di eventi con angioplastica (%) e classe d'età. Residenti in Veneto (*Anno 2018 mobilità passiva interregionale non disponibile).

| Classe d'età | Angioplastiche totali | | | Angioplastiche 24h | | |
|--------------|-----------------------|-------|------|--------------------|-------|------|
| | 2006 | 2018* | Δ% | 2006 | 2018* | Δ% |
| 0-44 | 74,4% | 87,6% | 18% | 48,1% | 75,3% | 57% |
| 45-64 | 71,8% | 88,9% | 24% | 40,9% | 71,6% | 75% |
| 65-74 | 57,1% | 80,9% | 42% | 31,3% | 61,5% | 96% |
| 75-84 | 31,2% | 67,7% | 117% | 16,1% | 46,1% | 186% |
| 85+ | 8,1% | 30,9% | 281% | 5,0% | 20,8% | 316% |

Tabella 7.9 - Numero di eventi di IMA ospedalizzati (N) e percentuale di transitati in Cardiologia-UCIC per tipo infarto. Residenti in Veneto, 2006-2018* (*Anno 2018 mobilità passiva interregionale non disponibile).

| Anno | Tipo infarto | | | | | |
|-------|----------------|-------------|---------------|-------------|--------|-------------|
| | Infarto NSTEMI | | Infarto STEMI | | Totale | |
| | N | % Card/UCIC | N | % Card/UCIC | N | % Card/UCIC |
| 2006 | 2.685 | 76,1 | 4.555 | 69,3 | 7.240 | 71,9 |
| 2007 | 2.671 | 77,1 | 4.366 | 68,1 | 7.037 | 71,5 |
| 2008 | 2.588 | 77,4 | 4.274 | 70,8 | 6.862 | 73,3 |
| 2009 | 2.670 | 75,1 | 4.067 | 71,7 | 6.737 | 73,0 |
| 2010 | 2.879 | 79,2 | 3.880 | 70,8 | 6.759 | 74,4 |
| 2011 | 2.928 | 76,9 | 3.679 | 72,4 | 6.607 | 74,4 |
| 2012 | 3.044 | 79,1 | 3.543 | 72,2 | 6.587 | 75,4 |
| 2013 | 3.084 | 80,1 | 3.350 | 74,5 | 6.434 | 77,2 |
| 2014 | 3.238 | 80,7 | 3.323 | 75,1 | 6.561 | 77,9 |
| 2015 | 3.367 | 80,3 | 3.370 | 77,3 | 6.737 | 78,8 |
| 2016 | 3.479 | 80,3 | 3.351 | 77,0 | 6.830 | 78,7 |
| 2017 | 3.433 | 78,9 | 3.243 | 79,3 | 6.676 | 79,1 |
| 2018* | 3.259 | 79,4 | 3.164 | 78,6 | 6.423 | 79,0 |

Approfondimenti Metodologici

Rapporto SER [L'ospedalizzazione in Veneto dal 2006 al 2015](#), gennaio 2017

[DGR n. 4550 del 28 dicembre 2007](#) Rete integrata interospedaliera per il trattamento in emergenza dell'infarto miocardico acuto (IMA) nella Regione Veneto - Disposizioni applicative.

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Governo Clinico-Assistenziale – Azienda Zero – Regione del Veneto

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 0498778333

e-mail: governo.clinico@azero.veneto.it

7.4 Rete attività trasfusionale

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

Le reti cliniche integrate anche con il Territorio. (§ 3.2.4 - pag. 67)

Strutture e attività a supporto della programmazione. - Il Sistema Centri regionale. - Coordinamenti regionali e programmi regionali. (§ 4.4.4 - pag. 139)

Quadro di sintesi

Il CRAT (Centro Regionale Attività Trasfusionale), struttura afferente ad Azienda Zero, garantisce il coordinamento della rete trasfusionale regionale attraverso attività di programmazione e controllo tecnico-scientifico sui Dipartimenti Interaziendali per le Attività Trasfusionali (DIMIT), attuando gli obiettivi della Legge 21 ottobre 2005, n. 219 "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati".

L'ambito trasfusionale comprende attività di produzione e prestazioni di diagnosi e cura.

Gli obiettivi principali del Sistema sangue regionale possono essere declinati come segue:

- l'autosufficienza regionale e nazionale in sangue ed emocomponenti;
- l'autosufficienza regionale ed interregionale in medicinali plasmaderivati;
- la qualità e la sicurezza trasfusionale sviluppata attraverso i processi di Autorizzazione e Accreditamento istituzionale e le verifiche dell'Industria di frazionamento per la conformità agli standard di funzionamento europei (Good Manufacturing Practice) nella produzione del plasma;
- l'ottimizzazione del modello organizzativo dipartimentale in relazione alla complessità della rete ospedaliera pubblica e privata del territorio di competenza;
- il consolidamento della Rete delle Banche del sangue del cordone ombelicale;
- lo sviluppo della contabilità analitica quale strumento per la promozione delle buone prassi organizzative.

Autosufficienza regionale e nazionale in sangue ed emocomponenti

Nel 2018 il Veneto ha confermato l'autosufficienza interna in sangue ed emocomponenti per la complessa attività sanitaria erogata, grazie al modello a rete che garantisce i bisogni trasfusionali anche nelle realtà dove per l'elevata e qualificata attività sanitaria la raccolta locale non sarebbe sufficiente. Nel quadro dell'autosufficienza, la strategia regionale, confermata negli anni, è quella di un forte impegno nella raccolta pubblica affiancata da una quota significativa assegnata in convenzione al Volontariato di AVIS. È stato registrato nel 2018 un lieve calo dei volumi di raccolta di sangue intero rispetto all'anno precedente, accompagnato da un analogo trend per il trasfuso. Il contributo all'autosufficienza nazionale per il 2018 è stato di quasi 9.000 unità di emazie, in lieve flessione rispetto all'anno precedente.

Il Registro Sangue 2018, che contiene dati relativi ai donatori e all'attività trasfusionale, rappresenta una situazione sostanzialmente stabile per quanto riguarda l'autosufficienza regionale:

- oltre 154mila donatori, il 12% diventati tali in corso d'anno, il 92% periodici e il 97% appartenenti ad una Associazione/Federazione
- circa 256mila procedure di raccolta di sangue intero, di cui il 13% effettuate da AVIS in convenzione, e 42mila procedure di plasmaferesi
- circa 240mila emazie e 30mila unità di plasma trasfuse
- circa 10mila emazie scambiate tra i DIMIT per l'autosufficienza regionale.

Autosufficienza regionale ed interregionale (NAIP) in medicinali plasmaderivati (MDP)

Al fine di contribuire al raggiungimento dell'obiettivo prioritario dell'autosufficienza in medicinali plasmaderivati (MDP) si è stipulato fin dal 1998 un Accordo Interregionale di 11 Regioni e Province Autonome per la Plasmaderivazione (AIP), con il Veneto in qualità di Regione Capofila, che ha permesso un più elevato livello di autosufficienza degli aderenti grazie all'interscambio dei prodotti. Nel 2016 è stato creato un nuovo accordo interregionale (NAIP), partecipato da 9 Regioni e Province Autonome, che conferisce dal mese di maggio 2017 il plasma a CSL Behring, industria biofarmaceutica leader mondiale del settore.

È compito assegnato al CRAT predisporre una programmazione riguardante il fabbisogno dei MDP che porta alla formulazione di due Piani di distribuzione di MDP, uno extraregionale riguardante il NAIP e uno intraregionale per le Farmacie delle Aziende sanitarie. Il risultato operativo dell'attività 2018 è stata una copertura della richiesta interna del 100% dei MDP oggetto del paniere dell'attuale Ditta di frazionamento (CSL Behring S.p.A.) e della precedente convenzione (Kedrion S.p.A.) grazie alle scorte del magazzino, eccetto per le Immunoglobuline polivalenti dove la domanda pubblica è stata garantita per circa il 90% del fabbisogno complessivo. Il Veneto ha quindi confermato la sostanziale autosufficienza in MDP, grazie alla lavorazione del plasma raccolto dai propri donatori.

Il monitoraggio dell'utilizzo dei MDP conferma la strategicità dell'azione dei Comitati per il Buon Uso del Sangue (CoBus) e più in generale degli Organismi del DIMT per promuovere una incisiva azione sull'appropriatezza dell'utilizzo degli stessi, in particolare dell'albumina per ricondurne i consumi a volumi analoghi a quelli di gran parte dei paesi europei di pari livello sanitario, seppur appaiono in espansione alcuni indirizzi clinici.

L'autosufficienza raggiunta, in un contesto di necessaria sostenibilità complessiva, ha imposto valutazioni regionali per un maggior allineamento tra domanda appropriata di MDP e produzione di plasma per il frazionamento industriale in termini di maggiore efficienza della raccolta in aferesi attraverso l'adozione di modelli organizzativi coerenti con economie di scala (DGR n. 954/13, in recepimento dell'Accordo Stato Regioni n. 149/12).

Con riferimento ai dati di conferimento del plasma e di distribuzione di MDP nel 2018, sono stati ritirati dall'Industria 28mila litri di plasma da aferesi e 65mila litri di plasma da scomposizione, per un totale di 93mila litri, pari al 48% del conferimento NAIP. Per contro, sono stati ritirati 2,1mila kg di Albumina, 398,7 kg di Immunoglobuline polivalenti, 14,6 kg di Immunoglobuline sottocute, 6mln U.I. di Antitrombina, 10,2mln U.I. di Fattore VIII (incluso von Willebrand), 1,2mln U.I. di Fattore IX, 8,2mln U.I. di Complesso Protrombinico e 558 g di Fibrinogeno.

Qualità e sicurezza nel Sistema trasfusionale regionale

La Regione del Veneto ha recepito ed implementato i contenuti della normativa nazionale (DGR n. 755/11 che recepisce l'Accordo Stato Regioni n. 242/CSR/2010, DGR n. 954/13 che recepisce l'Accordo Stato Regioni n. 149/CSR/2012, DGR n. 2266/16 che recepisce l'Intesa Stato-Regioni n. 32/CSR del 19 febbraio 2015) sulle norme e specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i Servizi trasfusionali e le prescrizioni in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi; la finalità è di garantire un funzionamento delle Strutture trasfusionali regionali basato su standard qualitativi omogenei sul territorio nazionale e di renderli compatibili con quanto richiesto dalle GMP previste per la produzione del plasma destinato alla lavorazione industriale.

A seguito dei citati provvedimenti, ed essendo stabilita una periodicità non superiore ai due anni per le ispezioni e le misure di controllo presso i Servizi trasfusionali e le Unità di Raccolta per verificarne la rispondenza ai requisiti previsti, la Regione del Veneto ha provveduto ad avviare un'attività di valutazione delle Strutture del Sistema trasfusionale regionale sulla base di tali requisiti. Inoltre, tutte le Strutture trasfusionali pubbliche o convenzionate, risultano accreditate.

Le Strutture del Sistema trasfusionale regionale sono pertanto conformi alle norme nazionali in tema di requisiti minimi di qualità previsti in ambito trasfusionale e, grazie alle attività correlate al conferimento del plasma all'Industria di frazionamento, sono rispettati gli standard GMP di matrice europea, così come confermato dall'accreditamento rilasciato dall'European Medicines Agency (EMA) per il 2018.

Il modello organizzativo dipartimentale

La progettazione del DIMIT è stata esaustiva di indirizzi, azioni e verifiche; il supporto normativo investe la connotazione organizzativa, gli aspetti gestionali, inclusa l'istituzione e avvio del Finanziamento Regionale per le Attività Trasfusionali (FRAT), l'informatizzazione (Sistema Informativo Regionale Trasfusionale) e la qualità attraverso l'Autorizzazione e l'Accreditamento istituzionale.

Le Aziende sanitarie hanno ottemperato all'attivazione degli aspetti formali per la realizzazione del DIMIT inserito nel modello a rete del Sistema trasfusionale regionale, ora in gran parte risolti anche grazie alla nuova organizzazione delle Aziende sanitarie regionali.

Con la DGR n. 954/13 la Giunta Regionale, in adeguamento alle linee nazionali, ha proposto un nuovo modello organizzativo che prevede 7 Centri regionali di lavorazione del sangue intero (1 per ogni DIMIT) e 5 Centri regionali per la qualificazione biologica degli emocomponenti (1 per i DIMIT di Padova, Venezia, Verona, Vicenza e Treviso; i DIMIT di Belluno e Rovigo inviano i campioni delle unità da validare rispettivamente ai Centri di Treviso e Padova), realizzando così un incremento dell'efficienza ma, soprattutto, della qualità.

La Rete delle Banche del sangue del cordone ombelicale

La Legge n. 219/05 ha definito un quadro all'interno del quale la donazione e la conservazione del sangue del cordone ombelicale (SCO) si collegano ad usi di tipo solidaristico ed in tal senso i successivi atti applicativi regionali sono stati adottati in conformità all'impostazione che si fonda sulla donazione volontaria, periodica, responsabile, anonima e gratuita del sangue umano e dei suoi componenti.

Ai fini del bancaggio per uso solidaristico sono state istituite sul territorio regionale le Banche del cordone ombelicale presso il SIT (Servizio Immunotrasfusionale) dell'Azienda ULSS n. 2 di Treviso, presso il SIT dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona e presso l'Oncoematologia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova cui afferiscono punti nascita dislocati tra Veneto, Friuli Venezia Giulia e P.A. di Bolzano.

Le azioni regionali hanno ampliato la possibilità di accedere alla donazione in una logica di rete regionale e si è provveduto alla progressiva applicazione di requisiti di qualità e sicurezza, presso i punti nascita e le Banche stesse, previsti dalle disposizioni normative vigenti nazionali e dagli standard tecnici ed operativi condivisi all'interno della rete delle banche.

Per i dati relativi allo stato delle certificazioni e degli accreditamenti e all'attività delle Banche del cordone nell'anno 2017, si rimanda al paragrafo *Approfondimenti*.

La contabilità analitica nel Sistema trasfusionale regionale ed il Fondo Regionale per le Attività Trasfusionali (FRAT)

Il quadro normativo nazionale recente offre utili riferimenti all'obbligo dell'introduzione della contabilità analitica. Il Veneto ha voluto fortemente tale criterio normativo per poter formulare, al fine di incrementare l'efficienza, il consumo effettivo di risorse per ogni prestazione sia in termini complessivi che medi unitari a livello dipartimentale e regionale e per poter giungere alla determinazione dei costi standard per prestazione e prodotto.

Nel corso del 2017 è stato sviluppato un miglioramento rispetto alla revisione dell'anno precedente per quanto riguarda la tassonomia delle prestazioni e dei prodotti, i criteri di allocazione delle voci di spesa e l'analisi organizzativa per area di attività.

E' proseguita anche nel 2018 la collaborazione con la U.O. Sistema Informativo SSR della Direzione Risorse Strumentali SSR per quanto riguarda l'analisi del consumo di emocomponenti per episodio di ricovero che è funzionale alla determinazione, sia in termini quantitativi che contabili, dell'assorbimento di risorse trasfusionali sia per DRG che per episodio di ricovero.

Un ulteriore utilizzo dell'elaborazione della contabilità analitica è l'oggettiva quantificazione del FRAT: l'ammontare economico è vincolato sulle assegnazioni aziendali con destinazione di erogazione per l'attività trasfusionale il cui volume è soggetto a revisione annuale, sulla base della proposta del CRAT, applicando il criterio del finanziamento sui costi come da strumento di analisi adottato; la corresponsione è vincolata al raggiungimento degli obiettivi precedentemente descritti, con affidamento al CRAT dei relativi compiti di verifica.

Approfondimenti

- Sito Internet del CRAT: www.crat.veneto.it
- Sito Internet del CNS: <http://www.centronazionalesangue.it/node/65>

Recapiti per ulteriori informazioni

Centro Regionale Attività Trasfusionale (CRAT) – UOC Governo Clinico Assistenziale

Sede legale: c/o Azienda Zero - Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Sede operativa: c/o Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana - Ospedale De Gironcoli, Via Manin, 110 - Conegliano (TV)

Telefono: 0438668353 (segreteria Ufficio); +393204338656 (cell. Referente Scientifico)

e-mail: crat.veneto@azero.veneto.it;

PEC: crat.veneto.aulss2@pecveneto.it

7.5 Rete oncologica

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

“Il modello di riferimento a cui il progetto si ispira, anche conformemente a quanto previsto dal Piano oncologico nazionale, è quello di un network assistenziale riconducibile alle reti hub & spoke” (§ 3.2.4)

Quadro di sintesi

In Veneto i pazienti che hanno avuto una neoplasia sono circa il 5% della popolazione, ogni anno ci sono più di 30.000 nuovi pazienti oncologici.

Per affrontare adeguatamente tale problematica risulta necessario realizzare sinergie tra le componenti che partecipano alla gestione di processi assistenziali notevolmente complessi, sia per la natura dei problemi trattati, sia per la loro intensità e durata. In tale ottica, la Rete Oncologica del Veneto (ROV) si pone come infrastruttura organizzativa di riferimento, quale elemento di collegamento ed integrazione di tutti gli specialisti e di riconoscimento della centralità del paziente. La ROV è stata istituita con DGR n. 2067 del 19.11.2013. La ROV, conformemente a quanto previsto dal Piano Oncologico Nazionale, è organizzata in un network assistenziale riconducibile alle reti *hub & spoke*.

Il coordinamento delle attività di alta specializzazione ed eccellenza condotte per conto delle Aziende ULSS è stato affidato all'Istituto Oncologico Veneto IRCCS (funzione di centro *hub*), in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere Universitarie di Padova e Verona.

Gli obiettivi, come previsto dal PSSR 2012-2016, sono di garantire:

- uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie;
- sicurezza delle prestazioni correlata all'expertise clinica e ad una adeguata organizzazione;
- tempestività nella presa in carico;
- continuità dell'assistenza;
- appropriatezza prescrittiva ed erogativa;
- innovazione e ricerca;
- fornire un sistema informatico comune per la condivisione di strumenti e informazioni del malato oncologico sia nel percorso ospedaliero che territoriale attraverso il supporto della cartella clinica oncologica.

Il coordinamento della Rete ha un ruolo centrale nello sviluppo e nella verifica dell'applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici (PDTA). In particolare si occupa di definire e condividere i PDTA per i vari tipi di tumore ed attivare sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza di percorsi di cura e del trattamento oncologico, orientati alla qualità e alla sicurezza del paziente. Ha inoltre il compito di identificare i centri di eccellenza regionali per specifiche patologie oncologiche tenendo conto dei volumi minimi di attività a garanzia della sicurezza dei pazienti.

Ad oggi, le aree di attività intraprese dalla Rete Oncologica sono: la definizione dei PDTA, comprensivi d'indicatori di processo ed esito, monitoraggio degli indicatori, raccomandazioni sui farmaci innovativi in oncologia, e su Diagnostica Molecolare e Biobanche, monitoraggio della spesa per farmaci oncologici e dell'appropriatezza di utilizzo (DGR n. 1689/2016), sviluppo della cartella clinica informatizzata oncologica, attività di Ricerca Clinica, definizione di modello per la Valutazione Multidisciplinare di II Livello all'interno della rete.

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

L'obiettivo principale perseguito in fase di stesura dei PDTA è quello di garantire tempestività nella presa in carico dei pazienti, adeguati livelli di cura e di continuità assistenziale, equità nelle condizioni di accesso e fruizione, controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Ogni PDTA viene redatto da un gruppo multidisciplinare seguendo una metodologia di lavoro strutturata:

- definire l'episodio clinico;
- stabilire il momento preciso nel quale il paziente entra nel percorso;
- definire le modalità di presa in carico del paziente da parte di ciascun professionista;
- definire le modalità della valutazione multidisciplinare;
- definire i criteri adottati per gli snodi decisionali del percorso, compresi quelli per i quali le linee guida non danno indicazioni precise;
- individuare indicatori di appropriatezza e qualità.

Nel processo di definizione dei PDTA sono stati finora coinvolti più di 300 professionisti di tutta la Regione e sono stati svolti più di 200 incontri complessivi.

I PDTA già pubblicati sono relativi alle neoplasie: Colon-retto, Melanoma (cutaneo e uveale), Sarcomi (Sarcomi dei tessuti molli, Sarcomi uterini, Sarcomi retro peritoneali, GIST), Prostata, Rene, Mammella, Polmone, Esofago, Epatobiliari, Ovaio, Gastrico mentre sono stati ultimati e sono in attesa di pubblicazione i PDTA relativi alle neoplasie di: Testa-Collo, Neuroendocrini, Testicolo, Sistema Nervoso Centrale, Vescica, Pancreas e Tumore a cellule di Merkel.

Indicatori di processo e di esito

La verifica sul campo dei miglioramenti che si sono realizzati all'interno della Rete Oncologica, grazie all'introduzione dei PDTA, viene realizzata tramite il calcolo di indicatori. Gli indicatori vengono ad oggi costruiti utilizzando le informazioni rese disponibili dai flussi informativi sanitari correnti (Assistenza specialistica, ricoveri, farmaceutica, assistenza domiciliare, registro regionale di mortalità), opportunamente integrati con tecniche di record linkage. Nel selezionare gli indicatori si è innanzitutto tenuto conto della loro rilevabilità attraverso i flussi amministrativi standard (SDO, specialistica, farmaceutica), elemento essenziale affinché siano strumento efficace di governo clinico e organizzativo. Il calcolo di alcuni indicatori rilevabili da detti flussi riguarda per ora i PDTA dei tumori mammari, polmonari e del melanoma cutaneo.

Cartella Oncologica Regionale (Informatizzazione della Rete Oncologica)

All'interno della Rete, con il decreto n. 192/2017, si stabilisce di acquisire una cartella oncologica, necessaria per determinare gli indicatori di percorso e di qualità per i PDTA, che dovrà contenere:

- la parte di anatomia patologica;
- la parte specifica per patologia;
- la parte oncologica;
- la parte di terapia farmacologica.

Tale cartella sarà un elemento essenziale e sostanziale anche per determinare gli indicatori di percorso e di qualità per i PDTA prodotti dalla Rete Oncologia.

Raccomandazioni sui farmaci in oncologia (Decreto n. 28/2018)

L'obiettivo di questo gruppo di lavoro all'interno della Rete è quello di elaborare raccomandazioni in merito a farmaci innovativi in ambito oncologico e di alto impatto economico, indicandone la forza e gli indicatori d'uso atteso attraverso specifici quesiti clinici.

Il gruppo di lavoro ha formulato più di 50 **raccomandazioni** evidence-based relativi a tutti i farmaci ad alto impatto economico in ambito oncologico: nel [sito ROV](#), nella sezione Raccomandazioni Farmaci Oncologici, sono presenti i decreti del Direttore Regionale alla Sanità nei quali vengono convalidate le raccomandazioni, dopo l'approvazione della Commissione Tecnica Regionale Farmaci.

Monitoraggio spesa e utilizzo farmaci oncologici

Con DGR n. 1689/2016, la Regione Veneto ha incaricato la ROV di rilevare con opportuni indicatori il rispetto delle Raccomandazioni sull'uso dei farmaci oncologici. Nel 2018 sono state svolte analisi per Centro erogatore sulla durata di erogazione e la sopravvivenza dei pazienti, per alcuni farmaci con indicazione nel trattamento dei tumori polmonari. Per tutti i farmaci oncologici ad alto impatto economico e per Centro erogatore sono state calcolate le proporzioni di utilizzo nel fine vita, nonché le quote di pazienti trattati e la spesa media e totale, valutando il livello di concentrazione dell'erogazione per ogni singola azienda.

Punti d'Accoglienza

Con DGR n. 1689/2016, la Regione Veneto ha indicato la necessità di creare un Servizio che accolga il paziente oncologico all'interno dei percorsi di cura della Rete stessa, affidando al Coordinamento della ROV, con sede all'Istituto Oncologico Veneto, il compito di istituire il Servizio Punti d'Accoglienza. Obiettivi del Servizio sono quindi l'accoglienza dell'utente nel percorso ROV appropriato, garantire all'utente l'accesso alle migliori cure il più possibile vicino a casa, e il favorire la collaborazione multi-professionale nel PDTA stesso. Sono stati quindi istituiti un Numero Verde (800.100.122) e un indirizzo e-mail (accoglienza.rov@iov.veneto.it), per rispondere alle esigenze di informazione ed orientamento dell'utente nel percorso di cura più appropriato, permettendone la presa in carico dal sistema ROV.

Ricerca Clinica

Nel 2018 è stata aggiornata ed arricchita, nel portale della ROV, la sezione "Studi clinici in corso" che offre a clinici, pazienti e *caregiver* la possibilità di consultare i più interessanti ed innovativi trial aperti all'arruolamento e contattare i referenti per maggiori informazioni.

Nella piattaforma online sono presenti circa 135 studi clinici attivi nei centri di oncologia, radioterapia e chirurgia oncologica della Regione Veneto.

Un importante traguardo per la ROV è stata la pubblicazione su *The Oncologist* (2019; 24:1–9) dei risultati della ricerca no profit MOST: "Studio multicentrico prospettico osservazionale sul trattamento di prima linea con inibitori tirosin-chinasici di EGFR in pazienti affetti da tumore del polmone non a piccole cellule con mutazione di EGFR", primo studio promosso dalla Rete Oncologica del Veneto a cui hanno aderito 19 oncologie regionali. In una recente newsletter della rivista *The Oncologist*, inoltre, lo studio è stato messo in evidenza come "*practice changing*" sottolineando come lo studio MOST "... represents an essential element of evidence-based medicine, providing information on patients and situations that may be challenging to assess using only data from randomized controlled trials. This study may be of interest to various stakeholders (patients, clinicians, and payers), providing a meaningful picture of the value of a given therapy in routine clinical practice".

Sulla scorta di questo importante lavoro, grazie al forte interesse riscosso ed al prestigioso riconoscimento ha preso avvio lo studio osservazionale no-profit ARGO-LUNG, un sottostudio sull'impiego di Nivolumab nel NSCLC nato nell'ambito della più ampia progettualità ARGO (sulla aderenza ai PDTA). La ricerca ARGO-LUNG ha tra gli obiettivi quelli di definire - nella popolazione *real word* - le caratteristiche clinico-patologiche in grado di selezionare i pazienti che possano maggiormente beneficiare del trattamento con Nivolumab e di valutare l'impatto effettivo economico sulla spesa del sistema sanitario regionale derivante dall'uso di Nivolumab nella reale pratica clinica.

Un altro importante traguardo per la ricerca clinica di rete è stata l'aggiudicazione del bando CORIS 2018 per la presentazione di progetti di ricerca, innovazione e formazione in sanità.

Tra i progetti approvati dal CdA del Consorzio, spicca, al primo posto, lo *“Studio osservazionale prospettico di valutazione dell'outcome di trattamento e del budget impact con farmaci innovativi in oncologia: progetto RENEW della Rete Oncologica Veneta”*. Espletate le formalità amministrative e gli aspetti contrattuali con i partner privati che hanno sostenuto il progetto, lo studio prenderà avvio nei prossimi mesi con l'obiettivo di valutare in un contesto *real-world* l'impiego di farmaci innovativi per il trattamento dei carcinomi del polmone non a piccole cellule in stadio avanzato/metastatico, del carcinoma della mammella a recettori ormonali positivi in stadio avanzato e del carcinoma ovarico in stadio avanzato platino-sensibile.

Centri di riferimento per PDTA

La ROV ha il compito di proporre i centri di riferimento per le patologie che hanno un PDTA definito e concluso. Sono stati definiti i seguenti criteri per l'identificazione di tali centri:

- incidenza e prevalenza (dati RTV, SER);
- volumi di attività soglia (dati PNE e SER);
- aderenza ai benchmark definiti dagli indicatori proposti nei PDTA della Rete Oncologica;
- istituzione di Gruppi Oncologici Multidisciplinari;
- dotazioni tecnologiche (diagnostica molecolare avanzata, diagnostica per immagini, diagnostica endoscopica, radioterapia, UFA).

Con DGR 1693/2017 sono stati definiti 21 Centri di riferimento per il carcinoma della mammella. Sono in via di definizione i Centri per il Carcinoma colon-retto, i Sarcomi tessuti molli e il Melanoma.

Piattaforma informatica della ROV (<https://salute.regione.veneto.it/web/rov>)

A tutte le attività viene garantita la trasparenza e la visibilità attraverso il sito WEB.

Nel [sito ROV](#) sono presenti le sperimentazioni cliniche profit e no-profit attive presso le oncologie, radioterapie e chirurgie oncologiche del Veneto (descrizione della patologia, schema terapeutico, criteri di eleggibilità, centro attivato); informazioni relative ai Gruppi di lavoro di Biobanche, Diagnostica Molecolare, Farmaci Innovativi, PDTA, Piani di Cura, calendario delle riunioni; documenti deliberati (decreti, PDTA e raccomandazioni farmaci innovativi); eventi patrocinati e convegni.

Formazione

L'attività educativa riveste un ruolo rilevante per realizzare gli obiettivi oltre a consentire e garantire la formazione continua dei professionisti sanitari. Questa funzione è certamente molto delicata e importante. La formazione infatti rappresenta uno dei principali ambiti di intervento previsti dal Coordinamento per la formazione continua degli specialisti in ambito oncologico.

Dall'istituzione della Rete fino al 31.12.2018 (2014-2018) sono stati svolti:

N. 18 Convegni Presentazione Proposte di PDTA - partecipanti n. 3.029 – ECM 62,60

N. 3 Convegni aggiornamento PDTA - partecipanti n. 511 – ECM 10

N. 44 Incontri oncologici - partecipanti n. 1.907 – ECM 179,30

per un totale di 5.447 professionisti e 251,90 crediti ECM.

Nel 2018 inoltre sono stati concessi n. 27 patrocinii della ROV per convegni e meeting.

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Rete Oncologica Veneta - Istituto Oncologico Veneto

Via Gattamelata n. 64, 35128 Padova

Telefono: 049 8215533 – 5530 – 5920 – 5190 – 7422

e-mail: rov@iov.veneto.it

7.6 Rete emergenza urgenza

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

In conformità all'indirizzo programmatico sulla definizione di reti assistenziali, persiste il ruolo strategico del Pronto Soccorso e delle Centrali 118/SUEM nella gestione dei pazienti critici e, in parallelo, la condivisione di modelli operativi-organizzativi con i medici di medicina generale e di continuità assistenziale per favorire una gestione e presa in carico dei codici bianchi da parte dell'assistenza territoriale. Si è predisposto un piano organizzativo tecnico, per definire un capitolato informatico gestionale globale, a garanzia sia della raccolta dati omogenea, sia della trasparenza delle informazioni a tutti gli addetti ai lavori e della condivisione delle risorse necessarie al trattamento del paziente in emergenza-urgenza. (§ 3.2.4 - pag. 69)

Quadro di sintesi

Si prosegue la riorganizzazione attuata dalla Regione nel corso degli ultimi anni nell'Area Emergenza-Urgenza. Con l'obiettivo di **migliorare sia la gestione delle attese nei Pronto Soccorso che l'appropriatezza dei ricoveri**, è stata iniziata una **revisione** delle attuali **normative regionali** in tema di disposizione operative sull'attività di Pronto Soccorso ed O.B.I. E' stato proposto un metodo di distribuzione dei ricoveri nei reparti dell'area medica condiviso che snellisca i flussi dei pazienti (**progetto TREND**) ed, alla luce del deficit di personale sanitario nel settore emergenza-urgenza, è stato introdotto un percorso di formazione (**M.E.S.T.**) rivolto a personale medico afferente all'area della medicina generale. Questo per reclutare personale addestrato nei PS da destinare in particolare alla gestione dei codici minori e all'emergenza territoriale. Oltre agli indicatori già monitorati, ne sono stati introdotti altri, per l'area Pronto Soccorso, a monitoraggio dell'attività di O.B.I., risultata in diversi casi utilizzata impropriamente.

Il CREU ha continuato il programma di addestramento omogeneo del personale sanitario con particolare attenzione al **triage**, con l'introduzione anche del **Triage avanzato**, e alla **violenza di genere**. Inoltre oltre alla prosecuzione del programma di formazione sulla **gestione della dispnea** e sulla **comunicazione in area critica e lo sviluppo delle non technical skills nei contesti di emergenza**, è stato proposto un corso di formazione sulle **Emergenze Pediatriche**.

Nell'ambito SUEM/118 si è concluso il percorso di stesura del nuovo **capitolato dei mezzi e attrezzature di soccorso** da acquistare per l'emergenza territoriale della Regione. Si è avviato inoltre il programma formativo per l'introduzione del nuovo sistema di dispatch.

All'inizio del 2016 il modello organizzativo del Coordinamento Regionale del sistema Emergenza-Urgenza (CREU) è stato aggiornato, portando in particolare all'individuazione di due aree di attività, denominate rispettivamente "Servizio Emergenza Urgenza Medica 118" e "Accettazione e Pronto Soccorso" (DGR 133/2016). Nel 2018 è stata identificata, a fianco del referente C.R.E.U. per l'area SUEM/118, un referente, scelto tra i coordinatori infermieristici, rappresentante del personale del comparto operante nel settore dell'emergenza-urgenza.

Nel corso dell'anno è stata proseguita la formazione regionale sul triage, secondo le indicazioni della DGRV 1888/2015, ed inoltre, sono stati addestrati i primi 50 istruttori di Triage avanzato, previsto anch'esso dalla sopracitata normativa.

Sul tema della violenza di genere continua la formazione multidisciplinare, rivolta a tutto il personale sanitario operante nell'ambito dell'emergenza-urgenza, (DCPM 25/11/ 2016 e DGR n. 1759 del 07/11/2017), allo scopo di sensibilizzare tutti gli operatori sulla problematica e di creare una solida rete d'intervento condivisa in tutta la Regione.

Per contrastare il sovraffollamento dei servizi di Pronto Soccorso e alla luce dell'aggiornamento nazionale delle linee guida ministeriali sul Triage e delle linee d'indirizzo nazionali

sull'Osservazione Breve Intensiva (OBI), sono stati istituiti dei gruppi di lavoro coordinati dal CREU per una revisione e aggiornamento delle attuali normative regionali vigenti:

- **DGRV N. 1888/2015** – “Indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso; criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell'accesso.”
- **DGRV N. 1513/2014** – “Indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso; criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell'accesso.”
- **DGRV 4419/2005** - “Attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva nell'attività di Pronto Soccorso Regione Veneto”.

Inoltre, con Decreto Regionale n. 119/2018 è stato introdotto un metodo (TREND) condiviso di distribuzione dei ricoveri dal Pronto Soccorso verso i reparti afferenti all'area medica applicabile a tutti i presidi ospedalieri della Regione, al fine di agevolare il flusso dei pazienti, di migliorare l'appropriatezza di ricovero e di utilizzo dell'OBI, risultata in diversi casi un'area ponte in attesa dei posti letto nei reparti.

Prosegue la revisione dei flussi EMUR-APS al fine di consentire una migliore lettura dell'attività, basata negli anni precedenti solo sul tempo allarme-target al 75° percentile degli interventi del 118/SUEM in codice rosso e giallo e, da qualche anno, anche sui tempi di attesa nei servizi di Pronto Soccorso. Nelle riunioni NSIS non sono stati ancora definiti dei flussi specifici EMUR-APS per la quantificazione delle prestazioni, dell'attività degli operatori sia nei centri Hub che Spoke che consenta una valutazione precisa del carico di lavoro svolto dagli operatori, attualmente basata esclusivamente sul numero di accessi totali.

Alla luce del noto deficit del personale medico nei Pronto Soccorso, è in corso un programma di formazione omogenea di personale medico afferente principalmente all'area delle medicina generale, che conferisca le principali competenze necessarie per l'accesso allo svolgimento dell'attività di Pronto Soccorso (prediligendo la gestione dei codici minori) e di Emergenza Territoriale. Tale percorso, come stabilito da DGR n. 767/2018, è articolato in una parte teorico-pratica svolta mediante lezioni frontali e in una parte di formazione pratica sul campo, che consta di un periodo di affiancamento nell'attività clinico-assistenziale del personale medico strutturato dei Servizi d'Emergenza regionali. Il superamento dell'esame finale porta al conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale ex art. 96 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 23.5.2005 e smi.

Nell'ambito delle reti cliniche, sono stati conclusi i PDTA sulla gestione in Pronto Soccorso del dolore toracico e della sospetta embolia polmonare.

Per quanto riguarda l'area SUEM/118, il CREU ha continuato a collaborare, all'interno Gruppo interregionale Emergenza-Urgenza della Commissione Salute, alla stesura del documento conclusivo sulla formazione distinta dell'autista soccorritore e del soccorritore.

Continua l'attività di supervisione delle autorizzazioni e dell'accreditamento dei mezzi di trasporto, con creazione di un database regionale per un periodico aggiornamento dei dati inseriti, ed è stata conclusa la stesura del capitolato tecnico riguardante i mezzi e la dotazione dell'attrezzatura di soccorso per i servizi d'Emergenza territoriale della Regione.

Resta attiva la collaborazione con la Protezione Civile per la programmazione di eventuali interventi condivisi in caso di grande emergenza sanitaria.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[DR 51 del 28 maggio 2019](#): approvazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale in PS del paziente con Embolia polmonare.

[DR 52 del 28 maggio 2019](#): approvazione del percorso diagnostico terapeutico in PS del paziente con dolore toracico non traumatico.

[DR 119 del 8 ottobre 2018](#): approvazione dei criteri di distribuzione dei ricoveri per acuti in area medica presso gli ospedali della regione Veneto.

[DGR 767 del 28 maggio 2018](#): approvazione del bando ai fini della partecipazione e realizzazione di un corso regionale teorico-pratico per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale ex . Art. 96 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 23.5.2005 e sml.

[DGR 245 del 7 marzo 2017](#): Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico- documento metodologico generale e definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dei Pronto Soccorsi. D.G.R. n.120/CR del 30 dicembre 2016, art. 8 comma 1 della LR del 29 giugno 2012 n. 23

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1759 del 7 novembre 2017](#): Interventi in materia di contrasto alla violenza contro le donne. Destinazione dei fondi statali di cui al DPCM 25 novembre 2016 "Fondo per le Politiche relative ai diritti e alle pari opportunità", paragrafo 4 del Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere di cui all'art. 5 del decreto legge 14 agosto 2013, n. 93.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1298 del 16 agosto 2017](#): adozione in fase sperimentale del Sistema di dispa Regionale per le centrali operative SUEM 118.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 128/CR del 30 dicembre 2016](#): Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico - documento metodologico generale e definizione dei Valori minimi di riferimento per il personale dei Pronto Soccorso.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1239 del 01 agosto 2016](#): Istituzione della Rete regionale per il Trauma. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 133 del 16 febbraio 2016](#): Coordinamento Regionale del sistema Emergenza - Urgenza. Aggiornamento del modello organizzativo.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1888 del 23 dicembre 2015](#): Indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso; criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell'accesso.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1513 del 12 agosto 2014](#): Indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso; criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell'accesso.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 74 del 04 febbraio 2014](#): Gestione delle attese in Pronto Soccorso - Adozione del documento di linee guida regionali per la realizzazione dei progetti aziendali.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 4198 del 30 dicembre 2008](#): Istituzione della rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta nella Regione Veneto.

Recapiti per ulteriori informazioni

Azienda Zero - U.O.C Governo Clinico
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35031 Padova
Telefono: tel. 041 2791554; 041 2793596; cell. 345 7088647
e-mail: governo.clinico@azero.veneto.it;

CREU Coordinamento Regionale del sistema Emergenza Urgenza
Via Giustiniani 3 Padova (*cortile Ospedale Vecchio dell'Azienda Ospedaliera*)
Telefono: 049 8217621 cell. 335 8769288 n. Regionale 041 2791639
e-mail: gianna.vettore@regione.veneto.it

7.7 Rete per l'Alzheimer e le demenze

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

La Regione ha costituito una rete di servizi clinico assistenziali dedicati alle persone colpite da malattia di Alzheimer e da altri tipi di declino cognitivo e demenza...ha promosso l'adozione di sistemi omogenei di raccolta dati (cartella clinica informatizzata regionale) indispensabile per la costruzione di un registro regionale e la definizione di percorsi clinico assistenziali condivisi e specifici per le diverse forme di patologia degenerativa, in grado di ridurre la disomogeneità di accesso alle cure e di razionalizzare l'uso delle risorse (§ 3.2.4 - pag. 75).

Quadro di sintesi

Nel PSSR 2012-2016, nell'ambito della Rete dell'Alzheimer tra le attività previste c'è la definizione di percorsi clinico assistenziali condivisi in grado di ridurre la disomogeneità di accesso alle cure e di razionalizzare l'uso delle risorse. Con la DGR n. 653 del 2015 la Regione del Veneto ha recepito il Piano Nazionale Demenze attivando un nuovo flusso informativo attraverso l'implementazione della Cartella Clinica Elettronica per le Demenze (CaCEDem), predisponendo la realizzazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le demenze. Al tal fine è in corso la costruzione di un PDTA a valenza regionale per delineare un modello integrato di presa in carico dei pazienti affetti da demenza al fine di garantire omogeneità, equità di cura e di presa in carico su tutto il territorio regionale.

Il Piano Socio Sanitario del Veneto 2012-2016 ha previsto la costituzione della Rete per l'Alzheimer e per le demenze, per la cui attuazione è stato avviato nel 2016 un apposito tavolo tecnico. L'attività compiuta è stata coordinata con la predisposizione e l'entrata in vigore del Piano Nazionale per le Demenze, approvato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni nel 2014 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale nel gennaio 2015 (serie generale, n. 9).

Con un proprio provvedimento il Veneto è stata una delle prime regioni a recepire formalmente il Piano Nazionale e ad avviare un plafond di strumenti ed iniziative con lo scopo di migliorare la conoscenza, la presa in carico e la continuità delle cure delle persone malate di demenza.

Il sistema di case-mix territoriale (ACG) della Regione del Veneto analizzando i dati relativi alle persone prese in carico per le cure domiciliari, ospedaliere, extra-ospedaliere, ambulatoriali e con Impegnativa di Cura Domiciliare, integrandoli con i dati sulle prescrizioni farmaceutiche, ha portato all'individuazione di 62.741 persone con demenza nel Veneto nel 2017. Il 2% ha un'età inferiore a 65 anni, mentre gli over 75 sono il 90%.

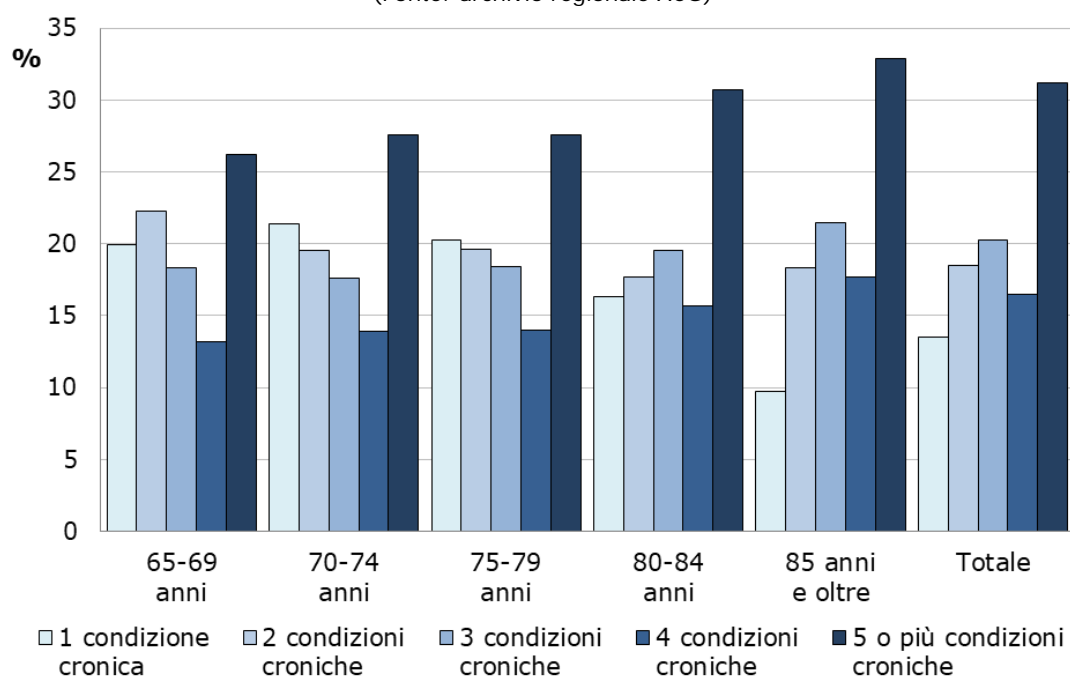
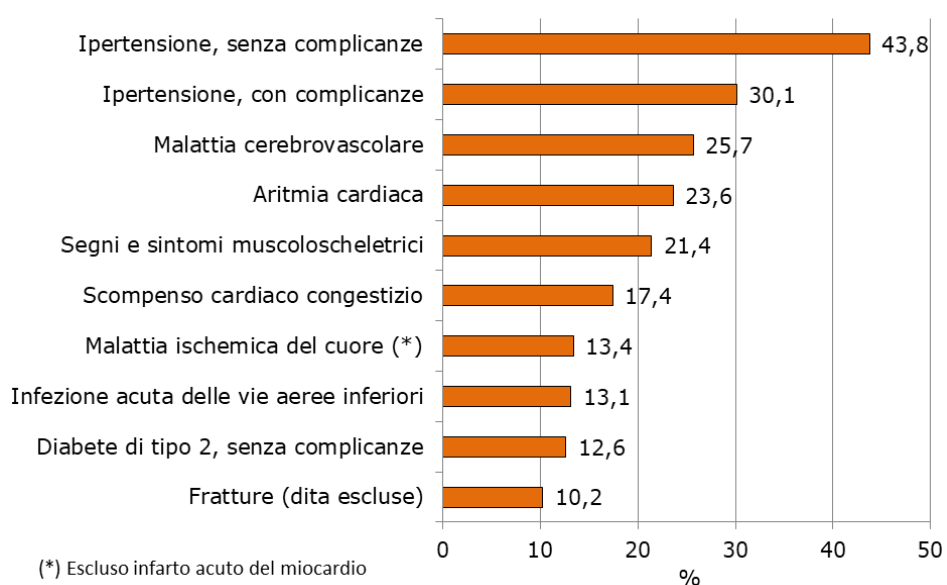
Le analisi svolte sul database regionale dell'anno 2017 hanno evidenziato una prevalenza grezza di demenza nella popolazione ultrasessantacinquenne pari al 5,3% (3,6% per il genere maschile – 6,6% per quello femminile), con una differenza tra i due sessi progressivamente più marcata e crescente all'aumentare dell'età, in modo più evidente a partire dai 75 anni (Tabella 7.10).

Più in dettaglio, considerando il carico di malattia, il 3,6% ha una complessità assistenziale bassa, il 45,1% dei malati ha un complessità assistenziale moderata, il 26,6% ed il 22,3% si collocano rispettivamente nelle categorie a elevato e molto elevato bisogno assistenziale.

Il 47,7% dei pazienti affetti da demenza presenta 4 o più patologie co-presenti (Figura 7.7). Tra le patologie associate più rilevanti si annoverano: ipertensione senza complicanze (ne è affetto il 43,8% dei malati di demenza), patologie cerebrovascolari (25,7%), aritmia cardiaca (23,6%), scompenso cardiaco (17,4%) e diabete mellito (12,6%) (Figura 7.8).

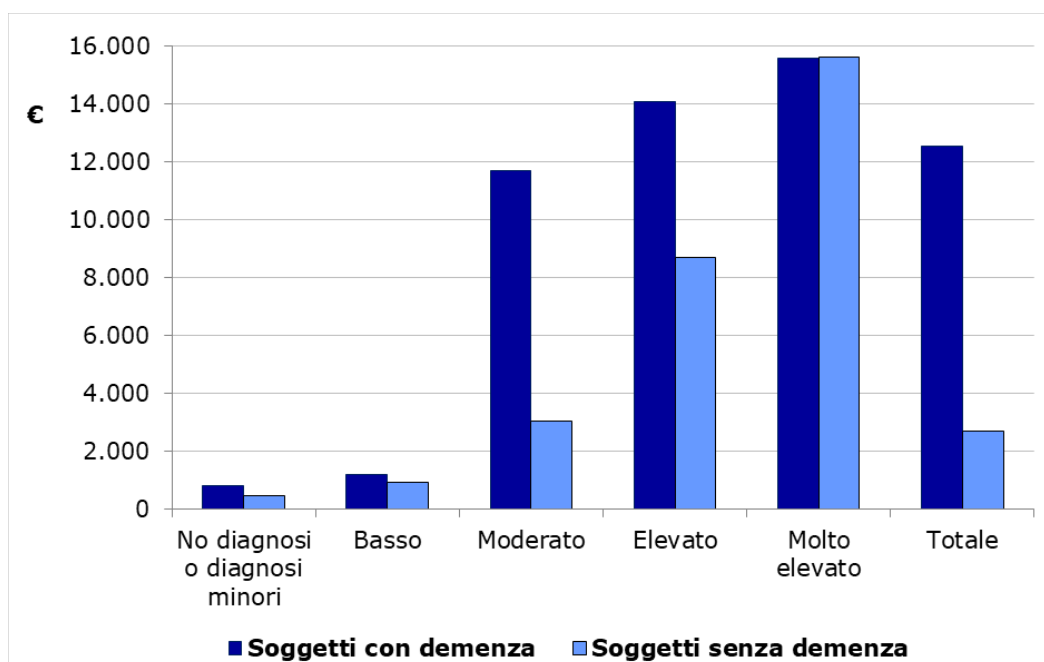
Tabella 7.10 – Prevalenza (per 100) in assistiti di età 65+ anni con demenza residenti in Veneto, per classi di età quinquennali e per genere. Veneto, 2017 (Fonte: archivio regionale ACG)

| Sesso | Totale Popolazione | Prevalenza demenza per classi d'età quinquennali | | | | | |
|---------------|--------------------|--|------------|------------|------------|-----------------|------------|
| | | 65-69 anni | 70-74 anni | 75-79 anni | 80-84 anni | 85 anni e oltre | Totale |
| Femmine | 43.062 | 0,5 | 1,4 | 3,8 | 8,7 | 19,6 | 6,6 |
| Maschi | 18.380 | 0,5 | 1,3 | 3,2 | 6,6 | 12,9 | 3,6 |
| Totale | 61.442 | 0,5 | 1,4 | 3,5 | 7,8 | 17,5 | 5,3 |

Figura 7.7 – Demenza, assistiti di età 65+ anni. Numero di condizioni croniche per età. Veneto, 2017 (Fonte: archivio regionale ACG)**Figura 7.8** - Malattie più frequenti negli assistiti di età 65+ anni con demenza. Veneto, 2017 (Fonte: archivio regionale ACG)

I costi pro capite (definiti considerando i costi sanitari e i costi relativi al consumo di farmaci¹) dei pazienti ultrasessantacinquenni in generale aumentano con l'aumentare della complessità. Con l'introduzione, dal 2017, dei costi per la residenzialità extra-ospedaliera nel computo del costo totale, si è registrata una netta inversione di tendenza. Per gli assistiti senza diagnosi o con basso carico di malattia il costo pro capite risulta leggermente superiore per gli assistiti con demenza rispetto a quelli senza demenza di pari complessità, mentre per gli assistiti con moderato, elevato carico di malattia, i costi pro capite dal 2017, risultano decisamente superiori (Figura 7.9).

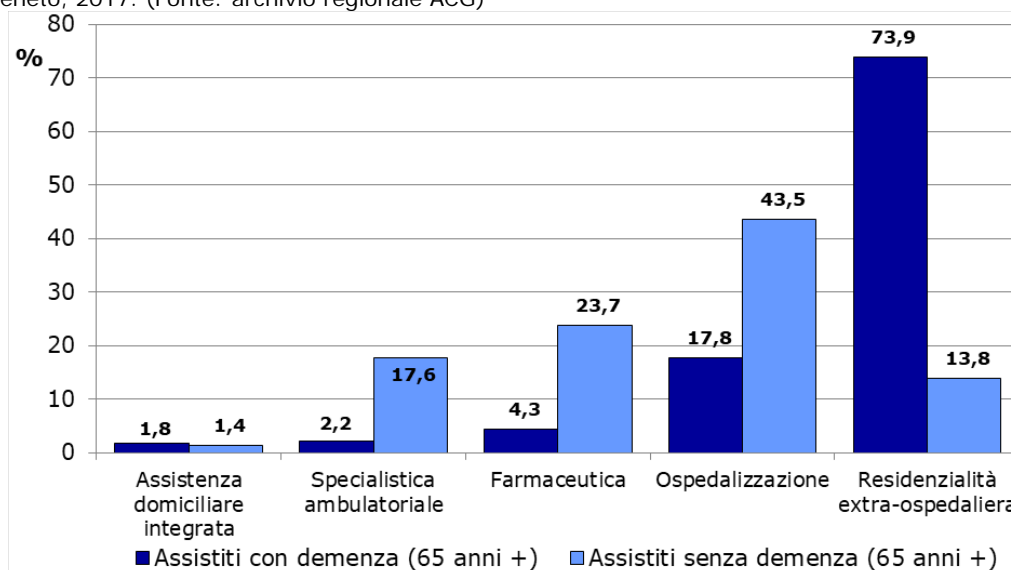
Figura 7.9 - Costo totale pro capite per carico di malattia (RUB) e presenza di demenza in assistiti di età 65+ anni. Veneto, 2017. (Fonte: archivio regionale ACG)



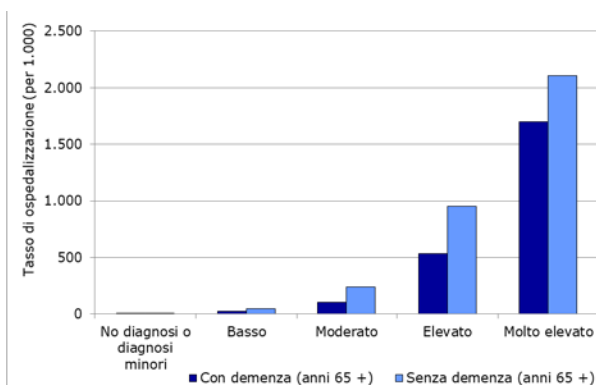
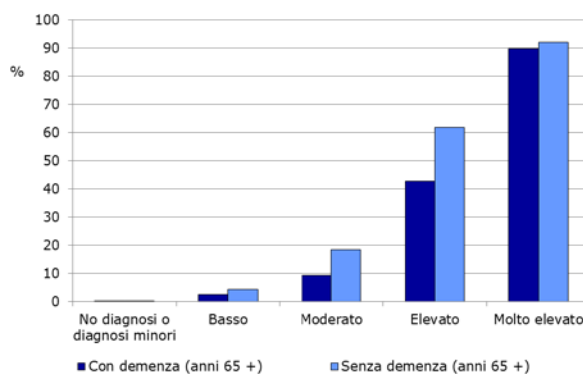
Residenzialità extra-ospedaliera, ospedalizzazione, farmaceutica, specialistica ambulatoriale e assistenza domiciliare integrata sono le cinque fonti di costo che da sole totalizzano quasi il 98% dei costi rilevati per gli assistiti ultrasessantacinquenni affetti da demenza.

Nel valutare la fonte di costo prevalente, la residenzialità extra-ospedaliera occupa ampiamente il primo posto tra i soggetti con demenza, seguita da ospedalizzazione, farmaceutica, specialistica ambulatoriale e assistenza domiciliare. Non si rilevano differenze per quanto riguarda la spesa relativa all'assistenza domiciliare integrata in presenza o meno di demenza. La percentuale di spesa per le altre fonti di costo principali, compresa l'ospedalizzazione, risulta sempre nettamente inferiore per gli assistiti ultrasessantacinquenni con demenza (Figura 7.10).

¹ Sono inclusi i costi legati alla residenzialità, ma sono sottostimati i costi dei farmaci assunti in residenzialità

Figura 7.10 - Distribuzione della spesa per le principali fonti di costo in assistiti di età 65+ anni, per presenza di demenza. Veneto, 2017. (Fonte: archivio regionale ACG)

Considerando tassi e costi di ospedalizzazione, stratificando per complessità assistenziale e per presenza/assenza di malattia, per gli assistiti con demenza si nota un costo pro-capite per ospedalizzazione sempre inferiore e un minore ricorso all'ospedalizzazione rispetto ai soggetti senza demenza (anche per carico di malattia molto elevato) (Figure 7.11 - 7.12).

Figura 7.11 - Tasso di ospedalizzazione (per 1.000) in assistiti di età 65+ anni, per presenza di demenza. Veneto, 2017. (Fonte: archivio regionale ACG)**Figura 7.12** - Costi per ospedalizzazione: spesa pro-capite in assistiti di età 65+ anni, per presenza di demenza. Veneto, 2017. (Fonte: archivio regionale ACG)

L'insorgere della malattia ha come sensore e primo contatto il medico di medicina generale che viene sempre più chiamato ad intercettare precocemente la patologia per indirizzare il paziente ad una diagnosi tempestiva presso i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze del Veneto (CDCD) per gli aspetti di diagnosi differenziale, di terapia e di presa in carico. L'attività dei CDCD è coadiuvata dalla disponibilità di uno strumento informativo unico regionale - denominato Cartella Elettronica Digitale per le Demenze (CaCEDem) - per la registrazione della presa in carico clinica delle persone con demenza, che diventa la fonte informativa di riferimento per quantificare i pazienti e tracciare e documentare le attività sanitarie dei Centri. Contestualmente è stato istituito il Tavolo regionale permanente per la rete dell'Alzheimer, del quale fanno parte anche i rappresentanti delle associazioni di familiari presenti e attive in Veneto. Nell'anno corrente è stato realizzato un censimento per raccogliere informazioni relative alla geolocalizzazione, alle competenze e alle attività svolte presso i CDCD con il fine di

identificare dei sicuri punti di riferimento per i cittadini. La demenza rappresenta una delle maggiori cause di disabilità e dipendenza nei soggetti affetti, risulta pertanto prioritario rallentarne la progressione, garantire equità di cura ai malati in ogni CDCD della regione, individuare e condividere aree di miglioramento e crescita in questo settore per promuovere consapevolezza e conoscenza, abbattendo lo stigma a favore di una diagnosi tempestiva. Per condizionare la prevalenza di questa patologia riveste un ruolo fondamentale la prevenzione primaria sui fattori di rischio modificabili risultati in grado di ridurre l'incidenza sino al 30%. Nel corso del 2018 i temi considerati rilevanti sviluppati nel PDTA delle demenze in costruzione sono stati:

- Centralità del paziente e della famiglia
- Attenzione alla diagnosi tempestiva
- Attenzione all'equità
- Attenzione alla prevenzione
- Rispetto dei diritti umani/temi etici (direttive anticipate)
- Promozione di empowerment ed engagement del paziente e della famiglia
- Presa in carico secondo il modello di *Care management*
- Coinvolgimento dei servizi sociali nella presa in carico
- Approccio evidence-based
- Collaborazione interdisciplinare

Il tavolo regionale per le demenze ha convenuto che la gestione integrata della presa in carico delle demenze deve prevedere sistemi organizzati, integrati, proattivi, orientati alla sensibilizzazione della popolazione, che pongano al centro dell'intero sistema non solo il familiare, ma anche il paziente che va informato ed educato ad un ruolo attivo nella gestione della patologia, soprattutto nelle fasi iniziali. La gestione integrata per superare la frammentazione delle cure deve inoltre garantire la continuità attraverso una maggiore integrazione e coordinamento tra i livelli di assistenza e la rete dei servizi. A tal proposito sono state poste le basi per la creazione di una piattaforma web-based chiamata Mappa per le demenze (<https://demenze.regione.veneto.it>) con l'obiettivo di informare/formare e mettere in rete pazienti, familiari e professionisti dell'ambito socio-sanitario.

La progettazione partecipata del PDTA ha consentito di giungere:

- alla definizione condivisa (teorica ed operativa) del percorso diagnostico terapeutico-assistenziale per le demenze;
- all'identificazione condivisa degli elementi costitutivi dei percorsi che potranno poi avere una diversa articolazione nei vari contesti locali in cui verranno sviluppati, anche in relazione ad esigenze specifiche dei bisogni, utilizzando come guida nella progettazione e attuazione del PDTA regionale e locale, le Linee di Indirizzo Nazionali.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

7.8 Rete delle malattie rare

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

Capitoli:

"Malattie rare" (pag. 18)

"Le reti cliniche integrate anche con il Territorio" (pag. 67)

"Rete delle malattie rare" (pag. 72)

Quadro di sintesi

Le malattie rare sono una priorità di salute pubblica per il loro impatto rilevante sulla salute della popolazione e sui sistemi sanitari. In Regione Veneto più di 37.000 persone vivono con una malattia rara. La definizione di percorsi e di azioni specifiche per le persone con malattie rare rappresenta un elemento strategico per la programmazione regionale. La rete assistenziale regionale dedicata alle persone con malattia rara si basa su un'organizzazione che collega i Centri per specifiche malattie rare, gli altri ospedali coinvolti nella presa in carico dei pazienti, i servizi territoriali, vicini al luogo di vita delle persone. La rete si basa su un sistema informativo, che alimenta il Registro regionale malattie rare, sviluppato attorno ad un'unica cartella clinica condivisa, che collega in tempo reale tutti i professionisti ed i servizi coinvolti nel percorso assistenziale dei malati. Durante l'anno 2108 è stata ulteriormente sviluppata l'architettura modulare del sistema informativo, sia per quanto riguarda la definizione diagnostica, sia la prescrizione di specifici trattamenti, di protesi e ausili. È proseguita l'attività svolta nell'ambito della Joint-Action europea sulle malattie rare (www.rd-action.eu) e il coordinamento del Tavolo interregionale per le malattie rare.

La Regione Veneto ha intrapreso negli anni azioni ed interventi di crescente complessità per le persone con malattie rare. La programmazione regionale ha iniziato a riservare attenzione a questa importante priorità di salute pubblica sin dal 2000, ancor prima dell'entrata in vigore del Decreto Ministeriale n. 279/2001, che costituisce la norma ancora oggi di riferimento per le politiche per le malattie rare nel nostro Paese. Da allora, a livello regionale, si è progressivamente strutturata la rete di assistenza per le persone con malattie rare, basata sui seguenti elementi fondanti il suo funzionamento:

- l'individuazione di una rete di Centri di riferimento per gruppi di patologie, intesi come Unità funzionali comprendenti più Unità Operative, intra e interaziendali. Tali Centri sono stati selezionati tenendo conto dei criteri europei per l'identificazione di Centri di competenza per le malattie rare e vengono monitorati e periodicamente valutati in base a dati oggettivi di attività. Ai Centri spettano le attività di definizione diagnostica e di presa in carico complessiva dei malati, comprendenti la formulazione di piani terapeutici e assistenziali.

- l'adozione di strumenti che garantiscono il collegamento tra Centri di competenza, concentrati in pochi ospedali e/o IRCSS, e la restante rete dei servizi ospedalieri e territoriali della Regione, alla quale sono affidate l'attuazione di parte di quanto prescritto dai Centri e la responsabilità di essere il primo sistema di riferimento per le persone con sospetto di malattia rara;

- la previsione di integrazioni regionali rispetto a quanto previsto dai LEA, caratterizzate da un controllo a priori dell'appropriatezza prescrittiva e da un sistema oggettivo e trasparente di monitoraggio della loro erogazione;

- la realizzazione e progressivo sviluppo di un sistema informativo, che rende possibile la gestione assistenziale in tempo reale dei pazienti con malattie rare, realizzata grazie al lavoro congiunto in rete tra i vari professionisti che concorrono alla presa in carico,

indipendentemente dal *setting* assistenziale in cui operano e dal luogo fisico in cui il paziente viene seguito;

-il ruolo del Coordinamento regionale per le malattie rare, comprendente il Registro regionale delle malattie rare e il Centro Informazioni (help-line) per le malattie rare. Al Coordinamento fa capo il sistema informativo, strumento che garantisce la *governance* complessiva del sistema e il monitoraggio stretto della qualità dei servizi erogati e della presa in carico dei pazienti.

L'esistenza di politiche dedicate per le persone con malattie rare e le numerose azioni sviluppate negli anni a favore di questi pazienti hanno permesso di raggiungere alcuni significativi risultati, esemplificati dai seguenti dati. Primo, la rete assistenziale veneta è caratterizzata da un'elevata capacità di diagnosi e presa in carico dei malati rari residenti in regione, i quali nel 95% dei casi circa sono diagnosticati e presi in carico all'interno della rete regionale di assistenza. La rete ha inoltre un'elevata capacità attrattiva: circa 1 su 5 malati seguiti in Veneto proviene da fuori Regione. Secondo, la partecipazione di molti Centri veneti in qualità di *full member* alle reti europee di riferimento (ERN). La Regione Veneto è quella in Italia con ospedali che partecipano al maggior numero di reti ERN: 19 su 24 istituite a livello europeo. Terzo, la partecipazione della Regione Veneto come co-leader del WP5 dell'azione congiunta europea sulle malattie rare (RD-Action), unica Regione in Europa ad avere affidata tale responsabilità. Di seguito vengono illustrati alcuni dati di sintesi del sistema e le principali attività svolte nell'anno 2018.

Dati di sintesi

I dati derivanti dal tipo di organizzazione implementata negli anni e raccolti dal sistema informativo malattie rare hanno l'importante finalità di definire l'impatto che queste malattie hanno, da una parte sulla salute della popolazione, dall'altra sul sistema dei servizi. Rispetto ai dati presentati in precedenza va sottolineato come sia avvenuto un importante cambiamento relativo alla lista di malattie monitorate dal sistema informativo.

A decorrere dal 15.09.2017 è entrato in vigore l'allegato 7 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12.1.2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Il nuovo elenco malattie rare ha sostituito l'elenco precedente in vigore dal 2001 (allegato 1 del Decreto Ministeriale n. 279/2001). La revisione dell'elenco ha comportato l'inclusione di nuove malattie rare, l'esclusione di altre, il passaggio di malattie dall'elenco malattie rare a quello delle malattie cronico-invalidanti e viceversa, l'adozione di definizioni operative per alcune specifiche entità di malattie. Tali cambiamenti hanno reso la lista di malattie monitorate più ampia e più sovrapponibile a quella mantenuta da Orphanet, il database europeo di riferimento per le malattie rare.

Nel corso del 2018 è stato svolto un consistente lavoro di formazione degli utenti, di recupero ed inserimento nel sistema informativo dei pazienti già noti, con diagnosi di patologie di nuova introduzione nell'elenco. Come conseguenza, nell'anno 2018, si è assistito ad un incremento del numero di pazienti registrati pari al 18%. L'incremento è stato consistente, soprattutto se si considera che alcune patologie sono state escluse dall'elenco o sono transitate nell'elenco delle malattie cronico-invalidanti, comportando un'esclusione dei pazienti con queste diagnosi dal sistema di monitoraggio e, conseguentemente, dall'analisi dei dati presentati.

Di seguito viene presentata una sintesi dei dati al 31.12.2018.

I pazienti con malattia rara seguiti da Centri veneti, presenti nel Registro malattie rare, sono 43.961. Di questi, 37.105 sono pazienti residenti in Veneto e 6.856 pazienti residenti in altre

regioni. 1.792 pazienti veneti sono seguiti da Centri fuori regione. Tali dati configurano un tasso di attrazione della rete malattie rare regionale pari al 15,6%, ed un tasso di fuga contenuto, pari al 4,1%.

La distribuzione per classi di età dei pazienti seguiti in Centri per le malattie rare della regione Veneto è presentata in Figura 7.13. Come si può osservare, queste malattie, caratterizzate nella maggior parte dei casi da un decorso cronico, possono interessare tutte le fasce di età dalla popolazione, non rappresentando quindi un problema di salute unicamente per l'età pediatrica, come comunemente si è portati a pensare. Il gruppo più rappresentato (Figura 7.14) è quello dei pazienti con malattie neurologiche rare (17%). Seguono i pazienti con diagnosi di malattie rare dell'apparato visivo (15%), i pazienti con sindromi o malformazioni congenite (14%) e quelli con malattie ematologiche rare (11,1%).

Figura 7.13 – Distribuzione per classi di età dei pazienti residenti in Veneto con diagnosi di malattia rara ex all. 7 DPCM 12.01.2017 per gruppo nosologico ICD9-CM, dati al 31.12.2018 (Fonte: Registro malattie rare- Regione del Veneto)

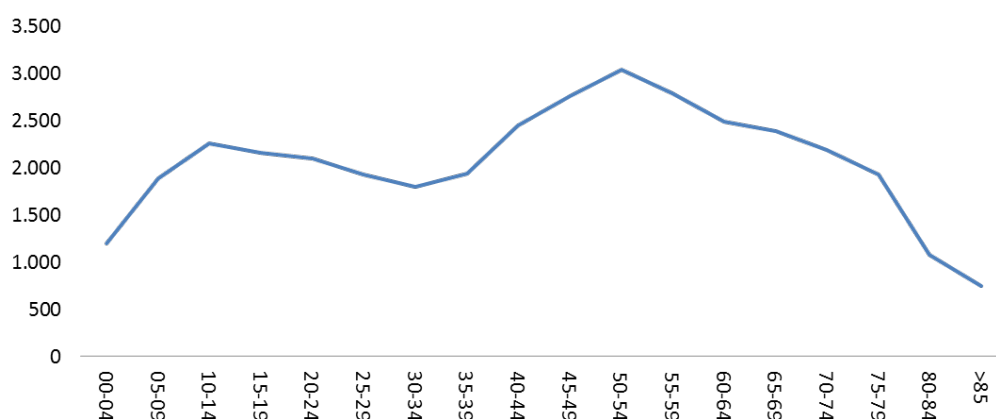
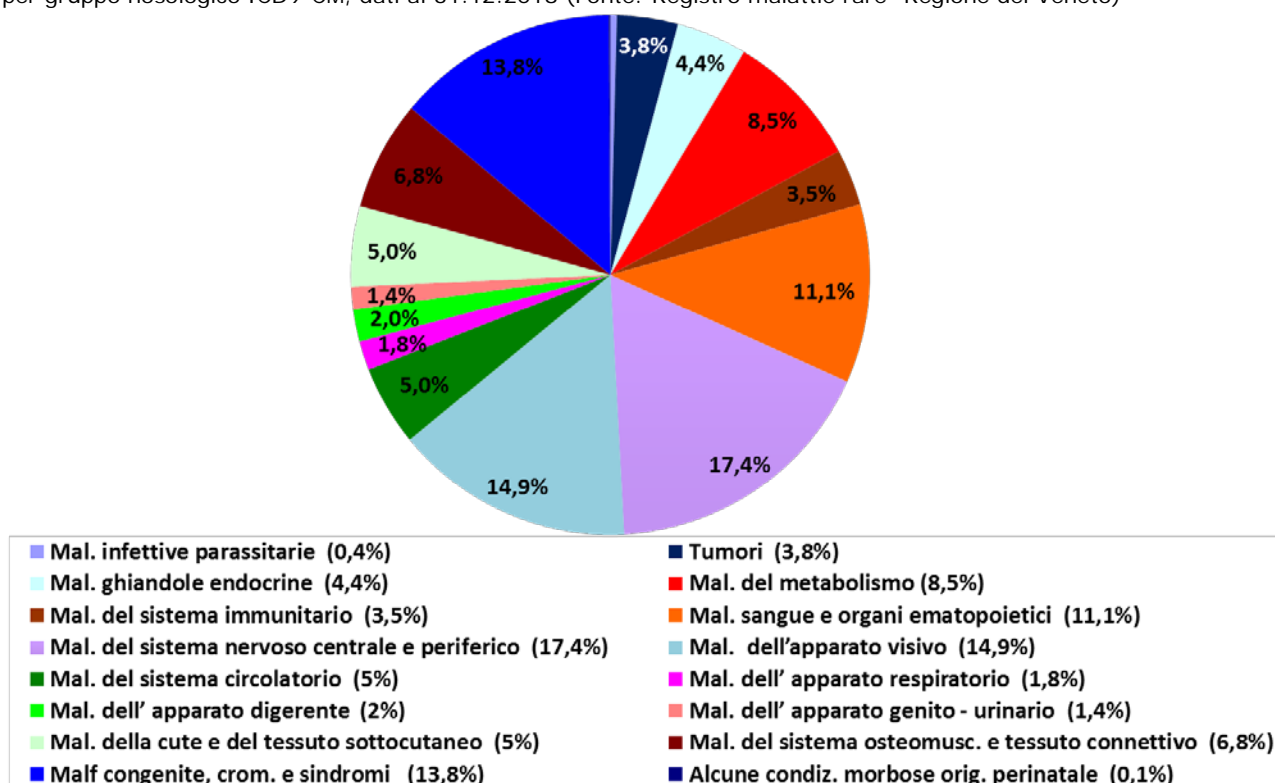


Figura 7.14 – Distribuzione dei pazienti residenti in Veneto con diagnosi di malattia rara ex all. 7 DPCM 12.01.2017 per gruppo nosologico ICD9-CM, dati al 31.12.2018 (Fonte: Registro malattie rare- Regione del Veneto)



Il sistema informativo alla base del Registro, oltre a raccogliere dati epidemiologici sulle malattie rare, utili per scopi di programmazione sanitaria, è stato strutturato principalmente per supportare l'intero percorso dei pazienti attraverso la rete regionale dei servizi. Essendo le malattie rare spesso malattie di lunga durata, multisistemiche, e quindi necessitanti di una presa in carico multidisciplinare, caratterizzate da aspetti di complessità assistenziale, uno degli obiettivi prioritari è evitare la frammentazione tra momenti di cura e *setting* assistenziali diversi. Il sistema informativo rappresenta uno strumento che permette di connettere, attraverso la rete Intranet regionale, i diversi attori coinvolti nella presa in carico delle persone con malattie rare. Nel 2018, gli utenti che hanno utilizzato il sistema nella Regione Veneto sono stati 2.107: medici operanti nei Centri accreditati; medici e altro personale operanti nella rete territoriale; farmacisti, sia ospedalieri che territoriali. Il sistema è in continuo sviluppo e si caratterizza per avere un'architettura di tipo modulare. In particolare, il modulo della definizione diagnostica è stato completamente rivisto nel 2018, introducendo nuovi contenuti: definizione di tutte le entità nosologiche incluse nei nuovi gruppi, manutenzione della lista e, per tutte le malattie, loro classificazione adeguandola alla logica Orphanet, base per l'ICD-11. Sono state introdotte anche nuove funzionalità, tra cui quella che consente una specificazione diagnostica di dettaglio, rispetto a quella della prima diagnosi, che tiene conto dei progressi raggiunti in ambito di nuove tecniche di diagnosi genetica disponibili. Anche il modulo del piano terapeutico, che consente la prescrizione da parte dei Centri di tutti i trattamenti necessari per la presa in carico delle persone con malattie rare (farmaci in commercio in Italia ed esteri, parafarmaci, presidi ed ausili, dispositivi medici, galenici, etc.) è stato aggiornato e sono stati implementati nuovi percorsi prescrittivi sulla base della normativa emanata dalla regione per alcuni trattamenti (es. cannabinoidi). Al 31/12/2018, i piani assistenziali redatti per pazienti veneti sono stati 27.099. La Regione Veneto, durante l'anno 2018, ha continuato ad impegnare risorse specifiche per garantire in esenzione l'accesso per le persone affette da malattie rare, secondo i percorsi già definiti a livello regionale, a trattamenti extra-LEA (farmaci fuori indicazione, fascia C, dietetici, integratori, etc.), altrimenti a pagamento per i cittadini. Complessivamente, al 31/12/2018, i piani terapeutici redatti attraverso il sistema informativo regionale dai Centri per le malattie rare del Veneto e/o inseriti dai Distretti delle Aziende ULSS di residenza degli assistiti del Veneto, essendo stati rilasciati da Centri fuori regione, sono 34.521, di cui l'88,2% formulati per assistiti residenti in regione.

Nell'ambito dei compiti istituzionali del Coordinamento, nel 2018, è proseguita l'attività del Centro informazioni-*helpline* per le malattie rare, al quale si accede attraverso un numero verde (800-318811), una linea telefonica dedicata e un indirizzo di posta elettronica (malattierare@regione.veneto.it). Il Centro informazioni anche nel 2018 ha partecipato alle attività dell'*European Network for Rare Diseases helplines*, coordinato da Eurordis, la federazione europea delle associazioni di malati rari, che riunisce *helplines* operanti in 14 Paesi europei. Nel 2018, l'attività di informazione è stata consistente, essendo intervenute a fine 2017 importanti novità per i pazienti (entrata in vigore del nuovo elenco malattie rare e conseguente adeguamento della rete regionale di assistenza regionale). Nel 2018, il Centro informazioni ha fornito una risposta a 3.171 richieste di informazioni.

Nel 2018 sono state svolte azioni di formazione ed informazione rivolte a professionisti della rete malattie rare, del SSR e ad associazioni. È proseguita la collaborazione con la Scuola di formazione in Medicina generale della regione Veneto, che si è concretizzata nello svolgimento di incontri formativi sia teorici che pratici, riguardanti il sospetto di malattia rara, l'organizzazione regionale, i diritti e la presa in carico dei malati.

Azioni a livello europeo - Joint Action europea sulle malattie rare

La Regione Veneto ha partecipato, attraverso il Coordinamento malattie rare, all'azione europea sulle malattie rare denominata RD-ACTION. L'azione, di durata triennale è stata avviata nel giugno 2015 ed è terminata nel luglio 2018. Ha visto la partecipazione di istituzioni di circa 40 Paesi, contribuendo a integrare e consolidare i risultati delle precedenti Joint Action sulle malattie rare già supportate negli anni precedenti dalla Commissione europea. La RD-ACTION è stata coordinata da ORPHANET, Inserm (Francia) e il Coordinamento malattie rare ha partecipato come task-leader al WP5. Scopo di questo specifico pacchetto di lavoro è stato quello di produrre strumenti ed indicazioni pratiche, applicabili a livello di Stati membri, per lo sviluppo di un sistema di codifica specifico delle malattie rare basato sulla classificazione Orphanet e di metodi che consentano una migliore tracciabilità delle persone con malattia rara all'interno dei sistemi informativi sanitari. In particolare, nel corso del 2018, il Coordinamento è stato responsabile della conduzione della sperimentazione in contesti reali dei codici ORPHA. I risultati di questa attività sono stati presentati alla Conferenza europea sulle malattie rare tenutasi a Vienna nel maggio 2018. A conclusione delle attività del WP5, è stato organizzato un workshop di due giorni tenutosi a Venezia nei giorni 20 e 21 giugno 2018. Il workshop ha visto la partecipazione dei più importanti portatori di interesse. Tra questi, partners e collaboratori dell'azione europea, provenienti da 6 paesi (Francia, Germania, Italia, Irlanda, Portogallo e Spagna) e rappresentanti delle seguenti istituzioni: Orphanet-Inserm, Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), Joint Research Centre della Commissione Europea. Per maggiori informazioni sull'azione europea e sugli strumenti sviluppati per migliorare la codifica delle malattie rare è possibile consultare il sito www.rd-action.eu.

Azioni a livello europeo - Reti europee di riferimento per le malattie rare (ERN)

La Direttiva europea sull'assistenza sanitaria transfrontaliera n. 2011/24 ha stabilito lo sviluppo di reti europee di riferimento (*European Reference Networks*) per le malattie rare. I Centri della Regione Veneto, a seguito del buon esito del processo di selezione prima regionale, poi nazionale ed infine europeo, partecipano a 19 ERN su 24. Tale risultato rappresenta un'importante opportunità. Ora che le attività delle reti sono state pienamente avviate, si configura come una priorità garantire lo stretto e coerente legame tra l'attività svolta dai Centri partecipanti e la programmazione strategica regionale. La Commissione Europea stessa ha identificato come strategica per il buon successo delle ERN il raccordo delle loro attività con i sistemi sanitari regionali/nazionali. La DGR 491/2018 ha identificato per la regione Veneto delle chiare azioni in questa direzione, tra cui: la realizzazione nel corso di un triennio nelle strutture venete in cui insistono i Centri partecipanti alle ERN della "Piastra /piattaforma malattie rare", luogo fisico dove poter concentrare le attività multidisciplinari di presa in carico e *assessment* dei malati rari seguiti; la sperimentazione in questo contesto di prestazioni di *e-health* per malati rari, in primis la tele-consulenza, secondo quanto già definito dall'Accordo tra Governo, Regioni e PPAA del 22 gennaio 2015; l'affidamento dell'attività indirizzo, supervisione e controllo della rete dei Centri veneti parte delle ERN al Coordinamento regionale malattie rare.

Approfondimenti

Rapporto tecnico attività Coordinamento malattie rare, anno 2018

Rapporto tecnico attività Registro malattie rare, anno 2018

www.rd-action.eu (<http://www.rd-action.eu/leaflet-and-documents/>)

Mazzucato M., Facchin P., Angin C., Messiaen C., Framdi F., Stefanie Weber S., Marx M., Dulas F., Orly A., Rath A. Orphacodes' use for the codification of rare diseases: results of the testing activity carried out within the RD-Action framework. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2018, 13 (Suppl 2)

Mazzucato M, Visonà Dalla Pozza L, Minichiello C, Manea S, Barbieri S, Toto E, Vianello A, Facchin P. The Epidemiology of Transition into Adulthood of Rare Diseases Patients: Results from a Population-Based Registry. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(10)

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale Malattie rare - Registro Regionale Malattie rare

Via Donà 11 - 35129 Padova

Telefono: 049 8215700, 800318811 (numero verde malattie rare)

e-mail: malattierare@regione.veneto.it

8. Risorse e strumenti a supporto del Servizio Socio Sanitario Regionale

8.1 Le politiche del personale del Servizio Socio Sanitario Regionale del Veneto

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

“Azioni per la valorizzazione delle risorse umane” (§ 4.3)

Il PSSR evidenzia l'importanza delle iniziative atte a favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale. La valorizzazione delle risorse umane e il coinvolgimento nei diversi processi di integrazione di tutti i professionisti operanti nei diversi settori e l'investimento che ne consegue rappresentano una condizione necessaria per supportare le strategie di cambiamento previste dalla programmazione regionale e per consentire il raggiungimento di obiettivi quali la revisione di ruoli e competenze superando l'attuale frazionamento nell'organizzazione dell'intervento assistenziale.

“Gli ambiti della programmazione” (capitolo 3)

Si dispone che il raggiungimento dei macro obiettivi di programmazione sia guidato da alcuni criteri, tra cui la “capacità di concorrere al perseguimento della qualità dei servizi anche attivando un sistema dei controlli, sugli esiti e sulla performance, e di gestione dei rischi e della sicurezza”.

Quadro di sintesi

Nel 2018 sono proseguite le attività di gruppi di lavoro e tavoli tecnici su alcune tematiche: valutazione degli esiti sensibili all'assistenza infermieristica, valorizzazione dei professionisti, integrazione multiprofessionale e multidisciplinare. Le attività formative gestite dalla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica (Fondazione S.S.P.) sono notevolmente aumentate come tipologia e numero. Infine, tra le attività innovative relative al personale sono state avviate le procedure di concorso in modalità aggregata attraverso Azienda Zero.

Il PSSR 2012–2016 individua come azioni strategiche per ridisegnare i percorsi socio-assistenziali e l'organizzazione del lavoro l'integrazione, lo sviluppo delle competenze dei professionisti e la loro valorizzazione. Di seguito vengono descritti progetti e processi di cambiamento che perseguono l'attuazione di tali strategie.

Progetto pilota per la gestione della gravidanza a basso rischio ostetrico

Il progetto pilota per la gestione della gravidanza a basso rischio è stato introdotto in tre Aziende Sanitarie nel 2015 ed ulteriormente implementato nel 2016; esso prevede il monitoraggio di tutte le gravidanze, la loro classificazione in base al grado di rischio e la gestione di quelle a basso rischio da parte del personale ostetrico. Nel 2017 ha riportato risultati clinici validi ed elevata qualità percepita da parte delle gestanti che hanno concluso il percorso a gestione ostetrica, pertanto nel 2018, a seguito della DGR n. 28 del 20 marzo 2018 quanto previsto dal progetto è stato gradualmente esteso alle aziende ULSS 1 Dolomiti, 2 Marca Trevigiana e 7 Pedemontana e si è dato avvio all'estensione all'AULSS 6 Euganea anche con il coinvolgimento dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

Percorsi di formazione complementare regionale ai fini dell'attribuzione degli incarichi di funzione di tipo professionale in applicazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto sanità 2016-2018

Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) del comparto sanità per il biennio 2016-18 ha introdotto una nuova disciplina degli incarichi di funzione, prevedendo gli incarichi professionali, attribuibili al personale del ruolo sanitario ex L. 43/2006 e agli assistenti sociali, per lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del profilo di appartenenza. L'incarico di funzione di tipo professionale si articola in incarico di professionista specialista, per la cui attribuzione è necessario il possesso del master specialistico di primo livello, e incarico di professionista esperto, la cui attribuzione è successiva all'acquisizione di competenze avanzate tramite percorsi formativi complementari regionali e attraverso l'esercizio di attività professionali riconosciute dalle Regioni. Mediante confronto multiprofessionale con dirigenti esperti in gestione delle risorse umane e delle professioni sanitarie è stata elaborata una proposta, successivamente condivisa con i rappresentanti professionali e sindacali, di ambiti di sviluppo delle competenze avanzate e specialistiche, in accordo con quanto previsto dal Piano socio sanitario e considerate le esperienze di valorizzazione professionale già esistenti nei contesti sanitari. Gli ambiti individuati costituiscono la base per la futura progettazione di percorsi formativi complementari regionali, che in associazione all'implementazione di nuovi modelli organizzativo-assistenziali in cui vi sia l'impiego di competenze avanzate/specialistiche, rendono applicabile quanto previsto dal CCNL e la valorizzazione dei professionisti sanitari.

Indagine sul profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario

L'Operatore Socio Sanitario, la cui figura è stata istituita con l'accordo adottato in Conferenza Stato/Regioni il 22 febbraio 2001, recepito con Legge regionale 16 agosto 2001, n. 20, si è rivelato una risorsa fondamentale nei contesti assistenziali sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali; considerato che nell'ultimo ventennio questi contesti sono stati oggetto di profondi cambiamenti sia sul piano organizzativo che clinico-assistenziale e sociale, e che tuttora è in atto una loro continua evoluzione, si è sentita la necessità di verificare quanto la figura dell'operatore socio sanitario sia attuale e quanto sia stato adattato alle necessità regionali attraverso modificazioni dei percorsi formativi.

Sulla base di tali considerazioni è stato costituito un sottogruppo tecnico regionale afferente al tavolo tecnico interregionale "Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni formativi Regioni" del Ministero della Salute, coordinato dalla Regione del Veneto, che ha elaborato un questionario per una rilevazione, nei primi mesi del 2019, presso le Regioni/Province Autonome di alcuni aspetti relativi alle possibili variazioni e implicazioni intervenute nel corso degli anni rispetto a quanto definito dagli Accordi Stato-Regioni del 2001 e del 2003, del profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario e della formazione complementare in assistenza sanitaria.

Esiti correlati all'assistenza infermieristica

Il Piano Socio Sanitario regionale, dispone che il raggiungimento dei macro obiettivi di programmazione sia guidato anche dalla "capacità di concorrere al perseguimento della qualità dei servizi attivando un sistema dei controlli, sugli esiti e sulla performance, e di gestione dei rischi e della sicurezza", quindi azioni di governo della qualità delle cure, assumono grande rilevanza e tra queste risulta essere di particolare rilievo la fase di valutazione che permette di monitorare gli esiti di salute.

In particolare la valutazione degli esiti dell'assistenza infermieristica costituisce uno strumento utile al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema sanitario regionale, permettendo di analizzare e monitorare le performance e il grado di adeguatezza delle prestazioni attuate tenendo in considerazione l'assistenza infermieristica quale componente fondamentale nel processo di cura.

L'assistenza infermieristica è stata oggetto di attenzione mediante l'istituzione di un gruppo tecnico, a partire dal 2017, con l'obiettivo di definire a livello regionale un panel di indicatori per il monitoraggio e la valutazione degli esiti sensibili all'assistenza infermieristica erogata nei contesti ospedalieri, in considerazione anche del fatto che la correlazione tra esiti sensibili all'assistenza infermieristica e dotazione di infermieri è ben documentata nella letteratura scientifica. Gli indicatori selezionati dal gruppo tecnico sono il grado di dipendenza funzionale, le cadute, le lesioni da pressione e le infezioni delle vie urinarie catetere-correlate e la polmonite da aspirazione.

Conseguentemente è stato avviato un progetto pilota per la rilevazione sistematica di indicatori degli esiti sensibili all'assistenza infermieristica nei presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto, affidato al Direttore della U.O.C. Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie di Azienda Zero (DGR n. 20 del 11 gennaio 2018).

Nel corso del 2018 in sinergia con la sopra citata UOC di Azienda Zero, è stata avviata l'elaborazione di procedure regionali per la rilevazione omogenea degli indicatori "lesioni da pressione" e "dipendenza funzionale" e di un protocollo di indagine per la rilevazione delle cure compromesse, intese come le attività di assistenza infermieristica omesse, in parte o totalmente, o ritardate, che sono associate con livelli elevati di eventi avversi riportati dagli infermieri o dai pazienti e che consentono di completare la valutazione degli esiti correlati all'assistenza infermieristica.

Linee Guida Age Diversity Management

Con Decreto n. 31 del 20 febbraio 2018, il Direttore dell'Area sanità e Sociale ha approvato le Linee Guida per le politiche di *age – diversity management* nelle aziende sanitarie ed enti del Servizio sanitario della Regione del Veneto dando avvio alla loro applicazione.

Il progressivo invecchiamento degli organici è uno dei fenomeni che hanno avuto e sta avendo maggior impatto sull'organizzazione e sul funzionamento delle Aziende sanitarie locali e ospedaliere. Le riforme del sistema previdenziale e l'inasprimento delle politiche di blocco del turnover, messe in atto per contenere la spesa pubblica, hanno, infatti, determinato un costante aumento dell'età media del personale delle Aziende sanitarie. Per approfondire la conoscenza di questo fenomeno la Regione del Veneto ha sin dal 2015 partecipato ad una ricerca condotta da CERGAS Bocconi di Milano mirata a studiare le inidoneità e idoneità con limitazione alla mansione dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale e ad elaborare proposte di policy.

L'indagine ha messo in evidenza che, all'aumentare dell'età, aumentano anche il numero di lavoratori inidonei facendo così emergere, tra le varie indicazioni, la necessità di attivare «azioni per definire politiche e regole di gestione del personale che si basino esplicitamente sulla gestione dell'età» considerata la forte relazione tra le limitazioni lavorative e l'età anagrafica dei lavoratori. Tali politiche rappresentano una necessità sentita dalle organizzazioni, tanto da essere citate anche nei nuovi Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

Nel 2016 l'Area Sanità e Sociale ha perciò istituito un gruppo di lavoro e ricerca con l'obiettivo di analizzare i risultati dell'indagine CERGAS Bocconi ed elaborare linee guida per sviluppare e gestire a livello aziendale politiche del personale basate sull'età anagrafica dei lavoratori (*age*

management) e più in generale sui diversi bisogni e caratteristiche che i lavoratori presentano (*diversity management*) nelle strutture delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Il lavoro del gruppo ha condotto alla predisposizione delle Linee guida per le politiche di *age-diversity management* nelle Aziende sanitarie ed Enti del Servizio sanitario della Regione del Veneto che hanno l'obiettivo di sensibilizzare management e personale del SSR rispetto all'entità e la peculiarità del fenomeno legato all'invecchiamento degli organici e di promuovere una maggior consapevolezza dei vincoli ma anche delle opportunità che tale fenomeno comporta. Le linee guida, rivolte principalmente alle Direzioni strategiche, alle Direzioni del Personale, ai responsabili e ai coordinatori del personale delle Aziende sanitarie, hanno inoltre l'obiettivo di sensibilizzare management e personale del SSR rispetto all'entità e alla peculiarità del fenomeno legato all'invecchiamento degli organici e di promuovere una maggior consapevolezza dei vincoli ma anche delle opportunità che tale fenomeno comporta.

Con il DDR n. 31 del 20.02.2018, sopra richiamato, conclusa la fase di ricerca, è stata avviata la fase di attuazione all'interno degli enti del SSR delle Linee Guida. È stato inoltre dato ad Azienda Zero l'incarico di effettuare un monitoraggio periodico al fine di valutare impatto ed esiti della applicazione delle Linee Guida. La risposta delle Aziende e degli Enti è stata sin da subito estremamente positiva. Attualmente la applicazione delle Linee guida per le politiche di *age-diversity management* nelle aziende sanitarie ed enti del Servizio sanitario della Regione del Veneto risulta in pieno svolgimento.

Elaborazione dei valori di riferimento per il personale di assistenza

L'art. 8, c. 1, della L.R. 29 giugno 2012, n. 23, prevede che la Giunta regionale, d'intesa con la competente Commissione consiliare, definisca le dotazioni standard del personale sanitario, professionale e amministrativo dei servizi sanitari e socio-sanitari necessari a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). L'impegno della Regione per la definizione di dotazioni standard di personale viene sottolineato anche nel Nuovo Piano Socio Sanitario Regionale (L.R. 28 dicembre 2018, n. 48). L'art. 6 prevede, infatti, che *"Entro il 2019 la Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, definisce le dotazioni standard del personale sanitario, professionale e amministrativo dei servizi sanitari e socio-sanitari necessari a garantire l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), con riferimento ai bacini territoriali coincidenti con le aziende ULSS, [...]"*. La medesima norma incarica, inoltre, la Crite (Commissione Regionale Investimenti in Tecnologia e Edilizia) di effettuare la disamina/analisi dei piani trimestrali di assunzione del personale degli enti del Servizio Sanitario Regionale al fine di verificarne la coerenza con la normativa nazionale e regionale, nonché con gli atti di programmazione regionale. I due processi risultano strettamente connessi. Per la realizzazione di questi obiettivi è necessario implementare e aggiornare costantemente un sistema di monitoraggio puntuale dei valori di riferimento regionali e condurre analisi di benchmark e confronti tra le diverse realtà aziendali.

Nel corso del 2017 e del 2018 sono stati costantemente monitorati i tempi di assistenza del personale del comparto impiegato nelle attività ospedaliere, come previsto dalla DGR 610/2014. Tale attività, che prevede un continuo confronto con le Aziende, le organizzazioni sindacali e le rappresentanze professionali, permette di mettere in atto politiche del personale mirate al soddisfacimento delle esigenze delle singole unità operative, concentrando le risorse disponibili in ragione dei servizi da erogare e organizzando i servizi secondo principi di efficacia ed efficienza economica. Alla misurazione del tempo assistenziale erogato va, comunque, sempre accostata un'analisi dei modelli assistenziali, individuando buone pratiche in termini di qualità e sicurezza, in contesti di efficienza allocativa. Con riferimento ai modelli organizzativi

del comparto, sono state diffuse linee guida per l'organizzazione dei reparti di medicina e chirurgia, in seguito allo sviluppo di un'analisi dei modelli organizzativi esistenti negli ospedali spoke della Regione. Il lavoro di analisi e monitoraggio delle attività assistenziali si completa solo con la valutazione degli esiti dell'assistenza erogata che permette di stimare l'effettivo risultato del processo assistenziale posto in essere. L'attività erogata deve, infatti, innanzitutto essere orientata al soddisfacimento del bisogno assistenziale e, partendo da questo obiettivo, essere organizzata secondo criteri di efficacia ed efficienza organizzativa.

Nel 2017 è stato approvato la DGR n. 245 avente ad oggetto la "Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico - documento metodologico generale e definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dei Pronto Soccorso." Nella prima parte del documento, vengono definiti dei parametri di carattere metodologico generale e la necessità di correlare tali parametri al tipo di attività svolta al rispetto della mission delle singole strutture e alla funzione attribuita dalla programmazione regionale. Vengono, inoltre, chiariti i criteri per l'organizzazione delle guardie mediche per unità operativa e per area omogenea (cosiddette guardie "interdivisionali").

Il monitoraggio dei valori di riferimento così definiti necessita di un'attenta attività di analisi a livello centrale e un necessario confronto continuo con le Aziende e gli stakeholder. Il lavoro del gruppo è continuato con la definizione dei valori minimi di riferimento per il personale medico afferente alle unità operative di medicina generale e chirurgia (DGR 1833/2017). Il percorso verso l'adeguamento delle dotazioni organiche e del personale in servizio ai valori minimi fissati nel documento non è di immediata realizzazione ma richiede tempi medio lunghi in quanto richiede la riorganizzazione di completi reparti ospedalieri e deve essere realizzato nel rispetto del servizio erogato e delle risorse professionali disponibili.

A livello regionale, nel corso del 2018, è stata approfondita l'analisi comparativa e multivariata dei dati, in modo da rendere confrontabili diversi contesti di cura e individuare situazioni virtuose di allocazione delle risorse. L'analisi delle risorse di personale, volta alla corretta allocazione delle stesse, va estesa alle attività ambulatoriali e ai servizi, nonché alle attività extra ospedaliere tipiche delle Aziende Sanitarie.

Procedure di concorso

La Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 ha istituito l'Azienda Zero allo scopo di unificare le funzioni di supporto alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria e di coordinare la governance del SSR, nonché di aggregare le attività di gestione tecnico-amministrativa che trovino una maggiore razionalità su scala regionale, con conseguente trasferimento alla stessa di attività già di competenza delle Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale nonché della Regione.

Tra le altre funzioni, è stata affidata ad Azienda Zero anche la gestione delle procedure di concorso per l'assunzione del personale presso le Aziende Sanitarie del SSR.

Considerato lo spirito della riforma all'insegna della razionalizzazione finalizzata alla riduzione dei costi e a una maggiore efficacia dei servizi, anche nello specifico delle procedure concorsuali affidate ad Azienda Zero è stato previsto uno strumento che porti concretamente ai risultati attesi.

In particolare sono state previste le "procedure concorsuali aggregate" gestite da Azienda Zero, la quale ha il compito di effettuare le procedure di reclutamento per ciascuna Azienda del SSR, con procedure che nascono, si sviluppano e si concludono in modo singolo, ma con la particolarità di essere espletate contemporaneamente condividendo tutte le risorse necessarie al loro svolgimento e ottenendo una conseguente ottimizzazione di risorse e spese a carico del

SSR. Inoltre, tale modalità garantisce l'impiego di criteri di valutazione uniformi che assicurano omogeneità qualitativa e professionale per lo svolgimento di funzioni equivalenti sul territorio del SSR.

Le procedure aggregate, rispetto alle procedure singolarmente svolte da ciascuna Azienda, presentano una maggiore complessità fronteggiata da Azienda Zero dando indicazioni alle Aziende sulle modalità operative nelle fasi precedenti i concorsi stessi.

Nel corso dell'anno 2018 Azienda Zero ha avviato la presa in carico delle procedure concorsuali per conto delle Aziende del sistema regionale, secondo un criterio di gradualità parallelo al processo graduale di trasferimento di funzioni, personale e risorse.

In particolare, da febbraio 2018 a novembre 2018, con 4 decreti del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale sono stati presi in carico i concorsi per Dirigente Medico di tutte le specialità, per Dirigente Fisico, Dirigente delle Professioni Sanitarie, Dirigente Amministrativo; per l'area non dirigenziale è stata assunta la competenza per 9 profili dell'area sanitaria (Tecnico della Fisiopatologia cardiocircolatoria e della perfusione vascolare, Tecnico di Neurofisiopatologia, Ostetrica, Tecnico della Prevenzione, Assistente Sanitario, Tecnico Sanitario di Laboratorio, Tecnico Sanitario di radiologia Medica, Tecnico Audiometrista, Infermiere) e per l'area tecnica è stata assunta la competenza per l'Operatore Socio Sanitario.

Da agosto 2018 fino alla fine del medesimo anno sono stati espletati 5 concorsi/avvisi afferenti all'area sanitaria del personale non dirigente e 2 concorsi della Dirigenza Medica (Chirurgia d'accettazione e d'urgenza e Anestesia) e sono stati indetti 21 concorsi per Dirigente Medico di altrettante specialità.

Le 28 procedure gestite con la modalità "aggregata" corrispondono a 109 procedure singole che, nel sistema del Servizio Sanitario Regionale, sarebbero state svolte dalle singole aziende qualora non fosse intervenuta la riforma della L.R. n. 19/2016.

Per le procedure integralmente svolte nel 2018, il tempo medio di espletamento, dalla richiesta da parte delle Aziende alla approvazione delle graduatorie, è stato di 4 mesi, tempo inferiore a quello normalmente e mediamente impiegato nei singoli Enti prima della riforma.

Tali circostanze evidenziano almeno 3 aspetti maggiormente vantaggiosi rispetto alle modalità antecedenti alla riforma:

- tempi ridotti per fornire graduatorie da cui attingere per le immissioni in servizio a fronte delle esigenze delle Aziende;
- limitazione della migrazione dei candidati da un'Azienda Sanitaria a un'altra: pur essendo possibile l'utilizzo delle graduatorie da parte delle altre Aziende, i candidati che partecipano alle procedure aggregate dichiarano sin da subito per quale Azienda intendono concorrere tra quelle coinvolte nel medesimo concorso e, pertanto, risulta ridotta l'eventualità che il candidato possa ricevere proposte assuntive da più Aziende del sistema regionale, circostanza invece frequente allorquando le procedure vengono svolte singolarmente dalle Aziende in momenti diversi, con la negativa conseguenza di sottrarre ad altre Aziende del sistema regionale risorse spesso reclutate da poco tempo e andando così ad innescare, a catena, necessità di coprire gli stessi posti per i quali era stato esperito tutto l'iter assuntivo;
- riduzioni dei costi per il Servizio Sanitario Regionale, risparmi che possono essere impiegati per finalità diverse: i costi di ogni procedura svolta in forma aggregata da Azienda Zero, se venissero replicati per il numero di Aziende di volta in volta coinvolte, aumenterebbero in modo esponenziale.

La Formazione di base

Definizione del fabbisogno formativo

In base alla normativa vigente, periodicamente le Regioni e le Province Autonome devono formulare al Ministero della Salute il proprio fabbisogno formativo, ovvero la programmazione del numero di posti da destinare ai singoli corsi di laurea e corsi di laurea magistrale delle Professioni Sanitarie ex L. 251/2000, alle Scuole di specializzazione dell'area sanitaria per la formazione degli specialisti medici, nonché il numero dei posti riservati ai corsi di laurea a ciclo unico in medicina e chirurgia e ai corsi di laurea per le altre Professioni Sanitarie (odontoiatra, veterinario, psicologo, biologo, fisico, chimico). Regioni e Ministero della Salute con Accordo Stato/Regioni del 9/6/2016 prot. n.105/CSR, hanno adottato un apposito modello previsionale: lo strumento per determinare il fabbisogno formativo.

La formazione di base delle Professioni Sanitarie

Ai sensi del D.Lgs n. 502/92 ss.mm.ii., le Aziende ULSS e Ospedaliere rappresentano la sede privilegiata per lo svolgimento dei corsi di laurea e corsi di laurea magistrale delle Professioni Sanitarie di cui alla L. 251/2000. La disciplina del rapporto tra Regione del Veneto, Università degli Studi di Padova e Università degli Studi di Verona è demandata a un apposito protocollo d'intesa sancito il 7 luglio 2016 e rinnovato per il triennio 2018-2020 che prevede, tra l'altro, la partecipazione finanziaria della Regione a sostegno dell'attività didattica.

Grazie all'investimento regionale, ogni anno circa 5.900 studenti universitari, e futuri professionisti sanitari, frequentano le aule e le strutture delle Aziende Sanitarie per il conseguimento dei crediti formativi universitari previsti per le attività didattiche e le attività pratiche di tirocinio e di laboratorio. Durante il loro percorso formativo sono inoltre seguiti dai professionisti sanitari dipendenti del SSR, in veste di docenti universitari o di tutor.

I Contratti di formazione specialistica aggiuntivi

La Regione del Veneto annualmente finanzia contratti di formazione specialistica, previsti dal D.Lgs 368/99 ss.mm.ii., destinati ai medici che intendono conseguire un diploma di specializzazione, al fine di colmare il divario tra i posti finanziati dallo Stato e il fabbisogno formativo regionale. Con la L.R. n. 9/2013, per garantire un'adeguata disponibilità di medici specialisti per il Servizio Sanitario Regionale e per qualificare ulteriormente l'intervento regionale, sono state introdotte nel testo del contratto di formazione specialistica alcune clausole aggiuntive che garantiscono la permanenza dei professionisti formati nelle strutture e negli Enti del SSR. Analogamente, risorse regionali sono destinate alla formazione specialistica dei c.d. "non medici", per i quali a oggi lo Stato non dedica appositi finanziamenti.

La Carenza di Medici Specialisti

In occasione della stipula dell'accordo Stato – Regioni relativo alla determinazione del fabbisogno di medici specialisti da formare per il triennio accademico 2017 – 2020 (Rep. Atti n. 110/CS del 21/6/2018), le Regioni e Province Autonome hanno evidenziato come lo scostamento tra i fabbisogni rappresentati e il numero di contratti di formazione specialistica finanziati dallo Stato, registrato costantemente negli ultimi anni, era destinato a produrre nel breve periodo una carenza di medici specialisti per il SSN.

Nel corso del 2019 la richiamata carenza si è manifestata in maniera sempre più evidente, ma la problematica – più volte segnalata dalle Regioni ai competenti Ministeri – non è stata affrontata in modo organico.

La Regione del Veneto si è fatta promotrice di una discussione tra le Regioni, finalizzata all'individuazione di possibili soluzioni, quindi in data 8 novembre 2018 l'Assessore regionale

alla Sanità e programmazione socio-sanitaria ha inviato al Ministro della Salute un documento contenente una pluralità di proposte. Si è rappresentata, in particolare, l'esigenza di adottare una serie di disposizioni legislative finalizzate a:

- modificare il limite di spesa per l'assunzione di personale;
- consentire, laddove risulti impossibile il reclutamento di medici con rapporto di dipendenza o convenzionati, la stipula di contratti di lavoro autonomo anche per lo svolgimento di funzioni ordinarie;
- consentire l'accesso al SSN di medici laureati e abilitati, ma privi di diploma di specializzazione.

Il documento contiene poi proposte atte alla revisione del percorso formativo per il conseguimento della laurea in Medicina e Chirurgia e del diploma di specializzazione e volti a valorizzare il lavoro all'interno del SSN.

Il tema della ridotta disponibilità di medici specialisti ha trovato poi spazio nel PSSR 2019 – 2023, approvato con L.R. 28 dicembre 2018, n. 48, nel cui ambito sono stati prefigurati alcuni interventi, sia per quanto concerne la possibile modalità di accesso a medici laureati e abilitati ma privi del diploma di specializzazione, sia relativi all'attivazione di percorsi di formazione specialistica più conformi alle esigenze del SSR che, infine, diretti a valorizzare la professionalità del personale dipendente del SSR attraverso la possibilità di erogare risorse aggiuntive regionali.

Alcune delle misure previste, richiedendo modifiche di norme nazionali, dovranno trovare collocazione nel redigendo "Patto per la Salute" 2019 – 2021.

La Fondazione Scuola di Sanità Pubblica

La Regione del Veneto pone la formazione del personale del Sistema Socio Sanitario tra le aree prioritarie di intervento, come indicato dal Piano Socio Sanitario 2012-2016 (L.R. 29/6/2012, n. 23), che identifica la formazione quale leva strategica del Servizio Socio Sanitario regionale per il raggiungimento degli obiettivi di salute, per la realizzazione dei nuovi modelli organizzativi, per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza, per un'adeguata capacità manageriale che favorisca la sostenibilità del sistema.

Al fine di realizzare tali obiettivi e allo scopo di razionalizzare, potenziare e uniformare quanto finora realizzato dalle singole Aziende Sanitarie, la Regione si è dotata di due organismi - la "Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, Management delle aziende socio-sanitarie e per l'incremento dei trapianti d'organo e tessuti (Fondazione SSP)" e il "Centro di Simulazione e Formazione Avanzata della Regione del Veneto" - i quali, ciascuno per il proprio ambito di intervento, coadiuvano gli uffici regionali afferenti all'Area Sanità e Sociale nella progettazione, organizzazione ed erogazione delle iniziative formative destinate ai dipendenti del SSSR.

Inoltre, secondo quanto disposto dalla DGR n. 1538 del 10/10/2016, la Fondazione SSP, riconosciuta provider accreditato ECM regionale, partecipa alla realizzazione del Piano regionale della formazione.

La Fondazione SSP perciò si qualifica quale punto di riferimento regionale per la formazione di eccellenza di tutto il personale dei servizi socio-sanitari (medico, comparto e tecnico-amministrativo).

Il "Piano Formativo" della Fondazione SSP, per il triennio 2017-2019, è stato approvato con DGR 2058 del 31/12/2016.

Il programma di attività, su indicazione della Regione, si rivolge al personale dipendente e convenzionato delle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere e IRCCS del Veneto. FSSP progetta e realizza percorsi di formazione manageriale per le direzioni strategiche, i direttori di struttura

complessa e il middle management; percorsi di formazione specialistica sanitaria e tecnico-amministrativa, in particolare dedicata alle nuove figure professionali che la trasformazione del SSSR ha individuato. Le attività vengono realizzate attraverso collaborazioni con le migliori Università italiane, con il contributo di Scuole di formazione manageriale con cui è stato costituito un network regionale nonché con il confronto con Sistemi Sanitari che rappresentano eccellenze internazionali nel campo della Salute.

Complessivamente nel 2018 sono state realizzate oltre 500 giornate d'aula con il coinvolgimento di circa 6.400 partecipanti e sono stati organizzati 5 convegni e 3 esperienze di visita studio all'estero e accoglienza di delegazioni straniere nella regione.

Nel 2018 la Fondazione SSP ha potenziato le attività erogate in modalità e-learning attivando nuovi percorsi, tutti accreditati ECM, e attuandone la distribuzione a livello regionale.

Nel corso dell'anno si sono sviluppate le azioni di intervento previste dal "Progetto di Change Management" a supporto del processo di riorganizzazione introdotto in Veneto con la L.R. n. 19 del 25/10/2016.

Da segnalare tra le nuove attività della Fondazione SSP:

- il progetto "La violenza di genere nel sistema dell'urgenza: dal riconoscimento alla risposta operativa";
- l'avvio del Corso di Formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza sanitaria territoriale – MEST;
- la formazione per il personale socio sanitario operante nei servizi/strutture dedicate al percorso di dismissione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Hanno collaborato con la Fondazione SSP nelle attività formative, oltre 400 tra docenti ed esperti regionali, nazionali ed internazionali.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Risorse Strumentali SSR
U.O. Personale e professioni SSR
Palazzo Molin, S. Polo, 2514 - Venezia
Telefono: 041/2793434 – 3488 – 3550
e-mail: risorsestrumentalissr@regione.veneto.it

8.2 Formazione e sviluppo delle professioni sanitarie

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

§ 4.3.1 *“la formazione tra le risorse del SSSR per il raggiungimento degli obiettivi di salute e per la realizzazione dei nuovi modelli organizzativi proposti, per il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza dell’assistenza, per una adeguata capacità manageriale che favorisca la sostenibilità del sistema”*. § 4.3.3 *A tal fine il sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) della Regione del Veneto “è finalizzato al raggiungimento di obiettivi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità della programmazione regionale sancite nel PSSR.*

§ 2.1, pag 34 *“la sostenibilità professionale che si realizza attraverso politiche ed interventi di condivisione degli obiettivi, di comunicazione e di formazione degli operatori del SSSR a tutti i livelli, al fine di acquisire le competenze e gli strumenti per organizzare, gestire ed attuare l’innovazione e il cambiamento.”*

Capitolo 3, pag 42 *il raggiungimento dei macro obiettivi è guidato da alcuni criteri, tra cui la “capacità di concorrere al perseguimento della qualità dei servizi anche attivando un sistema, di controlli sugli esiti e sulla performance, e di gestione dei rischi e della sicurezza”.*

Quadro di sintesi

Nel 2018 le attività realizzate, inerenti la formazione con riferimento all’ECM, e lo sviluppo delle professioni sanitarie, sono state: il mantenimento e consolidamento del sistema regionale per l’educazione continua in medicina (ECM); la definizione di progettualità finalizzate allo sviluppo dei processi di innovazione e miglioramento dell’assistenza; la realizzazione di progettualità che valorizzino lo sviluppo delle competenze dei professionisti; la promozione di modelli operativi finalizzati all’integrazione multi professionale e multidisciplinare; il supporto tecnico alla formazione manageriale, con individuazione degli ambiti di sviluppo della stessa.

Nell’ambito dell’educazione continua in medicina (ECM) risultano accreditati sul territorio regionale 56 provider ECM che hanno realizzato n. 5.677 eventi. Al fine del mantenimento del sistema ECM della Regione del Veneto sono state realizzate le seguenti attività:

- *gestione del procedimento di accreditamento provvisorio e standard dei provider ECM;*
- *gestione delle attività di processo, inerenti le richieste di modifica dei dati relativi agli eventi accreditati dai provider ECM;*
- *supporto istruttorio e di contesto alla Commissione Regionale (CRECM);*
- *supporto istruttorio e di contesto all’Osservatorio Regionale;*
- *gestione delle visite di verifica previste nell’ambito del procedimento di accreditamento standard;*
- *valutazione in loco, da parte dell’Osservatorio Regionale, di eventi erogati dai provider, scelti campione;*
- *monitoraggio delle attività formative erogate dal Provider;*
- *produzione e pubblicazione del Manuale per l’accreditamento regionale dei provider ECM e del Manuale per l’accreditamento degli eventi.*
- *incontri di approfondimento, finalizzati a “guidare” i provider nella predisposizione della documentazione necessaria per le attività di accreditamento.*

I risultati prodotti da tali azioni sono i seguenti:

- n. 6 procedimenti di accreditamento standard conclusi con decreto; n. 1 procedimento di accreditamento provvisorio con decreto; n. 5 procedimenti di accreditamento standard avviati;

- n. 1.095 richieste evase provenienti dai provider;
- n. 6 incontri con la CRECM;
- n. 2 incontri con l'Osservatorio Regionale;
- n. 6 visite di accreditamento standard;
- n. 9 eventi verificati dall'Osservatorio regionale durante la loro realizzazione;
- n. 2 manuali;
- n. 56 incontri con i provider.

Nell'ambito dello sviluppo delle professioni sanitarie sono state realizzate le seguenti progettualità:

- La rete delle Direzioni delle Professioni Sanitarie

La rete è rivolta al confronto continuo sui temi gestionali quotidiani ma anche e soprattutto sugli ambiti di sviluppo e sulla definizione di nuovi orizzonti nella trasformazione della "geografia" delle professioni sanitarie in ottica multiprofessionale/multidisciplinare.

- Il progetto Esiti Sensibili all'Assistenza Infermieristica.

Si è attivato un progetto pilota, DGRV n. 20/2018 "Definizione e utilizzo di indicatori per la valutazione di esiti sensibili all'assistenza infermieristica: attivazione di un progetto pilota", che ha permesso la rilevazione sistematica di indicatori degli esiti sensibili all'assistenza infermieristica nei presidi ospedalieri delle aziende sanitarie della Regione del Veneto, analizzando il flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Nel 2018 in sinergia con la Struttura Direzione Risorse Strumentali SSR gli obiettivi raggiunti sono stati: la costruzione di una rete di collaborazione-condivisione e confronto tra tutti i partecipanti del gruppo di lavoro; la condivisione del progetto e dei risultati della rilevazione sistematica con le Aziende Sanitarie; individuazione di due referenti (un medico e un infermiere) del Progetto Esiti per ciascuna Azienda Sanitaria; la condivisione del progetto con i coordinatori dei Corsi di Laurea in Scienze infermieristiche e Ostetriche delle Università degli Studi di Padova e di Verona; la realizzazione di un evento formativo rivolto ai referenti del progetto esiti e ai coordinatori dei Corsi di Laurea dei due atenei veneti; la condivisione dell'opportunità di realizzare un progetto di ricerca organizzativa sulle Cure Infermieristiche Compromesse (CuIC); la realizzazione e condivisione delle procedure regionali allo scopo di omogeneizzare i comportamenti all'interno delle Aziende Sanitarie:

- I. Procedura regionale per la valutazione funzionale della persona assistita.
- II. Procedura regionale per la valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da pressione della persona assistita.

- La gestione della gravidanza a basso rischio ostetrico

A seguito della DGRV 228 del 06 marzo 2018 si è collaborato con la Struttura Direzione Risorse Strumentali SSR all'estensione del progetto pilota per la gestione della gravidanza a basso rischio ostetrico (BRO).

- Corso di formazione per operatori socio sanitari assistenti di sala in pronto soccorso

E' proseguita l'attività di collaborazione con la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica (FSSP) iniziata nel 2015 riguardo il "Corso di formazione per operatori socio sanitari assistenti di sala in pronto soccorso" realizzato nel 2018 in diverse edizioni quali: 22/05/18 a Treviso, 29/05/18 a Padova, 23/10/18 a Verona, 13/11/18 a Padova e 20/11/18 a Treviso.

- Corso di aggiornamento malattie infettive

In collaborazione con FSSP è stata progettata una formazione in ottemperanza alla Legge n. 135 del 5 giugno 1990 "Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS" e al D.M. del 30/10/1990 modificato dal D.M. 25/07/1995" per il personale dei reparti di malattie infettive realizzato in 9 edizioni per le Aziende Sanitarie nel periodo maggio-novembre 2018.

- Master di secondo livello in Direzione delle Professioni Sanitarie

Lo sviluppo di reti di collaborazioni con la FSSP e le Università di Padova, Verona e Ferrara ha dato origine alla prima edizione del master di secondo livello in Direzione delle Professioni Sanitarie allo scopo di favorire lo sviluppo di competenze organizzative e professionali necessarie a contribuire alla guida del cambiamento del SSR.

Approfondimenti

Piattaforma regionale ECM link: <https://salute.regione.veneto.it/web/ecm/>

Sito di Azienda Zero: <https://salute.regione.veneto.it/web/aziendazero/uoc-formazione-e-sviluppo>

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie – Azienda Zero – Regione del Veneto
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 0498778364-65-66
e-mail: formazione.sviluppo@azero.veneto.it

8.3 Autorizzazione all'esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante

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

Capitolo 4.1. Accreditemento istituzionale e politiche per il miglioramento continuo della qualità

Quadro di sintesi

La UOC Autorizzazione all'Esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante di Azienda Zero, come disciplinato dalla L.R. 19/2016 e dalla L.R. 30/2016, attraverso l'attività di analisi, coordinamento e controllo dei processi di autorizzazione all'esercizio e svolgendo il ruolo di Organismo Tecnicamente Accreditante della Regione del Veneto, ai fini della rispondenza a quanto previsto dalle Intese Stato-Regioni n. 259 del 20 dicembre 2012 e n. 32 del 19 febbraio 2015, si pone come obiettivo la garanzia di una omogeneità di valutazione su tutto il territorio regionale, la trasparenza nella gestione delle attività, e, in quanto organismo all'interno di Azienda Zero, la terzietà dell'organismo stesso nello svolgimento delle proprie funzioni rispetto sia alle strutture valutate sia alla autorità regionale (Giunta) competente al rilascio dell'accREDITamento come previsto dalle succitate intese. Inoltre, nell'ottica e secondo i principi del miglioramento continuo della qualità, svolge la sua funzione non solo in sede di verifica, ma si propone anche come unificatore dei processi per il miglioramento della qualità dei servizi offerti al cittadino, della sicurezza e dei servizi e dei relativi processi; è supporto tecnico all'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto nella definizione di nuovi requisiti, qualora fosse necessario stabilire nuovi standard per l'organizzazione dei servizi, per l'analisi dei processi e per la valutazione delle performance e degli esiti. E' supporto tecnico all'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto nella definizione di nuovi requisiti, qualora fosse necessario.

La UOC Autorizzazione all'Esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante di Azienda Zero, durante la fase di attivazione, ha riprogettato il processo di autorizzazione all'esercizio a seguito del trasferimento della competenza disposta dalla L.R. n. 19/2016, unificando le modalità operative e l'adozione dei relativi provvedimenti. Per l'istruttoria amministrativa e tecnica dei procedimenti di autorizzazione all'esercizio delle strutture socio-sanitarie, Azienda Zero si è avvalsa della Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto e delle Aziende ULSS. Le visite di verifica per le strutture di trasporto e soccorso con ambulanza hanno visto la collaborazione del Centro regionale attività emergenza urgenza (CREU) e delle AULSS/Centrali Operative SUEM 118. Complessivamente sono stati adottati 392 provvedimenti nel 2018, compresi quelli di autorizzazione delle Aziende/Enti del SSR, per 9.301 Unità di Offerta totali.

Tabella 8.1 – Numero e tipologia provvedimenti di autorizzazione all'esercizio, Veneto, 2018 (Fonte: Azienda Zero)

| Tipologia | 1° Trimestre | 2° Trimestre | 3° Trimestre | 4° Trimestre | Totale |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| Trasporto/Trasporto e soccorso | 2 | 34 | 37 | 21 | 94 |
| Strutture ex art. 26 L. 833/1978 | / | 1 | / | 13 | 14 |
| Casa di Cura | 1 | / | / | 3 | 4 |
| Attività trasfusionali | / | 15 | / | / | 15 |
| Aziende/Enti SSR | / | 1 | 4 | 12 | 17 |
| Salute Mentale | 7 | 8 | 3 | 2 | 20 |
| Strutture Intermedie | 1 | 9 | 2 | 6 | 18 |
| Totale strutture sanitarie | 11 | 68 | 46 | 57 | 182 |
| Totale strutture socio-sanitarie | 44 | 77 | 64 | 25 | 210 |
| Totale complessivo provvedimenti | 55 | 145 | 110 | 82 | 392 |

Organismo Tecnicamente Accreditante

La UOC Autorizzazione all'Esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante di Azienda Zero, in ossequio a quanto disposto dalle Intese Stato-Regioni n. 259 del 20 dicembre 2012 e n. 32 del 19 febbraio 2015, svolge altresì il compito, nell'ambito del processo di accreditamento, della gestione delle verifiche, nonché dell'effettuazione della valutazione tecnica necessaria ai fini del rilascio del provvedimento di accreditamento di competenza giuntale.

Istruttoria tecnica (visita di verifica) relativa ai procedimenti di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie

Nel 2018 sono state svolte dall' Organismo Tecnicamente Accreditante 155 istruttorie tecniche (visite di verifica), finalizzate al procedimento di accreditamento istituzionale di strutture sanitarie private applicando i requisiti approvati con DGR n. 2266 del 30/12/2016. Tale norma recepisce i nuovi requisiti di accreditamento approvati dalle intese soprarichiamate, le quali hanno radicalmente riscritto la disciplina in materia, introducendo rilevanti elementi di complessità. A queste si aggiungono le istruttorie tecniche svolte, nell'ambito dei procedimenti di autorizzazione all'esercizio, da parte della UOC Autorizzazione all'Esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante per un totale di 225 visite di verifica.

Tabella 8.2 – Numero e tipologia istruttorie tecniche (visite di verifica), Veneto, 2018 (Fonte: Azienda Zero)

| Ambito | Autorizzazione all'esercizio | | | Accreditamento istituzionale | | | Totale Visite |
|---|------------------------------|-----------|-----------|------------------------------|-----------|------------|---------------|
| | Privato | Pubblico | Totale | Privato | Pubblico | Totale | |
| Ambulatoriale | / | / | / | 36 | 1 | 37 | 37 |
| Aziende/Enti SSR | / | 18 | 18 | / | 11 | 11 | 29 |
| Casa di cura | 4 | / | 4 | 1 | / | 1 | 5 |
| Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) | / | / | / | 14 | / | 14 | 14 |
| Salute Mentale | 10 | / | 10 | 51 | 1 | 52 | 62 |
| Stabilimenti Termali | / | / | / | 12 | / | 12 | 12 |
| Strutture Intermedie | 30 | 7 | 37 | 20 | 7 | 27 | 64 |
| Trasporto e Soccorso | / | / | / | 2 | / | 2 | 2 |
| Totale complessivo | 44 | 25 | 69 | 136 | 20 | 156 | 225 |

Verifica di accreditamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) della Regione del Veneto svolta in data 16 maggio 2018 ad opera del Ministero della Salute

Tutto il personale della UOC è stato coinvolto nella predisposizione delle evidenze ai 70 requisiti del Manuale di valutazione, elaborato dal Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale, fra cui si segnalano il manuale di funzionamento, numerose procedure/istruzioni interne, atti programmatori e modulistica relativa alle tre fasi del processo: istruttoria amministrativa, istruttoria tecnica e conclusione del procedimento. L'esito dell'audit è risultato positivo.

Istruttoria tecnica (visita di verifica) relativa ai procedimenti di conferma dell'accREDITAMENTO istituzionale delle Aziende/Enti del Servizio Sanitario Regionale

Nel secondo semestre del 2018, sono state avviate le attività atte ad espletare le visite di verifica dell'accertamento del possesso dei requisiti di accreditamento istituzionale delle Strutture/Enti del Servizio Sanitario Regionale con l'applicazione dei requisiti di cui alla DGR n. 2266 del 30/12/2016 e DGR n. 1732 del 7/11/2017 in accordo con l'Intesa Stato Regioni del 20/12/2012 e l'Intesa Stato Regioni del 19/02/2015.

Tabella 8.3 – Calendario visite di verifica presso le Aziende/Enti del SSR, Veneto, 2018 (Fonte: Azienda Zero)

| Data visita | Azienda oggetto di visita | Numero valutatori coinvolti |
|------------------|---------------------------------------|--|
| 21-22/11/2018 | Azienda ULSS n. 1 Dolomiti | 5 Valutatori esterni / 5 Valutatori di Azienda Zero |
| 12-13/11/2018 | Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana | 10 Valutatori esterni / 5 Valutatori di Azienda Zero |
| 29-30/10/2018 | Azienda ULSS n. 3 Serenissima | 8 Valutatori esterni / 5 Valutatori di Azienda Zero |
| 7-8/11/2018 | Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale | 8 Valutatori esterni / 5 Valutatori di Azienda Zero |
| 28-29/11/2018 | Azienda ULSS n. 5 Polesana | 5 Valutatori esterni / 5 Valutatori di Azienda Zero |
| 14-15/11/2018 | Azienda ULSS n. 6 Euganea | 7 Valutatori esterni / 4 Valutatori di Azienda Zero |
| 19-20/11/2018 | Azienda ULSS n. 7 Pedemontana | 6 Valutatori esterni / 5 Valutatori di Azienda Zero |
| 26-27/11/2018 | Azienda ULSS n. 8 Berica | 5 Valutatori esterni / 6 Valutatori di Azienda Zero |
| 5-6/11/2018 | Azienda ULSS n. 9 Scaligera | 6 Valutatori esterni / 5 Valutatori di Azienda Zero |
| 11-12-13/12/2018 | I.R.C.S.S. Istituto Oncologico Veneto | 3 Valutatori esterni / 2 Valutatori di Azienda Zero |
| 10-11/12/2018 | Azienda Ospedaliera di Padova | 7 Valutatori esterni/ 5 Valutatori di Azienda Zero |

La formazione dei valutatori, il loro addestramento, aggiornamento e gestione

In collaborazione con la Commissione Tecnica, istituita con Decreto del Segretario Regionale per la Sanità n. 82 del 6/08/2013, e la Fondazione Scuola Sanità Pubblica, sono state avviate le attività di pianificazione, effettuazione e valutazione ex post del percorso formativo dei valutatori del SSR del Veneto per il 2018. Il corso ha fornito un aggiornamento per i valutatori del Veneto ed altri soggetti interessati ed invitati dalle Aziende ed Enti del SSR sui contenuti e sulla modalità di lettura della guida all'applicazione dei requisiti generali, in previsione delle visite di verifica di accreditamento presso le aziende sanitarie nel periodo 2018/2019.

Tra i principali obiettivi formativi si evidenziano:

- Apprendimento delle nuove modalità operative per l'esecuzione delle visite di verifica;
- Conoscenza del nuovo ruolo dei valutatori nei mutati rapporti con l'OTA di Azienda Zero;
- Apprendimento delle modalità di applicazione dei nuovi requisiti Stato Regione alla luce della guida di applicazione dei requisiti generali.

Il corso è stato distribuito in 2 giornate per ciascuna delle 9 edizioni, per una durata di 126 ore e di un totale di 6.160 crediti ECM distribuiti a 440 operatori complessivi.

Tabella 8.4 – Calendario corso di formazione valutatori, Veneto. 2018 (Fonte: Azienda Zero)

| Edizione | Date | Sede | Iscritti |
|---------------|----------------------------|---|------------|
| 1ª Venezia-1 | 8 e 22 marzo 2018 | AULSS 3 Serenissima, Via Paccagnella 11, Zelarino (Ve) | 52 |
| 2ª Treviso | 9 e 26 marzo 2018 | AULSS 2 Marca Trevigiana, Via Terraglio 58, Preganziol (Tv) | 48 |
| 3ª Rovigo | 16 e 27 marzo 2018 | Auditorium Ospedale Rovigo, Viale Tre Martiri, 140 Rovigo | 52 |
| 4ª Belluno | 4 e 18 aprile 2018 | AULSS 1 Dolomiti, Via Sala 35, Cusighe (BL) | 51 |
| 5ª Padova | 6 e 20 aprile 2018 | Istituto Teologico, Via San Massimo 25, Padova | 50 |
| 6ª Vicenza | 3 e 17 maggio 2018 | AULSS n. 8 Berica, P.zza Martiri della Libertà 9, Lonigo (Vi) | 42 |
| 7ª Verona-1 | 21 maggio e 5 giugno 2018 | AULSS 9 Scaligera, Via Circonvallazione 1, San Bonifacio (Vr) | 48 |
| 8ª Venezia-2 | 24 maggio e 7 giugno 2018 | AULSS 3 Serenissima, Via Paccagnella 11, Zelarino (Ve) | 50 |
| 9ª Verona -2 | 28 maggio e 12 giugno 2018 | Auditorium "Don Calabria", via San Marco 121, Verona | 47 |
| Totale | | | 440 |

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Autorizzazione all'esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante –
 Azienda Zero – Regione del Veneto
 Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
 Telefono: 049/8778183/8244/8245
 e-mail: au.ota@azero.veneto.it

8.4 Procedure di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi

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

Capitolo 3.3.2 Assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici

Il processo di centralizzazione dell'acquisto di beni e servizi, sanitari e non sanitari, già avviato con l'istituzione del Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità (ex Centro Regionale Acquisti per la Sanità) con DGR n. 2370 del 29.11.2011 con funzione di Centrale di Committenza, si è perfezionato con l'istituzione, con la Legge regionale n. 19 del 25.10.2016, di Azienda Zero, Ente sovraordinato del Servizio Sanitario Regionale finalizzato alla razionalizzazione, all'integrazione e all'efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi dell'SSR.

Con successiva DGR n. 733 del 29.5.2017 è stata disposta l'attribuzione ad Azienda Zero delle funzioni di cui all'articolo 2, comma 2, della summenzionata legge regionale, tra cui sono annoverati, alla lett. g), punto 1), *"gli acquisti centralizzati nel rispetto della qualità, della economicità e della specificità clinica, previa valutazione della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE)"*, contestualmente disponendo il trasferimento dalla Regione Veneto ad Azienda Zero della Centrale Regionale Acquisti per la Regione Veneto (CRAV), Soggetto Aggregatore ai sensi dell'articolo 9, comma 1, decreto legge n. 66 del 24.4.2014, convertito con legge n. 89 del 23.6.2014.

Da ultimo, con DGR n. 1940 del 27.11.2017, è stato approvato il Regolamento regionale n. 5 del 6.12.2017 ed è stato disposto il definitivo trasferimento ad Azienda Zero, a far data dal 1.1.2018, dei rapporti giuridici facenti capo alla Regione Veneto in dipendenza di procedure in corso, contratti o convenzioni e contenziosi relativi ad acquisti centralizzati posti in essere dalla UO Acquisti Centralizzati SSR - CRAV.

In ottemperanza al citato regolamento regionale, è stato approvato con apposita DGR n. 63 del 26.1.2018 il programma relativo alle procedure di gara centralizzate di acquisizione di beni e servizi in carico all'Azienda Zero per il biennio 2018-2019, che ha dato atto altresì delle procedure di gara già avviate o in corso di progettazione relative al precedente atto di programmazione 2016-2017. Tale programma è stato successivamente integrato, nel corso dell'anno 2018, con ulteriori procedure di gara con appositi successivi provvedimenti (DGR n. 492 del 17.4.2018 e decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 145 del 12.12.2018).

Sulla scorta degli atti di programmazione sopra indicati, la UOC CRAV di Azienda Zero, nella veste già citata di centrale di committenza e soggetto aggregatore, ha aggiudicato nel corso dell'anno 2018 n. 23 procedure di gara centralizzate, per un importo complessivo di € **1.056.044.356,68 IVA esclusa**, ottenendo un risparmio medio dell'11% corrispondente a € 135.608.558,77 IVA esclusa (importo riferito alla differenza tra la sommatoria dei valori stimati dei contratti da affidare, comprensivi di eventuali opzioni temporali e quantitative, e la sommatoria degli importi complessivi di aggiudicazione).

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC CRAV – Azienda Zero – Regione del Veneto

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049-8778283/85

e_mail: crav@azero.veneto.it protocollo.azero@pecveneto.it

8.5 Analisi economica del SSR del Veneto

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

Verso un "cruscotto di governo". Il sistema di controllo interno e il sistema degli indicatori. (pag. 130-133). L'equilibrio economico-finanziario del Servizio Socio Sanitario Regionale e delle singole Aziende Sanitarie del Veneto è condizione irrinunciabile per la sostenibilità del SSR stesso. Il Piano Socio Sanitario si propone di perseguire il mantenimento ed il miglioramento delle attuali condizioni di efficienza ed appropriatezza, ottimizzando altresì l'utilizzo delle risorse impiegate (§ 4.4.1).

I risultati economici del SSR del Veneto continuano a mantenersi in equilibrio rispetto alle risorse complessivamente a disposizione. Tuttavia il mantenimento di tale equilibrio risulta sempre più difficile da raggiungere.

È evidente, infatti, che nel periodo 2014-2018 il costo della produzione ha subito gli impatti delle nuove tecnologie e dei farmaci innovativi che, solo in parte, trovano corrispondenza in un aumento del FSR portando nuovamente in tensione l'equilibrio economico finanziario del sistema.

La sostenibilità del SSR Veneto è stata ad oggi garantita dalla riorganizzazione del SSR secondo le linee indicate nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, dalla LR 19/2016 e dallo stretto monitoraggio regionale sia sotto il profilo dei costi d'esercizio e risultati (tetti di spesa e obiettivi dei Direttori Generali) sia sotto il profilo della spesa in conto capitale (tramite l'attività della Commissione Regionale per gli investimenti CRITE). Il nuovo piano socio sanitario regionale 2019-2023 (LR 48/2018) avrà il compito di mantenere l'equilibrio tra spesa e prestazioni erogate anche nel prossimo futuro.

Analisi del risultato di esercizio

Il sistema sanitario Veneto è stato riformato con legge regionale n. 19/2016 e risulta ad oggi composto da 9 aziende sanitarie Ulss, 2 Aziende Ospedaliere Universitarie, un I.R.C.S.S. (Istituto Oncologico Veneto) e l'Azienda Zero.

Tale sistema risulta complessivamente in equilibrio economico e finanziario, grazie alla quota di utile realizzato dall'Azienda Zero che, in base all'art. 2 c. 1 della legge citata in precedenza, ha assorbito le funzioni e le responsabilità della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) e che viene impiegato al momento del consolidamento definitivo di bilancio a titolo di ripiano perdite. Infatti, come previsto dal D. lgs n. 118/2011, la Regione del Veneto ha deciso di riservare una parte del finanziamento sanitario ad Azienda Zero nella veste di GSA, che rientra poi nel bilancio consolidato finale.

Nel 2018 il SSR ha conseguito un risultato economico positivo complessivo pari a 21,9 milioni di euro. Ai fini delle verifiche del Ministero Economia-Finanza non vengono considerati i risultati positivi di 9 aziende per un importo complessivo pari a 8,8 milioni di euro. A fronte di ciò, il risultato rimane comunque positivo e si attesta a €13,1 milioni.

Il bilancio consolidato delle aziende del sistema sanitario Veneto¹ (esclusa l'Azienda Zero) al 31/12/2018 si chiude con una perdita complessiva di 76,1 milioni di Euro, contro i 77,1 milioni di Euro del 2017 e i 216,1 milioni di Euro del 2016.

¹ Il risultato qui considerato, è frutto del processo di consolidamento di bilancio delle 9 aziende Ulss, delle 2 aziende ospedaliere universitarie di Padova e di Verona e dello IOV. In particolare, il procedimento prevede l'elisione delle poste infragruppo che riguardano le voci relative alla mobilità intra-regionale e gli scambi di servizi tra le aziende ("Poste R").

Sei aziende Ulss su nove, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Universitaria Integrata di Verona e lo IOV hanno chiuso il bilancio 2018 con un risultato di esercizio positivo. L'azienda Ulss 3 e l'azienda Ulss 5 hanno chiuso il loro bilancio in perdita ma comunque in linea con la loro perdita programmata prevista con DGR n. 1781/2018 (Allegato F). L'azienda Ulss 7 ha registrato una perdita non programmata che, in ogni caso, non ha intaccato l'equilibrio complessivo del SSR posto che gli utili di Azienda Zero risultano ampiamente sufficienti a garantirne il totale ripiano e, come esposto nel grafico precedente, a produrre un utile consolidato residuo di circa 13,1 milioni di euro.

L'obiettivo regionale è stato quello di pervenire ad un risultato economico prossimo al pareggio per tutte le aziende del sistema sanitario, garantendo nel contempo l'attuale qualità dei Livelli di Assistenza erogati alla cittadinanza.

Figura 8.1 – Risultato d'esercizio del bilancio Consolidato Regionale. Veneto, 2014-2018
(Fonte: Datawarehouse regionale)

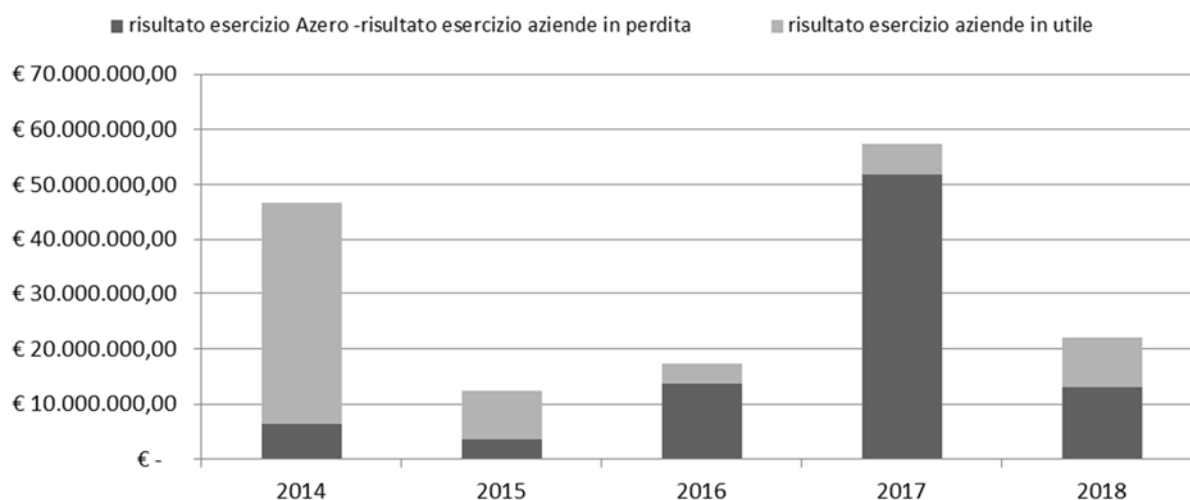
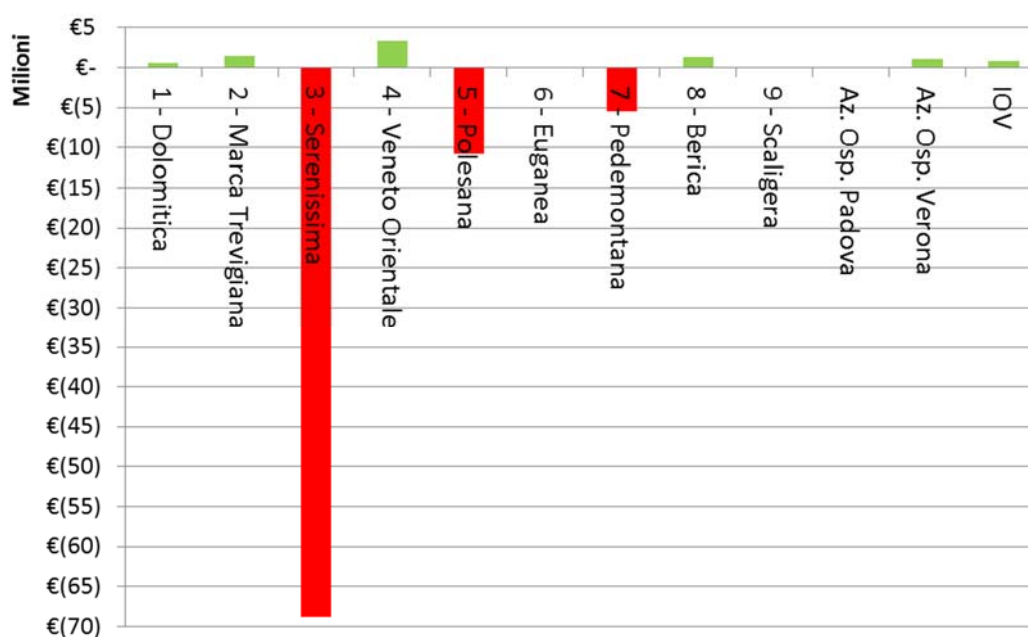


Figura 8.2 – Risultato di esercizio a livello aziendale. Veneto, 2018 (Fonte: Datawarehouse regionale)



Analisi dei ricavi e dei costi

Le analisi condotte sul bilancio consolidato delle aziende sanitarie venete (compresa Azienda Zero) riflettono la capacità da parte del Sistema Sanitario Regionale di mantenere e garantire l'equilibrio economico e finanziario, non solo dal punto di vista strutturale ma anche dal punto di vista delle singole unità che lo compongono.

Tabella 8.5– Andamento delle principali voci (al netto della mobilità e delle poste R) del Conto Economico delle Aziende Sanitarie, compresa Azienda Zero. Veneto, 2014-2018. (Fonte: Datawarehouse regionale)

| Andamento finanziamento LEA e principali voci di costo - mln di € | Valore 2014 | Valore 2015 | Valore 2016 | Valore 2017 | Valore 2018 | CE a valori % | Variaz. '18/'17 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-----------------|
| (A) Totale valore della produzione | 9.468,64 | 9.507,48 | 9.619,86 | 9.928,11 | 10.047,56 | 100% | 1,20% |
| AA0010 (A.1) Contributi in c/esercizio, tolta la voce AA0240 (A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | 8.736,87 | 8.660,01 | 8.809,64 | 8.981,95 | 9.042,74 | 90,00% | 0,68% |
| AA0240 (A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | -250,71 | -175,18 | -192,89 | -133,91 | -183,48 | -1,83% | 37,02% |
| AA0980 (A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio), AA1050 (A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni | 132,46 | 146,24 | 168,47 | 178,46 | 183,12 | 1,82% | 2,61% |
| (B) Totale costi della produzione | 9.278,33 | 9.320,70 | 9.441,54 | 9.709,60 | 9.868,59 | 100% | 1,64% |
| (B.1) Acquisti di beni | 1.264,08 | 1.368,99 | 1.398,05 | 1.456,28 | 1.511,60 | 15,32% | 3,80% |
| (B.1.A) Acquisti di beni sanitari | 1.223,03 | 1.333,47 | 1.365,62 | 1.426,43 | 1.484,93 | 98,24% | 4,10% |
| (B.1.B) Acquisti di beni non sanitari | 41,05 | 35,52 | 32,42 | 29,85 | 26,67 | 1,76% | -10,64% |
| (B.2.A) Acquisti di servizi sanitari | 3.782,84 | 3.770,19 | 3.726,63 | 3.712,39 | 3.718,12 | 37,68% | 0,15% |
| (B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base | 545,22 | 548,45 | 554,72 | 554,43 | 557,14 | 14,98% | 0,49% |
| (B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica | 595,08 | 577,88 | 562,73 | 548,37 | 517,94 | 13,93% | -5,55% |
| (B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale | 376,66 | 377,12 | 367,31 | 369,83 | 367,44 | 9,88% | -0,65% |
| (B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera | 689,79 | 705,63 | 707,33 | 706,21 | 718,24 | 19,32% | 1,70% |
| (B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F | 26,96 | 28,76 | 28,76 | 33,35 | 38,48 | 1,04% | 15,39% |
| (B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria | 684,25 | 686,10 | 692,90 | 694,02 | 700,57 | 18,84% | 0,94% |
| Altri servizi sanitari (voci rimanenti) | 864,88 | 846,24 | 812,88 | 806,19 | 818,30 | 22,01% | 1,50% |
| (B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari | 705,43 | 707,27 | 686,25 | 679,38 | 681,20 | 6,90% | 0,27% |
| di cui (B.2.B.1.4) Riscaldamento | 120,31 | 124,17 | 121,11 | 119,25 | 115,05 | 16,89% | -3,52% |
| di cui (B.2.B.1.9) Utenze elettricità | 61,44 | 56,57 | 53,22 | 51,67 | 54,01 | 7,93% | 4,54% |
| di cui (B.2.B.1.11) Premi di assicurazione | 59,90 | 57,28 | 30,11 | 26,97 | 25,62 | 3,76% | -5,00% |
| di cui (B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari | 135,09 | 141,62 | 156,36 | 146,08 | 156,18 | 22,93% | 6,91% |
| (B.5) (B.6) (B.7) (B.8) Totale Costo del personale | 2708,80 | 2708,36 | 2.709,96 | 2.696,85 | 2.740,30 | 27,77% | 1,61% |
| (B.10) (B.11) (B.12) (B.13) Ammortamenti | 242,29 | 233,08 | 232,31 | 232,10 | 234,54 | 2,38% | 1,05% |
| (B.15) Variazione delle rimanenze | -12,25 | -4,35 | -6,82 | -3,69 | -15,60 | -0,16% | 322,91% |
| (B.16) Accantonamenti dell'esercizio | 245,14 | 167,01 | 311,38 | 569,05 | 616,13 | 6,24% | 8,27% |
| (B.3) (B.4) (B.9) (B.14) Altri costi | 342,01 | 370,15 | 383,78 | 367,24 | 382,32 | 3,87% | 4,11% |
| TOTALE VALORE AGGIUNTO (A)- (B) | 190,31 | 186,78 | 178,32 | 218,51 | 178,97 | | -18,10% |
| (C) Gestione finanziaria | -33,37 | -17,71 | -16,96 | -14,93 | -13,55 | | -9,25% |
| (D) (E) Gestione straordinaria | 100,14 | 44,38 | 55,79 | 53,54 | 57,95 | | 8,23% |
| (Y) Imposte e tasse | 201,06 | 201,05 | 199,75 | 199,81 | 201,39 | | 0,79% |

Infatti, nonostante gli ormai noti fattori di contesto, quali ad esempio l'invecchiamento della popolazione assistita, l'aumento delle disuguaglianze sociali ed economiche, l'aumento della cronicità e della fragilità, l'innovazione tecnologica, i farmaci ad alto costo, che impattano sul livello di costo dei servizi da erogare alla popolazione e considerando anche l'impatto della riforma del SSR che ha comportato la riorganizzazione e l'accorpamento delle Aziende Sanitarie e introdotto l'Azienda Zero, risulta evidente lo sforzo teso ad attivare le leve dell'efficienza e dell'economicità garantendo allo stesso tempo i Livelli Essenziali di Assistenza. Per quanto concerne gli scostamenti del **Valore della Produzione** 2018 rispetto al 2017 si può osservare un aumento di circa 119,4 milioni di euro (+1,2%) spiegato dalle seguenti variazioni:

I **Contributi in conto esercizio** hanno registrato un incremento pari a +60,8 milioni di euro (+0,7% rispetto al 2017). In particolare, si registra un generale aumento del Fondo Sanitario Regionale indistinto assegnato alla regione in sede di riparto del Fondo Sanitario Nazionale 2018 (+72 mln) con intese Conferenze Stato Regioni repertorio atti n. 148, 149, 151 del 2019.

I **Contributi extra fondo** registrano un calo pari a circa -10,4 milioni di euro principalmente riconducibili al minor importo dell'ultima tranche 2018 di rimborso del DM 27/05/2015 (legge 210/92) e alle sanzioni introitate ex D. Lgs, n. 758/1994 e D. Lgs. n. 81/2008. Con riferimento a queste ultime, nel 2017 la regione aveva impegnato somme relative a 4 annualità (2013-2016) mentre nel 2018 è stata impegnata solo l'annualità 2017.

La **Rettifica dei contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti** registra un aumento di circa 49,5 milioni di euro dai -133,9 milioni del 2017 a -183,4 milioni del 2018. Le variazioni di tale voce dipendono per lo più dalla disponibilità o meno di altre forme di finanziamento degli investimenti (es. contributi in conto/capitale ex art. 20 o utilizzi di fondi patrimoniali di anni precedenti). In generale, tuttavia, tale andamento è in linea con la ripresa degli investimenti sanitari autorizzati dalla CRITE nel 2018.

Per quanto concerne gli scostamenti del **Costo della Produzione** 2018 rispetto al 2017 si può osservare un aumento di circa 158,9 milioni di euro (+1,6%) spiegato dalle variazioni analizzate di seguito:

L'acquisto di beni sanitari, che costituiscono il 15% del totale dei costi della produzione, è incrementato del 4,1% nel periodo 2017-2018 trascinato dall'impatto dei prodotti farmaceutici ed emoderivati (+46 mln). In particolare, si evidenzia che tale incremento è legato all'acquisto di farmaci innovativi e oncologici innovativi (per i quali sussistono specifici fondi ministeriali di finanziamento) e all'acquisto di altri farmaci non innovativi. Nel 2018 il tetto regionale per gli acquisti diretti di farmaci (non innovativi) non è stato rispettato e, tuttavia, il consumo procapite risulta all'interno dei limiti nazionali. Risultano in aumento anche i costi per acquisto di dispositivi medici (+14,9 mln). Parte di tali aumenti sono imputabili anche all'aumento dell'attività, chirurgica in particolare, segnalato da alcune aziende (le aziende hub in particolar modo).

L'acquisto di beni non sanitari risulta in calo di circa 3,2 milioni di euro nel 2018.

L'acquisto di servizi sanitari, che pesano per il 37,7% del totale costi della produzione risultano sostanzialmente stabili registrando un lieve aumento dello 0,2%.

Esaminando la scomposizione interna di questo aggregato di costo si riscontrano, tuttavia, le principali movimentazioni che interessano:

- gli acquisti di servizi - Farmaceutica che evidenzia un calo del 5,5% rispetto al 2017 (-30,4 mln) confermando il trend di decrescita nell'ultimo quinquennio legato principalmente all'attenzione nella prescrizione dei farmaci generici biosimilari.

- gli acquisti di servizi - Assistenza Ospedaliera che evidenzia un aumento del 1,7% rispetto al 2017 (+12 mln) dovuto ai seguenti due fenomeni: incremento della mobilità passiva extraregionale (+6,6 mln) e aumento delle prestazioni eseguite dalle strutture private accreditate in favore di residenti fuori Regione.
- gli acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F che evidenzia un aumento del 15,4% rispetto al 2017 (+5.1 mln) dovuto ai seguenti fenomeni: incremento della mobilità passiva extraregionale (+2,6 mln); aumento delle prestazioni eseguite dalle strutture private accreditate in favore di residenti fuori Regione (+0,5 mln); aumento delle prestazioni eseguite dalle strutture private accreditate in favore di residenti in Regione (+1,9 mln).
- i rimborsi assegni e contributi sanitari che evidenziano una diminuzione del 3,6% (-7,8 mln) dovuto principalmente alla minore iscrizione di costi legati ai rimborsi ex Legge 210/1992 (danni da emotrasfusione) da parte dell'Azienda Ulss 6 Euganea che nel 2017 aveva iscritto a costo anche una quota di competenza dell'anno precedente. Il valore 2018 di tale contributo risulta in linea con le effettive erogazioni annualmente spettanti ai danneggiati.
- gli altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria che evidenzia un aumento del 15,2% rispetto al 2017 (+23,7 mln) dovuto essenzialmente alla mobilità passiva internazionale inserita nell'apposito conto per un importo di 19,4 mln. Si specifica che complessivamente, a livello di saldo tra ricavi e costi, l'impatto della mobilità internazionale porta ad un beneficio di euro 14,7 mln.

I **costi per manutenzione e riparazione** aumentano del 1,7% rispetto al 2017 (+3,3 mln) sostanzialmente imputabili alle manutenzioni di impianti e macchinari e delle attrezzature sanitarie a seguito del termine del periodo di garanzia di alcuni contratti (AO Padova e AOUI Verona), interventi manutenzioni per aggiornamenti tecnologici del sistema di gestione del calore (AOUI Verona), gestione dei servizi e manutenzione dei sistemi IT e telefonia (Aulss 3 Serenissima e Aulss 7 Pedemontana).

I **costi per godimento di beni di terzi** aumentano del 1,4% rispetto al 2017 (+1,8 mln). L'aumento principale è imputabile all'Aulss 2 Marca Trevigiana per l'avvio di nuovi servizi del contratto di project financing per l'ospedale di Treviso e ad AOUI Verona per l'implementazione di nuove strumentazioni acquisite a noleggio e l'adeguamento del canone relativo al project financing.

Il **costo del personale** incide per circa un terzo sul totale dei costi della produzione (27%) e ha registrato un aumento dell'1,6% rispetto al 2017 (+43,4 mln). Tale incremento è all'interno del tetto del personale disposto dall'Area Sanità e Sociale con DDR n. 113 del 14-09-2018 (2.761,7 mln di euro) il quale comprende il rinnovo del personale del comparto per effetto dell'entrata in vigore del nuovo CCNL.

Gli **ammortamenti** risultano in aumento dell'1,1% rispetto al 2017 (+2,4 mln di euro), in linea con l'aumento degli investimenti evidenziato nel 2018. Si evidenzia che gli ammortamenti sono sostanzialmente coperti dalle sterilizzazioni, anch'esse in aumento (tra i ricavi) nel 2018.

La **variazione delle rimanenze** evidenzia un sensibile aumento della rettifica negativa (-15,6 mln nel 2018 rispetto ai -3,7 mln nel 2017). Tale andamento segnala un significativo aumento delle scorte di magazzino (in particolare dispositivi medici e materiali per profilassi) tra l'inizio e la fine dell'esercizio 2018 e, quindi, una politica degli acquisti e della gestione dei magazzini da attenzionare e oggetto di auspicabili centralizzazioni volte al recupero di efficienza.

Gli **accantonamenti di esercizio**, che pesano per circa il 6,2% sul totale dei costi della produzione, hanno registrato nel corso dell'ultimo esercizio un aumento pari a +47 milioni di euro. Tale variazione è sostanzialmente imputabile ai maggiori accantonamenti a garanzia

dell'equilibrio economico del SSR effettuati da Azienda Zero ex DGR 481/2019 e all'integrale accantonamento dei 32,5 milioni di euro relativi al ripiano della spesa farmaceutica ospedaliera per l'anno 2016 (Determina AIFA 177 del 31/01/2018).

Nel periodo in esame, le voci legate alla **gestione extracaratteristica** e alla **gestione straordinaria** hanno registrato i seguenti andamenti:

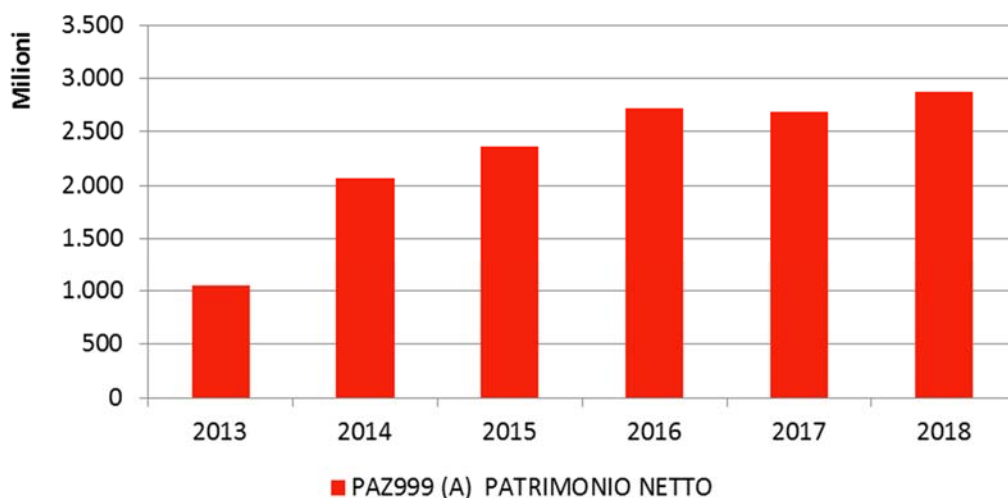
- la **gestione finanziaria** (voce C del conto economico), registra un ulteriore miglioramento rispetto all'anno precedente (+9,2%), in linea con il trend dell'ultimo quadriennio e imputabile principalmente all'ulteriore contenimento degli interessi passivi di mora. Tale andamento è dovuto al dispiegarsi dei positivi effetti della ricapitalizzazione ex DL 35/2013 e, quindi, all'allineamento delle performance di pagamento agli standard previsti per legge.
- le **rettifiche di valore di attività finanziarie** (voce D del conto economico) diminuiscono la loro incidenza di circa 3 milioni di euro rispetto al 2017, principalmente a causa delle rivalutazioni che nel 2017 avevano interessato le partecipate delle Aziende Ulss Dolomiti e Serenissima (Codivilla e Venezia Sanità) e che non si sono rese necessarie nel 2018.

la **gestione straordinaria** (voce E del conto economico), sempre positiva nel periodo 2014-2018, registra un aumento del 15,1% rispetto al 2017 principalmente dovuto al completamento delle operazioni di pulitura dei debiti per ferie maturate e non godute ancora presenti negli stati patrimoniali delle tre aziende 502 "Marca Trevigiana", 505 "Polesana" 508 "Berica" e 952 "IOV" per complessivi 19 milioni di euro circa.

Analisi Patrimoniale - Andamento Patrimonio Netto

Il patrimonio netto delle aziende che compongono il SSR è stato oggetto di interventi regionali molto significativi nel periodo 2013-2016 e si mantiene stabile nel 2017 e in ulteriore crescita nel 2018 (Figura 8.3). Risultano visibili gli effetti della ricapitalizzazione ex DL 35/2013 (2013-2014) e gli interventi regionali 2015 e 2016 per la copertura dei fondi di dotazione negativi e delle perdite pregresse. Tra il 2017 e il 2018 incidono positivamente la ripresa degli investimenti finanziati con rettifiche in c/esercizio e con fondi regionali pregressi. Tali interventi hanno consentito l'aumento dei mezzi propri all'interno delle fonti di finanziamento aziendali a lungo termine con il conseguente aumento della solidità patrimoniale del SSR.

Figura 8.3 – Patrimonio Netto delle Aziende del SSR, inclusa Azienda Zero. Veneto, 2013-2018
(Fonte: Datawarehouse regionale)

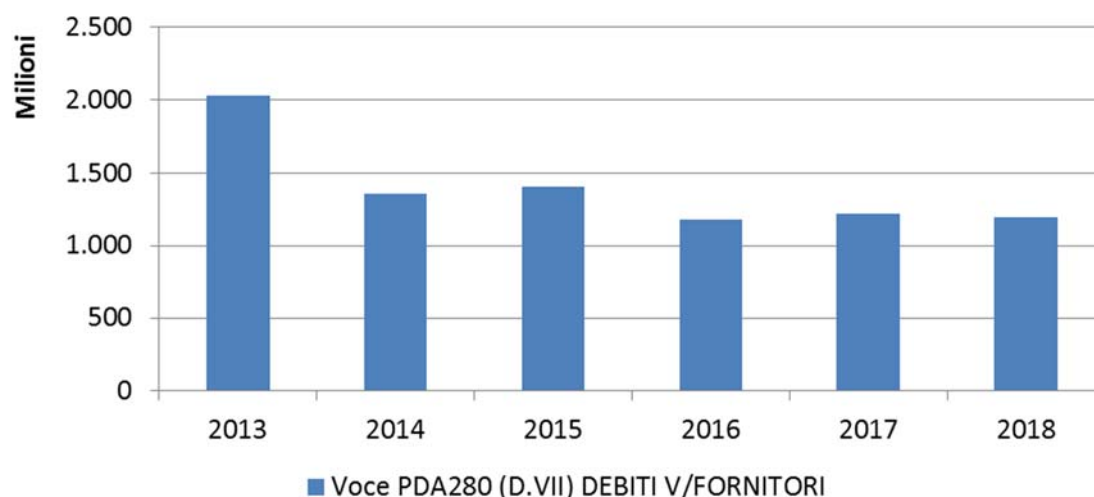


Analisi Patrimoniale - Andamento debiti verso fornitori

Le risorse finanziarie del D.L. 35/2013 sono state integralmente girate alle aziende sanitarie, permettendo a queste ultime di eliminare gran parte dello stock di debito pregresso scaduto.

Parallelamente sono stati introdotti tra gli obiettivi dei Direttori Generali delle aziende SSR appositi indicatori di efficienza finanziaria volti a scongiurare la formazione di nuovo debito scaduto. Il valore raggiunto nel 2018 si mantiene attorno a 1,2 miliardi di euro, valore coerente con lo stock di debito fisiologicamente presente a fine anno e relativo alle fatture di novembre e dicembre non ancora scadute.

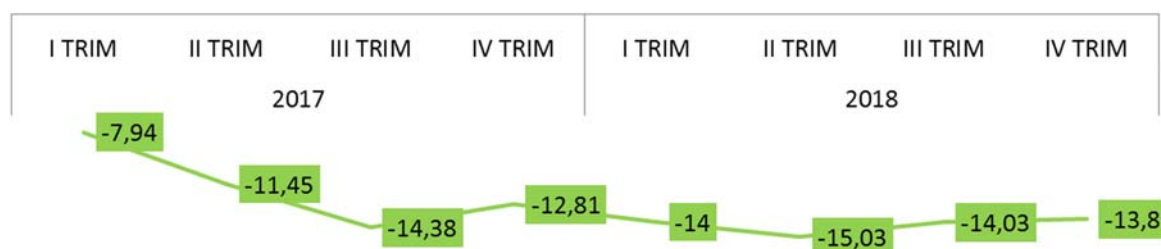
Figura 8.4 –Debiti verso fornitori, inclusa Azienda Zero. Veneto, 2013-2018 (Fonte: Datawarehouse regionale)



Analisi Patrimoniale - Indice di Tempestività dei Pagamenti

La razionalizzazione degli investimenti attuata a partire dal 2011 e soprattutto le due iniezioni di liquidità ex D.L. 35/2013 erogate nel 2013 (777 mln di euro) e nel 2014 (810 mln di euro) hanno permesso di liberare le risorse finanziarie annualmente a disposizione delle aziende e di avviare il progressivo miglioramento delle performance di pagamento. L'indice di tempestività dei pagamenti è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, e presenta un valore obiettivo pari a 0. Se l'importo registrato è maggiore di 0, allora il sistema paga mediamente oltre i termini di scadenza previsti dalle fatture, viceversa con valori negativi, il pagamento avviene mediamente entro i termini. L'indice di tempestività è nettamente migliorato nel corso del 2016 e si è mantenuto sostanzialmente stabile dal III trimestre 2017 con una performance di pagamento media del SSR che, nel 2018, si attesta sui 14 giorni di anticipo rispetto alle scadenze.

Figura 8.5 –Indice di Tempestività dei Pagamenti. Veneto, 2017-2018 (Fonte: Datawarehouse regionale)

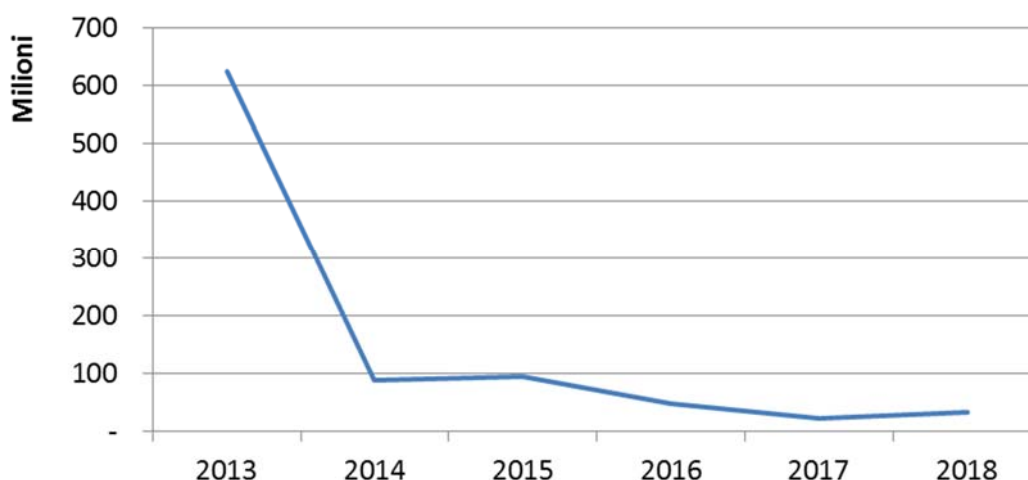


Analisi Patrimoniale - Debito Scaduto

Nel periodo analizzato, l'ammontare di debito scaduto si è ridotto notevolmente passando dai 625 milioni di euro del 2013 ai 31 milioni di Euro del 2018 la cui incidenza percentuale sul totale dei debiti verso fornitori si attesta a circa il 2,5%. Regione Veneto monitora

costantemente il valore del debito scaduto per pervenire progressivamente alla sua completa eliminazione, implementando anche specifici indicatori di efficienza finanziaria legati agli obiettivi annualmente assegnati ai Direttori Generali delle aziende sanitarie.

Figura 8.6 – Debito scaduto. Veneto, 2013-2018 (Fonte: Datawarehouse regionale)

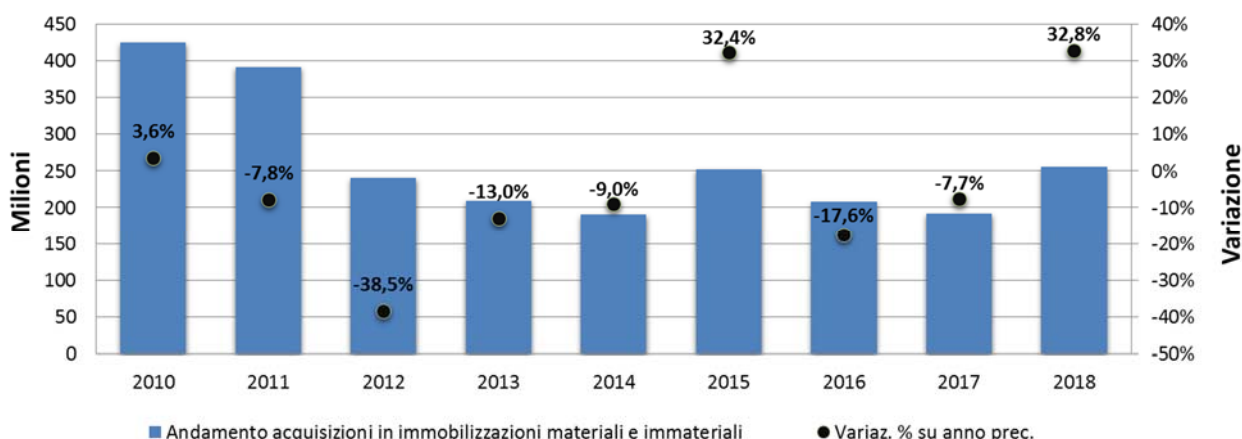


Analisi Patrimoniale - Totale Investimenti

L'andamento degli investimenti ha registrato un incremento del 32% rispetto all'esercizio precedente attestandosi su un valore pari a 254 milioni (Figura 8.7). In tale rilevazione si fa riferimento principalmente all'acquisizione di immobilizzazioni materiali ed immateriali e si può osservare che nel corso del periodo 2013 e 2017 il valore è sempre stato costante intorno a circa 200 milioni, in netta diminuzione rispetto al periodo 2011 e ante. Tale calo è riconducibile soprattutto alla contrazione delle risorse statali per investimenti.

Tra il 2017 e il 2018 si rileva la donazione a favore dell'azienda ospedaliera di Padova, da parte del Comune, dei terreni siti presso Padova Est per la costruzione del nuovo Polo Ospedaliero (per un valore complessivo di circa 45 milioni) nonché l'incremento dei nuovi acquisti da parte delle aziende sanitarie.

Figura 8.7 – Investimenti in Immobilizzazioni. Veneto, 2010-2018 (Fonte: Datawarehouse regionale)

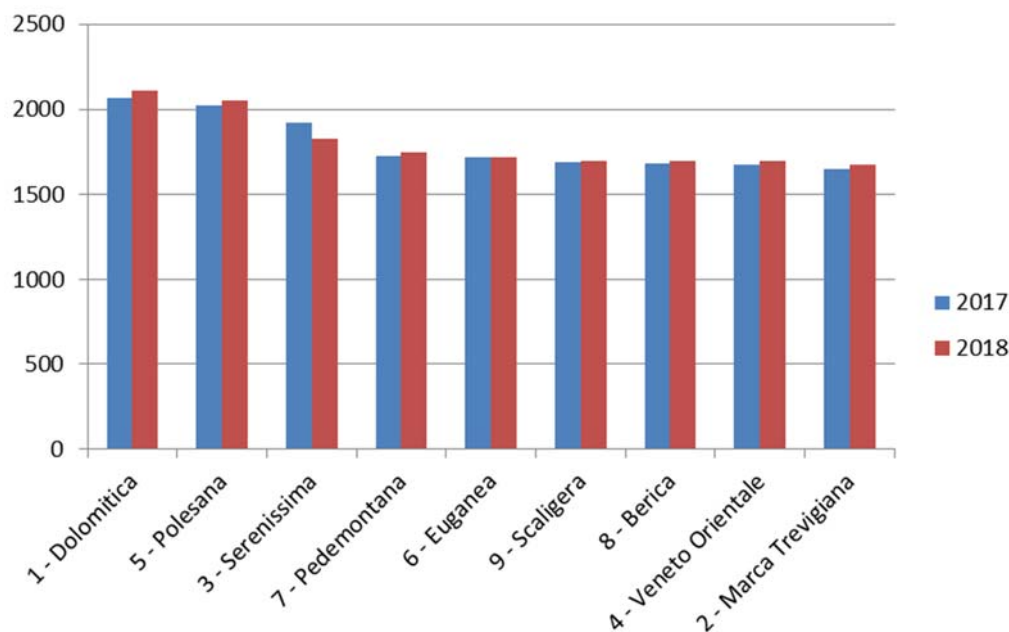


Analisi dei costi e delle quote pro-capite

I dati di costo per l'analisi del costo pro-capite delle aziende sanitarie ULSS della Regione Veneto provengono dal modello ministeriale "LA", compilato annualmente dalle aziende

sanitarie con i costi dettagliati per livelli di assistenza. Il costo sanitario pro-capite è uno degli indicatori del Progetto Bersaglio della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa per un sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali. Lo stesso indicatore viene calcolato qui: dal costo totale viene escluso il valore delle compensazioni attive e altre rettifiche². Si specifica che tale indicatore è calcolabile solo per le Aziende ULSS territoriali (ovvero con una popolazione di riferimento residente nel territorio di competenza).

Figura 8.8 –Costo sanitario pro-capite. Veneto, 2017-2018 (Fonte: Datawarehouse regionale)

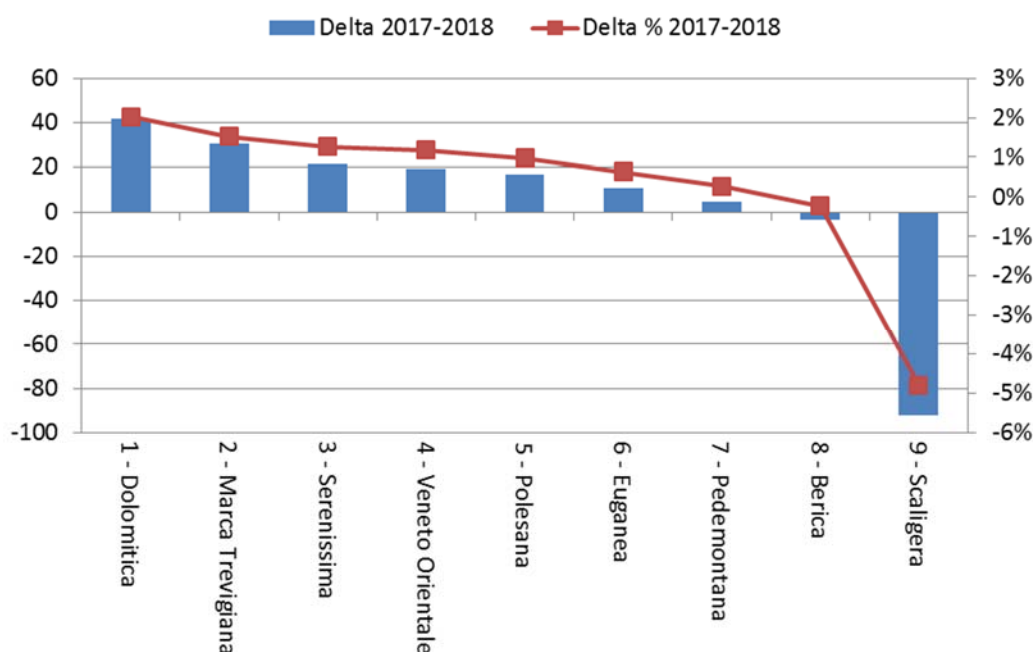


A livello regionale consolidato il costo pro-capite è passato da 1.813€ nel 2017 a 1.810€ nel 2018 con un decremento di 3€ (-0,1%). La variabilità nelle variazioni assolute del costo pro-capite è accentuata nelle 12 Aziende sanitarie ULSS della regione: l'incremento massimo è registrato dall'Azienda ULSS 1 Belluno con un incremento nel 2018 rispetto all'anno precedente di 42€ (+2%) mentre il decremento più alto è segnato dall'Azienda ULSS 3 Venezia con -92€ pro-capite (-5%).

² Dal costo totale per Azienda ULSS si sottraggono mobilità attiva, ricavi per prestazioni in regime intramoenia, concorsi, recuperi e rimborsi da soggetti pubblici e costi relativi a prestazioni extra LEA e a stranieri irregolari.

Il grafico successivo rappresenta nel dettaglio gli scostamenti 2017-2018 del costo pro-capite aziendale in termini assoluti e percentuali.

Figura 8.9 –Costo sanitario pro-capite differenza del 2018 contro il 2017, Veneto (Fonte: Datawarehouse regionale)



I costi dell'assistenza distrettuale rimane stabile nel biennio considerato mentre l'assistenza ospedaliera e quella legata alla prevenzione subiscono le seguenti variazioni:

- incremento del 4% dell'assistenza ospedaliera;
- decremento del 11% dell'assistenza sanitaria collettiva in ambito di vita e lavoro.

Va però tenuto in considerazione che i costi si distribuiscono per il 53% all'assistenza distrettuale, per il 43% all'assistenza ospedaliera e solo il rimanente 4% viene destinato all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Nell'area della prevenzione i costi sono diminuiti soprattutto per l'attività di prevenzione rivolta all'igiene e sanità pubblica (-20 mln) e per l'attività di prevenzione rivolte alle persone anche per effetto della stabilità raggiunta in ambito dell'attività vaccinale. I costi dell'assistenza ospedaliera sono aumentati del 4,4% nel 2018 e la voce di costo che maggiormente contribuisce a questo scostamento sono le voci del personale per effetto dei rinnovi contrattuali del comparto. Complessivamente la variazione della spesa per l'assistenza distrettuale tra il 2018 e il 2017 rimane invariata. Nel 2018 si è assistito ad un ulteriore calo della spesa per la farmaceutica convenzionata a seguito delle politiche regionali di contenimento di questa voce di costo nonché dell'incremento degli altri canali distributivi (distribuzione diretta e Distribuzione Per Conto).

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Servizio Economico Finanziario - Azienda Zero - Regione del Veneto
 Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
 Telefono: 049 877 8116
 e-mail: bilancio@azero.veneto.it;

UOC Controllo di gestione ed adempimenti LEA - Azienda Zero - Regione del Veneto
 Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
 Telefono: 049 877 8158
 e-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

9. La valutazione della performance del SSR

9.1 Obiettivi di performance aziendali

Quadro di sintesi

La Regione del Veneto assegna, nell'ambito del più ampio sistema di strumenti di governo, obiettivi specifici annuali ai Direttori Generali degli Enti del SSR. Il sistema di assegnazione degli obiettivi, monitoraggio del raggiungimento e valutazione dei risultati ha visto negli ultimi anni un significativo sviluppo, essenzialmente attraverso la definizione di un processo di gestione degli obiettivi, la conduzione di incontri di monitoraggio sistematici e la realizzazione di un opportuno sistema informativo, ove possibile, condiviso con le Aziende/Istituti.

Questo sviluppo si intreccia ad altri atti della Regione del Veneto, quali la definizione del PSSR, la programmazione pluriennale del finanziamento delle Aziende/Istituti, la definizione di specifici tetti sui costi, la disciplina del contratto e della valutazione dei Direttori Generali.

Il processo di gestione degli obiettivi prevede essenzialmente tre fasi: l'assegnazione, il monitoraggio e la formalizzazione dei risultati.

Processo di Gestione degli Obiettivi

Per l'anno 2017 gli obiettivi sono stati assegnati con DGR n. 246 del 7 marzo 2017, mentre per l'anno 2018 con DGR n. 230 del 6 marzo 2018.

Durante l'anno 2018 sono stati effettuati tre cicli di incontri tra la dirigenza regionale e le singole Direzioni delle Aziende/Istituti del Servizio Sanitario Regionale. Per la prima volta agli incontri hanno partecipato anche le strutture di Azienda Zero, che svolgono il supporto tecnico/elaborativo su numerosi indicatori. Durante tali incontri, i vertici aziendali e regionali hanno discusso i dati di monitoraggio, dando vita ad un virtuoso meccanismo di indagine delle cause degli eventuali scostamenti e delle possibili azioni migliorative. A supporto di questo delicato processo, è stato reso disponibile un sistema di reportistica per le Aziende/Istituti nel quale vengono rappresentati i dati calcolabili con sistematicità. Tale sistema di indicatori –che necessita di un continuo aggiornamento- conta molte decine di misure che vengono rappresentate unitariamente in un solo report, permettendo di condividere una stessa base dati e rendere trasparente e controllabile il meccanismo di calcolo.



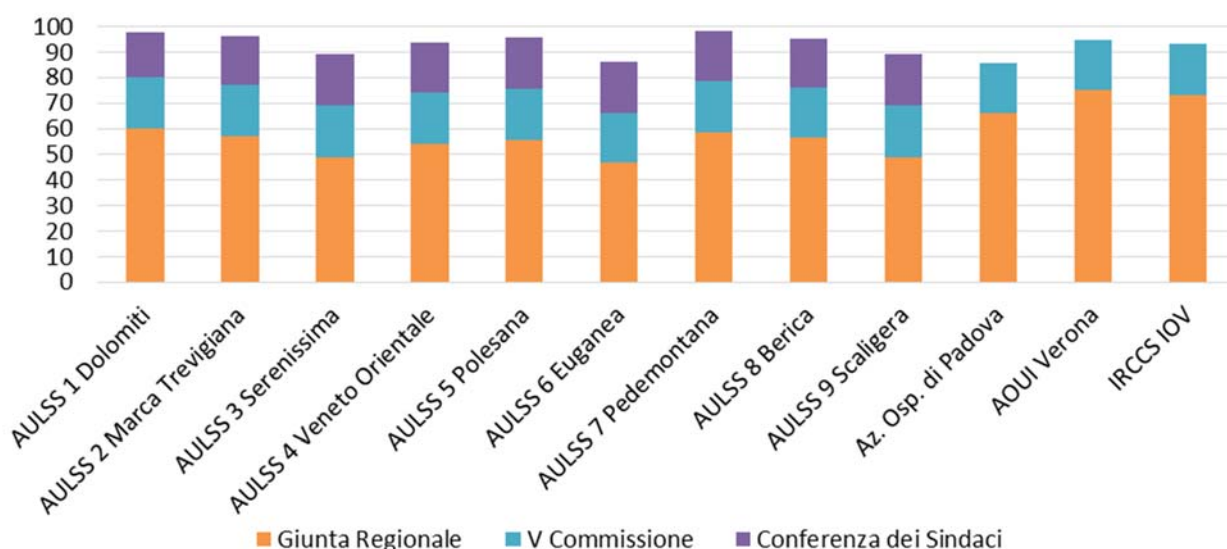
Questo lavoro ha condotto negli anni a registrare costanti miglioramenti nella maggior parte degli indicatori utilizzati per misurare le performance dei Direttori Generali.

Prendendo a riferimento quegli indicatori che più a lungo sono stati oggetto di obiettivo specifico per i Direttori Generali, e che vengono impiegati anche in altri sistemi di valutazione delle aziende a livello nazionale (Griglia LEA, PNE, Network Regioni Sant'Anna), si evidenzia infatti che la maggior parte degli indicatori, costantemente monitorato, risulta migliorato da un anno all'altro.

Con riferimento alla fase di valutazione e formalizzazione dei risultati, a seguito della misurazione dei risultati aziendali, condivisi con le Aziende in uno specifico incontro durante il quale si analizzano i dati di preconsuntivo, viene adottata dalla Giunta Regionale la deliberazione di valutazione degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali per la parte di competenza della Giunta stessa. Per l'anno 2017, la valutazione è stata operata con la DGR 1158 del 7 agosto 2018.

Una volta raccolte le valutazioni degli altri soggetti preposti alla valutazione (V Commissione Consiliare e Conferenze dei Sindaci), la Giunta, con propria deliberazione, prende atto della valutazione definitiva dei Direttori Generali (per l'anno 2017, con DGR 758 del 4 giugno 2019).

Figura 9.1 – Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale, anno 2017, punti assegnati per valutatore.



Per l'anno 2018, a seguito della misurazione da parte dei singoli dirigenti regionali degli indicatori di competenza, nel corso del 2019 sarà adottata la deliberazione di Giunta di approvazione della valutazione degli obiettivi di riferimento.

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Risorse Strumentali SSR
 Palazzo Molin - San Polo 2514 - 30125 Venezia
 Telefono: 041 2793434 - 3488 - 3550
 e-mail: risorsestrumentalissr@regione.veneto.it

9.2 Il Progetto Bersaglio

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

Il monitoraggio delle performance delle singole Aziende Sanitarie, sia in termini di prestazioni che di economicità dei risultati, risponde anche agli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012, che ribadisce la necessità di migliorare la qualità dei servizi sanitari, di promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e di garantire l'unitarietà del sistema mantenendo il controllo della spesa sanitaria (§ 4.4.1 – pag 130).

Quadro di sintesi

Dal 2012 il Veneto è inserito nel Network del “Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali” cui aderiscono anche Lombardia, Toscana, FVG, Province autonome di Trento e Bolzano, Basilicata, Marche, Umbria, Liguria, Puglia e Calabria.

Il progetto, mirato all'analisi e alla valutazione dei singoli sistemi sanitari regionali, è coordinato dal laboratorio MeS (Management in Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e si basa su alcuni principi fondamentali fra cui: l'adesione volontaria, la valutazione ed il confronto come parte essenziale della strategia, la condivisione e la discussione fra le Regioni dei principali obiettivi strategici, tramite la scelta degli indicatori più appropriati.

Il progetto si caratterizza per la multidimensionalità delle analisi, con molteplici indicatori che presidiano sette principali dimensioni: governo e qualità dell'offerta, prevenzione collettiva, capacità di perseguimento delle strategie regionali, emergenza-urgenza, utenza, personale e comunicazione, valutazione sociosanitaria, assistenza farmaceutica e valutazione economico finanziaria.

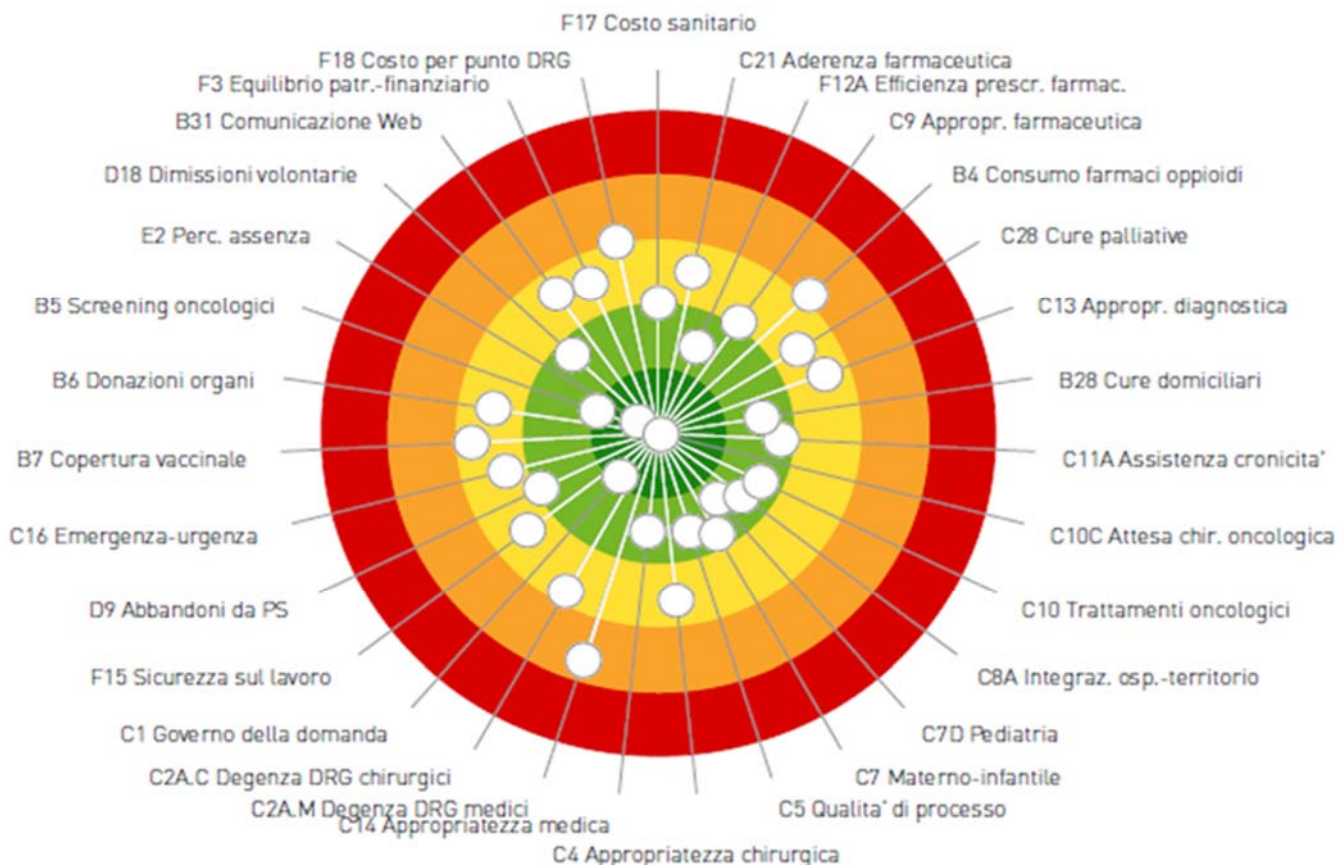
I risultati degli indicatori appartenenti a ciascuna dimensione sono sinteticamente rappresentati con un grafico a bersaglio, costituito da 5 fasce colorate che, dall'esterno all'interno, sono: rossa per performance molto scarsa, arancione se inferiore alla media, gialla per performance in media, verde per performance buona e verde scuro per quella ottima.

Nell'anno 2019 il sistema di valutazione del Network Sant'Anna ha previsto il confronto tra le regioni del Network su 390 indicatori semplici e composti relativi all'anno 2018. In particolare per il 45% degli indicatori (indicatori di valutazione), il benchmark con le altre Regioni aderenti al Network, ha fornito una valutazione sulla performance del sistema sanitario regionale e delle singole aziende, mentre gli altri indicatori (indicatori di osservazione) continuano ad essere attenzionati attraverso un monitoraggio costante nel tempo.

La performance della Regione del Veneto, determinata dagli indicatori di valutazione, risulta sopra la media delle regioni del Network (performance buona o ottima) nel 54% degli indicatori; nel 35% degli indicatori il Veneto risulta essere nella media e, solamente per 16 indicatori, risulta avere una performance inferiore alla media (performance scarsa), un solo indicatore ricade in area critica (performance pessima): Grado di copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese.

La Figura 9.2 riporta la rappresentazione del Bersaglio relativo ai dati della Regione Veneto per l'anno 2018. Come emerge dalla figura, la maggior parte degli indicatori si colloca nella fascia centrale del Bersaglio, indicando performance buone o molto buone che pongono la Sanità Veneta fra le migliori performance regionali.

Figura 9.2 – Grafico Bersaglio. Veneto, 2018



Nell'anno 2018 la Regione Veneto ha ottenuto ottimi risultati in termini di:

- Capacità di governo della domanda (Tasso di ospedalizzazione ricoveri acuti in regime ordinario e ricoveri diurni medici ed ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali)
- Appropriatazza medica, dimissioni volontarie
- Tasso di ospedalizzazione pediatrica (totale e per patologie come l'asma) e l'area materno infantile
- Tempi di attesa per chirurgia oncologica
- Cure domiciliari
- Assistenza alla cronicità
- Screening oncologici
- Efficienza prescrittiva farmacologica.

Permangono aree migliorabili relativamente alla degenza media medica e chirurgica e alla percentuale di ricoveri medici oltre soglia negli ultra 65-enni.

La lettura degli indicatori per percorso

Il pentagramma è una nuova forma di rappresentazione dei risultati degli indicatori: è sempre suddiviso in cinque fasce di valutazione (articolati nelle diverse "battute" del pentagramma); le "note" del pentagramma riproducono i singoli indicatori a differenza dei "pallini" del grafico a Bersaglio che sono indicatori compositi. L'obiettivo di questa rappresentazione è quello di analizzare i risultati considerando non il soggetto erogatore dei servizi ma l'utente a cui sono rivolti (presa in carico), durante tutto il suo percorso assistenziale.

Anche l'analisi per percorso assistenziale, in particolare per quello relativo all'area oncologica (Figura 9.3), registra ottimi o buoni risultati per la Regione Veneto, lungo tutte le fasi

(screening, diagnosi, trattamento, fine vita). In continuo miglioramento è anche il dato sulla concentrazione della casistica, soprattutto in riferimento al trattamento chirurgico del tumore maligno alla mammella. Il pentagramma riportato in Figura 9.4, rappresenta gli indicatori relativi al percorso Materno-Infantile, che partono dalla fase del parto per arrivare all'età pediatrica. La performance della Regione Veneto presenta risultati principalmente buoni o ottimi, mentre permangono alcune criticità negli indicatori sulle vaccinazioni relative al primo anno di vita. Performance buona o nella media per quanto riguarda il pentagramma relativo al percorso Emergenza-Urgenza nelle fasi di accesso e triage al servizio di Pronto Soccorso, durante il tempo di permanenza e in dimissione (Figura 9.5).

Figura 9.3 - Il percorso oncologico, Veneto, 2018

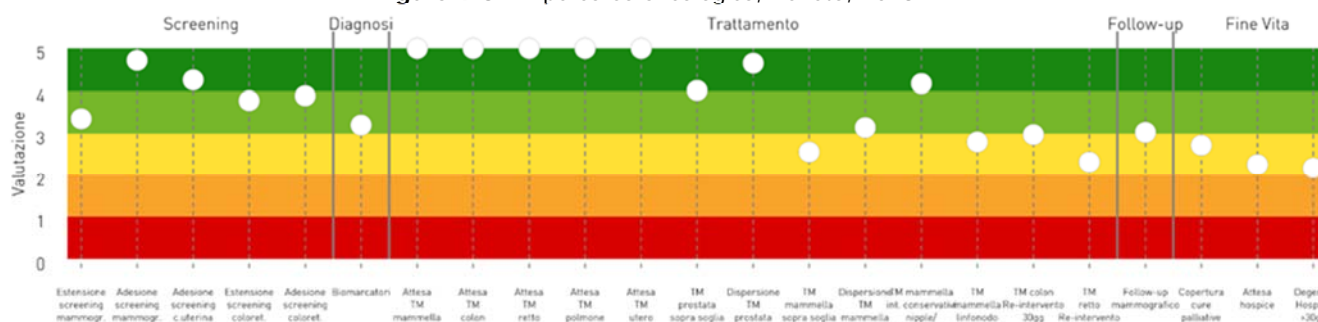


Figura 9.4 - Il percorso Materno-Infantile, Veneto, 2018

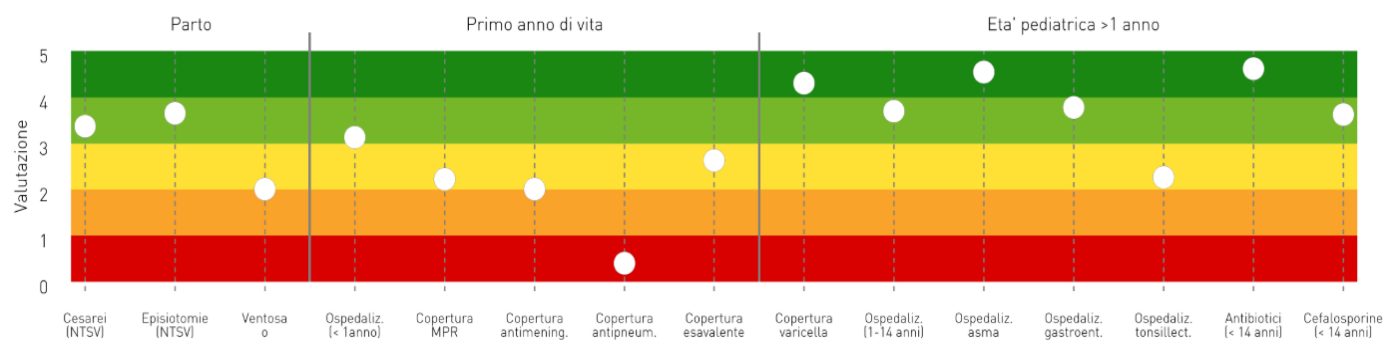
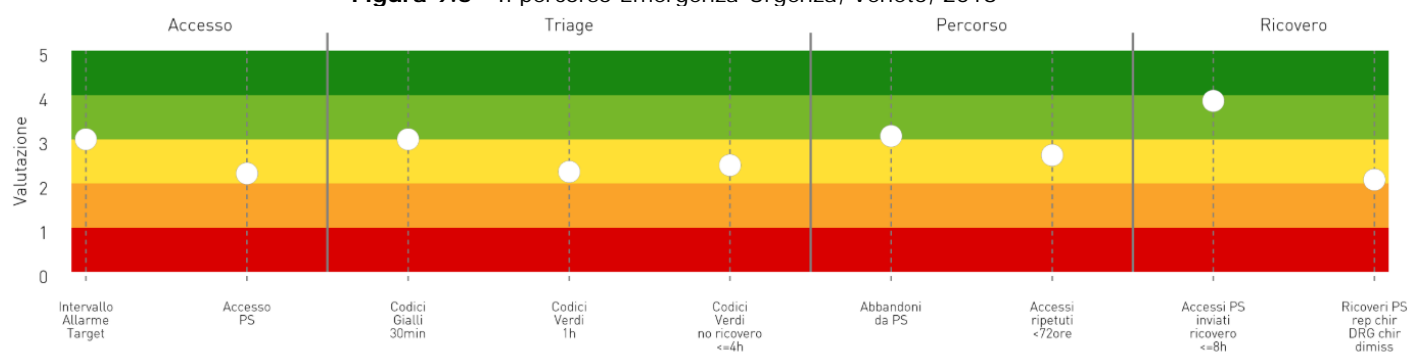


Figura 9.5 - Il percorso Emergenza-Urgenza, Veneto, 2018



Comunicazione dei dati

Nel Datawarehouse del Sistema Informativo regionale, all'interno della sezione "Indicatori Direttori Generali", è presente la reportistica con i dati del "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Progetto Bersaglio". Tale strumento può risultare utile al fine di sviluppare ogni opportuna iniziativa di verifica, monitoraggio e miglioramento.

Per ulteriori approfondimenti, anche relativamente al benchmark con le altre regioni, si rimanda a: www.performance.sssup.it/netval

Recapiti per ulteriori informazioni

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

10. II Fascicolo Sanitario Elettronico

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

La Regione del Veneto dovrà sviluppare, con investimenti specifici, il Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico in raccordo con il livello nazionale (§ 4.4.2.)

Quadro di sintesi

Grazie alla collaborazione tra tutte le Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IOV, Azienda Zero e il coordinamento del Consorzio Arsenà.IT, Regione del Veneto nel corso del 2017 e 2018 ha visto il consolidamento infrastrutturale del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSEr) e la diffusione della raccolta dei consensi dei cittadini da parte dei Medici di Medicina Generale: a fine 2018 erano oltre 1.200.000 i cittadini che avevano attivato i propri FSEr. Ciò ha permesso l'adozione diffusa dell'app Sanità km zero Ricette attraverso la quale oltre 180 mila cittadini hanno potuto ritirare i farmaci in farmacia senza il promemoria cartaceo. Contemporaneamente la raccolta dei consensi è stata estesa a Pediatri di Libera Scelta e agli operatori del SSR e abilitata direttamente dall'app per coloro che sono in possesso di credenziali SPID. Il numero e la qualità dei documenti sanitari digitali che alimentano il Fascicolo è notevolmente incrementato, fino a toccare quota 235 milioni. A partire dal 2018, attraverso il portale Sanità km zero Fascicolo, i cittadini hanno potuto iniziare a visualizzare e scaricare i documenti sanitari digitalmente disponibili. In particolare il nuovo servizio è stato testato presso la ULSS 1 Dolomiti e sarà diffuso su tutta la regione nel 2019.

Quanto previsto dal Piano Socio Sanitario per il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSEr) è stato realizzato attraverso il completamento della digitalizzazione del ciclo prescrittivo-erogativo delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche, la realizzazione della nuova infrastruttura regionale, l'avviamento della raccolta e gestione dei consensi, il consolidamento, ed in molti casi ampliamento, da parte delle singole Aziende Sanitarie, Ospedaliere e IOV, del processo di digitalizzazione della documentazione clinica richiesta dal DPCM n. 178 del 2015 per lo scambio documentale. Ciò ha permesso nel 2017-18 il lancio e la diffusione dei servizi Sanità km zero.

Il Fascicolo non permette solamente agli assistiti del Veneto di accedere ai propri dati sanitari in maniera sicura e semplificata, ma anche di offrirne la consultazione, previo consenso, da parte degli operatori SSR, concorrendo quindi al raggiungimento della sua finalità di cura. Inoltre a partire dai dati di salute della popolazione, visualizzati in maniera anonimizzata, i manager sanitari hanno la possibilità di introdurre nuovi modelli organizzativi e percorsi innovativi di continuità delle cure e di ricerca. Va precisato che la disponibilità nel Fascicolo dei documenti clinico-sanitari in formato elettronico ha piena validità legale e costituisce presupposto imprescindibile per il trattamento informatizzato dei dati nel rispetto della normativa sulla privacy.

Nel corso del 2017 e 2018 le aziende sanitarie hanno proseguito il percorso intrapreso di indicizzazione dei documenti digitali, ampliando la tipologia di documenti resi disponibili sul FSEr e migliorando la qualità del processo di indicizzazione; in particolare è stato creato un indice di Qualità dell'Indicizzazione (iQI) che consente di monitorare la quantità di documenti

indicizzati, la qualità delle informazioni associate ai documenti (funzionali alla loro ricerca) e il tempo necessario per consultare i documenti prodotti dalle diverse aziende.

I documenti ad oggi disponibili sul Fascicolo sono i referti (prodotti in regime ambulatoriale, di ricovero e durante accessi al Pronto Soccorso) di: medicina di laboratorio (in formato strutturato), radiologia, anatomia patologica, visite specialistiche, diabetologia, oncologia, cardiologia e gastroscopia; sono inoltre resi consultabili attraverso Fascicolo le lettere di dimissione ospedaliera, i verbali di pronto soccorso e i verbali operatori. Sempre nel 2017 e nel 2018, in ottemperanza a quanto richiesto dal D.M. 4 agosto 2017 sono state svolte le attività di adeguamento infrastrutturale del FSEr necessarie a permettere la comunicazione con INI (Infrastruttura di Interoperabilità Nazionale) e sono stati avviati i processi di condivisione dei documenti secondo la pianificazione nazionale.

Figura 10.1 – Assistenti che hanno rilasciato il consenso, Veneto 2017-2018

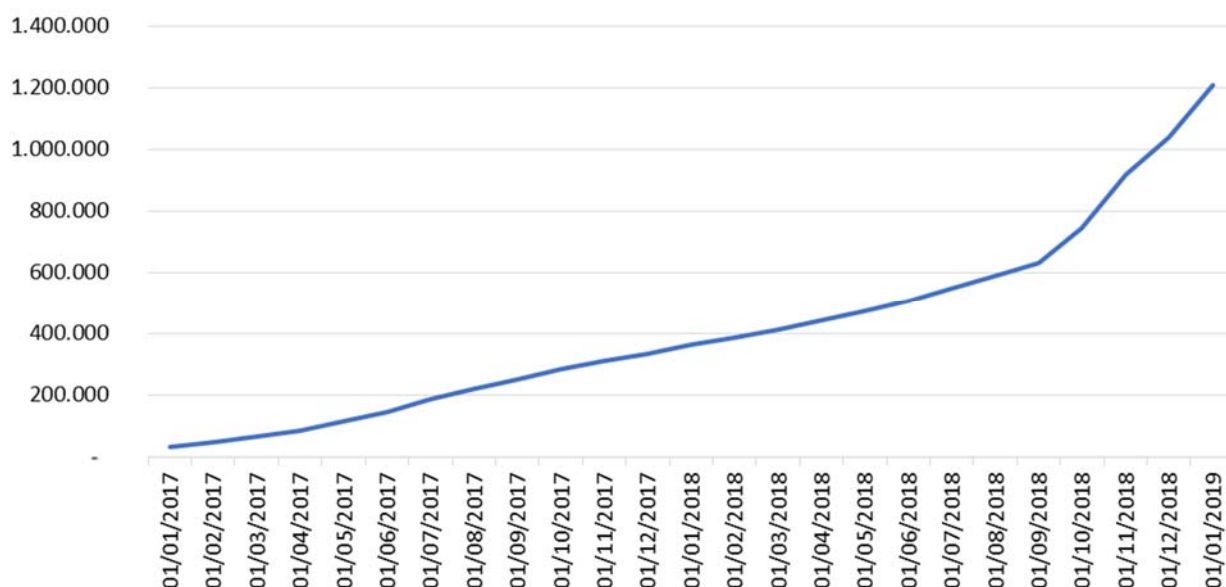
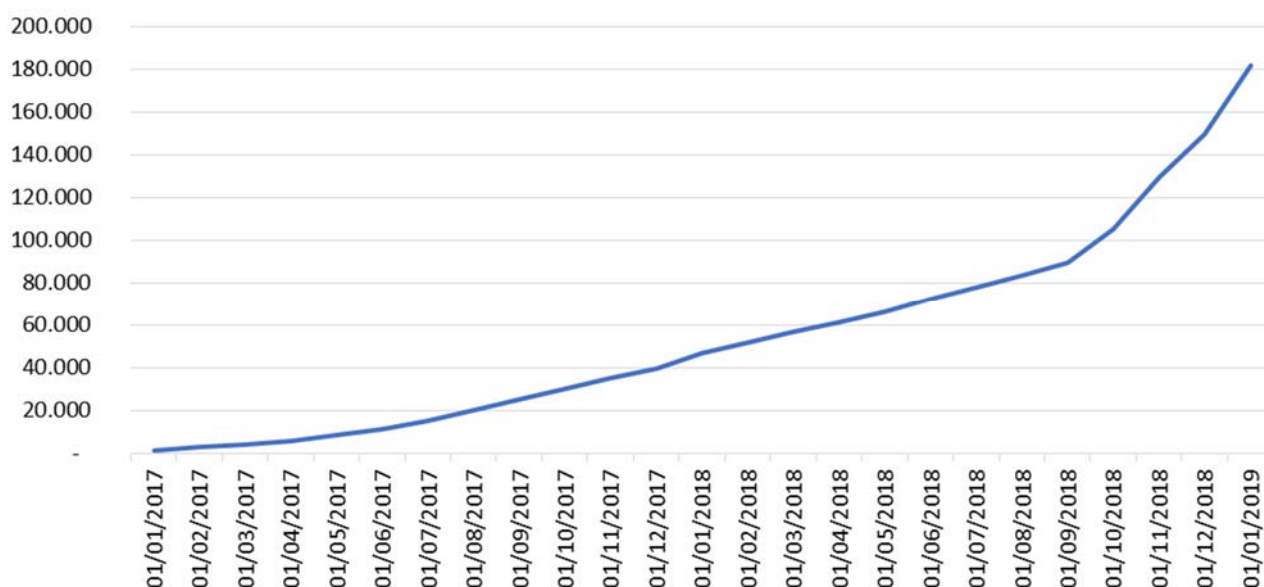


Figura 10.2 Utenti dell'App "Sanità km zero- ricette", Veneto 2017-2018



Le canalità di raccolta dei consensi al Fascicolo sono state ampliate affiancando ai Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta. Al fine di agevolare quanto più possibile il cittadino, inoltre, la raccolta è stata abilitata anche agli operatori SSR attraverso un Portale Operatori, appositamente sviluppato e sperimentato presso le ULSS 2, 6, Azienda Ospedaliera di Padova e IOV. Infine, se il cittadino è già in possesso di credenziali SPID (Sistema Pubblico di Identità Digitale) può accedere ai servizi Sanità km zero e rilasciare autonomamente i consensi.

Per accompagnare i professionisti della salute all'introduzione nella pratica quotidiana dello strumento Fascicolo, sono state attuate azioni continuative di formazione specifiche per i diversi target coinvolti. Nel corso del 2017 si è conclusa la formazione di farmacisti e medici e operatori di distretto che ha visto coinvolti oltre 3.400 partecipanti. Nel 2018 è stato organizzato un ciclo di 19 incontri di info-formazione ed aggiornamento sul progetto rivolto a MMG e PLS a cui hanno partecipato 2.180 professionisti. In occasione della partenza del Pilota presso la ULSS 1 Dolomiti, sono stati infine formati 97 professionisti afferenti all'accettazione di laboratorio, URP, personale medico, CUP e casse.

A fine 2018 già oltre 1,2 milione di cittadini avevano rilasciato i consensi FSEr, di questi oltre 217mila avevano creato le credenziali di accesso ai servizi e 180mila usavano la app "Sanità km zero Ricette". Grazie all'avviamento di una esperienza pilota presso la ULSS 1 Dolomiti, che ha permesso di mettere a punto nuovi modelli organizzativi e perfezionare gli strumenti dedicati a utenti e operatori, i primi 2.500 cittadini hanno fatto accesso al portale Sanità km zero Fascicolo.



Sanità km zero Ricette è una app per smartphone e tablet (sistemi operativi Android e iOS) che permette di ritirare i farmaci prescritti direttamente in farmacia senza dover passare dal medico a ritirare il promemoria cartaceo. Inoltre, man mano che saranno acquistati i farmaci, si crea un archivio all'interno dell'app stessa: da qui sarà possibile, previo accordo con il medico, inviargli una richiesta di rinnovo per una ricetta.

Il **portale Sanità km zero Fascicolo** consente di visualizzare e scaricare, senza limiti di tempo, i documenti disponibili relativi a prestazioni sanitarie erogate (per esempio referti di laboratorio, lettere di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso, etc.). L'utente ne potrà visualizzare l'anteprima online, scaricarli, oscurarli o deoscurarli e contrassegnavarli come importanti.

Sempre all'interno del portale, è possibile modificare i propri consensi e consultare l'elenco delle strutture o operatori che hanno visualizzato i documenti contenuti nel proprio Fascicolo, in ottemperanza alla normativa vigente. Il cittadino, se lo desidera, può inoltre ricevere un avviso di disponibilità di un nuovo documento.



Entrambi i servizi permettono di gestire i profili di figli minorenni o persone sotto la propria tutela, ammesso che ad essi sia stato preventivamente attivato il Fascicolo.

Nel corso del 2017-2018 tali servizi sono stati promossi ai cittadini attraverso la campagna di comunicazione "Sanità km zero - la salute a portata di mano".

Anche i professionisti della salute che prenderanno in cura l'assistito avranno a disposizione informaticamente - per il tempo strettamente necessario e - previo il rilascio del consenso alla consultazione da parte dell'assistito - i dati e i documenti sanitari e socio sanitari, utili ad attuare il percorso di cura. Nel 2017 e 2018 è stato avviato il processo per i Medici di Medicina Generale e i Pediatri. Nel corso del 2019 questa nuova funzionalità sarà estesa a tutto il personale SSR abilitato.

Approfondimenti

[DGR n. 1671 del 7 agosto 2012](#) "Realizzazione Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale".

[Legge n. 221 del 17 dicembre 2012](#) "conversione, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese".

[Legge n. 98 del 9 agosto 2013](#) "Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69 Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia".

[DGR n. 2703 del 29 dicembre 2014](#) "Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale: rimodulazione delle attività progettuali e proroga del termine".

[DPCM n. 178 del 29 settembre 2015](#) "Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico".

[DGR n. 1785 del 7 novembre 2016](#) "Potenziamento e razionalizzazione del Sistema Informativo Socio Sanitario. Linee di intervento e progetto Fascicolo Sanitario Elettronico regionale fase II".

[Circolare AGID n. 4 del 1 agosto 2017](#) "Documento di progetto dell'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità dei Fascicoli Sanitari Elettronici (art. 12 - comma 15-ter – D.L. 179/2012)"

[D.M. 4 agosto 2017](#) "Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'art. 12, comma 15-ter del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221" (INI - Infrastruttura Nazionale Interoperabilità).

[Fascicolo Sanitario Elettronico regionale](#), area dedicata nel sito di Regione del Veneto

[Fascicolo Sanitario Elettronico](#), area dedicata nel sito del Ministero della Salute

[Sanità km zero](#), sito dedicato alla promozione dei servizi

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Sistemi Informativi - Azienda Zero – Regione del Veneto

e-mail: sistemi.informativi@azero.veneto.it

Il volume è pubblicato anche sui siti Web:
<http://www.regione.veneto.it/>
<http://www.ser-veneto.it/>

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO



**AZIENDA
Z E R O**

Pubblicazione a cura di

Azienda Zero – Regione del Veneto

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

Telefono: 049 8778252 – Fax: 049 8778235

e-mail: ser@azero.veneto.it