



REGIONE DEL VENETO

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto



Anno 2018
(dati 2016-2017)

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto

Anno 2018
(dati 2016-2017)

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO



AZIENDA
Z E R O

Pubblicazione a cura di

Azienda Zero – Regione del Veneto

UOC SER Servizio Epidemiologico Regionale e Registri

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 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
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 – Fax: 049 8778235
e-mail: ser@azero.veneto.it
sito Internet: <http://www.ser-veneto.it/>*

La UOC SER 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, Tiziana Baruffa, Lisa Brazzale, Cristina Basso, Giulia Capodaglio, Laura Cestari, Angela De Paoli, Matilde Dotto, Ugo Fedeli, Eliana Ferroni, Nicola Gennaro, Michele Pellizzari, Silvia Pierobon, Elena Schievano, Silvia Tiozzo Netti, Maria Chiara Corti

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

Presentazione

La Relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto vuole fare il punto sullo stato di salute dei Veneti, evidenziando come si sono modificate le caratteristiche demografiche, epidemiologiche e di utilizzo dei servizi socio-sanitari. Grazie alla ricchezza di dati e di informazioni raccolte attraverso i flussi informativi che dalle aziende pubbliche e dagli erogatori privati accreditati giungono regolarmente in Regione, la Relazione fa sintesi dello stato di salute della nostra popolazione e della capacità del sistema dei servizi di rispondere ai suoi bisogni, nell'ottica della massima trasparenza nell'analisi e nella rappresentazione dei dati disponibili.

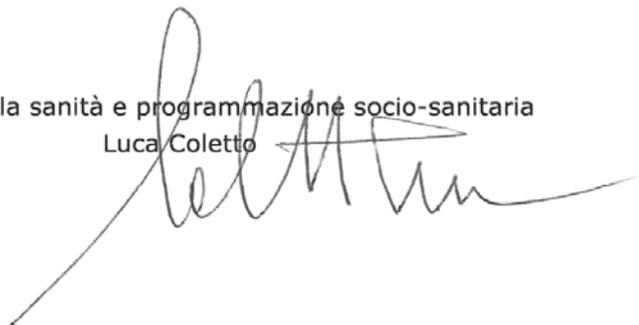
Ne emerge un quadro in cui la maggior parte delle risorse e dei servizi è dedicata a circa un quarto della popolazione, affetta da patologie croniche, con multi-morbilità e deficit funzionali, con una distribuzione popolazione-costi molto simile a quella di tutti i Paesi occidentali. Questa parte della popolazione è quella più vulnerabile, fragile, disabile e a rischio di eventi avversi, ma è proprio la parte di popolazione che un sistema civile, equo e universalistico vuole proteggere e mantenere al massimo livello di salute possibile e raggiungibile.

Tramite il riordino organizzativo delle Aziende ULSS e la costituzione di Azienda Zero, e con l'avvio e il funzionamento di diverse reti cliniche tra cui la Rete Oncologica Veneta, si è voluto promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni assicurate da una rete di assistenza socio-sanitaria regionale complessa, articolata e tecnologicamente molto avanzata. La Regione vuole infatti garantire integrazione e continuità a pazienti che necessitano non solo di prestazioni singole ma di percorsi clinici transmurali e interdisciplinari, legati a patologie o condizioni ad elevata prevalenza.

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

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

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



Introduzione

La Relazione Socio Sanitaria rappresenta ogni anno un importante momento di sintesi e di verifica del lavoro e delle attività che i professionisti della Regione del Veneto hanno svolto nell'anno. Contiene la loro fatica e passione nel contribuire a migliorare, mantenere e garantire il miglior stato di salute della popolazione veneta attraverso il buon funzionamento del Sistema Sanitario Regionale.

A quarant'anni dalla fondazione del nostro Sistema Sanitario (L. 833/1978), le sfide per continuare a garantire un'assistenza sanitaria a copertura universale ed i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono sempre più impegnative. Quest'anno il Veneto ha raggiunto un importante traguardo e si è posizionato in vetta alla classifica delle Regioni italiane per capacità di erogare i LEA (Monitoraggio LEA 2016).

Questi risultati connotano la capacità del sistema Veneto di saper offrire alla popolazione prestazioni di qualità in miglioramento ogni anno e, visti i risultati economici d'esercizio sia del 2016 che del 2017, di garantirne nel contempo la sostenibilità complessiva.

Nel 2017 un altro grande cambiamento è stato innescato. Con la Legge Regionale 19 del 2016 si è avviato un percorso di riforma che ha definito nuovi ambiti territoriali per le Aziende ULSS e ha introdotto un nuovo ente di governance della Sanità della Regione del Veneto, denominato Azienda Zero. Il 2017 è stato quindi un anno di avvio e di costruzione dell'organizzazione e della struttura di questa nuova Azienda sanitaria e un anno di intensa riorganizzazione della maggior parte delle Aziende ULSS del Veneto.

Per consolidare l'elevata qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati agli assistiti e per ottimizzare l'utilizzo delle risorse impiegate, Azienda Zero sta perseguendo l'obiettivo di razionalizzare, integrare ed efficientare i servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del SSR, continuando a rispondere alla Regione nel suo ruolo di programmazione e indirizzo.

Già il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 aveva disegnato la rotta e guidato la Regione verso questa importante transizione, 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.

Nei mesi scorsi è stata formulata la proposta di Nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023 per raccogliere le nuove sfide dei prossimi anni. La Giunta lo ha approvato ed attualmente è oggetto di esame da parte della Quinta Commissione del Consiglio Regionale.

Se con il precedente PSSR grande attenzione era stata data agli ospedali e alla loro gerarchizzazione in ruoli diversi nella rete ospedaliera, ma funzionalmente connessi attraverso le reti cliniche, il nuovo Piano guarda alle sfide epidemiologiche del futuro che sono date dall'epidemia di malattie croniche nella popolazione adulta-anziana e dalla contestuale decrescita demografica.

Se negli anni passati sono stati introdotti sistemi innovativi di stratificazione della popolazione per meglio caratterizzare la domanda di salute della popolazione, ora la grande sfida è riorganizzare con nuovi modelli l'offerta assistenziale fuori dall'ospedale dove la cronicità viene sempre più spesso diagnosticata, trattata e gestita e dove la persona convive con le sue malattie croniche.

Se in questi anni sono stati introdotti strumenti e luoghi innovativi per la gestione della continuità Ospedale – Territorio, quali la Centrale Operativa Territoriale, gli Ospedali di

Comunità e le Unità Riabilitative Territoriali, nuove forme organizzate di Medicina di Famiglia, la Rete Oncologica Veneta e le altre reti cliniche, ora la scommessa è potenziare il Distretto quale luogo di integrazione e di cura, forte committente ed erogatore responsabile di un'assistenza a baricentro distrettuale, vicina al domicilio e fuori dall'ospedale, ai malati con patologie croniche, multimorbilità e disabilità.

Dobbiamo consegnare alle generazioni che ci seguiranno non solo un servizio sanitario innovativo, equo e sostenibile, ma anche ambienti di vita, di studio, di lavoro e di cura sani per tutti, che garantiscano il massimo livello di salute e autonomia funzionale che ogni persona può raggiungere.

“Non possiamo pensare di risolvere i problemi - ci dice Einstein – con le stesse idee di quando li abbiamo creati”.

Il Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dr. Domenico Mantoan

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'D' followed by a series of loops and a final flourish.

Indice

1. Scenario demografico	11
2. Condizioni e profili di salute	15
2.1 Stili di vita e condizioni di rischio, rischi ambientali	15
2.2 Mortalità per causa	20
2.3 Malattie infettive	24
2.4 Cronicità e multimorbilità	28
2.5 Tumori	40
2.6 Infarto acuto del miocardio	44
2.7 Malattie cerebrovascolari	47
2.8 Insufficienza renale cronica	50
2.9 Malattie professionali e infortuni sul lavoro	53
2.10 Salute materno-infantile	63
3. La nuova organizzazione del SSR (LR 19/2016)	71
3.1 Il nuovo assetto territoriale delle Aziende ULSS	71
3.2 L’Azienda Zero	74
4. Attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie	77
4.1 Promozione corretti stili di vita	77
4.2 Profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni	84
4.3 Screening oncologici	88
4.4 Salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro	92
4.5 Veterinaria e sicurezza alimentare	101
5. Assistenza ospedaliera	105
5.1 L’ospedalizzazione in Veneto	105
5.2 La rete ospedaliera e i posti letto	110
5.3 Volumi di attività e qualità delle cure	114
5.4 Controlli sull’appropriatezza delle prestazioni di ricovero	117
5.5 Rischio clinico e prevenzione degli eventi avversi	118
6. Assistenza territoriale e socio-sanitaria	123
6.1 Assistenza primaria e distrettuale	123
6.2 Strutture Intermedie e Hospice	128
6.3 Care Management del paziente complesso con multimorbilità	138
6.4 Assistenza ai pazienti con malattie croniche	141
6.5 Assistenza specialistica ambulatoriale	146

6.6	Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali	148
6.7	Cure domiciliari e cure palliative	151
6.8	Il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti	161
6.9	Il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità	165
6.10	Impegnativa di cura domiciliare	169
6.11	Interventi socio-sanitari sulle dipendenze	173
6.12	Consultori familiari	175
6.13	Salute mentale	177
6.14	Sanità penitenziaria	180
6.15	Riabilitazione ex art. 26	183
7. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici		187
7.1	Assistenza farmaceutica	187
7.2	Dispositivi medici e assistenza protesica	196
8. Le reti cliniche		201
8.1	Rete clinica dei trapianti	201
8.2	Rete dell'ictus	205
8.3	Rete dell'infarto acuto del miocardio	208
8.4	Rete attività trasfusionale	210
8.5	Rete oncologica	214
8.6	Rete emergenza urgenza	218
8.7	Rete per l'Alzheimer e le demenze	222
8.8	Rete delle malattie rare	227
9. Il personale e la spesa Socio Sanitaria Regionale		233
9.1	Le politiche del personale del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto	233
9.2	Analisi economica del SSR del Veneto	240
9.3	Procedure di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi	249
10. La valutazione della performance del SSR		253
10.1	Il Progetto Bersaglio	253
10.2	Obiettivi di performance aziendali	257
11. Il Fascicolo Sanitario Elettronico		259

1. Scenario demografico

Quadro di sintesi

La popolazione del Veneto è di circa 4,9 milioni di residenti, sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente.

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.

I cittadini stranieri residenti in Veneto sono poco meno del 10%.

NOTA: per coerenza con i dati epidemiologici e sull'attività dei servizi contenuti nella Relazione Socio Sanitaria, i dati sulla popolazione presentati di seguito non 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 01/01/2018 (fonte ISTAT) è di 4.905.037 abitanti di cui 2.395.801 (48,8%) maschi e 2.509.236 femmine (51,2%), con una diminuzione di 2.492 residenti rispetto all'anno precedente. Il bilancio demografico al 31/12/2017 presenta un saldo migratorio positivo +10.359, ma un saldo naturale che continua ad essere negativo, -12.851 persone. In tutte le province il saldo naturale risulta negativo (Figura 1.2), nelle province di Vicenza e Rovigo anche il saldo migratorio è negativo, mentre le province di Treviso, Verona e Padova presentano un bilancio demografico positivo (saldo naturale più saldo migratorio).

Figura 1.1 – Popolazione residente in Veneto al 1° gennaio dal 2002 al 2018 (Fonte: ISTAT)

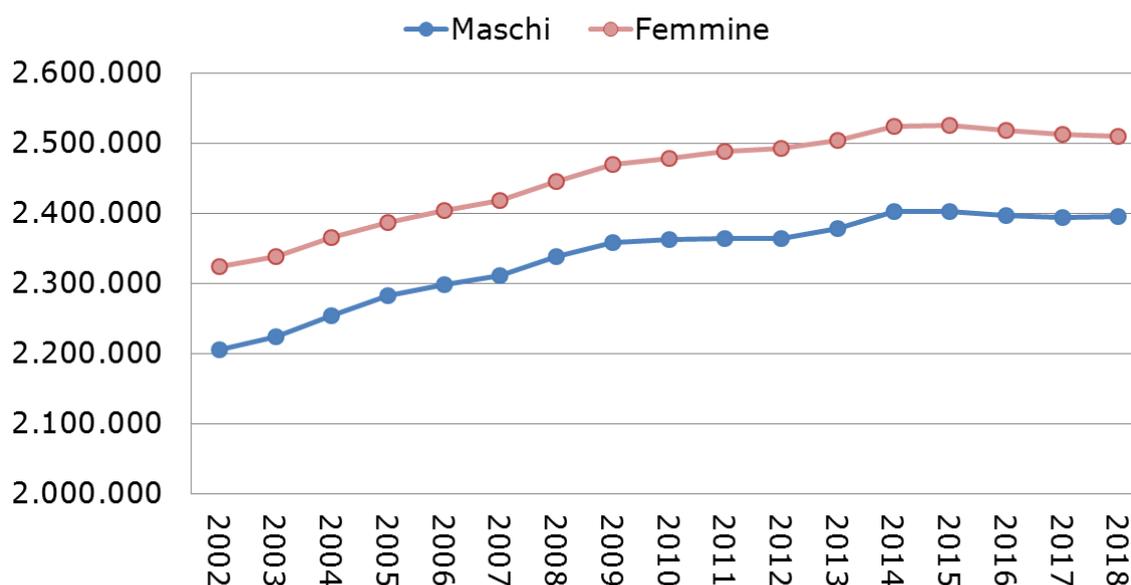
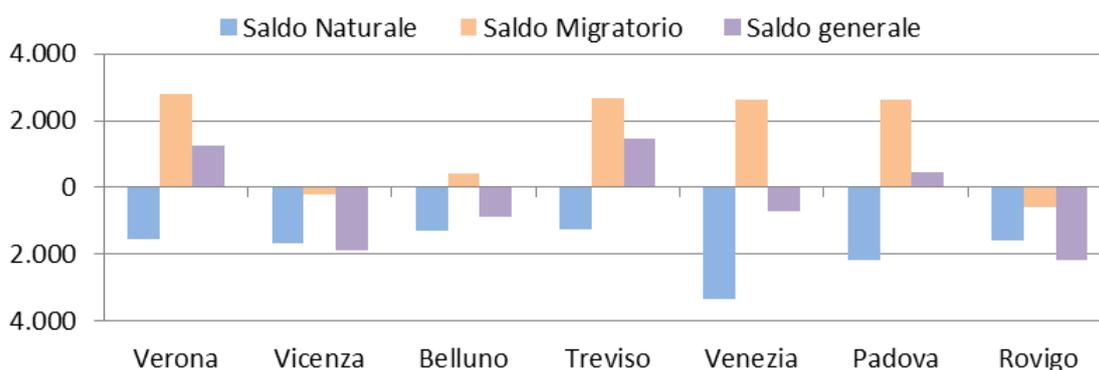


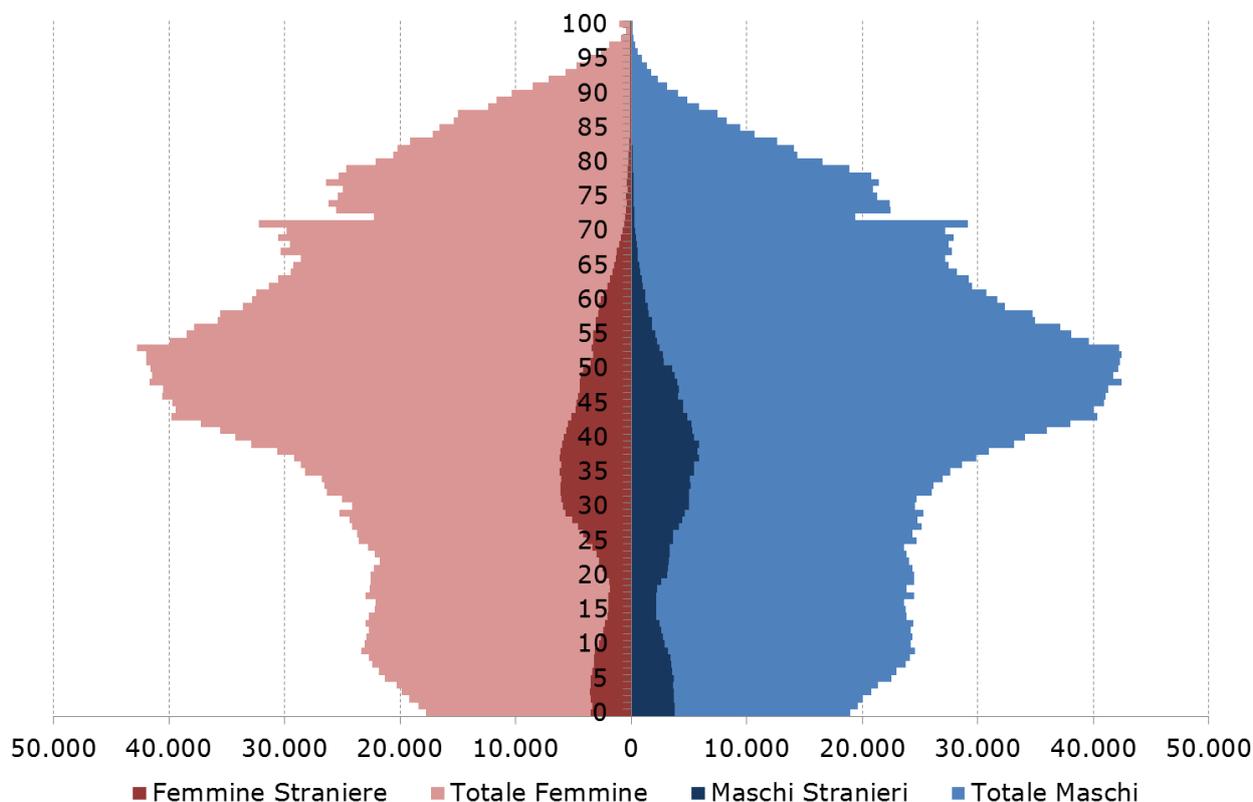
Figura 1.2 – Saldo naturale, migratorio e generale al 31/12/2017 della Popolazione residente per Provincia, Veneto (Fonte: ISTAT)



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.

I cittadini stranieri residenti in Veneto rappresentano il 9,9% della popolazione complessiva, con un leggero aumento rispetto all'anno precedente (+2.416 persone). I 487.893 stranieri residenti sono quasi equamente distribuiti per sesso (230.089 maschi, il 47%, e 257.804 femmine, il 53%). La struttura per età della popolazione straniera è più giovane di quella della popolazione italiana, collocandosi prevalentemente nelle fasce di età infantili e lavorative.

Figura 1.3 - Piramide d'età per genere e cittadinanza residente in Veneto al 1° gennaio 2018 (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 e 5-Polesana e della ex ULSS 12 Veneziana è quello con la più alta proporzione di abitanti con almeno 65 anni (26%) 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 2018: distribuzione per grandi classi di età, indice di vecchiaia e percentuale di popolazione straniera. (Fonte: ISTAT)

Azienda ULSS di residenza	N	0-14 anni	15-64 anni	65 + anni	Indice di vecchiaia	% popolazione straniera
101-Belluno	122.391	11%	62%	26%	231	5,5%
102-Feltre	82.509	12%	62%	26%	210	6,7%
Ulss 1 Dolomiti	204.900	12%	62%	26%	222	6,0%
103-Bassano del Grappa	180.160	14%	64%	22%	153	7,3%
104-Alto Vicentino	186.345	14%	64%	22%	159	8,4%
Ulss 7 Pedemontana	366.505	14%	64%	22%	156	7,9%
105 Ovest Vicentino	180.318	14%	65%	21%	145	11,5%
106-Vicenza	316.381	14%	64%	22%	157	10,2%
Ulss 8 Berica	496.699	14%	65%	21%	152	10,7%
107-Pieve di Soligo	215.169	13%	63%	24%	175	10,4%
108-Asolo	250.895	15%	65%	20%	136	10,3%
109-Treviso	421.356	14%	64%	21%	151	10,2%
Ulss 2 Marca Trevigiana	887.420	14%	64%	22%	152	10,3%
110-Veneto Orientale	214.844	13%	64%	23%	180	9,6%
Ulss 4 Veneto Orientale	214.844	13%	64%	23%	180	9,6%
112-Veneziana	300.425	12%	61%	27%	227	13,1%
113-Mirano	272.123	14%	64%	22%	164	8,0%
114-Chioggia	66.160	11%	64%	25%	232	4,8%
Ulss 3 Serenissima	638.708	12%	63%	25%	198	10,0%
115-Alta Padovana	258.100	15%	66%	20%	132	9,3%
116-Padova	495.128	13%	64%	23%	177	11,8%
117-Este	181.019	12%	64%	23%	188	6,5%
Ulss 6 Euganea	934.247	13%	64%	22%	165	10,1%
118-Rovigo	167.683	11%	63%	25%	220	8,8%
119-Adria	71.210	10%	63%	26%	249	4,6%
Ulss 5 Polesana	238.893	11%	63%	26%	228	7,5%
120-Verona	471.109	14%	63%	23%	166	12,6%
121-Legnano	154.215	14%	64%	22%	158	10,1%
122-Bussolengo	297.497	15%	65%	20%	137	10,2%
Ulss 9 Scaligera	922.821	14%	64%	22%	155	11,4%
Veneto	4.905.037	13%	64%	23%	168	9,9%

N.B. Per le motivazioni espresse all'inizio del capitolo, nella Tabella 1.1. il comune di Cavallino-Treponti afferisce alla Azienda ULSS 3 Serenissima

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 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, rischi ambientali

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 (Paragrafo 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, dovute a scorretta alimentazione, inattività fisica, abitudine al fumo ed abuso di alcol, principali fattori di rischio di malattie cronico-degenerative. In Veneto sono attive 4 sorveglianze per monitorare l'evoluzione dei comportamenti:

-“OKkio 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 per la prima volta nel 2008 e ripetuto nel 2010, 2012, 2014 e 2016, 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 sui quali strutturare le politiche sociali e sanitarie a favore dei giovani adolescenti. Gli ultimi dati disponibili sono relativi al 2014, è in corso la rilevazione 2018.

-PASSI è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta attivo in tutte le regioni e province autonome. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali e la diffusione delle misure di prevenzione. Personale delle Aziende Ulss, specificamente formato, effettua, con un questionario standardizzato, interviste telefoniche ad un campione rappresentativo della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni. Dall'inizio della sorveglianza, aprile 2007, alla fine del 2017, nel Veneto, sono state intervistate circa 51.810 persone.

-PASSI D'ARGENTO è un sistema di sorveglianza della popolazione anziana al quale collaborano quasi tutte le regioni e province autonome. La sorveglianza è 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 2017 delle sorveglianze PASSI e Passi D'Argento. OKkio alla SALUTE ha cadenza triennale e HBSC è in corso.

Attività fisica

In Veneto nel 2017 il 34% 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 45% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 21% 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 i giovani e tra le persone con minori difficoltà economiche e maggiore livello di istruzione.

Figura 2.1 – Livello di attività fisica, Veneto, 2017 (Fonte: Passi 2017 Regione Veneto)

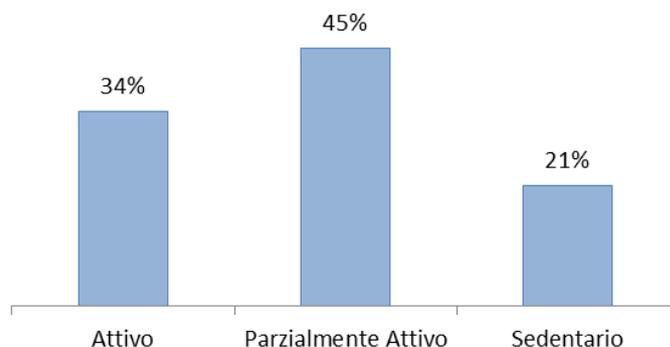


Tabella 2.1 – Prevalenza percentuale della sedentarietà a 18-69 anni. Veneto 2008-2017. (Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI Regione Veneto)

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%)
TOTALE	25 (23,8-26,8)	25,5 (24,4-26,8)	23,2 (22,0-24,5)	23,9 (22,6-25,1)	22,8 (21,6-24,0)	23,4 (22,2-24,7)	22,5 (21,3-23,8)	22,5 (21,3-23,8)	19,5 (18,4-20,8)	21,1 (19,7-22,5)
nei due sessi										
Uomini	23	24	22	23	21	22	21	21	18	19
Donne	27	27	25	25	25	25	24	24	21	23
nelle classi di età										
18-34 anni	24	22	20	21	20	21	17	18	16	16
35-49 anni	24	26	23	25	22	24	21	23	21	22
50-69 anni	27	28	26	25	26	25	27	25	21	24
nei diversi livelli di istruzione										
Nessuna/elemen.	32	33	28	31	32	25	32	37	29	31
Media inferiore	27	30	27	26	25	27	27	26	24	24
Media superiore	23	23	21	22	21	23	20	20	17	19
Laurea	20	16	19	17	18	17	17	17	15	19
nelle diverse situazioni economiche										
Molte difficoltà	30	28	33	32	27	33	29	36	23	34
Qualche difficoltà	29	29	26	28	24	25	25	25	23	21
Nessuna difficoltà	23	23	21	21	21	20	20	19	17	20

Consumo di alcol

Nel 2017, il 66% degli intervistati dichiara di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese. Complessivamente, il 26% degli intervistati viene definito consumatore a maggior rischio, ovvero bevitore fuori pasto e/o con consumo abituale elevato e/o "binge" (che negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta in una singola occasione almeno 5 unità alcoliche, se uomini, o almeno 4 se donne). Il consumo binge (14%) risulta più diffuso tra i 18-24 anni (23%), negli uomini (20% vs. 7% nelle donne) e nelle persone con un alto livello di istruzione e senza difficoltà economiche. Nel 2017, il 51% della popolazione di 65 anni e più dichiara di consumare alcol e il consumo risulta maggiore tra gli uomini rispetto le donne (69%

vs 38%). Complessivamente più di uno su quattro (31%) degli ultra 65enni è un bevitore a rischio, ovvero consuma più di una unità alcolica al giorno, pari a una persona su due delle persone che consumano alcol. Nel confronto con la media del pool nazionale, il Veneto ha una percentuale di bevitori a rischio più elevata.

Tabella 2.2 – Prevalenza percentuale del consumo di alcol a 18-69 anni. Veneto 2010-2017.
(Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI 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%)
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)
Bevitori prevalentemente fuori pasto	12,3 (11,3-13,1)	12,6 (11,8-13,5)	13 (12,1-13,9)	12 (11,2-12,9)	12,5 (11,7-13,4)	12,9 (12,0-13,9)	14,7 (13,7-15,7)	14,6 (13,2-15,4)
Bevitori binge	12,1 (11,2-13,1)	12 (11,1-12,9)	12,4 (11,5-13,4)	12,4 (11,4-13,3)	12,7 (11,8-13,7)	13,2 (12,2-14,2)	13,3 (12,3-14,3)	13,6 (12,5-14,7)

Abitudine al fumo

Figura 2.2 - Abitudine al fumo, 18-69 anni, Veneto, 2017
(Fonte: Passi 2017 Veneto)

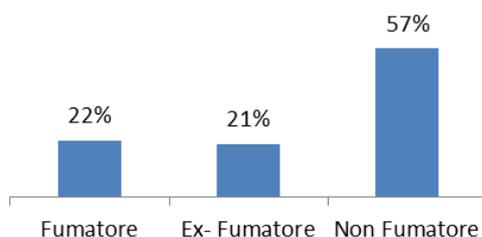


Figura 2.3 - Abitudine al fumo, ultra 64-enni Veneto, 2017 (Fonte: Passi d'argento 2016/2017 Veneto)

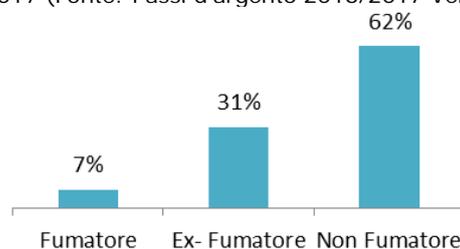


Tabella 2.3 – Prevalenza percentuale dell'abitudine al fumo a 18-69 anni. Veneto 2008-2017.
(Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI Regione Veneto)

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%)
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 (20,6-23,41)
nei due sessi										
Uomini	30	30	28	28	28	27	26	28	26	25
Donne	22	20	20	21	20	19	18	19	18	19
nelle classi di età										
18-24 anni	36	34	32	35	29	29	28	31	32	32
25-34 anni	34	32	32	32	30	29	26	29	29	29
35-49 anni	26	25	23	24	24	23	23	24	21	23
50-69 anni	19	19	18	18	19	20	17	19	18	18
nei diversi livelli di istruzione										
Elementare	16	18	17	15	18	15	19	17	17	14
Media inferiore	30	29	26	28	27	28	25	28	25	24
Media superiore	28	26	26	26	24	23	23	22	24	23
Laurea	20	15	18	19	19	19	15	20	13	18
nelle diverse situazioni economiche										
Molte difficoltà	36	37	41	34	38	37	31	34	31	30
Qualche difficoltà	29	27	26	26	26	26	24	25	25	23
Nessuna difficoltà	23	22	21	23	19	19	19	21	19	21

Nel 2017, il 57% della popolazione veneta tra i 18 e 69 anni intervistata dichiara di non aver mai fumato, il 21% dichiara di essere un ex fumatore e meno di un quarto (22%) fuma (Figura 2.2) Tale percentuale stima una fetta importante della popolazione veneta (723.330 persone) che necessita di un'attenzione particolare in termini di prevenzione e assistenza.

Nel 2017 tra gli ultra 65enni, il 62% non ha mai fumato, il 31% dichiara di essere ex-fumatore e il 7% fuma. Nel confronto con la media del pool nazionale, nel Veneto si riscontrano percentuali di fumatori inferiori sia nella fascia di età indagata da PASSI che in quella di Passi D'Argento. Inoltre, dal 2008 ad oggi, la percentuale di fumatori sta lentamente diminuendo.

Alimentazione

Eccesso ponderale: Nel 2017, in Veneto, il 4% delle persone intervistate tra i 18 e 69 anni risulta sottopeso, il 56% normopeso, il 30,5% sovrappeso e il 9,5% obeso (complessivamente il 40% 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.

Nella popolazione oltre i 65 anni, nel 2017, il 2% risulta sottopeso, il 41% normopeso e il 56% in eccesso ponderale (42% in sovrappeso e 14% obesi).

Tabella 2.4 – Prevalenza percentuale dell'eccesso ponderale a 18-69 anni. Veneto 2008-2017.
Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI 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%)
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)
nei due sessi										
Uomini	42	51	51	54	50	49	49	50	51	49
Donne	30	29	28	30	30	30	29	34	30	30
nelle classi di età										
18-34 anni	23	23	22	23	21	22	21	24	22	22
35-49 anni	40	40	38	41	40	37	36	42	39	37
50-69 anni	57	54	56	56	55	54	54	54	53	53
nei diversi livelli di istruzione										
Nessuna/elem.	62	59	61	61	61	63	61	65	61	68
Media inferiore	47	48	46	48	48	47	49	51	50	51
Media superiore	35	33	34	36	34	34	34	38	36	34
Laurea	29	25	26	30	28	29	24	26	26	29
nelle diverse situazioni economiche										
Molte difficoltà	45	48	46	51	42	49	55	55	47	45
Qualche difficoltà	47	43	41	45	45	41	41	46	44	46
Nessuna difficoltà	37	37	37	39	36	37	35	38	37	37

Consumo di frutta e verdura: il 44% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 43% riferisce di mangiarne 3-4 porzioni al giorno e solo il 12% mangia le 5 porzioni raccomandate. L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa tra le persone di 50-69 anni e tra le donne. Il 38% degli ultra 65enni dichiara un alto consumo di frutta e verdura, il 62% un consumo basso.

Rischio cardiovascolare

Ipertensione: nel 2017 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 77% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico.

Ipercolesterolemia: nel 2017 in Veneto, tra le persone di 18-69 anni, che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 24% 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 32% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

Tabella 2.5 – Prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare a 18-69 anni. Veneto, 2017
Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI Regione Veneto

Fattori di rischio cardiovascolare	Prevalenza	(CI 95%)
Iperensione arteriosa	19,8	(18,5-21,2)
Ipercolesterolemia	24,3	(22,7-25,9)
Sedentarietà	21,1	(19,7-22,5)
Fumo	22,0	(20,6-23,4)
Eccesso ponderale	39,8	(38,2-41,4)
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	12,3	(11,2-13,5)
Diabete	3,6	(2,9-4,3)

Rischi ambientali

I rischi ambientali correlati alla salute della popolazione rappresentano un problema evidente in un territorio come il Veneto, caratterizzato da un'industrializzazione e urbanizzazione molto sostenuta. L'area tematica Ambiente e Salute presso la Direzione Regionale Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria ha l'obiettivo di seguire le tematiche ambientali con possibile impatto sulla salute della popolazione in un'ottica di integrazione con tutti gli Enti preposti alla tutela della salute pubblica e dell'ambiente ai vari livelli di governance, nonché di integrare ai tavoli di lavoro l'apporto degli Istituti di ricerca e delle Università.

Lo sviluppo, in recepimento a numerose Direttive Europee sul tema, di un sistema di norme volte ad incentivare l'attivazione di strumenti precoci di early warning per la prevenzione delle malattie e per la promozione del benessere e della salute della popolazione, prevede necessariamente la rivalutazione in ottica di prevenzione sanitaria delle informazioni di carattere ambientale. In questa evoluzione culturale si inseriscono gli strumenti di risk assessment e risk management quali i Piani di Sicurezza dell'Acqua (PSA), il REACH, Piani specifici: monitoraggio e attività di sanità pubblica con riferimento ai PFAS e il monitoraggio dell'utilizzo dei fitosanitari. La trasversalità del tema ha reso necessario istituire Commissioni regionali e gruppi di lavoro ad hoc che permettono di affrontare tali problematiche in un'ottica multidisciplinare ed integrata. Il monitoraggio dei rischi ambientali è seguito da ARPAV.

Approfondimenti

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

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

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

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Sede: Dorsoduro n. 3493, 30123 Venezia

Recapiti telefonici: 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 (Paragrafo 1.3.2, pag. 12-14).

Quadro di sintesi

Nel periodo 2000-2016 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; in seguito viene restituita alle singole Aziende ULSS la sezione dell'archivio informatizzato di propria competenza. A partire dal 2007 la codifica viene effettuata secondo la decima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-10). I dati regionali di mortalità sono consolidati al 2016 e consultabili sul sito web del SER.

In conseguenza delle dinamiche demografiche in atto, il numero totale dei decessi di residenti in Veneto registrati nell'archivio regionale delle cause di morte è in aumento, con un massimo raggiunto nel 2015, anche in ragione dei due picchi di mortalità verificatisi a gennaio e luglio 2015. Il tasso grezzo di mortalità è in crescita in entrambi i sessi. Una volta corretto per età, il tasso standardizzato di mortalità è in lieve riduzione.

Tabella 2.6 - Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N), tasso osservato (TO) e tasso standardizzato (TS) per sesso (tassi per 100.000). Veneto, anni 2013-2016. Standardizzazione diretta, pop. standard: Veneto 01/01/2007

	MASCHI			FEMMINE			TOTALE		
	N	TO	TS	N	TO	TS	N	TO	TS
2013	21.634	909,8	1.077,5	24.044	960,3	665,2	45.678	935,7	828,6
2014	21.678	902,5	1.038,7	23.711	939,1	632,1	45.389	921,3	795,1
2015	22.740	946,6	1.055,2	26.196	1.037,4	677,9	48.936	993,1	830,5
2016	22.497	938,7	1.017,5	25.046	994,4	635,8	47.543	967,3	792,3

La principale causa di morte per tumore negli uomini è ancora rappresentata dal tumore del polmone (8,3% di tutti i decessi), nonostante prosegua un trend storico di forte riduzione; nelle donne invece i tassi di mortalità sono rimasti sostanzialmente stabili (Figura 2.4). 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 (4% di tutti i decessi).

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 negli ultimi anni di osservazione (Figura 2.5).

Tabella 2.7 – Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N), mortalità proporzionale (%) e tasso osservato (TO) di mortalità per causa (tasso per 100.000). Veneto, periodo 2013-2016

	MASCHI			FEMMINE		
	N	%	TO	N	%	TO
ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	2.300	2,6	24,0	2.835	2,9	28,1
TUMORI	30.864	34,9	322,2	24.944	25,2	247,6
Tumore maligno di colon, retto e ano	3.119	3,5	32,6	2.556	2,6	25,4
Tumore maligno di fegato e dotti biliari intraep.	2.188	2,5	22,8	954	1,0	9,5
Tumore maligno del pancreas	2.023	2,3	21,1	2.153	2,2	21,4
Tumore maligno di trachea, bronchi e polmone	7.326	8,3	76,5	3.078	3,1	30,6
Tumore maligno della mammella				3.927	4,0	39,0
Tumore maligno della prostata	1.973	2,2	20,6			
MAL. ENDOCRINE, NUTRIZIONE, METABOLICHE	3.305	3,7	34,5	4.018	4,1	39,9
Diabete mellito	2.604	2,9	27,2	3.003	3,0	29,8
DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	2.963	3,3	30,9	6.211	6,3	61,7
Demenza	2.625	3,0	27,4	5.933	6,0	58,9
MAL. DEL SISTEMA NERVOSO	3.395	3,8	35,4	4.426	4,5	43,9
Morbo di Parkinson	958	1,1	10,0	832	0,8	8,3
Malattia di Alzheimer	1.013	1,1	10,6	2.115	2,1	21,0
MAL. DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	28.079	31,7	293,1	38.072	38,5	378,0
Malattie ipertensive	3.279	3,7	34,2	6.682	6,7	66,3
Cardiopatie ischemiche	10.530	11,9	109,9	10.379	10,5	103,0
Altre malattie cardiache	7.011	7,9	73,2	10.284	10,4	102,1
Malattie cerebrovascolari	5.886	6,6	61,4	9.342	9,4	92,7
MAL. DEL SISTEMA RESPIRATORIO	6.724	7,6	70,2	6.948	7,0	69,0
Polmonite	1.912	2,2	20,0	2.349	2,4	23,3
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	2.679	3,0	28,0	2.126	2,1	21,1
MAL. APPARATO DIGERENTE	3.396	3,8	35,5	3.618	3,7	35,9
Malattie del fegato	1.543	1,7	16,1	830	0,8	8,2
CAUSE ESTERNE DI MORTALITA'	4.233	4,8	44,2	2.718	2,7	27,0
Accidenti da trasporto	1.014	1,1	10,6	277	0,3	2,8
Autolesione intenzionale	1.195	1,3	12,5	329	0,3	3,3
TOTALE	88.549	100,0	924,4	98.997	100,0	982,9

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.

Figura 2.4 – 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 2000-2016, standardizzazione diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007

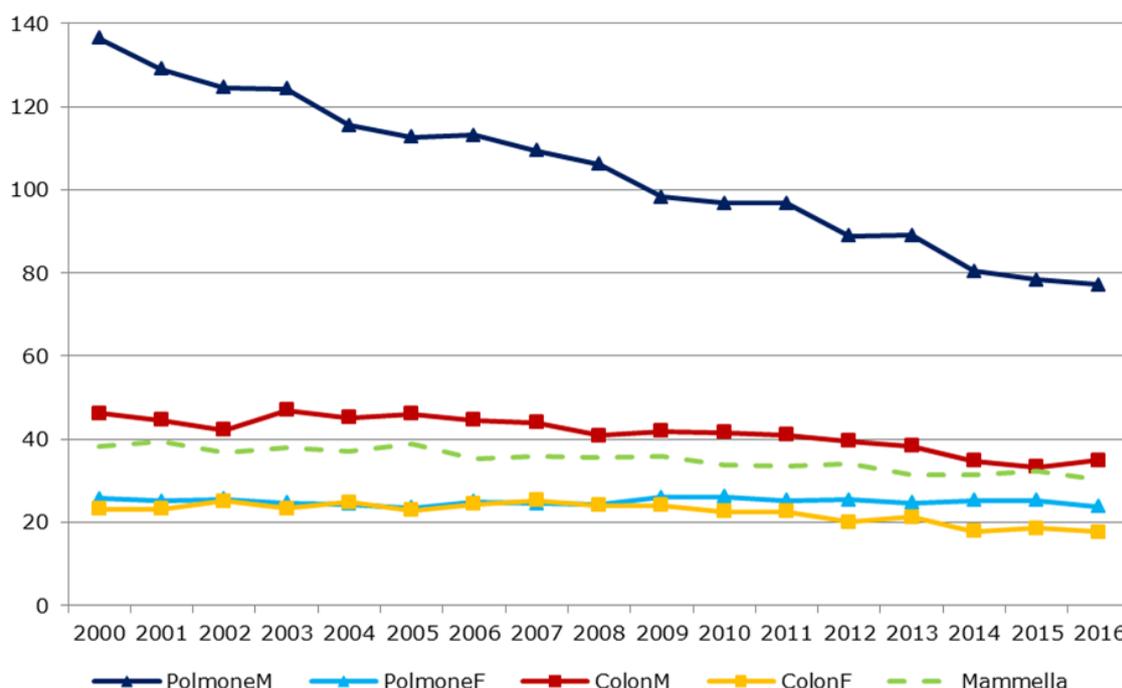
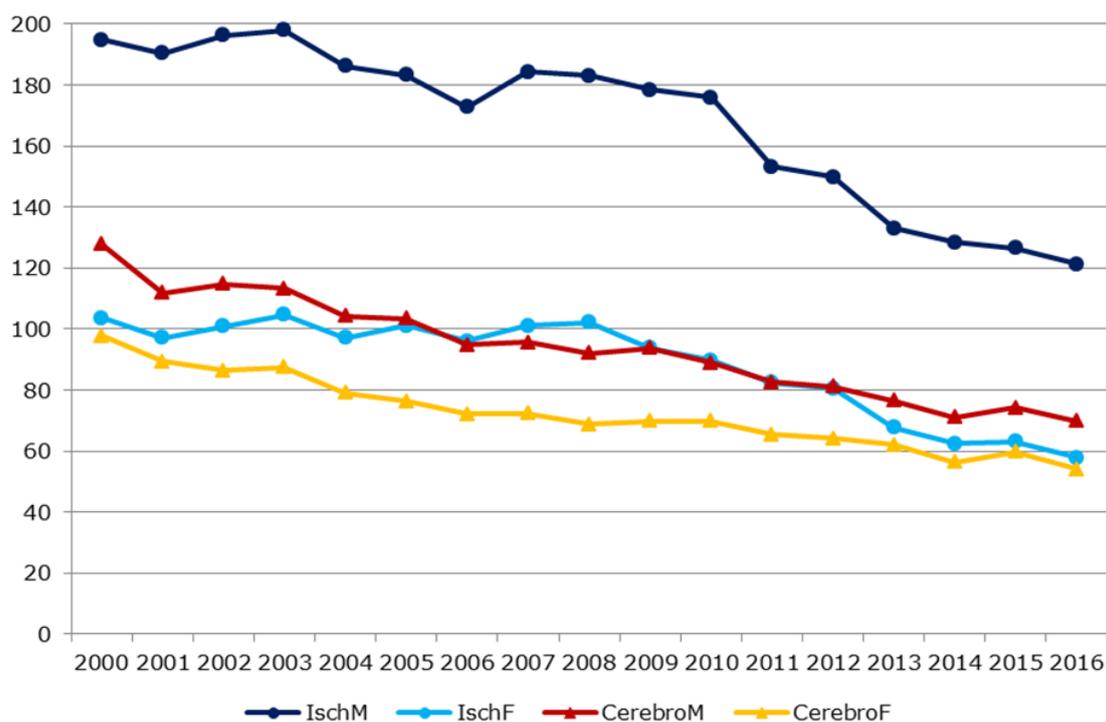
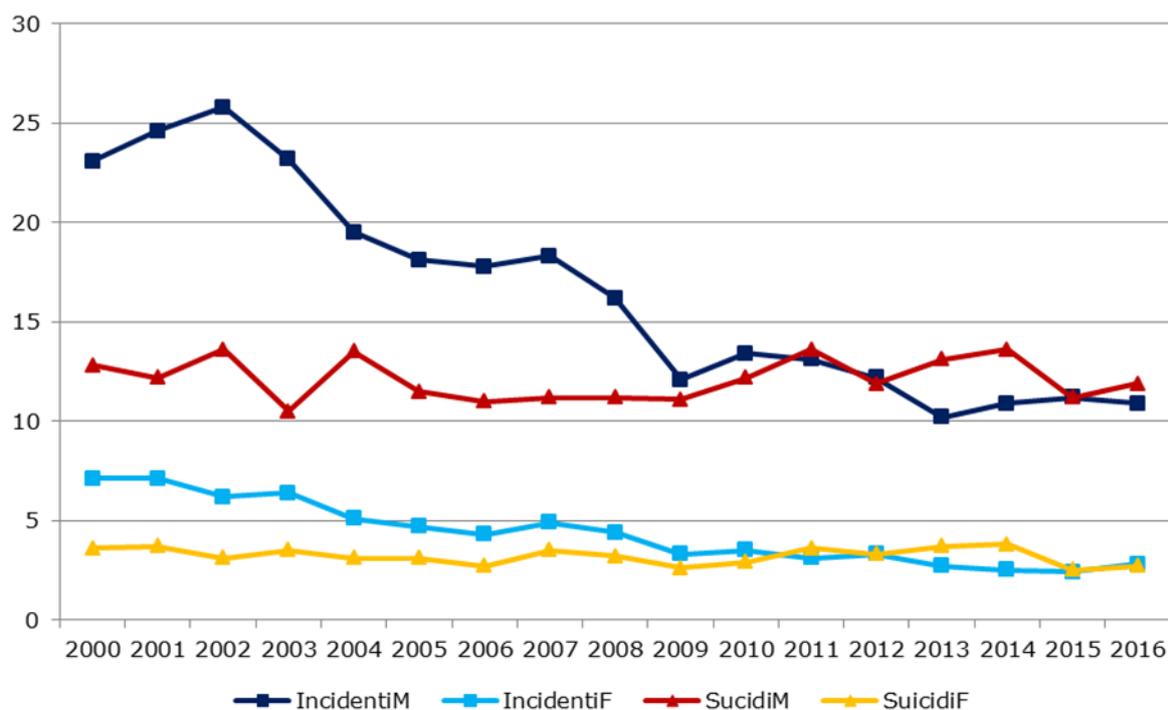


Figura 2.5 – Mortalità per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2016, standardizzazione diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007



La mortalità per incidenti stradali ha subito un dimezzamento nel corso dello scorso decennio, rimanendo peraltro invariata negli ultimi anni (Figura 2.6). 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 stabili.

Figura 2.6 – Mortalità per incidenti stradali e suicidi: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2016, 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 Servizio Epidemiologico Regionale.

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero - Regione del Veneto
 Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 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 (Paragrafo 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.

E' attivo nella nostra Regione un sistema di sorveglianza delle tre principali forme batteriche invasive (*Streptococcus pneumoniae*, *Neisseriameningitidis* e *Haemophilus Influenzae*) responsabili di meningite, al fine di monitorare e dare un profilo completo dell'andamento epidemiologico di questa malattia.

E' attivo un applicativo regionale per la gestione delle vaccinazioni SIAVr, esteso e utilizzato da tutte le Aziende Ulss, che consente il monitoraggio delle vaccinazioni e delle coperture vaccinali in tempo reale, garantito da un'anagrafe vaccinale

Malaria

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

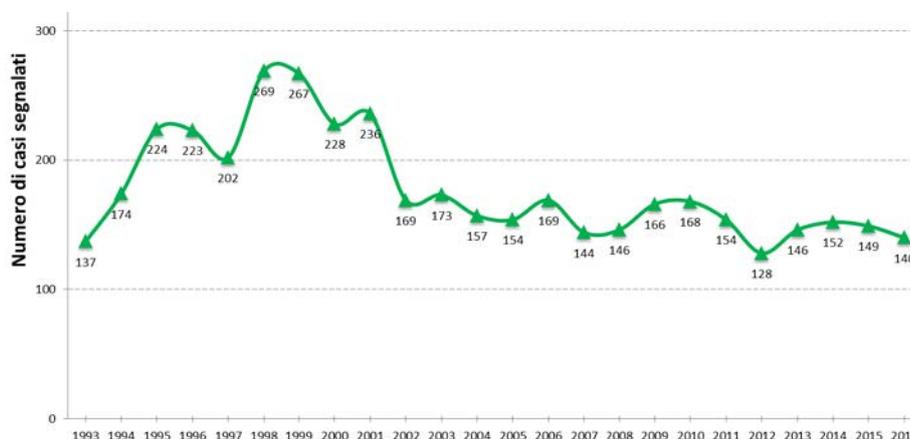
A partire dal 2006 la sorveglianza della malaria nella Regione Veneto si basa sul flusso integrato sia della scheda di notifica raccolta, utilizzando l'applicativo informatico SIMIWEB, che della scheda ministeriale di "flusso speciale" che contiene, oltre alle informazioni presenti nella scheda di notifica,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

Analogamente al resto del Paese, in Veneto i casi di malaria notificati nel periodo 1993-2016 hanno riguardato prevalentemente cittadini stranieri provenienti da aree endemiche. Nel 2016 il 74,3% dei casi (n=104) 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 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.

Nell'anno 2016 nella Regione Veneto sono stati segnalati in totale 140 casi di malaria. L'incidenza, stabile negli ultimi sei anni, è di circa 3 casi ogni 100.000 abitanti.

Nell'arco temporale considerato (2002-2016) il principale motivo (65% circa dei casi) che ha spinto le persone che poi si sono ammalate a recarsi in un Paese endemico è stato il rientro nel Paese di origine per fare visita ai familiari. Questa motivazione è riportata per l'81% di tutti i casi riguardanti stranieri, mentre fra gli italiani le motivazioni del viaggio si distribuiscono in modo piuttosto uniforme tra lavoro (26%), missione/volontariato (23%), rientro al Paese di origine (20%) e turismo (19%). La maggioranza degli immigrati che contraggono la malaria proviene dall'Africa occidentale, (soprattutto da Nigeria, Ghana, Burkina Faso, Senegal e Costa D'Avorio) dato che rispecchia il pattern di immigrazione nel nostro territorio.

Figura 2.7 – Casi di malaria notificati in Veneto. Anni 1993-2016



Nel periodo 2002-2016 la quasi totalità dei casi di malaria è da imputare al *P. falciparum*, di cui 1.534 (77%) non hanno eseguito la profilassi farmacologica mentre 471 (23%) hanno dichiarato di averla eseguita. La proporzione di italiani che hanno effettuato la chemioprolifassi (30%) è superiore a quella degli stranieri (21%).

Varicella

Figura 2.8 – Casi di varicella notificati in Veneto, 1999-2016



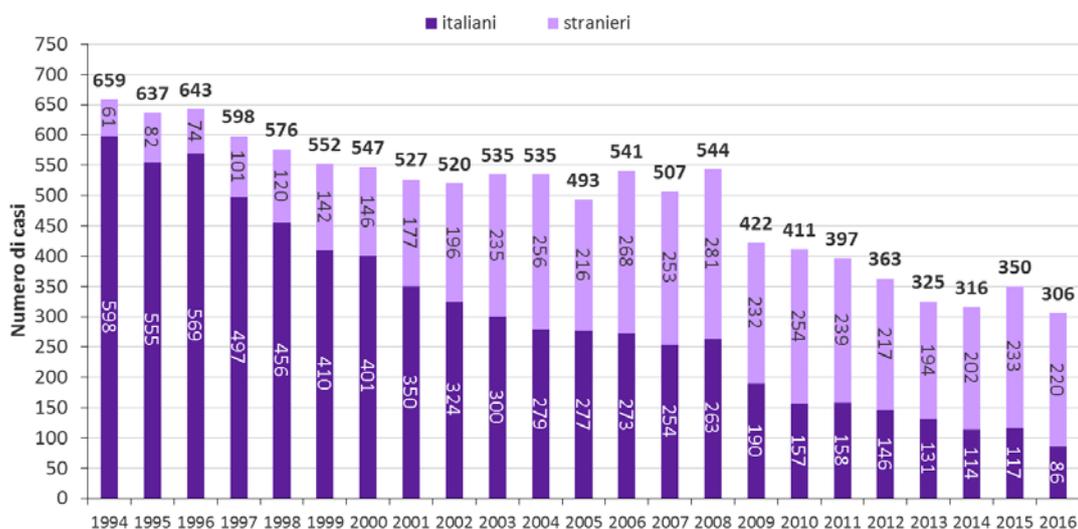
La Figura 2.9 riporta l'andamento del numero di casi di varicella notificati a partire dal 1999. Come è facile osservare, dal 2006 si è verificata una forte riduzione: il numero di affetti da varicella nel 2016, costante negli ultimi anni, si è infatti ridotto di oltre il 90% rispetto a quello del 2006 (da 13.703 a 1.218). Il tasso di notifica totale mostra un picco massimo di oltre 330 casi per 100.000 abitanti nel 2004, mentre nel 2016 si aggira attorno a 24,8 casi ogni 100.000 abitanti (con una riduzione del 93% circa rispetto al massimo del 2004).

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. Nell'ultimo quinquennio il numero di malati si è ulteriormente ridotto collocandosi sotto ai 400 casi annui.

Nel 2016 si sono registrate 306 notifiche per TB e il tasso di notifica risulta pari a 7 casi ogni 100.000 abitanti. Dall'analisi dei dati si 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 subito una progressiva crescita fino all'anno 2004, dal 2005 sembra oscillare tra i 200 e i 250 casi l'anno. Focalizzando l'attenzione ai soli casi del 2016 e differenziando l'analisi per cittadinanza, si osserva una notevole discrepanza tra il tasso di notifica nella popolazione autoctona e in quella straniera: nel primo caso il valore si attesta a 1,9 casi ogni 100.000 italiani residenti, mentre nel secondo caso sale a 44,2 casi ogni 100.000 stranieri residenti.

Figura 2.9 – Numero di casi di TBC nella popolazione per cittadinanza in Veneto, 1994-2016



HIV ed AIDS

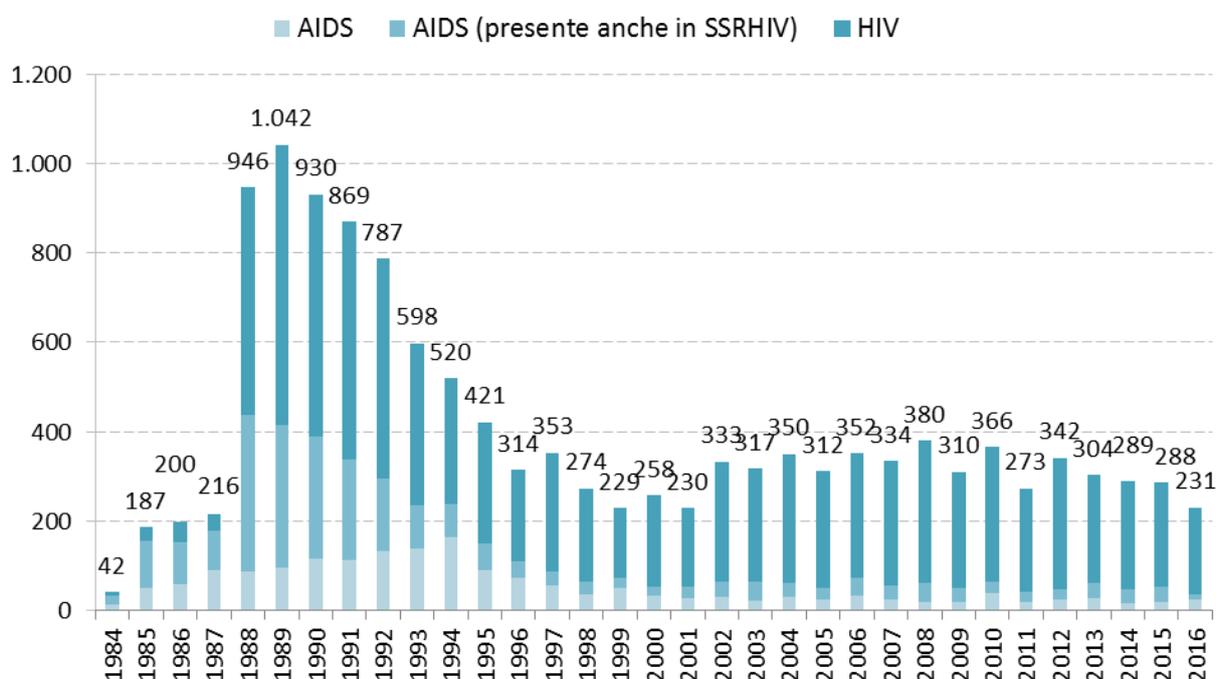
Nel 2016 si osservano 13.197 casi cumulativi di HIV. Il picco massimo viene registrato in corrispondenza dei primi anni di avvio del Sistema di Sorveglianza Regionale (SSRHIV) e supera la soglia di 1.000 nuove diagnosi di HIV nel corso del 1989. Poiché il SSRHIV è attivo da 1988, i casi antecedenti sono da considerarsi incompleti. Sottraendo i deceduti, si stima che per il 2016 siano 10.636 le persone affette da virus dell'immunodeficienza umana che interessano la nostra Regione (sia residenti che non). Il numero di casi notificati ogni anno risulta ormai costante da diversi anni variando tra i 250 ed i 380 casi.

Per quanto riguarda l'AIDS è dal 2000 che il numero di notifiche si attesta al di sotto dei 100 casi annui, con un minimo (meno di 50 casi/anno) raggiunto nel 2011, 2012 e 2016. Nel 2016 sono state 40 le segnalazioni di nuovi casi di AIDS. Complessivamente dal 1984 sono stati notificati 3.796 casi residenti nella regione Veneto, di questi 2.540 risultano deceduti con una letalità complessiva per l'intero periodo del 67%.

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.

Focalizzando l'attenzione sulla nazionalità dei casi di AIDS tra i residenti in Veneto, si osserva un progressivo aumento del numero di casi tra gli stranieri; dal 2000 infatti la percentuale di stranieri affetti da AIDS e residenti in Regione Veneto ha superato il 10%. Nel periodo 2000-2016 la quota media di soggetti stranieri con AIDS è circa del 29% e raggiunge il picco massimo del 46% nel corso del 2010. Nel 2016 invece il numero di nuove infezioni da AIDS negli stranieri è risultato di 15 casi (37,5%).

Figura 2.10 – Casi di infezioni da HIV per anno di prima positività. Integrazione dati SSRHIV e REGAIDS Veneto, anni 1984-2016



Approfondimenti:

www.vaccinarsinveneto.org

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Sede: Dorsoduro n. 3493, 30123 Venezia

Recapiti telefonici: 0412791352-53

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

2.4 Cronicità e multimorbilità

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

Alla programmazione spetta il compito di:

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

Quadro di sintesi

La 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 multimorbilità 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 comorbilità

Dati di prevalenza delle patologie cronicamente-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.

I dati del 2016, elaborati con il Sistema ACG, descrivono una popolazione che per circa un terzo convive con almeno una malattia cronica, con costi assistenziali crescenti all'aumentare del numero di condizioni croniche (Figura 2.11).

A partire dai 55 anni, quasi il 50% della popolazione risulta affetto da almeno una patologia cronica e circa il 20% è in condizione di multimorbilità. Al progredire dell'età, i soggetti con almeno due patologie diventano la maggioranza, arrivando ad essere quasi i due terzi del totale oltre gli 85 anni (Figura 2.12).

Osservando i profili di comorbilità dei soggetti affetti da alcune patologie croniche, si nota come le persone con maggior grado di complessità siano quelle affette da scompenso cardiaco, insufficienza renale e BPCO di grado moderato/grave. In queste, il 90% presenta una condizione di multimorbilità e oltre il 50% è portatore di 5 o più patologie croniche (Figura 2.13).

Figura 2.11 – Popolazione e costi per numero di condizioni croniche. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)

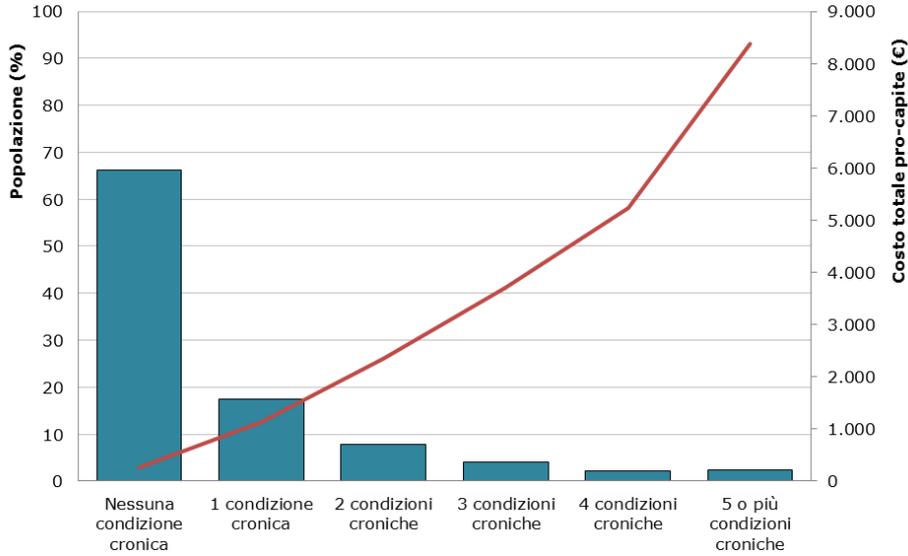


Figura 2.12 – Popolazione per numero di condizioni croniche e classi di età. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)

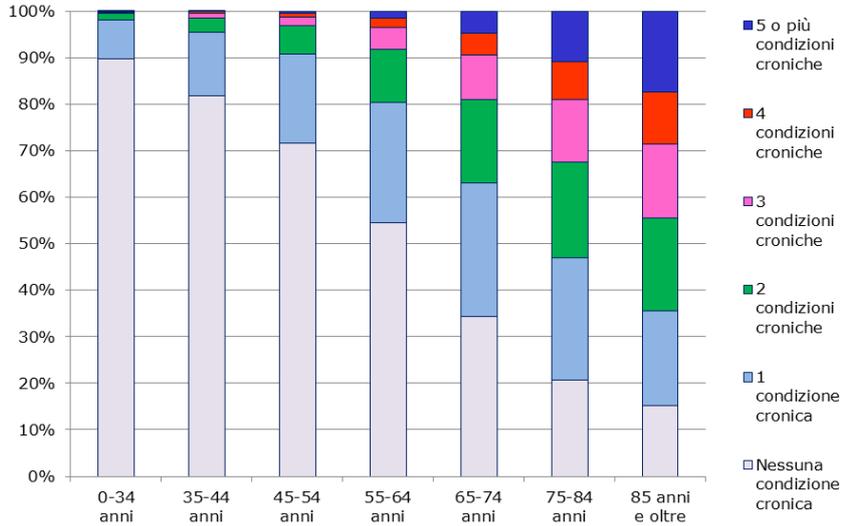
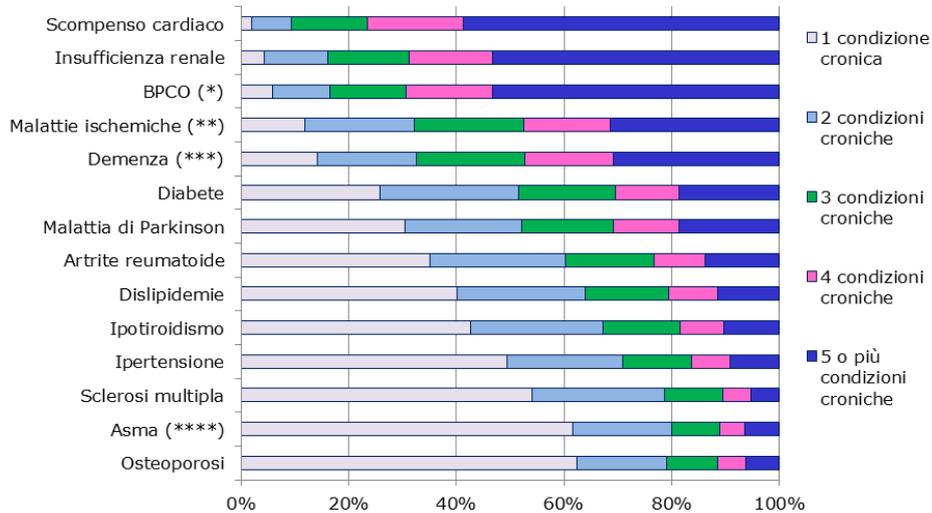


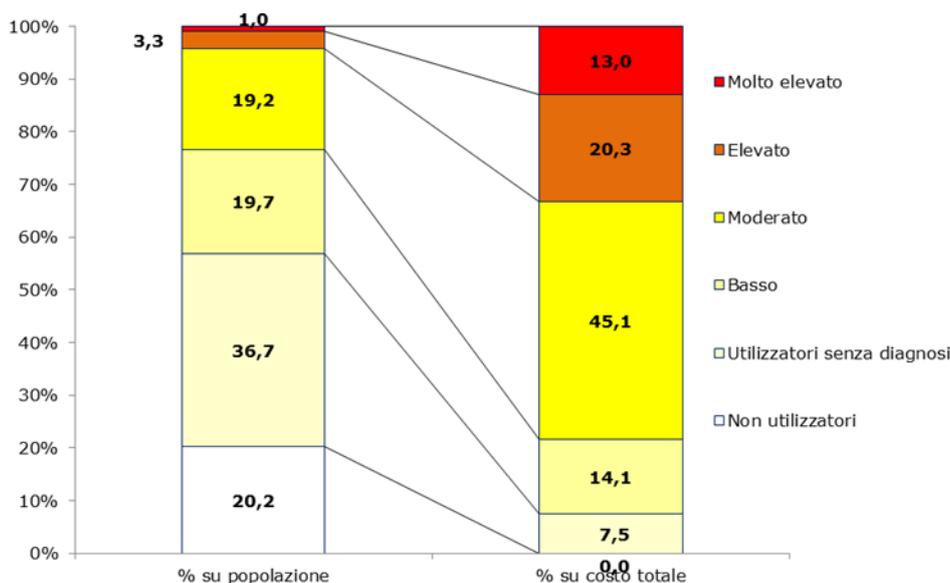
Figura 2.13 – Profilo di comorbidità della popolazione affetta da alcune patologie croniche. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)



(*) grado moderato/grave, solo da diagnosi (**) infarto acuto del miocardio escluso
 (***) soggetti con età > 64 anni (****) solo da diagnosi

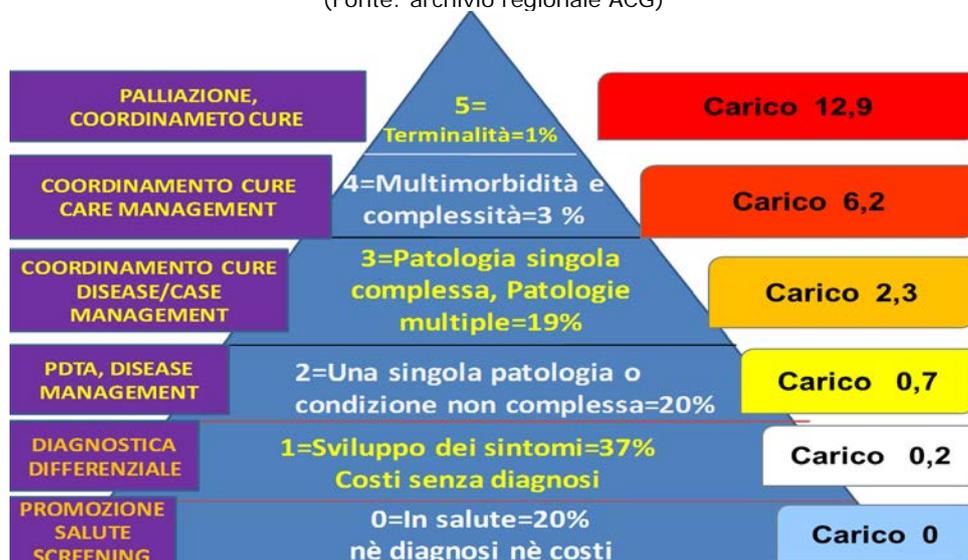
Il Sistema ACG è in grado di stratificare la popolazione rispetto al carico di malattia, secondo la classificazione per RUB (Resource Utilization Bands), in 6 categorie di bisogno assistenziale (da "Nessuno - Non utilizzatori" a "Molto elevato") definite in base alla complessità del soggetto. Secondo 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 ("Utilizzatori senza diagnosi"), rappresenta circa il 57% del totale. Il restante 43% della popolazione presenta un bisogno assistenziale progressivamente più elevato, soprattutto nei soggetti più complessi (carico di malattia elevato e molto elevato); questi ultimi, sebbene siano una minima parte della popolazione totale (4,3%), assorbono circa un terzo dei totali costi assistenziali (Figura 2.14).

Figura 2.14 - Popolazione e costi per carico di malattia (RUB). Veneto, 2016. (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).

Figura 2.15 - Piramide del rischio (case-mix della popolazione) e indice di morbidità. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)



Inoltre, utilizzando l'indice di carico assistenziale attribuito dal Sistema ACG a ciascun assistito (indice di morbilità), è possibile valutare, in termini relativi, l'impatto assistenziale delle diverse categorie rispetto al carico di malattia osservato in media nell'intera popolazione (media=1). I valori dell'indice di morbilità variano da 0,2 nei soggetti a basso carico di malattia (sviluppo dei sintomi) a 0,7 nei pazienti con una singola patologia o condizione non complessa, fino a raggiungere il valore di 6,2 per i soggetti con elevato carico di malattia (multimorbilità e complessità) e di 12,9 per quelli con carico molto elevato (terminalità).

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 comorbilità;
- sclerosi multipla, patologia a bassa prevalenza, comorbilità moderata, ma ad alto impatto sui costi assistenziali.

Figura 2.16 – Diabete, Prevalenti al 31.12.2016, Numero di condizioni croniche. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)

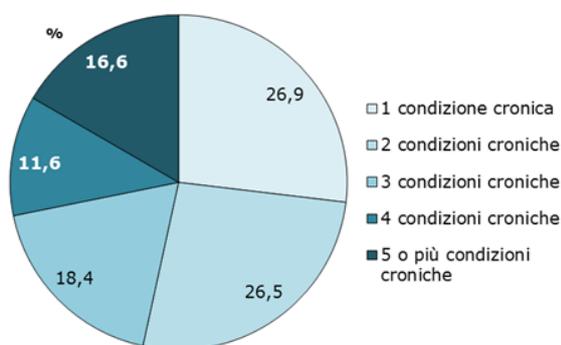


Figura 2.17 – BPCO, assistiti di età > 44 anni, Numero di condizioni croniche. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)

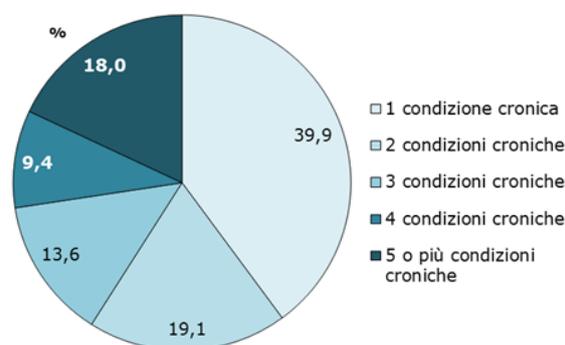


Figura 2.18 – Scompenso cardiaco. Numero di condizioni croniche. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)

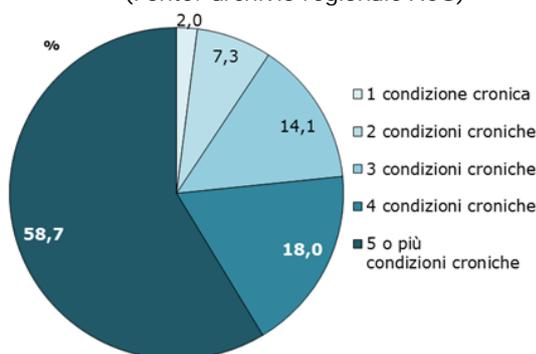
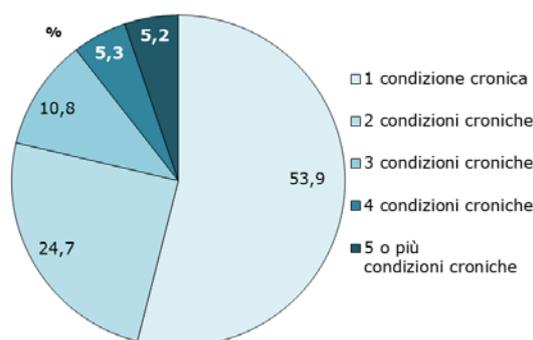


Figura 2.19 – Sclerosi multipla. Numero di condizioni croniche. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)



Il diabete mellito

La prevalenza di assistiti affetti da diabete al 31/12/2016 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 5,5% ed 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).

La prevalenza varia a seconda delle aree territoriali, passando dal 4,9% nelle AULSS 2 Marca Trevigiana e AULSS 7 Pedemontana, 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 46,6% dei pazienti affetti da diabete presenta almeno tre condizioni croniche: 7,0% nella fascia 0-24 anni, 8,8% nella fascia 25-34 anni, 14,1% nella fascia 35-44, 24,0 % nella fascia 45-54, 35,0% nella fascia 55-64, 47,5 % nella fascia 65-74, 61,3% nella fascia con 75 e più anni.

Le condizioni co-presenti più frequenti nei diabetici sono l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica (escluso l'infarto del miocardio), le aritmie cardiache, le patologie cerebrovascolari, lo scompenso cardiaco, i disturbi del metabolismo lipidico e l'insufficienza renale.

Figura 2.20 - Diabete. Prevalenza per età e sesso al 31.12.2016, Veneto. (Fonte: archivio regionale ACG)

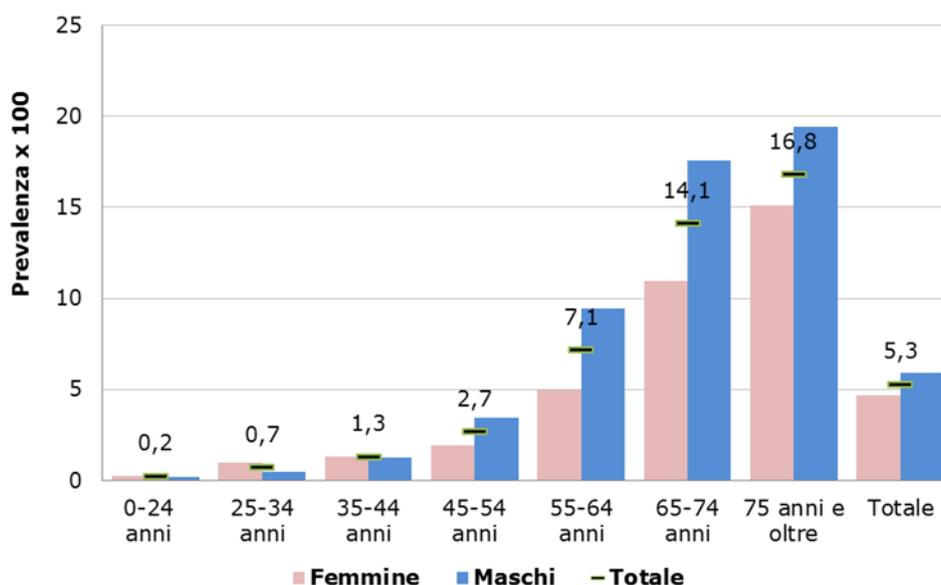
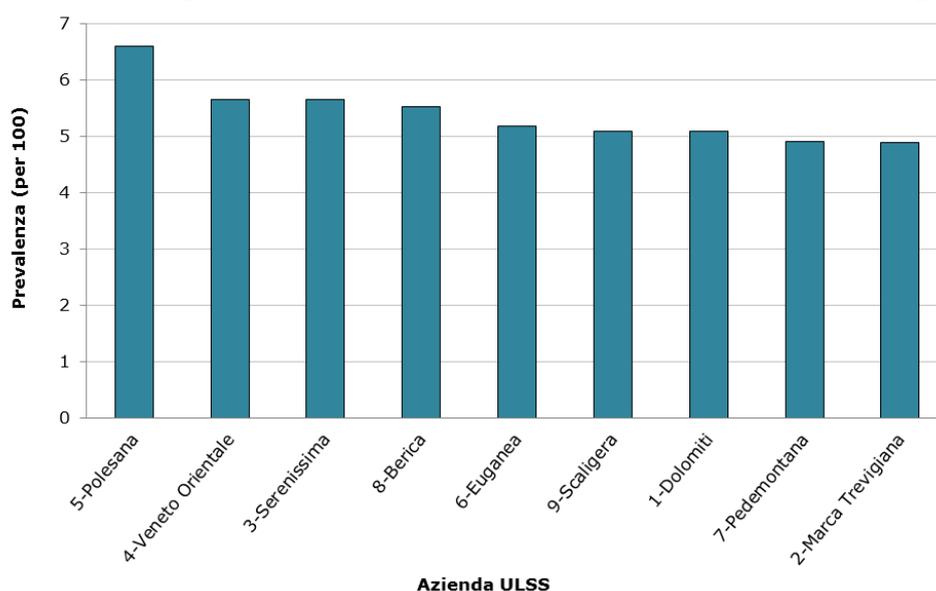


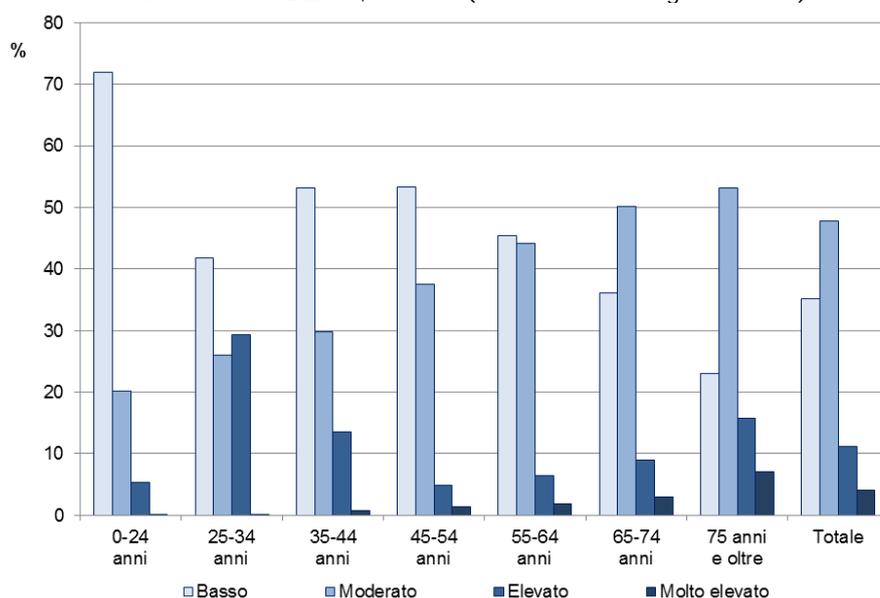
Figura 2.21 - Diabete. Prevalenza grezza per azienda ULSS al 31.12.2016, Veneto. (Fonte: archivio regionale ACG)



Stratificando i soggetti diabetici sulla base del carico complessivo di malattia (categorie RUB), si nota come la maggior parte dei soggetti (82,9%) 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 (29,4%), giustificato dai casi di diabete gestazionale (la gravidanza ha un elevato impatto assistenziale), per poi assestarsi su valori più bassi nelle fasce successive.

Figura 2.22 - Diabete. Assistenti per carico di malattia (RUB) e classi di età. RUB da basso a molto elevato. Prevalenti al 31.12.2016, Veneto. (Fonte: archivio regionale ACG)



Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree caratterizzata da una riduzione dei flussi espiratori ed associata ad una 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 31/12/2016 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 4,5% (116.377 soggetti); dopo i 75 anni di età la malattia colpisce maggiormente gli uomini rispetto alle donne, fino a raggiungere una prevalenza del 14,9% nei maschi e del 8,9% nelle femmine di età superiore agli 85 anni (Figura 2.23).

A livello territoriale, si passa da tassi di prevalenza del 3,9% delle aziende ULSS 7 Pedemontana e ULSS 4 Veneto Orientale al 5,0% dell'azienda ULSS 5 Polesana (Figura 2.24).

Il 41,0% dei pazienti affetti da BPCO presenta almeno tre condizioni croniche co-presenti: 11,8% nella fascia 45-54, 24,3% nella fascia 55-64, 40,1% nella fascia 65-74, 54,1% nella fascia 75-84 ed infine 63,7% nella fascia 85 e più anni.

Figura 2.23 - BPCO. Prevalenti al 31.12.2016 per età e sesso. Popolazione con età > 44 anni, Veneto.
(Fonte: archivio regionale ACG)

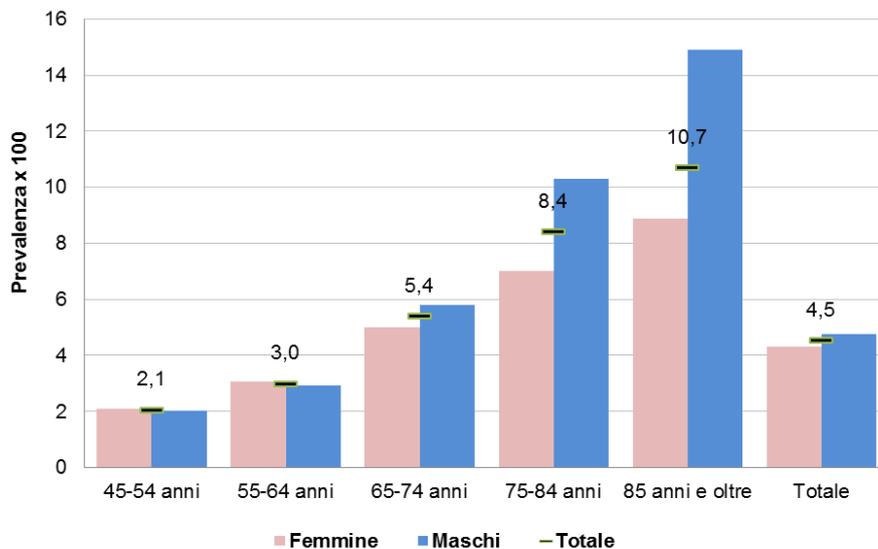


Figura 2.24 - BPCO. Prevalenza grezza per azienda ULSS al 31.12.2016. Popolazione con età > 44 anni, Veneto.
(Fonte: archivio regionale ACG)

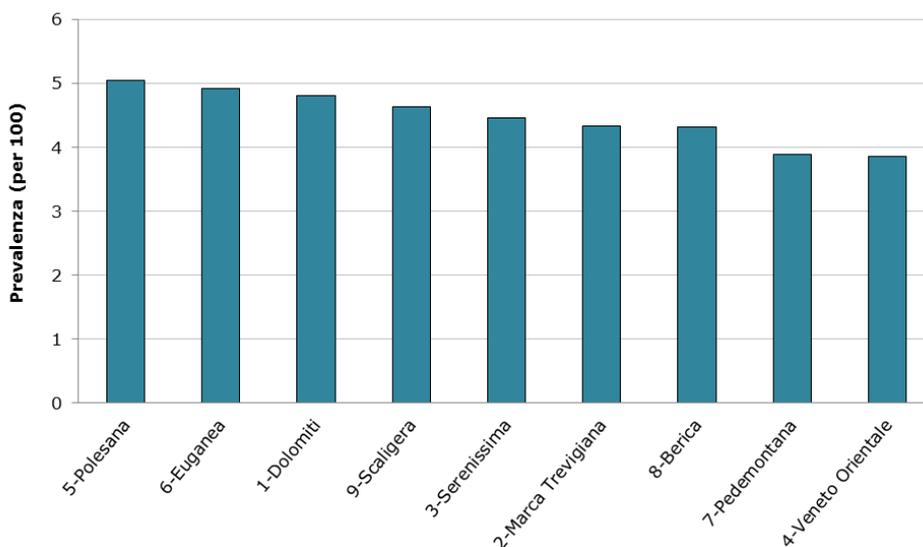
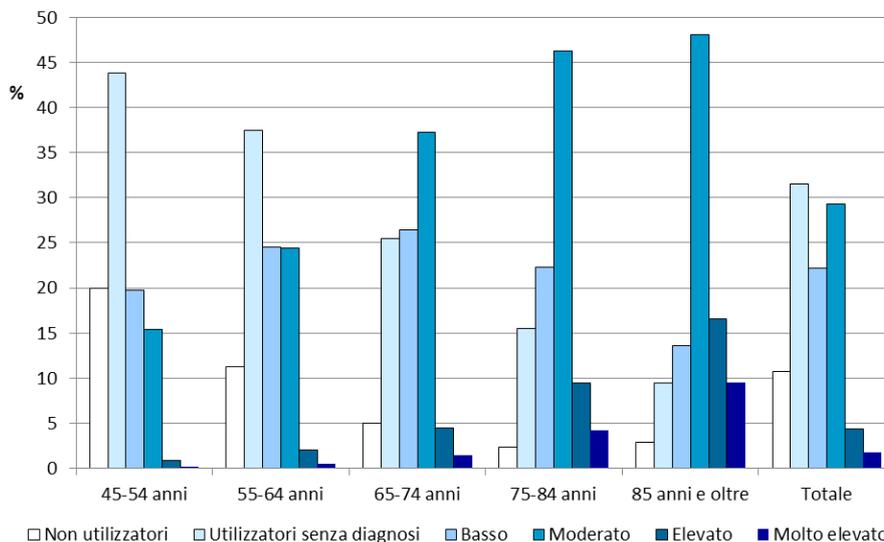


Figura 2.25 - BPCO. Carico di malattia (RUB) per classi di età. Prevalenti al 31.12.2016.
Popolazione con età > 44 anni, Veneto. (Fonte: archivio regionale ACG)



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

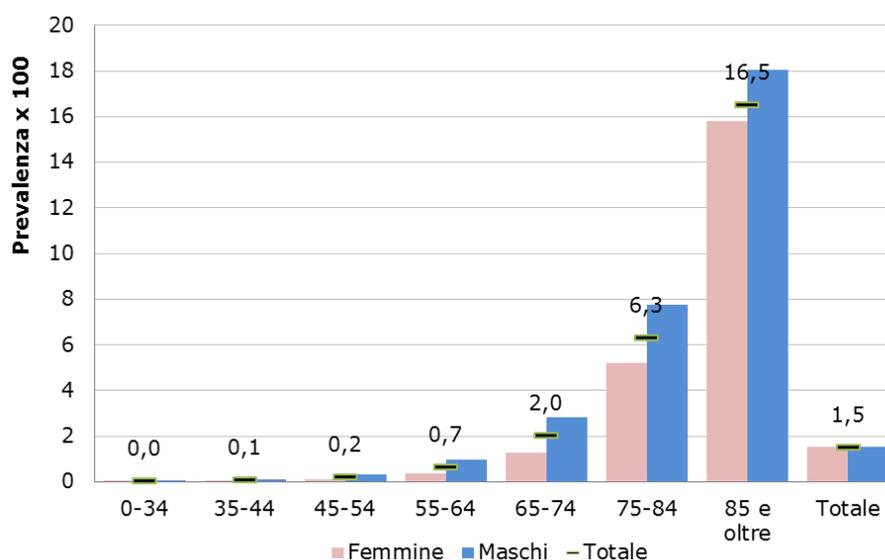
Circa un terzo della popolazione con BPCO ha almeno un carico di malattia moderato (35,5%). I soggetti con carico di malattia elevato e molto elevato tendono a crescere con l'aumentare dell'età (1,1% 45-54 anni; 26,1% negli 85 e più) (Figura 2.25).

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 riospedalizzazioni 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 2016 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'1,5%. Essa risulta maggiore nel sesso maschile e tende ad aumentare in modo progressivo in entrambi i sessi all'aumentare dell'età (Figura 2.26).

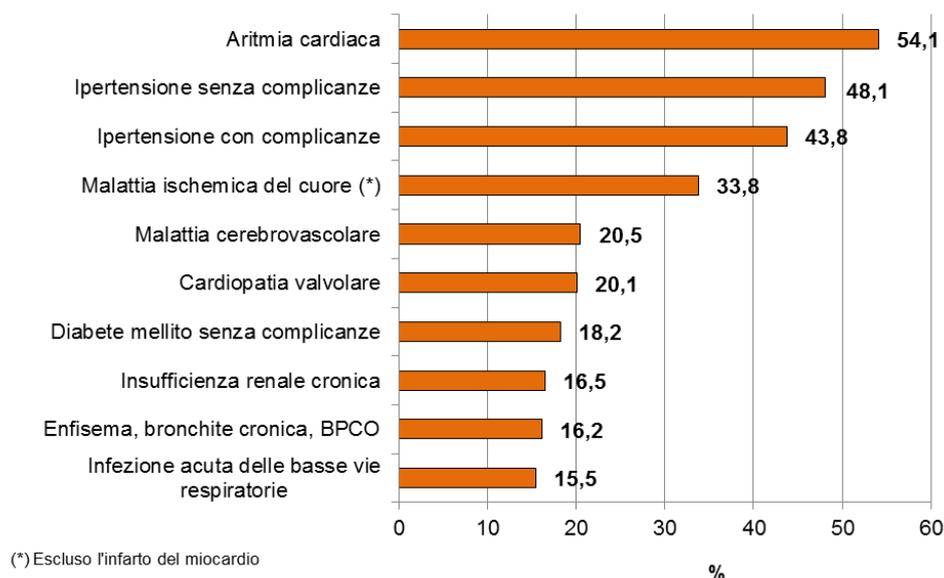
Figura 2.26 – Scompenso Cardiaco. Prevalenza per età e sesso. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)



Il 90,8% delle persone con scompenso cardiaco presenta almeno tre condizioni croniche, percentuale decisamente più alta rispetto ad altre patologie croniche ed il 58,7% ne presenta 5 o più (Figura 2.18). Tra le comorbidità, le patologie più frequenti sono cardiopatia aritmica,

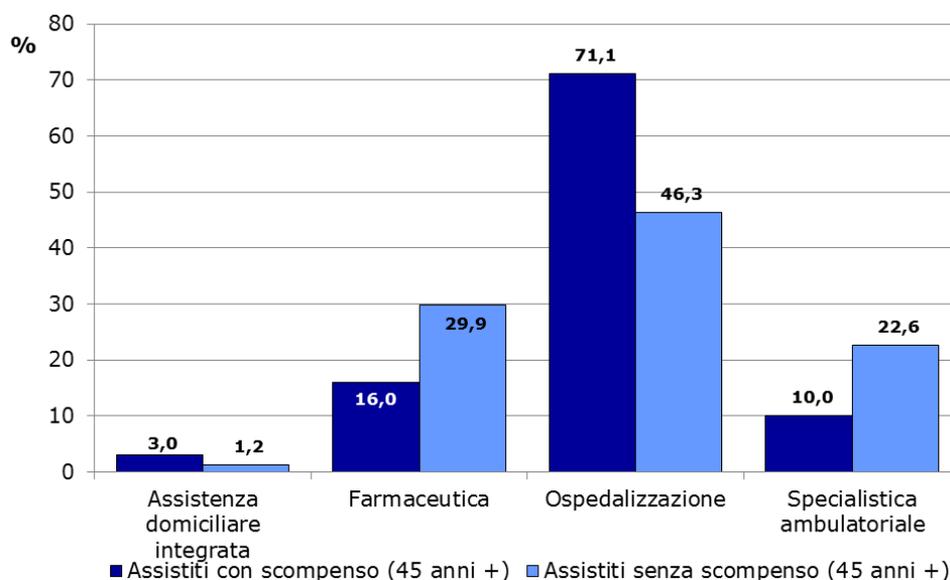
ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica (escluso infarto del miocardio), patologia cerebrovascolare e cardiopatia valvolare (Figura 2.27).

Figura 2.27 - Malattie più frequenti negli assistiti con scompenso cardiaco. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)



Il costo totale pro capite dei pazienti con scompenso cardiaco è circa sette volte quello della popolazione senza tale patologia; ciò è imputabile soprattutto ad un maggior ricorso all'ospedalizzazione (Figura 2.28).

Figura 2.28 – Scompenso cardiaco. Fonti di costo: percentuale sulla spesa totale per presenza di malattia. Assistiti con età > 44 anni. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)

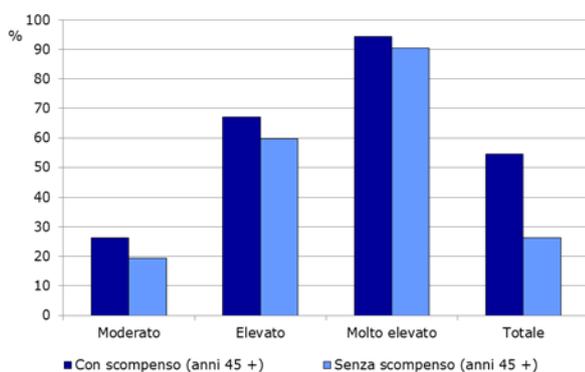
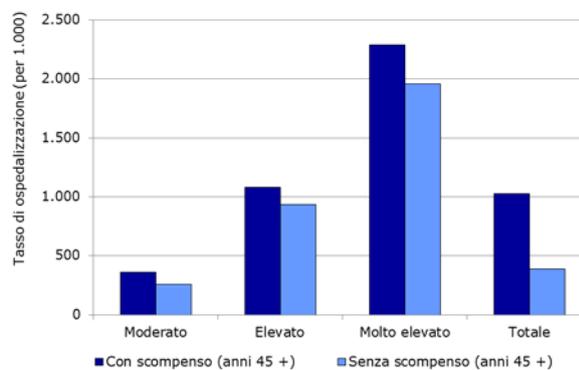


Considerando la popolazione di 45 anni e oltre, gli assistiti con scompenso cardiaco presentano tutti una complessità almeno moderata. Il confronto con gli assistiti senza scompenso è stato quindi effettuato considerando gli assistiti di pari complessità. Il tasso di ospedalizzazione e la percentuale di assistiti con almeno un ricovero è risultato sempre maggiore nei soggetti con scompenso cardiaco, rispetto a quelli senza (Tabella 2.8, Figure 2.29 e 2.30).

Tabella 2.8 – Scompenso cardiaco. Assistiti con almeno un ricovero e numero di ricoveri (*) per presenza di malattia e carico di malattia (RUB). Assistiti con età > 44 anni. Veneto, 2016. (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	34.575	9.080	3.607	734.865	142.551	184.172
Elevato	22.531	15.103	38.822	92.090	54.940	86.003
Molto elevato	17.285	16.288	151.631	30.442	27.542	59.483
Totale	74.391	40.471	70.043	857.397	225.033	329.658

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

Figura 2.29 - Scompenso cardiaco. Percentuale di assistiti con età > 44 anni con almeno un ricovero per presenza di malattia e carico di malattia (RUB). Veneto, 2016. (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 > 44 anni. Veneto, 2016. (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 richiedono un elevato impegno assistenziale multiprofessionale da parte del Sistema Sanitario Regionale.

Per la selezione della popolazione affetta da sclerosi multipla sono stati considerati i soggetti classificati dal Sistema ACG nella categoria diagnostica NUR08-Multiple Sclerosis; tale categoria raggruppa anche diagnosi relative alla mielite ed altre cause di demielinizzazione e ciò determina stime di prevalenza leggermente superiori a quelle riportate in letteratura. Nel 2016 sono stati identificati 8.539 casi, dei quali 2.767 (32,4%) maschi e 5.772 (67,6%) femmine. La prevalenza di sclerosi multipla è risultata complessivamente pari a 172,5 casi per centomila abitanti (Figura 2.31).

Il 53,9% delle persone con sclerosi multipla presenta almeno un'altra condizione cronica (Figura 2.19), percentuale relativamente bassa rispetto ad altre patologie croniche.

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

Figura 2.31 - Sclerosi multipla. Prevalenza per età e sesso. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)

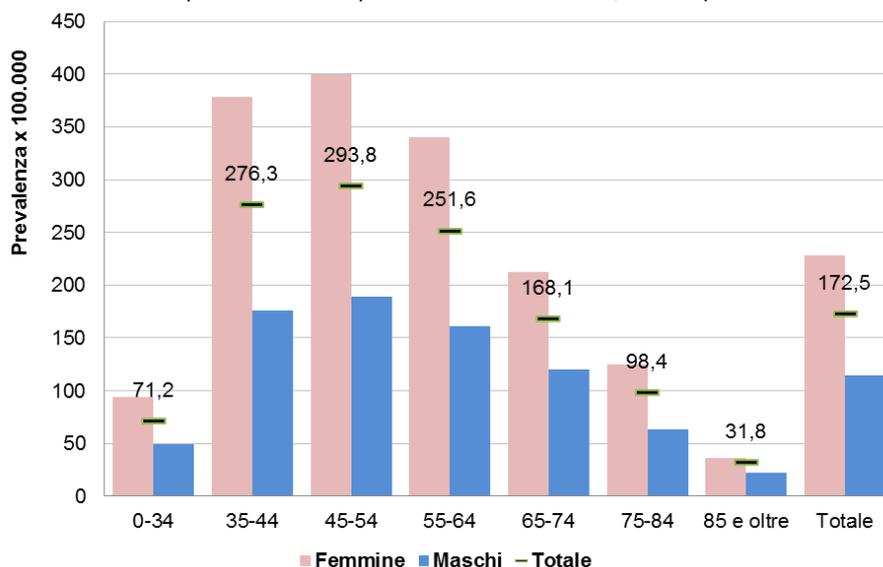
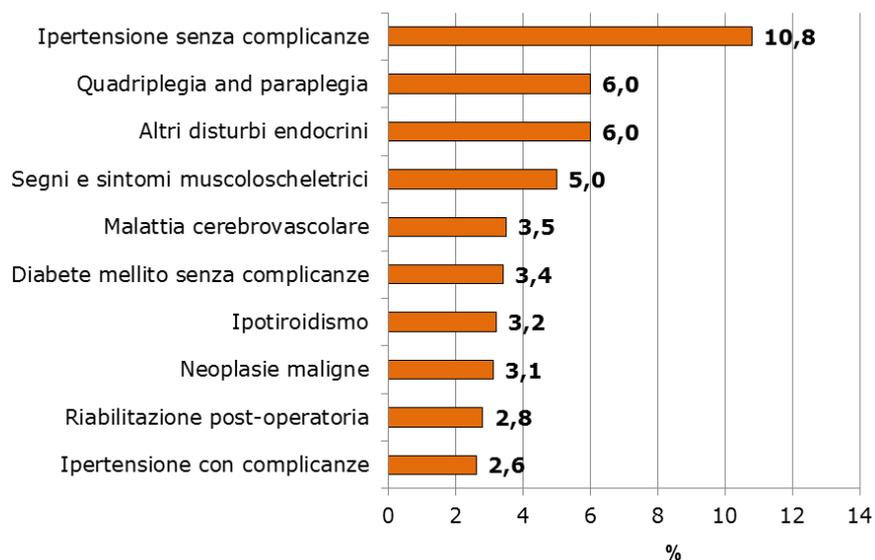


Figura 2.32 - Malattie più frequenti negli assistiti con sclerosi multipla. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)



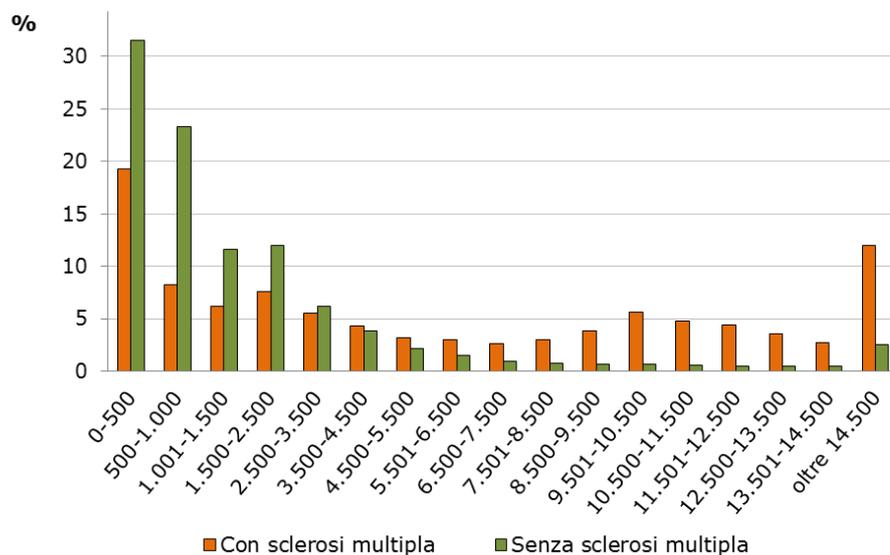
Il notevole impatto assistenziale della sclerosi multipla appare evidente analizzando la distribuzione del costo totale pro capite: tra i pazienti con moderato carico di malattia (che rappresentano l'89% di tutti i malati di sclerosi multipla), il 12% supera i 14.500€ annui (Figura 2.33).

Il costo totale pro capite dei pazienti con sclerosi multipla è circa triplo rispetto alla popolazione senza tale patologia; ciò è imputabile soprattutto alla terapia farmacologica, il cui costo supera di sette volte quello delle persone non affette da sclerosi multipla (Tabella 2.9).

Tabella 2.9 - Assistiti con complessità moderata. Costo totale pro capite e costo per farmaci pro capite per presenza di malattia. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)

	Costo farmaci pro capite	Costo totale pro capite	% costo farmaci su costo totale
Con sclerosi multipla	5.123,40	6.766,50	75,7
Senza sclerosi multipla	731,7	2.349,00	31,1

Figura 2.33 - Assistenti con complessità moderata. Costo totale per presenza di malattia. Veneto, 2016.
(Fonte: archivio regionale ACG)



Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
Azienda Zero - Regione del Veneto
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 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 (Paragrafo 4.4.4 pag. 140)

Quadro di sintesi

Si stima che nel 2017 in Veneto siano stati diagnosticati 32.536 nuovi casi di tumore maligno (17.300 negli uomini e 15.236 nelle donne), di cui 4.741 casi di tumore della mammella nelle donne, 3.534 casi di tumore della prostata, 3.936 tumori del colon retto e 3.077 casi di tumore del polmone.

A partire dai primi anni 2000 l'incidenza dei tumori è in riduzione negli uomini ed è sostanzialmente stabile nelle donne. Nei maschi sta diminuendo l'incidenza di tutte le sedi tumorali più importanti. Il tumore del polmone mostra un calo del 5% all'anno, in conseguenza del calo dell'abitudine al fumo; si sta riducendo 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 e risulta costante anche l'andamento dei tumori di colon retto e utero.

Nel corso del 2017 il Registro Tumori del Veneto (RTV) ha ampliato la sua base di popolazione, estendendo la registrazione a circa 4 milioni 700 mila soggetti, pari al 96% della 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 2017 il Registro Tumori ha esteso l'attività di registrazione da 3 milioni 570 mila a 4 milioni 700 mila residenti veneti, pari al 96% dell'intera popolazione regionale. Si tratta del più grande tra i 46 Registri Tumori presenti in Italia, che complessivamente coprono circa il 62% della popolazione italiana.

Nuovi casi di tumore stimati in Veneto nel 2017

A partire dai dati di incidenza osservati nel 2013 sul 96% della popolazione regionale, si stimano per l'anno 2017 in Veneto 17.300 nuovi casi di tumore maligno negli uomini e 15.236 nelle donne, per un totale di circa 32.536 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 colon-retto e da quello del polmone. Nelle donne il più importante è il tumore della mammella, che rappresenta circa un terzo dei casi, seguito da colon retto e utero.

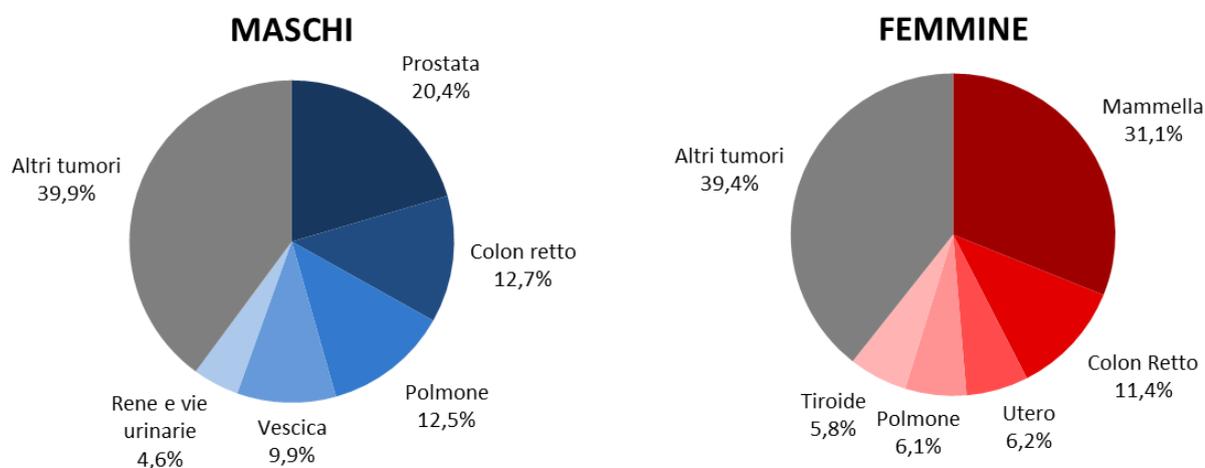
Nei maschi con meno di 50 anni i tumori più diffusi sono il melanoma e il tumore al testicolo; il tumore della prostata è il primo tumore negli uomini ultracinquantenni, seguito dal colon retto nei soggetti di 50-69 anni e dal polmone nei soggetti più anziani. Nelle donne il tumore della

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 2.10 – Stima dei nuovi casi di tumore diagnosticati nel 2017 in Veneto

MASCHI			FEMMINE		
SEDE	CASI /ANNO	%	SEDE	CASI /ANNO	%
Prostata	3.534	20,4%	Mammella	4.741	31,1%
Colon retto	2.202	12,7%	Colon Retto	1.734	11,4%
Polmone	2.154	12,5%	Utero	940	6,2%
Vescica	1.705	9,9%	Polmone	923	6,1%
Rene e vie urinarie	800	4,6%	Tiroide	891	5,8%
Fegato	794	4,6%	Cute melanomi	610	4,0%
Cute melanomi	632	3,7%	Pancreas	606	4,0%
Linfomi non Hodgkin	625	3,6%	Linfomi non Hodgkin	554	3,6%
Pancreas	606	3,5%	Vescica	464	3,0%
Stomaco	570	3,3%	Ovaio	430	2,8%
Totale tumori	17.300		Totale tumori	15.236	

Figura 2.34 – Distribuzione dei nuovi casi di tumore stimati in Veneto nel 2017 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 2010 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 (-0,7% all'anno) e inizia qualche anno più tardi. Il dato relativo all'anno 2013 nei maschi è inferiore a quello rilevato nel 2010, mentre nelle femmine è di poco superiore. Nel sesso maschile tutte le sedi più importanti sono in decremento nell'ultimo periodo di osservazione.

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

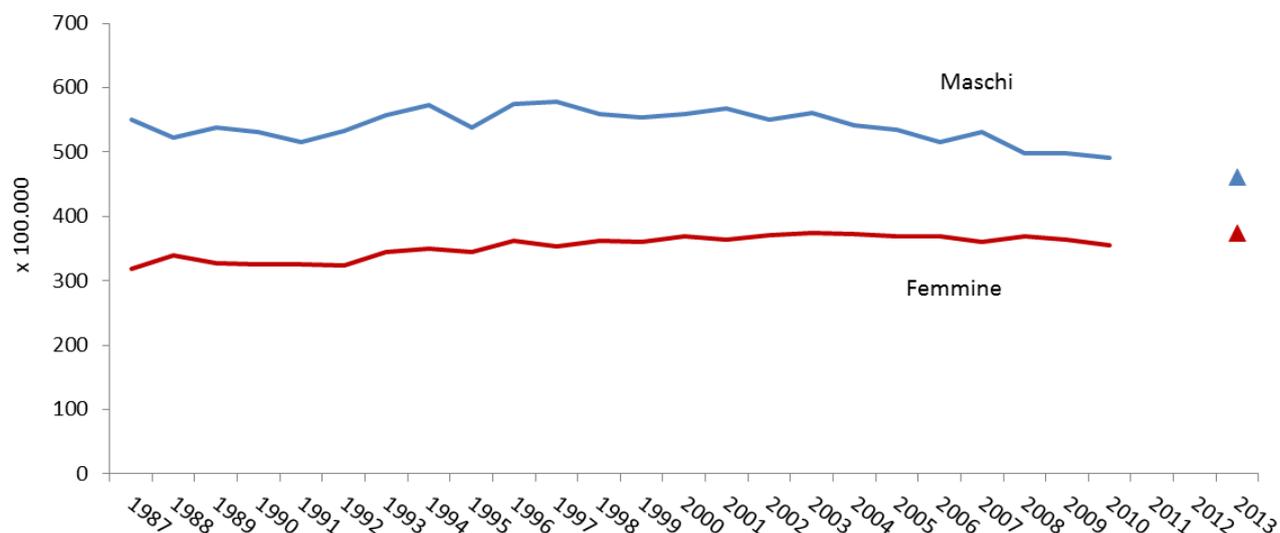
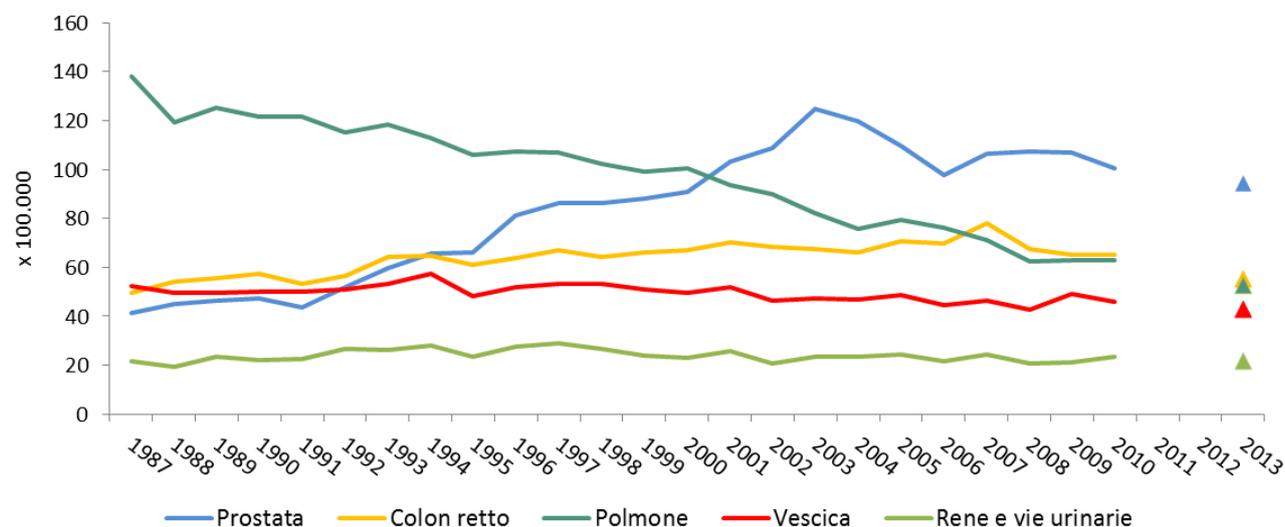


Figura 2.36 – Sedi più frequenti nei maschi: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea osservato nell'area RTV. Anni 1987-2010 e 2013

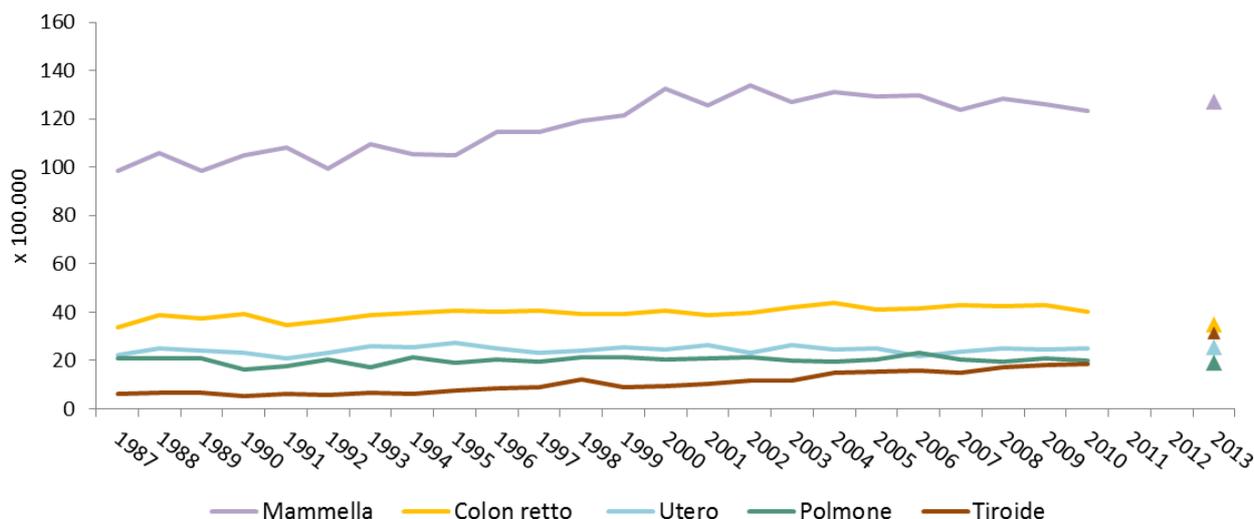


Dopo il picco registrato nel 2003, si sta riducendo l'incidenza del tumore della prostata del -2,4% all'anno. L'incremento dell'incidenza osservato fino al 2003 appare dovuto in gran parte alla maggior diffusione del test del PSA ed il calo recentemente rilevato sembra essere il risultato dell'anticipazione diagnostica avvenuta negli anni precedenti. Continua il calo del tumore del polmone nei maschi, legato alla riduzione dell'abitudine al fumo (- 4,7% all'anno). L'introduzione dello screening 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 (-4,8% dal 2008) come conseguenza dell'identificazione e bonifica di elevati numeri di lesioni precancerose (adenomi avanzati); per il tumore della vescica il decremento è di lieve entità (-0,7%); per il tumore del rene e degli altri organi urinari il rischio è in diminuzione a partire dalla metà degli anni '90 ed è pari a -1,4% all'anno.

Nelle donne l'incidenza del tumore della mammella è stabile dal 2000 in poi. L'effetto positivo dei programmi di screening sull'andamento dell'incidenza del tumore del colon retto nella

popolazione femminile si vede due anni più tardi rispetto ai maschi (il calo dei tassi inizia nel 2010). Il tumore del polmone e dell'utero sono costanti, mentre è in forte aumento l'incidenza del tumore della tiroide. 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, ma 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 osservato nell'area RTV. Anni 1987-2010 e 2013



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
 Sede: Passaggio Gaudenzio 1 - 35131 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. (Paragrafo 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 2006-2017 in tutte le classi di età. In particolare il tasso di eventi con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI) è in continua ed importante riduzione, mentre il tasso di eventi senza soprasslivellamento del tratto ST (NSTEMI) evidenzia delle oscillazioni, con un lieve aumento negli ultimi anni; di rilievo il sorpasso degli eventi 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 2006-2017 (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 2017). 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 soprasslivellamento del tratto ST (STEMI). Il numero annuo di eventi di STEMI mostra un andamento in sensibile calo. Per quanto riguarda l'infarto senza soprasslivellamento del tratto ST (o infarto subendocardico, NSTEMI) il numero di eventi ospedalizzati è rimasto stabile fino al 2009, per poi aumentare negli ultimi anni. Di rilievo dal punto di vista epidemiologico il sorpasso degli eventi NSTEMI a scapito degli STEMI negli ultimi due anni di osservazione.

Tabella 2.11 - IMA: numero di eventi ospedalizzati per tipo di infarto. Residenti in Veneto, 2006-2017*
(*Anno 2017 mobilità passiva interregionale non disponibile) (Fonte: SER su dati SDO)

Tipo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
NSTEMI	2.685	2.671	2.588	2.670	2.879	2.928	3.044	3.084	3.238	3.367	3.476	3.227
STEMI	4.555	4.367	4.274	4.068	3.880	3.679	3.543	3.350	3.323	3.370	3.351	3.032
TOTALE	7.240	7.038	6.862	6.738	6.759	6.607	6.587	6.434	6.561	6.737	6.827	6.259

Tabella 2.12 - IMA: numero e percentuale di eventi ospedalizzati per età e sesso. Residenti e ospedalizzati in Veneto, anno 2017 (mobilità passiva interregionale non disponibile) (Fonte: SER su dati SDO)

Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	157	3,9	27	1,2	184	2,9
45-64	1.362	33,4	318	14,6	1.680	26,8
65-74	1.064	26,1	391	17,9	1.455	23,2
75-84	1.053	25,8	704	32,2	1.757	28,1
85+	439	10,8	744	34,1	1.183	18,9
TOTALE	4.075	100,0	2.184	100,0	6.259	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 del 17% (anche se il dato del 2017 è sottostimato per la mancanza dei dati di mobilità passiva); tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione mediante standardizzazione, la riduzione si amplia ulteriormente. Il calo dei tassi è maggiore nelle femmine e più evidente per gli eventi STEMI. Il tasso osservato di ricovero per IMA è superiore nei maschi rispetto alle femmine (rapporto di 2:1 nel 2017); il tasso standardizzato accentua le differenze tra i sessi (rapporto di 2,6:1 nel 2017), confermando come l'IMA colpisca con frequenza nettamente superiore i maschi.

Tabella 2.13 - IMA: tassi osservati di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto, 2006-2017* (*Anno 2017 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	178,5	42,6	59,9	102,4	55,3	84,3	139,6
2010	75,5	103,9	179,4	44,1	57,5	101,6	59,5	80,1	139,6
2011	77,4	101,2	178,6	44,1	51,8	95,9	60,3	75,8	136,2
2012	81,1	97,8	178,8	45,2	49,4	94,6	62,7	72,9	135,6
2013	82,7	91,4	174,1	44,7	47,0	91,7	63,2	68,6	131,8
2014	82,7	92,1	174,8	49,5	44,0	93,6	65,7	67,4	133,2
2015	89,1	93,7	182,9	48,5	44,3	92,8	68,3	68,4	136,7
2016	94,0	95,7	189,7	48,6	42,0	90,6	70,7	68,2	138,9
2017	84,7	85,5	170,2	47,7	39,2	86,9	65,8	61,8	127,5

Tabella 2.14 - IMA: tassi standardizzati di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto, 2006-2017* (*Anno 2017 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	220,5	34,0	58,2	92,2	56,5	92,3	148,8
2008	81,1	128,8	210,0	33,2	54,0	87,2	53,6	88,4	141,9
2009	79,6	122,6	202,1	35,0	48,8	83,8	54,1	82,4	136,5
2010	84,3	114,2	198,6	35,7	45,6	81,3	57,3	76,8	134,1
2011	85,1	108,7	193,8	35,3	41,0	76,3	57,3	71,8	129,0
2012	87,1	102,8	189,8	35,6	38,2	73,8	58,6	67,8	126,4
2013	87,3	93,8	181,1	34,8	35,8	70,5	58,2	62,8	120,9
2014	84,7	92,6	177,2	38,3	33,2	71,5	59,5	60,8	120,2
2015	89,5	92,1	181,6	36,6	33,0	69,6	60,6	60,6	121,2
2016	92,2	92,1	184,3	36,2	30,7	66,9	61,5	59,5	121,0
2017	81,9	80,6	162,5	34,9	28,4	63,2	56,1	53,3	109,4

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 2017 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. Nei 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 è registrata a partire dai 74 anni. A livello di Azienda ULSS di residenza vi sono differenze notevoli nel tasso di ospedalizzazione per IMA, anche 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 2006-2017* (*Anno 2017 mobilità passiva interregionale non disponibile) (Fonte: SER su dati SDO)

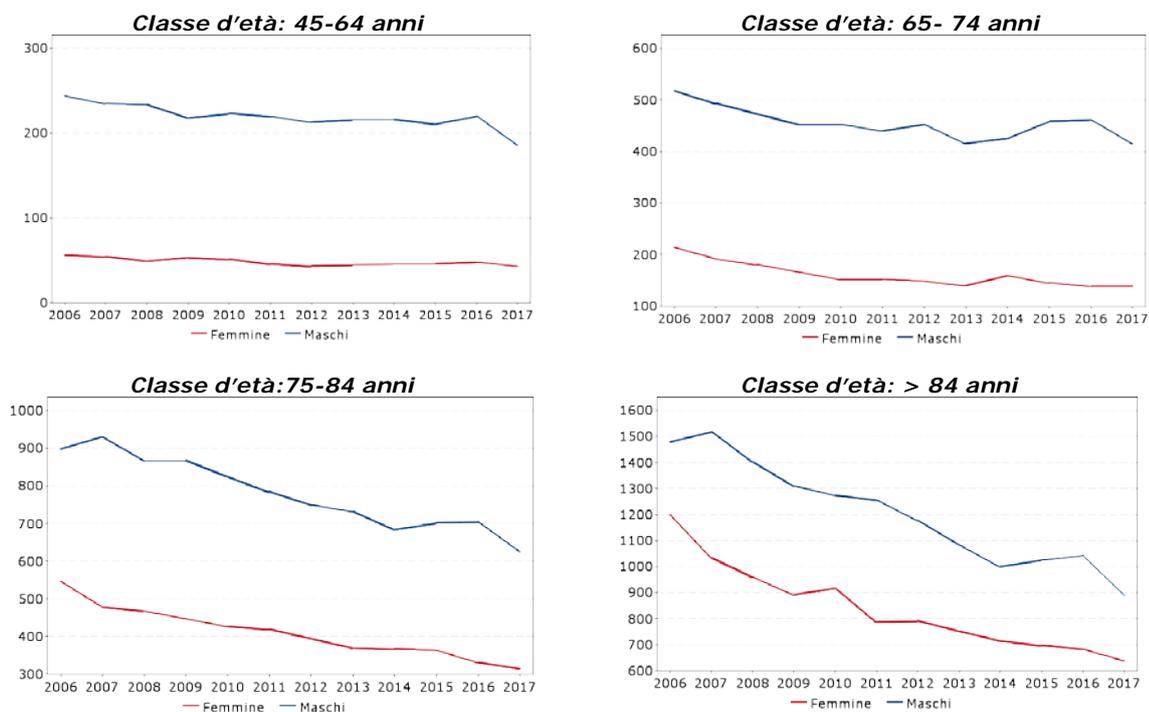
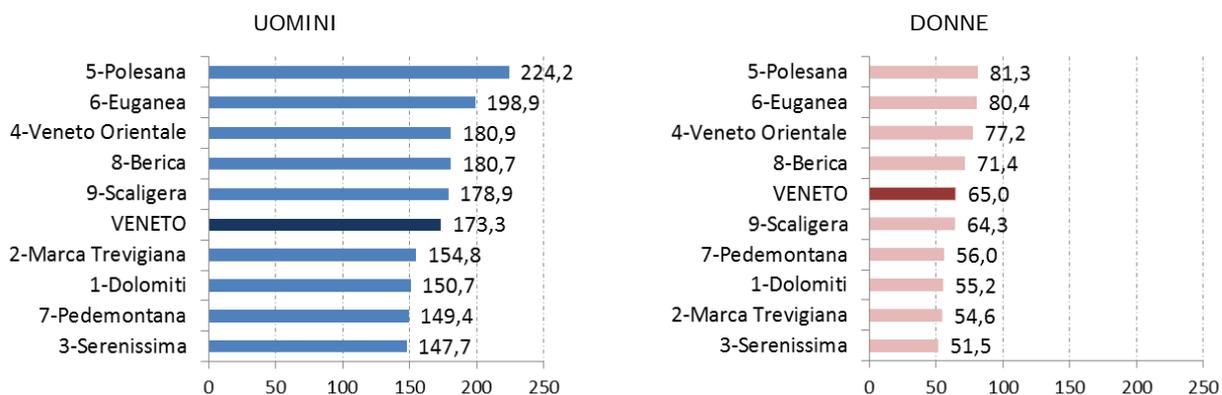


Figura 2.39 - IMA: Tasso standardizzato di eventi ospedalizzati (per 100.000) per Azienda ULSS di residenza. Residenti in Veneto, periodo 2016-2017* (*Anno 2017 mobilità passiva interregionale non disponibile). Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO)



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
 Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 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. (Paragrafo 1.3 pag. 15 – paragrafo 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 riscontra negli over 74 anni, tranne nelle emorragie subaracnoidee in cui c'è la maggior parte degli eventi nei 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 2017 per cui non sono ancora disponibili i dati di mobilità passiva).

Tabella 2.15 - Numero di eventi di ictus ospedalizzati per anno. Residenti in Veneto, anni 2006-2017*.
(Fonte: SER su dati SDO)

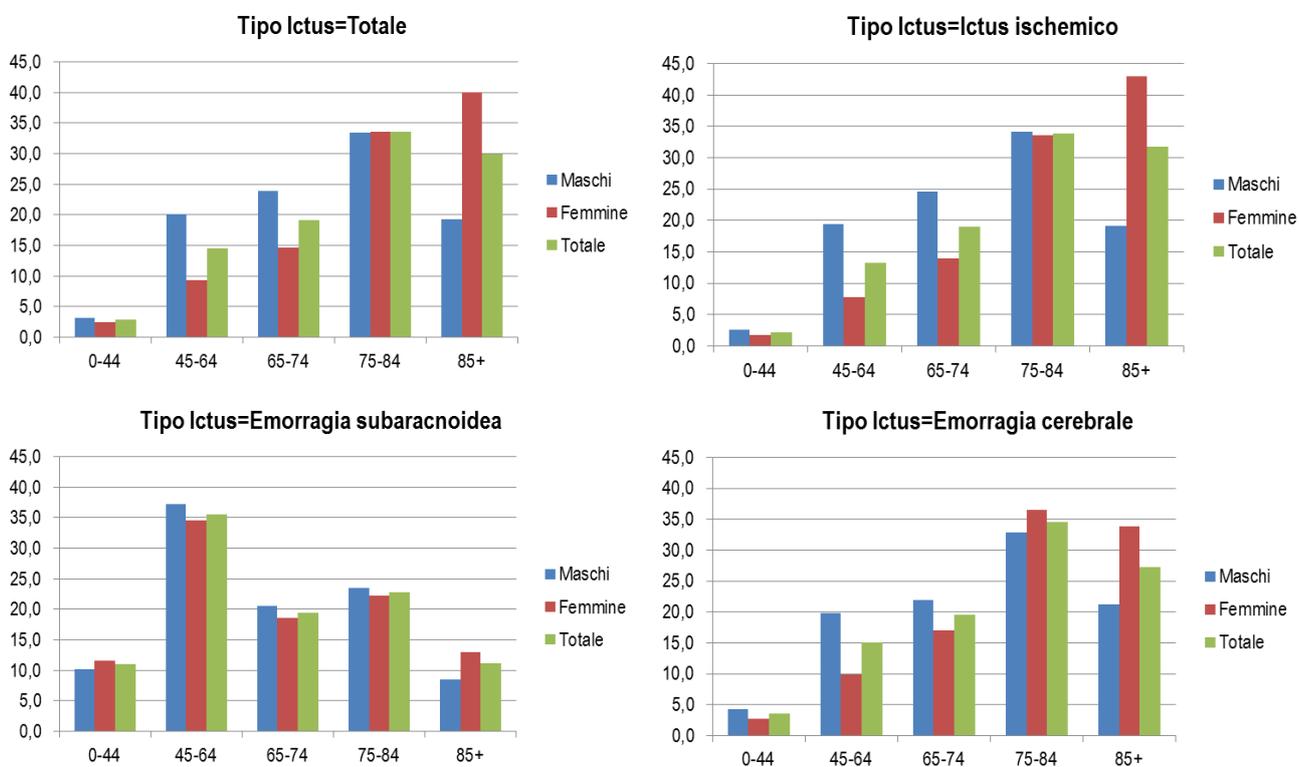
Tipo di ictus	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Emorragia cerebrale	1.556	1.481	1.608	1.586	1.703	1.629	1.664	1.771	1.748	1.750	1.792	1.683
Emorragia subaracnoidea	390	354	361	409	423	380	361	390	406	362	378	329
Ictus ischemico	7.477	7.466	7.255	7.181	7.258	6.897	6.982	6.949	7.044	7.163	7.184	6.673
Totale	9.423	9.301	9.224	9.176	9.384	8.906	9.007	9.110	9.198	9.275	9.354	8.685

*Anno 2017 mobilità passiva interregionale non disponibile

Va evidenziata una disomogeneità nell'andamento temporale delle ospedalizzazioni nei tre sottotipi, con una tendenza alla stabilità nel numero di eventi per l'ictus ischemico, mentre c'è un aumento degli eventi di tipo emorragico. Nel 2017 il 77% degli eventi è di tipo ischemico, nel 19% dei casi si tratta di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea. La distribuzione per sesso e classe di età (Figura 2.40) evidenzia come l'ictus sia una patologia frequente soprattutto nelle età avanzate: oltre il 62% degli eventi avviene in soggetti di età superiore ai 74 anni. Le emorragie subaracnoidee sono quantitativamente minori, ma a

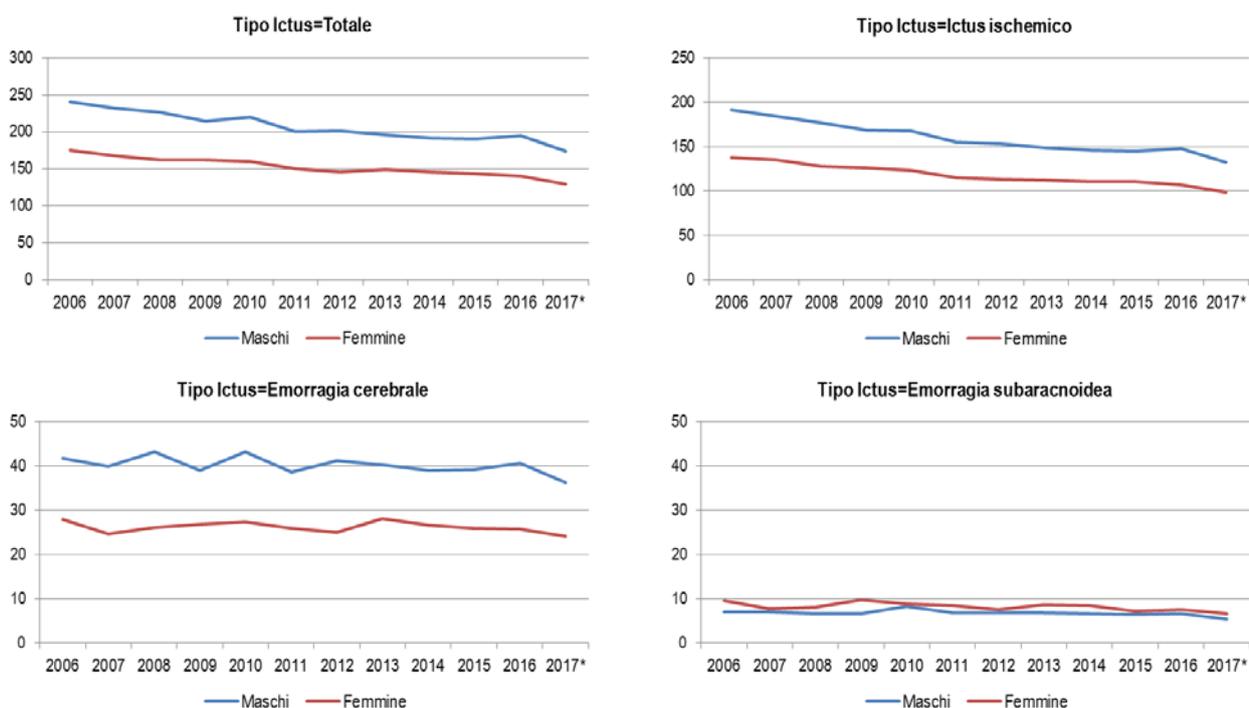
differenza degli altri tipi colpiscono maggiormente, in entrambi i sessi, la fascia d'età 45-64 anni.

Figura 2.40 – Percentuale di eventi di ictus ospedalizzati per età e sesso. Residenti in Veneto, periodo 2006-2017*.
(Fonte: SER su dati SDO)



*Anno 2017 mobilità passiva interregionale non disponibile

Figura 2.41 - Tassi standardizzati di eventi di ictus ospedalizzati per sesso (per 100.000). Residenti in Veneto, anni 2006-2017*. Popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO)

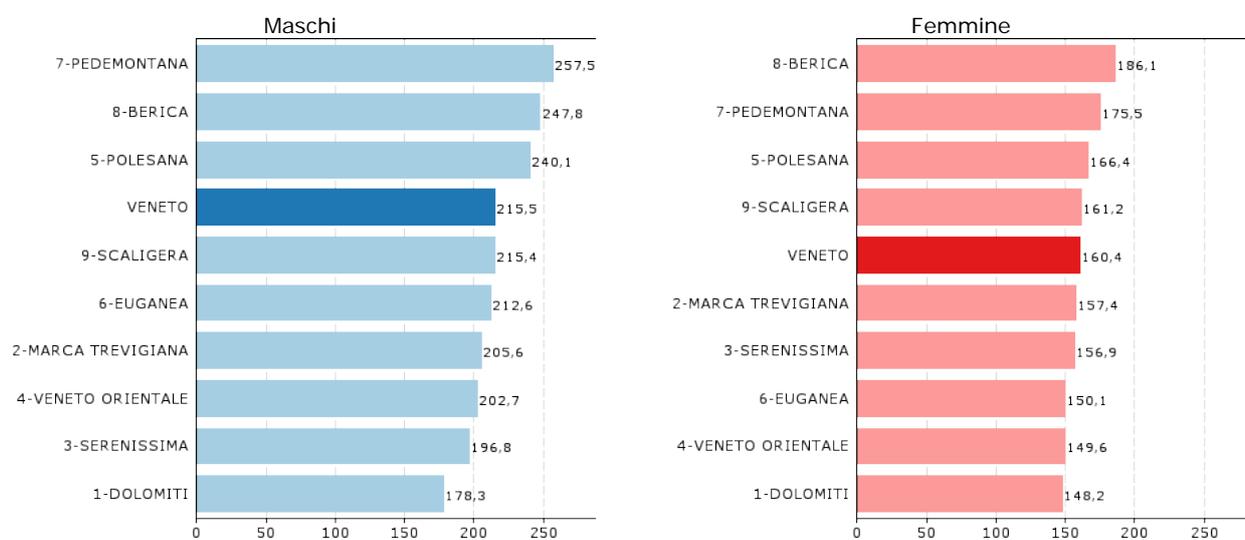


*Anno 2017 mobilità passiva interregionale non disponibile

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 2006-2017*. Popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007 (Fonte: SER su dati SDO)



*Anno 2017 mobilità passiva interregionale non disponibile.

Approfondimenti Metodologici

Rapporto SER "[L'ictus in Veneto](http://www.ser-veneto.it)", dicembre 2013. (www.ser-veneto.it).

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero - Regione del Veneto
 Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 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)

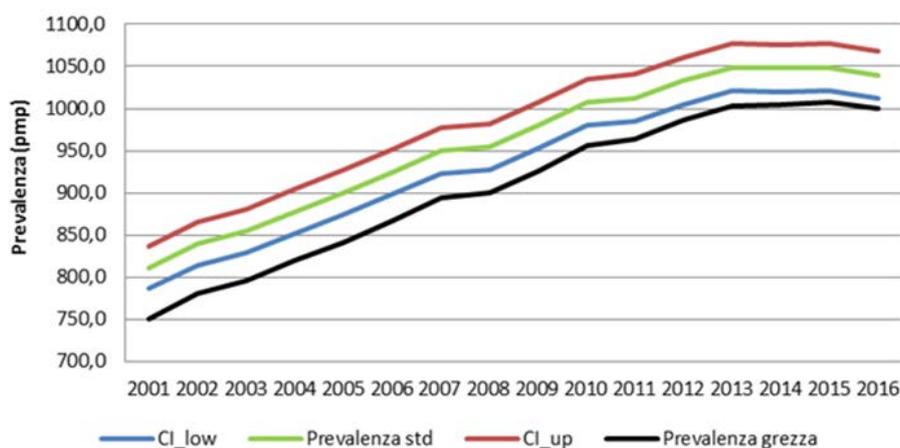
1. *Il Sistema Centri regionale/Sistema epidemiologico Regionale/Registro regionale dialisi e trapianto*, pag. 140.
2. *Presidi ospedalieri di rete con bacino di circa 200.000 abitanti, servizi di diagnosi e cura (... dialisi)*, pag. 70.
3. *Rete clinica dei trapianti*, pag. 79

Quadro di sintesi

La malattia renale cronica (MRC) colpisce circa 500mila persone in Veneto, di cui solo circa 5mila sono in trattamento sostitutivo (RRT, dialisi o trapianto). Dal 2013, questo numero si è stabilizzato, portando a riduzione dell'incidenza e contestuale aumento della mortalità. Dal punto di vista assistenziali, circa 40mila soggetti, con o senza RRT, risultano affetti da MRC e presentano alta complessità clinica e assistenziale, richiedendo risorse superiori rispetto a pazienti affetti da altre malattie croniche; presentano, infatti, ospedalizzazione e mortalità più elevate, indipendentemente dalla necessità di RRT.

Si stima che la MRC colpisca circa il 10% della popolazione del Veneto, ovvero circa 500mila soggetti. Di questi, circa 5mila hanno bisogno di dialisi o trapianto e si trovano nella fase più avanzata della malattia. La prevalenza è di 999,6 pazienti per milione (pmp) al 31/12/2016 (Figura 2.43), tasso che è andato aumentando fino al 2013, per poi stabilizzarsi. Questo fenomeno è dovuto ad una riduzione dell'incidenza a partire dal 2009 (Figura 2.44) ed a un contemporaneo aumento della mortalità, che negli ultimi anni pareggia l'incidenza (circa 120 pmp, Figura 2.45).

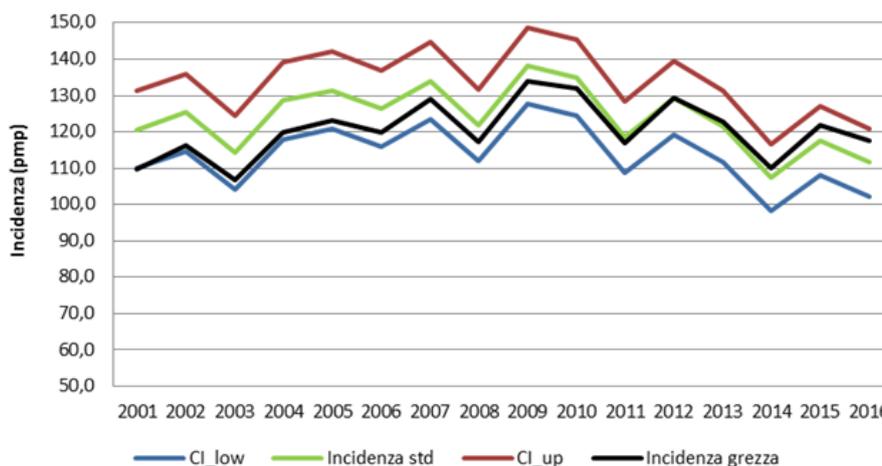
Figura 2.43 – Prevalenza pmp a fine anno di pazienti in terapia renale sostitutiva. Veneto, anni 2001-2016.
Dato grezzo e standardizzato (con relativo intervallo di confidenza al 95%)
(Fonte: Registro Veneto Dialisi e Trapianto - RVDT)



*CI_low = estremo inferiore intervallo confidenza al 95%, CI_up = estremo superiore intervallo confidenza al 95%

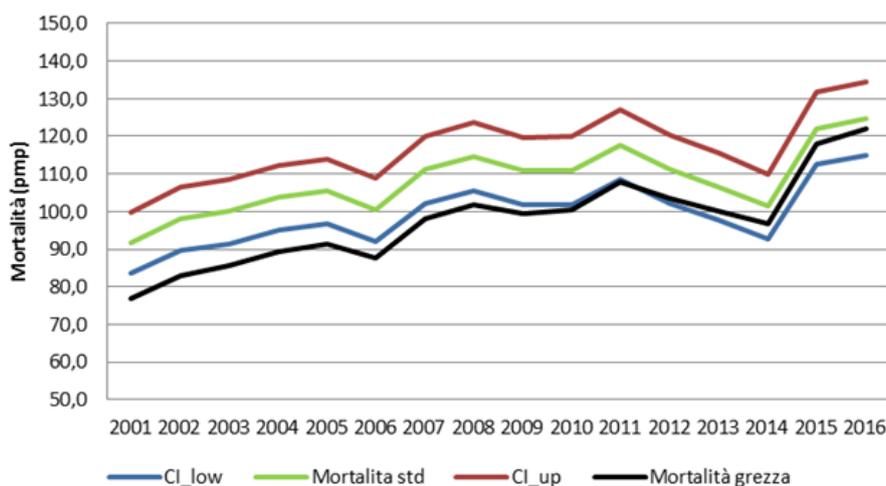
Il trattamento sostitutivo della funzione renale comprende tre tipologie: emodialisi (HD), dialisi peritoneale (DP) e trapianto (TPR). Poco meno del 50% dei pazienti è trattato con emodialisi, il 40% circa è trapiantato e il restante 10% è in dialisi peritoneale.

Figura 2.44 – Incidenza pmp di pazienti in terapia renale sostitutiva. Veneto, anni 2001-2016.
Dato grezzo e standardizzato (con relativo intervallo di confidenza al 95%)
(Fonte: Registro Veneto Dialisi e Trapianto - RVDT)



*CI_low = estremo inferiore intervallo confidenza al 95%, CI_up = estremo superiore intervallo confidenza al 95%

Figura 2.45 – Mortalità pmp tra pazienti in terapia renale sostitutiva. Veneto, anni 2001-2016.
Dato grezzo e standardizzato (con relativo intervallo di confidenza al 95%)
(Fonte: Registro Veneto Dialisi e Trapianto - RVDT)



*CI_low = estremo inferiore intervallo confidenza al 95%, CI_up = estremo superiore intervallo confidenza al 95%

La malattia renale cronica descritta dal Sistema di Classificazione ACG®

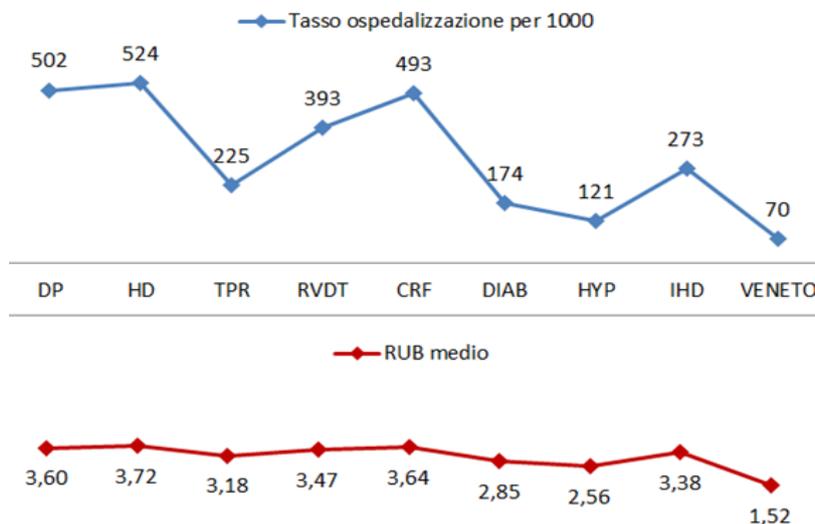
Per valutare l'impatto assistenziale della MRC e confrontarlo con quello di altre malattie croniche sono stati utilizzati i dati disponibili nel sistema ACG (Adjusted Clinica Groups). Dei 4.668 pazienti prevalenti nel Registro Veneto di Dialisi e Trapianto (RVDT) a fine 2014, 4.455 (ovvero il 95%) sono presenti anche nel sistema ACG®. I pazienti mancanti sono quasi tutti già trapiantati. ACG®, inoltre, attribuisce la diagnosi di Chronic Renal Failure (CRF) a 39.437 soggetti, sia in RRT che in terapia conservativa. Questo dato rappresenta, di fatto, quel sottogruppo dei 500mila veneti affetti da MRC che viene seguita dalle strutture sanitarie regionali.

I soggetti con MRC sono tutti caratterizzati da comorbidità, identificate dagli EDC (Expanded Diagnostic Clusters), in misura maggiore rispetto ai pazienti con altre malattie croniche. In particolare, si segnala l'elevata frequenza di problemi cardiaci.

La complessità di questi pazienti è confermata anche dall'elevato tasso di ospedalizzazione: nei pazienti in emodialisi (HD), dialisi peritoneale (DP) e terapia conservativa è quasi doppio

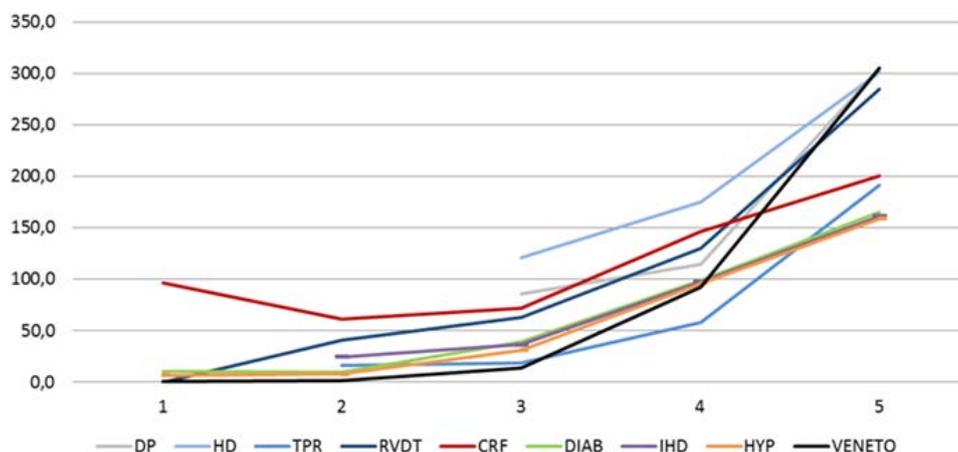
rispetto ai pazienti con cardiopatia ischemica (IHD), triplo rispetto ai diabetici (DIAB), quadruplo rispetto agli ipertesi (HYP). Anche il consumo medio atteso di risorse (Resources Utilization Band - RUB) risulta in media più elevato nei pazienti in dialisi e in terapia conservativa, mentre è leggermente inferiore solo per i trapiantati. Solo i pazienti con IHD raggiungono un RUB medio superiore a 3 (Figura 2.46).

Figura 2.46 – Tasso di ospedalizzazione medio annuo per 1000 pazienti veneti nel triennio 2012-14 (Fonte: SDO) e RUB medio, per malattia cronica (Fonte: ACG)



I pazienti in emodialisi presentano, inoltre, la più elevata mortalità rispetto a tutte le altre malattie croniche (Figura 2.47).

Figura 2.47 – Tasso di decessi in Veneto per 1000 prevalenti, per RUB. Anno 2015 (Fonte: ACG)



Approfondimenti

1. Gambaro G., Yabarek T., Graziani M et al. Prevalence of MRC in northeastern Italy: results of the INCIPE study and comparison with NHANES. Clin J Am Soc Nephrol 2010; 5: 1946 – 1953.
2. https://www.ser-veneto.it/public/File/documents/rapporti/report15_RVDT_finale_sito.pdf

Recapiti per ulteriori informazioni

Registro Veneto di Dialisi e Trapianto
 Passaggio Gaudenzio, 1 - 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 (Paragrafo 3.4.1 pag. 86); promuovere la cultura della salute nei confronti dei datori di lavoro e dei lavoratori dei comparti a rischio (Paragrafo 3.4.1 pag. 87); prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici (Paragrafo 3.4.1 pag. 90).

Quadro di sintesi

L'andamento degli infortuni sul lavoro è oggetto di un monitoraggio periodico, per la programmazione mirata degli interventi di prevenzione e a supporto delle decisioni strategiche a livello regionale e locale. È caratterizzato, sia a livello regionale che provinciale, da un trend in riduzione del tasso di incidenza di tutti gli infortuni riconosciuti in occasione di lavoro, a fronte di un aumento della percentuale dei casi gravi ma con tassi di incidenza dei casi gravi comunque in diminuzione. La lettura integrata di questi tre indicatori porta a concludere che il rischio intrinseco alla lavorazione è verosimilmente in diminuzione, anche se la riduzione del tasso di incidenza di infortunio è dovuta anche all'aumento della sottonotifica dei casi lievi.

Un approfondimento specifico è riservato agli infortuni mortali, con lo scopo di fornire un quadro aggiornato in tempo reale di tutti gli infortuni accaduti nel territorio, indipendentemente dal profilo contrattuale dei Lavoratori (sono considerati anche gli infortuni a danno di Lavoratori irregolari), dalla loro retribuzione, dal campo di applicazione dell'assicurazione INAIL (sono considerati anche gli infortuni in aziende escluse dalla copertura assicurativa INAIL).

L'andamento delle malattie professionali è più difficilmente inquadrabile rispetto a quello degli infortuni a causa del tempo di latenza molto variabile tra esposizione professionale ed eventuale insorgenza della malattia. In questo campo esiste tuttavia un ampio margine di recupero di casi non segnalati, in considerazione della nota sottonotifica dei danni cronici da esposizione lavorativa.

Infortuni sul Lavoro

L'andamento degli infortuni sul lavoro è oggetto di un monitoraggio periodico a supporto delle decisioni strategiche a livello regionale e negli specifici ambiti locali, finalizzato ad una programmazione mirata degli interventi di prevenzione. A tal proposito, si evidenzia come l'obiettivo delle azioni di prevenzione negli ambienti di lavoro è rappresentato dalla riduzione del rischio, inteso come probabilità che si verifichi un infortunio; il numero degli infortuni rappresenta invece una misura del danno, non una misura del rischio. A tal fine, in luogo di una rilevazione istantanea, è più utile e informativo lo studio dell'andamento del fenomeno infortunistico in un arco temporale più ampio. Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro, la principale fonte informativa è costituita dai Flussi INAIL-Regioni, che nell'ultimo aggiornamento disponibile (maggio 2018) contengono i dati relativi agli infortuni sul lavoro fino al 31.12.2016. Nel periodo 2010-2016, nella Regione del Veneto sono stati denunciati all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) 567.547 infortuni (-27,3% nel periodo). Di questi, 201.403 hanno avuto una definizione negativa; 56.658 sono avvenuti *in itinere* (tragitto casa-lavoro); 38.401 non sono associabili a problemi di sicurezza sul lavoro in senso stretto perché avvenuti a danno di soggetti non operanti in un contesto inquadrabile come "ambiente di lavoro" ai sensi della normativa vigente (sportivi, studenti in attività di palestra, collaboratori familiari e altre figure operanti in ambiente domestico).

Pertanto, nel periodo 2010-2016, gli infortuni riconosciuti da INAIL ed avvenuti effettivamente in occasione di lavoro sono stati 271.085.

Figura 2.48 – Infortuni sul lavoro denunciati e riconosciuti. Veneto, 2010-2016. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)

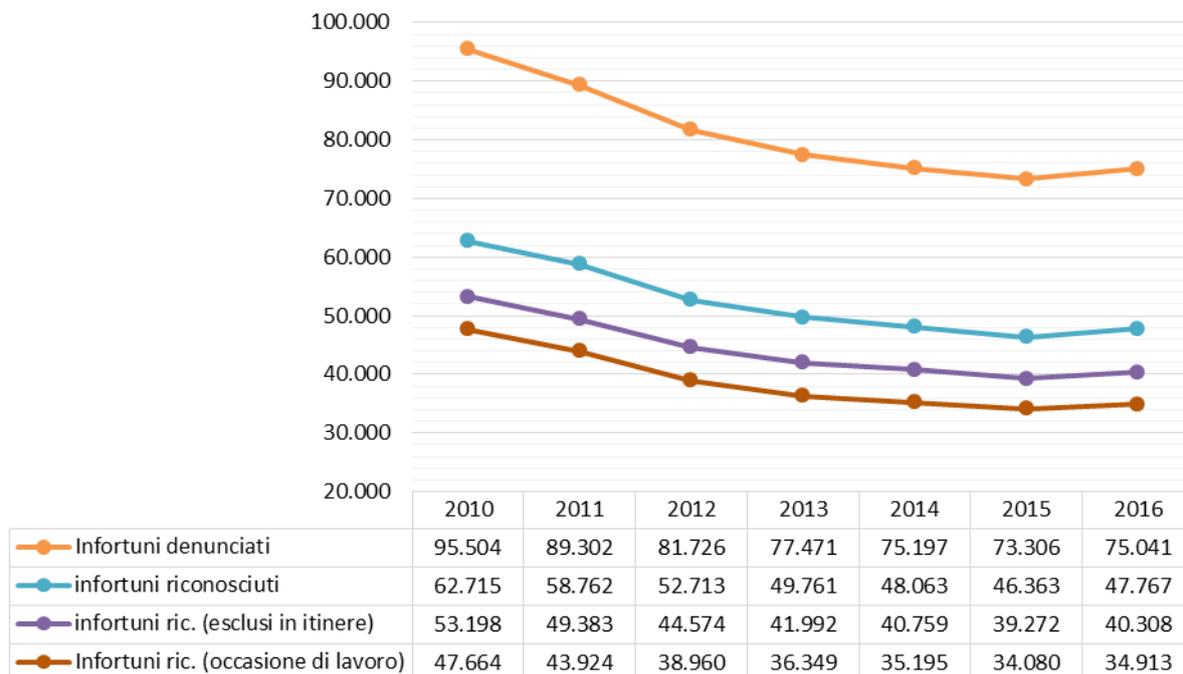
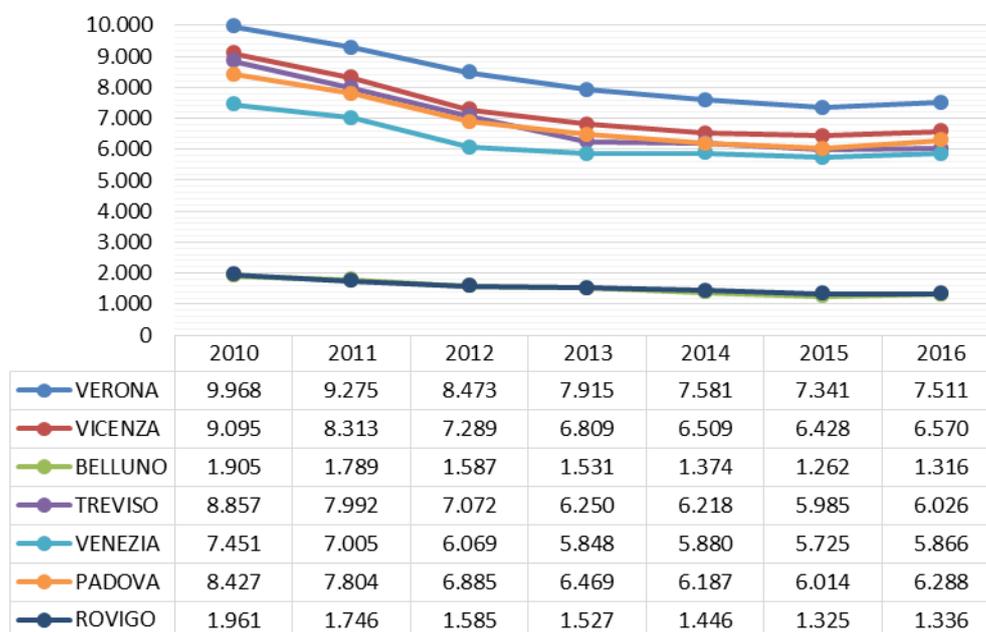
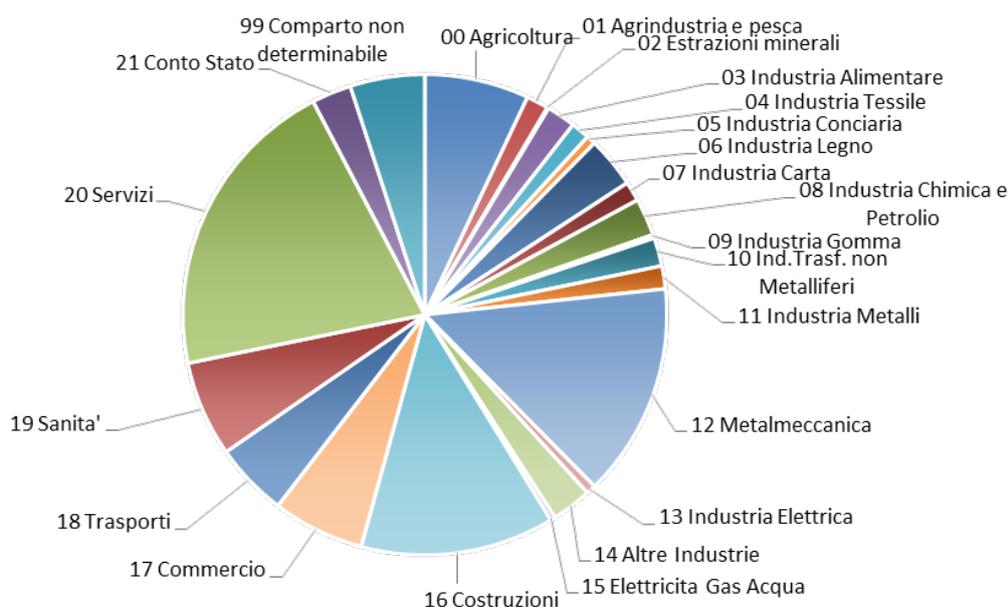


Figura 2.49 – Infortuni in occasione di lavoro definiti positivamente per Provincia. Veneto, 2010-2016. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)



In Figura 2.50 sono riportati i dati degli infortuni sul lavoro riconosciuti da INAIL suddivisi per comparto produttivo: 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, mentre nelle aziende manifatturiere sono conteggiati solo gli addetti che appartengono a Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) con voce di tariffa corrispondente alla lavorazione.

Figura 2.50 – Totale infortuni in occasione di lavoro (inclusi stradali) riconosciuti da INAIL per comparto produttivo. Veneto, 2010-2016. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)

Nel quadro generale sopra descritto, dal momento che l'andamento degli infortuni denunciati non fornisce informazioni adeguate per valutare l'andamento del rischio di infortunio in ambiente di lavoro, né il numero totale degli infortuni è sufficiente a tale scopo, l'analisi che segue si focalizza sull'insieme 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 sportivi, studenti, colf, badanti) e prende in considerazione anche la loro gravità.

Tabella 2.16 – Esiti degli infortuni sul lavoro. Veneto, 2010-2016. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)

Esito evento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOT
Senza inabilità temporanea	2.411	2.410	2.218	2.160	2.120	1.937	2.090	15.346
Inabilità temporanea da 4 a 7 giorni	9.984	9.223	8.044	7.007	6.601	6.498	6.624	53.981
Inabilità temporanea da 8 a 20 giorni	17.375	15.649	13.783	12.715	12.114	11.883	12.166	95.685
Inabilità temporanea da 21 a 30 giorni	4.595	4.275	3.746	3.596	3.467	3.262	3.530	26.471
Inabilità temporanea da 31 a 40 giorni	2.359	2.230	1.969	1.824	1.829	1.709	1.789	13.709
Inabilità temporanea > 40 giorni	3.291	3.151	2.825	2.757	2.785	2.606	3.122	20.537
Inabilità permanente fino a 5%	5.136	4.753	4.271	4.155	4.166	4.152	3.796	30.429
Inabilità permanente da 6% a 15%	2.027	1.782	1.698	1.759	1.728	1.626	1.485	12.105
Inabilità permanente da 16% a 33%	354	331	302	291	291	307	237	2.113
Inabilità permanente maggiore da 34% a 59%	49	48	42	40	37	36	19	271
Inabilità permanente maggiore da 60% a 79%	8	9	8	4	9	7	4	49
Inabilità permanente ≥80%	9	6	5	9	4	5	2	40
Esito mortale	66	57	49	32	44	52	49	349
TOTALE	47.664	43.924	38.960	36.349	35.195	34.080	34.913	271.085
di cui T30	13.299	12.367	11.169	10.871	10.893	10.500	10.503	79.602
di cui T40	10.940	10.137	9.200	9.047	9.064	8.791	8.714	65.893
di cui invalidanti e mortali	7.649	6.986	6.375	6.290	6.279	6.185	5.592	45.356

La Tabella 2.16 riporta il numero di infortuni in occasione di lavoro ordinato in funzione della gravità degli esiti. Sono evidenziati i casi gravi: T30 (infortuni con prognosi superiore a 30

giorni), T40 (infortuni con prognosi superiore a 40 giorni), Invalidanti (infortuni con postumi permanenti o con esito mortale). La percentuale di casi gravi sul totale degli infortuni indica il rischio di infortuni gravi nelle lavorazioni svolte, ma può essere distorta dal noto fenomeno di sottonotifica dei casi lievi. Nel periodo 2010-2016 (Figura 2.51), la percentuale di infortuni gravi sul totale degli infortuni riconosciuti mostra dal 2010 al 2014 un andamento crescente, seguito da una lieve flessione. Si precisa comunque che l'ultimo anno riportato è solitamente sottostimato (in particolar modo per gli infortuni invalidanti) in considerazione della latenza della definizione conclusiva dei casi con prognosi più lunga e più grave. Lo stesso andamento si registra dal confronto tra i dati specifici per ogni ambito provinciale (Figura 2.52).

Figura 2.51 – Percentuale di casi gravi. Veneto, 2010-2016. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)

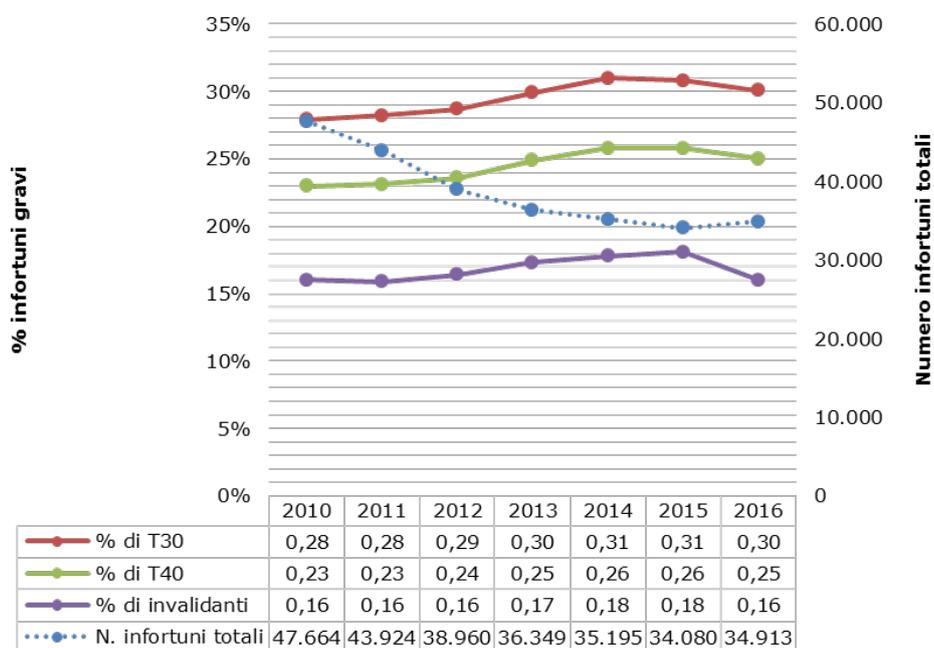
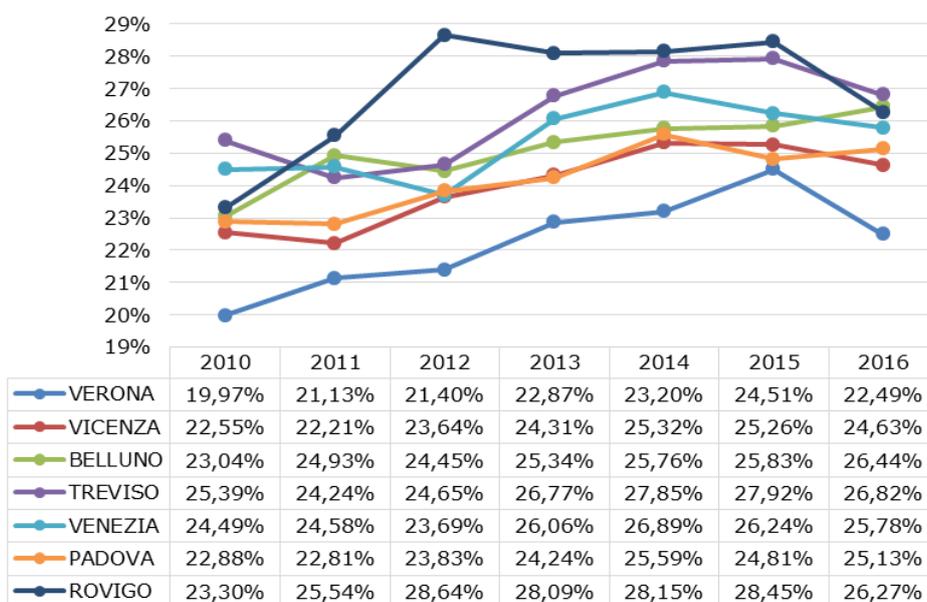


Figura 2.52 – Percentuale di casi gravi per Provincia. Veneto, 2010-2016. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)



Tuttavia, se si considera il tasso grezzo di incidenza di infortuni gravi, vale a dire il rapporto tra infortuni gravi accaduti nel territorio sul totale degli addetti delle aziende del territorio, rapportato a 1.000 addetti stimati, si osserva come tale indicatore mostri un andamento progressivamente in calo nel periodo considerato (Figura 2.53). Rispetto alla percentuale di casi gravi, il tasso grezzo di incidenza rappresenta una stima del rischio nel medio-lungo periodo.

Figura 2.53 – Tasso grezzo di incidenza di infortuni gravi. Veneto, 2010-2016. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)

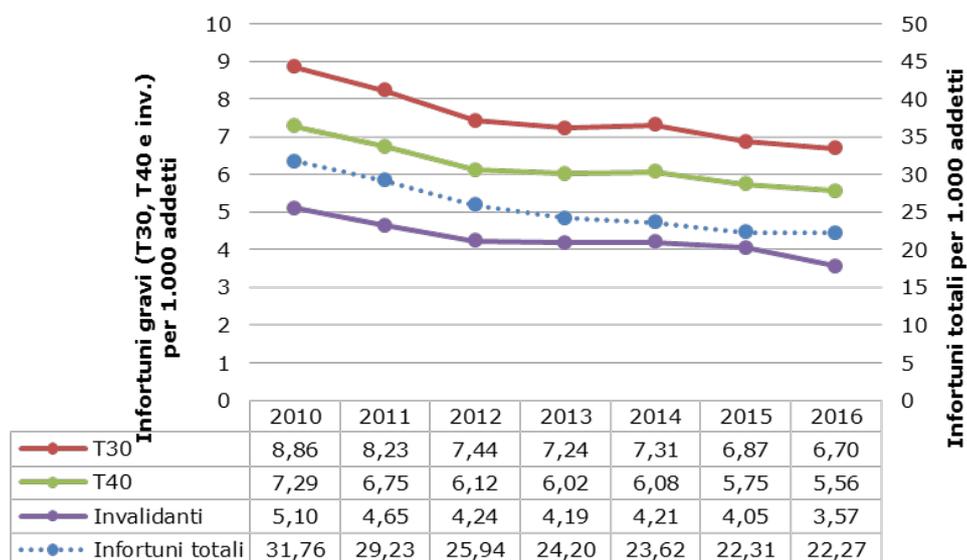
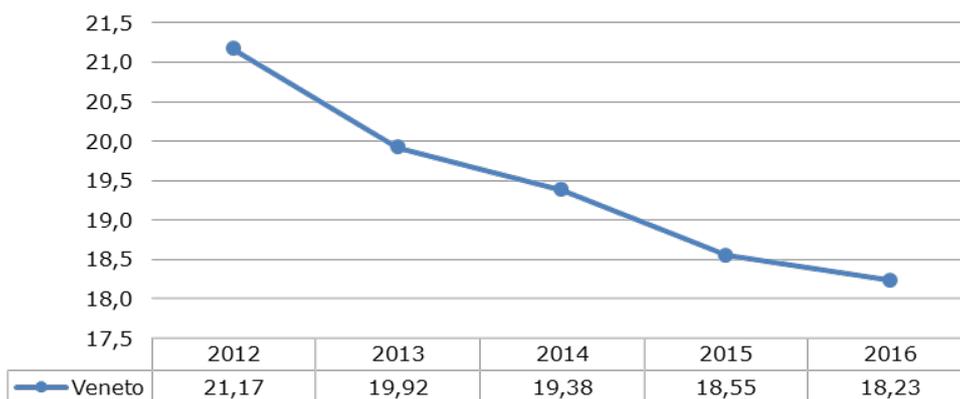


Tabella 2.17 – Tassi standardizzati di incidenza di infortuni. Italia, 2012-2016. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)

Regione/ Provincia Autonoma	2012	2013	2014	2015	2016	Triennio 2012-14	Triennio 2013-15	Triennio 2014-16 (decescente)
P.A. di Bolzano	30,38	26,48	24,89	23,43	25,47	27,26	24,87	24,59
Emilia Romagna	28,73	25,07	24,04	22,49	21,97	25,93	23,87	22,84
Umbria	25,35	23,06	22,57	21,06	21,56	23,73	22,24	21,71
Toscana	21,91	21,46	20,32	19,12	19,19	21,25	20,29	19,53
Veneto	21,17	19,92	19,38	18,55	18,23	20,16	19,27	18,70
Liguria	22,02	20,44	19,52	17,92	17,77	20,66	19,31	18,39
Abruzzo	23,63	21,16	19,82	17,70	17,15	21,53	19,56	18,23
Marche	21,49	19,91	19,85	17,69	16,63	20,49	19,17	18,04
Friuli Venezia Giulia	20,50	19,25	18,37	17,68	17,81	19,43	18,43	17,93
P.A. di Trento	23,80	19,88	17,86	16,28	17,28	20,44	18,19	17,20
Puglia	20,61	19,53	18,49	16,71	15,80	19,55	18,20	16,96
Calabria	19,30	18,89	18,30	16,65	14,77	18,87	17,91	16,48
Basilicata	18,79	18,07	17,09	16,23	15,46	18,00	17,17	16,28
Italia	19,24	17,84	17,15	15,77	15,41	18,08	16,91	16,10
Sicilia	18,13	16,90	16,79	15,35	14,86	17,28	16,33	15,62
Lombardia	18,52	16,99	16,54	15,04	14,54	17,36	16,18	15,35
Sardegna	16,47	15,80	15,12	13,41	13,42	15,82	14,80	13,98
Valle d' Aosta	18,62	17,38	15,32	13,75	12,66	17,13	15,48	13,94
Molise	18,95	15,13	13,80	12,99	14,98	15,97	13,96	13,90
Piemonte	17,03	15,11	13,97	13,39	13,24	15,40	14,15	13,52
Lazio	13,73	13,04	12,51	11,63	11,52	13,10	12,38	11,88
Campania	12,73	11,90	12,05	10,94	10,63	12,24	11,62	11,18

In Tabella 2.17 sono riportati i tassi standardizzati di infortunio per ogni Regione/Provincia Autonoma italiana, calcolati da INAIL sulla base della distribuzione delle lavorazioni nei territori (ATECO). Il tasso standardizzato è più utile per confronti tra territori diversi e nelle serie temporali dello stesso territorio se si modifica la struttura produttiva (ad esempio per delocalizzazione nel settore manifatturiero). Nel Veneto, il tasso standardizzato di infortunio relativo al triennio 2014-2016 è migliorato sia rispetto al triennio 2013-2015, sia rispetto al triennio 2012-2014. In particolare, la Figura 2.54 riporta l'andamento del tasso standardizzato di incidenza nel periodo 2012-2016, dal quale si evince una riduzione del rischio di infortunio nel periodo considerato pari al 12%.

Figura 2.54 – Tasso standardizzato di incidenza di infortuni. Veneto, 2012-2016. (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)



Infortuni sul lavoro mortali

Dal 2011 la Regione del Veneto (PREO – Programma Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale) attua un sistema di sorveglianza epidemiologica degli infortuni sul lavoro con esito mortale, con lo scopo di fornire un quadro aggiornato in tempo reale di tutti gli infortuni accaduti nel territorio, indipendentemente dal profilo contrattuale dei Lavoratori (sono considerati anche gli infortuni a danno di Lavoratori irregolari), dalla loro retribuzione, dal campo di applicazione dell'assicurazione INAIL (sono considerati anche gli infortuni in aziende escluse dalla copertura assicurativa INAIL). Con riferimento alle caratteristiche dell'infortunio, nel monitoraggio regionale sono considerati tutti gli eventi con esito mortale avvenuti nel territorio ricollegabili ad una attività lavorativa, ad esclusione di: infortuni *in itinere*, infortuni dovuti esclusivamente a cause mediche, eventi deliberatamente autoprocurati, infortuni a danno di studenti, sportivi, collaboratori familiari, o a danno di soggetti non lavoratori occasionalmente presenti sul posto dell'infortunio.

Tabella 2.18 – Numero infortuni mortali per territorio e anno. Veneto, 2014-2017 (Fonte: PREO)

Prov	ULSS	ULSS				Provincia				TOT
		2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	
BL	1 Dolomiti	4	5	4	4	4	5	4	4	17
TV	2 Marca Trevigiana	11	7	3	11	11	7	3	11	32
VE	3 Serenissima	6	4	6	7	9	5	7	8	29
	4 Veneto Orientale	3	1	1	1					
RO	5 Polesana	8	7	1	4	8	7	1	4	20
PD	6 Euganea	4	4	11	6	4	4	11	6	25
VI	7 Pedemontana	2	4	3	5	8	14	15	7	44
	8 Berica	6	10	12	2					
VR	9 Scaligera	9	10	5	9	9	10	5	9	33
TOTALE		53	52	46	49	53	52	46	49	200

I dati forniti da tale sistema di monitoraggio sono riportati nel "Rapporto sull'andamento degli infortuni mortali nel quadriennio in corso", pubblicato con cadenza mensile, cui si rimanda per una trattazione più dettagliata. Le Figura 2.55 e 2.56 e la Tabella 2.18 riportano l'andamento mensile e cumulato a livello regionale, il dettaglio per comparto e per territorio di accadimento.

Figura 2.55 – Andamento mensile e numero cumulato di infortuni mortali. Veneto, 2014-2017 (Fonte: PREO)

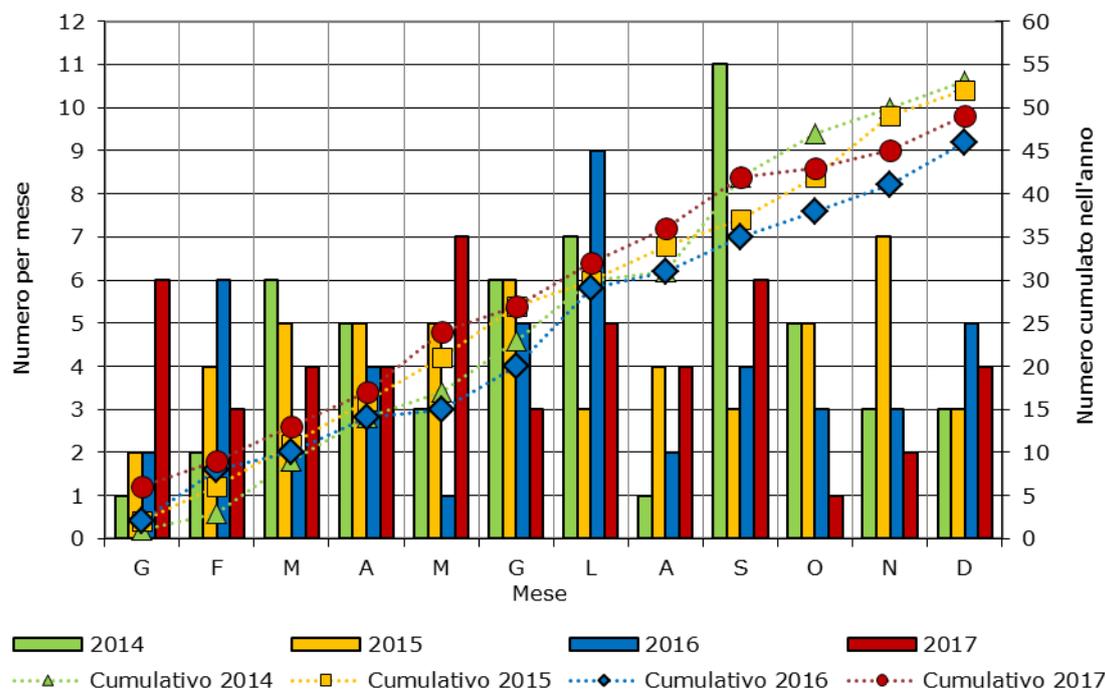
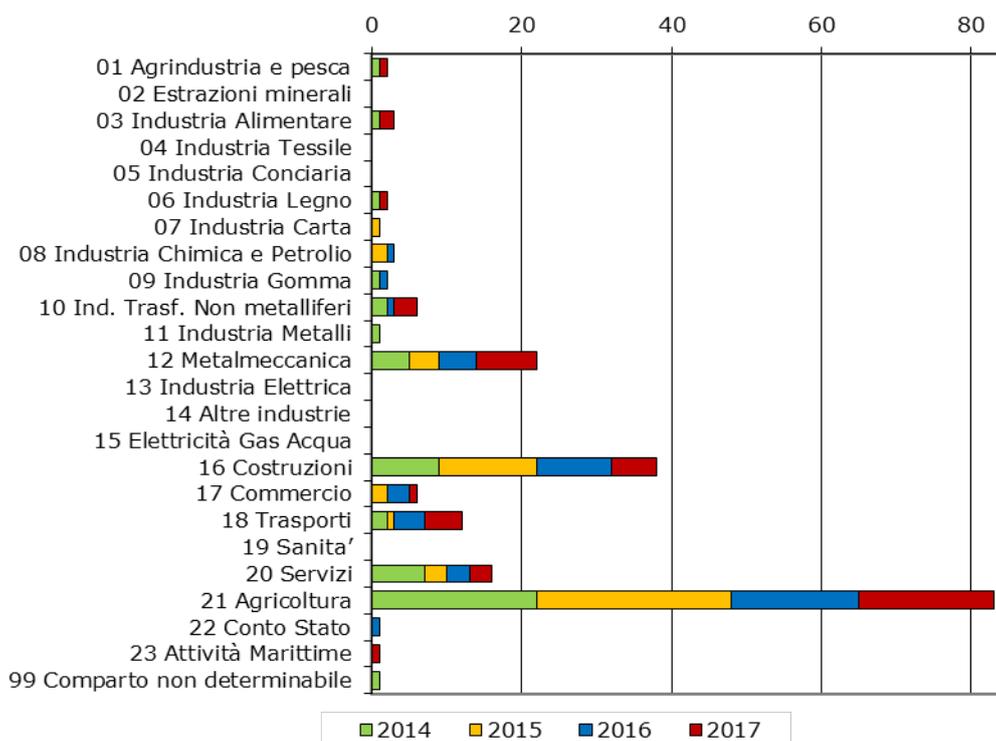


Figura 2.56 – Numero infortuni mortali per comparto produttivo e anno. Veneto 2014-2017. (Fonte: PREO)



Malattie Professionali

L'andamento delle malattie professionali è più difficilmente inquadrabile rispetto a quello degli infortuni a causa del tempo di latenza molto variabile tra esposizione professionale ed eventuale insorgenza della malattia e dell'effetto connesso all'aggiornamento delle tabelle delle patologie indennizzate da INAIL. In questo campo esiste tuttavia un ampio margine di recupero di casi non segnalati, in considerazione della conosciuta sottonotifica dei danni cronici da esposizione lavorativa. A tal proposito, rientra tra gli obiettivi centrali del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 l'incremento della collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento del fenomeno tecnopatologico (valore atteso +10%).

Figura 2.57 – Malattie segnalate agli SPISAL e denunciate all'INAIL per anno. Veneto, 2011-2017

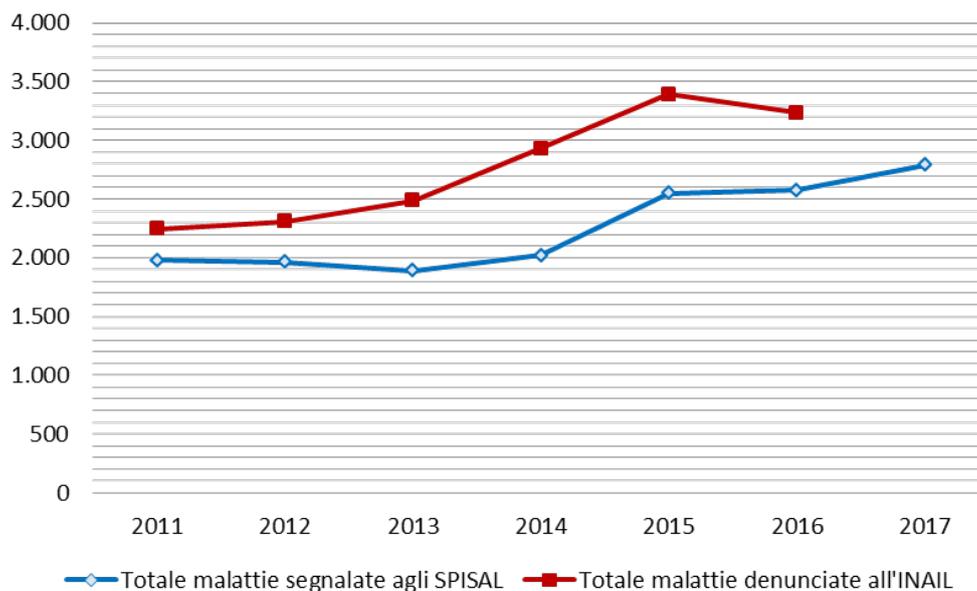


Figura 2.58 – Malattie segnalate agli SPISAL per anno e tipo malattia. Veneto, 2011-2017

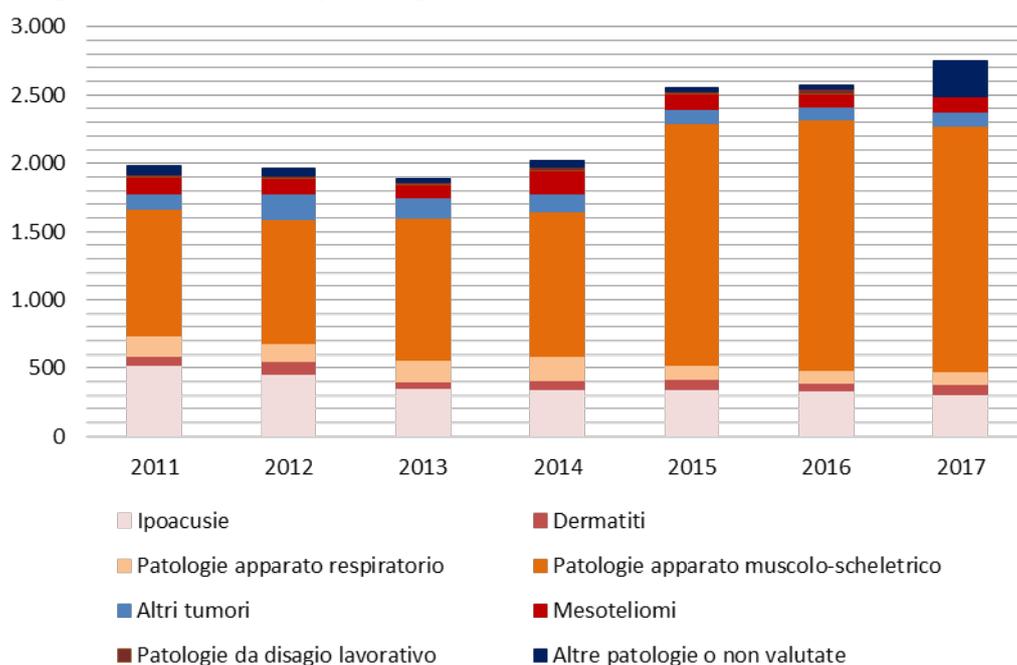


Tabella 2.19 – Malattie segnalate agli SPISAL e denunciate all'INAIL per anno. Veneto, 2011-2017.

Patologia	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ipoacusie	523	453	354	347	340	337	306
Dermatiti	69	95	50	65	78	51	74
Patologie apparato respiratorio	141	129	152	177	104	92	98
Patologie apparato muscolo-scheletrico	932	912	1.043	1.059	1.773	1.841	1.798
Altri tumori	114	191	153	132	102	92	97
Mesoteliomi	117	105	89	169	110	97	114
Patologie da disagio lavorativo	24	22	24	26	18	37	36
Altre patologie o non valutate	60	57	23	46	26	29	265
Totale malattie segnalate agli SPISAL	1.980	1.964	1.888	2.021	2.551	2.576	2.788
Totale malattie denunciate all'INAIL	2.245	2.309	2.487	2.930	3.391	3.234	-

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. Tra il 1987 ed il 2017 sono stati registrati 2.455 mesoteliomi, insorti in quasi 3 casi su 4 in uomini. Nell'ultimo decennio il numero annuo di nuove neoplasie si è stabilizzato intorno ai 110. Le provincie 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. 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 2.20).

Tabella 2.20 – Esposizione ad amianto per circostanza di esposizione nei casi di mesotelioma insorti in residenti del Veneto, 1987–2017

Categorizzazione dell'esposizione ad amianto	UOMINI		DONNE	
	N	%	N	%
1. Lavorativa certa	1114	61,6%	64	9,9%
2. Lavorativa probabile	109	6,0%	19	2,9%
3. Lavorativa possibile	199	11,0%	82	12,7%
4. Familiare	19	1,1%	147	22,7%
5. Ambientale	34	1,9%	40	6,2%
6. Extralavorativa	18	1,0%	26	4,0%
7. Improbabile	7	0,4%	10	1,5%
8. Ignota	209	11,6%	175	27,0%
9. In completamento	38	2,1%	19	2,9%
10. Non rintracciabili	47	2,6%	47	7,3%
11. Esposizione a radiazioni	5	0,3%	6	0,9%
12. Rifiuto intervista	8	0,4%	13	2,0%
Totale	1807	100%	648	100%
Esposizione professionale (1-3)	1422	78,7%	165	25,5%
Esposizione non professionale (4-6)	71	3,9%	213	32,9%
Esposizione ad amianto (1-6)	1493	82,6%	378	58,3%

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% dei soggetti affetti da mesotelioma: nell'82,6% 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.

Sorveglianza sanitaria ex-esposti amianto

In relazione ai Lavoratori con pregressa esposizione da amianto, la Regione del Veneto, con L.R. n. 9 del 25 febbraio 2005, ha avviato la sorveglianza sanitaria, garantita conformemente alle Linee Guida approvate dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 2041 del 22 luglio 2008. Ai sensi di tale Linee Guida, i Lavoratori con pregressa esposizione professionale ad amianto residenti in Veneto possono rivolgersi ai servizi SPISAL dell'Azienda ULSS di residenza per essere sottoposti agli accertamenti clinici e strumentali finalizzati alla diagnosi precoce delle malattie correlate ad amianto, in regime di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

Tabella 2.21 – Malattie segnalate agli SPISAL e denunciate all'INAIL per anno. Veneto, 2012-2016

		2012	2013	2014	2015	2016	Totale
Accertamenti clinici e strumentali	Visite Specialistiche (Medicina del Lavoro)	1.210	1.013	1.110	1.034	964	5.331
	Prove di funzionalità respiratoria	1.011	776	936	941	883	4.547
	RX torace	140	96	82	64	139	521
	TC torace	292	292	334	277	233	1.428
	Visite Specialistiche (ORL, Pneumologica, Chirurgica, ...)	104	86	125	96	128	539
	Accertamenti strumentali (TC-PET, broncoscopia, ...)	45	8	6	3	7	69
Malattie correlate ad amianto	Placche/ispessimenti pleurici	41	74	52	38	23	228
	Asbestosi	4	5	3	1	3	16
	Tumore polmonare	2	4	8	1	0	15
	Mesotelioma pleurico	1	3	1	4	4	13
	Mesotelioma peritoneale	0	0	0	1	0	1

Approfondimenti:

Sintesi dei dati dei flussi informativi INAIL-Regioni – Edizione maggio 2018

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

Rapporto sull'andamento degli infortuni mortali del quadriennio in corso

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Sede: Dorsoduro n. 3493, 30123 Venezia

Recapiti telefonici: 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. (Paragrafi: 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 14% in media), e circa 1/5 delle indagini interessa donne in età inferiore a quella considerata a rischio. Il ricorso alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) riguarda il 2,7% 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 comportamento 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 36 Punti nascita 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 2017 vede la presenza di

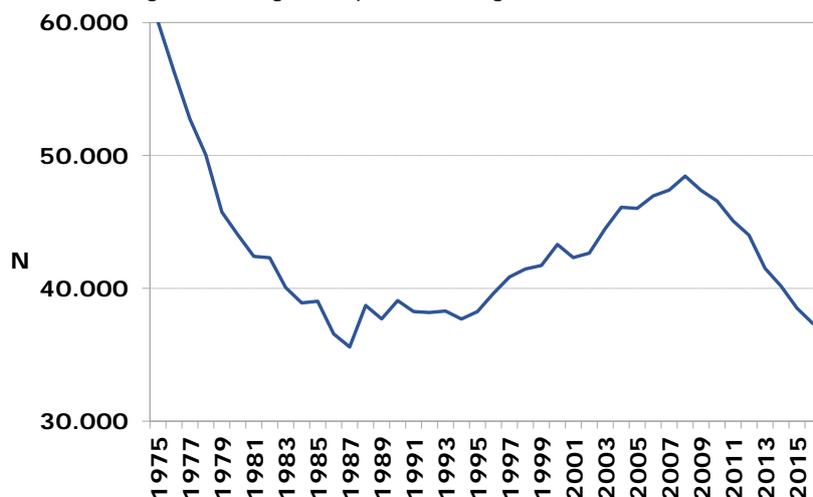
12 punti nascita con più di 1.000 parti/anno, 15 punti nascita da 500 a 1.000 parti/anno e 9 punti nascita al di sotto di 500 parti/anno; è stata approvata dal Tavolo nazionale sui LEA e dalla Commissione nazionale percorso nascita.

Fecondità

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 2.59). Più fattori concorrono a determinare il recente decremento, certamente i più importanti sono rappresentati dalla crisi economica e dalla diminuzione del numero delle potenziali madri, in quanto nate durante il periodo di minimo storico. Ci si può ragionevolmente attendere una futura ripresa della natalità durante i prossimi anni, quando si presenteranno, all'età di maggior fecondità, le coorti di donne, più numerose, nate alla fine degli anni '80.

Dopo l'incremento rilevante delle nascite da straniere registrato dal 2002 al 2009 (+131%), a partire dal 2010 la crescita in termini percentuali di parti da immigrate è stata più contenuta. Nel 2016 i parti da straniere hanno rappresentato il 28,3% dei parti in Veneto (Figura 2.60). Nonostante il contributo delle donne straniere alle nascite in Veneto rimanga dunque importante, dal 2011 si osserva anche per i parti da straniere una riduzione nel numero assoluto, passando da 12.280 (anno 2011) a 10.396 unità (anno 2016).

Figura 2.59 – Nati vivi in Veneto, 1975-2016
(Fonte: ISTAT; Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)



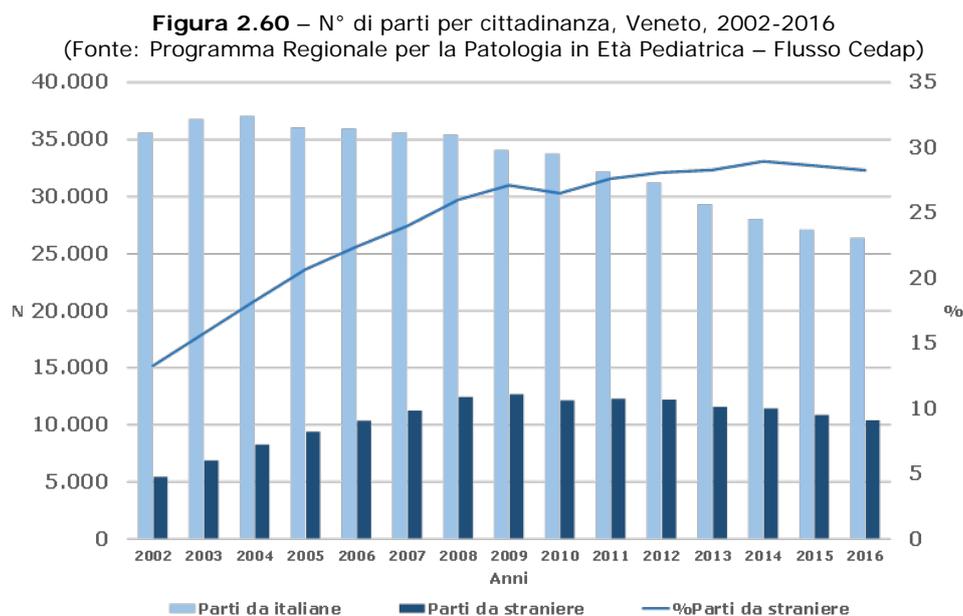
Al 01/01/2016 in Veneto le donne in età fertile ammontano a 1.048.792 unità, dalle quali si registrano nel corso del 2016 circa 47.000 gravidanze, 36.772 parti e 37.427 nati.

Il numero medio di figli per donna è pari a 1,34, in leggero calo rispetto al 2015 (1,35), anche a livello nazionale l'indicatore è pari a 1,34 (ISTAT, www.demo.istat.it).

Verona e Padova si confermano le provincie con il quoziente di natalità (rispettivamente 9,0‰ e 8,4‰) e di fecondità (rispettivamente 41,4‰ e 38,9‰) più elevati, anche se in discesa rispetto allo scorso anno, mentre Rovigo registra i valori più bassi della Regione.

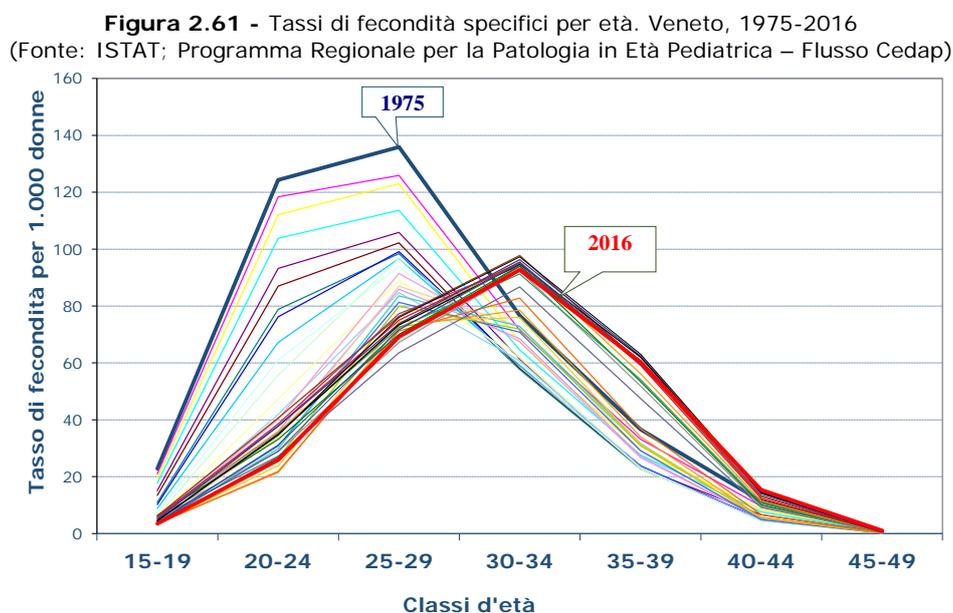
L'età media al parto è per il Veneto di 32 anni. Il 69% dei parti riguarda donne con età pari o superiore ai 30 anni, in particolare una madre su tre ha 35 anni o più.

Negli ultimi dodici anni la percentuale di parti da donne over 35 anni è passato gradualmente dal 25% (2002) al 35% (2016), 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 2016. Rimane invece costante nel tempo la percentuale di parti da minorenni (0,2%).



La Figura 2.61 riporta la distribuzione dei tassi di fecondità specifici per età dal 1975 al 2016. Risulta evidente come nell'arco di questi quarant'anni l'intervallo delle età più feconde si sia spostato dai 20-30 ai 25-35 anni, e contemporaneamente si sia abbassato il picco del tasso di fecondità, passato da un massimo di 135,9 per 1000 donne della classe 25-29 nell'anno 1975, ad un massimo di 92,7 per la classe 30-34 nell'anno 2016. Il grafico mette anche in evidenza l'incremento nel tempo della fecondità per la classe 40-44 anni.

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



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, nell'ultimo triennio l'indicatore si è stabilizzato attorno al 25%. (Figura 2.62). 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 2.22).

Figura 2.62 - N° di parti percentuale di cesarei. Veneto, 2002-2016
(Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)

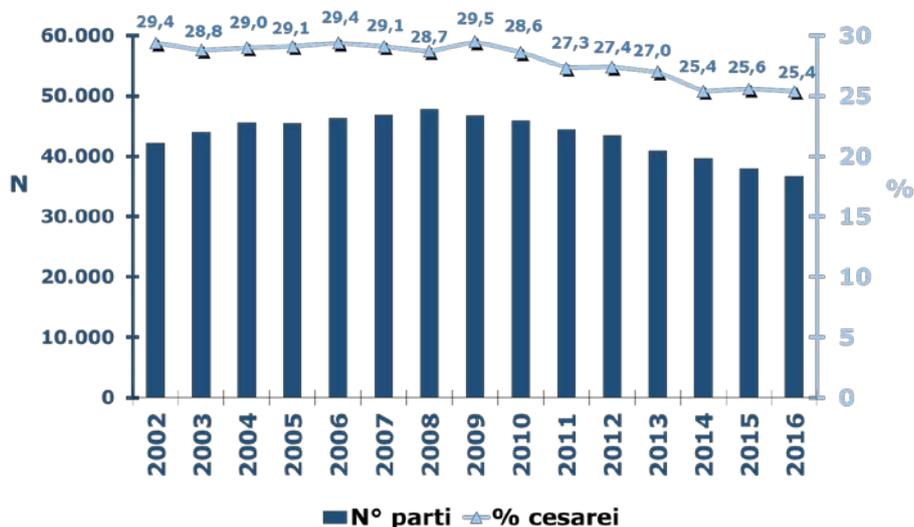
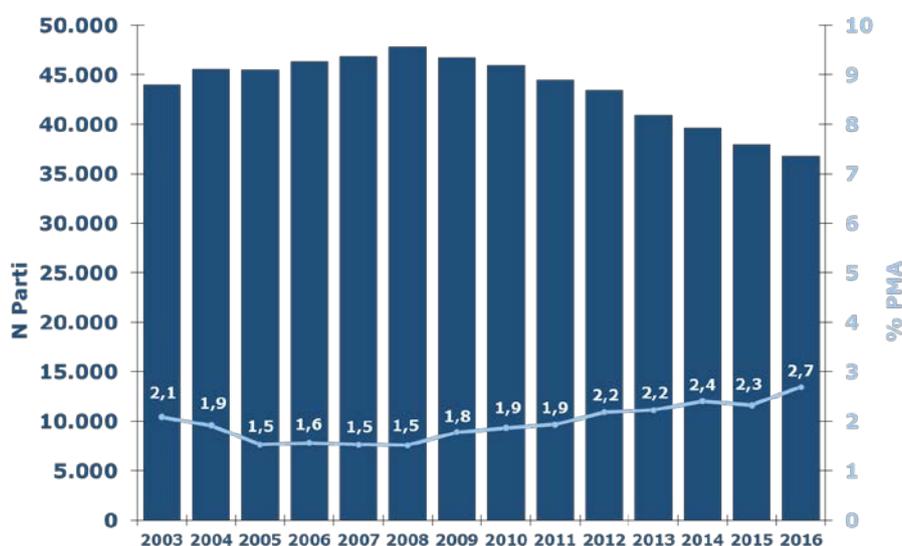


Tabella 2.22 - Distribuzione parti vaginali con controllo del dolore per tipo di tecnica di controllo del dolore. Veneto, 2016. (Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)

Tipologia del controllo del dolore	N
Analgesia epidurale	3.838
Analgesia spinale	216
Analgesia combinata epidurale/spinale	606
Analgesia farmacologica enterale/parentale	23
Analgesia inalatoria (protossido)	651
Agopuntura	5
Blocco del nervo pudendo (solo se pre-parto)	4
Blocco paracervicale	6
Ipnosi	2
Travaglio/parto in acqua	1.037
Più metodi combinati	781
Altri metodi	2.334
Totale	9.503

Altri importanti aspetti di rilievo che interessano il percorso nascita, comprendono il ricorso alla procreazione medicalmente assistita (PMA), la diagnostica prenatale invasiva. Nel 2016, 990 donne hanno dato alla luce un nato in seguito a PMA, pari al 2,7% dei parti (Figura 2.63). Nell’arco di tempo osservato, la percentuale di parti da PMA ha ripreso gradualmente a crescere. I nati da PMA, sia singoli che plurimi, presentano rischi maggiori di prematurità e basso peso alla nascita: il 2,1% vs lo 0,7% dei nati singoli e il 14,8% vs il 7,0% dei nati plurimi nasce prima delle 32 settimane gestazionali, mentre il 2,1% vs lo 0,7% dei nati singoli ed il 14,3% vs 7,6% dei plurimi nasce con peso inferiore ai 1.500 grammi.

Figura 2.63 - Parti e percentuale di parti in seguito al ricorso alla PMA. Veneto, 2003-2016.
(Fonte: Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica – Flusso Cedap)



Il ricorso alla diagnostica prenatale (amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/funicolocentesi) riguarda il 14,5% 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 50% (2016).

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 5.039 nel 2016, 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 4,8‰ nel 2016. Anche l'abortività spontanea (AS) descrive nel tempo un analogo trend in decremento passando da 7.094 unità nel 2006 a 5.271 unità nel 2016.

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 2016, il 42,5% delle interruzioni in Veneto ha riguardato donne straniere (in Italia tale percentuale si attesta al 30%) e circa una donna su quattro aveva già subito una precedente interruzione. In fenomeno delle IVG ripetute riguarda maggiormente le straniere: il 36% 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 (7,6% sotto le 37 settimane, 0,7% tra le 31 e le 28 settimane di gestazione 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

La natimortalità in Veneto è pari a 2,3 per 1.000 nati nel 2016: valore tra i più bassi registrati negli ultimi trent'anni. Per poter confrontare i valori di natimortalità della nostra Regione con quelli nazionali, dobbiamo riferirci all'anno 2014, ultimo anno disponibile delle statistiche nazionali tratte dal flusso Cedap da cui emerge che i valori registrati nella nostra Regione sono perfettamente sovrapponibili ai dati nazionali (2,7 per 1.000 vs 2,7 per 1.000).

L'analisi dei trend dal 2002 al 2015 ha permesso di confermare una stabilità dei valori veneti, calcolati a partire dai dati CEDAP, con oscillazioni comprese dal massimo di 3,2 (2002) al minimo di 2,6 per 1.000 nati (2013). Nel 2016 si registra un calo al 2,27 per 1.000 nati vivi.

Ospedalizzazione da 0 a 18 anni

Nel 2016 la rete ospedaliera in Veneto risulta formata da 84 ospedali, di cui 38 presentano unità operative dedicate ai minori, unità che possono essere chiamate "i luoghi dell'ospedale per i bambini". Di queste 38 unità operative, 32 sono reparti di Pediatria.

Nel Veneto il tasso di ricovero per i pazienti con età compresa tra 0 e 18 anni per il 2016 è pari a 48,6 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 89,9 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 68,6, in corrispondenza dell'ex-ULSS 10 Veneto Orientale, e valori di massimo pari a 109,7 in corrispondenza dell'ex-ULSS 22 Bussolengo. In generale, i valori più alti di ospedalizzazione si osservano per due (ex-ULSS 20 e 22) delle tre ULSS appartenenti alla provincia di Verona (ex-ULSS 20, 21 e 22).

I tassi di ricovero calcolati escludendo il ricovero per nascita confermano quanto osservato per i tassi calcolati su tutti i ricoveri: Bussolengo e Verona vantano i tassi di ricovero più alti, mentre l'Alto Vicentino 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 condizioni morbose di origine perinatale (18%), malattie dell'apparato respiratorio (17%), traumatismi (11%) e malattie dell'apparato digerente (8%); i residenti fuori regione per malattie del sistema nervoso (13%), malformazioni congenite (13%), e traumatismi (11%).

Analizzando ricoveri ordinari per reparto di dimissione, compresi i ricoveri di nascita, si osserva che il nido assorbe il 48% dei ricoveri, mentre la Pediatria costituisce il secondo reparto di dimissione con il 24% 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 5,9 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 2017 in Veneto ha presentato un'incidenza di 22 casi ogni 100.000 nati vivi. Per i pazienti affetti da questa sindrome, in Regione circa il 10% 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 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 e di una relazione valida hanno mostrato di poter determinare un gravissimo danno cerebrale permanente, sia strutturale che metabolico (legato alla catena stress), simulando 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, ritardo e disturbi del linguaggio, problemi di memoria e di controllo delle emozioni, oltre che disturbi comportamentali 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 danni per i bambini esposti 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.

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, con attese sproporzionate rispetto al bambino e condizioni di vulnerabilità relativa o transitoria.

Interventi di sensibilizzazione e formazione dei professionisti a sostegno di una diagnosi precoce e interventi di prevenzione primaria con sostegno alla famiglia e alla genitorialità, attraverso strumenti già disponibili con la modalità dell'home visit al domicilio delle famiglie o

di campagne di informazione (come quella in atto per lo scuotimento www.nonscuoterlo.it) , dovrebbero tener conto di questo dato ed essere programmati nel corso della gravidanza e nei primi mesi di vita del bambino, potendo dare risultati concreti di riduzione dell'impatto sulla spesa sanitaria già nell'arco di 5 o 6 anni dall'avvio.

Approfondimenti

Facchin P. et al., Rapporto tecnico Attività 2017. Registro Nascite, Regione Veneto.

Facchin P. et al., Rapporto tecnico Attività 2017. 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_2686_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

Sede: via Donà 11 35129 Padova

Telefono: 049 8215700

e-mail: registronascita@regione.veneto.it

3. La nuova organizzazione del SSR (LR 19/2016)

3.1 Il nuovo assetto territoriale delle Aziende ULSS

Quadro di sintesi

La L.R. 19 del 25 ottobre 2016 (integrata dalla L.R. 30 del 30 dicembre 2016) ha ridisegnato l'assetto organizzativo e territoriale delle Aziende ULSS della nostra Regione, riducendone il numero da 21 a 9, con l'obiettivo di porre l'intero Sistema Socio Sanitario Regionale nelle condizioni di erogare servizi di sempre più elevata qualità, tempestività e accessibilità, assicurando nel contempo l'equità e l'efficacia dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione e la sostenibilità del sistema. Vengono al tempo stesso rafforzate l'integrazione tra Ospedale e Territorio e la continuità dell'assistenza, anche attraverso la definizione e diffusione di strumenti innovativi quali le Medicine di Gruppo Integrate, la Centrale Operativa Territoriale, gli Ospedali di Comunità, ecc.

La L.R. 19/2016, integrata poi dalla L.R. 30/2016, ha ridisegnato nel Titolo III l'assetto territoriale e organizzativo delle Aziende ULSS del Veneto a partire dall'1 gennaio 2017, al fine di ridurre i costi connessi alle direzioni strategiche, agli organi aziendali e alle unità operative tecnico-amministrative, senza intaccare il livello qualitativo dei servizi.

La stessa L.R. 19 (al Titolo I) ha anche istituito l'Azienda Zero, Azienda per la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Il progetto di cambiamento del SSR Veneto è ispirato a una serie di principi guida, volti a garantire un'unica visione d'insieme e un approccio comune:

- il cittadino al centro: definire un sistema di offerta commisurato ai bisogni della popolazione per fornire assistenza e servizi con risposte veloci ed appropriate per la salute dei cittadini;
- governo clinico: definire e utilizzare un sistema di «standard», sostenuto dalla letteratura e dall'applicazione sul campo, che permetta di programmare e monitorare l'organizzazione dei servizi, dei processi, delle performance, delle risorse umane, della tecnologia e dei risultati di salute del SSR;
- meno burocrazia più salute: creazione dell'Azienda Zero come infrastruttura di supporto tecnico amministrativo per permettere alle Aziende Sanitarie di dedicarsi completamente all'attività istituzionale di prevenzione e cura della salute dei cittadini veneti;
- misurare, controllare, verificare, sanzionare, premiare: applicare un sistema di verifica, monitoraggio e controllo, su più livelli, per il rispetto degli standard e della programmazione regionale da parte delle Aziende e degli Istituti del SSR.

I risultati attesi dalla completa realizzazione di questo percorso di riforma riguardano sia aspetti di efficienza che di efficacia.

Sul piano dell'efficienza ci si attende lo sfruttamento di economie di scala con una riduzione dei costi medi unitari e l'attivazione di economie di specializzazione sulle aree oggetto dell'intervento, con una riduzione delle frammentazioni e duplicazioni di strutture e un dimensionamento più aggiornato e adeguato delle unità organizzative.

Per quanto riguarda l'efficacia, con lo studio e la reingegnerizzazione dei processi, si prevede la semplificazione e la standardizzazione delle procedure e il contestuale aumento della trasparenza nei confronti del cittadino, grazie a una velocizzazione nell'implementazione e nell'allineamento rispetto a nuove leggi e procedure e alla realizzazione di maggiori sinergie e un miglioramento della qualità dei servizi, basato anche sulla messa a fuoco di best practices a livello regionale.

Dall'1 gennaio 2017 sono quindi operative le nuove Aziende ULSS venete:

- Azienda ULSS 1 Dolomiti (sede Belluno);
- Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana (sede Treviso);
- Azienda ULSS 3 Serenissima (sede Venezia);
- Azienda ULSS 4 Veneto Orientale (sede San Donà di Piave);
- Azienda ULSS 5 Polesana (sede Rovigo);
- Azienda ULSS 6 Euganea (sede Padova);
- Azienda ULSS 7 Pedemontana (sede Bassano del Grappa);
- Azienda ULSS 8 Berica (sede Vicenza);
- Azienda ULSS 9 Scaligera (sede Verona).

Figura 3.1 - AULSS del Veneto dall'1 gennaio 2017



Sono rimaste inalterate le realtà di tipo ospedaliero, non caratterizzate da un territorio di riferimento, vale a dire l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) Istituto Oncologico Veneto.

La riforma è stata implementata nel corso del 2017 attraverso una serie di provvedimenti amministrativi che hanno dato vita alle nuove realtà aziendali e hanno portato all'approvazione dei nuovi Atti Aziendali delle AULSS venete e di altri Enti del SSR.

Nel corso del 2017 sono stati approvati o hanno esplicato i loro effetti altri provvedimenti collegati alla riforma operata dalla L.R. 16, come ad esempio la Deliberazione della Giunta Regionale n. 2174 del 23 dicembre 2016 "Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19", che ha disposto importanti misure, in gran parte correlate alla ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS, relativamente a vari ambiti della sanità regionale, quali personale del SSR, lavori di edilizia sanitaria, assistenza territoriale e Cure Primarie, rete dei Comitati Etici, erogatori privati accreditati, Piani di Zona, impegnative di cura domiciliare, Unità di Offerta Socio Sanitarie, gestione sinistri e rischio clinico, assistenza farmaceutica, integrativa e protesica, strutture di Cure intermedie, liste di attesa e organizzazione del sistema dei controlli dell'attività sanitaria.

Inoltre, va evidenziato che, in un quadro di progressiva riduzione delle risorse destinate al servizio sanitario su base nazionale, assume un valore particolare l'adozione di una ripartizione finanziaria delle risorse del Fondo Sanitario Regionale con validità biennale per il periodo 2017 – 2018, intervento che contribuisce a garantire una base di certezza nella programmazione economico - finanziaria delle Aziende/Istituti del SSR.

Dal punto di vista dell'organizzazione territoriale del SSR, va sottolineato il rafforzamento del ruolo del Distretto, quale articolazione dell'AULSS che misura e analizza i bisogni di salute della popolazione di riferimento, interpretando i bisogni e traducendoli in domanda di assistenza, elaborando i più adeguati modelli organizzativi e identificando i più appropriati luoghi di cura. I bacini delle AULSS esistenti anteriormente alla data di entrata in vigore della nuova Legge sono diventati i Distretti delle nuove AULSS. A seguito di tale riorganizzazione, oggi nel Veneto ci sono 26 Distretti.

La L.R. 19/2016, all'articolo 26, ha conseguentemente istituito le nuove Conferenze dei Sindaci, con riferimento al bacino territoriale delle nuove AULSS del Veneto e ha, inoltre, istituito in ogni Distretto il Comitato dei Sindaci di Distretto.

In ogni AULSS ed Azienda Ospedaliera il Collegio dei revisori viene sostituito dal Collegio sindacale e viene costituito il Collegio di direzione.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Risorse Strumentali SSR

Palazzo Molin, S. Polo, 2514 - Venezia

Telefono: 041/2793434 – 3488 – 3550

e-mail: risorsestrumentalissr@regione.veneto.it

3.2 L'Azienda Zero

Con LR 19/2016, la Regione del Veneto ha istituito una nuova azienda (Azienda Zero) con funzione di holding del proprio Servizio Sanitario Regionale scorporando dalla Regione e dalle Aziende Socio Sanitarie funzioni, uffici, personale e risorse destinate alla gestione sanitaria ed affidare alla stessa la governance del sistema.

A livello nazionale, da più parti, questa viene riconosciuta come una delle innovazioni organizzative più interessanti degli ultimi anni nel panorama nazionale. Infatti, si presenta come una risposta di assoluta discontinuità, nei confronti della sempre più avvertita esigenza di un modello di funzionamento della Sanità, che risponda maggiormente a logiche aziendali e, contemporaneamente, renda effettiva la logica del gruppo sanitario, di cui tanto si è discusso in questi anni senza che siano state sviluppate soluzioni convincenti a livello nazionale. Inoltre, si pone come efficace strumento di aggregazione ed accentramento di funzioni aziendali in grado di garantire, potendo correlare attività e gestione delle risorse, un rapido raggiungimento degli standard di efficienza, efficacia ed economicità attesi.

La costituzione dell'Azienda Zero risponde all'esigenza di operare una forte semplificazione e razionalizzazione del sistema, trasferendo le attività di natura gestionale (gestione sanitaria accentrata) dall'amministrazione regionale ad un nuovo ente del servizio socio sanitario regionale, che progressivamente assorbirà una quota rilevante delle attività tecnico-amministrative oggi replicate, in modo non sempre efficiente, presso tutte le Aziende del SSR, come definito nell'art. 2 punto g della LR 19/2016, quali:

- 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), come previsto secondo un regolamento approvato dalla Giunta regionale;
- le procedure di selezione del personale del comparto sanità, secondo un regolamento approvato dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare;
- il supporto tecnico alla formazione manageriale e del rischio clinico di valenza regionale;
- le procedure di accreditamento ECM;
- il supporto al modello assicurativo del sistema sanitario regionale, in particolare per il contenzioso e per le eventuali transazioni;
- le infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;
- l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- la gestione del contenzioso del lavoro e sanitario, attraverso la sottoscrizione di una convenzione tra ogni singola Azienda ULSS, Aziende ospedaliere e ospedaliero universitarie, Istituto Oncologico Veneto (IOV) e l'Azienda Zero, che garantisce il patrocinio e la difesa; il modello di convenzione è deliberato dalla Giunta regionale;
- la progressiva razionalizzazione del sistema logistico;
- i servizi tecnici per la valutazione della HTA;
- l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico e la conseguente tessera sanitaria elettronica per tutta la popolazione veneta.

I risultati attesi nella realizzazione di questo percorso riguardano sia aspetti di efficienza che di efficacia. Per quanto compete all'efficienza si attende lo sfruttamento di economie di scala con una riduzione dei costi medi unitari e l'attivazione di economie di specializzazione sulle aree

oggetto dell'intervento con una riduzione delle frammentazioni e duplicazioni ed un ridimensionamento delle unità organizzative. Per quanto riguarda l'efficacia, con lo studio e la reingegnerizzazione dei processi, si prevede la semplificazione e la standardizzazione delle procedure e il contestuale aumento della trasparenza nei confronti del cittadino, grazie ad una velocizzazione nell'implementazione e nell'allineamento rispetto a nuove leggi e procedure, a maggiori sinergie ed un miglioramento della qualità dei servizi.

Azienda Zero, pertanto, è chiamata a revisionare ogni singola tipologia di processo, al fine di:

- coinvolgere i professionisti delle Aziende del SSR in team multidisciplinari, per la mappatura dei singoli processi, delle attività, delle risorse umane coinvolte, delle procedure utilizzate, degli output realizzati, dei tempi di attraversamento, delle tipologie / qualità e quantità degli output realizzati;
- definire le attività da mantenere a livello periferico / da ricondurre sulle nuove Aziende / da attivare su Azienda Zero;
- omogeneizzare le procedure, i sistemi di controllo, le applicazioni informatiche, i flussi informativi;
- definire il modello organizzativo sia per le Aziende Ulss, Ospedaliere e per l'Azienda Zero;
- definire il nuovo assetto tecnologico, derivante dall'aggregazione delle attività amministrative su scala maggiore, con la quantificazione dei livelli di servizio, gli indicatori per la misurazione delle performance ed i target attesi;
- pianificare azioni e tempi del cambiamento, gestendo anche i gruppi di lavoro aziendali ed interaziendali;
- fornire il necessario supporto metodologico e formativo agli agenti del cambiamento.

Per raggiungere i risultati attesi la logica che guida il processo di accentramento è importante quanto il modello organizzativo a cui tendere, che dipenderà dalle seguenti variabili:

- Corretto dimensionamento - bilanciamento tra vantaggi economici della dimensione accentrata e tempi e costi di coordinamento di unità più grandi;
- Accentramento regolato - i tempi di processi più complessi o le esigenze specifiche decentrate possono far considerare il grado di accentramento a favore di un bilanciamento tra centro e Aziende ULSS;
- Livello di servizio - bilanciamento tra spinta all'efficienza e attenzione all'efficacia dell'infrastruttura amministrativa a supporto dell'attività socio-sanitaria - gestione della dipendenza funzionale tra staff nelle Aziende Sanitarie e staff accentrati per un servizio sanitario di qualità;
- Best practices: cambiamento organizzativo come occasione di miglioramento e innovazione.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

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

4.1 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 cronic-degenerative e le loro complicanze (Paragrafo 3.4.1 pag. 89) Ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari (Paragrafo 3.4.1 pag. 90).

Quadro di sintesi

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

MO1: riduzione delle malattie cronic-degenerative;

MO2: prevenzione dei disturbi neurosensoriali;

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

MO4: prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti;

MO5: prevenzione degli incidenti stradali;

MO6: prevenzione degli incidenti domestici.

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

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

Secondo le indicazioni della progettazione per setting e nell'ottica di interventi life course, i Programmi contenuti nei primi 6 MO si sviluppano ampiamente in:

- Setting Scuola: programmi per promuovere corretti stili di vita, prevenzione degli incidenti domestici e stradali per studenti dalla scuola dell'infanzia alla secondaria di II° grado. Con questi programmi viene soddisfatta la vision regionale che mira a coinvolgere gli alunni di ogni ordine e grado lungo tutto il continuum di studi. E' stato siglato un protocollo (DGR 1627/2016) tra Regione del Veneto (11 Strutture regionali) e USRV con l'obiettivo di promuovere il benessere a scuola.

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

- Setting Ambienti Sanitari è particolarmente ricco di Programmi che prevedono, attraverso il coinvolgimento diretto e il qualificato contributo degli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e di vari Servizi Ospedalieri e territoriali, la promozione di sani stili di vita sin dal periodo preconcezionale, lungo tutto l'arco della vita. Si riconosce il ruolo fondamentale del personale sanitario che, opportunamente formato anche sul Counselling Breve per la promozione di corretti comportamenti, può, attraverso l'empowerment individuale e collettivo promuovere scelte salutari di vita e ambienti sanitari favorevoli alla salute.

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

Programma	Azioni	Attività svolte
Coordinamento operativo sorveglianze su stili di vita (Passi, Passi D'Argento, OKKio alla Salute, HBSC)	<ul style="list-style-type: none"> - 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. Con il PASSI sono state raccolte 4.086 interviste. - E' stata avviata la sorveglianza PASSI d'Argento: tutte le Aziende Ulss hanno aderito per raccogliere le interviste del campione regionale.
Guadagnare Salute: Formazione, produzione di materiali e organizzazione di eventi	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione materiale didattico-informativo - Formazione - Eventi di sensibilizzazione/ divulgazione a livello regionale 	<ul style="list-style-type: none"> - Seconda edizione dell'iniziativa "Raccontiamo la salute con 4 A", con la partecipazione di circa 1.000 bambini (30 scuole primarie). Realizzati 7 cartoons sulle tematiche della salute.
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"> - Sono state implementate le aperture dei laboratori: 7 aperture la settimana. E' stata realizzata una versione trasportabile del laboratorio alimentazione da mettere a disposizione delle A.ULSS. - 5 giornate di formazione per operatori ed insegnanti sui vari laboratori. - 10.090 studenti delle scuole della Regione del Veneto hanno partecipato ai 4 laboratori, provenienza da tutte le A.ULSS.
MuoverSi - Promozione attività motoria nel ciclo di vita, con attenzione all'intervento su determinanti ambientali e contrasto delle disuguaglianze	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivazione del movimento nelle donne in età fertile e miglioramento dell'autonomia nei bambini (0-6 anni). - Percorso Muovimondo - Laboratorio esperienziale MuoverSi - 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"> - Adesione di tutte le A.ULSS - Utilizzo del Laboratorio MuoverSi a Verona presso Villa Buri per scuole primarie e secondarie accessi anno 2016: 1664 alunni (88 classi) - Formazione per operatori ULSS e insegnanti. - Presenza di gruppi cammino e attivazione Pedibus in tutte le ULSS. - Aggiornamento sito web
Sviluppo Carta di Toronto come modello per l'advocacy, la creazione di reti, la progettazione partecipata	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione Comunità di pratica e apprendimento tra gruppi Guadagnare Salute in Veneto, autoformazione e tutoraggio - Formazione con esperti su temi emersi dall'analisi dei bisogni formativi - Revisione esperienze di interventi di advocacy, networking e progettazione partecipata secondo il modello delle Buone Pratiche (DORS) 	<ul style="list-style-type: none"> - E' proseguita l'attività di formazione al personale delle Aziende Ulss per l'acquisizione di nuove competenze nell'ambito della promozione della salute: 4 giornate di formazione con esperti, 3 incontri di autoapprendimento. - La Comunità di Pratica consta di 37 persone provenienti dalle diverse aziende sanitarie del Veneto - Sono state selezionate 3 esperienze sul territorio valutabili secondo lo standard nazionale delle Buone pratiche
Prescrizione dell'esercizio fisico	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione gruppi di lavoro all'interno delle ULSS partecipanti - Creazione della rete palestre territoriali - Formazione 	<ul style="list-style-type: none"> - In tutte le Ulss aderenti al programma è stato concluso il censimento delle palestre. - Proseguita anche per il 2017 la diffusione della FAD per tutto il personale sanitario ("Attività fisica e corretti stili di vita"). - E' stato predisposto il percorso formativo sia per il personale sanitario aderente al programma che per gli specialisti dell'esercizio fisico, che verrà attuato nel 2018

Programma	Azioni	Attività svolte
<p>Coordinamento sistemi di monitoraggio della normativa sul fumo e promozione ambienti liberi dal tabacco</p>	<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 Aziende ULSS venete hanno aderito ad almeno un monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo di tabacco: 9 Aziende hanno svolto il monitoraggio in ambienti di vita e di lavoro per un totale di 725 schede raccolte e 2.591 ambienti visitati; 4 Aziende ULSS hanno partecipato attivamente al percorso Azienda Sanitaria Libera dal Fumo con 682 check list raccolte e 307 schede accertatore inserite. - Formazione sul campo rivolta ad operatori sanitari (79 partecipanti) addetti ai monitoraggi in ambienti di vita e di lavoro. - 2 incontri di restituzione e analisi dei dati 2016 e di coordinamento con i Referenti Aziendali di Programma
<p>Coordinamento e sviluppo della prevenzione del tabagismo in ambiti scolastici e di comunità in un'ottica di promozione della salute</p>	<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"> - 2 eventi formativi congiunti sul programma didattico Diario della Salute per un totale di 16 ore con la partecipazione di 37 partecipanti (6 operatori ULSS e 31 docenti) - Tutte le 9 Aziende Ulss hanno aderito alla programmazione regionale, coinvolgendo circa l'8% degli istituti scolastici target del Veneto - 4.895 copie di materiale didattico distribuito presso 7 Az.ULSS - Celebrazione Giornata Mondiale Senza Tabacco con la premiazione delle classi vincitrici del Concorso Smoke Free Class - Attivata pagina FB IO SCELGO con 542 Mi piace a fine 2017 - Partecipazione all'Osservatorio regionale Peer Education e contributi ad iniziative interconnesse con il Programma regionale di Peer education (ad es. interventi alla Summer School per peer senior e alla formazione congiunta sulla peer education e sostanze illegali) - 7 incontri a carattere provinciale rivolti ad operatori della scuola e della sanità per la presentazione del Protocollo Regione /Scuola e del programma congiunto delle attività a.s. 2017/2018.
<p>Coordinamento e sviluppo rete Ospedali Amici del Bambino e promozione allattamento al seno</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione Progetto OMS/UNICEF "Ospedali Amici dei Bambini(Percorso a tappe dell'Audit UNICEF, che include attività di tutoraggio, da parte di un Tutor assegnato ad ogni Punto Nascita, e tre successivi momenti di Valutazione del Percorso BFH nei Punti Nascita aderenti al progetto - Promozione del Progetto OMS/UNICEF "Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno" 	<ul style="list-style-type: none"> - Certificazione BFH dell'Ospedale all'Angelo di Mestre - Gli ospedali di Belluno e di Vittorio Veneto hanno superato la Fase 1; - L'Ospedale di Venezia ha iniziato la parte di perfezionamento della Fase 2; - rivalutazioni positive: Bassano e Bussolengo - 5 ospedali Amici del Bambino - 8 ospedali che hanno superato la fase 2
<p>GenitoriPiù – Coordinamento Promozione Salute Materno-Infantile</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione delle 8 azioni di promozione della salute 	<ul style="list-style-type: none"> - Rete: consolidamento rete regionale anche in sinergia con altri progetti regionali - Promozione: gestione sito dedicato www.genitoripiu.it (62.954 utenti)

Programma	Azioni	Attività svolte
<p>Coordinamento e sviluppo del sistema veneto del trattamento del tabagismo</p>	<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"> - Completamento implementazione modulo formativo 1° livello TT: 5 edizioni per un totale di 141 operatori formati. - Formazione formatori (II° edizione): 24 discenti appartenenti a 6 Az.ULSS venete - Supporto tecnico a 14 edizioni organizzate a cascata a livello locale per un totale di 358 operatori sanitari formati. - 26 ambulatori specialistici attivi di 2° livello di TT presenti in ogni Az.ULSS e Azienda Ospedaliera veneta - Contributo nella realizzazione del Corso di Perfezionamento sul Trattamento del Tabagismo dell'Università degli Studi di Verona (30 partecipanti provenienti da 6 Az.ULSS) e nella realizzazione della tavola rotonda annuale con ospiti internazionali (70 partecipanti) - Due percorsi formativi sul campo con produzione di materiale scientifico sull'utilizzo delle tecniche distensive nel campo del trattamento del tabagismo - Conclusione e presentazione dei dati della ricerca Focus Fumo Donna e costituito un gruppo di lavoro specifico per le ricadute operative. - 1.800 segnalibri smettintempo personalizzabili distribuiti in 6 ULSS e 21 totem distribuiti in 3 ULSS su richiesta degli ATT - Aggiornamento costante del sito dedicato www.smettintempo.it che ha registrato 19.367 visualizzazioni e 4.814 utenti unici.
<p>MammePiù Guadagnare Salute in gravidanza</p>	<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"> - Nell'anno 2017 è stato avviato il gruppo di lavoro specifico, è stata creata la rete assistenziale nonché il piano formativo per le quattro aree, ed è stato redatto e approvato con delibera il protocollo delle attività del laboratorio esperienziale. - Formazione di 45 ostetriche provenienti da 8 AULSS del Veneto. - Diffusione di materiale di formazione a tutte le AULSS del Veneto. - Nel 2017, è stato inaugurato e avviato il Laboratorio esperienziale sugli stili di vita sani, MITOSI, rivolto alle donne in gravidanza, presso l'Ospedale Civile di Venezia.
<p>Programma promozione corretta alimentazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulenza dietetico-nutrizionale - Educazione e promozione della salute in ambito alimentare - Ristorazione collettiva sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - Stesura Linee di indirizzo per Ambulatori Nutrizionali dei SIAN - 2 corsi di formazione rivolti agli operatori degli ambulatori nutrizionali - Coordinamento delle attività degli 8 ambulatori nutrizionali dei SIAN (rete integrata dei SIAN) - Approvate con DGR n.1189 del 01.08.2017 Le Linee di indirizzo per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica
<p>Formazione personale sanitario su prevenzione problemi alcol-correlati</p>	<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"> - FAD attiva per MMG e operatori sanitari ECM 10,5 crediti - N° 542 operatori sanitari che hanno completato con successo la FAD di tutte le ULSS e AO venete - 1.900 depliant divulgativi sulla FAD distribuiti in tutte le ULSS - Incontro di coordinamento con i Referenti Aziendali di Programma

Programma	Azioni	Attività svolte
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 60%
Peer education: prevenzione dei comportamenti a rischio (alcol, tabacco, sostanze psicoattive, HIV/MTS...) negli adolescenti in ambito scolastico	<ul style="list-style-type: none"> - Osservatorio/laboratorio - Formazione operatori - Interscambio esperienze e conoscenze a livello regionale, nazionale e europeo - Corso formazione peer seniors 	<ul style="list-style-type: none"> - 9 A.ULSS hanno aderito al Programma con un totale di 1.080 nuovi peer formati appartenenti a 68 istituti secondari di II° grado veneti - Corso di formazione per peer senior: "Summer school per peer senior del Veneto": 17 partecipanti - Prodotto cortometraggio su "salute a scuola- Il ruolo del Peer" distribuito in tutte le Az.ULSS come materiale divulgativo e formativo - Formazione congiunta operatori sanitari/docenti su peer education e sostanze illegali per un totale di 75 operatori sanitari e 123 docenti formati - 2.240 dépliant distribuiti in 9 Az.ULSS - 1.300 adesivi con il logo Peer educator in Veneto distribuiti in 8 Az.ULSS - Pagina FB Peer educator in Veneto con 567 Mi piace a fine 2017
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. - Progettazione della campagna regionale "Ci metto la faccia".
Prevenzione incidenti domestici	<ul style="list-style-type: none"> - Baby bum. La vita cambia, cambia la casa - Affy Fiutapericolo - Argento Attivo - Comunicazione e Formazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Baby bum: inviato a tutte le Aziende Ulss il materiale formativo/informativo - Affy Fiutapericolo: integrazione del kit didattico con il pieghevole "Cani e bambini: consigli per la sicurezza" . Distribuzione di materiale ai referenti di 6 su 9 Aziende Ulss. - ARGENTO ATTIVO: Formazione alle Aziende Ulss - Campagna di comunicazione "Aiutonsoincasa" svoltasi in tutte le province della Regione in collaborazione con i grandi Centri Commerciali. - Aggiornamento sito www.aiutonsoincasa.com

Comunicazione e Formazione

Nel Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2014-2018 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 di Comunicazione cosiddetta classica che di Comunicazione digitale, è oggetto di monitoraggio continuo tra le diverse tipologie di attività centrali svolte dalle Aziende ULSS assegnatarie di Programma.

Dal monitoraggio emerge che nel corso del 2017:

- 14 Programmi hanno svolto almeno una attività di comunicazione *classica* (3 programmi con ben tre attività diverse). Il metodo che appare più diffuso è quello dei Volantini/Brochure. A 1.190 partecipanti a convegni sono stati distribuiti:
 - 16 spot/video,
 - 3.687 manifesti/poster,
 - 177.569 volantini/brochure,
 - 1.300 adesivi.
- 21 Programmi hanno svolto almeno una attività di comunicazione digitale:
 - 5 programmi hanno attivato una newsletter
 - 14 programmi hanno un proprio sito dedicato
 - 5 programmi hanno uno spazio dedicato all'interno della pagina web regionale
 - 8 programmi hanno attivato pagine facebook o Twitter (3 entrambi i social network)

Il ruolo della **formazione** è fondamentale sia per l'importanza della veicolazione di messaggi affinché siano 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, ma anche quale momento di confronto e di possibilità di potenziare e dare vita a quell'importante modalità di lavoro in rete che non comprende solo il mondo sanitario. Diversi programmi infatti prevedono eventi formativi congiunti, rivolti cioè ad operatori sanitari e rappresentanti di soggetti partner e/o stakeholder di appartenenza altra dal mondo sanitario. La formazione è una delle risorse fondamentali per lo sviluppo degli interventi del PRP. Pertanto 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 nell'annualità 2017, 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 dati raccolti emerge che:

- la formazione in aula è l'attività formativa più utilizzata nei programmi, attivata in 20 programmi; con 717 ore (362 con accreditamento ECM) pari a circa 90 giornate formative nell'anno ipotizzando una media di 8 ore al giorno. Sono così risultati 2.469 iscrizioni ai corsi formativi in aula interne al SSN e 885 iscrizioni dall'esterno;
- sono state attivate 5 formazioni a distanza (FAD) per 2.311 "accessi" e 1.559 partecipanti che hanno completato con successo la formazione. Si tenga conto che, per questo dato, non si dispone del dettaglio dei partecipanti della FAD del programma 1.B2 – GenitoriPiù;
- in 8 programmi sono state formate 223 persone con formazioni sul campo.

Intervento trasversale di comunità – Il Treno della salute 2017

La Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria ha partecipato attivamente all'iniziativa Treno della Salute 2017 promosso dal Cuamm Medici con l'Africa, dalla Regione del Veneto, dai Ferrovieri con l'Africa e da Trenitalia Veneto.

L'iniziativa era finalizzata a sensibilizzare i cittadini sulle condizioni di vita e di salute in Africa e ad offrire nel contempo un'opportunità di prevenzione e promozione della salute. Dal 16/11/17 all'08/12/17 il treno ha fatto tappa nei capoluoghi di provincia veneti, ai visitatori è stato offerto: uno screening di popolazione gratuito a cura dei volontari del CUAMM che proseguiva con un intervento informativo e di counselling sui principali fattori di rischio delle malattie croniche e di promozione di corretti stili di vita rispetto a una sana alimentazione, ad una adeguata attività motoria; alle opportunità esistenti per smettere di fumare e agli screening oncologici. Inoltre, ai bambini della terza primaria sono stati proposti due laboratori sull'alimentazione e sull'attività motoria. Le attività laboratoriali e di counselling sono state gestite dagli operatori delle ULSS impegnati nello sviluppo dei Programmi regionali del PRP 2014-2018 nell'ambito della promozione della corretta alimentazione, dell'attività motoria, del trattamento del tabagismo e degli screening oncologici con il coordinamento della Direzione Prevenzione. Hanno partecipato attivamente anche alcuni partner del PRP: la UISP, il Gruppo Alcuni, le palestre della salute.

I giorni di attività del Treno sono stati 21, per un totale di 177 ore, con la mobilitazione di più di 1.500 persone; 838 visitatori che hanno usufruito dello screening gratuito e delle consulenze: 530 bambini delle classi terze di scuole primarie; più di 100 medici CUAMM; più di 150 professionisti provenienti da tutte le Aziende ULSS del territorio coinvolti nel counselling e attività informative; più di 50 volontari di Trenitalia.

Tabella 4.2 – Distribuzione per tappa delle consulenze del Treno della Salute, Veneto, 2017

	TABAGISMO	SCREENING ONCOLOGICI	NUTRIZIONE	ATTIVITÀ FISICA	TOTALE
PADOVA	36	59	67	49	211
VICENZA	27	37	75	33	172
VERONA	39	51	71	54	215
ROVIGO	30	39	40	36	145
BELLUNO	5	15	12	5	37
MESTRE	84	48	67	75	274
TREVISO	17	24	53	42	136
VENETO	238	273	385	294	1.190

Approfondimenti:

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Sede: Dorsoduro n. 3493, 30123 Venezia

Recapiti telefonici: 0412791352-53

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

4.2 Profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni

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

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

Quadro di sintesi

All'interno del 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. Tali malattie infettive sono ritenute prioritarie come ambito di intervento, in quanto rappresentano un importante problema di sanità pubblica per la popolazione.

Le attività incluse nei programmi del presente macro obiettivo sono indirizzate a implementare le azioni già previste dai piani esistenti e a identificare nuove strategie di controllo.

Particolare importanza è stata data alla sorveglianza della diffusione dei microrganismi antibiotico resistenti. Il nostro Paese infatti si colloca tra i primi con i maggiori consumi, quindi l'intervento a livello regionale è orientato a contribuire, attraverso l'implementazione di un flusso di raccolta dati e la comunicazione sul corretto uso degli antibiotici alla popolazione, al controllo del consumo degli antibiotici in ambiente ospedaliero e territoriale e al controllo delle infezioni correlate all'assistenza in quanto molte di queste infezioni sono sostenute da microrganismi multi resistenti.

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

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

Vaccinazioni

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

ampia volta a fornire ai cittadini una copertura più completa verso le malattie infettive prevenibili da vaccino. L'allegato B alla DGR riguarda la "Prevenzione di malattie infettive in alcune delle più comuni condizioni di rischio: indicazioni e modalità operative".

Negli ultimi anni si è riscontrato un calo progressivo delle coperture vaccinali, sia per le ex obbligatorie sia per le altre, in linea con quanto si è osservato in tutto il paese. Tale tendenza ha subito un'inversione a partire dalla coorte 2014 (rilevazione 2016), con un aumento delle coperture registrata con le ultime rilevazioni.

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

Parziale modifica della D.G.R. n. 2867 del 30.11.2010 e integrazione del Comitato Tecnico in materia di sospensione dell'obbligo vaccinale.

Per le coperture vaccinali contenute nell'esavalente (poliomielite, tetano, pertosse, difterite, Hib ed epatite B) la copertura aggiustata per la coorte 2015 (ultima rilevata a 24 mesi) si attesta attorno al 92,6% dei nati, in crescita rispetto alla coorte precedente.

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

Tabella 4.3 – 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 dei dati epidemiologici sul web per gli operatori sanitari - 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 ed epatite A - Posizionamento delle trappole entomologiche sul territorio veneto ogni 15 km-quadrati, per la copertura omogenea delle province a rischio - 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
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 179 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 348 casi totali di MIB presenti in SIMIWEB. - stesura di 2 reports epidemiologici annuali relativi a sorveglianza MIB regionale e flussi informativi nazionali.

Programma	Azioni	Breve sintesi attività svolte
<p>La comunicazione nell'ambito delle malattie infettive – sito vaccinarsinveneto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Campagna Informativa Interna - Campagna Divulgativa Esterna 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione dell'area pubblica del sito web vaccinarsinveneto.org (nel 2017 249.223 visualizzazioni; 114.138 utenti unici) - Implementazione front office web vaccinarsinveneto - Implementazione area intranet operatori - Servizio di rassegna stampa giornaliera su vaccinazioni e malattie infettive per gli operatori - Analisi dei risultati dell' Indagine sui determinanti delle scelte vaccinali nella Regione Veneto e su tutto il territorio nazionale - Campagna di comunicazione Vacciniamoci (megaposter, poster, segnalibri) - Implementazione delle attività social: Facebook e Twitter - Aggiornamento materiali informativi sulle vaccinazioni per la popolazione (brochure per meningococco, HPV, MPRV).
<p>Piano Formativo Regionale a sostegno del calendario vaccinale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione operatori. - Aumentare le conoscenze dei cittadini sulle vaccinazioni e sui rischi delle malattie infettive prevenibili da vaccini. 	<ul style="list-style-type: none"> - Convegno: Il morbillo e la meningite. Partecipanti 85 operatori - Incontro su "Indicazioni operative per l'implementazione del PNPV 2017-19 e della Legge 119/2017, con gli operatori sanitarie delle aziende Ulss. Partecipanti: 20 operatori - Corso per l'implementazione locale della "Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni". Partecipanti: 49 operatori - Erogazione di un corso formativo a distanza (FAD) rivolto ai cittadini, 169 partecipanti. - Distribuzione alle 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"
<p>Programma regionale di consulenza prevaccinale e sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione "canale verde"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione delle reazioni avverse a vaccini in soggetti a rischio - Sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta dati relativi agli eventi avversi a vaccini (EAV) segnalati e calcolo dei tassi sulla base delle dosi somministrate. - Analizzate e classificate 1.450 schede di segnalazione riferite a vaccini somministrati nel 2017. - 404 consulenze pre/post-vaccinali, per il proseguimento della vaccinazione dopo un evento avverso - Partecipazione alla formazione e aggiornamento del personale addetto alle vaccinazioni.
<p>Promozione di politiche per il corretto uso dell'antibiotico e per il controllo dell'antibiotico-resistenza in strutture assistenziali e in comunità</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sorveglianza delle ICA - Sorveglianza antibiotico-resistenza - Processi di valutazione sullo stato attuale della sorveglianza e controllo delle CPE - Consensus conference - Programma di comunicazione 	<ul style="list-style-type: none"> - DGR 1656 del 17.10.2017 Approvazione del documento "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 e finanziamento attività relative a tale indagine" - Selezione del materiale informativo (brochure, dépliant, video e locandine) per la giornata europea dell'antibiotico resistenza e comunicato stampa - Recepimento del Piano nazionale per il controllo dell'antimicrobico-resistenza (DGR n 1875 del 22.11.2017) - Sorveglianza delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi e raccolta dati a livello regionale per la predisposizione di un report annuale

Programma	Azioni	Breve sintesi attività svolte
<p>Progetto per la sorveglianza e la prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione e profilassi per i Viaggiatori Internazionali.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Attività formativa e informativa - Stesura di protocolli/procedure. - Organizzazione dell'attività degli ambulatori dei viaggiatori internazionali delle A. ULSS 	<p>Due eventi formativi residenziali rivolti al personale sanitario ("Aggiornamenti in tema di medicina dei viaggi e delle migrazioni "Gestione sanitaria dei richiedenti asilo: Tubercolosi e le altre") partecipanti: 93 operatori.</p> <p>- "Aggiornamenti in tema di Medicina dei viaggi e delle migrazioni II evento: La minaccia della malaria : preparedness and response, Italia (nell'ambito del Convegno Ivermectin Days).</p> <p>"Vecchie e nuove malattie legate ai viaggi in Italia e in Veneto"(nell'ambito del 10° Corso di Travel Medicine): 10 operatori sanitari degli ambulatori di medicina dei viaggi, con spese iscrizione a carico del programma.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione con il Centro per le Malattie Tropicali (Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar) per l'organizzazione e la realizzazione del corso "Travel Medicine" - Produzione e pubblicazione nel sito aziendale dell'Ulss 9 di Newsletter periodiche (8/anno) sui temi della medicina dei viaggi e delle migrazioni e in generale di profilassi malattie infettive; traduzione e invio ai referenti degli ambulatori Viaggiatori Internazionali del territorio regionale di aggiornamenti epidemiologici periodici sulle principali malattie legate ai viaggi e alle migrazioni; - continuazione, nell'ambito del territorio dell'Ulss ex 20 (Verona), del progetto di approfondimento diagnostico sulla strongiloidosi in soggetti italiani e stranieri con eosinofilia, in collaborazione con il Laboratorio di San Bonifacio, con il Centro per le Malattie Tropicali dell'Ospedale Sacro Cuore di Negrar, e con il coinvolgimento dei MMG. - 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.
<p>Controllo e lotta alla tubercolosi e implementazione dell'offerta del test HIV per la riduzione del numero dei late presenter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento della sorveglianza della malattia tubercolare - Miglioramento della sorveglianza e dell'offerta e accessibilità al test HIV 	<ul style="list-style-type: none"> - Recepimento delle indicazioni per l'implementazione delle azioni e attività incluse nel Piano Nazionale HIV-AIDS - 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 2017 formazione di 1080 peer e interventi di prevenzione in 40 istituti Regionali).

Approfondimenti:

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Sede: Dorsoduro n. 3493, 30123 Venezia

Recapiti telefonici: 0412791352-53

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

4.3 Screening oncologici

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. Ridurre la mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto. Tra gli obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale vengono annoverati i programmi di screening oncologici di riconosciuta efficacia nei confronti delle patologie neoplastiche (colon, cervice uterina, mammella). (Paragrafo 3.4.1. pag. 88).

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 2017 i tre programmi di screening hanno confermato tassi stabili di estensione degli inviti e di adesione corretta all'invito, su livelli ottimali elevati 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 mediata dai gruppi di lavoro regionali degli specialisti.

A fronte di risultati complessivamente positivi dei programmi del Veneto, sono presenti alcune criticità locali, quali la non completa armonizzazione dei programmi intraziendali e tra diverse Aziende ULSS.

Attività di coordinamento, monitoraggio e formazione

La Direzione Regionale della Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria ha in capo la funzione programmatica relativa ai programmi di screening oncologici. Le funzioni di coordinamento, monitoraggio e formazione dei programmi di screening oncologici nel 2017 sono state effettuate dal Coordinamento Regionale Screening Oncologici (CRSO), e a partire dal 01/01/18 sono transitate all'U.O.C. Screening e VIS di Azienda Zero, di cui alla legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 e alla DGR 733 del 29 maggio 2017.

Formazione degli operatori dei programmi di screening e gruppi di lavoro

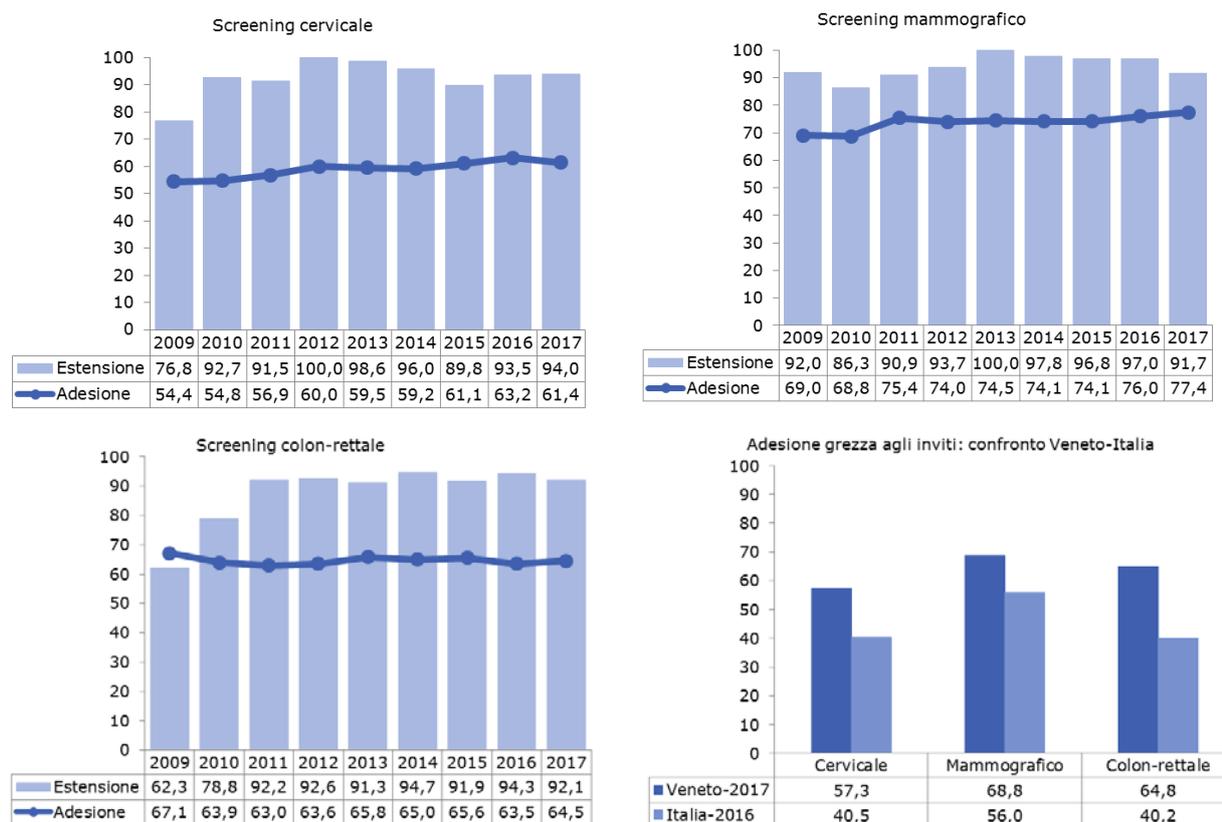
Più di 1.000 operatori sanitari sono attualmente coinvolti negli screening oncologici del Veneto. Gli obiettivi formativi sono volti ad offrire sia una formazione di base sugli screening, che eventi specifici per le diverse professionalità. Nel 2017 il CRSO ha organizzato 14 eventi formativi, per un totale di 778 partecipanti. Da alcuni anni sono attivi, all'interno dei percorsi dei programmi di screening cervicale, mammografico e coloretale, Gruppi Regionali di Lavoro per la promozione della qualità degli screening, composti dagli specialisti dei rispettivi settori e coordinati dal CRSO. Con DGR n. 926 del 22.6.2016 sono stati formalizzati sia quelli di nuova costituzione che quelli storicamente attivi.

Screening cervicale

È rivolto alle donne in età compresa fra 25 e 64 anni (1.340.594 donne al 01/01/2017 in Veneto) che, a seconda della fascia di età, vengono invitate ad eseguire un pap test ogni tre anni, o un test HPV ogni cinque anni. Nel 2017 i programmi hanno mantenuto la capacità di

invitare la quasi totalità della popolazione target, con un'estensione corretta¹ degli inviti del 94% (385.480 donne invitate). Il tasso di adesione corretta² è stato pari al 61,4% (213.909 hanno aderito), superiore alla media nazionale (39,8% nel 2015). Non sono ancora disponibili i dati di esito del 2017, per necessità tecniche correlate ai tempi di follow up dei casi. Nel 2016 sono state invitate 384.866 donne, 221.674 hanno aderito allo screening (test HPV o PAP test, a seconda del percorso definito per la specifica fascia di età), di cui il 68% sottoposto a test HPV, con cui sono stati diagnosticati 346 lesioni precancerose CIN2+. Il 2017 ha visto l'estensione del test HPV anche alla fascia 41-64 anni e, per questo motivo, al momento, non sono disponibili confronti con gli anni precedenti.

Figura 4.1 - Screening cervicale, mammografico e colon-rettale: Percentuali corrette di estensione e di adesione agli inviti, Veneto 2009-2017 (Fonte: Coordinamento Regionale Screening Oncologici); Confronto dell'adesione grezza agli inviti, Veneto 2017 – Italia 2016 (Fonte: Osservatorio Nazionale Screening)



Screening mammografico

È rivolto alle donne fra 50 e 69 anni, che vengono invitate ad eseguire una mammografia con cadenza biennale. Nel 2017 in poco più di un terzo delle AULSS è stato inserito l'ampliamento dello screening alla fascia 70-74 anni. L'obiettivo principale è la riduzione della mortalità specifica per tumore della mammella, un obiettivo secondario è l'applicazione di terapie chirurgiche e mediche il più possibile conservative ed accettabili. A inizio 2017 la popolazione Istat era pari a 684,684 donne. Nel 2017 il valore regionale di estensione degli inviti è stato

¹ L'estensione corretta degli inviti è calcolata in 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 dal MMG per precedente patologia del distretto, ecc).

² L'adesione corretta all'invito è calcolata in 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.).

pari al 91,7. Il dato dell'adesione corretta (77,4% nel 2017) negli ultimi anni è in lieve crescita e raggiunge lo standard desiderabile del Gruppo Italiano Screening mammografico (GISMa) (>75%), tuttavia nelle diverse Aziende ULSS sono presenti valori disomogenei, cui si rimanda per una più adeguata valutazione delle realtà locali. Nel 2016, complessivamente, su 198.265 donne sottoposte a screening (riferito alla fascia 50-60 anni) e 295.971 donne invitate, i tumori rilevati dallo screening (screen detected) sono stati 1173. 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. Una possibile spiegazione sta nel 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 l'incidenza del tumore del colon retto, mediante la diagnosi e bonifica degli adenomi. Il programma è rivolto alle persone di ambo i sessi in età compresa fra 50 e 69 anni (1.347.644 persone al 01/01/2017 in Veneto), che vengono invitate ad eseguire la ricerca del sangue occulto fecale con cadenza biennale. Analogamente agli altri screening, l'estensione regionale degli inviti nel 2017 si mantiene a livelli ottimali (92,1%), l'adesione al 64,5% si riporta ai valori registrati nel 2013, è lievemente inferiore dallo standard desiderabile GISCoR (65%). I livelli di adesione raggiunti sono soddisfacenti in quasi tutte le AULSS. Nel 2016 sono stati diagnosticati 395 carcinomi e 3.341 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 e tre i programmi di screening oncologici (cervicale, mammografico e colon-rettale). Persistono, tuttavia, differenze intra ed interaziendali, alle quali sono rivolti gli sforzi di miglioramento.

Riferimenti normativi/deliberativi e approfondimenti

- 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
- I programmi di screening oncologici del Veneto. Rapporto 2014-2015, Padova: CLEUP, 2016 <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/screening-oncologici>
- Osservatorio Nazionale Screening – Rapporto 2016; www.osservatorionazionale screening.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 anatomo-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
Dorsoduro 39/A - Venezia
Telefono: 041 2791352 - Fax 041 2791355
e-mail: screening.vis@azero.veneto.it

4.4 Salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

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

Promozione della salute e prevenzione delle malattie, Aree prioritarie di intervento: prevenire gli eventi infortunistici in ambito lavorativo e le patologie lavoro-correlate (Paragrafo 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). Infine, particolare attenzione è rivolta al sistema regionale REACH (Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemical substances), con l'obiettivo di migliorare la tutela della salute attraverso il controllo dell'utilizzo delle sostanze chimiche.

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. Le funzioni operative sono garantite sul territorio dai Servizi Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL), istituiti presso i Dipartimenti di Prevenzione di ciascuna Azienda ULSS, con il mandato istituzionale di contribuire alla riduzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, integrando attività di vigilanza, assistenza e promozione della salute.

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 LEA (>5% aziende ispezionate),

orientando gli interventi verso le priorità di salute e secondo logiche di efficacia, con risultati positivi sul numero degli infortuni accaduti in ambienti di lavoro. Infine, 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 finalizzati al raggiungimento del macro-obiettivo "Prevenire gli infortuni e le malattie professionali":

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.

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, 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. Si ritiene necessario rinforzare l'azione regionale di miglioramento della qualità e dell'omogeneità dell'attività di vigilanza, anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di *enforcement* quali l'audit.

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 ai lavoratori con pregressa esposizione professionale a cancerogeni. Si ritiene necessario proseguire nell'azione di facilitazione dell'emersione del fenomeno tecnopatico, misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce di malattia professionale, con particolare riferimento al comparto agricolo, al comparto delle costruzioni, al rischio chimico e cancerogeno, ai rischi per l'apparato muscolo-scheletrico.

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

Il programma prevede il mantenimento delle azioni finalizzate a: 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. Considerando che i risultati più concreti sono stati ottenuti nel sostegno del ruolo di RLS/RLST e nel rafforzamento dello sviluppo delle competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro nel mondo della scuola, mediante il coinvolgimento consolidato con l'istituzione scolastica, si ritiene necessario incrementare l'azione di promozione dell'organizzazione per la gestione della sicurezza.

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

Il provvedimento regionale di riferimento è rappresentato dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, prorogato nella sua vigenza al 2019, nel quale è prevista la realizzazione, per il tramite di ARPAV, del monitoraggio delle concentrazioni di gas radon presso le strutture scolastiche (nidi e materne, pubbliche e private) selezionate secondo l'indice di criticità dell'area di appartenenza, per un numero complessivo di mille punti di

misura. Inoltre, è prevista la redazione di specifiche linee guida regionali per la stesura di regolamenti edilizi comunali in tema di radon che, nel 2017, ha visto impegnato un gruppo di lavoro dedicato che durante il 2018 provvederà alla conclusione dei lavori.

Ricordando poi che nel 2016 si è provveduto, tramite indagini metrologiche svolte da ARPAV, all'aggiornamento della mappatura delle aree ad elevato potenziale di radon in Veneto, va sottolineato che nel sito web di ARPAV e della Regione del Veneto è possibile consultare l'elenco aggiornato dei Comuni inseriti nella predetta mappatura.

Nello specifico, in ordine ai monitoraggi previsti per l'anno 2017, va evidenziato che presso tutte le scuole preventivate come oggetto di indagine (tot. 173 scuole) è stata avviata la prima rilevazione di durata semestrale, mentre le indagini sono state già ultimate in 17 scuole (rilevazione annuale). La chiusura complessiva dell'indagine per tutte le scuole coinvolte è prevista per l'inizio del 2019.

Va comunque osservato che, allo stato dell'esito dell'indagine svolta nel 2017, necessitante pertanto di validazione annuale, tutti gli edifici scolastici monitorati sono risultati inferiori al limite normativo per quanto riguarda la concentrazione media annua di radon definita dal vigente Decreto Legislativo n. 241/2000 (500 Bq/mc).

L'Amministrazione regionale, con provvedimento di Giunta regionale n. 2160 del 29/12/2017, in attuazione della legge regionale n. 20/2013, ha previsto specifici finanziamenti regionali a favore dei Comuni i cui territori sono maggiormente interessati dal fenomeno del gas radon, finalizzati alla predisposizione e realizzazione di progetti di recupero e di risanamento di edifici scolastici esistenti nei propri territori interessati dal fenomeno in questione.

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

Nel 2017 sono stati effettuati, in collaborazione con ARPAV, monitoraggi delle sorgenti di campi elettromagnetici a bassa frequenza (elettrodotti e cabine elettriche di trasformazione) e ad alta frequenza (stazioni radio base per la telefonia mobile, impianti radiofonici e impianti televisivi). Per le stazioni radio-base sono stati rilasciati 1.270 pareri preventivi o istruttorie tecniche, mentre sono stati realizzati 135 interventi di controllo sperimentali in siti ove sono allocati impianti di telefonia mobile e/o impianti radio-TV. Non è stato riscontrato alcun superamento dei parametri di emissione di campo elettromagnetico fissati dalla normativa di settore. Per gli impianti radiotelevisivi sono stati invece rilasciati 31 pareri preventivi o istruttorie tecniche e realizzati 26 interventi di controllo sperimentale.

Va posto in evidenza che nel corso del 2017 è stato completato il risanamento del sito del Monte Cero (PD) dove, in passato, a più riprese, era stato riscontrato il superamento dei parametri di emissione di campo elettromagnetico previsti dalla normativa di settore. Durante tutto il 2017 non sono stati rinvenuti nuovi superamenti.

Infine, per gli elettrodotti sono stati rilasciati 124 pareri preventivi o istruttorie tecniche e realizzati 50 interventi di controllo sperimentale su cabine e linee elettriche. Non è stato rilevato alcun superamento dei parametri di emissione fissati dalla normativa di settore.

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

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

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

L'attività di informazione, formazione e aggiornamento a favore dei venditori e degli utilizzatori è proseguita nel rispetto della normativa nazionale in materia, mentre l'attività di

aggiornamento in favore degli operatori delle Aziende ULSS è stata assicurata, sulla base delle disposizioni regionali di cui alla DGR 1682/2014, nell'obiettivo di garantire il pieno rispetto della normativa (Direttiva U.E. n. 128/2009, Piano d'Azione nazionale sull'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari, di cui al D.I. 22.1.2014), favorendo la preparazione in materia degli stessi operatori. Nel 2017 si è svolto il 3° Corso regionale presso la Sala Polifunzionale del Palazzo Grandi Stazioni della Regione del Veneto a cui hanno partecipato 88 discenti, 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" hanno aderito nell'anno scolastico 2016-2017, 12 Istituti su 19 della Rete "Scuole Agrarie e Forestali del Triveneto"

Attraverso la puntuale rilevazione delle dichiarazioni di vendita, presentate in ambito regionale dai rivenditori, che in Veneto sono risultate 613, è stato possibile conoscere la quantità dei prodotti fitosanitari venduti in ambito regionale nell'anno 2017. 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 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. 1915 del 27.11.2017) circa il controllo su vendita ed impiego dei prodotti fitosanitari, ha determinato 209 controlli presso rivendite di prodotti fitosanitari e 263 verifiche in contesti di utilizzo degli stessi prodotti fitosanitari (Aziende agricole, contoterzisti e aree extra-agricole). È stato avviato un "Piano Regionale 2017 per il monitoraggio della sostanza attiva Glifosate nelle acque destinate al consumo umano. Approccio metodologico per la valutazione e gestione del rischio e derivante impatto di salute pubblica".

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

Attraverso un andamento di crescita progressiva ed un 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 2017*", adottato con la DGR n. 853 del 13.6.2017. In particolare, sono stati effettuati, da parte delle Aziende ULSS competenti, 44 controlli in imprese di produzione di sostanze chimiche sull'applicazione della normativa REACH e CLP.

Nel 2017 si sono svolte numerose iniziative di formazione, finalizzate al consolidamento e alla diffusione della preparazione degli operatori delle Aziende ULSS nel settore della tutela della salute in riferimento alla problematica delle sostanze chimiche. 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, in particolare al fine di condividere programmi e modalità di svolgimento dell'attività di controllo sul territorio regionale.

Operatori di tutte le ULSS (Medici e Tecnici di Prevenzione) e dell'ARPAV hanno anche partecipato ad uno specifico "*Corso REACH*" rivolto ad Ispettori REACH ed a personale impegnato nella tutela della salute in riferimento alle sostanze chimiche, per un totale di 44 presenze all'attività formativa. Significativa è stata anche la realizzazione del Workshop di approfondimento del 24 maggio 2017 sulle "nanoparticelle", rivolto alle figure professionali, competenti in materia, delle Aziende ULSS.

In generale, l'attività di controllo ha riguardato la verifica - presso imprese di produzione ed utilizzazione delle sostanze chimiche - sul rispetto del Regolamento RECH del 18.12.2006 n. 1907, secondo i Protocolli fissati dall'ECHA e dal "*Piano Nazionale dei controlli sulle sostanze chimiche – anno 2017*", senza tralasciare il controllo relativo a situazioni ed eventi di particolare criticità emergenti in ambito regionale.

Rischi ambientali

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.

D'altro canto tale orientamento è sostenuto anche a livello internazionale: si pensi al programma dell'Organizzazione mondiale della Sanità Health 2020, che si basa sulla logica socio-economica per migliorare la salute e tenendo conto delle evidenze, sostiene fortemente gli investimenti e l'azione attraverso approcci integrati per la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e il benessere. Health 2020 identifica nuovi sistemi di leadership collaborativa per incoraggiare approcci innovativi alla mobilitazione sociale per uno sviluppo della salute equo, sostenibile e responsabile (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, Health 2020 – Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere).

Sostanze perfluoroalchiliche (PFAS)

La contaminazione in esame, che interessa una parte del territorio regionale coinvolgendo 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 perfluoro-alchiliche (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 perfluoro-alchiliche (PFAS) nel Bacino del Po e nei principali bacini fluviali italiani" nell'ambito della convenzione tra il Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare e il 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 connotato dei caratteri di una 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 non sono previste dalla norma dei limiti.

Il 2017 vede coinvolta la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria nel proseguimento delle attività avviate negli anni precedenti e l'implementazione di alcune linee di attività:

- Monitoraggio acque potabili: Durante il 2017 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.

- Nuovi valori di riferimento per l'acqua potabile: con DGR n. 1590 del 3 ottobre 2017, vengono fissati nuovi valori di riferimento per i PFAS. Tale provvedimento stabilisce che, ferma restando la competenza statale per la fissazione di valori per parametri aggiuntivi di cui all'allegato I del D. Lgs. n. 31/2001, i valori provvisori di performance (obiettivo) delle sostanze perfluoroalchiliche per l'acqua destinata al consumo umano, nell'ambito territoriale regionale, dall'adozione del presente atto e fino a diverse e nuove indicazioni da parte delle autorità nazionali e sovranazionali competenti, sono per "PFOA + PFOS" 90 ng/l, di cui il PFOS non superiore a 30 ng/l ed i valori della somma degli "altri PFAS" 300 ng/l. Viene inoltre specificato che per l'acqua destinata ad usi zootecnici restano confermati i valori di cui al parere del Ministero della Salute del 29.01.2014 (prot. n. 2565): Livelli di performance (obiettivo) per il PFOA 500 ng/l; PFOS 30 ng/l; Altri PFAS (somma delle rimanenti 10 sostanze PFAS) 500 ng/l come previsto dalla D.G.R. n. 854 del 13 giugno 2017.

Questo provvedimento sostanzialmente è la risposta della Regione del Veneto ad una nota del Ministero della Salute del 18/9/2017, prot. n. 0027999 DGPRES, a firma del Direttore Generale della Prevenzione del Ministero della Salute che a sua volta ha risposto alla richiesta della Regione del Veneto di fissare dei limiti per le sostanze in questione ed estenderli a tutto il territorio nazionale. Il Ministero della Salute, riportando sinteticamente quanto affermato dall'ISS nel parere di cui alla nota prot. n. 26474 dell'11/9/2017, comunica che: "Si evidenzia esplicitamente che i valori che codesta regione riterrà opportuno adottare dovranno essere ritenuti provvisori, in funzione di possibili ulteriori ottimizzazioni delle tecnologie di trattamento, delle attese riduzioni dei carichi inquinanti sulle risorse idriche captate (in forza delle misure di controllo sulle emissioni delle contaminazioni ambientali) come pure in funzione dell'aggiornamento sulle analisi di rischio e della definizione di limiti "Health based" da parte di autorità sovranazionali (cfr. EFSA e WHO) le cui valutazioni sono ancora in corso".

- Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze perfluoroalchiliche: a seguito dell'adozione della D.G.R. n. 2133 del 23.12.2016 che individuava il percorso di I° livello della presa in carico degli esposti, è stata adottata la D.G.R. n. 851/2017 che fornisce indicazioni in merito all'attivazione delle attività di II° livello, oltre alla possibilità di adesione volontaria al trattamento per alte concentrazioni di PFAS, attraverso tecniche che riducono la presenza di queste sostanze nel plasma.

- Studio di biomonitoraggio sierologico sulla popolazione: completamento dello studio di biomonitoraggio e invio alle Aziende ULSS e pubblicazione sul sito istituzionale del documento dell'Istituto Superiore di Sanità contenente i risultati relativi alle concentrazioni di PFAS nel siero di operatori e residenti in aziende agricole e zootecniche, a completamento dello studio di biomonitoraggio attivato dall'Istituto Superiore di Sanità su un campione della popolazione esposta (DGRV n. 764 del 27/05/2014, DGRV n. 1869 del 14/10/2014, DGRV n. 565 del 21/04/2015);
- Sorveglianza sui lavoratori della Ditta Miteni: approvazione del progetto di ricerca avente ad oggetto la "Valutazione della biopersistenza e dell'associazione con indicatori dello stato di salute di sostanze fluorurate (benzotrifluoruri, perfluorurati, fluoroammine) in addetti alla loro produzione", realizzazione del biomonitoraggio PFAS ed affidamento all'Azienda ULSS n. 8 Berica.;

- Piano monitoraggio degli alimenti: le attività correlate al piano di campionamento degli alimenti (DGRV 2133/2016), iniziate a settembre 2016 sono terminate a settembre 2017. Il Piano di monitoraggio degli alimenti aveva l'obiettivo di stimare il livello di contaminazione da

PFAS delle principali produzioni agro-zootecniche dell'area "rossa" di massimo impatto sanitario. Le attività sono state coordinate e costantemente monitorate dal Gruppo di lavoro per l'analisi di rischio, coordinato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria e composto dai referenti degli enti coinvolti nel Piano di monitoraggio. Tale Gruppo ha coinvolto anche EFSA (Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare) che è stata tenuta informata in merito allo svolgimento delle attività ed alla metodologia adottata rendendosi disponibile alla partecipazione diretta ad un incontro.

Il dati relativi al Piano di monitoraggio degli alimenti che aveva l'obiettivo di stimare il livello di contaminazione da PFAS delle principali produzioni agro-zootecniche dell'area a rischio della Regione del Veneto (D.G.R. n. 2133 del 23/12/2016, Allegato B), sono stati presentati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), fornendo delle valutazioni preliminari, nel corso dell'incontro organizzato a Venezia in data 16/11/2017. Successivamente, con nota prot. n. 35837 del 28/11/2017, agli atti della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, lo stesso Istituto ha trasmesso un'analisi descrittiva dei risultati delle attività analitiche condotte nel contesto del piano di monitoraggio PFAS ed una valutazione preliminare degli stessi in termini di contributo degli alimenti prodotti nell'area a rischio ("area rossa"), rispetto al TDI (tolerable daily intake), definito per alcune molecole. La valutazione dell'impatto dei PFAS sugli alimenti elaborata dall'Istituto sarà comunque oggetto di aggiornamento non appena l'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA) comunicherà il proprio parere sulla tossicità di queste sostanze.

Di seguito sono stati trasmessi i risultati dell'Istituto Superiore di Sanità agli Enti coinvolti nella problematica e pubblicazione sul sito istituzionale della Regione del Veneto al seguente link: <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/informazione-e-comunicazione/#documenti>.

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

- Aggiornamento e pubblicazione sul sito istituzionale regionale del Bollettino "Acqua Potabile in Veneto";
- Redazione e pubblicazione sul sito istituzionale regionale del documento "PFAS nella filiera idro-potabile in alcune Province del Veneto", in collaborazione tra la Regione del Veneto e l'Istituto Superiore di Sanità
- pubblicazione sul sito istituzionale regionale del Report di statistica "Piano di sorveglianza sulla popolazione esposta a PFAS". Sono stati predisposti e pubblicati i primi cinque rapporti (ultimo rapporto pubblicato è Rapporto n. 04 - Estrazione dati del 12.01.2018", che illustra i dati resisi disponibili sulla sorveglianza sanitaria della popolazione esposta a PFAS, relativi a 7.881 soggetti nati tra il 1983 e il 2002 e residenti nei Comuni dell'Area Rossa.
- pubblicazione sul sito istituzionale regionale delle "Domande frequenti sulle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS)".
- Organizzazione del Workshop "Disegno di uno studio epidemiologico sulla popolazione esposta alle sostanze perfluoroalchiliche nella Regione del Veneto", Venezia, 22.02.2017 e 23.02.2017:
- Informativa di Giunta Regionale n. 14/INF del 16.05.2017, contenente la sintesi delle due giornate di Workshop;
- E' stata realizzata la pubblicazione, in collaborazione con OMS/WHO, del Documento "Keeping our water clean: the case of water contamination in the Veneto Region, Italy (2017)", disponibile al link <http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/regions-for-health-network-rhn/publications/2017/keeping-our-water-clean-the-case-of-water-contamination-in-the-veneto-region-italy-2017>.

Per concludere nel 2017, in seguito ai nuovi dati pervenuti dagli Enti Gestori in merito alla ricostruzione della filiera idropotabile e agli approfondimenti relativi al plume di contaminazione fornito da ARPAV, la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria ha avviato una serie di incontri tecnico – operativi con i referenti delle istituzioni e strutture coinvolte nella gestione della contaminazione al fine di una rivalutazione dell'area di impatto della contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche e conseguente allargamento della popolazione coinvolta nella sorveglianza sanitaria.

Piani di sicurezza dell'acqua

Con il Decreto Interministeriale del 14 giugno 2017 (pubblicato in G.U. n. 192 del 18/08/2017), 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, di seguito "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 a partire dal 2016 e per tutto il 2017 in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ha partecipato all'avvio della sperimentazione del modello dei PSA in Veneto. in qualità di componente del team multidisciplinare composto oltre che dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Regione del Veneto, Direzione Prevenzione e Direzione Difesa del Suolo, anche dai Referenti degli altri ambiti regionali coinvolti, da ARPAV, dai Referenti delle Aziende Ulss afferenti al Gruppo Regionale Acque Potabili e dagli Enti Gestori.

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

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 dalla medesima 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. Le attività progettuali hanno avuto inizio il 01/09/17 e termineranno il 30/09/20. 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 eventualmente nel miglior caso eliminare, la spesa pubblica necessaria in caso di danno causato da rilascio in ambiente di sostanze persistenti ed emergenti

Mercurio

Al fine di mantenere monitorata la contaminazione da mercurio che interessa l'VIII° acquifero della falda nell'area di Preganziol, San Trovaso, Casier e Quinto di Treviso (TV), delle cosiddette "risorgive", venuta alla luce tramite alcuni campionamenti effettuati dal SIAN dell'ex-Azienda ULSS 9 di Treviso, nel 2017 è stata acquisita dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria una relazione ad hoc dall'Azienda ULSS 2, circa lo stato di avanzamento dei controlli sulla presenza di mercurio in acqua potabile nell'area dei Comuni di Treviso, Casier, Preganziol e Mogliano Veneto. Da tale relazione, agli atti della sopracitata Direzione, si evince che i monitoraggi continuano con cadenza semestrale nei Comuni di Treviso, Quinto di Treviso, Casier e Preganziol e che per quanto attiene alla rete acquedottistica non è mai stata riscontrata la presenza di mercurio nei Comuni di Treviso, Quinto di Treviso, Casier mentre l'acqua potabile degli acquedotti di Preganziol e Mogliano Veneto gestita da Veritas ha delle concentrazioni di mercurio di molto inferiori a quanto previsto dalla normativa come valore limite (pari a 1 microgrammo/litro). Nella relazione vengono inoltre esplicitate le misure di tutela della salute pubblica adottate nel corso del tempo e le azioni future con specifico riferimento alle captazioni autonome ad uso potabile. Il tema è stato oggetto della seduta della Commissione Ambiente e Salute del 20 dicembre 2017, con l'aggiornamento da parte di ARPAV sulle attività di monitoraggio condotte dall'Agenzia dopo l'effettiva conclusione del progetto Me.Mo "Monitoraggio d'indagine delle acque sotterranee in alcuni comuni della provincia di Treviso per lo studio delle modalità di propagazione del plume di inquinamento da mercurio".

Arsenico e cadmio

La Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria sta monitorando in collaborazione con L'Azienda ULSS 3 Serenissima il problema legato all'arsenico e al cadmio utilizzato per la lavorazione del vetro nelle vetrerie di Murano, che tramite l'aria ha delle ripercussioni anche sul centro storico di Venezia, La linea di attività in capo all'Azienda ULSS 3 Serenissima è finalizzata a garantire la sorveglianza e la tutela della salute della popolazione residente. Si precisa che il triossido di diarsenico è bandito dai cicli produttivi secondo quanto disposto dalla normativa europea REACH, Regolamento per la Registrazione, Valutazione, Autorizzazione e Restrizione delle sostanze chimiche, in vigore da maggio 2015.

Approfondimenti

<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>.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Sede: Dorsoduro n. 3493, 30123 Venezia

Recapiti telefonici: 0412791352-53

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

4.5 Veterinaria e sicurezza alimentare

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

Le politiche di promozione della salute e prevenzione delle malattie, ambito in cui operano i servizi inerenti l'area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, devono concorrere ad un miglioramento di salute della comunità, utilizzando principi di priorità, efficacia ed efficienza. (Paragrafo 3.4.1 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, in relazione alla programmazione ed all'implementazione dei controlli ufficiali sugli operatori del settore alimentare (OSA), nella Tabella 4.4 si riportano i dati sui controlli ufficiale nel 2017.

Tabella 4.4 – Controlli su operatori del settore alimentare. Veneto, 2017

Numero di stabilimenti	Attività ispettiva			Attività di audit		
	Numero di stabilimenti ispezionati	Numero di ispezioni	Numero di stabilimenti con relazioni d'ispezione di non conformità	Numero di stabilimenti sottoposto ad audit	Numero di audit	Numero di stabilimenti con rapporti finali di audit di non conformità
137.047	12.887	43.718	3.379	880	1.304	415

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

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

Nel corso del 2017 la gestione dei Piani di risanamento ha comportato la scelta di controllare il 20% degli allevamenti bovini da riproduzione per leucosi (LBE) e brucellosi (BRC) bovina e, con cadenza biennale, la totalità degli allevamenti ovi-caprini. Le ispezioni sono predisposte sulla base della Direttiva 64/432/CEE, coniugando gli obiettivi di risparmio della spesa pubblica con il miglioramento dell'attività di controllo e in considerazione che il Veneto ha acquisito negli anni precedenti la qualifica di Regione Ufficialmente indenne da leucosi e brucellosi bovina/ovicaprina e da tubercolosi bovina. Il test per la tubercolosi bovina è stato effettuato nel 100% degli allevamenti. In base ai suddetti Piani, i Servizi Veterinari delle Aziende ULSS del Veneto hanno effettuato, nel 2017, i seguenti campionamenti:

-BRC bovina: sono stati testati (mediante prove sierologiche e/o esame sul latte sfuso) 1.145 allevamenti (1.473 nel 2016), per un totale di 45.890 bovini (54.954 nel 2016); sono stati inoltre analizzati per BRC 324 feti abortiti (362 nel 2016).

-LBE: sono stati testati (mediante prove sierologiche e/o esame sul latte sfuso) 1.141 allevamenti (1.402 nel 2016), per un totale di 45.544 bovini (53.181 nel 2016).

-BRC ovi-caprina: sono stati testati (sierologicamente) 1.001 allevamenti (1.876 nel 2016), per un totale di 22.582 animali (31.953 nel 2016).

-TBC bovina: Dal 2016 il test di intradermotubercolizzazione, (che fino al 2015 veniva eseguito sul 100% degli allevamenti bovini ogni 4 anni) viene eseguito sul 20% delle aziende di bovini ogni anno. Nel 2017 sono stati testati 1.069 allevamenti (1.341 nel 2016), per un totale di 56.774 capi (70.246 animali nel 2016).

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

Nel 2017 si è assistito a una nuova emergenza di influenza aviaria con la presenza di 27 focolai e 31 abbattimenti preventivi, con un costo per la pubblica amministrazione, nella sola Regione Veneto, di circa 11 milioni e 200 mila euro per i soli indennizzi dei danni diretti, a questi vanno aggiunti i danni indiretti (impossibilità per gli allevatori di attuare regolari cicli produttivi, blocco delle esportazioni verso Paesi terzi, distruzione delle uova da cova e dei pulcini in incubatoio, etc.) che sono completamente a carico della produzione.

A seguito della pubblicazione della decisione di esecuzione (UE) n. 2017/486, la Regione del Veneto è stata inserita 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.

Per il controllo delle malattie infettive, particolare importanza è stata posta alla verifica dei controlli per l'anagrafe zootecnica, che garantiscono la tracciabilità delle movimentazioni necessarie per il tracing back in caso di focolaio. Nel 2017 sono stati effettuati 442 (543 nel 2016) controlli negli allevamenti bovini, 109 (149 nel 2016) negli allevamenti suini e 140 (149 nel 2016) in quelli ovi-caprini. Sono stati rilevati 82 allevamenti bovini (62 nel 2016), 8 allevamenti suini (6 nel 2016) e 14 (14 nel 2016) ovi-caprini con non conformità.

IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI: La cura delle malattie degli animali riconosce nell'utilizzo del farmaco veterinario uno strumento indispensabile per il ripristino delle condizioni fisiologiche e per il benessere degli animali. Il Ministero della Salute prevede annualmente l'applicazione di un Piano Nazionale Residui (PNR) con l'obiettivo di evidenziare non conformità nell'utilizzo dei farmaci veterinari. Per il controllo del farmaco veterinario nel corso del 2017 sono state effettuate 4.717 ispezioni (6.523 nel 2016) in allevamento, presso grossisti di farmaci, farmacie e parafarmacie. Sono state riscontrate 12 violazioni amministrative (6 nel 2016). Per il PNR sono stati invece effettuati 9.007 campionamenti (7.057 nel 2016) in allevamento e presso i macelli. Per razionalizzare le risorse è stato inoltre concordato, congiuntamente con l'ente pagatore regionale dei Premi Comunitari (AVEPA), uno specifico piano di monitoraggio, che prevedeva controlli sulla corretta tenuta dei registri aziendali del farmaco veterinario e sulla gestione dello stesso.

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 1787 (3.518 nel 2016) ispezioni presso operatori primari e altri operatori registrati ai sensi del Regolamento (CE) 183/2005. Sono state riscontrate 114 (103 nel 2016) non conformità di vario genere con 8 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 2017 hanno effettuato 1.152 (1.245 anno 2016) controlli per benessere animale in allevamento, rilevando in totale 72 prescrizioni e 15 sanzioni.

Per quanto riguarda il benessere nel trasporto degli animali, nel 2017 sono state effettuate 1.670 ispezioni (1.252 nel 2016) ai sensi del Regolamento (CE) 1/2005, che hanno coinvolto un totale di 2.826.534 animali (4.964.733 nel 2016), 1.130 mezzi di trasporto (803 nel 2016) e 1.718 documenti di accompagnamento (1.245 nel 2016); a seguito di tali controlli, sono state rilevate 24 non conformità (26 nel 2016), a cui hanno fatto seguito altrettante sanzioni ai sensi del citato Regolamento.

PIANO MONITORAGGIO DEGLI ALIMENTI – area impatto contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche: le attività correlate al piano di campionamento degli alimenti (DGRV 2133/2016), iniziate a settembre 2016 sono terminate a settembre 2017. Il Piano di monitoraggio degli alimenti aveva l'obiettivo di stimare il livello di contaminazione da PFAS delle principali produzioni agro-zootecniche dell'area "rossa" di massimo impatto sanitario. Le attività sono state coordinate e costantemente monitorate dal Gruppo di lavoro per l'analisi di rischio, coordinato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria e composto dai referenti degli enti coinvolti nel Piano di monitoraggio. Il Gruppo ha coinvolto anche EFSA (Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare) informandola sullo svolgimento delle attività e sulla metodologia adottata, rendendosi disponibile alla partecipazione diretta ad un incontro.

Il dati relativi al Piano di monitoraggio degli alimenti che aveva l'obiettivo di stimare il livello di contaminazione da PFAS delle principali produzioni agro-zootecniche dell'area a rischio della Regione del Veneto (D.G.R. n. 2133 del 23/12/2016, Allegato B), sono stati presentati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), fornendo delle valutazioni preliminari, nel corso dell'incontro organizzato a Venezia in data 16/11/2017. Successivamente, con nota prot. n. 35837 del 28/11/2017, agli atti della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, lo stesso Istituto ha trasmesso un'analisi descrittiva dei risultati delle attività analitiche condotte nel contesto del piano di monitoraggio PFAS ed una valutazione preliminare degli stessi in termini di contributo degli alimenti prodotti nell'area a rischio ("area rossa"), rispetto al TDI (tolerable daily intake), definito per alcune molecole. La valutazione dell'impatto dei PFAS sugli alimenti elaborata dall'Istituto sarà comunque oggetto di aggiornamento non appena l'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA) comunicherà il proprio parere sulla tossicità di queste sostanze.

Approfondimenti:

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

Recapiti per ulteriori informazioni:

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Sede: Dorsoduro n. 3493, 30123 Venezia

Recapiti telefonici: 0412791352-53

e-mail: prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

5. Assistenza Ospedaliera

5.1 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. (Paragrafo 3.2 Assistenza ospedaliera, pag. 59-79)

Quadro di sintesi

Nel 2017 le strutture ospedaliere del Veneto hanno effettuato 653.771 dimissioni, circa 6.500 in meno rispetto al 2016. 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 41.930 ricoveri del 2017. Si rileva inoltre una riduzione della degenza media dei ricoveri nei reparti per acuti. L'attività delle strutture private convenzionate incide per il 19% del totale, mentre arriva a coprire il 69% dei ricoveri in area riabilitativa.

Nel 2017 le strutture ospedaliere del Veneto hanno effettuato 653.771 dimissioni, oltre a circa 29.000 dimissioni di neonati non affetti da patologie. La diminuzione rispetto al 2016 è complessivamente di circa 6.500 ricoveri, ma con dinamiche diverse per le varie tipologie 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 parallelamente l'incremento dei ricoveri ordinari brevi, determinato dalla crescita dell'attività della week surgery dedicata ai ricoveri chirurgici programmati di bassa-media complessità (DGR 2688/2014). La week surgery è infatti passata dai 16.671 ricoveri del 2015 ai 41.930 ricoveri del 2017 (8,3% del totale dei ricoveri ordinari per acuti e 17% 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 (Tabella 5.1).

La durata media della degenza dei ricoveri ordinari per acuti si mantiene sotto gli 8 giorni ed è ancora in diminuzione rispetto al 2016: tenuto conto anche della riduzione dei ricoveri, nel 2017 sono state erogate circa 86.000 giornate di degenza in meno. (Tabella 5.2).

Anche l'indice di performance della degenza media del Veneto calcolato nell'ambito del Network del "Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali" (vedi Capitolo 10 – Il progetto Bersaglio) evidenzia un trend in miglioramento, pur rimanendo comunque una criticità per il SSR del Veneto sia per i DRG Chirurgici che Medici; la Regione Veneto risulta avere infatti degenze medie più elevate, a parità di DRG, rispetto alle altre regioni aderenti al Network.

Tabella 5.1 - Numero di ricoveri per tipo di assistenza, Veneto, 2008-2017.
(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	100,0
2009	537.098	69,1	199.556	25,7	11.173	1,4	29.217	3,8	777.044	100,0
2010	527.086	68,7	199.663	26,0	10.369	1,4	30.324	4,0	767.442	100,0
2011	503.418	69,0	186.743	25,6	9.542	1,3	29.741	4,1	729.444	100,0
2012	485.689	70,6	162.291	23,6	9.687	1,4	30.404	4,4	688.071	100,0
2013	480.816	71,2	155.385	23,0	10.173	1,5	29.081	4,3	675.455	100,0
2014	477.378	71,5	151.700	22,7	9.732	1,5	28.703	4,3	667.513	100,0
2015	477.265	72,2	144.386	21,8	9.306	1,4	30.282	4,6	661.239	100,0
2016	491.949	74,5	129.088	19,6	8.232	1,2	31.000	4,7	660.269	100,0
2017	505.492	77,3	109.644	16,8	8.058	1,2	30.577	4,7	653.771	100,0

Tabella 5.2 - Numero di giornate di degenza e degenza media per tipo di assistenza – Veneto, 2008-2017
(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	3.856.176	7,6	178.301	1,6	226.364	28,1	679.716	22,2	4.940.557	7,6

Circa il 54% dei DRG sono di tipo medico: oltre ai parti con e senza diagnosi complicanti, che rappresentano il motivo di ricovero più frequente (5,2% 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 (3,2%), la polmonite con e senza complicanze (2,2%), l'edema polmonare e insufficienza respiratoria (2,0%) 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 sull'utero non per neoplasia maligna (1,9%), gli interventi per via transuretrale (1,8%) e i parti cesarei con e senza complicanze (1,8%).

Nell'ambito della degenza ordinaria, i DRG più frequenti in regime di week-surgery sono gli interventi per via transuretrale (10,8%), le colecistectomie laparoscopiche (6,7%), gli interventi agli arti superiori (4,9%) e gli interventi sull'utero non per neoplasie maligne (4,7%)

Nella Tabella 5.3 viene rappresentata la casistica trattata dai reparti ordinari per acuti.

Tabella 5.3 - Dimissioni per acuti in regime ordinario per i DRG più frequenti nel 2017 - Numero e degenza media. Veneto, anni 2016 e 2017 (Fonte: elaborazioni SER su dati SDO Regione del Veneto)

DRG	2016		2017	
	N	Deg. Media	N	Deg. Media
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	25.519	3,4	25.420	3,5
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.370	4,7	1.052	4,8
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	17.303	9,3	17.344	9,2
127-Insufficienza cardiaca e shock	16.510	10,6	15.970	10,5
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	6.697	12,2	7.361	12,0
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	3.303	9,0	3.584	9,0
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	9.729	11,5	10.364	11,3
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	9.028	3,3	9.095	3,1
358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	405	6,6	369	7,2
311-Interventi per via transuretrale senza CC	6.032	2,2	8.265	1,9
310-Interventi per via transuretrale con CC	923	6,1	1.069	5,5
371-Parto cesareo senza CC	8.490	4,9	8.240	4,9
370-Parto cesareo con CC	789	7,7	621	8,5
125-Malattie cardiovascolari eccetto IMA, con catet. cardiaco senza CC	5.153	4,2	5.386	4,0
124-Malattie cardiovascolari eccetto IMA, con catet. cardiaco con CC	2.835	9,7	2.932	9,8
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	7.918	11,8	7.456	11,9
576-Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	6.850	14,8	7.354	14,4
223-Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	2.760	1,7	3.731	1,7
224-Interventi su spalla, gomito, avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	3.194	2,5	3.304	2,4
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare senza CC	6.280	2,7	6.245	2,6
493-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare con CC	760	8,9	738	8,2

Tabella 5.4 Dimissioni per acuti in regime diurno per i DRG più frequenti nel 2017 - Numero e media accessi. Veneto, 2016 e 2017 (Fonte: elaborazioni SER su SDO Regione del Veneto)

DRG	2016		2017	
	N	Media accessi	N	Media accessi
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	7.008	1,2	7.001	1,2
358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	9	1,6	10	1,2
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, per aspirazione o isterotomia	7.086	1,2	6.316	1,1
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti no per ulcere /cellulite senza CC	4.696	1,4	3.947	1,5
265-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti no per ulcere /cellulite con CC	53	1,2	53	1,3
225-Interventi sul piede	4.860	1,4	3.844	1,1
139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	3.361	1,6	3.090	1,5
138-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	22	3,5	40	2,0
364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	3.524	1,2	3.085	1,2
158-Interventi su ano e stoma senza CC	3.663	1,7	2.953	1,5
157-Interventi su ano e stoma con CC	127	2,0	125	1,1
538-Escissione loc. e rimozione mezzi fissazione no anca e femore no CC	3.452	1,3	2.868	1,1
537-Escissione loc. e rimozione mezzi fissazione no anca e femore con CC	29	1,9	26	1,6
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	2.899	1,3	2.776	1,1

I ricoveri in regime diurno sono per il 73% di tipo chirurgico. Tra gli interventi chirurgici più frequenti ci sono quelli in ambito ginecologico, ortopedico e di chirurgia generale. Le condizioni

mediche ricoverate più frequentemente in regime diurno sono le aritmie cardiache (Tabella 5.4).

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 14,8% a carico del sistema circolatorio (scompenso cardiaco, malattie vascolari periferiche, malattie cerebrovascolari), del sistema nervoso (16,6%) e dell'apparato respiratorio (14,5%). I pazienti oncologici sono complessivamente il 6,9%.

Dimissioni dalle strutture private accreditate

Le dimissioni dalle strutture ospedaliere private accreditate ammontano nel 2017 a 123.626, rappresentando il 19% del totale. La quota di ospedalizzazione privata sul totale delle dimissioni dalle strutture regionali è del 14,5% per i ricoveri ordinari per acuti, del 25,9% per i ricoveri diurni, del 11,7% per la lungodegenza e del 68,9% nei ricoveri riabilitativi. Questi ultimi si riferiscono a periodi di riabilitazione sia a seguito di eventi traumatici a danno del sistema muscolo-scheletrico, sia a seguito di eventi cardio e cerebro-vascolari.

Considerando i ricoveri in discipline per acuti, ordinari e diurni, la casistica trattata è prevalentemente di tipo chirurgico, con il 58% delle dimissioni che vengono effettuate dalle unità operative di chirurgia generale e di ortopedia (Tabella 5.5).

Figura 5.1 – Dimissioni da strutture pubbliche e private per area assistenziale. Veneto, 2017
(Fonte: elaborazioni SER su SDO Regione del Veneto)

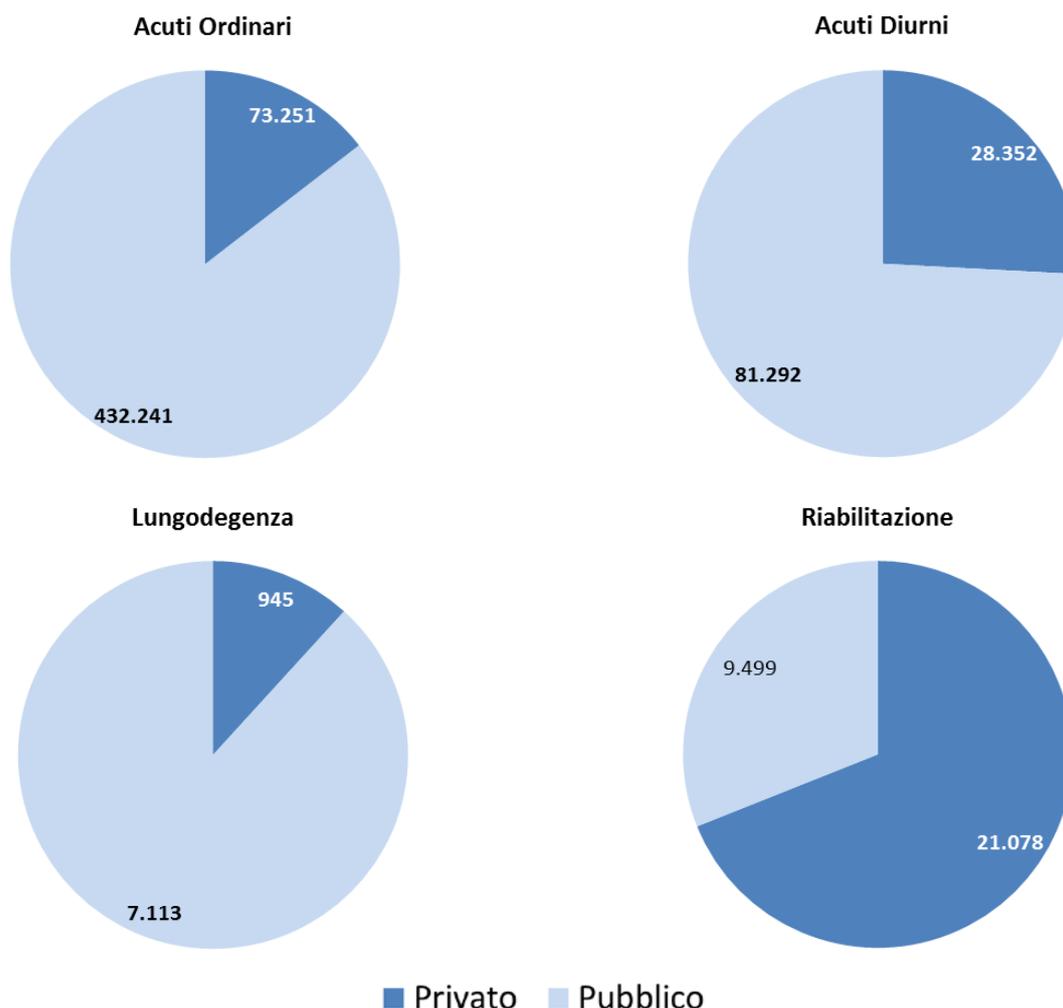


Tabella 5.5 - Dimissione dalle strutture private per specialità – Ricoveri per acuti ordinari e diurni.
Veneto, 2016 e 2017 - (Fonte: elaborazioni SER su SDO Regione del Veneto)

Specialità di dimissione (Ricoveri per acuti ordinari e diurni)	2016		2017	
	N	%	N	%
Cardiologia	3.252	3,2	3.064	3,0
Chirurgia Generale	31.640	31,1	32.135	31,6
Chirurgia Vascolare	665	0,7	445	0,4
Gastroenterologia	621	0,6	658	0,6
Malattie Infettive	383	0,4	409	0,4
Materno Infantile	8.951	8,8	8.856	8,7
Medicina Generale	13.571	13,3	13.508	13,3
Neurologia	1.807	1,8	1.679	1,7
Oculistica	2.070	2,0	2.230	2,2
Oncoematologia	525	0,5	531	0,5
Ortopedia	27.068	26,6	26.607	26,2
Otorinolaringojatria	2.949	2,9	2.948	2,9
Psichiatria	2.788	2,7	2.811	2,8
Terapia intensiva	770	0,8	859	0,8
Urologia	4.761	4,7	4.863	4,8
Totale	101.821	100,0	101.603	100,0

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero - Regione del Veneto
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@azero.veneto.it

5.2 La rete ospedaliera e i posti letto

Quadro di sintesi

Il D.M. 70/2015: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" dà avvio al processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera nazionale. Le Regioni sono quindi chiamate ad adottare un provvedimento generale di programmazione per fissare la propria dotazione dei posti letto ospedalieri ed i relativi provvedimenti attuativi, garantendo il progressivo adeguamento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi indicati.

Con il D.M. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", il Ministero della Salute ha individuato i nuovi standard strutturali, tecnologici e qualitativi per gli ospedali.

A livello regionale questo percorso era già stato avviato con la L.R. n. 23/2012 (Piano Socio Sanitario Regionale), cui sono seguiti vari provvedimenti attuativi nei settori dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, del settore socio-sanitario e delle reti assistenziali, tra i quali la DGR n. 2122/2013 ad oggetto "Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie". Infine, con la delibera di Giunta n. 1527/2015 è stato approvato il documento tecnico in attuazione del Decreto ministeriale.

Nel corso del 2017, in vista dell'aggiornamento del PSSR 2019-2023 e delle conseguenti schede di dotazione ospedaliera, è stata effettuata una ricognizione dei posti letto dedicati al regime di ricovero ordinario, compresa la Week Surgery, 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. I dati di sintesi, riportati in Tabella 5.6, 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 oltretutto in molti casi 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.

Per quanto riguarda l'area chirurgica si rilevano due motivazioni che negli ultimi anni hanno influenzato l'utilizzo dei posti letto; da una parte le tecnologie e le tecniche chirurgiche d'avanguardia hanno infatti permesso di ridurre in modo significativo la degenza e l'ospedalizzazione dell'area chirurgica e dall'altra le modalità organizzative adottate negli ultimi anni hanno permesso la separazione dei percorsi urgenti da quelli programmati migliorando l'utilizzo dei letti stessi.

Tabella 5.6- 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 2017
(Fonte: Elaborazioni su flussi HSP e SDO)

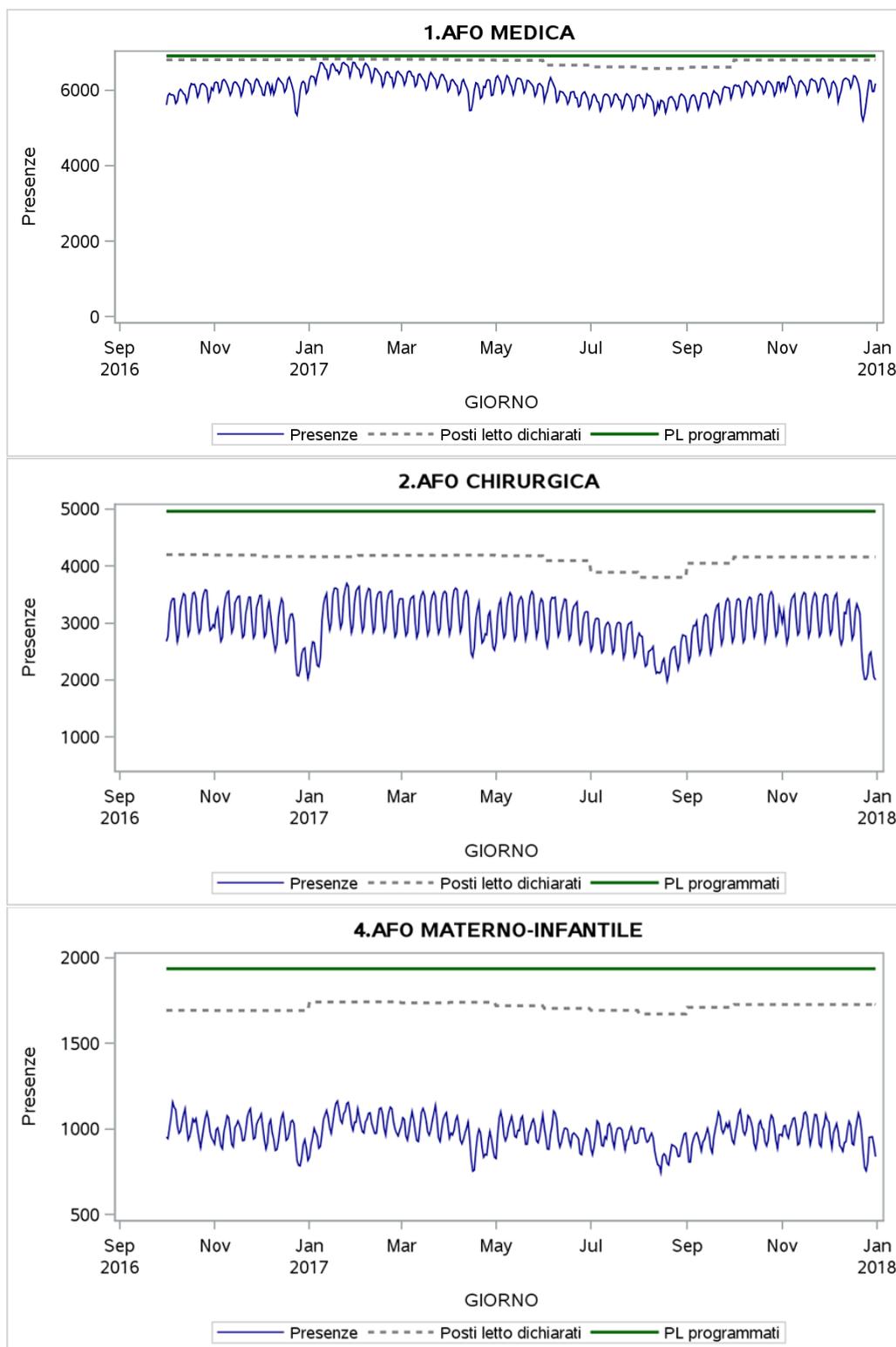
Area Funzionale Organizzativa	GG presenza	PL	Tasso Occupazione	
			Totale	Ospedali Hub
AFO Medica	2.215.261	6.796	90,1	92,5
AFO Chirurgica	1.095.860	4.159	73,2	77,4
AFO Terapie Intensive	220.899	812	74,6	75,9
AFO Materno-Infantile	357.117	1.727	56,9	63,5
AFO Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie	801.436	2.578	85,8	99,5

Negli ospedali Hub, l'occupazione media del posto letto è sistematicamente più elevata della media regionale per tutte le Aree di degenza.

Queste situazioni vengono meglio descritte nei grafici di Figura 5.2, che rappresentano, a livello complessivo regionale, l'andamento giornaliero delle presenze nelle UO dell'area Medica, Chirurgica e Materno-infantile rispettivamente a confronto con il numero di posti letto programmati (linea verde) e il numero di posti letto comunicati periodicamente alla Regione dalle Aziende con i flussi informativi HSP12, 13, 22 (linea grigia tratteggiata). L'andamento ciclico delle presenze rispecchia l'operatività settimanale delle UO di degenza, con la riduzione delle presenze nel weekend. Per l'Area Medica è evidente come la richiesta di posti letto sia maggiore nel periodo invernale: questo fenomeno è particolarmente critico per le specialità di Medicina Generale, di Geriatria, di Cardiologia e di Pneumologia che sperimentano spesso tassi di occupazione anche superiori al 100% e che quindi devono ricorrere all'appoggio presso altre Unità Operative.

Per l'area chirurgica si nota la riduzione delle attività e dei posti letto operativi durante periodo estivo.

Figura 5.2- 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. Periodo Ottobre 2016-Dicembre 2017. (Fonte: Elaborazioni su flussi HSP e SDO)



Dall'analisi dell'utilizzo dei posti letto e dell'andamento dell'ospedalizzazione emergono alcune indicazioni che saranno utili per le fasi future di definizione della programmazione sanitaria in ambito ospedaliero:

- necessità di redistribuzione dei posti letto in base al loro utilizzo con un sostanziale aumento in area medica e una diminuzione dei posti letto programmati e non utilizzati per l'area chirurgica e in parte nell'area materno infantile
- promozione di modalità organizzative che migliorino la gestione dei ricoveri programmati e di conseguenza un utilizzo più efficiente dei posti letto e della gestione delle liste d'attesa. Tale indicazione è già in parte applicata e promossa per l'area chirurgica con l'introduzione della week surgery, ma può essere implementata anche nell'area medica prevedendo percorsi specifici per categorie di pazienti a forte rischio di riacutizzazione
- Ridefinizione della modalità di gestione dei pazienti ora ricoverati in lungodegenza e promozione di modelli di gestione di pazienti di area medica che permetta un riallineamento della degenza media con quella nazionale.

Rispetto all'analisi di coerenza con le indicazioni del DM 70/2015 nell'anno 2017 sono stati mantenuti gli indirizzi programmatori dell'anno precedente, si ritiene inoltre possano essere potenziati per il futuro alcuni aspetti evidenziati proprio nel DM 70/2015:

- classificazione chiara degli ospedali e delle attività in essi erogate coerenti con il DM 70, sia per quanto riguarda la soglie di accreditabilità, sia per la presenza di specialità che necessitano di bacini di popolazione definiti. In particolare servirà promuovere la centralizzazione di specialità a rara diffusione che necessitano di requisiti di sicurezza e qualità maggiore ma al contempo garantire la valorizzazione dell'attività degli ospedali spoke;
- definizione puntuale del ruolo degli ospedali nelle reti per patologia tempo-dipendente e dei ruoli e funzioni di ogni livello nella rete;
- integrazione della rete ospedaliera con le strutture intermedie per una presa in carico condivisa e coordinata.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria - LEA
Unità Organizzativa Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata Accreditata
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
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@azero.veneto.it

5.3 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 2017 conferma la frammentazione dei volumi di intervento per tumore alla mammella, per i quali meno del 50% delle strutture ha volumi superiori alla soglia fissata. Per gli indicatori di esito più dell'85% 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 2017. Il 45,5% di quelli che nel 2016 presentavano una criticità sono usciti dall'area critica al termine del 2017.

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 5.8 e 5.9 si presenta, per ciascun indicatore contemplato dal DM70, il numero e la percentuale di strutture ospedaliere che nel 2017 soddisfano i requisiti di volume e di esito richiesti. I dati dei volumi di attività per interventi per tumore alla mammella evidenziano la persistenza di una certa frammentazione, sebbene si inizino a notare i primi effetti della riorganizzazione intrapresa nel 2017 (da 39,5% nel 2016 a 45,5% nel 2017).

Sul versante degli esiti, gli indicatori mostrano complessivamente una buona performance; la situazione che più si discosta dagli standard di qualità del DM70 è la proporzione di parti con taglio cesareo primario per la quale esiste ancora una forte variabilità intra-regionale.

Tabella 5.7 – Volumi Veneto anno 2017: sintesi strutture e soglie (solo strutture con almeno 10 casi). Analisi per Struttura Ospedaliera (Fonte: Elaborazioni su dati SDO – maggio 2018)

Indicatore	Soglia DM70	2017			2016
		N. totale strutture	Superamento soglia DM70		Superamento soglia DM70
			N.	%	%
Interventi di colecistectomia laparoscopica	100	48	35	72,9	74,5
Interventi per frattura del femore	75	39	32	82,1	87,2
Infarto acuto del miocardio	100	45	28	62,2	59,6
Interventi per tumore della mammella	150	33	15	45,5	39,5
Parti	500	36	27	75,0	81,1
Interventi di angioplastica coronarica percutanea	250	23	19	82,6	75,0
Interventi di bypass aorto-coronarico	200	5	3	60,0	80,0

Tabella 5.8 – Esiti Veneto anno 2017: 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 2018)

Indicatore	Soglia DM70	2017			2016
		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	88,2
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%	41	36	87,8	76,7
Proporzione di parti con taglio cesareo primario ($\leq 25\%$ per strutture con almeno 1000 parti annui; $\leq 15\%$ per strutture con meno di 1000 parti annui)	max 25% o 15%	34	15	44,1	50,0
Proporzione di interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore in pazienti di età ≥ 65 anni	min 60%	34	29	85,3	58,8

Nel Decreto Ministeriale del 21 Giugno 2016 sono descritti i criteri con cui le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, vengono valutati per stabilire se sussistono o meno le condizioni per l'adozione di piani di rientro. Tale valutazione si basa sulla metodologia TREEMAP, con cui PNE fornisce una valutazione sintetica di ciascuna struttura ospedaliera sulla base di 21 indicatori di volume, esito e processo che fanno riferimento a 7 aree cliniche principali: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare.

Come per il 2016, anche nel 2017 tutte le strutture ospedaliere e IRCCS soggette a tale valutazione (AO Padova, AOUI Verona e IOV) risultano adempienti poiché non presentano aree critiche tali da determinare un piano di riqualificazione. Gli indicatori sono stati oggetto di

monitoraggio sistematico poiché inseriti nel sistema di valutazione degli obiettivi di salute delle aziende sanitarie. Tra quelli che nel 2016 si trovavano in un'area critica, il 45,5% è riuscito a superare le criticità al termine del 2017.

Audit sulla qualità dei dati

Nel corso del 2017 è stato attuato un processo di Audit per identificare possibili criticità nella codifica all'interno della SDO delle diagnosi e delle procedure che potevano avere un impatto sul calcolo degli indicatori di processo e di esito. Tale attività ha coinvolto 39 strutture ospedaliere alle quali è stato chiesto di confrontare le informazioni riportate nel file Excel appositamente creato da PNE con i contenuti della documentazione clinica, al fine di annotare eventuali discordanze. È stato dunque istituito il "Gruppo di lavoro audit PNE" il quale ha organizzato presso ciascuna delle Aziende Sanitarie coinvolte, un incontro per esaminare alcune delle SDO segnalate. A conclusione di questa attività, tutte le aziende coinvolte hanno inviato un file di validazione della casistica esaminata e una relazione sulle iniziative di controllo della qualità messe in atto.

Comunicazione dei dati

L'aggiornamento mensile degli indicatori previsti dal DM70 e di quelli impiegati nella metodologia Treemap ha consentito di monitorare costantemente l'andamento degli indicatori durante tutto il 2017 in collaborazione con le Aziende Sanitarie. La reportistica a disposizione nel Datawarehouse del Sistema Informativo regionale ha permesso di "anticipare" i risultati del 2017 che PNE pubblicherà nell'autunno 2018. La presentazione e discussione dei risultati è stata fatta in occasione degli incontri trimestrali 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.
- Sito Programma nazionale esiti - PNE: <http://pne2017.agenas.it/>

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria - LEA
Unità Organizzativa Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata Accreditata
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
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@azero.veneto.it

5.4 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 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 del *Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste di attesa e la sicurezza del paziente*- dirimere le controversie, rispetto ai controlli delle prestazioni sanitarie, rimaste irrisolte a livello aziendale, i Nuclei Aziendali di Controllo, presenti presso ogni Azienda Sanitaria e presso ogni struttura privata accreditata. La normativa in materia (All.4) 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 *Coordinamento*, 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 3444/2010. Nel 2017 (Tabella 5.9) a fronte di un controllo eseguito su quasi 100.000 ricoveri (15%), per effetto delle modifiche apportate al 9% dei DRG, si è verificata una rivalorizzazione economica di oltre 5 milioni di €, a carico delle strutture pubbliche. Il suddetto provvedimento prevede, per le prestazioni ambulatoriali, la verifica dell'impegnativa SSR (classe di priorità, quesito diagnostico, indicazione dell'eventuale esenzione) e, sulla base della documentazione clinica, della congruità tra quanto prescritto e quanto erogato.

Tabella 5.9 - Attività di controllo di appropriatezza sulle prestazioni di ricovero. Veneto, 2017
(Fonte: Rapporto LEA 2017)

Tipologia Erogatore	Cartelle cliniche controllate		Modifiche DRG		Abbattimento tariffario
	N	%	N	%	
Strutture pubbliche	82.870	15%	7.814	9%	-€ 5.314.230,71
Strutture private accreditate	16.641	13%	668	4%	€ 89.817,11
Totale	99.511	15%	8.482	4%	-€ 5.224.413,60

Approfondimenti

4)[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.

3)[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.

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

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

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Ispezioni sanitarie e socio-sanitarie - Azienda Zero
Rio Tre Ponti - Dorsoduro 3494/A, 30123 Venezia
Telefono: 041 2791308
e-mail: ispezioni@azero.veneto.it

5.5 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 in particolare 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 (Paragrafo 4.1.2 - pag.116). Identifica, inoltre, la necessità di attuare un costante miglioramento e la diffusione nelle diverse realtà territoriali ed 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 altresì 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, più in generale, 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, che ha coinvolto 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, altresì, 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 nonché componenti strutturali dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le attività di gestione del rischio clinico risultano efficaci in misura proporzionale alla loro integrazione a tutti i livelli dell'organizzazione e alla promozione 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 prevista 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 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. In particolare, il livello regionale provvede ad effettuare il coordinamento ed il monitoraggio di quanto indicato nei sottoparagrafi che seguono.

Raccomandazioni e Checklist di sala operatoria

Anche per la valutazione dell'anno 2017, 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 2017, con il supporto e la supervisione regionale, le Aziende Sanitarie della Regione del Veneto hanno pubblicato 71 buone pratiche (Tabella 5.10), risultando la seconda Regione più produttiva a livello nazionale.

Tabella 5.10 – Tipologia di buone pratiche inserite in Agenas, Veneto, 2017

Tipologia di buona pratica	%	Conteggio di Classificazione
Percorso Nascita	21%	15
Terapia farmacologica	15%	11
Altro	15%	11
Coinvolgimento dei pazienti	11%	8
Segnalazione e/o identificazione di eventi	11%	8
Prevenzione delle cadute	7%	5
Infezioni	6%	4
Identificazione del paziente	3%	2
Revisione del modello organizzativo	3%	2
Sicurezza trasfusionale	1%	1
Sicurezza in sala operatoria	1%	1
Percorsi clinico assistenziali	1%	1
Segnalazione di eventi	1%	1
Prevenzione della violenza	1%	1
Totale	100%	71

Monitoraggio degli Eventi sentinella

Nel corso del 2017 sono stati validati 81 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 risultate quelle segnalate con maggior frequenza (n=26; 33%), seguite da ogni altro evento che causa morte o grave danno al paziente (n=11; 13%), suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale (n=8; 10%), strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure (n=8; 10%) e atti di violenza a danno di operatore

(n=8; 10%). Complessivamente, sul totale degli eventi sentinella, nel 30% dei casi l'evento è esitato nel decesso del paziente.

Alla luce degli eventi avversi segnalati è stato attuato un monitoraggio specifico delle attività messe in atto dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate per la prevenzione delle cadute del paziente, la cui analisi ha rilevato un buon livello di messa in atto di interventi volti a ridurre i fattori personali ed ambientali di rischio, nonché alla gestione del paziente a seguito del verificarsi dell'evento.

Valutazione della messa in atto delle attività di rischio clinico e sicurezza del paziente presso le Strutture Sanitarie Private accreditate

Nel 2017 è stata attuata una verifica e ricognizione delle funzioni svolte in ambito della sicurezza dei pazienti dalle Strutture sanitarie Private Accreditate. Complessivamente, tutte le strutture sono risultate conformi agli standard che normalmente identificano un livello base di maturità in materia di rischio clinico. Le Aree che presentano i maggiori livelli di maturazione sono risultate la "Comunicazione" (con il 96.4% degli standard minimi presenti) e l'"Ambiente e contesto sicuri" (con il 96.4% degli standard minimi presenti).

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. 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 state effettuati 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, area dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura. In particolare, nel corso dell'ultimo biennio, sono stati analizzati, a livello regionale, tutti gli eventi avversi correlati al percorso nascita. Dall'analisi effettuata è emersa la necessità di implementare il percorso relativo alla sepsi in ambito ostetrico e al trasporto del neonato. Con i Decreti n. 32 e 33 del 23 Marzo 2017 del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale sono stati infatti adottati il "documento di indirizzo operativo per l'identificazione precoce e la gestione della sepsi in ostetricia" e gli "indirizzi tecnico-operativi del Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale". Per quanto attiene l'area dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, alla luce dell'analisi degli eventi avversi, è apparso opportuno elaborare e diffondere delle linee di indirizzo regionali per la "prevenzione del suicidio del paziente in ospedale" e per la "gestione del paziente con abuso di sostanze ricoverato in ospedale".

Organizzazione della II Convention Nazionale dei Clinical Risk Manager

Nel contesto dei lavori della Sub Area Rischio Clinico della Commissione Salute, la Regione del Veneto è stata promotrice ed organizzatrice della II Convention Nazionale dei Clinical Risk

Manager, a cui hanno partecipato tutte le Regioni, con una presenza in aula di circa 350 partecipanti. Sono stati istituiti 12 tavoli di lavoro che hanno permesso di realizzare un momento di studio e di confronto sulle tematiche proposte dalla Legge 24/2017. Nel contempo, la Convention ha costituito un'occasione per rafforzare la rete dei Risk Manager nell'ambito delle singole Regioni ed iniziare a creare una "rete nazionale".

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 progressivamente esteso alle altre Aziende sanitarie. Tale modello trova articolazione nell'accentramento della gestione in n. 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 del 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 è 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, con risarcimenti di oltre 500 mila €, la gestione viene condivisa con la Compagnia assicurativa che assicura le Aziende sanitarie e l'IRCSS Istituto Oncologico Veneto.

Approfondimenti

Portale Sanità Regione del Veneto al link <https://salute.regione.veneto.it/web/gsrc/home>

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Rischio Clinico – Azienda Zero
Passaggio Gaudenzio 1 - 35131 - Padova
Telefono: 0412793755/1344; e-mail: rischio.clinico@azero.veneto.it

UOC Affari Generali e Assicurativi – Azienda Zero
Passaggio Gaudenzio, 1 - Padova
Telefono: 049 8778240; e-mail: aagg.assicurativi@azero.veneto.it

6. Assistenza territoriale e socio-sanitaria

6.1 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 [...] (Paragrafo 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 [...] (Paragrafo 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 (Paragrafo 3.1.3 – pag. 52).

Quadro di sintesi

La gestione integrata e la continuità dell'assistenza rappresentano i due obiettivi principali del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, che danno valore all'assistenza garantita in Veneto. 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 gli obiettivi:

- diffusione della "Medicina di Gruppo integrata", quale modello organizzativo per l'assistenza primaria;
- definizione ed applicazione di percorsi clinico-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.

Lo sviluppo delle medicine di gruppo integrate

In conformità a quanto disposto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 e nel rispetto della DGR n. 751/2015, nel corso del 2017 si è proceduto con la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata (MGI).

Nel contesto regionale i MMG si ripartiscono nelle seguenti forme associative:

Tabella 6.1 –Forme associative della medicina generale. Veneto, 2017 (Fonte: Anagrafe Unica Regionale)

	N° F.A.	%	N° MMG	%	N° ASSISTITI	%
Medico Singolo	547	51,5%	547	17,3%	578.752	13,6%
Associazione semplice	65	6,1%	264	8,4%	375.206	8,8%
Rete dei medici (comprese forme miste)	151	14,2%	798	25,3%	1.089.670	25,6%
Medicina di Gruppo	222	20,9%	891	28,2%	1.285.689	30,3%
UTAP	5	0,5%	35	1,1%	43.277	1,0%
Medicina di Gruppo Integrata	73	6,9%	620	19,7%	875.776	20,6%
Totale Regione Veneto	1.063	100%	3.155	100%	4.248.370	100%

Complessivamente, tra il 2016 il 2017, la CRITE-MGI ha autorizzato n. 86 progettualità, che coinvolgono n. 753 MMG, corrispondenti al 24% del totale dei MMG nella Regione Veneto, e n. 1.043.926 assistiti (corrispondenti al 25% della popolazione assistita nel Veneto).

Pertanto al termine del 2017 risultano attivate n. 73 MGI, delle quali n. 63 MGI mantengono una o più sedi periferiche per garantire una copertura capillare dei territori, coinvolgendo complessivamente un centinaio di comuni. Si tratta per lo più di evoluzioni di altre forme associative già esistenti (in particolare ex UTAP o medicine di gruppo) e che hanno allargato la partecipazione ad altri MMG che operavano in forma singola, modificandone quindi la dimensione, ma anche le sedi e ovviamente l'organizzazione. Si rileva, invece, che soltanto un quarto dei progetti attivati è rappresentato da aggregazioni ex novo di MMG.

Tabella 6.2 – Evoluzione in Medicine di Gruppo Integrate. Veneto, 2017
(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	26	36%
trasformazioni da GRUPPO	25	34%
ex NOVO (tout court)	18	25%
Totale	73	100%

Si segnala che nel corso del 2017 è stato presentato un interpello all'Agenzia delle Entrate in merito alla modalità di rimborso dei fattori produttivi necessari al funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate, trattandosi di forme innovative di lavoro in team tra più MMG ed altre figure professionali. L'esito dell'interpello e la necessità di riadeguare le modalità in essere hanno indotto un rallentamento prudenziale nell'autorizzazione e quindi nello sviluppo dei progetti di Medicina di Gruppo Integrata, a cui è seguita la dichiarazione dello stato di agitazione da parte delle OO.SS. dei MMG.

A seguito dei recenti accordi succedutisi tra l'Assessorato e le stesse OO.SS. della Medicina generale, si è concordata la necessità di rivedere parzialmente la DGR n. 751/2015, provvedimento costitutivo del modello regionale di Medicina di Gruppo Integrata. A tale scopo è stata costituita nell'anno 2018 una apposita Commissione regionale.

Anche a fronte di quanto sopra richiamato e considerato che le MGI rappresentano un investimento per la Comunità, la U.O. Cure primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali della Regione ha strutturato ed avviato il monitoraggio per verificare il raggiungimento degli obiettivi da parte di queste nuove forme associative, considerando in questa prima fase obiettivi e soglie contrattate in ogni specifico Contratto di Esercizio della singola MGI.

Pur precisando che il monitoraggio è in corso e riguarda tutte le MGI attivate, nel 2017 si è provveduto a rilevare alcuni dati preliminari con riferimento alle prime 12 MGI che hanno concluso nel 2017 il loro primo anno di attività. Nello specifico si può asserire che:

- relativamente alle attività dell'area della prevenzione soltanto un terzo delle MGI analizzate ha conseguito tutti gli obiettivi;
- relativamente all'assistenza ai malati cronici, e quindi all'applicazione dei PDTA così come previsti dalla DGR n.751/2015, 5/12 MGI hanno conseguito pienamente tutti gli obiettivi posti;
- con riferimento alla partecipazione alla Governance, legati peraltro ai meccanismi di autosostenibilità del modello stesso, 5/12 MGI hanno raggiunto pienamente gli obiettivi negoziati.

Si tratta di dati preliminari ed è in corso di validazione la rilevazione complessiva.

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

La COT rappresenta lo strumento organizzativo funzionale a tutti gli attori della rete socio-sanitaria, di cui l'ADI è una componente, coinvolti nella presa in carico dell' "utente fragile", caratterizzato da multimorbilità, elevata complessità e/o terminalità.

Nel corso del triennio 2015-2017, la COT è stata attivata in tutte le 21 ex Aziende ULSS, per un totale di n. 21 COT attive seppur con assetti organizzativi differenti, definiti a partire da un'analisi dei bisogni locali, dei modelli organizzativi e del contesto culturale di ciascuna Azienda ULSS, elementi questi che concorrono a determinarne diversità e peculiarità.

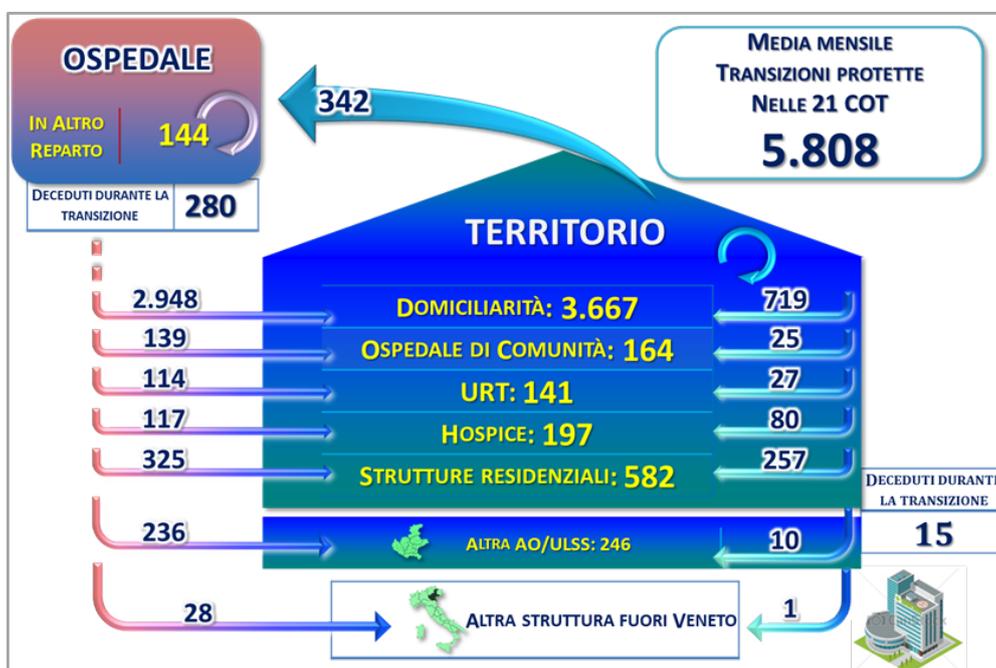
Dal consueto monitoraggio, predisposto dalla U.O. Cure primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali, delle attività svolte nell'anno 2017, si rileva che le COT coordinano la presa in carico di circa il 2% della totalità degli assistiti della Regione.

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

Più in dettaglio si annovera una media mensile di quasi 6.000 "transizioni protette" (Figura 6.1), la maggior parte delle quali (ovvero 3.667 transizioni mensili gestite dalle 21 COT) riguarda i processi per l'inserimento di un paziente in un setting domiciliare, sia che provenga dall'ospedale che da altri setting territoriali.

Figura 6.1 – Le transizioni protette nella Regione Veneto – Anno 2017

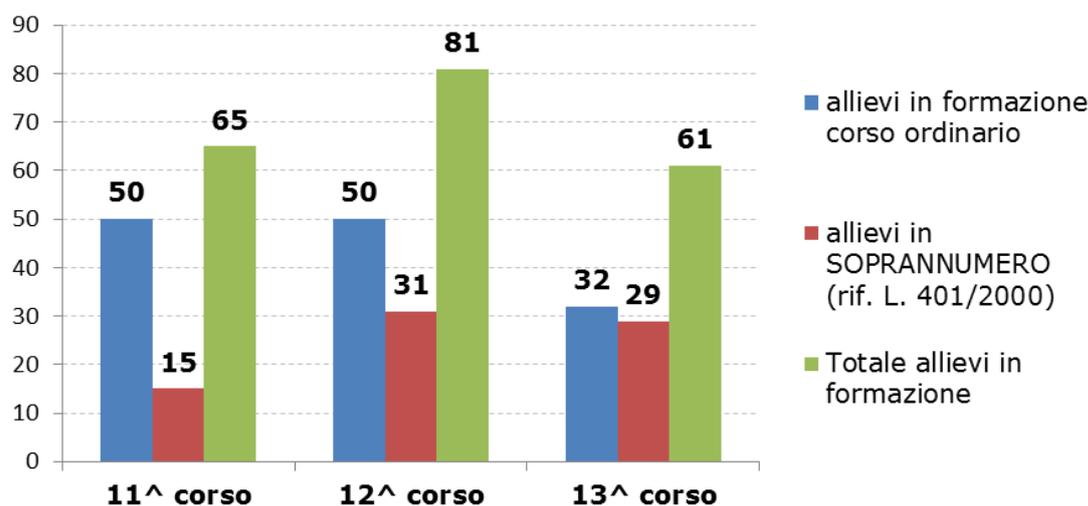
(Fonte: Monitoraggio dello Sviluppo del modello di COT – U.O. Cure primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali)



Scuola di formazione specifica in Medicina Generale

Nell'ambito dello sviluppo dell'assistenza primaria va ricordata l'attività della Scuola di formazione specifica in Medicina Generale, che afferisce alla Unità Organizzativa Cure primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali, il cui modello organizzativo è in continua revisione per renderlo sempre più coerente con gli obiettivi della programmazione regionale. La Scuola annovera attualmente n. 414 medici in formazione dei corsi triennali attivi al 31/12/2017, suddivisi in allievi del corso ordinario e allievi ammessi in soprannumero alla frequenza del corso ai sensi della Legge 401/2000, questi ultimi rappresentano il 18% del totale (Figura 6.2). Periodicamente, nel corso delle diverse annualità, viene proposta la riedizione del percorso formativo per i Tutor della Medicina Generale, finalizzato allo sviluppo delle conoscenze e competenze metodologiche che caratterizzano la figura del tutor dei percorsi di tirocinio come Tutor-Mentore, un profilo che richiede allo stesso tempo forti competenze costitutive ma anche quelle conoscenze operative che caratterizzano i percorsi assistenziali nel contesto organizzativo della Regione Veneto.

Figura 6.2 – Allievi in formazione della Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale – Anno 2017
(Fonte: U.O. Cure primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali)



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. 2140 del 23 dicembre 2016. Avvio del XII° corso triennale di formazione specifica in medicina generale di cui alle DD.G.R. n. 459/2016 e n. 740/2016 e individuazione sedi e componenti degli organismi didattico-formativi

Recapiti per ulteriori informazioni

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

6.2 Strutture Intermedie e Hospice

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

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

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.

Nel 2016 è stato avviato il flusso informativo relativo alle attività di ricovero presso ODC e URT, i dati di questi due anni vengono analizzati e restituiti.

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 4 e le 6 settimane, rivolto a persone che necessitano di recupero funzionale o di una convalescenza". L'obiettivo delle cure intermedie è quello di prevenire i ricoveri inappropriati, ridurre la durata della degenza ospedaliera per favorire un rientro a domicilio e ridurre il rischio dell'istituzionalizzazione.

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 Piano Socio Sanitario della Regione del Veneto sottolinea come aspetto strategico la "(ri)definizione delle funzioni e degli standard delle strutture a carattere temporaneo, in particolare le strutture intermedie, con adeguamento ai mutati bisogni assistenziali e con potenziamento a fronte della ridefinizione dell'offerta ospedaliera". La DGR n. 2122/2013 (approvazione delle schede territoriali) indica il fabbisogno di posti letto di Cure Intermedie. 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 *assessment* (o valutazione) e gestione multi professionali e multidimensionali;
- offrire una opportunità di recupero funzionale, se possibile;
- essere di durata limitata nel tempo;
- coinvolgere e attivare diverse istituzioni e enti erogatori di servizi alla persona (comuni, strutture residenziali...) 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 6.3 - Strutture intermedie: tipologia di pazienti e obiettivi assistenziali

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

Per l'attivazione dei posti letto territoriali, le Aziende Sanitarie hanno presentato nel 2014 un Piano Attuativo, approvato e modificato nel 2017 da appositi atti giuntali che, per Ospedali di Comunità (ODC) e Unità Riabilitative Territoriali (URT), ne disciplinano la realizzazione, l'esercizio e l'accreditamento, secondo standard strutturali e organizzativi definiti per garantirne omogeneità e qualità (DGR 2718/2012; 2108/2014; 2683/2014; 2091/2015 con la definizione di una nuova tariffa di 130 e 135 euro, DGR 433/2017; DGR 1714/2017).

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 2683/2014 e raccolti con cadenza mensile a partire dal 2016. Nel 2017 in totale sono 2.147 gli utenti che hanno usufruito dei servizi di cure intermedie (2.066 presi in carico in ODC e 248 in URT), nel 2016 erano meno: 1.516 utenti. La composizione sociodemografica degli utenti per gli anni 2016 e 2017 viene descritta in Tabella 6.4: in particolare l'utenza è per la maggior parte composta da donne (oltre il 60% in entrambi gli anni). Le ULSS che registrano più presenze nel 2017 sono 6-Euganea (29,6% degli utenti totali) e 1-Dolomiti (19,9%). Più della metà degli utenti ha un'età all'ammissione superiore agli ottant'anni (nel 2017 la percentuale è pari al 62,1%, mentre nel 2016 al 63,7%). In Tabella 6.5 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 251 posti letto. L'indice di rotazione regionale (cioè il rapporto fra totale delle degenze e posti letto) è in aumento: passa da 7,5 per il 2016 a 9,2 per il 2017. Il tasso di occupazione (cioè il rapporto fra utenti equivalenti¹ e posti letto) è in aumento: passa

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

dal 62% all'82%. Nel 2017 in media la degenza presso ODC e URT è durata 32 giorni, nel 2016 era 34 giorni (Figura 6.3).

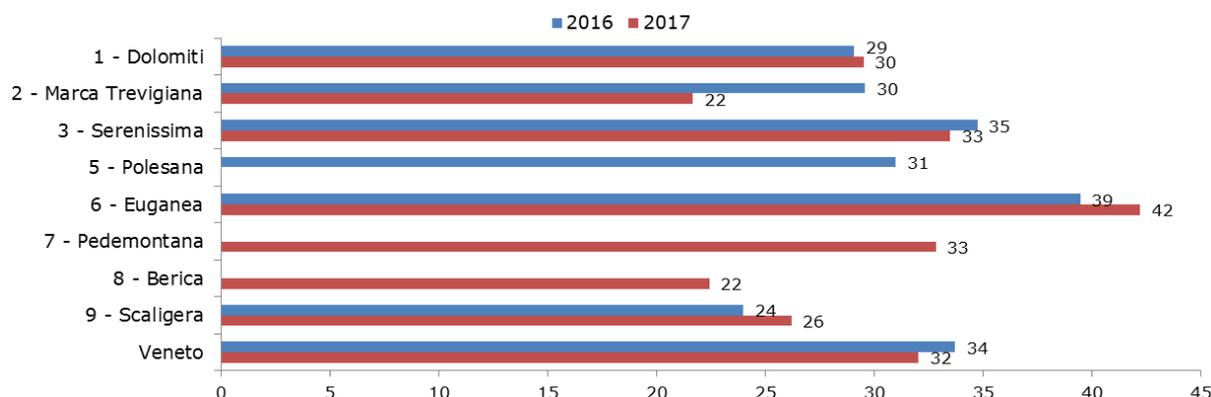
Tabella 6.4 - Principali caratteristiche socio-demografiche dell'utenza in ODC e URT. Percentuali sui totali di colonna. Veneto, 2016-2017

		2016		2017	
		N	%	N	%
Genere	Femmine	973	64,1	1.335	62,2
	Maschi	546	35,9	812	37,8
ULSS di residenza all'accoglimento	1 – Dolomiti	324	21,3	427	19,9
	2 – Marca	113	7,4	248	11,6
	3 – Serenissima	282	18,6	299	13,9
	6 – Euganea	608	40,2	636	29,6
	7 – Pedemontana	-	-	113	5,3
	8 – Berica	-	-	244	11,4
	9 – Scaligera	189	12,5	180	8,4
Classi d'età all'ingresso in struttura	0-69	183	12,1	293	13,7
	70-74	138	9,1	203	9,5
	75-79	230	15,1	319	14,9
	80-84	355	23,4	459	21,4
	85-89	335	22,1	486	22,6
	90-94	228	15,0	301	14,0
	95+	50	3,3	86	4,0
Totale utenza		1.516		2.147	

Tabella 6.5 - Posti letto* per ODC e URT, totale accoglimenti, indice di rotazione, utenti equivalenti e tasso di occupazione per struttura. Veneto, 2016-2017

ULSS	Denominazione struttura	2016				2017				
		N° accoglimenti	Indice di rotazione	Utenti equiv.	Tasso di occupazione	N° accoglimenti	Indice di rotazione	Utenti equiv.	Tasso di occupazione	Posti letto
1	ODC – Alano di Piave	148	7,4	8,5	43%	240	12,0	16,1	81%	20
	ODC – Agordo	30	7,5	2,3	58%	40	10,0	3,1	78%	4
	ODC – Auronzo	166	7,9	17,6	84%	198	9,4	18,7	89%	21
2	URT S. Gregorio (Valdobbiadene)	123	4,9	10,4	41%	247	9,9	15,4	61%	25
3	ODC Centro Nazareth (Venezia)	160	8,4	15,6	82%	171	9,0	16,5	87%	19
	ODC – Lido di Venezia	53	4,8	5,8	53%	53	4,8	4,8	44%	11
	ODC – Fatebenefratelli (Venezia)	82	8,2	7,4	74%	88	8,8	7,8	78%	10
6	ODC 1 – OIC (Padova)	241	8,0	24,7	82%	249	8,3	28,1	94%	30
	ODC 2 – OIC (Padova)	237	7,9	25,3	84%	240	8,0	28,1	94%	30
	ODC – Conselve	53	6,6	5,8	73%	59	7,4	6,0	75%	8
	ODC – Montagnana	129	5,2	16,9	68%	142	5,7	18,7	75%	25
7	ODC – Marostica					119	9,9	11,1	92%	12
8	ODC – Valdagno					179	11,9	11,4	76%	15
	ODC - Montecchio Maggiore					87	14,5	6,0	100%	6
9	ODC - Tregnago	217	14,5	15,0	100%	201	13,4	14,8	99%	15
VENETO		1.639	7,5	155,3	62%	2.313	9,2	206,6	82%	251

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

Figura 6.3 - Degenza media in ODC o URT (in giorni) per ULSS e anno di dimissione, Veneto, 2016-2017


La maggior parte degli assistiti accolti in struttura proviene dagli ospedali (nel 2017 l'80,4%, nel 2016 il 79,7%) o dal proprio domicilio (con o senza Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); nel 2017 il 16,0%, nel 2016 il 14,2%). Gli utenti che vengono congedati rientrano principalmente a casa (con o senza ADI; 47,1% nel 2017, 48% nel 2016), o vengono trasferiti in una struttura socio-sanitaria residenziale extraospedaliera (21% nel 2017, 22% nel 2016) o in ospedale (15% nel 2017, 17,5% nel 2016). La percentuale di deceduti in struttura è stata pari all'11,7% nel 2017 e all'8,2% nel 2016. La distribuzione del contesto di provenienza dell'assistito e della tipologia di congedo per struttura nel 2017 vengono illustrate rispettivamente nelle Figure 6.4 e 6.5.

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 "Traiettorie prognostica", che correla gli esiti funzionali al congedo rispetto alla traiettoria prognostica definita all'accoglienza. Nel 2017 su 258 soggetti valutati "pazienti con funzioni/abilità perse ma recuperabili, da riabilitare", il 48% ha recuperato interamente le funzioni; degli 871 pazienti con "alcune funzionalità/abilità perse, da stabilizzare" il 58% ha stabilizzato le funzioni, infine dei 134 pazienti "con alcune funzionalità/abilità sicuramente perse, in cure palliative", il 36% ha stabilizzato le funzioni e il 49% è deceduto (Figura 6.6).

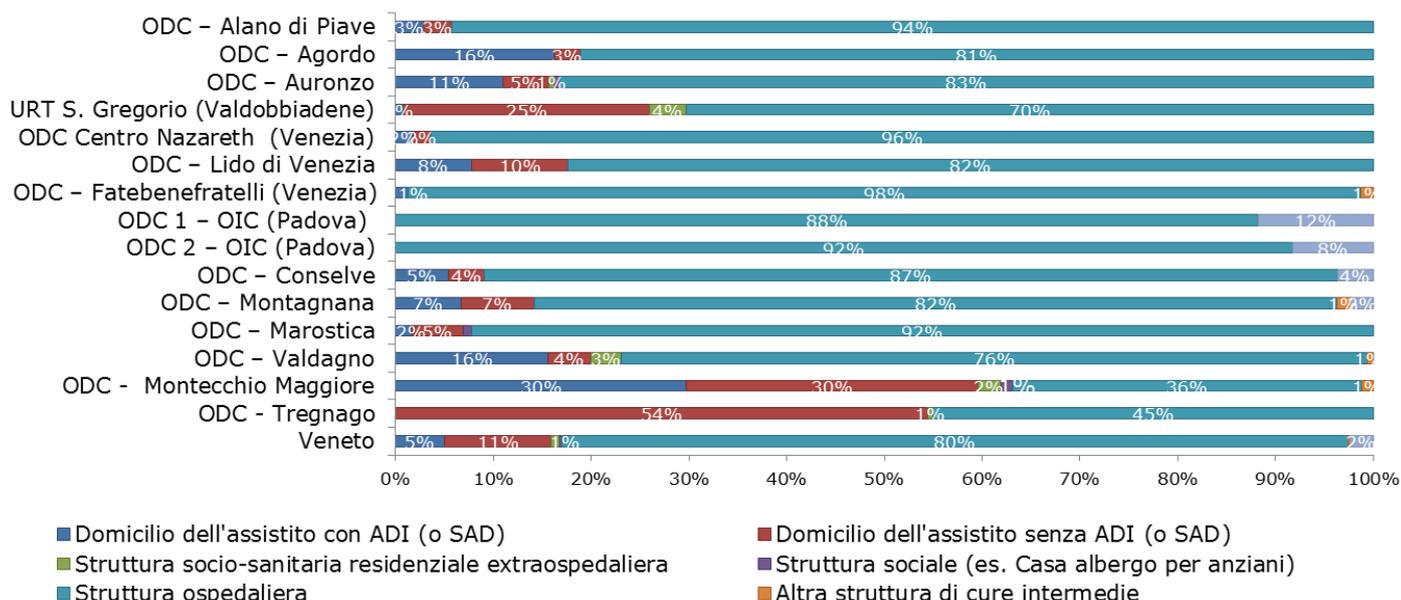
Figura 6.4 - Provenienza dell'assistito per struttura ODC o URT, Veneto, 2017.


Figura 6.5 - Congedo dell'assistito per struttura ODC o URT (ODC Alano di Piave non ha inviato il dato). Veneto, 2017.

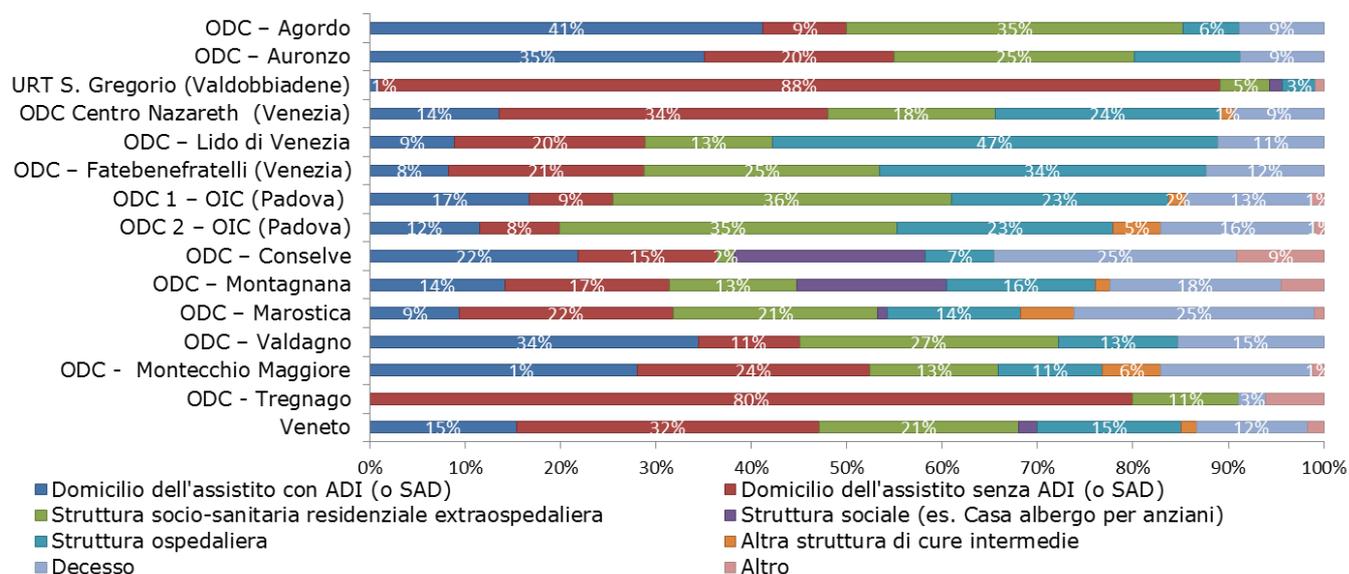
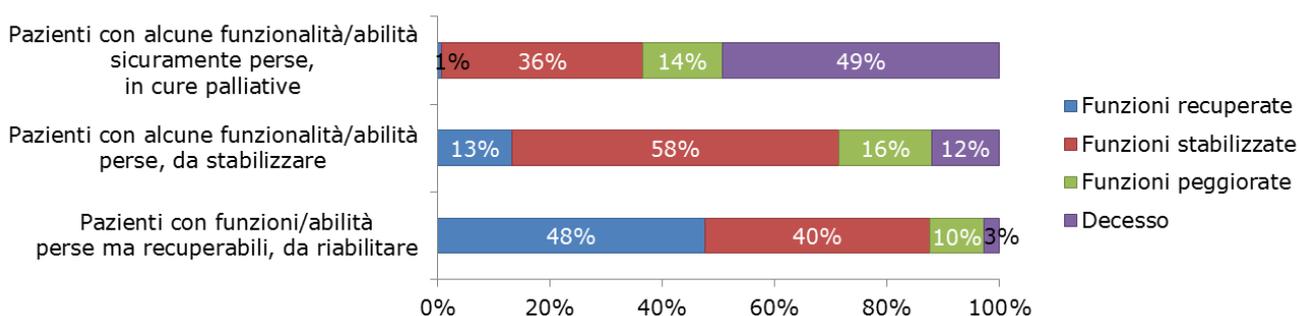


Figura 6.6 - Indicatore E4 "Traiettoria prognostica" (allegato D alla DGR 2683/2014). Veneto, 2017



Hospice

Quadro di sintesi

- Nel 2017 nelle strutture Hospice del Veneto ci sono stati 3.062 ricoveri, con un aumento del 23% dal 2013 al 2017, di questi ricoveri il 99% è stato rivolto a residenti in Veneto, il 52% a maschi.
- Il 2% degli assistiti ha dai 18 ai 44 anni, il 18% dai 45 ai 64 anni, il 63% dai 65 agli 84 anni e il restante 17% è ultra 85-enne.
- Le donne sono mediamente più anziane, con un'età media di 74 anni rispetto ai 73 degli uomini; non si evidenziano differenze nel pattern di patologia tra i due sessi.
- Il 60% dei ricoverati proviene da una struttura ospedaliera, l'11% da casa senza essere inseriti in un programma di assistenza domiciliare, il 27% dalla propria abitazione con un servizio di cure domiciliari attive (in aumento rispetto agli anni precedenti), il restante 2% proviene da altre strutture territoriali.
- Il 94% degli assistiti ha una diagnosi di Tumore Maligno; con alcune differenze nelle diverse classi d'età, infatti i più giovani sono ricoverati maggiormente per Altre Patologie: 14% nei 18-44 anni e 9% negli 85 o più anni, rispetto al 6% di tutti i ricoverati.
- La degenza media è pari a 19,3 giorni nel 2017, inferiore a quella nel 2016 (20,5 giorni).

In Veneto, nel 2017, ci sono 20 Hospice, almeno una struttura in ogni Azienda ULSS, con 194 posti letto complessivi e 9,7 medi (range tra ULSS: 7-46), con una presenza media giornaliera regionale di 162 pazienti; il tasso di occupazione è dell'83% (range tra ULSS: 52% - 100%); la degenza media è di 19,3 giorni (range tra ULSS: 13,0 – 33,0) in 3.062 ricoveri totali.

Tabella 6.6 - Indicatori di attività per Hospice. Veneto, 2017

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	2,7	143	2.353	16,5	6,4	80,6	17,9	4,0
Feltre	7	1,6	174	2.513	14,4	6,9	98,4	24,9	0,2
2 Vittorio Veneto	10	0,6	184	3.483	18,9	9,5	95,4	18,4	0,9
Treviso	12	3,2	214	3.873	18,1	10,6	88,4	17,8	2,4
3 VE-Zelarino	8	5,3	105	2.653	25,3	7,3	90,9	13,1	2,5
Venezia	8	8,1	79	2.604	33,0	7,1	89,2	9,9	4,0
VE-Mestre	25	3,3	336	8.860	26,4	24,3	97,1	13,4	0,8
4 San Donà di Piave	7	2,4	110	1.925	17,5	5,3	75,3	15,7	5,7
Portogruaro	10	2,1	105	2.133	20,3	5,8	58,4	10,5	14,5
5 Lendinara	8	9	118	2.226	18,9	6,1	76,2	14,8	5,9
6 Camposampiero	6	2,5	79	1.661	21,0	4,6	75,8	13,2	6,7
Cittadella	6	2,3	113	2.302	20,4	6,3	100,0	18,8	0,0
PD-Paolo VI	19*	5,2	259	3.937	15,2	10,8	89,9	21,6	1,7
PD-Santa Chiara	7	7	106	2.443	23,0	6,7	95,6	15,1	1,1
Montagnana	8	5,9	108	2.566	23,8	7,0	87,9	13,5	3,3
7 Bassano del Grappa	8	3,6	113	2.447	21,7	6,7	83,8	14,1	4,2
Thiene	9	0	129	1.712	13,3	4,7	52,1	14,3	12,2
8 Vicenza	7	4,7	207	2.696	13,0	7,4	100,0	29,6	0,0
9 Cologna Veneta	7	14	111	2.300	20,7	6,3	90,0	15,9	2,3
VR-Marzana	14	22,2	269	4.450	16,5	12,2	87,1	19,2	2,5
Veneto	194	5,7	3.062	59.137	19,3	162,0	83,5	15,8	3,8

* Paolo VI ha 19 posti letto accreditati, di cui 7 non sono attivati, gli indicatori sono calcolati considerando 12 posti letto

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 2017 al 20% in Veneto, ma con ampia variabilità tra le ULSS (dal 13% al 29%).

Figura 6.7 - 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, 2015-2017

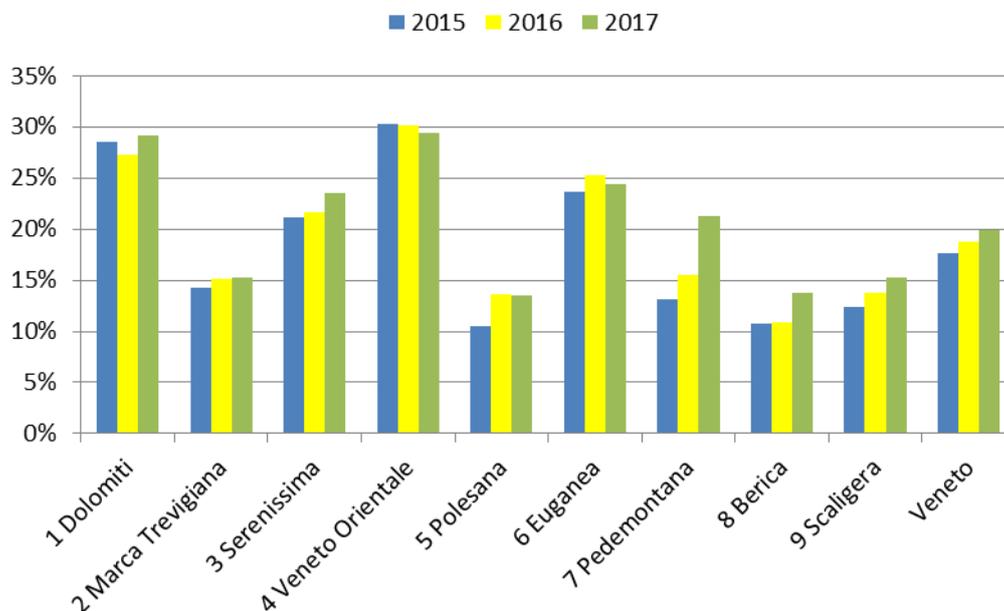
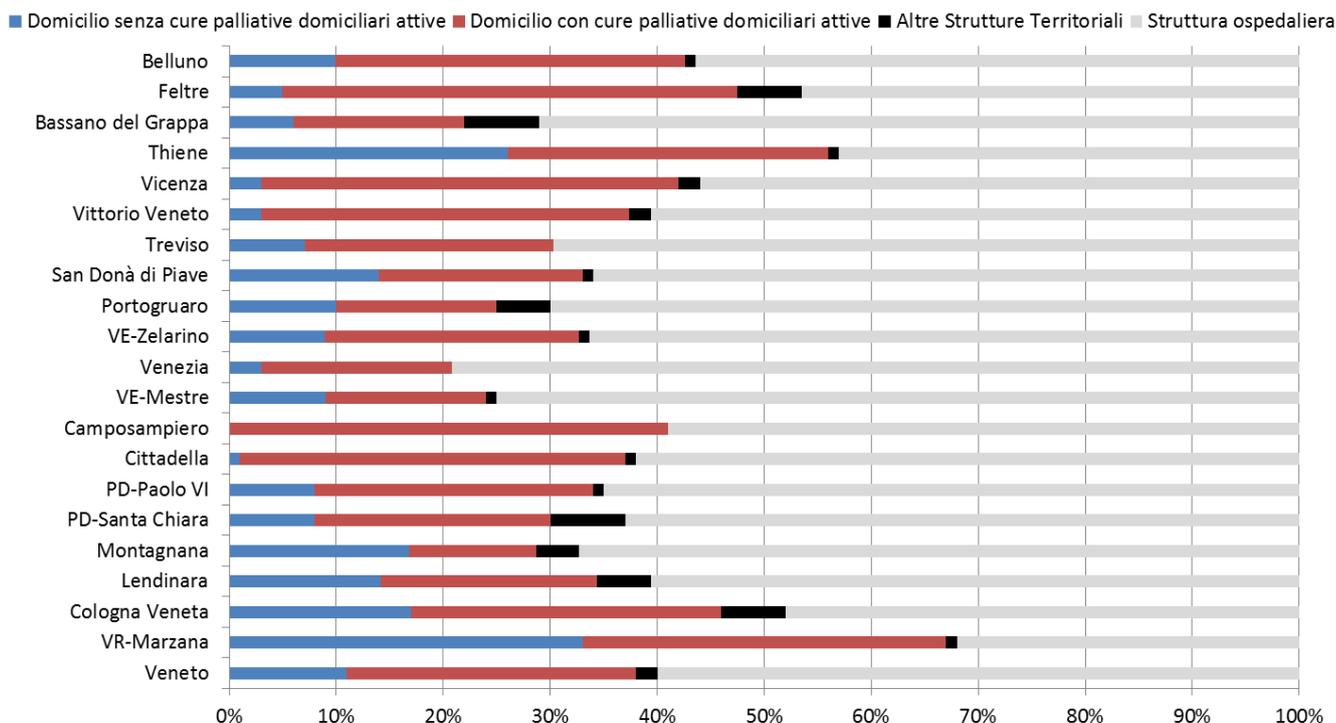


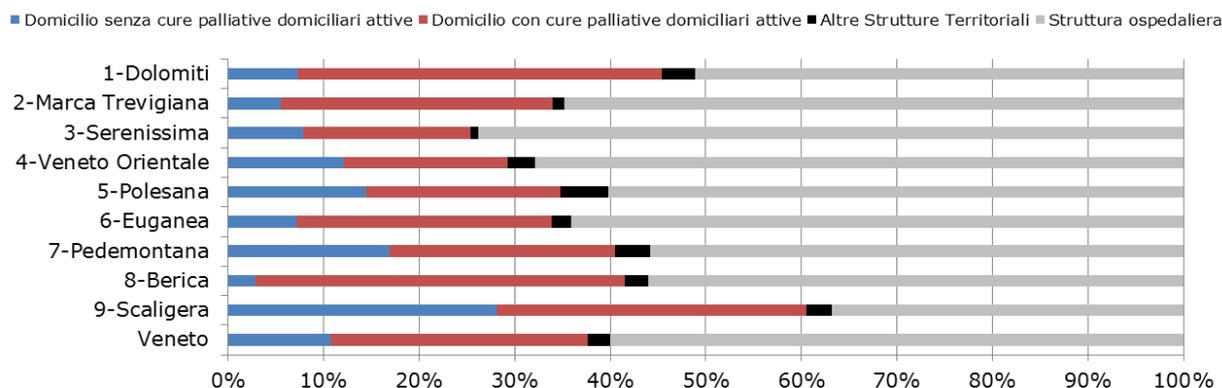
Figura 6.8 - Assistiti per struttura di provenienza e Hospice di ricovero. Veneto, 2017



La provenienza dei ricoverati in Hospice (Figura 6.8) denota dei possibili margini di miglioramento nelle modalità di accesso a questa struttura, poiché complessivamente il 60% dei ricoverati provengono da strutture ospedaliere (range tra strutture: 32%-80%); l'11% proviene

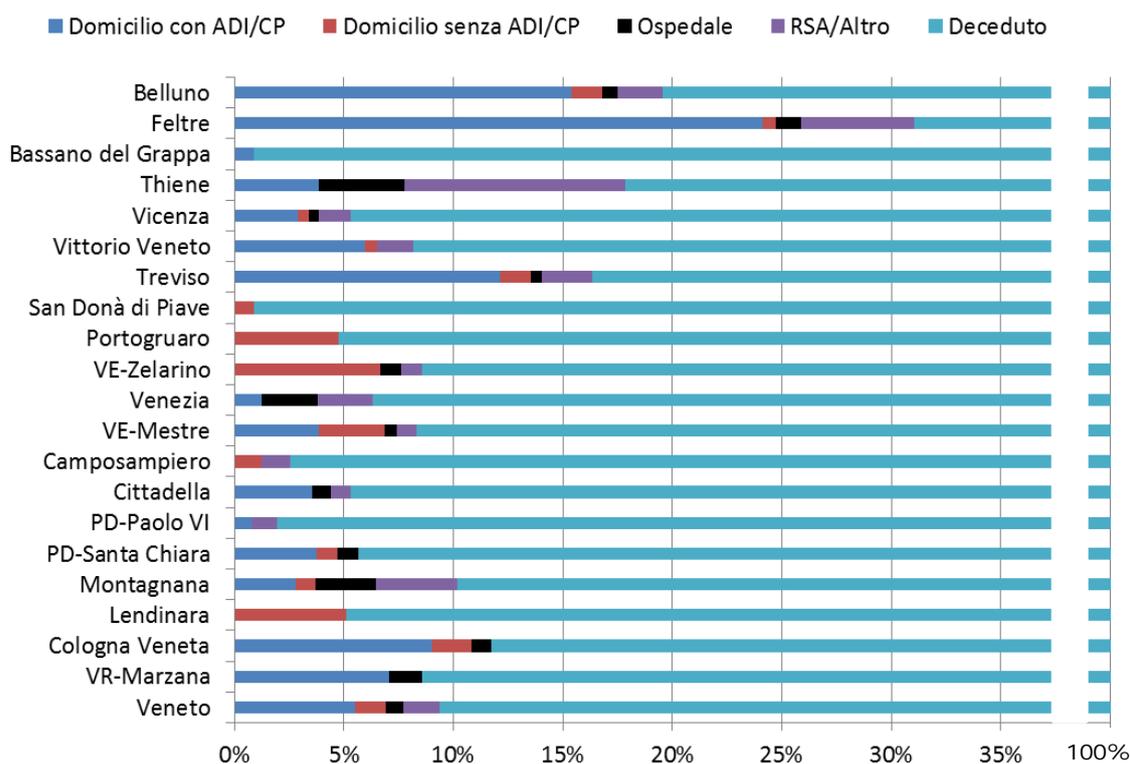
dal domicilio senza essere inserito in un programma di cure domiciliari (range tra strutture: 1%-33%) e il 27% sempre dal domicilio, ma con cure domiciliari attive (range tra strutture: 12%-43%). Nel 2017 la percentuale di pazienti provenienti dal domicilio con cure domiciliari attive è aumentata, mettendo in evidenza un incremento della sinergia all'interno della rete delle cure palliative.

Figura 6.9 - Assistiti per struttura di provenienza e ULSS. Veneto, 2017



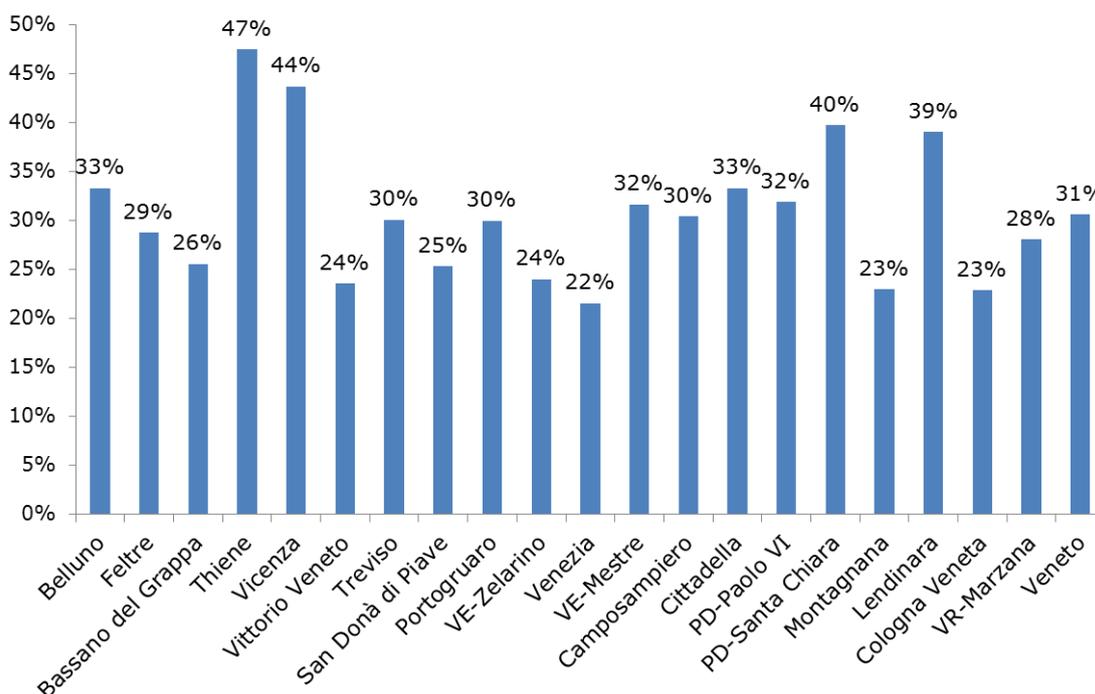
Per quanto riguarda la modalità di dimissione dalla struttura, una discreta quota (6%) di pazienti in uscita dall'Hospice viene dimessa a casa con il supporto delle cure domiciliari, a conferma del ruolo di supporto alla domiciliarità che questo tipo di struttura sta assumendo. Un'altra piccola fetta, l'1%, viene ricoverata in Ospedale, mentre il 2% vengono trasferiti in una struttura residenziale (RSA); il 91% muore in Hospice. La percentuale di deceduti varia tra il 69% dell'Hospice di Feltre e il 99% di quelli di San Donà di Piave o di Bassano del Grappa.

Figura 6.10 – Percentuale dei ricoveri in Hospice per struttura di ricovero e modalità di dimissione. Veneto, 2017



Nell'ambito della valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018, l'obiettivo C.2.12 riguarda l'assistenza erogata presso gli hospice, precisamente il rapporto tra il numero 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 giorni e il numero totale di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica (Figura 6.11): l'indicatore viene considerato ottimale se non supera il 25%. Inoltre è stato inserito un nuovo obiettivo C.2.13 - "Diminuzione del numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera": l'obiettivo è raggiunto se la percentuale di ricoveri provenienti da struttura ospedaliera diminuisce almeno dell'1% rispetto al valore del 2017.

Figura 6.11 – Percentuale di ricoveri oncologici con degenza <=7 giorni sul totale dei ricoveri in Hospice, per Hospice di ricovero. Veneto, 2017



Principali riferimenti normativi e Approfondimenti

- [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.

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

- [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
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@azero.veneto.it

Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie
Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
Telefono: 041-2791762
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

6.3 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 (Paragrafo 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 (Paragrafo 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 (Paragrafo 3.1, pag. 44).

Quadro di sintesi

- Nel 2015, nelle ULSS del Veneto, è stato avviato un progetto di Care Management per la presa in carico integrata di pazienti complessi, a supporto del quale sono stati organizzati due corsi di formazione regionale (DGR 1097/2015); ogni Azienda ha partecipato con 2 Medici di Medicina Generale (MMG) e 2 infermieri del territorio utilizzando modalità e strumenti del Care Management.
- Nel 2016 i pazienti affetti da scompenso cardiaco già presi in carico e nuovi pazienti con patologie croniche e multimorbilità, sono stati costantemente monitorati attraverso visite ambulatoriali e/o domiciliari e follow-up telefonici, intervenendo precocemente e proattivamente per assicurare l'aderenza al Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e cogliere tempestivamente cambiamenti nello stato di salute al fine di promuovere e mantenere uno stile di vita corretto e ridurre accessi impropri al Pronto Soccorso o ricoveri ospedalieri.
- Nel 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 Care Management e con il supporto di un sistema informatico costituito da una piattaforma web based e da un tablet messo a punto nel marzo 2017, sono stati assistiti un totale di 330 pazienti.

Nel 2015 è stato avviato nelle ULSS del Veneto un progetto di Care Management (CM), modello assistenziale innovativo per la presa in carico di pazienti complessi. Nella prima fase l'attenzione è stata rivolta alle persone affette da scompenso cardiaco, malattia a forte rilevanza epidemiologica e con elevati tassi di re-ospedalizzazione. Il team di riferimento principale per tali pazienti è costituito dal medico di medicina generale (MMG) e dall'infermiere Care Manager (ICM). Le due figure professionali hanno partecipato ad un percorso di formazione regionale ad hoc con moduli in copresenza e lavorano in sinergia con altre figure strategiche coinvolte nel percorso di cura.

I pazienti arruolati nel progetto 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.

Il modello di CM prevede diverse fasi (Figura 6.12): dopo un primo contatto del MMG con il paziente finalizzato ad illustrare il programma, viene organizzato un incontro fra MMG, ICM, paziente e caregiver (se presente) che può avvenire nello studio medico, se il paziente deambula, o presso il suo domicilio se non è in grado di spostarsi. L'ICM procede con l'Accertamento infermieristico di bisogni e preferenze del paziente attraverso una raccolta dei dati a domicilio e tramite la consultazione della cartella clinica del MMG. Successivamente, l'ICM si confronta con il MMG per realizzare la stesura condivisa del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI). Il PAI comprende anche l'elenco delle prestazioni periodiche che il paziente deve effettuare in relazione alla propria patologia cronica ma soprattutto descrive la pianificazione e attuazione degli interventi secondo gli obiettivi da perseguire. L'ICM traduce il PAI nel Piano di Azione, documento che funge da promemoria per un'assunzione corretta dei medicinali, per ricordare l'importanza di svolgere un'attività fisica regolare, osservare un'alimentazione corretta e monitorare parametri specifici. I follow-up successivi garantiscono il periodico monitoraggio del paziente e la rivalutazione, con il MMG, delle cure e degli interventi assistenziali.

L'ICM si integra con i diversi professionisti dell'équipe per la valutazione e la facilitazione dell'accesso alle risorse socio-sanitarie del territorio dove vive la persona svolgendo una funzione di navigatore. Punto di forza del modello è la centralità della paziente cronico e della propria famiglia/caregiver che partecipano attivamente alla promozione della propria salute e ai processi di cura e assistenza, nel rispetto dei propri valori e delle proprie preferenze.

Con DGR n. 535 del 26 aprile 2016 la Regione del Veneto ha aderito al progetto del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (CCM) denominato "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" che ha visto coinvolte anche Emilia-Romagna, Sardegna e Toscana come regione capofila. A partire da gennaio 2017 in Veneto sono entrati a far parte del progetto 330 pazienti arruolati ed assistiti con il programma di CM. La Tabella 6.7 descrive la distribuzione delle variabili demografiche e di comorbidità dei soggetti presi in carico, la Figura 6.13 le patologie più frequenti.

Ai soggetti presi in carico 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 legate alla presa in carico infermieristica, il counseling, il follow up ed il coinvolgimento del paziente hanno riportato punteggi molto alti (punteggi più alti indicano un management per le malattie croniche più strutturato).

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.

E' stata eseguito un monitoraggio dell'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 risulta aderente il 93% dei pazienti.

Figura 6.12 – Il programma di Care Management

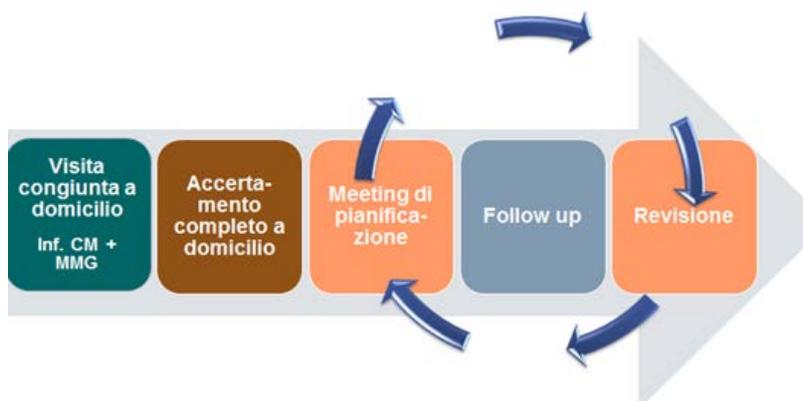
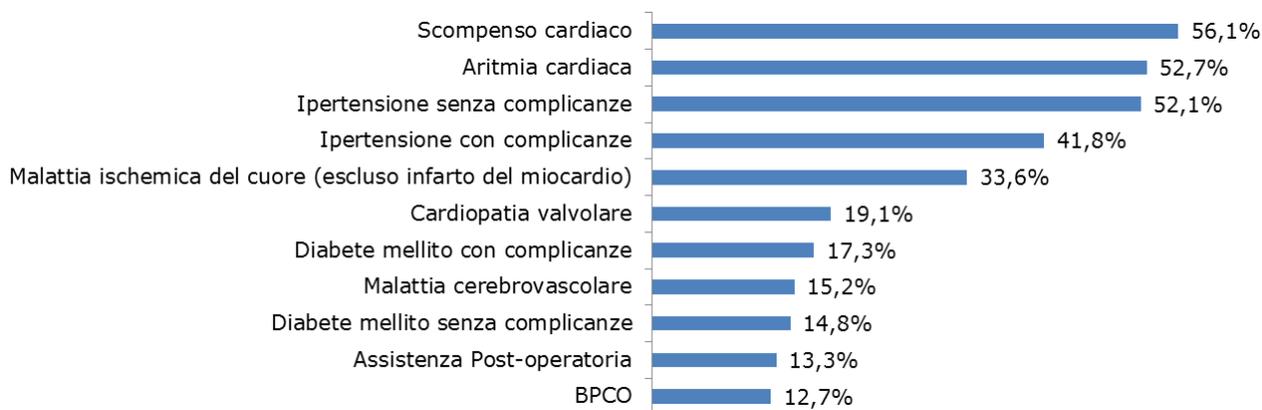


Tabella 6.7 – Caratteristiche dei 330 pazienti arruolati nel programma di Care Management. Veneto, 2017

		N	%
GENERE	M	164	49,7%
CLASSE DI ETA'	60-74	81	24,5%
	75-84	143	43,3%
	85 +	106	32,1%
N° MALATTIE CRONICHE	1 Patologie	30	9,1%
	2 Patologie	51	15,5%
	3 Patologie	56	17,0%
	4 Patologie	49	14,9%
	5 Patologie	49	14,9%
	6 Patologie	40	12,1%
	7 Patologie	27	8,2%
	8+ Patologie	28	8,5%

Figura 6.13 – Patologie più frequenti dei 330 pazienti arruolati nel programma di Care Management. Veneto, 2017



Recapiti per ulteriori informazioni

SER Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero
 Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: ser@azero.veneto.it

Direzione Programmazione Sanitaria
 Rio Novo – Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
 Telefono: 041 2793408-3513
 e-mail: acg@regione.veneto.it

6.4 Assistenza ai pazienti con malattie croniche

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

Per rendere operativo il modello di presa in carico della cronicità è necessario implementare in modo diffuso su tutto il territorio regionale delle forme associative della Medicina Generale più evolute, quali team multiprofessionali fondati sull'implementazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali, con riferimento particolare al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e BPCO. (Paragrafo 3.1.1, 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 programmata di controlli clinici effettuati in maniera integrata dal MMG e specialista, esami di laboratorio ed esami strumentali per controllare e prevenire le complicanze della patologia. Nel 2017 il 75,6% dei diabetici ha effettuato almeno un controllo dei livelli di emoglobina glicata, il 42% ne ha eseguiti almeno due; il 51,3% dei diabetici è stato sottoposto a monitoraggio del livello di microalbuminuria, nel 66,6% dei soggetti affetti da diabete è stato rilevato l'assetto lipidico ed il 23,0% è stato sottoposto all'esame del fondo dell'occhio.

Per 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 2017 l'11,3% dei pazienti con BPCO ha avuto una riacutizzazione (il 9,5% di grado moderato, il 2,4% di grado severo). I dati sull'aderenza alla terapia con broncodilatatori mostrano che nel 2017 soltanto il 36,7% sia stato in trattamento continuativo.

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 due valutazioni l'anno dell'emoglobina glicata, almeno un monitoraggio l'anno della microalbuminuria (per l'individuazione precoce del danno renale), misurazione del profilo lipidico ed esame della retina. Di seguito si riportano i dati relativi a questi indicatori, per tutti i diabetici e per la coorte degli insulino-trattati.

La valutazione dell'emoglobina glicata (almeno un monitoraggio all'anno) resta costante nel periodo, attestandosi al 75,6% nel 2017, con una variabilità tra le ex ULSS: dal 64,5% dei diabetici residenti nell'Azienda ex ULSS di Pieve di Soligo all'83,5% dei diabetici residenti nell'Azienda ex ULSS di Adria, il 42% dei diabetici esegue almeno due rilevazioni di emoglobina glicata all'anno. Il monitoraggio del profilo lipidico, invece, mostra una riduzione nel periodo, passando dal 68,5% nel 2014 al 66,6% nel 2017. La proporzione di pazienti diabetici che effettuano la valutazione del fondo dell'occhio resta bassa, mentre il monitoraggio della microalbuminuria aumenta leggermente rispetto al triennio precedente (51,3%). La Tabella 6.9 evidenzia la variabilità presente nel territorio rispetto al processo di assistenza ai pazienti diabetici. Nella Figura 6.14 invece viene esplorata la condizione intra-aziendale per l'emoglobina glicata e la microalbuminuria.

Tabella 6.8 – 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, anni 2014-2017

	2014	2015	2016	2017	Range tra ex ULSS (2017)
Emoglobina glicata	75,8%	75,2%	75,3%	75,6%	64,5% - 83,5%
Lipidi	68,5%	67,9%	65,4%	66,6%	48,4% - 77,0%
Microalbuminuria	49,6%	49,6%	49,6%	51,3%	22,8% - 67,6%
Fundus oculi	25,6%	24,2%	22,8%	23,0%	14,6% - 36,2%

Tabella 6.9 - 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, anno 2017

ULSS	Almeno un esame di Emoglobina Glicata	Almeno un monitoraggio del profilo Lipidico	Almeno un monitoraggio della microalbuminuria	Almeno un esame del fondo dell'occhio
1 - Dolomitica	80,6%	64,7%	56,9%	32,1%
2 - Marca Trevigiana	71,1%	60,4%	41,4%	20,5%
3 - Serenissima	73,4%	63,6%	48,5%	20,1%
4 - Veneto Orientale	74,8%	64,8%	51,0%	26,0%
5 - Polesana	77,6%	59,8%	29,6%	18,2%
6 - Euganea	78,2%	67,1%	56,0%	23,3%
7 - Pedemontana	73,9%	65,3%	60,9%	29,2%
8 - Berica	75,7%	66,6%	57,1%	22,4%
9 - Scaligera	78,0%	74,4%	57,0%	23,8%
VENETO	75,6%	66,6%	51,3%	23,0%

I pazienti diabetici insulino-trattati mostrano percentuali più elevate degli indicatori di processo valutati, con forte variabilità nel monitoraggio laboratoristico tra le aziende sanitarie (Tabella 6.10). Nel 2017, la valutazione dell'emoglobina glicata (almeno un monitoraggio l'anno) varia dal 73,1% dei diabetici residenti nell'Azienda ex ULSS di Pieve di Soligo al 93,4% dei diabetici residenti nell'Azienda ex ULSS di Adria. Complessivamente a livello regionale la proporzione è

dell'86,4%. Mentre il 60,3% dei pazienti diabetici insulino-trattati esegue almeno 2 rilevazioni dei livelli di emoglobina glicata. Il monitoraggio del profilo lipidico varia dal 53,6% nell'Azienda ex ULSS di Pieve di Soligo all'85,8% nell'Azienda ex ULSS di Arzignano, con un valore medio regionale pari al 73,3%. L'Azienda ex ULSS di Rovigo registra la proporzione più bassa per quanto concerne l'effettuazione del controllo della microalbuminuria (26,6%), mentre nell'Azienda ex ULSS di Arzignano l'indicatore raggiunge il 79,3% a fronte del dato regionale del 63,8%. L'esame del fondo dell'occhio viene eseguito in media dal 27,4% dei pazienti, il dato più basso è registrato nella Azienda ex ULSS di Treviso (16,3%), il più elevato nella Azienda ex ULSS di Feltre (40,3%).

Figura 6.14 - Pazienti diabetici che hanno eseguito almeno una valutazione dell'emoglobina glicata e almeno un monitoraggio della microalbuminuria per ex Ulss di residenza. Veneto, anno 2017

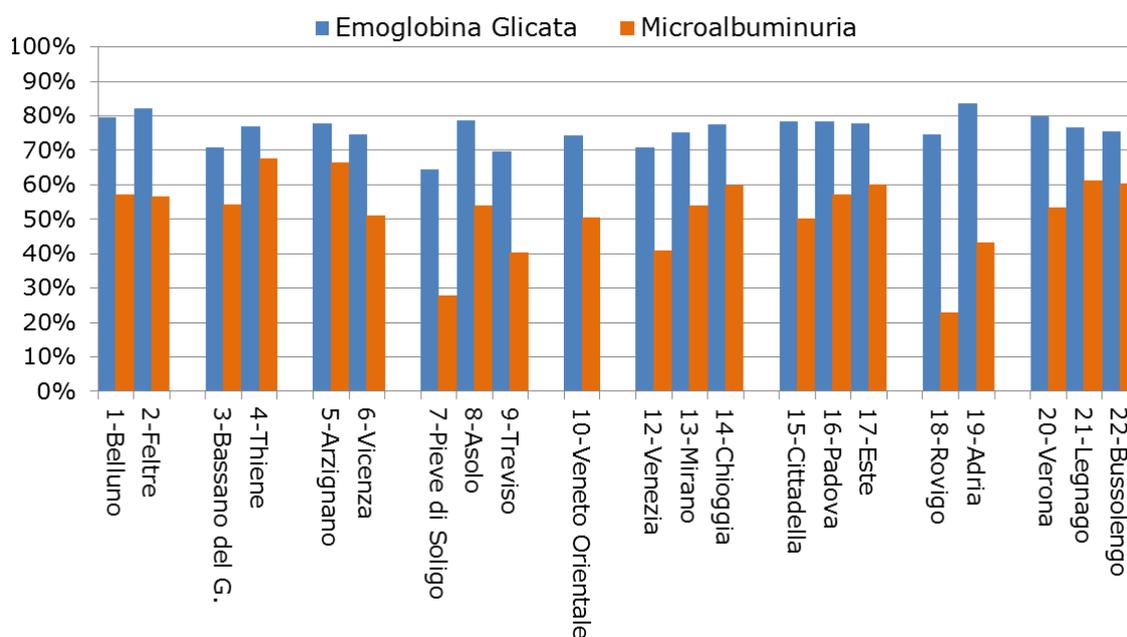


Tabella 6.10 - Pazienti diabetici insulino-trattati che hanno eseguito almeno una valutazione dell'emoglobina glicata, almeno un monitoraggio del profilo lipidico, almeno un monitoraggio della microalbuminuria ed almeno un esame del fondo dell'occhio. Veneto, anni 2014-2017.

	2014	2015	2016	2017	Range tra ex ULSS (2017)
Emoglobina glicata	85,8%	85,9%	86,4%	86,4%	73,1% - 93,4%
Lipidi	75,8%	75,7%	73,3%	73,3%	53,6% - 85,8%
Microalbuminuria	62,6%	63,7%	63,2%	63,8%	26,6% - 79,3%
Fundus oculi	31,1%	29,3%	26,8%	27,4%	16,3% - 40,3%

Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

Tra gli indicatori di valutazione del PDTA misurabili attraverso i flussi informativi sanitari regionali, qui di seguito 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 6.11 sono mostrati i tassi di riacutizzazione per BPCO nel periodo 2014-2017. Nella 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.

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 triennio considerato. Nel corso del 2017 il tasso di riacutizzazioni è dell'11,3%, con una certa variabilità territoriale: dall'8,4% della Azienda ex ULSS Veneziana al 15,3% della Azienda ex ULSS di Este (Figura 6.15).

Tabella 6.11 - Riacutizzazioni nella coorte dei pazienti con BPCO. Veneto, anni 2014-2017.

	2014	2015	2016	2017	Range tra ex ULSS (2017)
Riacutizzazione	11,7%	11,8%	11,2%	11,3%	8,4% - 15,3%
Riacutizzazione lieve/moderata (*)	9,7%	9,8%	9,4%	9,5%	6,8% - 14,2%
Riacutizzazione severa (§)	2,7%	2,8%	2,4%	2,4%	1,8% - 3,6%

(*) 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

La terapia per la BPCO è cambiata radicalmente nel corso degli ultimi due decenni. Un trattamento regolare con broncodilatatori a lunga durata d'azione nella fase stabile della malattia si è dimostrato in grado di controllare i sintomi, ridurre l'insorgenza di riacutizzazioni e migliorare la qualità di vita del paziente.

La continuità terapeutica con broncodilatatori a lunga durata d'azione è stata misurata attraverso il flusso della farmaceutica. Ciascun paziente può essere considerato in terapia continua se nel corso di ciascun trimestre del 2017 ha avuto almeno una prescrizione di broncodilatatori a lunga durata d'azione.

Nel 2017 in media in Veneto il 36,7% dei pazienti affetti da BPCO risulta in terapia continua con broncodilatatori a lunga durata d'azione. Rispetto al 2016 tale percentuale è aumentata del 2,8%. La percentuale di pazienti in continuità terapeutica mostra una certa variabilità territoriale, passando dal 26,6% della Azienda ex-ULSS di Feltre al 36,7% della Azienda ex-

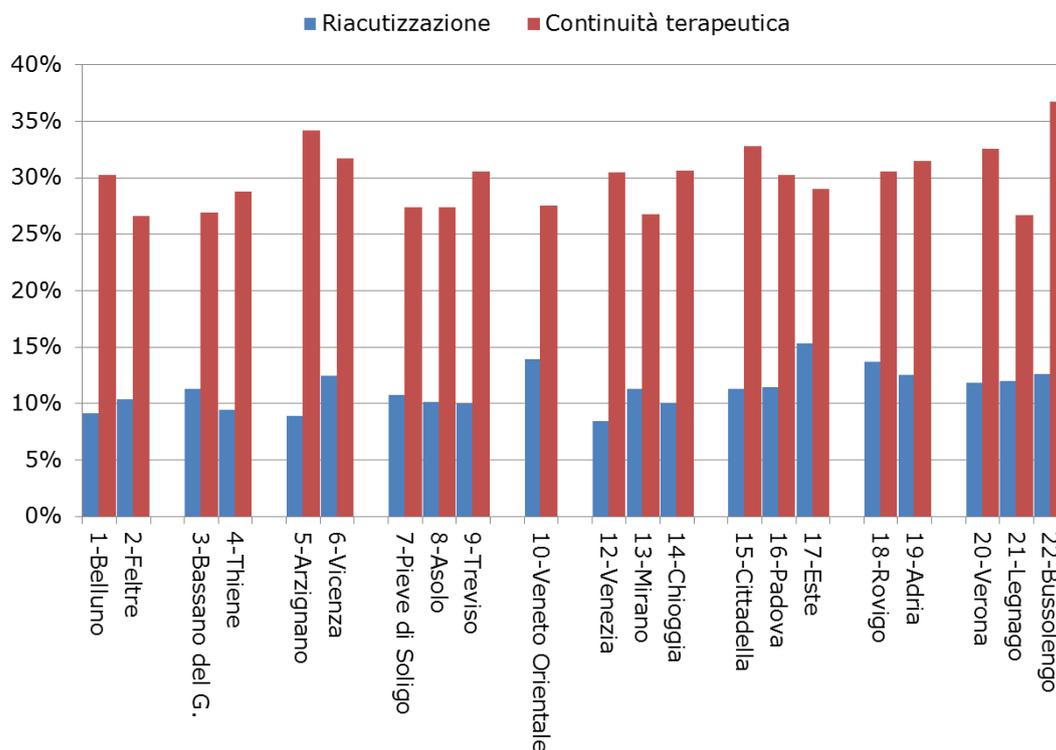
ULSS di Bussolengo (Figura 6.15). I dati mostrano quindi un'ampia possibilità di miglioramento dell'attività prescrittiva integrata degli specialisti pneumologi e dei Medici di Medicina Generale, in particolare a favore dei pazienti più giovani e negli stadi iniziali di malattia.

La Tabella 6.12 evidenzia la variabilità presente nel territorio rispetto al processo di assistenza ai pazienti affetti da BPCO.

Tabella 6.12 - Riacutizzazioni e continuità terapeutica nella coorte dei pazienti con BPCO prevalenti al 31/12/2016 e vivi al 31/12/2017, per Azienda Ulss di residenza. Veneto, anno 2017

ULSS	Riacutizzazione	Continuità terapeutica
1 - Dolomitica	9,7%	28,7%
2 - Marca Trevigiana	10,3%	28,8%
3 - Serenissima	9,7%	28,9%
4 - Veneto Orientale	13,8%	27,7%
5 - Polesana	13,4%	30,8%
6 - Euganea	12,1%	30,7%
7 - Pedemontana	10,5%	27,7%
8 - Berica	11,0%	32,7%
9 - Scaligera	12,1%	32,9%
VENETO	11,3%	36,7%

Figura 6.15 - Riacutizzazioni e continuità terapeutica nella coorte dei pazienti con BPCO prevalenti al 31/12/2016 e vivi al 31/12/2017, per ex Ulss di residenza. Veneto, anno 2017



Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero
 Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: ser@azero.veneto.it

6.5 Assistenza specialistica ambulatoriale

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

Assistenza Specialistica (Paragrafo 3.3.1. Pagine 80-82).

Quadro di sintesi

Nell'anno 2017 sono state registrate nel flusso dell'attività specialistica ambulatoriale del Veneto (SPS) 61.140.719 prestazioni di cui 59.621.502 erogate a favore di cittadini residenti in Veneto. Rispetto all'anno 2016 si è riscontrato un aumento nel complesso dell'1,5%; l'attività erogata dalle strutture pubbliche è aumentata del 2,3% mentre, di contro, l'attività delle strutture private accreditate è diminuita del 2,5%.

L'attività clinica (Branche a visite e Medicina Fisica e Riabilitazione) rappresenta il 23% delle prestazioni erogate, l'attività di Diagnostica per immagini il 6% ed il Laboratorio il 71%, mantenendo sostanzialmente le stesse percentuali dell'anno precedente.

Il rapporto pubblico/privato accreditato per l'anno 2017 conferma quanto rilevato negli anni precedenti, vale a dire il ruolo dominante, in generale, del settore pubblico, che eroga l'83% delle prestazioni totali, rispetto ai privati accreditati che erogano il 17% delle prestazioni.

Analizzando i dati di attività della specialistica ambulatoriale dell'anno 2017, erogata a favore dei cittadini residenti in Veneto e raffrontandoli con quelli dell'anno precedente, si evidenzia un andamento dell'offerta di prestazioni diverso tra le quattro macro aree (Figura 6.16), nello specifico:

- nella macro area di Laboratorio sono state erogate complessivamente 42.406.066 prestazioni nell'anno 2017 a fronte di 41.553.208 nell'anno 2016.

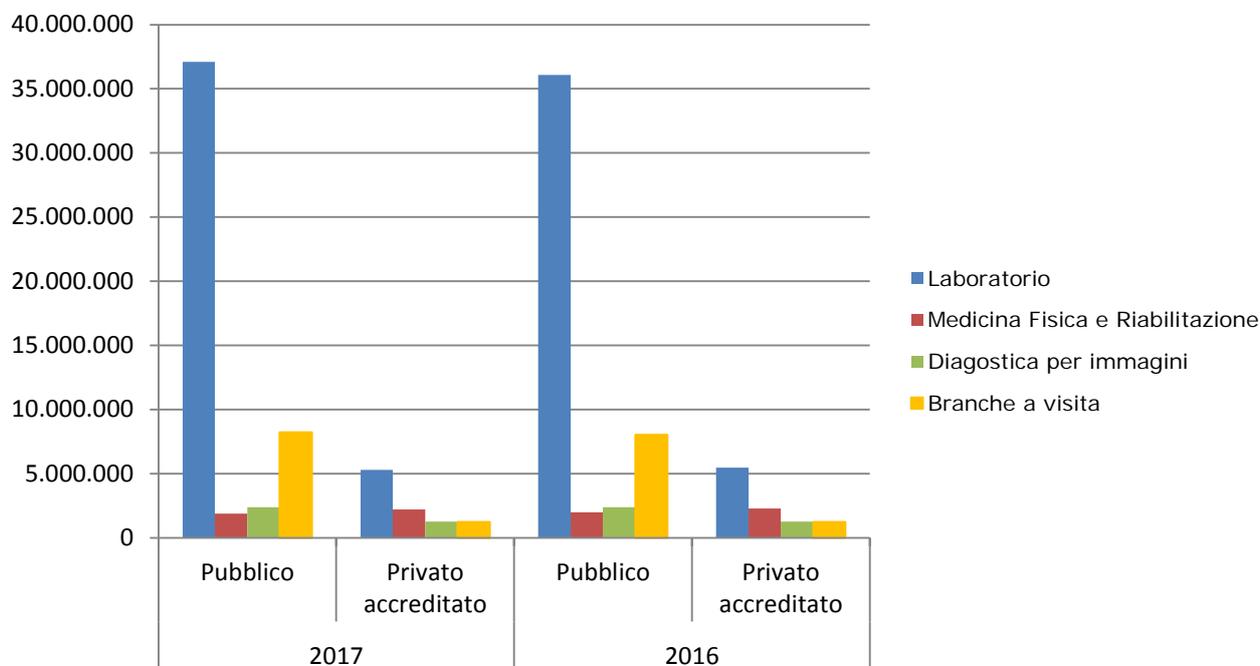
L'aumento di prestazioni è pari al 2%, il più elevato, come numero di prestazioni, tra le diverse macro aree; tale incremento è totalmente imputabile all'attività delle strutture pubbliche, che evidenziano un aumento del 2,8%, mentre per le strutture private accreditate si riscontra un calo del 3,4%, in linea con quanto disposto dai provvedimenti regionali che prevedono una graduale riduzione dell'attività di Laboratorio dei privati accreditati, poiché le strutture pubbliche sono in grado di soddisfare progressivamente l'intero fabbisogno di prestazioni.

- nella macro area di Medicina Fisica e Riabilitazione sono erogate complessivamente 4.096.382 di prestazioni nell'anno 2017 a fronte di 4.266.674 nell'anno 2016, evidenziando una diminuzione del 4,2%, la più elevata tra le quattro macro aree; gli erogatori pubblici registrano un calo del 5,1% mentre le strutture private accreditate evidenziano un calo del 3,4%.

- nella macro area di Diagnostica per immagini sono state erogate 3.634.996 prestazioni nell'anno 2017 a fronte di 3.638.896 nel 2016, mantenendo sostanzialmente lo stesso volume di prestazioni nei due anni, diminuzione di circa lo 0,1%, anche considerando separatamente le strutture pubbliche da quelle private accreditate.

- nella macro area Branche a Visita sono erogate complessivamente 9.484.058 prestazioni nell'anno 2017 a fronte di 9.272.774 nell'anno 2016, evidenziando un aumento del 2,2%, il più elevato, in percentuale, tra le diverse macro aree; tale incremento è imputabile principalmente all'attività delle strutture pubbliche, dove si riscontra un aumento del 2,5%, mentre per le strutture private accreditate l'aumento è pari allo 0,7%.

Figura 6.16 – Prestazioni di specialistica ambulatoriale distinte per macro area. Veneto, 2016-2017



Approfondimenti

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 246, 07 marzo 2017 che ha determinato, per l'anno 2017, 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

6.6 Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali

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

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

Quadro di sintesi

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

In seguito si sono susseguiti numerosi provvedimenti nazionali e regionali, fino ad arrivare all'attuale organizzazione regionale basata sulla DGR 320/2013, che riconosce il ruolo centrale del governo delle liste di attesa dei percorsi assistenziali; ribadisce l'obiettivo del contenimento del numero di prestazioni annuali per abitante 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 le prestazioni prioritarizzate non erogate entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità siano comunque erogate entro i successivi dieci giorni nel caso di classe B ed entro i successivi trenta giorni negli altri casi.

In recepimento di quanto stabilito dalla predetta Legge Regionale, nel corso del 2017 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.

Con DGR 246/2017, fra gli Obiettivi dei Direttori Generali 2017, è stato inserito l'obiettivo B.3 che richiedeva il rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. I risultati ottenuti, come rappresentati, evidenziano un complessivo miglioramento della performance regionale nel corso dell'anno 2017, 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 6.17 e 6.18).

Figura 6.17 – Andamento mensile della percentuale di prestazioni con tempo di attesa (TA) entro i limiti previsti (G1). Veneto, 2017

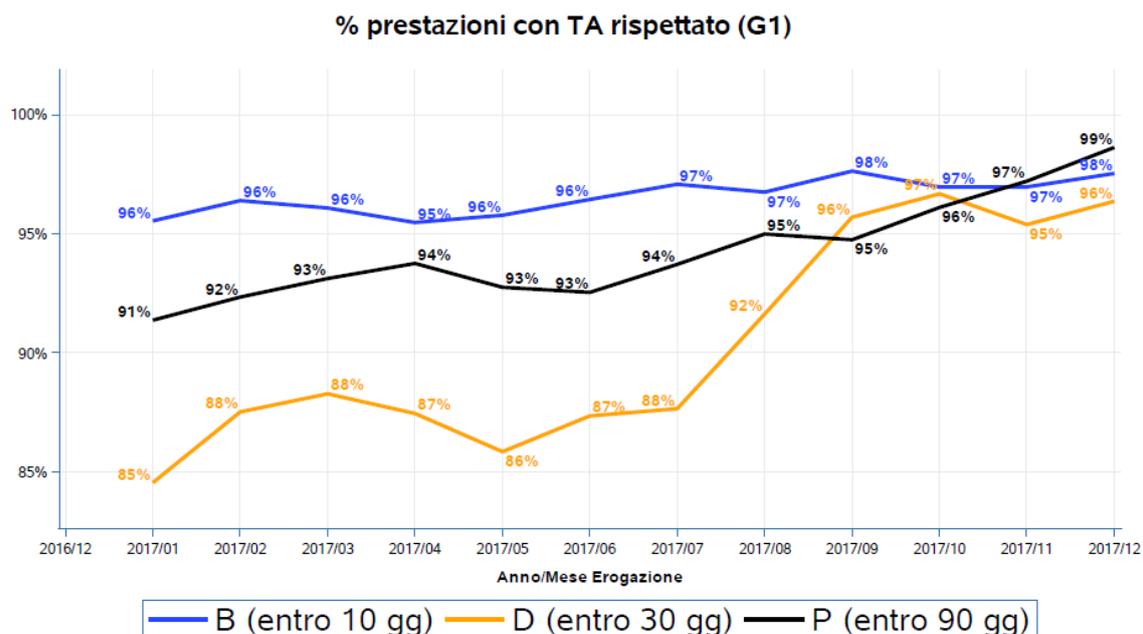
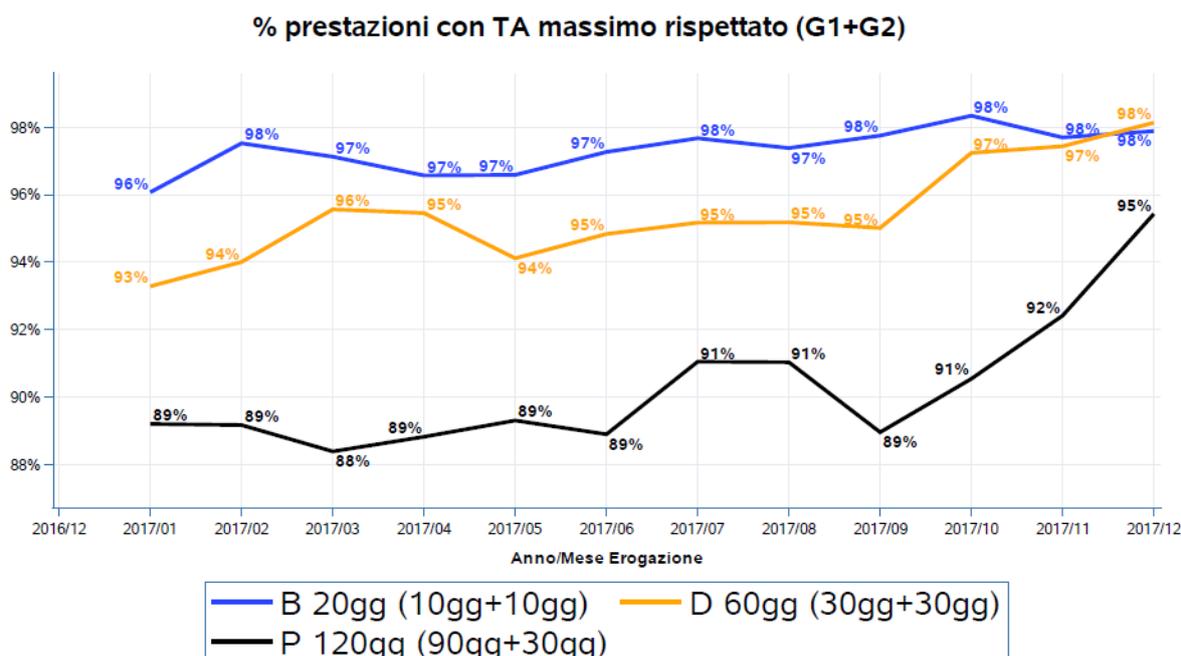


Figura 6.18 – Andamento mensile della percentuale di prestazioni con tempo di attesa entro i limiti previsti (G1+G2). Veneto, 2017



Aperture serali, prefestive e festive

Le aperture serali, prefestive e festive hanno preso avvio alla fine del 2013, coinvolgendo l'area della Diagnostica per Immagini di tutte le Aziende ULSS ed Ospedaliere. La DGR 320 del 12 marzo 2013 ha introdotto le aperture secondo le seguenti fasce orarie: Lunedì e Mercoledì 4 ore serali; il Sabato dalle ore 14.00 alle ore 20.00; la Domenica dalle ore 8.00 alle ore 14.00. Questa innovazione organizzativa è stata attuata per raggiungere l'obiettivo, previsto dal PSSR 2012-2016 di miglioramento dell'accessibilità, del governo della domanda e dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, e ha contribuito anche a ridurre le liste d'attesa. Per ognuna delle seguenti diagnostiche (TAC, RMN, Ecografia, Mammografia, Medicina Nucleare e Radioterapia), ove presenti, ciascuna Azienda doveva assicurare almeno una apparecchiatura funzionante nelle fasce orarie previste. Nel 2017 sono state erogate 133.865 prestazioni in tali fasce orarie.

Tabella 6.13 - Numero prestazioni in aperture serali, prefestive e festive. Veneto, 2017

	FESTIVO	PREFESTIVO	SERALE	TOTALE
MAMMOGRAFIE	2.898	5.085	694	8.677
RMN	5.766	11.692	13.124	30.582
ECOGRAFIE	2.431	12.345	3.901	18.677
TAC	1.043	3.704	2.776	7.523
ALTRO	25.252	30.728	12.426	68.406
TOTALE	37.390	63.554	32.921	133.865

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC analisi attività assistenziali sanitarie e socio sanitarie
 Rio Novo-Dorsoduro 3494/A, 30123 Venezia
 Telefono: 041 2791329
 e-mail: analisi@azero.veneto.it

6.7 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. (Capitolo 3.1.3 – pag 52-54)*

Quadro di sintesi

Nel biennio 2016-2017, è stata definita la Rete di Cure Palliative ed è stato avviato l'iter per la formulazione di un "percorso integrato di cura" a supporto dello sviluppo delle reti aziendali di cure palliative in età adulta. La Regione ha posto come obiettivo il mantenimento della persona nel proprio contesto di vita, intendendo procedere con uno sviluppo pianificato ed uniforme delle cure domiciliari.

Anche in considerazione del nuovo assetto territoriale delle ULSS, è stata effettuata una ricognizione dei modelli organizzativi nelle singole Aziende ULSS, con specifico riferimento all'attività infermieristica domiciliare e sono stati individuati alcuni primi indirizzi organizzativi, successivamente recepiti con DGR n. 1075/2017.

In Veneto nel 2017 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 184 per mille degli ultra 75enni, in aumento rispetto al 2016. Gli utenti seguiti in maniera intensiva, con almeno 2 accessi/settimana per almeno un mese, sono più di 20.000 in aumento rispetto al 2016. 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. Nel 2017 le Cure Palliative oncologiche in Veneto risultano avere una copertura di assistenza del 47,2% e un aumento delle giornate di assistenza erogate del 67,2%, valori entrambi superiori agli standard LEA. Per quel che riguarda gli Hospice risulta che il numero di posti letto è invece inferiore allo standard e la percentuale di ricoveri brevi, pari al 30,7%, rispetta solamente il valore minimo del 35%.

La riorganizzazione delle Cure Domiciliari

A seguito della L.R. n. 29/2016 è emersa in modo significativo la necessità di ricercare uniformità nei modelli assistenziali al fine di garantire equità e facilitare collegamenti funzionali tra gli attori della rete, nel rispetto dell'obiettivo di mantenere la persona nel proprio contesto di vita, e di sviluppare in modo pianificato ed uniforme le cure domiciliari. Diventa, pertanto, strategico promuovere un'organizzazione che garantisca la continuità dell'assistenza,

consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, valorizzando il ruolo dell'infermiere quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia/caregivers nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato.

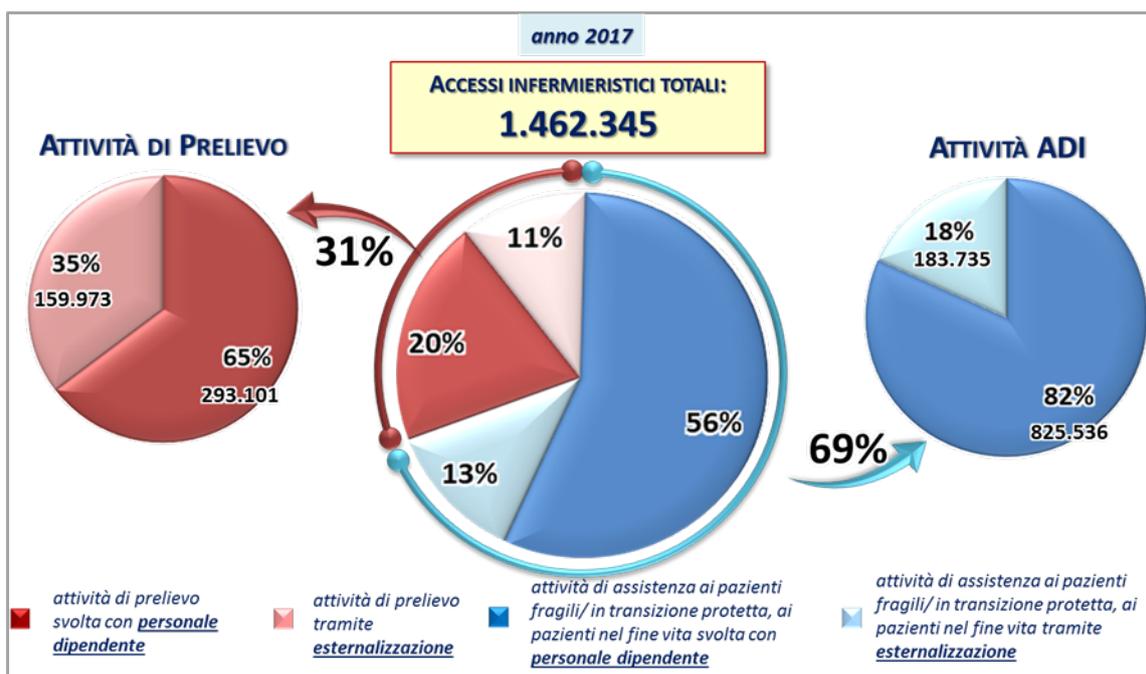
Al fine di individuare indirizzi organizzativi per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) coerenti con la programmazione regionale, con DDG n. 112 del 24 ottobre 2016, il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale ha costituito il "Tavolo Tecnico regionale per l'individuazione di indirizzi organizzativi per l'Assistenza Domiciliare Integrata".

Il Tavolo, sulla base di una ricognizione dei modelli organizzativi esistenti in Regione, ha elaborato alcune prime linee di indirizzo 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.

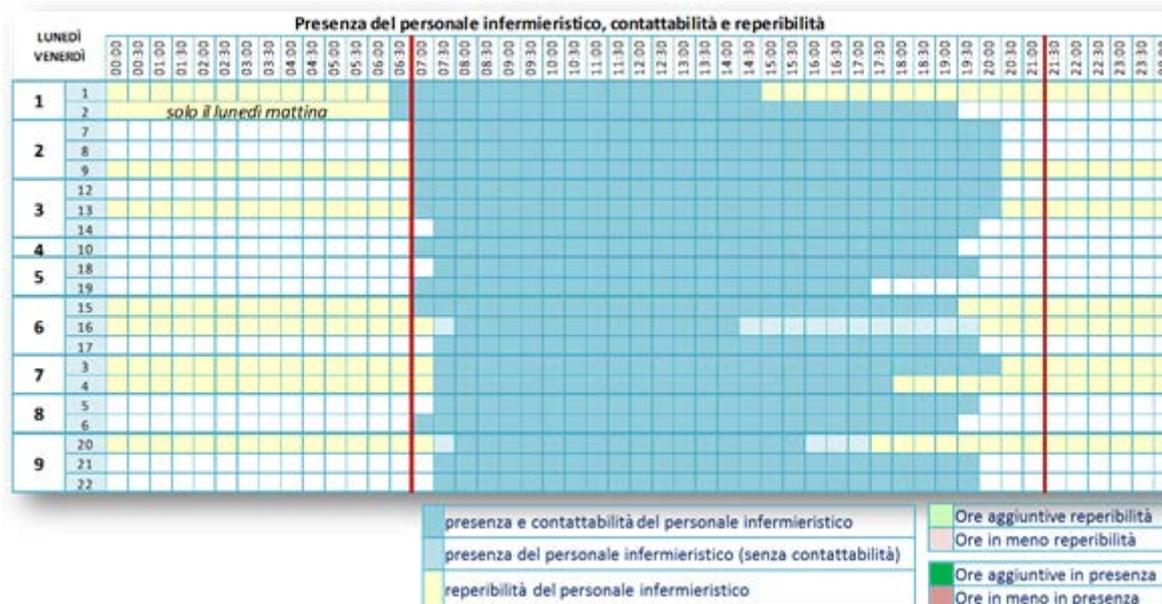
La rilevazione condotta dalla UO Cure primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali e relativa al 2017 ha consentito di fotografare puntualmente l'organizzazione delle cure domiciliari nella Regione Veneto. Si è registrato quasi un milione e mezzo di accessi infermieristici a domicilio di cui il 31% per attività di prelievo e il 69% per prestazioni di assistenza infermieristica (Figura 6.19); il 65% dell'attività di prelievo è stata esternalizzata.

Figura 6.19 – Accessi domiciliari infermieristici, 2017, Veneto
(Fonte: Monitoraggio Cure Domiciliari - UO Cure Primarie e strutture socio-sanitarie territoriali)



Inoltre si è riscontrato, all'interno delle stesse nuove Aziende ULSS, il permanere di diversità nella copertura oraria garantita dal servizio (Figura 6.20): detta variabilità si accentuava ancora di più nelle giornate di sabato e domenica.

Figura 6.20 – Presenza oraria di personale infermieristico, 2017, Veneto
(Fonte: Monitoraggio Cure Domiciliari - UO Cure Primarie e strutture socio-sanitarie territoriali)



La diversità tra Aziende è rilevabile anche nella dotazione di personale infermieristico dedicato alle cure domiciliari, seppur rapportato al numero di accessi e/o ai casi presi in carico. 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 riscontrata nella quasi totalità delle Aziende ULSS (20/21 ex ULSS) l'attivazione di molteplici numeri, differenziati per sub-aree territoriali con fasce orarie di attivazioni diverse a livello distrettuale o di equipe ADI.

La riorganizzazione delle Cure Palliative nel Veneto

Con le Cure Palliative e Terapia del Dolore si intende:

- garantire a tutti i cittadini un uguale accesso a cure appropriate;
- estendere l'assistenza a tutte le patologie cronico degenerative;
- anticipare la presa in carico ai pazienti con probabilità di esito infausto entro un anno;
- garantire l'appropriatezza delle cure nel setting assistenziale più adeguato, realizzando l'integrazione tra Ospedale e Territorio;
- garantire il continuum delle cure dalle fasi più semplici a quelle più complesse.

Con DGR n. 208 del 28 febbraio 2017 è stata definita la rete regionale delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto, nel rispetto di quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (prorogato al 2018).

L'analisi organizzativa a livello di ex Aziende ULSS, realizzata nel 2017 dalla UO Cure primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali, ha messo in evidenza innanzitutto una differente

collocazione gerarchica delle UO Cure palliative: in 12/21 ex Aziende ULSS la UO dipendeva dal direttore di distretto, in 2/21 dipendeva dal Direttore della UO Cure primarie e nelle restanti 7/21 non era stata attivata alcuna UO Cure palliative, facendo confluire indistintamente le sue funzioni ed attività nell'ambito di competenza della UO Cure primarie.

Si è voluto rilevare la presenza di procedure formalizzate per la presa in carico del malato, quale elemento che qualifica l'uniformità dell'assistenza e supporto necessario al modello organizzativo. Se nella quasi totalità delle ex Aziende ULSS (20/21) era presente una procedura formalizzata della presa in carico del paziente proveniente dall'Ospedale, soltanto nella metà (10/21) sono presenti procedure per i malati provenienti da strutture residenziali (con esclusione dell'Hospice). Inoltre 16/21 ex Aziende ULSS avevano provveduto a formalizzare la procedura di presa in carico relativamente alla transizione del malato dal territorio (su segnalazione del Medico curante).

La rilevazione condotta ha messo in evidenza una notevole differenziazione sia tra le Aziende ULSS che all'interno delle stesse "nuove" Aziende ULSS riguardo alla modalità di contatto del Servizio di cure palliative:

- contattabilità dedicata agli **OPERATORI** per l'attivazione o modifica di un programma di Cure Palliative: quasi la metà delle ex Aziende ULSS facevano capo alla UO Cure palliative, mentre le restanti ricorrevano ad altri soggetti (es. la centrale ADI, piuttosto che la COT), palesando quindi una diversa attribuzione di funzioni (Figura 6.21).
- contattabilità dedicata agli **ASSISTITI**: a seconda del distretto di appartenenza del malato risultano diverse le modalità con cui contattare il servizio e di conseguenza i riferimenti per le famiglie (Figura 6.22).

A fronte degli esiti della rilevazione, la UO Cure primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali ha provveduto a definire alcuni primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS e ha avviato gruppi di confronto a supporto della loro implementazione. Ulteriori indicazioni organizzativo-gerarchiche sono state inserite nelle Linee guida alla formulazione dei nuovi atti aziendali.

Figura 6.21 – Contattabilità del Servizio di Cure Palliative dedicata agli operatori nelle 21 ex AULSS. Veneto, 2017.
(Fonte: Monitoraggio stato di attivazione LR 7/2009 - UO Cure Primarie e strutture socio-sanitarie territoriali)

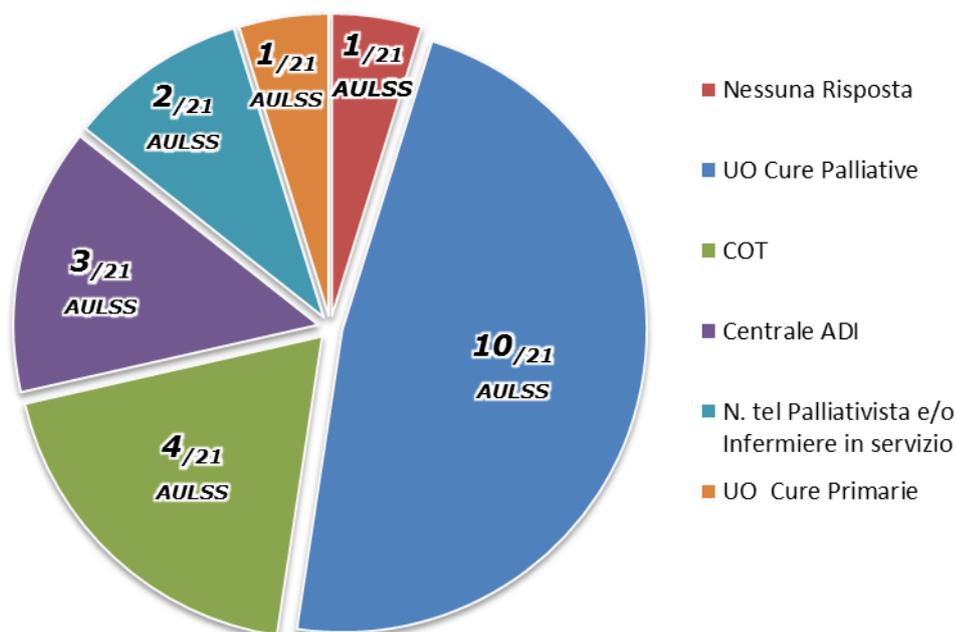
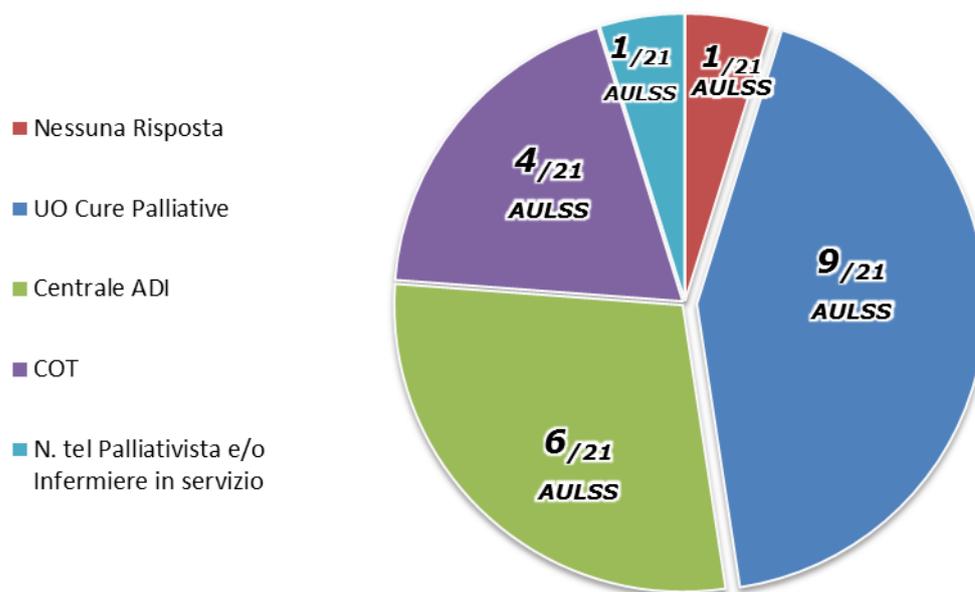


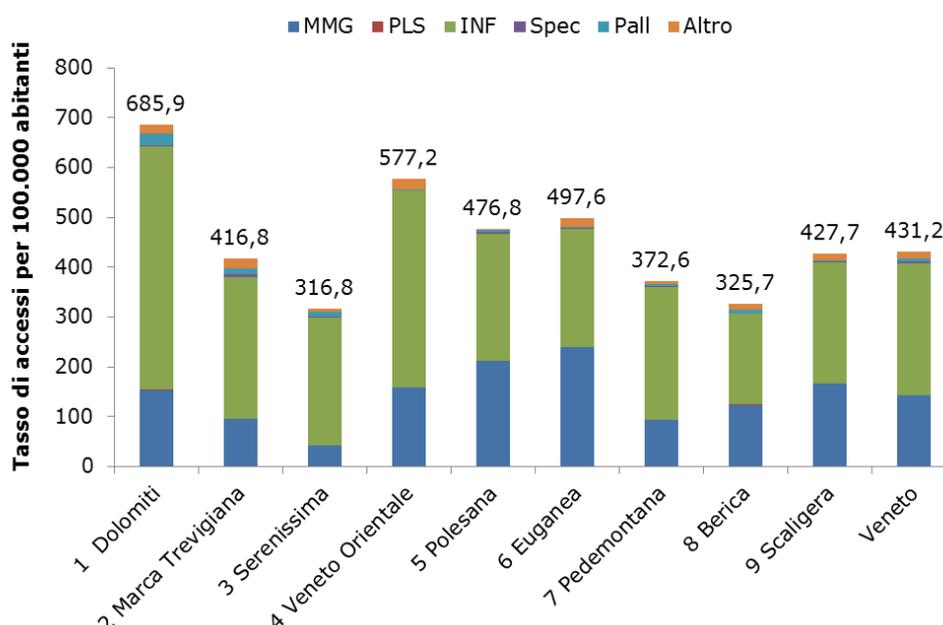
Figura 6.22 – Contattabilità del Servizio di Cure Palliative dedicata agli assistiti nelle 21 ex AULSS, Veneto, 2017
(Fonte: Monitoraggio stato di attivazione LR 7/2009 - UO Cure Primarie e strutture socio-sanitarie territoriali)



Gli indicatori delle Cure Domiciliari (CD)

Nel 2017 risultano erogati a residenti in Veneto 2.358.220 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.

Figura 6.23 - Tassi di accessi sanitari per 1.000 abitanti per ULSS di residenza, Veneto, 2017



Più di 7 assistiti su 10 hanno 75 anni o più ed in questa fascia di popolazione risultano in carico più del 18% degli assistiti, il 2,8% in maniera più intensiva, cioè con almeno 8 accessi per almeno un mese. Dal 2015 al 2017 si rileva un incremento del numero assoluto e del tasso di assistenza complessivo sia tra il totale degli assistiti in CD che tra quelli seguiti in maniera più intensiva (Tabella 6.14). Nel 2017 risultano assistiti in CD 140.003 residenti veneti, di cui

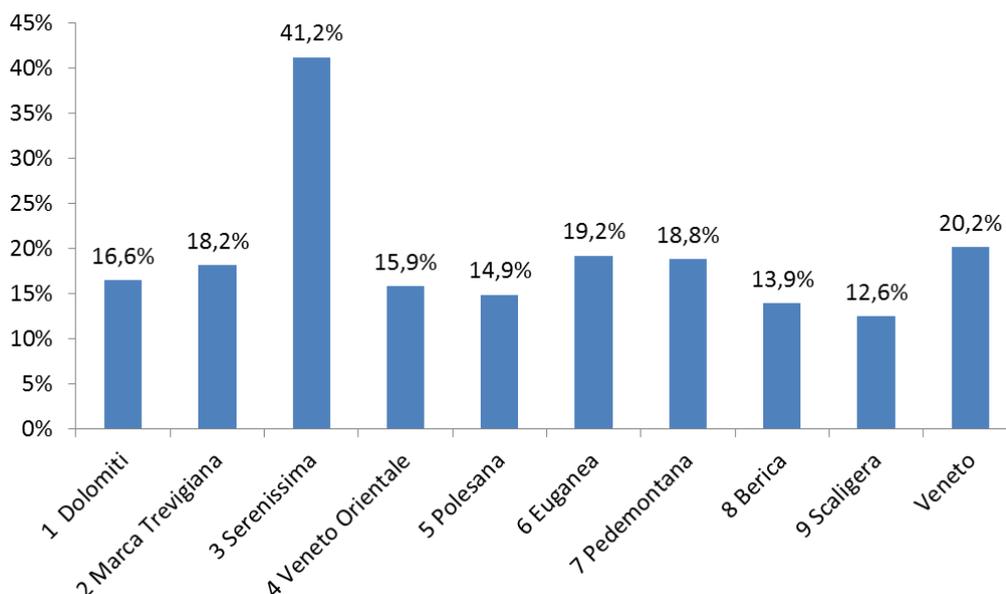
21.666 con almeno 8 accessi/mese per almeno 1 mese (rispettivamente 127.774 e 19.744 nel 2016). La descrizione dei problemi di salute documenta che più di 1 paziente su 10 ha una diagnosi di cancro che sale a più di 1 paziente su 4 tra quelli seguiti intensivamente; i pazienti con diagnosi di cancro seguiti a casa sono 12.060 in totale.

Tabella 6.14 - Indicatori di attività delle Cure Domiciliari, Veneto, 2015-2017.

	1+ accesso nell'anno			8+ accessi per 1+ mesi		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Numero di assistiti	113.606	127.774	140.003	19.798	19.744	21.666
Assistiti 75+ anni	89.521 (78,8%)	94.349 (73,8%)	102.528 (73,2%)	14.196 (71,70%)	14.108 (71,45%)	15.636 (72,17%)
Tasso di copertura per 1.000 ab. 75+ anni	168	173	184	27	26	28

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 20,2% (Figura 6.24).

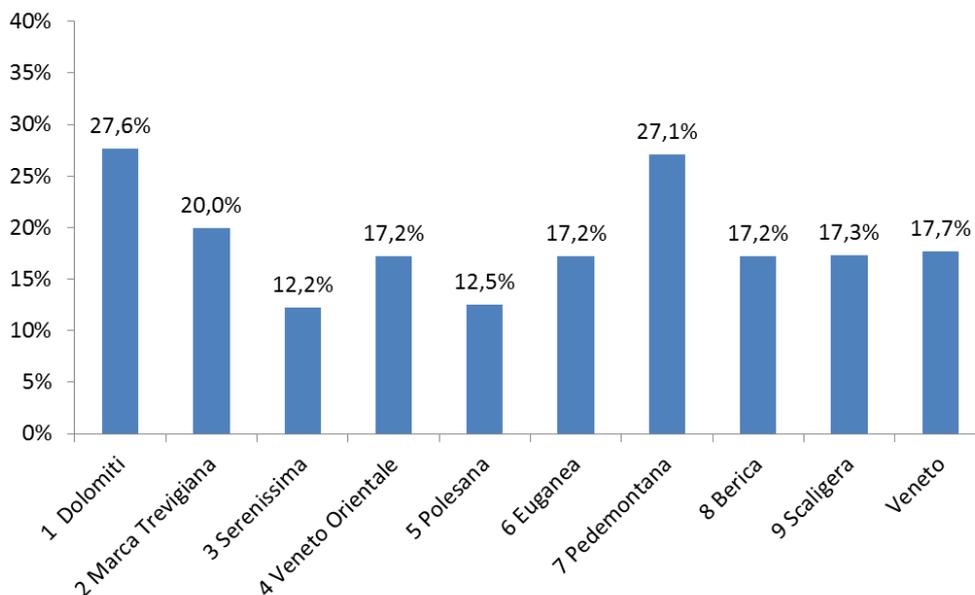
Figura 6.24 - Percentuale di pazienti ultra75enni dimessi a domicilio dopo un ricovero medico acuto ordinario che vengono visitati a domicilio entro 2 giorni dalla data di dimissione dall'ospedale, Veneto, 2017.



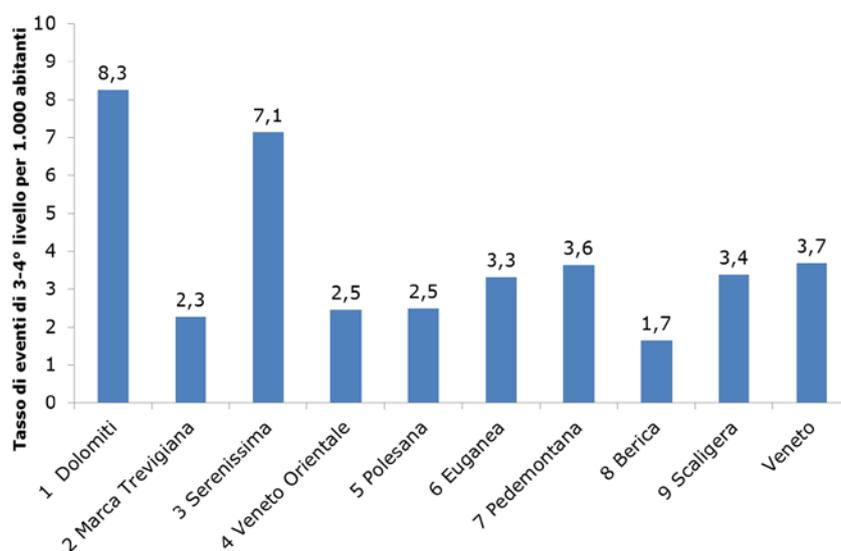
La percentuale di accessi erogati durante il Sabato o la Domenica è un indicatore importante della continuità dell'offerta assistenziale e nel 2017 è risultata del 6,0%.

L'indicatore che calcola la percentuale di ultra75enni con assistenza intensiva (almeno 8 accessi/mese) nell'ultimo mese di vita è stato modificato rispetto al 2016 ed è ora misurato escludendo i pazienti deceduti in Hospice, RSA o Strutture Intermedie perché non potevano ricevere assistenza domiciliare; il valore rilevato nel 2017 è pari all'17,7% (Figura 6.25).

Questo dato si ricollega indirettamente al tema delle Cure Palliative non oncologiche, infatti quasi il 60% di questi pazienti, pari a 2.717 persone, risulta preso in carico per una malattia non neoplastica. Per tutti gli indicatori il valore medio regionale è in aumento rispetto al 2016.

Figura 6.25 - Percentuale di ultra75enni deceduti, con 8+ accessi nell'ultimo mese di vita, Veneto, 2017.

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 2017 hanno generato circa 180.000 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.

Figura 6.26 – Tasso di eventi assistenziali con CIA di 3°-4° livello per 1.000 abitanti, Veneto, 2017.

Il tasso di eventi assistenziali con CIA di 3°-4° livello, che equivalgono a quelli in cui sono stati erogati accessi almeno nel 50% dei giorni di presa in carico, costituiscono un importante

indicatore dei LEA Ministeriali (Figura 6.26) e risultano in aumento rispetto al 2016. 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 2017, 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 6.15) calcolati utilizzando le informazioni ricavate dai flussi SDO, SIAD e Hospice.

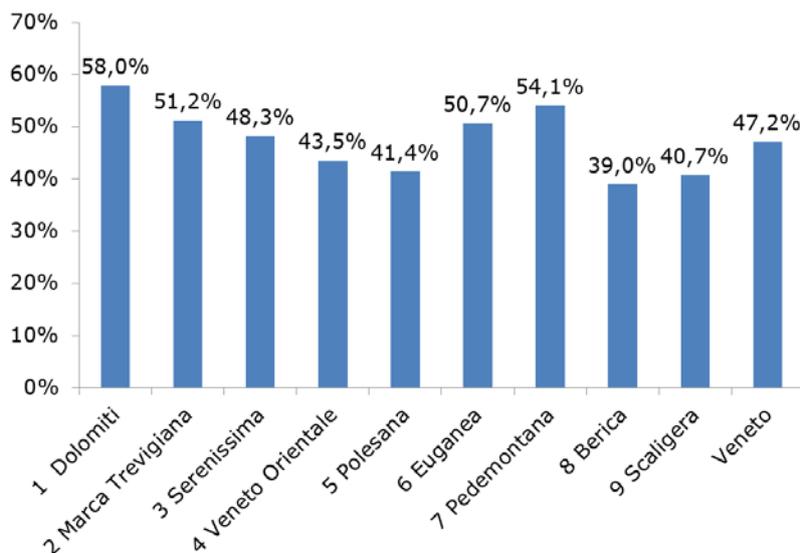
La copertura di assistenza per le Cure Palliative oncologiche integrate è misurata sui soli deceduti in Hospice o a domicilio assistiti in Cure Domiciliari; nel 2017 risulta superiore allo standard LEA con un valore regionale pari a 47,2% e un range tra Aziende ULSS compreso tra il 39,0% e il 58,0% (Figura 6.27).

Negli Hospice veneti sono disponibili 194 posti letto, dato che risulta inferiore al valore minimo stabilito nei LEA di 1 posto letto ogni 56 deceduti, pari a 239 posti letto per il Veneto.

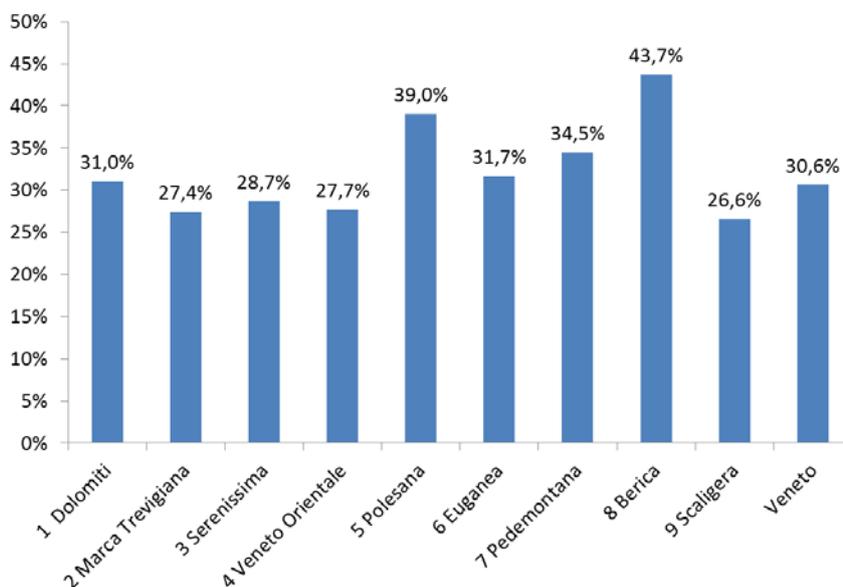
Complessivamente sono state erogate a pazienti terminali oncologici più di 177.000 giornate di assistenza pari a una media di 13,3 giornate annue per ogni deceduto per causa di tumore, con un aumento del 67,2% rispetto al 2016 superiore allo standard LEA. L'aumento rilevato è stato determinato sia da un aumento di attività rispetto all'anno precedente che da una miglior rilevazione e completezza nel flusso delle Cure Domiciliari delle variabili che identificano i pazienti con terminalità oncologica.

Tabella 6.15 – Indicatori LEA 2017 riguardanti le Cure Palliative. Veneto, 2017

Indicatore	Standard LEA	Valore 2017
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).	≥45% (≥35% standard minimo)	47,2%
2. Numero posti letto in hospice su numero deceduti per causa di tumore.	1 p.l. ogni 56 deceduti (= 239 p.l.)	194
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).	≥5% (≥2,5% standard minimo)	67,2%
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.	≤25% (≤35% standard minimo)	30,6%

Figura 6.27 - Deceduti per causa di tumore assistiti in cure palliative per ULSS di residenza, Veneto, 2017

La percentuale di ricoveri troppo brevi in Hospice a pazienti oncologici residenti in Veneto, provenienti da domicilio senza assistenza domiciliare o dall'ospedale risulta nel 2017 del 30,6%, inferiore allo standard LEA ottimale ma superiore a quello minimo ($\leq 35\%$). Tra aziende ULSS la variabilità è molto ampia ed il range è compreso tra il 26,6% e il 43,7% (Figura 6.28).

Figura 6.28 – 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, 2017

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.

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. 246 del 7 marzo 2017](#) - Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017.
- [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).

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
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@azero.veneto.it

6.8 Il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti

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

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

Quadro di sintesi

Vengono illustrati i valori della risposta residenziale e semiresidenziale al bisogno dell'anziano fragile, presentando – con i dati del flusso FAR 2017 – i valori degli utenti equivalenti classificati per tipologia di accesso alla struttura: con impegnativa o senza, conteggiando anche l'offerta per anziani autosufficienti. Tali valori sono messi in rapporto con il numero di anziani non autosufficienti stimati nel territorio, target di riferimento costruito sulla base di dati ISTAT 2013 e condiviso dalla letteratura citata negli approfondimenti.

Nel 2017, 47.700 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 32.900 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 6.17 e 6.18 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 6.16 – 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 2017 – Legenda: **IDR** - Impegnativa di Residenza; **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	1.640 (70%)	199 (8%)	5 (0%)	324 (14%)	196 (8%)	2.364
2 – Marca Trevigiana	4.356 (75%)	713 (12%)	23 (1%)	354 (6%)	345 (6%)	5.791
3 – Serenissima	3.107 (89%)	327 (9%)	5 (0%)	21 (1%)	28 (1%)	3.488
4 – Veneto Orientale	734 (81%)	108 (12%)	30 (3%)	22 (2%)	16 (2%)	910
5 – Polesana	1.436 (74%)	241 (12%)	14 (1%)	184 (9%)	69 (4%)	1.944
6 – Euganea	3.953 (87%)	422 (9%)	12 (0%)	114 (3%)	31 (1%)	4.532
7 - Pedemontana	2.114 (77%)	398 (15%)	180 (7%)	44 (2%)	6 (0%)	2.742
8 - Berica	2.646 (68%)	644 (16%)	154 (4%)	387 (10%)	80 (2%)	3.911
9 - Scaligera	4.233 (81%)	574 (11%)	16 (0%)	141 (3%)	265 (5%)	5.229
da fuori regione	50 (25%)	49 (24%)	14 (7%)	56 (27%)	35 (17%)	204
Veneto	24.269 (78%)	3.675 (12%)	453 (2%)	1.647 (5%)	1.071 (3%)	31.115

Tabella 6.17 – 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 2017 – Legenda: **IDR** - Impegnativa di Residenza; **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	99 (74%)	3 (3%)	0	31 (23%)	0	133
2 – Marca Trevigiana	245 (87%)	27 (9%)	7 (3%)	0	3 (1%)	282
3 – Serenissima	306 (100%)	1 (0%)	0	0	0	307
4 – Veneto Orientale	12 (52%)	9 (39%)	0	0	2 (9%)	23
5 – Polesana	0	0	0	0	0	0
6 – Euganea	480 (100%)	1 (0%)	0	0	0	481
7 - Pedemontana	94 (51%)	50 (27%)	24 (13%)	0	16 (9%)	184
8 - Berica	138 (80%)	11 (6%)	4 (3%)	0	20 (12%)	173
9 - Scaligera	184 (87%)	24 (11%)	0	0	3 (2%)	211
da fuori regione	0	0	2 (29%)	2 (29%)	3 (42%)	7
Veneto	1.558 (86%)	126 (7%)	37 (2%)	33 (2%)	47 (3%)	1.801

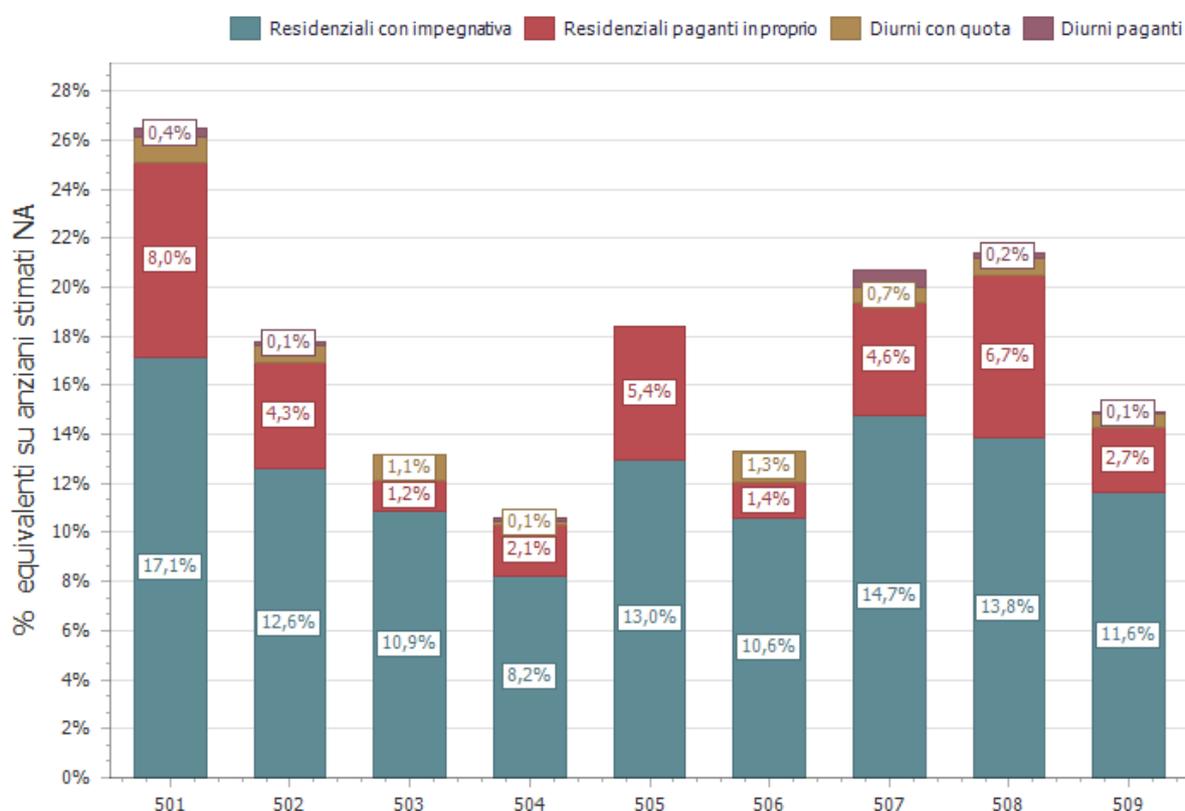
Nel quadro che emerge, il 78% dell'utenza residenziale regionale è beneficiario di impegnativa di residenzialità, mentre il 17% del totale partecipa con risorse proprie al costo della struttura, pur essendo valutato non autosufficiente (12%) o in attesa di valutazione (3%) o privo di valutazione (o autosufficiente) 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'86%, il 12% paga per intero la prestazione, mentre il 2%, pari al 23% dell'utenza diurna della ULSS 1 Dolomiti è ospite di Centri diurni per anziani autosufficienti, tipologia di offerta che è stata ad oggi rilevata solo 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 i dati ISTAT riferiti al 2013, in Italia ci sono 2.400.000 persone anziane con limitazioni funzionali, che rappresentano il 19,8% della popolazione ultrasessantacinquenne. In Veneto è così possibile stimare in circa 200.000 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 6.29 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 6.29 – Utenti equivalenti nei servizi residenziali e semiresidenziali del Veneto ogni 100 anziani non autosufficienti stimati, per ULSS
(Fonte: Flusso FAR, 2017 – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago)



Approfondimenti

Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie (ORPSS) - Sistema Arcipelago. Viste per la Relazione Sociosanitaria 2017 - <https://arcipelago.sistematlante.it/> (login: rel.sociosanitaria – password: rel.sociosanitaria)

Flusso FAR: <http://extraospedaliero.regione.veneto.it/area-anziani>

Network Non Autosufficienza - L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 6° rapporto 2017/2018. Il tempo delle risposte. Maggioli Editore - <https://www.maggioli.it/rna/>

CERGAS-SDA Bocconi -Rapporto OASI 2017 Cap.7 Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: rete dei servizi e relazione con l'assistenza ospedaliera per gli anziani non autosufficienti.

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

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

Telefono: 041-2791761-1762-1763-3538

e-mail: orpss@regione.veneto.it

6.9 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 (Paragrafo 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 9.731 le persone con disabilità che nel 2017 hanno avuto accesso al sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per disabili, per un totale di circa 2.720.000 giornate di assistenza erogate. Di queste, 3.848 hanno beneficiato di almeno un giorno di presa in carico in struttura residenziale e 6.775 di almeno un giorno in centro diurno, con 892 utenti che hanno beneficiato nell'anno – anche simultaneamente – di entrambe le tipologie. 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 invece pari a 9.791. Nelle strutture residenziali il numero di utenti medi giornaliero è stato pari a 3.575 (Tabella 6.18).

Tabella 6.18 – 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 2017 – Legenda: **CA** – Comunità alloggio; **CR** – Comunità residenziale; **RSA** – residenza sanitaria assistenziale; **CRGD** – Centro di riferimento Gravi Disabilità; **GA** – Gruppo appartamento; **ex GS** – Grandi strutture in riconversione, fino al 2017; **>65** – Struttura per disabili anziani; **Altro** – inserimenti presso unità di offerta per anziani)

Azienda ULSS di provenienza	CA	CR	RSA	CRGD	GA	ex GS	>65	Altro	Totale
1 – Dolomiti	66 (58%)	1 (1%)	47 (41%)	-	-	-	-	-	113
2 – Marca Trevigiana	565 (77%)	2 (0%)	161 (22%)	-	-	-	-	5 (1%)	733
3 – Serenissima	168 (62%)	22 (8%)	55 (20%)	-	-	5 (2%)	-	21 (8%)	270
4 – Veneto Orientale	59 (95%)	-	3 (5%)	-	-	-	-	-	62
5 – Polesana	30 (9%)	34 (10%)	110 (33%)	6 (2%)	-	149 (45%)	-	2 (1%)	332
6 – Euganea	287 (36%)	18 (2%)	332 (42%)	138 (17%)	3 (1%)	2 (1%)	-	10 (1%)	790
7 - Pedemontana	51 (18%)	-	189 (66%)	-	-	5 (2%)	35 (12%)	7 (2%)	287
8 - Berica	314 (78%)	54 (14%)	29 (7%)	-	1 (0%)	-	-	4 (1%)	402
9 - Scaligera	325 (55%)	20 (3%)	185 (32%)	-	16 (3%)	-	-	39 (7%)	585
Veneto	1.865 (52%)	151 (4%)	1.111 (31%)	144 (4%)	20 (1%)	161 (5%)	35 (1%)	88 (2%)	3.575

Nei servizi semiresidenziali (Centro diurno per persone con disabilità e Progetto innovativo ex DGR 739/2015), ci sono stati 6.215 utenti medi giornalieri (Tabella 6.19). 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 6.19 – 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 2017 – Legenda: **CD** – Centro diurno per persone con disabilità; **739** – Progetto innovativo ex DGR 739/2015)

Azienda ULSS di provenienza	CD	739	Totale
1 – Dolomiti	138 (79%)	37 (21%)	175
2 – Marca Trevigiana	1.190 (93%)	91 (7%)	1.281
3 – Serenissima	561 (98%)	13 (2%)	574
4 – Veneto Orientale	277 (97%)	9 (3%)	286
5 – Polesana	165 (79%)	44 (21%)	209
6 – Euganea	1.207 (95%)	62 (5%)	1.269
7 - Pedemontana	376 (85%)	69 (15%)	445
8 - Berica	748 (95%)	38 (5%)	786
9 - Scaligera	1.093 (92%)	97 (8%)	1.190
Veneto	5.755 (93%)	460 (7%)	6.215

Entrambe le tabelle evidenziano una diffusione eterogenea delle tipologie di offerta tra i territori delle ULSS con prevalenza della Comunità alloggio (52% degli utenti) e della RSA (31%) nell'offerta residenziale. Per quanto riguarda i diurni, a 3 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 punte del 21% nei territori del Bellunese e 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 6.30 (Comunità alloggio) e 6.31 (CR e RSA) e nelle due tipologie diurne, che mettono in evidenza il differente case mix tra Centro diurno (Figura 6.32) e Progetto innovativo alternativo al centro diurno (Figura 6.33).

Figura 6.30 – Case mix dei tre profili di gravità esitati da SVaMDi relativi agli utenti di Comunità alloggio (Fonte: Flusso FAD, 2017 – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago)

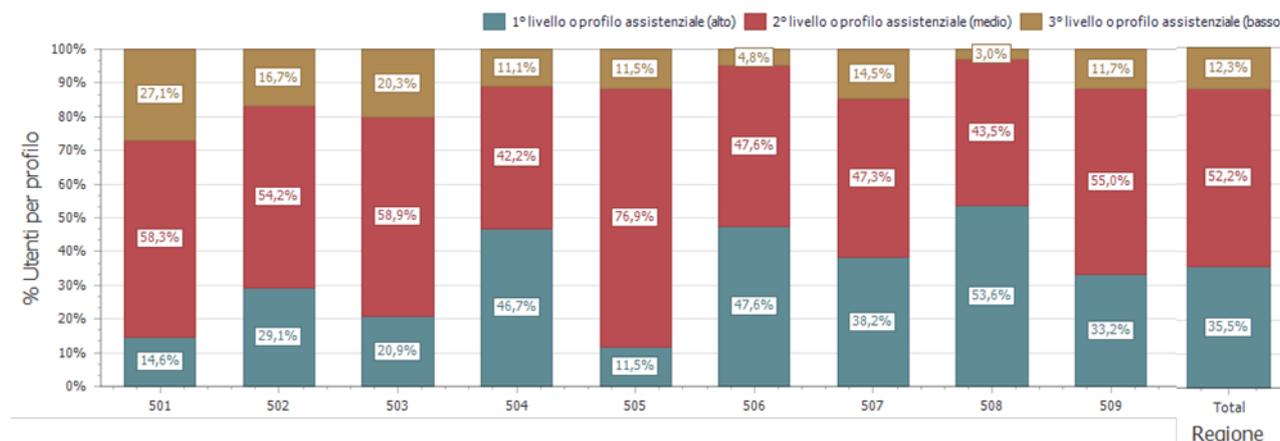


Figura 6.31 – Case mix dei tre profili di gravità esitati da SVaMDi relativi agli utenti di Comunità residenziale e RSA (Fonte: Flusso FAD, 2017 – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago)

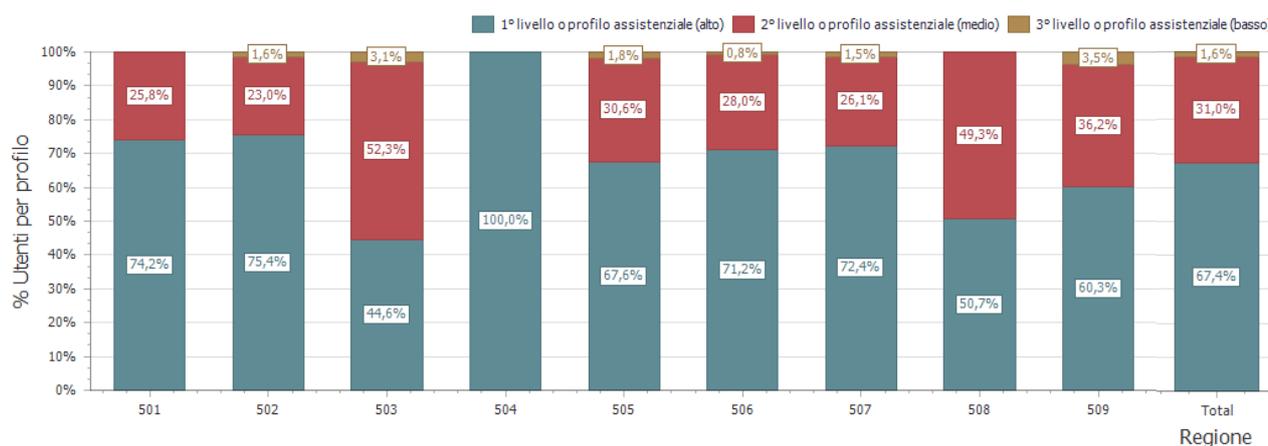


Figura 6.32 – Case mix dei tre profili di gravità esitati da SVaMDi relativi agli utenti di Centro diurno (Fonte: Flusso FAD, 2017 – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago)

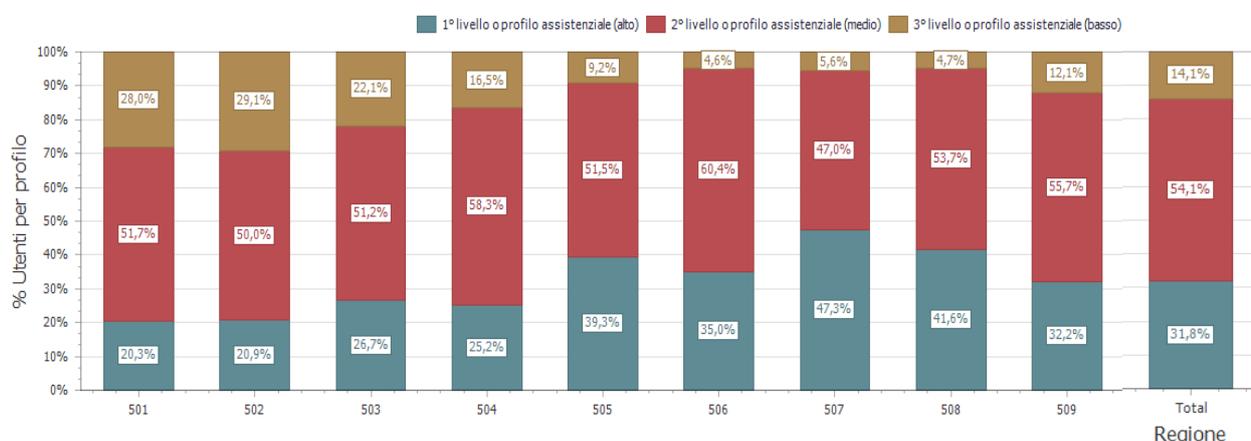
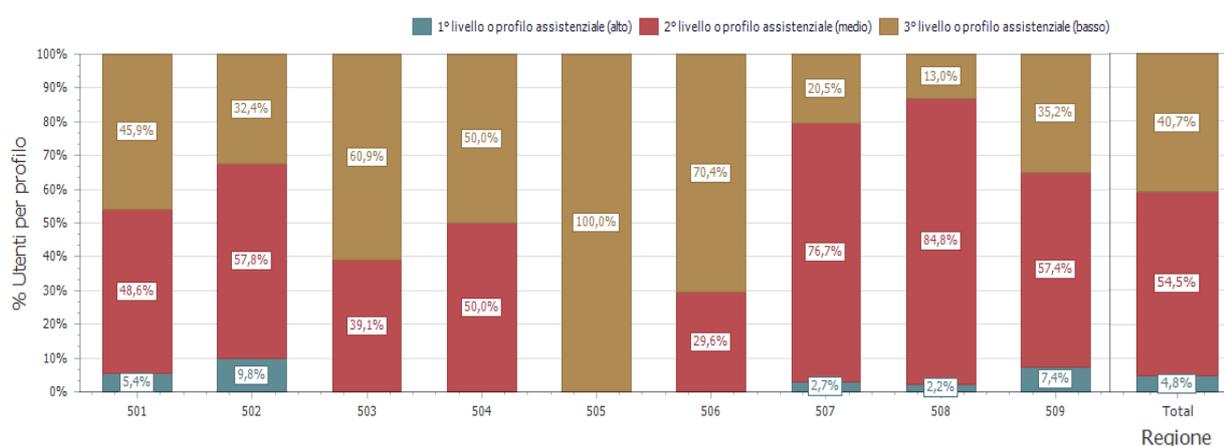


Figura 6.33 – Case mix dei tre profili di gravità esitati da SVaMDi relativi agli utenti dei Progetti innovativi alternativi al centro diurno (ex DGR 739/2015) (Fonte: Flusso FAD, 2017 – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago)



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 gravi¹. Il confronto tra il numero di utenti equivalenti delle strutture residenziali e

¹ Il metodo è illustrato in Rapporto OASI 2016, capitolo 6, paragrafo 6.2.3

semiresidenziali ed il target stimato, come illustrato nella Figura 6.34, 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, con particolare espansione del dato nei territori di ubicazione delle ex "Grandi strutture": Padova (506), Rovigo (505) e Bassano del Grappa (507).

Figura 6.34 – 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 5,7%, Diurni 10,3%, doppia frequenza 1,7%, Totale 18,8%
(Fonte: Flusso FAD, 2017 – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago)



Approfondimenti

Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie (ORPSS) - Sistema Arcipelago. Viste per la Relazione Sociosanitaria 2017 - <https://arcipelago.sistematlante.it/> (login: rel.sociosanitaria – password: rel.sociosanitaria)

Flusso FAR: <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
Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia
Telefono: 041-2791761-1762-1763-3538
e-mail: orpss@regione.veneto.it

6.10 Impegnativa di cura domiciliare

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

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

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 2017 hanno beneficiato del contributo mensile di Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) 33.330 persone, con una frequenza media mensile di 27.264 beneficiari, o utenti equivalenti (calcolato dividendo per 12 il numero totale di mensilità erogate).

L'ICD consiste in una prestazione – prevalentemente di natura economica – 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 6.20 illustra, per ciascuna tipologia di ICD e ULSS il numero totale di utenti, e la Tabella 6.21 il corrispondente numero di utenti equivalenti. Il maggiore o minore scostamento tra i due valori indica il maggiore o minore ricambio dei beneficiari.

Tabella 6.20 – Frequenze assolute di utenti per tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare e ULSS. Veneto, 2017.
(Fonte: Flusso ICD)

Azienda ULSS	ICDa	ICDb	ICDf	ICDm	ICDp	ICD-SLA	Totale*
1 – Dolomiti	63	1.074	66	89	82	2	1.346
2 – Marca Trevigiana	171	4.236	167	784	314	27	5.486
3 – Serenissima	127	4.234	209	1.063	216	42	5.717
4 – Veneto Orientale	21	1.453	63	370	143	9	1.970
5 – Polesana	34	2.514	62	449	177	3	3.123
6 – Euganea	181	4.987	207	876	249	29	6.359
7 - Pedemontana	40	1.234	63	175	286	10	1.736
8 - Berica	83	1.962	106	260	354	20	2.654
9 - Scaligera	137	3.584	193	789	382	26	4.939
Veneto	857	25.278	1.136	4.855	2.203	168	33.330

* La colonna Totale non corrisponde al totale derivante dalla somma delle frequenze per riga, in quanto gli utenti che possono aver ricevuto più tipologie di impegnative nel corso dell'anno (in periodi non sovrapponibili), vengono conteggiati nel totale una volta sola.

Tabella 6.21 – Frequenze assolute di utenti equivalenti per tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare e ULSS, Veneto. 2017. (Fonte: Flusso ICD)

Azienda ULSS	ICDa	ICDb	ICDf	ICDm	ICDp	ICD-SLA	Totale
1 – Dolomiti	48	828	59	64	76	1	1.076
2 – Marca Trevigiana	121	3.176	156	570	271	13	4.307
3 – Serenissima	93	3.407	203	781	180	21	4.685
4 – Veneto Orientale	17	1.143	62	251	109	5	1.587
5 – Polesana	31	1.940	54	323	161	2	2.511
6 – Euganea	151	4.025	198	649	229	16	5.268
7 - Pedemontana	33	989	55	128	252	7	1.464
8 - Berica	70	1.437	103	166	322	13	2.111
9 - Scaligera	109	3.041	180	572	339	12	4.253
Veneto	673	19.986	1.070	3.504	1.939	90	27.262

Nella Tabella 6.22 viene indicato il valore medio dell'età dei beneficiari per tipologia di ICD, con indicazione dei valori di età minimi e massimi. Nel sistema Arcipelago sono disponibili ulteriori informazioni relative ai valori medi degli importi economici erogati con le ICD.

Tabella 6.22 – Età media (minima e massima) degli utenti per tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare e ULSS, Veneto. 2017 (Fonte: Flusso ICD)

Azienda ULSS	ICDa	ICDb	ICDf	ICDm	ICDp	ICD-SLA	Totale
1 – Dolomiti	54 (8 - 94)	76 (0 - 103)	52 (19 - 71)	86 (59 - 103)	22 (3 - 65)	58 (50 - 66)	71 (0 - 103)
2 – Marca Trevigiana	58 (2 - 97)	74 (0 - 105)	50 (19 - 74)	85 (48 - 103)	23 (2 - 70)	64 (39 - 81)	71 (0 - 105)
3 – Serenissima	57 (0 - 102)	77 (2 - 108)	52 (21 - 90)	85 (39 - 105)	27 (3 - 65)	65 (32 - 88)	74 (0 - 108)
4 – Veneto Orientale	49 (3 - 90)	78 (2 - 105)	51 (22 - 70)	86 (47 - 104)	30 (3 - 71)	63 (42 - 81)	74 (2 - 105)
5 – Polesana	45 (5 - 93)	72 (2 - 103)	48 (22 - 71)	85 (37 - 103)	26 (4 - 67)	63 (61 - 66)	71 (2 - 103)
6 – Euganea	44 (2 - 93)	73 (0 - 108)	49 (20 - 74)	84 (33 - 105)	25 (4 - 65)	66 (38 - 89)	71 (0 - 108)
7 - Pedemontana	42 (3 - 86)	71 (2 - 104)	50 (18 - 65)	84 (32 - 102)	23 (3 - 65)	57 (33 - 82)	63 (2 - 104)
8 - Berica	40 (0 - 95)	72 (1 - 103)	48 (21 - 73)	84 (41 - 104)	20 (2 - 65)	64 (44 - 81)	61 (0 - 104)
9 - Scaligera	50 (2 - 101)	68 (1 - 105)	51 (18 - 84)	85 (48 - 102)	30 (3 - 65)	69 (48 - 90)	67 (1 - 105)
Veneto	50 (0 - 102)	73 (0 - 108)	50 (18 - 90)	85 (32 - 105)	25 (2 - 71)	65 (32 - 90)	70 (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 19,8% 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 200.000 unità il numero di anziani non autosufficienti e in 50.000 unità il numero di persone disabili. Anche per le ICD proponiamo il confronto tra il numero di utenti equivalenti ed il target stimato. Per esigenze di semplificazione, nonostante in Tabella 6.22 sia evidente che il range delle età ecceda la distinzione adulti/anziani, confrontiamo 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 6.35 e 6.36) che palesano le differenze di risposta tra i vari territori.

Figura 6.35 – Utenti equivalenti di ICDB e ICDm, ogni 100 persone anziane non autosufficienti, per ULSS. Veneto, 2017. I valori di riferimento regionali sono: ICDB 10,3%, ICDm 1,7%, Totale 12,1% (Fonte: Flusso ICD – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago.)

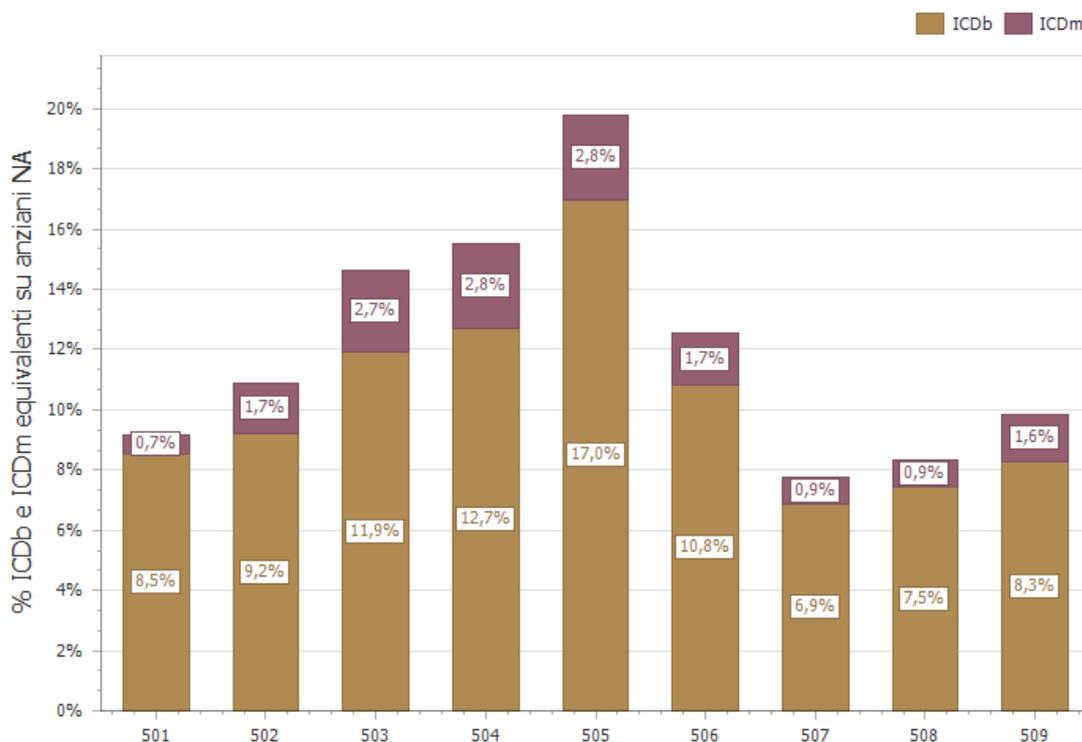
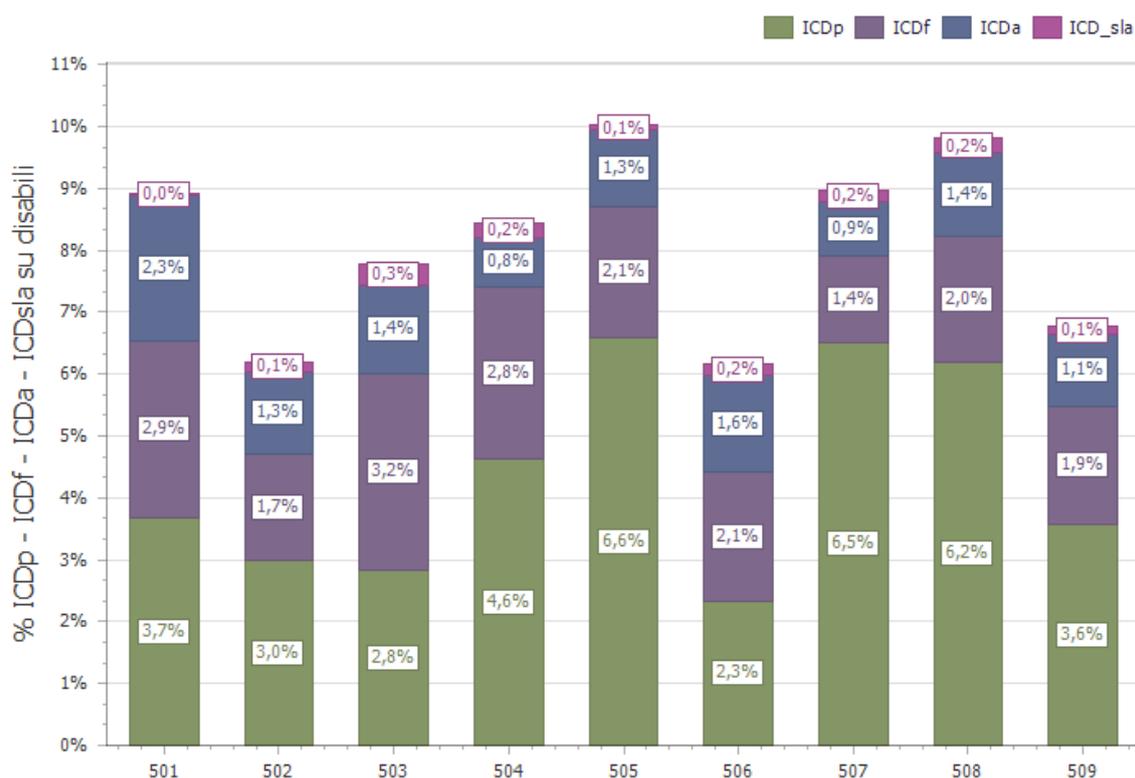


Figura 6.36 – Utenti equivalenti di ICDp, ICDf, ICDA e ICD_SLA, ogni 100 persone con limitazioni funzionali gravi stimate, per ULSS. Veneto, 2017. I valori di riferimento regionali sono: ICDp 4,4%, ICDf 2,2%, ICDA 1,3%, ICD_SLA 0,17%, Totale 8,1% (Fonte: Flusso ICD – Elaborazioni ORPSS con il sistema Arcipelago.)



Approfondimenti

Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie (ORPSS) - Sistema Arcipelago. Viste per la Relazione Sociosanitaria 2017 - <https://arcipelago.sistematlante.it/>
(login: rel.sociosanitaria – password: rel.sociosanitaria)

Flusso ICD: <http://icd.regione.veneto.it/provvedimenti> (DDR 97/2015)

CERGAS-SDA Bocconi - Rapporto OASI 2016. Capitolo 6. Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi

Network Non Autosufficienza - L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 6° rapporto 2017/2018. Il tempo delle risposte. Maggioli Editore - <https://www.maggioli.it/rna/>

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

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

Telefono: 041-2791761-1762-1763-3538

e-mail: orpss@regione.veneto.it

6.11 Interventi socio-sanitari sulle dipendenze

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

Area delle Dipendenze (Paragrafo 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 di attività 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, e la costante diffusione del consumo di alcol tra le giovani generazioni e l'abbassamento, per i vari tipi di sostanze, dell'età di primo consumo.

Un ulteriore fattore di criticità è rappresentato dal consumo di tabacco che, a fronte di una riduzione del numero dei fumatori adulti, è in aumento tra i giovani.

L'approccio socio-sanitario alle dipendenze considera la tossicodipendenza come una condizione della persona con bisogni e problemi:

- sanitari (morbilità psichiatrica, problemi cardiovascolari, polmonari e neurologici);
- psicologici (vissuto di alterata percezione di sé, difficoltà di ruoli adulti e di responsabilità familiare e genitoriale, ecc.);
- sociali (graduale difficoltà di mantenere un adeguato adattamento relazionale e comportamentale).

Azioni prioritarie della programmazione regionale

- garantire un'informazione ed educazione alla popolazione giovanile per prevenire i danni causati dall'uso di sostanze stupefacenti;
- favorire una presa in carico la più precoce possibile, aggiornando la tradizionale operatività dei Ser.D. all'evoluzione dei nuovi assuntori;
- individuare idonee strategie per coinvolgere i minori e le loro famiglie, assicurando una integrazione degli interventi e dei servizi;

- favorire iniziative di sostegno per le persone e i loro familiari con problemi di dipendenza dal gioco d'azzardo, problematica che acquista sempre maggiore rilievo;
- prevedere percorsi riabilitativi flessibili nelle strutture preposte e percorsi estensivi, di lunga durata, sperimentando forme di responsabilizzazione con finalità educative e di recupero;
- favorire il reinserimento e l'integrazione sociale delle persone con problemi di dipendenza, attraverso un appropriato uso delle risorse sanitarie e sociali;
- accompagnare le famiglie 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 e abuso di alcol e 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

6.12 Consulitori familiari

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

Area famiglia, infanzia, adolescenza, giovani (Paragrafo 3.5.3)

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 e riconosce a pieno titolo soggetti di diritto anche i minori di età. Uno degli strumenti di intervento più importanti è quello dei Consulitori Familiari, che costituiscono una rete capillare, composta da equipe 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.

I Consulitori Familiari sono dotati di 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 riguardano l'area della "Prevenzione-Promozione" con la realizzazione del "percorso nascita", di "educazione socio affettiva e sessuale", del "percorso 0-3 anni"; e l'area del "Sostegno-Cura", i cui interventi psicologici e sociali ed ostetrico ginecologici (programmati) rispondono alla domanda di supporto e/o presa in carico della persona della coppia e della famiglia, con riferimento alle difficoltà relazionali (particolare riguardo all'aspetto relazionale).

Gli interventi dell'area psicologica e sociale, avente mandato istituzionale (la maggioranza delle Aziende ULSS ha la delega per la tutela minorile da parte dei Comuni), si attestano, come negli anni precedenti, a volumi elevati e includono consulenza, sostegno alla genitorialità, valutazione delle competenze genitoriali, visite domiciliari, psicoterapia, sostegno alla genitorialità, mediazione familiare, relazioni e pareri alle autorità giudiziarie.

La rete dei Consulitori Familiari della Regione del Veneto è composta da 51 equipe multiprofessionali e multidisciplinari complete articolate in 94 sedi, di cui 22 principali e 72 periferiche: quindi, in media è presente una equipe completa ogni 61.589 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.

Nel 2017 i Consulitori Familiari hanno assistito, ossia hanno erogato almeno una prestazione nell'anno esclusi i contatti telefonici, ad un totale di 86.990 utenti, dei quali 19.770 (22,7%) stranieri; in particolare 69.195 singoli, 5.835 coppie e 9.470 famiglie. I nuovi utenti hanno invece rappresentato circa metà dell'utenza complessiva: 44.221, dei quali 10.962 (25,0%) stranieri. La prevalenza è di 277 e l'incidenza di 141 assistiti per 10.000 residenti di età compresa tra i 14 e i 65 anni. La maggioranza degli utenti, 67.992, si è rivolta ai Consulitori Familiari per interventi dell'area ostetrico ginecologica, pari al 78,2% dell'utenza totale.

Nel 2017 i Consulitori Familiari hanno erogato 532.942 prestazioni dirette agli utenti in sede, ossia:

- 1.727 prestazioni ogni 10.000 residenti di età compresa tra i 14 e i 65 anni;

- 6,2 prestazioni per utente in carico;
- 1.000 prestazioni per operatore equivalente.

Nella maggior parte dei casi si è trattato di interventi dell'area ostetrico-ginecologica (57%), mentre tra gli interventi dell'area psicologico-sociale prevalgono quelli senza mandato dell'Autorità Giudiziaria (25% del totale degli interventi). Gli interventi prevalenti nell'area ostetrico-ginecologica nel 2017 (Figura 6.37) hanno riguardato l'area preconcezionale, gravidanza e post-partum (57%), mentre tra gli interventi afferenti all'area psicologico-sociale (Figura 6.38) hanno prevalso quelli relativi alle problematiche relazionali del singolo, della coppia e della famiglia (48%).

Inoltre hanno realizzato in totale 13.580 attività di gruppo, ossia una media di 43 incontri ogni 10.000 residenti di età compresa tra i 14 e i 65 anni. Nella maggior parte dei casi (Figura 6.39) si è trattato di incontri di accompagnamento alla nascita (50%), seguiti dagli incontri in tema di educazione all'affettività e alla sessualità nelle scuole (21%) e di 0-1 anni (20%).

Al 31/12/2017 operavano presso i Consultori Familiare un totale di 542,5 operatori equivalenti (Figura 6.40), ossia 1,73 operatori equivalenti ogni 10.000 residenti di età compresa tra i 14 e i 65 anni, suddivisi in assistenti sociali (25%), psicologi-psicoterapeuti (22%), ostetriche (21%), ginecologi (10%) e altro.

Figura 6.37 - Interventi Area Ostetrico-ginecologica. Veneto, 2017

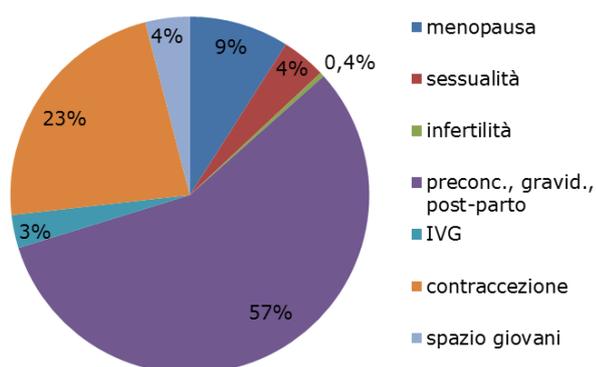


Figura 6.38 - Interventi Area Psicologico-sociale (*interventi realizzati con un mandato dell'Autorità Giudiziaria). Veneto, 2017

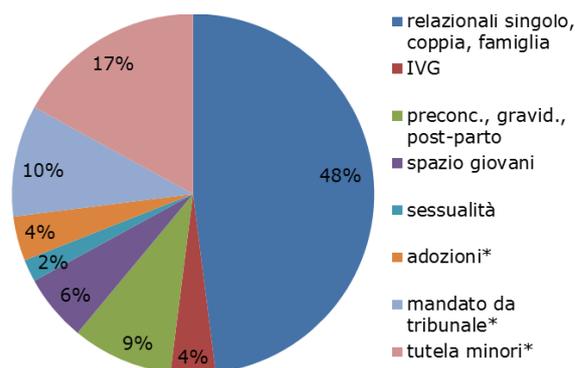


Figura 6.39 - Attività di gruppo. Veneto, 2017

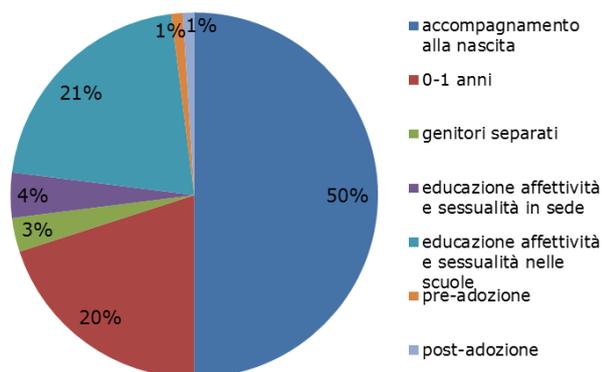
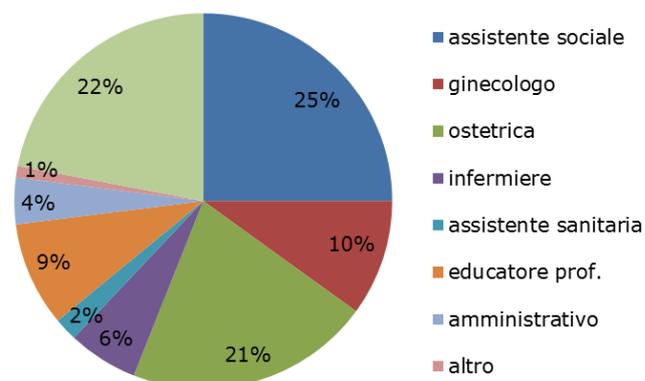


Figura 6.40 - Operatori equivalenti. Veneto, 2017



Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Servizi Sociali – UO Famiglia, Minori, Giovani e Servizio civile
 Rio Novo D.D. 3493 Venezia
 Telefono: 041-279 1403
 e-mail: famigliaminorigiovani@regione.veneto.it

6.13 Salute mentale

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

Nel corso degli anni si è rilevato un incremento significativo della domanda di interventi psichiatrici, collegati ad una evoluzione qualitativa e quantitativa della patologia psichiatrica. Come già rilevato nella relazione Socio-Sanitaria relativa all'anno 2017 anche per quanto concerne il 2018 (dati 2017) si osserva una stabilizzazione del trend. Stabile è la distribuzione quantitativa dei gruppi diagnostici in riferimento a disturbi affettivi, disturbi dello spettro d'ansia e somatoformi, schizofrenia nella popolazione trattata in ospedale e/o nei servizi territoriali. L'impostazione degli interventi 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 (DGR n.651/2010) 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. Il 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. (Paragrafo 3.5.7 Area della salute mentale, pag. 109)

Quadro di sintesi

La salute e il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie e delle comunità: non c'è salute senza salute mentale (Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa, 2005). La disabilità provocata dalle malattie mentali e i relativi costi rappresentano circa il doppio della disabilità e dei costi dovuti a tutte le forme di cancro e sono comunque maggiori della disabilità e dei costi delle malattie cardiovascolari (indicatore Daly's – OMS). Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale e si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione. Il DSM è un dipartimento strutturale transmurale (ospedaliero e territoriale), dotato di autonomia tecnico-organizzativa, formalmente istituito in tutte le Aziende ULSS della Regione Veneto per coordinare sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche e private convenzionate dell'assistenza psichiatrica.

L'utenza psichiatrica (dati aggiornati al 7.5.2018)

La prevalenza trattata annua è costituita da 174,8 persone ogni 10.000 abitanti maggiorenni. Prevalde il sesso femminile, mentre la fascia di età prevalente è 55-64 anni (215 per 10.000 ab.) seguita dalla classe 45-54 anni (201 per 10.000 ab.).

Tabella 6.23 – Utenti con almeno un contatto (ospedaliero o territoriale) per Azienda ULSS di contatto e di residenza (Fonte: SDO e Psichiatria Territoriale). Veneto, 2017

Azienda ULSS	Non residenti	Residenti	Totale
1. Dolomiti	119	3.837	3.951
2. Marca Trevigiana	172	13.218	13.377
3. Serenissima	208	8.491	8.691
4. Veneto Orientale	87	2.797	2.884
5. Polesana	44	5.526	5.567
6. Euganea	402	15.307	15.688
7. Pedemontana	57	5.532	5.587
8. Berica	193	6.359	6.541
9. Scaligera	235	10.374	10.601
Totale	1.496	70.238	71.654

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.

Le patologie più frequenti (Tabella 6.24) degli utenti psichiatrici, assistiti negli ospedali e/o nei servizi territoriali, sono i disturbi affettivi (50,1 per 10.000 ab.), i disturbi dello spettro d'ansia e somatoformi (46,3 per 10.000 abitanti) e i disturbi dello spettro schizofrenico e disturbi deliranti (37,5 per 10.000 ab.).

Tabella 6.24 – Utenti con almeno un contatto (ospedaliero o territoriale) per gruppo diagnostico (tasso per 10.000 ab. > 17 anni). Veneto, 2017 (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	49,8	67,5	73,7	14,4	27,4	5,7	0,3
2. Marca Trevigiana	42,3	47,8	46,4	10,1	24,4	13,6	4,2
3. Serenissima	36,5	43,9	46,4	11,5	17,3	6,5	5,7
4. Veneto Orientale	24,1	44,0	33,3	9,1	24,4	5,5	29,0
5. Polesana	32,4	51,3	90,0	12,6	71,4	21,6	
6. Euganea	41,0	63,8	46,8	20,8	22,9	18,4	0,3
7. Pedemontana	39,6	54,1	48,0	15,0	27,1	4,1	3,6
8. Berica	42,7	53,5	32,4	12,3	20,8	3,2	5,9
9. Scaligera	29,7	40,3	38,3	14,1	17,9	4,4	3,9
Totale	37,5	50,1	46,3	13,7	24,0	9,8	4,4

Tabella 6.25 – Utenti con almeno un contatto (ospedaliero o territoriale) per diagnosi e sesso. Veneto, 2017. (Fonte: SDO e Psichiatria Territoriale)

Diagnosi	Femmina	Maschio	Totale
1. Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti	7.304	8.060	15.363
1A. Schizofrenia	2.612	3.868	6.480
1B. Disturbo schizotipico	223	321	544
1C. Disturbi deliranti	1.556	1.250	2.806
1Z. Altri disturbi psicotici non specificati	3.203	2.962	6.165
2. Disturbi affettivi	13.052	7.487	20.539
2A. Episodio maniacale	486	396	882
2B. Disturbo affettivo bipolare	2.783	2.054	4.837
2D. Depressione senza sintomi psicotici	7.095	3.781	10.876
2Z. Altri disturbi affettivi	3.173	1.483	4.656
3. Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi	11.444	7.544	18.988
3A. Disturbi ansioso-fobici	261	206	467
3B. Altri disturbi d'ansia	5.007	2.987	7.994
3C. Disturbo ossessivo-compulsivo	497	591	1.088
3D. Reazione a grave stress	5.485	3.610	9.095
3F. Disturbi somatoformi	281	227	508
4. Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	2.807	2.817	5.622
9. Altre diagnosi psichiatriche	5.009	4.841	9.850
9A. Disturbi psichici di natura organica (comprese le demenze)	1.657	1.300	2.957
9B. Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive	639	1.624	2.263
9C. Disturbi dell'alimentazione	1.462	96	1.558
9D. Ritardo mentale	891	1.246	2.137
9Z. Altre diagnosi psichiatriche	392	636	1.028
Altre Diagnosi	2.094	1.922	4.015
Non Indicato	1.044	775	1.819
Totale	40.253	31.437	71.687

Tra i maschi prevalgono la schizofrenia seguita dai disturbi dello spettro d'ansia e somatoformi, e dai disturbi affettivi; tra le femmine prevalgono i disturbi affettivi, seguiti dai disturbi dello spettro d'ansia e somatoformi e dalla schizofrenia (Tabella 6.25).

I contatti con i servizi, in regime ambulatoriale o di ricovero, aumentano progressivamente con l'età fino al picco nella fascia 55-64 anni per i disturbi affettivi, oltre sono in diminuzione; al contrario, la prevalenza degli utenti con disturbi dello spettro d'ansia e somatoformi o con disturbi della personalità e disturbi del comportamento hanno la massima distribuzione nelle fasce di età più giovani e poi tendono a ridursi progressivamente con l'età.

L'attività dei servizi psichiatrici territoriali (dati aggiornati al 7.5.2018)

La maggior parte degli utenti viene inviato ai servizi territoriali dal MMG; 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 2017 dai Centri di Salute Mentale (CSM) ammontano a 756.049 corrispondente a circa 11 prestazioni per utente. A cui si devono aggiungere le giornate di presenza presso strutture semiresidenziali che nel 2017 sono state 264.945 per 3.820 utenti e le giornate di presenza nelle strutture residenziali che sono state 623.321 per 2.371 persone.

L'attività ospedaliera (dati aggiornati al 7.5.2018)

Nel 2017 si registrano 9.725 dimissioni dalle strutture psichiatriche ospedaliere pubbliche a cui si aggiungono le 2.734 dimissioni da strutture private accreditate del Veneto per un totale di 143.617 giornate di degenza negli SPDC (di cui 139.088 giornate per residenti in Veneto) e 95.476 nelle strutture private accreditate (dato relativo alla popolazione residente in Veneto). I trattamenti ospedalieri in regime di TSO sono 396, in linea con il 2016 (375 ricoveri), e corrispondono al 4% delle degenze. Analizzando le dimissioni per diagnosi e classi di età si osserva come i disturbi dello spettro schizofrenico siano più frequenti nella classe 45-54 anni seguiti dai disturbi affettivi e dai disturbi nevrotici e somatoformi. Si riscontra un trend in crescita dai 18 ai 54 anni per poi decrescere progressivamente in tutti i gruppi diagnostici.

Le strutture

Nella nostra regione operano oltre 400 strutture territoriali psichiatriche, il 70% sono strutture a gestione diretta delle Aziende ULSS. La gestione delle strutture "ambulatoriali" è per la quasi totalità pubblica, mentre il privato convenzionato si concentra nelle strutture residenziali.

Oltre metà delle strutture psichiatriche territoriali sono residenziali e circa un quarto semi-residenziali. I posti autorizzati per trattamenti riabilitativi a livello territoriale sono in totale circa 3.500, quasi 1.900 residenziali e oltre 1.600 semi-residenziali. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, sono disponibili 928 posti letto, il 54% dei quali pubblici.

Al 31/12/2017 in Veneto si trovano 3.263 operatori equivalenti della salute mentale, ossia 7,9 operatori equivalenti ogni 10.000 abitanti maggiorenni, dei quali 362 psichiatri. Il 36% sono infermieri, il 33% OTA/OSS, il 7% educatori, il 4% psicologi e il 2% assistenti sociali.

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

6.14 Sanità penitenziaria

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

Il DPCM 1° aprile 2008 ha completato il trasferimento dall'Amministrazione Penitenziaria al SSN delle funzioni sanitarie relative alla salute in carcere, attribuendo alle Regioni specifici compiti. A questo proposito la Regione Veneto garantisce:

- a) una rete sanitaria regionale per l'assistenza sanitaria a favore della popolazione detenuta, riconoscendo ad essa i Livelli Essenziali di Assistenza e la piena parità di trattamento dei soggetti in libertà (come da DRGV n.1529 del 03/11/15);
- b) la gestione dell'inserimento in comunità, su provvedimento dell'Autorità giudiziaria, di minori e giovani adulti tossicodipendenti e/o affetti da disturbi psichici;
- c) il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), attraverso la costituzione di una struttura residenziale sanitaria per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) di cui alla Legge 9/2012.

Quadro di sintesi

In Veneto al 31/12/2017 nei 9 Istituti di Pena per adulti (uno per capoluogo di provincia, due a Padova e due a Venezia), con una capienza regolamentare complessiva di 1.947 posti, erano presenti 2.326 detenuti (94% maschi), con un sovraffollamento del 19%, di cui 1.265 di nazionalità straniera (circa il 54%); nel corso del 2017 si sono registrati 3.491 nuovi ingressi. I detenuti nelle carceri venete sono circa il 4% del totale dei detenuti in Italia.

Nell'Istituto Penale per Minorenni di Treviso, alla stessa data erano presenti 17 detenuti.

Assistenza sanitaria ai detenuti

Dal 2008 (anno di trasferimento delle competenze sanitarie dal Ministero di Giustizia al SSN ai sensi del DCM 01/04/08) la Regione Veneto ha compiuto azioni e sforzi per integrare, in maniera compiuta ed effettiva, la sanità penitenziaria con il sistema assistenziale territoriale e ospedaliero regionale, soprattutto in termini di efficienza e sicurezza. A questo proposito, nel 2017 si è terminata l'attività di audit del rischio clinico e della gestione del farmaco all'interno degli Istituti Penitenziari (di cui al Decreto n. 82 del 08/04/15) con la presentazione di un report e di un convegno conclusivo.

Attualmente le principali criticità che limitano la capacità del sistema assistenziale all'interno delle carceri sono:

- il sovraffollamento costante 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 presenza di un elevato numero di detenuti con disagio psichico e consumo di sostanze;
- le non ottimali condizioni dei locali ad uso sanitario presso gli Istituti Penitenziari (che in alcuni casi risultano ancora inadeguati per i moderni bisogni sanitari);
- la carenza di specifici percorsi socio-assistenziali di continuità terapeutica, riabilitativi e di inserimento sul territorio;
- la necessità di superare definitivamente il dualismo interistituzionale fra Amministrazione Penitenziaria e Sistema Sanitario, integrando le due organizzazioni in una visione comune e sinergica.

Tabella 6.26 – Detenuti assistiti per sede penitenziaria. Veneto, 2017

Sedi penitenziarie	N. detenuti al 01/01/2017	N. Nuovi Ingressi	Totale assistiti
Belluno–Casa Circondariale	102	145	247
Vicenza–Casa Circondariale	219	430	649
Treviso–Casa Circondariale	187	366	553
Venezia–Casa di Reclusione Femminile e Casa Circondariale maschile	289	569	858
Padova–Casa di Reclusione e Casa Circondariale	794	933	1.727
Rovigo–Casa Circondariale	120	218	338
Verona–Casa Circondariale	470	830	1.300
Totale	2.181	3.491	5.672

Tabella 6.27 – Personale sanitario (escluso quello delle dipendenze) operante al 31 dicembre 2017. Veneto

Sedi penitenziarie	N.	Ore/mese
Dirigenti Medici - compreso Responsabili UOSP	12	1.673
Medici sanità penitenziaria (compresi ex 740)	11	858
Medici di Guardia - (compresi ex SIAS)	48	5.261
Psicologi di ruolo/contratto	4	204
Coordinatore infermieristico	8	819
Infermieri di ruolo	35	4.758
Infermieri a contratto	39	4.420
Educatori professionali di ruolo/a contratto	3	468
Assistenti sanitari	1	35
Operatori socio sanitari	1	156
Totale	162	18.652

Nel corso del 2017 la rete assistenziale regionale è stata costituita dai seguenti *spoke* (come previsti dalla DGRV n. 1529 del 03/11/15):

- sezione di osservazione psichiatrica presso la Casa Circondariale di Verona, con una disponibilità di 5 posti (DGRV n. 3585 del 30/12/10);
- sezione per l'accoglienza dei detenuti con infermità psichica sopravvenuta nel corso della detenzione (art. 148 c.p.) e dei detenuti a pena diminuita per vizio parziale di mente (art. 111 comma 5 e 7, DPR 230/2000) presso la Casa Circondariale di Belluno, per un totale di 6 posti (DGRV n. 1611 del 19/11/15);
- sezione per gli internati in casa lavoro presso la Casa di Reclusione di Padova, per un totale di 40 posti (DGRV n. 1906 del 23/12/15);
- sezione a custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti (ICAT) presso la Casa Circondariale di Padova, per un totale di 50 posti (DGRV n. 436 del 04/04/14).

Il suddetto circuito viene continuamente monitorato in termini di analisi dei bisogni, di efficienza e di sicurezza per essere costantemente “calibrato” ed “aggiornato” sulle necessità emergenti. Le sezioni a co-gestione con l'Amministrazione Penitenziaria (es. ICAT ed articolazione di salute mentale) per rafforzare le proprie azioni, nelle specifiche aree di competenza, dovrebbero ricevere maggior supporto dal personale educativo e trattamentale del Ministero di Giustizia e potenziare il collegamento con le attività specialistiche assistenziali e riabilitative presenti sul territorio.

Negli ultimi anni la Regione Veneto ha compiuto numerosi sforzi per il potenziamento del personale e delle attrezzature sanitarie all'interno delle carceri; parimenti si auspica che l'Amministrazione Penitenziaria compia un ulteriore sforzo per potenziare le attività trattamentali all'interno degli Istituti e migliorare l'offerta degli spazi concessi in uso per le attività sanitarie, che risultano essere, ancora, in alcune realtà penitenziarie, inadeguati ed insufficienti per i bisogni.

Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

La Legge 9/2012 ha previsto la definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Successivamente ad essa è stata attivata a Ronco all'Adige (Verona) una struttura intermedia di accoglienza per l'inserimento di pazienti internati negli ex OPG, per complessivi 18 posti letto e a partire dal gennaio 2016 una 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, altresì, approvato l'Accordo con la Prefettura di Verona per l'attività di sicurezza e vigilanza esterna della REMS di Nogara. Per facilitare i processi di presa in carico dei pazienti sono stati implementati, per il personale sanitario, specifici percorsi di formazione per gli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale coinvolgendo, in una ottica di collaborazione interistituzionale, la Magistratura di Cognizione e di Sorveglianza, affidando la realizzazione di tale attività alla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica e Management delle Aziende Socio-Sanitarie. Inoltre, è stato approvato con DGR n. 1976/2017 il *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* al fine di:

- migliorare l'appropriatezza del processo di assegnazione alla REMS del paziente psichiatrico autore di reato;
- fornire uno strumento di raccordo ed integrazione tra Magistratura di Sorveglianza e Cognizione con i Dipartimenti di Salute Mentale e la REMS.

Nel corso dell'anno 2017 sono stati accolti presso la REMS di Nogara 57 pazienti. Di questi, 18 sono stati dimessi nel corso del 2017.

Minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico

Il DPCM 1° aprile 2008 ha trasferito alle Regioni e PA dal 1° gennaio 2009 il pagamento delle rette per gli inserimenti in Comunità su provvedimento dell'Autorità Giudiziaria di minori e giovani adulti con problemi di tossicodipendenza/tossicofilia e/o disagio psichico che hanno commesso reati, di cui all'art. 24 del D.Lgs. n. 272/89.

Nel 2017 sono stati accolti in Comunità 26 minori, per un totale di 4.111 giornate di inserimento, di cui il 46,4 % fuori Regione.

Approfondimenti

www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria

in particolare le sezioni "statistiche" e "pubblicazioni"

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità Organizzativa Salute Mentale e Sanità Penitenziaria

Telefono: 0412793414

e-mail: salutementale@regione.veneto.it

6.15 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 mandatorio che raccoglie informazioni sui pazienti seguiti da tali centri, sulle loro diagnosi e disabilità, sui trattamenti erogati e sulle risorse impiegate, gestito dal Programma della patologia in età pediatrica. Tramite l'utilizzo di tali informazioni è possibile valutare i bisogni ai quali i centri danno risposta e le attività prestate.

Nel 2017 le 18 strutture ex art. 26 hanno preso in carico 16.383 pazienti (68,5% sotto i 18 anni d'età) erogando 482.498 prestazioni (53,4% in regime ambulatoriale) per una spesa complessiva di quasi 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 del comportamento, locomotorie e circostanziali).

Durante il 2017 l'attività di programmazione e valutazione degli istituti ex art. 26 si è particolarmente dedicata alla valutazione di appropriatezza delle prestazioni, dell'assegnazione di budget in base ai bisogni e alle attività, ai tetti di spesa.

Il monitoraggio dell'attività delle strutture

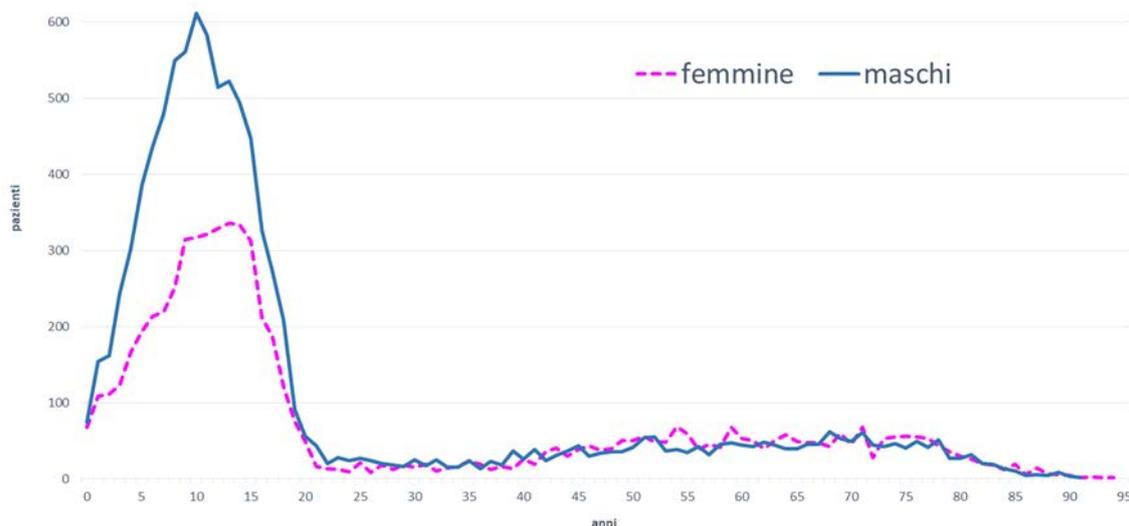
Il percorso riabilitativo della persona con disabilità rappresenta un aspetto importante della sua presa in carico complessiva, che può influenzare altri aspetti delle attività assistenziali che vengono effettuate attorno alla persona, fino alla sua integrazione scolastica, lavorativa, sociale. Esso è un processo di soluzione dei problemi nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale e che può essere caratterizzato da un susseguirsi di cicli diversi, sia per intensità assistenziale, che per regime di trattamento.

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. Durante l'anno 2017, 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 corso del 2017 è pari a 16.383. Il 59,3% dei pazienti presi in carico risulta essere di genere maschile.

La Figura 6.41 riporta la distribuzione per sesso ed età dei pazienti. Il 68,5% dei casi ha meno di 18 anni e il 36,9% da 0 a 10 anni. Tra i 5 e i 15 anni d'età si evidenzia una netta prevalenza di pazienti di genere maschile rispetto a quello femminile, per lo stesso gruppo di età.

Figura 6.41 – Distribuzione dell'età dei pazienti presi in carico, per genere. Veneto, 2017



L'87,7% dei pazienti risiede nella stessa Azienda ULSS di locazione del servizio; il restante 12,3% si rivolge ad una struttura posta in un'Azienda ULSS diversa da quella di residenza.

Il tasso complessivo di ricorso alla riabilitazione convenzionata risulta di 0,33 su 100 residenti. Il tasso per la fascia d'età "0-17 anni" è pari all'1,39 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 16.383 casi seguiti dalle strutture riabilitative, si giunge ad un numero di diagnosi pari a 21.137. La Figura 6.42 riporta la distribuzione delle diagnosi per macro-gruppo di patologia.

Il gruppo nosologico più rappresentato è quello relativo ai disturbi psichici con 8.474 diagnosi pari al 40,1% del totale delle diagnosi dichiarate, seguono le malattie del sistema nervoso con 5.078 diagnosi (24,0%), le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo con 1.871 diagnosi (8,9%) e le malformazioni congenite con 1.664 (7,9%).

Il numero totale delle disabilità seguite dai centri convenzionati è pari a 19.200 (Figura 6.43). Le disabilità maggiormente rappresentate sono quelle relative alla locomozione (17,8%), al comportamento (10,4%), circostanziali (6,2%) e all'assetto corporeo (5,1%).

La Figura 6.44 presenta la distribuzione delle tipologie di trattamento effettuato. La maggior parte dei trattamenti sono effettuati in regime ambulatoriale (53,4%), nel 19,4% dei casi viene effettuata una visita di accertamento e nel 9,3% un diurnato diagnostico.

Il numero totale di prestazioni erogate ai 16.383 pazienti seguiti dalle strutture convenzionate ex art.26 è di 482.498. 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 69,5% dei pazienti è stato preso in carico effettuando un unico regime di trattamento, il 27,0% due regimi, il 3,3% tre e lo 0,2% quattro o più regimi di trattamento.

Le risorse impiegate totali sono quasi 27 milioni di euro per il 2017. Il costo medio per paziente è di 1.712,06 euro, il costo mediano di 705,70 euro fino ad un massimo di oltre 57.000 euro, a conferma della complessità di alcuni pazienti.

Figura 6.42 – Distribuzione percentuale dei macro-gruppi di patologia. Veneto, 2017

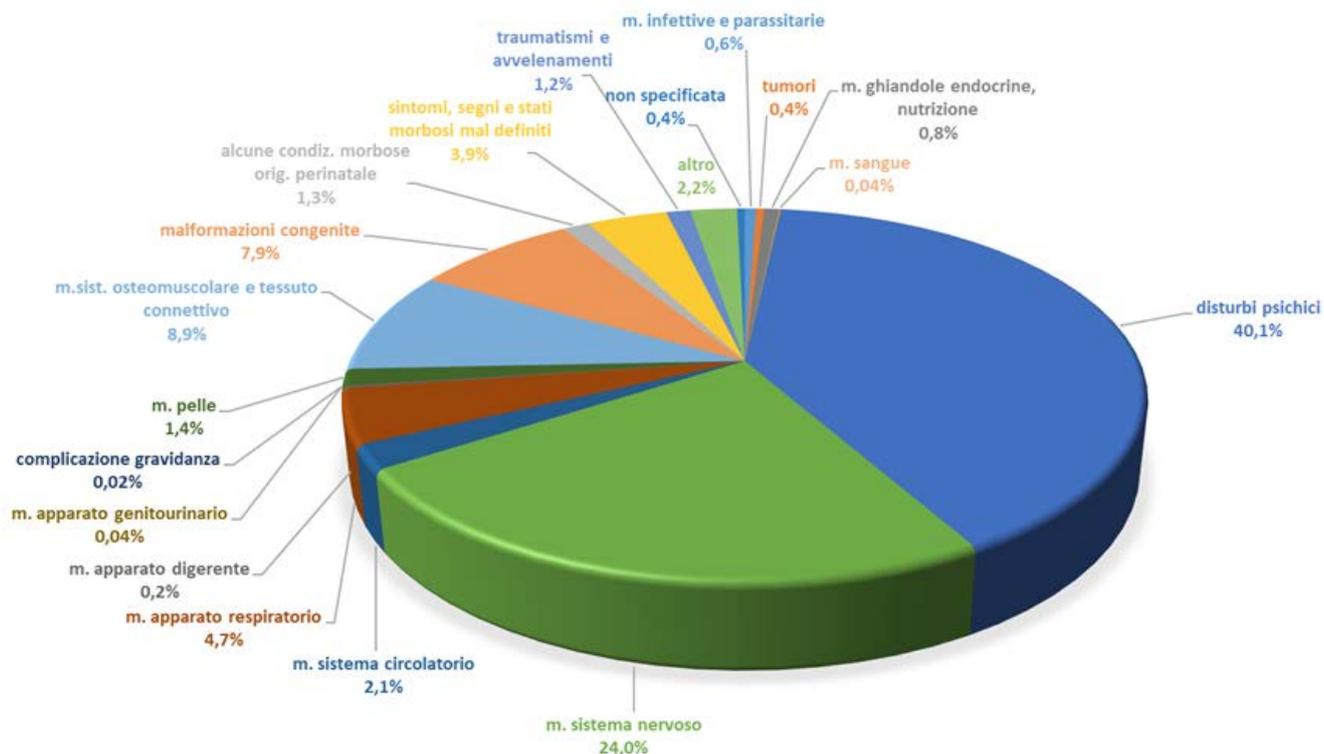


Figura 6.43 – Distribuzione percentuale delle categorie di disabilità. Veneto, 2017

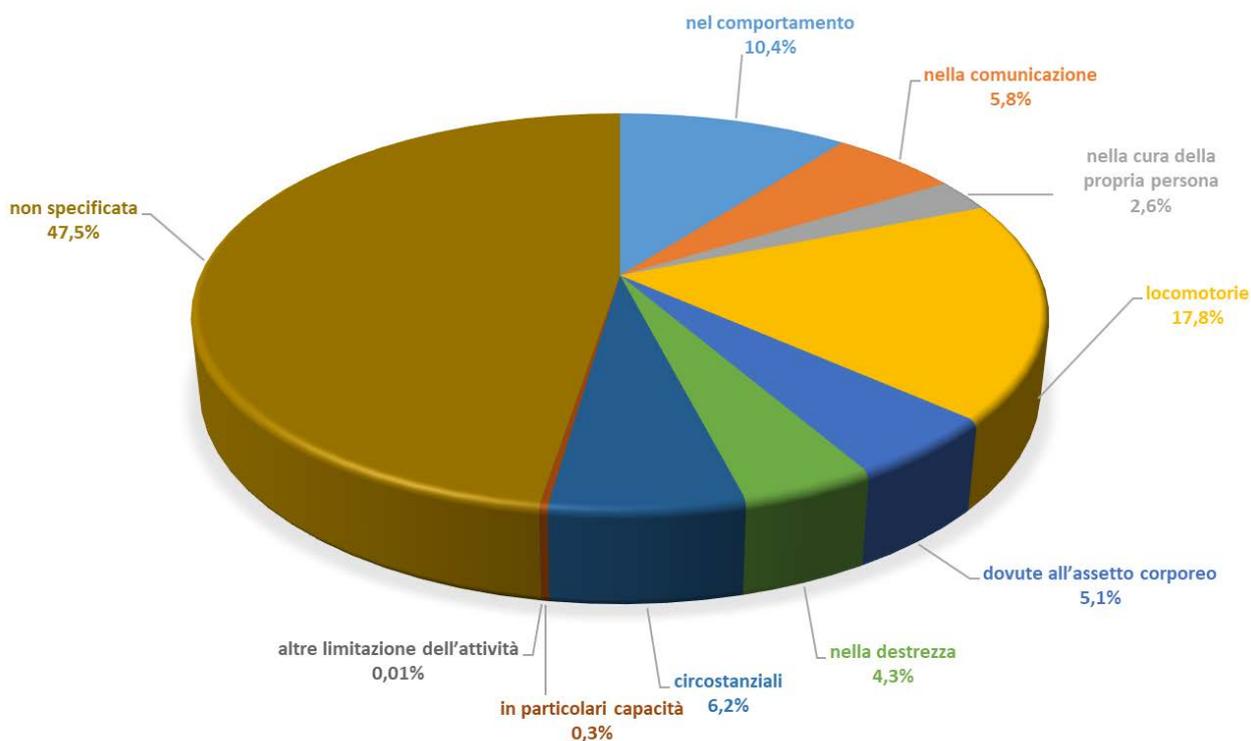
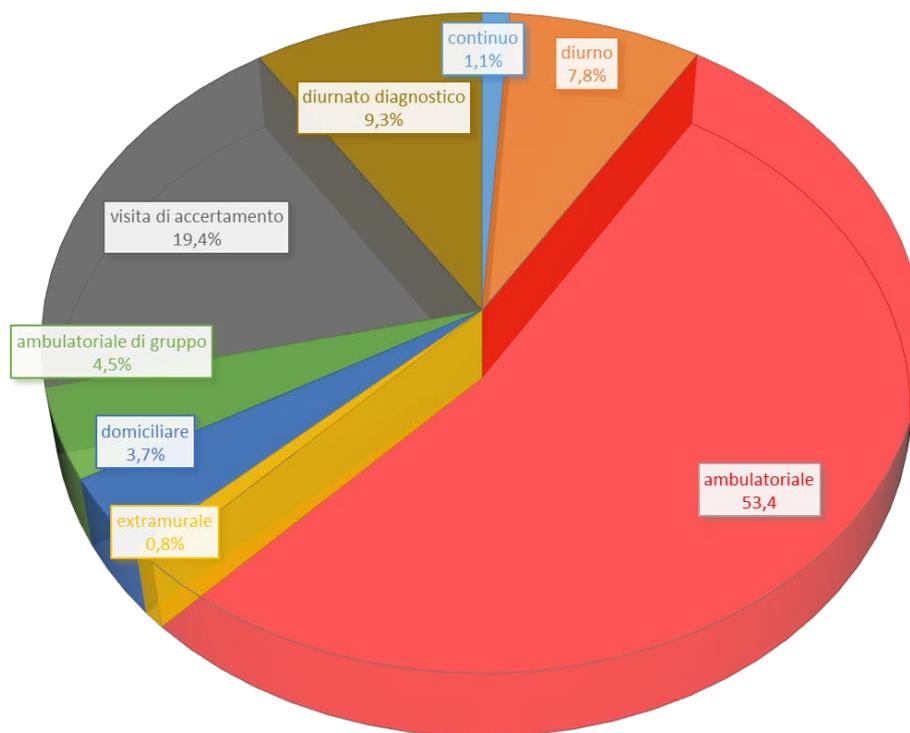


Figura 6.44 – Distribuzione delle tipologie di trattamento. Veneto, 2017



Approfondimenti

Rapporto tecnico attività Programma regionale della Patologia in Età Pediatrica, anno 2017

Recapiti per ulteriori informazioni

Programma regionale per la Patologia in Età Pediatrica

Via Pietro Donà 11 35129 Padova

Telefono: 049 8215700

e-mail: malattiarare@regione.veneto.it; registronascita@regione.veneto.it

7. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici

7.1 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. (Paragrafo 3.3 Assistenza specialistica, farmaceutica e protesica. Pagine 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. È stata data diffusione alla gestione del rischio clinico e inoltre valorizzata la distribuzione per conto da parte delle farmacie sul territorio, ricontrattando l'accordo.

Health Technology Assessment

Obiettivi	Valutazione dell'impatto delle tecnologie con metodologia HTA e azioni di controllo dell'appropriatezza prescrittiva e della sicurezza;
Azioni	Organizzazione delle attività delle Commissioni Tecniche Regionali e delle Commissioni Terapeutiche Aziendali (CTA) di Farmaci; Gruppi di Lavoro sui farmaci ad elevato impatto di spesa; Attività di formazione per le CTA locali.
Risultati	Valutazione di nuovi farmaci e nuove indicazioni con produzione di Raccomandazioni basate sull'evidenza, Indirizzi, Percorsi Diagnostico Terapeutici. Individuazione dei centri autorizzati alla prescrizione.

Attraverso l'attività della Commissione Tecnica Regionale Farmaci (DGR n. 952/2013), basata sulla metodologia dell'HTA, sono stati definiti documenti di indirizzo su aree terapeutiche di ambito ospedaliero e territoriale (Nuovi Anticoagulanti Orali, medicinali biosimilari, farmaci intravitreali per la cura della degenerazione maculare senile, farmaci per il trattamento della psoriasi di grado moderato severo, farmaci per l'osteoporosi); con riferimento a Farmaci Innovativi e Farmaci Ematologici Innovativi, sono state prodotte raccomandazioni basate sull'evidenza di particolare impatto economico-assistenziale per patologie di area onco-ematologica (Plerixafor, Lenalidomide per mieloma multiplo non precedentemente trattato non eleggibile al trapianto) e di area oncologica (Bevacizumab nel carcinoma della cervice persistente, ricorrente o metastatico, Anticorpi ANTI-PD-1 e BRAF inibitore/MEK inibitore nel melanoma inoperabile o metastatico).

Sono stati individuati e/o aggiornati i Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci di ambito specialistico (45 per l'anno 2017).

Nel 2017 le giornate formative per le CTA Farmaci sono state dedicate all'uso dei biosimilari, dei farmaci equivalenti e all'utilizzo dei flussi amministrativi per la valutazione dell'appropriatezza e del rispetto dei limiti di costo.

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</i>
Risultati	<i>Il tasso di segnalazione regionale risulta sopra le 1.100 segnalazioni per milione di abitanti, superiore al numero minimo stabilito dagli obiettivi regionali. Oltre metà delle segnalazioni sono state inviate tramite il web</i>

Nel 2017 nel Veneto sono state fatte 5.587 segnalazioni, terzo valore in Italia dopo la Toscana e il FVG. Complessivamente le segnalazioni sono aumentate del 2% rispetto al 2016, pur in assenza di specifici progetti attivi di sorveglianza. Gli obiettivi assegnati con DGR 246/2017 sono stati superati da tutte le Aziende Sanitarie. L'uso della piattaforma web per la segnalazione si è progressivamente esteso, con punte vicine al 90% in alcune strutture: il Veneto è la regione italiana dove il sistema della segnalazione spontanea, più digitalizzato, consente 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 e definizione di un modello unico organizzativo</i>
Risultati	<i>Solo in quattro realtà permangono ancora delle criticità che sono tuttavia in corso di risoluzione. E' in discussione un modello unico organizzativo che faccia sintesi delle best practices regionali</i>

A seguito delle visite di audit svoltesi nel 2016 la proposta di riorganizzazione approvata in CRITE il 10.10.2016, prevedeva il mantenimento delle seguenti 15 UFA:

- 1 UFA in ULSS 2 Marca Trevigiana (Castelfranco);
- 3 UFA in ULSS 3 Serenissima (Mestre, Mirano, Venezia);
- 1 UFA in ULSS 4 Veneto Orientale (San Donà di Piave);
- 1 UFA in ULSS 5 Polesana (Rovigo);
- 2 UFA in ULSS 6 Euganea (Camposampiero, Schiavonia);
- 1 UFA in ULSS 7 Pedemontana (Santorso);
- 1 UFA in ULSS 8 Berica (Vicenza);
- 1 UFA in ULSS 9 Scaligera (S. Bonifacio: attiva fino alla centralizzazione completa presso l'AOUIVR);
- 1 UFA in AOUI di Verona;
- 1 UFA allo IOV;
- 2 UFA negli Ospedali privati-accreditati (Negrar, Peschiera).

Nel 2017 si è proceduto alla verifica di messa a norma o dismissione delle suddette unità di allestimento rispetto alla quali permangono alcune criticità organizzative.

- UFA in ULSS 8 (Vicenza): non ancora completata la centralizzazione a Vicenza;

- UFA in ULSS 9 (S. Bonifacio): non ancora completata la centralizzazione a San Bonifacio;
- Convenzione tra Azienda Ospedaliera di Padova e IOV: da ultimare convenzione per preparazioni in urgenza;
- UFA in AOUI di Verona: permangono ancora 2 UFA.

Si è avviata la valutazione dei diversi modelli organizzativi presenti in 3 presidi (Santorso, Castelfranco Veneto e AOUI di Verona) aventi volumi di attività rilevanti, allo scopo di definire un modello unico a garanzia dei bisogni assistenziali dei pazienti oncologici e nel rispetto della normativa sulla sicurezza degli operatori. L'analisi considera: 1) modello organizzativo (presenza di convenzioni in essere, modalità di approvvigionamento, presenza e capienza del magazzino, richiesta dei medicinali, valutazione della formulazione, allestimento, check di approvazione del prodotto, chiusura e pulizia ambientale, registrazione della documentazione, spedizione e consegna); 2) risorse umane impiegate per la fasi di allestimento e numero di allestimenti/anno; 3) numero medio di allestimenti per prestazione; 4) tipologia di costi per ciascuna fase del processo.

Rischio clinico

Obiettivi	<i>Gestione del rischio clinico negli Istituti Penitenziari</i>
	<i>Avvio del Progetto Ministero della Salute "Definizione delle linee di indirizzo per effettuare la riconciliazione della terapia farmacologica nel territorio"</i>
Azioni	<i>Predisposizione di un report sui risultati delle visite di audit con richiesta di individuare azioni di miglioramento, indirizzati a Responsabili delle U.O. Sanità Penitenziaria e Direttori di Farmacia Ospedaliera/Responsabili del Servizio Farmaceutico Territoriale</i>
	<i>Indagine sulla riconciliazione farmacologica tramite questionario da somministrare alle strutture sanitarie protette della Regione Veneto</i>
Risultati	<i>Realizzazione di un evento formativo per condividere risultati delle visite di audit e azioni messe in atto negli Istituti Penitenziari</i>
	<i>Condivisione dei risultati del questionario con il Comitato scientifico del Progetto per la predisposizione di Linee di indirizzo in materia.</i>

Gestione del rischio clinico negli Istituti Penitenziari

A seguito delle visite di audit svoltesi nel 2016 negli Istituti Penitenziari del Veneto, si è ritenuto prioritario agire per: garantire la tracciabilità della terapia assunta da ciascun detenuto, specie in caso di somministrazione non contestuale alla preparazione per motivi organizzativi e gestionali; migliorare la tenuta della cartella clinica e/o della scheda unica di terapia riportando tutte le informazioni in maniera chiara, ordinata e completa; migliorare la gestione del registro stupefacenti.

È stato trasmesso ai Responsabili delle U.O. Sanità Penitenziaria, Direttori di Farmacia Ospedaliera/Responsabili del Servizio Farmaceutico Territoriale un apposito report sui risultati delle visite di audit, chiedendo di individuare le azioni intraprese per migliorare la gestione delle terapie farmacologiche.

I risultati delle visite di audit e le proposte di azioni di miglioramento pervenute sono stati condivisi in un evento formativo accreditato ECM rivolto a farmacisti, medici chirurghi, infermieri, psicologi e polizia penitenziaria tenutosi in data 5 ottobre 2017.

Avvio del Progetto Ministero della Salute "Definizione delle linee di indirizzo per effettuare la riconciliazione della terapia farmacologica nel territorio"

Il progetto prevede l'elaborazione di Linee di indirizzo relative al passaggio del paziente oncologico dal setting ospedaliero alla presa in carico da parte del medico di medicina generale e del paziente anziano dal proprio domicilio al ricovero in struttura protetta.

All'Accordo stipulato tra Regione Veneto e Ministero partecipa la Regione Emilia Romagna per la parte progettuale relativa al paziente oncologico dimesso da struttura ospedaliera. Il Veneto approfondisce la parte relativa al passaggio del paziente anziano dal proprio domicilio al ricovero in struttura sanitaria protetta: il Comitato scientifico, a tal fine istituito, nel 2017 si è riunito 2 volte. Alle strutture sanitarie protette del Veneto è stato sottoposto un questionario per rilevare livello di attuazione della riconciliazione farmacologica e principali situazioni di discontinuità nel passaggio tra setting assistenziali diversi. I risultati del questionario sono stati condivisi con il Comitato scientifico e sulla base di questi si è iniziato a predisporre le Linee di indirizzo sulla materia.

Sperimentazione Clinica - infrastruttura a sostegno della ricerca clinica

Obiettivi	<i>Ottimizzare i percorsi di sperimentazione clinica</i>
Azioni	<i>Predisposizione di indicatori di performance organizzativa; misurazione delle tempistiche nel processo della sperimentazione clinica</i>
Risultati	<i>Miglioramento delle tempistiche per la valutazione e la firma del contratto</i>

Nel 2017 i Comitati Etici della Regione Veneto hanno valutato 929 studi clinici: 356 (38%) osservazionali senza farmaci e dispositivi medici, 253 (27%) studi interventistici con farmaco, 128 (14%) osservazionali con farmaci, 116 (13%) studi interventistici senza farmaci e dispositivi medici, 48 (5%) interventistici con dispositivi medici, 28 (3%) osservazionali con dispositivi medici.

Il collegamento in rete dei Nuclei per la Ricerca Clinica delle strutture sanitarie regionali consente di tracciare lo stato di avanzamento degli studi clinici, in particolare le tempistiche di firma del contratto finalizzato alla realizzazione di studi clinici interventistici con farmaco profit con lo scopo di monitorare i tempi. Nonostante permanga eterogeneità nelle tempistiche tra le diverse strutture, si sono registrati miglioramenti in alcune di esse. Nel 2017 alcuni comitati etici hanno partecipato al Progetto Voluntary Harmonization Procedure (VHP) europeo che prevede una valutazione coordinata degli studi clinici in un'unica soluzione contemporanea per tutti gli Stati europei coinvolti nella sperimentazione secondo un modello valutativo che anticipa quanto previsto dal Regolamento 536/2014. Nel 2017 è stata avviata la ricognizione relativa alla rendicontazione economica dell'attività di sperimentazione in attesa della completa implementazione della piattaforma regionale comprensiva del modulo di fattibilità degli studi clinici e gestione della parte economica.

Registri AIFA e Registri regionali

Obiettivi	<p><i>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</i></p> <p><i>Recupero di risorse economiche</i></p>
Azioni	<p><i>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</i></p> <p><i>Attivazione registri regionali e informatizzazione del percorso (arruolamento paziente, dispensazione del farmaco, follow-up)</i></p> <p><i>Monitoraggio dei rimborsi</i></p>
Risultati	<p><i>A fine 2017 erano inseriti nei registri regionali 5.711 pazienti con patologia reumatologica (51% dei quali presenta l'artrite reumatoide, 31% artrite psoriasica, 15% spondilite anchilosante mentre il rimanente 3% è riferito ad artrite giovanile), 1.031 pazienti affetti da psoriasi a placche, 1.432 pazienti con patologia gastroenterologica (di cui il 63% affetto da malattia di Crohn e 37% da colite ulcerosa), 2.086 pazienti con osteoporosi severa, 7.297 pazienti avviati alla terapia con i nuovi antivirali ad azione diretta (DAA)</i></p> <p><i>Nel biennio 2016-2017, le strutture sanitarie del Veneto hanno recuperato dalle Aziende farmaceutiche circa 16 milioni di euro grazie agli accordi negoziali gestiti attraverso i Registri AIFA</i></p>

- Registri AIFA

I Registri AIFA gestiscono tutte le fasi inerenti la prescrizione, il monitoraggio, la dispensazione, il controllo degli esiti e i 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 2016-2017, le strutture sanitarie del Veneto hanno recuperato dalle Aziende farmaceutiche circa 16 milioni di euro (solo per le indicazioni oncologiche), risorse che sono state destinate a terapie farmacologiche innovative.

Registri regionali, Sistemi regionali di prescrizione informatizzata**- Sistema di prescrizione per i farmaci biologici inerenti all'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 2017 il sistema ha gestito i piani terapeutici riferiti a: a) 5.711 pazienti con patologia reumatologica (51% dei quali presenta l'artrite reumatoide, 31% artrite psoriasica, 15% spondilite anchilosante mentre il rimanente 3% è riferito ad artrite giovanile); b) 1.031 pazienti affetti da psoriasi a placche; c) 1.432 pazienti con patologia gastroenterologica (di cui il 63% affetto da malattia di Crohn e 37% 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 2017, il sistema ha gestito la prescrizione e il

follow-up di 2.086 pazienti con osteoporosi severa di cui 847 presentavano un piano terapeutico attivo a fine dicembre.

- Registro ReFOL per il monitoraggio dei farmaci off-label

È stato avviato nel luglio 2017 per l'autorizzazione e il monitoraggio dei farmaci off-label in applicazione del percorso previsto dalla DGR 685/2014. Nel ReFOL sono presenti al 31.12.2017, 625 richieste di uso off-label relative 169 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 presso l'Università di Padova il registro regionale informatizzato Navigatore. Con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 224/2014 e successivi, si è stabilita l'obbligatorietà di registrare i pazienti affetti da epatite C trattati con i nuovi farmaci antivirali ad azione diretta (DAA) ed eleggibili al trattamento inserendo informazioni sulla terapia ed outcome. Dal 2015 è iniziato il monitoraggio dei dati elaborati dai registri AIFA e Navigatore, della spesa sostenuta e relativi pay-back. Al 31.12.2017, sono stati avviati alla terapia con i nuovi DAA 7.297 pazienti e sono stati prodotti e trasmessi alle strutture sanitarie 3 report di monitoraggio. Il registro consente di monitorare l'aderenza alle linee di indirizzo regionali e le segnalazioni delle reazioni avverse da farmaco; conoscere il numero di pazienti diagnosticati suddivisi per tipologia e grado di gravità; supportare i Centri regionali autorizzati alla prescrizione dei DAA nella gestione dei trattamenti; costituire un database di registrazione degli esiti clinici delle terapie anche a lungo termine nella realtà epidemiologica veneta.

La capillarità delle farmacie sul territorio

Obiettivi Valorizzazione della capillarità delle farmacie sul territorio

Azioni Definizione e attivazione prima fase progettuale della "Farmacia dei Servizi" al fine di promuovere, attraverso il canale delle farmacie convenzionate nell'ambito di un 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, stante il risparmio stimato derivante dalla rimodulazione dei prezzi di rimborso dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete dalla stessa disposto, sono stati delineati in particolare i seguenti obiettivi volti al 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 dei pazienti 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 vigente di settore riferito proprio alla "Farmacia dei servizi", confermato dai nuovi LEA di cui al DPCM 12.1.2017.

Nell'ambito di tale percorso è stata avviata nel 2017 la prima fase progettuale di formazione professionale dei farmacisti, presupposto indispensabile per le successive attività di counseling e pharmaceutical care da parte delle farmacie convenzionate.

Spesa Farmaceutica e monitoraggio dei consumi.

Obiettivi	<i>Governo della spesa farmaceutica, potenziamento del monitoraggio dei consumi</i>
Azioni	<i>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</i>
Risultati	<i>Rispetto del 14,85% del tetto di spesa farmaceutica</i>

La Legge n. 232/2016 "Legge di Bilancio 2017" ha rideterminato, a decorrere dal 2017, l'onere a carico del SSN per la spesa farmaceutica e l'articolazione nelle due componenti che costituiscono i tetti di spesa:

- spesa farmaceutica per gli acquisti diretti (comprensiva della spesa per i farmaci impiegati in ospedale, in ambulatorio, erogati in distribuzione diretta di classe A e H e in distribuzione per conto di classe A): l'onere per il SSN è rideterminato nella misura del 6,89% del FSN;
- spesa farmaceutica convenzionata (comprensiva della sola quota per i farmaci distribuiti in regime convenzionale): l'onere per il SSN è rideterminato nella misura del 7,96% del FSN.

Il tetto della spesa farmaceutica complessivo resta invariato, ovvero fissato al 14,85% del FSN. Nel 2017 la spesa farmaceutica è stata di 1,3 mil €, stabile rispetto al 2016 e all'interno del tetto stabilito a livello nazionale (13,85% del FSN).

Nel 2017 si registra una diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata del 2,7% rispetto al 2016, mentre la spesa farmaceutica relativa agli acquisti diretti aumenta dell'1,5%. Grazie agli obiettivi di appropriatezza assegnati e alla scadenza brevettuale di alcune molecole, la farmaceutica convenzionata si è ridotta di 15 milioni di €, passando da 560 mil € nel 2016 a 545 mil € nel 2017 (Tabella 7.1).

Tabella 7.1 – Farmaceutica Convenzionata per gruppi terapeutici. Veneto, 2017. (Fonte: Regione del Veneto)

Categorie Terapeutiche	Spesa anno 2017	% su tot	% cumulata su tot
Ipertensione	108.341.246	19,9%	19,9%
Dislipidemie	69.274.327	12,7%	32,6%
Broncopneumopatia cronico ostruttiva	53.191.644	9,8%	42,4%
Protezione gastrointestinale	33.945.138	6,2%	48,6%
Osteoporosi	19.838.652	3,6%	52,2%
Tromboembolia Venosa	9.189.381	1,7%	53,9%
Antibiotici	21.604.441	4,0%	57,9%
Diabete	25.520.211	4,7%	62,6%
Antiepilettici	21.797.585	4,0%	66,6%
Analgesici	25.636.335	4,7%	71,3%
Altro	156.459.485	28,7%	100,0%
Totale	544.798.445		

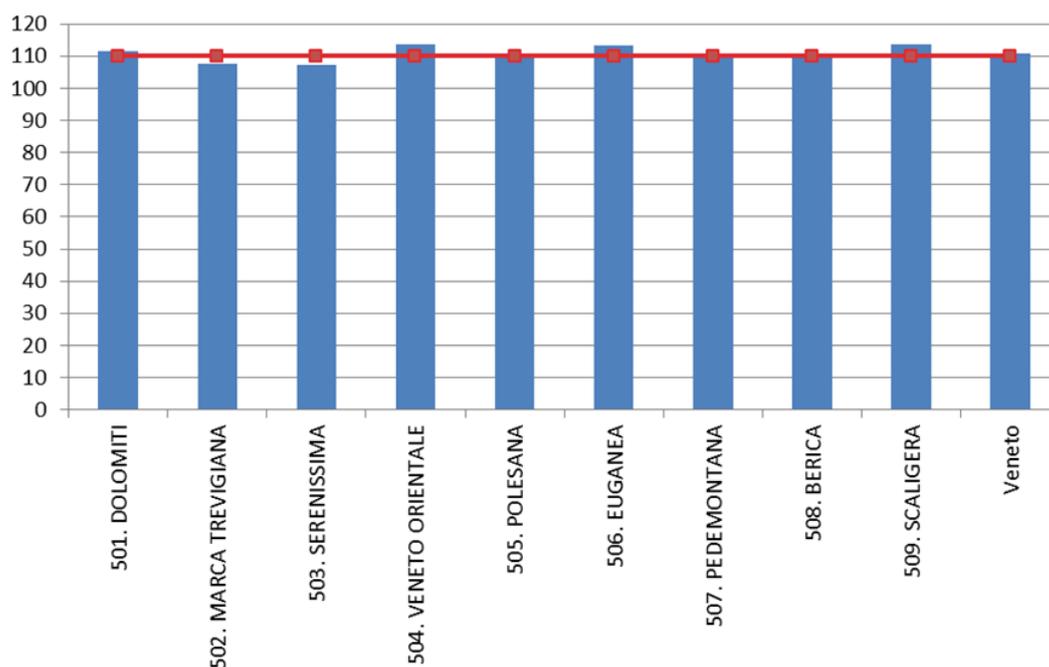
Le principali categorie in termini di consumo sono C09-sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (23% del totale in termini di ddd), C10-sostanze modificatrici dei lipidi (10%), A02-farmaci per disturbi correlati all'acidità, (7%), C08-calcio-antagonisti (7%).

Con decreto del Direttore Area Sanità e Sociale 16/2017 la Regione ha assegnato alle ULSS per l'anno 2017 l'obiettivo di ridurre al di sotto dei 110 euro il costo pro capite per l'assistenza

farmaceutica convenzionata. Tale valore è stato calcolato tenendo conto di un numero invariato di confezioni distribuite rispetto all'anno 2016, del possibile risparmio ottenibile dal raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva e della perdita di brevetto per alcuni principi attivi. A livello regionale si è arrivati ad un valore pro capite pari a 110,8 euro con una variabilità tra Aziende ULSS che passa da 107,1 euro per l'ULSS Serenissima a 113,8 euro per l'ULSS Scaligera (Figura 7.1).

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 e anzi migliorando la qualità delle cure. Il miglioramento nel 2017 delle aree terapeutiche in cui sono stati messi gli indicatori di appropriatezza prescrittiva (ipertensione, protezione gastrointestinale, dislipidemie, TEV e farmaci biosimilari) ha portato ad un risparmio effettivo di 13,1 dei 15 milioni di euro di riduzione della farmaceutica convenzionata. Le Aziende ULSS che hanno maggiormente migliorato la performance sugli indicatori di appropriatezza hanno anche ridotto in misura maggiore il costo per trattato nelle aree terapeutiche oggetto degli indicatori.

Figura 7.1 – Pro capite pesato convenzionata per ULSS di residenza. Veneto, 2017



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. Il decreto 16/2017 ha assegnato alle Aziende Sanitarie per il 2017 l'obiettivo di ridurre al di sotto di 102 euro il costo pro capite pesato per farmaci di fascia A e H erogati in distribuzione diretta, DPC o per farmaci ad alto costo somministrati in ambulatorio.

A livello regionale si è arrivati ad un valore procapite di 112,5 € con una forte variabilità tra ULSS, che va da 91,1 € per l'ULSS Dolomiti a 125,8 € per l'ULSS Euganea (Figura 7.2).

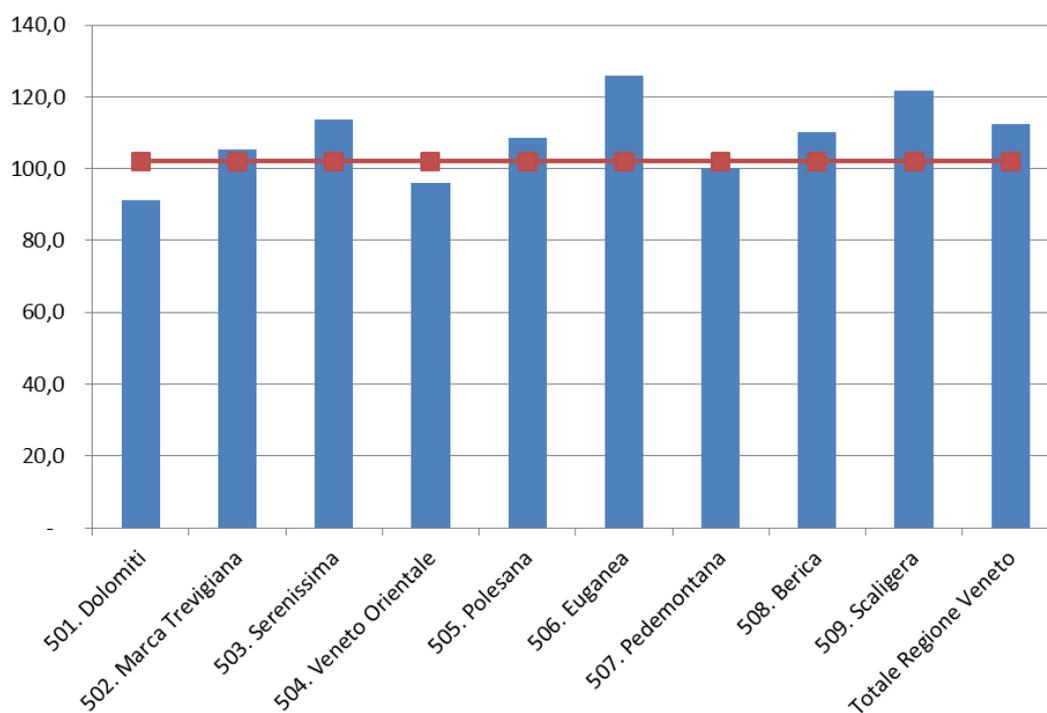
Il limite di costo pro capite è stato calcolato per Azienda di residenza, escludendo la spesa per ossigeno, per i farmaci per le malattie rare e l'emofilia e per la cura dell'epatite C. In Tabella 7.2 si riportano i principali gruppi terapeutici che coprono il 90% della spesa farmaceutica ospedaliera. In particolare, le prime due categorie coprono il 35% 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). Rispetto al 2016 si registra a livello regionale un incremento di spesa del 13% per i farmaci oncologici, del 10% per i farmaci biologici impiegati nelle tre aree terapeutiche sopra riportate e dell'11% per i farmaci impiegati per la sclerosi multipla.

Inoltre, si evidenzia un aumento del 4% del numero di trattati con farmaci oncologici, del 12% del numero di trattati con medicinali biologici e del 7% dei pazienti in trattamento con i farmaci per la sclerosi multipla. Tra le altre categorie si rileva un elevato incremento nei nuovi anticoagulanti orali, sia in termini di spesa che di assistiti (rispettivamente +55% e +54%).

Tabella 7.2 – Farmaceutica ospedaliera. Veneto, anno 2017. (Fonte: Regione del Veneto)

ATC II livello	spesa erogata	% su tot	% cum su tot
L01.CITOSTATICI	194.506.257	20,9%	20,9%
L04.IMMUNOSOPPRESSORI	131.619.913	14,1%	35,0%
J05.Nuovi farmaci epatite C	69.165.654	7,4%	42,5%
J05.ANTIVIRALI PER USO SISTEMICO	53.742.670	5,8%	48,2%
B01.ANTITROMBOTICI	48.694.427	5,2%	53,5%
J07.VACCINI	46.641.848	5,0%	58,5%
B02.ANTIEMORRAGICI	38.782.463	4,2%	62,6%
A10.FARMACI USATI NEL DIABETE	31.110.030	3,3%	66,0%
J01.ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	23.316.100	2,5%	68,5%
A16.ALTRI FARMACI DELL'APPARATO GASTROINTEST. E DEL METABOLISMO	22.465.551	2,4%	70,9%
L02.TERAPIA ENDOCRINA	20.752.319	2,2%	73,1%
V03.TUTTI GLI ALTRI PRODOTTI TERAPEUTICI	20.015.018	2,1%	75,3%
L03.IMMUNOSTIMOLANTI	18.675.155	2,0%	77,3%
J06.SIERI IMMUNI ED IMMUNOGLOBULINE	16.157.333	1,7%	79,0%
B05.SUCCEDANEI DEL SANGUE E SOLUZIONI PERFUSIONALI	16.038.514	1,7%	80,7%
N05.PSICOLETTICI	15.762.055	1,7%	82,4%
H01.ORMONI IPOFISARI, IPOTALAMICI ED ANALOGHI	15.563.066	1,7%	84,1%
J02.ANTIMICOTICI PER USO SISTEMICO	14.059.674	1,5%	85,6%
N07.ALTRI FARMACI DEL SISTEMA NERVOSO	13.860.962	1,5%	87,1%
S01.OFTALMOLOGICI	11.746.761	1,3%	88,4%
C02.ANTIIPERTENSIVI	9.054.140	1,0%	89,3%
B03.FARMACI ANTIANEMICI	9.034.893	1,0%	90,3%
Totale	930.998.495		

Figura 7.2 – Pro capite pesato per distribuzione diretta e farmaci ambulatoriali ad alto costo per Azienda di residenza. Veneto, 2017



7.2 Dispositivi medici e assistenza protesica

Health Technology Assessment

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

Azioni Ricostituzione e ridefinizione delle funzioni della rete regionale delle Commissioni preposte alla valutazione dei dispositivi medici - Commissione Tecnica Regionale dei Dispositivi Medici (CTR-DM) e Commissioni Tecniche Aziendali dei Dispositivi Medici (CTA-DM); gruppi di lavoro ad hoc

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

Con DGR n. 206 del 28.2.2017 sono state ridefinite le funzioni della rete regionale delle Commissioni competenti in materia di dispositivi medici, articolata in un livello regionale (Commissione tecnica regionale dei dispositivi medici – CTRDM) ed uno locale (Commissione Tecnica Aziendale dei Dispositivi medici - CTADM), per promuovere azioni di governo mirate all'uso appropriato dei dispositivi medici, delle tecnologie a disposizione del SSR, nonché di procedure innovative.

L'area predominante di attività della CTR-DM, nel 2017, è stata la valutazione, secondo metodologia HTA, dei dispositivi medici e la valutazione epidemiologica dell'uso dei dispositivi medici per definirne i criteri di utilizzo in relazione alle patologie. Con distinti provvedimenti si sono recepiti documenti di indirizzo su tecnologie innovative e dispositivi medici: linee di indirizzo regionali sull'uso dei pacemaker leadless, decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. 141/2017; linee di indirizzo regionali per l'impianto di neurostimolatori in pazienti affetti da Parkinson Avanzato, Emicrania Cronica Refrattaria ed Epilessia Farmacoresistente, DGR 1073/2017; linee di indirizzo regionali sulle valvole aortiche a rilascio veloce, decreto n.27/2017; linee di indirizzo regionali sulle medicazioni per ferite e piaghe ed ulcere. Alla luce delle nuove evidenze scientifiche è stata, inoltre, operata la revisione relativa a: linee di

indirizzo regionali dei sistemi di chirurgia per emostasi e sintesi vasale, decreto n.2/2017; identificazione dei Centri regionali autorizzati alla prescrizione del trattamento domiciliare con Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree (CPAP) nella sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS), decreto n. 103/2017 n. 115/2017; revisione dei Centri regionali autorizzati all'esecuzione della procedura di impianto di valvole aortiche trans catetere – TAVI, decreto n. 88/2017.

Vigilanza sui dispositivi medici

Obiettivi	<i>Azioni di sorveglianza degli incidenti dei dispositivi medici</i>
Azioni	<i>Ridefinizione della rete di dispositivo vigilanza regionale ed implementazione del sistema regionale per l'inserimento e l'analisi delle segnalazioni</i>
Risultati	<i>Nel 2017 le segnalazioni nel data base sono state 400</i>

Con DGR n. 376 del 28.3.2017 sono state aggiornate le linee di indirizzo regionali in materia di dispositivo vigilanza al fine di aumentare la protezione di salute e la sicurezza dei pazienti, degli operatori, degli utilizzatori e di evitare che lo stesso tipo di incidente si possa ripetere in luoghi diversi in tempi successivi.

Per sensibilizzare il personale sanitario verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti, è stato quindi organizzato un corso di formazione a carattere regionale rivolto ai referenti aziendali della Vigilanza (RAV) ed alle direzioni mediche, con particolare attenzione alla gestione degli avvisi di sicurezza, che prevedono il richiamo di pazienti portatori di dispositivi medici impiantabili.

La banca dati regionale di Dispositivo Vigilanza (attiva dal 2012) ha consentito, attraverso la raccolta da parte dei RAV, la creazione di un archivio delle segnalazioni di incidenti che coinvolgono i dispositivi. Le segnalazioni inserite nel database regionale per il 2017 sono state in totale 400, quasi tutte a carico di dispositivi medici (94%), pari ad un tasso di segnalazione annuale di 81.5 segnalazioni per milione di abitanti nel 2017 (vs 65.7 nel 2016).

Dall'analisi effettuata sulle segnalazioni è emerso che la categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (CND) maggiormente segnalata è la categoria P "dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi" (36%); seguono le categorie: A "dispositivi da somministrazione, prelievo, raccolta" (9%), J "dispositivi impiantabili attivi" (7%) e C "Dispositivi per apparato cardiocircolatorio" (7%).

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</i> <i>Potenziamento dell'osservatorio della spesa sui dispositivi medici, dispositivi medici diagnostici in vitro e assistenza integrativa regionale</i> <i>Ottimizzazione degli attuali flussi amministrativi</i>
Risultati	<i>Aumento contenuto della spesa rispetto al 2016 (+0,95%) per DM e IVD</i>

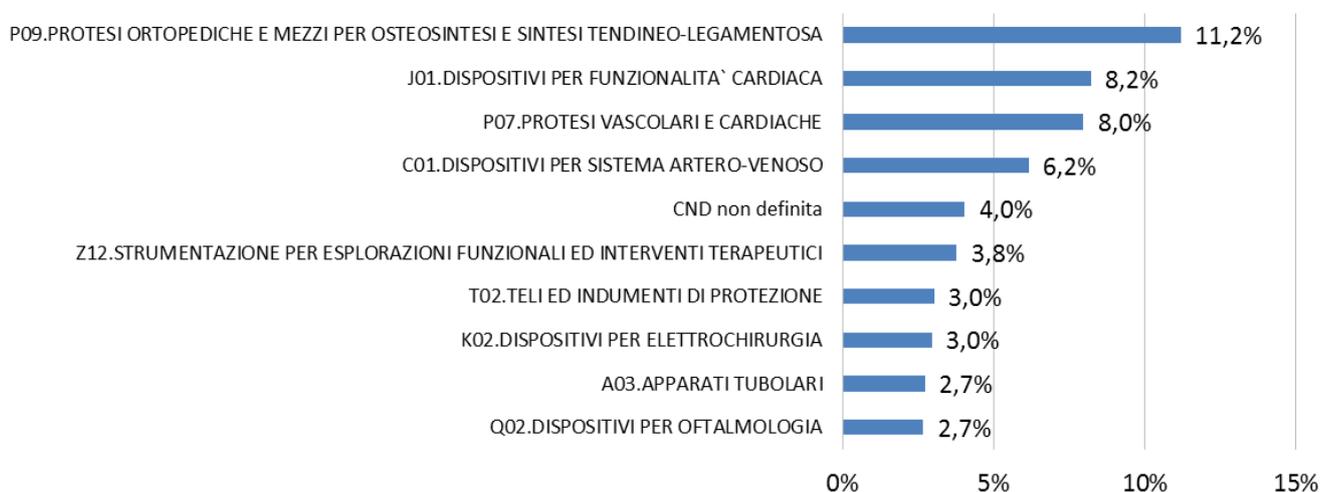
La Legge n. 228/2012 "Legge di stabilità 2013" ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici nella misura del 4,4% del FSN. Nel 2017 la

spesa dei Dispositivi Medici, in lieve aumento rispetto al 2016, è risultata superiore al tetto nazionale di 1,4 punti percentuali: la spesa dei DM, esclusi i Dispositivi Medico Diagnostici in vitro (IVD), è stata di 420 milioni di euro (+1,6% vs 2016), la spesa degli IVD di 103 milioni di euro (-1,5% vs 2016).

Anche per l'anno 2017 la Regione (sopracitato decreto n. 16/2017), 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. 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).

Le prime 10 CND (esclusi gli IVD) rappresentano circa il 50% della spesa complessiva dei dispositivi medici per un valore di € 224 milioni (Figura 7.3). Analogamente al 2016 le protesi ortopediche e i mezzi per osteosintesi e sintesi tendineo-legamentosa (CND P09) sono la categoria a maggior spesa (47,5 milioni di €), costituita per il 64% da protesi d'anca (P0908) e mezzi per osteosintesi e sintesi tendineo-legamentosa (P0912). Tra i dispositivi per funzionalità cardiaca (34,8 milioni di €), emergono i defibrillatori (J0105; 49% della spesa relativa alla CND J01) e i pacemaker (J0101; 32%). Infine per le protesi vascolari e cardiache (33,8 milioni di €) il 91% della spesa è da attribuire alle endoprotesi (P0704; 56%) e alle valvole cardiache (P0703; 36%).

Figura 7.3 – % di spesa dei Dispositivi Medici suddivisa per CND II livello (prime 10 voci di spesa). Veneto, 2017



Assistenza Protesica "maggiore" e dispositivi medici monouso

Il DPCM 12.1.2017 ha disciplinato anche i Livelli Essenziali di Assistenza in materia di assistenza protesica, aggiornando i principi di erogazione e ridefinendo gli elenchi degli ausili erogabili da parte del SSN. La modifica più sostanziale, in particolare, riguarda i dispositivi medici monouso, che non sono più erogati in regime di assistenza protesica ma come assistenza integrativa; tutti gli altri ausili sono invece rimasti a far parte dell'assistenza protesica. Il Decreto n. 16/2017 ha assegnato per l'anno 2017 un costo pro capite mediano pesato annuo per i dispositivi medici monouso pari a euro 6,7 e un costo pro capite mediano

pesato annuo per l'assistenza protesica "maggiore" pari a euro 9,8 (comprensivo dei 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 di rilevazione dei costi sostenuti.

Nel 2017 la spesa dell'assistenza protesica e dei dispositivi medici monouso a livello regionale è stata di 82,4 milioni di euro ed è risultata pressoché costante rispetto all'analogo periodo precedente (-0,4%; fonte dati: cruscotto regionale). Il costo pro capite pesato annuo è stato pari a euro 16,8 e quindi di poco superiore al limite fissato di euro 16,5, inteso come somma dei due costi pro capite pesati annui assegnati.

Nel 2016 è stato avviato il flusso regionale dell'assistenza protesica (flusso AP), che permette di tracciare in maniera più puntuale i dati di spesa e di consumo degli ausili fino ad arrivare al singolo paziente: la DGR n. 246/2017 ha assegnato alle Aziende Sanitarie per l'anno 2017 l'obiettivo di trasmettere nel flusso AP almeno il 70% della spesa caricata nel cruscotto regionale. La copertura percentuale a livello regionale è risultata pari all'88% e tutte le Aziende Sanitarie hanno raggiunto l'obiettivo.

Con delibera n.850 del 13.6.2017 è stato istituito il Tavolo regionale assistenza protesica – TRAP con il compito di procedere alla revisione del percorso riabilitativo-assistenziale e delle modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica, a seguito del dell'entrata in vigore del DPCM 12.1.2017.

Alla luce dei nuovi LEA sono state apportate le necessarie modifiche al cruscotto per l'assistenza protesica in modo da rilevare la spesa degli ausili secondo i nuovi elenchi approvati nel nomenclatore allegato 5 al DPCM.

Assistenza Integrativa (AIR)

In questa area rientrano i dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete e i prodotti destinati ad una alimentazione particolare. Il citato decreto n. 16/2017 ha assegnato per l'anno 2017 il limite di costo relativo all'AIR, calcolato tenendo conto dei consumi dell'anno 2015, della ridefinizione del numero massimo di dispositivi concedibili da maggio 2016 e della riduzione del prezzo di rimborso dei dispositivi per quanto attiene al diabete e dell'incremento del numero di pazienti per quanto riguarda la celiachia. In particolare si è stimato per i dispositivi per diabetici un costo pro capite mediano pesato annuo pari a euro 6,4, per i prodotti per celiaci un costo mediano annuo per trattato pari a euro 1.216 e per i prodotti per l'insufficienza renale cronica un costo mediano mensile per trattato pari a euro 48.

Per il monitoraggio della spesa per l'AIR, si è provveduto, come negli anni scorsi, all'invio alle Aziende Sanitarie di report di rilevazione dei costi sostenuti.

La spesa per i dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete sostenuta nel 2017 è stata di 31,6 milioni di euro, -14,9% rispetto al 2016. Questa importante riduzione di spesa è stata possibile grazie alla riduzione del prezzo di rimborso dei dispositivi a partire da aprile 2017 e alla ridefinizione del numero massimo di dispositivi concedibili da maggio 2016.

Il DPCM 12.1.2017 ha confermato la fornitura di prodotti dietetici destinati all'alimentazione dei pazienti con celiachia o con malattie metaboliche congenite nonché l'erogazione dei sostituti del latte materno per i nati da madri sieropositive per HIV; ha previsto l'erogazione gratuita di prodotti aproteici ai soggetti affetti da insufficienza renale cronica, che nel Veneto era già prevista quale livello aggiuntivo. Nel 2017 la spesa regionale per i prodotti dietetici destinati ad alimentazione particolare è stata di 16,7 milioni di euro ed è aumentata del 5,2% rispetto al 2016. Il 94,2% di questa spesa (15,7 milioni di euro; +5,3% vs 2016) è da attribuire agli alimenti per celiaci.

Con l'entrata in vigore dei nuovi LEA rientra in quest'area, anche l'erogazione di dispositivi monouso, dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete e i prodotti destinati ad un'alimentazione particolare. Con DGR 246/2017 si è ha introdotto il limite di costo per gli ausili monouso (compresi nell'assistenza protesica prima dell'entrata in vigore del DPCM 12.1.2017) come procapite pesato.

Con DGR n. 547/2017 sono stati definiti criteri e modalità per la dispensazione per conto delle Aziende ULSS attraverso il canale delle farmacie convenzionate dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM (Flash Glucose Monitoring) rivolti a pazienti di minore età (dai 4 ai 17 anni) con patologia e ad adulti in terapia insulinica con particolari necessità.

Assistenza Integrativa monouso

Per garantire uniformità di accesso alle cure e di trattamento sul territorio, nonché appropriatezza delle prestazioni e razionalizzazione delle risorse nel 2017 è stata approvato il modello di *rete dei centri regionali per la cura dei pazienti con incontinenza urinaria e fecale*, delineando il percorso da garantire al paziente incontinente graduato in tre livelli di assistenza con un primo riferimento sul territorio rappresentato dal Medico di Medicina Generale (DGR n. 1874/2017)

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

8. Le reti cliniche

8.1 Rete clinica dei trapianti

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

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 Sanitaria 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. (Paragrafo 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 2017 sono stati monitorati, attraverso il DM, 18.333 decessi (25.011 nel 2016) 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 993 registrazioni (1.001 nel 2016) 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 44 Terapie Intensive del Veneto monitorate, risulta un numero stabile dei ricoveri totali 24.298 (24.142 nell'anno precedente), il numero dei decessi totali è aumentato

(2.570 nel 2017, 2.422 nel 2016) così come il dato dei decessi con cerebrolesioni (642 nel 2017, 546 nel 2016) dimostrando una maggiore attenzione al cerebroleso acuto.

Accertamenti di morte

Sono stati eseguiti, nel 2017, 275 accertamenti di morte con criterio neurologico in altrettanti pazienti, in aumento del 25% rispetto al 2016 (220 pazienti). In 171 casi si è potuto procedere al prelievo degli organi a scopo di trapianto.

Tabella 8.1 – Donatori di organi. Veneto, anni 2016-2017 (Fonte: CRT)

Anno	Segnalati	Effettivi	Utilizzati
2016	220	134	130
2017	275	181	171

(Segnalati: Donatori sottoposti ad accertamento di morte cerebrale. Effettivi: Donatori ai quali è stato prelevato almeno un organo solido. Utilizzati: Donatori dei quali almeno un organo solido è stato utilizzato per trapianto)

Il numero pmp (donatori per milione di popolazione, indicatore utile per raffronti a livello nazionale) dei donatori utilizzati in regione è stato pari a 34,8 rispetto ai 26,4 dello scorso anno, valore che si conferma al di sopra del dato nazionale pari a 23,7 vs 21,4.

Nel 16% 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 28,7%.

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 e si dimostrano allineati con il dato nazionale.

Tabella 8.2 – Indicatori Sistema Regionale Trapianti. Veneto, anni 2016-2017 (Fonte: CRT)

Indicatore	Risultato Atteso	2016	2017	Dato Nazionale*
PROCUREMENT 1 (N. Don. Effettivi / DCLA in TI)	15%-25%	24,5%	28,2%	30%
PROCUREMENT 2 (N. Accertamenti/ DCLA in TI)	20%-40%	40,3%	42,8%	52%
QUALITA' (N. Don. Effettivi/ACM)	30%-70%	60,9%	65,8%	56%

*Fonte dati SIT agg. al 24/05/2018

Attività trapiantologica

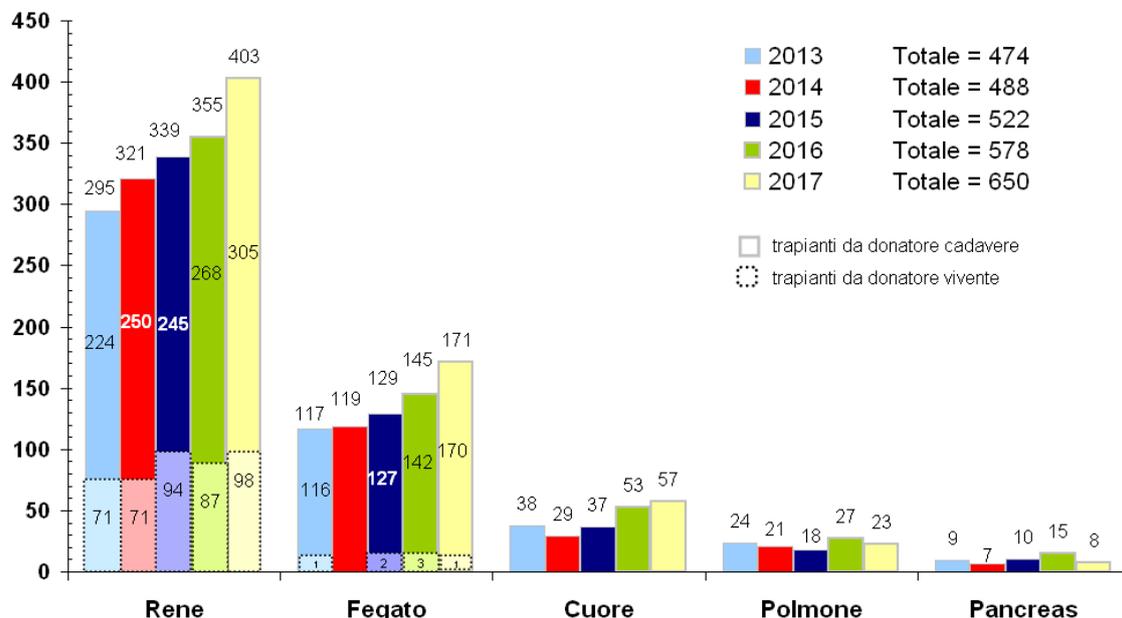
L'attività trapiantologica dei centri della Regione Veneto ha confermato il trend di crescita che nel 2017 ha portato un aumento pari al 12,5% del totale dei trapianti (+ 72 trapianti).

In particolare per quanto riguarda i trapianti da cadavere, l'incremento rispetto all'anno precedente è stato del 12,9% (+ 63 trapianti), in linea con il trend nazionale. I trapianti da vivente sono aumentati, rappresentando un primato a livello nazionale. Nel 2017, infatti, si sono effettuati 650 trapianti totali, di cui 99 da donatore vivente (98 di rene e 1 di fegato) contro i 578 trapianti effettuati nel 2016 di cui 90 da donatore vivente (87 di rene e 3 di fegato). Il totale dei 650 trapianti comprende anche 3 trapianti combinati di rene e fegato, 1 di rene e cuore e 8 di rene e pancreas.

I centri trapianto del Veneto contribuiscono al totale dei trapianti in Italia con il 17,9% dei trapianti di rene, il 13,1% di fegato, con il 21,5% di cuore, il 15,9% di polmone e il 20,5% di pancreas.

Da segnalare inoltre la presenza dell'attività di trapianto in età pediatrica con 18 trapianti di rene, 1 di cuore, 5 di fegato e 2 di polmone, tutti effettuati a Padova.

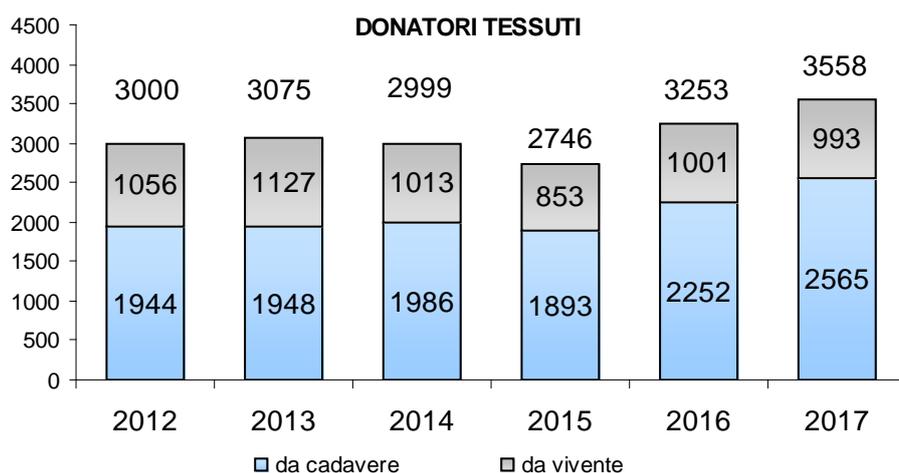
Figura 8.1–Numero totale di trapianti in Veneto, anni 2013-2017 (Fonte: CRT)
(Nel totale della legenda i trapianti combinati vengono conteggiati singolarmente)



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.

Figura 8.2–Donatori di tessuti distinti per tipologia, Veneto, 2012-2017 (Fonte: CRT)



L'attività di procurement di tessuti in Regione ha registrato, anche nel 2017, un aumento sostanziale. Nel suo complesso la donazione dei tessuti da donatore a cuore battente, da donatore cadavere e da vivente, conferma la leadership del Veneto che contribuisce all'intera attività del procurement nazionale per il 27,8% e per il 42,4% dell'area NITp (Fonte: News Letter Tessuti CNT "Attività di donazione tessuti registrata nel SIT).

Si è registrato un aumento del numero di donatori di tessuti da cadavere pari al 13,9% (2.565 nel 2017, 2.252 nel 2016) ed un numero stabile di donatori da vivente (993 nel 2017, 1.001 nel 2016); l'analisi per tipologia di tessuti procurati mostra che nel 6,6% dei casi sono state raccolte più tipologie di tessuti (7,7% nello scorso anno), quali tessuto valvolare, segmenti vascolari, tessuto muscolo-scheletrico e tessuto cutaneo, registrando 170 donatori multi tessuto rispetto ai 174 del 2016. I tessuti oculari raccolti in Veneto nel 2017 sono stati 5.045 (4.428 nel 2016).

Approfondimenti

- CRT: "Sintesi di Attività Gennaio - Dicembre 2017" (<http://www.crtveneto.it>)
- NITp: "Report di attività 2017-Prelievo e trapianti di organi" (<http://www.policlinico.mi.it/nitp>)
- CNT: "Attività di donazione e trapianto – Dati definitivi al 31 dicembre 2017" - (<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

8.2 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 (Paragrafo 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. La rete delle unità ictus della Regione del Veneto è composta da 6 unità di II livello (44 posti letto complessivi), 16 unità di I livello e 11 aree dedicate all'ictus.

Assetto della rete

La Regione Veneto con DGR 4453 del 28 dicembre 2006 recepisce il documento tecnico sulla gestione ed il trattamento dell'ictus cerebrale in emergenza-urgenza. Dopo una prima fase di sperimentazione, l'assetto definitivo della Rete Ictus, è stato disciplinato con DGR n. 4198 del 30.12.2008 e prevede un'organizzazione basata su un modello a rete del tipo "Hub and Spoke", in linea con il documento della Conferenza Stato Regioni del 3.2.2005 che prevede una suddivisione del percorso assistenziale in tre fasi: preospedaliera, ospedaliera con presa in carico in strutture dedicate e post-ospedaliera, quest'ultima deputata essenzialmente di favorire il raggiungimento e mantenimento del miglior livello di autonomia e partecipazione sociale consentito dal danno cerebrale.

Il citato provvedimento istituiva le Unità della rete, suddividendole come di seguito riportato.

- a) Unità Ictus di II livello: aree di tipo semintensivo ("*Stroke Unit*") con una consolidata esperienza nella trombolisi sistemica, dislocate in ospedali in cui sono presenti una Struttura Complessa (SC) di Neurologia, con attività di guardia 24 ore su 24 e con personale infermieristico dedicato e adeguato alle necessità, una SC o Semplice Dipartimentale di Neuroradiologia, una SC di Neurochirurgia; in tali Unità è organizzato un percorso anche per il trattamento endovascolare.
- b) Unità Ictus di I livello: aree dedicate all'ictus con possibilità di monitoraggio dei pazienti e dislocate negli ospedali in cui vi è la presenza di una SC di Neurologia con guardia attiva almeno sulle 12 ore.
- c) Aree dedicate all'ictus: aree identificate in altre strutture ospedaliere, inserite nelle strutture di neurologia, medicina interna o geriatria, che non prevedono la possibilità di effettuare il trattamento trombolitico.

Il II livello di Unità ictus contraddistingue i Centri di Riferimento che fungono da "Hub" rispetto ai Centri di I livello, i quali a loro volta sono il riferimento per le aree dedicate. A garanzia del funzionamento della rete e al fine di innalzare la qualità dell'assistenza sono stati previsti:

- l'istituzione di un registro regionale degli eventi;
- l'attivazione di un percorso formativo rivolto a tutto il personale sanitario coinvolto;
- l'implementazione della telemedicina;

- la condivisione di un unico protocollo diagnostico-terapeutico su base regionale, finalizzato al trasferimento dei pazienti a centri idonei.

Un importante risultato del buon funzionamento della rete ictus è garantire a tutti i pazienti candidabili la possibilità di eseguire la terapia trombolitica consentendo l'arrivo alle Unità Ictus di I o II livello in tempi utili.

Successivamente, con Decreto del Segretario Regionale per la Sanità n. 64 del 11.04.2012 è stato istituito il gruppo Tecnico Regionale per la riorganizzazione della fase post-acuta dell'ictus, il quale ha provveduto a predisporre un documento tecnico denominato "*Linee di indirizzo per la gestione della fase post-acuta dell'ictus*".

Tale documento veniva approvato con successiva DGR n. 7 del 9.1.2013 con l'obiettivo di:

- 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;
- favorire il raggiungimento e mantenimento del miglior livello di autonomia e partecipazione sociale consentito del danno cerebrale;
- contribuire alle attività di comunicazione sulle problematiche disabilitanti connesse all'ictus;
- produrre nel contempo utili informazioni per la programmazione sanitaria a livello regionale.

Il percorso normativo regionale si è completato con l'istituzione di un apposito percorso formativo rivolto a tutti gli operatori della fase acuta dell'ictus, di cui alla DGR n. 495 del 16.04.2013 denominata "*Progetto formativo rivolto alle figure professionali che operano nell'ambito della fase acuta dell'ictus*". Una formazione sul campo che, dopo la mappatura delle competenze nel corso di una giornata di didattica frontale, ha previsto lo svolgimento di procedure presso le Unità Ictus di II livello con il rilascio di una certificazione delle competenze acquisite.

Con Decreto n. 119 del 21 settembre 2017, in considerazione dell'evoluzione tecnologica ed in considerazione che con la Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 sono stati definiti i nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss, la Regione del Veneto ha istituito un gruppo tecnico di lavoro per un nuovo aggiornamento della rete per la ridefinizione di un percorso diagnostico terapeutico migliorativo in termini di efficienza ed efficacia del sistema assistenziale.

Monitoraggio dell'attività della rete

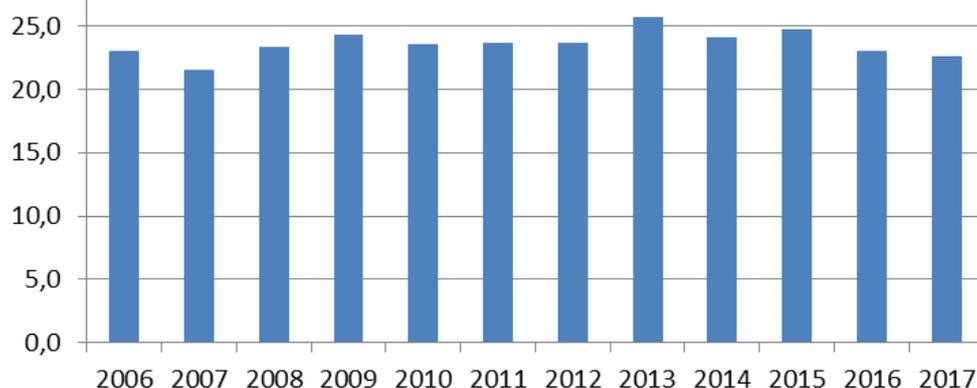
L'analisi dell'andamento della gestione dell'ictus in fase acuta, nel periodo 2009-2017, ha visto un costante incremento del numero di trombolisi praticate sia da parte delle unità di I che di II, soprattutto nei centri di I livello che hanno registrato un significativo incremento del numero di prestazioni. 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 2017, pone in evidenza l'importante ruolo della tromboectomia quale tecnica di rivascolarizzazione effettuata nelle Unità II livello. (Tabella 8.4). Per quanto attiene gli obiettivi riabilitativi precoci e la presa in carico delle potenzialità di recupero del paziente affetto da ictus si osserva un numero costante di pazienti che transitano dai reparti di cura in fase acuta ai reparti di Riabilitazione/Lungodegenza Riabilitativa (Figura 8.3).

Tabella 8.3 – Trombolisi effettuate nelle Unità di I e di II livello. Veneto, 2009-2017

TIPOLOGIA CENTRO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Unità di I° livello	77	146	235	231	274	465	502	617	741
Unità di II° livello	192	211	266	344	407	484	564	667	632
Totale pazienti trattati	269	357	501	575	681	946	1.066	1.284	1.373

Tabella 8.4 – Trombectomie effettuate nelle Unità II livello. Veneto, 2017

CENTRO HUB	RIVASCOLARIZZAZIONI	TROMBECTOMIE	TROMBECTOMIE PRIMARIE	TRATTAMENTI BRIDGING
PADOVA-U	279	78	34	44
ROVIGO	83	23	10	13
MESTRE	184	36	18	18
VERONA	379	53	20	33
TREVISO	275	30	6	24
VICENZA	268	23	7	16
TOTALE	1468	243	95	148

Figura 8.3 - Percentuale di eventi con trasferimento in riabilitazione o lungodegenza (eventi che transitano almeno una volta per un reparto di riabilitazione/lungodegenza). Veneto, 2006-2017

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"
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 119 del 21 settembre 2017 "Istituzione della rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta nella Regione Veneto" Istituzione gruppo di lavoro per l'aggiornamento della rete.

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Rischio Clinico – Azienda Zero
 Passaggio Gaudenzio 1 - 35131 - Padova
 Telefono: 0412793755/1344

e-mail: rischio.clinico@azero.veneto.it PEC: protocollo.azero@pecveneto.it

8.3 Rete dell'infarto acuto del miocardio

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

La programmazione regionale individua come obiettivo strategico il consolidamento delle reti cliniche, tra le quali la rete dell'infarto miocardico acuto – IMA (Paragrafo 3.2.4 -Le reti cliniche integrate anche con il Territorio, pag 67).

Quadro di sintesi

La rete di assistenza ai pazienti con infarto acuto del miocardio (IMA) è organizzata secondo il modello Hub and Spoke, con centri di riferimento e periferici coordinati tra loro, e la condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi intra-ospedalieri.

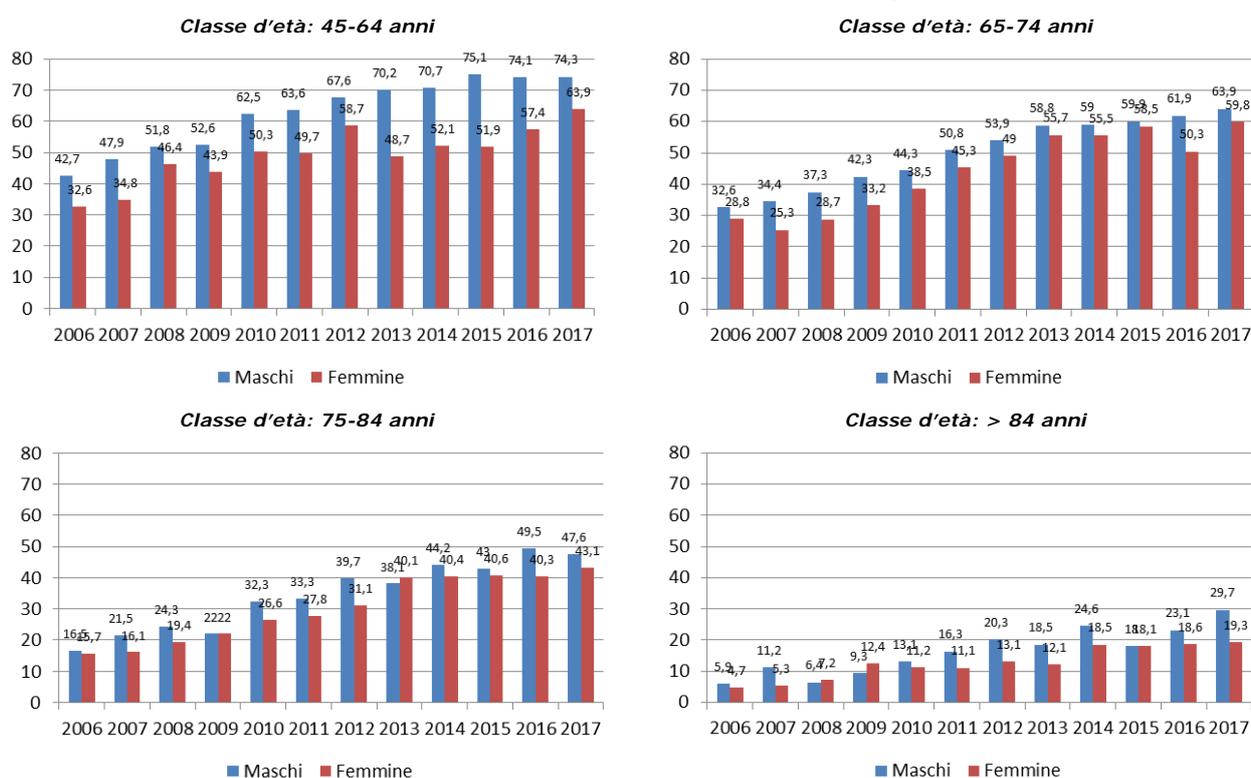
Nell'ultimo decennio si è verificato un sostanziale aumento dei soggetti con IMA sottoposti ad angioplastica coronarica, soprattutto nelle classi di età più giovani e nel sesso maschile. Nel caso di infarto con sopraslivellamento del tratto ST, la percentuale complessiva di pazienti trattati lo stesso giorno di esordio dell'evento è salita al 56%.

L'approccio alle malattie cardiovascolari e alle sindromi coronariche acute è stato oggetto di una serie di studi da parte di gruppi tecnici regionali sulla gestione extraospedaliera dell'IMA, in considerazione dell'efficacia della trombolisi precoce e dell'angioplastica primaria nel ridurre significativamente la mortalità. Nel 2008 è stata attivata la "Rete interospedaliera e trattamento delle Sindromi Coronariche Acute (SCA)", avente come obiettivo primario la gestione appropriata dei soggetti con IMA, indipendentemente da dove viene formulata la diagnosi, nell'ottica della piena equità di accesso al servizio più appropriato, indipendentemente dal luogo presso il quale il paziente si trova al momento dell'evento. Per poter raggiungere l'ambizioso obiettivo di una gestione dei pazienti con sindrome coronarica acuta secondo criteri di efficacia e appropriatezza, la strategia si basa su riduzione dei tempi di accesso dei pazienti al trattamento, maggior diffusione dell'uso della trombolisi precoce ed aumento del numero delle rivascolarizzazioni coronariche, garantendo l'accesso all'angioplastica. Si è optato per la realizzazione di una rete assistenziale interospedaliera riguardante tutte le strutture operanti in ambito regionale, secondo il modello organizzativo "Hub and Spoke", ovvero con la presenza di centri di riferimento (Hub) e di centri periferici (Spoke) coordinati tra loro, in applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi interospedalieri condivisi e periodicamente oggetto di revisioni e aggiornamenti.

Le analisi di seguito riportate includono i ricoveri dei residenti nel Veneto sia in strutture regionali che fuori Regione (mobilità passiva), eccetto che per il 2017 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 55,6% del 2017, a fronte di una quota di rivascolarizzazioni complessiva pari al 72% nel 2017. 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.

Tabella 8.5 - IMA: % di eventi con angioplastica durante l'evento (%) ed entro 24 ore dal suo esordio (% 24 ore), per tipo di infarto. Residenti in Veneto, 2006-2017* (*Anno 2017 mobilità passiva interregionale non disponibile).

Anno	Tipo infarto								
	Infarto NSTEMI			Infarto STEMI			Totale		
	N	%	% 24	N	%	% 24	N	%	% 24
2006	2.685	37,7	6,6	4.555	45,2	25,3	7.240	42,4	18,4
2007	2.671	37,4	7,0	4.367	47,1	27,5	7.038	43,4	19,7
2008	2.588	37,5	6,5	4.274	50,4	31,0	6.862	45,5	21,8
2009	2.670	37,6	6,1	4.068	55,2	33,8	6.738	48,2	22,9
2010	2.879	43,9	7,7	3.880	57,2	38,6	6.759	51,6	25,4
2011	2.928	45,1	8,4	3.679	61,9	41,7	6.607	54,5	27,0
2012	3.044	49,8	8,8	3.543	62,8	45,8	6.587	56,8	28,7
2013	3.084	50,7	11,3	3.350	64,2	48,0	6.434	57,7	30,4
2014	3.238	52,5	11,6	3.323	66,7	50,8	6.561	59,7	31,4
2015	3.367	53,4	12,2	3.370	68,7	51,6	6.737	61,0	31,9
2016	3.476	55,1	13,3	3.351	68,9	53,3	6.827	61,8	33,0
2017	3.227	52,6	12,9	3.032	72,0	55,6	6.259	62,0	33,6

Figura 8.4 - IMA (STEMI): % eventi con angioplastica lo stesso giorno di esordio dell'evento, per sesso e classe d'età. Residenti in Veneto, 2006-2017* (*Anno 2017 mobilità passiva interregionale non disponibile)


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

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@azero.veneto.it

8.4 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. (Paragrafo 3.2.4 Pag. 67)

Strutture e attività a supporto della programmazione. - Il Sistema Centri regionale. - Coordinamenti regionali e programmi regionali. (Paragrafo 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 2017 il Veneto ha confermato l'autosufficienza interna in sangue ed emocomponenti per la complessa attività sanitaria erogata, grazie al modello a rete che garantisce i bisogni trasfusionali anche nelle realtà dove per l'elevata e qualificata attività sanitaria la raccolta locale non sarebbe sufficiente. Nel quadro dell'autosufficienza, la strategia regionale, confermata negli anni, è quella di un forte impegno nella raccolta pubblica affiancata da una quota significativa assegnata in convenzione al Volontariato di AVIS. È stata registrata nel 2017 una conferma dei volumi di raccolta dell'anno precedente, mentre per il trasfuso si è assistito ad un lieve calo (tranne per il DIMIT di Vicenza), localizzato soprattutto nella realtà di Treviso. Considerato il fabbisogno emergente del DIMIT di Verona, il contributo all'autosufficienza nazionale per il 2017 è stato preventivamente ridotto per 2.500 unità e ciò si è ribaltato sul consuntivo relativo alle cessioni extraregionali.

Il Registro Sangue 2017, che contiene dati relativi ai donatori e all'attività trasfusionale, rappresenta una situazione sostanzialmente positiva per quanto riguarda l'autosufficienza regionale:

- circa 156mila donatori, il 12% diventati tali in corso d'anno, il 92% periodici e il 97% appartenenti ad una Associazione/Federazione

- circa 257mila procedure di raccolta di sangue intero, di cui il 14% effettuate da AVIS in convenzione, e 43mila procedure di plasmateresi
- circa 240mila emazie e 35mila unità di plasma trasfuse
- circa 13mila emazie scambiate tra i DIMT per l'autosufficienza regionale (454 acquisite fuori Regione)
- circa 10mila emazie cedute fuori Regione per l'autosufficienza nazionale.

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 2017 è stata una copertura della richiesta interna del 100% dei MDP oggetto del paniere dell'attuale Ditta di frazionamento (Kedrion S.p.A.), eccetto per le Immunoglobuline polivalenti dove la domanda pubblica viene garantita per circa l'80% del fabbisogno complessivo. Il Veneto ha quindi confermato la sostanziale autosufficienza in MDP, grazie alla lavorazione del plasma raccolto dai propri donatori.

Il monitoraggio dell'utilizzo dei MDP sottolinea la strategicità dell'azione dei Comitati per il Buon Uso del Sangue (CoBus) e più in generale degli Organismi del DIMT per promuovere una incisiva azione sull'appropriatezza dell'utilizzo degli stessi, in particolare dell'albumina per ricondurre i consumi a volumi analoghi a quelli di gran parte dei paesi europei di pari livello sanitario.

L'autosufficienza raggiunta, in un contesto di necessaria sostenibilità complessiva, ha imposto valutazioni regionali per un maggior allineamento tra domanda appropriata di MDP e produzione di plasma per il frazionamento industriale in termini di maggiore efficienza della raccolta in aferesi attraverso l'adozione di modelli organizzativi coerenti con economie di scala (DGR n. 954/13, in recepimento dell'Accordo Stato Regioni n. 149/12).

Con riferimento ai dati di conferimento del plasma e di distribuzione di MDP nel 2017, sono stati ritirati dall'Industria 29mila litri di plasma da aferesi e 65mila litri di plasma da scomposizione, per un totale di 94mila litri, pari al 48,3% del conferimento NAIP. Per contro, sono stati ritirati 2mila kg di Albumina, 310 kg di Immunoglobuline polivalenti, 5,4mln U.I. di Antitrombina, 6,6mln U.I. di Fattore VIII, 1,3mln U.I. di Fattore IX e 4mln U.I. di Complesso Protrombinico.

Qualità e sicurezza nel Sistema trasfusionale regionale

La Regione del Veneto ha recepito ed implementato i contenuti della normativa nazionale (DGR n. 755/11 che recepisce l'Accordo Stato Regioni n. 242/CSR/2010, DGR n. 954/13 che recepisce l'Accordo Stato Regioni n. 149/CSR/2012, 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 ed a renderli compatibili con quanto richiesto dalle GMP previste per la produzione del plasma destinato alla lavorazione industriale.

A seguito dei citati provvedimenti, ed essendo stabilita una periodicità non superiore ai due anni per le ispezioni e le misure di controllo presso i Servizi trasfusionali e le Unità di Raccolta per verificarne la rispondenza ai requisiti previsti, la Regione del Veneto ha provveduto ad avviare un'attività di valutazione delle Strutture del Sistema trasfusionale regionale sulla base di tali requisiti. 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.

Il modello organizzativo dipartimentale

La progettazione del DIMT è stata esaustiva di indirizzi, azioni e verifiche; il supporto normativo investe la connotazione organizzativa, gli aspetti gestionali, inclusa l'istituzione e avvio del Finanziamento Regionale per le Attività Trasfusionali (FRAT), l'informatizzazione (Sistema Informativo 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 DIMT inserito nel modello a rete del Sistema trasfusionale regionale, ora in gran parte risolte anche grazie alla nuova organizzazione delle Aziende sanitarie regionali.

Con la DGR 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 DIMT) e 5 Centri regionali per la qualificazione biologica degli emocomponenti (1 per i DIMT di Padova, Venezia, Verona, Vicenza e Treviso; i DIMT di Belluno e Rovigo inviano i campioni delle unità da validare rispettivamente ai Centri di Treviso e Padova), 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 2017 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 Gaudenzio, 1 - 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@aulss2.veneto.it;

PEC: crat.veneto.aulss2@pecveneto.it

8.5 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” (Paragrafo 3.2.4)

Quadro di sintesi

In ambito regionale, i pazienti che hanno avuto una neoplasia sono circa il 5% della popolazione veneta, 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 si pone come infrastruttura organizzativa di riferimento, quale elemento di collegamento ed integrazione di tutti gli specialisti e di riconoscimento della centralità del paziente.

In tal senso è stata istituita, con DGR n. 2067 del 19.11.2013, la Rete Oncologica del Veneto (ROV) dalla Regione Veneto. Il modello di riferimento a cui si ispira la ROV, anche conformemente a quanto previsto dal Piano Oncologico Nazionale, è quello di un network assistenziale riconducibile alle reti *hub & spoke*.

Il coordinamento è stato affidato all'Istituto Oncologico Veneto - IOV IRCCS (funzione di centro *hub*), in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere Universitarie di Padova e Verona, delle attività di alta specializzazione ed eccellenza condotte per conto delle Aziende ULSS.

Gli obiettivi, come previsto dal PSSR 2012-2016, sono di garantire:

- uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie;
- sicurezza delle prestazioni correlata all'expertise clinica e ad una adeguata organizzazione;
- tempestività nella presa in carico;
- continuità dell'assistenza;
- appropriatezza prescrittiva ed erogativa;
- innovazione e ricerca;
- fornire un sistema informatico comune per la condivisione di strumenti e informazioni del malato oncologico sia nel percorso ospedaliero che territoriale attraverso il supporto della cartella clinica oncologica.

Il coordinamento della Rete ha un ruolo centrale nello sviluppo e nella verifica dell'applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici.

In particolare si occupa di definire e condividere i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (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 Percorsi Diagnostici Clinico Assistenziali (PDTA, comprensivi d'indicatori di processo ed esito), raccomandazioni sui farmaci innovativi in oncologia, e su Diagnostica Molecolare e Biobanche, sviluppo della cartella clinica informatizzata oncologica, attività di Ricerca Clinica, 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 200 professionisti di tutta la Regione e sono stati svolti più di 150 incontri complessivi.

I PDTA già pubblicati sono relativi alle seguenti neoplasie: Colon e retto, Melanoma (cutaneo e uveale) e Sarcomi (Sarcomi dei tessuti molli, Sarcomi uterini, Sarcomi retro peritoneali, GIST), Prostata, Rene e Mammella mentre sono stati ultimati e sono in attesa di pubblicazione i PDTA relativi alle neoplasie di: Polmone, Esofago e Testa-Collo, Epatobiliari, Ovaio, Gastrico, Neuroendocrini e Testicolo. Sono in via definizione i PDTA per i tumori del Sistema Nervoso Centrale, Vescica, Pancreas, Endometrio, Cervice Uterina e Vulva.

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.

Cartella Oncologica (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 Oncologica.

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 **42 raccomandazioni** evidence-based con relativi indicatori d'utilizzo: nel [sito ROV](#), nella sezione Raccomandazioni Farmaci Innovativi, sono presenti i decreti del Direttore Regionale alla Sanità nei quali vengono convalidate le raccomandazioni, dopo l'approvazione della Commissione Tecnica Regionale Farmaci.

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 2017 nell'ambito dei progetti di rete sono stati attivati i seguenti progetti di ricerca:

- *Protocollo 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.
- *Protocollo ARGO*: Aderenza ai PDTA come espressione di appropriatezza, sostenibilità e qualità di cura nel tumore della mammella e del polmone: rilevabilità, riproducibilità ed efficienza degli indicatori.
- *Protocollo ORION*: Monitoraggio delle raccomandazioni dei farmaci innovativi in oncologia: sviluppo, aderenza, outcome clinici e impatto farmaco-economico.

E' stata inoltre implementata, all'interno del 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 140 studi clinici attivi nei centri regionali.

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; considerare ultimi 3 anni 2014-2016);
- aderenza ai benchmark definiti agli 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>)

Nel [sito ROV](#) sono presenti le sperimentazioni cliniche profit e no-profit delle oncologie 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, calendario delle riunioni; documenti deliberati (PDTA e Raccomandazione farmaci innovativi); eventi e convegni.

Formazione

La ROV ha un ruolo sostanziale nella formazione dei professionisti della Regione in ambito oncologico. Nel triennio 2014-2017 sono stati coinvolti 4.966 professionisti, per un totale di 221,60 crediti ECM. Nel 2017, 24 convegni sono stati patrocinati dalla ROV. Partecipa inoltre al Master Universitario interateneo (Padova – Verona) di I° livello: “La Sperimentazione Clinica in Oncologia: aspetti clinici, gestionali ed operativi”.

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Rete Oncologica Veneta -Istituto Oncologico Veneto
Via Gattamelata, 64 35128 Padova
Telefono: 049 8215533
e-mail: rov@iov.veneto.it

8.6 Rete emergenza urgenza

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

In conformità all'indirizzo programmatico sulla definizione di reti assistenziali, persiste il ruolo strategico del Pronto Soccorso (PS) 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. Con la nascita dell'Azienda Zero, si è, inoltre, predisposto un piano organizzativo tecnico, al fine di definire un capitolato informatico gestionale globale, che possa essere condiviso, a garanzia sia di una raccolta dati omogenea in tutta la Regione, sia della trasparenza delle informazioni a tutti gli addetti ai lavori e della condivisione delle risorse necessarie al trattamento del paziente in emergenza-urgenza. (Paragrafo 3.2.4, pagina 69)

Quadro di sintesi

Si prosegue la riorganizzazione attuata dalla Regione nel corso degli ultimi anni nell'Area Emergenza-Urgenza. Restano invariati gli indicatori monitorati sia per l'area SUEM/118 (tempo di allarme-target al 75° percentile per i codici gialli e rossi ≤ 18 minuti) e per l'area Pronto Soccorso (tempo di presa in carico e di permanenza al 90° percentile dei codici bianchi e verdi rispettivamente ≤ 90 minuti e ≤ 240 minuti).

Il Coordinamento Regionale del sistema Emergenza-Urgenza (CREU) ha pianificato un programma di addestramento omogeneo del personale sanitario operante nel settore dell'emergenza-urgenza con particolare attenzione al **triage**, con programmazione anche di percorsi formativi rivolti ai medici di medicina generale e di continuità assistenziale, e alla **violenza di genere** (progetto finanziato dal Ministero della Salute).

Sono stati, inoltre, istituiti gruppi di lavoro per l'attivazione di corsi sulla **gestione della dispnea** e sulla **comunicazione in area critica e lo sviluppo delle non technical skills nei contesti di emergenza**.

Nell'ottica di una gestione più appropriata dei malati nei PS, sono attualmente in corso **due percorsi sperimentali** in alcune aziende/ULSS: l'inserimento del 5° codice colore/numerico nell'ambito del triage e il percorso assistenziale dedicato al paziente anziano/fragile ed è in via di definizione il protocollo per l'attivazione del servizio di **elisoccorso notturno**.

È stato quantificato il **deficit del personale sanitario** nel settore emergenza-urgenza, in relazione agli standard minimi definiti con DGR 128/2016.

All'inizio del 2016 il modello organizzativo del Coordinamento Regionale del sistema Emergenza-Urgenza (CREU) è stato aggiornato portando in particolare alla individuazione di due aree di attività, denominate rispettivamente "Servizio Emergenza Urgenza Medica 118" e "Accettazione e Pronto Soccorso" (DGR 133/2016).

Durante il 2017 è stato concluso il percorso di formazione regionale sul triage, secondo le indicazioni della DGRV 1888/2015, che ha coinvolto 160 operatori.

Con la nota protocollata n. 286720/C101 del 12 luglio 2017, sono stati selezionati 48 Istruttori e 13 Direttori di corso, con i quali è stato pianificato un piano di formazione in tutte le ULSS/Aziende a partire da ottobre 2017 e per tutto il 2018, che prevede 180 corsi, 20 dei quali, attualmente, sono già stati svolti.

Su mandato del Ministero della Salute, con DGR n. 1759 del 7 novembre 2017, è stato elaborato un progetto formativo multidisciplinare, rivolto a tutto il personale sanitario operante nell'ambito dell'emergenza-urgenza, sul tema della violenza di genere con lo scopo di

sensibilizzare tutti gli operatori sulla problematica e di creare una solida rete d'intervento condivisa in tutta la Regione.

A livello nazionale il CREU ha partecipato attivamente al processo di elaborazione e aggiornamento delle linee guida ministeriali sul Triage e delle linee d'indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva (OBI) e per le azioni di contrasto al sovraffollamento dei servizi di Pronto Soccorso. I sopracitati documenti saranno approvati nel corso del 2018.

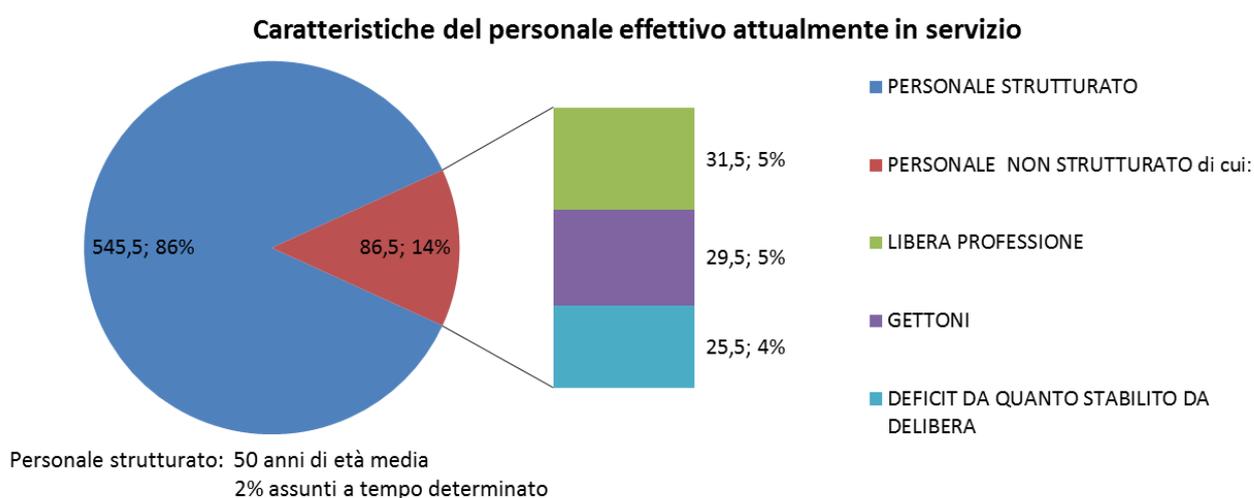
Per quanto riguarda il Triage c'è uniformità di accettazione dei cinque codici colore/numerici con l'inserimento dell'arancione. Questa distinzione nasce dalla necessità di differenziare le situazioni ad alto rischio da quelle a basso rischio e nel contempo suddividere in modo più fluido l'attività tra Area Rossa ed Area Verde, a favore dell'appropriatezza gestionale.

Nella definizione delle linee guida OBI è stato proposto un tempo di permanenza non superiore alle 24 ore e sono stati definiti i criteri d'inclusione ed esclusione per l'accesso dei pazienti in OBI e quantificati tutti i criteri organizzativi della struttura con riferimento al personale, agli spazi ed alle attrezzature necessarie.

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 degli standard minimi di riferimento per il personale di Pronto Soccorso stabiliti dalla DGR n. 128/2016, è stato quantificato il deficit del personale medico nei Pronto Soccorso (Figura 8.5) ed è in corso il censimento del personale infermieristico. La quantificazione di quest'ultimo risulta abbastanza complessa in quanto dipendente anche dall'attività SUEM che deve essere garantita dal personale delle U.O.C. di Pronto Soccorso della Regione e quindi dal numero di mezzi infermierizzati quotidianamente in servizio in ogni singola struttura.

Figura 8.5 – Difetto di personale strutturato medico dei PS del Veneto rispetto alla DGR n. 245 del 7 marzo 2017 (632 medici calcolati in delibera) (Fonte: Risultati indagine CREU 2017)



Nell'ambito delle reti cliniche, è stato inaugurato il CTO di Camposampiero quale centro traumatologico di riferimento regionale, definendo i criteri di centralizzazione primaria e secondaria e le patologie specifiche di afferenza.

Per quello che riguarda la rete dell'ictus è stato stilato un protocollo operativo, attualmente in attesa di approvazione e di pubblicazione e un decreto d'integrazione alla DGR n. 4198 del 30 dicembre 2008, che definisce i criteri per l'attivazione della rivascolarizzazione loco-regionale.

E' stato inoltre concluso anche il PDTA sulla gestione delle vertigini che nel corso del 2018 sarà approvato con decreto regionale.

Nell'ottica di una gestione più appropriata dei malati nei PS, di ridurre i tempi di attesa e gli eventi avversi, e di migliorare il filtro dei ricoveri, in una realtà caratterizzata da un aumento progressivo dell'età media e di una sempre minore disponibilità di posti letto ospedalieri, è stato attivato, in alcune ULSS/Aziende selezionate e che hanno aderito alla proposta, un percorso condiviso sperimentale dedicato ai pazienti anziani/fragili che accedono in Pronto Soccorso.

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 in corso il censimento del parco macchine accreditato in tutta la Regione Veneto, al fine di valutarne sia l'equa distribuzione territoriale con le eventuali sostituzioni necessarie per vetustà, che l'adozione di tutte le misure di sicurezza a tutela dei pazienti e degli operatori coinvolti.

Resta attiva la collaborazione con la Protezione Civile per la programmazione di eventuali interventi condivisi in caso di grande emergenza sanitaria.

E' in corso di definizione un progetto per l'attivazione del servizio di elisoccorso anche notturno per i trasporti secondari tra ospedali e i trasporti primari per tutte le località che richiedono più di 30' per il trasporto con mezzo terrestre al centro Hub di riferimento.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

- [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. 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

Sede: Passaggio Luigi Gaudenzio 1 - 35031 Padova

Recapiti telefonici: tel. 0412791554; 041-2793596; cell. 345-7088647

e-mail: governo.clinico@azero.veneto.it;

CREU Coordinamento Regionale del sistema Emergenza Urgenza

Sede: Via Giustiniani 3 Padova (*cortile Ospedale Vecchio dell'Azienda Ospedaliera*)

Recapiti telefonici: 049 8217621 cell. 335 8769288 n. Regionale 041 2791639

e-mail: gianna.vettore@regione.veneto.it

8.7 Rete per l'Alzheimer e le demenze

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

La Regione ha costituito una rete di servizi clinico assistenziali dedicati alle persone colpite da malattia di Alzheimer e da altri tipi di declino cognitivo e demenza...ha promosso l'adozione di sistemi omogenei di raccolta dati (cartella clinica informatizzata regionale) indispensabile per la costruzione di un registro regionale; (Paragrafo 3.2.4 pag 75).

Quadro di sintesi

Con la DGR n. 653 del 2015 la Regione del Veneto ha recepito il Piano Nazionale Demenze (ottobre 2014) attivando un nuovo flusso informativo e lo strumento per la sua implementazione: la Cartella Clinica Elettronica per le Demenze (CaCEDem). Al fine di poter realizzare un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale dedicato alle demenze sono stati definiti i temi salienti che dovranno essere valorizzati. Le attività definite nel provvedimento attuativo erano già state previste nel PSSR 2012-2016, nell'ambito della Rete dell'Alzheimer.

Il Piano Socio Sanitario del Veneto 2012-2016 ha previsto la costituzione della Rete per l'Alzheimer e per le demenze, per la cui attuazione è stato avviato nel 2013 un apposito tavolo tecnico. L'attività compiuta è stata coordinata con la predisposizione e l'entrata in vigore del Piano Nazionale per le Demenze, approvato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni il 30 ottobre 2014 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 13 gennaio 2015 (serie generale, n. 9). Con un proprio provvedimento il Veneto è stata una delle prime regioni a recepire formalmente il Piano Nazionale, e ad avviare un plafdond 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 o utenti di Impegnativa di Cura Domiciliare, ed integrandoli con i dati sulle prescrizioni farmaceutiche, ha portato all'individuazione di 59.644 persone con demenza nel Veneto nel 2016. Il 2,2% ha un'età inferiore a 65 anni, mentre gli over 75 sono l'89,7%. Le analisi svolte nel 2017 sul database regionale dell'anno 2016 hanno evidenziato una prevalenza grezza di demenza nella popolazione ultrasessantacinquenne pari al 5,2% (3,6% per il genere maschile – 6,5% 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 8.6).

Tabella 8.6 – Prevalenza (per 100) in assistiti con età > 64 anni con demenza residenti in Veneto, per classi di età quinquennali e per genere. Veneto, 2016 (Fonte: archivio regionale ACG)

Sesso	Totale Popolazione	Prevalenza demenza per classi d'età quinquennali					Totale
		65-69 anni	70-74 anni	75-79 anni	80-84 anni	85 anni e oltre	
Femmine	41.850	0,5	1,4	3,8	8,7	19,1	6,5
Maschi	17.794	0,5	1,3	3,2	6,7	12,6	3,6
Totale	59.644	0,5	1,4	3,5	7,9	17,1	5,2

Più in dettaglio, considerando il carico di malattia, il 3,6% ha una complessità assistenziale bassa, il 45,2% dei malati ha un complessità assistenziale moderata, il 26,7% ed il 21,9% si collocano rispettivamente nelle categorie a elevato e molto elevato bisogno assistenziale.

Il 47,5% dei pazienti affetti da demenza presenta 4 o più patologie co-presenti (Figura 8.6). Tra le patologie co-presenti più rilevanti: ipertensione senza complicanze (ne è affetto il 43,3% dei malati di demenza), patologie cerebrovascolari (26,1%), scompenso cardiaco (17,1%) e diabete mellito (12,3%) (Figura 8.7).

Figura 8.6 - Demenza. Numero di condizioni croniche per età (> 64 anni). Veneto, 2016
(Fonte: archivio regionale ACG)

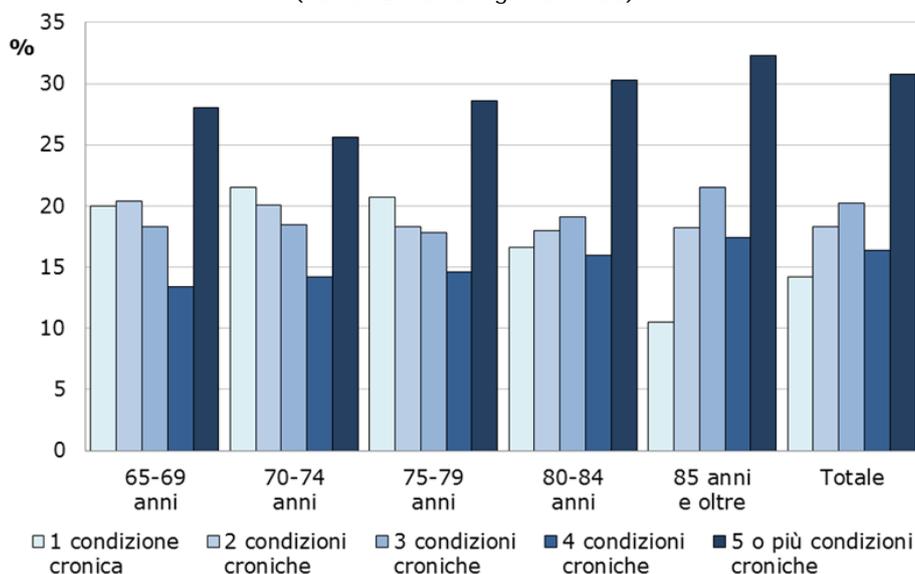
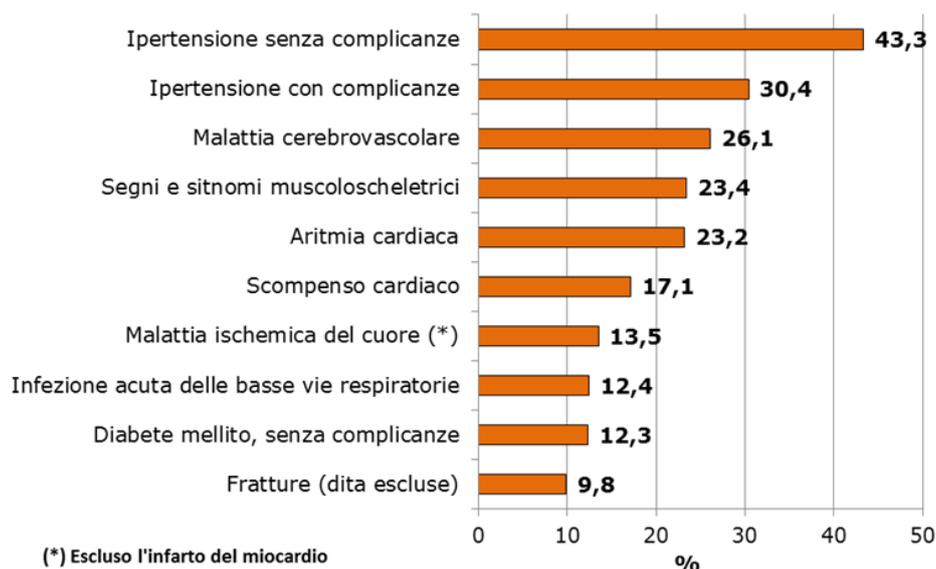


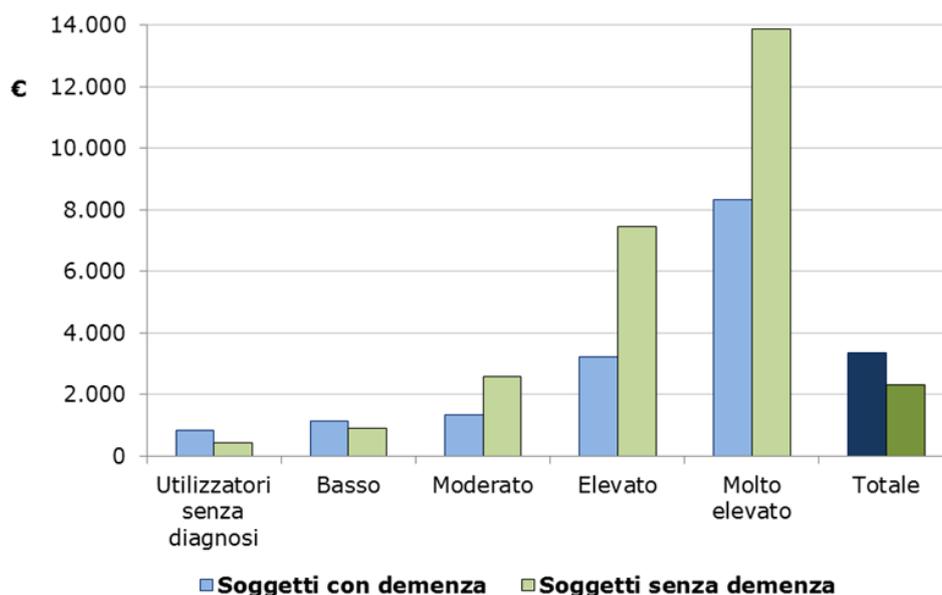
Figura 8.7 - Malattie più frequenti negli assistiti con demenza con età > 64 anni. Veneto, 2016
(Fonte: archivio regionale ACG)



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. Per gli assistiti con demenza con moderato, elevato e molto elevato carico di malattia, i costi pro capite risultano sempre inferiori rispetto a quelli rilevati, a parità di complessità, per gli assistiti senza demenza (Figura 8.8¹).

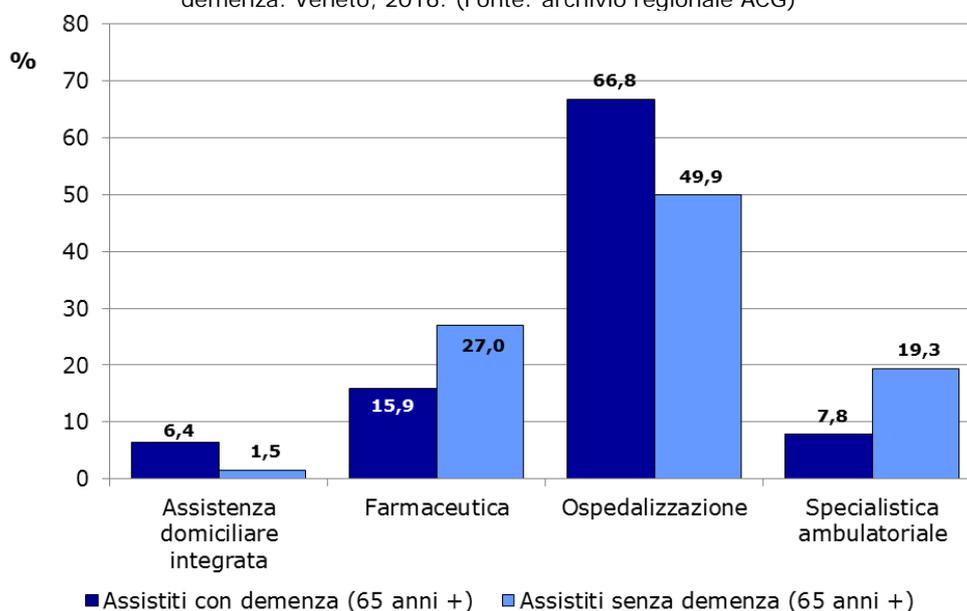
¹ sono esclusi i costi legati alla residenzialità e sono sottostimati i costi dei farmaci assunti in residenzialità

Figura 8.8 - Costo totale pro capite per carico di malattia (RUB) e presenza di demenza in assistiti con età > 64 anni. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)



Nel valutare la fonte di costo prevalente, l'ospedalizzazione si guadagna il primo posto (come consumo di risorse), seguita dalla farmaceutica, dalla specialistica ambulatoriale e dall'assistenza domiciliare. Analizzando i costi per presenza/assenza di malattia, la percentuale di spesa risulta maggiore tra gli assistiti con demenza per l'ospedalizzazione (66,8% della spesa complessiva) e per l'assistenza domiciliare integrata (6,4%) (Figura 8.9).

Figura 8.9 - Distribuzione della spesa per le principali fonti di costo in assistiti con età > 64 anni, per presenza di demenza. Veneto, 2016. (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 (fanno eccezione gli assistiti con basso carico di malattia) e un minore ricorso all'ospedalizzazione rispetto ai soggetti senza demenza (anche per carico di malattia molto elevato) (Figure 8.10 e 8.11).

Figura 8.10: Tasso di ospedalizzazione (per 1.000) in assistiti con età > 64 anni, per presenza di demenza. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)

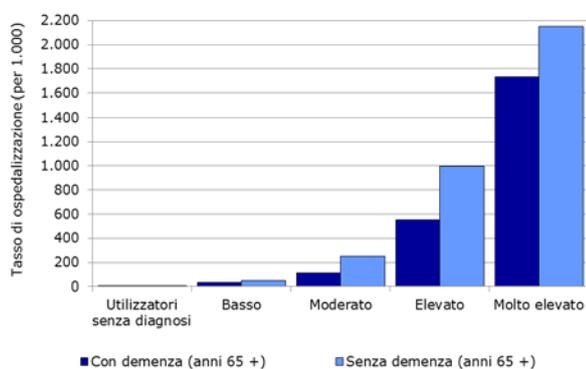
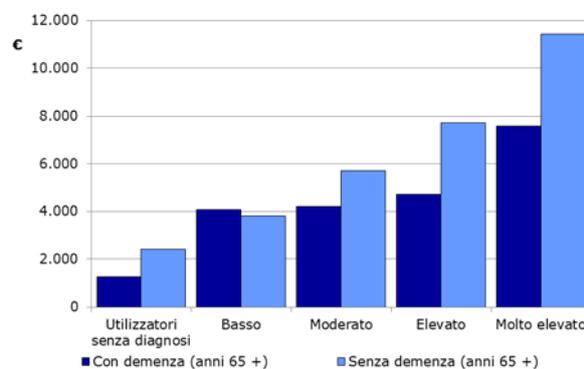


Figura 8.11: Costi per ospedalizzazione: spesa pro-capite in assistiti con età > 64 anni, per presenza di demenza. Veneto, 2016. (Fonte: archivio regionale ACG)



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 con lo specialista ospedaliero o territoriale. Per gli aspetti di diagnosi differenziale e di terapia il paziente è seguito dalla rete dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze del Veneto (CDCD), così denominati con i provvedimenti di attuazione del PSSR 2012-2016 e di recepimento del Piano Nazionale Demenza, dove sono presenti specialisti neurologi, geriatri, psicologi e infermieri.

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.

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 corrente anno i temi considerati rilevanti sviluppati nel PDTA delle demenze in costruzione sono stati:

- Centralità del paziente e della famiglia
- Promozione di empowerment ed engagement del paziente e della famiglia
- Presa in carico secondo il modello di "Care management"
- Coinvolgimento del sociale nella presa in carico
- Approccio evidence-based
- Collaborazione multidisciplinare
- Attenzione alla diagnosi tempestiva
- Attenzione all'equità

- Attenzione alla prevenzione
- Rispetto dei diritti umani/temi etici (direttive anticipate)

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 deve inoltre garantire la continuità di cura attraverso una maggiore integrazione e coordinamento tra i livelli di assistenza e la rete dei servizi.

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

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235

e-mail: ser@azero.veneto.it

8.8 Rete delle malattie rare

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

La rete regionale delle malattie rare presenta come base fondante l'integrazione tra la rete dei centri di riferimento per le malattie rare e la rete dei servizi territoriali, vicini al luogo di vita della persona. (pag. 18: "Malattie rare"- pag. 67: "Le reti cliniche integrate anche con il Territorio"- pag. 72: "Rete delle malattie rare").

Quadro di sintesi

Le malattie rare rappresentano un tema prioritario di salute pubblica, sia in termini di ricerca che di programmazione sanitaria, per il loro impatto rilevante sulla salute della popolazione e sui sistemi sanitari. In Veneto più di 35.000 persone vivono con una malattia rara. La definizione di percorsi e di organizzazioni specifiche per le persone con malattie rare rappresenta un elemento strategico per la programmazione regionale. La rete assistenziale regionale dedicata alle persone con malattia rara presenta un'organizzazione che mette in comunicazione i Centri accreditati di eccellenza per specifiche malattie rare con gli altri ospedali coinvolti nella presa in carico dei pazienti, vicino al luogo di vita delle persone, con i servizi territoriali, le farmacie ospedaliere e territoriali. Essa si basa su un sistema informativo, alla base del Registro regionale malattie rare, sviluppato attorno ad un'unica cartella clinica condivisa, che collega in tempo reale tutti i professionisti ed i servizi coinvolti nel percorso assistenziale dei malati. Durante l'anno 2107 è stata ulteriormente sviluppata l'architettura modulare del sistema informativo, per esempio per quanto riguarda la gestione di percorsi assistenziali specifici per alcuni gruppi di malattie rare, per la prescrizione di protesi e ausili ed in generale per supportare le modifiche assistenziali legate all'approvazione dei nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017); è proseguita l'attività svolta nell'ambito della *Joint-Action* europea sulle malattie rare ed il coordinamento del Tavolo interregionale per le malattie rare.

La Regione Veneto si è dotata di una propria programmazione per la realizzazione della rete di servizi ed interventi a favore delle persone con malattie rare sin dal 2000. Gli elementi essenziali costituenti la rete assistenziale sviluppata in questi anni per le persone con malattie rare sono:

- una rete di Centri di riferimento per ampi gruppi di patologie, strutturati come Unità funzionali ciascuna comprendente più Unità Operative, concentrate in pochi ospedali, selezionati in base a dati oggettivi di attività. A questi Centri sono stati affidati compiti di formulare una diagnosi definitiva e prescrivere i piani di presa in carico;
- un collegamento costante tra Centri di riferimento e restante rete dei servizi ospedalieri e territoriali della Regione, a cui sono demandati importanti compiti di attuazione di parte di quanto prescritto dai Centri, oltre che di sistema di riferimento in caso di primo sospetto di malattia rara;
- un sistema oggettivo, trasparente e completamente monitorato di integrazioni regionali rispetto a quanto previsto dai LEA, congiunto ad uno stretto controllo a priori della appropriatezza prescrittiva;
- un sistema informativo e relativi applicativi informatici, che rendono possibile la gestione del paziente congiunta e in tempo reale tra i vari attori del sistema, indipendentemente dal *setting* assistenziale e dal luogo fisico dove si trova il paziente;

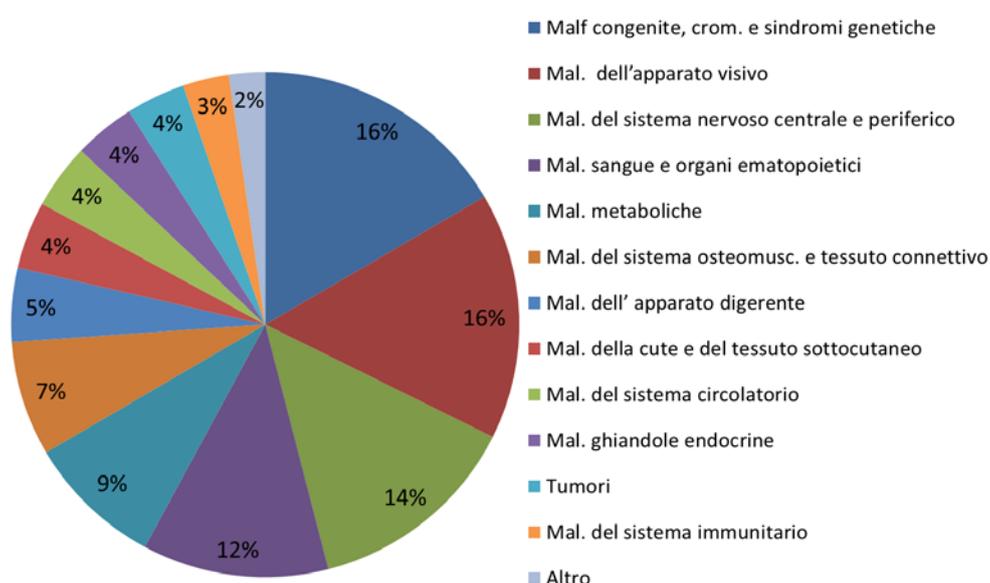
-un Coordinamento regionale per le malattie rare, comprendente il registro regionale delle malattie rare e il Centro Informazioni (help-line) per le malattie rare, al quale fa capo il sistema informativo, che garantisce il governo centrale del sistema e la costante interazione, supporto e monitoraggio dell'attività dei servizi e della presa in carico dei pazienti.

Il consolidamento di quanto messo in atto e il buon esito di nuove azioni sono dimostrati da alcuni elementi oggettivi. Primo, la stanzialità dei malati rari che quasi nel 98% dei casi (in aumento) sono diagnosticati e continuano la loro presa in carico solo nella rete regionale di assistenza di malattie rare, che peraltro attrae pazienti da altre Regioni. Secondo, il successo dei Centri veneti nella partecipazione di molti Centri della rete malattie rare regionale come *full member* alle reti europee di riferimento ERN, essendo la Regione Veneto quella con maggior numero di ospedali parte di reti ERN. 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 assumere tale ruolo.

Dati di sintesi

L'esperienza veneta è stata condivisa dalle Province Autonome di Trento e Bolzano sin dal 2004. Attualmente queste amministrazioni condividono lo stesso sistema informativo, gli stessi protocolli, con le relative integrazioni ai LEA, formando un'unica ampia area dove il paziente può muoversi liberamente. I dati derivanti dal tipo di organizzazione sopra descritta e raccolti dal sistema informativo malattie rare hanno la finalità di definire l'impatto che queste malattie hanno, da una parte, sulla salute della popolazione, dall'altra sul sistema dei servizi. I pazienti con malattia rara seguiti al 31/12/2017 dai centri veneti, presenti nel Registro malattie rare, sono 40.803. Di questi, 34.362 sono pazienti residenti in Veneto e 6.441 pazienti residenti in altre regioni. Ai residenti vanno aggiunti altri 761 pazienti veneti seguiti in altre regioni. Dai dati si ricava che il tasso di attrazione della rete malattie rare regionale è rilevante, pari al 15,8%, mentre quello di fuga è molto basso, pari a 2,2%.

Figura 8.12 – Pazienti, tutte le età, con malattie rare per macro-gruppo di diagnosi ICD9-CM presenti nel Registro Malattie Rare del Veneto al 31/12/2017



I pazienti in età pediatrica costituiscono il 31,8% dei pazienti totali e l'età media alla diagnosi è di 33,5 anni. Considerando tutte le classi di età, i gruppi di patologie con la più elevata

numerosità di pazienti sono le malformazioni congenite (16,6%), seguite dalle malattie rare oculari (15,8%), e dalle malattie rare neurologiche (13,7%), sia del sistema nervoso centrale che periferico. Un altro gruppo rilevante per numerosità è quello costituito dai pazienti affetti da malattie rare ematologiche (11,9%). (Figura 8.12)

Il sistema informativo alla base del Registro, oltre a raccogliere i dati epidemiologici sulle persone con malattie rare, è stato strutturato per supportare l'intero percorso dei pazienti attraverso la rete regionale dei servizi, evitando la frattura tra momenti di cura e *setting* assistenziali diversi. Il sistema connette, attraverso la rete Intranet regionale, i diversi attori coinvolti nella presa in carico delle persone. Gli utenti che utilizzano il sistema nella Regione Veneto sono ad oggi 2017, così suddivisi: 935 medici operanti nei Centri accreditati, 619 medici e altro personale operanti nella rete territoriale, 336 farmacisti, tra ospedalieri e territoriali. Il sistema è in continuo sviluppo e si caratterizza per avere un'architettura di tipo modulare. In particolare, il modulo del piano terapeutico consente la prescrizione da parte dei Centri di tutti i trattamenti necessari per la presa in carico delle persone con malattie rare: farmaci in commercio in Italia ed esteri, parafarmaci, presidi ed ausili, dispositivi medici, galenici. Al 31 dicembre 2017, i piani assistenziali redatti per pazienti veneti sono stati 27.099. La Regione Veneto, durante l'anno 2017, ha impegnato delle risorse specifiche per garantire in esenzione dei trattamenti extra-LEA, che sarebbero a pagamento per il cittadino secondo la normativa nazionale, per le persone affette da malattie rare (farmaci fuori indicazione, fascia C, dietetici, integratori, etc.) per un totale di 4,2 milioni di euro.

Nell'ambito dei suoi compiti istituzionali, nel corso del 2017, è proseguita l'attività di gestione del Centro informazioni-*helpline* per le malattie rare, al quale afferiscono un numero verde (800-318811), una linea telefonica dedicata e un indirizzo di posta elettronica dedicato. Il Centro informazioni anche nel 2017 ha partecipato alle attività dell'*European Network for Rare Diseases helplines*, coordinato da Eurordis, la federazione europea delle associazioni di malati rari, che riunisce *helplines* operanti in 12 Paesi europei. Nell'anno 2017 il Centro informazioni ha ricevuto e fornito una risposta a 4.044 telefonate, 2.055 e-mail e 402 fax per un totale di 6.501 contatti.

Novità in tema di malattie rare contenute nel DPCM 12.01.2017 e azioni svolte per il loro recepimento a livello regionale

L'art. 64, comma 4, 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" ha previsto, a decorrere dal 15.09.2017, l'entrata in vigore dell'allegato 7 del suddetto provvedimento contenente il nuovo elenco delle malattie rare che attribuiscono il diritto all'esenzione dal ticket. Tale elenco sostituisce l'elenco precedente in vigore dal 2001 (allegato 1 del Decreto Ministeriale n. 279/2001). Il nuovo elenco malattie rare è caratterizzato dall'inclusione di nuove malattie, dal passaggio di alcune patologie dall'elenco malattie croniche e invalidanti all'elenco malattie rare e viceversa, dall'esclusione di alcune forme precedentemente comprese, dall'introduzione per alcune malattie di limiti temporali all'esenzione. Tali modifiche sono state gestite mantenendo l'organizzazione della rete delle malattie rare definita dal DM n. 279/2001 e ribadita dal Piano Nazionale Malattie Rare 2014-2016.

Contestualmente il DPCM ha stabilito che le Regioni e le Province Autonome svolgessero numerose azioni conseguenti. In particolare, la Regione, pre il tramite del Coordinamento malattie rare ha svolto le attività riferite ai seguenti ambiti:

1. adeguamento dell'organizzazione della rete di assistenza. Si è condotta un'istruttoria congiunta come da accordi di Area Vasta tra regione Veneto e PA di Trento e PA di Bolzano per l'analisi dei dati di attività al fine di identificare i presidi per le malattie rare di nuova introduzione e al contempo per aggiornare l'intera rete malattie rare, adeguandola ai criteri dei Centri di competenza definiti a livello europeo e ribaditi nel processo di selezione dei Centri parte delle reti ERN. Il processo è esitata nella DGR 1255/2017, che rappresenta il quarto processo di revisione della rete malattie rare. La rete include sempre più anche presidi deputati non solo alla diagnosi, ma alla presa in carico globale delle persone con malattie rare.
2. adeguamento del sistema informativo regionali malattie rare e, conseguentemente, della posizione degli assistiti nell'anagrafe sanitaria regionale, al fine di garantire il riconoscimento dei diritti previsti dal DPCM stesso per le persone con malattia rara secondo un'ottica di appropriatezza nell'accesso ai presidi della rete delle malattie rare e di semplificazione dei percorsi. Preliminarmente all'entrata in vigore del nuovo elenco sono state esplicitate tutte le entità nosologiche comprendibili all'interno dei nuovi gruppi, sulla base dell'analisi della letteratura, delle principali banche dati esistenti sulle malattie rare ed in particolare del sistema di classificazione europeo delle malattie rare curato da Orphanet. A ciascuna nuova entità (circa 3.000) sono stati attribuiti i codici ICD9-CM, ICD10, Orphacode, OMIM. Il lavoro di identificazione delle entità nosologiche comprese per classificazione in uno dei gruppi dell'elenco malattie rare è in continuo aggiornamento. Unitamente al lavoro di riorganizzazione della classificazione è stato conseguentemente adeguato il sistema informativo malattie rare per consentire di gestire tutte le modifiche connesse al nuovo elenco. Inoltre, tutte le modifiche relative alla posizione di assistiti già esistenti sono state integrate in AUR. Inoltre, è stata sviluppata la funzione di integrazione tra i due sistemi, malattie rare ed AUR, per tutti i nuovi assistiti registrati. Si sono supportate le Aziende ULSS nelle attività di informazione sia rivolte ai medici prescrittori, in particolare ai medici convenzionati, sia all'utenza interessata, al fine di garantire un rapido accesso ai diritti previsti per i pazienti con malattie rare di nuova inclusione nel sistema di tutela. Si sono svolte attività di formazione per gli utenti del SSR interessati; medici dei centri per le malattie rare, utenti dei Distretti e dei Servizi farmaceutici.

Nel 2017 è iniziata anche una fattiva collaborazione con la Scuola di formazione in Medicina generale della regione Veneto. Si sono svolti incontri formativi sia teorici che pratici, a partire da casi clinici, riguardanti il sospetto di malattia rara, i trattamenti e i percorsi di prescrizione erogazione e la presa in carico. A tale offerta formativa hanno partecipato circa 100 studenti.

Altre azioni sono state avviate per l'adeguamento dei percorsi regionali ad altre modifiche introdotte dal DPCM di interesse per le persone con malattie rare, in particolare in relazione alle modalità di prescrizione ed erogazione in esenzione di presidi, protesi ed ausili e di prestazioni di genetica.

Azioni a livello europeo - Joint Action europea sulle malattie rare

La Regione Veneto partecipa, dal 2015 e fino al 2018, alla Joint Action europea "RD-Action". L'attività svolta riguarda la promozione dell'uso a livello di Stati membri di sistemi di codifica specifici per le malattie rare, basati sulla classificazione Orphanet, e di strumenti per consentire una migliore visibilità delle malattie rare all'interno dei sistemi informativi sanitari, base essenziale per l'identificazione dei loro bisogni e per la valutazione dell'efficacia delle politiche sanitarie messe in atto. Nell'anno 2017 l'attività svolta dal Coordinamento malattie rare della regione Veneto si è concentrata sul coordinamento del test degli strumenti di codifica sviluppati. I primi risultati basati sul confronto retrospettivo dell'utilizzo dei codici ORPHA nella

rete malattie rare e nel registro nazionale francese e nella rete e nel registro malattie rare della regione Veneto sono stati presentati al secondo meeting dell'azione europea, incontro che ha visto la partecipazione di rappresentanti 27 Paesi. L'attività di test proseguirà nel 2018 con un approccio prospettico. Per maggior informazioni sull'azione europea è possibile consultare il sito www.rd-action.eu. I documenti prodotti per migliorare la codifica delle malattie rare sono disponibili alla pagina <http://www.rd-action.eu/leaflet-and-documents/>

Azioni a livello europeo - Reti europee di riferimento 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. Nel 2016 la Commissione europea ha definito le modalità per l'istituzione delle reti e per la partecipazione degli ospedali (health care providers- HCP) alle stesse. Il processo di selezione dei Centri e delle reti da attivare si è basato su bando europeo, lanciato nel 2016. Per la selezione degli ospedali parte delle reti ERN è stato definito un primo processo di selezione a livello nazionale, operato nel nostro Paese dall'Organismo nazionale di coordinamento e monitoraggio, istituito presso il Ministero, composto da rappresentanti del Ministero della Salute, di alcune Regioni, tra cui la Regione Veneto, oltre a rappresentanti dell'ISS ed altri esperti. Il Coordinamento malattie rare veneto ha condotto un'istruttoria, basandosi sui dati oggettivi di attività dei propri Centri. Sono stati quindi ufficialmente comunicati al Ministero della Salute i prestatori di assistenza sanitaria (health care providers- HCP), parte della rete regionale malattie rare, rispondenti ai criteri definiti a livello europeo e nazionale per la candidabilità alle reti ERN. Per quanto riguarda la regione Veneto i Centri della rete regionale sono risultati tra i primi per numero complessivo di pazienti seguiti in pressoché tutti i gruppi di malattie considerati. I Centri della Regione Veneto, a seguito del buon esito del processo di selezione regionale, nazionale ed europeo partecipano a 18 ERN su 24. In questo contesto il Coordinamento malattie rare ha svolto attività di indirizzo e supervisione della rete dei Centri di riferimento veneti parte delle ERN, al fine di rendere omogenei l'organizzazione e gli strumenti utilizzati, di agevolare i collegamenti tra essi e le restanti strutture e servizi sanitari regionali che concorrono nella presa in carico del paziente ed infine di garantire lo stretto e coerente legame tra l'attività svolta dai Centri e la programmazione strategica regionale. Lo scopo è quello di supportare gli ospedali che svolgono e svolgeranno un'importante azione di cerniera tra le attività di ricerca clinica e scientifiche-culturali prodotte dalle ERN e quelle di assistenza svolte dalla rete regionale di assistenza per le persone con malattia rara da tempo attiva. Il fine ultimo è quello di garantire i diritti dei malati e migliorare il funzionamento delle reti di assistenza stesse.

Approfondimenti

Rapporto tecnico attività Coordinamento malattie rare, anno 2017;

Rapporto tecnico attività Registro malattie rare, anno 2017;

Stato dell'assistenza alle persone con malattie rare in Italia: il contributo delle Regioni. 21 aprile 2015, Venezia; ISBN: 978-88-6787-389-0.

www.rd-action.eu (<http://www.rd-action.eu/leaflet-and-documents/>)

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

9. Il personale e la spesa Socio Sanitaria Regionale

9.1 Le politiche del personale del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto

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

“Azioni per la valorizzazione delle risorse umane” (paragrafo 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 2017 sono stati costituiti gruppi di lavoro e tavoli tecnici su alcune tematiche: valutazione degli esiti sensibili all'assistenza infermieristica, standard di personale, valorizzazione dei professionisti, integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, approccio globale della gestione del personale con interventi calibrati per diverse fasce di età dei lavoratori. Sono proseguite inoltre le attività di consolidamento del sistema regionale per l'educazione continua in medicina (ECM) e, nell'ambito della formazione di base, l'analisi e il monitoraggio del fabbisogno formativo universitario per le professioni sanitarie e per la formazione specialistica del personale medico. Le attività formative gestite dalla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica (Fondazione S.S.P.) sono notevolmente aumentate come tipologia e numero. Infine, con la collaborazione del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, è stata pianificata la realizzazione di un'indagine regionale sul clima organizzativo, per consentire alla Regione e al top management delle Aziende Sanitarie di raccogliere informazioni utili ad orientarne interventi di miglioramento.

Valorizzazione delle risorse umane

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.

Le cure integrate nel paziente complesso: il modello di Care Management

Nel 2017 si è dato seguito al progetto di Care Management per la presa in carico integrata di pazienti complessi, che ha visto la formazione congiunta dei professionisti coinvolti nei processi di presa in carico e gestione del paziente cronico con ampliamento delle competenze dei professionisti. Il progetto, iniziato nel 2015 con la formazione di 2 Medici di Medicina Generale (MMG) e 2 infermieri del territorio utilizzando modalità e strumenti del Care Management, si è

sviluppato nel 2016 e nel 2017 con il coinvolgimento complessivo di 30 MMG e 44 infermieri delle Medicine di Gruppo Integrate e dei Distretti.

La gestione della gravidanza a basso rischio ostetrico

Il progetto pilota per la gestione della gravidanza a basso rischio ostetrico è stato introdotto in tre Aziende Sanitarie nel 2015 ed è stato ulteriormente implementato nel 2016 e concluso nel 2017 con risultati clinici validi ed elevata qualità percepita da parte delle 895 gestanti che hanno portato a termine il percorso a gestione ostetrica. Tale percorso 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. Il progetto ha richiesto l'utilizzazione di strumenti informatizzati disponibili "on line" quali la cartella ambulatoriale informatizzata, la prescrizione informatizzata e i questionari di gradimento. Tali strumenti hanno permesso il monitoraggio in tempo reale delle principali variabili di processo e di esito del percorso, anche mediante la creazione e l'utilizzo di specifici indicatori, validi per monitorare l'organizzazione. Considerati i risultati positivi del progetto pilota, che ha permesso di migliorare l'organizzazione valorizzando l'attività della professione ostetrica e del medico specialista, migliorando anche il servizio offerto alle gestanti evitando ripetuti accessi dal medico di medicina generale per la prescrizione degli esami di routine, è stata prevista l'estensione graduale del progetto a tutte le Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto a partire dall'anno 2018 (DGR n. 28 del 20 marzo 2018).

Modelli organizzativo-assistenziali

A fronte dei risultati di uno studio descrittivo effettuato nell'anno 2016 negli ospedali *spoke* della Regione, finalizzato ad identificare un modello organizzativo assistenziale ottimale per il personale infermieristico e di supporto che opera nei team di Area Medica e Chirurgica, sono state elaborate direttive inerenti i modelli organizzativi ed assistenziali delle aree mediche e chirurgiche di tali contesti (DDR 61 del 5 giugno 2017).

La definizione di indicatori degli esiti sensibili all'assistenza infermieristica

Oltre al governo degli aspetti legati alla definizione di standard del personale e dei processi di integrazione multi-professionale necessari per la gestione di complesse problematiche di salute della popolazione, sono necessarie azioni di governo della qualità delle cure, tra le quali assume una particolare rilevanza 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.

In considerazione di quanto definito nel Piano Socio Sanitario regionale, in cui 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", anche per valutare l'effetto dell'applicazione degli standard minimi di personale di assistenza nelle degenze ospedaliere, è stata ravvisata la necessità di identificare indicatori utili alla valutazione degli esiti dell'assistenza infermieristica, in considerazione anche del fatto che la correlazione tra esiti sensibili all'assistenza infermieristica e dotazione di infermieri è ben documentata nella

letteratura scientifica. Nel 2017 è stato istituito un gruppo tecnico 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.

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. A completamento di questo set minimo di indicatori è stata individuata anche la necessità di rilevare la "missed nursing care" o "assistenza infermieristica mancata", intesa come le attività dell'assistenza infermieristica omesse, totalmente o in parte, o ritardate, e che sono associate con livelli elevati di eventi avversi riportati dagli infermieri o dai pazienti. 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).

L'age/diversity management

La Regione del Veneto nel 2015 ha partecipato ad una ricerca condotta da CERGAS Bocconi di Milano sulle inidoneità e idoneità con limitazione alla mansione dei dipendenti del Servizio Sanitario, che ha evidenziato l'aumento del numero di lavoratori inidonei all'aumentare dell'età, indicando 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. Nel 2016 è stato istituito un gruppo di lavoro e ricerca regionale 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; nel 2017, a partire dall'analisi della demografia del personale del SSR veneto e delle buone pratiche già in uso nelle Aziende Sanitarie, sono state elaborate dal gruppo di lavoro e ricerca apposite Linee Guida con lo scopo di indirizzare uniformemente le Aziende Sanitarie verso un approccio globale della gestione del personale attraverso interventi calibrati sui bisogni e sulle caratteristiche dei lavoratori nelle diverse fasce di età, con un'attenzione particolare alla valorizzazione delle competenze e alla salute dei lavoratori (Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 31 del 20 febbraio 2018).

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).

Nel corso del 2017 è continuata l'attività di monitoraggio dei tempi di assistenza del personale del comparto impiegato nelle attività ospedaliere, come previsto nella DGR 610/2014. Tale attività prevede un continuo confronto con le Aziende, le organizzazioni sindacali, le rappresentanze professionali. La misurazione del tempo assistenziale erogato è stata affiancata da un'attività di studio e analisi dei modelli assistenziali nella regione, individuando buone pratiche in termini di qualità e sicurezza, in contesti di efficienza allocativa. In particolare, con riferimento all'analisi dei 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 in regione. La misurazione dei minuti di assistenza⁷ si è arricchita, quindi, dell'analisi del momento organizzativo, rendendo possibile anche una lettura critica dei dati rilevati. La misurazione, il monitoraggio e lo studio dei modelli organizzativi costituiscono un fondamentale strumento di pianificazione, gestione e controllo dei processi organizzativi ed assistenziali da parte della Regione e delle Aziende/Enti Sanitari, anche con riferimento alle strutture private accreditate. Lo strumento deve essere continuamente monitorato e aggiornato, anche in ragione dei mutanti contesti organizzativi e delle diverse necessità assistenziali.

Nel corso del 2016 è stato inoltre attivato un gruppo di lavoro per la definizione di valori di riferimento per il personale medico. Lo stesso ha proposto indicazioni per l'organizzazione dei reparti di degenza, delle guardie e per il successivo computo dei professionisti necessari per lo svolgimento delle attività. Il provvedimento adottato dalla Giunta Regionale, sentita la V Commissione consiliare, è composto da un "documento metodologico generale" e da una seconda parte riguardante "i valori minimi di riferimento per il personale dei Pronto Soccorso" (DGR 245/2017). Ne consegue un'attenta attività di analisi a livello centrale e un necessario confronto continuo con le Aziende e gli stakeholders, per definire valori di riferimento che siano rappresentativi e continuamente aggiornati. 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).

A livello regionale, nel corso del 2017, si è investito molto nell'analisi comparativa e multivariata dei dati, in modo da rendere confrontabili diversi contesti di cura e individuare situazioni virtuose di allocazione delle risorse.

Indagine di clima organizzativo

L'indagine di clima organizzativo è stata realizzata dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa nelle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto, nei mesi di febbraio e marzo 2017. Ha coinvolto 60.931 dipendenti, i quali hanno avuto la possibilità di partecipare a tale iniziativa di valutazione interna, che ha permesso ai dipendenti di esprimersi sull'operato del management, sulla comunicazione, sulla formazione e sugli altri aspetti costitutivi del clima aziendale. L'indagine ha fornito ai manager un monitoraggio dello stato di salute del capitale umano dell'organizzazione. La rilevazione del clima organizzativo restituisce una prima fotografia delle percezioni dei professionisti rispetto ad una vasta gamma di dinamiche organizzative e relazionali, in modo da consentire alle Direzioni Aziendali approfondimenti successivi volti ad investigare le cause profonde di tali dinamiche. I dati di clima risultano particolarmente utili per identificare punti meritevoli di attenzione, sia in positivo, sia in negativo, e forniscono indicazioni preziose per approfondimenti e relative iniziative di miglioramento. L'obiettivo dell'indagine è di indirizzare e accompagnare il miglioramento organizzativo attraverso il coinvolgimento dei professionisti, la loro motivazione⁷ e il senso di appartenenza, al fine di migliorare la soddisfazione dei cittadini utenti.

Il Sistema regionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM)

Con Legge Regionale del 25 ottobre 2016, n. 19, recante "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS" il Consiglio Regionale ha approvato la riforma del sistema sanitario del Veneto prevedendo due ambiti fondamentali di innovazione: l'istituzione dell'Azienda Zero e l'accorpamento delle Aziende ULSS.

Con successiva DGR n. 177/2017, ad Azienda Zero sono state attribuite le seguenti funzioni in materia di accreditamento e di Educazione Continua in Medicina:

- gestione del procedimento di accreditamento provvisorio e standard dei provider ECM;
- gestione delle attività amministrative inerenti alle richieste di modifica dei dati relativi agli eventi accreditati dai provider ECM;
- supporto amministrativo alla Commissione Regionale e all'Osservatorio Regionale per la formazione continua e liquidazione compensi;
- gestione delle visite di verifica previste nell'ambito del procedimento di accreditamento standard;
- monitoraggio delle attività formative erogate dai provider;
- gestione del procedimento sanzionatorio.

Dall'1 gennaio 2017 le diverse attività sono gestite con il supporto di un'apposita piattaforma "ECM Regione Veneto".

L'accorpamento delle Aziende ULSS ha determinato la cessazione di n. 12 provider ECM e pertanto dall'1 gennaio 2017 i provider ammontano a n. 60 (23 titolari di accreditamento provvisorio e 37 di accreditamento standard).

Nel corso del 2017 n. 6 provider con accreditamento provvisorio (pari al 10% del totale dei provider regionali) hanno presentato richiesta di accreditamento standard attraverso l'utilizzo della piattaforma regionale. L'ente accreditante, valutati i dati e i documenti inseriti dal provider e verificata la coerenza dell'istanza presentata relativamente alla tipologia di accreditamento richiesta (RES, FSC, FAD) al target di professionisti, ha successivamente realizzato le visite di verifica presso la sede legale/operativa dei provider che avevano chiesto l'accreditamento standard.

La realizzazione di tali visite ha permesso di valutare la corrispondenza della documentazione inserita nella piattaforma regionale con quella agli atti del provider, la valutazione dei requisiti generali comprendenti l'organizzazione, la tipologia di offerta formativa erogata, l'affidabilità economica, le caratteristiche della struttura con particolare riferimento alla sicurezza, la trasparenza e l'indipendenza del provider e la qualità delle attività previste.

Con la finalità di promuovere il miglioramento della qualità dell'offerta formativa erogata dai provider ECM accreditati sul territorio regionale, in analogia a quanto previsto dagli accordi Stato Regioni, agli Osservatori regionali è affidato il compito di valutare la qualità della formazione erogata dai provider stessi. A tal fine l'Osservatorio partecipa sia alle visite di accreditamento standard dei provider, sia a quelle per la valutazione degli eventi formativi durante la loro erogazione. Nel 2017 i componenti dell'Osservatorio Regionale hanno realizzato 12 visite durante lo svolgimento di eventi.

La Formazione di base

Definizione del fabbisogno formativo

In base alla normativa vigente, le Regioni e la Province Autonome formulano al Ministero della Salute il fabbisogno formativo, ovvero il numero di posti da programmare nei corsi di laurea e corsi di laurea magistrale delle Professioni Sanitarie, nonché presso le Scuole di Specializzazione post-lauream di area sanitaria. Con il fine di migliorare le politiche di pianificazione e programmazione della determinazione del fabbisogno degli operatori sanitari a livello europeo, la Regione del Veneto, in qualità di supporter del Ministero della Salute, ha aderito ad un progetto europeo denominato "Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting". Tale progetto, che ha visto il coinvolgimento e la partecipazione di molti soggetti istituzionali, tra i quali il Miur, l'Istat, Agenas, Cogeaps, le altre Regioni e

Province Autonome e Ordini, Collegi e Associazioni professionali, si è posto come obiettivo la definizione di una metodologia comune e condivisa ai diversi livelli istituzionali per la previsione degli operatori necessari al mantenimento del sistema sanitario pubblico e privato. A decorrere dall'anno accademico 2016/2017, come sancito dall'Accordo Stato/Regioni del 9/6/2016, prot. n. 105/CSR, il modello previsionale ha rappresentato lo strumento per la determinazione del fabbisogno, dapprima per le figure professionali di medico chirurgo, odontoiatra, farmacista, infermiere ed ostetrica/o e successivamente, per l'anno accademico 2017/2018, la medesima metodologia è stata estesa a tutte le 22 professioni sanitarie, oltre che alla figura del medico, dell'odontoiatra, del veterinario e del farmacista (Accordo Stato/Regioni del 25 maggio 2017 - rep. 69/CSR).

La formazione di base delle Professioni Sanitarie

Ai sensi del D.Lgs n. 502/92 le Aziende ULSS ed Ospedaliere rappresentano la sede privilegiata per lo svolgimento dei corsi di laurea e corsi di laurea magistrale delle Professioni Sanitarie di cui alla L. 251/2000. La disciplina del rapporto tra Regione del Veneto, Università degli Studi di Padova e Università degli Studi di Verona è demandata ad un apposito protocollo d'intesa sancito il 7 luglio 2016 e rinnovato per il triennio 2018-2020 che prevede, tra l'altro, la partecipazione finanziaria della Regione. Circa 5.900 studenti all'anno utilizzano le strutture delle Aziende Sanitarie per l'espletamento dei crediti formativi universitari previsti per le attività pratiche di tirocinio e di laboratorio, seguiti nel loro percorso formativo dagli operatori sanitari del SSR.

I Contratti di formazione specialistica aggiuntivi

Per colmare il divario tra i posti finanziati dallo Stato ed il fabbisogno formativo regionale, il Veneto annualmente finanzia contratti di formazione specialistica previsti dal D.Lgs 368/99 s.m.i. Con la L.R. n. 9/2013, per garantire un'adeguata disponibilità di medici specialisti e qualificare ulteriormente l'intervento regionale, sono state definite clausole aggiuntive al contratto nazionale, garantendo la permanenza dei professionisti formati nelle strutture e negli Enti del SSR. Analogamente, risorse regionali sono destinate alla formazione specialistica dei c.d. "non medici", per i quali sino ad oggi lo Stato non ha stanziato finanziamenti, nonostante le previsioni normative esistenti.

La Fondazione S.S.P.

La Regione del Veneto colloca la formazione del personale del Sistema Socio Sanitario tra le aree prioritarie di intervento, come indicato dal Piano Socio Sanitario (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 ed allo scopo di razionalizzare, potenziare ed 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 S.S.P.)" 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 S.S.R.

Inoltre, secondo quanto disposto dalla DGR n. 1538 del 10/10/2016, la Fondazione S.S.P., riconosciuta provider accreditato ECM regionale, partecipa alla realizzazione del Piano regionale della formazione.

La Fondazione S.S.P. 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 S.S.P., per il triennio 2017-2019, è stato approvato con DGR 2058 del 31/12/2016.

Complessivamente nel 2017 sono stati realizzati 110 eventi di cui 92 corsi di formazione, 2 corsi FAD, 6 convegni, 5 visite studio e accoglienza di delegazioni straniere, 4 progetti di ricerca e innovazione, 1 master universitario in partnership con l'Università di Padova, per un totale di 372 giornate e 5175 partecipanti.

Hanno collaborato con la Fondazione S.S.P. nelle attività formative, 353 tra docenti ed esperti regionali, nazionali ed internazionali.

Le attività della Fondazione S.S.P. sono state suddivise in 9 ambiti:

1. competenze manageriali;
2. competenze del personale dei servizi amministrativi e di supporto;
3. competenze sanitarie specialistiche;
4. competenze sanitarie specialistiche – trapianti;
5. medicina primaria e convenzionata;
6. convegni;
7. progetti e-learning (FAD);
8. progetti di ricerca e sviluppo organizzativo;
9. relazioni internazionali.

Da segnalare tra le nuove attività della Fondazione S.S.P.:

- il progetto pluriennale relativo ai corsi di cui all'art. 1, comma 1, lett. d, della L. 135/90 "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l'AIDS" (DGR 1170/2016), con oltre 300 partecipanti tra medici e personale infermieristico del SSR;
- le visite studio all'estero per le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie;
- il primo corso in modalità e-learning in materia di sicurezza dei lavoratori (L. 81/2008) erogato in 3 Aziende ULSS (2 Marca Trevigiana, 4 Veneto Orientale, 9 Scaligera).

Alcuni progetti specifici a sostegno del cambiamento in atto nel SSR veneto:

- "Progetto di Change Management" a supporto del processo di trasformazione del Servizio Socio-Sanitario del Veneto (L.R. n. 19 del 25/10/2016).
- conclusione del progetto per la definizione delle Linee Guida per le politiche di age/diversity management nelle Aziende Sanitarie ed Enti del Servizio Sanitario della Regione del Veneto.

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

9.2 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. Pagine 130-133. L'equilibrio economico-finanziario del Servizio Socio Sanitario Regionale e delle singole Aziende Sanitarie del Veneto è condizione irrinunciabile per la sostenibilità del SSR stesso. Il Piano Socio Sanitario si propone di perseguire il mantenimento ed il miglioramento delle attuali condizioni di efficienza ed appropriatezza, ottimizzando altresì l'utilizzo delle risorse impiegate (Paragrafo 4.4.1).

Quadro di sintesi

I risultati economici del SSR del Veneto continuano a mantenersi in equilibrio rispetto alle risorse complessivamente a disposizione. Tuttavia il mantenimento di tale equilibrio risulta sempre più difficile da raggiungere.

È evidente, infatti, che nel periodo 2011-2014 si era assistito ad una progressiva stabilizzazione dei costi del sistema sanitario regionale mentre nell'ultimo triennio il costo della produzione ha subito gli impatti delle nuove tecnologie e dei farmaci innovativi portando nuovamente in tensione l'equilibrio economico finanziario del sistema. La sostenibilità del SSR dovrà necessariamente essere il frutto della riorganizzazione secondo le linee indicate nel Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016 e soprattutto del nuovo piano socio sanitario in corso di approvazione.

Gli interventi di riduzione delle variabili di prezzo e quantità dei servizi – c.d. *spending review* – così come la stretta degli investimenti sanitari, sono leve che non possono essere utilizzate ancora a lungo. La nascita dell'Azienda Zero come ente di razionalizzazione e accentramento dei servizi amministrativi di supporto è sicuramente un passo importante in questo senso.

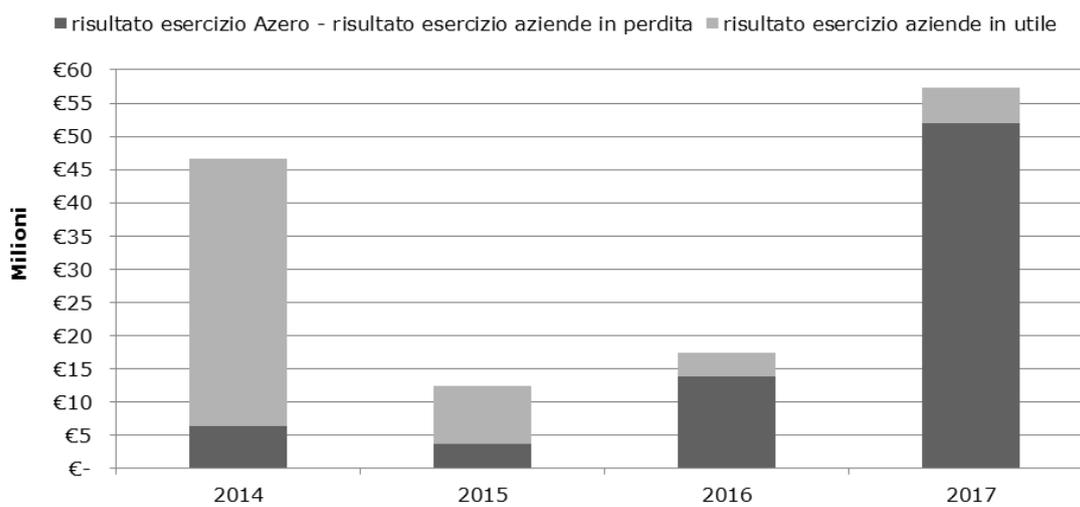
Il riequilibrio del profilo finanziario del SSR è stato sostanzialmente raggiunto mediante il ricorso agli strumenti previsti dal D.L. 35/2013 (L. 64/2013) per il pagamento dei debiti scaduti delle PPAA. Tale percorso, avviato nel 2013 (I tranche di anticipazione MEF) e concluso nel 2014 (II tranche di anticipazione MEF) ha permesso una sostanziale ricapitalizzazione del SSR, l'azzeramento dello stock di debito scaduto, il progressivo allineamento dei tempi di pagamento del SSR con la normativa vigente e il mantenimento degli stessi.

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, 1 IRCSS (Istituto Oncologico Veneto) e l'Azienda Zero. 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 impiegata al momento del consolidamento definitivo di bilancio a titolo di ripiano perdite. Infatti, come previsto dal D. Lgs 118/2011, la regione Veneto ha deciso di riservare una parte del finanziamento sanitario ad un apposito centro di responsabilità (GSA) che rientra poi nel bilancio consolidato finale.

Nel 2017 il SSR ha conseguito un risultato economico positivo complessivo pari a €57,3 milioni. Ai fini delle verifiche del MEF non vengono considerati i risultati positivi di 10 aziende per un importo complessivo pari a €5,4 milioni. A fronte di ciò, il risultato rimane comunque positivo e si attesta a €51,8 milioni.

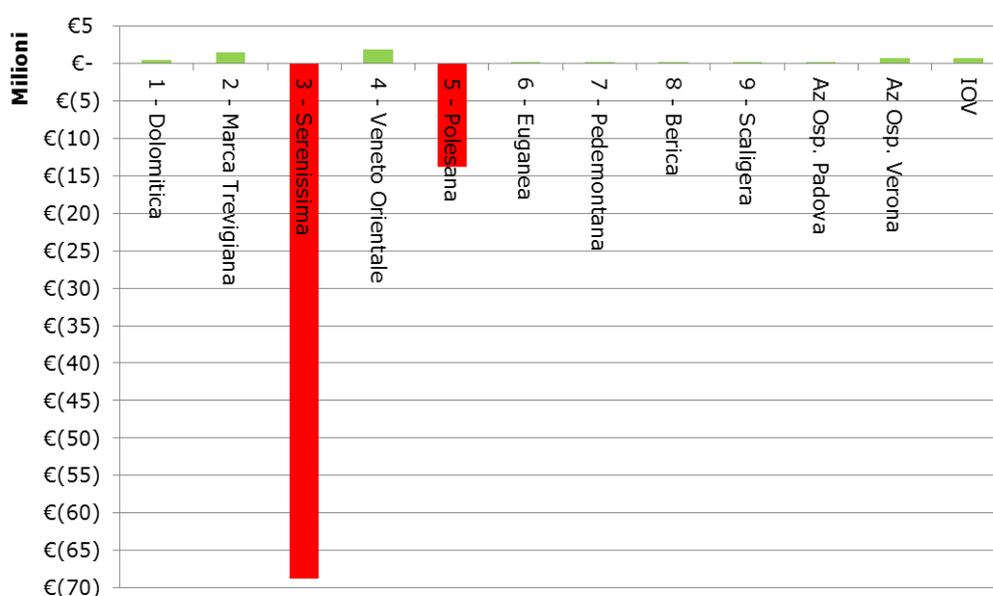
Figura 9.1 – Risultato d’esercizio del bilancio Consolidato Regionale. Veneto, 2014-2017
(Fonte: Datawarehouse regionale)



Il bilancio consolidato delle aziende del sistema sanitario Veneto¹ (esclusa l’Azienda Zero) al 31/12/2017 si chiude con una perdita complessiva di €77,1 milioni, contro i €216,1 milioni del 2016 e i €240,9 milioni del 2015. Sette aziende Ulss, l’Azienda Ospedaliera di Padova, l’Azienda Universitaria Integrata di Verona e lo IOV hanno chiuso il bilancio 2017 con un reddito di esercizio positivo. Solamente l’azienda Ulss 3 Serenissima e l’azienda Ulss 5 Polesana hanno chiuso il loro bilancio in perdita ma comunque in linea con la perdita programmata per quest’ultime.

L’obiettivo regionale è stato quello di pervenire ad un risultato economico prossimo al pareggio per tutte le aziende del sistema sanitario, garantendo nel contempo l’attuale qualità dei Livelli di Assistenza erogati alla cittadinanza.

Figura 9.2 – Risultato di esercizio a livello aziendale. Veneto, 2017 (Fonte: Datawarehouse regionale)



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”).

Analisi dei ricavi e dei costi

Le analisi condotte sul bilancio consolidato delle aziende sanitarie venete (al netto dell'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 9.1– Andamento delle principali voci (al netto della mobilità e delle poste R) del Conto Economico delle Aziende Sanitarie, esclusa Azienda Zero. Veneto, 2013-2017. (Fonte: Datawarehouse regionale)

Andamento finanziamento LEA e principali voci di costo - mln di €	Valore 2013	Valore 2014	Valore 2015	Valore 2016	Valore 2017	CE a valori %	Variatz. '17/'16
AZ9999 Totale valore della produzione (A)	8.999,14	8.997,20	9.061,38	9.111,04	9.333,16	100%	2,44%
AA0010 (A.1) Contributi in c/esercizio, tolta la voce AA0240 (A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	8.198,71	8.321,34	8.289,55	8.343,72	8.453,71	90,58%	1,32%
AA0240 (A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-98,85	-250,71	-175,18	-192,89	-130,18	-1,39%	-32,51%
AA0980 (A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio), AA1050 (A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	114,57	132,46	146,24	168,47	178,02	1,91%	5,67%
(B) Totale costi della produzione	9.013,54	9.033,89	9.127,41	9.164,91	9.243,51	100%	0,86%
(B.1) Acquisti di beni)	1.223,13	1.264,08	1.368,99	1.398,05	1.456,28	15,75%	4,17%
(B.1.A) Acquisti di beni sanitari	1.180,03	1.223,03	1.333,47	1.365,62	1.426,43	97,95%	4,45%
(B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	43,11	41,05	35,52	32,42	29,84	2,05%	-7,95%
(B.2.A) Acquisti di servizi sanitari	3.670,38	3.682,12	3.678,02	3.664,05	3.642,73	39,41%	-0,58%
(B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	545,83	545,22	548,45	554,72	554,42	15,22%	-0,05%
(B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	613,94	595,08	577,06	562,37	548,35	15,05%	-2,49%
(B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	372,91	376,66	377,12	367,31	369,63	10,15%	0,63%
(B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	675,26	689,79	705,63	707,33	705,15	19,36%	-0,31%
(B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	23,73	26,96	28,76	28,76	33,22	0,91%	15,54%
(B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	683,72	684,25	686,10	692,90	694,02	19,05%	0,16%
Altri servizi sanitari (voci rimanenti)	754,98	764,16	754,89	750,66	737,94	20,26%	-1,69%
(B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	701,51	679,98	680,97	648,12	647,10	7,00%	-0,16%
di cui (B.2.B.1.4) Riscaldamento	129,25	120,31	124,17	121,11	119,23	18,43%	-1,55%
di cui (B.2.B.1.9) Utenze elettricità	63,60	61,44	56,57	53,22	51,64	7,98%	-2,98%
di cui (B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	73,44	59,90	57,28	30,11	26,96	4,17%	-10,47%
di cui (B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	107,05	109,64	115,31	118,24	117,53	18,16%	-0,60%
(B.5) (B.6) (B.7) (B.8) Totale Costo del personale	2.725,52	2.708,80	2.708,36	2.709,96	2.696,85	29,18%	-0,48%
(B.10) (B.11) (B.12) (B.13) Ammortamenti	253,34	242,29	233,08	232,31	231,66	2,51%	-0,28%
(B.15) Variazione delle rimanenze	-5,61	-12,25	-4,35	-6,82	-3,69	-0,04%	-45,87%
(B.16) Accantonamenti dell'esercizio	107,40	126,87	92,20	135,46	206,74	2,24%	52,63%
(B.3) (B.4) (B.9) (B.14) Altri costi	337,87	342,01	370,15	383,78	365,83	3,96%	-4,68%
TOTALE VALORE AGGIUNTO (A)- (B)	-14,40	-36,69	-66,03	-53,87	89,65		266,42%
(C) Gestione finanziaria	-42,67	-33,86	-17,76	-16,96	-14,93		11,97%
(D) (E) Gestione straordinaria	96,16	100,14	43,90	54,40	47,94		-11,89%
(Y) Imposte e tasse	200,31	201,06	201,05	199,75	199,80		-0,03%

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. Nel periodo 2013-2017 i contributi in conto esercizio (voce A1 del conto economico) hanno evidenziato un trend in leggero aumento da €8,2 miliardi del 2013 a €8,45 miliardi, ma allo stesso tempo, il meccanismo dell'autofinanziamento previsto dall'art.29 comma 1 lett. b) del d. lgs 118/2011, ha incrementato il proprio impatto (voce A2 del conto economico). Infatti, nel corso del periodo considerato, il valore assoluto della voce A2 è passato da €98,8 milioni del 2013, a €192 milioni del 2016 fino ai €130 milioni del 2017.

Per quanto riguarda i costi della produzione essi sono rimasti sostanzialmente invariati, passando da €9 miliardi del 2013 a €9,2 miliardi del 2017. Tale scostamento, come si approfondirà nel seguito, è dovuto principalmente all'incremento degli accantonamenti per la copertura diretta dei rischi (Autoassicurazione), all'incremento degli accantonamenti per rinnovi contrattuali, all'incremento dei costi per acquisti di prodotti farmaceutici ed emoderivati (+196 milioni tra il 2013-2017) e dei dispositivi medici (+24 milioni nel periodo 2013-2017).

Tra i **costi della produzione**, si evidenziano le seguenti dinamiche:

- **L'acquisto di beni (sanitari e non sanitari)**, che costituiscono il 16% del totale dei costi della produzione, è incrementato del 4% dal 2016 al 2017 trascinato dall'impatto dei prodotti farmaceutici ed emoderivati (+45,7 mln), dai dispositivi medici (+4,9 mln) e dall'acquisto di materiali per la profilassi (+11 mln). In particolare, si evidenzia che il costo per prodotti farmaceutici ed emoderivati è aumentati di 45,7 milioni tra il 2016 e il 2017 e di 196 milioni tra 2013 e 2017. Tale incremento è legato principalmente all'acquisto di farmaci per Epatite C e di farmaci oncologici innovativi;
- **L'acquisto di servizi sanitari**, che pesano per il 39% del totale costi della produzione, registra un decremento dello 0,58%. Esaminando la scomposizione interna di questo aggregato di costo, le due voci più consistenti, B.2.A.12 "Acquisto di prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria" e B.2.A.7 "Acquisto di servizi sanitari per assistenza ospedaliera" hanno registrato rispettivamente un incremento dello 0,16% ed una diminuzione dello 0,31% tra il 2016 ed il 2017. Allo stesso tempo, i costi dell'assistenza farmaceutica (voce B.2.A.2) hanno registrato una diminuzione del 2,49% in costante calo anche osservando i dati relativi al quadriennio (-10,6%). Si segnala inoltre il lieve decremento per acquisti di servizi sanitari per medicina di base per (-1,3 milioni) a seguito delle mancate nuove attivazioni dei servizi di medicina di gruppo integrata;
- Il **costo del personale** incide per circa un terzo sul totale dei costi della produzione (27%) e ha registrato un lieve decremento pari allo 0,48% rispetto al 2016;
- Gli **ammortamenti** risultano in linea con quanto registrato nel 2016, sulla scia della continua stretta sugli investimenti del periodo 2013-2017, che si è parzialmente allentata solo nell'ultimo biennio;
- Gli **accantonamenti di esercizio**, che pesano per circa il 2,24% sul totale dei costi della produzione, hanno registrato nel corso dell'ultimo esercizio un forte aumento pari a +258 milioni passando da un valore di €311 milioni nel 2016 (compresa GSA) ad un valore di €569 milioni (compresa Azienda Zero). Tale variazione è legata principalmente agli accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione) che nel complesso delle

aziende pesavano circa €82 milioni nel 2016 e €212 milioni nel 2017. Il nuovo meccanismo dell'autoassicurazione prevede infatti che siano le aziende a dover rimborsare il danno per importi inferiori ai €500.000.

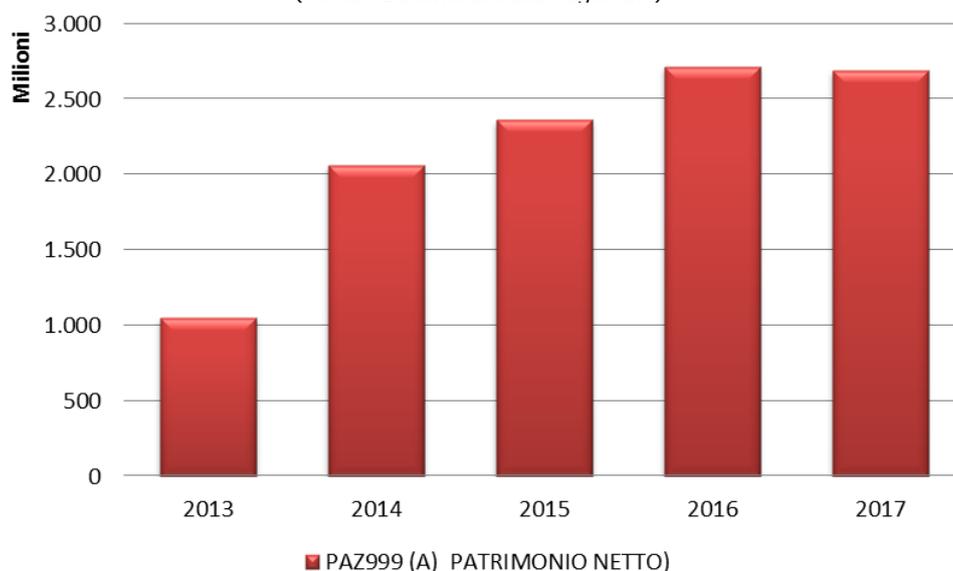
Nel periodo in esame, le voci legate alla **gestione extracaratteristica** e alla **gestione straordinaria** hanno registrato i seguenti andamenti:

- La **gestione finanziaria** (voce C del conto economico), registra un ulteriore miglioramento rispetto all'anno precedente (+11,9%), in linea con il trend dell'ultimo triennio, dovuto al dispiegarsi dei positivi effetti della ricapitalizzazione ex DL 35/2013 e, quindi, al progressivo allineamento delle performance di pagamento agli standard previsti per legge.
- La **gestione straordinaria** (voce E del conto economico), sempre positiva nel periodo 2013-2017, registra una notevole contrazione pari al 11,9% tra il 2016 e il 2017.

Analisi Patrimoniale - Andamento Patrimonio Netto

Il patrimonio netto delle aziende che compongono il SSR è stato oggetto di interventi regionali molto significativi nel corso dell'ultimo quadriennio come ben evidenziato dalla Figura 9.3.

Figura 9.3 –Patrimonio Netto delle Aziende del SSR, inclusa Azienda Zero. Veneto, 2013-2017
(Fonte: Datawarehouse regionale)



Negli ultimi anni sono ben visibili gli effetti della ricapitalizzazione ex DL 35/2013 (2013-2014) e gli interventi regionali 2015 per la copertura dei fondi di dotazione negativi e delle perdite pregresse. Tali interventi hanno consentito l'aumento dei mezzi propri all'interno delle fonti di finanziamento aziendali a lungo termine con il conseguente aumento della solidità patrimoniale del SSR. Si evidenziano in particolare gli incrementi del fondo di dotazione pari a +4,4 milioni tra il 2016 e il 2017 e pari a +234 milioni tra il 2017 e il 2013.

Per quanto concerne i finanziamenti per investimenti, si evidenzia che tra il 2016 e il 2017 essi sono diminuiti di circa 63 milioni mentre tra il 2013 e il 2017 sono aumentati di circa 680 milioni, attestandosi su un valore pari a 2,2 miliardi.

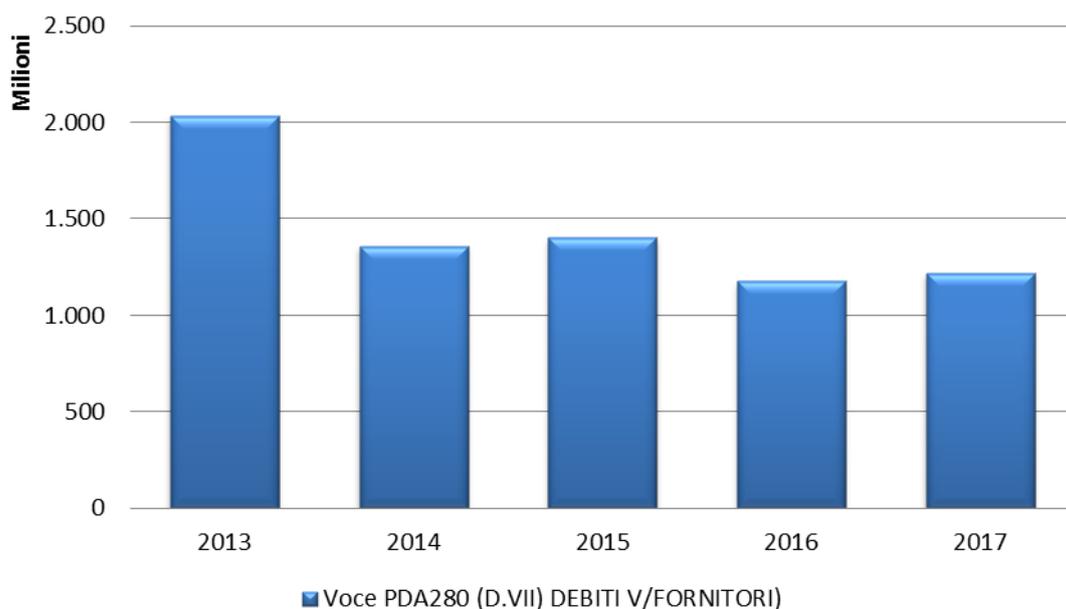
Infine, considerando le perdite portate a nuovo, i rispettivi contributi per ripiano perdite e i risultati d'esercizio di ciascun anno, nel periodo 2013-2017 si è passati da -710 milioni di euro del 2013 a +57 milioni del 2017. Tale miglioramento evidenzia che nel 2013 le risorse da destinare a copertura della perdita non erano sufficienti mentre, nel corso del quinquennio, grazie alla ricapitalizzazione e al miglioramento delle performance economico-finanziarie delle

aziende sanitarie, l'interno sistema è rientrato entro parametri di equilibrio rafforzando la solidità del proprio patrimonio netto.

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. Il valore raggiunto nel 2017 ammonta a circa €1,1 miliardi, in linea con quanto registrato nell'esercizio precedente. Si evidenzia in particolare che il valore dei debiti verso fornitori del 2013 erano pari a circa 2 miliardi mentre nel 2017 lo stock è pari a circa 1,2 miliardi (-810 milioni). Tuttavia, tra il 2016 e il 2017 si è assistito ad un lieve rialzo pari a 31 milioni derivanti principalmente dalle Aziende Ulss 2 Marca Trevigiana, 7 Pedemontana e 9 Scaligera e dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Tale incremento, come si specifica anche nel seguito, non ha inciso sulla tempestività dei pagamenti ed è dovuto principalmente da un generale incremento degli acquisti e, come evidenziato dalle aziende nelle rispettive relazioni sulla gestione, dalle fatture da ricevere al 31/12 nonché da alcune integrazioni legate ad attività che a fine anno erano ancora in fase di elaborazione e rendicontazione (come ad esempio i conguagli) e che spesso presentano importi considerevoli.

Figura 9.4 –Debiti verso fornitori, inclusa Azienda Zero. Veneto, 2013-2017 (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) e nel 2014 (€810 mln) hanno permesso di liberare le risorse finanziarie annualmente a disposizione delle aziende e di avviare il progressivo miglioramento delle performance di pagamento.

L'indice di tempestività dei pagamenti è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, e presenta un valore obiettivo pari a 0. Se l'importo registrato è maggiore di 0, allora il sistema paga oltre i termini di scadenza previsti dalle fatture, viceversa con valori negativi, il pagamento avviene entro i termini massimi. L'indice di tempestività è nettamente migliorato nel corso dell'ultimo periodo con il sistema sanitario che è arrivato a pagare i propri fornitori fino a 12 giorni prima rispetto alla scadenza prevista.

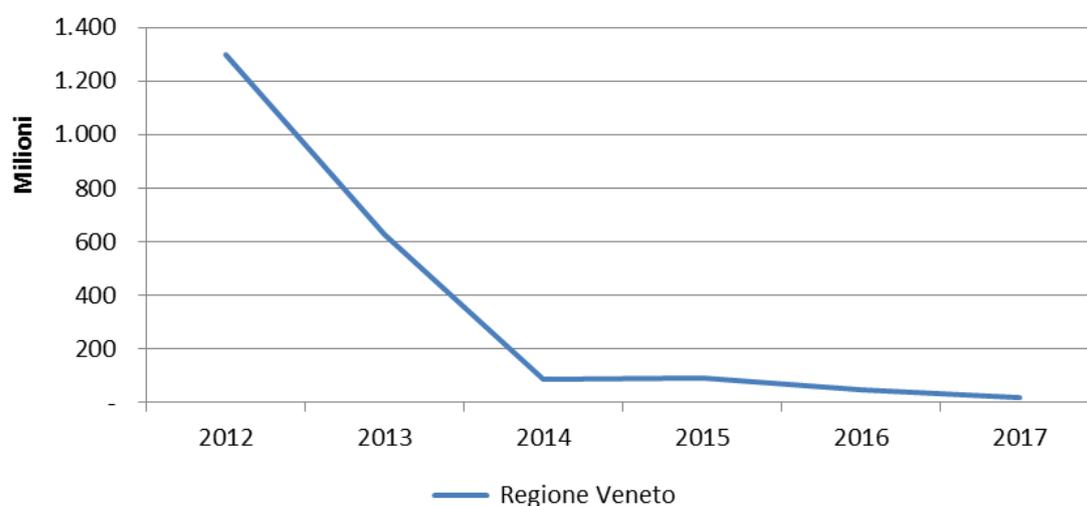
Figura 9.5 –Indice di Tempestività dei Pagamenti. Veneto, 2016-2017 (Fonte: Datawarehouse regionale)



Analisi Patrimoniale - Debito Scaduto

Nel periodo analizzato, anche l'ammontare di debito scaduto si è ridotto notevolmente passando da €1,2 miliardi del 2012 a €20 milioni del 2017. Si segnala che l'aumento registrato tra il 2014 e il 2015 (da 86 milioni a 93 milioni) è dovuto principalmente alla presenza di un contenzioso nel caso di un'azienda ULSS e di problemi organizzativi legati ai tempi di presa in carico e liquidazione di documenti fiscali in un'altra azienda. Entrambe le fattispecie risultano risolte già nel corso del 2016. Il calo complessivo dello stock di debito scaduto registrato tra 2017 e 2016 è pari a circa €26 milioni.

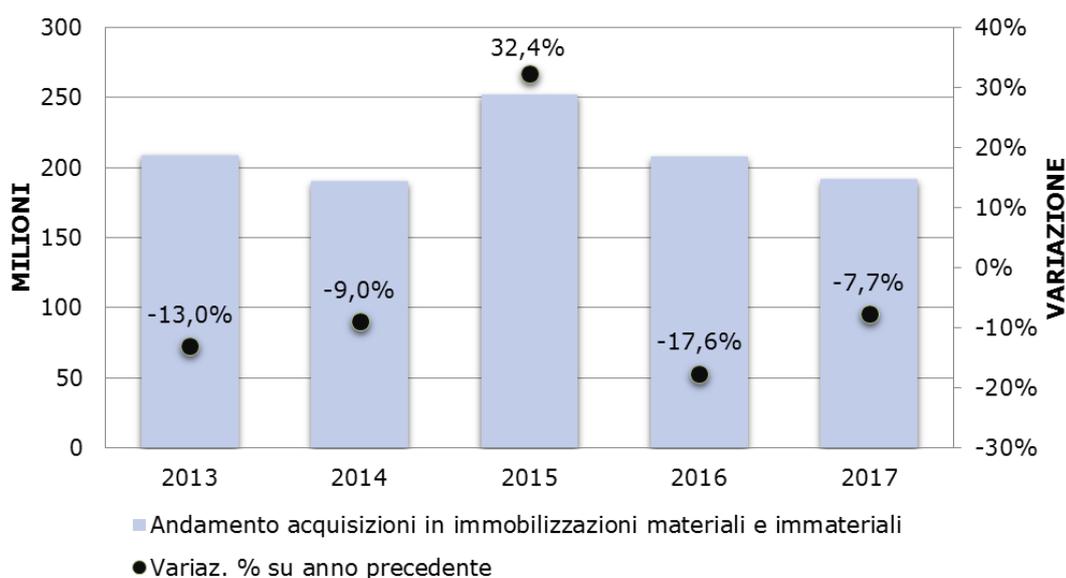
Figura 9.6 – Debito scaduto. Veneto, 2012-2017 (Fonte: Datawarehouse regionale)



Analisi Patrimoniale - Totale Investimenti

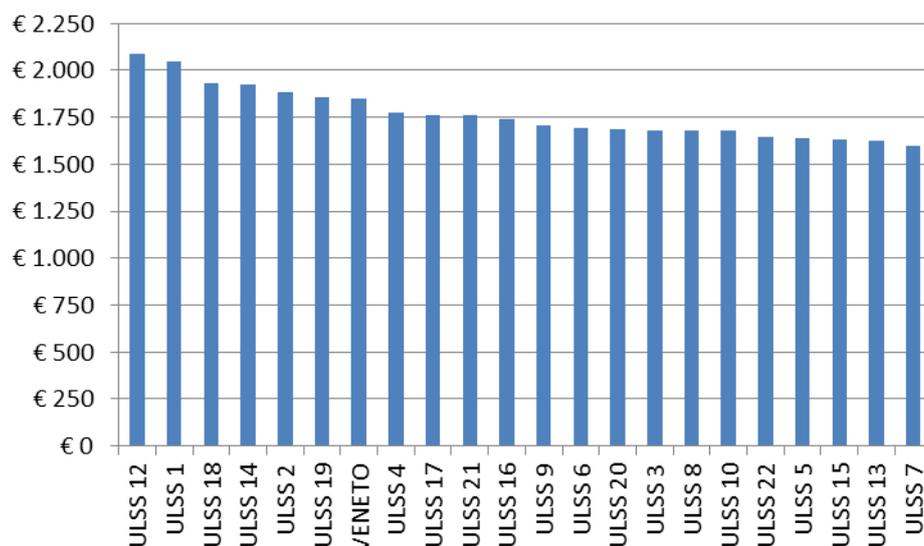
Tra il 2016 e il 2017, l'ammontare degli investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali ha registrato un decremento del 7,7%. In particolare si evidenzia che l'importo di Nuovi Acquisti è pari a €138 milioni nel 2017 mentre nello stesso periodo del 2016 era €155 milioni. L'importo complessivo destinato a Nuove Acquisizioni (comprese le donazioni e le manutenzioni incrementative) è pari a €191 milioni (-15 milioni rispetto al 2016).

Si precisa che nel 2017 le Aziende Sanitarie Venete hanno capitalizzato costi destinati ad investimenti per complessivi €274,9 milioni di cui oltre il 63% destinati all'edilizia, poco più del 23% destinati all'acquisizione di attrezzature sanitarie e circa il 5% finalizzati ad acquisizioni classificabili alla voce "informatica".

Figura 9.7 –Investimenti in Immobilizzazioni. Veneto, 2013-2017 (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.

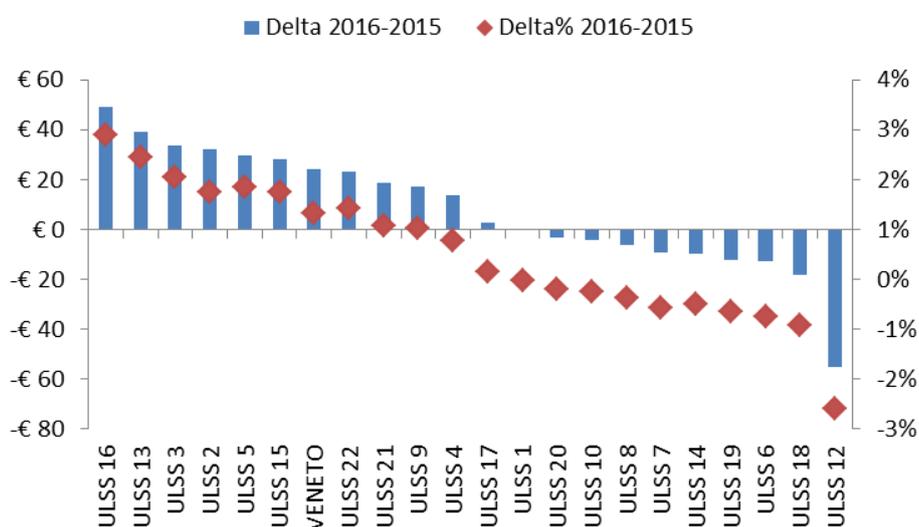
Figura 9.8 –Costo sanitario pro-capite. Veneto, 2016 (Fonte: Datawarehouse regionale)

A livello regionale consolidato il costo pro-capite è passato da 1.825€ nel 2015 a 1.849€ nel 2016 con un incremento di 24€ (+1,3%). La variabilità nelle variazioni assolute del costo pro-

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.

capite è accentuata nelle 21 ex-aziende sanitarie ULSS della regione: l'incremento massimo è registrato dall'Ulss n. 16 Padova con un incremento nel 2016 rispetto all'anno precedente di 49€ (+2,9%) mentre il decremento più alto è segnato dall'Ulss n. 12 Venezia con -55€ pro-capite (-2,6%).

Figura 9.9 –Costo sanitario pro-capite differenza del 2016 contro il 2015, Veneto
(Fonte: Datawarehouse regionale)



I costi dell'assistenza distrettuale e ospedaliera sono pressoché stabili tra il 2015 e il 2016 (rispettivamente +1,02% e +0,76%). Si osserva invece un aumento dei costi della prevenzione nel 2016 pari al +8,7% rispetto all'anno precedente. Va però tenuto in considerazione che i costi si distribuiscono per il 54% all'assistenza distrettuale, per il 42% 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 aumentati soprattutto per l'attività di prevenzione rivolta alle persone anche per effetto dell'intensificazione dell'attività vaccinale. I costi dell'assistenza ospedaliera sono aumentati dello 0,76% nel 2016. In riferimento al consumo di beni sanitari, l'incremento (+2%) risulta concentrato nelle due Aziende Ospedaliere per effetto di un incremento dell'attività sia extra-regionale che intra-regionale. Complessivamente la variazione della spesa per l'assistenza distrettuale tra il 2016 e il 2015 si attesta attorno al +1,02%. Nel 2016 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 DPC).

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: bilanciossr@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

9.3 Procedure di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi

La centralizzazione degli acquisti di beni e servizi sanitari e non sanitari rappresenta una realtà ormai consolidata nella Regione del Veneto. Proseguendo l'esperienza del Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità (ex Centro Regionale Acquisti per la Sanità), istituito con DGR n. 2370/2011, avente anche funzione di Centrale di Committenza, nonché, successivamente, di Soggetto Aggregatore ai sensi degli articoli 3, comma 34 e 33, del decreto legislativo 163/2006 e ss.mm.ii. allora vigente, del D.L. n. 66 del 24 aprile 2014, convertito, con modificazioni, con legge 23 giugno 2014, n. 89 e della DGR n. 1600/2015, anche l'Unità Organizzativa Acquisti Centralizzati SSR-CRAV, che ha assorbito le funzioni del CRAS a seguito della DGR n. 1309/2016, ha operato efficacemente per l'acquisto di beni e servizi caratterizzati da un alto grado di standardizzazione, da un'elevata omogeneità di utilizzo, nonché per gli acquisti strategici finalizzati al raggiungimento di obiettivi regionali rilevanti.

Con la DGR n. 129/2016 è stato adottato il programma biennale 2016-2017 di attività relativo alle procedure di gara centralizzate a livello regionale, assegnate al Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità in qualità di Centrale di Committenza/Soggetto Aggregatore, integrato con ulteriori procedure di gara che sono state assegnate con atti del Direttore dell'Area Sanità e Sociale, sulla base di nuove esigenze di acquisto centralizzato che sono sorte nel corso del biennio in questione. Tale programma, con l'assorbimento del CRAS nell'U.O. Acquisti Centralizzati SSR-CRAV, è stato adottato e proseguito da quest'ultima struttura regionale, nella veste detta di Centrale di Committenza e Soggetto Aggregatore nel perseguimento delle finalità strategiche sopra descritte.

Con la Legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 *"Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato – Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS"*, la Regione del Veneto ha istituito l'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.

L'articolo 2 della citata L.R.19/2016, che individua le funzioni attribuite ad Azienda Zero, al comma 1, lett. g), punto 1), contempla: *"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), come previsto secondo un regolamento approvato dalla Giunta regionale"*.

Con le DD.GG.RR. n. 563 del 28 aprile 2017, n. 733 del 29 maggio 2017 e n. 1940 del 27 novembre 2017, in attuazione della Legge Regionale n. 19/2016, è stato disposto che, a far data dal primo gennaio 2018, i rapporti giuridici facenti capo, alla data del 31 dicembre 2017, alla Regione del Veneto in dipendenza di procedure in corso relative ad acquisti centralizzati posti in essere dalla U.O. Acquisti Centralizzati SSR CRAV, si intendono definitivamente trasferiti in capo ad Azienda Zero.

In particolare con la DGRV n.733/2017 è stato disposto di trasferire dalla Regione Veneto all'Azienda Zero la Centrale Regionale Acquisti per la Regione Veneto (U.O.C. CRAV), soggetto aggregatore ai sensi dell'articolo 9, comma 1, decreto legge n. 66 del 2014, convertito con legge del 23 giugno 2014 n. 89, inserito nell'elenco ANAC dei soggetti aggregatori da ultimo con delibera ANAC 784/2016.

Con la citata DGR n. 1940/2017, come previsto dall'articolo 2 della L.R. 19/2016, è stato approvato il "Regolamento per la gestione degli acquisti centralizzati di Azienda Zero", cui è subordinato l'effettivo ed efficace trasferimento delle funzioni previste dalla medesima fonte normativa in tema di acquisti centralizzati, nonché quelle derivanti dalla funzione di Soggetto Aggregatore regionale.

Si evidenzia che nel 2017 l'attività di centralizzazione di gare, favorita anche dal processo di riorganizzazione delle aziende sanitarie e dall'istituzione di Azienda Zero, ha comportato un risultato positivo, in termini razionalizzazione della spesa, per un importo totale pari a 2.907.522.640,49 € IVA esclusa di gare aggiudicate (importo riferito alla durata contrattuale più le eventuali opzioni di rinnovo e proroga).

Tabella 9.2– Alcuni dati sui risparmi ottenuti riferiti a prodotti di forte impatto economico a livello regionale. Veneto, 2017

Oggetto procedura	Importo aggiudicato complessivo con opzioni (IVA esclusa)	Durata contratto	Opzione rinnovo	Opzione proroga	Risparmio
Appalto specifico per la fornitura di farmaci, lotti in concorrenza ed esclusivi, per le Aziende Sanitarie della Regione del Veneto. Rif Interno 2017.001.03. N. di gara 6865946.	2.485.079.348,40	24	12	6	175.118.710,01
Appalto specifico per la fornitura di Vaccini diversi per le Aziende Sanitarie della Regione del Veneto.	90.512.040,36	36		6	85.552,88
Procedura negoziata per la fornitura di Farmaci in esclusiva in fabbisogno alle Aziende Sanitarie e all'Istituto IRCCS IOV della Regione del Veneto 2	46.447.653,08	12	12	6	83.991,24
Gara d'appalto telematica a mezzo procedura aperta per l'affidamento della fornitura di TAC e Risonanze Magnetiche per i fabbisogni delle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto e della Regione Lombardia, per la durata complessiva di tre anni, con opzione di proroga per ulteriori 6 mesi, suddivisa in n. 5 lotti funzionali.	34.159.940,00	36		6	10.480.060,00
Appalto specifico per la fornitura di vaccini antinfluenzali, del vaccino esavalente e rotavirus per le aziende sanitarie della Regione del Veneto	25.930.583,10	36	12	6	3.811.334,95
Procedura aperta per l'affidamento della fornitura di protesi vascolari e, mediante accordo quadro, di protesi endovascolari in fabbisogno alle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto.	25.157.770,75	36		6	1.589.841,75
Procedura aperta per la fornitura di farmaci, lotti in concorrenza, in fabbisogno alle Aziende Sanitarie e all' Istituto IRCCS IOV della Regione del Veneto 2	19.627.076,99	12		6	7.111.960,03
Gara d'appalto a mezzo procedura aperta per l'affidamento della fornitura di Ecografi per i fabbisogni delle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto, per la durata di due anni. Suddivisa in n.11 lotti funzionali. Indizione e approvazione dei documenti di gara.	13.127.197,20	24			10.143.442,80
Gara d'appalto a mezzo procedura aperta per l'affidamento della fornitura di Impianti cocleari per i fabbisogni delle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto, per la durata di tre anni.	12.200.755,00	36		6	983.745,00

Oggetto procedura	Importo aggiudicato complessivo con opzioni (IVA esclusa)	Durata contratto	Opzione rinnovo	Opzione proroga	Risparmio
Procedura aperta telematica per l'affidamento della fornitura, mediante accordo quadro, di dispositivi per stomie, in ambito ospedaliero e domiciliare	10.817.704,35	24		6	5.824.917,72
Procedura aperta per la fornitura di dispositivi per prelievi biologici e loro trasporti in fabbisogno alle Aziende Sanitarie e all'IRCCS IOV della Regione Veneto	10.076.292,46	36		6	1.675.576,66
Procedura aperta per l'affidamento, per la durata di 60 mesi, dei servizi di gestione operativa delle reti automatiche di monitoraggio dell'ARPAV. N. di gara 6516277	8.548.324,40	60		6	1.126.175,60
Gara d' appalto a mezzo procedura aperta per l' affidamento della fornitura in convenzione di ausili previsti dal Nomenclatore Tariffario Nazionale ex DM n. 332 del 27/8/1999 - elenchi n. 2 e 3 - a favore della Regione del Veneto, per la durata di tre anni	8.348.405,28	36		6	3.102.289,58
Gara d'appalto per l'affidamento del servizio di servizio di portierato/reception e presidio presso l'autofficina regionale e servizi ausiliari vari a favore della Regione del Veneto.	4.507.513,92	36	36		163.857,33
Procedura aperta telematica per l'affidamento, per la durata di tre anni, con facoltà di rinnovo di due anni e opzione di proroga tecnica di 180 giorni, dei servizi di Design e Demand management per la Regione del Veneto	3.872.000,00	36	24	6	1.936.000,00
Procedura aperta telematica per la fornitura di sistemi analitici per la ricerca del sangue occulto nelle feci in fabbisogno alle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto	3.617.716,57	36	24	6	60.258,83
Procedura Aperta per la Fornitura di Materiale per Ortopedia in Fabbisogno alle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto.	3.386.530,11	36		6	449.225,10
Gara d' appalto a mezzo procedura aperta per l' affidamento della fornitura di protesi mammarie ed espansori mammari e tissutali a favore delle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto, per la durata di due anni. Suddivisa in n. 5 lotti funzionali. N° di gara 6493603.	2.746.270,00	24		6	244.880,00
Gara d'appalto, a mezzo procedura aperta, per l'acquisizione, per la durata di tre anni (con facoltà di rinnovo per ulteriori due anni nonché di proroga tecnica di 180 giorni), della licenza d'uso di un sistema di classificazione del case-mix territoriale e dei servizi a supporto per la Regione del Veneto, la Regione Friuli Venezia Giulia, la Regione Toscana, la Provincia Autonoma di Trento, la Provincia Autonoma di Bolzano. CIG: 6918943C60	2.287.659,00	36	24	6	706.448,50
Procedura aperta telematica per l'affidamento, per la durata di cinque anni, con facoltà di rinnovo di tre anni, del servizio di acquisizione ed uso del sistema informativo a supporto della ROV.	2.218.000,00	60	36	6	2.607.000,00

Oggetto procedura	Importo aggiudicato complessivo con opzioni (IVA esclusa)	Durata contratto	Opzione rinnovo	Opzione proroga	Risparmio
Gara d'appalto a mezzo procedura aperta per l'affidamento - per la durata di 36 mesi (con l'opzione di eventuale proroga di 12 mesi) - dei servizi di telefonia mobile per la Giunta Regionale del Veneto	1.217.669,63	36	12		132.330,37
Procedura Aperta per la fornitura di Aghi Speciali in fabbisogno alle Aziende Sanitarie della Regione Veneto	982.167,20	36		6	
Gara d'appalto a mezzo procedura aperta per l'affidamento per la durata di tre anni (con facoltà di rinnovo per ulteriori due anni nonché di proroga tecnica di 180 giorni) del Servizio di implementazione, manutenzione e assistenza del Sistema Informativo Anagrafe Vaccinale Regionale (SIAVr) e servizio SMS	804.090,00	36	24	6	271.826,67
Gara d'appalto a mezzo procedura aperta per l'affidamento - per la durata di 48 mesi (con l'opzione di proroga tecnica di 180 giorni) - dei servizi di manutenzione e gestione delle apparecchiature per analisi ambientale di ARPAV di alta ed altissima tecnologia, suddivisa in n. 6 lotti funzionali. N. di gara 6635196	371.070,00	48		6	180,00
Procedura aperta, per la fornitura di Apparecchiature di telemedicina per Istituti Penitenziari del Veneto. La procedura di gara (divisa in due lotti) prevede l'acquisto di un Ortopantomografo digitale, un Apparecchio radiologico portatile e un Apparecchio radiologico multifunzione a favore di alcune Aziende Sanitarie della Regione del Veneto, da destinare agli Istituti Penitenziari del Veneto.	370.400,00				206.200,00
Gara d'appalto a mezzo procedura aperta per l'affidamento della fornitura di sistemi per la perfusione d'organi prelevati a cuore fermo in fabbisogno alle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto, per la durata complessiva di 18 mesi, suddivisa in 3 lotti funzionali	36.000,00	18			64.000,00

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC CRAV – Azienda Zero

Passaggio Gaudenzio, 1, 35131 Padova (PD)

Telefono: 049-8778283/85

e_mail: crav@azero.veneto.it protocollo.azero@pecveneto.it

10. La valutazione della performance del SSR

10.1 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 (Paragrafo 4.4.1– pag 130).

Quadro di sintesi

Dal 2012 il Veneto è inserito nel Network del "Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali" cui aderiscono anche Lombardia, Toscana, Emilia, Friuli Venezia Giulia, Province autonome di Trento e Bolzano, Marche, Umbria, Liguria, Puglia e Calabria.

Il progetto, mirato all'analisi e alla valutazione dei singoli sistemi sanitari regionali, è coordinato dal laboratorio MeS (Management in Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e si basa su alcuni principi fondamentali fra cui: l'adesione volontaria, la valutazione ed il confronto come parte essenziale della strategia, la condivisione e la discussione fra le Regioni dei principali obiettivi strategici, tramite la scelta degli indicatori più appropriati.

Il progetto si caratterizza per la multidimensionalità delle analisi, con molteplici indicatori che presidiano sei principali dimensioni: stato di salute della popolazione, capacità di perseguimento delle strategie regionali, valutazione sociosanitaria, valutazione esterna, valutazione interna e valutazione economico finanziaria.

I risultati degli indicatori appartenenti a ciascuna dimensione sono sinteticamente rappresentati con un grafico a bersaglio, costituito da 5 fasce colorate che, dall'esterno all'interno, sono: rossa per performance molto scarsa, arancione se inferiore alla media, gialla per performance in media, verde per performance buona e verde scuro per quella ottima.

Nell'anno 2018 sono stati calcolati e trasmessi al Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa, dalla Regione del Veneto, 96 indicatori, relativi all'anno 2017, per i quali il benchmark con le altre Regioni aderenti al Network ha fornito una valutazione sulla performance del sistema sanitario regionale e delle singole aziende; sono stati inoltre trasmessi 112 indicatori di osservazione per i quali non è prevista una valutazione, ma che continuano ad essere attenzionati attraverso un monitoraggio costante.

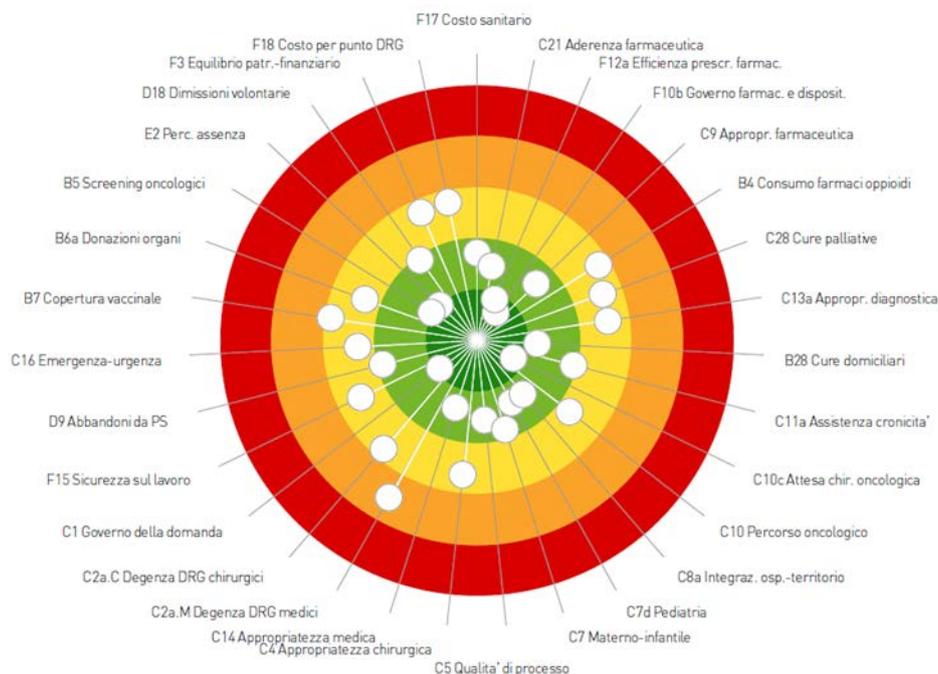
La performance della Regione del Veneto risulta sopra la media delle regioni del Network nel 58% degli indicatori, di cui il 44% si colloca in una fascia di ottima performance.

Nel 26% degli indicatori il Veneto risulta essere nella media e, solamente per 15 indicatori (16%), risulta avere una performance inferiore alla media, in particolare 1 solo indicatore ricade in area critica (performance pessima): Grado di copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese (benché il trend dimostri un miglioramento).

La Figura 10.1 riporta la rappresentazione del Bersaglio relativo ai dati della Regione Veneto per l'anno 2017. Come emerge dalla figura, la maggioranza degli indicatori si collocano nella

fascia centrale del Bersaglio, indicando performance buone o molto buone che pongono la Sanità Veneta fra le migliori performance regionali.

Figura 10.1 – Grafico Bersaglio. Veneto, 2017



Nell'anno 2017 la Regione Veneto ha ottenuto ottimi risultati in termini di:

- Tasso di ospedalizzazione (ricoveri acuti in regime ordinario e ricoveri diurni medici ed ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali)
- Tasso di ospedalizzazione DRG LEA (altamente inappropriati)
- Tasso di ospedalizzazione pediatrica (totale e per patologie come l'asma)
- Tempi di attesa per chirurgia oncologica
- Cure domiciliari
- Compliance e Appropriatazza farmaceutica
- Appropriatazza chirurgica e medica
- Efficacia assistenziale nelle patologie croniche come lo scompenso cardiaco

Nella fascia superiore alla media o medio alta delle performance del Network si collocano anche indicatori che riguardano l'adesione allo screening mammografico e coloretale.

Un trend in miglioramento è osservabile relativamente ad alcuni indici quali la degenza media medica e chirurgica, laddove, tuttavia, la performance regionale è ulteriormente ottimizzabile.

Tra le aree di appropriatezza prescrittiva diagnostica permane da monitorare l'indicatore relativo alle RMN articolari negli over 65, probabilmente influenzato, all'interno del Network, da modelli e provvedimenti organizzativi diversificati.

Analisi del trend

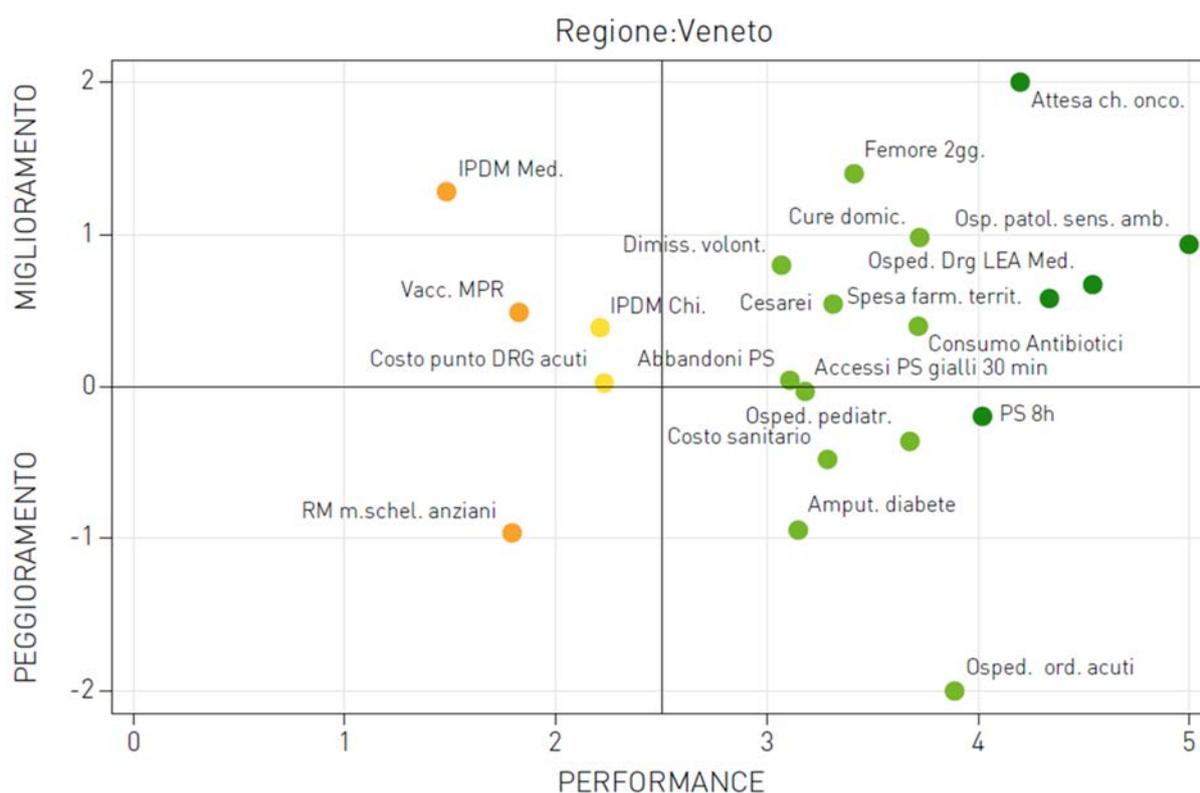
Dall'analisi del trend su 96 indicatori, si confermano le ottime performance ottenute dalla Regione Veneto già negli anni precedenti e si evidenziano ulteriori miglioramenti; in particolare si è avuto un miglioramento nel 63,5% (N. 61) degli indicatori, nel 15,6% (N. 15) degli indicatori la situazione è risultata stazionaria e nel 20,8% (N.20) degli indicatori si è avuto un

peggioramento (per questi ultimi il 30% degli indicatori rimane in una fascia di valutazione di ottima/buona performance rispetto al Network).

La Figura 10.2 mette in relazione in una mappa fatta da 4 quadranti, la capacità di miglioramento per ogni indicatore rispetto al 2017 e la performance (colore del pallino) con il punteggio relativo alla fascia di valutazione dell'anno 2017.

Se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra, presenta una ottima performance, sia in termini di posizionamento rispetto alle altre Regioni, sia in termini di capacità di miglioramento dal 2016 al 2017; se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che l'indicatore è migliorato dal 2016 al 2017 ma non ha ancora conseguito un buon risultato in termini di performance 2017 e si colloca, pertanto, "sulla strada giusta" (Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia), Indice di performance degenza media - DRG medici e DRG Chirurgici). Nel caso in cui l'indicatore sia posizionato nel quadrante in basso a destra, ottiene una buona valutazione, ossia persegue un buon risultato nel 2017 ma registra un trend peggiore rispetto alle altre Regioni e si pone, quindi, in una situazione di "attenzione". Se, infine, il dato si trova nel quadrante in basso a sinistra (Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti \geq 65 anni), risulta un'"area da migliorare", perché la valutazione è inferiore rispetto alle altre Regioni e con trend in peggioramento.

Figura 10.2- Mappa di performance e trend (2016-2017), Veneto



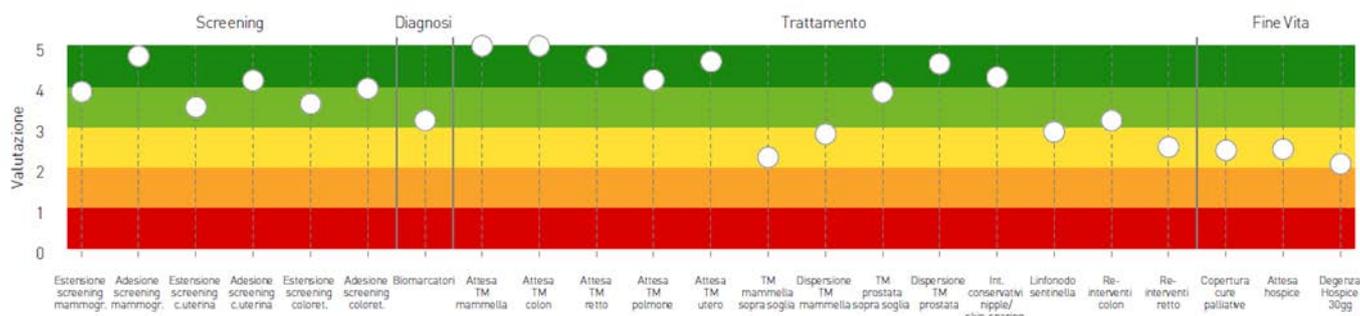
La lettura degli indicatori per percorso: il percorso Oncologico-Regione Veneto

Nella Figura 10.3 vengono presentati i risultati degli indicatori sotto forma di pentagramma, suddiviso in cinque fasce di valutazione – articolati nelle diverse fasi (le "battute" del pentagramma): le "note" del pentagramma riproducono i singoli indicatori; con l'obiettivo di analizzare i risultati considerando non il soggetto erogatore dei servizi ma l'utente a cui sono rivolti, durante tutto il suo percorso assistenziale.

Anche l'analisi per percorso assistenziale dell'area oncologica, registra ottimi 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 (dato in miglioramento tra il 2016 e 2017).

Figura 10.3- Il percorso oncologico. Veneto, 2017



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.ssup.it/netval

Recapiti per ulteriori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri - Azienda Zero
 Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
 Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
 e-mail: ser@azero.veneto.it

10.2 Obiettivi di performance aziendali

Quadro di sintesi

La Regione Veneto assegna, nell'ambito del più ampio sistema di strumenti di governo, obiettivi specifici annuali ai Direttori Generali. 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.

Questo sviluppo si intreccia ad altri atti della Regione Veneto quali la definizione del PSSR 2012-2016, la programmazione pluriennale del finanziamento delle Aziende e la definizione di specifici tetti sui costi, la disciplina del contratto tipo per i Direttori Generali e la regolamentazione di quanto previsto nel PSSR con riferimento alla 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. Di particolare rilevanza, perché innovative rispetto agli anni precedenti, sono la fase di Monitoraggio Infrannuale e la Valutazione.

Durante l'anno 2017 sono stati effettuati tre cicli di incontri tra la Dirigenza Regionale e le singole Direzioni delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Durante tali incontri i vertici aziendali e regionali hanno discusso delle evidenze disponibili dando vita ad un virtuoso meccanismo di indagine delle cause delle performance e delle possibili azioni migliorative. A supporto di questo delicato processo, è stato reso disponibile un sistema di reportistica per le aziende nel quale vengono rappresentati i dati calcolabili con sistematicità. Tale sistema di

indicatori conta molte decine di misure che vengono rappresentate unitariamente in un solo report per le aziende, 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 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 nello specifico incontro durante il quale si analizzano i dati di preconsuntivo, da parte di ciascun responsabile regionale con riferimento agli obiettivi di propria competenza, 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, a seguito della conclusione da parte dei singoli dirigenti regionali della misurazione degli indicatori di competenza, è in fase di adozione la deliberazione di Giunta di approvazione della valutazione degli obiettivi di riferimento.

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.

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

11. Il Fascicolo Sanitario Elettronico

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

La Regione del Veneto dovrà sviluppare, con investimenti specifici, il Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico in raccordo con il livello nazionale (Paragrafo 4.4.2.)

Quadro di sintesi

Ciascuna Azienda Sanitaria ed Ospedaliera ha consolidato nel 2015 il processo di digitalizzazione della documentazione clinica, necessario per rendere operativo il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale, in stretto raccordo con i servizi informativi della Regione e con il Consorzio Arsenà.IT.

Il completamento della dematerializzazione delle prescrizioni specialistiche ha consentito di sviluppare dei progetti innovativi di interoperabilità nella gestione delle prenotazioni, e nella riduzione del carico burocratico, organizzativo, e i tempi di accesso alle visite ed alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

La Giunta regionale del Veneto nel 2012 ha approvato il Progetto “Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSEr)”, al fine di introdurre in modo integrale e sistematico la comunicazione elettronica nei servizi sanitari (diagnostici, clinici, di analisi, di trasmissione e certificazione elettronica), amministrativi e tecnici delle Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto attraverso l’impiego di procedure digitali in grado di dialogare e interfacciarsi nell’ambito dell’intera rete regionale sociosanitaria. Il termine per la realizzazione del progetto è stato fissato al 31 dicembre 2016 sulla base del Piano delle attività previsto dalla DGR n. 2703 del 29/12/2014 (Allegato A).

A livello nazionale il 26 novembre 2015 è entrato in vigore il DPCM n. 178 del 29 settembre 2015, contenente il regolamento attuativo per la realizzazione del FSE. Il provvedimento prevede che tutti i cittadini italiani possano usufruire di un fascicolo sanitario personale nel quale vengano raccolti in maniera strutturata la storia clinica, i dati e le informazioni sanitarie, nel completo rispetto della normativa in materia di privacy.

Il FSEr permetterà ai residenti in Veneto di accedere ai propri dati sanitari in maniera sicura e semplificata e, ai manager sanitari, di introdurre nuovi modelli organizzativi e percorsi innovativi di continuità delle cure, proprio a partire dai dati di salute della popolazione. La disponibilità dei documenti clinico-sanitari in formato elettronico ha piena validità legale e costituisce presupposto imprescindibile per il trattamento informatizzato dei dati all’interno del FSEr nel rispetto della normativa sulla privacy.

La realizzazione degli obiettivi del progetto FSEr, guidati dal 2015 ad oggi dalla filosofia “Sanità km zero”, ha come requisito fondamentale il coinvolgimento diretto degli operatori delle Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto e dei cittadini, in raccordo con gli uffici regionali, di Azienda Zero e del Consorzio Arsenà.IT.

All’interno del progetto, Arsenà.IT si occupa di:

- erogare a beneficio delle Aziende ULSS ed Ospedaliere i servizi di coordinamento gestionale, dirigere lavori e assistenza agli avviamenti con verifica e validazione degli standard adottati per il raggiungimento degli obiettivi del progetto esecutivo;

- gestire presso ciascuna Azienda ULSS ed Ospedaliera il servizio di attestazione (labelling informatico) della corretta applicazione degli standard informatici approvati dalla Regione del Veneto e applicati ai rispettivi software aziendali;
- supportare la gestione economico-finanziaria e amministrativa del progetto.

Nel corso del 2015, seguendo l'iter condiviso da progetto di stesura delle specifiche tecniche, linee guida di riferimento, approvazione, validazione degli applicativi aziendali e regionali e messa in produzione dei servizi, si sono raggiunti i seguenti obiettivi:

- completamento del ciclo prescrittivo-erogativo delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche dematerializzate in tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere;
- avviamento delle attività per la messa in produzione della nuova infrastruttura regionale del FSEr per adempiere alla normativa di riferimento (in prima istanza all'art. 27 del DPCM n. 178 del 29 settembre 2015). È stata inoltre consolidata l'infrastruttura di sicurezza regionale per l'autenticazione degli operatori nel FSE già implementata nel 2014 e l'infrastruttura per la dematerializzazione della ricetta rossa;
- avviamento del rilascio, il primo fra tutti i previsti, della raccolta e gestione dei consensi FSE e l'implementazione dell'infrastruttura per l'interoperabilità dei CUP;
- consolidamento, ed in molti casi ampliamento, da parte delle singole Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, del processo di digitalizzazione della documentazione clinica richiesta dal DPCM come "nucleo minimo" per lo scambio documentale nel FSE;
- avviamento, grazie ai primi rilasci della nuova infrastruttura regionale per il fascicolo, in via sperimentale presso la ULSS 1, del primo servizio "Sanità km zero" - "Oltre il CUP" (MMG/PLS prescrittore, contestualmente alla prescrizione dematerializzata, può fornire direttamente al paziente la prima data utile per la visita specialistica/esame strumentale, evitando l'accesso al CUP e riducendo i tempi di erogazione delle cure).
- formazione dei MMG/PLS e medici interni e realizzazione di una campagna di comunicazione e promozione per sensibilizzare i cittadini e gli operatori rispetto alle iniziative di progetto già avviate e in programmazione per il 2016.

Nel corso del 2016 le aziende hanno avviato le attività propedeutiche all'indicizzazione dei documenti digitali nel FSE regionale. Nello specifico si tratta dei documenti in regime ambulatoriale quali referti di medicina di laboratorio, radiologia, anatomia patologica, ma anche lettere di dimissione, verbali di pronto soccorso e operatori, nonché i documenti di consenso e le prescrizioni dematerializzate farmaceutiche e specialistiche. Attività, questa, che porterà all'incremento del numero e della tipologia di documenti disponibili nel Fascicolo (già nel 2016 erano presenti 66.000.000 di ricette digitali pari al 93,5% delle ricette farmaceutiche e il 93,1% delle ricette specialistiche).

Contemporaneamente è stata avviata l'iniziativa pilota "ECO farmacie" in 6 ex Ulss sperimentatrici e 97 farmacie, che consente ai cittadini di recarsi in farmacia con il proprio smartphone (App Sanità km zero) o la tessera sanitaria per ritirare i farmaci prescritti previo il rilascio del consenso al proprio MMG. Tale iniziativa ha visto l'avviamento di una campagna di comunicazione specifica e l'attivazione del Fascicolo per 19.500 cittadini e oltre 2.800 accessi all'App Sanità km zero.

Grazie alle attività propedeutiche avviate dalle Aziende nel 2016, a partire dal 2017 è stato avviato il processo di indicizzazione dei documenti clinici prodotti dalle singole aziende, rendendo disponibili circa 200 milioni di documenti digitali (oltre 120 milioni di ricette

farmaceutiche, circa 64 milioni di ricette specialistiche, oltre 6 milioni di referti di laboratorio in formato strutturato, 2 milioni di referti di radiologia, 1.600.000 verbali di pronto soccorso, 550.000.000 lettere di dimissione ospedaliera, circa 500.000 referti di visita specialistica, 300.000 di anatomia patologica e 250.000 verbali operatori).

Nel 2017 la sperimentazione di ECO-Farmacia è stata estesa a tutti gli MMG della Regione che avessero espresso la volontà di aderire all'iniziativa. Per questo motivo sono state svolte azioni di consolidamento dei servizi delle applicazioni "Sanità km zero" e "Farmacia km zero" (app che consente al farmacista di gestire l'erogazione delle ricette da smartphone) e sono stati formati oltre 3.000 operatori tra MMG, farmacisti e personale di distretto. L'estensione della sperimentazione ha portato alla raccolta di oltre 300.000 consensi e all'attivazione di 72.000 identità digitali necessarie all'utilizzo dei servizi. Nel 2017 oltre 45.000 cittadini hanno utilizzato l'applicazione mobile "Sanità km zero".

Sono stati inoltre consolidati i servizi regionali per l'interoperabilità dei CUP e completate le attività di adeguamento dei sistemi in tutte le Aziende sanitarie. Inoltre, è stata avviata una sperimentazione con i medici di medicina generale per il recupero dei documenti clinici dal FSEr, attività che vedrà il deployment nel 2018.

Sempre nel 2017 un'importante attività del progetto FSE, e di conseguenza dell'intero sistema socio-sanitario regionale, è stata la realizzazione dei servizi per l'interoperabilità nazionale, come richiesto nei decreti e documenti di linee guida emessi da parte dei ministeri di competenza e AgID; a dicembre sono stati inoltre avviati i primi test che nel corso del 2018 porteranno alla condivisione dei documenti clinici del FSE attraverso l'Infrastruttura Nazionale di Interoperabilità (INI).

Infine, contemporaneamente a queste attività, sono stati analizzati ulteriori servizi per cittadini ed operatori, in primis la realizzazione di un portale regionale per la gestione dei propri dati e documenti clinici, oltre che l'evoluzione del sistema con l'introduzione di strumenti di appropriatezza e di big data analytics, in linea con quanto verrà definito nel PSSR.

Approfondimenti

[DPCM n. 178 del 29 settembre 2015](#) "Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico".

[DGR n. 2703 del 29 dicembre 2014](#) "Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale: rimodulazione delle attività progettuali e proroga del termine".

[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".

[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

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Sistema Informativo SSR

Palazzo Molin – San Polo, 2514 – 30125 Venezia

Telefono: 041 2793402

e-mail: sistemainformativo.sanita@regione.veneto.it

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO



AZIENDA
Z E R O

Pubblicazione a cura di
Azienda Zero – Regione del Veneto
UOC SER Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 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/>