



REGIONE DEL VENETO

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto



Anno 2014
(dati 2012-2013)

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto

Anno 2014
(dati 2012-2013)



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

Pubblicazione a cura della Giunta Regionale del Veneto

Area Sanità e Sociale

Sezione Controlli governo e personale SSR

SER Sistema Epidemiologico Regionale

Le libertà per l'utente



L'utente è libero di riprodurre, distribuire, comunicare ed esporre in pubblico quest'opera o singole parti di essa

alle seguenti condizioni:



Attribuzione: l'utente deve attribuire la paternità dell'opera alla Giunta Regionale del Veneto

Area Sanità e Sociale

Sezione Controlli governo e personale SSR

SER Sistema Epidemiologico Regionale

in modo tale da non suggerire un avallo delle strutture regionali dell'utente stesso e del modo in cui usa l'opera.



Non commerciale: l'utente non può usare quest'opera per fini commerciali.



Condivisione allo stesso modo: l'utente che alteri o trasformi quest'opera, o la usi per crearne un'altra, può distribuire l'opera risultante solo con una licenza identica o equivalente a questa.

Ogni volta che l'utente usa o distribuisce quest'opera, deve farlo secondo i termini di questa licenza, che va comunicata con chiarezza. Questa licenza lascia impregiudicati i diritti morali. Le utilizzazioni consentite dalle norme sul diritto di autore e gli altri diritti non sono in alcun modo limitati da quanto sopra.

Introduzione alla Relazione Socio Sanitaria 2014 della Regione del Veneto

La Relazione Socio Sanitaria 2014, relativa al biennio 2012-2013, ha lo scopo di monitorare le prime fasi di attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016. I riferimenti d'obbligo sono, dunque, quelli normativi ed istituzionali rappresentati dal Piano SSR, dal conseguente adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate e dalla contestuale definizione delle schede di dotazione territoriali, attività che hanno impegnato la Giunta ed il Consiglio Regionale nel 2012 e nel 2013. Va sottolineata la rilevanza del quadro economico, sia per la riduzione dei contributi statali per l'erogazione dei LEA, sia per il perdurante effetto che la crisi economica ha sulla salute, sull'organizzazione delle prestazioni e sulle modalità di accesso ai servizi socio-assistenziali e sanitari. In ogni caso va scongiurato il pericolo che le persone e le comunità si impoveriscano di risorse, di capacità produttiva e di competitività a causa di un non ottimale stato di salute. Un accento particolare viene quindi posto sull'accessibilità, l'equità e la sostenibilità dei servizi socio-sanitari regionali, aziendali e distrettuali, in integrazione con i Comuni.

I contributi tecnico-professionali forniti dalle diverse strutture regionali di riferimento, coordinate dal Sistema Epidemiologico Regionale, forniscono numerosi esempi di ciò che è stato fatto e di quello che ancora è possibile fare – ad esempio in termini di riorganizzazione strutturale e funzionale della rete ospedaliera, di potenziamento dei servizi territoriali, di prevenzione e promozione della salute. La Relazione Sanitaria, infatti, pur nascendo da un debito informativo codificato per legge, si rivolge anche alle Direzioni Aziendali, ai professionisti ed agli altri operatori dei servizi sociosanitari e alle Amministrazioni Locali, con lo scopo di sostenere e diffondere una cultura del cambiamento, finalizzata al miglioramento della qualità e dell'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

Per facilitare la lettura e la consultazione del documento, nella parte iniziale di ciascun paragrafo, è riportato un richiamo alle indicazioni del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 ed un agile riquadro di sintesi e, alla fine di ogni paragrafo, vi è un rinvio alla struttura regionale di riferimento per eventuali ulteriori approfondimenti.

Il Direttore Generale
Area Sanità e Sociale
Dr. Domenico Mantoan



Modalità di presentazione

La Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto presenta i dati disponibili al momento attuale. Al termine dell'anno in corso potranno essere realizzate delle integrazioni su dati consolidati, che verranno comunicate e rese disponibili nei siti internet della Regione del Veneto e del SER - Sistema Epidemiologico Regionale.

Finalità della relazione socio sanitaria regionale

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

Modalità di realizzazione

La Relazione Socio Sanitaria viene realizzata attraverso i contributi delle strutture afferenti all'Area regionale Sanità e Sociale. La redazione del documento così composta e la resa uniforme delle singole parti è a cura del

SER Sistema Epidemiologico Regionale
Sezione Controlli Governo e Personale SSR
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 – Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it
sito Internet: <http://www.ser-veneto.it/>

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

Comitato redazionale

Nicola Gennaro, Angela Grandis, Francesco Avossa, Michele Pellizzari, Ugo Fedeli, Francesco Carlucci, Graziella Giacomazzo, Elena Schievano, Mara Pigato, Veronica Casotto, Mario Saugo

Indice

1. Scenario socio-demografico

- 1.1 Popolazione e dinamiche demografiche 7
- 1.2 Contesto produttivo e occupazionale 16

2. Condizioni e profili di salute

- 2.1 Stili di vita e condizioni di rischio 21
- 2.2 Mortalità per causa 30
- 2.3 Malattie infettive: malaria, varicella e malattie emergenti 35
- 2.4 Tumori 40
- 2.5 Infarto acuto del miocardio 60
- 2.6 Malattie cerebrovascolari 65
- 2.7 Insufficienza renale cronica 69
- 2.8 Salute materno-infantile 76
- 2.9 Malattie professionali e infortuni sul lavoro 89
- 2.10 Incidenti stradali 102

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

- 3.1 Promozione di corretti stili di vita 107
- 3.2 Profilassi delle malattie infettive 117
- 3.3 Screening oncologici 122
- 3.4 Salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro 133
- 3.5 Monitoraggio ambientale e mappatura dei rischi 138
- 3.6 Veterinaria e Sicurezza alimentare 146

4. Assistenza ospedaliera

- 4.1 La rete ospedaliera e i posti letto 155
- 4.2 Le dimissioni dalle strutture ospedaliere del Veneto 161

5. Assistenza territoriale

- 5.1 Assistenza primaria 167
- 5.2 Assistenza specialistica ambulatoriale 181
- 5.3 Cure domiciliari 186
- 5.4 Cure palliative 200
- 5.5 Residenzialità extra ospedaliera in area anziani 206
- 5.6 Il progetto ACG 214
- 5.7 Salute mentale 218
- 5.8 Salute penitenziaria 224
- 5.9 Riabilitazione ex art. 26 229

6. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici

- 6.1 Assistenza farmaceutica 235

6.2	Dispositivi medici, assistenza protesica e dispositivi per autodeterminazione della glicemia	250
6.3	Prodotti destinati ad alimentazione particolare	260
7. Le aree di intervento sociale		
7.1	Organizzazione degli interventi socio-sanitari	263
7.2	Area della famiglia, minori, infanzia, adolescenza, giovani	271
7.3	Area Anziani	284
7.4	Area della Disabilità	289
7.5	Area delle Dipendenze	295
8. Le reti cliniche		
8.1	Rete clinica dei trapianti	299
8.2	Rete delle malattie rare	306
8.3	Rete ictus	310
8.4	Rete IMA	314
8.5	Rete attività trasfusionale	318
8.6	Rete oncologica	331
8.7	Rete emergenza urgenza	334
9. Le strutture a supporto		
9.1	Il Sistema Informativo Integrato: il Fascicolo Sanitario Elettronico	341
9.2	Relazioni socio sanitarie internazionali	344
9.3	Programma regionale per la ricerca, l'innovazione e l'health technology assessment (PRITHA)	352
9.4	Sistema Epidemiologico Regionale (SER)	357
9.5	Coordinamento regionale acquisti per la sanità (CRAS)	361
9.6	Coordinamento regionale per il management e la progettazione europea (CReMPE)	365
10. La spesa Socio Sanitaria Regionale		
10.1	Analisi economica del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto	371
10.2	Trend di costo dei livelli assistenziali	380
10.3	Il fondo per le politiche sociali	386

1. Scenario socio-demografico

1.1. Popolazione e dinamiche demografiche

*Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
Allegato A. Paragrafo 1.3.1 Scenario socio-demografico. Pagine 10-12. L'analisi del contesto è fondamentale per qualsiasi attività di pianificazione e programmazione. L'attuazione del Piano Socio-Sanitario dà risposta ai bisogni rilevati sul territorio.*

Quadro di sintesi

Dall'ultimo bilancio demografico la popolazione del Veneto risulta in costante aumento: da anni si riscontra una crescita soprattutto grazie alla presenza della popolazione straniera, la quale tende anche ad avere una maggiore fertilità rispetto a quella italiana.

La quota di anziani è in aumento, mentre la parte più giovane della popolazione rimane stabile, diminuisce di conseguenza la parte di popolazione nella fascia centrale d'età (15-64 anni).

Dinamiche demografiche

La popolazione veneta residente al 1° gennaio 2013 risulta essere pari a 4.881.756 abitanti di cui 2.377.937 (48,7%) maschi e 2.503.819 (51,3%) femmine (Fonte: ISTAT).

Il bilancio demografico generale dell'anno 2012 del Veneto presenta il saldo naturale negativo (i nati meno i morti, -2.637), il saldo migratorio positivo (gli iscritti in anagrafe meno i cancellati, 30.736) con un considerevole impatto sulla popolazione e il saldo generale positivo (saldo naturale più saldo migratorio, 28.099).

Il bilancio demografico è eterogeneo nel territorio: il saldo naturale è positivo solo per le province di Vicenza e Treviso. Il saldo migratorio è invece sempre positivo. Il saldo generale è positivo in tutte le province tranne Belluno. In generale la popolazione del Veneto è in crescita: prendendo in considerazione gli anni dal 2002 al 2013, la popolazione residente è aumentata di 352.748 unità (più del 7%) di cui 172.374 maschi (48,9%) e 180.374 femmine (51,1%). Si vedano le Figure 1.1 e 1.2.

Figura 1.1 - Bilancio demografico nelle province del Veneto al 1° gennaio 2013

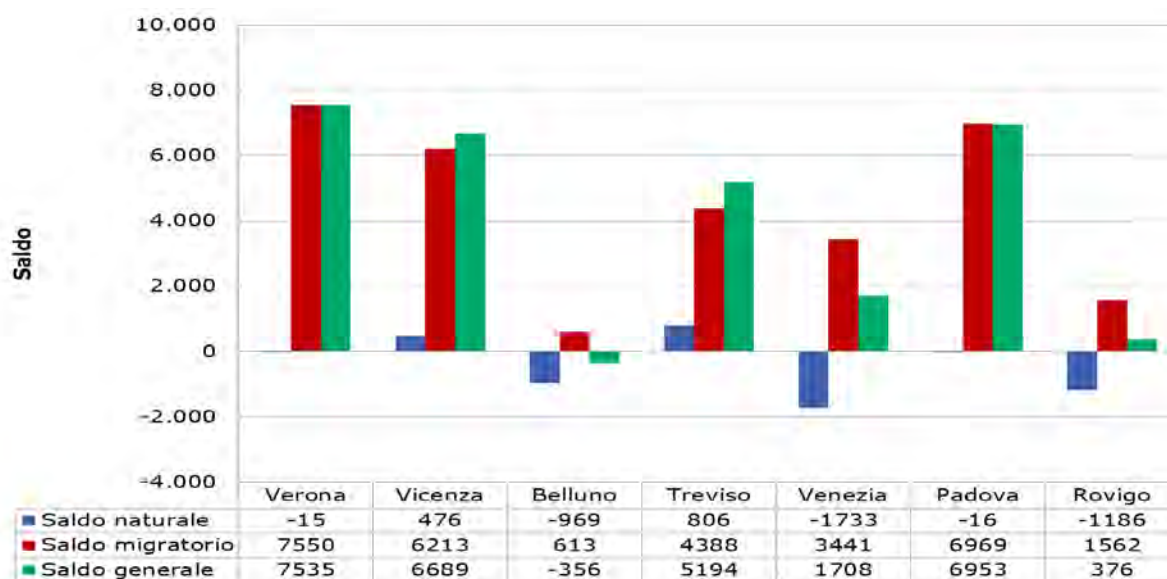
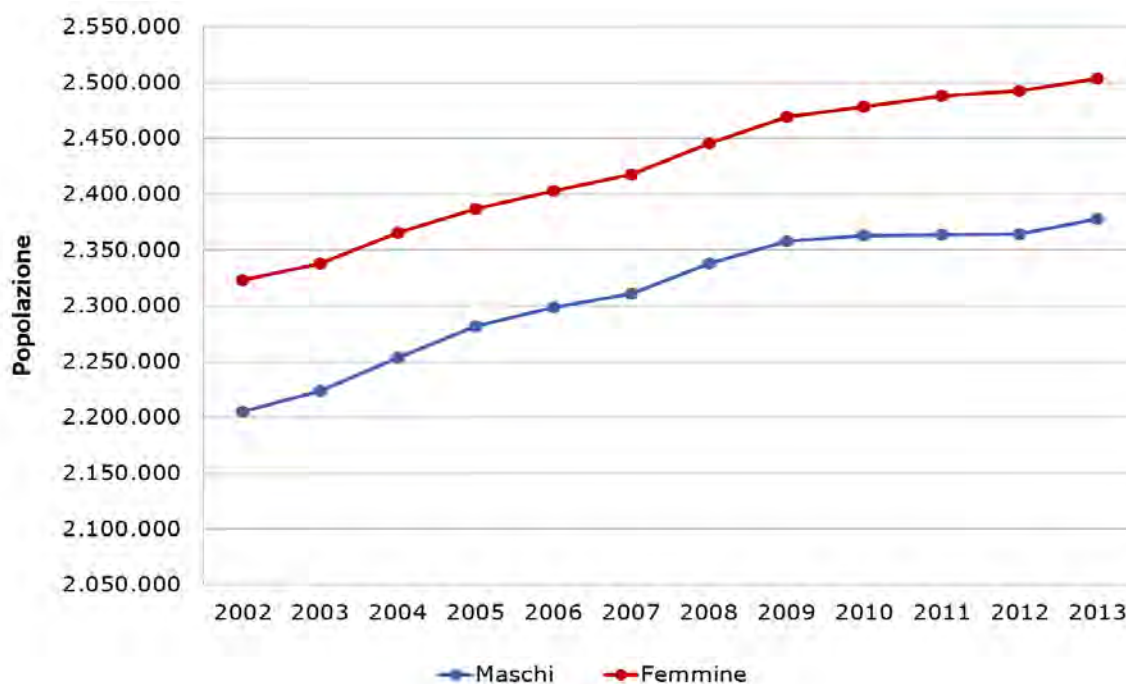


Figura 1.2 - Crescita della popolazione residente in Veneto dal 2002 al 2013



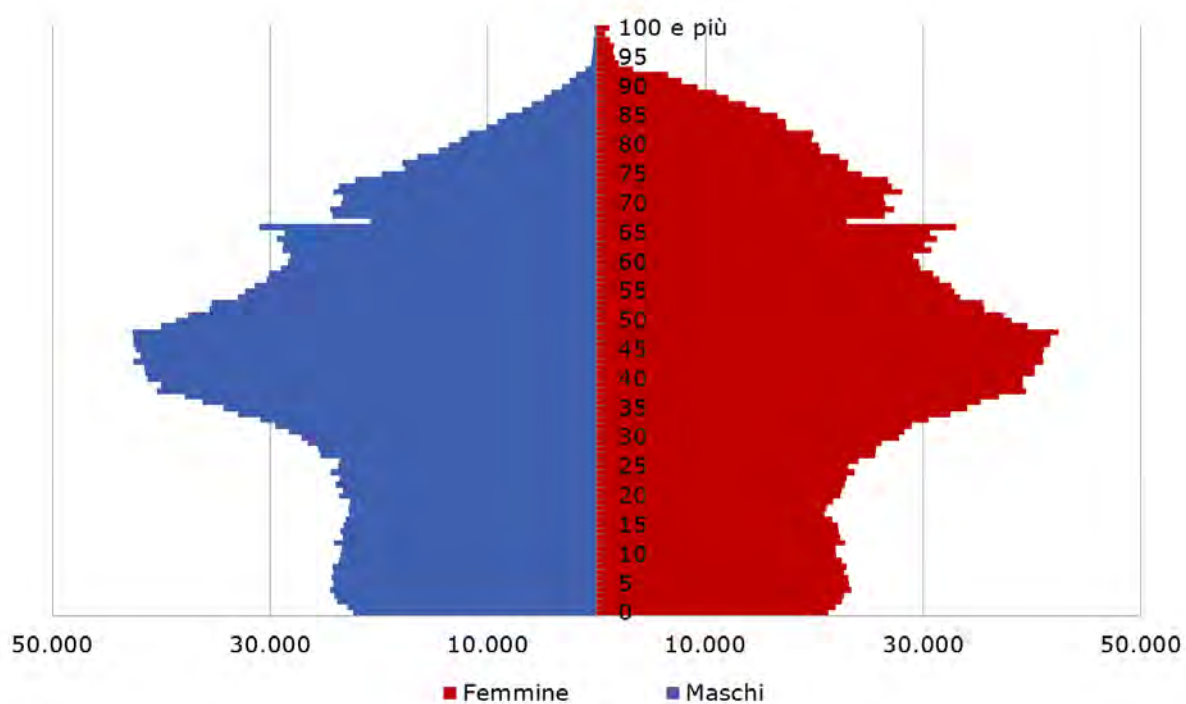
La maggior parte della popolazione (circa il 90%) risiede in cinque province: Verona, Vicenza, Padova, Treviso e Venezia. L'ULSS meno popolata è quella di Chioggia con 67.512 residenti, a seguire Adria con 73.672 abitanti e Feltre con 83.866 residenti. Le ULSS più popolate sono quella di Padova con 485.753 residenti, Verona con 463.562 abitanti e Treviso con 414.853.

L'aumento della popolazione negli ultimi decenni è dovuto in buona parte alla quota di immigrati (l'analisi della popolazione straniera verrà approfondita in seguito).

La composizione delle famiglie è cambiata nel corso degli anni: oggi ci sono molte famiglie unipersonali rispetto al passato, soprattutto anziani. La quota di famiglie costituite da una sola persona passa dal 17,1% nel 1994 al 26,5% del 2011 (Fonte: Health for All). Il numero medio di componenti per famiglia passa da 2,8 nel 1994 a 2,3 componenti nel 2012 e la quota si mantiene simile nelle province del Veneto.

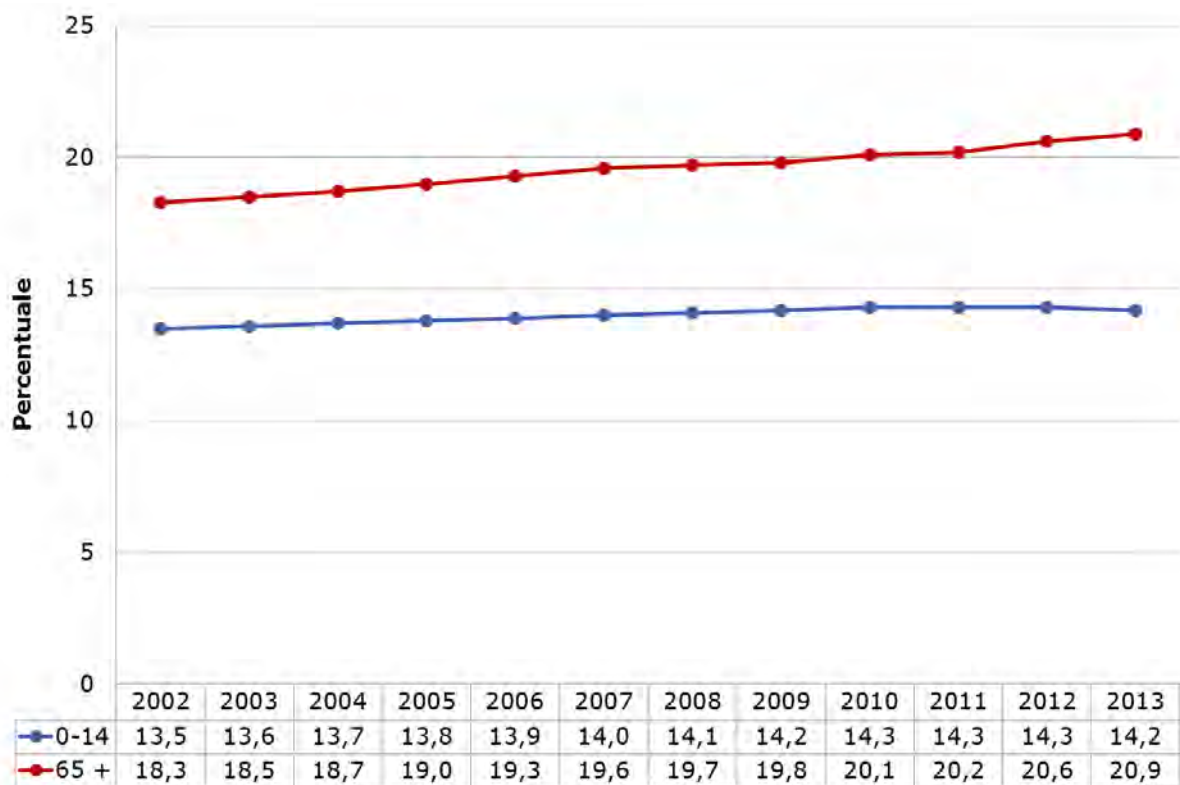
La popolazione italiana negli ultimi decenni, ha consolidato una struttura per età tipica dei paesi post transizione demografica, dove la quota di anziani è importante e supera la quota di giovanissimi tra 0 e 14 anni. La restante parte della popolazione (15-64 anni) è quella più consistente ed è costituita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

Figura 1.3 - Piramide delle età suddivisa per genere. Veneto, 1° gennaio 2013



Come si può notare dalla Figura 1.4 la quota di giovanissimi (0-14 anni) nel corso degli ultimi anni ha subito un leggero aumento passando dal 13,5% al 14,2%. Diminuisce, di conseguenza, la fascia d'età centrale tra i 15 e i 64 anni passando dal 68,2% nel 2002 al 64,9% del 2013. Nello stesso periodo la quota di anziani aumenta, passando da 18,3% al 20,9%.

Figura 1.4 - Percentuale di popolazione delle fasce 0-14 anni e 65 e più anni. Veneto, anni 2002-2013



10

Con riferimento alle Aziende ULSS, la zona Veneziana è quella con la maggior quota di anziani (26,3%), ma l'indice di vecchiaia più alto si riscontra nella ULSS di Adria (221,6). Altre ULSS molto anziane sono Belluno, Feltre e Rovigo. La zona più "giovane" è invece quella dell'Alta Padovana dove la quota di anziani è pari al 17,7% (Tabella 1.1).

La Tabella 1.2 presenta alcuni indici di struttura della popolazione veneta. L'indice di vecchiaia è aumentato col passare del tempo da 135,8 nel 2002 al 146,8 nel 2013, ciò significa che, oggi, ci sono circa 147 anziani ogni 100 giovani sotto i 15 anni.

L'indice di dipendenza (o di carico sociale) rappresenta la popolazione non attiva sulla popolazione attiva, cioè quante persone hanno "a carico" gli individui nella fascia potenzialmente lavorativa 15-64 anni. Tra il 2002 e il 2013 l'indice è passato da 46,6 a 54,1.

L'indice di struttura rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione attiva. Nel corso degli anni la quota è passata dall'essere sotto al 100 nel 2002 ad essere pari a 130,3 nel 2013: ciò significa che la fascia in età lavorativa è diventata molto più vecchia in questi anni.

Tabella 1.1 - Popolazione nelle fasce di età anziane (65+, 75+, 85+) e Indice di vecchiaia per Azienda ULSS di residenza. Veneto, 1° gennaio 2013

Azienda ULSS di residenza	Popolazione 65 anni e più	Popolazione 65 anni e più (%)	Popolazione 75 anni e più (%)	Popolazione 85 anni e più (%)	Indice di vecchiaia
101-Belluno	30.550	24,3	11,8	3,7	198,4
102-Feltre	19.765	23,6	11,9	3,8	180,2
103-Bassano del Grappa	34.940	19,4	9,4	2,8	127,7
104-Alto Vicentino	37.918	20,3	9,5	2,7	134,6
105 Ovest Vicentino	34.101	18,9	9,0	2,7	120,8
106-Vicenza	63.106	19,8	9,5	2,8	133,6
107-Pieve di Soligo	47.379	21,9	11,0	3,5	152,0
108-Asolo	45.474	18,2	8,6	2,6	113,8
109-Treviso	82.052	19,8	9,5	2,9	131,5
110-Veneto Orientale	45.455	21,2	10,4	3,0	155,5
112-Veneziana	78.246	26,3	13,2	3,9	212,3
113-Mirano	53.638	19,9	9,0	2,4	140,4
114-Chioggia	15.349	22,7	10,5	2,8	192,5
115-Alta Padovana	45.347	17,7	8,5	2,5	113,1
116-Padova	104.384	21,5	10,5	3,0	157,4
117-Este	39.468	21,5	10,9	3,2	163,8
118-Rovigo	39.824	23,2	12,3	3,7	195,9
119-Adria	17.572	23,8	12,5	3,3	221,6
120-Verona	100.134	21,6	10,9	3,3	152,1
121-Legnano	31.541	20,5	10,4	3,1	142,9
122-Bussolengo	53.300	18,4	8,6	2,5	118,8
Totale	1.019.543	20,9	10,2	3,0	146,8

Tabella 1.2 - Indici di vecchiaia, di dipendenza e di struttura. Veneto, anni 2002-2013

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Indice di vecchiaia	135,8	135,8	136,8	137,5	138,6	139,5	139,7	139,8	140,8	141,1	144,5	146,8
Indice di dipendenza	46,6	47,4	47,9	48,8	49,7	50,6	51,0	51,6	52,3	52,5	53,5	54,1
Indice di struttura	95,3	97,9	99,8	102,7	105,9	109,7	112,3	115,1	119,6	124,4	127,0	130,3

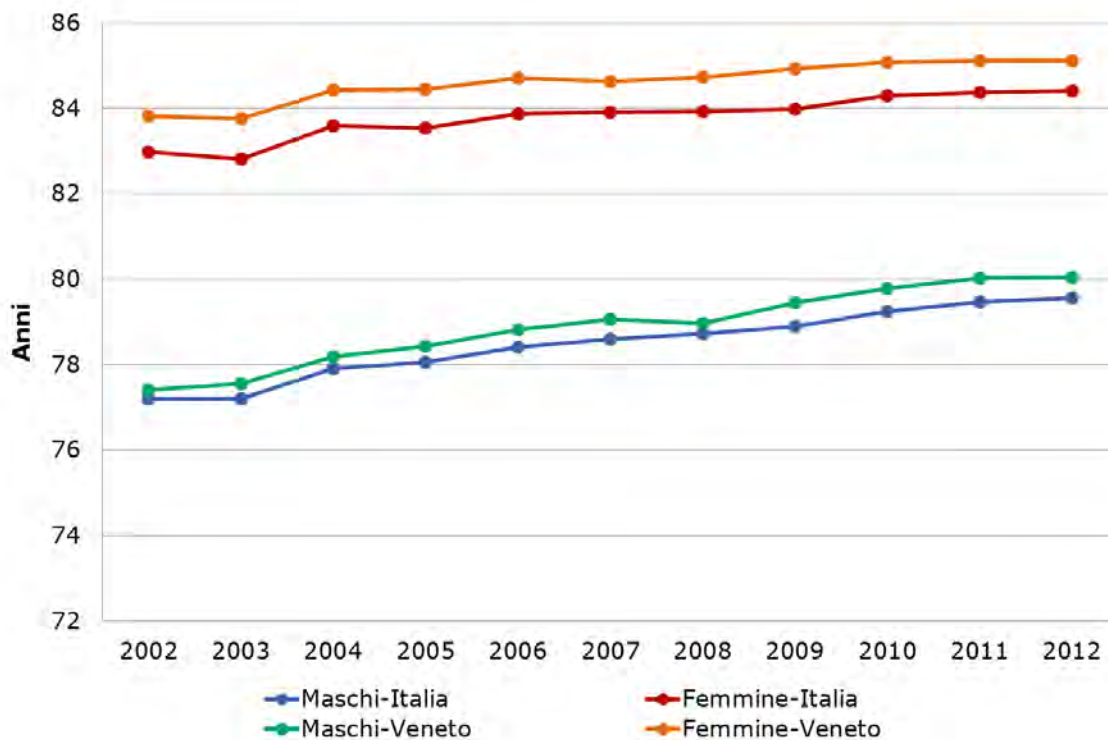
Indice di vecchiaia: (Popolazione oltre 65/Popolazione 0-14) x 100

Indice di dipendenza: [(Popolazione 0-14 + Popolazione oltre 65)/Popolazione 15-64] x 100

Indice di struttura: (Popolazione 40-64/Popolazione 15-39) x 100

La speranza di vita in Veneto risulta essere maggiore della media italiana, sia per gli uomini che per le donne, con un andamento in crescita (Figura 1.5).

Figura 1.5 - Speranza di vita alla nascita in Italia e in Veneto per genere. Anni 2002-2012



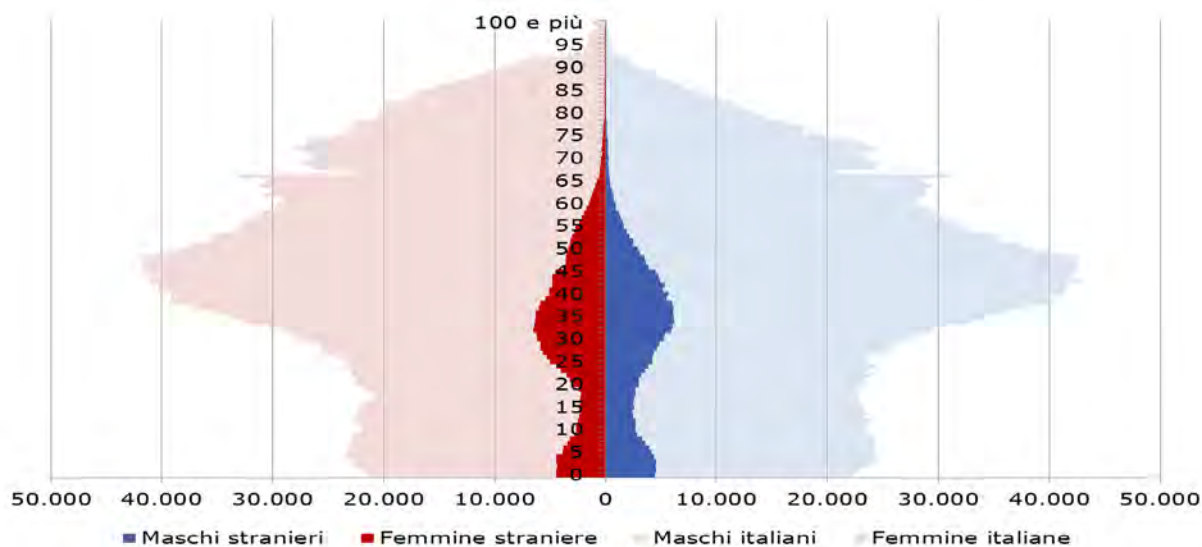
Per quanto riguarda le nascite, in Italia dal 2002 c'è stato un leggero aumento del numero medio di figli per donna. In Veneto si è passati da 1,2 figli per donna nel 2002 a 1,46 nel 2012. Il tasso di fecondità è molto più alto tra le donne straniere (in alcuni casi quasi il doppio delle donne italiane), infatti è proprio grazie alla loro presenza che il numero medio di figli è aumentato.

Popolazione immigrata

Nel 2002 gli stranieri residenti in Veneto erano il 3,4%, nel 2013 risultano essere il 10% della popolazione. Gli stranieri residenti al 1° gennaio 2013 sono 487.030, di cui 233.984 (48,0%)maschi e 253.046 (52,0%) femmine.

La componente straniera residente in Veneto è una parte importante della popolazione regionale. La struttura della popolazione immigrata ha una forma molto diversa da quella generale e lo si può notare dalla piramide delle età in Figura 1.6 che rappresenta la popolazione residente in Veneto suddivisa per cittadinanza (italiana/straniera)

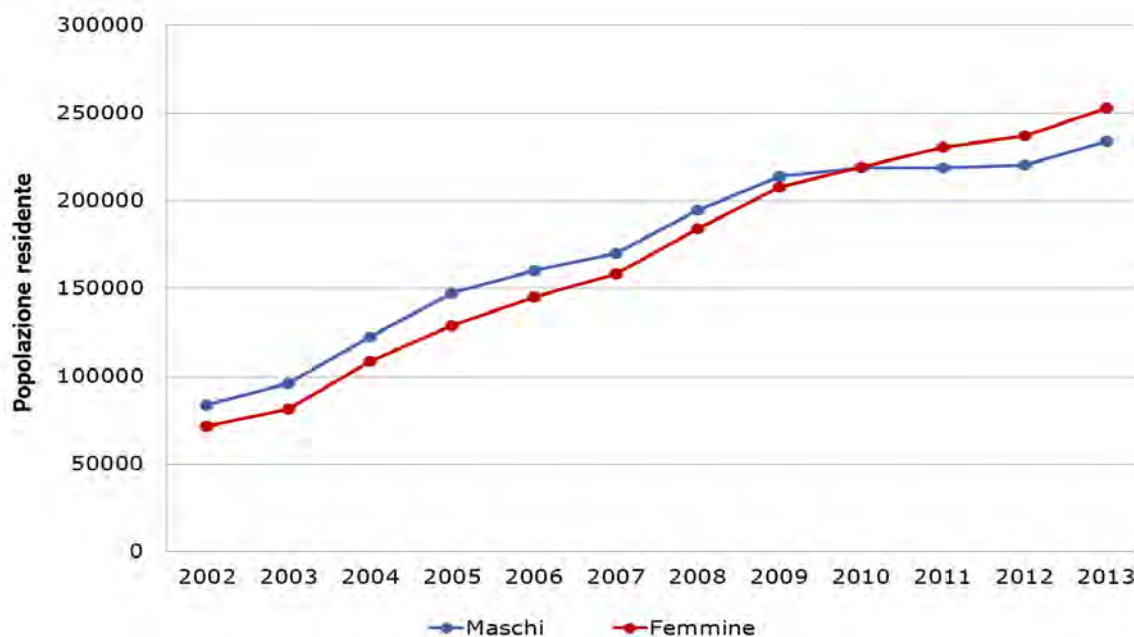
Figura 1.6 - Piramide delle età della popolazione residente in Veneto suddivisa in italiani e stranieri per genere al 1° gennaio 2013



Si notano due parti consistenti della popolazione straniera: la parte di popolazione in età lavorativa e una parte in età molto giovane (probabilmente i relativi figli).

Nel corso del tempo (Figura 1.7) la popolazione straniera residente è aumentata e si può notare che nel 2010 gli uomini, per la prima volta, sono stati inferiori in numero alle donne poiché in quell'anno c'è stato un sorpasso di genere che si mantiene fino al 2013. Probabilmente questo sorpasso è dovuto al ricongiungimento familiare dei parenti degli immigrati residenti in Italia ma anche alla sempre maggiore richiesta di badanti nella nostra regione.

Figura 1.7 - Andamento della popolazione straniera residente per genere. Veneto anni 2002-2013



La presenza degli stranieri è diversificata nelle ULSS: la quota di donne supera di poco quella degli uomini in ogni ULSS, tranne nell'Ovest Vicentino e ad Asolo. La quota più consistente di stranieri sull'intera popolazione delle diverse ULSS è presente nell'Ovest Vicentino con il 14,3% di stranieri residenti, a seguire l'ULSS di Verona con il 12,1% di stranieri e la quella di Pieve di Soligo con l'11,8%. L'ULSS con la quota minore di stranieri è quella di Chioggia con il 4,2%, a seguire Adria con il 4,4% e infine Belluno con il 5,6% di presenza straniera (Tabella 1.3).

Tabella 1.3 - Popolazione Straniera per genere e Azienda ULSS di residenza. Veneto, 1° gennaio 2013

Azienda ULSS di residenza	Maschi	Femmine	Totale	% Femmine	% immigrati sulla popolazione totale
101-Belluno	3.001	4.083	7.084	57,6	5,6
102-Feltre	2.697	3.189	5.886	54,2	7,0
103-Bassano del Grappa	7.368	7.938	15.306	51,8	8,5
104-Alto Vicentino	8.570	9.201	17.771	51,8	9,5
105 Ovest Vicentino	13.695	12.179	25.874	47,1	14,3
106-Vicenza	17.237	18.394	35.631	51,6	11,2
107-Pieve di Soligo	12.533	12.917	25.450	50,7	11,8
108-Asolo	14.592	14.520	29.112	49,9	11,6
109-Treviso	21.477	22.919	44.396	51,6	10,7
110-Veneto Orientale	9.540	10.594	20.134	52,6	9,4
112-Veneziana	13.258	16.625	29.883	55,6	10,1
113-Mirano	8.927	10.483	19.410	54,0	7,2
114-Chioggia	1.238	1.619	2.857	56,7	4,2
115-Alta Padovana	12.704	12.836	25.540	50,3	9,9
116-Padova	24.286	28.021	52.307	53,6	10,7
117-Este	5.607	6.415	12.022	53,4	6,5
118-Rovigo	6.687	7.573	14.260	53,1	8,7
119-Adria	1.361	1.855	3.216	57,7	4,3
120-Verona	27.547	28.734	56.281	51,1	12,1
121-Legnano	7.586	7.731	15.317	50,5	9,9
122-Bussolengo	14.073	15.220	29.293	51,9	10,1
Totale	233.984	253.046	487.030	51,9	9,9

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Decreto del Presidente della Repubblica 6 novembre 2012](#) recante: "Determinazione della popolazione legale della Repubblica in base al 15° Censimento Generale della popolazione e delle abitazioni del 9 ottobre 2011, ai sensi dell'articolo 50, comma 5, del Decreto-Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122".

Approfondimenti

Stassi G., Valentini A. (a cura di), *L'Italia del censimento: struttura demografica e processo di rilevazione. Veneto*, Roma: Istat Servizi tipografici e commercializzazione, 2013. La pubblicazione è disponibile anche on line nel [sito Internet dell'Istat](#).

Rapporto Statistico 2013. Il Veneto si racconta, il Veneto si confronta, Cittadella (PD): Biblos Srl, 2012. La pubblicazione è disponibile anche on line nel [sito internet della Direzione Sistema Statistico regionale](#).

[Immigrazione Straniera in Veneto. Rapporto 2012](#), Venezia Mestre: Osservatorio Regionale Immigrazione, 2012.

Sito internet di Veneto Immigrazione: www.venetoimmigrazione.it

Recapiti per ulteriori informazioni

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

1.2. Contesto Produttivo e Occupazionale

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

Allegato A. Paragrafo 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie. Sottoparagrafo 3.4.1. Aree prioritarie di intervento. Prevenire gli eventi infortunistici in ambito lavorativo e le patologie lavoro-correlate e prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici. Pagine 86 e 90. La Regione del Veneto è impegnata nel garantire e tutelare la salute e sicurezza della popolazione nei diversi ambienti di vita e di lavoro. Il Piano Socio Sanitario rafforza un approccio fondato sull'interazione e la collaborazione tra i diversi attori istituzionali, il mondo produttivo e sociale.

Quadro di sintesi

L'analisi dei dati del contesto economico-produttivo ha una grandissima rilevanza nell'ambito della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.

L'attuale situazione economica ha causato una contrazione sia delle imprese attive sia degli addetti INAIL rispetto al periodo pre crisi.

L'analisi dei dati del contesto economico produttivo ha una grandissima rilevanza nell'ambito della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro. Infatti, lo stato occupazionale e la capacità di produrre un reddito è un fattore primario che influenza sia l'accesso ai servizi sanitari sia l'adozione di stili di vita sana sia il rischio di incontrare specifiche patologie (es. muscoloscheletriche).

Imprese

Il perdurante deterioramento delle condizioni economiche si riflette nella perdita di imprese e di posti di lavoro. Nel 2013 rispetto al 2012 si è registrata una riduzione di aziende attive di circa 8.000 unità (-1,8%), in particolare nel manifatturiero e nelle costruzioni. Le procedure per fallimento o liquidazione sono aumentate del 10%.

Nel 2013 è proseguito l'andamento in crescita delle domande di apertura di crisi aziendale (1.465 aziende coinvolte con 42.248 dipendenti); i settori più coinvolti sono quelli manifatturiero, metalmeccanico, costruzioni, ingrosso e logistica. Le procedure di crisi aziendale prevedono due esiti possibili: il collocamento dei lavoratori in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (CIGS) oppure le procedure di licenziamento collettivo; normalmente le due soluzioni non sono in alternativa ma in sequenza. Le aziende che hanno licenziato con conseguente inserimento in lista di mobilità sono state 1.023 nel 2012 e 1.284 nel 2013 coinvolgendo rispettivamente 8.872 e 13.381 dipendenti. Le aziende che hanno iniziato le procedure per la cassa integrazione sono state 887 nel 2012 e 675 nel 2013. I dati riportati in Tabella 1.4 si riferiscono alle aziende con oltre 15 dipendenti; per quanto riguarda le piccole aziende, un primo indicatore rilevante è dato dal numero delle richieste di accesso alla Cassa Integrazione in Deroga (CIGD). Nel biennio 2009-2010 circa 6.500 aziende in media per anno hanno fatto richiesta di CIGD; nel 2011 il loro numero è fortemente diminuito, coerentemente

con l'andamento complessivo della fase congiunturale, e infine nel 2013 è fortemente aumentato con oltre 11.000 aziende interessate. Ancora più consistente di quello delle aziende ricorrenti alla CIGD è il numero di aziende che hanno attivato licenziamenti individuali. Il valore più elevato – pari a circa 23.000 aziende – è stato registrato nel 2012, mentre nel 2013 le aziende che hanno attivato licenziamenti individuali sono state 18.500. Va segnalato che a partire dal 1 gennaio 2013 il licenziamento individuale è divenuto più costoso. In media per ciascun anno si registrano due licenziamenti per azienda. E' da segnalare che circa il 25% dei licenziamenti individuali riguarda lavoratori stranieri.

Tabella 1.4 - Imprese attive nel IV trimestre. Veneto, anni 2009–2013
(Fonte INFOCAMERE)

	2009	2010	2011	2012	2013
Agricoltura e pesca	81.353	79.071	77.353	75.972	71.174
Attività manifatturiere Totale	59.166	58.260	57.484	55.875	54.414
-Metalmeccanico	23.318	23.146	22.921	22.385	21.887
-Altre Manifatturiere	35.848	35.114	34.563	33.490	32.527
Costruzioni	75.211	74.566	74.029	71.411	69.041
Servizi Totale	240.466	243.651	245.225	245.037	245.400
- Commercio	104.424	104.936	104.710	103.774	103.442
- Trasporti	14.897	14.643	14.363	14.114	13.759
- Alberghi e Ristoranti	27.391	28.070	28.394	28.581	28.785
- Servizi alle Imprese	69.212	70.896	72.261	72.945	73.489
- Servizi alle Persone	24.542	25.106	25.497	25.623	25.925
Altro	2.156	1.677	1.836	2.004	2.249
- Estrattive	277	268	259	248	236
- Utilities	863	939	1.085	1.258	1.381
- Non Classificate	1.016	470	492	498	632
Totale complessivo	458.352	457.225	455.927	450.299	442.278

Lavoratori e forme contrattuali

Secondo le stime disponibili, le unità di lavoro (ULA) nel 2013 risultano in diminuzione dell'1,3% rispetto all'anno precedente (Tabella 1.5). Rispetto al 2008 la perdita cumulata risulta attestarsi al -5% e si conferma legata sostanzialmente al lavoro dipendente, dove il calo risulta del 7% (-57.000 ULA) mentre gli indipendenti aumentano del 1%. Sotto il profilo settoriale, la riduzione delle unità di lavoro è concentrata nelle costruzioni e nell'industria manifatturiera. Tra il 2008 ed il 2013 si segnalano circa 37.000 unità di lavoro in meno negli ambiti occupazionali legati al settore dell'edilizia e circa 106.000 in meno nel comparto industriale in senso stretto. Il diverso andamento del lavoro

dipendente e di quello indipendente ha ovvi riflessi sui livelli di sicurezza sul lavoro, stante la diversità delle tutele e degli adempimenti previsti da parte dei datori di lavoro rispetto ai lavoratori autonomi; non si deve inoltre ignorare la possibilità che in qualche caso si tratta di indipendenti usati in realtà, come lavoratori dipendenti di fatto che operano con vincolo di subordinazione. L'andamento contrapposto del numero di lavoratori permette di ipotizzare lo "spostamento" di lavoratori da un tipo di rapporto all'altro.

Tabella 1.5 - Unità di lavoro (dati in migliaia) Regolari ed irregolari. Veneto, anni 2007-2014
(Fonte: Rapporto 2014 di Veneto Lavoro su dati Istat-Prometeia)

Anno	Agricoltura	Industria in senso stretto	Costruzioni	Servizi	Totale	Dipendenti	Indipendenti
2007	107	659	201	1.366	2.333	1.654	679
2008	104	692	199	1.362	2.357	1.714	644
2009	102	631	188	1.353	2.275	1.657	617
2010	106	593	189	1.380	2.268	1.604	665
2011	105	609	190	1.382	2.286	1.633	653
2012	102	594	183	1.391	2.270	1.612	658
2013	99	586	162	1.395	2.241	1.594	647
2014	96	587	160	1.401	2.244	1.597	647
Var. % 2008-2013	-5%	-15%	-19%	2%	-5%	-7%	1%

A fronte del calo dell'occupazione nel 2013, sono aumentati gli inattivi in età lavorativa e le persone in cerca di occupazione.

Con riferimento specifico alle tipologie di contratto di lavoro dipendente si evidenzia tra 2012 e 2013 una netta flessione di assunzioni a lungo termine (-11,2% per tempo indeterminato e -18,8% per apprendistato). Qualche segnale positivo proviene invece dai contratti a termine, in particolare dai contratti di somministrazione, per i quali la variazione delle assunzioni è stata significativa (+8,5% con oltre 116mila contratti). Questa situazione può incidere in qualche modo anche sul rischio di infortuni per una minore esperienza e formazione dei lavoratori.

L'analisi sul lungo periodo (2007-2013) mostra una persistente e pressoché generalizzata contrazione occupazionale, per quanto non manchino segnali, in genere di modesta entità, che lasciano trasparire in controtendenza dinamiche di crescita in alcuni ambiti particolari.

Voucher

Tra il 2008 e il primo semestre del 2012 sono stati complessivamente distribuiti in Veneto circa 10 milioni di voucher; il dato parziale del 2013 evidenzia oltre 2 milioni di voucher venduti in sei mesi, confermando il Veneto come la seconda regione italiana per intensità di utilizzo di questo strumento. Prima concentrato per lo più nel settore agricolo, l'utilizzo

del lavoro occasionale accessorio ha conosciuto una veloce estensione ad altri ambiti occupazionali.

I dati dei flussi INAIL regioni

I flussi INAIL Regioni, avviati con il protocollo d'intesa del 2002 tra INAIL, Regioni e Province Autonome e ISPESL (ora confluito in INAIL) costituiscono la principale fonte informativa sugli infortuni sul lavoro e per il calcolo dei relativi indicatori di incidenza e gravità. La copertura degli archivi INAIL è ovviamente riferita all'ambito assicurativo di competenza e quindi il quadro delle aziende e degli addetti non è sovrapponibile a quello derivato dai dati di Infocamere e di ISTAT. E' tuttavia necessario prenderlo in considerazione perché queste informazioni sono quelle più omogenee per il calcolo degli indicatori infortunistici nel settore industria e servizi. Sono invece parzialmente assenti le informazioni sull'agricoltura (ad eccezione dell'agrindustria) e sui dipendenti dello Stato.

Figura 1.8 - Addetti totali INAIL. Veneto, anni 2002-2011.
(Fonte: Flussi INAIL Regioni edizione dicembre 2013)

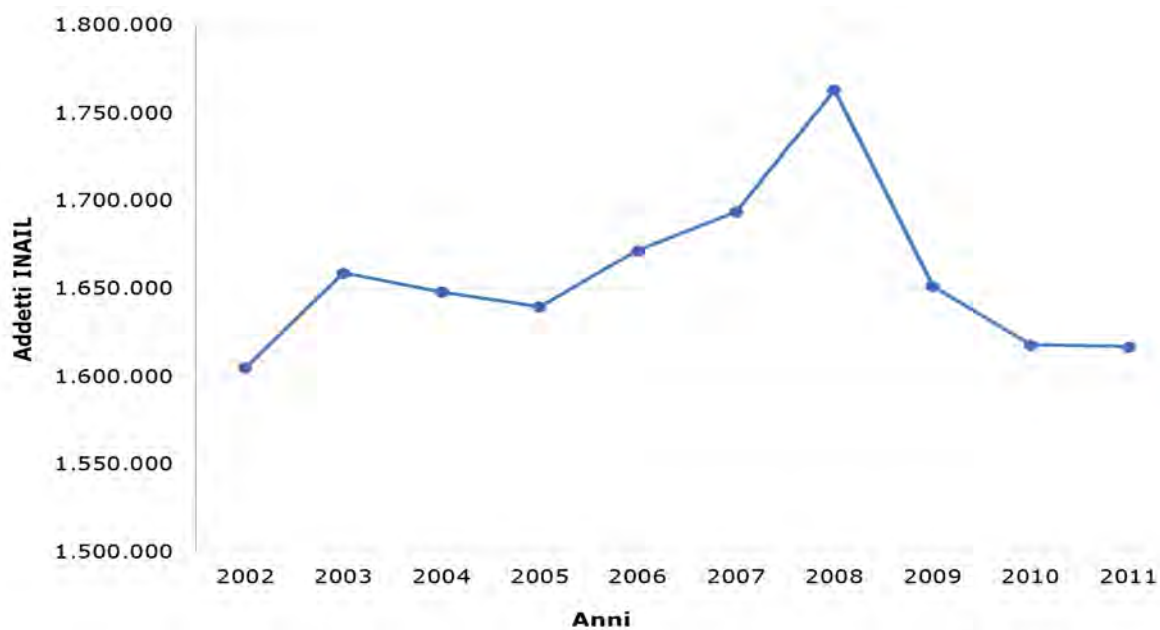


Tabella 1.6 - Addetti INAIL per comparto (somma di dipendenti, artigiani e polizze speciali). Veneto, anni 2002-2011. (Fonte: Flussi Inail Regioni edizione dicembre 2013)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Agrindustria e pesca	7.336	9.111	9.269	7.681	7.871	9.153	10.875	11.104	11.472	11.928
02 Estrazioni minerali	1.858	1.863	1.913	1.857	1.850	1.811	1.711	1.575	1.471	1.431
03 Industria Alimentare	31.790	32.153	32.208	30.884	29.961	29.997	30.832	30.313	30.241	29.522
04 Industria Tessile	90.207	84.932	80.132	72.230	68.441	66.842	64.821	57.958	54.069	52.961
05 Industria Conciaria	12.589	12.607	12.317	11.808	12.017	11.304	10.868	9.676	9.347	9.181
06 Industria Legno	53.722	53.347	53.908	52.202	52.521	54.068	53.335	47.869	44.419	42.733
07 Industria Carta	25.031	25.064	25.402	25.322	25.071	24.983	25.189	24.251	23.232	22.771
08 Industria Chimica e Petrolio	35.566	36.411	36.434	38.022	39.476	39.506	39.223	36.497	36.230	35.782
09 Industria Gomma	2.631	2.524	3.088	2.637	2.610	2.618	2.607	2.430	2.469	2.466
10 Ind. Trasf. non Metalliferi	29.874	28.549	28.691	28.085	27.622	27.486	27.376	24.147	22.449	21.977
11 Industria Metalli	10.325	11.290	10.279	12.935	13.375	14.737	15.815	13.298	13.565	14.047
12 Metalmeccanica	178.214	179.727	178.421	174.064	179.968	179.420	185.474	165.243	158.266	157.976
13 Industria Elettrica	23.370	23.839	28.187	27.893	22.759	22.161	22.548	20.554	20.730	20.623
14 Altre Industrie	59.124	57.244	56.915	55.179	56.773	57.716	58.664	53.105	52.573	51.685
15 Elettricità Gas Acqua	4.143	4.360	4.471	3.705	3.651	3.119	3.447	3.807	3.775	3.784
16 Costruzioni	145.481	153.977	158.643	162.956	164.139	171.854	173.112	164.429	154.508	152.795
17 Commercio	113.421	115.848	113.273	123.384	128.020	136.752	155.860	149.142	150.257	154.222
18 Trasporti	45.101	47.879	50.058	48.715	48.989	50.769	51.144	49.787	48.480	48.995
19 Sanità'	80.688	80.014	82.536	92.770	99.124	99.037	107.721	104.784	102.421	101.448
20 Servizi	638.674	679.555	661.460	646.558	665.070	668.268	701.952	662.458	660.165	663.288
99 Comparto non determinabile	16.196	18.477	20.472	20.838	22.500	22.208	20.650	18.916	17.869	17.305
Totale	1.605.340	1.658.770	1.648.077	1.639.724	1.671.806	1.693.810	1.763.220	1.651.341	1.618.008	1.616.921

Approfondimenti

Rapporto 2014 – Discesa finita? Crisi al sesto anno: assottigliati ancora posti di lavoro e risorse imprenditoriali. A cura di Veneto Lavoro

Recapiti per ulteriori informazioni

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

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

2. Condizioni e profili di salute

2.1. Stili di vita e condizioni di rischio

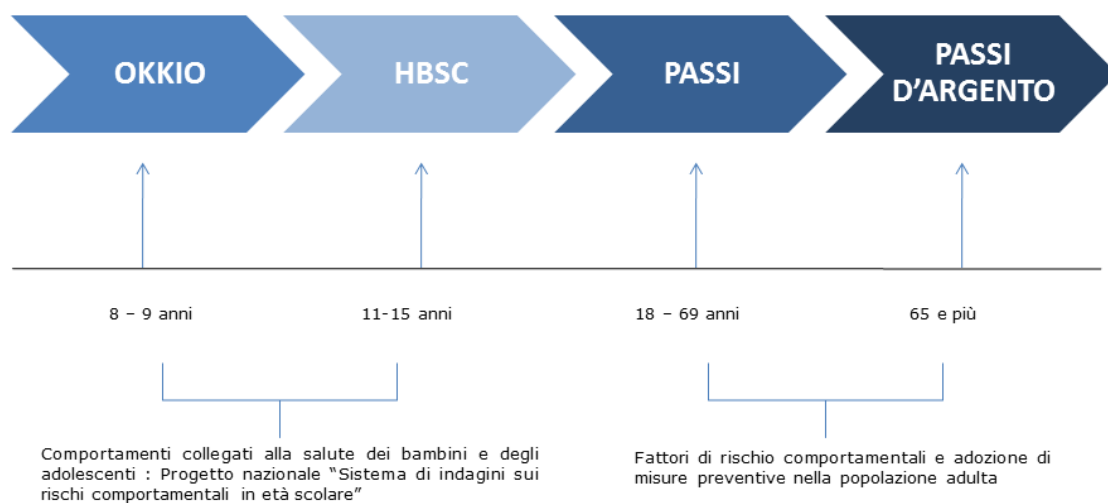
Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23) Allegato A della Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012; capitolo 1.3. Scenario socio-demografico e epidemiologico; paragrafo 1.3.3. Gli ambiti di priorità a livello di gruppi di popolazione.

Quadro di sintesi

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

- **OKKIO** è un sistema di sorveglianza della popolazione in età scolastica al quale collaborano tutte le regioni e province autonome. Il sistema di sorveglianza "OKkio alla Salute", nell'ambito di un progetto più ampio "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", raccoglie i dati sullo stato nutrizionale, gli stili alimentari e di vita dei bambini che frequentano le terze classi delle scuole primarie (8-9 anni). OKkio è stato realizzato per la prima volta nel 2008, ripetuto nel 2010 e nel 2012 ed è condotto dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto.
- **HBSC.** Lo studio HBSC sullo stato di salute e sugli stili di vita dei giovani in età scolare è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La ricerca viene ripetuta ogni quattro anni e nel 2000 è stata realizzata per la prima volta in Italia, segnatamente nel Veneto. L'indagine HBSC ha come obiettivo primario quello di studiare i comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute degli adolescenti (11-13 e 15 anni) ed indagare i fattori che li possono influenzare, individuando una serie di possibili indicazioni per le politiche sociali e sanitarie a favore dei giovani adolescenti. Gli ultimi dati disponibili sono relativi al 2010.
- **PASSI** è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta al quale collaborano tutte le regioni e province autonome. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Personale delle ASL, 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 2013, nel Veneto sono state intervistate circa 30.000 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. Obiettivi della sorveglianza sono fornire periodicamente informazioni sulla qualità della vita e sulla salute nella terza età. La Regione del Veneto ha partecipato alla sperimentazione nel biennio 2008-2010 con l'Azienda ULSS 15; nel 2012 la sorveglianza è stata estesa a tutte le ULSS del Veneto con l'adesione di 19 delle 21 ULSS del Veneto. Tra ottobre 2012 e febbraio 2013 sono state raccolte 1.060 interviste.

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



Abitudine al fumo

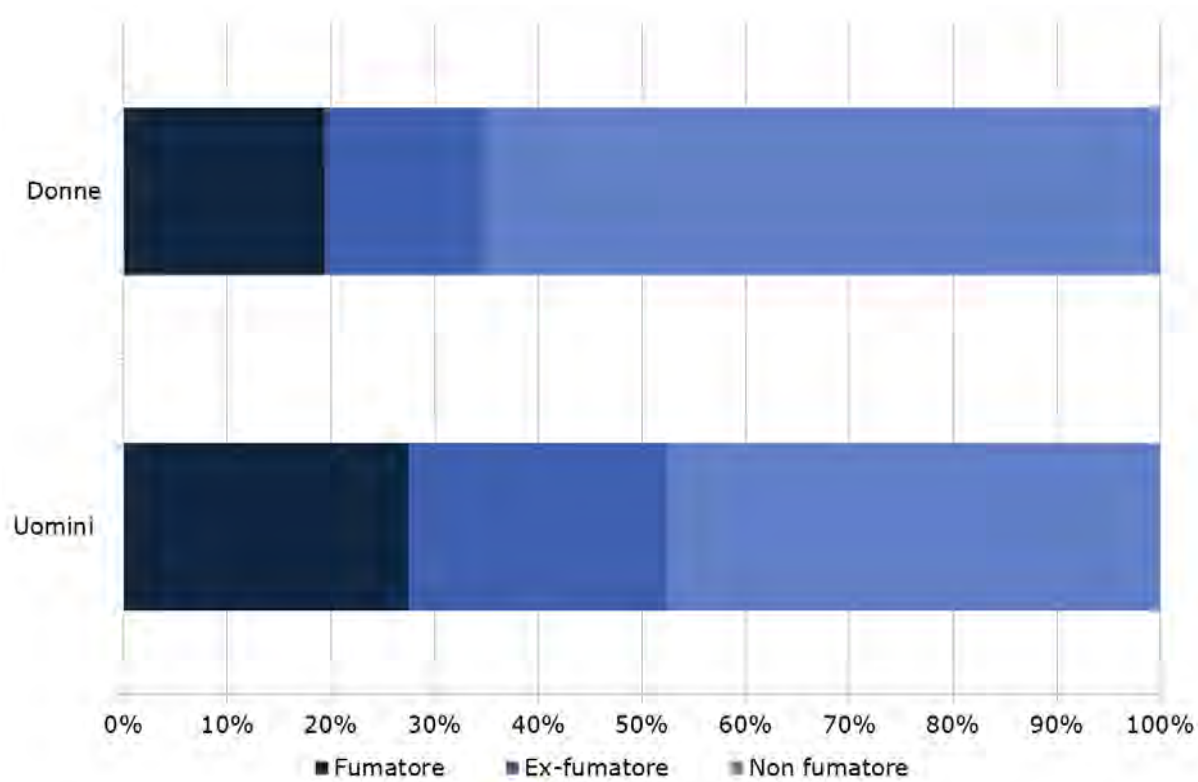
Nel 2013, il 56% della popolazione veneta intervistata, tra i 18 e 69 anni, non ha mai fumato, il 20% dichiara di essere un ex fumatore e meno di un quarto (23%) fuma. Tale percentuale stima una fetta importante della popolazione veneta (770.000 persone) che sono a rischio elevato di ammalarsi o di aggravare le proprie condizioni di salute.

Dal 2008 al 2013 la proporzione di giovani fumatori (tra i 18 e 24 anni) si è sensibilmente ridotta, passando dal 36,2% al 29%, con una diminuzione di circa 7 punti percentuali.

Nella popolazione ultrasessantacinquenne, il 66% non ha mai fumato, il 27% dichiara di essere ex-fumatore e il 7% fuma.

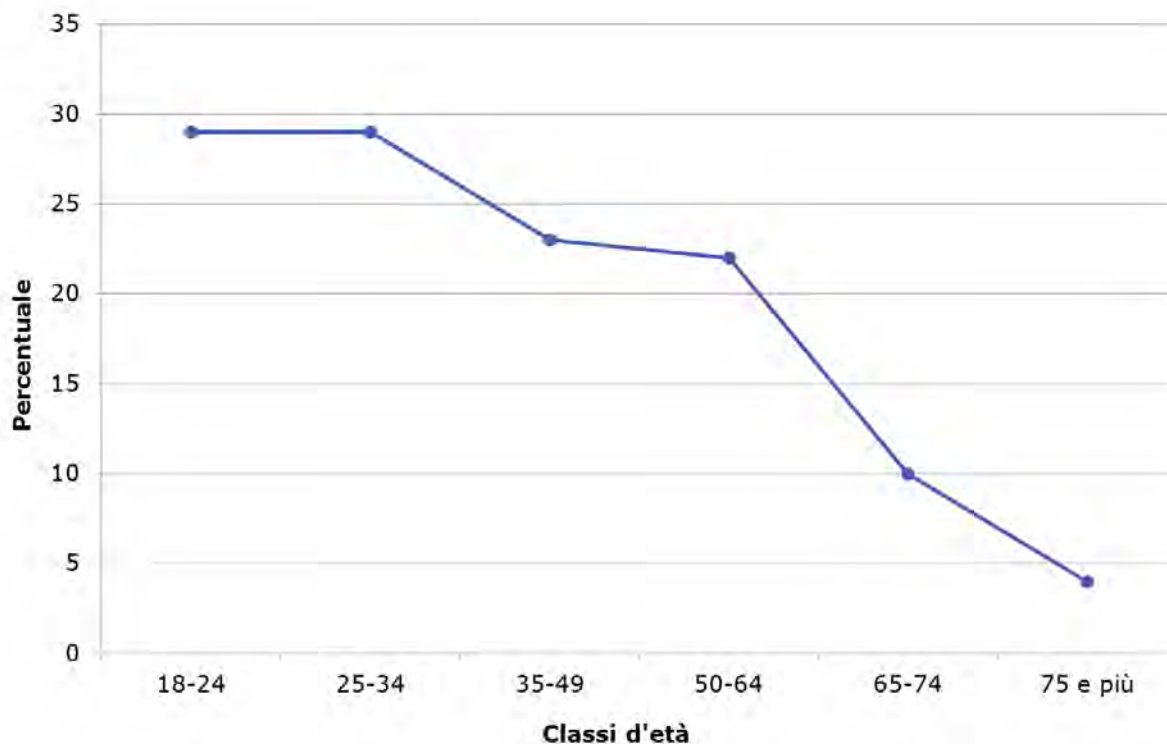
Nel confronto con la media del pool nazionale, nel Veneto si riscontrano percentuali di fumatori inferiori sia nella fascia di età indagata da PASSI che in quella di Passi D'Argento.

Inoltre, dal 2008 ad oggi, la percentuale di fumatori sta lentamente diminuendo: ciò è dovuto ad una diminuzione soprattutto nelle classi di età più giovani. Viceversa tra le persone con bassa scolarità e con basso stato socio-economico l'abitudine al fumo rimane sostanzialmente invariato, indicando l'opportunità di sviluppare modelli di intervento e messaggi più mirati.

Figura 2.2 – Abitudine al fumo per genere. Anno 2013 (Fonte: Passi 2013)**Tabella 2.1** – Percentuali di fumatori tra il 2008 e il 2013 in Veneto (Fonte: Passi 2008-2013)

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

Figura 2.3 –Percentuale di fumatori per classe d'età, Veneto –Anno 2013
(Fonte: Passi 2013 e Passi d'Argento 2012-2013)



Consumo di alcol

Nel 2013, il 64% degli intervistati veneti dichiara di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese.

Complessivamente il 24% degli intervistati viene definito consumatore a maggior rischio (fuori pasto e/o consumo abituale elevato e/o "binge", cioè negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne). Il dato è superiore al valore medio delle regioni italiane (17% - dato 2010-2013).

I comportamenti binge risultano più diffusi tra i più giovani nella fascia di 18-24 anni (22%), negli uomini (19% vs 6% nelle donne) e nelle persone con un alto livello di istruzione e senza difficoltà economiche.

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

Complessivamente uno su quattro (26%) 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.

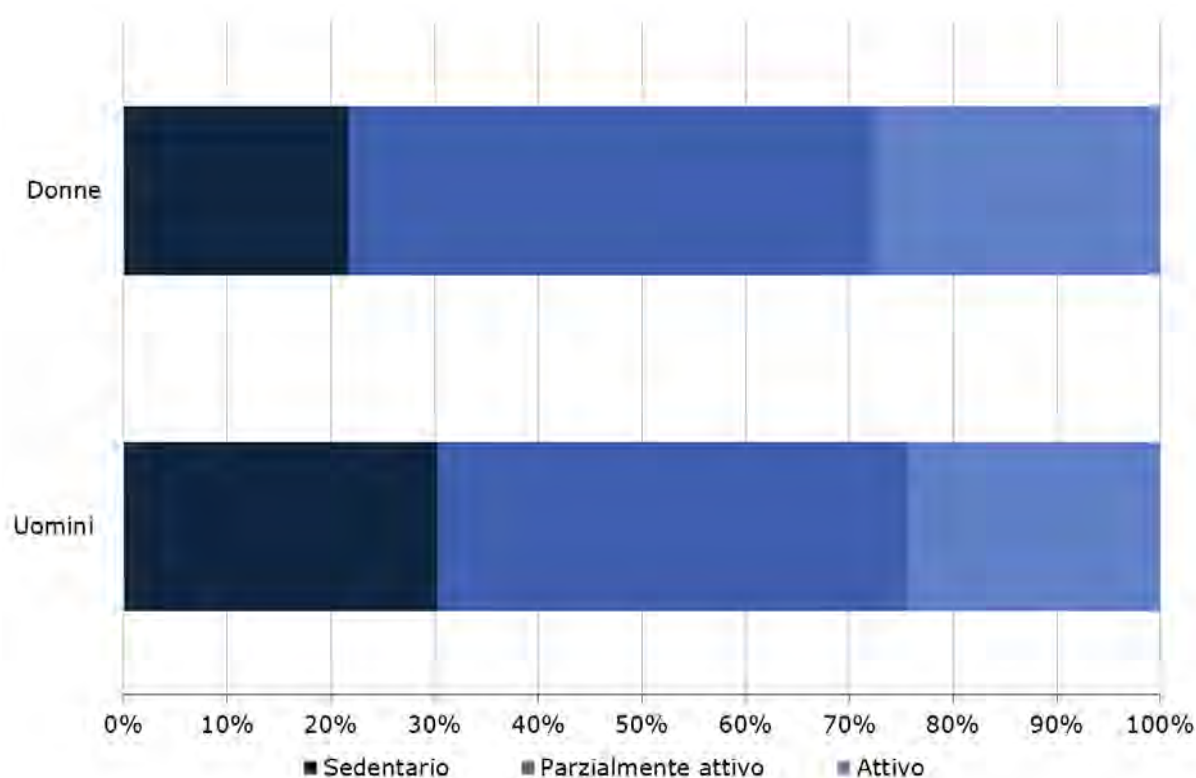
Nel confronto con la media del pool nazionale (19%), il Veneto ha una percentuale di bevitori a rischio più elevata.

Tabella 2.2 – Percentuale di consumatori di alcol per tipo di consumo (età≥18 anni) in Veneto tra il 2010 e il 2013 (Fonte: Passi 2010-2013)

Tipo di consumo	2010 % (IC 95%)	2011 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2013 % (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)
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)
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)

Attività fisica

In Veneto, nel 2013, il 34% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: svolge infatti un lavoro pesante 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).

Figura 2.4 – Attività fisica per genere in Veneto - Anno 2013 (Fonte: Passi 2013)

Il 43% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 23% è completamente sedentario.

La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso

livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche.

Si assiste negli ultimi anni ad una lieve diminuzione della sedentarietà, soprattutto tra i giovani e tra le persone con minori difficoltà economiche e maggiore livello di istruzione.

Tabella 2.3 – Percentuale di sedentari tra il 2008 e il 2013 in Veneto (Fonte: Passi 2008-2013)

Sedentari Regione Veneto	2008 % (IC 95%)	2009 % (IC 95%)	2010 % (IC 95%)	2011 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2013 % (IC 95%)
TOTALE	25,0 (23.8-26.8)	25,5 (24.4-26.8)	23,2 (22.0-24.5)	23,9 (22.6-25.1)	22,8 (21.6-24.0)	23,4 (22.2-24.7)
nei due sessi						
Uomini	23	24	22	23	21	22
Donne	27	27	25	25	25	25
nelle classi di età						
18-34 anni	24	22	20	21	20	21
35-49 anni	24	26	23	25	22	24
50-69 anni	27	28	26	25	26	25
nei diversi livelli di istruzione						
Nessuna/elementare	32	33	28	31	32	25
Media inferiore	27	30	27	26	25	27
Media superiore	23	23	21	22	21	23
Laurea	20	16	19	17	18	17
nelle diverse situazioni economiche						
Molte difficoltà	30	28	33	32	27	33
Qualche difficoltà	29	29	26	28	24	25
Nessuna difficoltà	23	23	21	21	21	20

Alimentazione

Eccesso ponderale

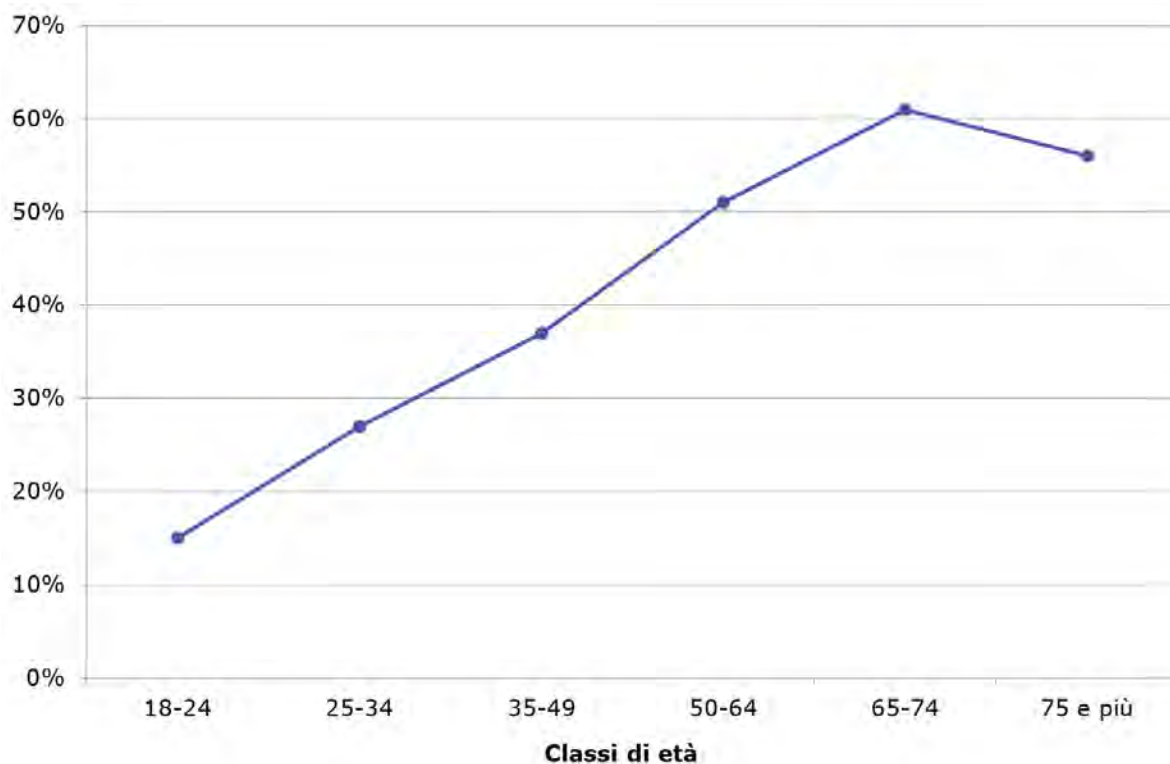
Nel 2013, in Veneto il 3% delle persone intervistate tra i 18 e 69 anni risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 30% sovrappeso e il 10% obeso. Nella popolazione oltre i 65 anni, il 2% risulta sottopeso, il 39% normopeso e il 59% in eccesso ponderale (44% in sovrappeso e 15% obesi).

L'eccesso ponderale è significativamente più frequente col crescere dell'età (nella fascia 50-69 anni il 54% delle persone sono in eccesso ponderale), negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone con difficoltà economiche.

Negli anni, la percentuale di persone in eccesso ponderale non si è modificata ed è sempre molto rilevante nelle fasce di età con bassa scolarizzazione.

Tabella 2.4 – Percentuale di persone con eccesso ponderale nel Veneto tra il 2008 e il 2013 (Fonte: Passi 2008-2013)

Popolazione in eccesso ponderale Regione Veneto	2008 % (IC 95%)	2009 % (IC 95%)	2010 % (IC 95%)	2011 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2013 % (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)
nei due sessi						
Uomini	42	51	51	54	50	49
Donne	30	29	28	30	30	30
nelle classi di età						
18-34 anni	23	23	22	23	21	22
35-49 anni	40	40	38	41	40	37
50-69 anni	57	54	56	56	55	54
nei diversi livelli di istruzione						
Nessuna/elementare	62	59	61	61	61	63
Media inferiore	47	48	46	48	48	47
Media superiore	35	33	34	36	34	34
Laurea	29	25	26	30	28	29
nelle diverse situazioni economiche						
Molte difficoltà	45	48	46	51	42	49
Qualche difficoltà	47	43	41	45	45	41
Nessuna difficoltà	37	37	37	39	36	37

Figura 2.5 – Persone in eccesso ponderale in Veneto -Anno 2013
(Fonte: Passi 2013 e Passi d'Argento 2012-2013)

Consumo di frutta e verdura

In Veneto, il 47% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 39% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 13% le 5 porzioni raccomandate. Tra gli ultra 65enni, il 17% dichiara di mangiare le 5 o più porzioni giornaliere raccomandate di frutta e verdura, il 46% 3-4 volte, il 36% 1-2 e l'1% nessuna.

L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa nelle persone tra i 50 e 69 anni e nelle donne. Non emergono differenze legate alla condizione economica e alla situazione ponderale.

Rischio cardiovascolare

Ipertensione

Il 57% della popolazione veneta oltre i 65 anni riferisce di essere iperteso.

Nel Veneto, nel 2013, il 20% degli intervistati, che hanno effettuato la misurazione della pressione arteriosa (PA) riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa. La percentuale di ipertesi è più elevata negli uomini, cresce con l'età, in presenza di difficoltà economiche e di sovrappeso/obesità, mentre diminuisce al crescere del livello di istruzione.

Tra i 50 e 69 anni, circa 4 persone su 10 dichiarano di essere ipertese. Tra le persone in sovrappeso, la percentuale di ipertesi è circa 3 volte quella riscontrata tra le persone normopeso. In Veneto nel 2013, il 78% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico.

Ipercolesterolemia

Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 26% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia. L'ipercolesterolemia è più frequente negli uomini, cresce con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e in eccesso ponderale (BMI ≥ 25).

Nel 2013 in Veneto, il 28,7% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

Tabella 2.5 – Percentuale di persone con fattori di rischio cardiovascolare in Veneto, anni 2012-2013
(Fonte: Passi 2013 e Passi d'Argento 2012-2013)

Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione veneta	18-69 anni (PASSI 2013)	65 anni e più (PASSI d'Argento Ottobre 2012 - Febbraio 2013)
Ipertensione arteriosa	20,4 (19,3-21,6)	56,5 (52,5-60,5)
Ipercolesterolemia	26,2 (24,9-27,6)	//
Sedentarietà	23,4 (22,2-24,6)	//
Fumo	23,4 (22,2-24,7)	7,2 (5,5-8,9)
Sovrappeso	29,6 (28,3-30,9)	43,5 (40,5-46,4)
Obeso	10,0 (9,2-10,9)	15,4 (13,3-17,5)
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	87,5 (86,5-88,4)	83 (79,3-86,5)

Approfondimenti

Monografie PASSI

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

Recapiti per ulteriori informazioni

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

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

Recapiti telefonici: 0412791352-1353

e-mail: sanitapubblica@regione.veneto.it

2.2. Mortalità per causa

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

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

Quadro di sintesi

Le principali cause di morte sono rappresentate dai tumori negli uomini e dalle malattie circolatorie nelle donne. Nel periodo 2001-2012 si è registrato un forte calo della mortalità per tumore del polmone negli uomini, ma non nelle donne. La mortalità per cardiopatie ischemiche e malattie cerebrovascolari si è ridotta nettamente in entrambi i sessi. La mortalità per incidenti stradali è rimasta stabile a partire dal 2009, dopo essersi dimezzata nello scorso decennio.

30

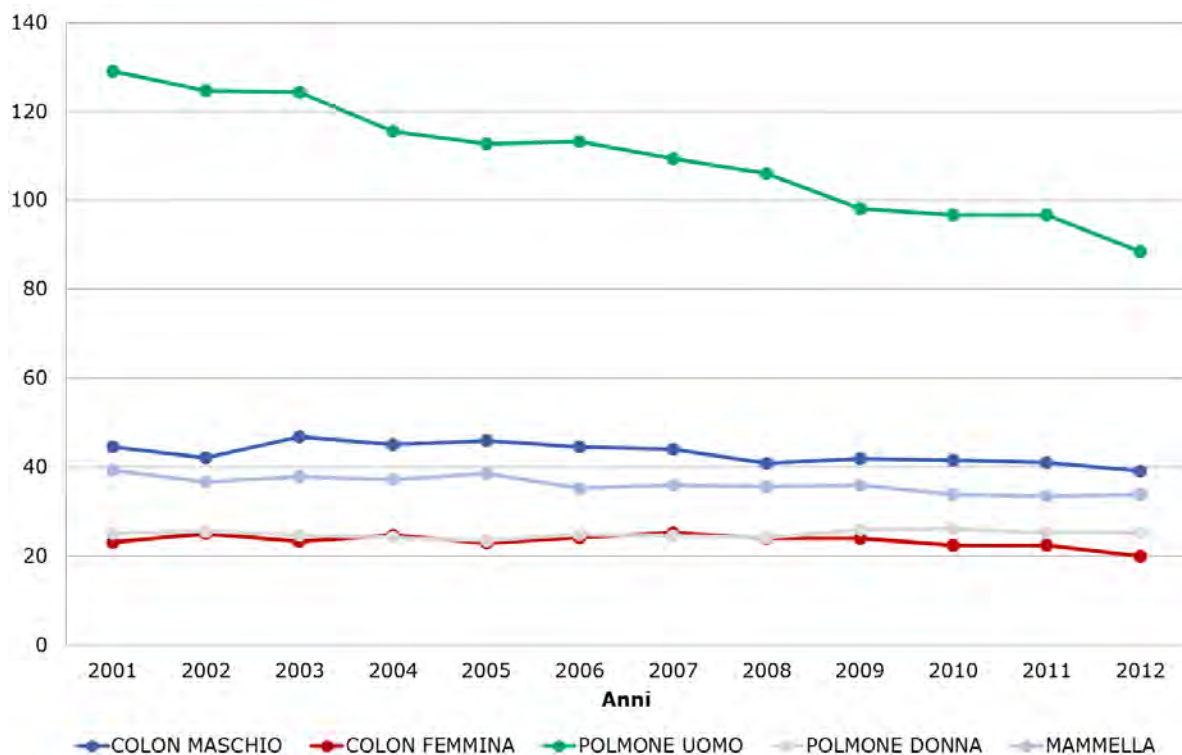
Copia delle schede ISTAT di morte è inviata dalle Aziende ULSS al SER (Sistema Epidemiologico Regionale) per la codifica della causa di morte ed il data entry. Una volta completate tali procedure, viene restituita alle singole Aziende ULSS la sezione dell'archivio informatizzato di propria competenza. A partire dal 2007 la codifica viene effettuata secondo la decima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-10). I dati sono aggiornati al 2012; per questo ultimo anno, è in corso il recupero di schede mancanti/illeggibili per cui i dati sono provvisori, con una copertura a livello regionale pari a circa il 99%. Le principali cause di morte sono rappresentate dai tumori negli uomini e dalle malattie circolatorie nelle donne.

Il tumore del polmone causa circa il 9% di tutti i decessi negli uomini e più del 3% nelle donne. Tuttavia, la mortalità dovuta a questa patologia negli uomini è in rapida diminuzione mentre nelle donne è sostanzialmente stabile. I tumori del grosso intestino, pur presentando tassi standardizzati in riduzione negli ultimi anni, sono la seconda causa di decesso per neoplasie dopo il tumore del polmone negli uomini e la terza dopo i tumori di mammella e polmone nelle donne. Il tumore della mammella mostra una mortalità in diminuzione nel tempo, ma costituisce ancora la principale causa di morte per tumore nelle donne. Tra le altre più frequenti sedi di neoplasia, bisogna segnalare che la mortalità per tumore del pancreas in Veneto non ha mostrato variazioni di rilievo ed è superiore al valore complessivo nazionale.

Tabella 2.6 – Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N), mortalità proporzionale (%) e tasso osservato (TO) di mortalità per causa (tasso per 100.000). Veneto, periodo 2011-2012 (Fonte: SER)

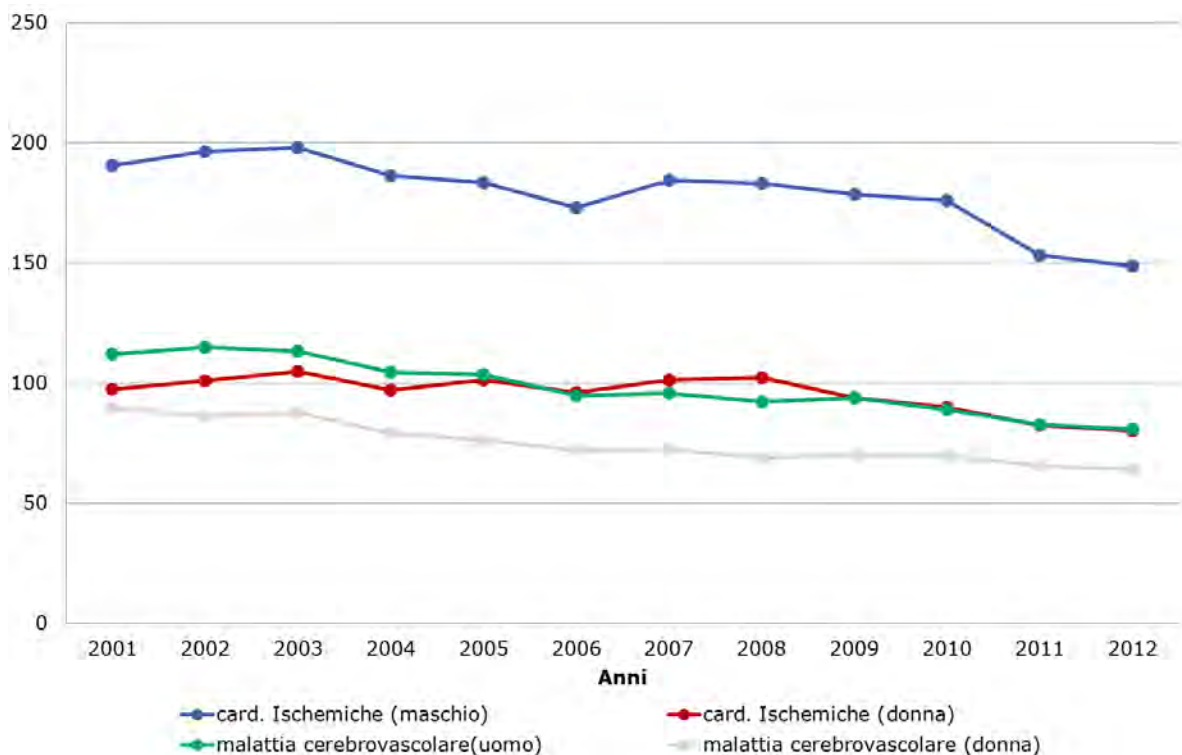
Cause di morte	Maschi			Femmine		
	N	%	TO	N	%	TO
ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	889	2,1	18,8	1.007	2,1	19,5
TUMORI	15.581	36,0	329,5	12.626	26,3	253,5
Tumore maligno di colon, retto e ano	1.632	3,8	34,5	1.339	2,8	26,9
Tumore maligno di fegato e dotti biliari intraepatici	1.128	2,6	23,9	530	1,1	10,6
Tumore maligno del pancreas	1.011	2,3	21,4	1.043	2,2	20,9
Tumore maligno di trachea, bronchi e polmone	3.891	9,0	82,3	1.507	3,1	30,3
Tumore maligno della mammella				2.010	4,2	40,4
Tumore maligno della prostata	1.020	2,4	21,6			
MAL. ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	1.551	3,6	32,8	1.948	4,1	39,1
Diabete mellito	1.221	2,8	25,8	1.444	3,0	29,0
DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	1.169	2,7	24,7	2.495	5,2	50,1
Demenza	1.050	2,4	22,2	2.362	4,9	47,4
MAL. DEL SISTEMA NERVOSO	1.495	3,5	31,6	2.149	4,5	43,1
Malattia di Parkinson	374	0,9	7,9	327	0,7	6,6
Malattia di Alzheimer	526	1,2	11,1	1.124	2,3	22,6
MAL. DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	13.893	32,1	293,8	19.030	39,6	382,1
Malattie ipertensive	1.530	3,5	32,4	3.004	6,2	60,3
Cardiopatie ischemiche	5.557	12,9	117,5	6.011	12,5	120,7
Altre malattie cardiache	3.159	7,3	66,8	4.558	9,5	91,5
Malattie cerebrovascolari	2.910	6,7	61,5	4.719	9,8	94,7
MAL. DEL SISTEMA RESPIRATORIO	3.339	7,7	70,6	3.281	6,8	65,9
Polmonite	922	2,1	19,5	1.151	2,4	23,1
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	1.387	3,2	29,3	1.018	2,1	20,4
Altre malattie del Sistema Respiratorio	980	2,3	20,7	996	2,1	20,0
MAL. APPARATO DIGERENTE	1.688	3,9	35,7	1.786	3,7	35,9
Cirrosi epatica e altre malattie croniche del fegato	775	1,8	16,4	446	0,9	9,0
MAL. DELL'APPARATO GENITOURINARIO	557	1,3	11,8	721	1,5	14,5
CAUSE ESTERNE DI MORBOSITA' E MORTALITA'	2.207	5,1	46,7	1.420	3,0	28,5
Accidenti da trasporto	583	1,3	12,3	164	0,3	3,3
Autolesioni intenzionali	595	1,4	12,6	183	0,4	3,7
TUTTE LE CAUSE	43.227	100,0	914,2	48.073	100,0	965,1

Figura 2.6 – Mortalità per tumore al polmone, del colon-retto e della mammella: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2001-2012, standardizzazione diretta. Standard=Veneto, 1° gennaio 2007



32

Figura 2.7 – Mortalità per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2001-2012, standardizzazione diretta. Standard=Veneto, 1° gennaio 2007

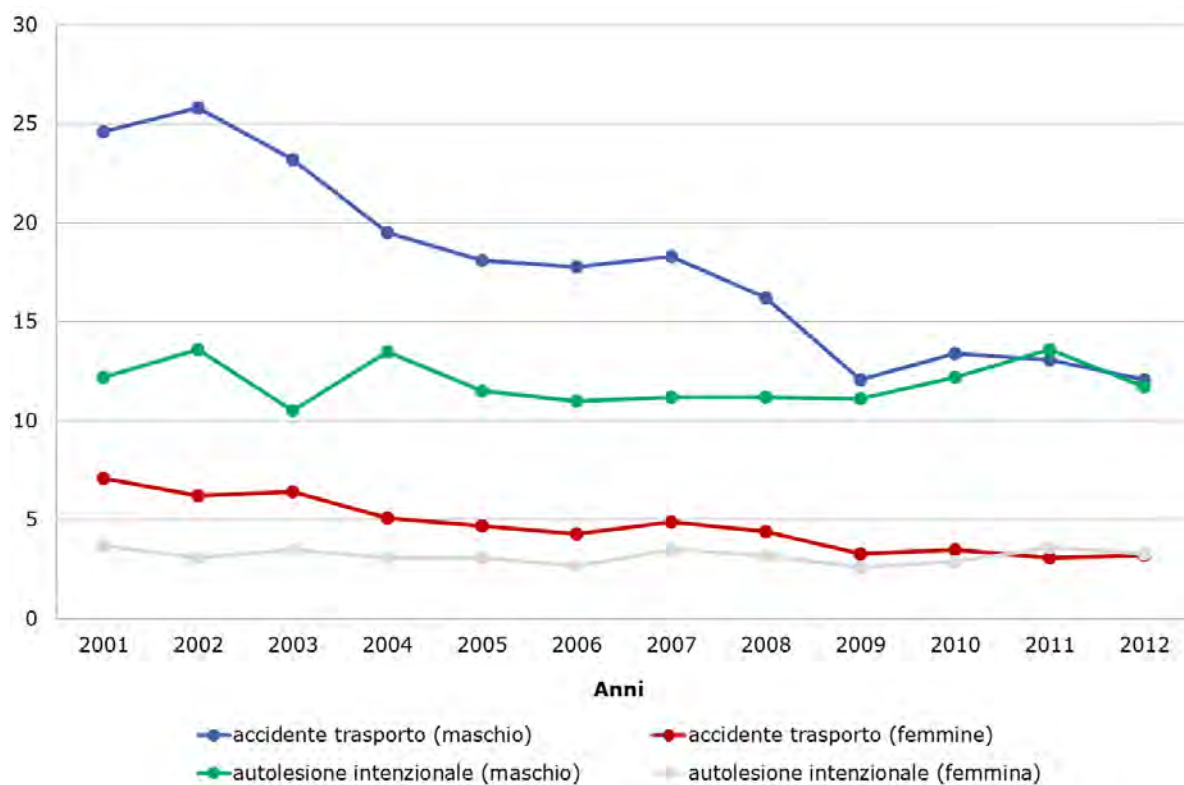


Tra le malattie circolatorie, le più rappresentate sono le cardiopatie ischemiche (che includono l'infarto acuto del miocardio, altre cardiopatie ischemiche acute, e le cardiopatie ischemiche croniche). Un'altra importante classe di patologie circolatorie è costituita dalle malattie cerebrovascolari (ictus ed esiti di ictus), che rendono conto di una quota rilevante di decessi soprattutto tra le donne in età avanzata. Si può osservare come vi sia stata nel tempo una forte riduzione della mortalità per questi due gruppi di patologie in entrambi i sessi.

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

La mortalità per incidenti stradali ha subito un dimezzamento nel corso dello scorso decennio, rimanendo peraltro stabile negli ultimi anni. Nonostante questo, gli incidenti stradali costituiscono ancora una rilevante causa di mortalità prematura soprattutto tra gli uomini. La mortalità per suicidi, dopo una lieve riduzione osservata nella prima parte dello scorso decennio, è rimasta sostanzialmente invariata nel periodo 2005-2009; nel biennio 2010-2011 ha invece mostrato una forte crescita, con una stabilizzazione dei tassi nel 2012.

Figura 2.8 – Mortalità per incidenti stradali e suicidi: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2001-2012, standardizzazione diretta. Standard=Veneto, 1° gennaio 2007



Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Decreto Del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285](#). Approvazione del regolamento di polizia mortuaria", Capo I Denuncia della causa di morte e accertamento dei decessi. La gestione centralizzata del flusso di mortalità è stata istituita nel Veneto con Circolare del Segretario Regionale Sanità e Sociale del 17 febbraio 2006.

Approfondimenti

[Sezione dedicata alla mortalità](#) nel sito Internet del SER Sistema Epidemiologico Regionale.

Rapporto "[La mortalità nella regione del Veneto - Periodo 2007-2010](#)" a cura del SER Sistema Epidemiologico Regionale.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2.3. Malattie infettive: malaria, varicella e malattie emergenti

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

Quadro di sintesi

La sorveglianza in sanità pubblica ha come obiettivo finale l'utilizzazione dei dati raccolti per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e per il monitoraggio dei programmi di attività inteso come continua valutazione della relazione intervento-cambiamento. La notifica obbligatoria delle malattie infettive costituisce il flusso informativo alla base di tutto il sistema di sorveglianza, perché permette di definire e confrontare tra le ULSS e con le altre regioni o i diversi Paesi l'incidenza delle malattie. I sistemi "generali" di notifica raccolgono informazioni che sono spesso insufficienti per sorvegliare alcune malattie infettive particolarmente rilevanti e per monitorare adeguatamente programmi di controllo. Nella Regione Veneto sono stati istituiti pertanto, sistemi di sorveglianza speciali finalizzati a raccogliere informazioni più specifiche relative, in particolare alla presenza di fattori di rischio per malattia. La nostra Regione è dotata di un software, denominato SIMIWEB, nel quale vengono raccolte tutte le notifiche di malattie infettive fatte a livello locale e aderisce anche a sistemi di sorveglianza predisposti a livello nazionale (AIDS, Influnet, Malattie batteriche invasive, SEIEVA, Morbillo e Rosolia, West-Nile, etc).

35

Malaria

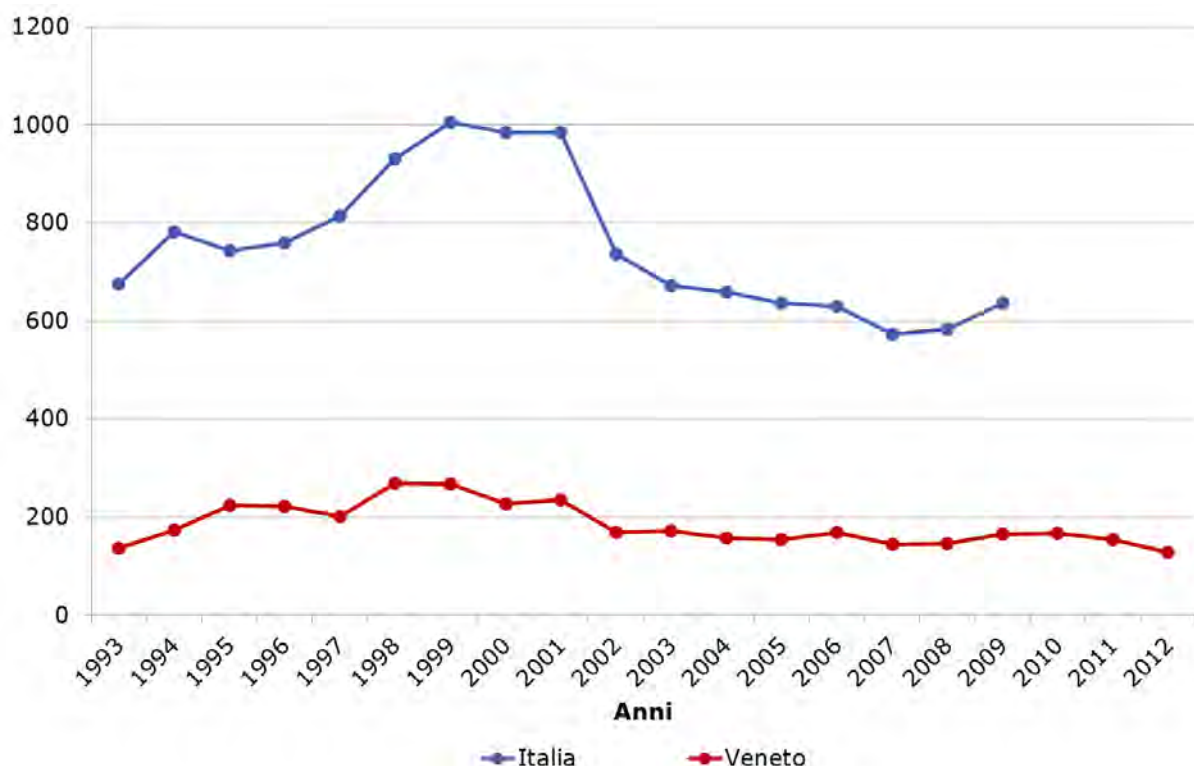
La malaria rappresenta un grave problema mondiale, come confermato dai dati dell'Oms: facendo riferimento all'anno 2012, si stimano infatti nel mondo 207 milioni di nuovi casi, l'80% dei quali in Africa ed il 13% nella Regione del Sud-Est Asiatico. Per l'anno 2012 sono stati considerati come endemici ben 103 Paesi nel mondo, la maggior parte dei quali si trova nella Regione Africana. Secondo le stime dell'Oms, la malaria è responsabile di 627 mila decessi, il 90% dei quali in Africa. Il 77% circa dei decessi ha riguardato bambini di età inferiore ai 5 anni.

In questi ultimi anni si è osservata una progressiva diminuzione del numero di casi di malaria notificati in Italia, riduzione che ammonta a circa il 37% dei casi nel 2009 rispetto al 1999, anno in cui si è registrato il picco massimo di incidenza. Nel 2012, nella Regione Veneto il decremento dei casi è pari al 52,4% rispetto al picco massimo registrato nel 1998.

Analizzando i dati del Veneto relativi al periodo 1993-2012 si osserva che i casi di malaria si sono verificati prevalentemente in cittadini stranieri provenienti da aree endemiche. Nell'arco di tempo considerato si è assistito a un progressivo aumento dei casi nei soggetti provenienti da tali aree con un picco (in termini assoluti) nel 1999, in corrispondenza del quale il 70,4% dei casi di malaria ha riguardato cittadini stranieri.

Dopo un breve periodo di calo, dal 2003 il numero e la proporzione dei casi di malaria negli stranieri sono costantemente aumentati, tanto che nell'anno 2011 rappresentano quasi l'84% del totale dei casi notificati (Figura 2.9), nel 2012 tale percentuale si attesta al 72,7%, indicando una diminuzione rispetto all'anno precedente. C'è da sottolineare che nel 2012 il 40% dei casi con cittadinanza italiana (14 su 35) che hanno contratto la malaria in realtà sono persone che hanno ottenuto la cittadinanza italiana nel corso della loro vita o figli di immigrati che dichiarano come origine, un paese africano.

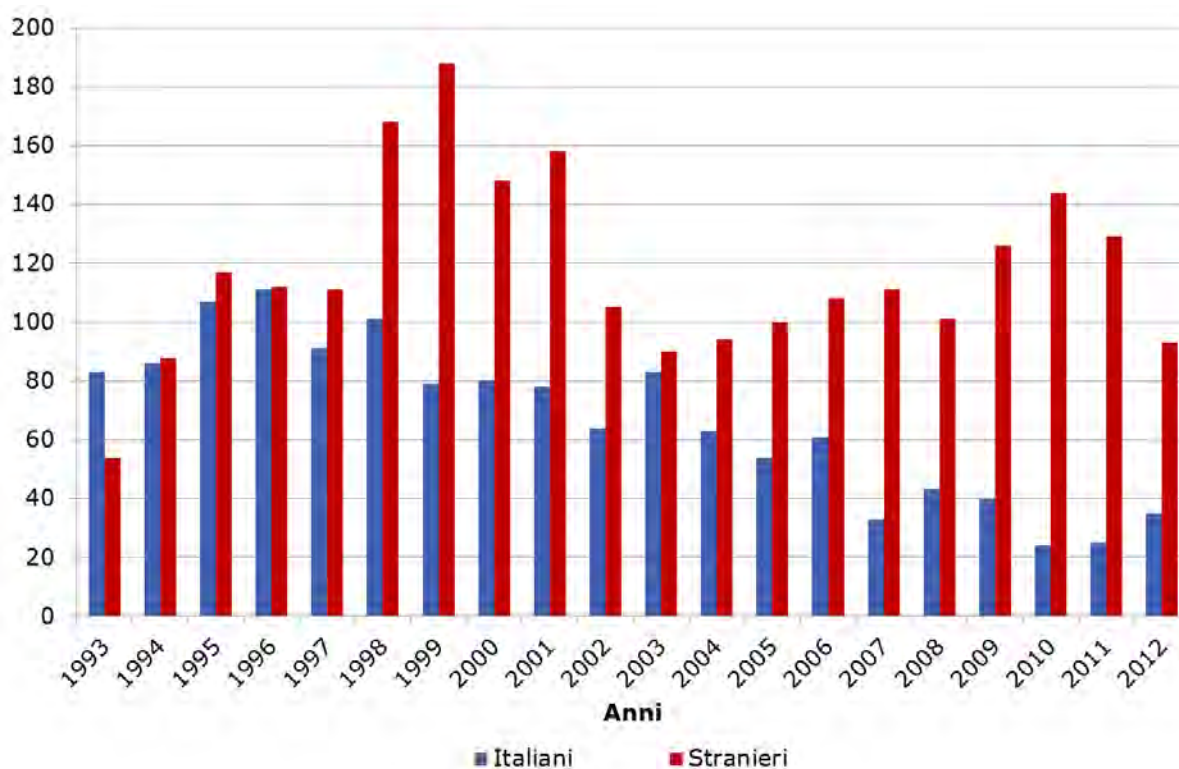
Figura 2.9 - Numero di casi segnalati di malaria in Italia e in Veneto. Anni 1993-2012



I dati del Veneto vanno letti anche tenendo conto del forte fenomeno migratorio che ha interessato il nostro Paese, e quindi anche la Regione Veneto, negli ultimi anni.

L'aumento dei casi di malaria che si osserva nella nostra Regione, come pure in Italia, riguarda prevalentemente soggetti immigrati che sono a maggior rischio di ammalarsi quando rientrano nel loro paese di origine per visitare familiari e amici (VRFs, Visiting Relatives and Friends), poiché vivono generalmente in zone rurali, per periodi prolungati e in abitazioni con bassi standard qualitativi.

Avendo una scarsa consapevolezza di aver perso l'immunità transitoria (premunizione) nei confronti della malattia tendono, inoltre, a sottostimare il rischio di infezione e quindi spesso durante il soggiorno non utilizzano i mezzi di protezione dalle punture di zanzara, né effettuano una profilassi farmacologica o assumono i farmaci in modo non corretto.

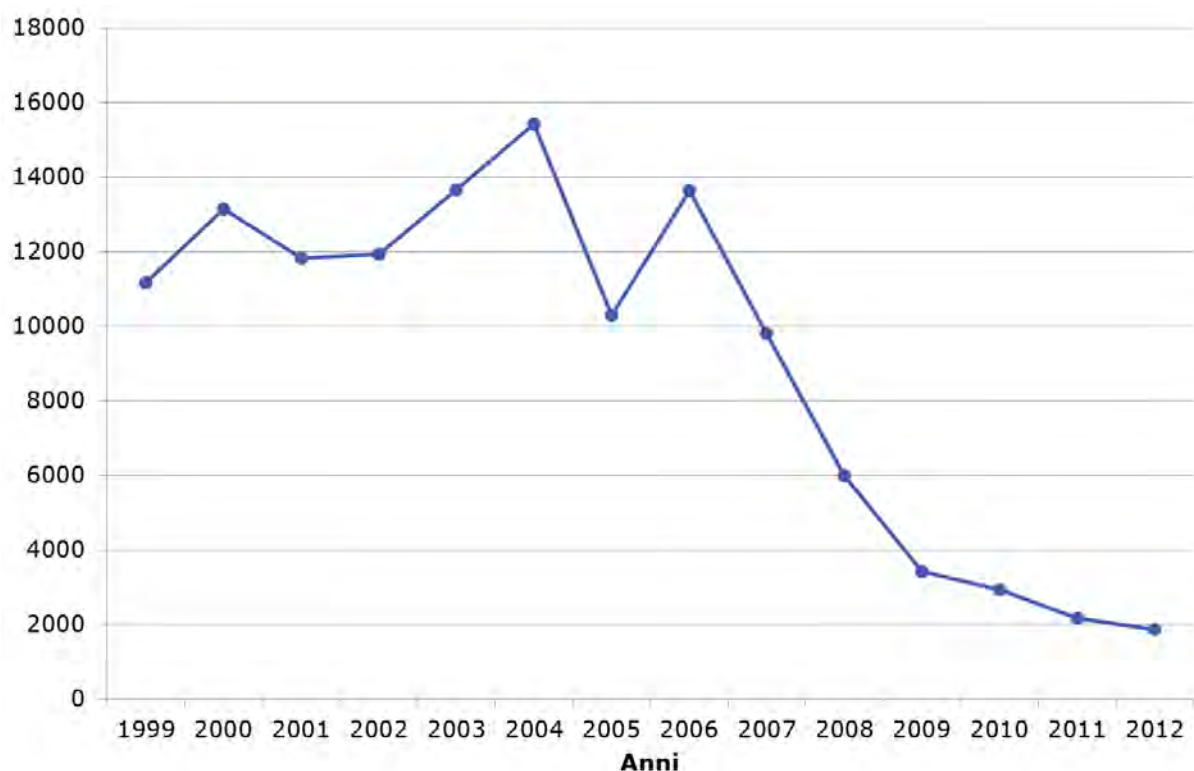
Figura 2.10 – Numero di casi segnalati di malaria tra italiani e stranieri in Veneto - Anni 1993-2012

Varicella

La varicella è una malattia infettiva altamente contagiosa provocata dal virus Varicella zoster (Vzv) appartenente al gruppo degli Herpesvirus, della famiglia degli Herpesviridae. Insieme a morbillo, rosolia, pertosse e parotite è annoverata tra le malattie contagiose tipiche dell'infanzia. In assenza di un programma vaccinale universale la varicella colpisce prevalentemente i bambini sotto i 10 anni di età, in particolare la fascia di età compresa tra i 3 ed i 6 anni.

Attualmente nella Regione Veneto i casi di varicella vengono notificati tramite il Sistema Informatico Malattie Infettive (SIMIWEB), adottato a partire dall'anno 2006. Con la DGR 4003/05 la Regione Veneto ha introdotto l'offerta attiva e gratuita del vaccino contro la varicella conformemente a quanto previsto nel Piano Nazionale Vaccini.

La Figura 2.11 riporta l'andamento del numero di casi di varicella notificati a partire dal 1999. Come è facile osservare, dal 2006 si è verificata una forte riduzione del numero di casi notificati: il numero di affetti da varicella nel 2012 si è infatti ridotto di quasi l'85% rispetto a quello del 2006 (da 13.700 circa a 1.866).

Figura 2.11 – Numero di casi di varicella in Veneto. Anni 1999-2012

38

Tale riduzione risulta ancora più evidente se si osserva l'andamento del tasso di notifica per i bambini in età 1-3 anni: dal 2006 ad oggi il tasso si è ridotto di quasi 2.000 casi ogni 100.000 bambini residenti in questa fascia di età. Tale decremento sembra essere l'effetto della campagna vaccinale anti-varicella avviata in Regione Veneto proprio a partire dal 2006. Inoltre, la proporzione di bambini stranieri che hanno contratto la malattia in età pediatrica si aggira attorno al 7,6% per il 2012.

Malattie emergenti

Nell'ultimo decennio, in Europa e in Italia, si è assistito all'aumento della segnalazione di casi importati ed autoctoni di infezione da parte di alcune arbovirosi molto diffuse nel mondo, tra cui la febbre Dengue e Chikungunya e la malattia da virus West-Nile (WNV). La sorveglianza epidemiologica delle infezioni da West-Nile virus nella regione Veneto è iniziata nel 2008 ed ha permesso di identificare i primi casi umani di malattia neuroinvasiva da WNV (WNND). Nel 2009 in seguito al ripetersi di casi umani di WNND è stato attivato un piano di sorveglianza integrato clinico, entomologico e veterinario per la sorveglianza attiva e il monitoraggio della circolazione del WNV nell'uomo, nelle zanzare e negli animali.

Nel 2011 con Circolare Ministeriale è stata istituita la Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West-NileDisease.

Durante il periodo di sorveglianza (dal 15 giugno al 30 novembre) dell'anno 2013, nella Regione Veneto sono stati segnalati 15 casi di malattia neuroinvasiva da West-Nile virus e nessun decesso.

Come da indicazioni del Centro Nazionale Sangue per la prevenzione della trasmissione trasfusionale del WNV basata sulla sorveglianza attiva dei donatori di sangue, è stato introdotto il NAT testing (Test di amplificazione genica) per WNV in alcune province e avviata la sospensione delle donazioni per 28 giorni in soggetti in transito in tali province. Dai controlli relativi alla sicurezza trasfusionale sono stati individuati 8 donatori positivi al Test NAT.

Dal 2010 nella Regione Veneto è stata attivata la sorveglianza delle febbri estive allo scopo di favorire l'identificazione precoce del maggior numero possibile di casi di malattie trasmesse da vettori (Chikungunya, Dengue e West-Nile) nel nostro territorio, permettendo di intraprendere tempestivamente le necessarie misure di controllo ove necessario, in sinergia con la sorveglianza entomologica e veterinaria.

Durante il periodo di sorveglianza dell'anno 2013, sono stati sottoposti a test di laboratorio specifici per le febbri Dengue e Chikungunya 209 soggetti, mentre 330 sono stati i pazienti sottoposti a screening per la febbre da West-Nile virus. Ci sono stati 14 casi confermati di Dengue e nessun caso confermato di Chikungunya, mentre sono stati segnalati 16 casi di febbre da West-Nile.

I risultati della sorveglianza delle febbri estive si possono considerare molto soddisfacenti, sia perché è stato raggiunto un numero significativo di campioni testati, sia per quanto riguarda la risposta alla sorveglianza attiva.

Approfondimenti

Circolare Ministeriale "Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West-Nile Disease – 2013"

Circolare Centro Nazionale Sangue n.1984 del 21.06.2013

Linee operative per la sorveglianza delle febbri estive in Regione Veneto, anno 2013

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria

Sede: Rio Tre Ponti 3494

Recapiti telefonici: 0412791352-53

e-mail: sanitapubblica@regione.veneto.it

2.4. Tumori

Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23) Allegato A. Paragrafo 4.4 Verso un "cruscotto di governo". Sottoparagrafo 4.4.4 Strutture e attività a supporto della programmazione. Il Sistema Centri regionale. Pagina 140. La raccolta, l'analisi e la interpretazione dei dati che si riferiscono a persone con diagnosi di tumore, residenti nella Regione del Veneto costituiscono risorse insostituibili per la programmazione, oltre che per la ricerca clinica ed epidemiologica. Il Piano Socio Sanitario individua aspetti organizzativi tesi al buon funzionamento e all'aggiornamento costante del Registro Tumori del Veneto.

Quadro di sintesi

I tumori più frequenti nel Veneto sono nell'uomo il cancro della prostata, quello del polmone e quello del colon-retto, nella donna quello della mammella, quello del colon-retto e del polmone.

L'incidenza del cancro del colon-retto riflette l'implementazione dei programmi di screening organizzato. In corrispondenza dell'attivazione dello screening si osserva un picco dei tassi di chirurgia per neoplasie colo-rettali, che si riducono poi a livelli inferiori a quelli di partenza.

Il cancro del polmone, per il quale il fattore di rischio più importante è il fumo di tabacco, è in forte riduzione negli uomini fin dai primi anni '90 e in leggero aumento nelle donne.

L'incidenza del cancro della mammella si è stabilizzata a partire dagli anni 2000, anche se il progressivo invecchiamento della popolazione comporta un continuo aumento delle nuove diagnosi.

L'incidenza del tumore della prostata ha mostrato un forte incremento fino al 2003-2004 legato al diffondersi del test del PSA, per poi ridursi negli anni più recenti almeno nelle classi di età più anziane.

L'invecchiamento della popolazione ed il miglioramento delle cure causano un progressivo incremento del numero di pazienti che convivono con il cancro; un quarto di questi pazienti è costituito da donne che hanno avuto un cancro della mammella, mentre più di un ottavo è costituito da uomini e donne che hanno avuto un cancro del colon-retto e all'incirca altrettanti sono stati trattati per un cancro della prostata.

Il tumore del colon retto in Veneto

In Veneto, nei maschi il tumore del colon retto (ICD-X C18-21) è il terzo tumore più frequente e rappresenta il 14% di tutte le neoplasie, con un'incidenza osservata di circa 100 casi ogni 100.000 uomini all'anno (periodo 2005-2007). Nelle femmine questo tumore è il secondo per frequenza e costituisce il 13% di tutte le neoplasie, con un'incidenza osservata di circa 72 casi ogni 100.000 donne all'anno.

Si stima che nel 2012¹ in Veneto si siano verificati circa 4.242 nuovi casi di tumore del colon retto, di cui il 57% nei maschi.

¹ Stima ottenuta applicando i tassi di incidenza osservati nel triennio 2005-2007 alla popolazione residente in Veneto nel 2012. L'aumento del numero di casi incidenti rispetto al triennio 2005-2007 è quindi dovuto esclusivamente alle differenze di popolazione (in termini di invecchiamento e di aumento della numerosità complessiva).

Figura 2.12 - Tassi di incidenza del tumore del colon retto per sesso ed età. Veneto, periodo 2005-2007. (Fonte: Registro Tumori del Veneto)

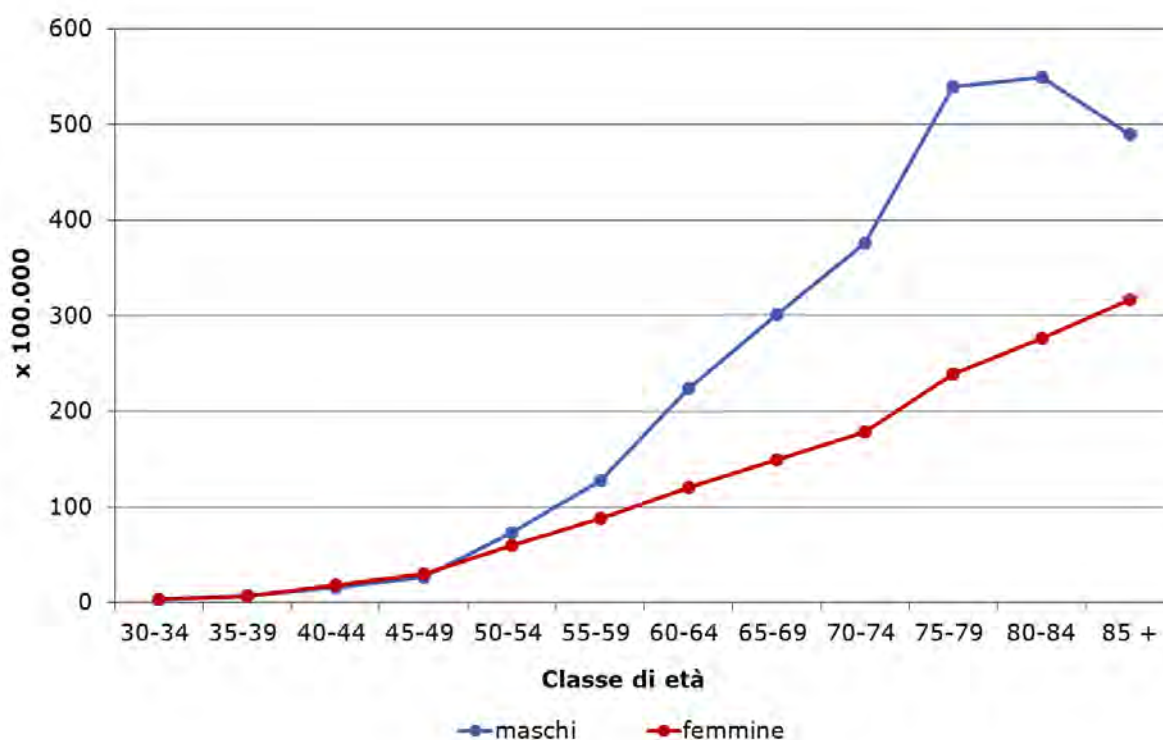
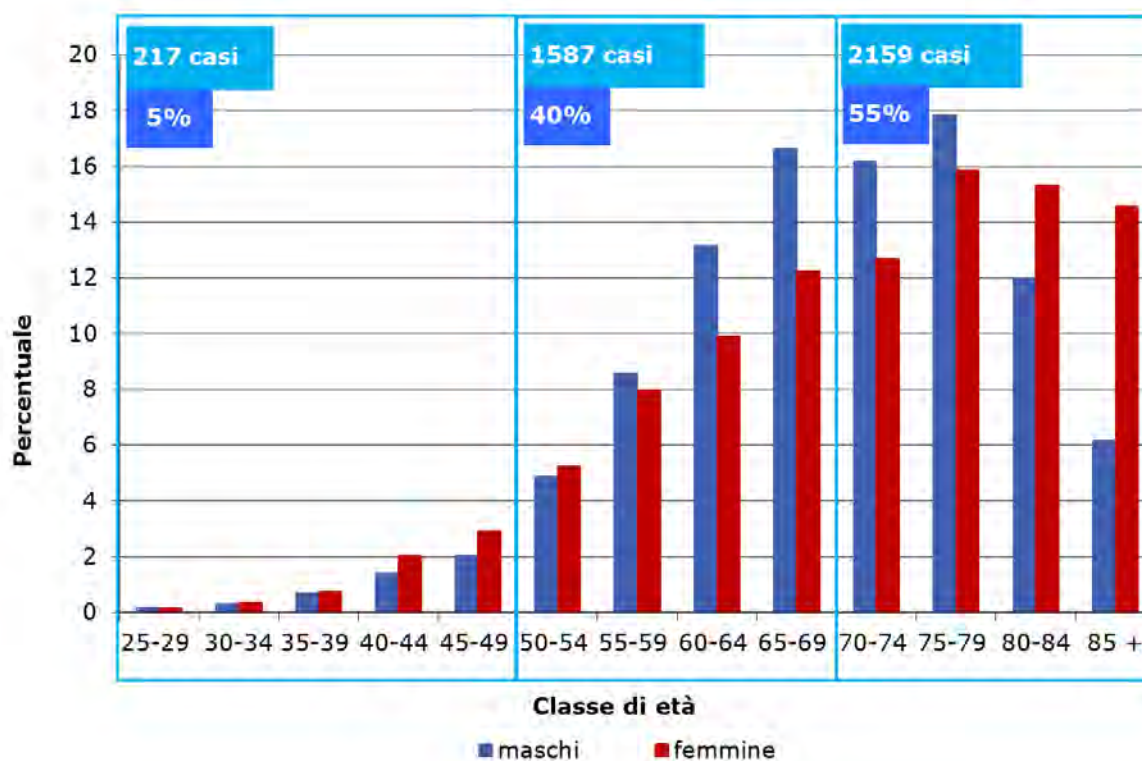


Figura 2.13 - Stima dei casi annui di tumore di colon retto incidenti in Veneto per classe di età alla diagnosi. Periodo 2005-2007. (Fonte: Registro Tumori del Veneto)



L'incidenza di questo tumore in Veneto è in linea con quella delle altre regioni del Nord e del Centro Italia ed è più alta rispetto a quella rilevata nel Sud del Paese.

Come per la maggior parte delle neoplasie, anche il tumore del colon retto colpisce prevalentemente le classi di età più anziane.

Considerando i nuovi casi di tumore stimati in Veneto nel periodo 2005-2007 si può osservare che il 40% riguarda soggetti di età compresa tra i 50 e i 69 anni e che il 55% è a carico di soggetti più anziani.

La quota principale dei casi si manifesta a carico del colon (72%), mentre i casi di tumore del retto sono circa un quarto del totale, senza differenze rilevanti tra i due sessi.

Tabella 2.7 - Numero medio annuo di nuovi casi di tumore del colon retto in Veneto nel triennio 2005-2007, per sesso e sede anatomica.

SEDE TUMORALE	ICD-X	CASI/ANNO		
		MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Colon	C18	1.620 (72%)	1.237 (73%)	2.857 (72%)
Retto	C19-20	616 (27%)	423 (25%)	1.039 (26%)
Ano	C21	27 (1%)	40 (2%)	67 (2%)
Totale	C18-21	2.263 (100%)	1.700 (100%)	3.963 (100%)

Tumore del colon retto: trend di incidenza dal 1990 al 2007

Osservando l'andamento temporale del tasso standardizzato di incidenza dal 1990 al 2007 (Figura 2.14) si rileva che l'incidenza è in aumento in entrambi i sessi, dell'1,41% annuo nei maschi e dello 0,76% nelle femmine.

L'aumento dell'incidenza del tumore del colon retto nell'ultimo periodo di osservazione è essenzialmente spiegato dall'introduzione dello screening nella popolazione di età 50-69 anni (avviato nelle diverse ULSS in tempi diversi, tra il 2002 e il 2009) che comporta in una prima fase un aumento dell'incidenza, dovuto all'anticipo diagnostico di tumori che altrimenti sarebbero comparsi successivamente.

Ci si attende che all'iniziale incremento di incidenza faccia seguito una riduzione cospicua della stessa, in relazione alla bonifica di elevati volumi di lesioni precancerose (adenomi avanzati) che avviene nell'ambito dello screening. Questo effetto non è ancora visibile nel trend dei tassi di incidenza al 2007 dell'intero Registro, ma solo nelle aree coperte dal Registro dove lo screening è stato attivato nel 2002-2004. Per questo motivo non si ritiene opportuno riportare proiezioni di incidenza nei periodi successivi.

Figura 2.14 - Andamento temporale dei tassi di incidenza del tumore del colon retto standardizzati sulla popolazione europea distinta per sesso. Veneto, anni 1990-2007. (Fonte: Registro Tumori del Veneto)

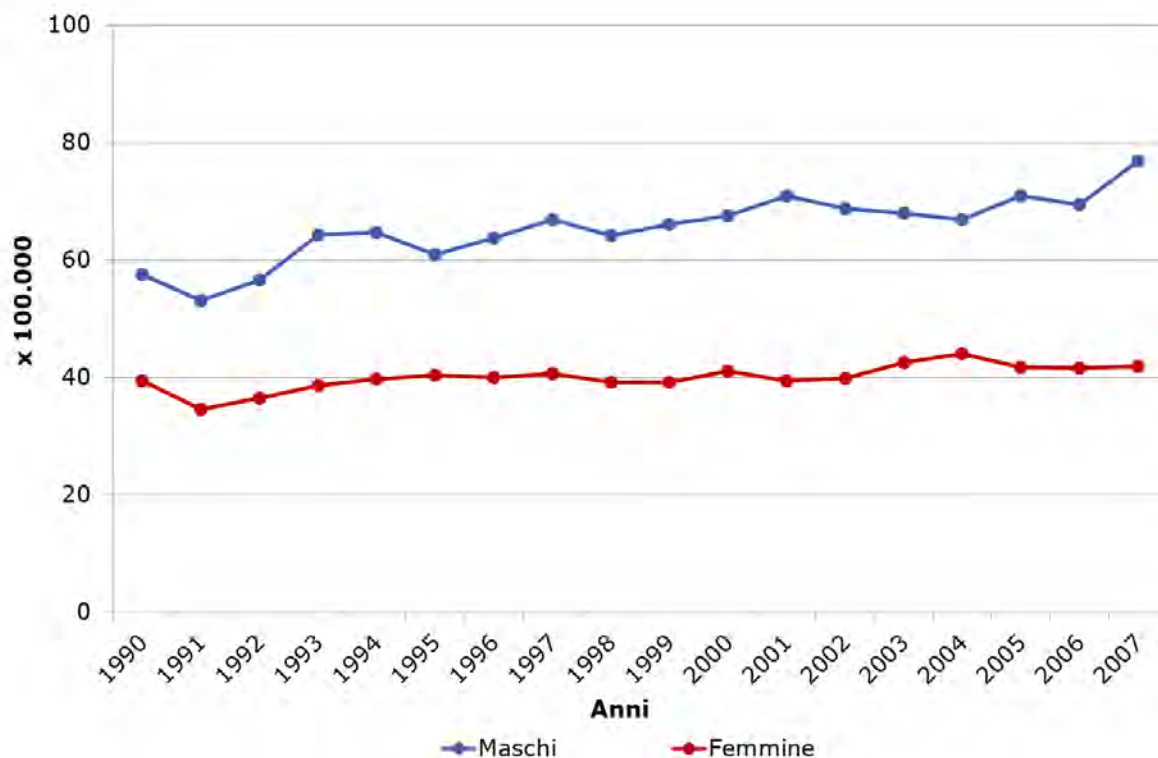
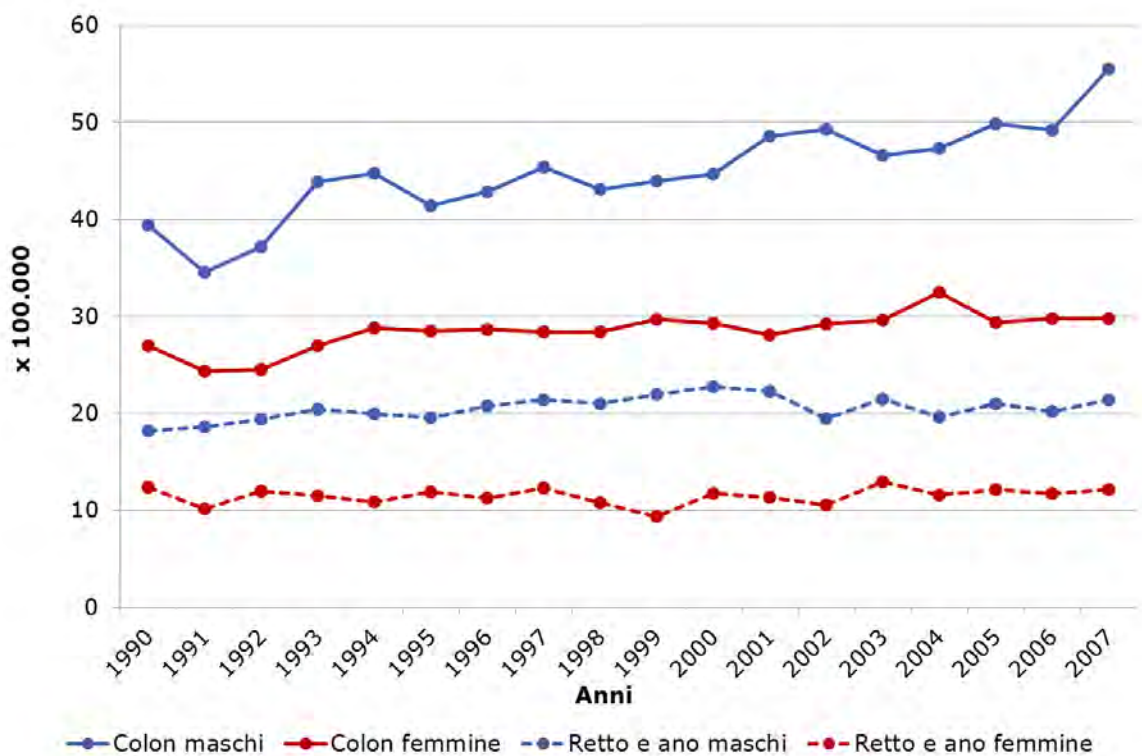


Figura 2.15 - Andamento temporale dei tassi di incidenza del tumore del colon retto standardizzati sulla popolazione europea per sede specifica e per sesso. Veneto, anni 1990-2007. (Fonte: Registro Tumori del Veneto)

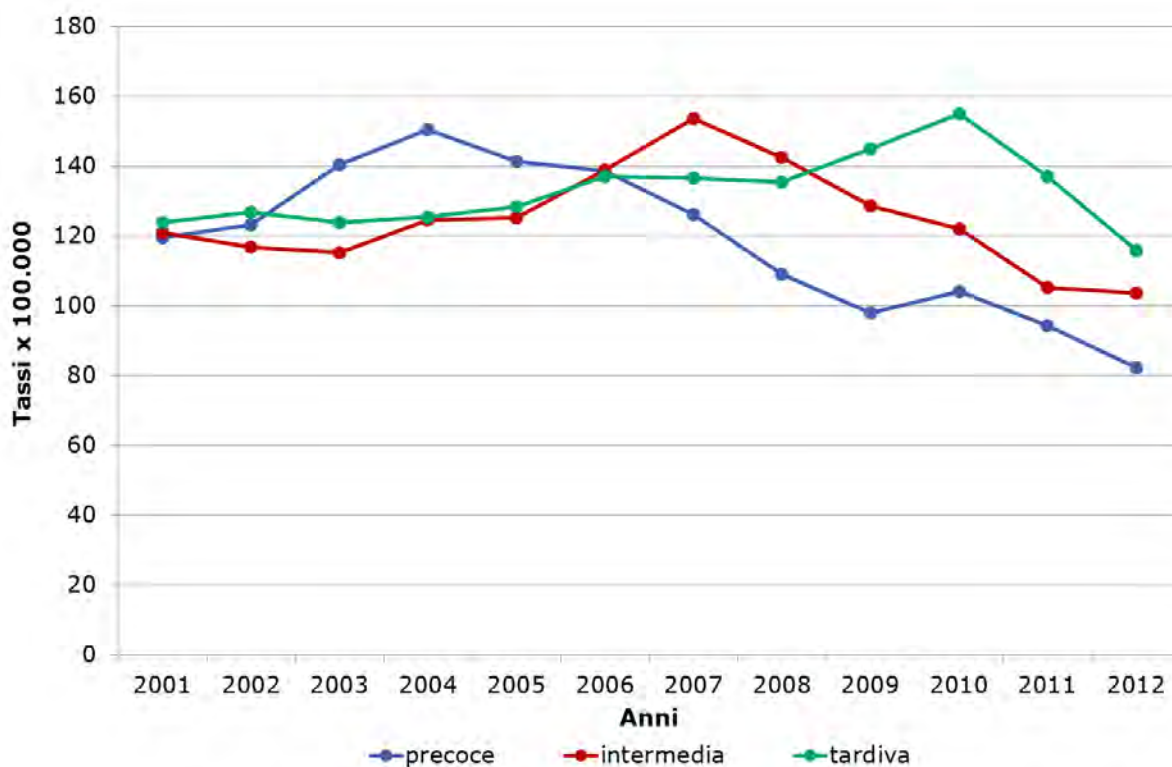


Analizzando separatamente gli andamenti temporali del tumore del colon e del retto e ano risulta che il tumore del colon è in aumento in entrambi i sessi (1,64% annuo nei maschi e 1,03% nelle femmine) mentre il tumore del retto e ano nei maschi è diminuito dell'1,76% annuo a partire dal 2000 mentre nelle femmine presenta un'incidenza costante (Figura 2.15).

Tumore del colon retto: tassi di intervento

Sono state selezionate le dimissioni di pazienti di età compresa tra 50 e 74 anni con una diagnosi di tumore maligno del colon-retto (codici ICD9-CM 153-154, 230.3, 230.4) e codici di intervento di resezione (45.7-45.8, 48.35, 48.5, 48.61-48.69). Sono stati considerati i primi interventi nel periodo 2001-2012, escludendo i soggetti già operati nel 2000. I tassi sono stati calcolati separatamente per le ULSS con attivazione dei programmi organizzati di screening precoce (2002-2004), intermedia (2005-2007) e tardiva (2008-2009). Si può osservare come in corrispondenza dell'attivazione dello screening si osservi in tutti e tre i gruppi di ULSS un picco dei tassi di chirurgia, che si riducono poi a livelli sostanzialmente inferiori a quelli di partenza (per le ULSS con attivazione tardiva tale dinamica è ancora in corso).

Figura 2.16 - Andamento temporale dei tassi di resezione per tumori maligni del colon retto per gruppi di ULSS (attivazione precoce, intermedia e tardiva del programma di screening) Uomini e donne di età 50-74 anni, tassi standardizzati sulla popolazione europea. Veneto, anni 2001-2012. (Fonte: Schede di Dimissione Ospedaliera)



Tumore del colon retto: prevalenza

A inizio 2008 si stima che, ogni 100.000 soggetti residenti in Veneto, 632 abbiano avuto nel corso della loro vita una diagnosi di tumore del colon retto. Questo porta a quantificare 29.978 persone (15.678 uomini e 14.300 donne) vive nel 2013 con una pregressa diagnosi di tumore del colon retto.

Tabella 2.8 - Stima* del numero di soggetti prevalenti in Veneto al 1.1.2013 per anni dalla diagnosi e sesso.

ANNI DALLA DIAGNOSI**	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
≤ 2 anni	3.905	2.867	6.772
≤ 5 anni	7.411	5.841	13.252
≤ 10 anni	11.324	9.079	20.403
≤ 15 anni	13.518	11.411	24.929
≤ 18 anni***	14.257	12.262	26.518
Prevalenza completa	15.678	14.300	29.978

* stima ottenuta applicando la prevalenza osservata nelle aree coperte dal RTV nel 2008 alla popolazione Veneto del 2013

** ciascuna categoria include le precedenti

*** durata massima di osservazione del Registro Tumori

Il tumore del polmone in Veneto

In Veneto, nei maschi il tumore del polmone (ICD-X C33-34) è il secondo tumore più frequente e rappresenta il 15% di tutte le neoplasie, con un'incidenza osservata di circa 106 casi ogni 100.000 uomini all'anno (periodo 2005-2007). Nelle femmine questo tumore è il terzo per frequenza e costituisce quasi il 7% di tutte le neoplasie, con un'incidenza osservata di circa 37 casi ogni 100.000 donne all'anno.

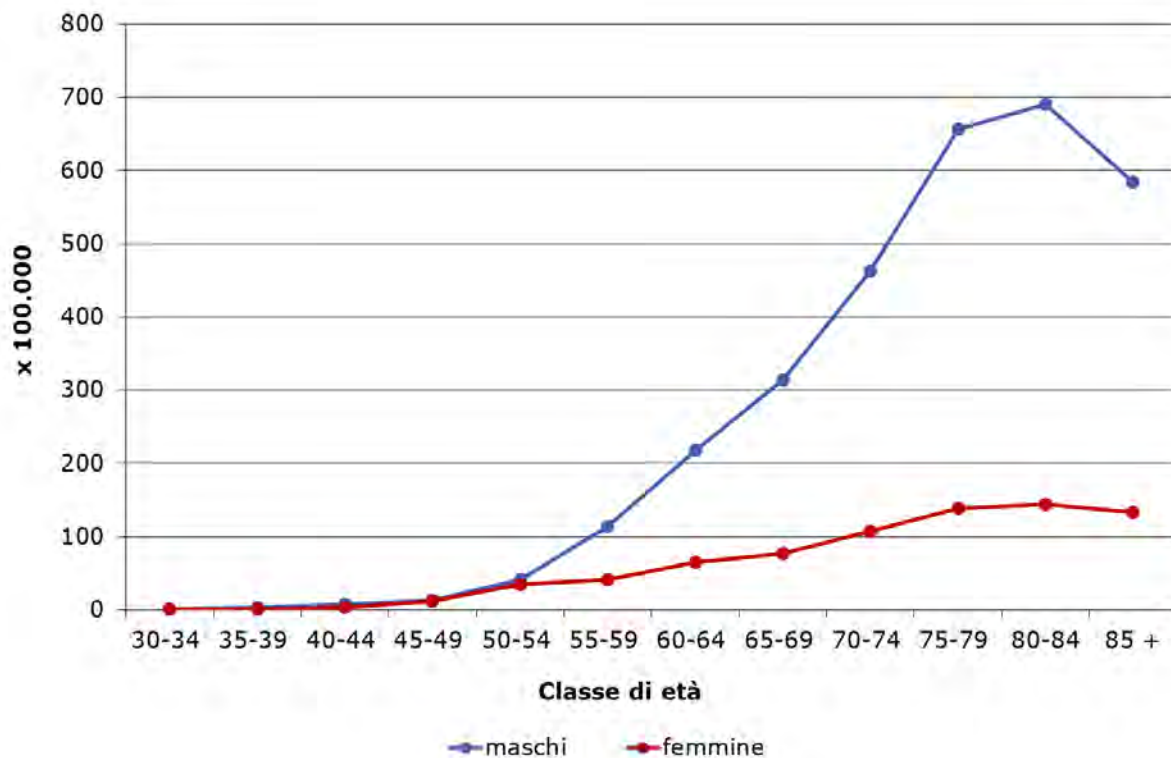
Si stima che nel triennio 2005-2007 in Veneto si siano verificati circa 3.279 nuovi casi di tumore del polmone ogni anno, di cui il 74% nei maschi.

L'incidenza di questo tumore in Veneto è in linea con quella delle altre regioni del Nord Italia ed è più alta rispetto a quella rilevata nel Centro e nel Sud del Paese.

Come per la maggior parte delle neoplasie anche il tumore del polmone colpisce prevalentemente le classi di età più anziane.

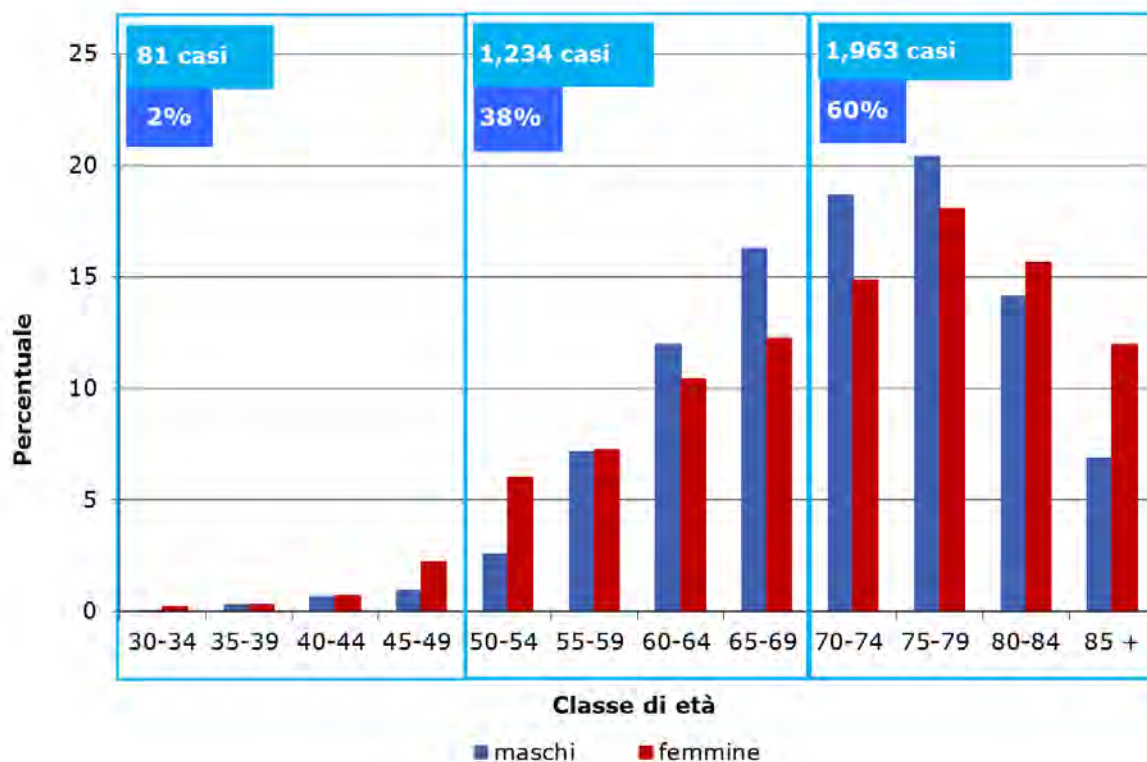
Considerando i nuovi casi di tumore stimati in Veneto nel periodo 2005-2007 si può osservare che il 38% riguarda soggetti di età compresa tra i 50 e i 69 anni e che il 60% è a carico di soggetti più anziani.

Figura 2.17 - Tassi di incidenza del tumore del polmone per sesso ed età. Veneto, periodo 2005-2007.



46

Figura 2.18 - Stima dei casi annui di tumore del polmone incidenti in Veneto per classe di età alla diagnosi. Periodo 2005-2007

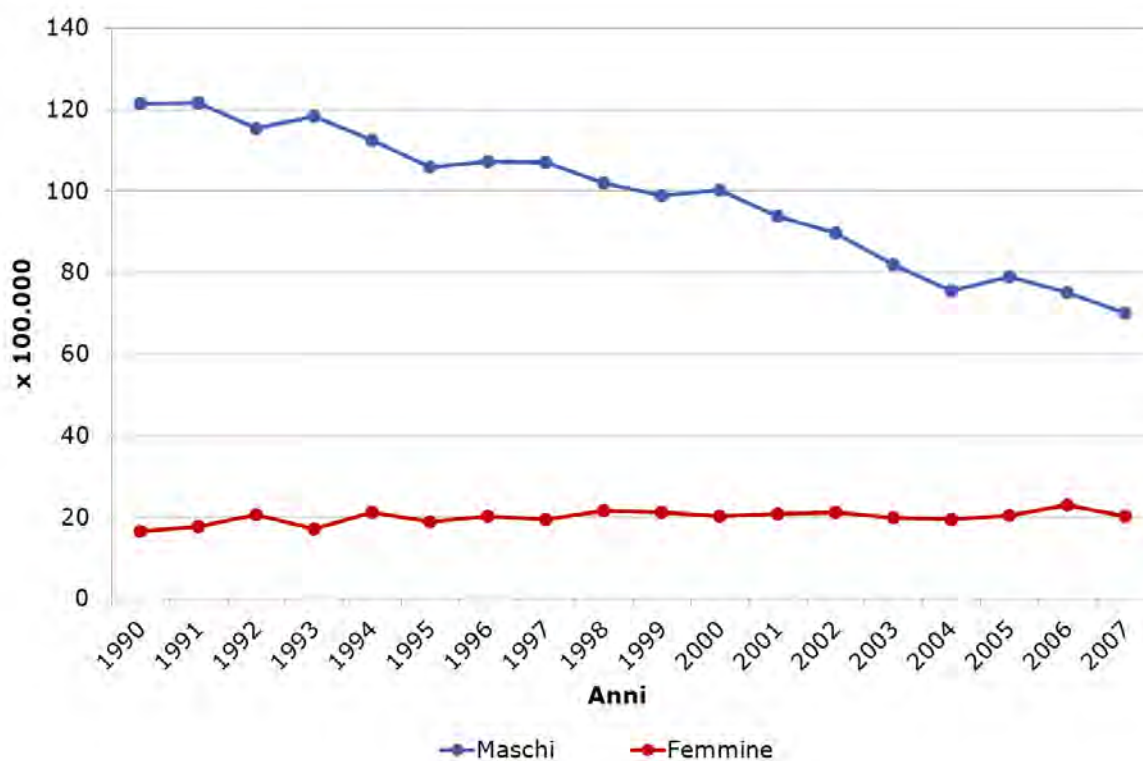


Tumore del polmone: trend di incidenza dal 1990 al 2007

Osservando l'andamento temporale del tasso standardizzato di incidenza dal 1990 al 2007 (Figura 2.19) si rileva che l'incidenza è in forte calo nei maschi (-2,24% annuo fino al 2000 e -4,71% successivamente) mentre è in leggera crescita nelle donne (+0,85% annuo).

La diminuzione nei maschi è legata ad una riduzione dell'abitudine al fumo, che rappresenta il più importante fattore di rischio per questo tumore, a cui sono attribuibili almeno l'80% dei casi.

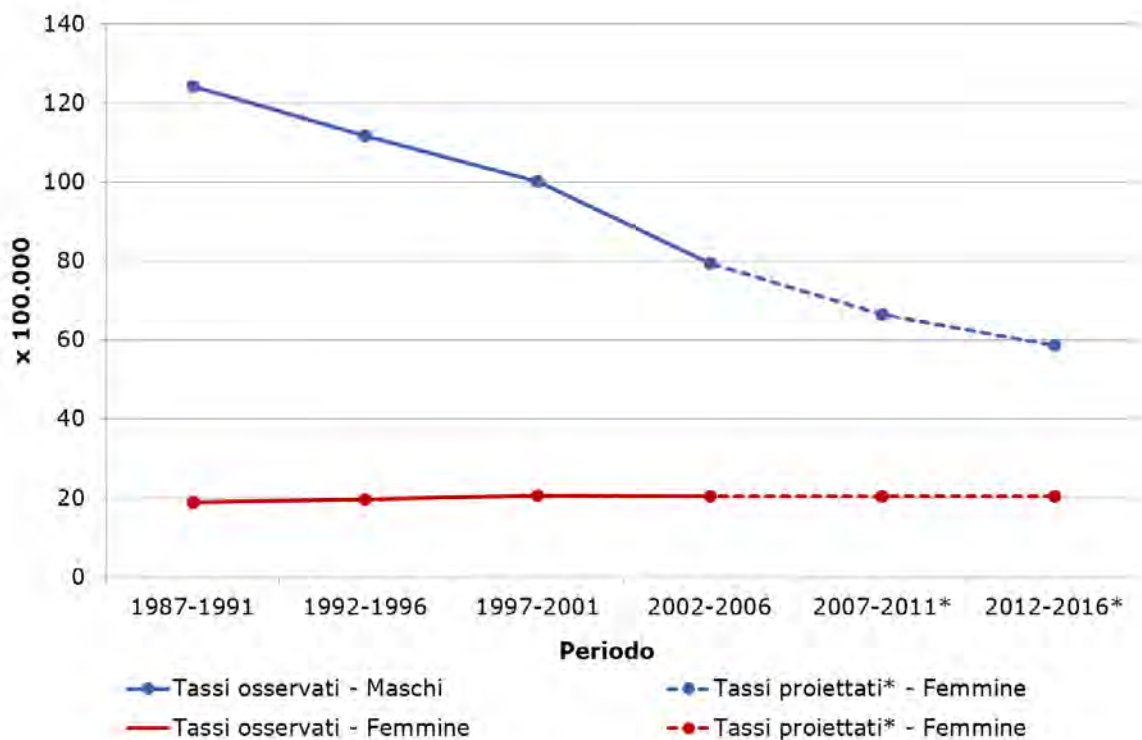
Figura 2.19 - Andamento temporale dei tassi di incidenza del tumore del polmone standardizzati sulla popolazione europea distinto per sesso. Veneto, anni 1990-2007.

*Tumore del polmone: proiezioni dell'incidenza al 2016*

Considerando l'andamento temporale dell'abitudine al fumo di sigaretta nella popolazione veneta e applicando una specifica metodologia per le proiezioni di incidenza usando il software NordPred², si stima che l'incidenza del tumore del polmone continuerà a diminuire nei prossimi anni e che nel quinquennio 2012-2016 il numero di casi annui maschili di tumore in Veneto sarà inferiore a quello osservato nel periodo 2002-2006 di circa 150 unità.

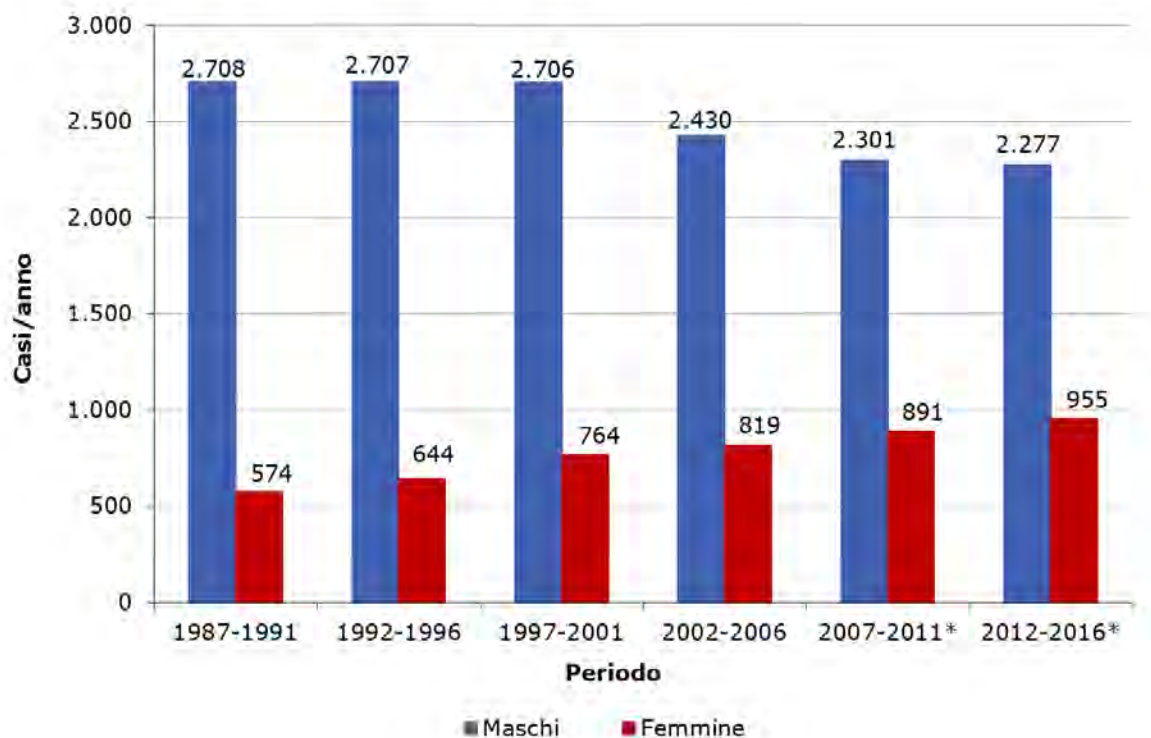
² Moller B, Fekjaer H, Hakulinen T, Sigvaldason H, Storm HH, Talback M, Haldorsen T. Prediction of cancer incidence in the Nordic countries: empirical comparison of different approaches. Stat Med. 2003;22(17):2751-66.

Figura 2.20 - Andamento temporale dei tassi di incidenza del tumore del polmone in Veneto, standardizzati sulla popolazione europea, osservati (1987-2006) e proiettati (2007-2016). (Fonte: Registro Tumori del Veneto)



48

Figura 2.21 - Numero medio annuo di casi di tumore del polmone in Veneto. (Fonte: Registro Tumori del Veneto)



* stima

Nelle donne l'abitudine al fumo si è diffusa successivamente e ha dato luogo ad un lieve aumento dell'incidenza nel periodo osservato. Secondo i dati forniti dall'ISTAT sulla diffusione del fumo nelle donne si può ipotizzare che i tassi di incidenza dovrebbero stabilizzarsi negli anni successivi; tuttavia ci si deve attendere un aumento del numero di casi (circa 130 in più all'anno nel periodo 2012-2016 rispetto al quinquennio 2002-2006) dovuto alla crescente quota di popolazione anziana.

Tumore del polmone: prevalenza

A inizio 2008 si stima che ogni 100.000 soggetti residenti in Veneto, 154 abbiano avuto nel corso della loro vita una diagnosi di tumore del polmone. Questo porta a quantificare 7.696 persone (5.483 uomini e 2.213 donne) vive nel 2013 con una pregressa diagnosi di tumore del polmone. Di queste, una quota rilevante (36%) ha avuto la diagnosi negli ultimi due anni: ciò è spiegato dalla bassa sopravvivenza di questo tumore.

Tabella 2.9 – Tumore del polmone: stima* del numero di soggetti prevalenti in Veneto al 1.1.2013 per anni dalla diagnosi e sesso.

ANNI DALLA DIAGNOSI**	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
≤ 2 anni	1.991	803	2.794
≤ 5 anni	2.987	1.245	4.232
≤ 10 anni	3.986	1.716	5.702
≤ 15 anni	4.585	1.967	6.552
≤ 18 anni***	4.804	2.041	6.845
Prevalenza completa	5.483	2.213	7.696

* stima ottenuta applicando la prevalenza osservata nelle aree coperte dal RTV nel 2008 alla popolazione Veneto del 2013

** ciascuna categoria include le precedenti

*** durata massima di osservazione del Registro Tumori

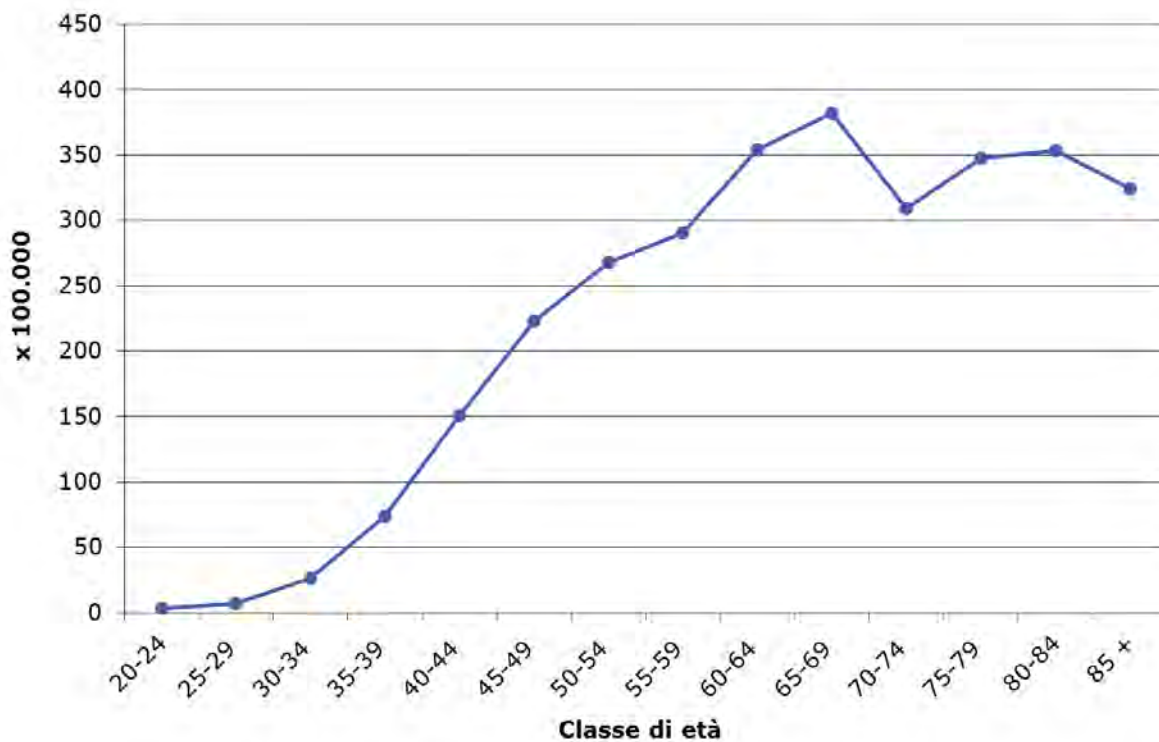
Il tumore della mammella femminile in Veneto

In Veneto, il tumore della mammella (ICD-X C50) è il tumore più frequente nelle donne di tutte le classi di età e rappresenta nel complesso il 31% di tutte le neoplasie, con un'incidenza osservata di circa 174 casi ogni 100.000 donne all'anno.

Si stima che nel triennio 2005-2007 in Veneto si siano verificati circa 4.120 nuovi casi di tumore della mammella ogni anno.

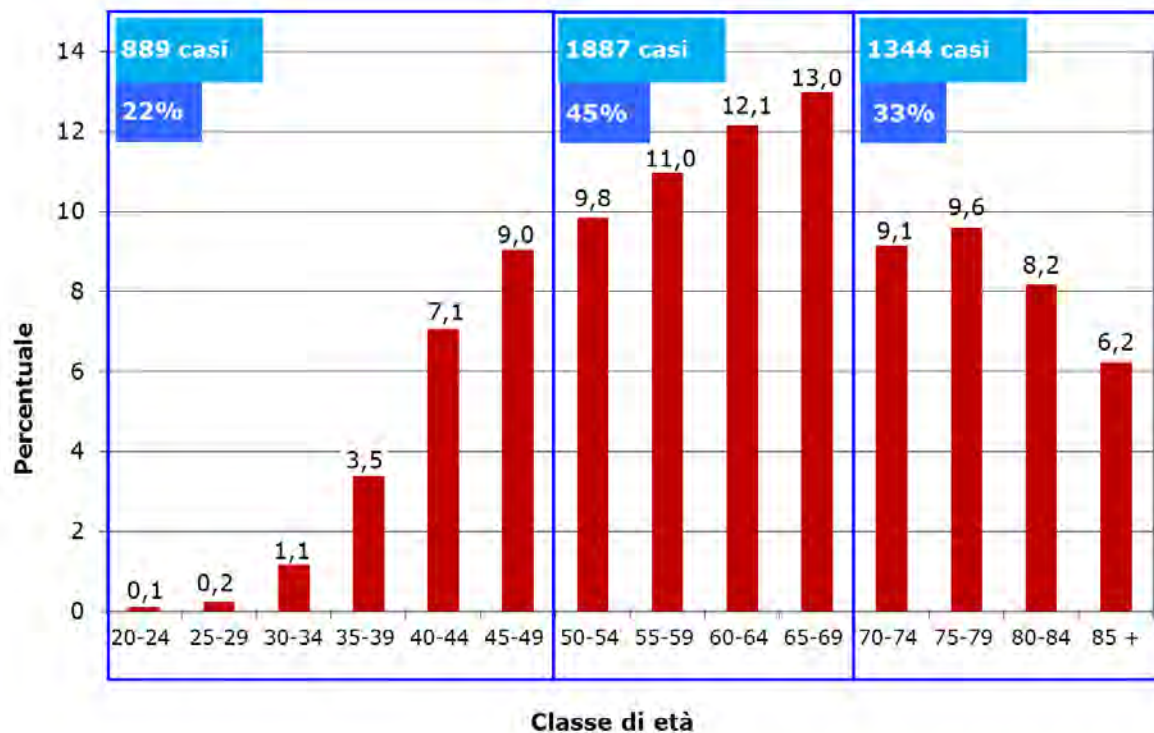
L'incidenza di questo tumore in Veneto è in linea con quella delle altre regioni del Nord Italia ed è più alta rispetto a quella rilevata nel Centro e nel Sud del Paese, nonostante tali differenze si stiano progressivamente riducendo.

Figura 2.22 - Tassi di incidenza del tumore della mammella per età. Veneto, periodo 2005-2007. (Fonte: Registro Tumori del Veneto)



50

Figura 2.23 - Stima dei casi annui di tumore della mammella incidenti in Veneto per classe di età alla diagnosi. Periodo 2005-2007. (Fonte: Registro Tumori del Veneto)



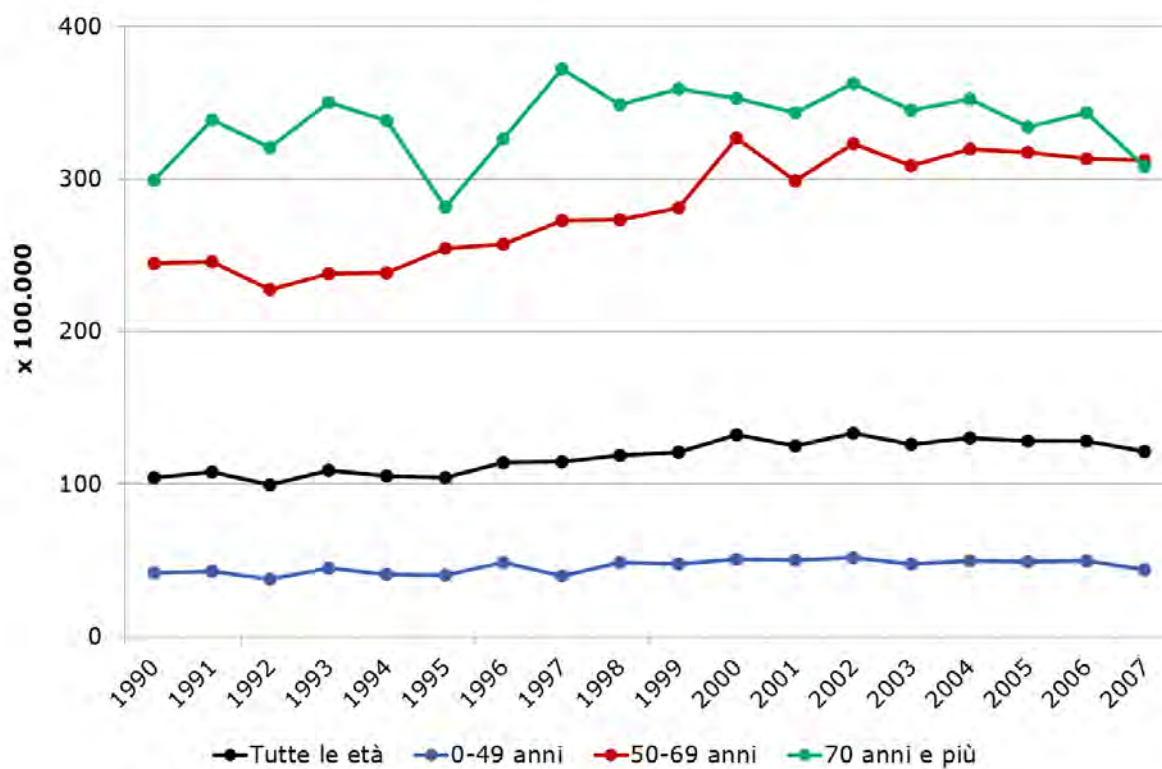
L'incidenza del tumore della mammella aumenta con l'età e si stabilizza a partire dai 60 anni. L'andamento risente dell'introduzione dei programmi di screening, cui sono invitate le donne dai 50 ai 69 anni, che determina un aumento del numero di casi in queste fasce di età, come effetto dell'anticipazione diagnostica, e la flessione dell'incidenza nella classe di età immediatamente successiva (70-74 anni).

Considerando il totale dei casi di tumore della mammella stimati in Veneto nel triennio 2005-2007, il 45% riguarda donne con età 50-69 anni ed il 33% donne di età più anziana.

Tumore della mammella femminile: trend di incidenza dal 1990 al 2007

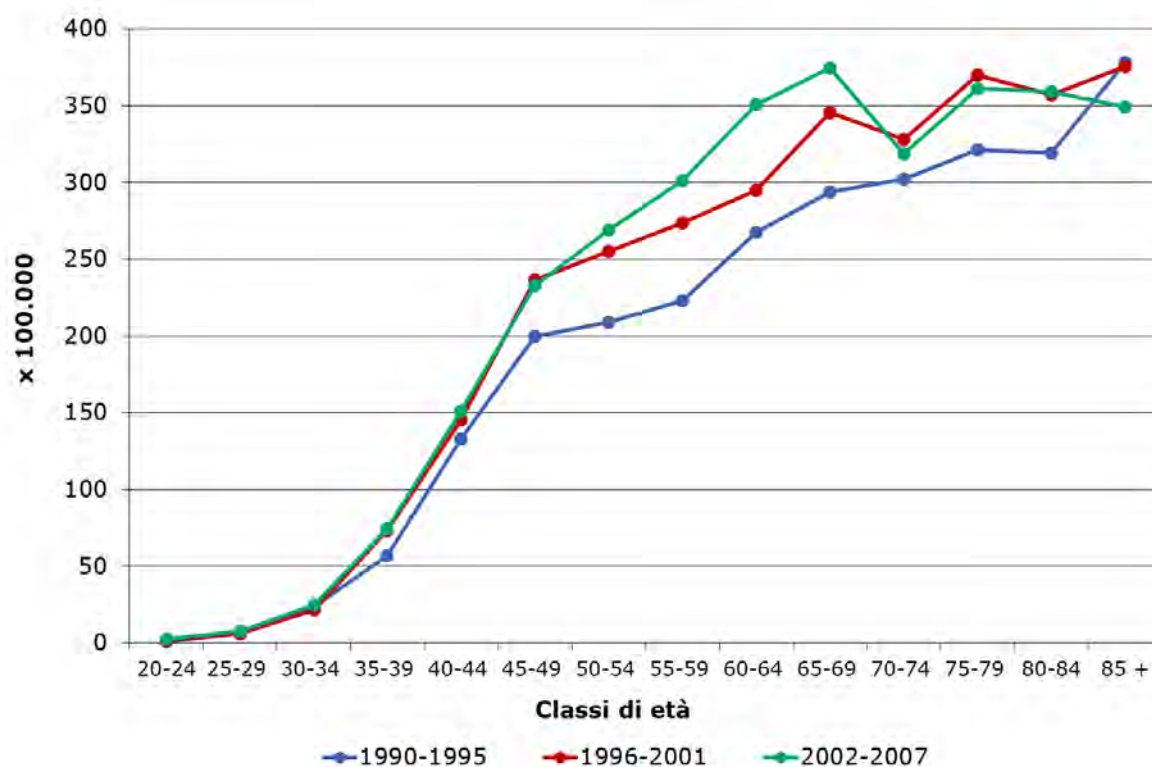
Osservando l'andamento temporale del tasso standardizzato di incidenza si rileva che, dopo un periodo di crescita significativa, l'incidenza si stabilizza a partire dal 2002 (Figura 2.24). Mentre nelle donne più anziane l'incidenza aveva iniziato a stabilizzarsi già dal 1998 nelle donne di età 50-69 anni questo pattern si è manifestato più tardivamente, quando si è esaurito l'incremento diagnostico associato ai round di prevalenza dei programmi di screening mammografico, che in Veneto sono stati avviati a partire dal 1998.

Figura 2.24 - Andamento temporale dei tassi di incidenza del tumore della mammella standardizzati sulla popolazione europea, totale e per grandi fasce di età. Veneto, anni 1990-2007. (Fonte: Registro Tumori del Veneto)



Il confronto dei tassi di incidenza età-specifici relativi ai casi incidenti in tre periodi successivi (Figura 2.25) evidenzia come tra la prima e la seconda metà degli anni '90 abbia avuto luogo un incremento del rischio di malattia comune a tutte le fasce d'età, mentre nei primi anni 2000 si è assistito ad un ulteriore incremento dell'incidenza esclusivamente a carico delle donne in fascia d'età di screening (dai 50 ai 69 anni). Tale quadro è altamente suggestivo di un effetto direttamente attribuibile allo screening (anticipazione diagnostica) e non ad un reale maggior rischio di malattia rispetto al periodo precedente.

Figura 2.25 - Tassi età specifici di incidenza del tumore della mammella relativi ai casi di tumore incidenti nei periodi 1990-1995, 1996-2001, 2002-2007.



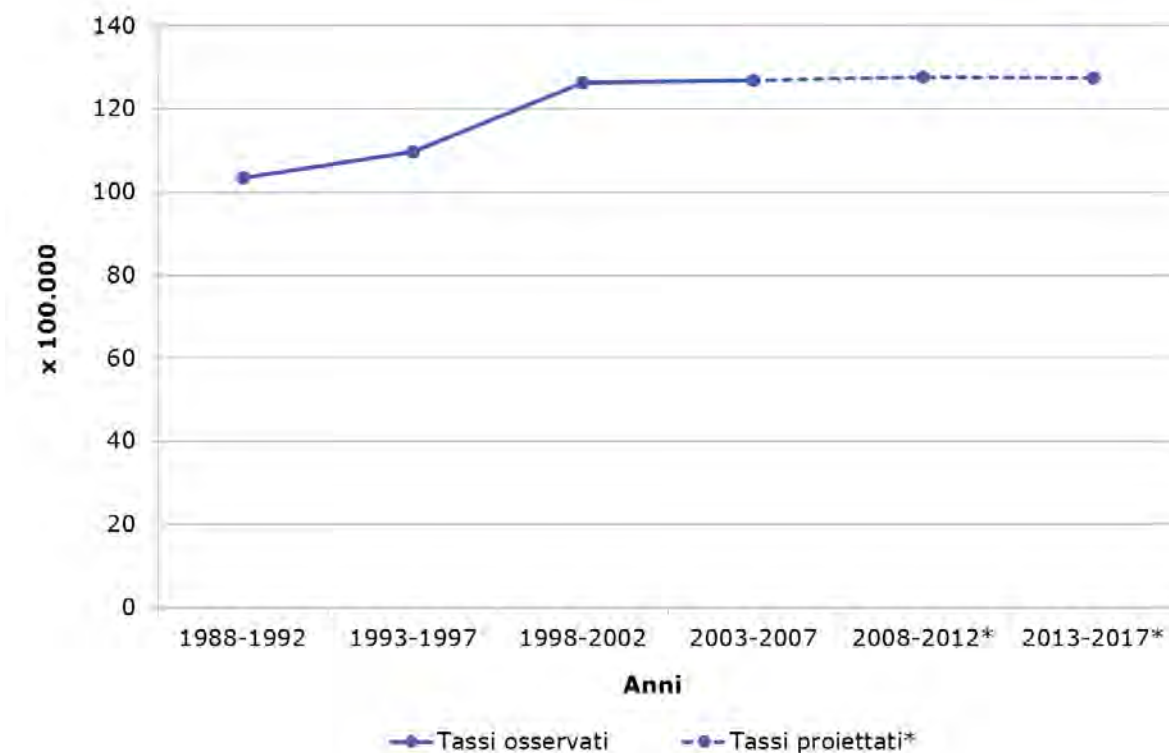
Tumore della mammella femminile: proiezione dell'incidenza al 2017

Considerando l'andamento temporale dell'incidenza pressoché stazionario osservato negli ultimi 10 anni di registrazione (1998-2007) e applicando una specifica metodologia per le proiezioni di incidenza usando il software NordPred³, si stimano per il periodo 2013-2017 in Veneto 4.727 nuovi casi all'anno.

L'aumento del numero di casi rispetto ai 4.120 stimati nel 2005-2007 è dovuto solo in minima parte ad un aumento del rischio di malattia, mentre è spiegato per il 95% dalla variazione della popolazione regionale in termini di invecchiamento della popolazione e di aumento della numerosità complessiva.

³ Moller B, Fekjaer H, Hakulinen T, Sigvaldason H, Storm HH, Talback M, Haldorsen T. Prediction of cancer incidence in the Nordic countries: empirical comparison of different approaches. Stat Med. 2003;22(17):2751-66.

Figura 2.26 - Andamento temporale dei tassi di incidenza del tumore della mammella in Veneto standardizzati sulla popolazione europea, osservati (1988-2007) e proiettati (2008-2017).



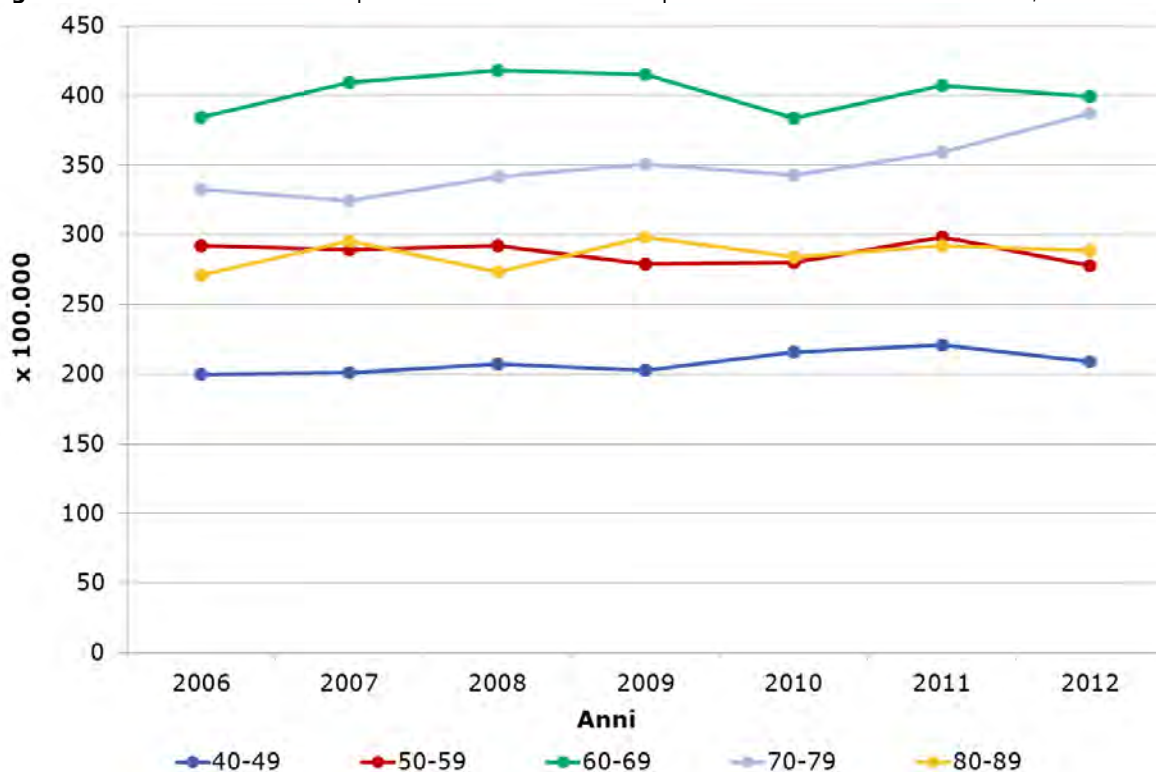
*stima

Tumore della mammella femminile: tassi di intervento

Sono stati selezionati i ricoveri delle donne residenti nel Veneto di età compresa tra i 40 e gli 89 anni, con diagnosi di tumore maligno o di carcinoma in situ della mammella (codici ICD9-CM 174 e 233.0) ed intervento di chirurgia conservativa (85.12, 85.21-85.23) o di chirurgia radicale (85.41-85.48); in caso di più ricoveri è stato considerato il primo, e sono state escluse le donne già operate nel periodo 2000-2005.

In Figura 2.27 si può osservare come il ricorso alla chirurgia sia rimasto sostanzialmente stabile nelle diverse classi di età, con un aumento rilevante dei tassi di intervento limitato alle donne tra i 70 ed i 79 anni.

Figura 2.27 - Tassi di intervento per tumore della mammella per età: donne residenti in Veneto, 2006-2012.



Tumore della mammella femminile: prevalenza

A inizio 2008 si stima che ogni 100 donne residenti in Veneto poco più di 2 abbiano avuto nel corso della loro vita una diagnosi di tumore della mammella. Questo porta a quantificare 54.261 donne vive nel 2013 con una pregressa diagnosi di tumore della mammella.

Tabella 2.10 – Tumore della mammella: stima* del numero di soggetti prevalenti in Veneto al 1.1.2013 per anni dalla diagnosi.

ANNI DALLA DIAGNOSI**	FEMMINE
≤ 2 anni	8.175
≤ 5 anni	19.017
≤ 10 anni	33.350
≤ 15 anni	42.125
≤ 18 anni***	45.893
Prevalenza completa	54.261

* stima ottenuta applicando la prevalenza osservata nell'area coperta dal RTV nel 2008 alla popolazione Veneto del 2013

** ciascuna categoria include le precedenti

*** durata massima osservata dal Registro Tumori

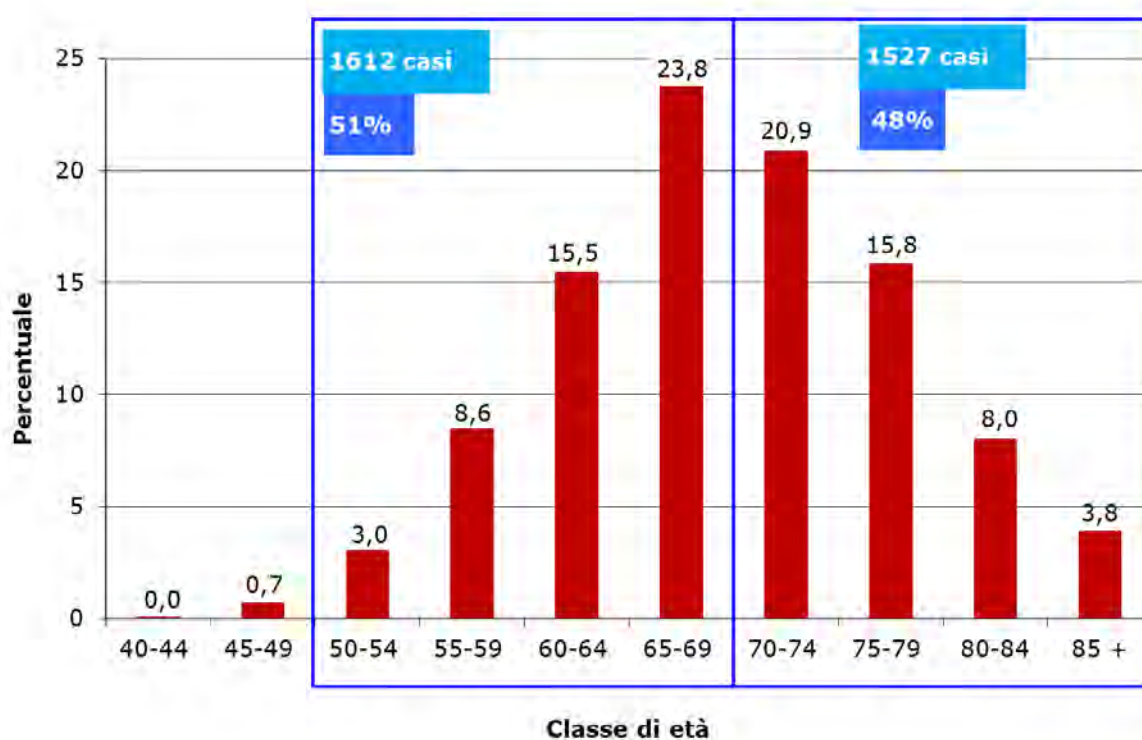
Il tumore della prostata in Veneto

In Veneto, il tumore della prostata (ICD-X C61) è il tumore più frequente negli uomini e rappresenta il 19,8% di tutte le neoplasie, con un'incidenza osservata di circa 139 casi ogni 100.000 uomini all'anno (periodo 2005-2007).

Si stima che nel 2012⁴ in tutta la Regione si siano verificati circa 3.714 nuovi casi all'anno.

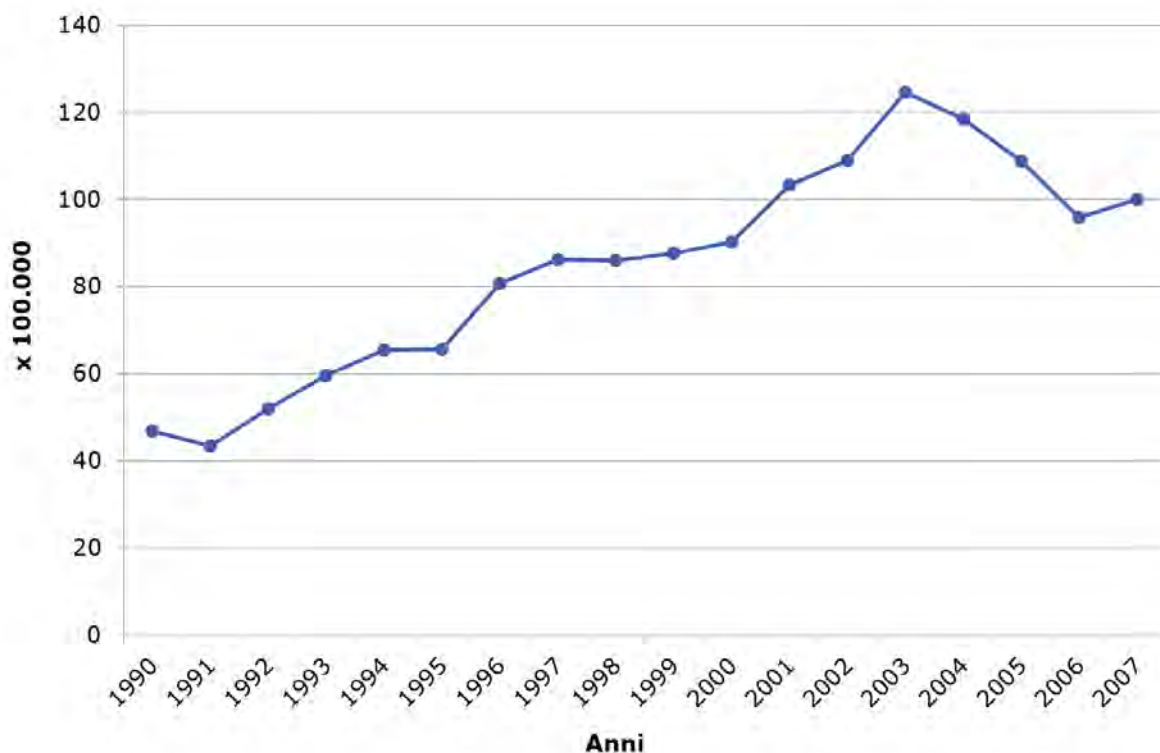
La metà dei casi riguarda uomini con età compresa tra i 50 e i 69 anni; l'altra metà dei casi riguarda soggetti più anziani.

Figura 2.28 - Stima dei casi annui di tumore della prostata incidenti in Veneto per classe di età alla diagnosi. Periodo 2005-2007



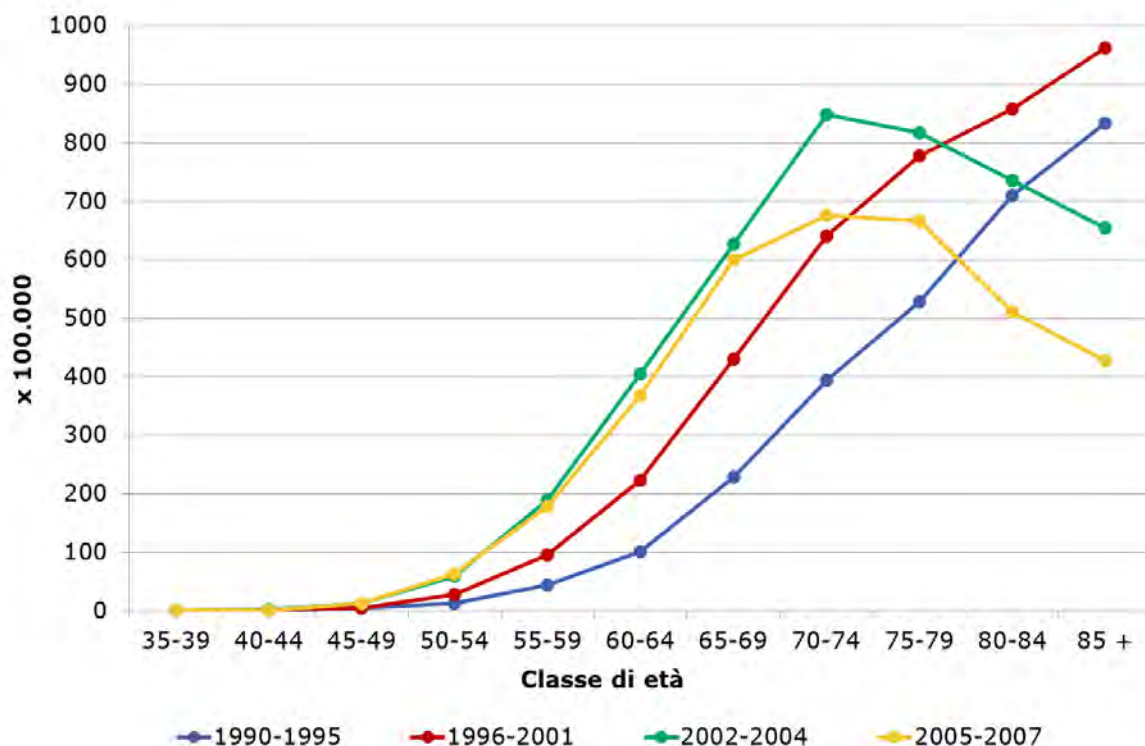
Dal 1990 al 2003 l'incidenza del tumore della prostata è aumentata in modo significativo con una variazione annua pari al 7,59%, in concomitanza con la diffusione del test PSA; a partire dal 2003 l'incidenza sta diminuendo, con una riduzione media annua del 5,62%.

⁴ Stima ottenuta applicando i tassi di incidenza osservati nel triennio 2005-2007 alla popolazione residente in Veneto nel 2012. L'aumento del numero di casi incidenti rispetto al triennio 2005-2007 è quindi dovuto esclusivamente alle differenze di popolazione (in termini di invecchiamento della popolazione e di aumento della numerosità complessiva).

Figura 2.29 - Andamento temporale dei tassi di incidenza del tumore della prostata standardizzati sulla popolazione europea. Veneto, anni 1990-2007.

In Figura 2.30 sono rappresentati i tassi età specifici dei casi diagnosticati in quattro periodi successivi: nel primo periodo (1990-1995), che precede la diffusione del PSA, l'incidenza aumenta con l'età, così come avviene nella maggior parte delle malattie neoplastiche; segue un periodo in cui il PSA si è largamente diffuso nella popolazione (1996-2001), caratterizzato da un aumento di incidenza in tutte le classi di età. Nel triennio 2002-2004 l'incidenza è aumentata ulteriormente fino ai 74 anni di età, sinonimo di un'ulteriore diffusione dell'utilizzo del PSA, mentre è diminuita nei soggetti più anziani; nel periodo 2005-2007 l'incidenza fino ai 70 anni è stabile, mentre si accentua la riduzione nelle età più avanzate.

Il calo dell'incidenza generale evidenziato in Figura 2.29 a partire dal 2004 va quindi attribuito esclusivamente alle classi di età ultrasettantenni. La riduzione dell'incidenza osservata negli anziani potrebbe essere associata sia ad un minor ricorso al PSA che all'effetto dell'anticipazione diagnostica avvenuta negli anni precedenti.

Figura 2.30 - Tassi età specifici di incidenza relativi ai casi di tumore della prostata incidenti. Veneto, periodi 1990-1995, 1996-2001, 2002-2004, 2005-2007.*Tumore della prostata: ricorso alla prostatectomia radicale*

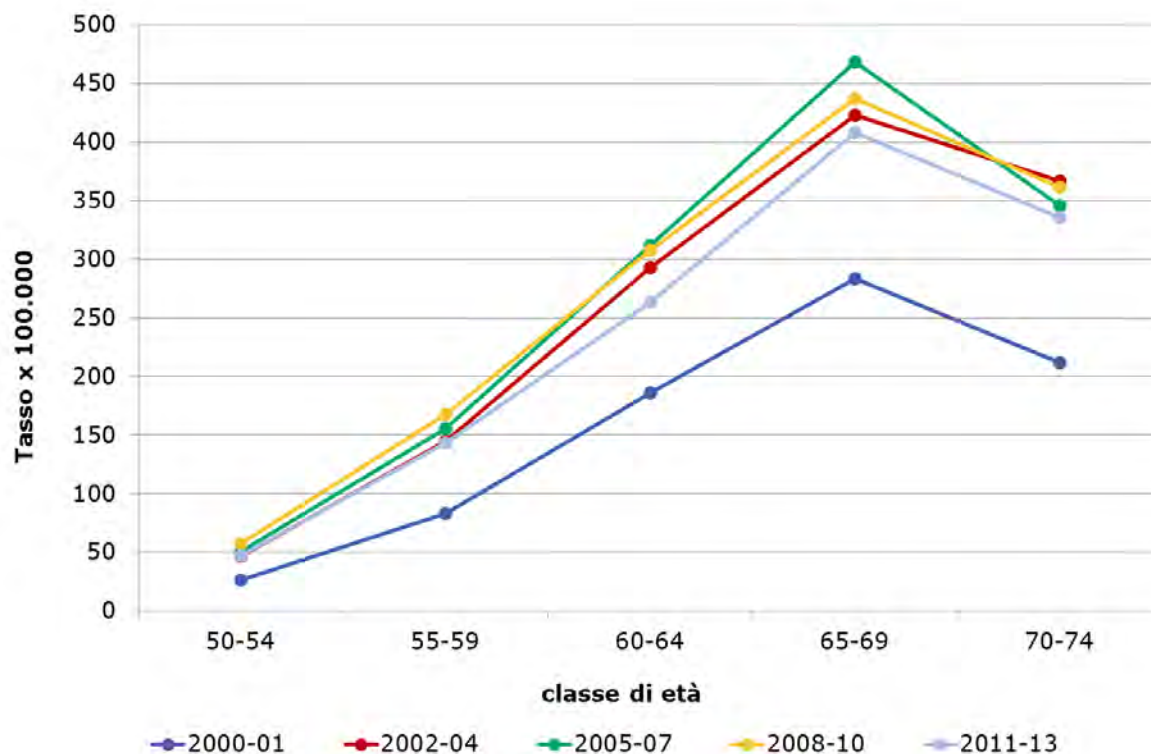
Sono stati analizzati i ricoveri con diagnosi di tumore maligno della prostata (ICD9-CM 185) ed intervento di prostatectomia radicale (ICD9-CM 60.5) dal 2000 al 2013. È considerevole la capacità di attrazione delle strutture regionali, con una forte mobilità attiva ed una mobilità passiva trascurabile. Considerando solo i ricoveri dei residenti in Veneto, il numero assoluto di interventi è aumentato di circa il 140% dal 2000 al 2004 (da 741 a 1766, rispettivamente), per poi rimanere pressoché costante (1.674 ricoveri annui nel triennio 2011-2013). I dati relativi al 2013 non includono ancora gli interventi su residenti nel Veneto eseguiti fuori Regione, che rappresentano però una quota limitata del totale.

Si può osservare come i tassi età specifici di prostatectomia radicale siano aumentati nella prima parte dello scorso decennio, per poi rimanere relativamente stabili. I tassi riflettono la diffusione del test del PSA e il conseguente picco di incidenza raggiunto nel 2002-2004 nella fascia di età di 50-69 anni; dopo i 70 anni i tassi di intervento sono meno fortemente correlati a quelli di incidenza.

Nel 2008-2010 si osserva una lieve riduzione dei tassi di prostatectomia radicale, limitata alla classe di età 65-69 anni, mentre per la prima volta nel periodo 2011-2013 si osserva una contenuta riduzione degli interventi estesa a tutte le classi di età. Quest'ultima

potrebbe essere in parte dovuta sia ad una minore pressione diagnostica, ma anche all'affermarsi di opzioni diverse da quella chirurgica.

Figura 2.31 - Tasso di prostatectomia radicale nei residenti in Veneto per classe di età e periodo di calendario



Tumore della prostata: prevalenza

A inizio 2008 si stima che ogni 100.000 uomini residenti in Veneto, 1.126 abbiano avuto nel corso della loro vita una diagnosi di tumore della prostata. Questo porta a quantificare 26.649 uomini vivi nel 2013 con una pregressa diagnosi di tumore della prostata.

Tabella 2.11 – Tumore della prostata: stima* del numero di soggetti prevalenti in Veneto al 1.1.2013 per anni dalla diagnosi.

ANNI DALLA DIAGNOSI**	MASCHI
≤ 2 anni	6.011
≤ 5 anni	15.305
≤ 10 anni	23.442
≤ 15 anni	26.090
≤ 18 anni***	26.481
Prevalenza completa	26.649

* stima ottenuta applicando la prevalenza osservata nelle aree coperte dal RTV nel 2008 alla popolazione Veneto del 2013

** ciascuna categoria include le precedenti

*** durata massima di osservazione del Registro Tumori

Approfondimenti

Riferimento:

Sito del Registro Tumori del Veneto

<http://www.registrotumoriveneto.it/registro/home.php>

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Registro Tumori del Veneto

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778130

e-mail: registro.tumori@regione.veneto.it - centro.registrotumoriveneto@unipd.it

2.5. Infarto acuto del miocardio

*Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
Allegato A. Paragrafo 1.3 Scenario socio-demografico e epidemiologico. Principali gruppi di malattie: occorrenza e ospedalizzazione. L'infarto acuto del miocardio (IMA). Pagina 14. "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".*

Quadro di sintesi

Il tasso di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio (IMA) è andato riducendosi nel periodo 2006-2012 in tutte le classi di età. In particolare il tasso di eventi con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI) è in continua ed importante riduzione, mentre il tasso di eventi senza soprasslivellamento del tratto ST (NSTEMI) evidenzia delle oscillazioni, con un lieve aumento negli ultimi anni. I tassi osservati sono nettamente superiori nel sesso maschile, dove quasi il 40% dei ricoveri per IMA avviene prima dei 65 anni.

L'infarto acuto del miocardio (IMA) costituisce una delle più frequenti emergenze mediche e richiede un'organizzazione sanitaria efficiente per poter garantire tempestivamente le cure più efficaci. In questo paragrafo viene presentato un quadro complessivo dell'andamento dell'ospedalizzazione per IMA nel periodo 2006-2012 (i criteri di calcolo degli eventi di IMA sono riportati nel rapporto 'I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012', consultabile sul sito www.ser-veneto.it).

Nel 2012 si sono verificati quasi 6600 eventi di infarto acuto del miocardio ospedalizzati nei residenti in Veneto; in circa il 54% dei casi si è trattato di infarto con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI). Il numero annuo di eventi di STEMI mostra un andamento in calo sensibile. Per quanto riguarda l'infarto senza soprasslivellamento del tratto ST (o infarto subendocardico, NSTEMI) il numero di eventi ospedalizzati è rimasto stabile fino al 2009, per poi aumentare negli ultimi anni.

Tabella 2.12 - IMA: numero di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e anno. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012 (Fonte: SER)

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

L'IMA è raro in età giovanile, mentre risulta frequente a partire dai 45 anni nei maschi; nelle femmine invece è una condizione morbosa che colpisce principalmente le età più

avanzate (quasi il 70% degli IMA nelle donne avvengono in età superiore ai 75 anni, mentre nei maschi questa proporzione è pari al 36%).

Tabella 2.13 - IMA: numero e percentuale di eventi ospedalizzati per età e sesso.
Residenti in Veneto. Anno 2012 (Fonte: SER)

Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	199	4,7	39	1,7	238	3,6
45-64	1.434	33,9	295	12,5	1.729	26,3
65-74	1.092	25,8	402	17,1	1.494	22,7
75-84	1.047	24,8	818	34,7	1.865	28,3
85+	454	10,7	803	34,1	1.257	19,1
TOT	4.226	100,0	2.357	100,0	6.583	100,0

Nella Tabelle seguenti sono descritti i tassi osservati ed i tassi standardizzati di ospedalizzazione per le due forme di IMA. Il tasso complessivo di ricovero osservato nel periodo di studio si è ridotto del 12%; tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione mediante la standardizzazione, la riduzione si amplia sino al 20%. Si può osservare come la riduzione dei tassi sia maggiore nel sesso femminile, dove i tassi standardizzati diminuiscono di circa il 30% complessivamente, e di più del 40% considerando i soli eventi STEMI. Il tasso osservato di ricovero per IMA è superiore nei maschi rispetto alle femmine (rapporto di 1,9:1 nel 2012); il tasso standardizzato accentua le differenze tra i sessi (rapporto di 2,6:1), confermando come l'IMA colpisca con frequenza nettamente superiore il sesso maschile.

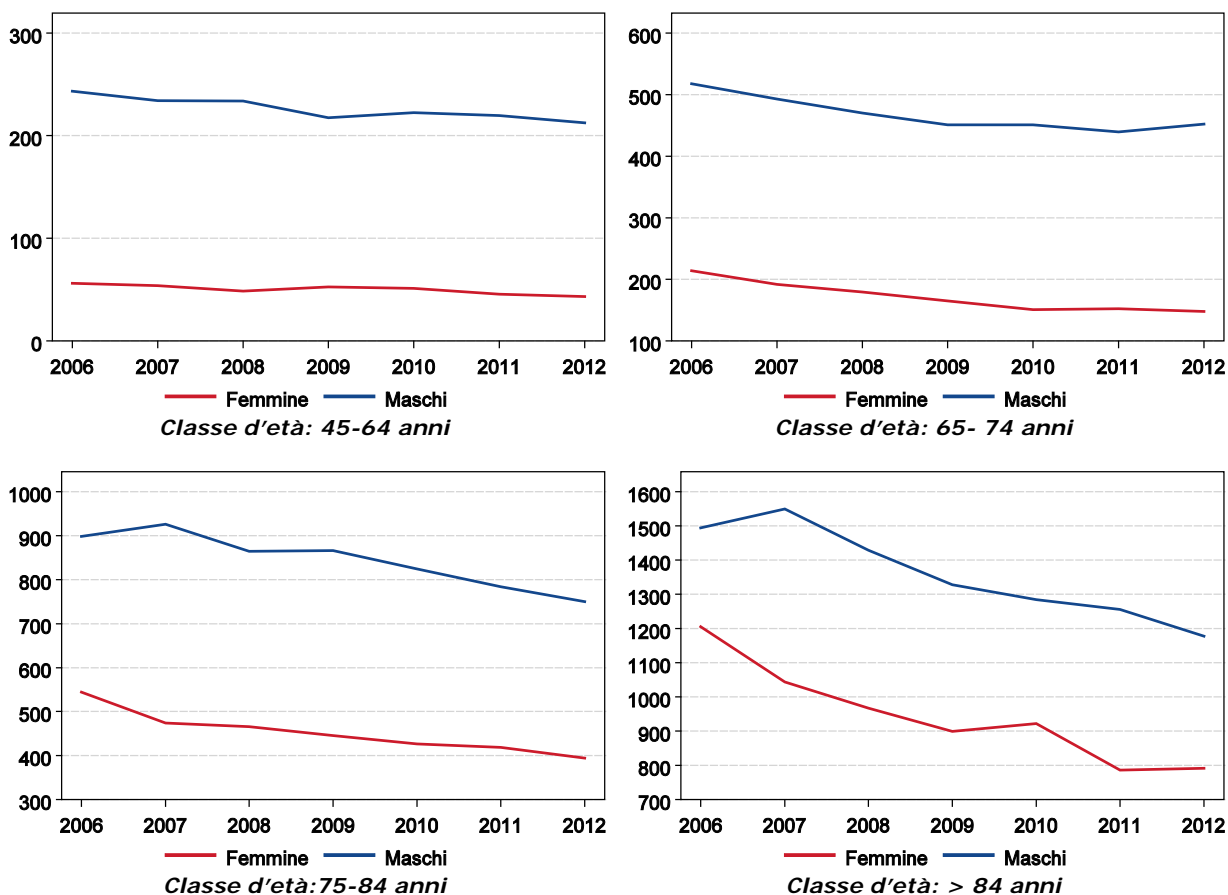
Tabella 2.14 - IMA: tassi osservati di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000).
Residenti in Veneto. Anni 2006-2016 (Fonte: SER)

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

Tabella 2.15 - IMA: tassi standardizzati di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2006-2016.
Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007 (Fonte: SER)

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

Figura 2.32 - IMA: Tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso e classe di età. Residenti in Veneto. Anni 2000-2011 (Fonte: SER)



Confrontando i tassi specifici per classe di età e sesso, si evidenzia un notevole gap tra maschi e femmine, che tende a ridursi, almeno in termini relativi, con l'aumentare dell'età. L'andamento nel periodo 2006-2012 mostra un calo nell'ospedalizzazione per IMA sostanzialmente in tutte le età e per entrambi i sessi, anche se più evidente tra le donne. Sotto i 45 anni gli eventi sono rari, colpiscono pressoché esclusivamente il sesso maschile. Tra i 45 ed i 64 anni l'ospedalizzazione risulta comunque ancora quadrupla nel sesso maschile. La riduzione maggiore dei tassi di ricovero per IMA nell'ultimo periodo si è registrata a partire dai 74 anni.

A livello di Azienda ULSS di residenza vi sono differenze notevoli nel tasso di ospedalizzazione per IMA, anche tenendo conto della diversa struttura per età della popolazione. La differenza può essere legata sia a una reale diversa incidenza dell'IMA nelle aree prese in considerazione, sia a diversi comportamenti in relazione alla gestione del dato amministrativo.

Figura 2.33 - IMA: Tasso standardizzato di eventi ospedalizzati (per 100.000) per Azienda ULSS di residenza. Periodo 2011-2012. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007 (Fonte: SER)

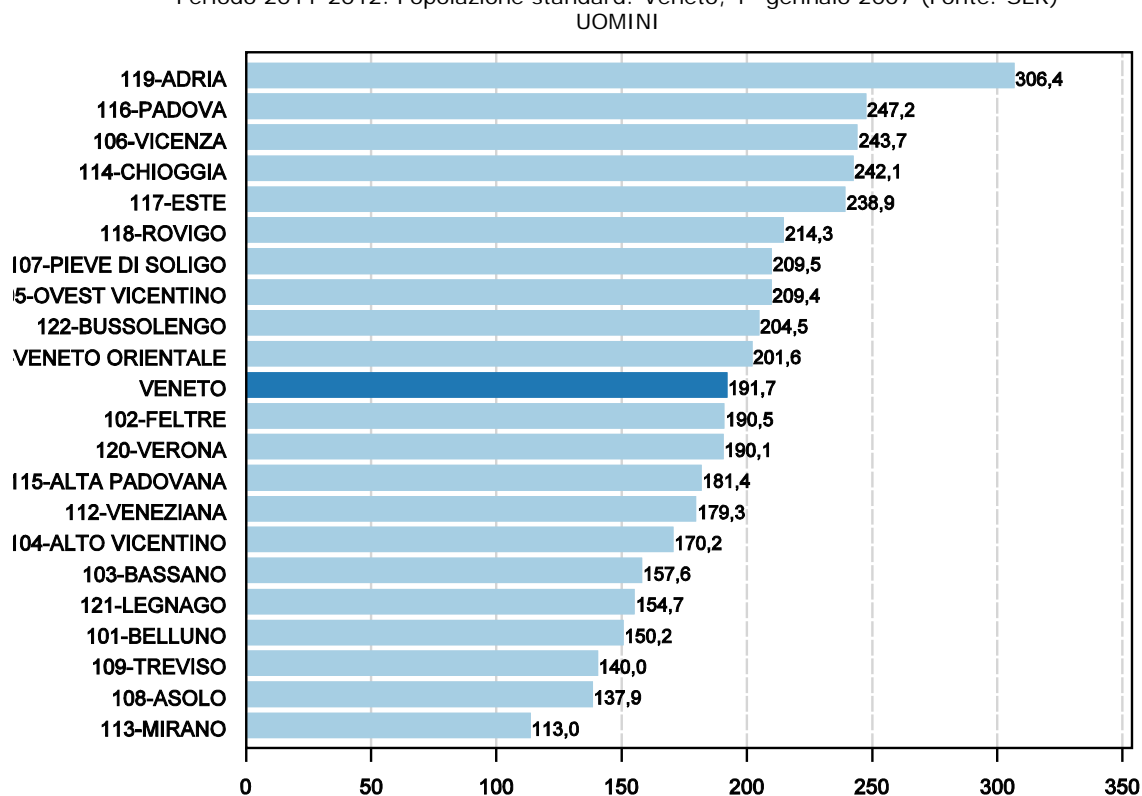
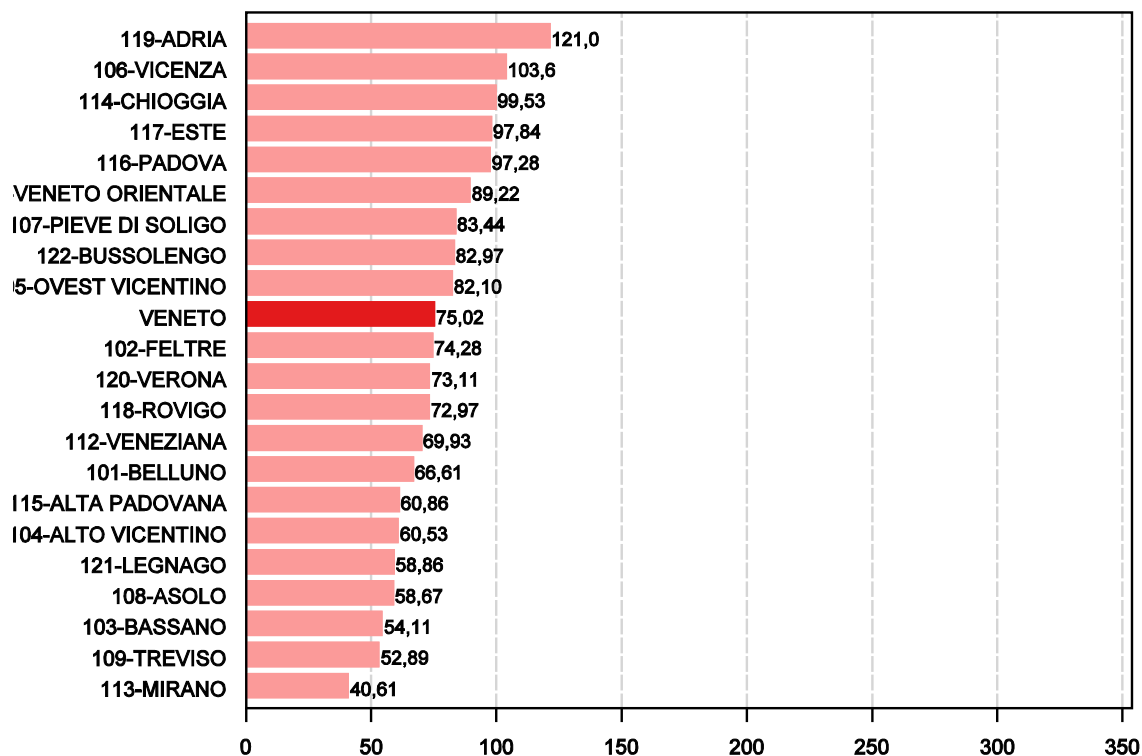


Figura 2.34 - IMA: Tasso standardizzato di eventi ospedalizzati (per 100.000) per Azienda ULSS di residenza. Periodo 2011-2012. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007 (Fonte: SER)
DONNE



Approfondimenti

[I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012](#). Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, febbraio 2014

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2.6. Malattie cerebrovascolari

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

Allegato A. Paragrafo 1.3 Scenario socio-demografico e epidemiologico. Principali gruppi di malattie: occorrenza e ospedalizzazione. Le malattie cerebrovascolari acute. Pagina 15. 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.

Quadro di sintesi

Le malattie cerebrovascolari acute costituiscono un ambito estremamente rilevante per la loro diffusione e per le gravi conseguenze sullo stato di salute delle persone colpite.

Ogni anno in Veneto si verificano circa 9.000 eventi di ictus ospedalizzati nei residenti; nel 78% circa dei casi si è trattato di ictus ischemico, nel 18% di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea. L'analisi dell'andamento temporale nel periodo considerato rivela una riduzione del numero assoluto degli eventi negli ultimi anni.

La distribuzione per sesso e classe di età evidenzia come l'ictus sia una patologia frequente principalmente nelle età avanzate: oltre il 61% degli eventi avviene in soggetti di età non inferiore a 75 anni.

In questo paragrafo si descrivono sinteticamente i principali aspetti epidemiologici dell'ospedalizzazione per ictus in Veneto nel periodo 2006-2012. Sono stati considerati i ricoveri con le seguenti diagnosi principali: emorragia subaracnoidea (codice ICD-9-CM: 430); emorragia cerebrale (431); ictus ischemico o non specificato (433.1 con DRG medico, 434.1, 436). I trasferimenti tra ospedali per acuti (evento frequente soprattutto per gli ictus di tipo emorragico) e le riammissioni avvenute entro 28 giorni dalla data del primo ricovero sono stati ricondotti allo stesso evento.

Ogni anno tra i residenti nel Veneto si registrano circa 9.000 eventi ospedalizzati di ictus. L'analisi dell'andamento temporale nel periodo considerato rivela una lieve riduzione del numero assoluto degli eventi ospedalizzati di ictus, che avevano raggiunto il valore massimo nell'anno 2002. Va evidenziata tuttavia una disomogeneità nell'andamento temporale delle ospedalizzazioni nei tre sottotipi, con una tendenza alla riduzione per quanto riguarda l'ictus ischemico mentre c'è un aumento fino al 2010 per quanto riguarda gli eventi di tipo emorragico. Nel 2012 il 78% degli eventi è di tipo ischemico, nel 18% dei casi si tratta di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea.

La distribuzione per sesso e classe di età evidenzia come l'ictus sia una patologia frequente principalmente nelle età avanzate: oltre il 61% degli eventi avviene in soggetti di età non inferiore a 75 anni (il 48% negli uomini ed il 73% nelle donne).

Tabella 2.15 - Numero di eventi di ictus ospedalizzati per anno.
Residenti in Veneto. Anni 2006-2012 (Fonte: SER - dati Schede di Dimissione Ospedaliera)

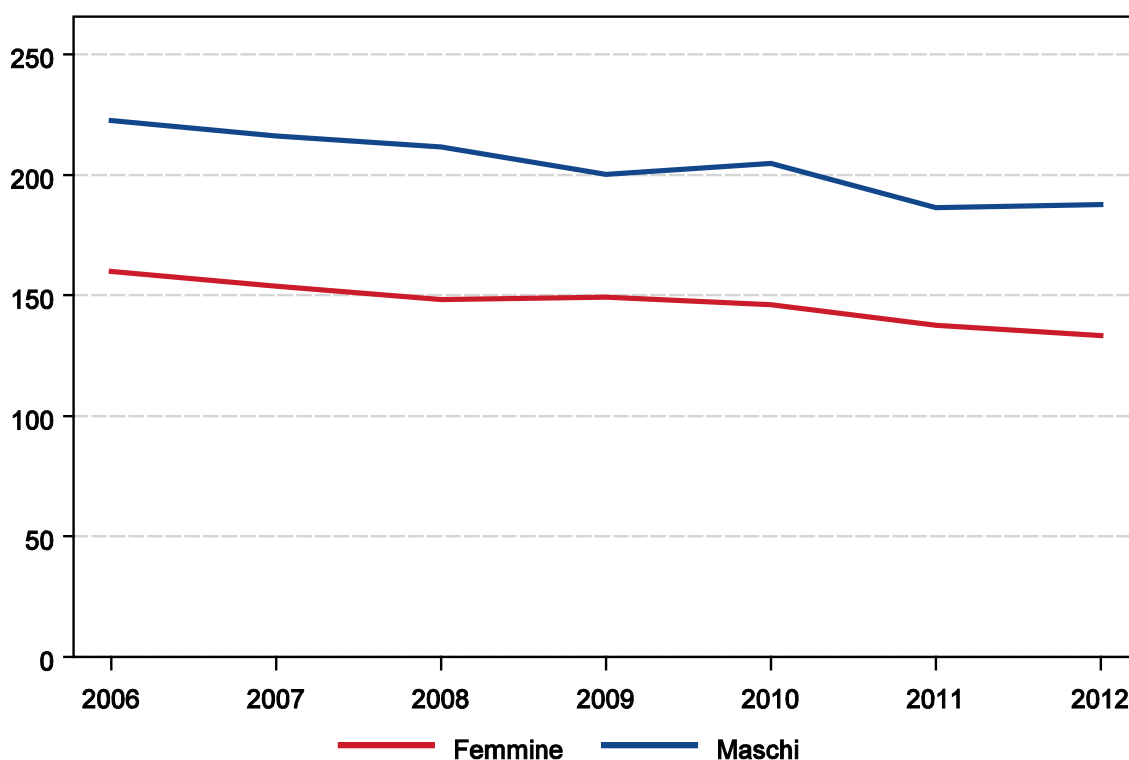
Tipo di ictus	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Emorragia cerebrale	1.518	1.481	1.608	1.586	1.703	1.629	1.664
Emorragia subaracnoidea	387	355	361	409	423	380	361
Ictus ischemico	7.430	7.464	7.255	7.181	7.258	6.897	6.982
Totale	9.335	9.300	9.224	9.176	9.384	8.906	9.007

Tabella 2.16 - Numero e percentuale di eventi di ictus ospedalizzati per età e sesso.
Residenti in Veneto. Periodo 2006-2012 (Fonte: SER - dati Schede di Dimissione Ospedaliera)

Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	1.318	4,4	893	2,6	2.211	3,4
45-64	6.284	20,8	3.060	9,0	9.344	14,5
65-74	7.952	26,3	5.182	15,2	13.134	20,4
75-84	10.246	33,9	12.875	37,7	23.121	35,9
85+	4.402	14,6	12.117	35,5	16.519	25,7
TOT	30.204	100,0	34.128	100,0	64.332	100,0

66

Figura 2.35 - Tasso standardizzato di eventi di ictus ospedalizzati per sesso (per 100.000) Residenti in Veneto. Anni 2006-2012. Standardizzazione diretta per età. Popolazione standard: Veneto, anno2007 (Fonte: SER - dati Schede di Dimissione Ospedaliera)



La riduzione del numero di eventi si accompagna a modifiche demografiche piuttosto importanti (aumento della numerosità della popolazione e della quota di popolazione anziana); ciò comporta una diminuzione del tasso osservato di ospedalizzazione per ictus ed un calo molto più marcato di quello standardizzato, sia nei maschi che nelle femmine. Il tasso osservato di ricovero per ictus è lievemente superiore nelle femmine rispetto ai maschi, a causa dell'età più elevata della popolazione femminile; il tasso standardizzato diretto evidenzia invece valori superiori nei maschi (in quanto, a parità di età, l'ictus si verifica con maggior frequenza nel sesso maschile).

A livello di singola Azienda ULSS di residenza si può osservare una certa variabilità nel tasso standardizzato di ospedalizzazione per ictus. In linea generale gli scostamenti sono di modesta entità, fatta eccezione per alcune Aziende ULSS (in particolare l'Azienda ULSS 5). È presumibile che parte delle differenze riscontrate sia giustificata da una diversa gestione del dato SDO (con conseguente diversa accuratezza dei codici selezionati).

Figura 2.36 - Tasso standardizzato di eventi di ictus ospedalizzati per Azienda ULSS di residenza (per 100.000) Periodo 2011-2012. Standardizzazione diretta per età. Popolazione standard: Veneto, periodo 2001-2012. (Fonte: SER - dati Schede di Dimissione Ospedaliera) - UOMINI

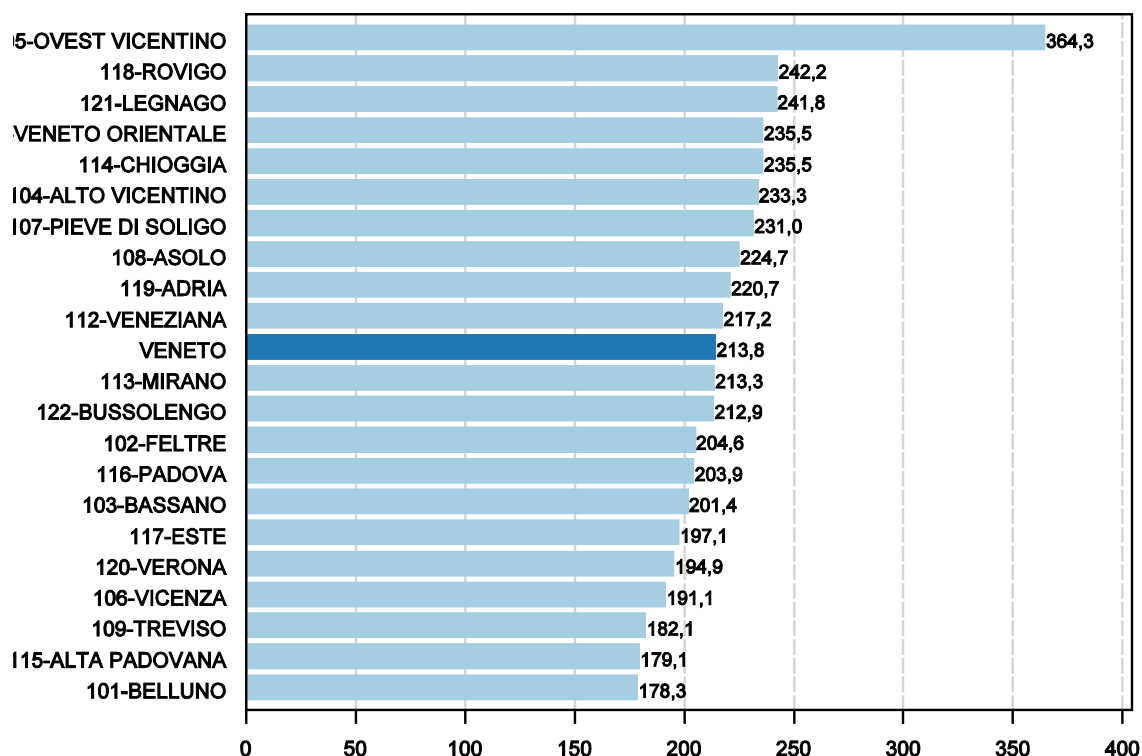
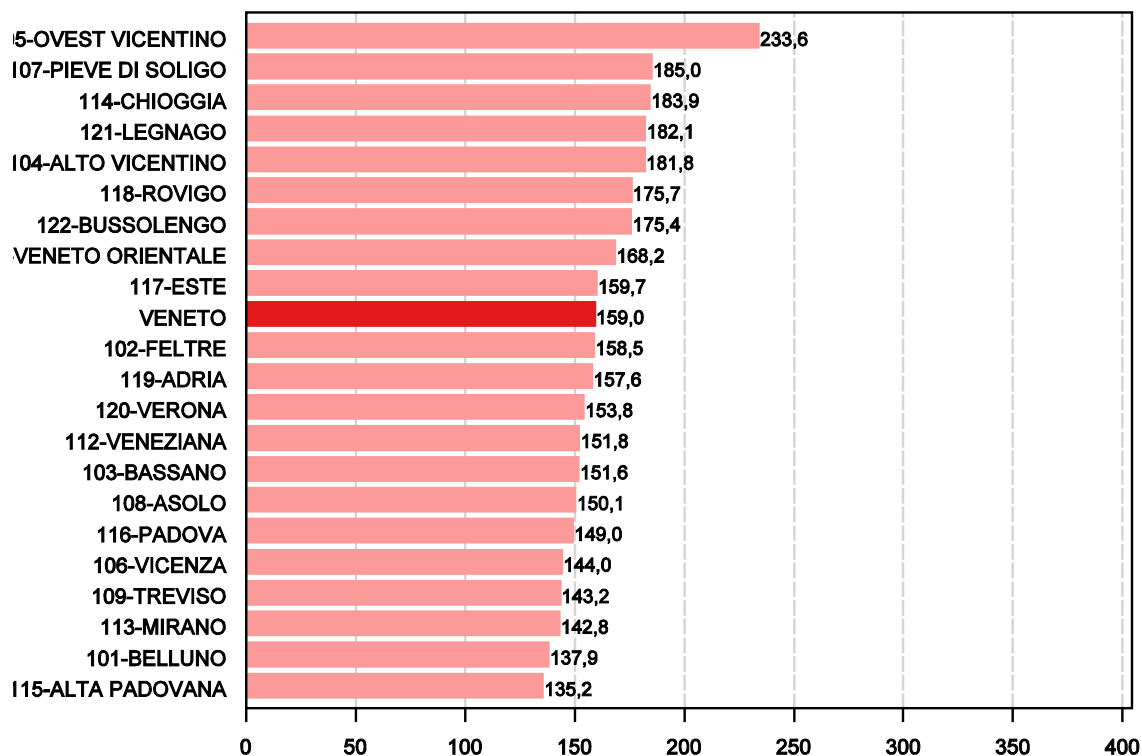


Figura 2.37 - Tasso standardizzato di eventi di ictus ospedalizzati per Azienda ULSS di residenza (per 100.000)
 Periodo 2011-2012. Standardizzazione diretta per età. Popolazione standard: Veneto, periodo 2001-2012.
 (Fonte: SER - dati Schede di Dimissione Ospedaliera) - DONNE



Approfondimenti

[L'ictus in Veneto](#): Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, dicembre 2013.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2.7. Insufficienza renale cronica

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

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

Quadro di sintesi

La malattia renale cronica colpisce il 10% della popolazione veneta e nel suo ultimo stadio porta circa 500 pazienti-anno a iniziare un trattamento sostitutivo (emodialisi, dialisi peritoneale o trapianto). Il diabete mellito e la nefropatia vascolare legata all'ipertensione determinano da sole oltre la metà degli ingressi in dialisi. La sopravvivenza dopo l'inizio del trattamento sostitutivo – pur essendo in linea con i migliori risultati internazionali – rimane severa: a 5 anni sopravvive meno del 60% circa dei pazienti e a 15 anni sopravvive poco più del 20%. Il miglioramento delle cure, l'invecchiamento della popolazione, e l'aumento di incidenza di alcune delle patologie di base portano ad un aumento del numero di pazienti in trattamento sostitutivo in carico ai Centri di Nefrologia-Dialisi e Trapianto (+2% annuo), che attualmente ammontano a circa 5000 persone.

69

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

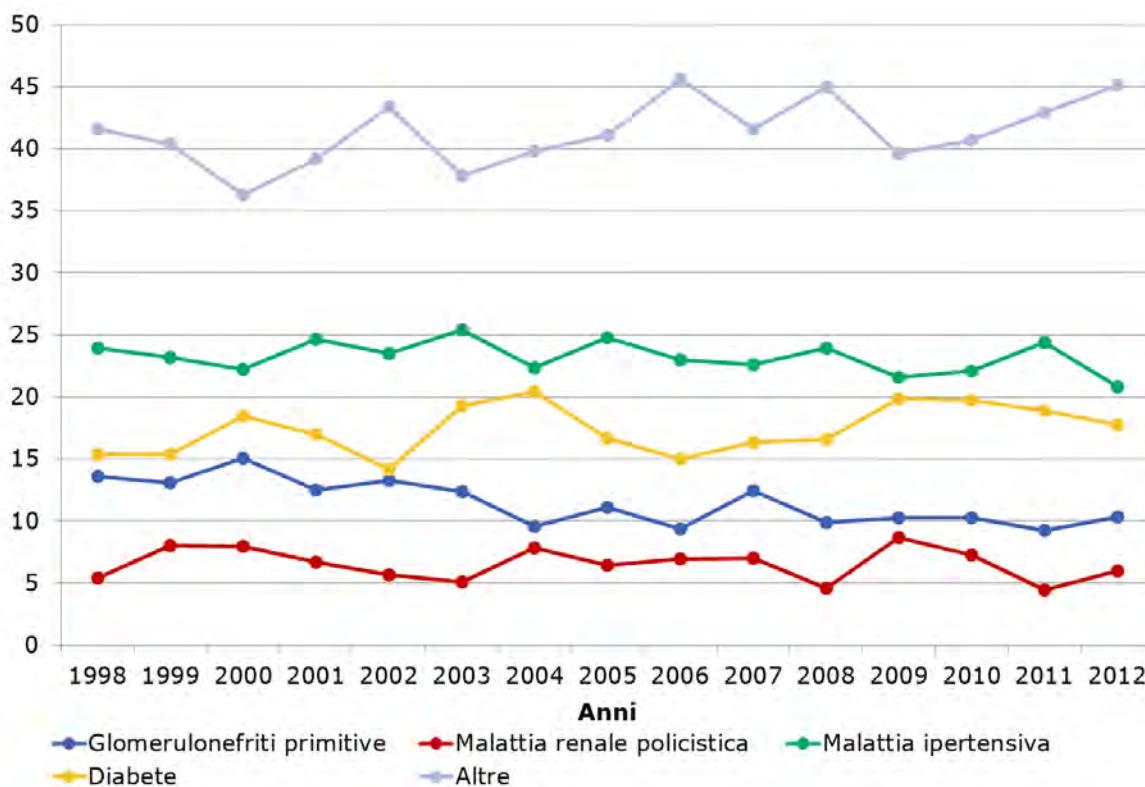
I dati anagrafici e clinici relativi ai pazienti con malattia renale cronica nel suo ultimo stadio vengono raccolti e direttamente imputati con cadenza annuale da parte dei Centri di Nefrologia-Dialisi e Trapianto. Il Registro Veneto di Dialisi e Trapianto (RVDT) rappresenta quindi un modello compiuto – unico nella Regione Veneto - di registro e di audit clinico. Alcuni aspetti diagnostici e clinico-terapeutici della malattia renale cronica non in trattamento sostitutivo sono oggetto dell'attività del Registro delle Biopsie Renali, che raccoglie i dati di tutti i pazienti che vengono sottoposti a questa procedura diagnostica, e del Registro della Sindrome Nefrosica in età pediatrica.

La malattia renale cronica nel suo ultimo stadio - quando cioè per garantire la sopravvivenza si rende necessario sostituire la funzione renale con la dialisi o il trapianto - è la situazione clinica più evidente, ma prima ci sono migliaia di pazienti che ricorrono alle cure nefrologiche conservative.

L'inizio della terapia renale sostitutiva è infatti lo stadio finale comune a molte malattie renali primitive o secondarie a patologie sistemiche; le patologie che danno il maggior contributo alla dialisi sono le malattie vascolari che rappresentano circa il 25%, il diabete che oscilla intorno al 20% e le glomerulonefriti primitive che rappresentano il 10 – 15%.

Da segnalare che la malattia renale policistica (APKD), una malattia renale familiare, contribuisce costantemente per il 6–8% annuo. In molte altre regioni italiane e soprattutto all'estero, il diabete è la causa più importante d'insufficienza renale che richiede terapia sostitutiva, in Veneto non si osserva questo fenomeno e non si nota un trend in aumento.

Figura 2.38 - Trend della proporzione di malattia renale cronica in trattamento sostitutivo per malattia renale primitiva (Fonte: RVDT, 1998 – 2012)



Ogni anno in Veneto iniziano la dialisi circa 500 nuovi pazienti, il che corrisponde a un'incidenza grezza di circa 110-120 pazienti per milione di abitanti; negli ultimi anni si osserva un lento, ma costante incremento dell'incidenza, come si può notare nella Figura 2.39.

I maschi sono molto più colpiti dalla malattia delle femmine, rappresentando il 66% dei pazienti incidenti, con estrema stabilità negli anni. L'incidenza dipende strettamente dall'età, infatti, raramente supera i 10 pazienti per milione di abitanti nei soggetti di età inferiore a 25 anni, mentre supera i 400 per milione di abitanti nei pazienti di età superiore a 75 anni. In particolare si nota un importante aumento dell'incidenza nella classe di età più avanzata a partire dall'anno 2000.

Figura 2.39 - Trend del tasso di incidenza annuale per milione di abitanti per l'insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo (Fonte: RVDT, 1998-2012)

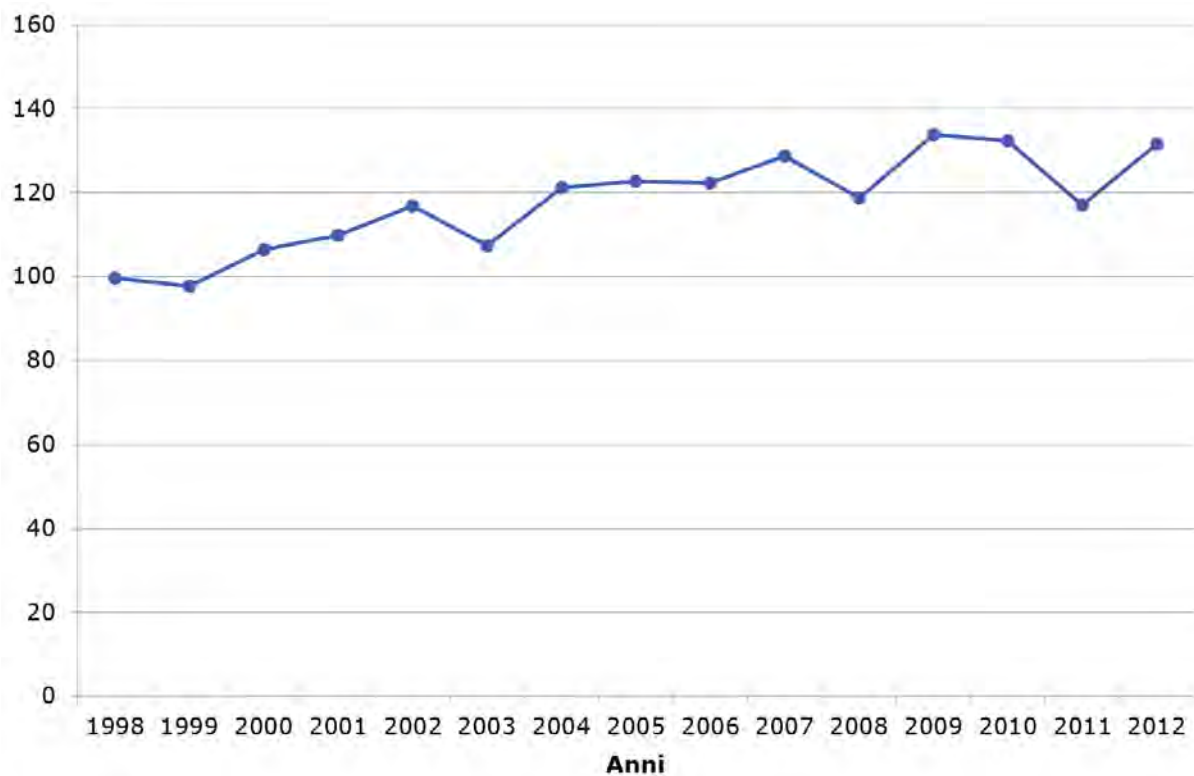
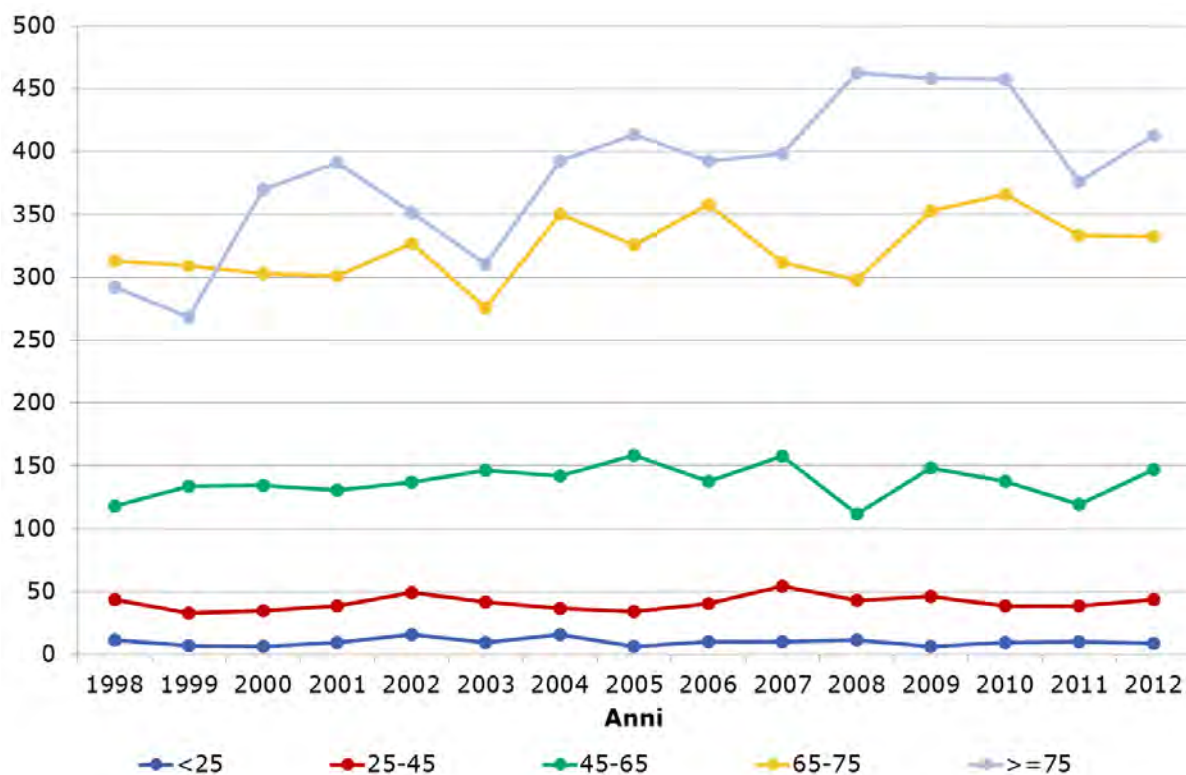


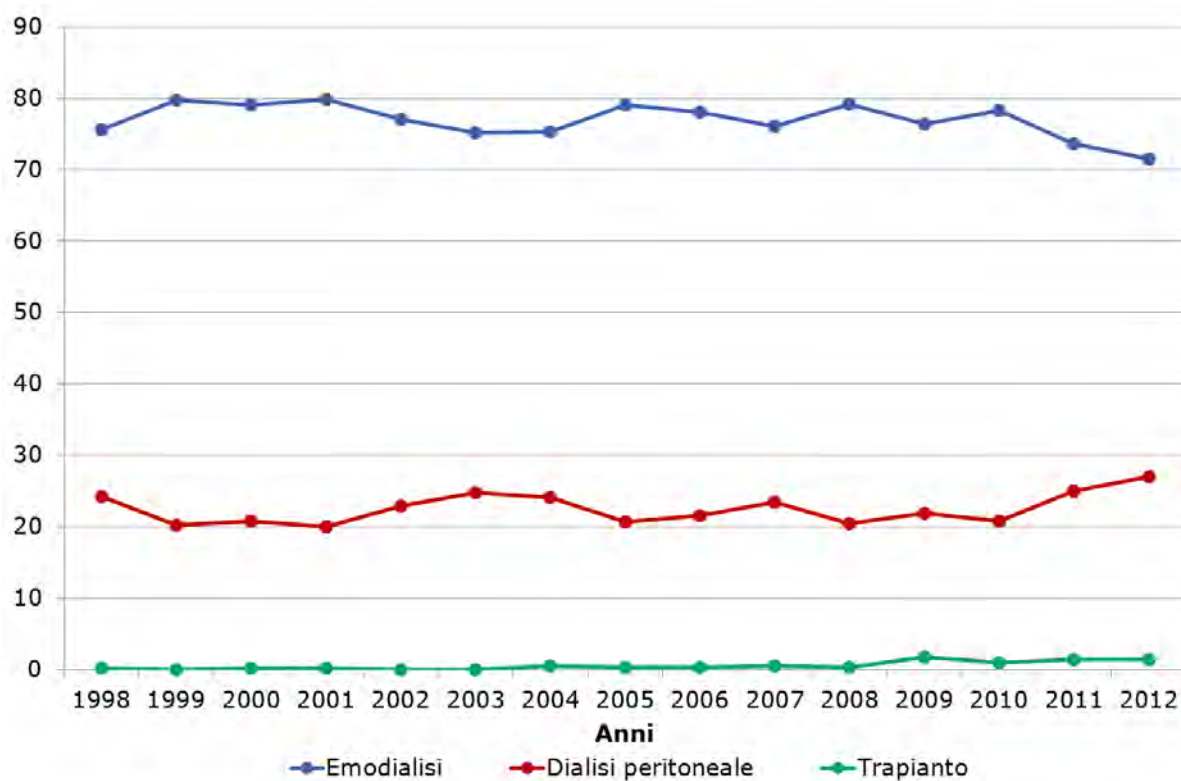
Figura 2.40 - Trend del tasso di incidenza annuale per milione di abitanti per l'insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo, per classe d'età (Fonte: RVDT, 1998-2010)



Il 75% dei pazienti che inizia il trattamento sostitutivo è anche affetto da almeno una comorbilità, nella maggior parte dei casi di natura cardiovascolare (ipertensione 35% dei casi, malattie cardiache 23%, diabete 19%, malattie cerebrovascolari 9%, vasculopatia periferica 8%, insufficienza cardiaca 6%).

La terapia renale sostitutiva viene effettuata con tre modalità principali: l'emodialisi, la dialisi peritoneale e il trapianto di rene. Nella maggior parte dei pazienti incidenti viene utilizzata l'emodialisi che costantemente negli anni è offerta a circa il 75-80% dei casi; la dialisi peritoneale è offerta a circa il 20-25% dei pazienti. Negli ultimi due anni si nota un aumento della dialisi peritoneale a scapito dell'emodialisi. Un'esigua minoranza di pazienti viene sottoposta a trapianto di rene senza passare per la dialisi: dal 2009, probabilmente come risultato della campagna di promozione effettuata dalla Regione Veneto il numero di casi comincia a essere visibile (7 nel 2009, 8 negli anni successivi).

Figura 2.41 - Proporzioni della prima modalità di trattamento renale sostitutivo tra il 1998 e il 2012

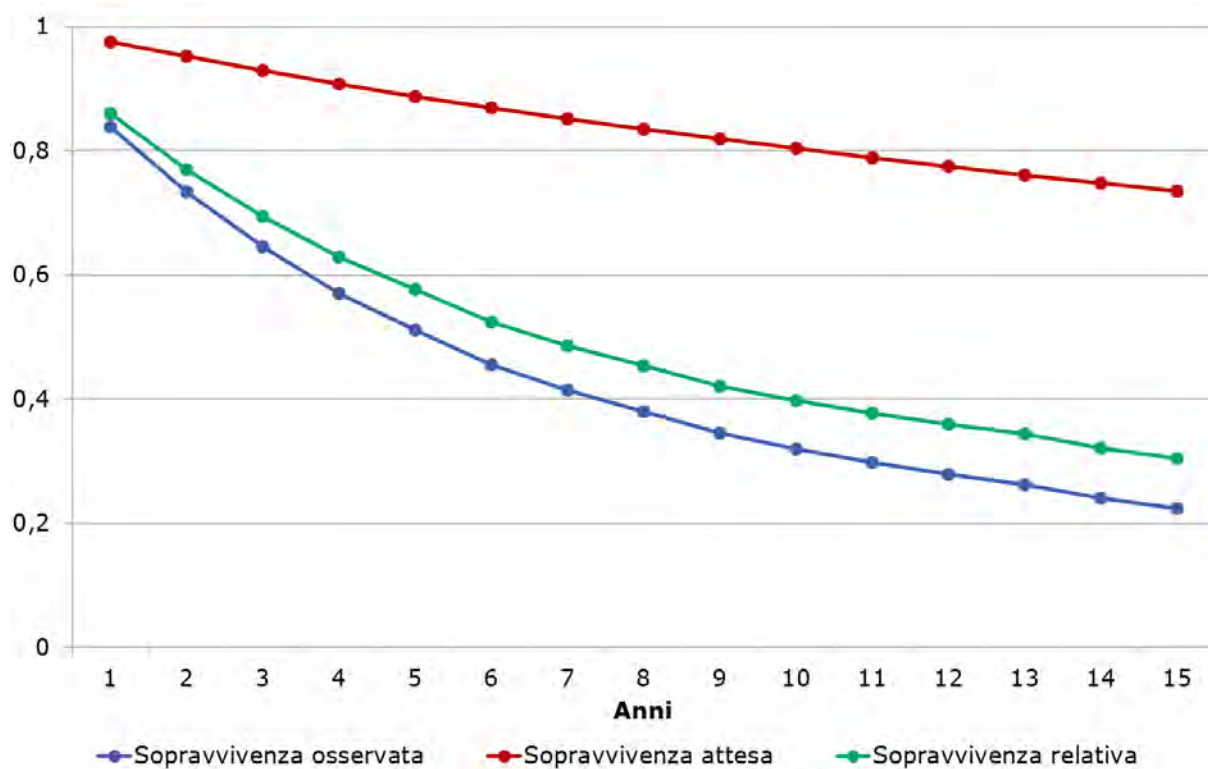


Sopravvivenza dei pazienti con insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo

Allo scopo di poter confrontare la prognosi della malattia renale cronica in trattamento sostitutivo con quella di altre malattie croniche (in particolare le neoplasie), viene utilizzato come indicatore la sopravvivenza relativa che riporta la percentuale di pazienti ancora in vita dopo un certo periodo di malattia, tenendo conto della mortalità della popolazione generale. A 5 anni sopravvive il 57% dei pazienti in trattamento sostitutivo, a 10 anni il 41% a 15 anni solo il 30%. Da notare come l'eccesso di mortalità sia proprio dell'inizio del trattamento sostitutivo, poi si riduce e tende a stabilizzarsi.

Tabella 2.17 – Sopravvivenza attesa, osservata e relativa nel follow up. Pazienti con malattia renale cronica in trattamento sostitutivo, anni 1998-2012.

Periodo	Sopravvivenza attesa	Sopravvivenza osservata	Sopravvivenza relativa	Eccesso di mortalità (% pz-anno)
6 mesi	0,99	0,91	0,92	17,4
1 anno	0,98	0,86	0,84	12,7
5 anni	0,89	0,51	0,57	8,9
10 anni	0,80	0,32	0,40	5,7
15 anni	0,74	0,22	0,30	5,4

Figura 2.42 - Sopravvivenza relativa nella coorte 1998-2012

La sopravvivenza relativa dipende fortemente dall'età e dalla malattia renale primitiva. Le malattie renali primitive, una volta iniziato il trattamento sostitutivo, presentano una prognosi molto diversa: le glomerulonefriti (GN) primitive e la malattia renale policistica hanno a 10 anni una buona prognosi, mentre le glomerulonefriti secondarie e la nefropatia diabetica hanno una prognosi molto severa tale che dopo un decennio di terapia renale sostitutiva sopravvivono pochissimi pazienti.

I pazienti sottoposti a trapianto di rene hanno una sopravvivenza migliore di quelli in dialisi e tra questi ultimi, quelli in dialisi peritoneale muoiono meno di quelli in emodialisi. Questa dinamica spiega la grande prevalenza dei pazienti trapiantati.

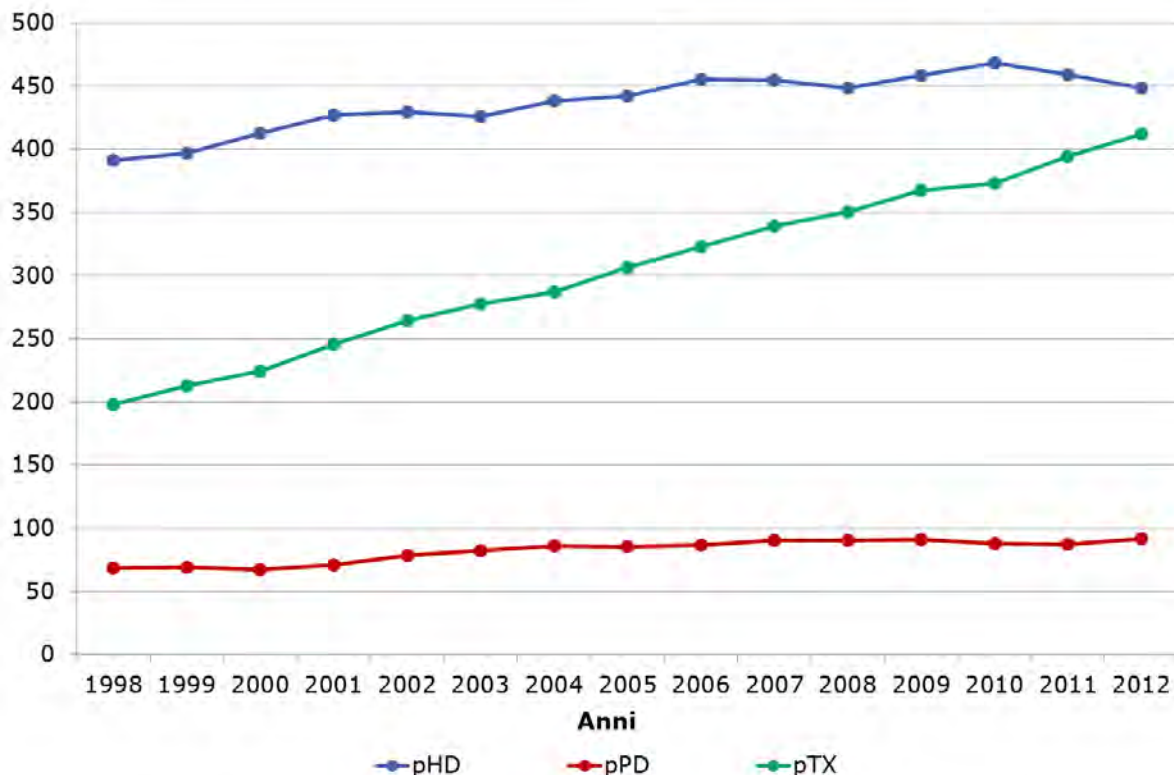
Prevalenza dei pazienti con insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo

Al 31/12/2012 risultavano 4.989 pazienti, in maggioranza maschi, sottoposti a trattamento renale sostitutivo in Veneto con una prevalenza pari a 1022 pazienti per milione di abitanti. La prevalenza è andata progressivamente aumentando dal 1998, anno in cui sono iniziate le osservazioni del RVDT, quando era di 666 pazienti per milione di abitanti.

L'incremento più importante si è verificato nelle classi di età più anziane, a significare che non solo in questo decennio è aumentato il numero di soggetti anziani che iniziano terapia sostitutiva, ma anche che il numero degli ingressi supera quello in uscita per decesso.

Tra i pazienti in cura presso i Centri di Nefrologia-Dialisi e Trapianto la prevalenza delle diverse modalità di trattamento sostitutivo mostra una distribuzione ed un trend peculiari: attualmente il 47% è in emodialisi, il 43% è trapiantato ed il 10% è in dialisi peritoneale. La proporzione di pazienti trapiantati sta raggiungendo quella degli emodializzati.

Figura 2.43 - Trend di prevalenza dei pazienti con malattia renale cronica in trattamento sostitutivo (Fonte: RVDT, 1998-2012)



Anche la proporzione ed il numero assoluto di pazienti in dialisi – ben più impegnativi per la gestione clinica – è comunque aumentato, passando da 1.745 pazienti nel 1998 a 2.189 pazienti nel 2012.

Approfondimenti

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

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2.8. Salute materno infantile

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

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

Quadro di sintesi

Esiste una qualificata rete di servizi ospedalieri e territoriali che garantisce assistenza e supporto a tutela della salute materno infantile, con 40 Punti nascita, una parte dei quali con un volume di attività inferiore alle indicazioni nazionali (500/1000 nati anno).

Il parto avviene nel 27,4% 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 17% in media), e circa 1/5 delle indagini interessa donne in età inferiore a quella considerata a rischio. Il ricorso alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) si è stabilizzato attorno al 2,2% dei parti. Un grave problema emergente è legato alla tardiva effettuazione delle ecografie morfologiche che avviene nel 17% in età gestazionali al limite della vitalità fetale (oltre le 21 sg), con il rischio di IVG che esitano in feti vitali. Prematurità e basso peso mantengono un peso percentuale costante, tra i più bassi riportati in letteratura.

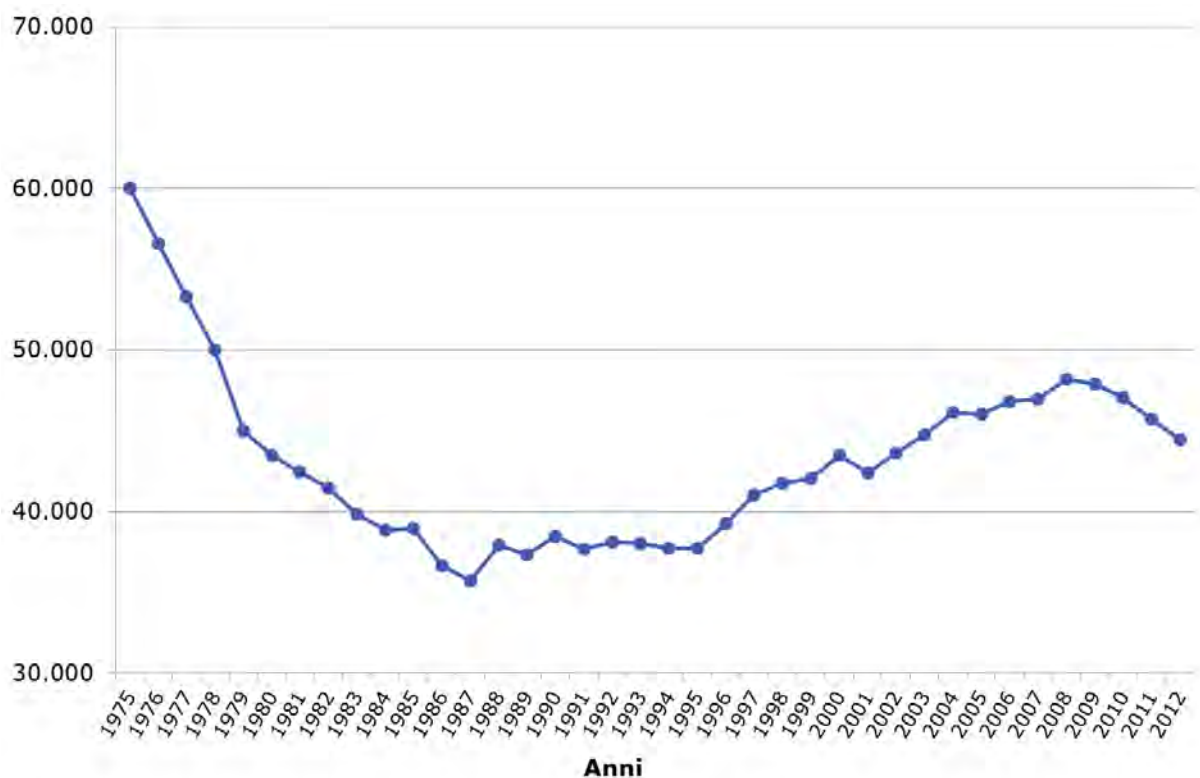
Fecondità

L'andamento delle nascite in Veneto è stato caratterizzato dal precipitare del numero dei nati dagli anni '70 fino alla metà degli anni '80, cui ha fatto seguito una progressiva crescita a partire dal 1987, e, solo negli anni recenti, dal 2009, una flessione del numero dei nati (Figura 2.44). Più fattori concorrono a determinare il recente decremento, certamente i più importanti sono rappresentati dalla crisi economica e dalla diminuzione del numero delle potenziali madri, in quanto nate durante il periodo di minimo storico.

Ci si può ragionevolmente attendere una futura ripresa della natalità durante i prossimi anni, quando si presenteranno, all'età di maggior fecondità, le coorti di donne, più numerose, nate alla fine degli anni '80.

Molto verosimilmente si continueranno a registrare importanti dinamiche che interesseranno il comparto delle donne fertili nel Veneto, tra le quali la più rilevante riguarda la crescita delle donne straniere e dei loro nati.

Figura 2.44 – Nati vivi in Veneto, anni 1975-2012



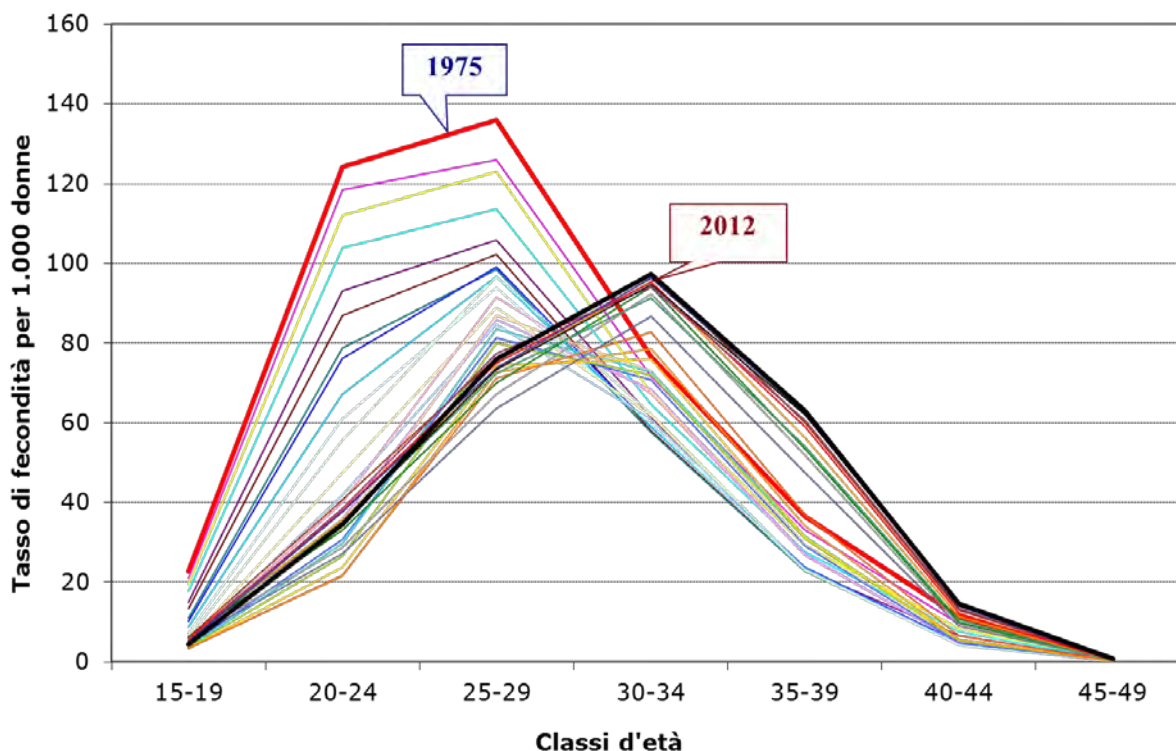
Nel 2012 le donne in età fertile ammontano a 1.090.622, dalle quali si registrano circa 58.000 gravidanze, 43.426 parti e 44.132 nati. Il numero medio di figli per donna è 1,45, in leggera ripresa rispetto all'anno precedente (1,42), e più alto del dato nazionale stimato dall'ISTAT (1,42). Rispetto agli anni precedenti si registra un lieve incremento delle donne con due e tre figli. Verona si conferma la provincia con il quoziente di natalità (10,4‰) e di fecondità (45,5‰) più elevati, mentre Rovigo registra i valori più bassi della Regione.

Rispetto al 2002 il numero di parti da donne sopra i 35 anni è aumentato del 41%, mentre il numero di parti da madri con età inferiore ai 25 anni è cresciuto del 12%. La percentuale di parti da minorenni è costante nel tempo e pari allo 0,3%.

La Figura 2.45 riporta la distribuzione dei tassi di fecondità specifici per età dal 1975 al 2012. Risulta evidente come nell'arco di questi trentasette 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 1.000 donne della classe 25-29 nell'anno 1975, ad un massimo di 97 per la classe 30-34 nell'anno 2012.

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 28 anni.

Figura 2.45 - Tassi di fecondità specifici per età. Veneto, anni 1975-2012



Il percorso nascita: i servizi

L'assistenza durante tutto il percorso nascita viene garantita attraverso una rete integrata di Servizi Ospedalieri e Territoriali.

Le Unità operative materno infantili sono attive da molti anni in tutte le Aziende Sanitarie, e sono articolate, al loro interno, in numerosi servizi dedicati alla famiglia e ai minori.

Esiste una qualificata rete che conta oggi 40 Punti nascita.

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

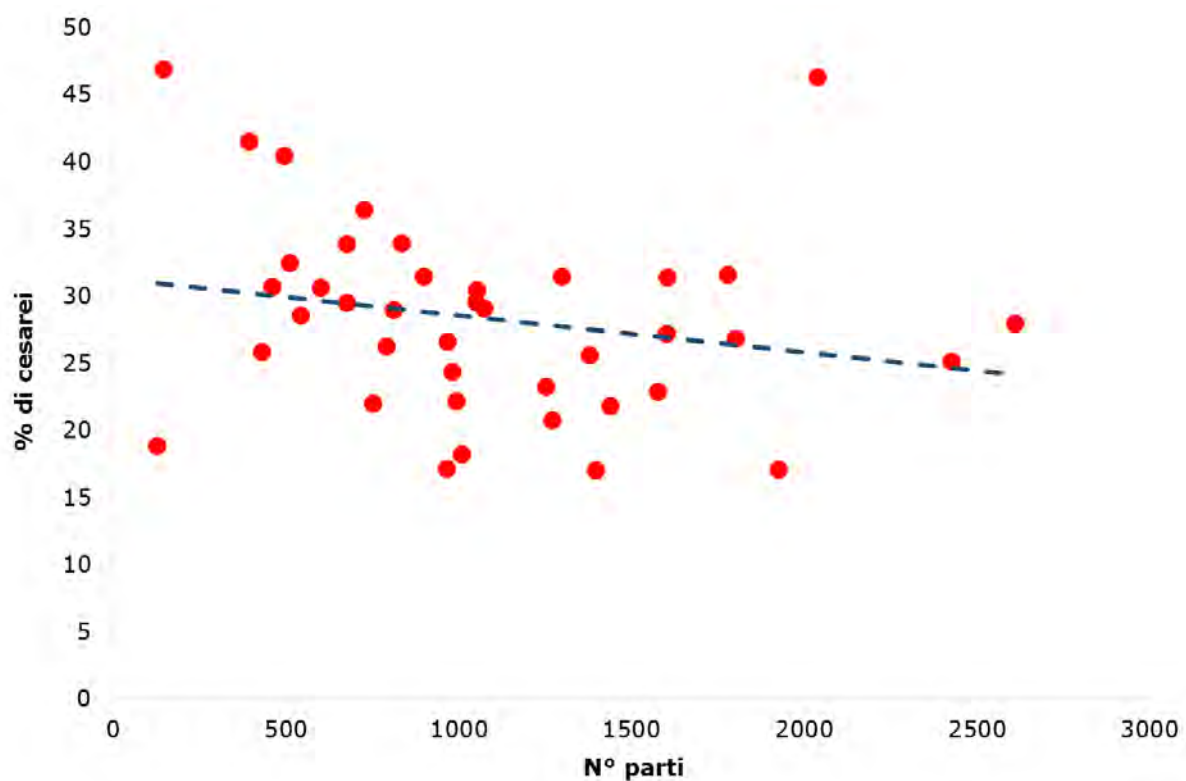
In relazione a quanto predisposto dall'Accordo, la situazione della rete attuale del Veneto vede ancora la presenza di Punti nascita al di sotto di 500 parti (6 Punti nascita che sommano 2.048 parti, il 4,7% del totale) e Punti nascita da 500 a 1.000 parti (15 Punti nascita che sommano 11.722 parti, il 27,0% del totale).

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

Gravidanza, parto e nascita

Attualmente il 27,4% dei parti avviene mediante il taglio cesareo con un'importante variabilità tra Punti nascita (Figura 2.46) e per Azienda ULSS di residenza materna (range tra Punti nascita: 17,1%-46,9%).

Figura 2.46 - Distribuzione dei punti nascita per n° parti e % di cesarei. Veneto, anno 2012



L'analisi dell'andamento del ricorso al cesareo nel tempo mostra una certa stabilità in Veneto (Figura 2.47); solo negli anni più recenti si rileva una tendenza alla sua diminuzione.

A livello dei singoli Punti nascita si registrano invece inversioni di tendenza e/o importanti oscillazioni nel tempo, probabilmente frutto di cambiamenti negli indirizzi operativi all'interno del Punto Nascita stesso.

L'Accordo del 2010 prevedeva l'adozione di procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto. In Veneto solo 1 parto spontaneo su 5 avviene in parto analgesia (Tabella 2.18).

Anche sotto questo aspetto si registra un'importante variabilità nell'offerta tra Punti Nascita della Regione, sia in termini quantitativi che qualitativi (tipo di analgesia offerta). Altri importanti aspetti di rilievo che interessano il percorso nascita, comprendono il ricorso alla procreazione medicalmente assistita (PMA), la diagnostica prenatale invasiva e il ricorso tardivo alle ecografie morfologiche.

Figura 2.47 - Percentuale di cesarei e numero di parti per anno. Veneto, anni 2002-2012

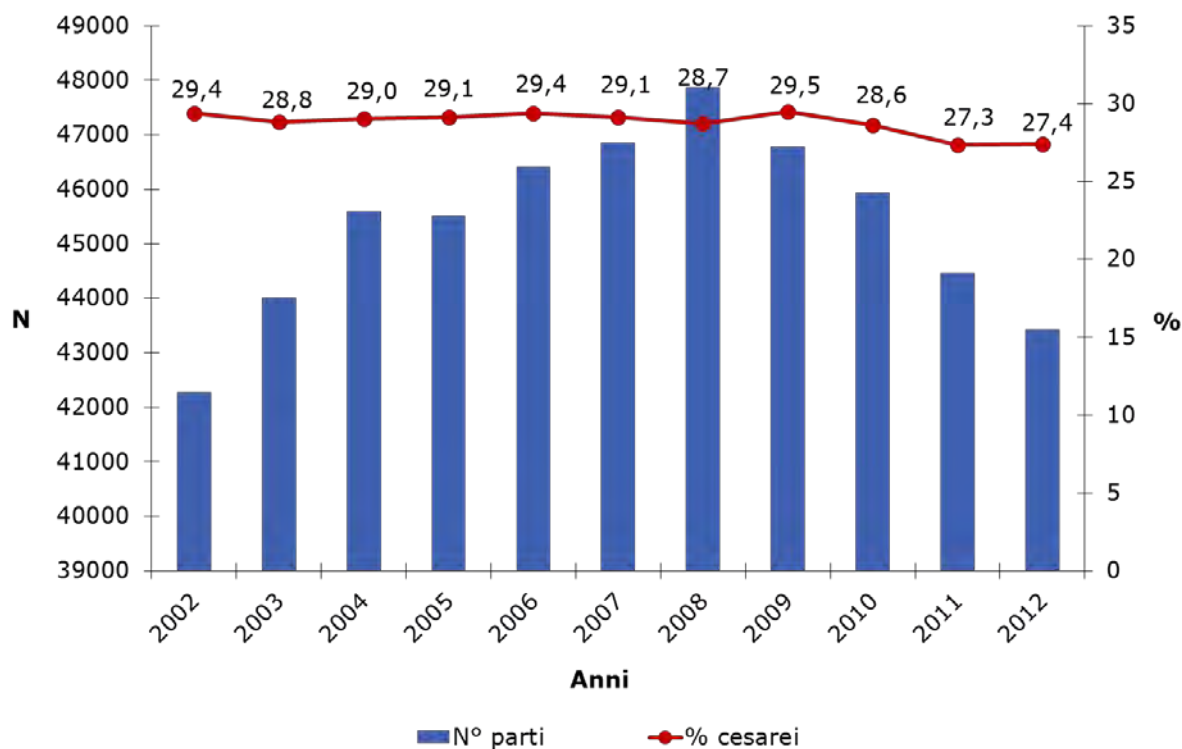
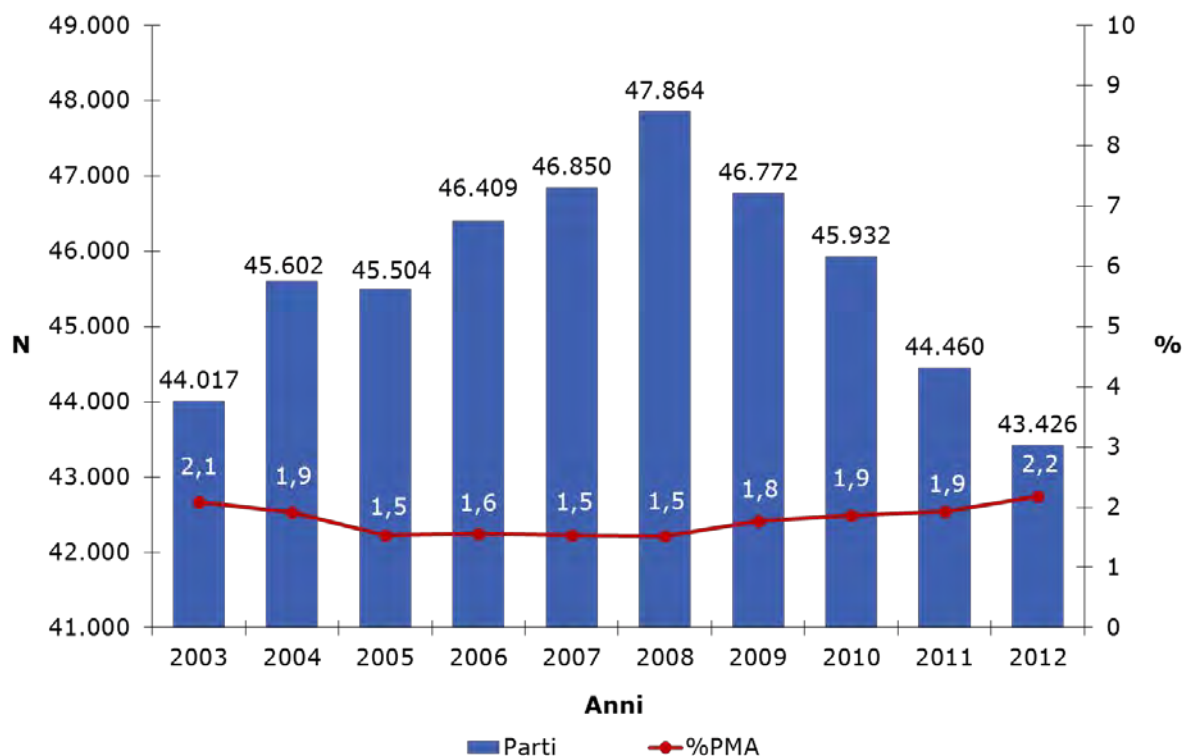


Tabella 2.18 - Distribuzione parti spontanei per tecnica di controllo del dolore. Veneto, Anno 2012

Controllo del dolore	N
Analgesia epidurale	4.101
Analgesia spinale	711
Analgesia combinata epidurale/spinale	50
Analgesia farmacologica enterale/parentale	106
Analgesia inalatoria (protossido)	3
Agopuntura	5
Blocco del nervo pudendo (solo se pre-parto)	6
Blocco paracervicale	7
Ipnosi	1
Travaglio/parto in acqua	618
Più metodi combinati	989
Altri metodi	967
Totale	7.564

Nel 2012, 948 donne hanno dato alla luce un nato in seguito a PMA, pari al 2,2% dei parti (Figura 2.48). Nell'arco di tempo osservato, la percentuale di parti da PMA, dopo un lieve decremento dal 2004 al 2008, si è riportata ai valori del 2003.

Figura 2.48 - Numero di PARTI e percentuale di parti in seguito al ricorso alla riproduzione assistita. Veneto, anni 2003-2012.



I nati da PMA, sia singoli che plurimi, presentano rischi maggiori di prematurità e basso peso alla nascita: il 2,2% vs lo 0,9% dei nati singoli e l'11,8% vs il 7,6% dei nati plurimi nasce prima delle 32 settimane gestazionali, mentre il 2,4% vs lo 0,8% dei nati singoli ed il 10,3% vs 7,1% dei plurimi nasce con peso inferiore ai 1.500 grammi.

Il ricorso alla diagnostica prenatale riguarda il 17% dei parti e, per circa 1/5 delle indagini interessa donne in età inferiore a quella considerata a rischio (35 anni).

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

L'effettuazione di ecografie morfologiche avviene nel 17% dei casi in età gestazionali al limite della vitalità fetale (oltre le 21 settimane gestazionali), con rischio di interruzioni di gravidanza che esitano in nascita di feti vitali. Tutto ciò ha importanti implicazioni etiche, psicologiche e assistenziali.

Prematurità e basso peso

La prematurità e il basso peso costituiscono importanti indicatori di salute, in quanto esprimono, da una parte le condizioni della salute riproduttiva e, contemporaneamente, rappresentano un indicatore di bisogno di cure neonatali intensive, in particolare per le bassissime età gestazionali, e di cure complesse nei periodi successivi per coloro che sopravvivono.

Negli anni i nati pretermine e sottopeso tendono a diminuire in termini assoluti.

Nonostante la diminuzione del numero assoluto dei nati pretermine, il peso percentuale che essi hanno sul totale dei nati rimane costante (0,4 % sotto le 28 settimane di gestazione e 0,8% tra le 31 e le 28 settimane di gestazione), e risulta tra i più bassi riportati in letteratura, stando a testimoniare l'ottimo livello dei servizi sanitari nella nostra Regione, oltre che il buon livello di condizione socio-economica dei presenti.

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

Per il prossimo futuro fenomeni nuovi potranno avere un ruolo di rilievo: da una parte assistiamo ad un trend di miglioramento generale delle condizioni educative e di assistenza perinatale, ma contemporaneamente sta crescendo il numero di famiglie povere, aumentano le gravidanze in età avanzata e in donne migranti.

Tali elementi costituiscono fattori di rischio per la nascita pretermine. E' pertanto possibile che non vengano mantenuti i buoni livelli raggiunti e che nel prossimo futuro aumentino i prematuri e i sottopeso con la conseguente richiesta di cure superspecialistiche nel periodo neonatale e di assistenza futura per l'evoluzione in gravi disabilità.

Natimortalità

La natimortalità in Veneto è pari a 3,1 per 1.000 nati nel 2012.

Per poter confrontare i valori di natimortalità della nostra Regione con quelli medi nazionali, dobbiamo riferirci all'anno 2010, ultimo anno disponibile dalle statistiche ufficiali per i dati sui morti entro il primo anno di vita, da cui emerge che i valori registrati nella nostra Regione sono leggermente inferiori ai dati nazionali.

L'analisi dei trend storici ha permesso di confermare una stabilità dei valori veneti, calcolati a partire dai dati CEDAP, con oscillazioni comprese da un massimo di 3,1 (2002) ad un minimo di 2,8 per 1.000 nati (2008).

Sostegno alla genitorialità

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

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

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

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

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

Utilizzando le fonti schede di dimissione ospedaliera e i Certificati di assistenza al parto si contano nel 2012 in Veneto 314 gravidanze da minorenni, pari allo 0,5% del totale delle gravidanze avvenute in Veneto. Nella nostra Regione, dunque, circa tre minorenni ogni 1.000 intraprendono una gravidanza. Il numero assoluto di tali gravidanze risulta costante dal 2008 al 2010, con una media di 370 gravidanze all'anno, mentre si registra una leggera flessione nel 2012. Per quanto riguarda gli esiti, le gravidanze che hanno dato luogo ad un parto tra ragazze minori di 18 anni nel 2012 sono state 130, pari allo 0,3% del totale dei parti, mentre gli outcome sfavorevoli quali aborti spontanei e interruzioni volontarie di gravidanza ammontano a 184 (21 aborti e 163 IVG), pari all'1,3% del totale degli aborti e delle interruzioni.

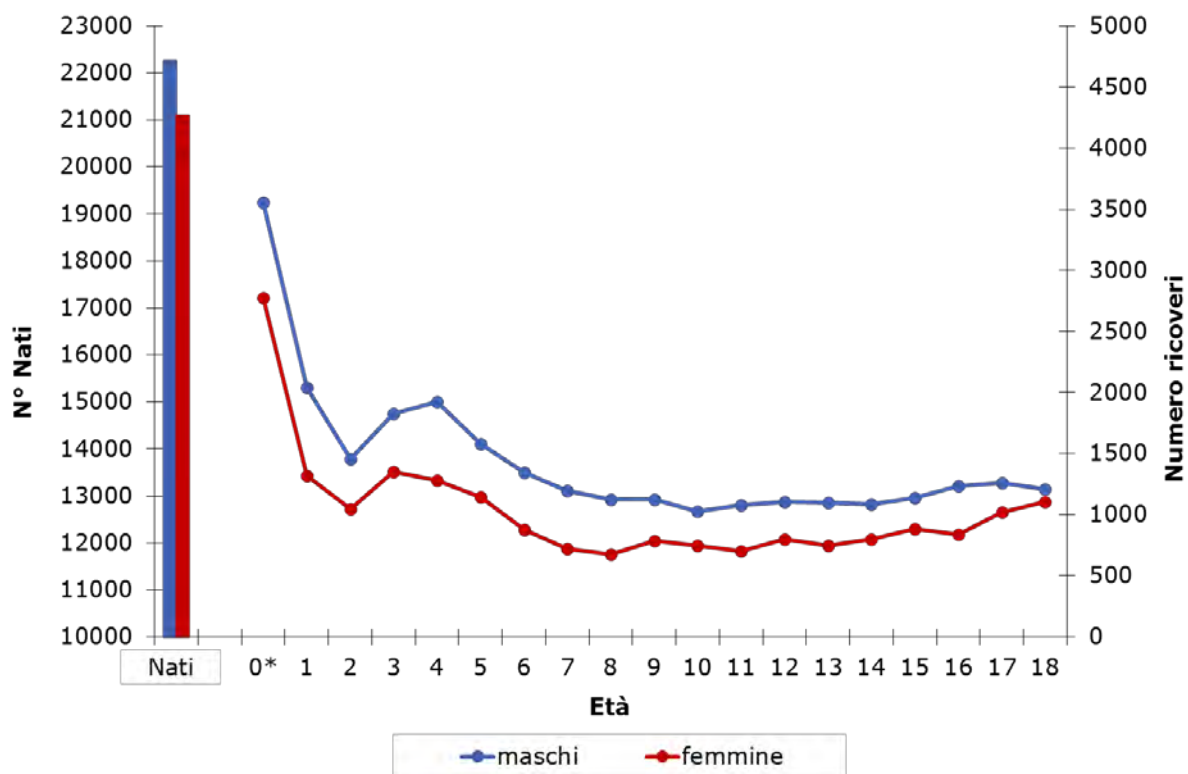
Ospedalizzazione da 0 a 18 anni

Nella rete ospedaliera regionale sono presenti 40 unità operative dedicate ai minori, unità che possono essere chiamate "i luoghi dell'ospedale per i bambini". Di queste 40 unità operative, 33 sono reparti di Pediatria.

Il tasso di ricovero per i pazienti 0-18 anni per il 2012 è pari a 54,2 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 104,2 per 1.000 residenti.

La Figura 2.49 riporta la distribuzione dei ricoveri dei residenti per età e, con scala a parte, il numero di nati in Veneto maschi e femmine. Si osserva un picco di ricoveri nel corso del primo anno di vita, seguito da una rapida discesa che si arresta entro il secondo anno di vita per poi riprendere, meno accentuata, fino al settimo anno di età, al quale fa seguito un plateau che tende ad innalzarsi dopo il 13° anno di età. Il numero dei ricoveri è costantemente più elevato per i maschi rispetto alle femmine.

Figura 2.49 - Età al ricovero dei residenti in Veneto - Anno 2012



La rete ospedaliera veneta serve anche una quota di popolazione non residente: gli Ospedali Veneti esercitano, infatti, un'importante effetto di attrazione nei confronti di altre Regioni italiane.

La Tabella 2.19 riporta il tasso di ospedalizzazione per ULSS di residenza per la fascia d'età 0-18 anni compresi i ricoveri per nascita. La fluttuazione attorno al dato medio regionale di 104,2 per 1.000 residenti di età 0 -18 anni è estremamente elevata, dal momento che si osservano valori di minimo pari a 83,7, in corrispondenza dell'ULSS 10 Veneto Orientale, e valori di massimo pari a 125,9 in corrispondenza dell'ULSS 20 Verona. In generale, i valori più alti di ospedalizzazione si osservano per due (ULSS 20 e 22) delle tre ULSS appartenenti alla provincia di Verona (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 presentano i tassi di ricovero più alti, mentre l'ULSS 10 Veneto Orientale si distingue per il tasso più basso.

Tabella 2.19 – Tasso di ricovero per Azienda ULSS di residenza. Età 0-18 anni. Veneto, anno 2012

Azienda ULSS di residenza	Tasso con i nati (per 1.000)	Tasso senza i nati (per 1.000)
1 Belluno	88,9	50,3
2 Feltre	102	50,7
3 Bassano del Grappa	103,3	53,9
4 Alto Vicentino	91,1	45,1
5 Ovest Vicentino	102,9	51,6
6 Vicenza	97,8	47,9
7 Pieve di Soligo	104,1	56,2
8 Asolo	101,7	50,7
9 Treviso	100,1	48,5
10 Veneto Orientale	83,7	42,4
12 Veneziana	98,7	49,1
13 Mirano	106,3	53,6
14 Chioggia	116,3	69,2
15 Alta Padovana	102,3	50,7
16 Padova	108,9	54,6
17 Este	107,4	57,1
18 Rovigo	93,4	45,5
19 Adria	97,4	52,1
20 Verona	125,9	71,0
21 Legnago	98,1	54,7
22 Bussolengo	120,9	72,1
Totale Veneto	104,2	54,2

Confrontando i ricoveri ordinari tra residenti e non residenti in Regione, emergono differenze sostanziali tra le diagnosi che hanno causato il ricovero: i Veneti vengono ricoverati principalmente per condizioni morbose di origine perinatale (19%), malattie dell'apparato respiratorio (15%), traumatismi (11%) e malattie dell'apparato digerente (9%); i residenti fuori regione per malformazioni congenite (15%), malattie del sistema nervoso (13%) e traumatismi (10%).

La Tabella 2.20 presenta la frequenza dei ricoveri ordinari per reparto di dimissione comprendendo i ricoveri di nascita. Dopo il nido che assorbe il 52,0% dei ricoveri, la Pediatria costituisce il secondo reparto di dimissione con il 23,4% circa dei ricoveri 0-18 anni.

Tabella 2.20 - Frequenza ricoveri per reparti di dimissione età 0-18 anni. Veneto, anno 2012

REPARTO DI DIMISSIONE	Ricoveri ordinari			
	Ricov.	%	gg. Deg.	deg. Media
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	112	0,1	1.292	11,5
CARDIOCHIRURGIA	33	0,0	798	24,2
CARDIOLOGIA	95	0,1	484	5,1
CHIRURGIA GENERALE	1.582	2,1	5.993	3,8
CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE	419	0,6	1.420	3,4
CHIRURGIA PEDIATRICA	2.516	3,3	11.237	4,5
CHIRURGIA PLASTICA	236	0,3	1.579	6,7
CHIRURGIA TORACICA	48	0,1	367	7,7
CHIRURGIA VASCOLARE	4	0,0	25	6,3
EMATOLOGIA	18	0,0	236	13,1
MALATTIE ENDOCRINE, DEL RIC. E NUTR	232	0,3	1.007	4,3
GERIATRIA	2	0,0	11	5,5
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	97	0,1	600	6,2
MEDICINA GENERALE	271	0,4	1.579	5,8
UNITA SPINALE	22	0,0	999	45,4
NEFROLOGIA	16	0,0	98	6,1
NEUROCHIRURGIA	256	0,3	2.192	8,6
NIDO	39.489	52	129.231	3,3
NEUROLOGIA	164	0,2	908	5,5
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	335	0,4	1.358	4,1
OCULISTICA	151	0,2	244	1,6
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.839	3,7	8.885	3,1
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	517	0,7	1.760	3,4
OTORINOLARINGOIATRIA	1.470	1,9	3.606	2,5
PEDIATRIA	17.794	23,4	87.841	4,9
PSICHIATRIA	190	0,3	4.027	21,2
UROLOGIA	484	0,6	1.822	3,8
GRANDI USTIONATI	5	0,0	44	8,8
NEFROLOGIA (ABILITAZIONE TRAPIANTO RENE)	11	0,0	75	6,8
TERAPIA INTENSIVA	131	0,2	2.657	20,3
UNITA CORONARICA	4	0,0	11	2,8
ASTANTERIA	2	0,0	7	3,5
DERMATOLOGIA	14	0,0	78	5,6
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	123	0,2	5.788	47,1
GASTROENTEROLOGIA	30	0,0	213	7,1
LUNGODEGENTI	2	0,0	82	41,0
NEONATOLOGIA	2.092	2,8	23.576	11,3
ONCOLOGIA	8	0,0	53	6,6
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	1.010	1,3	9.845	9,8
PNEUMOLOGIA	30	0,0	242	8,1
RADIOTERAPIA	10	0,0	30	3,0
REUMATOLOGIA	8	0,0	190	23,8
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	2.279	3,0	33.216	14,6
NEURO-RIABILITAZIONE	409	0,5	4.588	11,2
NEFROLOGIA PEDIATRICA	324	0,4	2.260	7,0
TOTALE	75.884	100,0	352.554	4,7

Maltrattamento

In Italia 5 bambini ogni 1.000 sono maltrattati e ogni anno se ne aggiunge 1 ogni 800, nel nostro Paese si stimano quindi più di 45.000 bambini maltrattati. Il maltrattamento è una delle prime cause di morte dei bambini sotto i 3 anni di vita ed il 40% dei bambini maltrattati diventa un adolescente e un giovane adulto multiproblematico, con problemi di disabilità ed handicap, comportamento antisociale, patologia psichica, dipendenze e devianze. Tutti i diversi tipi di maltrattamento determinano un danno globale dello sviluppo che va a interagire, indipendentemente dall'azione maltrattante, con la maturazione fisica del bambino, lo sviluppo psichico, le competenze cognitive, sociali e relazionali, creando esiti che permangono per tutta la vita.

In Veneto, nel contesto dei servizi dedicati ai minori, è maturata la necessità di avviare a livello regionale un progetto di prevenzione, contrasto e presa in carico di situazioni di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale di minori. Tale progetto vede il Centro per la Diagnostica del Bambino Maltrattato-Unità di Crisi per Bambini e Famiglie, formalmente istituito con DGR N. 2989 del 22.09.2000 presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, come servizio specialistico di riferimento dell'intera rete regionale costituita dai servizi di assistenza ospedaliera e territoriale socio-sanitaria rivolti all'età pediatrica e dai cinque centri provinciali/interprovinciali terapeutico-riabilitativi specialistici avviati nel 2004.

Il Centro è dedicato alla diagnosi specialistica del danno attuale, potenziale e/o evolutivo derivante da condizioni di maltrattamento e abuso di lattanti, bambini ed adolescenti, attraverso attività cliniche integrate multidisciplinari che prevedono l'inquadramento diagnostico dei casi in fase acuta, la definizione della diagnosi differenziale, l'attivazione di indagini di diagnostica clinica specialistica, la psicodiagnosi e la prescrizione di indagini strumentali specifiche. Svolge attività di ricovero ordinario (3 posti letto dedicati), Day Hospital, ambulatoriale, Presa in Carico ed effettua inoltre attività di Consulenza formalizzata a distanza per i presidi della rete ospedaliera regionale e interregionale, per i servizi socio-sanitari territoriali e per l'Autorità Giudiziaria.

Con un bacino d'utenza regionale ma anche extraregionale, il Centro segue circa 250 nuovi bambini ogni anno (41% maltrattamento fisico-tra cui una coorte di 33 bambini shakerati, 30% abuso sessuale, 9% maltrattamento psicoemozionale, 2% sindrome di Munchausen by proxy, 12% violenza assistita). Nell'anno 2013 sono stati effettuati 19 ricoveri ordinari per un totale di 601 giornate di degenza, 51 DH, 1702 prestazioni ambulatoriali, le prese in carico hanno riguardato in media 30 casi al mese per un totale di 360 prese in carico mensili e sono state effettuate 7 consulenze ospedaliere al di fuori dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

È un esempio concreto di completa integrazione di interventi sanitari di alta tecnologia e specializzazione con aspetti psicologici, sociali, giuridici e di tutela. Grazie a questa organizzazione interna all'ospedale e a rete nei servizi socio-sanitari veneti, le prese in carico garantiscono precocità e rapidità di intervento, complessità di azione e continuità

assistenziale, limitando i rinvii e gli “abbandoni”. Il contatto con altre realtà ospedaliere ha portato anche in altre Regioni una simile volontà programmatica che genererà nel prossimo futuro strutture analoghe a quella padovana. Infine, l’ambiente ospedaliero universitario e le reti nazionali ed internazionali permettono inoltre la ricerca clinica e biologica in quest’ambito.

Approfondimenti

Facchin P. et al., Rapporto tecnico Attività 2013. Registro Nascite, Regione Veneto.
Facchin P. et al., Rapporto tecnico Attività 2013. Programma Regionale della Patologia in Età Pediatrica, Regione Veneto

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Programma regionale per la Patologia in Età Pediatrica
Sede: Via Donà 11 35129 Padova
Recapiti telefonici: 049 8215700
e-mail: epi@pediatria.unipd.it

2.9. Malattie Professionali e Infortuni sul Lavoro

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

Allegato A. Paragrafo 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie. Sotto-paragrafo 3.4.1. Aree prioritarie di intervento. Prevenire gli eventi infortunistici in ambito lavorativo e le patologie lavoro-correlate e Prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici. Pagine 86 e 90. La Regione del Veneto è impegnata nel garantire e tutelare la salute e sicurezza della popolazione nei diversi ambienti di vita e di lavoro. Il Piano Socio Sanitario rafforza un approccio fondato sull'interazione e la collaborazione tra i diversi attori istituzionali, il mondo produttivo e sociale.

Quadro di sintesi

Il quadro economico generale, che si è delineato negli ultimi anni, non è sostanzialmente mutato nonostante alcuni timidi e incostanti accenni di ripresa dopo la crisi economica del 2008. Il numero di infortuni sul lavoro è ancora in progressiva riduzione; accanto ad un'effettiva riduzione del rischio di infortunio per molteplici fattori di tipo organizzativo, connessi al contesto produttivo e alla maggiore attenzione alla prevenzione da parte delle imprese, continua la riduzione del numero di infortuni dovuta alla riduzione della produzione manifatturiera e alla crisi del settore delle costruzioni. Nell'ultimo decennio si è rilevata una costante e progressiva tendenza a non denunciare gli infortuni di lieve entità mentre quelli più gravi diminuiscono di meno o sono in lieve aumento (infortuni invalidanti); ciò costituisce un elemento di preoccupazione, in vista di una possibile ripresa produttiva, poiché la spiccata riduzione degli infortuni totali non sembra del tutto connessa ad un miglioramento della sicurezza.

Le malattie professionali denunciate si sono stabilizzate dopo un aumento dovuto per lo più al recupero di casi non segnalati in precedenza e alle modifiche apportate alle tabelle delle malattie indennizzate. In ogni caso le malattie sono ancora largamente sotto notificate e vi sono ampi spazi per migliorare la conoscenza del fenomeno.

Anche se nel lungo periodo vi è un trend netto e costante di riduzione degli infortuni sul lavoro e le condizioni di esposizione a fattori di rischio professionali sono migliorate, permane un elevato numero di persone che vivono in condizione di disabilità totale o parziale negli anni successivi ad un infortunio sul lavoro o ad una malattia professionale. Secondo dati INAIL relativi al Veneto, aggiornati al 31 dicembre 2012, sono 52.628 (54.002 al 31/12/2011) i lavoratori (o gli eredi in caso di morte) titolari di rendita per lesioni permanenti, di cui 46.795 maschi e 5.833 femmine, 39.995 per infortunio sul lavoro e 12.633 per malattia professionale. Questi dati non rappresentano, tuttavia, l'interezza del fenomeno poiché non considerano i danni permanenti al di sotto della soglia di indennizzabilità (10% fino al 2000, 5% dopo il DLgs 38/2000 che ha introdotto il danno biologico) e le lesioni minori indennizzabili ma liquidate in capitale senza costituzione di rendita; queste due situazioni, anche se per lesioni meno gravi, sono numericamente superiori ai valori sopra riportati. Al danno alla salute deve aggiungersi il

danno economico, costituito dai costi diretti e indiretti dell'infortunio che gravano sulla società e sull'impresa.

Infortuni sul Lavoro

L'obiettivo della riduzione degli infortuni più gravi, condiviso dagli stati membri della Comunità Europea, è stato recepito dal Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012 prorogato al 2013 e fatto proprio dal Piano Regionale Prevenzione della Regione del Veneto che ha sviluppato diversi progetti su questo tema.

Allo stato attuale si evidenzia una netta riduzione del numero di infortuni totali e dei relativi tassi di incidenza; tuttavia, ad una più attenta analisi, emergono alcuni elementi che inducono a valutare con prudenza l'ipotesi che questo dato sia dovuto, nel breve periodo, soltanto al miglioramento delle condizioni di sicurezza nei luoghi di lavoro. Infatti le variazioni rapide sono più verosimilmente connesse all'andamento economico mentre, nel lungo periodo, si possono osservare cambiamenti dovuti ad una diversa distribuzione delle attività a rischio (aumento del terziario e delocalizzazione delle attività manifatturiere), al miglioramento delle tecnologie produttive (automazione) e all'applicazione della normativa sulla sicurezza.

A questi miglioramenti effettivi si devono aggiungere le riduzioni apparenti del numero di infortuni (sottonotifica dei casi lievi) o dei tassi di incidenza (contemporanea riduzione del numero di infortuni e scarsa rispondenza alla realtà della stima dei lavoratori esposti, calcolata sulla base del monte salariale erogato e usata al denominatore del tasso di incidenza che, non sempre, corrisponde all'effettiva riduzione della produzione in periodi di crisi).

Per analizzare questi complessi fenomeni non è sufficiente utilizzare un solo indicatore ma è necessario considerare in modo integrato le diverse informazioni.

Tabella 2.21 – Infortuni riconosciuti dall'INAIL in tutti i settori di attività (Industria e servizi, Agricoltura, Conto Stato, COLF) in Veneto distinti per gravità. Sono esclusi gli studenti, gli sportivi e gli infortuni in itinere. Nella seconda parte della tabella, gli infortuni invalidanti sono distinti per classe di gravità dei postumi permanenti. (*) nel 2000 è entrato in vigore il DLgs 38/2000 che ha modificato la gestione dei casi in itinere e ha introdotto il danno biologico con postumi riconoscibili > 5% invece del 10%. Periodo 2000-2012

	2000*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Totale degli infortuni riconosciuti INAIL	75.208	74.454	70.946	68.175	66.021	61.690	61.192	60.107	56.155	48.353	47.440	43.592	38.545
Prognosi > 30 gg + invalidanti + mortali	15.662	15.682	15.041	14.919	15.071	14.118	14.338	14.258	13.615	12.415	12.184	11.256	10.087
Invalidanti + mortali	2.193	2.408	2.583	2.628	2.781	2.812	2.999	3.003	2.969	2.809	2.789	2.395	2.019
Mortali	142	83	83	99	74	64	70	86	79	51	63	51	50

Tabella 2.22 – Infortuni riconosciuti dall'INAIL in tutti i settori di attività (Industria e servizi, Agricoltura, Conto Stato) distinti per comparto. Sono esclusi gli studenti, i collaboratori domestici, gli sportivi e gli infortuni in itinere. Veneto, periodo 2000-2012

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
01 Agrindustria e pesca	608	622	647	704	722	610	626	652	685	657	645	625	611
02 Estrazioni minerali	168	163	152	154	118	134	123	100	75	63	70	53	38
03 Industria Alimentare	1.682	1.601	1.575	1.532	1.339	1.249	1.092	1.062	1.088	1.030	944	867	755
04 Industria Tessile	2.478	2.370	1.973	1.628	1.440	1.169	1.182	989	890	703	684	587	471
05 Industria Conciaria	686	584	577	547	509	453	400	446	328	290	305	270	220
06 Industria Legno	4.048	3.814	3.510	3.404	3.178	2.849	2.814	2.696	2.409	1.969	1.905	1.650	1.369
07 Industria Carta	1.284	1.237	1.116	1.076	987	965	915	896	820	638	669	595	525
08 Industria Chimica e Petrolio	2.157	2.208	1.983	1.897	1.835	1.590	1.631	1.632	1.389	1.162	1.216	1.099	953
09 Industria Gomma	205	176	189	184	241	172	192	167	115	94	135	114	76
10 Ind.Trasf. non Metalliferi	2.642	2.602	2.344	2.044	1.870	1.711	1.717	1.686	1.448	1.096	1.008	910	749
11 Industria Metalli	1.280	1.312	1.250	1.147	1.029	1.092	1.153	1.146	957	597	845	758	702
12 Metalmeccanica	13.856	13.120	12.288	11.562	10.861	10.065	10.285	10.376	9.742	7.360	6.996	6.453	5.598
13 Industria Elettrica	880	768	662	623	527	506	501	492	458	332	318	300	254
14 Altre Industrie	3.328	3.084	2.943	2.411	2.214	2.068	2.152	2.131	1.977	1.488	1.422	1.261	1.096
15 Elettricità Gas Acqua	333	306	297	223	253	222	199	195	151	159	129	115	115
16 Costruzioni	10.813	10.767	10.839	11.300	10.668	9.962	9.895	9.663	8.612	7.477	7.099	6.179	5.305
17 Commercio	3.325	3.408	3.078	3.250	3.259	3.068	3.100	2.971	2.983	2.649	2.882	2.721	2.421
18 Trasporti	3.010	3.081	2.980	2.894	2.906	2.720	2.574	2.689	2.519	2.314	2.245	2.182	1.904
19 Sanità'	2.120	1.983	2.090	1.996	2.035	2.179	2.112	2.139	2.171	2.429	2.571	2.559	2.364
20 Servizi	10.997	12.010	12.081	12.048	12.780	11.837	11.430	11.232	10.815	9.942	9.713	9.049	8.256
99 Comparto non determinabile	2.939	2.982	2.716	1.920	1.574	1.554	1.664	1.729	1.615	1.190	1.213	1.168	1.055
TOTALE INDUSTRIA	68.839	68.198	65.290	62.544	60.345	56.175	55.757	55.089	51.247	43.639	43.014	39.515	34.837
Agricoltura	5.630	5.470	4.944	4.732	4.704	4.509	4.386	4.025	3.780	3.640	3.335	2.992	2.735
Conto Stato	739	786	712	899	972	1.006	1.049	993	1.128	1.074	1.091	1.085	973
TOTALE	75.208	74.454	70.946	68.175	66.021	61.690	61.192	60.107	56.155	48.353	47.440	43.592	38.545

Come si può vedere in Tabella 2.22, si è verificata una netta riduzione degli infortuni soprattutto nei settori Industria e Servizi ed Agricoltura.

In tutti gli andamenti si riconosce una riduzione più marcata nel periodo di crisi 2008-2009 con una risalita in corrispondenza dell'accenno di ripresa produttiva nel 2010; i dati successivi, non ancora stabilizzati, sembrano indicare un ulteriore calo in corrispondenza del 2011 e del 2012. La riduzione di minor grado degli infortuni con prognosi >30 gg

sembra confermare il notevole ruolo della sottonotifica dei casi lievi nella riduzione totale degli infortuni fino al 2010; sembra tuttavia in atto un trend in riduzione anche dei casi gravi che, se confermato nei successivi aggiornamenti, indicherebbe un positivo effetto di abbattimento del rischio. L'analisi più approfondita degli indicatori consente di evidenziare l'agricoltura e l'edilizia come i due settori produttivi in cui è maggiore il rischio di infortuni gravi anche se, negli ultimi due anni, la notevole diminuzione di attività in edilizia ha ridotto notevolmente anche gli infortuni.

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 ed insorgenza della malattia e dell'effetto connesso all'aggiornamento delle tabelle delle patologie indennizzate da INAIL.

I dati più recenti mostrano come le patologie muscolo scheletriche siano oggi al primo posto, avendo superato l'ipoacusia da rumore. In questo campo esiste tuttavia un ampio margine di recupero di casi non segnalati, anche perché può essere difficile riconoscere una malattia causata da esposizioni remote nel tempo. Il numero stesso di malattie professionali non è ben noto poiché le segnalazioni che pervengono all'INAIL e alle ASL non sono sovrapponibili. Il trend attuale è in stabilizzazione, dopo l'aumento del 2009, verosimilmente per effetto di "recupero" di patologie non segnalate in precedenza dopo la pubblicazione delle nuove tabelle nel 2008.

Tabella 2.23 – Dettaglio malattie segnalate agli SPISAL e totale denunciate all'INAIL per anno. Regione Veneto, periodo 2000-2012

Malattie segnalate agli SPISAL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ipoacusia	1.348	1.131	1.130	1.016	985	674	863	726	640	611	588	499	453	354
Dermatite	133	135	124	141	112	76	54	81	66	62	72	72	95	50
Respiratorie (escl. tumori)	102	183	408	217	159	139	143	131	198	153	153	146	129	152
Muscolo scheletriche	126	141	334	366	350	335	529	552	599	769	796	914	912	1043
Altri tumori (escluso Mesotelioma)	35	152	122	136	143	112	110	123	66	94	112	113	191	153
Mesotelioma	40	152	124	103	121	92	123	128	92	85	116	116	105	89
Altre malattie	39	203	36	51	71	94	63	47	61	63	61	82	79	130
TOTALE malattie segnalate agli SPISAL	1.914	2.196	2.278	2.030	1.941	1.797	1.885	1.788	1.722	1.837	1.898	1.942	1.964	1.971
Totale malattie denunciate ad INAIL	2.155	2.545	2.448	2.072	1.987	2.024	1.858	1.899	1.987	2.120	2.352	2.241	2.294	n.d.

Figura 2.50 – Malattie segnalate agli SPISAL e totale malattie denunciate all'INAIL per anno. Regione Veneto, periodo 2000-2012

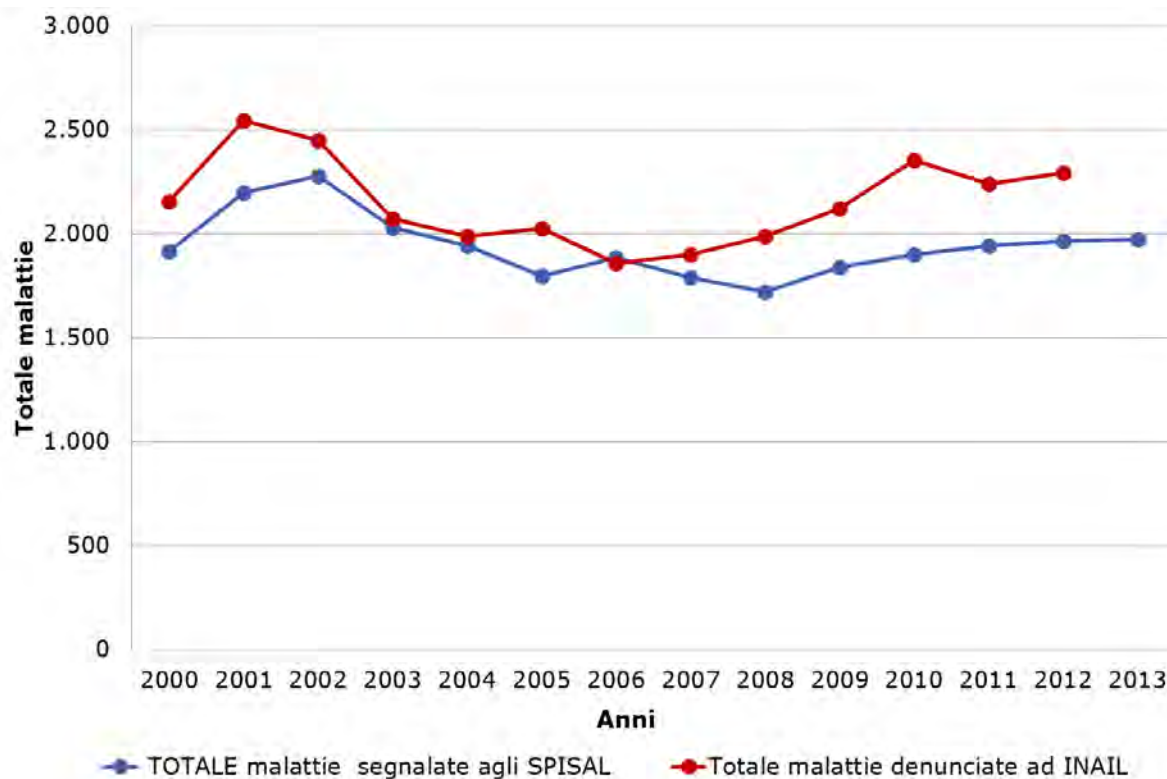
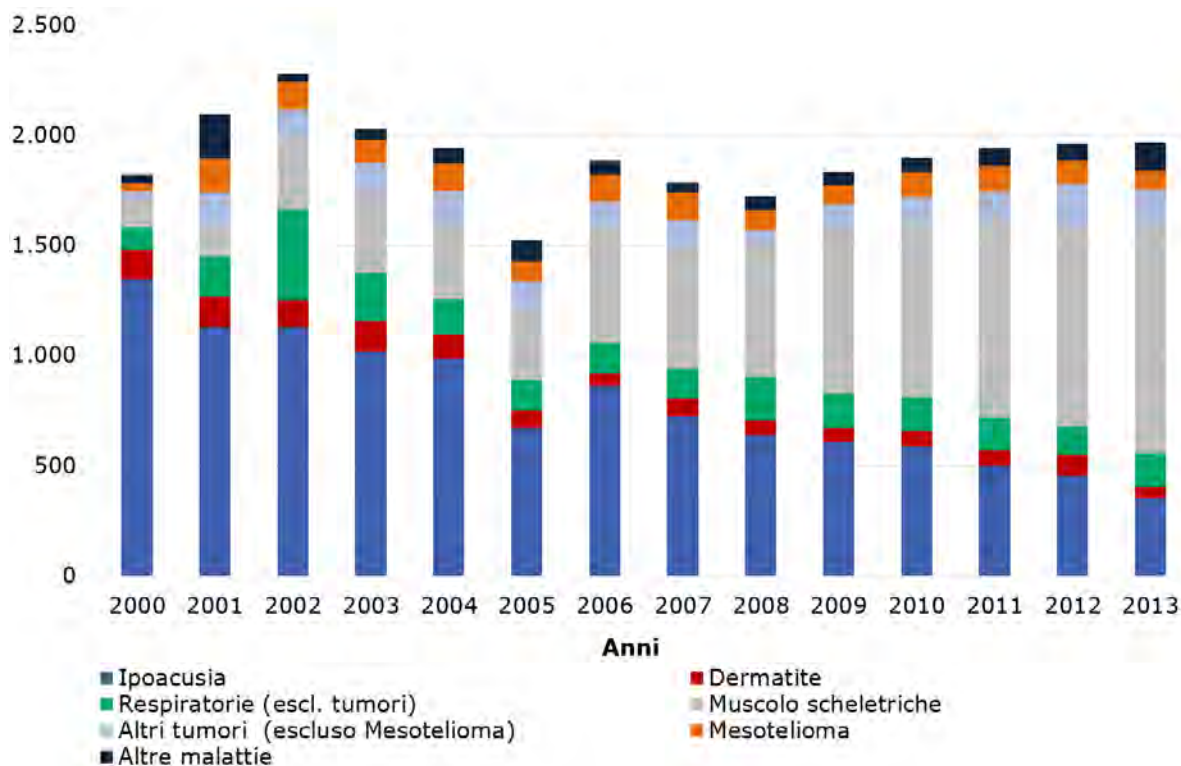


Figura 2.51 – Malattie segnalate agli SPISAL per anno e tipo malattia. Regione Veneto, periodo 2000-2012



Malattie professionali da sovraccarico biomeccanico degli arti e del rachide

Annualmente il PREO (Programma Regionale per l'Ergonomia Occupazionale) effettua un monitoraggio sulle segnalazioni/denunce di patologie professionali da sovraccarico biomeccanico degli arti e del rachide.

Nel 2012 (ultimi dati disponibili) sono state segnalate/denunciate agli Spisal del Veneto 958 patologie (Tabella 2.24).

La provincia di Treviso è quella con il numero più elevato di segnalazioni (26% del totale) seguita da quella di Padova (22%) e di Verona (21%). Rispetto al 2011 c'è stato un incremento del numero di segnalazioni nella provincia di Venezia (+20%) ed una diminuzione nelle province di Padova (-20%) e di Rovigo (-18%). La provincia di Treviso è anche quella con il maggior numero di segnalazioni di patologie degli arti superiori (165 segnalazioni), mentre quella di Padova per le segnalazioni relative al rachide (89 segnalazioni). Un numero elevato di patologie degli arti superiori interessa sia la provincia di Verona (123 segnalazioni) sia quella di Padova (107 segnalazioni).

Tabella 2.24 - Distribuzione delle patologie segnalate/denunciate agli Spisal per provincia e per tipologia. Regione Veneto, anno 2012.

PROVINCIA	Spalla	Gomito	Polso	Tunnel carpale	Mano	TOT. arti superiori	Ginocchio	Piede	TOT. arti inferiori	Rachide	TOTALE
BELLUNO	16	9	4	22	5	56	3	0	3	29	88
PADOVA	56	13	2	30	6	107	12	0	12	89	208
ROVIGO	6	1	1	0	0	8	0	0	0	10	18
TREVISO	76	13	7	60	9	165	9	1	10	77	252
VENEZIA	24	9	1	14	6	54	7	0	7	53	114
VERONA	55	18	3	40	7	123	1	0	1	74	198
VICENZA	17	5	0	21	1	44	4	0	4	32	80
TOTALE	250	68	18	187	34	557	36	1	37	364	958

Considerando l'andamento del numero di segnalazioni/denunce dei diversi tipi di malattie da rischi di natura ergonomica, nel 2012 le patologie degli arti superiori rappresentano il 58% del totale delle patologie segnalate e, all'interno di tale percentuale, il 34% si riferisce alla sindrome del tunnel carpale e il 45% alle patologie della spalla. Dal 2011 al 2012 è rimasta pressoché costante l'incidenza delle patologie degli arti superiori in generale e delle varie tipologie nello specifico. Le patologie del rachide, rispetto al 2011, diminuiscono leggermente (-9%), mentre le patologie degli arti inferiori si mantengono in numero limitato (2% del totale delle segnalazioni) con un leggero aumento complessivo rispetto al 2011.

Analizzando la distribuzione dei diversi tipi di patologia per comparto lavorativo, si evidenzia che, in termini assoluti, il maggior numero di segnalazioni (175, pari al 18% del totale) si registra nel comparto metalmeccanico; seguono l'edilizia e l'agricoltura

(entrambe con 152 segnalazioni, pari al 16% del totale) ed il comparto sociosanitario (100, pari al 10% del totale). Si rileva un aumento importante delle segnalazioni nel comparto agricoltura che risultano più che triplicate rispetto al 2010 (da 36 a 152, +322%), dato coerente con quanto rilevato dall'INAIL. Tali segnalazioni hanno riguardato soprattutto il rachide (51%), la spalla (22%) e la sindrome del tunnel carpale (18%). L'incremento è in gran parte collegato alle modifiche normative intervenute (Decreto 14 gennaio 2008 e Decreto 9 aprile 2008 - Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura), e per il Piano Nazionale e Regionale Agricoltura che vede coinvolte le aziende agricole in piani di vigilanza specifici. Considerando separatamente le segnalazioni relative agli arti superiori, 130 casi (pari al 23% del totale) interessano il comparto metalmeccanico, seguito dal comparto alimentare (15%), dall'edilizia (13%) e dall'agricoltura (12%). Per il rachide, invece, si segnalano al primo posto il comparto socio-sanitario e l'agricoltura con 77 casi (pari al 21% del totale) seguiti dall'edilizia con 63 casi (pari al 17% del totale). Per quanto riguarda le patologie degli arti inferiori, continua, coerentemente con i precedenti monitoraggi, a primeggiare il comparto dell'edilizia.

Effettuando una lettura dei dati *gender oriented* (Tabella 2.25), si rileva che le segnalazioni di patologie professionali, da rischi di natura ergonomica, riguardano maggiormente gli uomini rispetto alle donne (rispettivamente 537 casi pari al 60% e 360 pari al 40%). In controtendenza rispetto ai precedenti monitoraggi, nel 2012 l'incidenza complessiva delle patologie degli arti superiori è maggiore negli uomini piuttosto che nelle donne (264 casi contro i 241 degli uomini). Analogamente agli anni scorsi, invece, la sindrome del tunnel carpale resta prevalente nelle donne (91 casi contro i 73 degli uomini), mentre le patologie del rachide (244 casi degli uomini contro i 116 delle donne), quelle della spalla (135 casi degli uomini contro i 95 delle donne) e quelle del ginocchio (28 casi degli uomini contro i 3) più frequente negli uomini.

Tabella 2.25 - Distribuzione delle patologie per genere e per tipologia. Regione Veneto, anno 2012.

GENERE	Spalla	Gomito	Polso	STC	Mano	TOT. arti superiori	Ginocchio	Piede	TOT. arti inferiori	Rachide	TOTALE
Maschi	135	35	9	73	12	264	28	1	29	244	537
Femmine	95	28	9	91	18	241	3	0	3	116	360
TOTALE	230	63	18	164	30	505	31	1	32	360	897

Registro Mesoteliomi

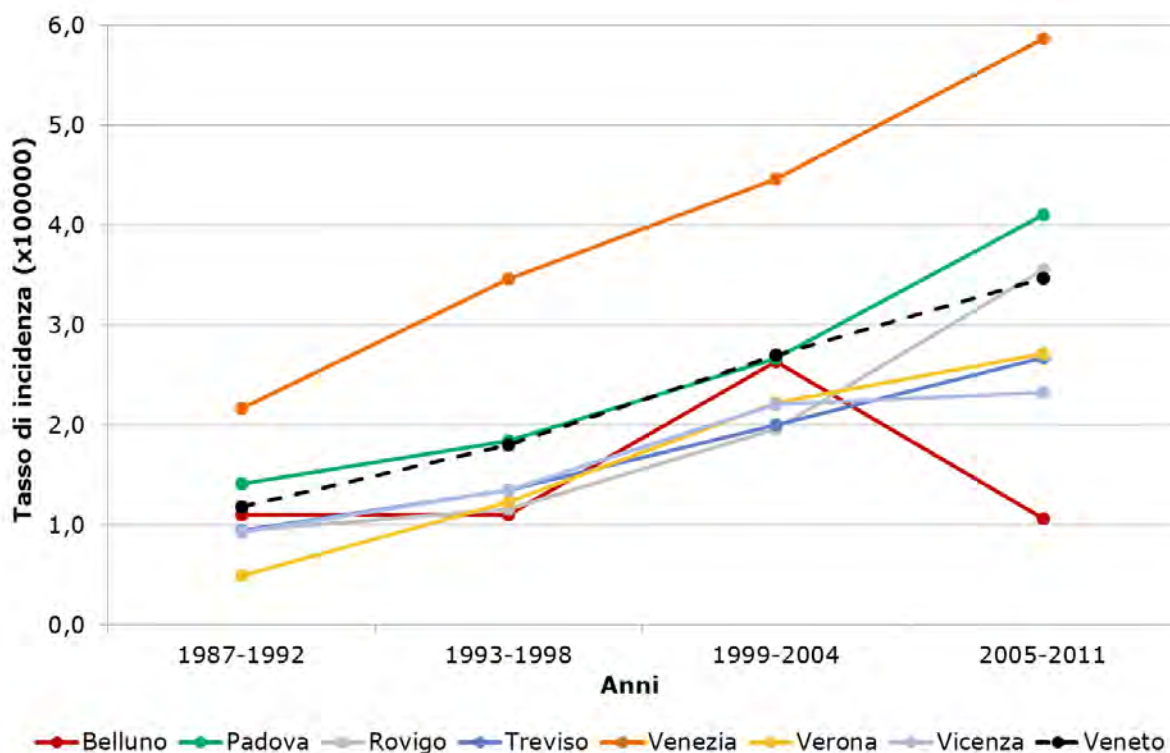
L'attivazione del Centro Operativo Regionale (COR) del Veneto per l'identificazione e approfondimento dei casi di mesotelioma (MM) è avvenuta nel 2001, avviando da questa data un rapporto operativo con il Registro Nazionale dei Mesoteliomi. Il COR è collocato presso lo SPISAL dell'ULSS 16 e a seguito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

Le modalità di lavoro vedono in Veneto un forte coinvolgimento dei Servizi per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (SPISAL) delle ULSS.

L'esperienza nazionale di sorveglianza epidemiologica del MM è ora decennale, documentata dalla pubblicazione di quattro Rapporti nazionali (disponibili sul portale: www.inail.it).

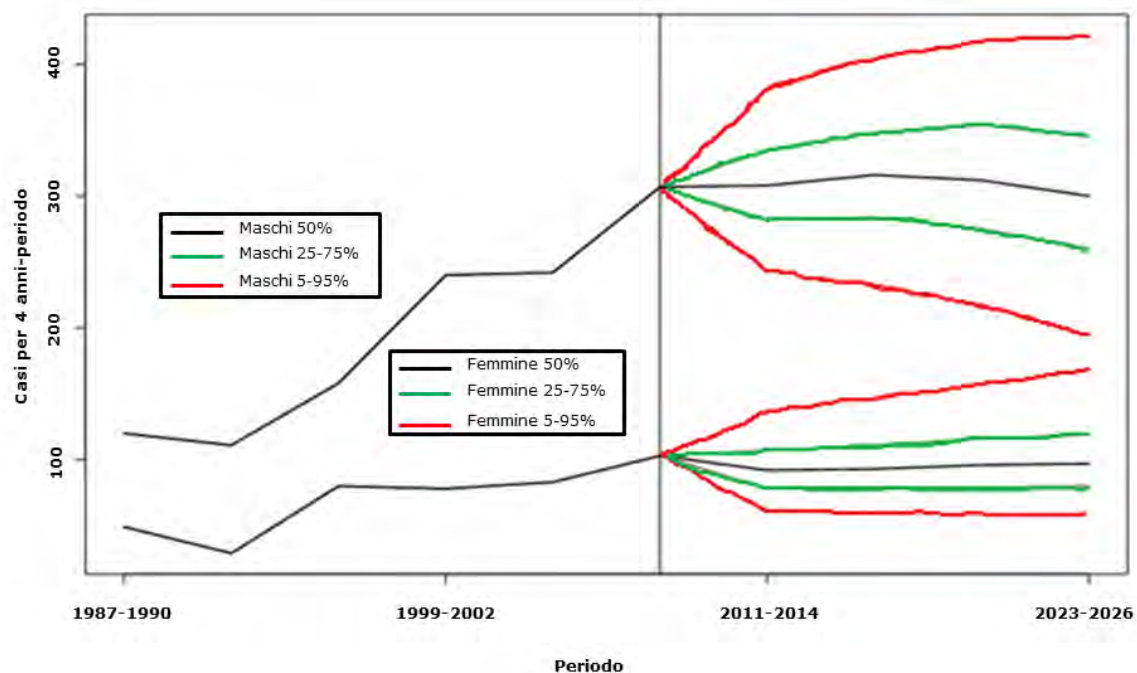
L'attività svolta in Veneto ha permesso di valutare quanto avvenuto a partire dal 1987. Si osserva in entrambi i generi, in maniera più marcata negli uomini, un andamento crescente dell'incidenza tanto che la frequenza degli ultimi anni risulta triplicata rispetto ai primi (Figura 2.52).

Figura 2.52 - Tasso standardizzato d'incidenza (Italia 2001, x100.000) del MM pleurico per provincia e periodo nel genere maschile (1987-2011). Regione Veneto.



Valutando l'andamento dell'incidenza attraverso modelli per età, coorte di nascita e periodo si ritiene che il picco massimo di incidenza del mesotelioma in Veneto sia stato raggiunto e che si dovrebbe ora assistere, negli uomini, ad una progressiva lenta diminuzione di nuovi casi di MM pleurico: entro il 2016 si stima, comunque, che insorgeranno 1236 (IC 95%: 890-1626) nuovi casi di MM pleurico negli uomini e 378 (IC 95%: 235-607) nelle donne.

Una percentuale vicina all'85% dei casi di MM negli uomini risulta aver avuto in Veneto un'esposizione ad amianto, in grande prevalenza conseguenza di esposizioni lavorative.

Figura 2.53 – Casi di MM pleurico osservati in Veneto (dal 1987 al 2010) e previsti (anni 2011-2026) suddivisi per genere**Tabella 2.26** - Esposizione ad amianto per circostanza di esposizione nel totale dei casi di MM approfonditi in residenti del Veneto. Anni 1987–2013

Categorizzazione dell'esposizione ad amianto	UOMINI		DONNE	
	N	%	N	%
1. Lavorativa certa	886	61,0%	54	10,0%
2. Lavorativa probabile	89	6,0%	19	3,0%
3. Lavorativa possibile	162	11,0%	74	14,0%
4. Familiare	19	1,0%	132	24,0%
5. Ambientale	38	3,0%	41	8,0%
6. Extralavorativa	10	1,0%	14	3,0%
7. Improbabile	6	0,0%	9	2,0%
8. Ignota	142	10,0%	117	21,0%
9. In completamento	57	4,0%	25	5,0%
10. Non rintracciabili	35	2,0%	40	7,0%
11. Esposizione a radiazioni	3	0,0%	6	1,0%
12. Rifiuto intervista	9	1,0%	15	3,0%
Totale	1456	100,0%	546	100,0%

Nel genere femminile la percentuale di attribuzione ad amianto è inferiore (circa il 60%), mentre risultano ugualmente consistenti sia i casi di MM per esposizione lavorativa sia quelli nei quali è rilevata, come fonte di esposizione, la convivenza con soggetti esposti ad amianto sul lavoro, o l'aver abitato in stretta vicinanza con insediamenti produttivi inquinanti (Tabella 2.26).

Le provincie di Venezia e Padova mostrano la situazione peggiore, conseguente alla presenza del polo industriale di Marghera e, per Padova, di aziende per la ristrutturazione di mezzi ferroviari e di produzione del cemento-amianto.

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

Il D.Lgs. 81/08 all'art. 17 richiama, tra gli obblighi non delegabili del datore di lavoro, la valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e salute dei lavoratori, ivi compresi – come riportato nell'art. 28 – quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo *stress lavoro-correlato* e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro.

Accanto ai rischi tradizionali assumono oggi sempre maggior rilievo, negli ambienti di lavoro, i cosiddetti rischi psicosociali, ovvero quegli "aspetti di progettazione, di organizzazione e gestione del lavoro, nonché i rispettivi contesti ambientali e sociali, che potenzialmente possono arrecare danni fisici o psicologici". Fattori quali il contenuto e l'organizzazione del lavoro, le condizioni lavorative ed ambientali, gli aspetti sociali e relazionali, la non sufficiente formazione, informazione e partecipazione dei lavoratori, rappresentano potenziali cause di stress lavoro-correlato, definito come uno sbilanciamento nel rapporto tra le richieste provenienti dall'ambiente di lavoro e le capacità/risorse del lavoratore di farvi fronte. Lo stress, che può riguardare ogni luogo di lavoro e ogni lavoratore, può dar luogo a serie conseguenze sia a livello organizzativo sia individuale.

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

Accanto alla promozione di iniziative di formazione, informazione e ricerca su tali tematiche, a partire dal 2012 sono stati attivati, presso gli SPISAL di ciascuna azienda ULSS, Sportelli di assistenza ed ascolto sul mobbing, sul disagio lavorativo e sullo stress psico-sociale nei luoghi di lavoro con la funzione di fornire informazioni ed indicazioni sui diritti dei lavoratori e sui relativi strumenti di tutela e di orientare il lavoratore presso specifiche strutture di supporto.

Come ulteriore strumento di approfondimento ed intervento, nell'ambito delle aziende ULSS capoluogo di provincia, sono stati inoltre istituiti i Centri di riferimento per il benessere organizzativo che, avvalendosi di competenze e professionalità multidisciplinari (psicologiche/psicoterapeutiche, mediche e psichiatriche), hanno la triplice funzione di:

- accertare lo stato di disagio psico-sociale o di malattia del lavoratore con eventuale indicazione del percorso terapeutico di sostegno, cura e riabilitazione;
- individuare eventuali misure di tutela che i datori di lavoro dovrebbero adottare in caso di rilevante disagio lavorativo;
- supportare gli SPISAL nelle verifiche sui luoghi di lavoro in tema di valutazione dei rischi psicosociali ai sensi dell'art. 28 del D.Lgs. 81/08*.

*[Alla fine del 2013 risultano attivati i Centri in 6 delle 7 province regionali]

Il coordinamento a livello regionale delle azioni per la prevenzione e contrasto del disagio negli ambienti di lavoro e promozione del benessere organizzativo, in attuazione della legge sopra richiamata, rientra tra le attività del Programma Regionale per l'Ergonomia Occupazionale.

Nel 2013 complessivamente 229 lavoratori sono stati accolti presso gli Sportelli di assistenza ed ascolto, 91 maschi (40%) e 138 (60%) femmine; il 64% è occupato nel privato, il restante nel pubblico. I principali settori lavorativi di provenienza sono il comparto manifatturiero (25%), la sanità e l'assistenza sociale (19%), la pubblica amministrazione (16%) e il commercio (10%).

Rispetto al 2012, anno di avvio dell'attività degli Sportelli, si registra un notevole aumento degli accessi (144 nel 2012, +59%).

Sono stati indirizzati ai Centri di riferimento 79 lavoratori, di cui 59 ai Centri di riferimento provinciali che hanno provveduto, nella maggior parte dei casi, ad un approfondimento psicodiagnostico e all'individuazione di eventuali misure di tutela – organizzative, tecniche e procedurali – da mettere in atto da parte dei datori di lavoro.

Ex-Esposti ad Amianto, CVM e Ammine Aromatiche

In base alla DGRV 2041 del 22 luglio 2008 i lavoratori ex-esposti ad amianto hanno garantita, su richiesta degli interessati, una sorveglianza sanitaria finalizzata alla diagnosi degli effetti non neoplastici dell'esposizione ad amianto.

I servizi SPISAL della Regione del Veneto assicurano tale attività e ogni anno vengono assistiti mediamente più di 1000 ex-esposti.

Tutte le malattie riferibili alla pregressa esposizione (placche pleuriche, asbestosi) vengono diagnosticate.

Nel corso del 2013 la maggior richiesta di assistenza per ex-esposti ad amianto si è concentrata in 7 Aziende ULSS, nel territorio delle quali erano presenti in misura maggiore: industrie chimiche, cantieristica, rotabili, etc.

Nel corso dell'anno 2013 sono state effettuate 1013 visite e sono stati diagnosticati:

- 3 mesoteliomi;
- 3 neoplasie polmonari;
- 5 asbestosi;
- 75 persone con presenza di placche o ispessimenti pleurici.

Per quanto riguarda gli ex-esposti a CVM, l'attività di assistenza sanitaria e sorveglianza viene effettuata quasi esclusivamente dalla Aziende ULSS 12 e 13, dove risiede la maggior parte degli ex-esposti.

Nel 2013 sono state effettuate 340 visite ed è stata diagnosticata una neoplasia polmonare.

In base al protocollo predisposto e validato dal Servizio Tutela Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, nel marzo 2012 è stata attivata una sperimentazione per la sorveglianza sanitaria del gruppo di lavoratori ex-esposti ad Ammine Aromatiche del reparto TDI del Petrolchimico di Porto Marghera.

Considerato che quasi l'80% degli ex-esposti era residente nel territorio dell' Azienda ULSS 13, quest'ultima ha garantito tutta l'attività nel 2013; sono stati controllati 48 lavoratori ex-esposti che hanno subito esposizioni eccezionali a seguito di una fuoriuscita di sostanza per un evento accidentale (segnalati dall'associazione ex esposti).

In questo gruppo non sono state diagnosticate malattie riferibili alla pregressa esposizione.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

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

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

Struttura: Registro regionale veneto dei casi di mesotelioma
Sede: Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL)
dell'AULSS 16
Recapiti telefonici: 0498214314
e-mail: enzo.merler@sanita.padova.it

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

2.10. Incidenti stradali

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

Allegato A. Paragrafo 1.3.2 Scenario epidemiologico e bisogni di salute. Mortalità generale e per causa. Pagina 13. Gli incidenti stradali rientrano tra le cause di morte prematura nella popolazione veneta. Il Piano Socio Sanitario colloca la prevenzione dei traumi da incidenti stradali tra le funzioni implementabili su scala multizonale, per i Dipartimenti di Prevenzione.

Quadro di sintesi

I dati ACI-ISTAT, a partire dal 2000, mostrano un trend in calo degli incidenti stradali sulle strade del Veneto.

Dai dati del pronto soccorso si nota che gli accessi per incidente stradale o in itinere costituiscono il 3,6% di tutti gli accessi. Di questi, il 6,5% viene ricoverato in reparto di degenza (soprattutto ortopedia e traumatologia, chirurgia generale o terapia intensiva) o trasferito in altro istituto.

Dati ACI-ISTAT

Una delle fonti di dati sugli incidenti stradali è quella dell'Istat che, in collaborazione con l'ACI (Automobile Club d'Italia), raccoglie informazioni per quanto riguarda gli incidenti che hanno causato lesioni alle persone (morti e/o feriti). Le autorità che intervengono sul luogo (Polizia stradale, Carabinieri, Polizia municipale) rilevano le dinamiche degli incidenti attraverso la compilazione del modello Istat Ctt/Inc.

Nel complesso il trend di incidenti stradali e incidenti mortali risulta essere in calo: dal 2000 al 2012 ci sono stati 7224 incidenti in meno, di cui 339 mortali.

Rispetto al 2011, nel 2012 in Veneto ci sono stati 1569 incidenti in meno, i feriti sono calati di 1993 unità, ma il numero di morti nelle strade rimane costante: 369 nel 2011 e 367 nel 2012.

Il tasso di mortalità in Veneto è in diminuzione rispetto al 2000, come anche il tasso di lesività. Confrontando gli anni più recenti, i tassi risultano sostanzialmente stabili dato che gli incidenti sono diminuiti ma il numero di deceduti e di feriti è rimasto lo stesso.

Figura 2.54 – Tasso di mortalità e di pericolosità negli incidenti stradali in Veneto tra il 2000 e il 2012. (Fonte: ACI/ISTAT)

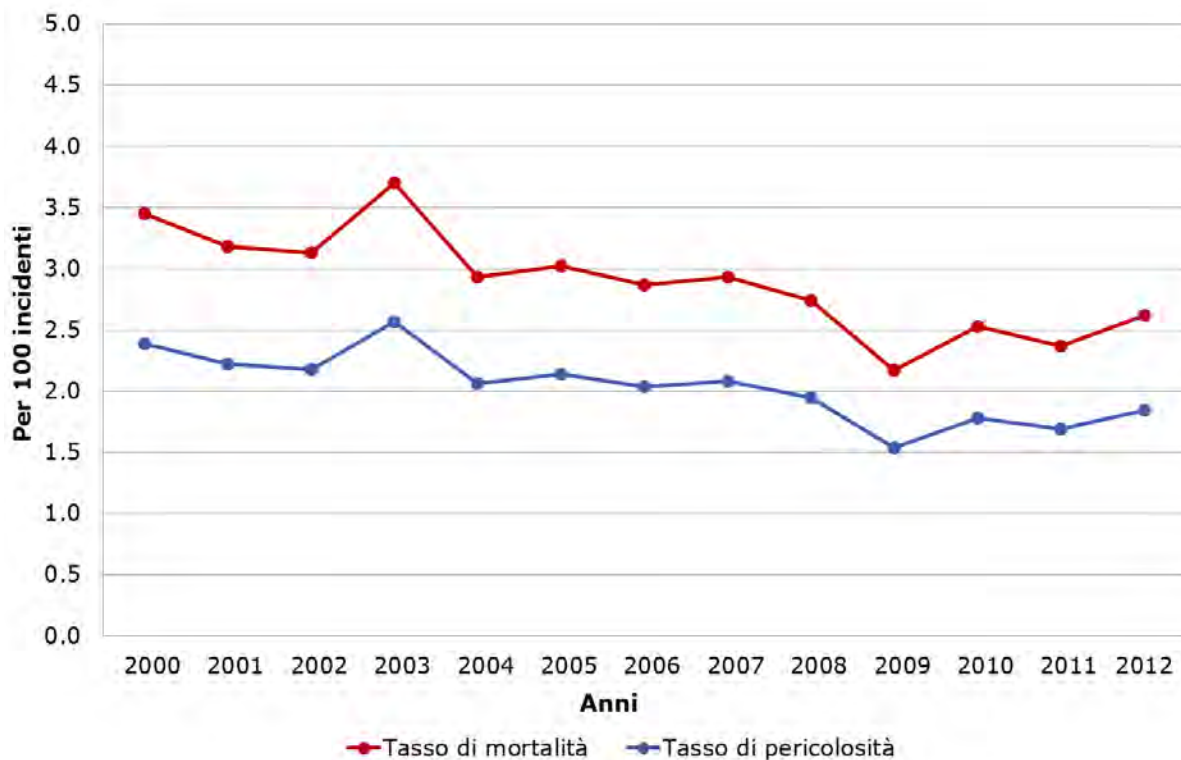
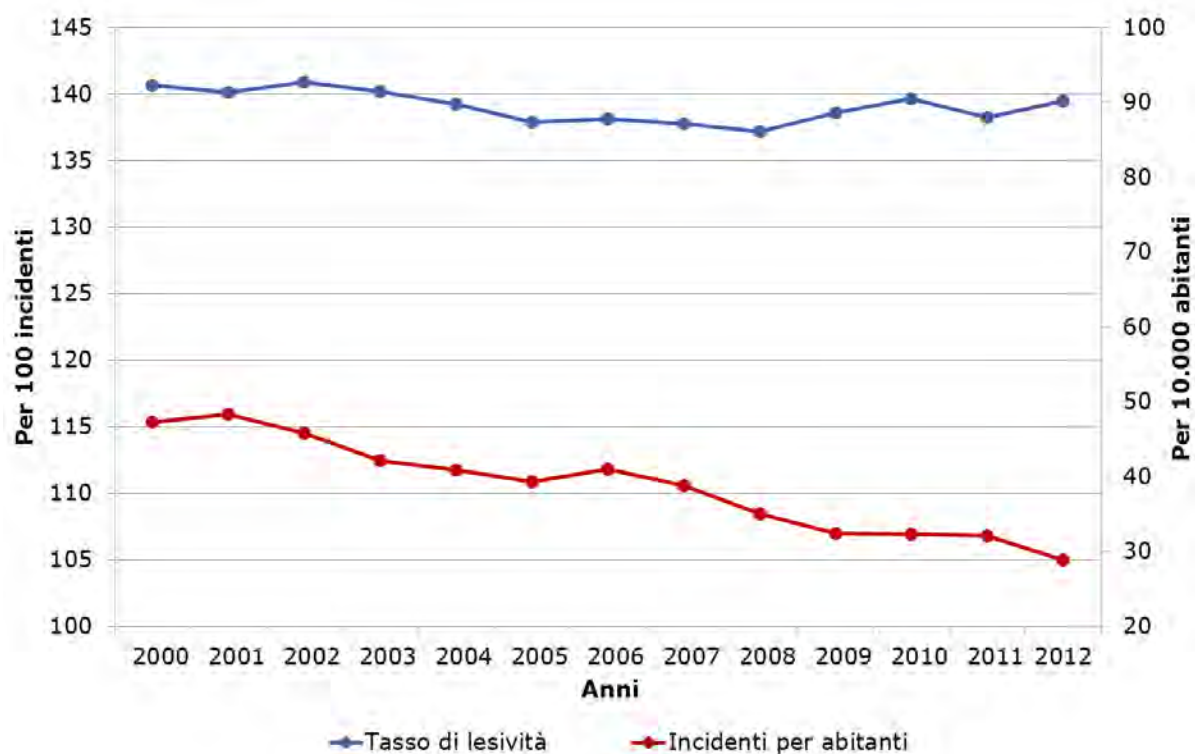


Figura 2.55 – Tasso di lesività e incidenti per abitanti in Veneto tra il 2000 e il 2012. (Fonte: ACI/ISTAT)



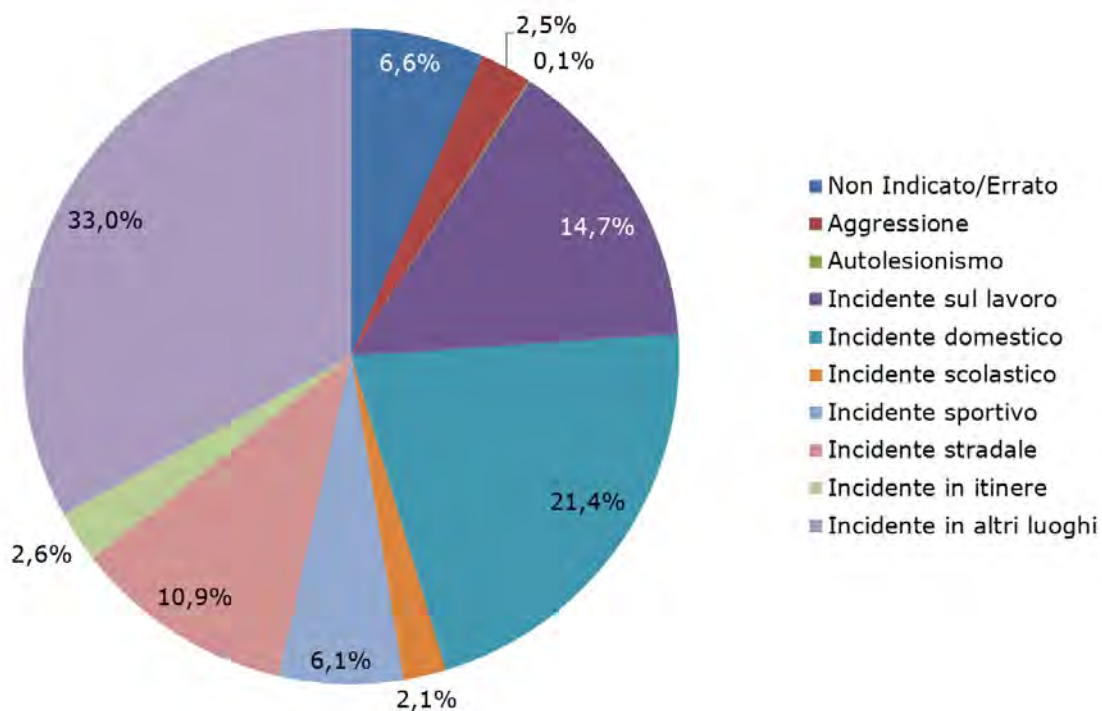
Tasso di mortalità = $(\text{Numero morti}) / (\text{Numero incidenti}) * 100$
 Tasso di pericolosità = $(\text{Numero morti}) / (\text{Numero morti} + \text{Numero feriti}) * 100$
 Tasso di lesività = $(\text{Numero feriti}) / (\text{Numero incidenti}) * 100$
 Incidenti per 100.000 abitanti = $(\text{Numero incidenti}) / (\text{Popolazione}) * 10.000$

Accessi al pronto soccorso

Gli incidenti stradali possono essere analizzati anche osservando gli accessi al pronto soccorso nelle diverse ULSS. Per ogni persona che si reca al pronto soccorso viene registrato il motivo e, in caso di traumi o ustioni, si registrano anche le cause: tra queste sono presenti anche gli incidenti stradali e in itinere.

Nel 2013 in Veneto il 26,6% degli accessi al pronto soccorso è dovuto a un trauma o ustione e di questi il 10,9% è causato da un incidente stradale e dal 2,6% da incidenti in itinere. Pertanto, tra tutti coloro che nel 2013 si sono recati al pronto soccorso in Veneto, le cause di accesso per incidenti stradali e in itinere costituiscono il 3,6% del totale degli accessi. Le elaborazioni sono state realizzate sui dati di 17 ULSS che hanno riportato in maniera soddisfacente il motivo di accesso (percentuale di compilazione maggiore del 90%, ovvero il 75% degli accessi in Veneto).

Figura 2.56 – Cause di accesso in pronto soccorso per trauma o ustione. Veneto, 2013 - 17 ULSS (Fonte: SER)



Tra gli accessi per incidente stradale o in itinere presi in considerazione, il 6,5% viene ricoverato in reparto di degenza o trasferito in altro istituto (3119 accessi): per tutto il Veneto nel 2013 si stimano 4139 ricoveri (Tabella 2.28).

Tabella 2.27 – Esiti dell'accesso in pronto soccorso dovuto a incidenti stradali o in itinere. Veneto, anno 2013 – 17 ULSS

Esito dell'accesso	Frequenza	Percentuale
Giunto cadavere o deceduto in DEA/PS	28	0,1
Dimissione a domicilio	39.398	82,2
Ricovero in reparto di degenza o trasferimento ad altro istituto	3.119	6,4
Rifiuta ricovero	252	0,5
Abbandono del DEA/PS prima della visita medica o in corso di accertamenti	1.102	2,3
Dimissione a strutture ambulatoriali	3.977	8,3
Non Indicato/Errato	82	0,2
Totale	47.958	100

L'analisi delle schede di dimissione ospedaliera ha considerato gli eventi di ricovero verosimilmente conseguenti agli incidenti, ovvero i ricoveri delle persone che hanno effettuato l'accesso al PS per incidente che siano iniziati (data di ricovero) entro due giorni a partire dalla data di accesso.

I pazienti ricoverati dopo un incidente stradale risultano assistiti in ortopedia e traumatologia per il 45,9%, in chirurgia generale per il 22,3% e in terapia intensiva per il 10,4%. In media il ricovero post-incidente risulta essere di circa 8 giorni.

Tabella 2.28 – Percentuale di ricoveri conseguenti a incidenti stradali per reparto di ricovero e indicatori di durata della degenza. Veneto, anno 2013 – 17 ULSS (Fonte: SER).

Specialità di ammissione	% su totale ricoveri	Durata della degenza			
		Media	Primo quartile	Mediana	Terzo quartile
36-Ortopedia e traumatologia	45,9	8,6	3	6	11
09-Chirurgia generale	22,3	6,5	3	5	8
49-Terapia intensiva	10,4	17,1	6	13	25
26-Medicina generale	5,4	6,3	2	3	6
30-Neurochirurgia	3,5	8,4	4	7	11
39-Pediatria	3,0	3,6	2	2	4
32-Neurologia	2,2	9,4	5	7	11
Altri reparti con freq <2%	7,2				
Totale	100,0	8,6	3	6	11

Approfondimenti

Pagine web dedicate ai dati sugli incidenti stradali sul sito Internet Automobile Club d'Italia

Recapiti per ulteriori informazioni

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

3. Promozione della salute e prevenzione delle malattie

3.1. Promozione di corretti stili di vita

Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23) Allegato A della Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012; capitolo 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie (pag. 85); paragrafo 3.4.1. Aree prioritarie di intervento; Promuovere la prevenzione primaria e la promozione di stili di vita sani per prevenire le patologie cronico-degenerative e le loro complicanze (pag. 89); Ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari (pag. 90); Prevenire eventi infortunistici in ambito domestico, residenziale-protetto e stradale (pag. 90).

Quadro di sintesi

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

Secondo i dati forniti dall'OMS la scarsa attività fisica, la scorretta alimentazione, il fumo e l'alcol sono responsabili delle patologie croniche, non trasmissibili - malattie cardiovascolari e respiratorie, tumori e diabete - che causano in Italia il 86% di tutte le morti e delle gravi disabilità. A fronte di tali evidenze, a livello nazionale viene proposto il programma “Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari” (DPCM4 maggio 2007) finalizzato a promuovere ambienti e stili di vita sani.

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

Nell'ottica del Programma Guadagnare Salute “l'istituzione Salute” (nazionale, regionale, locale), oltre al proprio tradizionale ruolo di erogatore di servizi sanitari - si trova ad assumere un ruolo di “leadership” e di promozione rispetto alle altre istituzioni coinvolte. La Regione del Veneto ha aderito al programma “Guadagnare Salute” ed ha inteso dare continuità all'impegno su tale fronte inserendolo tra le progettualità del nuovo Piano Regionale per la Prevenzione – Anni 2010-2012, prorogato al 31.12.2013, articolato in progetti specifici di seguito brevemente descritti negli obiettivi generali e nelle azioni principali al 31 dicembre 2013.

Attualmente tutte le Aziende ULSS hanno espresso un proprio referente per Guadagnare Salute, un referente per area tematica, si sono delineati e si vanno sviluppando gruppi aziendali inter-servizi dedicati alla promozione di stili di vita sani e sono state realizzate azioni formative, a diversi livelli, in sinergia con partner significativi, come la Scuola, mentre altre sono programmate e/o attualmente in corso.

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

Obiettivi generali:

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

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

Attività al 31.12.2013

Tutte le 21 Aziende ULSS sono impegnate nel programma per la promozione dell'attività motoria. Si è rilevato che alcune azioni, quali il Pedibus, i gruppi di cammino e le attività per le fasce fragili di popolazione, di dimostrata efficacia per gli obiettivi sopra elencati, hanno visto il coinvolgimento di numerose ULSS: 21/21 con gruppi di cammino (con numero variabile da 2 a 68), 20/21 con Pedibus, 10/21 con attività su fasce fragili di popolazione.

In particolare, le 21 ULSS che hanno aderito al progetto hanno:

- proseguito le iniziative Pedibus presenti nel territorio regionale ed è stato realizzato "Movimondo", un manuale per la didattica interculturale del movimento e degli stili di vita sani nelle scuole;
- ogni ULSS ha consolidato le diverse attività dei gruppi di cammino, attività di ginnastica per anziani, attività motorie per portatori di patologia;
- sono state realizzate iniziative che mirano al coinvolgimento di stranieri, pazienti psichiatrici, oncologici e disabili.

Inoltre:

- Sono state aggiornate le pagine sull'attività motoria del sito web del Dipartimento di Prevenzione di Verona, il blog aziendale per adolescenti, è stata coinvolta la stampa locale e regionale. Inoltre, prosegue la pubblicazione della newsletter del programma regionale "MuoverSi", la creazione di un account Twitter sulla promozione della salute, interventi orali, con poster e pubblicazioni a stampa presentati in Seminari, in Convegni locali, regionali e nazionali;
- è in atto una collaborazione con lo IUAV (Istituto Universitario di Architettura e Urbanistica di Venezia) per una ricerca triennale sulla progettazione urbanistica

partecipata degli spazi verdi per la promozione di stili di vita sani, che si concluderà nel 2014;

- sono stati realizzati corsi per walking leader aziendali in tre ULSS ed una giornata di formazione per i referenti regionali del Programma;
- sono stati realizzati dei Progetti, sia a livello locale ("Lasciamo il segno, la rete trevigiana per l'attività fisica", ULSS 9 con il coinvolgimento della Provincia di Treviso, di 37 Comuni del territorio di competenza, del CONI provinciale, dell'Ufficio Scolastico Territoriale e di altri enti e associazioni locali; "Cornedo in forma", ULSS 4; "Isola in forma" e "Longare in forma", ULSS 6; "Salute nel Movimento", ULSS 20; "Mettiamoci in moto", ULSS 21) che in collaborazione con la Regione del Veneto ("Piano di comunicazione ai decisori dei contenuti di salute di una vita attiva" e "Progetto regionale di prevenzione cardiovascolare").

Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate

Area 1 - Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola

Obiettivo generale:

Implementare in modo uniforme nel territorio regionale di interventi di prevenzione del tabagismo a scuola consolidati e verificati anche a livello nazionale ed internazionale, integrate con buone pratiche sviluppate a livello regionale.

Attività al 31.12.2013

Il 90% delle Aziende ULSS venete hanno aderito ad almeno un progetto regionale per la prevenzione del tabagismo nelle scuole. Nel corso dell'a.s. 2012/2013 sono stati proposti alle scuole di ogni ordine e grado 8 progetti educativi di prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola già definiti e consolidati a livello regionale integrati con i laboratori multimediali per la promozione della salute siti in Cà Dotta-Sarcedo (VI). L'attività educativa è stata accompagnata da percorsi di formazione specifici rivolti a personale della sanità e della scuola. Sono stati aggiornati e riprodotti materiali educativi specifici. E' stato pubblicato *Sfumiamo i dubbi: percorsi operativi di peer education a scuola. Manuale per operatori della sanità e della scuola*. Sono state avviate le attività educative per l'a.s. 2013/2014.

Area 2 - Trattamento del tabagismo

Obiettivo generale:

Aumentare le offerte terapeutiche per smettere di fumare.

Attività al 31.12.2013

Il programma si articola in due livelli di intervento:

Interventi di I livello: Promozione a livello di comunità e di assistenza primaria dell'abbandono del consumo di tabacco attraverso azioni di sensibilizzazione della popolazione generale (iniziative locali e regionali per la Giornata mondiale senza tabacco

31 maggio, coordinamento con il Progetto GenitoriPiù, ecc.), formazione al counselling breve degli operatori sanitari (prosecuzione del Programma Mamme Libere dal Fumo, corsi di formazione a livello locale e regionale per operatori sanitari, ecc.), mantenimento e sviluppo delle reti regionali, nazionali ed internazionali (Rete HPH-Ospedali e Servizi Sanitari per la Promozione della salute, INWAT-rete Internazionale delle Donne contro il Tabacco; ecc.) ed integrazione con reti e progetti regionali e nazionali (Progetti di prevenzione cardiovascolare, Guadagnare Salute, ecc.).

Interventi di II livello: Trattamenti individuali e gruppalari per fumatori, definizione e implementazione modelli di trattamento individuali e di gruppo in base alle buone prassi sviluppatesi in Veneto, sviluppo di un sistema di monitoraggio, coordinamento degli interventi di II livello (ambulatori e percorsi di gruppo TGFumo), sviluppo della rete veneta delle offerte terapeutiche per fumatori (anche attraverso la creazione di un sito dedicato www.smettintempo.it), studio delle caratteristiche dei fumatori correlate all'esito del trattamento a breve, medio e lungo termine (Studio Focus Fumo). Nel 2013 sono stati attivi 25 ambulatori specialistici per il trattamento del tabagismo distribuiti in tutte le ULSS ed Ospedaliere venete. Sono stati svolti complessivamente 25 TGFumo-Trattamento di Gruppo per smettere di fumare, secondo il modello regionale condiviso, per un totale di 329 fumatori.

Area 3 –Fumo passivo

Obiettivo generale:

Aumentare il numero dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS venete che adottano una politica di promozione, monitoraggio e prevenzione del tabagismo al fine di ridurre l'esposizione nei vari ambienti considerati.

Attività al 31.12.2013

Il progetto si proponeva di formare il personale delle ULSS per renderlo in grado di implementare le strategie contro il fumo di sigaretta individuate in precedenti progetti CCM: iniziative di monitoraggio e vigilanza sull'applicazione della normativa e interventi di promozione della salute. Gli incontri fatti hanno ottenuto il risultato di aumentare il numero degli operatori sanitari impegnati nelle strategie contro il fumo di tabacco, fornendo loro indicazioni per l'organizzazione dei progetti, strumenti operativi per la realizzazione delle azioni ed assicurando la collaborazione ed il sostegno necessario. Un ulteriore seminario con i medici competenti delle aziende ULSS e Ospedaliere regionali è stato programmato per il 20 febbraio 2014.

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

Obiettivi generali:

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

Attività al 31.12.2013

Partecipano al progetto 17 ULSS (su un totale di 21) e le due Aziende Ospedaliere del Veneto.

Nel corso del 2013 i formatori (145) delle Aziende partecipanti hanno continuato la realizzazione della formazione a cascata nelle proprie realtà aziendali di appartenenza: al 31 dicembre erano stati programmati 90 corsi, mentre ne sono stati realizzati 111 con la partecipazione complessiva di 2.120 partecipanti. Ciò ha permesso di migliorare le abilità di relazione e di intervento breve con i bevitori moderati ed ha fornito l'opportunità di confronto e conoscenza reciproca tra operatori sanitari di diversa appartenenza lavorativa (territoriale e ospedaliera) e professionalità.

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

Obiettivo generale:

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

Attività al 31.12.2013

Sono proseguite le attività del Comitato Tecnico Scientifico per la realizzazione e il monitoraggio del Programma.

Nell'ambito dell'allargamento della Rete degli Stakeholders, è proseguita la collaborazione con FederFarma della Provincia di Verona (ULSS 20, 21 e 22) per una formazione congiunta propedeutica alla diffusione del materiale informativo del programma (spot, brochure, poster) nelle farmacie del territorio.

Si è proseguita la collaborazione con la Caritas Triveneto e con il Servizio di Mediazione Linguistica Culturale dell'ULSS 20 per il raggiungimento degli obiettivi di salute del programma ai livelli regionali e locali nelle fasce di popolazione più svantaggiate, avvalendosi della consulenza della Società Italiana della Medicina delle Migrazioni e dell'Università di Torino. Tutto il lavoro e la ricerca svolti hanno confermato la priorità di

questa tematica nell'ambito della promozione della salute infantile (con particolare riferimento all'Early Child Development).

Nel 2013 è stato programmato un approfondimento sul tema delle disuguaglianze in salute, condiviso con la rete dei referenti aziendali di GenitoriPiù, dell'iniziativa di Promozione dell'Allattamento al Seno e delle Diocesi Venete della Caritas.

Si è progettato con il contributo di esperti una formazione a Distanza (FaD) sulla prevenzione della SIDS rivolta agli operatori sanitari del Percorso nascita del Veneto, e-learning, che sarà implementato nella prima metà del 2014 e verrà accreditato ECM come FaD.

A livello aziendale si registra un impegno diffuso nella formazione sulle tematiche di GenitoriPiù nella maggior parte delle ULSS, in alcune con notevole coinvolgimento di operatori (ULSS 10, 15, 16, Az. Ospe. di Verona e di Padova), in altre su tematiche specifiche (ULSS 6, 8).

In sinergia con l'Associazione Nazionale "Semi per la SIDS" sono stati stampati 193.600 brochure bilingue per la prevenzione della morte in culla. E' stato inoltre revisionato lo spot animato multilingue sull'acido folico, si è avviata una ricognizione accurata, in sinergia con il Progetto Allattamento, della distribuzione del materiale cartaceo prodotto nel corso dell'intero programma, è stato ulteriormente rinnovato il sito web www.genitoripiu.it.

112

Attivazione di un progetto di prevenzione cardiovascolare primaria sul modello dei programmi di screening oncologico ("IV screening") e di un Programma organizzato di Prevenzione delle Recidive nei soggetti che hanno già avuto incidenti cardiovascolari¹

Il Coordinamento Regionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCMR del Veneto) ha coordinato un progetto dal titolo: "Attivazione di un progetto di prevenzione cardiovascolare primaria sul modello dei programmi di screening oncologico ("IV screening")", con lo scopo di contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari (MCV) attraverso un modello strutturato secondo l'operatività degli screening oncologici: chiamata attiva di soggetti sani, offerta di interventi per soggetti selezionati.

Il progetto, finanziato dal CCM Nazionale – Ministero della Salute, prevedeva che i soggetti tra i 45 e 59 anni, selezionati dal Medico di Medicina Generale, (che escludeva i soggetti già ammalati di malattie cardiovascolari e/o diabete), fossero invitati, attraverso la chiamata attiva eseguita dal Centro Screening dell'Az. Sanitaria, ad effettuare una valutazione fatta da un Assistente Sanitario. I soggetti così esaminati sono stati aggregati ad una classe di rischio individuata tramite l'utilizzo di questionari standardizzati sugli stili di vita (attività fisica, alimentazione e abitudine al fumo), la misurazione della circonferenza vita, del BMI, della pressione arteriosa e della glicemia. Le classi di rischio erano: A: basso rischio e assenza di fattori di rischio comportamentali - B: presenza di fattori di rischio comportamentali e parametri antropometrici e clinici nella norma - C: nuovi ipertesi e nuovi iperglicemici - D: soggetti non eleggibili. Qualora l'Assistente

¹ Progetto finanziato con il contributo del CCM Nazionale – Ministero della Salute

Sanitario si fosse trovato di fronte ad individui con vari fattori di rischio o stili di vita non sani, invitava il paziente a partecipare ad iniziative per migliorare lo stile di vita (gruppi per smettere di fumare, per la corretta alimentazione, gruppi cammino).

Il progetto, della durata di tre anni, si è realizzato in 6 ULSS del Veneto (Belluno, Feltre, Alta padovana, Rovigo, Adria, Legnago) ed ha registrato la chiamata di 17.000 soggetti, con un tasso di adesione del 61%. Di questi un 57% presenta stili di vita scorretti e parametri nella norma, un 24% è senza fattori di rischio comportamentali e con i parametri nella norma, un 14% risulta essere un "nuovo iperglicemico" e/o "iperteso", un 2% è arrivato alla valutazione da parte dell'Assistente Sanitario in quanto "sfuggito" dalla pulizia delle liste eseguito dal MMG.

In particolare tra il 14% dei soggetti inquadrati in classe C, il 10,7% è iperteso ed il 6,6% è un iperglicemico di nuova diagnosi. Dalla visita si è riscontrato che i soggetti in sovrappeso ($BMI \geq 25$) sono il 50,3%, i soggetti di sesso maschile con una circonferenza addominale non nella norma (> 102 cm) sono il 27% e le femmine (> 88 cm) il 37,3%.

Mediante l'analisi degli stili di vita si è rilevato che il 33,4% degli aderenti allo screening fa attività fisica in maniera non sufficiente e che il 20% dei soggetti è un fumatore.

I soggetti che hanno riferito di aver aderito ai percorsi di salute sono stati il 31% per l'alimentazione, il 26% per l'attività fisica e il 3,6% per la disassuefazione dal fumo di sigaretta.

Dopo 6 mesi/1 anno i soggetti precedentemente classificati come B sono stati rivalutati e il tasso di adesione è stato del 50%. Durante la visita di follow-up si è riscontrato che c'è stata un aumento della percentuale dei soggetti con circonferenza addominale nella norma (circa il 4%), dei soggetti con BMI nella norma (4,5% nelle femmine e 6% nei maschi), di coloro che fanno attività fisica in modo adeguato (-20%) e dei non fumatori (-3%).

Questi dati hanno evidenziato la fattibilità di un modello organizzato di «screening cardiovascolare», che utilizza l'esperienza, gli strumenti, le modalità organizzative e parte del personale della centrale di screening, aprendo una prospettiva d'azione anche nel resto d'Italia; infatti questo progetto, valutato favorevolmente nel bando CCM 2013, sarà sviluppato in 10 ULSS del Veneto e in altre 11 Regioni italiane.

Con il Progetto CCM 2010: "Programma organizzato di Prevenzione delle Recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari²", il Coordinamento Regionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCMR – Regione Veneto) ha voluto implementare un intervento integrato tra i diversi attori che entrano in gioco nelle campagne preventive (Dipartimenti di Prevenzione, cardiologi, MMG, fisiatri, dietisti e fisioterapisti) realizzando una progettualità unitaria tra ospedale e territorio per promuovere l'adozione e il mantenimento nel tempo di stili di vita corretti, in soggetti che avevano già avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica.

² Progetto finanziato con il contributo del CCM Nazionale - Ministero della Salute

Al progetto hanno partecipato 6 ULSS del Veneto (Feltre, Pieve di Soligo, Asolo, "Alta Padovana", Este, Adria) e l'ASL di Bologna.

In totale sono stati arruolati 607 pazienti che avevano già avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica e dimessi con un Grace Score di grado medio-basso. I pazienti così selezionati dall'U.O. di Cardiologica sono stati contattati da un Assistente Sanitario, il quale, presso un ambulatorio del Dipartimento di Prevenzione ha somministrato un questionario sugli stili di vita, misurato il BMI, la circonferenza addominale, la pressione arteriosa e controllato l'aderenza terapeutica. Al paziente e ad un suo familiare sono state proposte delle "Occasioni di Salute", ovvero dei percorsi strutturati rivolti alla promozione dell'attività fisica, al trattamento del tabagismo e alla promozione di un'alimentazione sana. Successivamente, il soggetto che ha partecipato al progetto è stato rivalutato a 6 mesi dall'arruolamento e contattato telefonicamente al 3° e 9° mese per verificare l'adesione alla terapia e alle proposte preventive. I soggetti che hanno partecipato al progetto sono per la maggior parte di sesso maschile con una prevalenza del 79,5%. (CI 95% 17,3-24,2); l'età media al momento dell'arruolamento è di 61 anni. Da un'analisi delle caratteristiche legate ai fattori di rischio che possono portare allo sviluppo di una recidiva, risulta che il 13,0% (CI 95% 10,4-16,2) dei soggetti è ancora fumatore, il 25% continua ad essere iperteso sebbene stia seguendo una terapia; il 47% dei pazienti non si muove in maniera sufficiente e il 78% ha un BMI \geq 25.

Ai pazienti al momento della prima visita, oltre a proporre dei percorsi per la correzione degli stili di vita alterati, è stato fatto un *counselling* motivazionale. Al controllo dei 6 mesi dopo la dimissione, si è rilevato che c'è stata una riduzione del 10% dei soggetti che non facevano attività motoria; il 15% dei soggetti sovrappeso è diventato normopeso, mentre gli obesi sono diminuiti dal 28% all'8%. I soggetti fumatori, ai quali è stata offerta la possibilità di seguire sia dei gruppi per la disassuefazione, sia la possibilità di frequentare un ambulatorio specifico dedicato, hanno deciso prevalentemente di smettere da soli e di non utilizzare questa offerta di salute.

Il progetto ha dimostrato che è possibile realizzare anche negli ambulatori dei dipartimenti di prevenzione degli interventi atti a modificare gli stili di vita che possono portare allo sviluppo di ulteriori recidive.

Programma per la promozione dell'allattamento materno

Obiettivo generale:

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

Attività al 31.12.2013

Durante il 2013 il Comitato Regionale Allattamento si è riunito al fine di:

- fare il punto sullo stato dell'arte del Progetto regionale, e condividere con un numero estesissimo e qualificato di stakeholders le progettualità in atto e future su questo

importante tema, prima ancora che di sanità pubblica, di qualità della vita complessiva di bambini, mamme e famiglie.

- in un incontro congiunto tra i due tavoli, Genitori Più e Progetto Allattamento, si sono: delineate le prospettive future della prevenzione materno-infantile alla luce del PNP; individuate le attività comuni ai due progetti e delineato in un percorso/evento congiunto per il coinvolgimento di tutte le componenti interessate sia istituzionali che della comunità.

Inoltre, si è proseguita e monitorata la distribuzione del materiale prodotto nel corso della prima annualità (2012) in tutte le Aziende Sanitarie del Veneto (materiale informativo specifico per le famiglie: opuscolo "Il latte materno è il più naturale che c'è" e "Se non puoi allattare"); il materiale è stato stampato in 200.000 copie (pari circa ai nati di 4 anni).

E' stata gestita la distribuzione mirata - legata agli step di implementazione del progetto BFH - della "Politica Sintetica Illustrata" (in 5 lingue) redatta secondo le indicazioni OMS/UNICEF da esporre nei Punti Nascita; è stato altresì resa disponibile su richiesta e sul sito www.genitoripiu.it una versione sintetica nelle 15 lingue più parlate in Veneto, attivando collaborazioni di rete con l'UNICEF e l'ASL di Milano. I risultati raggiunti sono pienamente soddisfacenti, vista la richiesta, anche fuori Regione, dei materiali prodotti.

I Progetto OMS/UNICEF "Ospedali Amici dei Bambini" e "Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno" coinvolgono attualmente 25 strutture appartenenti a 19 Aziende Sanitarie. Sono, inoltre, coinvolti i 2 Ospedali Amici dei Bambini (BFHI) già esistenti (le ULSS di Bassano e di Verona). Le attività si sono svolte secondo la programmazione: formazione a cascata, formazione in loco, consolidamento della "manutenzione" della Rete, programmazione di almeno ulteriori due Corsi per.

Le attività di implementazione stanno mantenendo il livello di impegno e di risultato al di sopra di ogni aspettativa, con l'adesione di altre 3 ULSS (8, 9 e 10).

I risultati raggiunti dal progetto e le energie mobilitate stanno accompagnando 25 punti nascita verso un obiettivo di eccellenza. Si tratta di un vero Benchmark di promozione della salute. Si segnala l'attenzione che a livello nazionale viene rivolta al modello di implementazione "di sistema" messo in atto dal Veneto.

Promozione di corretti comportamenti per prevenire gli incidenti domestici nei bambini tra 0 e 3 anni di vita, tramite l'intervento degli operatori sanitari (Baby bum. Cambia la vita, cambia la casa)

Obiettivo generale:

Promozione della sicurezza domestica dei bambini da 0 a 3 anni.

Attività al 31.12.2013

"Proteggere il bambino in casa" è una delle otto azioni della campagna GenitoriPiù. In questo ambito, 3 ULSS hanno fatto un approfondimento sul tema specifico della sicurezza domestica, mentre 9 ULSS e 2 Aziende Ospedaliere hanno inserito il tema all'interno della formazione effettuata su tutti i determinanti e/o sui risultati della valutazione di

GenitoriPiù. Il materiale "Baby Bum" è stato rivisto e sono state apportate le modifiche segnalate dagli operatori nel corso degli anni di utilizzo. Diverse ULSS hanno segnalato di aver esaurito il materiale in oggetto, facendone richiesta all'ULSS capofila.

Approfondimenti

www.guadagnaresalute.it

www.genitoripiu.it

www.mammeliberedalfumo.org

www.smettintempo.it

www.prevenzione.ulss20.verona.it/att_motoria.html

www.newsletterattivitamotoria.info

<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/baby-bum>

<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/programma-regionale-prevenzione-patologie-fumo-correlate>

<https://salute.regione.veneto.it/web/ccmr>

Barp A., Bolla D. (a cura di) *Spazi per camminare – Camminare fa bene alla Salute*, Marsilio Editore, Venezia, 2009.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

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

Recapiti telefonici: 0412791352-1353

e-mail: sanitapubblica@regione.veneto.it

3.2. Profilassi delle malattie infettive

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

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

Quadro di sintesi

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

Vaccinazioni

E' attivo nella nostra Regione un *Piano di Monitoraggio semestrale del Sistema vaccinale* con l'obiettivo di monitorare gli effetti della sospensione dell'obbligo vaccinale secondo tre principali direttrici, quali: la garanzia delle condizioni di tutela della salute pubblica, la considerazione dell'impatto sul sistema vaccinale regionale e l'attenzione all'opinione pubblica. Vengono quindi attivate una serie di misure atte a verificare, secondo vari aspetti, la situazione vaccinale della Regione Veneto, ma anche l'impatto della sospensione dell'obbligo vaccinale sull'offerta dei servizi, fornendo ai decisori indicazioni della sostenibilità dell'offerta vaccinale attiva e sulla percezione da parte degli operatori dei cambiamenti in merito al rapporto con l'utenza e alla qualità lavorativa. Sono state individuate le soglie critiche di copertura vaccinale che rappresentano dei limiti di attenzione e di allarme e le azioni correttive che dovranno essere messe in atto, a livello centrale e periferico, al verificarsi di tali condizioni. A supporto della sospensione dell'obbligo vaccinale la Regione si è impegnata in una campagna informativa promozionale per la prevenzione nei primi anni di vita rivolta ai genitori e con contenuti formativi per gli operatori coinvolti nella prevenzione. Tutte le ULSS sono dotate di una anagrafe vaccinale informatizzata, la Regione sta portando avanti un progetto per la realizzazione di un software unico per la gestione delle vaccinazioni che consenta un'analisi dei dati più corretta ed omogenea.

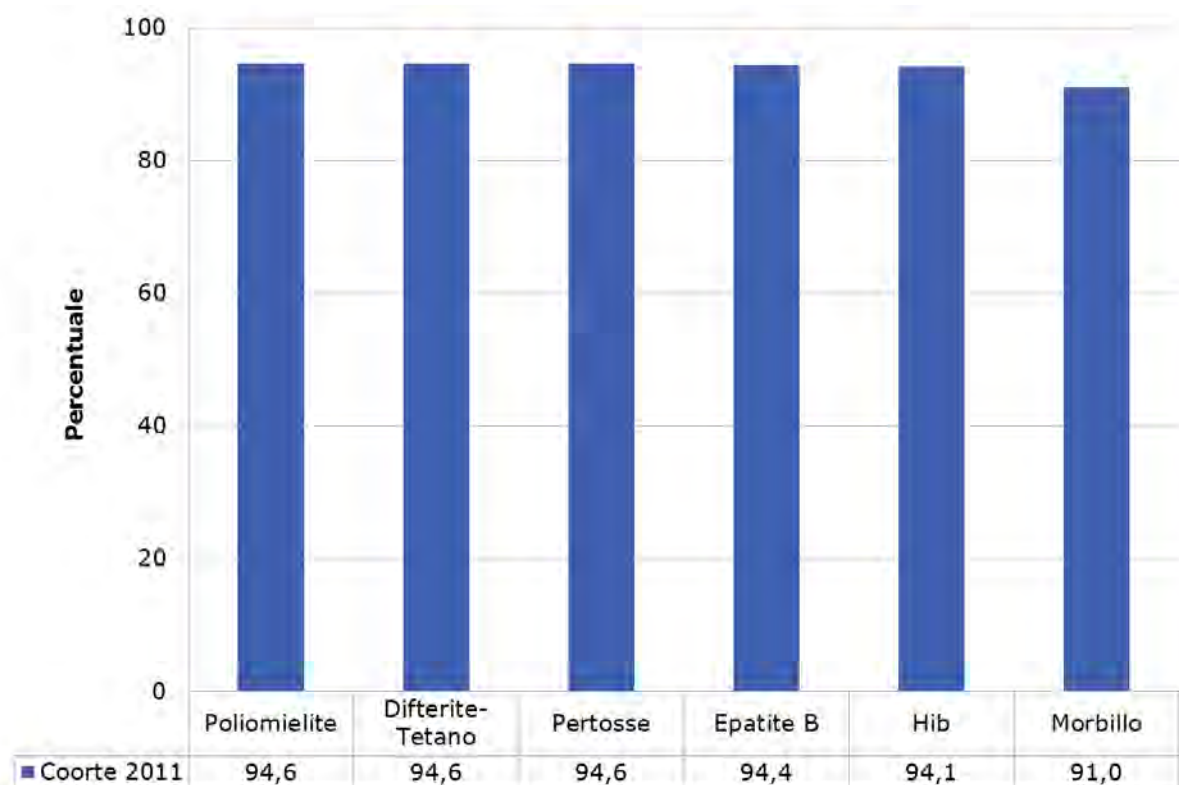
Nell'ambito delle attività finalizzate a garantire un elevato standard di qualità nella profilassi vaccinale, nel 1993 la Direzione per la prevenzione della Regione Veneto ha istituito il progetto "Canale Verde" per la consulenza prevaccinale offerta a tutte le ULSS regionali e la sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione. Con D.G.R. n. 939 del 18/3/2005 il progetto è stato consolidato con l'istituzione del Centro Regionale di Riferimento "Canale Verde", successivamente ridenominato Programma Regionale di

Consulenza prevaccinale e sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione "Canale Verde".

Il Programma, nell'ambito delle proprie funzioni, svolge le seguenti attività:

- consulenza specialistica sulla ammissibilità alla vaccinazione di persone con particolari problemi di salute da offrire alle strutture sanitarie e ai medici vaccinatori;
- consulenza prevaccinale e postvaccinale in caso di reazioni avverse;
- raccolta ed analisi critica delle segnalazioni di reazioni avverse alle vaccinazioni;
- gestione del database degli eventi avversi a vaccinazione e monitoraggio degli esiti delle reazioni avverse gravi;
- sorveglianza attiva di particolari eventi avversi a vaccinazione;
- redazione di un rapporto annuale sui casi di reazioni segnalate;
- collaborazione con la Direzione Regionale Prevenzione al fine di garantire il costante aggiornamento degli operatori sanitari impegnati nell'attività di vaccinazione e lo sviluppo di materiali informativi rivolti alla popolazione per permettere una adesione consapevole della pratica vaccinale.

Figura 3.1 - Coperture vaccinali aggiustate per la Regione Veneto. Coperture a 24 mesi per la coorte dei nati del 2011 al 31/12/2013.



Le coperture vaccinali per la coorte 2011 (Figura 3.1) risultano in lieve diminuzione rispetto alla rilevazione precedente. In particolare il calo registrato risulta essere mediamente di 0,7-0,8 punti percentuali. Maggiore è il calo del morbillo con una riduzione del 1,5%. Tale calo è imputabile a diversi fattori quali un aumento della

propensione dei genitori a posticipare nel tempo le vaccinazioni, un aumento dei movimenti anti-vaccinazioni nella regione e una difficoltà a contattare soggetti registrati come domiciliati nelle ULSS ma di fatto difficilmente reperibili.

Malattie infettive emergenti

I cambiamenti climatici, la movimentazione di merci e persone condizionano in modo determinante l'epidemiologia delle malattie trasmesse da insetti vettori. E' per questo motivo che la Regione ha attivato un sistema di sorveglianza integrato in grado di rispondere adeguatamente a problematiche presenti, emergenti e potenziali. A questo progetto collaborano attivamente con la Direzione Attuazione e Programmazione Sanitaria della Regione, il Centro Regionale Sangue, l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, il Laboratorio di Riferimento Regionale, il Programma per i viaggiatori internazionali, l'Università degli Studi di Padova, Enti specifici e le ULSS. Relativamente alle potenziali malattie trasmesse da insetti sostenute da arbovirus, gli obiettivi sono da una parte di raccogliere informazioni sulle popolazioni (presenza e dinamica di popolazione) dei vettori potenziali e riconosciuti di agenti patogeni, dall'altra di attivare la ricerca, sulla base di priorità condivise e attraverso opportune indagini di laboratorio, della presenza di agenti patogeni nella popolazione dei vettori. Il controllo attraverso la segnalazione di casi ricoverati con meningoencefalite ad eziologia sospetta per monitorare la circolazione virale, e lo studio delle sacche di sangue, permettono di agire per migliorare la raccolta di dati clinici ed epidemiologici sulle patologie umane da arbovirus. Il *protocollo di segnalazione delle febbri estive* permette di identificare tempestivamente il caso, anche importato, di malattia e di valutare l'eventuale attività di disinfestazione per evitare il verificarsi di focolai epidemici. Anche l'attività di formazione rivolta agli operatori sanitari e l'informazione rivolta ai medici veterinari liberi professionisti, ai medici ospedalieri e ai medici di medicina generale, rappresentano temi chiave per la buona gestione di un sistema di sorveglianza su tali malattie presenti e potenziali. Molta attenzione è stata data dalla regione alla sorveglianza e prevenzione delle patologie del viaggiatore, al fine di coordinare e integrare le attività degli ambulatori che si occupano di medicina dei viaggi, con DGR n. 1695 del 29.06.2001 è stato istituito, presso l'ULSS 20 di Verona, il Centro di Riferimento Regionale per i Viaggiatori Internazionali. Il Programma, nell'ambito delle proprie funzioni, svolge e pianifica la realizzazione delle azioni previste nel piano di attività annuale tra quelle esplicitate nella convenzione stessa quali:

- supporto per la programmazione regionale riguardante la sorveglianza e la prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione;
- riferimento regionale e coordinamento della rete tra gli ambulatori di medicina dei viaggi e le strutture infettivologiche della Regione;
- iniziative, corsi di formazione e informazione (News) rivolte agli operatori degli ambulatori Viaggiatori Internazionali della Regione, ai MMG, ai PLS, ai medici e al

personale sanitario dei reparti di Malattie Infettive e Tropicali e più in generale al personale sanitario del territorio regionale;

- sorveglianza epidemiologica sulle malattie infettive e tropicali a rischio di diffusione in Italia collaborando alla realizzazione dello specifico "Progetto per la sorveglianza delle malattie emergenti";
- collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie (IZPVe) per le patologie trasmesse da vettori e per la sorveglianza delle zoonosi infettive a possibile trasmissione all'uomo;
- stesura/aggiornamento di Piani di sorveglianza, prevenzione delle infezioni e lotta ai vettori di malattie infettive e tropicali emergenti come West Nile, Chikungunya e Dengue, in collaborazione con il gruppo di lavoro specifico (DGR n. 2178 del 08.08.2008);
- sorveglianza delle reazioni avverse alle vaccinazioni effettuate e dei farmaci utilizzati per la profilassi antimalarica;
- collaborazione con il Centro per le Malattie Tropicali dell'Ospedale Sacro Cuore di Negrar (VR) per le consulenze post viaggio inerente le malattie infettive e tropicali;
- studi clinici sulle patologie legate ai viaggi e sui mezzi di prevenzione (farmaci, uso di probiotici, insetticidi-repellenti);
- ricerche cliniche ed epidemiologiche sulle malattie tropicali e parassitarie di importazione e non.

120

Particolare attenzione viene posta sulla sorveglianza della malaria e sull'attuazione delle azioni di prevenzione nei confronti di questa malattia particolarmente grave e ad esito potenzialmente fatale se non curata tempestivamente. La malaria infatti rappresenta ancora un grave problema mondiale come confermato dall'ultimo rapporto dell'OMS del 2013: facendo riferimento all'anno 2012 l'OMS stima 207 milioni i casi nel mondo, con 627.000 decessi. La maggior parte dei casi (80%) e dei decessi (90%) si sono verificati in Africa, e la maggior parte di decessi (77%) si è verificata in bambini al di sotto dei 5 anni di età.

Per le malattie infettive prevenibili, soprattutto per le meningiti batteriche, è stato istituito un programma di sorveglianza ad hoc che prevede la raccolta dei casi in collaborazione con i Laboratori di Microbiologia ad integrazione delle informazioni provenienti dai flussi già esistenti, al fine di valutare gli andamenti spazio temporali delle meningiti e analizzare l'andamento delle malattie per le quali sono state introdotte nuove vaccinazioni.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 939 del 18 marzo 2005](#). Istituzione del Centro Regionale di Riferimento di consulenza prevaccinale e sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione denominato: "Canale Verde". Impegno di spesa ai sensi dell'art. 42 L.R. 39/2001.

Approfondimenti

Report di monitoraggio semestrali ed annuali

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Sede: Rito Tre Ponti, n. 3494, Venezia

Recapiti telefonici: 0412791352-1353

e-mail: sanitapubblica@regione.veneto.it

3.3. Screening oncologici

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

Allegato A. Paragrafo 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie. Sottoparagrafo 3.4.1. Aree prioritarie di intervento. Ridurre la mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto. Pagina 88. Tra gli obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale vengono annoverati i programmi di screening oncologici di riconosciuta efficacia nei confronti delle patologie neoplastiche (colon, cervice uterina, mammella). In particolare, nell'area della promozione della salute e prevenzione delle malattie, gli screening vengono identificati come lo strumento per ridurre la mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto. Obiettivo dichiarato è il consolidamento del raggiungimento di uno standard regionale minimo che elimini le disomogeneità sul territorio.

Quadro di sintesi

I tre programmi di screening oncologici di riconosciuta efficacia (colon, cervice uterina, mammella) e previsti tra i Livelli Essenziali di Assistenza sono attivi presso tutte le ULSS del Veneto. Nel 2013 l'estensione degli inviti è stabile su livelli ottimali per i tre screening e si confermano i livelli elevati dei tassi di adesione all'invito. Gli indicatori del percorso diagnostico e terapeutico sono generalmente positivi, a testimonianza di un'attenzione per la qualità superiore a quella comunemente accettata per altri interventi. I livelli di qualità raggiunti e mantenuti dai programmi del Veneto passano attraverso il monitoraggio costante di tutte le fasi della procedura di screening, la formazione continua degli operatori, la condivisione di esperienze e di protocolli mediata dai gruppi di lavoro regionali degli specialisti. Nonostante siano presenti alcune criticità locali, i risultati complessivi dei programmi del Veneto pongono la nostra Regione tra le migliori esperienze sia a livello nazionale che sul piano internazionale.

Gli screening oncologici dal 2001 fanno parte dei Livelli Essenziali di Assistenza e sono compresi tra gli obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale nell'area della promozione della salute e prevenzione delle malattie del PSSR 2012-2016. Gli screening oncologici costituiscono interventi di sanità pubblica complessi ed impegnativi, e sono offerti a grandi numeri di persone che nella grande maggioranza sono sane. Proprio da questo deriva la necessità di porre la massima attenzione a non "medicalizzarle", limitando il più possibile i falsi positivi e gli esami di approfondimento. Questa attenzione è anche una delle condizioni che garantiscono l'equità, cioè la possibilità di offrire regolarmente uno screening a tutte le persone eleggibili di una popolazione. Inoltre, l'impiego di troppe risorse compromette anche un altro aspetto fondamentale, la sostenibilità nel tempo. Il monitoraggio delle attività di screening è fortemente strutturato: da più di 10 anni viene realizzata una survey annuale, obbligatoria per tutti i programmi di screening, sia a livello regionale che nazionale. La raccolta dei dati avviene attraverso la compilazione di una serie di tabelle che riguardano l'intera filiera delle

attività di screening, a partire dal numero di persone invitate, esaminate, positive al test di primo livello, sottoposte agli esami di approfondimento, fino ai casi di tumore diagnosticati ed alla relativa stadiazione e trattamento. L'analisi e la valutazione avvengono utilizzando gli indicatori di qualità e gli standard di riferimento che sono stati elaborati a livello europeo e ripresi sia dal Ministero per la Salute (Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto - 2007) che dalle Società scientifiche nazionali di riferimento (GISCI - Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma, GISMa - Gruppo Italiano Screening Mammografico, GISCoR - Gruppo Italiano Screening Colorettale).

Attività di coordinamento

Ciascuna ULSS è responsabile della gestione dell'intervento sul territorio. L'attività di coordinamento, svolta dal Registro Tumori del Veneto (RTV) e a partire dal 2014 (DGR 2356 del 16/12/2013) dal Settore promozione e sviluppo igiene e sanità pubblica, ha riguardato il monitoraggio degli indicatori di qualità, la stesura di relazioni ad hoc e rapporti annuali, la promozione della qualità tramite formazione del personale e il coordinamento di gruppi di lavoro specialistici.

Formazione degli operatori dei programmi di screening

Più di 1.000 operatori, il 70% dei quali non medici, sono attualmente coinvolti negli screening oncologici del Veneto. L'obiettivo è offrire la possibilità di una formazione di base sugli screening, più eventi specifici per le diverse professionalità. Nel 2013 il Registro Tumori ha organizzato 9 incontri, per un totale di 258 ore di formazione e 939 partecipanti.

Gruppi di lavoro regionali

Da alcuni anni si sono costituiti gruppi di lavoro specialistici per la promozione della qualità di vari aspetti degli screening. Sono attualmente attivi:

- *nello screening cervicale*: gruppo dei patologi per la qualità diagnostica in citologia e istologia; gruppo dei ginecologi per la qualità della colposcopia e del trattamento;
- *nello screening mammografico*: gruppo dei patologi per la qualità diagnostica in citologia e istologia; gruppo dei radiologi e per la qualità della diagnosi;
- *nello screening colorettale*: gruppo dei patologi per la qualità diagnostica istologica; gruppo degli endoscopisti per la qualità della diagnosi e del trattamento endoscopico.

Sistema informativo regionale

Il sistema informativo e il software che lo supporta sono una componente essenziale degli screening. Nel 2006 è stato realizzato dal Servizio Sistema Informatico SSR, con la collaborazione del RTV, un software di proprietà regionale che, basandosi sulla rete INTRANET regionale, è in grado di rendere uniforme sul territorio regionale le modalità di

gestione del processo e di standardizzare le integrazioni tra il sistema di screening e gli altri dipartimentali coinvolti (laboratori di analisi, anatomia patologica, ecc.). Nel 2013 è stata completata l'attivazione del software presso tutte le Aziende della Regione ed è pertanto attivo nei 63 programmi di screening.

Screening cervicale

È rivolto alle donne in età compresa fra 25 e 64 anni, che vengono invitate ad eseguire un pap test ogni tre anni. A inizio 2013 la popolazione target era pari a 1.354.326 donne. Sono disponibili dati e indicatori di qualità consolidati al 31 dicembre 2012 e, limitatamente ad estensione ed adesione all'invito, a fine 2013. Da un'analisi complessiva dei dati, si possono trarre le seguenti considerazioni.

Nel 2013 i programmi hanno mantenuto la capacità di invitare la totalità della popolazione target, con un'estensione degli inviti del 98,6%, confermando il dato ottimale del 97,9% registrato nel 2012. È in progressivo aumento anche l'adesione all'invito: 59,6% nel 2013, 58,3% nel 2012, 56,6% nel 2011. Il dato è superiore rispetto alla media nazionale (41,2% nel 2011). I tempi di attesa per l'invio della risposta con esito negativo sono ancora stabilmente al di sotto degli standard di riferimento (63,0% entro 30 giorni, rispetto al 63,8% nel 2011. Standard: >80%). I tempi di attesa per l'esecuzione delle colposcopie (85,4% entro 60 giorni dal pap test nel 2012), sono in ripresa rispetto al valore dell'anno precedente, segno che le Aziende hanno posto notevole attenzione a questo aspetto.

Figura 3.2 - Screening cervicale. Percentuali di estensione e adesione agli inviti. Veneto dal 2008 al 2013
(Fonte: Registro Tumori del Veneto)

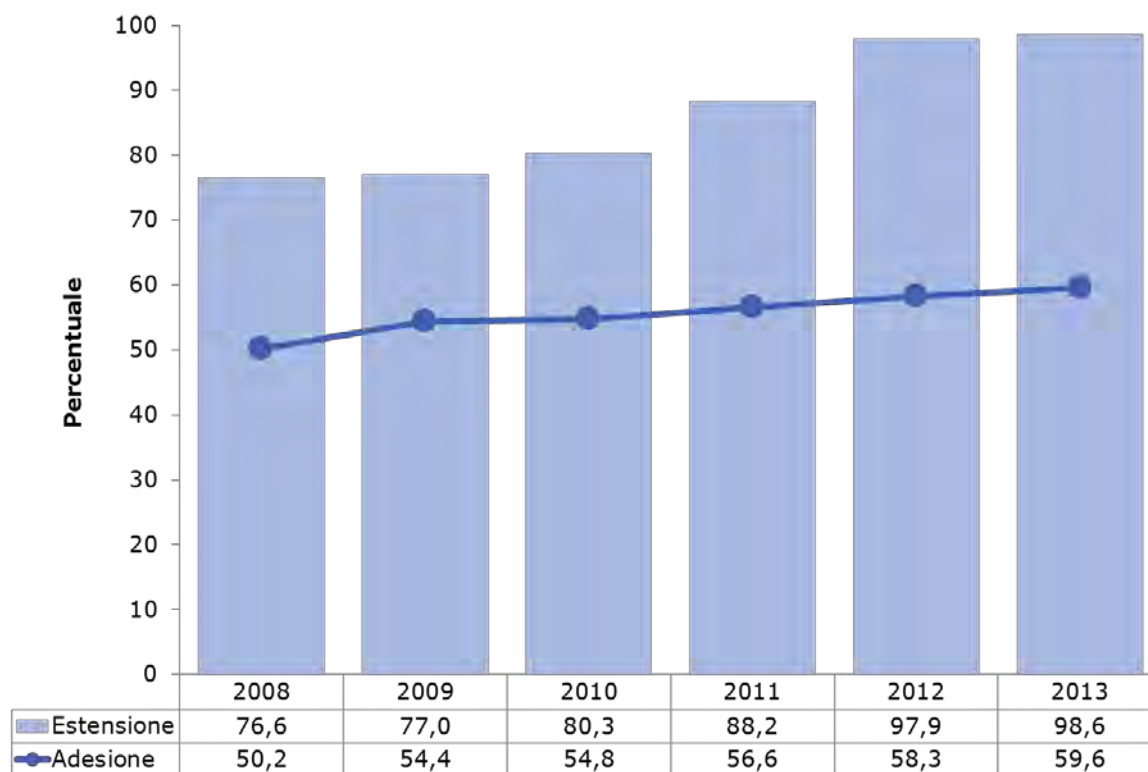
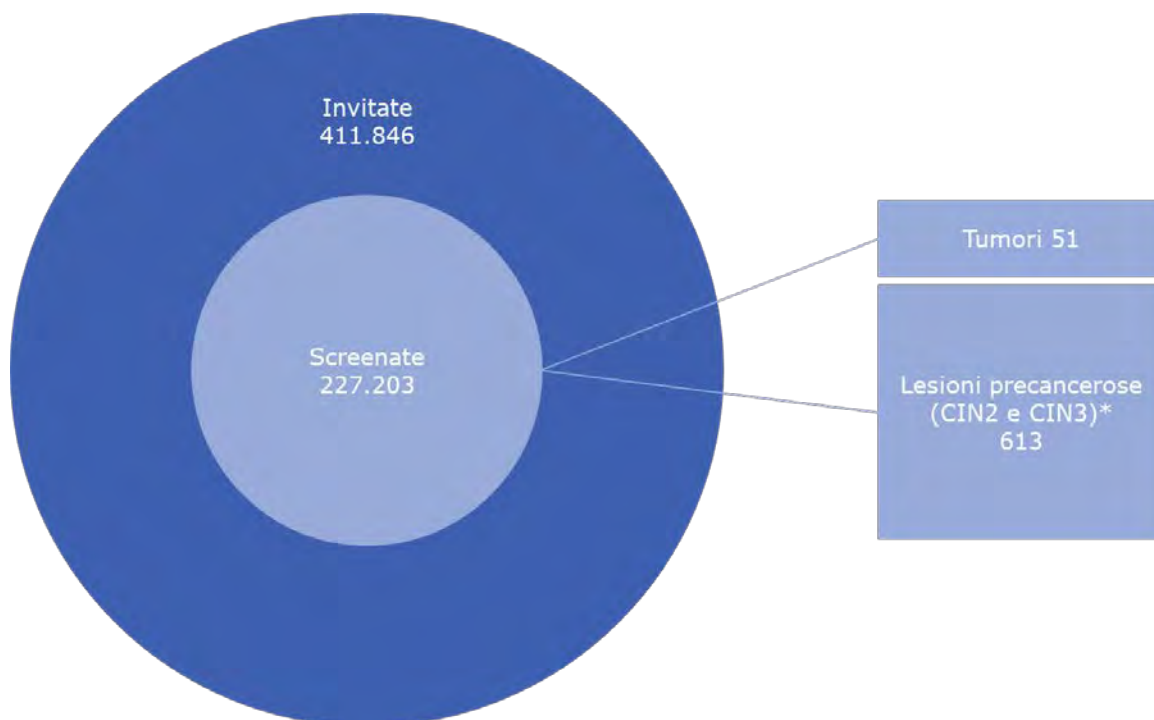


Figura 3.3 - Screening cervicale: donne invitate e screenate. Tumori e lesioni precancerose diagnosticati. Veneto 2012 (Fonte: Registro Tumori del Veneto)



* L'acronimo CIN significa Cervical Intraepithelial Neoplasia (in italiano Neoplasia Intraepiteliale Cervicale). Il numero segnala la gravità della lesione precancerosa determinata dall'alterazione cellulare (CIN 1 = lieve; CIN 2 = moderata; CIN 3 = grave).

Nel 2012 il tasso di pap test inadeguati è stato del 3,2%: è un valore che sta progressivamente diminuendo e che si avvicina allo standard desiderabile GISCi (<3%). La proporzione degli invii in colposcopia si riduce progressivamente nel tempo (2,6% nel 2012) ed è di poco superiore alla media dei programmi italiani (2,4%). Nel 2012 si confermano su valori ottimali sia l'adesione alla colposcopia per tutte le classi citologiche sia per i casi con anomalie citologiche di alto grado (HSIL+). Per entrambi gli indicatori (rispettivamente 95% e 97%), i valori sono superiori allo standard desiderabile e alle medie nazionali.

Complessivamente, nel 2012 sono state diagnosticati 51 carcinomi della cervice uterina e 613 lesioni precancerose CIN2 o CIN3. Il valore predittivo positivo di ASC-US+ per istologia CIN2+ (15,8%) è in lieve progressivo aumento e sovrapponibile al dato nazionale. Il valore predittivo positivo della biopsia cervicale per istologia CIN1+ continua a migliorare (72% rispetto al 68% nel 2011 e al 59% nel 2010), anche se resta ancora lontano dai parametri di riferimento (>85%). La proporzione di CIN1 non sottoposte a trattamento (96%) è in linea con lo standard desiderabile (>90%) e rimane al di sopra della media nazionale. In conclusione, il 2012 ha visto il miglioramento della maggior parte degli indicatori e, nonostante una certa variabilità dei risultati dei singoli programmi aziendali, questo testimonia un incremento generale della qualità del servizio erogato. Sia l'estensione degli inviti che l'adesione da parte della popolazione sono ottimali. Va comunque ribadito che lo screening cervicale può mantenere un impatto sul tumore della

cervice uterina, una patologia ormai rara, solo se i programmi sono in grado di sviluppare e sostenere risultati di qualità rispetto a tutti gli indicatori in modo omogeneo nel territorio regionale.

Screening con test HPV

Diversi studi hanno dimostrato che il test per la ricerca dei tipi ad alto rischio di papillomavirus umano (test HPV) ha una performance migliore del pap test sia in termini di sensibilità che di durata della protezione dopo un test negativo. Inoltre, è stato recentemente dimostrato che, rispetto al Pap test, il test HPV riduce del 60-70% il rischio di insorgenza di tumore invasivo della cervice uterina.

Nell'ambito delle Azioni centrali previste dal Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012, il Ministero della Salute ha emanato un Documento di indirizzo sull'utilizzo del HPV-DNA come test primario per lo screening del tumore del collo dell'utero, che è stato recepito dalla Regione del Veneto con DGR n. 1235 del 16 luglio 2013. La Regione ha quindi avviato un percorso per l'introduzione del test HPV come test primario in tutti i programmi di screening cervicale della Regione. Tale percorso è facilitato dall'esperienza maturata presso i programmi delle ULSS delle province di Padova e Rovigo, che grazie ad un contributo della Fondazione CARIPARO hanno potuto realizzare, a partire dal 2009, un progetto pilota di utilizzo del test HPV. Inoltre, a fine 2011 l'ULSS 12 veneziana ha avviato, uno studio sull'utilizzo del test per la ricerca dell'mRNA dell'HPV come test primario nello screening cervicale.

Il protocollo dello screening con HPV prevede che le donne siano sottoposte al test virale: se negativo, la donna riceve l'indicazione di un nuovo appuntamento a cinque anni; se positivo, viene letto il corrispondente pap test. Se anche quest'ultimo risulta positivo, la donna è inviata all'approfondimento colposcopico, altrimenti viene richiamata a ripetere il test HPV dopo un anno. È interessante confrontare i risultati principali dei programmi di screening con HPV con quelli ottenuti dagli stessi programmi con lo screening con pap test nel triennio 2007-2009. In sintesi:

- La proposta di uno screening basato sul test HPV si sta dimostrando sostenibile, come si può dedurre da valori soddisfacenti di estensione degli inviti. Anche la proporzione di invii a colposcopia si è mantenuta entro limiti accettabili.
- La proposta di uno screening con test HPV sembra essere accolta favorevolmente dalla popolazione, con un notevole incremento dell'adesione rispetto alla proposta del pap test tradizionale: 60% rispetto al 49%.
- Sono risultate positive al test HPV il 7% delle donne esaminate, e di queste il 41% hanno avuto anche il pap test positivo. Complessivamente, quindi il tasso di invio ad approfondimento con colposcopia è stato del 2,9%, mentre un'ulteriore 4,1% delle donne esaminate sono state invitate a ripetere il test HPV dopo un anno. Di queste, hanno aderito all'invito più dell'85%.
- È fortemente migliorato il valore predittivo positivo alla colposcopia (16,5% rispetto al 9,3% con lo screening con pap test), segno di una maggiore capacità della strategia

con HPV di selezionare per gli approfondimenti una popolazione realmente a maggior rischio di malattia.

- Come atteso dalla letteratura, i tassi di identificazione complessivi di CIN2+ sono aumentati: 4,3‰ rispetto al 2,7‰ con il pap test. A carico delle donne in particolare sotto i 30 anni sembra profilarsi il rischio di sovradiagnosi, dovuta ad una eccessiva sensibilità della strategia di screening (10,5‰ rispetto a 3,1‰).

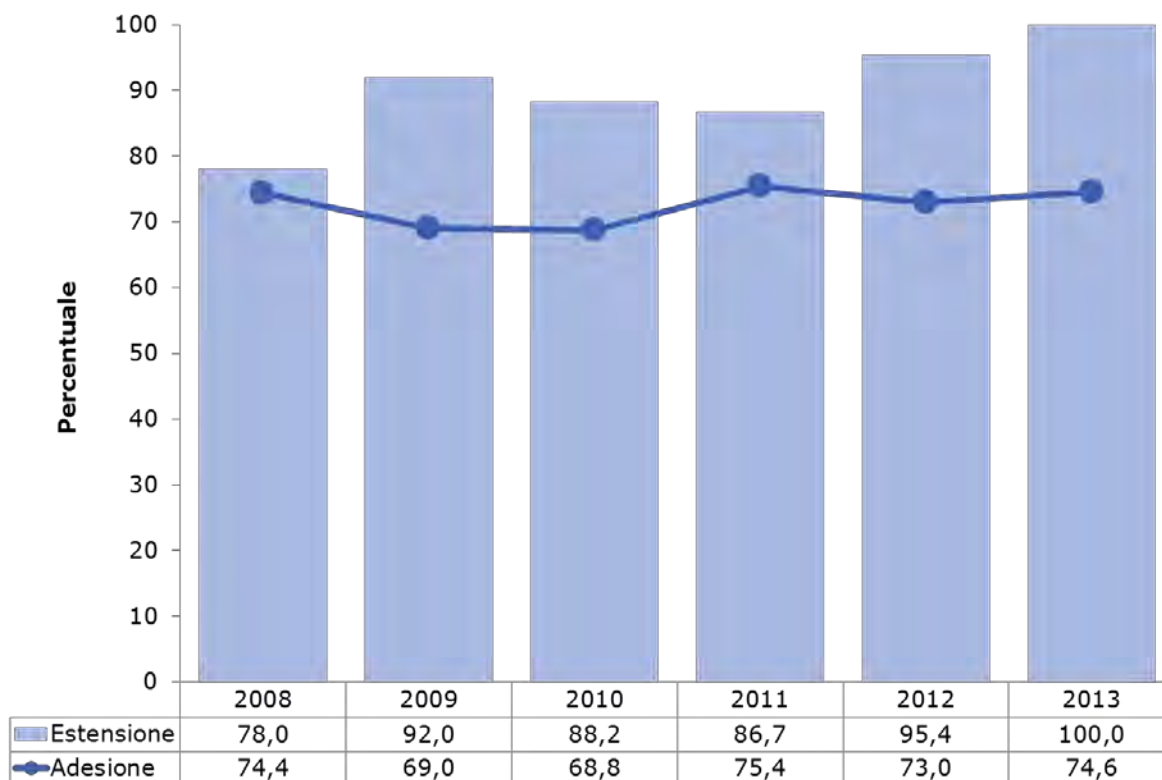
L'esperienza maturata dai programmi pilota delle province di Padova e Rovigo sarà estremamente preziosa per facilitare l'applicazione della nuova strategia di screening a tutta la Regione.

Screening mammografico

È rivolto alle donne in età compresa fra 50 e 69 anni, che vengono invitate ad eseguire una mammografia con cadenza biennale. L'obiettivo principale è la riduzione della mortalità specifica per tumore della mammella, un obiettivo secondario è l'applicazione di terapie chirurgiche e mediche il più possibile conservative ed accettabili. Entrambi gli obiettivi sono legati alla individuazione dei tumori quando sono ancora di piccole dimensioni, senza interessamento dei linfonodi e senza metastasi a distanza. A inizio 2013 la popolazione target era pari a 629.027 donne. Sono disponibili dati e indicatori di qualità consolidati al 31 dicembre 2012 e, limitatamente ad estensione ed adesione all'invito, a fine 2013. Da un'analisi dei dati, si possono trarre le seguenti considerazioni:

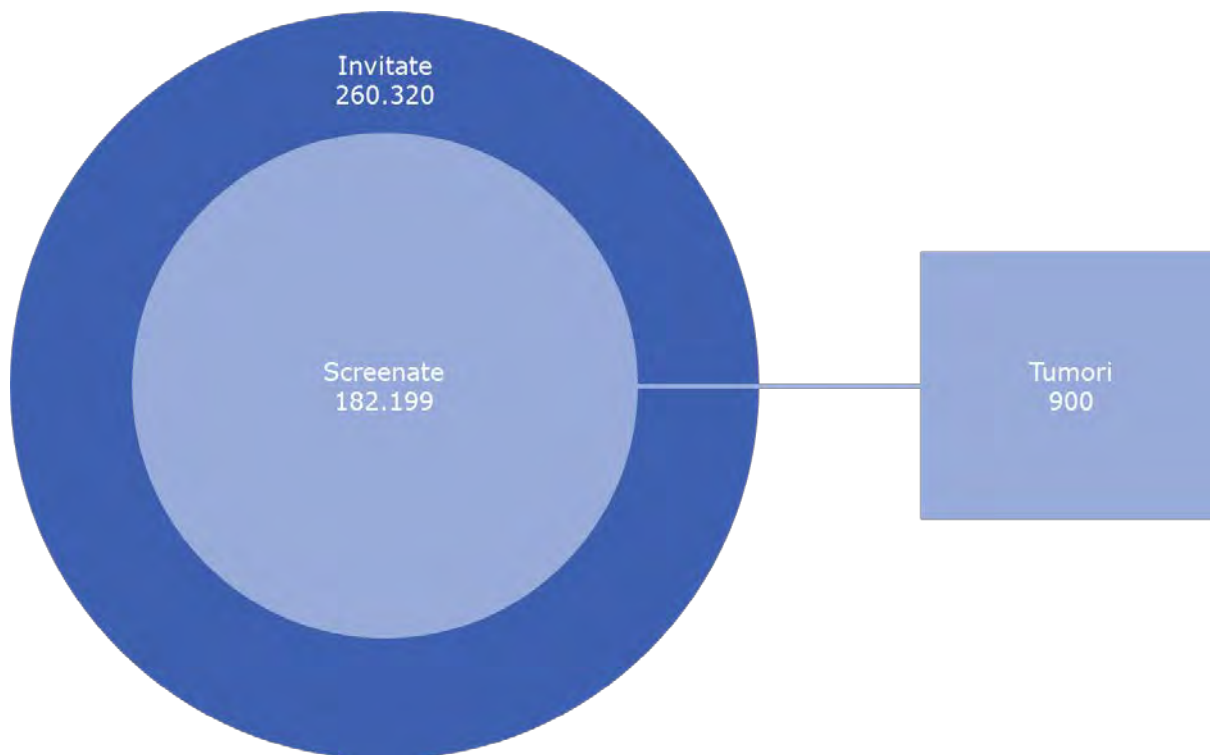
- Nel 2013 l'estensione degli inviti è ottimale, con un valore del 100% rispetto al 95,4% del 2012.

Figura 3.4 - Screening mammografico. Percentuali di estensione e adesione agli inviti. Veneto dal 2008 al 2013 (Fonte: Registro Tumori del Veneto)



- Il dato dell'adesione corretta (74,6% nel 2013) negli ultimi anni è stabilmente in prossimità dello standard desiderabile del GISMa (>75%) ed è superiore alla media nazionale (62,2% nel 2012).
- Nel 2012 il tasso di richiamo ad approfondimento nelle donne ai primi esami è diminuito di più di un punto percentuale, dal 10,1% del 2011 all'8,8%, pur continuando ad essere superiore allo standard accettabile (<7%). Nelle donne agli esami successivi il tasso di richiamo è sceso dal 4,3% al 3,8% e rispetta il valore accettabile (<5%).
- Continua l'andamento virtuoso di diminuzione dei richiami intermedi, come raccomandato dalle Linee Guida Europee che ne sconsigliano l'utilizzo: nel 2012 sono stati pari allo 0,6% delle donne esaminate. Sono invece aumentati i richiami precoci dopo approfondimento: 1,2% rispetto allo 0,6% del 2011.
- I tempi con cui i programmi inviano la risposta negativa sono stazionari rispetto al 2011 (ciò è avvenuto entro 15 giorni dall'esecuzione della mammografia per il 64% dei casi), mentre sono migliorati i tempi di invio ad approfondimento, che sono stati eseguiti entro 20 giorni dalla mammografia nel 52% dei casi, un dato lontano dallo standard del 90%. E' quindi da considerare l'opportunità di un ulteriore investimento in risorse umane e tecnologiche rispetto agli aumentati volumi di attività.
- Nel 2012 i tumori screen detected sono stati 900. Come nell'anno precedente, il tasso di identificazione agli esami successivi soddisfa lo standard di riferimento, mentre ai primi esami è inferiore. Una possibile spiegazione sta nel frequente ricorso alla mammografia nelle donne <50 anni.

Figura 3.5 - Screening mammografico: donne invitate e screenate. Tumori diagnosticati. Veneto 2012 (Fonte: Registro Tumori del Veneto)



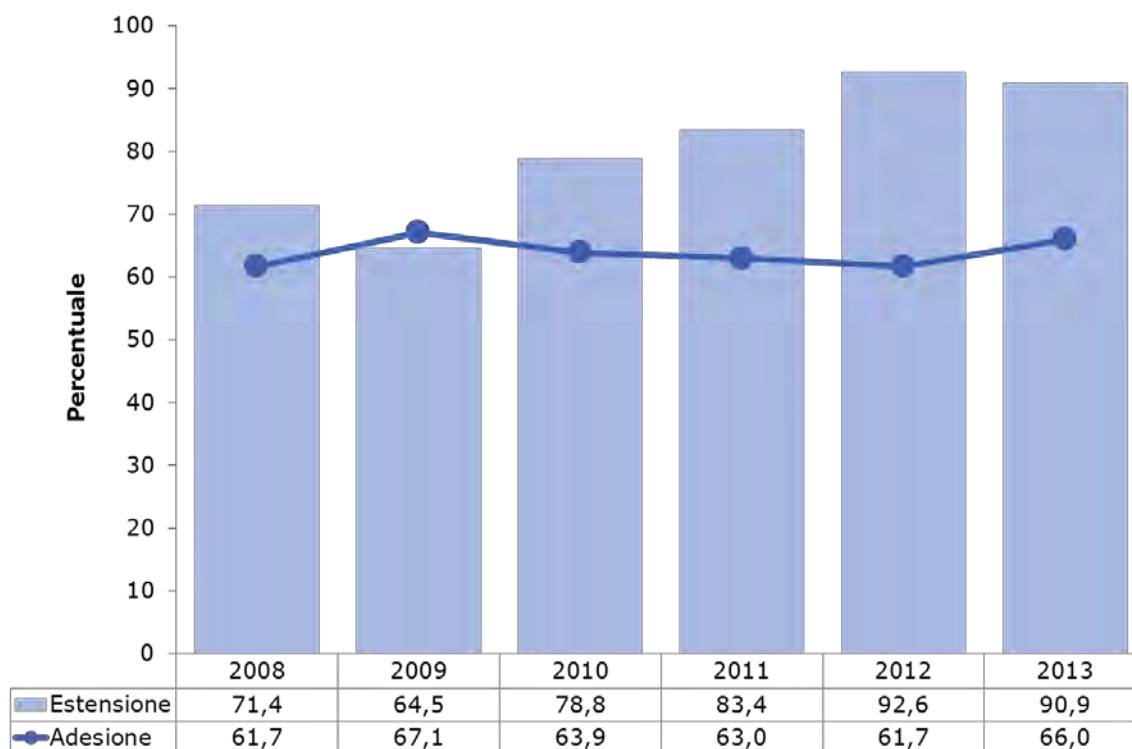
Complessivamente, gli indicatori risultano soddisfacenti nel confronto con gli standard nazionali, e stabili rispetto all'anno precedente. Ognuno di essi però deriva dalla composizione di valori molto variegati nelle diverse Aziende ULSS, cui si rimanda per una più adeguata valutazione delle realtà locali.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

Screening colorettaie

Ha la potenzialità di ridurre sia la mortalità che, mediante la diagnosi e bonifica di grandi numeri di adenomi, anche l'incidenza del tumore del colon retto. Il programma è rivolto alle persone di ambo i sessi in età compresa fra 50 e 69 anni, che vengono invitate ad eseguire la ricerca del sangue occulto fecale con cadenza biennale. Il programma dell'ULSS di Verona invita all'esecuzione di una rettosigmoidoscopia una tantum i soggetti 60enni e, per i non aderenti, il sangue occulto fecale fino ai 69 anni. A inizio 2013 la popolazione target regionale era pari a 1.234.758 persone. Sono disponibili dati e indicatori di qualità consolidati al 31 dicembre 2012 e, limitatamente ad estensione ed adesione all'invito, a fine 2013. Da un'analisi complessiva dei dati, si possono trarre le seguenti considerazioni:

- Analogamente agli altri screening, l'estensione degli inviti nel 2013 ha raggiunto livelli ottimali: 90,9% rispetto al 92,6% del 2012.

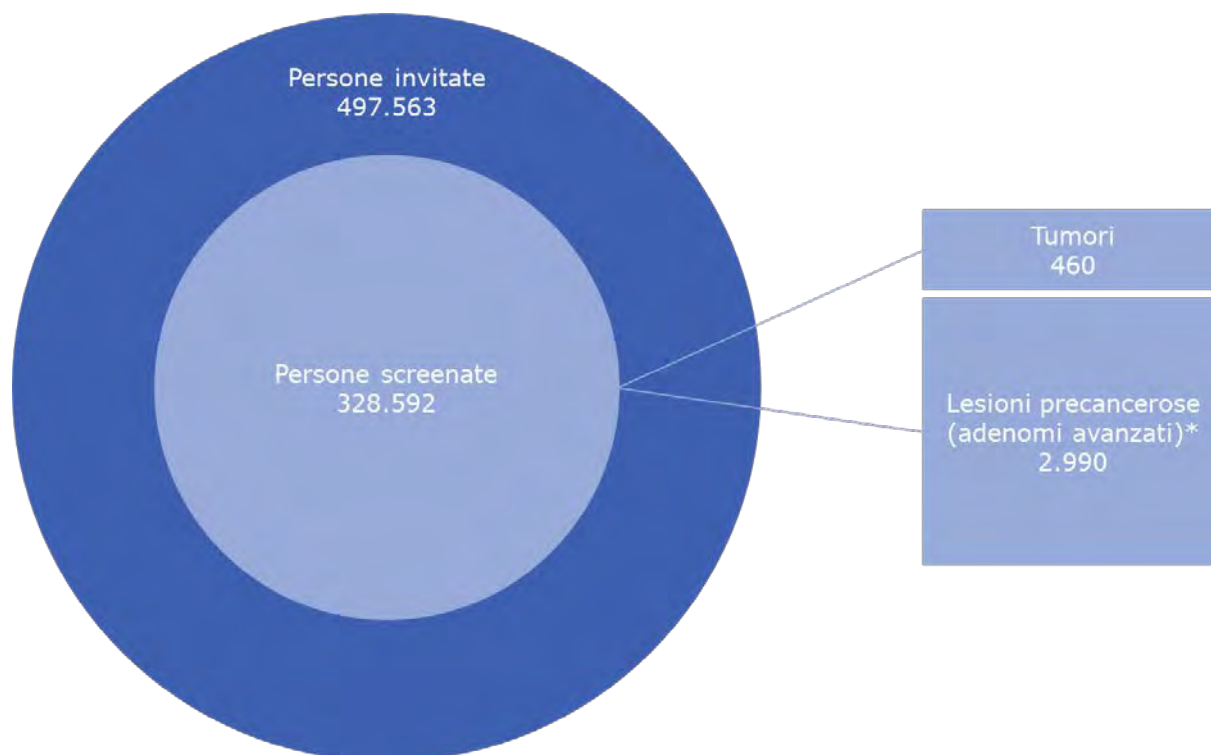
Figura 3.6 - Screening colon-rettale. Percentuali di estensione e adesione agli inviti.Veneto dal 2008 al 2013
(Fonte: Registro Tumori del Veneto)



- Nel 2013 si è registrato un incremento significativo dell'adesione all'invito, che è stata del 66%. Il dato del Veneto è tra i migliori a livello nazionale (adesione del 46,5% nel 2012) e prossimo allo standard desiderabile del GISCoR del 65%. I livelli di adesione raggiunti da quasi tutti i programmi sono soddisfacenti.
- L'adesione all'approfondimento è stabile (86,7% nel 2012) ed in linea con lo standard GISCoR (>85%).
- Gli indicatori di qualità della colonscopia sono positivi, anche se gli strumenti per valutare adeguatamente il secondo livello dello screening andrebbero ulteriormente arricchiti. Tale considerazione vale anche per i trattamenti.
- Rispetto agli anni precedenti, è sostanzialmente stabile il dato sui tempi di attesa per l'esecuzione della colonscopia di approfondimento (47% entro 30 giorni dall'esecuzione del test), che rimangono al di sotto degli standard di riferimento (>90%). Questo dato suggerisce l'opportunità di un investimento ulteriore di risorse, soprattutto per i servizi di Endoscopia.
- Complessivamente sono stati diagnosticati 460 carcinomi e 2.990 adenomi avanzati. Il tasso di identificazione per adenomi avanzati e cancro si colloca generalmente entro i valori attesi.
- I dati riportati dai programmi in relazione al trattamento ed alla stadiazione dei cancri diagnosticati dai programmi sono stati incompleti, riguardando circa i due terzi delle casistiche complessive.
- Il programma con rettosigmoidoscopia di Verona ha ottenuto un'adesione all'invito inferiore a quella degli altri programmi (37% nel 2012), compatibile con la proposta di un esame di screening fortemente invasivo. Nei soggetti che hanno effettuato l'esame, tuttavia, i tassi di identificazione di lesioni sono risultate più elevati di circa 3 volte rispetto ai soggetti esaminati con il test per la ricerca del sangue occulto fecale.

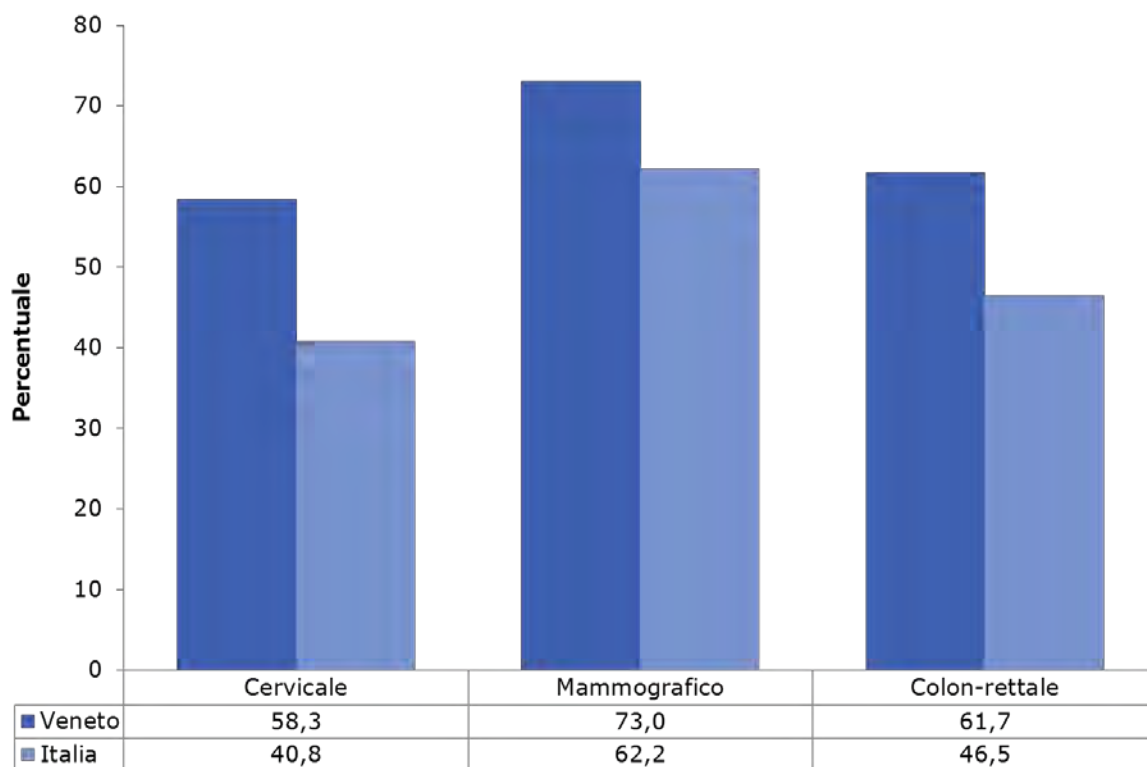
Possiamo concludere evidenziando l'alto livello di adesione agli inviti, registrato nel Veneto rispetto al contesto nazionale, per tutti tre gli screening (cervicale, mammografico e colon-rettale), che come si è detto fanno sì che l'esperienza della nostra Regione sia collocata tra le migliori sviluppate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

Figura 3.7 - Screening colon-rettale: persone invitate e screenate. Tumori e lesioni precancerose diagnosticati. Veneto 2012 (Fonte: Registro Tumori del Veneto)



* I tumori del colon-retto si distinguono in adenomi (forma benigna) e adenocarcinomi (forma maligna). Gli adenomi avanzati sono forme benigne dotate di potenziale di progressione verso l'adenocarcinoma.

Figura 3.8 - Screening cervicale, mammografico e colon-rettale. Percentuali di adesione agli inviti nel Veneto e in Italia nel 2012 (Fonte: Registro Tumori del Veneto)



Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1235 del 16 luglio 2013.](#) Recepimento dei documenti Ministeriali di sintesi delle più recenti evidenze scientifiche rispetto ad obiettivi di salute in particolare: Documento di indirizzo sullo screening per il cancro della prostata, Documento di indirizzo sullo screening per il tumore del polmone con CT scan a bassa dose e il Documento di indirizzo sull'utilizzo del test HPV - DNA come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2457 del 4 dicembre 2012.](#) Piano Regionale Prevenzione - anni 2010-2012. Impegno di spesa per terza annualità di finanziamento per i progetti "Programma per il contenimento delle malattie infettive prevenibili con vaccino attraverso strategie efficaci per il mantenimento delle coperture vaccinali e per la vaccinazione dei gruppi e categorie a rischio (codice 2.4.1) e Mantenimento ed estensione dei programmi di screening (codice 3.1.1).

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2356 del 16 dicembre 2013.](#) Programmi regionali di screening oncologici. Approvazione nuove linee guida riorganizzazione regionale screening e approvazione schema di convenzione con l'Istituto Oncologico Veneto (IOV) per la conduzione del Coordinamento Regionale Screening Oncologici. Impegno di spesa.

Approfondimenti

I programmi di screening oncologici del Veneto. Rapporto 2012-2013, Padova: CLEUP, 2014 (pubblicazione disponibile nel [sito Internet del Registro Tumori del Veneto](#)).

Gli indicatori utilizzati per il monitoraggio degli screening sono descritti in dettaglio nei seguenti documenti:

Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma (GISCi), [Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro del collo dell'utero](#). Manuale operativo. *EP Epidemiologia & Prevenzione*, supplemento al n.4/1999.

Gruppo Italiano Screening Mammografico (GISMa), [Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro della mammella](#). *EP Epidemiologia & Prevenzione*, supplemento 1 al n. 30 (2)/2006, pagine 5-9 e 11-47.

Gruppo Italiano Screening Colorettale (GISCOR), [Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening dei tumori colorettali](#). Manuale operativo. *EP Epidemiologia & Prevenzione*, supplemento 1 al n. 31 (6)/2007, pagine 1-56.

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Registro Tumori del Veneto

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Recapiti telefonici: 049 8778130

e-mail: registro.tumori@regione.veneto.it – centro.registrotumoriveneto@unipd.it

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

Sede: Rito Tre Ponti, n. 3494, Venezia

Recapiti telefonici: 0412791352-1353

e-mail: sanitapubblica@regione.veneto.it

3.4. Salute e Sicurezza negli Ambienti di Vita e di Lavoro

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

Allegato A. Paragrafo 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie. Sottoparagrafo 3.4.1. Aree prioritarie di intervento. Prevenire gli eventi infortunistici in ambito lavorativo e le patologie lavoro-correlate e Prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici. Pagine 86 e 90. La Regione del Veneto è impegnata nel garantire e tutelare la salute e sicurezza della popolazione nei diversi ambienti di vita e di lavoro. Il Piano Socio Sanitario rafforza un approccio fondato sull'interazione e la collaborazione tra i diversi attori istituzionali, il mondo produttivo e sociale.

Quadro di sintesi

Al fine di promuovere azioni di contrasto agli infortuni e alle malattie professionali sono state pianificate dalla Regione del Veneto una serie di attività svolte sul territorio dai Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS; questa attività si svolge anche attraverso la collaborazione strategica tra gli Enti pubblici aventi competenza in materia di tutela della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro rappresentati all'interno del *Comitato Regionale di Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro* (DPCM 21.12.2007 e art. 7 D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81) istituito in Veneto con Delibera della Giunta regionale n. 4182 del 30 dicembre 2008 e presieduto dal Presidente della Regione.

Nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento la Sezione Prevenzione svolge funzioni di coordinamento e supporto operativo.

133

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

Il Comitato Regionale di Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro (DPCM 21.12.2007 e art. 7 D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81) è stato istituito in Veneto con Delibera della Giunta regionale n. 4182 del 30 dicembre 2008, è presieduto dal Presidente della Regione.

Nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento (Co.Re.Co.) la Sezione Prevenzione svolge funzioni di coordinamento e supporto operativo anche alle attività dell'Ufficio Operativo, struttura di supporto del Co.Re.Co.

Si tratta di un organismo strategico con finalità di pianificazione e coordinamento delle attività degli Enti pubblici aventi competenza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, in condivisione con le Parti sociali ed in raccordo con gli indirizzi del Comitato di Coordinamento Nazionale di cui all'art. 5 del D.Lgs. 9 aprile 2009, n. 81, nell'ambito:

- della Promozione della salute,
- della Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali,
- della Vigilanza nei luoghi di lavoro,

dando attuazione ai contenuti del DPCM 17 dicembre 2007 "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome", relativamente alle attività di prevenzione negli ambienti di lavoro, costituenti i livelli essenziali assistenziali di settore.

Tali attività si inquadrano nell'ambito della programmazione generale del Piano Nazionale per la Prevenzione 2010–2012 (approvato con Intesa tra Stato-Regioni del 29 aprile 2010), prorogato fino al 31 dicembre 2013 con l'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013.

Con l'attività 2013, declinata nell'ambito delle azioni di sistema sopra individuate, il Comitato Regionale di Coordinamento del Veneto, ha perseguito l'obiettivo generale di ridurre gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali attraverso:

- la pianificazione delle attività di prevenzione in coordinamento tra Enti e parti sociali al fine di sviluppare interventi orientati all'incremento dei livelli di sicurezza e di protezione orientati secondo priorità epidemiologiche (edilizia, metalmeccanica, agricoltura, trasporti, amianto);
- la garanzia dei Livelli Essenziali Assistenziali (controllo del 5% delle unità locali con dipendenti), orientando le attività dei Servizi al contrasto dei rischi gravi, abbandonando pratiche di non documentata efficacia;
- il completamento del sistema Informativo regionale della prevenzione, condiviso tra Enti, partendo dai flussi informativi INAIL – Regioni su infortuni e malattie professionali;
- lo sviluppo di sistemi di sorveglianza orientati al monitoraggio dei lavoratori esposti a cancerogeni e delle malattie professionali misconosciute, ai fini di documentazione epidemiologica.

I Servizi di Prevenzione delle ULSS designate con Decreto del Presidente della Regione del Veneto n. 136 del 22 luglio 2009, svolgono compiti di direzione organizzativa dei Comitati Provinciali di Coordinamento (le relazioni di attività dei Comitati sono riportate nella parte quarta del presente documento).

Macroambiti di intervento:

- contrasto dei rischi mortali e gravi con interventi di prevenzione estesi a tutto il territorio nei comparti dell'edilizia e dell'agricoltura ed il controllo dell'organizzazione della sicurezza nelle imprese con più di 10 addetti (circa 5 % delle unità locali attive in Veneto) conformemente al D.Lgs. 81/08;
- sorveglianza sulle malattie professionali ed il miglioramento dell'efficacia delle indagini compresa la valutazione delle nuove forme di patologie correlate al lavoro (mal di schiena, disturbi articolari da posture incongrue o da movimenti ripetitivi, stress lavoro correlato);
- sorveglianza degli esposti ed ex esposti a cancerogeni, amianto e CVM, in relazione alle storiche specificità di rischio in aree industriali attive o dismesse (Porto Marghera), con vantaggi di utilità clinica (possibilità di efficace diagnosi precoce e controllo dello stato

- di salute), utilità preventiva (riduzione del rischio aggiuntivo), utilità etico-sociale (possibilità di informazione capillare e contatto individuale) e utilità medico-legale (tempestività di certificazione di malattia professionale);
- promozione del benessere organizzativo nei luoghi di lavoro nell'ottica del miglioramento della qualità e del benessere del lavoro anche quali fattori di competitività economica delle aziende;
 - promozione dello sviluppo dei Sistemi di Gestione della Sicurezza aziendale (SGS) nelle aziende;
 - promozione della cultura della sicurezza e della salute nei confronti dei lavoratori autonomi di comparti a rischio (edilizia, trasporti, legno, metalmeccanica, coltivatori diretti) attraverso azioni di sorveglianza sanitaria e di formazione.

Principali provvedimenti adottati nel 2013 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

Al fine di promuovere azioni di contrasto agli infortuni e alle malattie professionali sono state pianificate dalla Regione del Veneto una serie di attività svolte sul territorio dai Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) dei Dipartimenti di Prevenzione delle ULSS.

Con la DGR 1560/2013 è stata approvata la pianificazione annuale 2013 degli interventi di prevenzione, vigilanza, formazione e assistenza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro da svolgere in coordinamento tra gli Enti che compongono il Comitato Regionale ex art. 7 del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81.

Le indicazioni del Comitato art. 5 ai Comitati Regionali di Coordinamento - recepiti dalla Conferenza Unificata, nella seduta del 13 marzo 2013, con l'Intesa sugli "Indirizzi in materia di prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per l'anno 2013" - determinano quale macro-obiettivo dei Comitati Regionali di Coordinamento:

"il miglioramento della programmazione e la realizzazione del coordinamento della vigilanza in modo tale da assicurare che in ambito regionale, rispetto alla totalità dei controlli previsti, si raggiunga la soglia dell'80% di interventi di vigilanza effettuati in modo coordinato tra tutti i soggetti che operano sul territorio, con una percentuale ricompresa tra il 3% e il 5 % di interventi di vigilanza effettuati in maniera collegiale contemporanea da più soggetti, in particolare nei settori dell'edilizia e dell'agricoltura".

Gli interventi ispettivi sono stati orientati verso i comparti a rischio infortunistico come l'agricoltura, l'edilizia e al contrasto delle malattie professionali, osteoarticolari e neoplastiche in particolare, oltre che nell'ambito dei lavori negli ambienti confinati o sospetti di inquinamento e delle grandi opere.

Gli interventi ispettivi sono stati condotti secondo criteri di efficacia volti a privilegiare i profili sostanziali di sicurezza e salute, evitando doppi controlli e sovrapposizioni o appesantimenti puramente formali, privi di efficacia preventiva.

I Comitati Provinciali di Coordinamento hanno individuato gli ambiti delle specifiche competenze di intervento delle varie Amministrazioni provvedendo anche allo scambio reciproco di informazioni relative agli interventi effettuati e quelli programmati.

Tabella 3.1 – Obiettivi dell'attività di vigilanza congiunta - Anno 2013

DTL/SPISAL	Belluno	Padova	Rovigo	Treviso	Venezia	Verona	Vicenza	Totale
Edilizia (N° cantieri)	41	40	9	50	60	50	-	250
Siti confinati	4	15	1	10	10	10	-	50
Agricoltura	-	-	2	-	15	-	2	19
Eventi	2	7	-	-	15	-	1	25
Ambiti vari a seguito di segnalazioni	-	-	8	4	-	4	3	19
Altro*	8	18	3	10	-	10	4	53
Tot. DTL/SPISAL	55	80	23	74	100	74	10	416
Altri enti/SPISAL	25	35	10	32	45	32	5	184
Totale	80	115	33	106	145	106	15	600

Per assicurare l'erogazione del Livello Essenziale di Assistenza (LEA) regionale, e aggiuntivo rispetto ai LEA nazionali con DGR 964/2013 è stata finanziata l'attività di sorveglianza sanitaria sugli ex lavoratori residenti nella Regione Veneto esposti ad amianto in occasione di lavoro.

La DGR 1139/2013 approva la partecipazione della Regione Veneto al Progetto "Sperimentazione e validazione di un protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ed esposti ad amianto, ai sensi dell'art. 258 D. Lgs. 81/08" finanziato dal Ministero della salute nell'ambito del programma CCM 2012, la DGR 2011/2013 formalizza l'adesione al Progetto di ricerca "Sviluppo di un sistema integrato per la sorveglianza sanitaria di esposti ed ex esposti ad amianto" finanziato da INAIL, e le DGR 1234/2013 e 1561/2013 l'adesione al Progetto "Integrazione fra Sistemi di gestione sul tema della salute e sicurezza e rischio clinico nelle strutture del SSN" cofinanziato da INAIL e Ministero della Salute e a progetti finanziati da altri Enti.

Con le DGR 1232/2013 e 1233/2013 è stata stanziata una quota consistente delle entrate per finanziare progetti per il miglioramento dei sistemi di gestione della sicurezza all'interno di imprese con sede nel territorio regionale sia agricole che edili e aziende di tutti i comparti economici, in applicazione dell'art. 8 comma 1 bis della L.R. 23/07 (nel testo vigente prima delle modifiche apportate dalla L.R. 43/12), mentre si è assicurato il potenziamento dei Servizi delle ULSS Con il DDR 51/2013, la DGR 1138/2013 e la DGR 2073/2013.

Con la DGR 1528/2013 è stato approvato il programma di formazione sulla salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro e con la DGR 2148/2013 definite le linee di indirizzo per la pianificazione delle attività formative e informative da realizzare nel triennio 2014-2016; il piano verrà dettagliato di anno in anno e mira a formare i lavoratori e i giovani sui temi della sicurezza.

In vista della programmazione e del finanziamento dei Programmi Regionali operanti nel settore della sicurezza sul lavoro le DGR 1760/2013 e DGR 2012/2013 definiscono i piani di attività e finanziari per il triennio 2013-2015 del Programma Regionale per l'ergonomia occupazionale e del Programma Regionale per l'epidemiologia occupazionale in modo da garantire il monitoraggio degli infortuni e delle malattie professionali.

Con la DGR 1678/2013 si è provveduto a garantire l'attuazione del Progetto "InOltre, la salute dell'imprenditore" finalizzato all'attivazione di un Numero Verde Regionale e di un Punto di Ascolto per il supporto psicologico agli imprenditori in crisi, unico progetto in Italia di questo tipo.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1139 del 05 luglio 2013](#). Programma 2012 del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM). Progetto "Sperimentazione e validazione di un protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ed esposti ad amianto, ai sensi dell'art. 258 D. Lgs. 81/08". CUP H78G12000270001. Attribuzione incarico di referente scientifico e assegnazione finanziamento.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1234 del 16 luglio 2013](#). Programma attuativo degli articoli 12 e 12 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Bando Ricerca Sanitaria Finalizzata 2008. Adesione al progetto INAIL "Integrazione fra Sistemi di gestione sul tema della salute e sicurezza e rischio clinico nelle strutture del SSN" e attribuzione delle funzioni di coordinamento amministrativo

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1560 del 03 settembre 2013](#). Art. 7 D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 - Programmazione coordinata degli interventi di prevenzione, vigilanza, formazione e assistenza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, anno 2013.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2011 del 04 novembre 2013](#). Progetto INAIL "Sviluppo di un sistema integrato per la sorveglianza sanitaria di esposti ed ex esposti ad amianto" Adesione e approvazione convenzione.

[Decreto del Presidenza del Consiglio dei Ministri 21 dicembre 2007](#). Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

[Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81](#). Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

3.5. Monitoraggio ambientale e mappatura dei rischi

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

Allegato A. Paragrafo 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie. Sottoparagrafo 3.4.1. Aree prioritarie di intervento. Prevenire gli eventi infortunistici in ambito lavorativo e le patologie lavoro-correlate e Prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici. Pagine 86 e 90. La Regione del Veneto è impegnata nel garantire e tutelare la salute e sicurezza della popolazione nei diversi ambienti di vita e di lavoro. Il Piano Socio Sanitario rafforza un approccio fondato sull'interazione e la collaborazione tra i diversi attori istituzionali, il mondo produttivo e sociale.

Quadro di sintesi

All'interno dell'attività assicurata dalla Regione del Veneto nell'ambito della tutela della salute si inserisce il monitoraggio del rischio indotto da agenti fisici naturali ed artificiali.

In particolare il controllo dei cantieri di bonifica dell'amianto rappresenta, da questo punto di vista, un'attività ispettiva di primaria importanza in ambito regionale.

Altre linee di intervento sono rappresentate dal monitoraggio del gas Radon, i cui potenziali effetti dannosi sulla salute umana sono ampiamente documentati, dalle misure delle emissioni elettromagnetiche nel settore delle comunicazioni elettroniche e dalla valutazione delle dosi alla popolazione conseguenti ad esposizioni radiologiche a scopo medico.

L'impiego dei prodotti fitosanitari è attentamente monitorato nell'ambito del complessivo anno intervento di prevenzione.

Nell'anno 2013 è stato rafforzato il sistema regionale REACH (Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemical substances), con l'obiettivo di migliorare la tutela della salute, attraverso il controllo sull'utilizzo delle sostanze chimiche sul territorio della Regione.

Attività di bonifica amianto

Le imprese che realizzano interventi di bonifica su materiali contenenti amianto, redigono piani di lavoro che presentano agli SPISAL e, sulla base dell'art. 9 del D.Lgs. 257/92, una relazione sull'attività di bonifica svolta inviandone copia entro il mese di febbraio di ogni anno, ai servizi territoriali SPISAL e alla Regione nel cui territorio sono stati realizzati gli interventi.

Dai dati forniti attraverso i piani e dalle relazioni si rilevano tra l'altro, informazioni circa i tipi e i quantitativi di amianto oggetto dell'attività di bonifica ed i dati relativi agli addetti che hanno preso parte alle stesse. Tali dati rappresentano uno strumento di osservazione relativo agli interventi realizzati e alle quantità di amianto rimosso, consentendo analisi ed approfondimenti rispetto alle condizioni di rischio lavorativo.

Accanto alle informazioni ottenibili dalle relazioni di cui al citato art. 9 della L. 257/92, sono alimentate due specifiche raccolte:

- una raccolta relativa alle ditte che operano nel settore della bonifica;
- un elenco relativo a tutto il personale in possesso di idoneità gestionale e operativa per la bonifica dell'amianto presente nel territorio regionale.

L'elaborazione dei dati consente la conoscenza:

- del numero di aziende con sede nel Veneto e quelle provenienti da altre regioni che svolgono attività di bonifica nel territorio regionale;
- delle quantità complessive di amianto rimosso in matrice friabile ed in matrice compatta;
- delle caratteristiche della forza lavoro impiegata;
- dei tempi di esposizione degli addetti.

I dati relativi al personale adibito ad attività di bonifica rappresenta un insieme organizzato di informazioni utili alla condivisione fra Enti (ad es. INAIL) o con altre banche-dati (Registro Regionale Mesoteliomi).

Sono state inoltre considerate le informazioni ottenibili dai piani di lavoro ex art. 256 D.Lgs 81/08 che vengono, prima degli interventi di bonifica, inviati dalle aziende agli SPISAL e da quest'ultimi registrate con il sistema informativo PREV-NET.

Vengono di seguito riportati alcuni elementi di sintesi raccolti dai servizi per l'anno 2013.

Tabella 3.2 - Attività relative alla prevenzione delle patologie da amianto

Attività relative alla prevenzione delle patologie da amianto	Unità
N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto (ex art. 256 punto 2 D. Lgs. 81/08) e N° notifiche (ex art. 250 D. Lgs. 81/08)	8.243
N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto friabile	231
Numero totale di cantieri amianto ispezionati	1.105
di cui numero di cantieri ispezionati per amianto friabile	171
Numero cantieri amianto sanzionati per violazioni al Titolo IX, Capo III	44
Numero misurazioni periodiche della concentrazione di fibre di amianto nell'aria del luogo di lavoro	419
Numero totale campionamenti ambientali effettuati dallo SPISAL	49
Numero misurazioni con superamento del Valore Limite di concentrazione delle fibre di amianto nell'aria di cui all'art. 254 D.Lgs. 81/08	2

La raccolta dei dati forniti dalle imprese che eseguono degli interventi di bonifica e trasporto amianto costituisce un indicatore di salute e sensibilità ambientale al problema amianto e un elemento di osservazione statistica sull'andamento-evoluzione dell'orientamento alla dismissione del materiale.

Gas Radon

Il radon, quale gas naturale radioattivo, fuoriesce dal terreno miscelandosi con l'aria in atmosfera. All'interno invece di ambienti chiusi tende a concentrarsi raggiungendo livelli

anche elevati. Tale gas si caratterizza per l'emissione di radiazioni ionizzanti che, in quanto tali, possono costituire un potenziale danno per la salute, soprattutto per i fumatori. E' infatti stato ampiamente dimostrato un effetto sinergico tra la presenza di radon e fumo di sigaretta, con un aumento significativo dei rischi per la salute per i fumatori a causa dell'effetto combinato dei due agenti inquinanti.

Proprio per contrastare gli effetti dannosi dell'esposizione nell'ambito della programmazione regionale e quindi del Piano Regionale Prevenzione, anche sulla scorta delle previsioni legislative nazionali di riferimento (D.Lgs. n. 230/1995 e s.m.i.) è stato avviato uno specifico progetto di monitoraggio della concentrazione di tale gas negli edifici scolastici adibiti ad asili nido e scuole materne, pubblici e privati, nei Comuni capoluogo di Provincia non monitorati in campagne di misura condotte negli anni precedenti.

Nel corso del 2013 sono stati portati a termine nei Comuni coinvolti i ritiri di tutti i dispositivi di misura del radon posizionati nel corso del biennio precedente, per un totale di strutture scolastiche sottoposto a controllo pari a n. 259.

Nel dettaglio, nella tabella sotto riportata (Tabella 3.3) sono evidenziati i Comuni e il numero di scuole interessate al monitoraggio.

Tabella 3.3 - Scuole interessate al monitoraggio

Comune	Numero scuole monitorate
Padova	89
Treviso	35
Verona	135

Per ciascun edificio scolastico sono stati oggetto di verifica un determinato numero di locali tramite misurazioni di durata annuale realizzate mediante due rilevazioni semestrali consecutive. I punti di monitoraggio controllati sono stati complessivamente oltre 1000.

Al termine di ciascun semestre i dosimetri sono stati prelevati e sottoposti ad analisi presso il Centro regionale Radioattività di ARPAV a Verona. Le analisi dei dosimetri e la validazione dei dati sono ancora in corso e verranno completati entro il 30 giugno 2014, i dati saranno comunicati alle scuole per le azioni di mitigazione degli effetti dell'esposizione sulla salute e pubblicati sui siti web di Regione Veneto e di ARPAV.

Il legislatore regionale veneto è intervenuto in questa materia nel corso del 2013 con uno specifico provvedimento legislativo, la legge n. 20 del 23 luglio avente ad oggetto "Prevenzione e salvaguardia dal rischio radon" e con tale normativa è stata prevista l'adozione di un dettagliato "*Piano regionale di prevenzione e riduzione dei rischi connessi all'esposizione al gas radon*" a tutela della salute dalle conseguenze derivanti da esposizione ad elevate concentrazioni di gas radon negli edifici.

Inquinamento elettromagnetico

L'espressione "inquinamento elettromagnetico" si riferisce ai campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici prodotti dagli impianti per comunicazioni elettroniche (radio, Tv e telefonia cellulare), dagli impianti per il trasporto e la trasformazione dell'energia elettrica (elettrodotti e cabine di trasformazione/ sottostazione) e da ogni dispositivo che necessita di un'alimentazione di rete elettrica per poter funzionare (ad esempio gli elettrodomestici).

In questo settore la normativa di riferimento è costituita dalla Legge n. 36 del 22/02/2001 "Legge quadro sulla protezione dalle esposizioni a campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici" e dai relativi due DPCM attuativi dell'08/07/2003, con i quali sono stati fissati, a livello nazionale, precise soglie di riferimento per le emissioni di campo elettromagnetico per la protezione della popolazione dall'esposizione ai predetti campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici generati dalle alte e basse frequenze.

Nel corso del 2013, per il tramite di ARPAV, sono stati conclusi tutti i monitoraggi previsti in tale settore da due specifici Progetti del Piano Regionale Prevenzione provvedendo, nel dettaglio, per ciò che attiene all'ambito delle teleradiocomunicazioni, all'effettuazione di 42 monitoraggi in continuo (1 mese) presso predeterminati siti critici ove sono allocate stazioni radio-base per la telefonia cellulare, mentre per ciò che attiene all'ambito delle cabine di trasformazione dell'energia elettrica sono state completate 31 campagne di misura in altrettanti edifici scolastici ove presenti le cabine in questione, (prevalentemente scuole superiori), e 4 campagne all'interno di abitazioni private.

La situazione nel corso del 2012 era nei limiti della norma, nel corso del 2013 è stato riscontrato un solo caso di superamento dei parametri di legge per il quale è in corso la procedura di riduzione a conformità.

Nella tabella seguente è riportato il numero di impianti di telefonia mobile per Provincia ed il totale per la Regione, aggiornato al 31/12/2012 e al 31/12/2013 (Tabella 3.4), relativo alle stazioni radio-base attive per la telefonia cellulare.

Tabella 3.4 - Stazioni radio-base attive al 31 dicembre 2012 e al 31 dicembre 2013

Provincia	N° stazioni radio-base - 2012	N° stazioni radio-base - 2013
Belluno	412	385
Padova	964	1.032
Rovigo	307	315
Treviso	852	873
Venezia	904	932
Verona	1.003	1.018
Vicenza	873	899
Totale	5.315	5.454

Nella tabella seguente è riportato il numero di interventi regionali, effettuati per il tramite di ARPAV, nell'anno 2012 e nell'anno 2013, nel settore degli impianti di telefonia mobile (Tabella 3.5).

Tabella 3.5 - Numero di interventi regionali, effettuati per il tramite di ARPAV, nell'anno 2012 e nell'anno 2013, nel settore degli impianti di telefonia mobile

Anno	2012	2013
N° interventi di controllo tramite valutazioni modellistiche	24	35
N° interventi di controllo sperimentali	112	133
N° complessivo punti di misura	380	287
N° complessivo punti di misura con monitoraggio continuo superiore a 24 h	102	131
N° complessivo giorni di monitoraggio continuo	2.746	3.055

Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi agli impianti radiotelevisivi presenti nel territorio regionale, aggiornati al 31 dicembre 2012 e al 31 dicembre 2013 (Tabella 3.6). Per impianto si intende l'insieme delle antenne e tralicci che concorrono a trasmettere ad una data frequenza.

Tabella 3.6 - Impianti radiotelevisivi presenti nel territorio regionale, aggiornati al 31 dicembre 2012

Anno	2012		2013	
Provincia	Siti	Impianti RTV	Siti	Impianti RTV
Belluno	135	650	145	660
Padova	21	180	21	178
Rovigo	25	49	22	43
Treviso	48	165	48	165
Venezia	29	51	25	47
Vicenza	136	569	136	569
Verona	110	466	110	466
Totale	504	2.130	507	2.128

Nella tabella seguente è riportato il numero di interventi regionali, effettuati per il tramite di ARPAV, nell'anno 2012 e nell'anno 2013 (Tabella 3.7), nel settore degli impianti radiotelevisivi.

Tabella 3.7 - Numero di interventi regionali, effettuati per il tramite di ARPAV, nell'anno 2012 e nell'anno 2013, nel settore degli impianti radiotelevisivi

Anno	2012	2013
N° interventi di controllo sperimentali	69	25
N° complessivo punti di misura	297	135
N° complessivo punti di misura con monitoraggio continuo superiore a 24 h	50	15
N° complessivo giorni di monitoraggio continuo	2.263	604

Valutazione delle dosi alla popolazione conseguenti ad esposizioni radiologiche a scopo medico (indagini e trattamenti con radiazioni ionizzanti)

Con il Decreto Legislativo n. 187 del 26/05/2000, attuativo della Direttiva 97/43 Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche, il legislatore ha sottolineato la necessità di valutazioni periodiche di dose alla popolazione per indagini mediche. Nello specifico ha previsto che le Regioni, con cadenza quinquennale, comunichino al Ministero della Salute le valutazioni delle esposizioni a scopo medico con riguardo alla popolazione regionale e a gruppi di riferimento della stessa.

In ottemperanza a quanto sopra, la Regione Veneto, attraverso la predisposizione di adeguate schede, ha provveduto, nel corso del 2012, alla raccolta dei dati presso le Aziende Sanitarie dei parametri di esposizione per le varie indagini mediche che utilizzano radiazioni ionizzanti riferite all'anno 2011, con l'obiettivo di stimare la dose efficace per prestazione medica ponderata sulla tipologia e numero di esami radiodiagnostici.

Al termine della raccolta dei dati in questione, della loro elaborazione e validazione ad opera della Commissione Consultiva Regionale per la Radioprotezione operante, sin dall'anno 2001, con il coordinamento della Sezione Regionale Prevenzione e Sanità Pubblica, è stato predisposto un documento, trasmesso al Ministero della Salute, con il quale, concordemente a quanto riportato da ICRP 103, viene fornita la stima di dose efficace per prestazione.

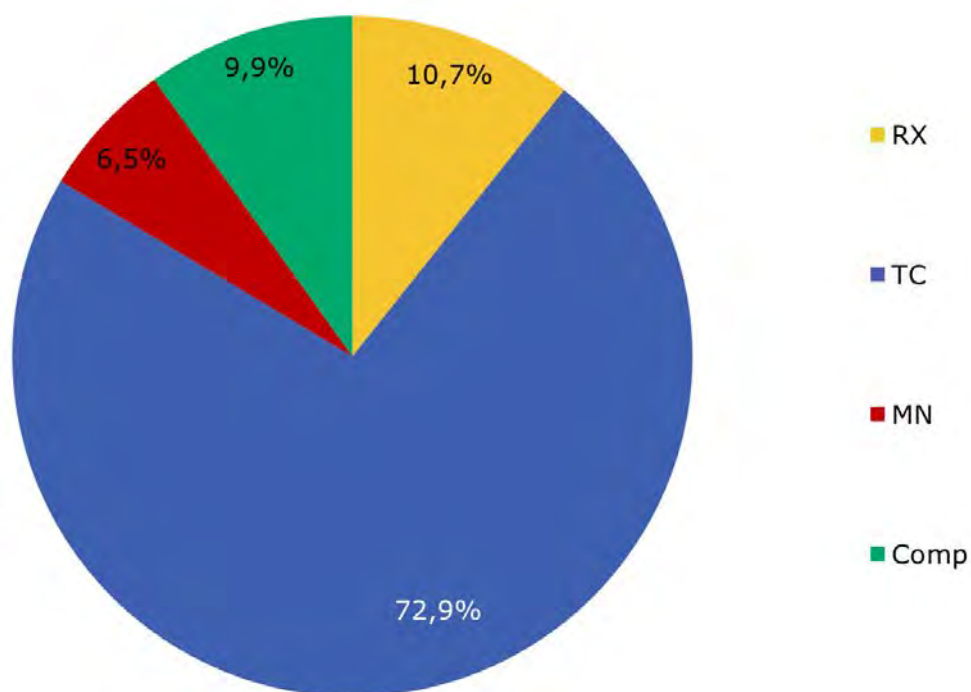
Il valore finale indicato va inteso come valore indicativo per avere coscienza delle procedure mediche adottate nelle diverse strutture regionali, e ottenere un suggerimento nell'ambito del processo di ottimizzazione previsto dai principi cardine della radioprotezione.

Raccogliendo i dati dalle sopracitate schede compilate dalle Aziende Sanitarie, sono stati stimati i contributi di dose efficace per tipologia d'esame suddivisi per ULSS. Ponderando tutti i contributi di dose efficace suddivisi per tipologia d'esame, si può ottenere una stima totale a livello regionale come riportato nella seguente Tabella (Tabella 3.8).

Tabella 3.8 - Suddivisione dei contributi di dose efficace per tipologia d'esame

Tipologia d'esame	N° Tot.	Percentuali	Dose efficace mSv
RX	1.396.890	76,9%	0,25
TC	310.540	17,1%	7,53
MN	51.534	2,8%	4,07
Comp	57.851	3,2%	4,45
Totale regionale	1.816.815	100,0%	1.80 ± 0.40

I contributi percentuali in termini di prestazioni e peso sul calcolo della dose efficace totale sono evidenziati nel grafico a seguire.

Figura 3.9 - Contributo percentuale alla dose efficace regionale suddiviso per tipologia d'esame

Il rischio per la salute da prodotti fitosanitari

L'impiego dei prodotti fitosanitari è attentamente considerato nell'ambito del complessivo intervento di prevenzione sanitaria adottato dalla Regione del Veneto.

Si tratta, a riguardo, di sostenere iniziative efficaci affinché siano rispettate puntualmente le disposizioni che, a partire dall'U.E. e quindi dai vari livelli istituzionali, sono poste a difesa della salute, in relazione ai contesti di vendita ed impiego dei prodotti fitosanitari.

I Dipartimenti di Prevenzione sono impegnati infatti nell'attività di vigilanza sanitaria nei settori in questione, sulla base di una programmazione annuale adottata a livello regionale.

Nella Regione del Veneto, attraverso le annuali dichiarazioni di vendita, è inoltre considerata la quantità di prodotti fitosanitari venduti nel territorio regionale. I dati più aggiornati, relativi al 2012, evidenziano complessivamente, attestandosi appena al di sotto dei 15 milioni di chilogrammi, una leggera diminuzione del quantitativo venduto rispetto all'anno precedente. L'esame degli stessi dati di vendita consente di distinguere i quantitativi di prodotto venduto secondo la classe di pericolosità dei prodotti fitosanitari e, in tal senso, i prodotti più pericolosi rappresentano meno del 10% del totale venduto. Tuttavia, conoscenza ed analisi circa l'articolazione territoriale del fenomeno della vendita dei prodotti fitosanitari permettono di individuare, area per area, gli interventi di prevenzione e tutela della salute.

Tali interventi nel 2013 si sono esplicitati adottando mirate e particolari modalità di controllo sanitario, in relazione allo specifico contesto, ma anche attraverso un'azione di sensibilizzazione ed informazione a favore degli operatori sui comportamenti più idonei volti a garantire le buone pratiche agricole, sia a difesa della salute delle persone, sia nell'intento di ridurre il quantitativo di prodotto fitosanitario complessivamente impiegato.

Il rischio chimico

Nell'anno 2013 è stato ulteriormente rafforzato il sistema regionale REACH (Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemical substances), con l'obiettivo di migliorare la tutela della salute, attraverso la razionalizzazione ed il controllo delle sostanze chimiche sul territorio della regione.

Mentre infatti è stato completato il percorso di formazione destinato a garantire la preparazione di personale delle ULSS con competenza in materia REACH, si è provveduto ad attuare il "Piano regionale dei controlli REACH – Anno 2013" per lo svolgimento dell'attività di vigilanza secondo i protocolli stabiliti dall'ECHA (Agenzia Europea per le sostanze chimiche).

Pertanto, dopo i controlli effettuati nel 2011 e nel 2012, sono stati svolti nel 2013 controlli presso imprese produttrici e/o importatrici di sostanze chimiche secondo i Progetti ECHA REF-1, REF-2 e REF-3, in modo uniforme su tutto il territorio regionale e corrispondendo all'esigenza di garantire la tutela della salute e verificare situazioni particolari, in seguito a segnalazioni pervenute a livello regionale.

Tutti i controlli effettuati si sono conclusi senza rilevare irregolarità.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

3.6. Veterinaria e Sicurezza alimentare

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

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

I principali Livelli Essenziali di Assistenza nell'area sono mutuati dagli obiettivi stabiliti di recente dall'Unione Europea con lo scopo di assicurare un alto livello di sicurezza alimentare e la salute e del benessere degli animali, attraverso l'adozione della strategia "dal campo alla tavola" che copre tutti i settori della catena alimentare, inclusa la produzione di mangimi, la produzione primaria di alimenti, la loro lavorazione, immagazzinamento, trasporto e commercio, inclusa la vendita al dettaglio.

Quadro di sintesi

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

Sanità animale

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 dell'anno 2013 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, sulla base di quanto disposto dalla Direttiva 64/432/CEE, coniugando gli obiettivi di risparmio della spesa pubblica con quelli di miglioramento dell'attività di controllo e in considerazione anche del fatto che la Regione del Veneto ha acquisito negli anni precedenti la qualifica di Regione Ufficialmente indenne per leucosi e brucellosi bovina e ovicaprina e per tubercolosi bovina. Il test per la tubercolosi bovina viene effettuato, nel 100% degli allevamenti, con cadenza quadriennale: essendo stato effettuato, l'ultima volta, nel 2011, il prossimo controllo avverrà nel 2015. Nel corso del 2013, comunque, sono stati effettuati dei test per TBC negli allevamenti di bovini considerati "a rischio" (es. per frequenza introduzioni di capi da aree non indenni dalla malattia, etc.), come anche controlli post-mortem nei bovini alla macellazione per la verifica di eventuali lesioni tubercolari (come previsto dalla normativa).

In base ai suddetti Piani, i Servizi Veterinari delle ULSS del Veneto hanno effettuato, nel corso del 2013, i seguenti campionamenti:

- BRC bovina: sono stati testati (mediante prove sierologiche e/o esame sul latte sfuso) n. 1.514 allevamenti, per un totale di n. 53.902 bovini; sono stati inoltre analizzati per BRC 397 aborti.
- LBE: sono stati testati (mediante prove sierologiche e/o esame sul latte sfuso) n. 1.499 allevamenti, per un totale di n. 52.257 bovini.
- BRC ovi-caprina: sono stati testati (sierologicamente) n. 1.046 allevamenti, per un totale di n. 40.205 animali.

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

- TBC bovina: sono stati testati n. 162 allevamenti, per un totale di n. 12.715 animali. Le uniche positività rilevate (22 animali, allevati in 12 aziende) hanno riguardato bovini da carne di provenienza extra-regionale o estera.

Piani di controllo Salmonellosi:

- Polli da carne: sono stati controllati n. 84 gruppi di volatili, dei quali nessuno è stato trovato positivo per sierotipi di Salmonella rilevanti per la Sanità Pubblica (SE/ST) e altri 5 positivi per sierotipi salmonellari non rilevanti;
- Polli da riproduzione: sono stati controllati n. 212 gruppi di volatili, dei quali nessuno è stato trovato positivo per SE/ST e altri 3 positivi per sierotipi salmonellari non rilevanti;
- Ovaiole: sono stati controllati n. 174 gruppi di volatili, dei quali 2 sono stati trovati positivi per SE/ST e altri 20 positivi per sierotipi salmonellari non rilevanti;
- Tacchini: sono stati controllati n. 107 gruppi di volatili, dei quali nessuno è stato trovato positivo per SE/ST e altri 10 positivi per sierotipi salmonellari non rilevanti.

Piano regionale Malattia di Aujeszky: In totale, sono state sottoposte a controllo sierologico 471 aziende, delle quali 25 sono risultate positive. Considerando le positività riscontrate nell'abito degli allevamenti da riproduzione a ciclo aperto, a ciclo chiuso e da ingrasso con capacità potenziale superiore a 30 capi, la prevalenza totale riscontrata nel territorio regionale è pari al 5,3%.

Il Piano di sorveglianza WND in Veneto ha previsto, come di consueto, sia un'attività di sorveglianza (attiva e passiva) negli equidi, sia un'attività di sorveglianza entomologica (con cattura di insetti in determinati siti). Il Piano ha permesso di rilevare, in Veneto, 17 aziende di equidi positive per il virus WND, per un totale di 25 equidi positivi. Inoltre, nel corso del 2013 sono state attivate in totale 54 trappole con raccolta delle zanzare quindicinale o settimanale a seconda della situazione epidemiologica dell'area. In totale sono state catturate 302.241 zanzare, rappresentate per l'84,54% da *Culex pipiens*.

Il Piano di controllo della Blue Tongue (BT) viene effettuato soprattutto per l'importanza economica della malattia, soprattutto per la movimentazione di animali. A questo riguardo la Regione del Veneto ha scelto di effettuare il campionamento per la BT,

laddove possibile, a livello di macello e non in allevamento, per razionalizzare le risorse umane e non penalizzare gli allevatori. Nel 2013 non si sono rilevate positività al virus. Per il controllo delle malattie infettive particolare importanza è stata posta alla verifica dei controlli per l'anagrafe zootecnica che garantiscono la tracciabilità delle movimentazioni necessarie il tracing back in caso di focolaio. Nel 2013 sono stati effettuati 680 controlli negli allevamenti bovini, 147 negli allevamenti suini e 145 in quelli ovicaprini. Non conformità sono state rilevate solo in allevamenti bovini (76).

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 2013 sono state effettuate 7.195 ispezioni in allevamento, presso grossisti di farmaci, farmacie e parafarmacie. Sono state elevate 11 sanzioni amministrative. Per il PNR sono stati invece effettuati 8.669 campionamenti in allevamento e presso i macelli e sono state rilevate 24 non conformità. Per razionalizzare le risorse è stato inoltre concordato, congiuntamente con l'ente pagatore regionale dei Premi Comunitari (AVEPA), uno specifico piano di monitoraggio, che prevedeva controlli sulla corretta tenuta dei registri aziendali del farmaco veterinario e sulla gestione dello stesso eseguiti su un campione di 654 allevamenti (atto B11).

Alimentazione animale

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 2376 ispezioni presso operatori primari e altri operatori registrati ai sensi del Regolamento (CE) 183/2005. Sono state riscontrate 122 non conformità di vario genere che hanno comportato l'emissione di 9 sanzioni amministrative e una denuncia all'autorità giudiziaria.

L'importanza che sempre più sta assumendo l'azione di controllo sul benessere animale, con la recente normativa introdotta dalla UE, consente indiscutibili benefici agli animali, ma anche di elevare, in ultima analisi, la qualità degli alimenti di origine animale e loro derivati ricavati dagli stessi animali. I Servizi Veterinari delle ULSS nell'anno 2012 hanno effettuato 1365 controlli, rilevando un totale di 458 prescrizioni ed elevando 6 sanzioni. Sempre nel 2012, per quanto riguarda il trasporto degli animali sono stati ispezionati 740 veicoli adibiti al trasporto commerciale di animali, riscontrando 30 infrazioni al regolamento (CE) 1/2005.

Sicurezza alimentare

Nel campo della Sicurezza Alimentare si sta sempre più consolidando, al fine di prevenire le patologie cronico-degenerative e relative complicanze, la promozione di stili di vita sani, legati a una corretta alimentazione che prevenga e contrasti l'obesità, particolarmente quella infantile. Questo viene condotto con Programmi e Progetti di formazione/informazione che consentano di attuare il cambiamento attraverso una diversa modalità di concepire ed applicare le strategie di prevenzione.

Nel campo della prevenzione delle malattie determinate dagli alimenti, la recente normativa sanitaria europea facente capo per gran parte al cosiddetto "Pacchetto Igiene" ha segnato una svolta nella programmazione e implementazione dei controlli ufficiali sugli Operatori del Settore Alimentare (O.S.A.). Il Regolamento (CE) n. 882/2004 prevede che l'esecuzione dei controlli ufficiali sia effettuata sulla base dell'analisi del rischio, con l'esecuzione di controlli innovativi quali l'Audit di settore, introducendo anche l'Audit atto a verificare l'efficacia del sistema di controllo posto in essere dalle Autorità Competenti (A.C.) designate (Audit di sistema).

Le azioni a tutela del consumatore sono state negli anni ridefinite sulla base dei rischi alimentari emergenti, tra i quali: il pericolo di assunzione di parassiti con prodotti della pesca consumati crudi, la contaminazione chimica di origine ambientale degli alimenti, l'impiego di additivi e di integratori. Si è proceduto, inoltre, a garantire la sicurezza igienico sanitaria degli alimenti provenienti da piccole produzioni locali attraverso la definizione di un modello di standard igienico-sanitario per le filiere fragili, la rintracciabilità e l'etichettatura degli alimenti. La gestione di problematiche sanitarie in materia di igiene degli alimenti, in armonia con quanto previsto dalle strategie nazionale e comunitarie, è uno dei compiti assolti dalla Regione del Veneto.

La verifica dell'applicazione dei Regolamenti Comunitari in materia di igiene degli alimenti e l'esecuzione di quanto previsto in applicazione delle procedure del sistema di allerta comunitario sono attività di rilievo anche nel 2013. In particolare gli Uffici preposti della Regione del Veneto hanno indirizzato e coordinato l'azione dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.) e dei Servizi Veterinari delle ULSS del Veneto, dei Laboratori dell'Agenzia Regionale per la Prevenzione e la Protezione Ambientale del Veneto (A.R.P.A.V.) e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (I.Z.S.) delle Venezie, che adempiono alle varie fasi del controllo ufficiale degli alimenti in applicazione delle loro specifiche funzioni istituzionali, le attività di pertinenza vanno dall'effettuazione dei sopralluoghi presso le strutture e gli impianti della "filiera alimentare", all'esecuzione delle analisi sugli alimenti prodotti, commercializzati, somministrati, da tali strutture. L'emanazione da parte della Regione del Veneto del Piano Regionale Integrato dei Controlli (P.R.I.C.) 2011-2014 – Annualità 2013 – ha garantito lo svolgersi dell'*attività di controllo ufficiale degli alimenti* in maniera più efficace e coordinata.

Tabella 3.9 – Controllo ufficiale dei prodotti alimentari: analisi dei campioni di alimenti. Veneto 2013
(Fonte: Regione del Veneto)

Prodotti	Numero campioni	Numero campioni irregolari
Carne, prodotti a base di carne, cacciagione, pollame	1.444	60
Cereali e prodotti della panetteria	1.543	24
Lattiero caseari	1.244	7
Piatti preparati	825	10
Frutta e verdura	651	6
Pesci, crostacei, molluschi	812	21
Materiali destinati al contatto con gli alimenti	118	0
Bevande non alcoliche	255	0
Zuppe, brodi, salse	241	1
Uova e ovo prodotti	108	0
Gelati e dessert	210	0
Erbe, spezie, caffè, the	221	0
Altri alimenti	96	0
Prodotti destinati ad una alimentazione particolare	192	0
Vino	209	2
Grassi ed oli	246	0
Frutta secca	111	3
Cacao e preparazioni a base di cacao	104	2
Bevande alcoliche escluso il vino	78	1
Dolciumi	161	1
Additivi	20	0
Totale	8.889	138

Il Piano Regionale Integrato dei Controlli 2011-2014 – annualità 2013 – include anche un Piano di campionamento specifico per l'identificazione dell'eventuale presenza di Organismi Geneticamente Modificati (O.G.M.) in alimenti di origine vegetale (mais, soia, riso, cotone e lino) in linea con quanto previsto dalla pianificazione nazionale in materia. Nel corso del 2013 sono stati eseguiti dai S.I.A.N. delle ULSS del Veneto, 52 campioni di prodotti alimentari che non hanno evidenziato irregolarità. Nel P.R.I.C. è stato preso in considerazione anche il monitoraggio dell'eventuale trattamento con radiazioni ionizzanti di alimenti di origine vegetale e animale, in particolare sono stati effettuati 48 campioni su: condimenti vegetali, pepe, miscele di spezie, peperoncino, origano e carni che non hanno evidenziato irregolarità alle analisi. Nell'ambito del controllo ufficiale dei prodotti alimentari nel 2013 sono state svolte complessivamente 87.942 ispezioni che hanno

interessato produzione, distribuzione, trasporto, vendita e somministrazione di prodotti alimentari.

Tabella 3.10 – Controllo ufficiale prodotti alimentari: attività ispettiva e tipologia delle infrazioni
(Fonte: Regione del Veneto)

Oggetto dell'attività ispettiva	Servizi veterinari	Servizi Igiene alimenti e Nutrizione (S.I.A.N.)
Numero di unità	57.259	88.906
Numero di unità controllate	30.065	14.367
Numero di ispezioni	68.577	19.365
Numero di unità con infrazioni	657	1.362
Totale campioni prelevati	23.845	5.368
Totale campioni non regolamentari	159	62
Numero di infrazioni		
Igiene Generale	444	598
Igiene (H.A.C.C.P., Formazione personale)	340	381
Composizione	4	5
Contaminazione (diversa da quella microbiologica)	11	12
Etichettatura e presentazione	29	18
Altro	155	333
Provvedimenti		
Amministrativi	495	3.864
Notizie di reato	50	60

Per quanto attiene al sistema rapido di allerta (RASFF), che mette in rete tutti i paesi della Comunità Europea, sono state gestite complessivamente, dal nodo regionale, 251 notifiche che comprendono quelle rilevate e trasmesse dai Servizi Veterinari e dal Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione delle ULSS del Veneto quelle recapitate dagli altri Nodi regionali, dagli uffici periferici del Ministero della salute e dal Punto di Contatto nazionale (Ministero della Salute). In questo contesto risulta di fondamentale importanza il ruolo di coordinamento svolto dagli uffici regionali.

Le molteplici attività avviate nel campo della Nutrizione preventiva con i precedenti Piani triennali e biennali di Sicurezza Alimentare e di Sanità Animale e Sicurezza Alimentare della Regione del Veneto che si sono succeduti dal 2002 al 2012, sono continuate anche con l'ultimo Piano Regionale della Prevenzione. Per quanto attiene alla "Sorveglianza epidemiologica e sicurezza nutrizionale", la Regione del Veneto, dopo aver partecipato alle varie campagne del progetto di sorveglianza nutrizionale "OKkio alla Salute" (da ultima quella del 2012), ha messo le basi per partecipare anche a quella del 2014. Tale progetto, al quale hanno partecipato tutte le ULSS del Veneto, attraverso i S.I.A.N. ha

consentito di rilevare nel tempo lo stato nutrizione e gli stili alimentari e di vita relativamente ad un campione significativo, quanto meno a livello regionale, di bambini che frequentano le classi terze delle scuole primarie del Veneto. Per quanto attiene alla "Ristorazione collettiva", nel corso del 2013 sono stati emanati gli aggiornamenti delle "Linee guida per il miglioramento della sicurezza e della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica"³ e delle "Linee di indirizzo per la ristorazione nelle strutture residenziali extraospedaliere"⁴, grazie all'apporto fornito da uno specifico gruppo di lavoro costituito in prevalenza da specialisti dei S.I.A.N. delle ULSS. La Regione del Veneto nell'ambito dell'"Educazione e promozione della salute in ambito alimentare" ha continuato a sostenere sia in ambiti specifici (scuole, genitori, ecc.) che nella popolazione in generale, progettualità a contrasto di sovrappeso e obesità. Relativamente alla "Consulenza dietetico-nutrizionale" si è provveduto a fornire agli operatori sanitari che lavorano in tale contesto una pubblicazione dedicata⁵ quale strumento efficace per incrementare la Motivazione al Cambiamento nei soggetti con problemi di sovrappeso e obesità e contribuire all'orientamento verso stili alimentari e di vita corretti. Inoltre, a seguito di un accordo tra il Ministero della Salute e la Regione Siciliana⁶ si è avviato, in convenzione con tale Regione, il progetto CCM "Okkio alla Ristorazione – Progetto interregionale in rete per la sorveglianza, il monitoraggio e la promozione della salute nella ristorazione collettiva".

152

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Decreto del Dirigente della Unità di Progetto Veterinaria n. 115 del 03 dicembre 2013.](#)
D.G.R. 31.12.2001 n. 3883 "Linee guida in materia di miglioramento della sicurezza e della qualità nutrizionale ristorazione scolastica", aggiornamento con il Decreto del Dirigente Regionale (D.D.R.) della Prevenzione 30.12.2003 n. 517 e con il D.D.R. dell'Unità di Progetto Sanità Animale e igiene Alimentare (U.P.S.A.I.A.) 02.10.2008 n. 475. Ulteriore aggiornamento.

[Decreto del Dirigente della Unità di Progetto Veterinaria n. 117 del 13 dicembre 2013.](#)
D.G.R. 31.12.2001 n. 3883 "Linee guida in materia di miglioramento della sicurezza e della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica", aggiornate con il Decreto del Dirigente Regionale (D.D.R.) della Prevenzione 30.12.2003 n. 517 e integrate con le "Linee di indirizzo per la ristorazione nelle strutture residenziali extraospedaliere" con il D.D.R. dell'U.P.S.A.I.A.09.08.2007 n. 381. Aggiornamento

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 443 del 10 aprile 2013.](#) OGGETTO: Progetto CCM "Okkio alla Ristorazione – Progetto Interregionale in Rete per la sorveglianza, il monitoraggio e la Promozione della Salute nella Ristorazione collettiva".

³ Decreto del Dirigente Regionale dell'Unità di Progetto Veterinaria n.115 del 03/12/2013

⁴ Decreto del Dirigente Regionale dell'Unità di Progetto Veterinaria n.117 del 13/12/2013

⁵ Manuale per l'utilizzo del counseling motivazionale negli ambulatori nutrizionali

⁶ Delibera della Giunta Regionale del Veneto n.443 del 10/04/2013

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: SEZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

Sede: Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

Recapiti telefonici: dr. Michele Brichese, tel. 041-2791303. Segreteria: 041-2791417/3188

e-mail: michele.brichese@regione.veneto.it; Segreteria: saia@regione.veneto.it

4. Assistenza Ospedaliera

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

Allegato A. Paragrafo 3.2 Assistenza ospedaliera. L'Ospedale per acuti è definito come la struttura aziendale in cui vengono erogate prestazioni di ricovero relative a pazienti con patologie in fase acuta o nell'immediata fase post-acuzie ed è orientato ad un modello basato su livelli di intensità delle cure.

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

Quadro di sintesi

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

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

Nel corso del 2013 dalle strutture ospedaliere del Veneto vi sono state 675.681 dimissioni. Negli ultimi anni l'ospedalizzazione in Veneto si è ridotta drasticamente, con dinamiche diverse per le varie tipologie di ricovero. Le dimissioni dalle strutture ospedaliere private ammontano nel 2013 a 118.553 e rappresentano circa il 18% del totale. La quota di ospedalizzazione privata sul totale delle dimissioni dalle strutture regionali è del 68% nei ricoveri riabilitativi.

155

4.1. La rete ospedaliera e i posti letto

La riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera per acuti delineata nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) trova attuazione nella DGR 2122/2013 che ha come punti cardine:

- Dotazione di posti letto ospedalieri (3,0‰ acuti + 0,5‰ riabilitazione)
- Gerarchizzazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici di Assistenza secondo il modello Hub & Spoke
- Implementazione delle reti cliniche interospedaliere
- Erogazione secondo criteri di appropriatezza
- Sviluppo di modelli organizzativi innovativi
- Ridefinizione delle competenze mediche e delle professioni sanitarie

Dotazione di posti letto ospedalieri

Il numero di posti letto negli ultimi 15 anni è calato del 28% (Figura 4.1). C'è stata una grande evoluzione nell'individuazione del setting assistenziale più appropriato, negli ultimi anni infatti grazie allo sviluppo delle tecniche chirurgiche è stato possibile lo spostamento di molti interventi dal regime ordinario al regime ambulatoriale. Anche per quanto riguarda l'area medica si assiste sempre di più alla possibilità di deospedalizzare il malato fornendo l'opportunità di essere seguito nel decorso post ospedaliero nelle strutture intermedie e territoriali. La nuova programmazione regionale delle schede ospedaliere ha evidenziato sempre più la necessità di differenziare l'ospedale come luogo per la cura delle patologie nella fase acuta e quindi, a fronte di una diminuzione dei posti letto ospedalieri, la necessaria implementazione dei posti letto territoriali per la presa in carico del paziente nella fase post acuta.

La dotazione di posti letto per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario e diurno rispetta lo standard previsto dal PSSR: è calcolata con riferimento alla popolazione residente nel Veneto. Non concorrono, ai fini dello standard, i posti letto da riservare per l'attività di ricovero nei confronti di pazienti residenti in altre regioni italiane.

Figura 4.1 – Posti letto. Veneto, anni 2000-2013 e programmazione 2015

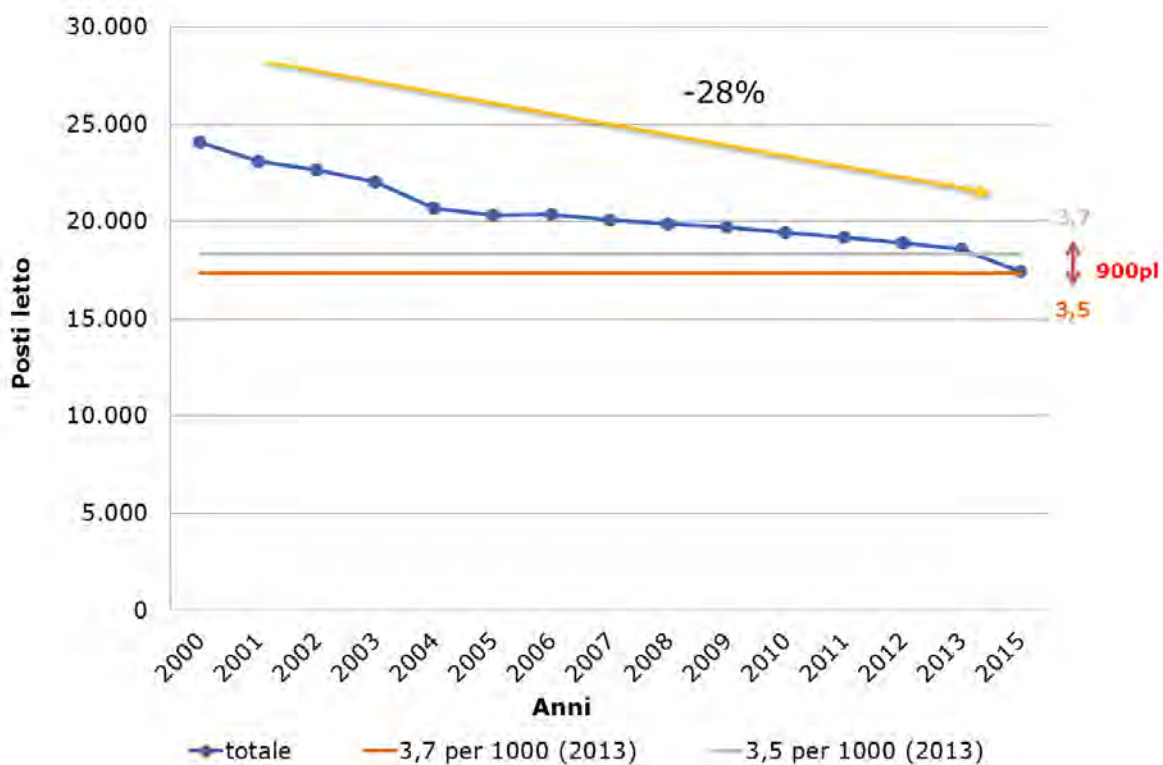
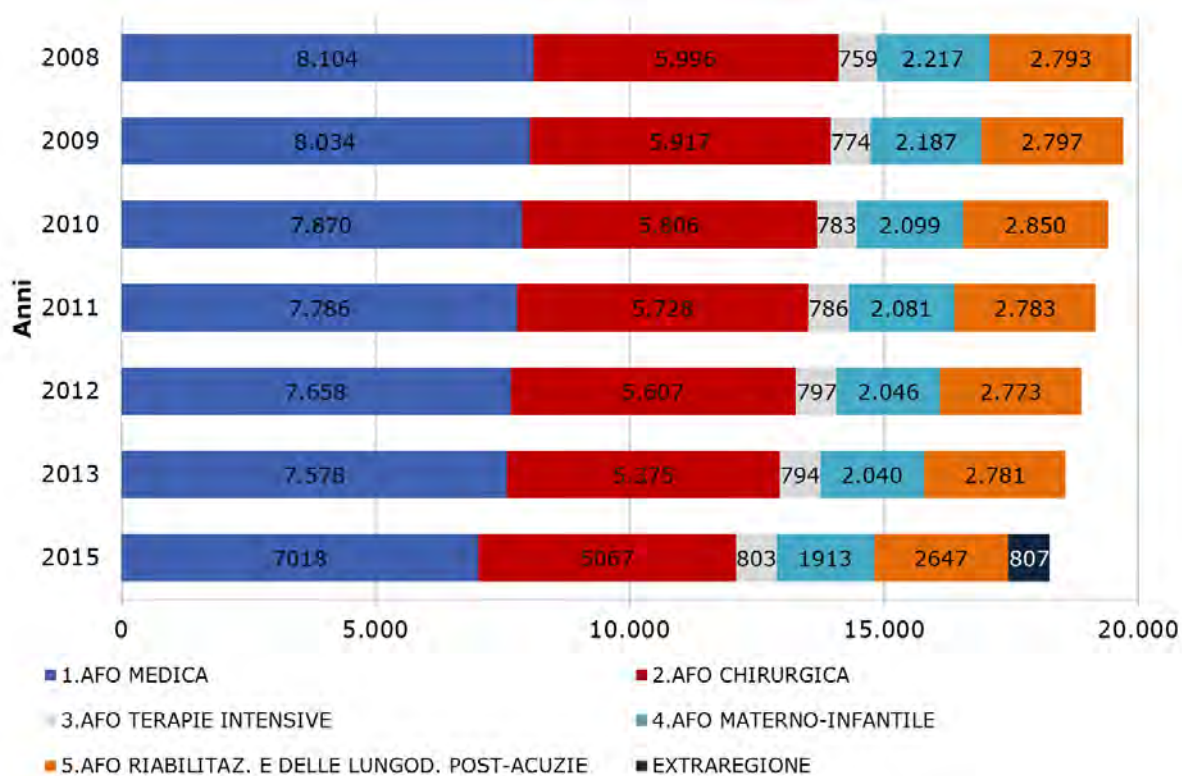


Tabella 4.1 – Posti letto. Veneto, anni 2000-2013 e programmazione 2015

Anni	Totale
2000	24.081
2001	23.117
2002	22.651
2003	22.063
2004	20.696
2005	20.338
2006	20.380
2007	20.096
2008	19.880
2009	19.720
2010	19.419
2011	19.175
2012	18.892
2013	18.579
2015	17448 + 807 posti letto per pazienti extraregione

Figura 4.2 – Posti letto suddivisi per area. Veneto, anni 2000-2013 e programmazione 2015



Risultano inoltre 11 posti letto per l'area "A.f.o. Diagnosi e Cura" tra il 2008 e il 2013*

Tabella 4.2 – Posti letto pubblici e privati. Veneto, anni 2011-2013 e previsione 2015

Regione	2011*	2012*	2013*	2015
Posti letto pubblici	16.002	15.718	15.376	14.801
Posti letto privati accreditati	3.173	3.174	3.203	2.647
Posti letto per 1.000 residenti	3,88	3,81	3,75	3,5**

* flussi ministeriali

** su popolazione anno 2013

Gerarchizzazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali secondo il modello Hub & Spoke

La DGR 2122/13 "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 2013.2013" delinea la gerarchia delle strutture dedicate alla cura del paziente acuto e i relativi bacini di riferimento:

- ospedali di riferimento provinciale (Hub) (n. 5 provinciali, n. 2 regionali e n. 1 centro oncologico di riferimento): sono strutture dotate di alte specialità per un'area provinciale – regionale;
- presidi ospedalieri di rete (Spoke) (n. 20): sono strutture ospedaliere con un bacino di circa 200.000 abitanti con attività di emergenza e urgenza e specialistica di bassa e media complessità con servizi di diagnosi e cura assicurati anche in rete;
- ospedali nodi della rete (n. 17) e strutture integrative (n. 23): sono strutture per acuti integrative della rete, anche a indirizzo monospecialistico, con un prevalente indirizzo medico-riabilitativo oppure chirurgico per i regimi di day surgery e week surgery.

Figura 4.3 – La rete assistenziale in Veneto



Implementazione delle reti cliniche interspedaliere (vedi Capitolo 8)

Le Reti cliniche sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema e consentono l'assistenza integrata in termini multidisciplinari, la differenziazione dei contributi professionali, la maggior equità di accesso ai servizi e a cure qualificate, la centralità del paziente all'interno del percorso di cura, e allo stesso tempo garantiscono economie di scala, condivisione dei costi di ricerca e sviluppo e maggior circolazione delle informazioni.

A livello programmatico ciò comporta un complesso processo di riconfigurazione dei contenuti al fine di concentrare l'offerta attorno a volumi di attività tali da garantire una massa critica coerente con la reale domanda di salute, secondo un'architettura dinamica del sistema che prevede una contestuale riorganizzazione interna dei singoli ospedali, superando il tradizionale modello, basato sulla esclusiva proprietà delle risorse produttive da parte delle singole unità operative.

I vantaggi delle reti interspedaliere sono particolarmente evidenti nell'area dell'emergenza, nell'ambito della quale l'outcome risente notevolmente di una gestione tempestiva e appropriata.

Erogazione secondo criteri di appropriatezza

La programmazione ospedaliera non può prescindere dalla valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico chirurgiche che sono il risultato di un'organizzazione attenta all'efficacia e all'appropriatezza.

A questo proposito nella DGR 2122/2013 è stata introdotta una ulteriore attenzione all'appropriatezza: "le Unità Operative Complesse che per due anni risultino al di sotto dei parametri ministeriali del 'Programma nazionale esiti' saranno oggetto di una puntuale verifica da parte della Regione".

Sviluppo di modelli organizzativi innovativi

I modelli organizzativi innovativi andranno sviluppati sia per quanto riguarda l'integrazione ospedale territorio (come ad esempio il dipartimento per la riabilitazione, DGR 2634/13), sia nell'organizzazione dei percorsi tra ospedali (come ad esempio nella rete oncologica o attraverso l'attivazione di tele-consulenza e tele-refertazione). Nelle schede di dotazione ospedaliera sono evidenziati alcuni modelli organizzativi che prevedono attività coordinate o garantite o erogate in organizzazioni dipartimentali.

Altri aspetti innovativi sono descritti negli atti aziendali delle singole ULSS.

160

Ridefinizione delle competenze mediche e delle professioni sanitarie

E' stato avviato un percorso diretto a ridefinire e differenziare i percorsi di natura gestionale e di natura professionale che punta soprattutto alla valorizzazione di professionisti dipendenti del Servizio Sanitario e all'implementazione di nuovi modelli organizzativi aziendali e interaziendali.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Assistenza ospedaliera pubblica e privata

Sede: Palazzo Molin

Recapiti telefonici: 1136

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

4.2. Le dimissioni dalle strutture ospedaliere del Veneto

Nel corso del 2013 dalle strutture ospedaliere del Veneto vi sono state 675.681 dimissioni. Negli ultimi anni l'ospedalizzazione in Veneto si è ridotta drasticamente, con dinamiche diverse per le varie tipologie di ricovero. La riduzione ha riguardato i ricoveri per acuti sia in regime ordinario che in regime diurno, diminuiti dal 2006 rispettivamente del 16% e del 38%, ed i ricoveri in lungodegenza (-20%), mentre il numero di ricoveri riabilitativi è oscillato intorno ai 29-30.000 (Tabella 4.3).

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

Tabella 4.3 - Numero di ricoveri per tipo di assistenza – Veneto, anni 2006-2013
(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO Regione del Veneto)

Anno	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2006	571.299	66,2	249.833	28,9	12.781	1,5	29.626	3,4	863.539	100,0
2007	557.607	67,6	226.067	27,4	11.455	1,4	29.714	3,6	824.843	100,0
2008	549.127	69,0	207.601	26,1	11.466	1,4	27.900	3,5	796.094	100,0
2009	537.099	69,1	199.556	25,7	11.173	1,4	29.217	3,8	777.045	100,0
2010	527.086	68,7	199.663	26,0	10.369	1,4	30.324	4,0	767.442	100,0
2011	503.418	69,0	186.743	25,6	9.542	1,3	29.741	4,1	729.444	100,0
2012	485.680	70,6	162.271	23,6	9.687	1,4	30.404	4,4	688.042	100,0
2013	481.116	71,2	155.314	23,0	10.172	1,5	29.079	4,3	675.681	100,0

A fronte della diminuzione del numero dei ricoveri, la degenza media si mantiene invece relativamente costante nel tempo, pari nel 2013 a 8,1 giorni per i ricoveri acuti in regime ordinario (Tabella 4.4).

Tabella 4.4 - Numero di giornate di degenza e degenza media per tipo di assistenza. Veneto, anni 2006-2013
(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
2006	4.517.073	7,9	737.844	3,0	325.913	25,5	616.340	20,8	6.197.170	7,2
2007	4.450.330	8,0	641.931	2,8	312.326	27,3	627.895	21,1	6.032.482	7,3
2008	4.408.794	8,0	501.173	2,4	303.173	26,4	613.257	22,0	5.826.397	7,3
2009	4.336.512	8,1	422.934	2,1	306.115	27,4	630.013	21,6	5.695.574	7,3
2010	4.285.033	8,1	406.765	2,0	295.400	28,5	648.596	21,4	5.635.794	7,3
2011	4.146.390	8,2	369.274	2,0	267.834	28,1	651.614	21,9	5.435.112	7,5
2012	3.963.975	8,2	305.954	1,9	264.405	27,3	673.413	22,1	5.207.747	7,6
2013	3.910.931	8,1	275.523	1,8	279.017	27,4	667.633	23,0	5.133.104	7,6

Considerando solo i reparti per acuti, le dimissioni in regime ordinario sono per circa il 59% di tipo medico: le condizioni mediche per le quali la popolazione ricorre più frequentemente al ricovero ospedaliero sono il parto con e senza diagnosi complicanti (6,0% del totale dei ricoveri ordinari per acuti), lo scompenso cardiaco (3,7%), la polmonite con e senza complicanze (2,1%), l'edema polmonare e l'insufficienza respiratoria (1,8%) e l'ictus (1,6%). Tra i ricoveri per intervento chirurgico, i più frequenti sono la sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (3,2%), i parti cesarei con e senza complicanze (2,3%) e gli interventi sull'utero non per neoplasia maligna (2,0%).

I ricoveri in regime diurno sono in grande maggioranza (76%) di tipo chirurgico. Tra gli interventi chirurgici più frequenti ci sono quelli in ambito ginecologico, ortopedico, urologico e di chirurgia generale. I principali cambiamenti in termini di frequenza di ricoveri tra il 2012 e il 2013 sono la riduzione degli interventi sul ginocchio, in seguito alla possibilità di erogare le prestazioni di artroscopia anche in regime ambulatoriale, e l'aumento degli interventi per via transuretrale.

Tabella 4.5 - Dimissioni per acuti in regime ordinario per i DRG più frequenti. Anni 2012 e 2013
(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO Regione del Veneto)

DRG	2012		2013	
	N	Deg. Media	N	Deg. Media
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	29.417	3,4	27.812	3,4
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.107	4,4	1.160	4,4
127-Insufficienza cardiaca e shock	17.504	10,8	17.840	10,5
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	15.345	10,2	15.241	10,0
371-Parto cesareo senza CC	10.889	4,8	10.075	4,7
370-Parto cesareo con CC	871	7,4	826	7,5
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	6.426	12,4	6.399	12,3
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	3.686	9,4	3.770	9,5
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	9.080	3,8	9.051	3,7
358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	396	8,0	397	7,8
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	8.378	11,6	8.589	11,7
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	7.800	12,0	7.923	12,1
125-Malattie cardiovascolari eccetto IMA, con cateterismo cardiaco senza cc	4.809	4,8	4.964	4,7
124-Malattie cardiovascolari eccetto IMA, con cateterismo cardiaco con CC	2.740	9,8	2.865	9,4
430-Psicosi	7.328	19,1	7.102	19,6
183-Esofagite, gastroenterite e miscellanea digerente, età > 17 anni senza CC	5.074	5,8	5.031	5,8
182-Esofagite, gastroenterite e miscellanea digerente, età >17 anni con CC	1.868	9,7	1.980	9,7
494-Colecistectomia laparoscopica senza CC	6.064	3,4	6.169	3,3
493-Colecistectomia laparoscopica con CC	463	11,5	513	10,3

Tabella 4.6 - Dimissioni per acuti in regime diurno per i DRG più frequenti. Anni 2012 e 2013
(Fonte: elaborazioni SER su SDO Regione del Veneto)

DRG	2012		2013	
	N	Media Accessi	N	Media Accessi
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	9.577	1,2	8.568	1,1
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	6.736	1,3	6.717	1,1
225-Interventi sul piede	5.968	1,4	6.372	1,3
311-Interventi per via transuretrale senza CC	3.949	1,7	4.979	1,6
158-Interventi su ano e stoma senza CC	4.755	1,8	4.636	1,6
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	5.537	1,6	4.597	1,5
538-Escissione locale e rimozione mezzi fissaz. interna no anca/femore senza CC	4.402	1,4	4.365	1,4
060-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	3.927	1,7	4.201	1,5
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere pelle/cellulite senza CC	3.906	1,9	3.999	2,7
229-Interventi su mano/polso eccetto interventi maggiori su articolazioni, senza CC	4.069	1,7	4.021	1,5
139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	3.852	1,6	3.664	1,6
364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	4.050	1,2	3.613	1,2
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	3.305	1,5	3.553	1,3

Dimissioni dalle strutture private accreditate

Le dimissioni dalle strutture ospedaliere private ammontano nel 2013 a 118.553 e rappresentano circa il 18% del totale. La quota di ospedalizzazione privata sul totale delle dimissioni dalle strutture regionali è del 14% per i ricoveri ordinari per acuti, del 21% per i ricoveri diurni, del 15% per la lungodegenza e del 68% nei ricoveri riabilitativi.

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

Tabella 4.7 - Dimissione dalle strutture private per specialità (escluso riabilitazione e lungodegenza). Anni 2012 e 2013. (Fonte: elaborazioni SER su SDO Regione del Veneto)

Specialità di dimissione (escluso riabilitazione e lungodegenza)	2012		2013	
	N	%	N	%
Cardiologia	3.497	3,5	3.287	3,4
Chirurgia Generale	20.392	20,5	20.058	20,6
Chirurgia Plastica	26	0,0	22	0,0
Chirurgia Vascolare	1.476	1,5	1.240	1,3
Gastroenterologia	683	0,7	600	0,6
Malattie Infettive	471	0,5	453	0,5
Materno Infantile	12.183	12,2	11.230	11,6
Medicina Generale	14.226	14,3	14.494	14,9
Neurochirurgia	131	0,1	123	0,1
Neurologia	1.796	1,8	1.842	1,9
Oculistica	2.233	2,2	2.309	2,4
Oncoematologia	749	0,8	562	0,6
Ortopedia	29.181	29,3	28.738	29,6
Otorinolaringoiatria	3.307	3,3	3.410	3,5
Psichiatria	3.037	3,1	2.827	2,9
Terapia intensiva	906	0,9	889	0,9
Urologia	5.261	5,3	5.053	5,2
Totale	99.555	100,0	97.137	100,0

Tabella 4.8 - Dimissioni dalle strutture del Veneto: numero (N) e percentuale (%) per tipo di assistenza e tipo di ospedale. Anni 2006-2013.
(Fonte: elaborazioni SER su SDO Regione del Veneto)

Anno	Acuti Ordinari				Acuti Diurni				Lungodegenza				Riabilitazione				Totale			
	Privato		Pubblico		Privato		Pubblico		Privato		Pubblico		Privato		Pubblico		Privato		Pubblico	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2006	87.705	15,4	483.594	84,6	49.578	19,8	200.255	80,2	1.904	14,9	10.877	85,1	19.539	66,0	10.087	34,0	158.726	18,4	704.813	81,6
2007	83.230	14,9	474.377	85,1	42.571	18,8	183.496	81,2	1.584	13,8	9.871	86,2	19.992	67,3	9.722	32,7	147.377	17,9	677.466	82,1
2008	80.180	14,6	468.947	85,4	43.855	21,1	163.746	78,9	1.470	12,8	9.996	87,2	18.220	65,3	9.680	34,7	143.725	18,1	652.369	81,9
2009	76.764	14,3	460.335	85,7	44.761	22,4	154.795	77,6	1.202	10,8	9.971	89,2	19.891	68,1	9.326	31,9	142.618	18,4	634.427	81,6
2010	75.150	14,3	451.936	85,7	45.335	22,7	154.328	77,3	1.130	10,9	9.239	89,1	20.767	68,5	9.557	31,5	142.382	18,6	625.060	81,4
2011	72.610	14,4	430.808	85,6	41.298	22,1	145.445	77,9	1.093	11,5	8.449	88,5	20.391	68,6	9.350	31,4	135.392	18,6	594.052	81,4
2012	66.196	13,6	419.484	86,4	33.359	20,6	128.912	79,4	1.222	12,6	8.465	87,4	21.107	69,4	9.297	30,6	121.884	17,7	566.158	82,3
2013	65.057	13,5	416.059	86,5	32.080	20,7	123.234	79,3	1.534	15,1	8.638	84,9	19.882	68,4	9.197	31,6	118.553	17,5	557.128	82,5

Approfondimenti

[I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012](#). Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, febbraio 2014

Recapiti per ulteriori informazioni

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

5. Assistenza territoriale

5.1. Assistenza primaria

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

Allegato A. Paragrafo 3.1 Assistenza territoriale. Pagina 43

L'assistenza sanitaria territoriale rappresenta il primo punto di contatto tra i cittadini ed il servizio socio-sanitario regionale ed è costituita dall'insieme degli interventi e dei servizi organizzati dal Distretto Socio-Sanitario in collaborazione con i medici convenzionati e con le comunità locali. 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 (PDTA): i percorsi assistenziali definiscono il ruolo di ciascun professionista coinvolto nella presa in carico della persona, esplicitando gli obiettivi che il team deve raggiungere ed i relativi indicatori di valutazione.

Allegato A. 3.1.1 Obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale dell'assistenza al paziente cronico. Pagina 56

Vanno implementati e diffusi dei PDTA condivisi e di riconosciuta efficacia con riferimento particolare al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e

BPCO.

Allegato A. Paragrafo 3.1.2 Modelli organizzativi dell'assistenza territoriale. Pagina 58

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, rimodulando l'offerta assistenziale non solo in termini di accessibilità (ampliamento degli orari di apertura degli studi medici), ma anche rispetto al conseguimento di specifici obiettivi di salute. Le caratteristiche peculiari delle Medicine di Gruppo Integrate sono:

- *team multiprofessionale e multidisciplinare operante in una sede di riferimento, strutturati su una chiara divisione del lavoro, fondata sulla pianificazione delle attività e del follow up, garantendo l'integrazione attraverso l'implementazione di appositi PDTA. Il team comprende medici di famiglia, medici in regime di dipendenza o di convenzione con strutture private accreditate, specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi;*
- *continuità dell'assistenza (gestionale, informativa, relazionale) con risposta certa all'assistito nell'arco delle 24 ore, anche attraverso forme di raccordo tra Ospedale-Territorio e con gli altri nodi della rete territoriale;*
- *realizzazione di interventi di prevenzione, prestazioni per il paziente acuto e gestione del paziente cronico, con un ampliamento del ruolo del personale infermieristico;*
- *sviluppo della consulenza specialistica e del teleconsulto;*
- *garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso la condivisione di obiettivi di salute misurabili con indicatori di percorso e di risultato da definire attraverso i Patti aziendali;*
- *integrazione informativa/informatica sia a livello orizzontale (tra i componenti del team) sia a livello verticale (con l'Azienda ULSS), fondata sull'utilizzo professionale della cartella informatizzata della medicina generale e supportati da collegamenti con il sistema informativo aziendale nell'accesso alla documentazione sanitaria.*

Quadro di sintesi

Il modello organizzativo della Medicina Generalista è andato incontro ad una rapida evoluzione nel senso delineato dal PSSR: la popolazione assistita coperta da Gruppi e Medicine di Gruppo Integrate/UTAP è passata in dieci anni dal 19% al 42%. Oltre alla formalizzazione dell'assetto organizzativo è già previsto, a partire dalle forme associative più evolute, la definizione di un contratto di esercizio che individui obiettivi e standard di qualità clinica dell'assistenza medica e infermieristica, definiti all'interno di specifici Percorsi Diagnostico-Terapeutici ed Assistenziali condivisi anche con gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri.

In molte Aziende ULSS sono già operativi i PDTA di alcune patologie croniche - in particolare il diabete mellito, la BPCO e lo scompenso cardiaco - corredati dai relativi indicatori di valutazione. Essi costituiscono un utile punto di partenza per la definizione di standard regionali, differenziati per tipologia associativa.

Il monitoraggio della qualità clinica dell'assistenza può essere in parte effettuato tramite l'utilizzo di dei flussi informativi sanitari correnti - tipicamente per gli indicatori di percorso -, mentre per il monitoraggio degli esiti intermedi è fondamentale il contributo informativo delle cartelle della Medicina Generale. Alcune esperienze condotte a livello Aziendale o da reti di MMG 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.

La riorganizzazione del Distretto socio-sanitario

In attuazione del Piano SSR 2012-2016 la Giunta regionale, con DGR n. 2122/2013, ha approvato le schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate e definito le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. L'organizzazione del territorio e l'attribuzione di un ruolo rinnovato al Distretto socio-sanitario sono finalizzati a rendere il Sistema più vicino al paziente, evitandogli inutili spostamenti, assicurandogli una risposta certa, adeguata alla tipologia di bisogno, continuativa e coordinata, competente e responsabile. Per questo è stato introdotto il concetto di filiera dell'assistenza, rappresentando come le varie strutture territoriali debbano concorrere con gradualità all'erogazione dell'assistenza, tutelando ciascuna fase del percorso di presa in carico. Tramite la filiera dell'assistenza si intende, infatti, garantire un sistema di cure gradualmente attraverso alcuni nodi fondamentali della rete territoriale rappresentati dai servizi distrettuali, dalle forme associative della medicina convenzionata con particolare riferimento alla diffusione delle Medicine di Gruppo Integrate, dalle cure domiciliari caratterizzate da un modello di assistenza h24, 7giorni su 7, dalle cure palliative incentrate su un nucleo multiprofessionale specificatamente dedicato, dalle strutture di ricovero intermedie e dalle strutture residenziali.

Con DGR n. 2271/2013 sono state approvate nuove disposizioni in tema di Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere, definendo le Linee guida per la

predisposizione del nuovo Atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Il nuovo quadro programmatico pone, infatti, come obiettivo primario il rafforzamento della struttura distrettuale, con particolare riferimento alla sua dimensione organizzativa ed alla sua dimensione clinico-assistenziale, privilegiando da un lato un'organizzazione trasversale e dall'altro un approccio fondato su percorsi assistenziali.

Tra gli obiettivi affidati al Distretto socio-sanitario si richiamano infatti:

- garantire l'assistenza h24, 7gg/7, prevedendo uno specifico modello di integrazione operativa tra le componenti della Medicina Convenzionata ed i servizi distrettuali, ivi compreso un modello di assistenza domiciliare h24;
- implementare in modo diffuso le Medicine di Gruppo Integrate, quali team multiprofessionali finalizzati a gestire efficacemente i bisogni della Comunità di riferimento, perseguendo criteri di qualità relativi a: globalità, accessibilità e continuità, equità ed attenzione alla persona, sostenibilità economica;
- definire ed implementare i percorsi assistenziali per le principali patologie croniche e per l'assistenza alle persone fragili, affrontando la comorbidità in maniera integrata non solo a livello distrettuale ma anche con il livello ospedaliero, e prevedendo un sistema di misurazione degli esiti.

La riorganizzazione delle Cure Primarie

In Veneto si è assistito ad una progressiva diffusione delle forme associative della medicina di famiglia, sviluppo che ha assunto nel corso del tempo connotati ben precisi:

- il quadriennio 2001-2004 si è caratterizzato per uno sviluppo "spontaneo" delle forme associative monocomponenti (ovvero tra Medici di famiglia);
- il quadriennio 2005-2008 ha assistito, invece, alla attivazione di forme più complesse sebbene in via sperimentale, quali le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (cosiddette UTAP) con prevalenza della componente della medicina di famiglia ma con il coinvolgimento, via via più rilevante, della componente infermieristica, dei collaboratori di studio e degli specialisti ambulatoriali interni, avviando un processo anche di definizione di obiettivi di salute da perseguire;
- il quadriennio 2009-2012 ha segnato, infine, il passaggio da una diffusione spontanea e/o sperimentale di forme associative, più o meno evolute, ad uno sviluppo programmato, avviando cioè un processo di pianificazione sul territorio e prevedendo sempre più un coinvolgimento multiprofessionale. Alle Aziende ULSS è stata, infatti, richiesta una prima elaborazione di Piani aziendali per il potenziamento dell'Assistenza Primaria, con aggiornamenti in progress ed è stata rilevata l'importanza di definire e condividere obiettivi di salute, da misurare con opportuni indicatori.

Figura 5.1 - Schematizzazione della evoluzione delle forme associative della medicina generale nel Veneto

	Evoluzione	2001-2004	2005-2008	2009-2012 (...)
Programmazione →	...della tipologia del 'team'	Sviluppo 'spontaneo' delle forme associative tra i MMG	Attivazione in via sperimentale di forme più complesse (32 UTAP)	Sviluppo 'programmato' attraverso i Piani aziendali per il potenziamento dell'Assistenza Primaria
Integrazione →	...della partecipazione	Monocomponente (MMG, PLS)	Prevalentemente MMG, con coinvolgimento di personale infermieristico e collaboratori di studio	<u>Multiprofessionalità</u> : MMG, ma anche MCA, SAI, personale infermieristico, collaboratori di studio e assistenza sociale
Obiettivi-indicatori →	...dello strumento di 'negoiazione'	Introduzione dei 'Patti e Contratti': strumento di declinazione degli obiettivi	Estensione dello strumento dei 'Patti e Contratti' a tutte le componenti della Medicina Convenzionata	Diffusione di 'Contratti' su obiettivi, indicatori misurabili e promozione dell'audit

170

In attuazione degli indirizzi espressi dal PSSR 2012-2016 in materia di sviluppo delle cure primarie e di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, nonché in esecuzione dei principi e delle disposizioni di cui alla legge n. 189/2012, in data 31/05/2013 è stata raggiunta un'Intesa con tra la Regione Veneto e le OO.SS. della Medicina Convenzionata che individua gli obiettivi da realizzare per il riordino delle cure primarie, fissa il termine per la conclusione del processo di riordino al 31/12/2015 e pone la disciplina per la fase intermedia al fine di garantire gradualità alle azioni attuative. In particolare il Documento di Intesa prevede che il nuovo modello delle Cure Primarie si realizzi con l'adesione di tutti i medici di assistenza primaria alla forma associativa della "Medicina di Gruppo Integrata" (MdGI) quale modello veneto della Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP) e unico modello per l'erogazione dell'assistenza primaria.

Detta Intesa è stata oggetto di approvazione con la DGR n. 953 del 18 giugno 2013. Il citato provvedimento approva un primo schema di base di "Contratto di Esercizio" per la disciplina degli obiettivi, dei percorsi assistenziali, degli strumenti di valutazione della qualità assistenziale, delle linee guida, degli audit e strumenti analoghi della gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico, della partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche e dell'utilizzo di sistemi di comunicazione informatica. Attualmente è in fase di negoziazione e definizione con le OO.SS. di categoria il modello di contratto d'esercizio per le Medicine

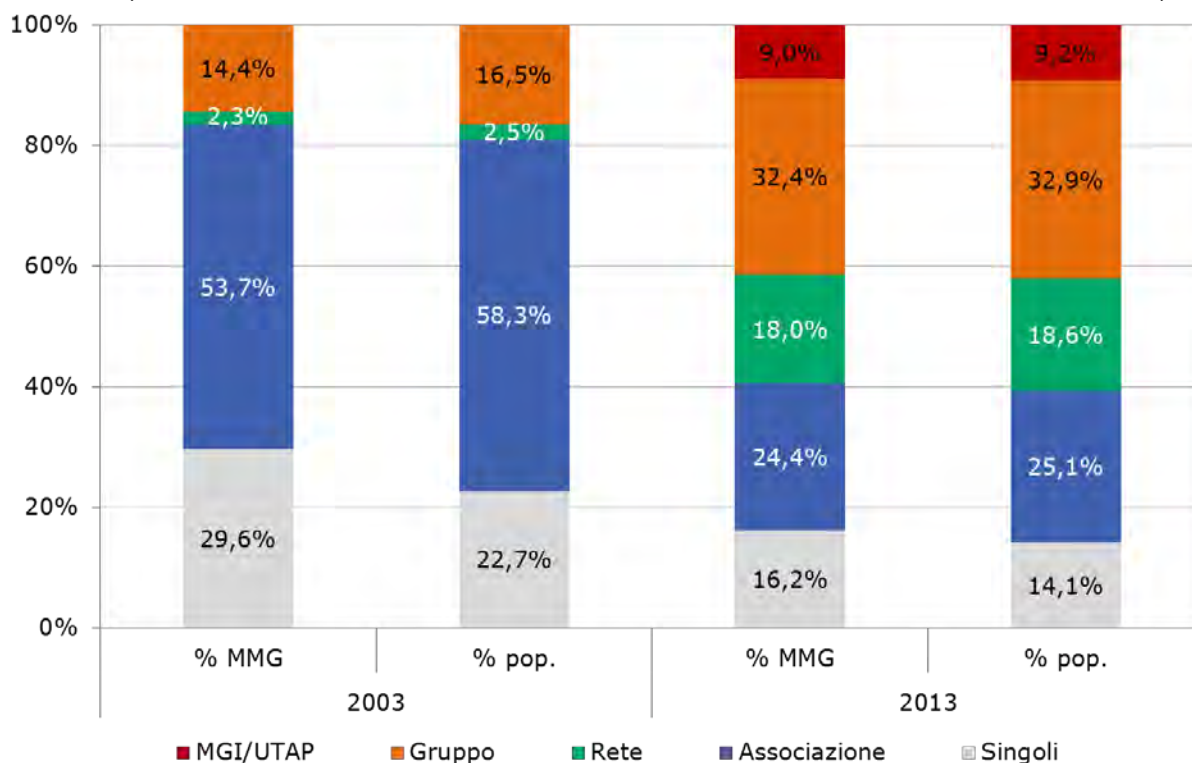
di Gruppo Integrate che definirà la disciplina regionale in materia di erogazione dell'assistenza primaria.

Verso le Medicine di Gruppo Integrate e le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT)

Il nuovo quadro programmatico regionale identifica come obiettivo strategico la diffusione su tutto il territorio regionale delle Medicine di Gruppo Integrate, esito del perfezionamento e del consolidamento dei processi di sperimentazione, effettuati negli ultimi anni. L'implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate risponde alla necessità di radicare stabilmente e diffusamente un modello organizzativo che proponga una rimodulazione dell'offerta assistenziale in termini di accessibilità e di conseguimento di obiettivi di salute.

Nel sistema veneto la Medicina di Gruppo Integrata si identifica con le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) previste dalla L. n. 189/2012, conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge n.158 del 13 settembre 2012, cosiddetto "decreto Balduzzi".

Figura 5.2 - Evoluzione delle forme associative della Medicina Generale nella Regione Veneto nel 2003 e nel 2011. (Fonte: elaborazioni del Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie, rilevazione SISAC 2013)



Sulla base della rilevazione SISAC (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati) nel 2013 le Medicine in Associazione sono 183 (802 MMG aderenti), le Medicine in Rete 118 (594 MMG aderenti), le Medicine in Gruppo 281 (MMG aderenti 1.068) e le Medicine in Gruppo Integrate o UTAP 39 (MMG aderenti 297). La presenza di Medicine di Gruppo e di Medicine di Gruppo Integrate o UTAP mostra ancora una certa disomogeneità sul

territorio regionale: la copertura complessiva è pari al 42% della popolazione assistita (range tra Aziende Sanitarie 19-76%). La finalità delle AFT è la condivisione strutturata da parte delle forme associative della Medicina Generale che insistono su un determinato territorio di obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida ed audit. Sulla base delle indicazioni dettate dalla DGR n. 2122 del 19/11/2013 (Allegato D) viene prevista la costituzione di una AFT ogni 25.000 ab. (inteso come limite minimo). Le Aziende ULSS stanno provvedendo a definire gli ambiti di ciascuna AFT sulla base della particolarità dei bisogni espressi dal territorio.

Informatizzazione e sistemi di comunicazione informatica

Con la DGR n. 1753 del 3/10/2013, in esecuzione della DGR n. 953/2013, è stato definito il disciplinare tecnico per l'applicazione delle disposizioni in materia di flussi nazionali e regionali per il periodo 2013-2015 e per il riconoscimento della relativa indennità economica e delle relative modalità di erogazione. In particolare il provvedimento prevede l'indicazione di un elenco dei flussi informatici/informativi suddiviso in un modulo base (contenenti i flussi di cui all'ACN MMG e al DM 2/11/2011: ad es. allineamento della posizione anagrafica dell'assistito contenuta nella cartella informatizzata del MMG con l'anagrafe Sanitaria dell'Azienda ULSS, ricetta elettronica, certificato di malattia telematico) e in un modulo IHT (per l'integrazione dei dati Ospedale/Territorio: ad es. patient summary, gestione dei PDTA, acquisizione all'interno della cartella informatizzata del MMG dei referti di laboratorio e strumentali). La maggior parte delle procedure informatiche relative al modulo base sono state implementate dalla quasi totalità dei MMG.

Attività/strumenti sviluppati dalle ULSS per realizzare la continuità dell'assistenza

Il concetto di continuità, articolato nelle tre dimensioni di continuità informativa, continuità gestionale, continuità relazionale, è stato assunto già dal 2004 come obiettivo prioritario della Regione per migliorare la qualità dell'assistenza offerta.

Infatti l'esperienza sviluppata in Veneto nell'ultimo decennio (Tabella 5.1) può essere riletta secondo le dimensioni-chiave della continuità dell'assistenza, ovvero:

- relativamente alla continuità informativa, che presuppone la conoscenza del paziente ed una efficace/efficiente trasferibilità delle informazioni, si sono avviati processi di costruzione di flussi informativi strutturati, di sistemi informativi integrati tra le varie componenti aziendali/regionali, potenziando la capacità di "rendicontazione" quale supporto delle metodiche di audit clinici ed organizzativi;
- con riferimento alla continuità gestionale, che presuppone la condivisione di obiettivi e procedure oltre che la capacità di co-gestione dei casi, sono stati avviati processi di definizione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali, promuovendo l'organizzazione in team multiprofessionali, sviluppando figure perno per l'assistenza (es. case manager);

- per quanto concerne la continuità relazionale, che si fonda sulla stabilità della relazione e sul concetto di "affiliazione", si è valorizzato il rapporto di fiducia tra paziente-medico, implementando sistemi di "contattabilità" del medico di famiglia nell'arco delle 12h e promuovendo metodi di partecipazione del paziente al proprio percorso di cura.

Tabella 5.1 - Attività e strumenti di continuità assistenziale sviluppati dalle Aziende ULSS. (Fonte: elaborazioni del Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie, 2014)

CONTINUITA' INFORMATIVA <i>Presuppone la conoscenza del paziente ed una efficace ed efficiente trasferibilità delle informazioni</i>	Costruzione di flussi informativi strutturati	Sistemi informativi integrati MMG/ULSS	Sistemi di tracciabilità dei percorsi	Sviluppo della capacità di dare conto di ciò che si fa (accountability)
CONTINUITA' GESTIONALE <i>Presuppone la condivisione di obiettivi e procedure</i>	Definizione di procedure e di PDTA condivisi	'Diffusione' della figura del Case manager	Coordinamento dell'assistenza, con definizione del sistema delle responsabilità e delle co-responsabilità	Costituzione di team multi professionali
CONTINUITA' RELAZIONALE <i>Si fonda sulla stabilità della relazione e sul concetto di 'affiliazione'</i>	Valorizzazione del rapporto di fiducia tra medico-paziente	Introduzione di sistemi di 'contattabilità' del medico di famiglia nell'arco delle h12	Diffusione dell'audit e della formazione integrata	Supporto all'autocura e partecipazione al processo di cura (anche della famiglia e caregiver)

PDTA territoriali attivati nelle Aziende ULSS del Veneto

Una delle aree che deve essere oggetto di maggiori attenzioni è quella della cronicità sia per gli impatti sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza erogata, sia per l'impiego di servizi; essa deve essere caratterizzata da un approccio multidisciplinare che favorisca la continuità delle cure, integrando prestazioni sanitarie e sociali, sia territoriali che ospedaliere. Nella gestione integrata della cronicità il principale referente diviene il medico di famiglia: egli è corresponsabile della "presa in carico" e si pone l'obiettivo di accompagnare e coinvolgere il paziente per favorire la migliore adesione ai percorsi assistenziali.

Il PDTA nel complesso delle sue fasi di definizione, costruzione, implementazione e monitoraggio, è 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 (ospedale, territorio) sono implicate nella

presa in cura attiva e globale del cittadino che presenta un problema di salute e/o assistenziale.

Il PDTA permette di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida e/o ai riferimenti presenti in letteratura e alle risorse disponibili; consente inoltre il confronto e la misura delle attività (processi) e degli esiti (outcomes) attraverso indicatori specifici, con l'obiettivo di raggiungere un continuo miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza di ogni intervento. In un momento cruciale per il riassetto delle cure primarie, la Regione del Veneto considera strategica la definizione e l'adozione di PDTA evoluti, relativi alle patologie a più alto impatto epidemiologico.

Tabella 5.2 - PDTA territoriali attivati nelle Aziende ULSS del Veneto. (Fonte: elaborazioni del Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie: Marzo 2014)

PDTA	N° Aziende
Diabete mellito	16
BPCO	9
Scompenso Cardiaco	3
Ipertensione arteriosa	2
Fibrillazione atriale	1
Asma bronchiale	1
SLA	1

174

La situazione attuale, ricostruita attraverso una recente intervista telefonica ai Direttori di Distretto è illustrata in Tabella 5.2. Questi PDTA, integrati nella medicina di comunità e calati nelle diverse realtà territoriali, rappresentano delle dorsali "cliniche" da applicare nel nuovo modello delle AFT e implementabili secondo le diverse forme associative della Medicina Generale. La proposta regionale dei PDTA va quindi contestualizzata nelle singole ULSS, favorendo una vera integrazione dei percorsi assistenziali e di cura tra ospedale e territorio. Per ognuno dei PDTA proposti sono definiti e condivisi indicatori di processo e di esito, in applicazione del contratto di esercizio e secondo le diverse forme associative (medicina di rete, medicina di gruppo e medicina di gruppo integrata). A sostegno di ogni PDTA – quale parte integrante dello stesso - viene proposto un percorso di formazione/audit per tutti i professionisti coinvolti.

E' inoltre necessario che ogni MMG adotti e utilizzi nel modo migliore la scheda sanitaria individuale dei propri assistiti, attraverso un adeguamento dei software in uso. I vantaggi attesi dalla definizione di PDTA evoluti e dalla loro corretta implementazione, riguardano le ricadute positive su alcuni obiettivi prioritari della programmazione socio sanitaria regionale, sia per gli aspetti clinico/assistenziali che per quelli gestionali ed organizzativi.

Monitoraggio della qualità clinica dell'assistenza al paziente cronico attraverso i flussi sanitari correnti ed attraverso i dati delle cartelle sanitarie informatizzate del MMG

La rilevanza sociale, epidemiologica ed economica del carico di morbosità e comorbidità cronica impone lo sviluppo di sistemi informativi mirati al monitoraggio routinario della qualità dell'assistenza basati sia sui flussi amministrativi (in particolare le prescrizioni farmacologiche e specialistiche e le Schede di Dimissione Ospedaliera) sia sui dati registrati in cartella dai MMG e dagli specialisti.

Le esperienze più consolidate a questo riguardo si riferiscono al diabete mellito, che è oggetto di valutazioni non solo in ambito di ricerca ma anche in ambito istituzionale. Rispetto all'utilizzo dei dati amministrativi sono attualmente disponibili per il Veneto i dati del Progetto ARNO relativi al 2012 (Tabella 5.3) e di alcune esperienze locali condotte nell'ambito del progetto nazionale AGENAS Matrice (ULSS 5 e 6). I dati preliminari disponibili documentano la buona qualità dell'assistenza diabetologica erogata nel Veneto e anche la possibilità di un ulteriore miglioramento, raggiungibile tramite investimenti mirati di carattere informativo, formativo, professionale e organizzativo. Questi progetti vanno quindi segnalati come stimolo per lo sviluppo di iniziative sistematiche e tempestive di monitoraggio e restituzione dei dati anche a livello di Azienda, di Distretto e di Aggregazioni Funzionali Territoriali anche ai sensi della Legge regionale 11 novembre 2011, n. 24, "Norme per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito dell'età adulta e pediatrica", che promuove l'istituzione di un registro epidemiologico dei pazienti diabetici.

Tabella 5.3 - Indicatori di processo dell'assistenza al paziente diabetico: effettuazione in corso d'anno di specifici esami laboratoristici e strumentali nelle ULSS del Veneto. (Fonte: Rapporto Arno, 2014)

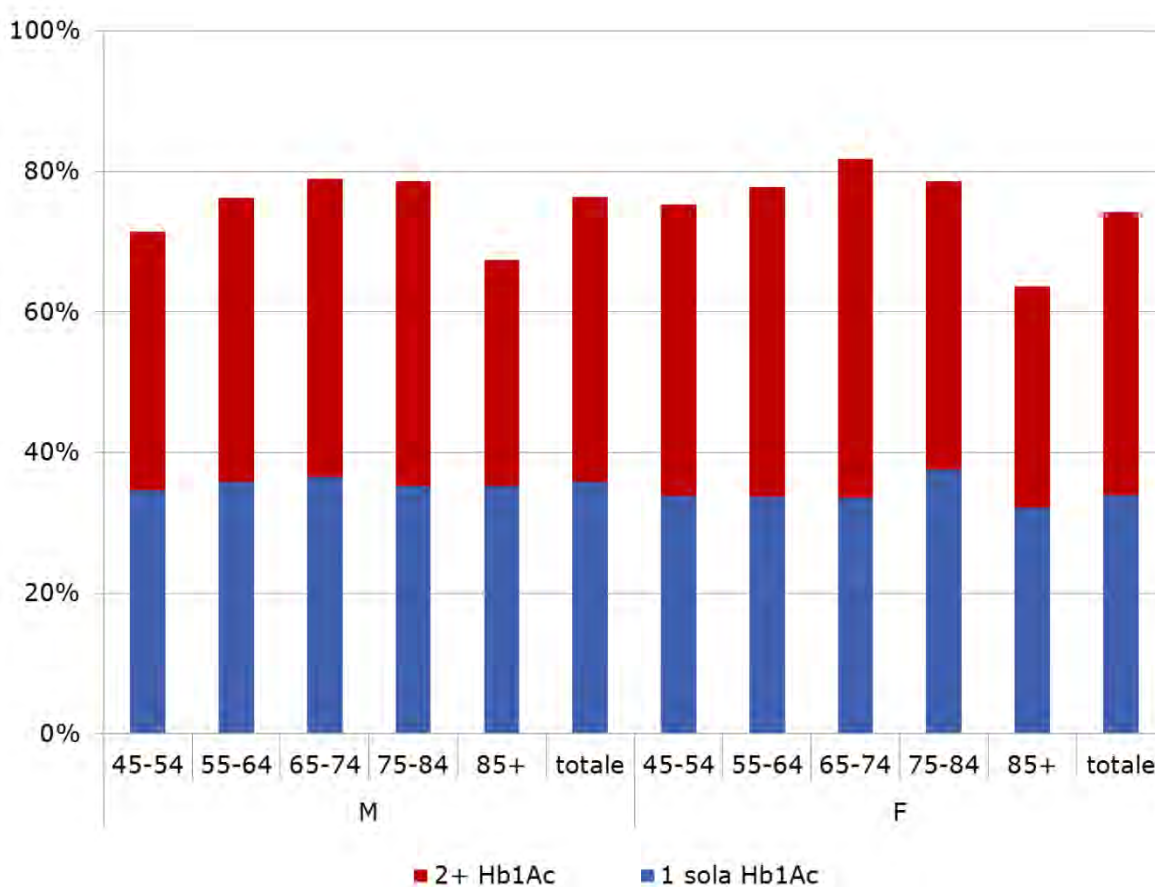
Indicatori	M	F	T
Emoglobina glicata	71,3%	68,5%	70,0%
Colesterolo totale	66,9%	63,6%	65,3%
Trigliceridemia	66,9%	62,8%	64,4%
Creatininemia	61,3%	62,2%	61,8%
Colesterolo HDL	63,6%	59,5%	61,6%
Microalbuminuria	34,5%	30,2%	32,4%
Visita specialistica	41,3%	38,5%	39,9%

Nel Veneto esistono anche numerose esperienze aziendali di monitoraggio routinario della qualità dell'assistenza clinica al paziente diabetico basati sui dati registrati in cartella dal MMG (ad esempio: ULSS 20 sui diabetici ultra75enni, ULSS 8 sui pazienti diabetici di tipo 2 non complicati ed in buon controllo metabolico, ULSS 4 su tutti i diabetici).

A livello regionale la rete più estesa è "Milleinrete" (parte della più ampia rete nazionale Health Search), che raccoglie relativi a circa 150.000 assistiti, seguiti da 107 MMG di 14

diverse ULSS, organizzati in maniera diversificata (singoli, reti, gruppi, forme associative evolute). Sulla base dei dati "Milleinrete" 2012 si stima che ogni MMG assista mediamente 106 pazienti diabetici di età >15 anni (range interquartile 90-121), operando all'interno di diversi setting assistenziali (un terzo dei pazienti diabetici ha più di 75 anni) in integrazione con i Servizi Diabetologici; di questi pazienti 16 assistiti (range 11-21) sono in trattamento insulinico. Complessivamente la prevalenza riferita alla popolazione >15 anni è pari al 7.2% ed il numero di contatti/anno con il MMG (prescrizione di farmaci, esami e visite specialistiche, visite, consulenze e attività medico-legali) è pari a 22 (30 per i pazienti insulino-trattati).

Figura 5.3 - Percentuale di diabetici che hanno effettuato il controllo Hb1Ac nell'anno. (Fonte: 10.665 diabetici assistiti da 107 MMG "MilleinRete", 2012)



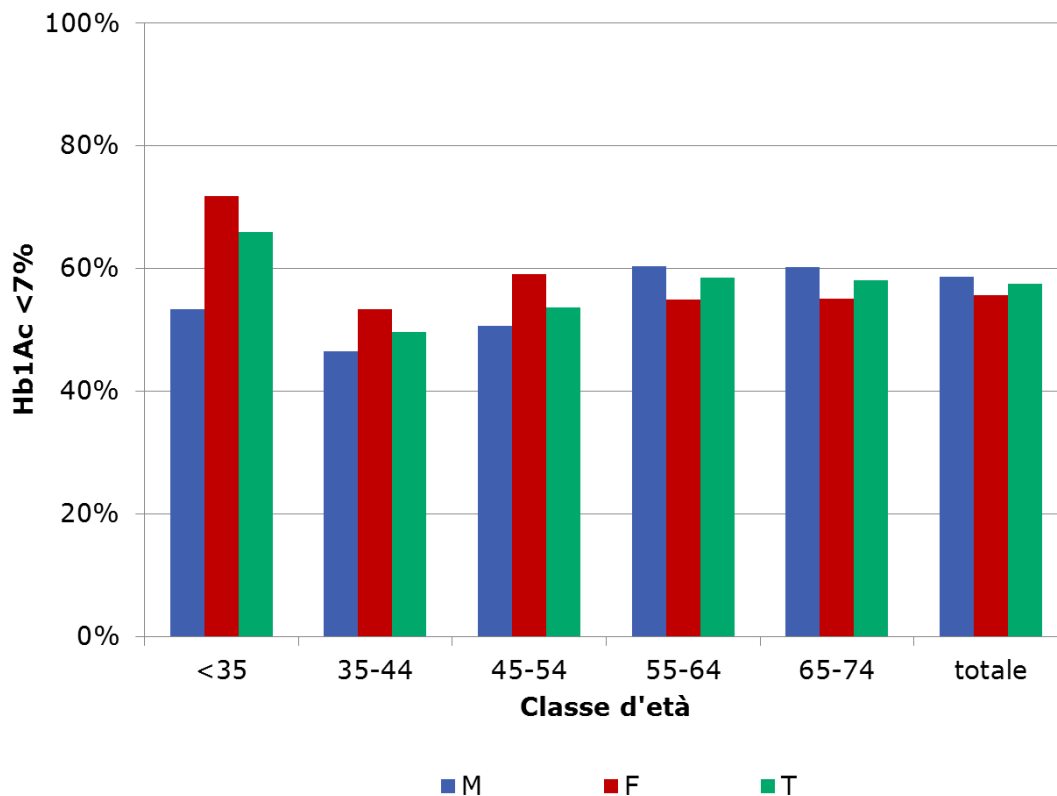
La registrazione routinaria in cartella della diagnosi e della tipologia del diabete facilita il MMG nella gestione del paziente (ad es. generazione automatica di alert rispetto ai controlli periodici laboratoristici e strumentali, registrazione dei parametri antropometrici) sia nel contesto della medicina d'attesa che in quello della medicina d'iniziativa svolta dai team multiprofessionali all'interno delle forme associative più evolute. Il 75,4% dei diabetici seguiti dai MMG "Milleinrete" effettua almeno un controllo annuale dell'emoglobina glicata (Hb1Ac, è un importante indice di controllo metabolico) ed il

40,5% ne effettua almeno due; per motivi differenti sia le persone in età lavorativa sia i grandi anziani di entrambi i sessi si effettuano con frequenza leggermente minore. La Società Italiana di Medicina Generale ha anche definito per questo ed altri indicatori degli standard di qualità. Ad esempio per la rilevazione annuale di Hb1Ac il livello "Ideale" è posto al 90% ed il "Livello Accettabile di Performance" al 60% (vedi Figura 5.3).

Le cartelle dei MMG e dei Centri Antidiabetici sono l'unica fonte routinaria di dati relativi agli esiti intermedi dell'assistenza: non basta sapere che un paziente ha effettuato gli esami, ma bisogna anche verificare se gli interventi farmacologici ed educativi (controllo del peso e del girovita, attività fisica, scelta degli alimenti, astensione dal fumo di tabacco, aggiustamento ed aderenza alla terapia) siano riusciti a conseguire un soddisfacente controllo metabolico. Gli studi e l'esperienza pratica degli ultimi anni hanno documentato che il livello del controllo metabolico deve essere definito in maniera personalizzata rispetto al singolo paziente, informandolo e coinvolgendolo pienamente nella valutazione dei benefici e dei rischi delle diverse opzioni terapeutiche. Vi è un consenso ampio sulla definizione di un livello di controllo più stretto per i pazienti più giovani, anche se in letteratura i pareri sono differenziati sull'esatta definizione dei cut-off per l'emoglobina glicata. Scegliendo come cut off convenzionali $Hb1Ac < 7\%$ sotto i 75 anni e $Hb1Ac > 8\%$ a 75 anni e più si ricava la situazione rappresentata in Figura 5.4 e 5.5. Numerose esperienze locali (es. ULSS 4, ULSS 8) consentono già di documentare la concreta fattibilità di un miglioramento nel tempo sia degli indicatori di controllo metabolico sia di quelli relativi alla qualità della visita ambulatoriale dedicata (es. registrazione di peso, polsi arteriosi periferici, abitudine al fumo) che costituiscono la premessa per un pieno coinvolgimento del paziente nel processo di cura della malattia e di prevenzione delle temibili complicanze a lungo termine.

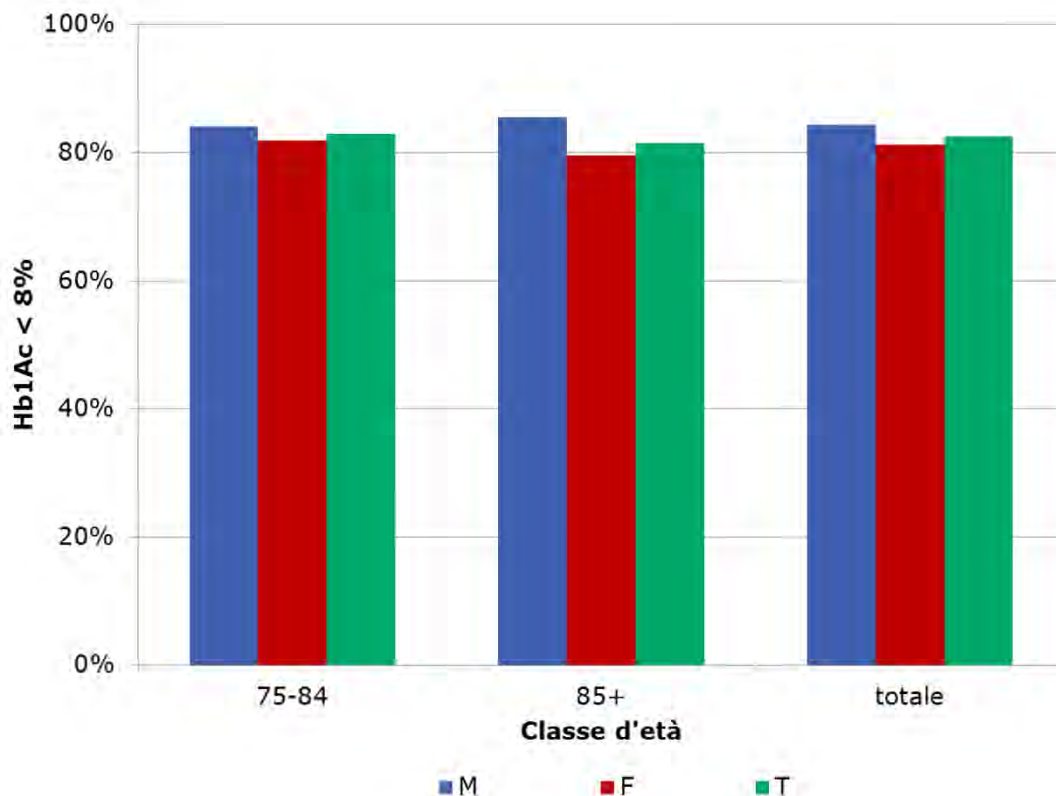
Il recente rapporto Arno, come già numerosi precedenti rapporti epidemiologici regionali documenta infatti che il consumo di farmaci, di prestazioni specialistiche e di ricoveri ospedalieri è all'incirca doppio nei diabetici rispetto ai non diabetici, con un impatto sui costi di 2.800 Euro/anno nei diabetici rispetto ai 1.300 Euro/anno registrati nei non diabetici.

Figura 5.4 - Percentuale di diabetici definiti in controllo metabolico entro i 74 anni (Fonte: 7.198 Hb1Ac refertate da 107 MMG Veneti "Milleinrete", 2012)



178

Figura 5.5 - Percentuale di diabetici definiti in controllo metabolico oltre i 74 anni (Fonte: 7.198 Hb1Ac refertate da 107 MMG Veneti "Milleinrete", 2012)



Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2271 del 10 dicembre 2013](#). Nuove disposizioni in tema di "Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.e i.. L.R. 29 giugno 2012, n. 23".

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

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1753 del 3 ottobre 2013](#). Informatizzazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta. Recepimento ed applicazione delle disposizioni della DGR n.953/2013: definizione degli standard e delle modalità erogative.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 953 del 18 giugno 2013](#). Progetto assistenza primaria: approvazione Verbale d'Intesa sottoscritto in data 31 maggio 2013 dalla Regione Veneto - Assessore alla Sanità e dalle OOSS della medicina convenzionata.

[Legge 8 novembre 2012, n. 189](#). Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158. recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1666 del 07 agosto 2012](#). Progetto per lo sviluppo della assistenza primaria approvato con DD.G.R. n. 41 e n. 1666 del 2011. Impegno di spesa.

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

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 321 del 06 marzo 2012](#). Attuazione degli AACNN 2009/2010 per la Pediatria di Libera Scelta.

179

Approfondimenti

PROPOSTA REGIONALE DI PDTA PER LA BPCO. Regione del Veneto – Segreteria regionale per la Sanità. Venezia, 9 Ottobre 2013

CINECA. Osservatorio ARNO Diabete in Veneto. Il profilo assistenziale della popolazione con diabete. Rapporto 2014

Sistema Epidemiologico Regionale – Area tematica: Diabete Mellito <http://www.ser-veneto.it>

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

Giroto S., Andreoli C., Pasini A., Rigon G., Vaona A., Zamboni C. Elementi di Diabetologia per il MMG. C.G Edizioni Medico-Scientifiche, 2014: 131-173.

Istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale, VII Report Health Search, Firenze: Rixpress, 2013.

Il progetto "MilleinRete": Finalità professionali e scientifiche, la struttura, le risorse e il supporto organizzativo. Descrizione video disponibile presso il sito Internet della Scuola Veneta di Medicina Generale.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Settore Strutture di Ricovero Intermedie e Integrazione Socio-Sanitaria
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia
Telefono 041 2793537-3538-3408 Fax: 041 2791367
e-mail: cureintermedie@regione.veneto.it

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

Coordinamento regionale per la medicina convenzionata di assistenza primaria
Via Pisa 14 –31100 Treviso
Tel 0422/323070
e-mail: direzionescuolamg@ulss.tv.it

SVEMG – Scuola Veneta di medicina Generale – Progetto Milleinrete
e-mail referente info@svemg.it

5.2. Assistenza Specialistica Ambulatoriale

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

Allegato A. Paragrafo 3.3. Assistenza specialistica, farmaceutica e protesica. Sottoparagrafo 3.3.1. Assistenza Specialistica. Pagine 80-82. Definizione dei setting erogativi più appropriati sotto il profilo clinico, organizzativo ed economico, consolidando il percorso già avviato di trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale. Riduzione delle differenze sul numero di prestazioni erogate per tipo in rapporto alla popolazione, con particolare riferimento alla diagnostica strumentale e per immagini. Miglioramento dell'accessibilità, del governo della domanda e dell'offerta di prestazioni ambulatoriali anche al fine di ridurre le liste d'attesa e di azzerarle per il paziente oncologico, dando piena applicazione agli atti di programmazione regionale.

Quadro di sintesi

Nell'anno 2013 sono state registrate nel flusso dell'attività specialistica ambulatoriale del Veneto 67.478.419 prestazioni pari ad un valore tariffario complessivo di € 1.156.229.965. L'attività clinica rappresenta il 24,2% delle prestazioni ed il 49,1% del valore, l'attività di diagnostica per immagini rispettivamente il 5,3% ed il 27,8% ed il laboratorio il 70,5% delle prestazioni ed il 23,1% del valore. Il rapporto pubblico/privato conferma il ruolo dominante del settore pubblico, con trend crescente rispetto agli anni 2011 e 2012 in tutte le aree di attività.

181

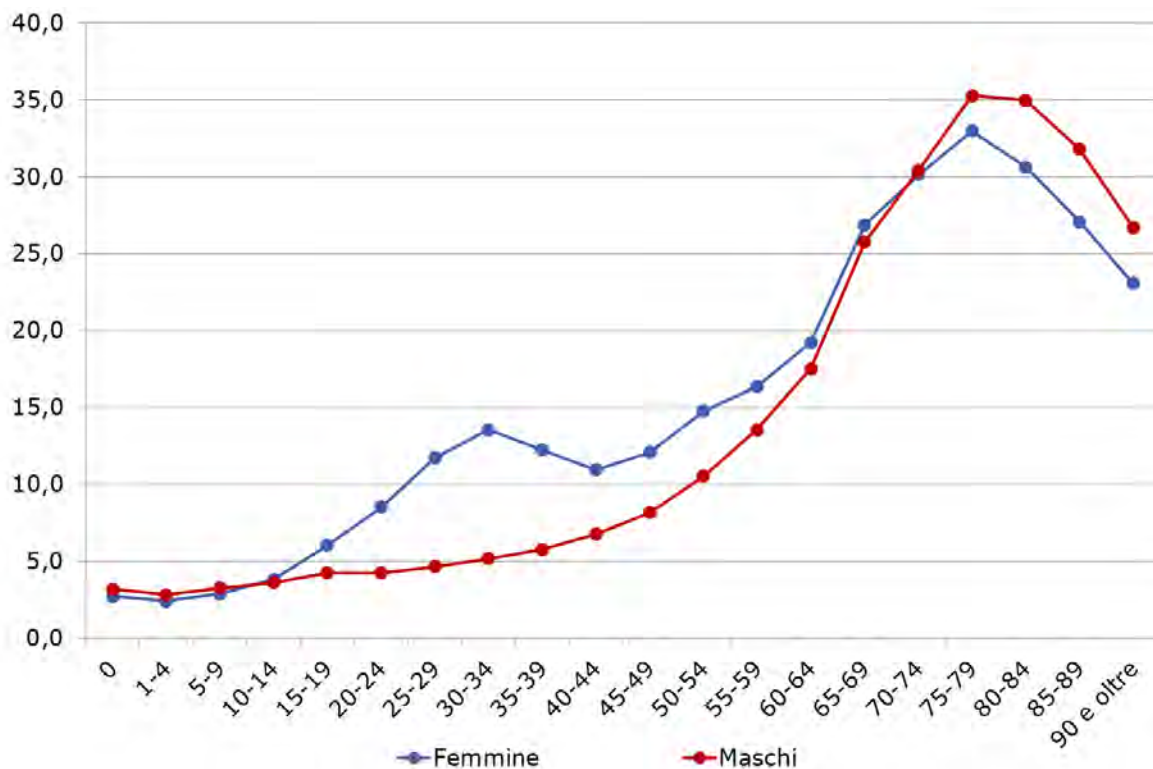
L'evoluzione della medicina sta progressivamente spostando significative attività dal regime di ricovero a quello ambulatoriale: dai 77.779 interventi ambulatoriali complessivamente erogati nel 2011 si è passati a 102.040 nel 2012 ed a 106.410 nel 2013 (dati estratti dal DWH regionale 31/03/2014, non definitivi).

Nell'anno 2013 sono state erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate del Veneto 67.478.419 prestazioni specialistiche ambulatoriali per un valore complessivo di € 1.156.229.965.

La Figura 5.6 rappresenta i tassi di accesso alle prestazioni specialistiche specifici per classe di età e sesso. I tassi complessivi di accesso sono di 11,5 prestazioni/residente per i maschi e 15,4 per le femmine.

I successivi grafici riportano i volumi di attività con riferimento al numero di prestazioni (Figura 5.7) ed al valore tariffario (Figura 5.8).

Figura 5.6– Prestazioni specialistiche ambulatoriali per residente distinte per classe di età e sesso. Residenti in Veneto, anno 2013 (Fonte: Datawarehouse Sanità Regione Veneto)



182

Figura 5.7– Numero di prestazioni ambulatoriali per tipologia di attività ed erogatore – Anno 2013 (Fonte: Datawarehouse Regione del Veneto)

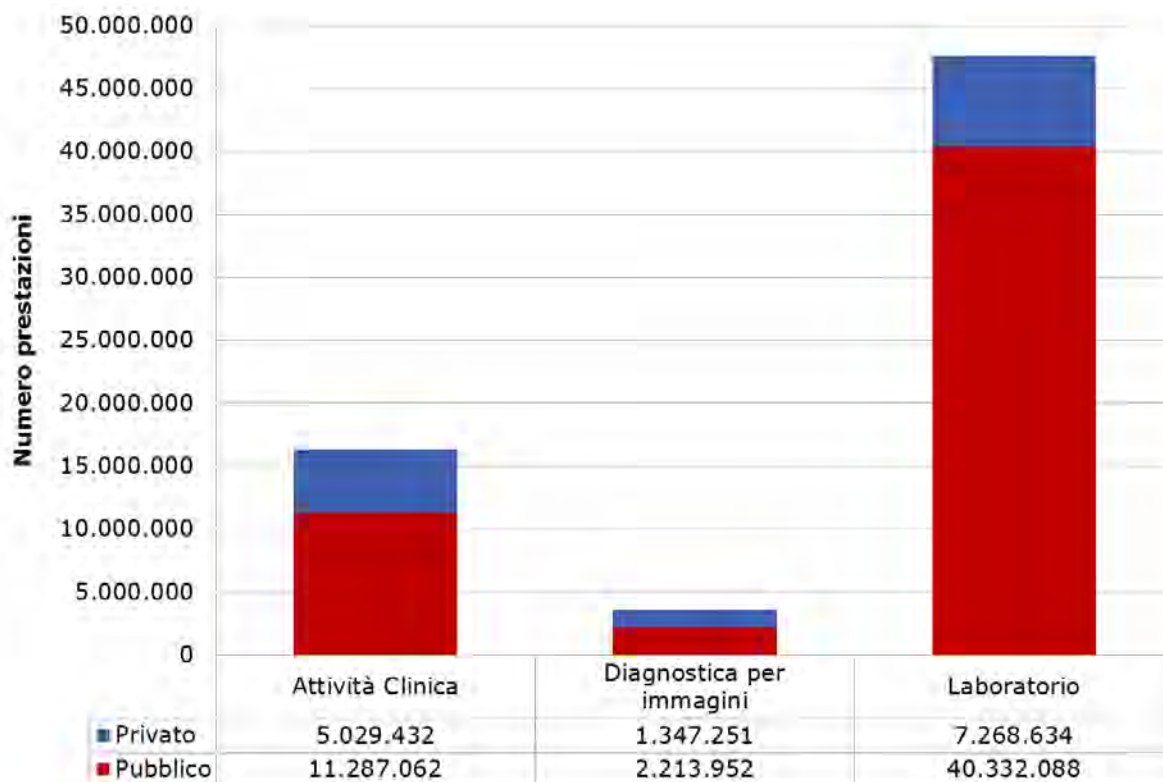
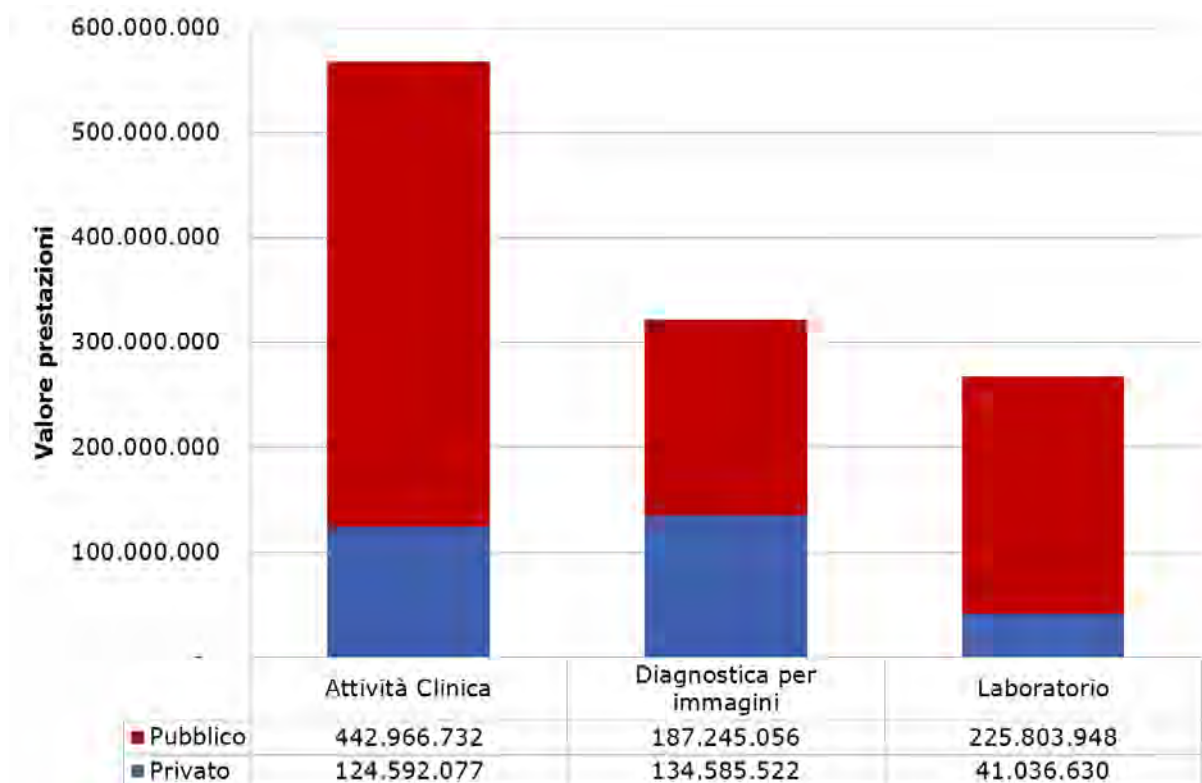


Figura 5.8 – Valore delle prestazioni ambulatoriali per tipologia di attività ed erogatore – Anno 2013
(Fonte: Datawarehouse Regione Veneto)



183

Le prestazioni di Laboratorio rappresentano circa il 70% della quantità ed il 23% del valore, mentre l'attività clinica rappresenta il 24% della quantità ed il 49% del valore, e l'attività di diagnostica per immagini, che costituisce il 5% del numero, rappresenta il 28% del valore. Con riferimento alla tipologia di produttore si evidenzia, per l'attività di laboratorio una quota dell'85% a carico del pubblico; con riferimento all'attività clinica il pubblico interviene per il 69%, mentre per la diagnostica per immagini la quota del pubblico rappresenta il 62%.

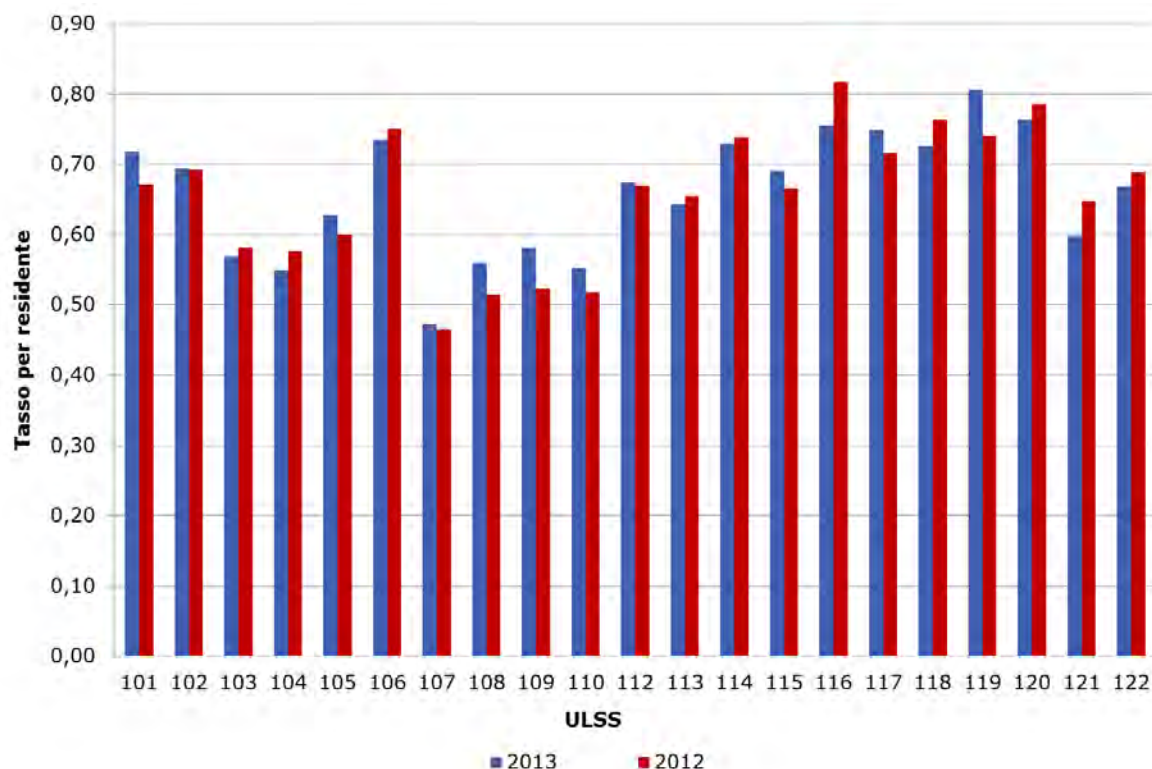
La Tabella 5.4 evidenzia, con riferimento all'attività complessiva 2013, una diminuzione di oltre due milioni di prestazioni rispetto al 2012, pari a circa il 3%, sostanzialmente in linea con quanto rilevato nel 2012. Tale diminuzione riguarda in misura più significativa le prestazioni erogate a paganti ticket, che fanno registrare nel 2013 un - 5,1 % sul 2012, ed in misura minore sugli esenti complessivi con - 2,7% sul 2012.

Tabella 5.4- Confronto anni 2013-2012: attività specialistica ambulatoriale per classe di pagamento ticket (estrazione Datawarehouse regionale del 17 aprile 2014)

Classe di pagamento	2013				2012				Variazione % 2013 vs 2012	
	N° Prestazioni		Valore		N° Prestazioni		Valore		n°	Euro
	n.	%	Euro	%	n.	%	Euro	%		
Esenti complessivi	48.657.904	72,1	783.974.798	67,8	50.017.364	71,8	815.604.550	68,5	-2.7%	-3.9%
Paganti Ticket	16.994.216	25,2	309.237.823	26,7	17.908.956	25,7	313.507.214	26,3	-5.1%	-1.4%
Pagante per intero	382.544	0,6	3.846.163	0,3	329.179	0,5	3.756.875	0,3	16.2%	2.4%
Non indicata o errata	105.086	0,2	964.978	0,1	100.581	0,1	1.286.994	0,1	4.5%	-25%
Totale	66.139.750	98	1.098.023.763	95	68.356.080	98,1	1.134.155.633	95,3	-3.2%	-3.2%
Residenti fuori Regione	1.338.669	2,0	58.206.202	5,0	1.336.233	1,9	55.708.813	4,7	0.2%	4.5%
TOTALE	67.478.419	100	1.156.229.965	100	69.692.313	100	1.189.864.446	100	-3.2%	-2.8%

La variabilità territoriale nelle prestazioni di diagnostica per immagini mostra, nel corso del 2013, un'ulteriore riduzione nelle differenze di erogazione rilevate negli anni precedenti (Figura 5.9)

184

Figura 5.9- Tasso di accesso alle prestazioni di diagnostica per immagini per ULSS di residenza. Anni 2013-2012 (Fonte: Datawarehouse Regione Veneto)


Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 863 del 21 giugno 2011](#). Recepimento dell'Intesa tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Adozione del Piano Attuativo Regionale: integrazione alla D.G.R. n. 600 del 13.3.2007

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1237 del 16 luglio 2013](#). Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" - anno 2013

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 320 del 12 marzo 2013](#). Il governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto.

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria – Settore Assistenza Ambulatoriale

Sede: Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

Recapiti telefonici: 041291671

e-mail: ennio.santacatterina@regione.veneto.it

5.3 Cure domiciliari

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

Allegato A. Paragrafo 3.1.3. La filiera dell'assistenza territoriale. Cure domiciliari. Pagina 52.

Lo sviluppo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale prevede queste linee di indirizzo:

- la continuità dell'assistenza, l'ammissione e la dimissione protetta dall'Ospedale, con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia ed il potenziamento del ruolo del case manager infermieristico - la copertura di servizio nelle 24 ore, 7 giorni su 7, anche attraverso lo sviluppo di centrali operative come punti di ricezione delle istanze e di coordinamento delle risposte;
- il consolidamento della informatizzazione delle cure domiciliari allo scopo di rispondere alle esigenze assistenziali, gestionali e valutative;
- l'integrazione informativa e gestionale tra assistenza domiciliare sanitaria e sociale;
- lo sviluppo della radiologia a domicilio.

Quadro di sintesi

Nella Regione Veneto nel 2013 sono stati effettuati da parte del Medico di Medicina Generale e degli operatori sanitari del Distretto oltre due milioni di accessi domiciliari/anno a favore di oltre centomila assistiti, con una copertura pari al 165 per mille per gli anziani con 75 anni, in lieve aumento rispetto al 2011 e al 2012.

Anche gli utenti più complessi (uno su quattro ha una diagnosi di cancro), che ricevono almeno 2 accessi/settimana per almeno un mese sono incrementati rispetto al biennio 2011-2012 raggiungendo quasi le 19.500 unità.

Tra gli anziani dimessi a domicilio circa 1 su 11 viene visitato a domicilio entro due giorni, indipendentemente dal giorno della settimana in cui avviene il rientro a casa. Nel 2013 è migliorata in maniera importante la qualità del flusso informativo, in particolare per quel che riguarda la registrazione dei problemi di salute.

Con la DGR 1338 del 30 luglio 2013 la Regione del Veneto ha istituito l'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) nell'ottica di una revisione metodologica e contenutistica dell'insieme degli interventi socio-sanitari in ambito domiciliare rivolti alle persone non autosufficienti, unificando in un unico "paniere di servizi" gli interventi, sostanzialmente di natura economica, precedentemente riguardanti gli Assegni di Cura ed i contributi per le persone con disabilità.

Utenti in Cure domiciliari

I dati presentati di seguito derivano dal flusso informativo delle cure domiciliari (DGR 2372/2011). La qualità del flusso informativo offre un supporto rilevante per lo sviluppo integrato del servizio di Cure Domiciliari e – data la sua rilevanza alla luce del PSSR approvato con LR 23/2012 - è uno degli obiettivi di valutazione delle Aziende ULSS ai sensi della DGR 1237/2013. Nella pratica, l'aggiornamento delle diagnosi e dei problemi di salute e l'annotazione quotidiana degli accessi degli operatori sanitari (infermieri, OSS, terapisti della riabilitazione, MMG, medici specialisti e palliativisti) che si avvicinano a

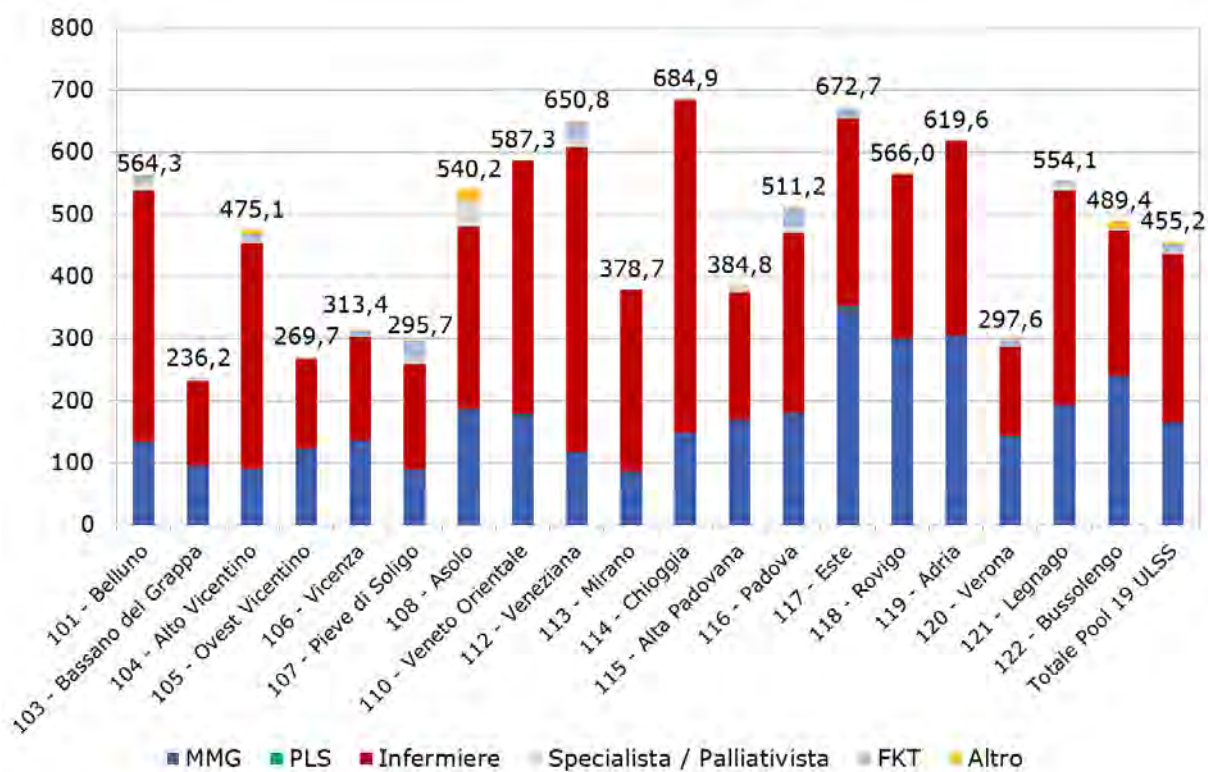
domicilio del paziente sono indispensabili per aggiornare il Piano di Assistenza Individualizzato e facilitare il passaggio di consegne rispetto alla gestione di casi spesso complessi e in rapida evoluzione. La qualità del flusso risulta oggi del tutto adeguata (anche al fine del calcolo degli indicatori) in numerose ULSS e il punteggio di qualità del flusso informativo è di 5,4 su un massimo di 7 nel 2013 (5,0 nel 2012).

Nel 2013 sono stati erogati e registrati in Veneto 2.241.184 accessi domiciliari, di cui 57.870 da parte di operatori sociali (OSS e Assistenti Sociali dei Comuni o delle ULSS), che sono però caricati in modo parziale solo in alcune ULSS. Queste informazioni potranno essere opportunamente integrate con i dati sull'utenza delle Impegnative di Cura Domiciliare (ICD); la DGR 1338/2013 infatti prevede l'istituzione della ICD per favorire il domicilio quale luogo di cura per le persone non autosufficienti.

E' possibile stimare che un operatore sanitario sia in grado di erogare 17,5 accessi domiciliari/1.000 abitanti-anno. La Figura 5.10 mostra un range di 1:3 tra il minimo ed il massimo ed importanti differenze nella quota di Cure Domiciliari svolte dal MMG e dagli Infermieri Distrettuali.

Dal grafico sono escluse le ULSS 2 e 9 che non inviano i dati dei MMG.

Figura 5.10 - Tassi di accessi sanitari per 1.000 ab., per ULSS di residenza. Pool di 19 ULSS, Anno 2013



Quasi 8 assistiti in CD su 10 hanno 75 anni e più ed in questa fascia di popolazione risultano in carico più del 16% degli assistiti – circa il 2,8% in maniera più intensiva, cioè con almeno 8 accessi per almeno un mese. Nelle 20 ULSS in cui è possibile fare il confronto, tra il 2013 ed il 2011, nonostante un incremento del numero assoluto, si rileva

un leggero calo del tasso di assistiti, che non riguarda però i pazienti seguiti in maniera più intensiva (Tabella 5.5 e 5.6), che nel 2013 risultano essere 19.454 unità nell'intera Regione Veneto.

Tabella 5.5 - Indicatori di attività delle Cure Domiciliari. Pool 20 ULSS della Regione Veneto, Anni 2013 - 2011.

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

*pool 20 ULSS per confronto 2013-2011

Tabella 5.6 - Indicatori di attività delle Cure Domiciliari. Regione Veneto, Anno 2013.

Indicatori	1+ accesso nell'anno			8+ accessi per 1+ mesi		
	N	%	Tasso x 1.000	N	%	Tasso x 1.000
Numero di assistiti	104.897			19.454		
Maschi	36.371	34,7%		8.110	41,7%	
Femmine	68.526	65,3%		11.344	58,3%	
0-64 anni	10.113	9,6%	2,6	2.517	12,9%	0,7
65+ anni	94.784	90,4%	93	16.937	87,1%	16,6
75+ anni	82.442	78,6%	165,5	13.961	71,8%	28

La descrizione dei problemi di salute degli assistiti in CD è molto migliorata: complessivamente i casi senza diagnosi sono passati dal 60,9% del 2011 al 39,4% del 2012 e al 20,2% del 2013; l'8,2% degli assistiti in Cure Domiciliari (pari a 8.650 assistiti) ha una documentazione di cancro, il 20,2% di malattia cardio/cerebrovascolare, l'12,7% di malattia neuropsichiatrica e il 21,2% di Sindrome Ipocinetica. Con il crescere dell'età è evidente un calo della proporzione di casi seguiti a domicilio per cancro, cui si accompagna un aumento della proporzione di casi seguiti per malattie cardio e cerebrovascolari.

Tra i pazienti seguiti in maniera più intensiva i casi senza diagnosi sono il 14,3% (44,1% nel 2011; 25,5% nel 2012) e un paziente su 5 (3.768 assistiti) ha una documentazione di cancro, con un netto trend d'età (33% negli assistiti sotto i 65 anni, 9% negli assistiti di 85 anni e più) – vedi Figura 5.11 – mentre le malattie cardio e cerebrovascolari seguono un trend opposto.

La DGR 2372/2011 stabilisce uno standard ottimale ($\geq 1,2$ per 1.000 ab.) rispetto alla presa in carico di assistiti che hanno almeno 8 accessi/mese per almeno 1 mese; che è raggiunto in 8/14 Aziende ULSS ed il valore medio misurato nel pool di ULSS è pressoché identico a quello registrato per il 2011 e 2012.

La tempestività delle CD in post-dimissione viene valutata rilevando la percentuale di pazienti ultra75enni dimessi a domicilio dopo ricovero medico acuto ordinario che vengono visitati a casa entro 2 giorni dalla data di dimissione (vedi Figura 5.11): quattro ULSS raggiungono un livello che può essere considerato ottimale (al disopra del 10%); rispetto a questo importante intervento di continuità assistenziale si registra una sostanziale stabilità rispetto ai dati 2011 (8,9%) e 2012 (8,6%).

Figura 5.11 - Problemi di salute rilevati nel totale negli assistiti in CD con 8+ accessi/mese per 1+mesi, per classe d'età. Regione del Veneto, Anno 2013.

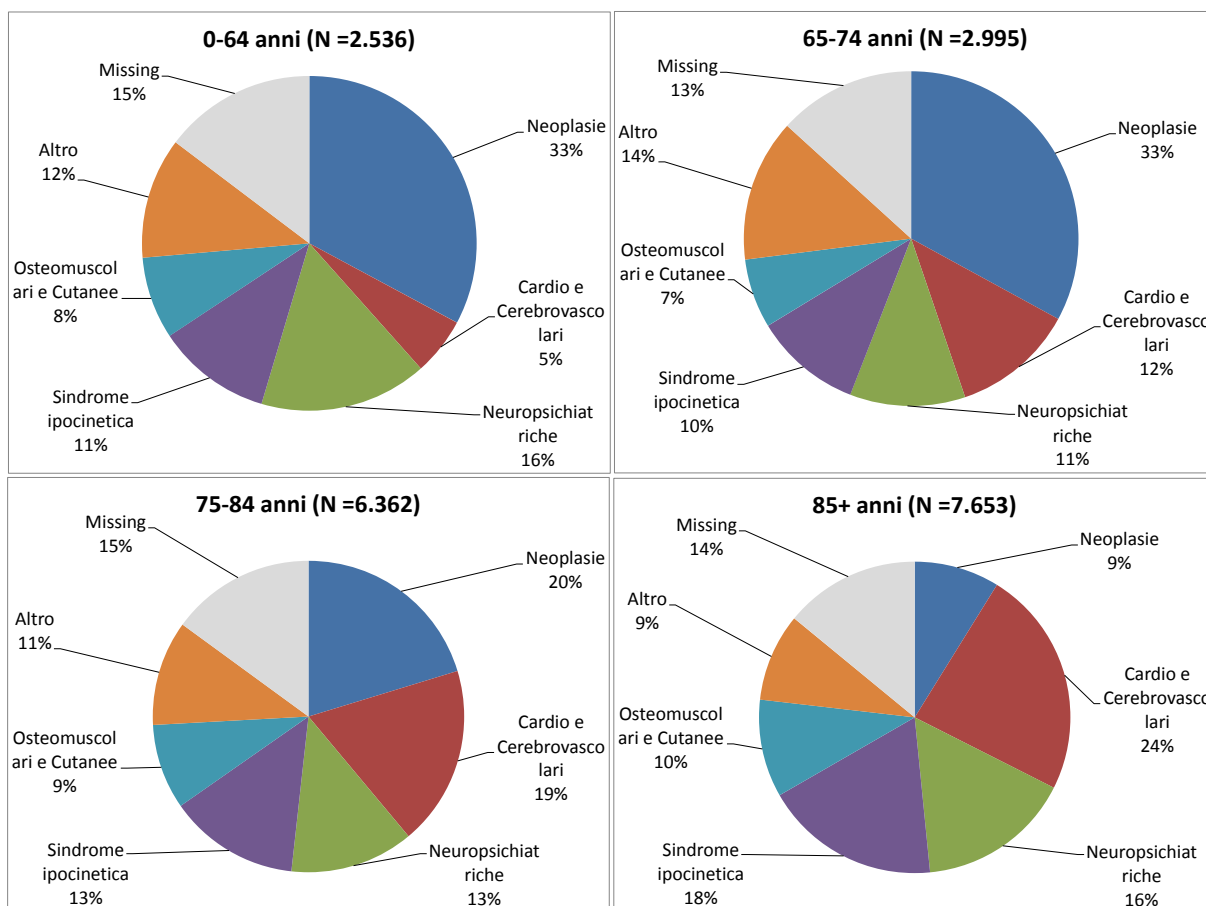
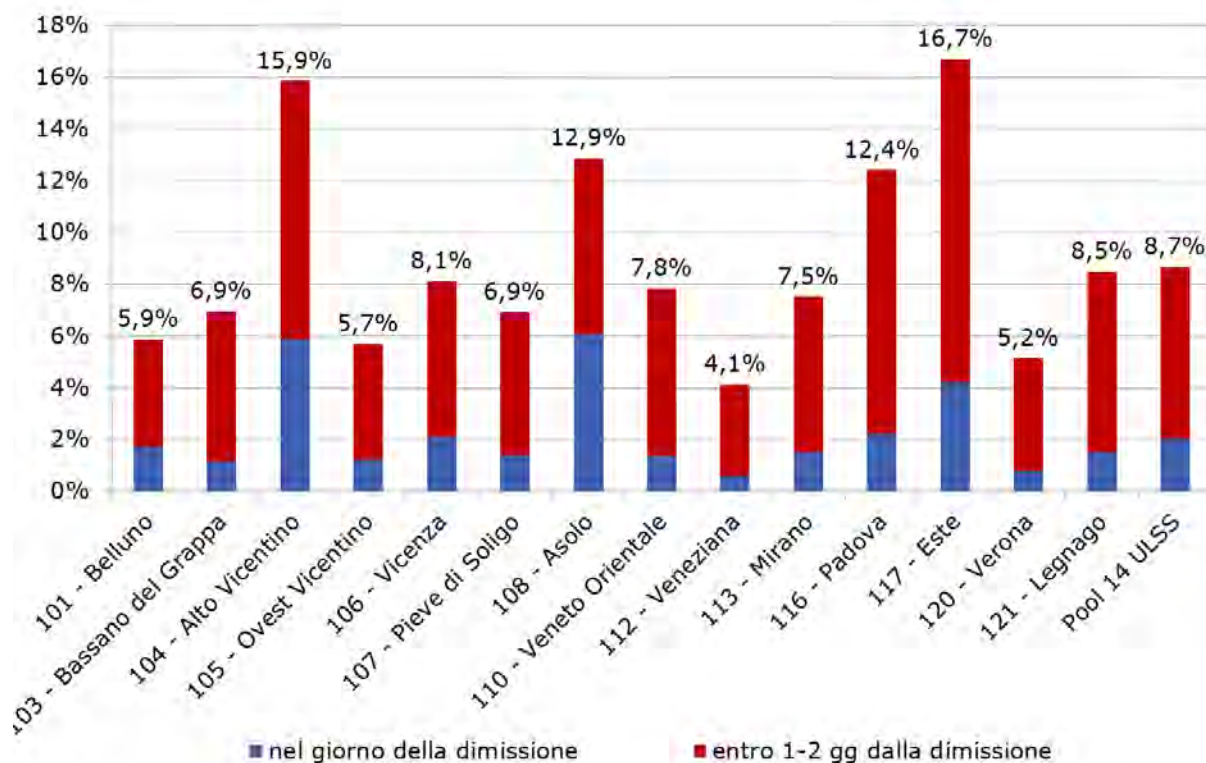


Figura 5.12 - Percentuale di pazienti ultra75enni dimessi a domicilio dopo un ricovero medico acuto ordinario che vengono visitati a domicilio entro 2 giorni dalla data di dimissione dall'ospedale. Pool 14 ULSS Anno 2013.



La percentuale di accessi erogati durante il Sabato, la Domenica è un indicatore (Figura 5.13) importante della continuità dell'offerta assistenziale. Il valore medio per il 2013 è praticamente invariato rispetto al 2011 (5,6%) e 2012 (5,5%), confermando anche un divario organizzativo rispetto l'apertura del servizio durante il weekend. Per 4 Aziende l'indicatore supera il $\geq 7\%$.

La percentuale di ultra75enni che hanno ricevuto un'assistenza intensiva (almeno 8 accessi/mese) nell'ultimo mese di vita; il valore l'indicatore per il 2012 (11,8%), ultimo anno disponibile per il calcolo, mostra un aumento del 1,7% rispetto al 2011, che è coerente con le indicazioni della programmazione regionale; tre Aziende ULSS superano il valore del 15% (Figura 5.14).

In conclusione le Cure Domiciliari, integrate con i servizi territoriali e con la partecipazione attiva delle famiglie, si candidano a costituire un supporto professionale saldo, socialmente accettabile ed economicamente sostenibile alle politiche di deospedalizzazione previste dal Piano Socio-Sanitario Regionale.

Figura 5.13 - Percentuale di accessi erogati al sabato o domenica, per ULSS di residenza - Pool 14 ULSS, Anno 2013.

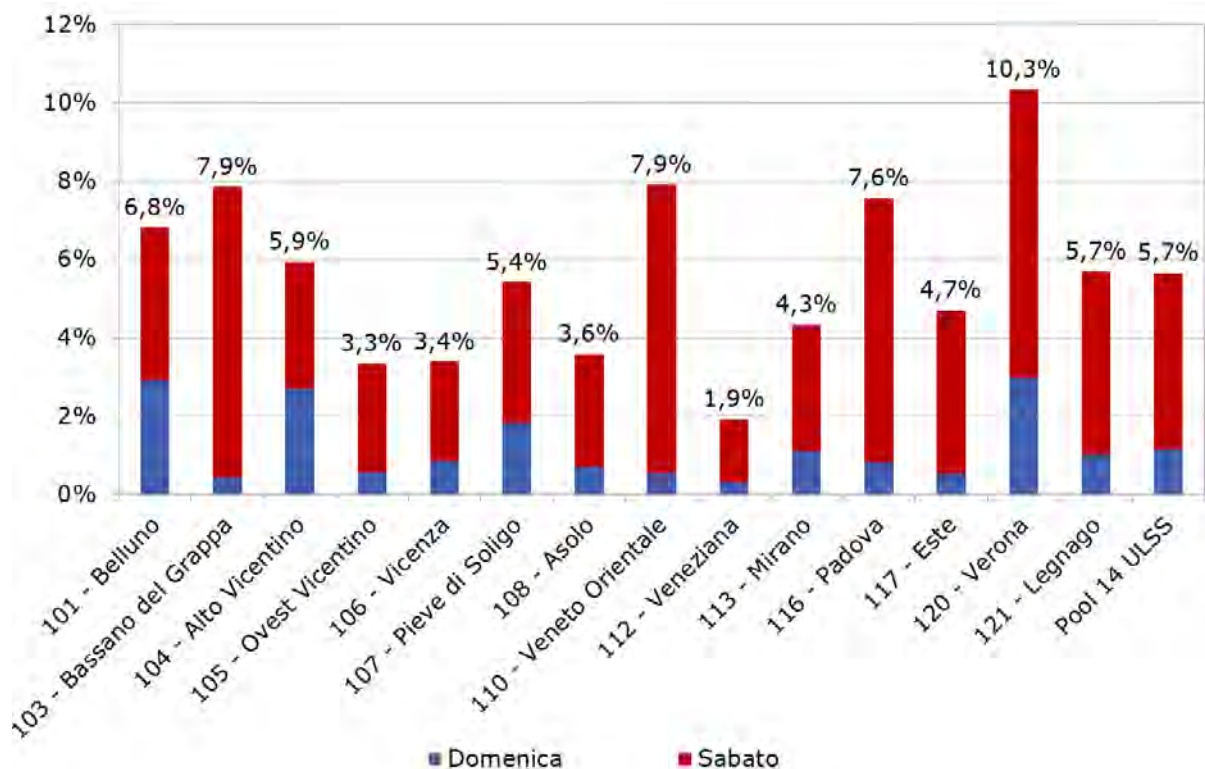
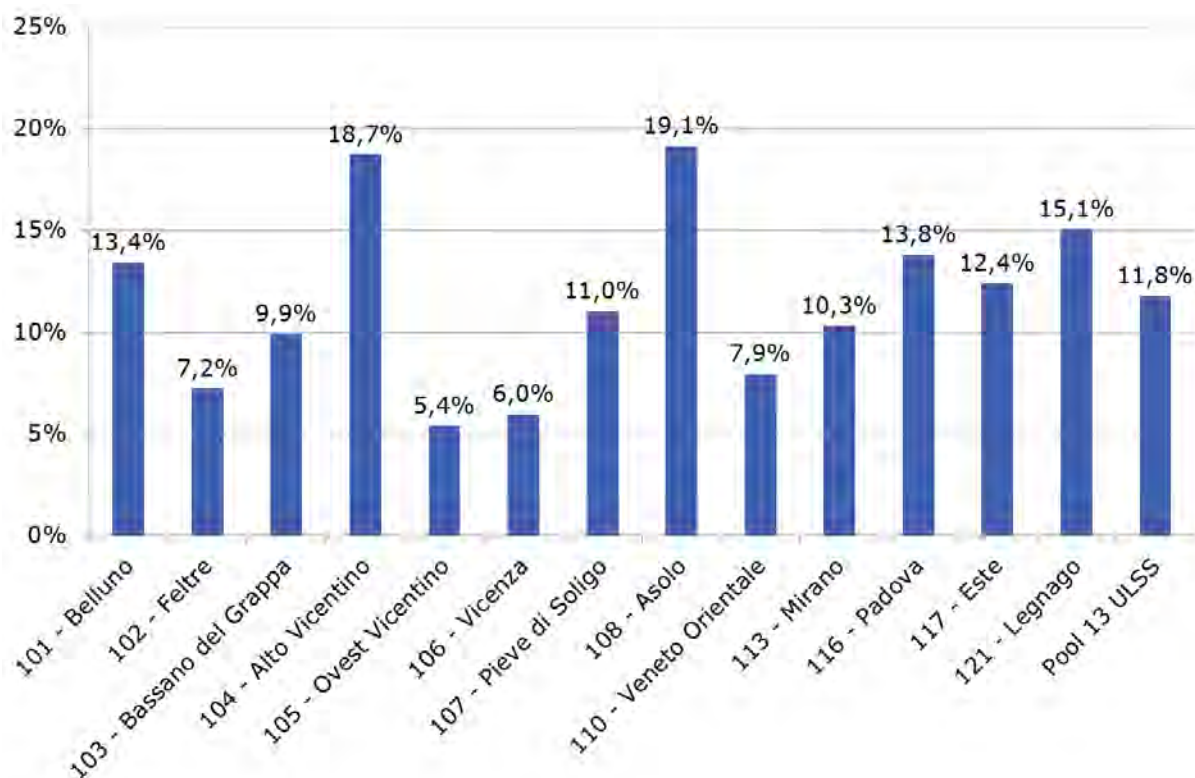


Figura 5.14 - Percentuale di ultra75enni deceduti, con 8+ accessi nell'ultimo mese di vita Pool 13 ULSS, Anno 2012.



Le Impegnative di Cura Domiciliare (ICD)

Con la DGR 1338 del 30 luglio 2013 la Regione del Veneto ha istituito l'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD). L'intervento ha risposto alla necessità di rivedere ed aggiornare la programmazione delle prestazioni che costituivano LEA aggiuntivo regionale in ambito socio-sanitario ricadenti nel Fondo regionale per la Non Autosufficienza.

Il provvedimento ha proposto una revisione metodologica e contenutistica dell'insieme degli interventi socio-sanitari in ambito domiciliare rivolti alle persone non autosufficienti. Sono stati così unificati in un unico "paniere" di servizi gli interventi, sostanzialmente di natura economica, precedentemente riguardanti gli Assegni di Cura ed i contributi per le persone con disabilità.

E' stata inoltre inserita una linea di intervento prevista dalla Legge di stabilità 2013 (L 228/2013), che, con il riparto del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze ha previsto il vincolo di utilizzo di almeno il 30% di risorse ripartite a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore per gravi patologie cronico degenerative non reversibili, inclusa la SLA, gravi demenze, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi, gravi patologie associate a dipendenza vitale da apparecchiature elettromedicali.

La DGR 1338/2013 ha inteso identificare e qualificare nell'ambito dei servizi programmati a livello regionale per le cure domiciliari – con esclusione delle attività di medicina generale e specialistica, e di assistenza infermieristica e riabilitativa – tutte le azioni che si possono configurare tra le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, anche qualora corrispondano a interventi sostitutivi di carattere economico.

Di conseguenza l'appartenenza delle prestazioni ai LEA o ai LEA aggiuntivi regionali è stata stabilita in base alla specifica situazione di bisogno del beneficiario e dal discernimento, da parte dei soggetti deputati alla presa in carico, sullo strumento in grado di venire incontro ai bisogno dell'assistito, mantenendo come base di riferimento i DPCM del 2001 in materia di LEA socio-sanitari. In sintesi, l'iscrizione ai LEA delle ICD è motivata dal fatto che le prestazioni assistenziali che attraverso di esse la rete familiare può garantire alla persona non autosufficiente riguarda le medesime attività di sorveglianza/supervisione e di aiuto nelle iADL e ADL che nell'ambito dell'assistenza residenziale extraospedaliera sono assicurate attraverso la quota di rilievo sanitario erogata come Impegnativa di Residenzialità.

L'ICD è stata perciò strutturata in cinque categorie, mutuamente esclusive, per la risposta alle seguenti tipologie di bisogno:

- Utenti con basso bisogno assistenziale (ICDb), corrispondenti agli utenti già previsti dalla LR 28/1991, i cui bisogni sono rilevati dalla rete dei servizi sociali e, per la parte sanitaria, dal Medico di Medicina Generale.

- Utenti con medio bisogno assistenziale (ICDm), corrispondenti agli utenti con presenza di demenze di tutti i tipi accompagnate da gravi disturbi comportamentali.
- Utenti con alto bisogno assistenziale (ICDa), come previsti dalla già citata Legge di stabilità 2013, per i quali è stato introdotto il criterio della dipendenza vitale h24, anche con apparecchiature elettromedicali e/o ventilazione assistita;
- Utenti con grave disabilità psichica e intellettiva, categoria cui sono rivolti gli interventi di promozione dell'autonomia personale e di aiuto personale per le persone con disabilità, ora riuniti in un'unica fattispecie con l'ICDp.
- Utenti in età adulta con grave disabilità fisico-motoria e capacità di autodeterminazione, per i quali i progetti di vita indipendente confluiscono nell'ICDf.

Le risorse per i servizi ADI-SAD, anch'esse inserite nel paniere delle ICD, continuano ad essere ripartite ai Comuni per le consuete attività di assistenza tutelare che sono compatibili con le altre tipologie di ICD.

Con l'introduzione dell'ICD, dal 1 gennaio 2013 (per le ICDB, ICDm e ICDa e dal 1 gennaio 2014 per le ICDp e ICDf), viene predeterminato per ciascuna tipologia il valore – o il tetto – del contributo economico, che viene ripartito per ciascuna ULSS in base a parametri oggettivi ed assegnato ai beneficiari con base mensile attraverso lo scorrimento di graduatorie uniche aziendali su un punteggio determinato combinando ISEE e Valutazione Multidimensionale.

Da ultimo, la DGR 1338/2013 ha introdotto l'attivazione periodica da parte delle Aziende ULSS di forme di controllo in merito alla qualità assistenziale conseguita con l'erogazione delle ICD. In un'ottica di sostenibilità del sistema, l'esecuzione di tali controlli deve essere conseguita nell'ambito delle visite domiciliari già previste. Ogni richiedente l'ICD (e nella fase di transizione anche i beneficiari dell'ex Assegno di Cura, automaticamente transitati in ICD) è messo a conoscenza della apposita check list di valutazione.

In base ai dati dell'anno 2013, gli utenti delle ICDB sono prevalentemente maschi fino al 74° anno di età, sostanzialmente equivalenti tra i 75 e gli 84 anni, mentre la classe degli over 85 è prevalentemente femminile. La presa in carico degli uomini è più diluita per età, mentre per le donne avviene maggiormente a partire dal 75° anno.

Anche per le ICDm la prevalenza femminile si rileva negli over 85. Trattandosi di un intervento rivolto a persone con demenza, la crescita è più ripida verso l'età anziana.

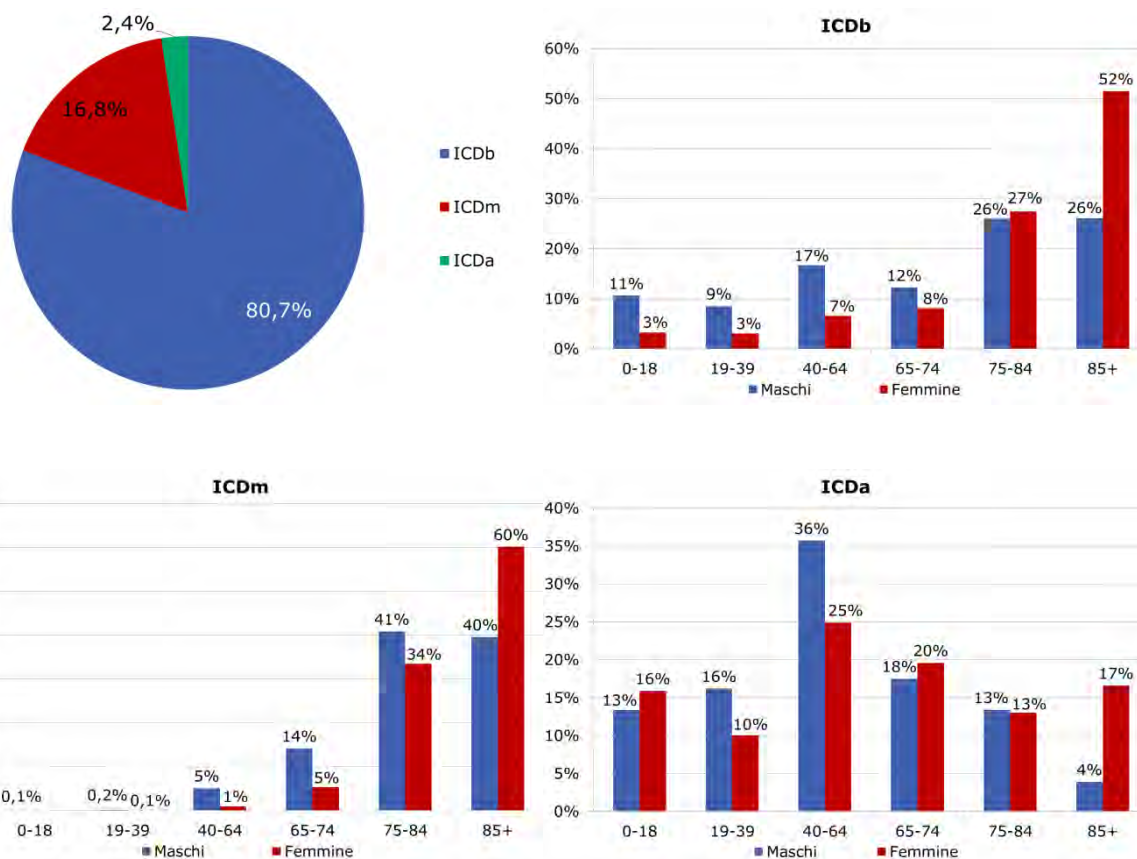
Di diverso tenore sono invece le distribuzioni per età dei beneficiari di ICDa, per i quali sarà opportuno individuare un indicatore di appropriatezza per la fascia over 75.

Il numero totale degli utenti delle ICD, espresso in utenti equivalenti (cioè rapportati a 12 mesi: due utenti per 6 mesi ciascuno si contano come 1 utente equivalente), è illustrato nella Tabella 5.7, con distribuzione per genere e per tipologia di ICD.

Tabella 5.7 - Impegnative di cura domiciliare: utenti equivalenti. Veneto, anno 2013.

Tipo ICD/Genere	Maschi	Femmine	Totale
ICDb	6.840 (31%)	15.030 (69%)	21.870
ICDm	1.173 (26%)	3.381 (74%)	4.554
ICDa	359 (54%)	301 (46%)	660

Figura 5.15 - Utenti con Impegnative di Cura Domiciliare per tipo.Veneto, anno 2013



La valutazione socio-sanitaria delle ICD è stata effettuata mediante la compilazione della SVaMA semplificata per le ICDb e della SVaMA ordinaria per le ICDm e ICDa. Le schede di valutazione multidimensionale sono state appositamente modificate al fine di attribuire punteggi maggiori in presenza di valido supporto della rete familiare. In altri termini, mentre nella richiesta di residenzialità l'assenza della famiglia è condizione preferenziale per l'accesso, le ICD sono invece erogate laddove sia presente una rete di supporto che il contributo si prefigge di sostenere.

La SVaMA semplificata è stata costruita sui seguenti 6 domini, ciascuno dei quali rappresentato da un punteggio da 1 a 3.

Per l'accesso alle ICD il punteggio nei domini¹ è così distribuito

- L'asse cognitivo è costruito sulla base del Short Portable Mental Status Questionnaire. Su una scala da 0 a 10, fino a 3 (semplificato in 1 punto) l'utente è lucido (36,4% degli utenti di ICDB), da 4 a 8 (2 punti) è confuso (40,1%), da 9 a 10 (3 punti) è molto confuso o stuporoso (23,5%)
- L'asse funzionale è costruito sull'Indice di Barthel per le attività di base (ADL – Activities of Daily Living). Su una scala da 0 a 60 punti, da 0 a 14 (semplificato in 1 punto) l'utente è autonomo o quasi (1,1% dell'utenza), da 15 a 49 (2 punti) è dipendente (37%), da 49 a 60 è totalmente dipendente (62%).
- L'asse della mobilità è costruito sull'indice di Barthel Mobilità, con una scala da 0 a 40 punti. Da 0 a 14 (semplificato in 1 punto) l'utente si sposta da solo (1,2%), da 15 a 29 (2 punti) l'utente si sposta assistito (9,9%), da 29 a 40 non si sposta (89% dell'utenza).
- L'asse sanitario è la risultante di più rilevazioni sanitarie. Il 2,1% ha una bassa necessità di assistenza sanitaria, il 77% una necessità intermedia e solo il 22% ha un bisogno elevato.
- Infine dall'asse sociale emerge con una prevalenza di oltre il 90% un supporto sociale intermedio che rappresenta la presenza della famiglia e la necessità che questa sia aiutata nel suo compito.

Alle ICDm si accede mediante valutazione effettuata tramite la SVaMA ordinaria, con punteggio sociale invertito. Il punteggio totale di SVaMA viene espresso con una scala da 0 a 100. I punteggi delle valutazioni multidimensionali per l'accesso alle ICD sono descritti in Figura 5.17.

Si rileva la prevalenza della classe di punteggio 70-75, la media di 73,6 punti e la mediana di 72,5.

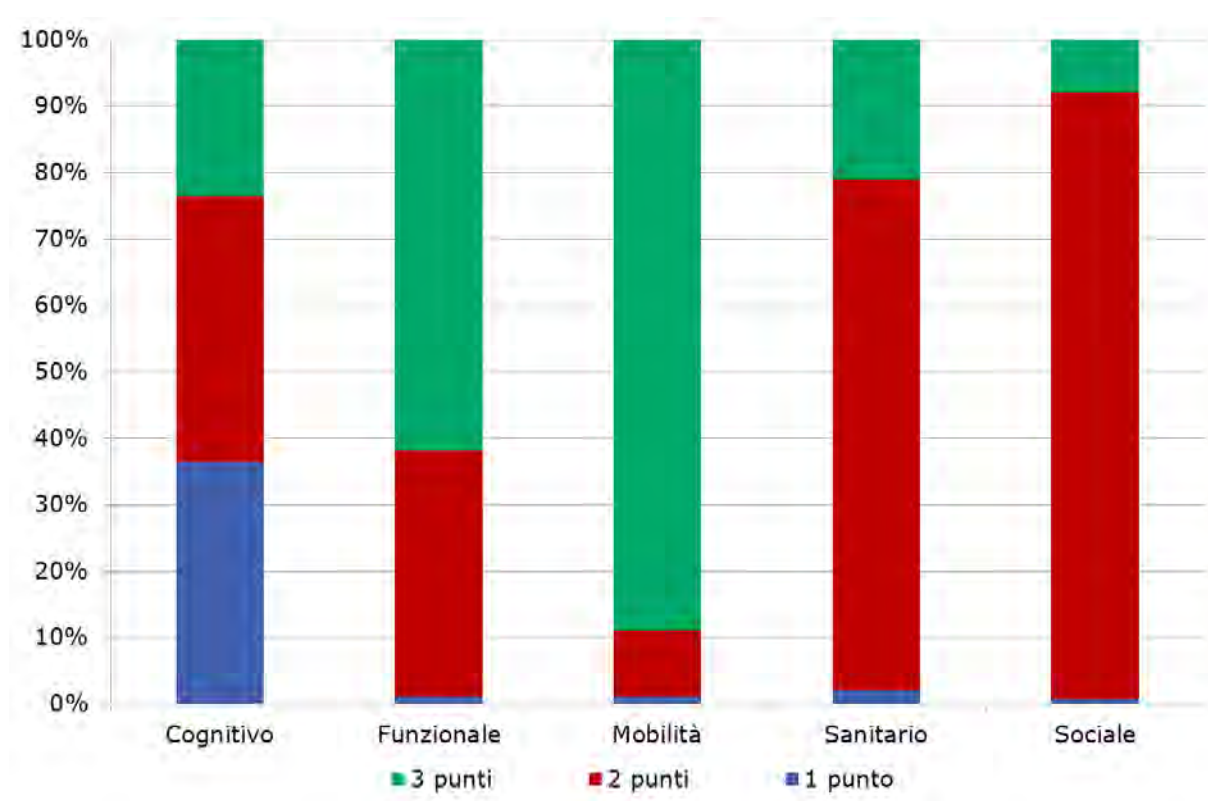
E' inoltre significativo che la quasi totalità delle impegnative sia assegnato con un punteggio uguale o superiore a 60, soglia che corrisponde al livello minimo richiesto per l'iscrizione nel Registro Unico della Residenzialità di cui alla DGR 456 del 27 febbraio 2007, stabilita dalla DGR 1133/2008.

Va ricordato che i titolari di queste impegnative, pari a circa 4.500 utenti equivalenti affetti da demenza accompagnata da disturbi comportamentali, potrebbero costituire utenza di Centri di servizio residenziali per persone non autosufficienti.

Per quanto riguarda, da ultimo, le ICDa, la distribuzione della valutazione multidimensionale è rappresentata in Figura 5.18.

¹ I valori sono stati ricavati per le nuove domande attraverso il nuovo modulo e per le domande transitate da Assegno di Cura a ICD convertendo i valori della scheda base di valutazione socio.sanitaria nei punteggi della SVaMA semplificata.

Figura 5.16 - Utenti con ICDB: distribuzione punteggi assi SVaMA semplificata. Veneto, anno 2013.



196

Figura 5.17 - Utenti con ICDB: distribuzione punteggio SVaMA. Veneto, anno 2013.

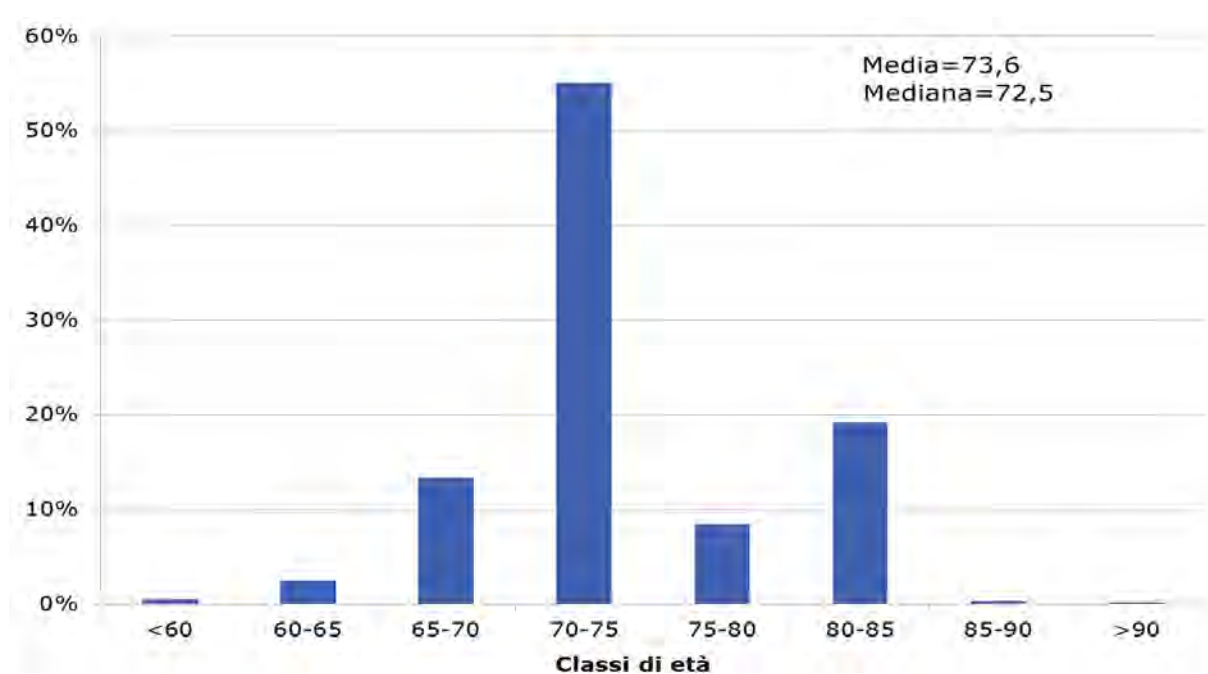
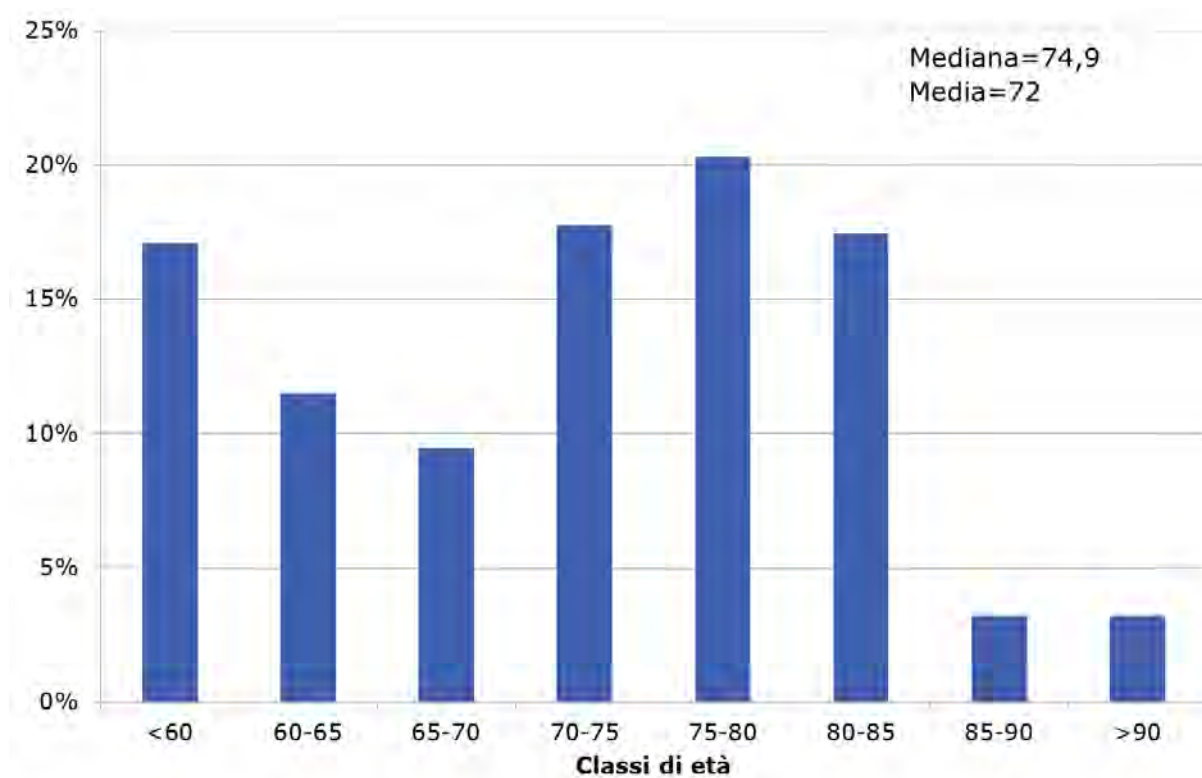


Figura 5.18 - Utenti con ICDA: distribuzione punteggio SVaMA. Veneto, anno 2013.

Trattandosi di una tipologia di intervento avviata nel 2013 sarà opportuno raffinare l'ambito di indagine ed eventualmente individuare uno strumento più adatto alla valutazione di minori e di persone con gravi disabilità rispetto alla SVaMA.

La verifica dell'applicazione del criterio della dipendenza vitale h24, anche con apparecchiature elettromedicali e/o ventilazione assistita ha dimostrato una eterogeneità tra ULSS, dato che viene illustrato con la seguente Figura 5.19 e che richiederà un intervento per regolamentare con maggiore precisione i criteri di accesso. Il valore P12 si riferisce alla presenza di respiratore o ventilazione assistita e il valore P15 si riferisce a dipendenza da apparecchi elettromedicali. Il valore "Nessuno" è comunque comprensivo della certificazione da parte della UVMMD che la persona è in condizioni di dipendenza vitale con necessità di assistenza h24. I principali motivi di chiusura delle ICD rilevati nel 2013 sono infine rappresentati in Figura 5.20, per causa e per tipologia di ICD.

Attualmente il sistema informativo delle ICD non è ancora integrato con quello delle cure domiciliari; tale integrazione sarà garantita con la messa a regime del sistema e consentirà di arricchire i dati sulle cure domiciliari con ulteriori informazioni sulle caratteristiche cliniche e funzionali dei pazienti.

Per un raccordo con i dati storici relativi al servizio di assistenza domiciliare sociale semplice ed integrata (SAD e SAD-ADI) vedi paragrafo 7.3.

Figura 5.19. Utenti con ICDA per utilizzo di apparecchiature elettromedicali e/o ventilazione assistita. Veneto, anno 2013.

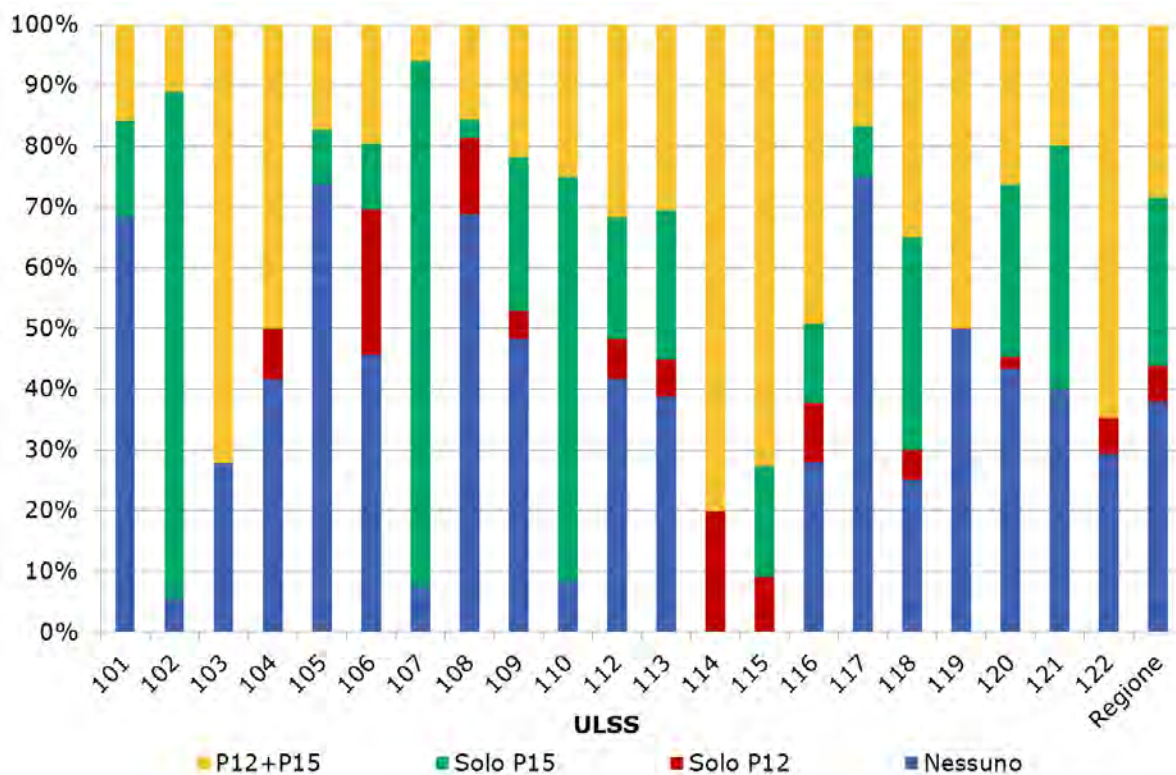
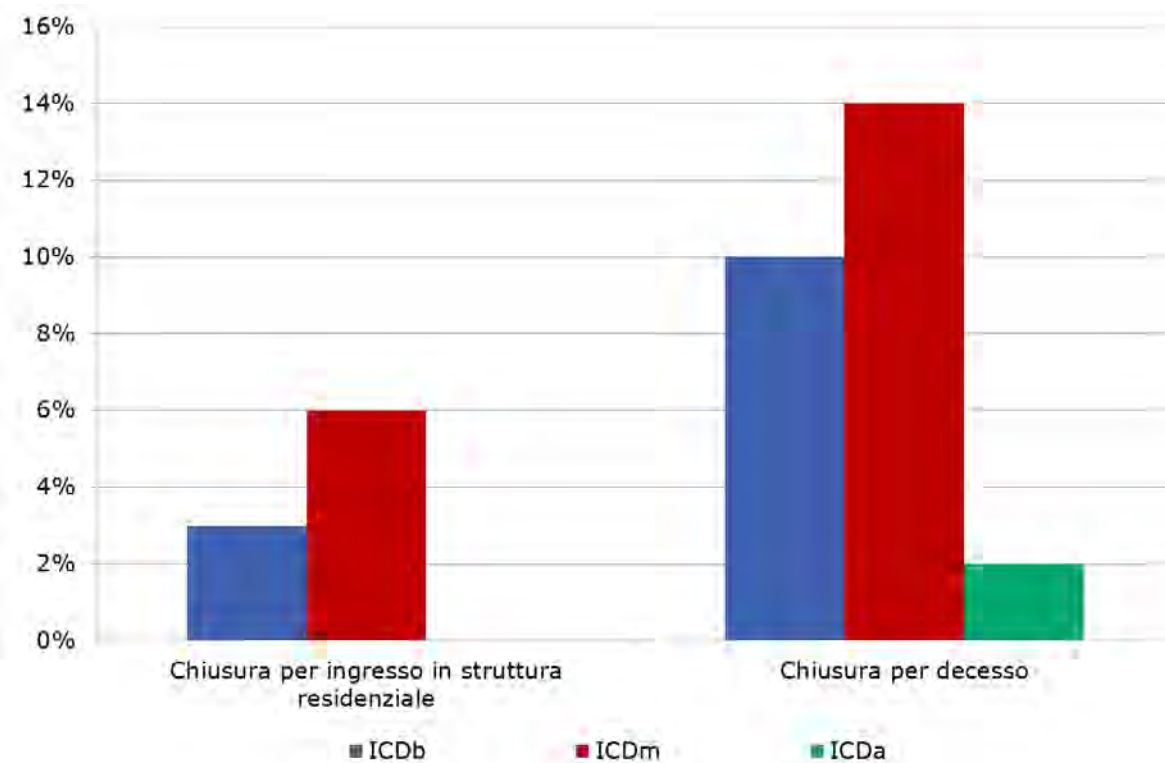


Figura 5.20 - Utenti con ICD per motivo di chiusura: percentuali sul totale utenti per tipo ICD. Veneto, anno 2013.



Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2372 del 29 dicembre 2011](#) - Flusso Informativo Assistenza e Cure Domiciliari: approvazione dei relativi progetti e collaborazione con l'Azienda ULSS 4 nelle fasi di gestione.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1338 del 30 luglio 2013](#) - Revisioni delle prestazioni costituenti LEA aggiuntivi regionali (cd. extra-LEA) in ambito socio-sanitario. Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (DGR 154/CR del 24 dicembre 2012 e DGR 37/CR del 3 maggio 2013).

Approfondimenti

[Le cure domiciliari nella Regione del Veneto. Anno 2011.](#) Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, gennaio 2013.

Sito web dedicato alle impegnative di cura domiciliare: <http://icd.regione.veneto.it/>

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Settore Strutture di ricovero intermedie e integrazione socio-sanitaria
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia
Telefono 041 27933538
e-mail: cureintermedie@regione.veneto.it - icd@regione.veneto.it

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

5.4. Cure palliative

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

Allegato A. Paragrafo 3.1.3. La filiera dell'assistenza territoriale. Assistenza specialistica e Cure Palliative. Pagine 52-54.

Le Cure Palliative vengono erogate – in continuità con le Cure Ospedaliere e con l'obiettivo di qualificare e rendere più appropriate - 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 una 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, riducendo tempi e spostamenti, individuando i professionisti di riferimento per la specifica fase di presa in carico;*
- *applicare e monitorare i PDTA specifici e condivisi anche con l'Ospedale, al fine di trasferire appropriatamente i malati candidati a cure palliative dalle competenze ospedaliere a quelle distrettuali;*
- *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.*

200

Quadro di sintesi

Viene segnalato dalle Aziende ULSS un marcato incremento ed una anticipazione della presa in carico da parte dei Nuclei di Cure Palliative (quasi 8.000 assistiti nell'ultimo anno); l'impegno più gravoso è comunque quello verso i pazienti prossimi al decesso (tre pazienti su quattro); parallelamente è aumentata la copertura assistenziale. In quasi tutte le Aziende è stato attivato il Nucleo funzionale di Cure Palliative, mentre una Unità Operativa di Cure Palliative è già attiva in 13 Aziende ed è incardinata nel Distretto Socio-Sanitario, in stretta integrazione con la Medicina Generale ed i servizi territoriali.

Nell'ultimo anno si sono consolidati anche i flussi informativi individuali dell'Hospice e delle Cure Domiciliari, che confermano il raggiungimento degli standard assistenziali previsti dal Ministero sia per i pazienti domiciliari (circa 8.000, che salgono a 10.000 considerando anche i casi a minore intensità assistenziale) sia per i pazienti in Hospice (circa 1.500).

La popolazione target per le Cure Palliative è costituita da pazienti oncologici e non oncologici con bassa aspettativa e bassa qualità di vita, verso il termine dei percorsi di cura attiva, individuati in maniera proattiva sulla base di specifici criteri prognostici dai medici ospedalieri e di cure primarie. Il punto di partenza è infatti un invito a tutti i medici a rispondere onestamente in scienza e coscienza alla domanda "Saresti sorpreso

se il tuo paziente morisse nei prossimi mesi?"; questo può essere un punto di partenza per discutere il successivo percorso di cura e assistenza tra colleghi e con il paziente.

I setting di erogazione delle Cure Palliative sono poi differenziati in funzione dell'evoluzione delle condizioni cliniche e funzionali; tra questi vanno ricordati l'Ospedale (cure simultanee con presa in carico congiunta Oncologo/Specialista ospedaliero e Nucleo di Cure Palliative), l'ambulatorio di Cure Palliative, l'ambulatorio del MMG, il Domicilio del paziente (CPD) oltre all'Hospice ed alle strutture residenziali, per i quali esistono specifici flussi informativi.

Il DMS 43/2007 individua alcuni indicatori e standard per le Cure Palliative, ed in particolare:

- copertura delle Cure Palliative Domiciliari nei pazienti oncologici deceduti nell'anno (52% rispetto al numero di decessi per neoplasia attesi nell'anno. Questo equivale in valore assoluto a circa 7.300 assistiti/anno – valore misurato nel 2012 tramite il flusso delle Cure Palliative Domiciliari 10.086);
- copertura delle Cure Palliative in Hospice nei pazienti oncologici deceduti nell'anno (13% rispetto al numero di decessi per neoplasia attesi nell'anno. Questo equivale in valore assoluto a circa 1.800 assistiti/anno – valore misurato nel 2013 tramite il flusso Hospice 1.471);
- intensità assistenziale delle Cure Palliative Domiciliari (almeno il 50% di giornate di assistenza durante il periodo di presa in carico);
- tempo di attesa fra segnalazione del caso e inizio delle Cure Palliative Domiciliari ≤ 3 giorni ($\leq 80\%$);
- tempo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in hospice ≤ 3 giorni;
- percentuale di ricoveri in hospice con durata ≤ 7 giorni;
- percentuale di ricoveri in hospice con durata ≥ 30 giorni.

La copertura per le Cure Palliative Domiciliari documentata attraverso le diagnosi di neoplasia annotate nel flusso informativo delle Cure Domiciliari risulta più bassa dello standard Ministeriale ($\geq 52\%$). Il valore dell'indicatore tuttavia risente fortemente dalla completezza dell'informazione diagnostica, tanto che se si considerano invece – nelle 10 ULSS in cui il dato è disponibile - i pazienti deceduti per cancro che sono stati seguiti in Cure Domiciliari il valore sale al 55,9%. Lo standard di intensità assistenziale viene raggiunto in corrispondenza del mese nel quale si verifica il decesso.

Parallelamente all'intensità delle Cure Domiciliari vengono monitorate dal Sistema Epidemiologico Regionale per i pazienti deceduti per cancro:

- le giornate di ricovero ordinario trascorse in ospedale nell'ultimo mese vita (media: 9,9 giorni, range: 6,2-13,3 giorni)
- la quota di decessi avvenuta in ospedale (65,5% nel 2010, prima dell'approvazione del PSSR – anche qui con un'ampia variabilità e verosimilmente ampi margini di miglioramento a livello aziendale).

Per entrambi questi indicatori sono apprezzabili come fattori di rischio per un utilizzo intensivo della corsia di ospedale nell'ultimo mese di vita l'età giovanile, la presenza di un tumore ematologico, delle alte vie digerenti o del polmone e la disponibilità di una Unità Operativa di degenza di Oncologica; anche dopo aggiustamento tuttavia le differenze tra ULSS rimangono importanti, rimandando ragionevolmente a fattori organizzativi (offerta di Cure Palliative ambulatoriali e domiciliari), assistenziali (disponibilità e capacità dei caregivers familiari o a pagamento) e culturali.

Il Flusso Informativo per il Monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice è stato istituito con DGR 2851/2012 ed è attivo dal 2013. Sono disponibili i dati del flusso Hospice per tutte le strutture individuate dalla suddetta DGR, che saranno integrati in prospettiva anche da quelli dell'Ospedale di Comunità previsto dalla Legge di Piano (LR 23/2012). La metà dei pazienti ricoverati in Hospice ha meno di 75 anni e presenta quindi problemi clinici e/o assistenziali che sono incompatibili con l'assistenza e la cura domiciliare (47%, pari a 813). Il 46,5% dei pazienti (standard $\leq 40\%$) registra un tempo non superiore ai 3 giorni tra la segnalazione e la presa in carico. La provenienza dei pazienti in hospice denota dei possibili margini di ulteriore miglioramento nell'attivazione di questa struttura, dal momento che il 61,0% dei pazienti arriva dall'ospedale (range: 57,1-70,7%) ed il 12,3% dal proprio domicilio in assenza di un Piano di Cure Domiciliari (range: 4,5-21,9%) mentre il 24,2% arriva in Hospice in continuità con un percorso di Cure Domiciliari, in presenza di gravi criticità clinico-assistenziali. La durata media della degenza è pari a 18,9 giorni. Nel 19,4% (standard $\leq 25\%$) dei casi il ricovero dura meno di 30 giorni, mentre nel 41,1% (standard $\leq 20\%$) esso dura meno di sette giorni. Quest'ultimo fatto può denotare una pressione di domanda che – in presenza di una sostanziale stabilità nel numero assoluto dei decessi per cancro registrati negli ultimi anni – può essere ricondotto alla gravosità ed alla crescente complessità dei compiti di assistenza da parte delle famiglie, che vengono riscontrati dalla presenza attiva e dal supporto professionale, formativo e psicologico degli operatori del Nuclei di Cure Palliative. Il 2,9% dei ricoveri è attribuibile a cause non oncologiche (soprattutto malattie neurodegenerative, cardiopolmonari ed epatiche), mentre i ricoveri oncologici vanno ascritti soprattutto a cancri dei polmoni (290), del colon-retto, del pancreas, della mammella e dell'encefalo. Una piccola quota (4,0%) dei pazienti in uscita dall'hospice viene dimessa a casa, a supporto del ruolo di supporto alla domiciliarità che questa struttura sta assumendo.

Figura 5.21 – Provenienza dei pazienti dimessi dagli Hospice del Veneto. Anno 2013

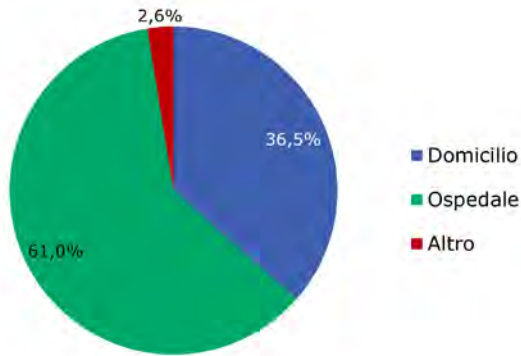


Figura 5.22 – Patologie dei pazienti dimessi dagli Hospice del Veneto. Anno 2013

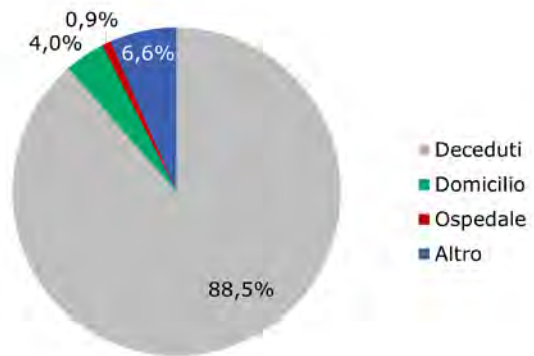
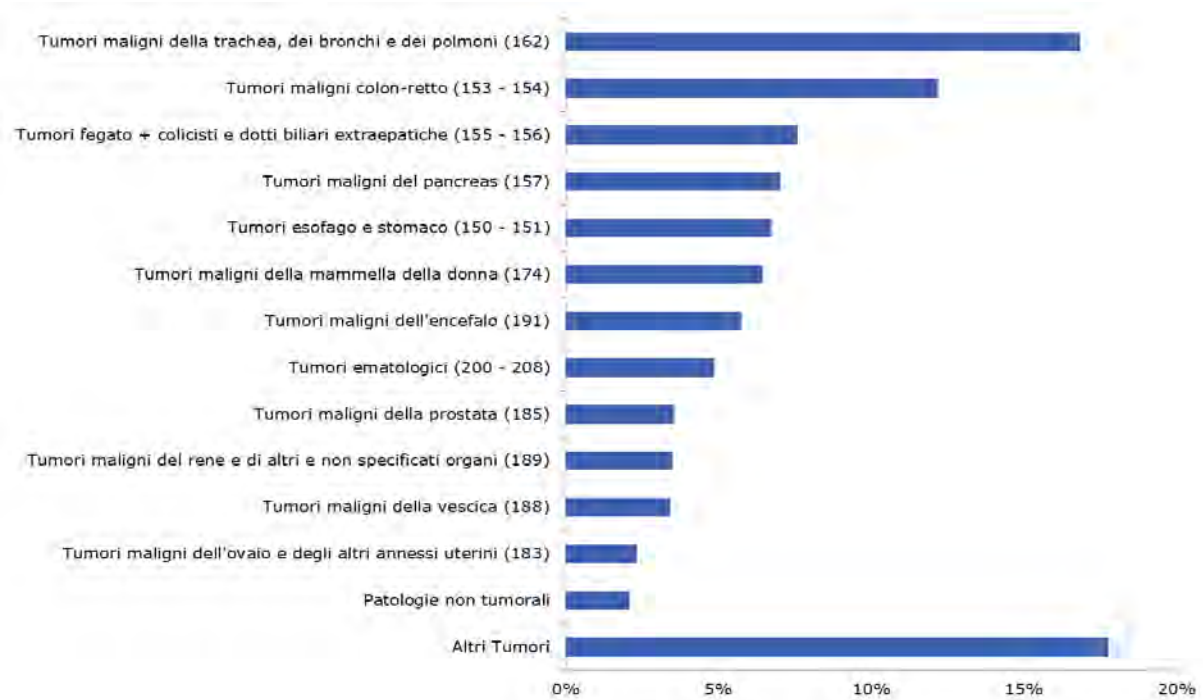


Figura 5.23 – Modalità di dimissione dei pazienti dimessi dagli Hospice del Veneto. Anno 2013



Oltre ai dati individuali trasmessi tramite i flussi informativi correnti, le Aziende ULSS comunicano alla Regione i volumi complessivi di utenza e di attività ed i principali cambiamenti organizzativi intercorsi attraverso i questionari raccolti dal Coordinamento per le Cure Palliative e la Lotta contro il Dolore. La Tabella 5.8 evidenzia il marcato aumento (oltre il 5% annuo) e la progressiva anticipazione della presa in carico dei pazienti assistiti dai Nuclei di Cure Palliative (NCP) nel corso degli ultimi anni.

Tabella 5.8 - Numero assoluto, tasso per 10.000 di pazienti oncologici presi in carico dal Nucleo di Cure Palliative. Numero assoluto e % di pazienti oncologici deceduti nell'anno. Fonte: Questionario del Coordinamento Cure Palliative e Lotta al Dolore, Regione del Veneto 2007-2013

Anno	Presi in carico da NCP		In carico a NCP e deceduti nell'anno	
	N	tasso * 10,000 ab.	N	tasso * 10,000 ab.
2007	5.720	11,7	3.465	7,1
2008	5.749	11,7	4.433	9,0
2009	5.841	11,9	4.402	9,0
2011	7.126	14,4	5.832	11,8
2012	7.446	15,3	5.880	12,1
2013	7.992	16,4	5.991	12,3

Nel corso degli ultimi anni inoltre si è realizzato un importante consolidamento organizzativo e funzionale, che vede nel 2012 l'attivazione dei NCP (che comprendono anche Unità Operative dell'Ospedale del Territorio e prevedono il coinvolgimento della Medicina Generale, secondo le modalità definite dall'Accordo Regionale) in 20 Aziende e l'attivazione della Unità Operativa Cure Palliative (UOCP, con funzioni di coordinamento della Rete dei Servizi per i malati in cure palliative e quasi sempre afferenti al Distretto Socio-Sanitario) in 13 Aziende (erano 8 nel 2011). Nel corso del 2012, nelle Aziende ULSS della Regione c'è stato inoltre un incremento degli operatori impegnati nelle cure palliative, rispetto al 2011 come riassunto dalla tabella seguente:

Tabella 5.9 - Dotazione di organico dei NCP delle Aziende ULSS. Fonte: Questionario del Coordinamento Cure Palliative e Lotta al Dolore, Regione del Veneto 2007-2012.

Dotazioni di organico	2007	2008	2009	2011	2012
Medico palliativista	15	25	35	50	53
Infermiere	76	101	85	139	160
Psicologo	0	9	8	14	19
O.S.S.	16	25	10	17	29

In 11 Aziende è presente un Ambulatorio di cure palliative con funzione di tramite al passaggio alle cure domiciliari ed in 15 Aziende vi è una procedura formalizzata di passaggio del malato dall'assistenza erogata in Ospedale, o in struttura residenziale (non Hospice), ad un programma strutturato di Cure Palliative. Tre Aziende su quattro hanno un numero di telefono dedicato, a disposizione degli operatori dell'Ospedale, del Distretto e dei Medici di Medicina Generale.

I programmi di Cure Palliative inoltre si estendono anche a patologie non oncologiche, quali la SLA (16 Aziende), le malattie Respiratorie (10 Aziende), la Sclerosi Multipla (7 Aziende), le malattie degenerative neurologiche e le demenze in fase avanzata.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2332 del 29 dicembre 2011](#). Accordo tra il governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale – Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n.38 (Rep. Atti n.188/CSR del 28.10.2010). Progetto sperimentale "Ospedale – Territorio senza dolore".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2851 del 28 dicembre 2012](#). Istituzione del Flusso Informativo per il Monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice e modifica della Scheda per la valutazione di accessibilità all'Hospice (DGR 3318/2008).

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 950 del 18 giugno 2013](#). DGR n.2332 del 29.12.2011 "Accordo tra il governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale – Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n.38 (Rep. Atti n.188/CSR del 28.10.2010). Progetto sperimentale "Ospedale – Territorio senza dolore". Approvazione modalità di attuazione e impegno di spesa.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2145 del 25 novembre 2013](#). L.R. 19 marzo 2009, n. 7 - Accordo Stato Regioni sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo ed il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore (Rep. Atti n. 239/CSR del 16 dicembre 2010). Nomina del Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore - Istituzione e nomina della Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore. Assegnazione e impegno finanziamento a favore dell'Azienda ULSS n. 4 per l'attività di supporto tecnico-operativo al Coordinamento regionale.

Approfondimenti

Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". [Anno 2012](#), Ministero della Salute, Roma 2013.

[L'assistenza ospedaliera nel fine vita oncologico nella Regione del Veneto](#). Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, novembre 2012.

Sito web dedicato alle cure intermedie: <http://cureintermedie.regione.veneto.it/>

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Settore Strutture di Ricovero Intermedie e Integrazione Socio-Sanitaria
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia
Telefono 041 2793537-3538-3408 Fax: 041 2791367
e-mail: cureintermedie@regione.veneto.it

5.5. La residenzialità extra-ospedaliera in area anziani

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

Allegato A. Paragrafo 3.1.3. La filiera dell'assistenza territoriale. Assistenza residenziale e semiresidenziale. Pagine 54-55. "L'assistenza residenziale e semiresidenziale svolta dai centri di servizio e dai centri diurni, oltre ad essere di fondamentale supporto ai processi di continuità Ospedale-Territorio, rappresenta per alcune tipologie di utenti l'unica vera risposta ai bisogni socio-sanitari. Casi relativamente complessi e per i quali non sia possibile un progetto domiciliare possono essere di fatto assistiti solo in condizioni di lungo assistenza residenziale, siano essi anziani, disabili, o persone affette da malattie psichiatriche".

Quadro di sintesi

La Giunta regionale del Veneto ha avviato nel 2012 (DGR 1059 del 5 giugno) un progetto di riorganizzazione della gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per le persone non autosufficienti. Nel corso del 2013 è stato realizzato il primo step del progetto, con la costruzione del flusso della residenzialità extraospedaliera in area anziani. La riorganizzazione del flusso informativo ha offerto l'opportunità di rilevare molte informazioni relative alle condizioni cliniche e allo stato funzionale dell'utenza dei Centri di servizio regionali. In questo modo è stato possibile calcolare l'indice MPI-SVaMA, un indicatore prognostico multidimensionale di fragilità utilizzabile per stratificare il livello di complessità assistenziale dei pazienti al fine di garantire l'appropriatezza degli interventi assistenziali.

206

Valutazione multidimensionale e rischio di eventi avversi negli anziani non autosufficienti ospiti dei Centri di servizio del Veneto

La Giunta regionale del Veneto ha avviato nel 2012 (DGR 1059 del 5 giugno) un progetto di riorganizzazione della gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per le persone non autosufficienti. Nel corso del 2013 è stato realizzato il primo step del progetto, con la costruzione del flusso della residenzialità extraospedaliera in area anziani.

Il nuovo strumento informativo nasce con una molteplicità di scopi, tra i quali ottenere una misurazione più efficace dei servizi offerti e della loro qualità e facilitare la programmazione dei servizi sulla base dei dati epidemiologici della popolazione, dando evidenza all'utenza dei servizi considerati.

Per la complessità dei dati raccolti con il nuovo flusso sono in corso di predisposizione una serie di elaborazioni ed indicatori che verranno strutturati e presentati nella prossima edizione della relazione socio-sanitaria, quali elementi di assoluta novità nella modalità di lettura del sistema delle cure extraospedaliere a livello regionale.

E' tuttavia già possibile anticipare in questa sede alcuni esiti ricavati dalle valutazioni multidimensionali degli utenti dei centri di servizio residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti.

Tale operazione è stata effettuata con l'utilizzo dell'indice prognostico multidimensionale MPI-SVaMA applicato alle schede SVaMA caricate nel flusso e relative alla quasi totalità degli utenti presenti nel 2013.

L'indice MPI-SVaMA

L'indice MPI-SVaMA² è un indice prognostico di esito (di ospedalizzazione, di istituzionalizzazione o di mortalità) a breve (1 mese) e a lungo termine (1 anno) basato su informazioni contenute nella scheda SVaMA³.

L'indice integra informazioni funzionali e socio-sanitarie nei domini più importanti che caratterizzano le persone anziane: la mobilità, la necessità di aiuto nelle attività della vita quotidiana, lo stato cognitivo, la situazione socio-familiare, il rischio di lesioni da decubito, il tipo di patologia che determina la perdita di autosufficienza (neoplasia, demenza, malattie cardiovascolari, ecc...).

L'indice MPI-SVaMA viene calcolato dai parametri contenuti nella scheda SVaMA che valuta i seguenti 9 domini della persona anziana (tra parentesi l'acronimo utilizzato nelle successive elaborazioni):

1. Età
2. Sesso
3. Assistenza infermieristica (VIP)
4. Rischio di lesioni da decubito secondo la scala di Exton-Smith (VPIA)
5. Stato cognitivo: SPMSQ - Short Portable Mental Status Questionnaire (VCOG)
6. Stato funzionale: scala Barthel ADL Activities of Daily Living(VADL)
7. Motilità funzionale: scala Barthel mobilità (VMOB)
8. Supporto della rete sociale (VSOC)
9. Patologia principale

L'indice MPI-SVaMA può essere considerato un indicatore prognostico multidimensionale di fragilità, utilizzabile sia in ambito assistenziale che in ambito domiciliare per stratificare il livello di fragilità di un paziente. Con tale indice è perciò possibile calcolare il rischio di evento avverso a breve e a lungo termine di un soggetto anziano, rischio che può essere lieve, moderato o severo. La valutazione della prognosi del soggetto anziano può facilitare la decisione clinica e/o assistenziale del soggetto, garantendo un tipo di intervento il più possibile personalizzato e proporzionato alla severità prognostica delle malattie da cui il paziente è affetto.

L'MPI-SVaMA è stato costruito per la prima volta utilizzando le informazioni ricavate dalla scheda SVaMA di una popolazione di oltre 7.800 anziani ultrasessantacinquenni residenti

² E' l'evoluzione del Multidimensional Prognostic Index (MPI), per il quale si rinvia alla bibliografia.

³ Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e anziane (DGR 2961/2012)

al proprio domicilio presso l'Azienda ULSS 16 Padova, e sottoposti a valutazione SVaMA dal 2004 al 2010 per accedere ai servizi socio-sanitari forniti dal SSN (assistenza domiciliare o istituzionalizzazione). E' stato successivamente validato su una popolazione indipendente di oltre 4.000 soggetti anziani over 65 anni residenti al proprio domicilio, ottenendo risultati sovrapponibili a quelli ottenuti con la prima coorte di pazienti.

Le elaborazioni di seguito illustrate sono state invece ricavate da oltre 23.000 schede SVaMA di utenti presenti nel 2013 nei Centri di servizio per anziani non autosufficienti del Veneto.

Come si legge l'MPI-SVaMA? Entrambi gli indici MPI-SVaMA (MPI-SVaMA 1 mese ed MPI-SVaMA 1 anno) hanno un valore compreso tra 0,0 (rischio minimo di mortalità) e 1,0 (rischio massimo di mortalità). Attraverso opportuni *cut points* è possibile ottenere tre diversi gradi di rischio di mortalità.

Per il rischio di mortalità a breve termine (1 mese) i *cut off* sono:

- MPI-SVaMA tra 0,0 e 0,41 = rischio lieve;
- MPI-SVaMA tra 0,42 e 0,53 = rischio moderato;
- MPI-SVaMA tra 0,54 e 1,00 = rischio severo.

Per il rischio di mortalità a lungo termine (1 anno) i *cut off* sono:

- MPI-SVaMA tra 0 e 0,33 = rischio lieve;
- MPI-SVaMA tra 0,34 e 0,47 = rischio moderato;
- MPI-SVaMA tra 0,48 e 1,00 = rischio severo.

L'analisi di seguito illustrata si riferisce esclusivamente all'indice MPI-SVaMA 1 anno.

Utenza dei Centri di servizio regionali

L'utenza dei Centri di servizio regionali è prevalentemente femminile (63%), con un'età media di 84 anni (86 per le femmine e 80 per i maschi).

Il rischio medio di evento avverso rientra per poco nel livello severo per la popolazione maschile, mentre è moderato sia nella popolazione femminile che nella media complessiva.

Tabella 5.10 - Utenti delle strutture residenziali per non autosufficienti. Veneto, anno 2013

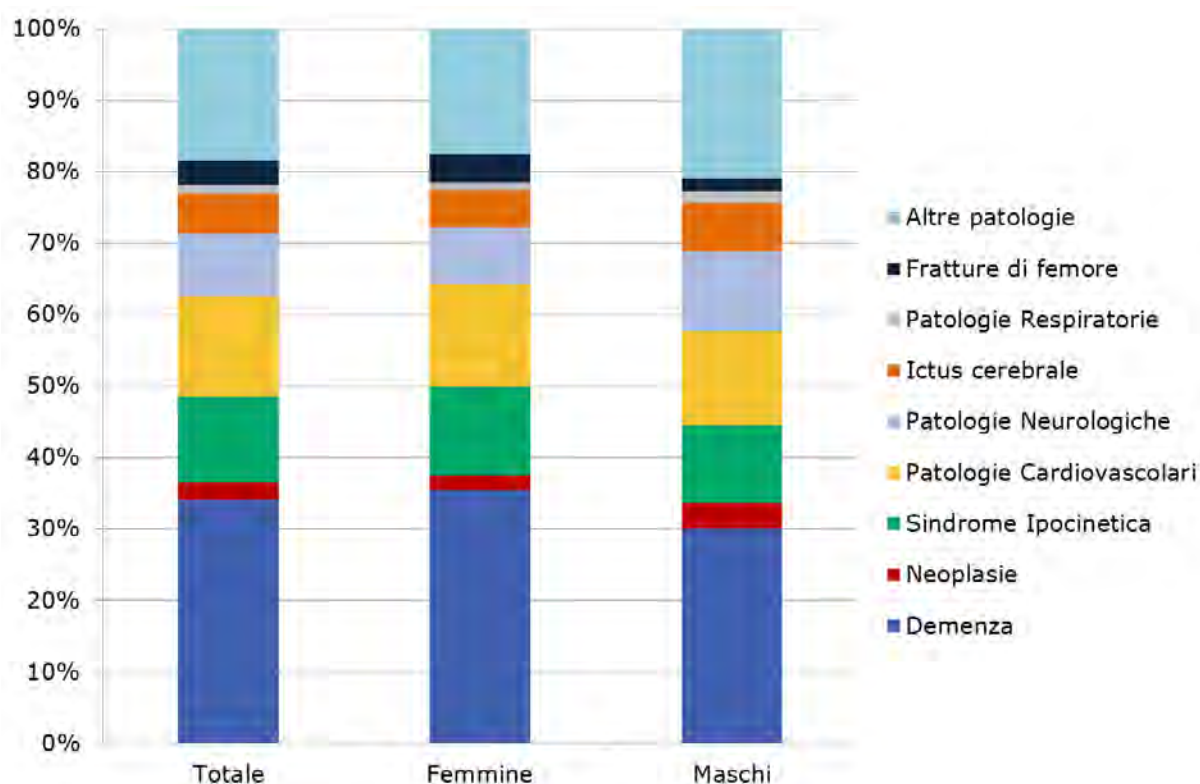
Descrizione - Genere	Femmine	Maschi	Totale
Numero	14.919 (63,1%)	8.725 (36,9%)	23.644
Età media	86,1	80,0	84,5
MPI-SVaMA 1-anno	0,4	0,5	0,5

Per la determinazione dell'indice MPI-SVaMA sono stati utilizzati i codici delle malattie principali (codifica ICPC⁴). Emerge con evidenza che la popolazione dei Centri di servizio per anziani è costituita in prevalenza da persone affette da demenza (34%), e da persone con patologie neurologiche/ictus cerebrale (19%) e con patologie cardiovascolari (19%).

⁴ Classificazione Internazionale delle Cure Primarie

La sindrome ipocinetica non è in sé una patologia e l'utilizzo di tale codice sta regredendo nelle SVaMA più recenti.

Figura 5.24 - Utenti delle strutture residenziali per non autosufficienti per patologia principale. Veneto, anno 2013



La demenza è dunque la patologia principale di un terzo della popolazione dei Centri di servizio per Anziani non autosufficienti del Veneto. E' un dato che richiederà sempre maggiori approfondimenti perché su questa base sarà opportuno rivisitare i percorsi terapeutici e soprattutto assistenziali nella rete dei servizi.

Nella Tabella 5.11 vengono presentati i punteggi medi relativi alle altre dimensioni della valutazione multidimensionale.

L'assistenza infermieristica (VIP) rileva la presenza di condizioni cliniche assistenziali che inducono un bisogno di assistenza infermieristica. Non c'è un range di riferimento, in quanto per ogni tipologia di condizione proposta (es. Diabete insulinodipendente, Scompenso cardiaco, Tracheostomia, Ossigenoterapia...) SVaMA attribuisce 5 o 10 punti.

La situazione cognitiva viene valutata attraverso lo Short Portable Mental Status Questionnaire (c.d. *Minimental*), che attribuisce un punteggio da 0 a 10 con le seguenti classi: 0-3 paziente lucido, 4-8 confuso, 8-10 molto confuso o stuporoso. La media degli utenti regionali è 6,63.

La situazione funzionale viene valutata attraverso gli indici di Barthel per i quali il valore 0 corrisponde alla situazione di autonomia funzionale e valori elevati esprimono situazioni di funzionalità compromessa. La capacità di svolgere le attività di base quali mangiare, lavarsi, vestirsi, usare il wc, ecc. (ADL) è espressa su una scala da 0 a 60 (valore medio regionale=44); la mobilità, intesa come capacità di trasferimento tra letto e carrozzina, deambulazione, uso della carrozzina e salire/scendere le scale, viene espressa su una scala da 0 a 40 (valore medio regionale=29).

Il supporto della rete sociale viene espresso su una scala da 0 a 240 dove il punteggio aumenta in ragione della carenza del supporto: il valore medio osservato è di 177 punti, ad indicare che l'istituzionalizzazione avviene nei casi in cui il supporto familiare è più difficoltoso o assente.

Tabella 5.11 - Utenti delle strutture residenziali per non autosufficienti: indici medi dei domini SVaMA. Veneto, anno 2013

Dominio SVaMA	Totale	Femmine	Maschi
Assistenza infermieristica - VIP	3,2	2,9	3,9
Situazione cognitiva – VCOG (range 0-10)	6,6	6,7	6,4
Situazione Funzionale – VADL (range 0-60)	43,9	44,4	42,8
Mobilità – VMOB (range 0-40)	28,8	29,3	27,2
Supporto rete sociale – VSOC (range 0-240)	177,9	177,4	179,2

210

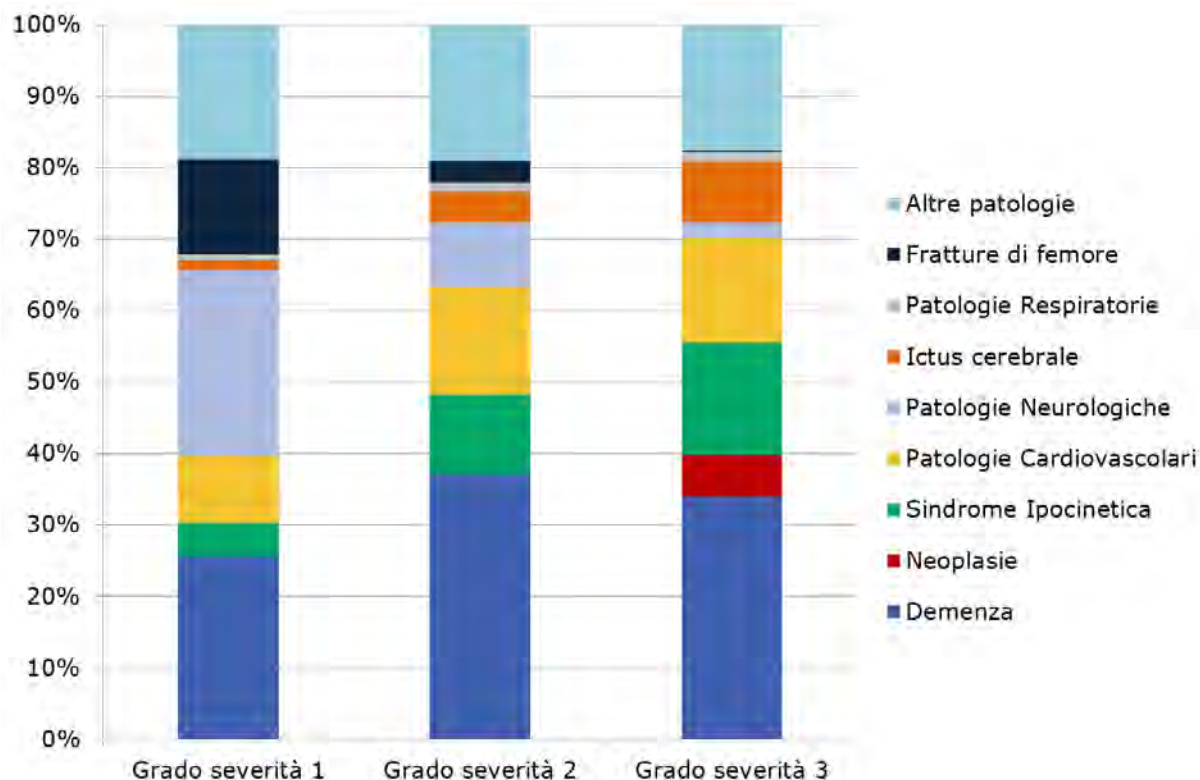
Analisi dell'utenza per grado di severità (MPI-SVaMA a 1 anno)

L'analisi condotta nel paragrafo precedente è stata riprodotta con riferimento al grado di severità ricavato dall'indice MPI-SVaMA. La maggior parte degli utenti anziani si posiziona all'interno delle categorie MPI con rischio moderato (43,6%) e severo (41,3%), mentre solo il 15,2% ha un rischio lieve.

Tabella 5.12 - Utenti delle strutture residenziali per non autosufficienti per grado di severità (MPI-SVaMA a 1 anno). Veneto, anno 2013

Descrizione – Grado di Severità	Grado severità 1 (MPI rischio lieve)	Grado severità 2 (MPI rischio moderato)	Grado severità 3 (MPI rischio severo)
Numerosità	3.592 (15,2%)	10.298 (43,6%)	9.754 (41,3%)
di cui % Femmine	2.976 (82,9%)	8.034 (78,0%)	6.389 (73,6%)
Età (media)	80,7	84,4	85,9
MPI_Svama1anno (media)	0,3	0,4	0,6

Nel gruppo a rischio moderato più del 35% delle persone ha demenza, mentre nel gruppo a rischio severo sono maggiormente presenti pazienti con neoplasie e ictus cerebrale. Nel gruppo a rischio lieve, infine, prevalgono le altre patologie neurologiche e le fratture di femore.

Figura 5.25 - Utenti delle strutture residenziali per non autosufficienti per patologia principale e grado di severità (MPI-SVaMA a 1 anno). Veneto, anno 2013

211

I domini della SVaMA si distribuiscono in maniera differenziata nelle tre categorie MPI: il grado più severo (che riguarda il 43% degli utenti) assorbe più risorse di tipo infermieristico ed è ad alto rischio decubiti, con situazione funzionale e di mobilità prossime al massimo del punteggio (Tabella 5.13).

Tabella 5.13 - Utenti delle strutture residenziali per non autosufficienti: indici medi dei domini SVaMA. per grado di severità (MPI-SVaMA a 1 anno). Veneto, anno 2013

Dominio SVaMA – Grado di Severità	Grado severità 1 (MPI rischio lieve)	Grado severità 2 (MPI rischio moderato)	Grado severità 3 (MPI rischio severo)
Assistenza infermieristica - VIP	0,5	1,2	6,3
Situazione cognitiva – VCOG (range 0-10)	4,2	6,4	7,8
Situazione Funzionale – VADL (range 0-60)	18,5	42,2	55,2
Mobilità – VMOB (range 0-40)	10,2	26,9	37,6
Supporto rete sociale – VSOC (range 0-240)	162,8	178,1	183,1

Ulteriori considerazioni emergono dall'analisi dei dati per classi di età, dove gli over 85 costituiscono il 57% della popolazione ospite dei Centri di servizio e gli adulti under 65 il 4%, con una prevalenza femminile che crescere con l'avanzare dell'età.

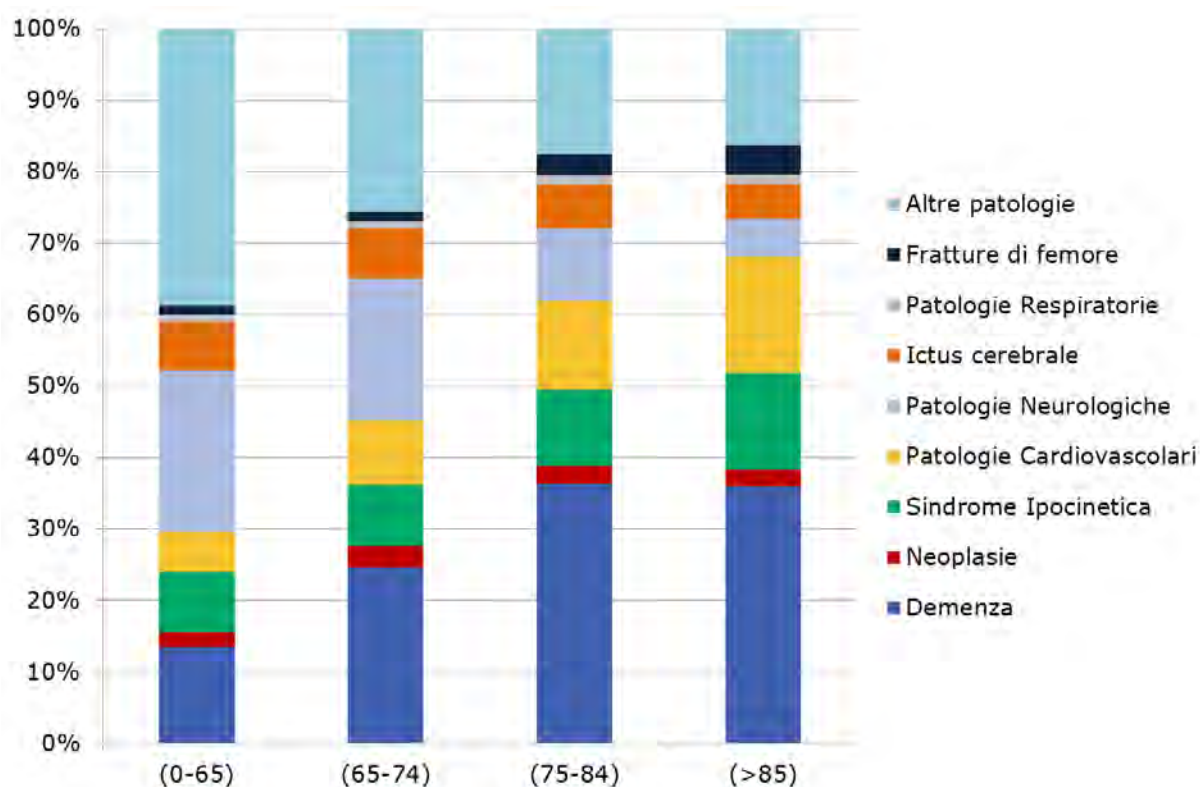
Il rischio medio di evento avverso è moderato per tutte le classi di età. Ciò porta alla considerazione che, una volta istituzionalizzato a causa di multimorbidità, l'età non costituisce il determinante più importante per il rischio di mortalità.

Tabella 5.14 - Utenti delle strutture residenziali per non autosufficienti per classi di età. Veneto, anno 2013

Descrizione - Classi di età	(0-65)	(65-74)	(75-84)	(>85)
Numerosità	838 (4%)	2.497 (11%)	6.744 (29%)	13.561 (57%)
di cui % Femmine	40,0%	50,0%	67,0%	84,0%
MPI -SVaMA 1 anno	0,4	0,4	0,4	0,5

Cambia invece a seconda della classe d'età la distribuzione delle malattie principali. Con l'avanzare dell'età diminuisce la prevalenza delle patologie neurologiche ed aumenta quella di demenza e di patologie cardiovascolari.

Figura 5.26 - Utenti delle strutture residenziali per non autosufficienti per patologia principale e classi di età. Veneto, anno 2013



La seguente Tabella 5.15 illustra, infine, i punteggi medi delle scale utilizzate nei vari domini di SVaMA per classi di età.

Tabella 5.15 - Utenti delle strutture residenziali per non autosufficienti: indici medi dei domini SVaMA. per classi di età. Veneto, anno 2013

Dominio SVaMA - Classi di età	(0-65)	(65-74)	(75-84)	(>85)
Assistenza infermieristica - VIP	5,2	3,7	3,3	2,9
Situazione cognitiva – VCOG (range 0-10)	6,1	6,1	6,6	6,8
Situazione Funzionale – VADL (range 0-60)	40,7	40,8	42,6	45,4
Mobilità – VMOB (range 0-40)	25,2	25,6	27,3	30,3
Supporto rete sociale – VSOC (range 0-240)	181,9	176,8	177,3	178,1

Per una sintesi relativa alle Unità di Offerta e ai posti residenziali e semiresidenziali attivati nelle aziende ULSS del Veneto si rimanda al paragrafo 7.3.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1059 del 05 giugno 2012.](#) Gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2961 del 28 dicembre 2012.](#) Gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità. DGR 1059/2012. Primo provvedimento: approvazione del set di strumenti per l'area delle persone anziane e altri non autosufficienti e modifiche alla scheda SVaMA di cui alla DGR 1133/2008

Approfondimenti

L'indice MPI-SVaMA: <http://www.ulss16.padova.it/it/ospedale-s-antonio/ospedale-s-antonio-reparto-geriatria-progetti-speciali/indice-prognostico-multidimensionale-mpi-svama/,508>

Sito web dedicato alla residenzialità extra-ospedaliera:
<http://extraospedaliero.regione.veneto.it/>

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Settore Strutture di ricovero intermedie e integrazione socio-sanitaria
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia
Telefono 041 27933538
e-mail: cureintermedie@regione.veneto.it

5.6. Il Progetto ACG

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

Allegato A. Paragrafo 3.1.2-Modelli organizzativi dell'assistenza territoriale, pag. 48. L'area della cronicità, in progressiva crescita, è senza dubbio il tema meritevole di maggiori attenzioni sia in considerazione degli impatti sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza erogata, sia in quanto assorbe più della metà del fabbisogno di servizi e di risorse. Si avverte, perciò, l'esigenza di definire nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare, in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure e ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica ed efficacia

Quadro di sintesi

Nel 2013 è stata completata l'attività prevista per il primo anno di sperimentazione ed è stato avviato il secondo anno di attività del Progetto ACG con il coinvolgimento di sei Aziende ULSS del Veneto per un totale di due milioni di abitanti. I risultati ottenuti confermano il sistema ACG come strumento valido per la misurazione e il governo del territorio in quanto garantisce un approccio basato sui bisogni di salute della popolazione e non sulle prestazioni erogate. Inoltre il Sistema ACG fornisce indicatori per individuare soggetti ad alto rischio di eventi avversi (case finding) che possono trarre beneficio da iniziative di case management.

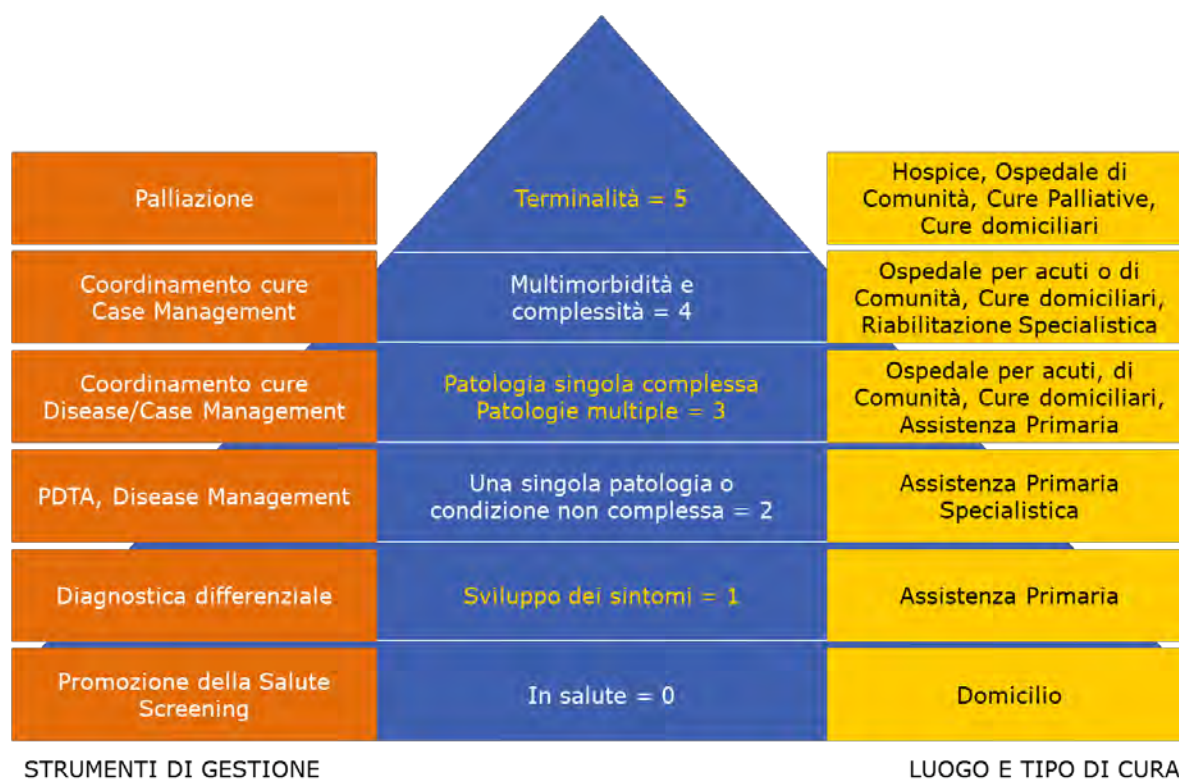
214

La Regione del Veneto ha individuato come obiettivo prioritario del Piano Socio-Sanitario 2012-2016 non solo lo sviluppo del territorio come luogo privilegiato di cura, ma anche lo sviluppo di strumenti innovativi per la misurazione ed il governo del territorio. Per questo motivo, a partire dal 2012, è stato avviato un progetto di sperimentazione del Sistema "Adjusted Clinical Groups" (ACG®) sviluppato dalla Johns Hopkins University di Baltimora e già utilizzato, oltre che negli Stati Uniti e in Canada, in alcuni Paesi europei. ACG è un sistema di classificazione per il Territorio (come il DRG è un sistema di classificazione per l'Ospedale) che stratifica il case-mix della popolazione in base alle malattie co-presenti in ogni persona, mappandone così la distribuzione nel territorio e l'impatto sull'utilizzo delle risorse sanitarie. In altre parole il sistema ACG è un strumento di aggiustamento del rischio che, attraverso l'utilizzo integrato dei dati provenienti dalle diverse fonti informative disponibili a livello individuale, consente di misurare il carico di malattia presente nella popolazione e i costi dell'assistenza con finalità di analisi sia retrospettive che prospettive.

Il modello concettuale di riferimento è quello della piramide del rischio (Figura 5.27) nella quale a diversi gradi di compromissione dello stato di salute di una popolazione corrispondono diversi strumenti di gestione della malattia (o del complesso di malattie) e diversi ambiti assistenziali. In particolare i pazienti con multi cronicità ed i pazienti a fine

vita devono essere riconosciuti ed assistiti in un setting assistenziale adeguato e con un modello organizzativo fortemente integrato, incentrato sul Distretto Socio-Sanitario

Figura 5.27 - La piramide del rischio: il case-mix della popolazione.



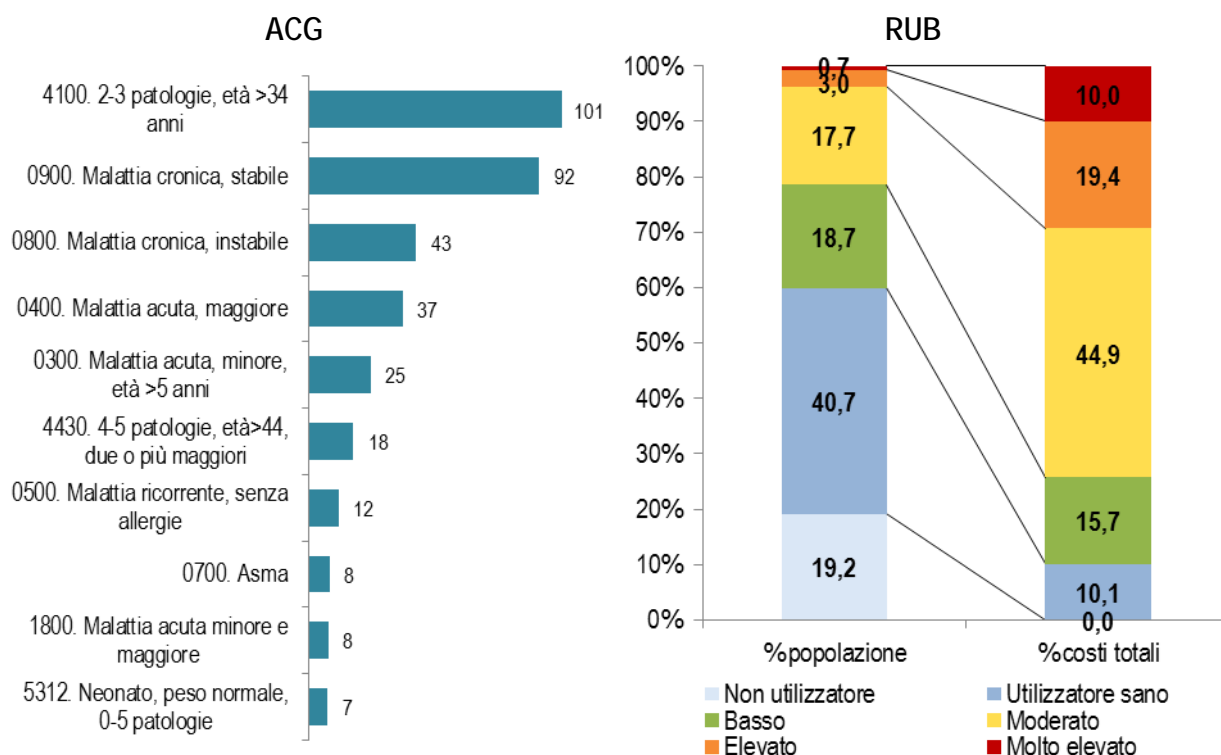
Nel corso del 2013 è stata completata l'attività prevista per il primo anno di sperimentazione, che ha coinvolto le Aziende ULSS di Padova e di Verona per un totale di circa 1 milione di abitanti, ed è stato avviato il secondo anno di attività aggiungendo le popolazioni delle ULSS 2-Feltre, 4-Alto Vicentino, 6-Vicenza, 9-Treviso per un totale complessivo di 2 milioni di abitanti, pari a oltre il 40% dell'intera popolazione regionale.

In questo periodo sono stati messi a punto i meccanismi di costruzione degli archivi necessari al funzionamento del sistema e ricavati dai flussi informativi correnti (ricoveri, specialistica, esenzioni ticket, pronto soccorso, farmaceutica, psichiatria, malattie rare) e le procedure di elaborazione dei dati e di reporting.

In base alle diagnosi codificate nei vari flussi informativi correnti analizzati e ai costi delle prestazioni erogate, con il Sistema ACG è stato possibile stimare la prevalenza delle patologie croniche nel territorio e il carico assistenziale che tali patologie, spesso co-presenti nella stessa persona, determinano, stratificando la popolazione in classi di complessità assistenziale crescenti. Nella Figura 5.28 sono rappresentati rispettivamente i gruppi ACG più frequenti nella popolazione e la stratificazione della popolazione e dei costi dell'assistenza per classi di complessità assistenziale (RUBs, Resource Utilization Bands). La condizione morbosa più frequente è data dalla co-presenza di 2/3 patologie

nella popolazione adulta, seguita dalle condizioni croniche (stabili e instabili) e quindi dalle patologie acute. In termini di consumo di risorse, l'analisi dei RUBs mette in evidenza come meno del 4% dell'intera popolazione giustifichi quasi il 30% dei costi assistenziali rilevati.

Figura 5.28 - ACG più frequenti (prevalenza per 1.000) e distribuzione della popolazione e dei costi per classi di complessità assistenziale (RUBs). Anno 2012, Pool sei ULSS. (Fonte: Rapporto finale Progetto ACG – 2° anno)



Considerando le categorie di assistiti (ACG) con i maggiori costi assistenziali (Tabella 5.16), le condizioni che determinano quasi il 70% dei 1.960 milioni di euro rilevati sono la multimorbilità e la cronicità ossia quelle condizioni che, nella logica della "piramide del rischio", richiedono un approccio assistenziale caratterizzato dal coordinamento delle cure e da una presa in carico personalizzata. In quest'ambito alcune ULSS coinvolte nel Progetto hanno avviato un processo di valutazione di soggetti segnalati dal Sistema ACG come pazienti ad alta complessità assistenziale al fine di svilupparne o rivalutarne il piano assistenziale (case finding). Tali esperienze hanno confermato che attraverso gli indicatori messi a disposizione dal sistema ACG, è possibile individuare soggetti particolarmente gravosi o ad alto rischio di ospedalizzazione, che possono trarre beneficio da programmi di prevenzione e di medicina di iniziativa, in sinergia tra MMG e distretto.

Tabella 5.16 - ACG con costo totale più elevato. Anno 2012, Pool sei ULSS.
(Fonte: Rapporto finale Progetto ACG – 2° anno)

ACG	N	Prevalenza per 1.000	Costo totale	% Costo
4100-2-3 Other ADG Combinations, Age > 34	202.740	101,4	552.682.629	28,2
4430-4-5 Other ADG Combinations, Age > 44, 2+ Major ADGs	35.143	17,6	255.847.539	13,1
0800-Chronic Medical, Unstable	85.886	43	145.124.915	7,4
0900-Chronic Medical, Stable	184.798	92,4	125.259.724	6,4
4940-6-9 Other ADG Combinations, Age > 34, 4+ Major ADGs	6.316	3,2	89.157.612	4,5
4930-6-9 Other ADG Combinations, Age > 34, 3 Major ADGs	6.648	3,3	80.192.542	4,1
0400-Acute Major	74.707	37,4	64.975.339	3,3
4420-4-5 Other ADG Combinations, Age > 44, 1 Major ADGs	11.280	5,6	62.747.520	3,2
4920-6-9 Other ADG Combinations, Age > 34, 2 Major ADGs	3.895	1,9	38.069.824	1,9
Altri ACG	1.387.805	-	545.597.736	27,8
TOTALE	1.999.218	-	1.959.655.380	100,0

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 439 del 20 marzo 2012](#). Il sistema ACG (Adjusted Clinical Group) per la valutazione e gestione del case-mix territoriale nella Regione Veneto: progetto pilota per l'adozione di strumenti innovativi di misurazione del rischio, analisi, programmazione.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 498 del 16 aprile 2013](#). Il sistema ACG (Adjusted Clinical Group) per la valutazione e gestione del case-mix territoriale nella Regione del Veneto. Approvazione dei risultati del primo anno (DGR 439/2102) e avvio del secondo anno e terzo anno di attività.

Approfondimenti

[Il sistema Adjusted Clinical Groups. Relazione finale sulle attività progettuali del primo anno di sperimentazione](#), aprile 2013.

[Il sistema Adjusted Clinical Groups. Relazione finale sulle attività progettuali del secondo anno di sperimentazione](#), aprile 2014.

Sito web dedicato al Progetto ACG: <http://acg.regione.veneto.it>

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Attuazione Programmazione Sanitaria-Regione del Veneto
Palazzo Molin, San Polo, 2514 - 30125 Venezia
Telefono: 041 2793408 - Fax: 041 2793491
e-mail: acg@regione.veneto.it

5.7. Salute mentale

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

Nel corso degli anni si è rilevato un incremento significativo della domanda di interventi psichiatrici, collegati ad una evoluzione qualitativa e quantitativa della patologia psichiatrica. Inoltre vanno aumentando le richieste di visite specialistiche e di presa in carico per disturbi ansioso-depressivi, gli interventi complessivi per i disturbi schizofrenici e dell'umore, l'incidenza dei disturbi di personalità.

L'impostazione degli interventi in questo ambito è basata sui principi di rispetto della dignità della persona, del riconoscimento del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità e dell'appropriatezza delle cure, della forte integrazione fra area delle cure sanitarie e l'area delle iniziative socio-relazionali.

Il modello operativo adottato per la prevenzione e cura della patologia psichiatrica è quello dell'organizzazione dipartimentale, articolato in una rete integrata di servizi, secondo una logica di psichiatria di comunità, che, sotto la regia del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), deve lavorare attraverso il metodo del Progetto Assistenziale Individualizzato, condiviso con gli altri servizi del territorio, a partire dalla medicina di famiglia e, per i casi complessi, definito in UVMD: questa modalità consentirà di concretizzare sempre di più la integrazione del DSM nel Distretto, pur salvaguardando la sua natura transmurale.

(3.5.7 Area della salute mentale, p. 109)

Quadro di sintesi

Nel 2013 sono stati 68.721 i cittadini che si sono rivolti ai Dipartimenti di Salute Mentale del Veneto, con una prevalenza di 1.695 persone ogni 100.000 abitanti di età superiore a 17 anni residenti nel Veneto.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale e si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione. Il DSM è un dipartimento strutturale transmurale (ospedaliero e territoriale), dotato di autonomia tecnico-organizzativa, formalmente istituito in tutte le Aziende ULSS della Regione Veneto per coordinare sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche e private convenzionate dell'assistenza psichiatrica.

L'utenza psichiatrica

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 OMS DALYs – attesa di vita corretta per disabilità). Secondo il Ministero della Salute la prevalenza annuale dei disturbi mentali nella popolazione generale italiana è dell'8% circa.

Gli utenti psichiatrici assistiti negli ospedali o nei servizi territoriali (ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali extra-ospedalieri) del Veneto nel 2013 sono 68.721: in rapporto alla popolazione d'età superiore a 17 anni, l'utenza è costituita da 1.695 persone ogni 100.000 residenti.

Prevale il sesso femminile (57%), mentre la fascia di età prevalente è quella compresa tra i 45 e i 54 anni (23%), seguita da quella tra i 35 e i 44 anni (19%) e da quella tra i 55 e i 64 anni (17%).

Il rapporto tra gli utenti psichiatrici e la popolazione di età superiore a 17 anni presenta una certa variabilità territoriale e in alcuni casi una possibile incompletezza dei dati trasmessi in particolare per gli utenti dei Centri di Salute Mentale:

Tabella 5.17 - Utenti con almeno un contatto (sia territoriale che ospedaliero) per ULSS di contatto

Azienda ULSS di contatto	2012		2013	
	N. utenti	Utenti per 100.000 ab. > 17 aa	N. utenti	Utenti per 100.000 ab. > 17 aa
1-Belluno	2.377	2.216	2.441	2.285
2-Feltre	1.541	2.179	1.672	2.363
3-Bassano del Grappa	2.772	1.899	2.739	1.863
4-Alto Vicentino	2.880	1.886	2.792	1.822
5-Ovest Vicentino	2.349	1.614	2.304	1.571
6-Vicenza	3.992	1.544	3.790	1.449
7-Pieve di Soligo	3.397	1.894	3.569	1.989
8-Asolo	3.594	1.785	3.468	1.713
9-Treviso	5.601	1.656	5.659	1.660
10-Veneto Orientale	2.919	1.632	2.610	1.454
12-Veneziana	3.702	1.450	3.682	1.452
13-Mirano	3.572	1.609	3.732	1.670
14-Chioggia	1.227	2.120	1.250	2.164
15-Alta Padovana	4.260	2.069	4.104	1.974
16-Padova	8.830	2.187	9.159	2.250
17-Este	3.103	2.002	3.243	2.094
18-Rovigo	3.823	2.595	3.431	2.332
19-Adria	2.062	3.215	2.194	3.427
20-Verona	6.197	1.623	6.111	1.588
21-Legnago	1.722	1.347	1.920	1.501
22-Bussolengo	424	181	416	176
Veneto	68.730	1.704	68.721	1.695

Gli utenti assistiti nei servizi psichiatrici territoriali (ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali extra-ospedalieri) del Veneto nel 2013 sono 65.728, pari a 1.622 utenti per 100.000 residenti di età superiore a 17 anni, mentre gli utenti psichiatrici dimessi dagli ospedali sono 9.056, pari a 223 utenti per 100.000 residenti di età superiore a 17 anni. L'87% dell'utenza psichiatrica viene trattata solo nei servizi territoriali: negli ultimi anni gli utenti psichiatrici degli ospedali sono in diminuzione, mentre aumentano quelli dei servizi territoriali.

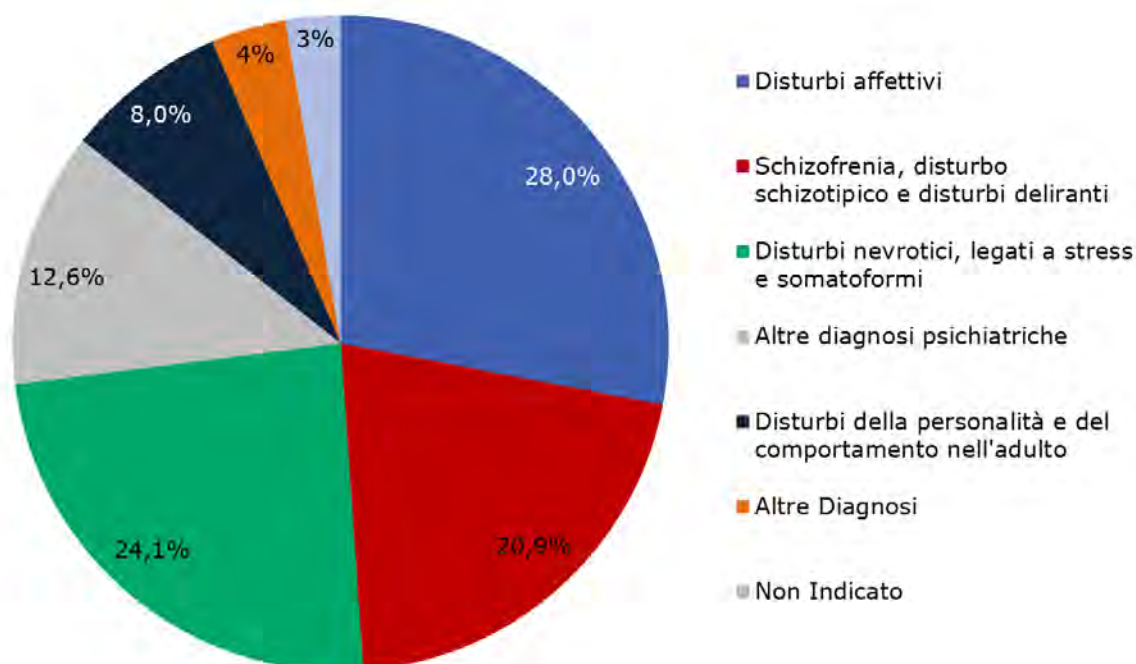
Tabella 5.18 - Utenti con almeno un contatto distinti per tipo di assistenza

Tipo di assistenza	2011		2012		2013	
	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%
Solo territoriale	59.531	85,7	59.744	86,9	59.665	86,8
Solo ospedaliera	4.108	5,9	3.070	4,5	2.993	4,4
Entrambe nell'anno	5.785	8,3	5.916	8,6	6.063	8,8
Totale	69.424	100,0	68.730	100,0	68.721	100,0

Le patologie più frequenti tra tutti gli utenti psichiatrici (assistiti negli ospedali e/o nei servizi territoriali) sono le psicosi affettive (28%), le sindromi nevrotiche e somatoformi (24%) e la schizofrenia (21%): tra i maschi prevalgono la schizofrenia (26%), seguita dalle psicosi affettive (24%) e dalle sindromi nevrotiche e somatoformi (22%), mentre tra le femmine prevalgono le psicosi affettive (34%), seguite dalle sindromi nevrotiche e somatoformi (28%) e dalla schizofrenia (19%).

Le patologie più frequenti tra gli utenti dei CSM sono le psicosi affettive (29%), seguite dalle sindromi nevrotiche e somatoformi (26%) e dalla schizofrenia (22%), mentre le patologie più frequenti tra gli utenti assistiti negli ospedali sono le psicosi affettive (36%), seguite dalla schizofrenia (28%) e dalle sindromi nevrotiche e somatoformi (18%).

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

Figura 5.29 - Utenza psichiatrica distinta per gruppo diagnostico, Veneto, 2013

L'attività dei servizi psichiatrici territoriali

Per quanto riguarda le modalità d'accesso ai servizi territoriali, buona parte degli utenti viene inviato dal medico di medicina generale; negli altri casi si tratta soprattutto di una richiesta del paziente medesimo o di un'autoinvio da parte dell'equipe curante.

Le prestazioni erogate nel 2013 dagli operatori dei Centri di Salute Mentale (CSM) ammontano a 850.008; si tratta soprattutto di colloqui informativi, visite mediche, somatoterapia psichiatrica, colloqui psichiatrici, interventi terapeutici, attività occupazionali, psicoterapia individuale. Inoltre, vanno considerate le giornate di presenza presso strutture semiresidenziali che nel 2012 sono state 302.148 per 3.650 utenti, pari al 5,5% degli utenti dei servizi psichiatrici territoriali e le giornate di presenza nelle strutture residenziali che sempre nel 2012 sono state 663.105 per oltre 2.446 persone, pari al 3,7% degli utenti dei servizi psichiatrici territoriali.

L'attività ospedaliera

Nel 2013 si registrano 12.796 dimissioni dalle strutture psichiatriche ospedaliere (pubbliche e private) del Veneto, di cui il 78% dagli SPDC (servizi psichiatrici di diagnosi e cura), per un totale di 244.473 giornate di degenza, di cui il 59% dagli SPDC. Nel 19% dei casi la degenza è superiore ai 30 giorni e scende al 9% nel caso degli SPDC.

Nelle strutture del Veneto nel 2013 si registrano 461 TSO (trattamenti sanitari obbligatori), pari al 4,6% dei ricoveri per disturbi psichici nei reparti psichiatrici degli ospedali pubblici.

Le strutture

Nella nostra regione operano 398 strutture territoriali psichiatriche, con circa il 70% rappresentato da strutture a gestione diretta delle ULSS. La gestione delle strutture "ambulatoriali" è per la quasi totalità della struttura pubblica, mentre la presenza del privato convenzionato si concentra nelle strutture residenziali.

Il 58% delle strutture psichiatriche territoriali sono residenziali, il 27% semi-residenziali e il restante 15% ambulatoriali. La diffusione dei centri diurni, delle comunità alloggio e degli appartamenti protetti ha dimensioni analoghe pari al 21% per ciascuna tipologia, mentre le CTRP rappresentano il 13%.

I posti disponibili a livello territoriale sono in totale 3.592, equamente distribuiti tra residenziali e semi-residenziali. La maggiore disponibilità di posti è presso i centri diurni (41%), seguiti dalle comunità alloggio (21%) e dalle CTRP (18%).

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, sono disponibili in Regione Veneto 928 posti letto, il 54% dei quali pubblici.

Il personale

Alla data del 31 dicembre 2012 risultavano operare nel Veneto 3.094 operatori equivalenti della salute mentale, ossia 7,7 operatori equivalenti ogni 1.000 abitanti d'età superiore a 17 anni. Circa 3/4 (2.246 operatori equivalenti) sono dipendenti ULSS.

La figura professionale maggiormente rappresentata è quella dell'infermiere (36%), seguita dagli OTA/OSS (30%), dagli psichiatri (11%), dagli educatori (7%), dagli psicologi (4%) e dagli assistenti sociali (2%).

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 21 del 17 gennaio 2012](#). Linee Guida regionali per l'inserimento lavorativo delle persone con disturbi psichici e Modello formativo (ProP)

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 94 del 31 gennaio 2012](#). Disturbi del Comportamento Alimentare: Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto e Protocollo di collaborazione per i DCA tra Centri pubblici e Case di cura convenzionate

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 494 del 16 aprile 2013](#). L. 7 agosto 2012 n. 135 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" (c.d. spending review): ulteriori determinazioni nel settore della tutela della salute mentale per l'anno 2013 e seguenti

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1558 del 03 settembre 2013](#). Recepimento del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1749 del 03 ottobre 2013](#). Linee di indirizzo per la compartecipazione alla spesa sociale degli inserimenti in strutture e percorsi riabilitativi del Dipartimento di Salute Mentale

Approfondimenti

www.regione.veneto.it/salutementale, sezioni “statistiche” e “pubblicazioni”.

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Settore Tutela Salute Mentale

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

Recapiti telefonici: 0412793414

e-mail: salutementale@regione.veneto.it

5.8. Sanità penitenziaria

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

Il DPCM 1° aprile 2008 ha completato il trasferimento dall'Amministrazione penitenziaria al SSN delle funzioni sanitarie relative alla Sanità penitenziaria, attribuendo alle Regioni:

- a) l'assistenza sanitaria a favore della popolazione detenuta, riconoscendo la piena parità di trattamento degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale e garantendo la gestione unitaria di tutte le attività sociosanitarie a favore dei detenuti, integrando l'assistenza alla tossico/alcoldipendenza con le altre forme di assistenza sanitaria in carcere; inoltre, andrà adeguata l'offerta di assistenza ospedaliera per acuti per rispondere ai bisogni di ricovero della popolazione detenuta;*
- b) la gestione dell'inserimento in comunità, su provvedimento dell'Autorità giudiziaria, di minori e giovani adulti tossicodipendenti e/o affetti da disturbi psichici, confermando la competenza dell'invio del minore in struttura da parte del Centro Giustizia Minorile (CGM) e la titolarità dei servizi sociosanitari territoriali di residenza del minore per la presa in carico, il progetto terapeutico riabilitativo, la valutazione diagnostica e, salvo i casi urgenti, l'individuazione della comunità terapeutica idonea*
- c) la dimissione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), prendendo in carico nel territorio della nostra Regione attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale gli internati veneti dimessi dagli OPG e prevedendo, compatibilmente con le risorse disponibili, percorsi di inserimento in strutture intermedie, che permettano una collocazione temporanea a persone con misure detentive o in libertà vigilata, oppure percorsi di affidamento ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, nonché tramite la realizzazione delle strutture residenziali sanitarie per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) di cui alla Legge 9/2012.*

Viene ribadita la necessità di una piena e leale collaborazione interistituzionale tra SSN, Amministrazione penitenziaria e Giustizia Minorile, al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute ed il recupero sociale dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, nonché l'esigenza di sicurezza all'interno degli istituti penitenziari. (3.5.8 Area della Sanità penitenziaria, p. 112)

Quadro di sintesi

Nel Veneto al 31 dicembre 2013 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 1.998 posti, erano presenti 2.969 detenuti, con un tasso di sovraffollamento pari al 40%; inoltre, nel corso del 2013 si sono registrati 2.863 nuovi ingressi. I detenuti nelle carceri venete rappresentano il 4,7% del totale dei detenuti in Italia; il 95% sono maschi, il 10% sono giovani fino ai 25 anni di età, il 58% è di nazionalità straniera e il 70% sta scontando una condanna definitiva.

Nell'Istituto Penale per Minorenni di Treviso, alla stessa data erano presenti 15 detenuti.

Assistenza sanitaria ai detenuti

Le funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione Penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e internati tossicodipendenti sono state trasferite alle Regioni e PA a decorrere dal 1 gennaio 2000 per effetto del Decreto Legislativo 230/99. Tutte le altre funzioni sanitarie finalizzate a garantire i LEA a favore

delle persone detenute, inclusi gli internati in OPG e i minori tossicofili e/o con disagio psichico, sono state trasferite alle Regioni e PA a decorrere dal 14 giugno 2008 per effetto del DPCM 1 aprile 2008.

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

- il sovraffollamento degli istituti penitenziari (+40% rispetto ai posti regolamentari);
- le condizioni igienico-sanitarie (non drammatiche, ma comunque problematiche anche nel Veneto);
- la presenza di extracomunitari (circa il 40%);
- la presenza di tossicodipendenti (circa il 30%);
- la tutela della salute mentale in carcere: l'assistenza psichiatrica è assicurata in tutti gli istituti, ma risulta generalmente insufficiente la gestione dei disturbi mentali per i quali si renda necessaria un'osservazione prolungata e una presa in carico continuativa;
- la somministrazione dei farmaci, con il conseguente rischio di accumulo e utilizzo improprio da parte dei detenuti;
- l'insufficienza delle risorse finanziarie trasferite rispetto ai costi reali;
- i LEA: quelli garantiti dall'Amministrazione penitenziaria prima del trasferimento delle funzioni erano superiori (es. farmaci ormonali per transessuali; protesi dentarie)
- l'inquadramento del personale trasferito: rimangono ancora alcune questioni aperte derivanti dal trasferimento del personale alle ULSS;
- la piena e leale collaborazione interistituzionale: per certi aspetti la criticità principale, che deriva dalla difficoltà di dialogare tra due mondi (sanitario e penitenziario) con organizzazioni, regole, culture, principi distinti e spesso in contrasto.

I detenuti assistiti negli istituti penitenziari del Veneto nel 2012 sono stati in totale 8.687, dei quali 3.190 presenti alla data del 1° gennaio e 5.497 nuovi ingressi nel corso dell'anno. Buona parte dei detenuti assistiti sono reclusi negli istituti penitenziari di Padova, Verona e Venezia.

Tabella 5.19 – Detenuti assistiti nel 2012

Sedi penitenziarie	N. detenuti al 1° gennaio	N. Nuovi Ingressi	Totale assistiti
Belluno - ULSS 1	107	210	317
Vicenza - ULSS 6	344	572	916
Treviso - ULSS 9	284	527	811
Venezia - ULSS 12	388	1.304	1.692
Padova - ULSS 16	1.089	1.470	2.559
Rovigo - ULSS 18	108	215	323
Verona - ULSS 20	870	1.199	2.069
Totale	3.190	5.497	8.687

Il personale sanitario che opera negli istituti penitenziari del Veneto al 31 dicembre 2012 è costituito in totale da 118 operatori per 14.749 ore mensili, con un aumento di 8 unità per 3.426 ore mensili rispetto al settembre 2008 quando il personale è effettivamente transitato dall'Amministrazione penitenziaria alle ULSS.

Tabella 5.20 – Personale sanitario nelle carceri venete

Figura professionale	30/09/2008		31/12/2012		Δ	
	N.	Hr/mese	N.	Hr/mese	N.	Hr/mese
Medici incaricati (L. 740/1970)	12	915	12	984	0	69
Medici S.I.A.S.	46	4.808	47	5.360	1	552
Medici a contratto	0	0	0	0	0	0
Infermieri di ruolo	4	306	31	4.719	27	4.413
Infermieri a contratto	45	4.846	27	3.542	-18	-1.304
Personale tecnico di ruolo	0	0	1	144	1	144
Personale tecnico a contratto	0	0	0	0	0	0
Personale ausiliario di ruolo	0	0	0	0	0	0
Personale ausiliario a contratto	3	448	0	0	-3	-448
Totale	110	11.323	118	14.749	8	3.426

226

Per tutelare la salute mentale nelle carceri venete, migliorando la gestione dei disturbi mentali per i quali si renda necessaria un'osservazione prolungata e una presa in carico continuativa, è stato attivata dal 1° marzo 2012 una Sezione di osservazione psichiatrica presso la Casa circondariale di Verona con una disponibilità di 5 posti. Nel 2013 sono stati sottoposti ad osservazione psichiatrica 42 detenuti per un totale di 742 giornate.

Tabella 5.21 – Detenuti presso la Sezione di Osservazione Psichiatrica di Verona

Istituto Penitenziario di Provenienza	2012		2013	
	N. detenuti	N. giornate di permanenza	N. detenuti	N. giornate di permanenza
Veneto	34,0	596	37	649
Friuli V.G.	2,0	43	2	29
Prov. Bolzano	3,0	60	2	40
Prov. Trento	2,0	44	1	24
Totale	41	743	42	742

Dismissione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Il DPCM 1° aprile 2008 ha stabilito, tra le altre cose, il trasferimento dall'Amministrazione Penitenziaria alle Regioni delle funzioni sanitarie svolte negli OPG. In sostanza, è prevista la restituzione ad ogni regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai

propri territori e dell'assunzione della responsabilità per la presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza. Successivamente, la Legge 9/2012 ha previsto la definitiva chiusura degli OPG esistenti: la scadenza è attualmente prevista per il 30 marzo 2015.

Per dare attuazione alla dimissione degli OPG la Regione del Veneto ha attivato una serie di iniziative tra cui l'apertura di una struttura intermedia per pazienti psichiatrici autori di reato con sede a Ronco all'Adige (VR), dotata di 18 posti letto, nonché la programmazione della realizzazione di una struttura residenziale sanitaria per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) con sede a Nogara (VR), dotata in totale di 40 posti letto.

Dalla rilevazione sui bisogni assistenziali realizzati dai DSM con riferimento ai 66 internati in OPG alla data del 31 dicembre 2011 è emerso che 39 sono psichiatrici, 6 tossicodipendenti, 20 doppie diagnosi, 3 disabili; quindi la responsabilità per la presa in carico e il trattamento, nonché i relativi costi, non riguardano solo la "Psichiatria" ma l'ULSS nel suo complesso.

Nel 2013 gli internati veneti negli OPG sono in totale 67 (5% del dato nazionale), di cui 22 in licenza finale esperimento, con 19 nuovi ingressi e 22 dimissioni nel corso dell'anno: rispetto al 2012 gli internati veneti negli OPG sono diminuiti complessivamente di 6 unità a fronte di una diminuzione nazionale pari a 27 unità.

Il tasso di internati in OPG per un milione di abitanti di età superiore ai 17 anni è pari a 16,5 a fronte di un dato nazionale di 26,8.

Tabella 5.22 – Gli internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (Fonte: Relazione Regioni per audizione Senato, marzo 2014)

Detenuti		2012					2013				
		presenti	LFE	totale	di cui Entrati	di cui Usciti	presenti	LFE	totale	di cui Entrati	di cui Usciti
N.	Veneto	58,0	15	73	25	34	45,0	22	67	19	22
	Italia	897,0	405	1,302	633	633	933,0	396	1329	604	559
	Veneto su Italia	6,5%	3,7%	5,6%	3,9%	5,4%	4,8%	5,6%	5,0%	3,1%	3,9%
Tassi*	Veneto	14,4	3,7	18,1	-	-	11,1	5,4	16,5	-	-
	Italia	18,2	8,2	26,4	-	-	18,8	8	26,8	-	-

LFE= licenza finale esperimento

*per 1.000.000 ab. > 17aa

Minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico

Il DPCM 1° aprile 2008 che trasferisce alle Regioni e PA dal 1° gennaio 2009 il pagamento delle rette per gli inserimenti in comunità su provvedimento dell'Autorità Giudiziaria di minori e giovani adulti con problemi di tossicodipendenza/tossicofilia e/o disagio psichico che hanno commesso reati, di cui all'articolo 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272.

Nel 2013 si sono registrati 16 casi di questo genere per un totale di 3.489 giornate di inserimento in comunità, il 59% delle quali fuori regione. Le ULSS interessate sono complessivamente 9.

Tabella 5.23 – Inserimento in comunità di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico

Anno	N.	Giorni di permanenza	% fuori regione	N. ASL con minori
2010	20	3.971	46,2	10
2011	16	3.947	43,8	8
2012	16	2.327	43,8	8
2013	16	3.489	58,6	9

Approfondimenti

www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria, in particolare le sezioni "statistiche" e "pubblicazioni".

228

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Settore Tutela Salute Mentale

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

Recapiti telefonici: 0412793414

e-mail: salutementale@regione.veneto.it

5.9. Riabilitazione ex art 26

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

I capitoli del PSSR 2012-2016: "Area Disabilità" (pagine 103-105) e "Rete di Riabilitazione" (pagine 70-72).

Quadro di sintesi

La legge n. 833/1978 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, al primo comma dell'articolo 26 recita: "Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da menomazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle Unità Sanitarie Locali attraverso i propri servizi. L'USL, quando non sia in grado di fornire servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulati in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale."

Gli istituti "ex art.26" vengono così denominati per il loro inquadramento nell'ambito di tale articolo, ovvero trattasi di quelle strutture che svolgono attività riabilitativa intensiva in convenzione con il SSN.

Come noto, in Veneto esiste un flusso nominativo relativo a tutti i pazienti e a tutte le prestazioni erogate da queste strutture (Circolare Regionale del 10/06/2003 n. 27767/50.07.51).

In Regione, l'attività svolta da tali istituti è dedicata specialmente, ma non esclusivamente, alla riabilitazione complessa e multidisciplinare delle persone con disabilità della popolazione pediatrica, particolarmente rispetto alle disabilità nel comportamento, locomotorie e circostanziali.

229

Un aspetto rilevante nella presa in carico delle persone con disabilità è la riabilitazione. 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.

Le strutture del Servizio Sanitario Nazionale che erogano prestazioni di tipo riabilitativo nella Regione Veneto, possono essere:

- ospedaliere in reparti intensivi (unità spinali e di neuro-riabilitazione);
- ospedaliere in reparti estensivi (recupero e riabilitazione funzionale o lungodegenza);
- dislocate nel territorio che, a vario titolo ed in vario modo, offrono prestazioni riabilitative;
- ex art. 26 L.833/1978 dedicate alla riabilitazione intensiva.

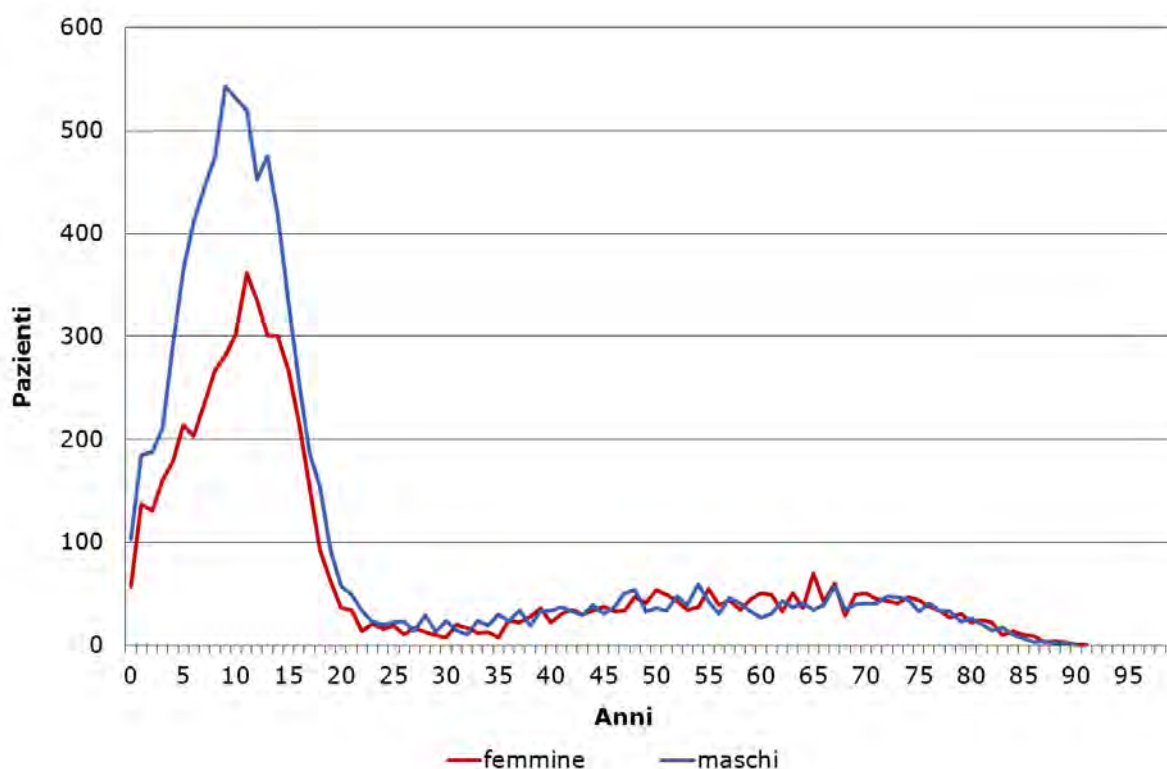
Di seguito si riporta una breve analisi riguardante l'attività riabilitativa svolta dai centri convenzionati ex art. 26 L.833/78, di cui esiste un apposito flusso corrente di dati regionale. L'attività analizzata è relativa alle seguenti strutture: Istituto Pio XII (BL); Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM) di Padova e Rosà (VI); La Nostra Famiglia di Padova, Treviso, Vicenza, Oderzo, Conegliano, Pieve di Soligo, San Donà di Piave;

Istituto Villa Maria (VI); Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare (UILDM) di Padova e Verona; Centro Claudio Santi (VR); Arep di Villorba di Treviso.

Il numero totale dei pazienti seguiti dai centri nel corso del 2013 è pari a 15.233. Il 57,9% dei pazienti disabili risulta essere di sesso maschile.

La Figura 5.30 riporta la distribuzione per sesso ed età dei pazienti disabili. Il 68,8% dei casi ha meno di 18 anni e il 38,8% da 0 a 10 anni. Tra i 5 e i 15 anni d'età si evidenzia una netta prevalenza di disabili di sesso maschile rispetto alle femmine della stessa età.

Figura 5.30 - Distribuzione dell'età dei pazienti riabilitati, per sesso



230

Il 71,4% dei pazienti risiede nella stessa Azienda ULSS di locazione del servizio; il restante 28,6% si rivolge ad una struttura posta in un'ULSS diversa da quella di residenza.

Il tasso complessivo di ricorso alla riabilitazione convenzionata risulta di 0,31 su 100 residenti. Dato che l'attività delle strutture convenzionate è per lo più dedicata al trattamento di pazienti in età pediatrica, si calcola il tasso per la fascia d'età 0-17 anni che risulta pari all'1,27 su 100 residenti.

Un soggetto disabile può essere affetto da più malattie contemporaneamente. Considerando tutte le diagnosi presentate dai 15.233 casi seguiti dalle strutture riabilitative, si è giunti ad un numero di diagnosi pari a 19.713. La Tabella 5.24 riporta la distribuzione delle diagnosi per macro-gruppo di patologia.

Tabella 5.24 - Distribuzione dei macro-gruppi di patologia

MACRO-GRUPPO DI PATOLOGIA (Classificazione ICD 9-CM)	Numerosità	Percentuale
Malattie infettive e parassitarie	124	0,6
Tumori	79	0,4
Malattie ghiandole endocrine, nutrizione	164	0,8
Malattie sangue	16	0,1
Disturbi psichici	6.810	34,6
Malattie sistema nervoso	4.689	23,8
Malattie sistema circolatorio	384	2
Malattie apparato respiratorio	1.263	6,4
Malattie apparato digerente	66	0,3
Malattie apparato genitourinario	8	0
Complicazione gravidanza	11	0,1
Malattie pelle	375	1,9
Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	2.205	11,2
Malformazioni congenite	1.486	7,5
Alcune condiz. morbose e di origine perinatale	246	1,3
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	903	4,6
Traumatismi e avvelenamenti	317	1,6
Altro	516	2,6
Totale	19.662	
Diagnosi non specificata	51	0,3
Totale	19.713	100

Il gruppo nosologico in assoluto più rappresentato risulta essere quello relativo ai disturbi psichici con 6.810 diagnosi pari al 34,6% del totale delle diagnosi dichiarate. Seguono le malattie del sistema nervoso con 4.689 diagnosi (23,8%), le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo con 2.205 diagnosi (11,2%) e le malformazioni congenite con 1.486 (7,5%).

Il numero totale delle disabilità seguite dai centri convenzionati è pari a 17.967 (Tabella 5.25). Le disabilità maggiormente rappresentate sono quelle relative alla locomozione (18,1%), al comportamento (11,3%), circostanziali (8,7%) e all'assetto corporeo (7,7%). Va evidenziato che per 7.585 casi non viene riportata la disabilità.

La Tabella 5.26 presenta la distribuzione del regime di trattamento effettuato. La maggior parte dei trattamenti sono effettuati con regime ambulatoriale (45,7%). Si sottolinea che nel 19,3% dei casi viene indicata la modalità "visita di accertamento" e nel 14,7% la modalità "diurnato diagnostico".

Tabella 5.25 - Distribuzione delle categorie di disabilità

CATEGORIA DI DISABILITÀ (Classificazione ICIDH)	Numerosità	Percentuale
Nel comportamento	2.022	11,3
Nella comunicazione	954	5,3
Nella cura della propria persona	589	3,3
Locomotorie	3.251	18,1
Dovute all'assetto corporeo	1.390	7,7
Nella destrezza	610	3,4
Circostanziali	1.560	8,7
In particolari capacità	6	0,03
Altre limitazione dell'attività	0	0
Totale	10.382	
Disabilità non specificata	7.585	42,2
Totale	17.967	100

Tabella 5.26 - Distribuzione dei regimi di trattamento

TIPO DI TRATTAMENTO	Numerosità	Percentuale
Continuo	578	2,6
Diurno	1.890	8,5
Ambulatoriale	10.165	45,7
Extramurale	140	0,6
Domiciliare	818	3,7
Ambulatoriale di gruppo	1.058	4,8
Continuo con accompagnatore	0	0
Soggiorno climatico	0	0
Visita di accertamento	4.296	19,3
Diurnato diagnostico	3.273	14,7
Totale	22.218	
Non specificato	12	0,1
Totale	22.230	100

Il numero totale di prestazioni erogate ai 15.233 pazienti seguiti dalle strutture convenzionate ex art.26 sono 468.283. L'indice di prestazione per residente complessivo in riferimento all'età pediatrica si attesta intorno allo 0,76 prestazioni per residente, mentre quello per l'età adulta allo 0,08.

Approfondimenti

Rapporto tecnico attività Programma regionale della Patologia in Età Pediatrica, anno 2013

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Programma regionale per la Patologia in Età Pediatrica

Sede: Via Donà 11 35129 Padova

Recapiti telefonici: 049 8215700

e-mail: epi@pediatria.unipd.it

6. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici

Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
Allegato A. Paragrafo 3.3 Assistenza specialistica, farmaceutica e protesica. Sottoparagrafi 3.3.2 Assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici e 3.3.3 Assistenza protesica. Pagine 82-85. Nelle aree dell'assistenza farmaceutica e protesica è indispensabile ricercare l'appropriatezza sotto il profilo prescrittivo ed economico. Il Piano Socio Sanitario individua al proposito una serie di indirizzi per il miglioramento nella gestione complessiva di tale importante settore della Sanità.

Quadro di sintesi

I Farmaci e i Dispositivi Medici costituiscono una parte rilevante dell'assistenza sanitaria garantita alla popolazione e rappresentano una consistente voce di spesa a carico del SSR. Nel corso del 2013, la Regione del Veneto ha provveduto alla riorganizzazione della rete delle Commissioni Terapeutiche, riorganizzandola su due livelli (regionale e locale), con il compito di governare in modo coordinato differenti setting assistenziali.

In linea con il PSSR 2012-2016, e continuando il percorso iniziato nel 2011-2012, la Regione ha rafforzato le azioni di sorveglianza sulle reazioni avverse da farmaci e degli incidenti da dispositivi. Sempre in tema di sicurezza sono stati attivati programmi finalizzati alla riduzione del rischio clinico in ambito farmacologico (centralizzazione farmaci antiblastici). Inoltre, sono state rafforzate le azioni di monitoraggio della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici sia in ambito territoriale che in quello ospedaliero, della spesa per assistenza protesica ed integrativa.

235

6.1. Assistenza farmaceutica

Health Technology Assessment

La Regione del Veneto ha promosso la metodologia dell'Health Technology Assessment al fine di effettuare valutazioni nel campo dei farmaci, dei dispositivi e delle procedure assistenziali innovative. In questa direzione si è orientata anche la Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23, nonché la Dgr n. 952 del 18 giugno 2013 con la quale la rete delle Commissioni Terapeutiche è stata riorganizzata su due livelli: uno regionale, rappresentato dalla Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF) ed uno locale, rappresentato dalle Commissioni Terapeutiche Aziendali (CTA). La CTRF e le CTA hanno il compito di sviluppare azioni di governo in modo coordinato sui differenti setting assistenziali (assistenza ospedaliero, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza sanitaria territoriale), superando così la logica focalizzata esclusivamente sui farmaci ospedalieri secondo cui era stato costituito il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale, abrogato dalla stessa Dgr n. 952/2013. In linea con tale logica, le valutazioni ed attività della CTRF, che si basano sulla metodologia dell'Health Technology

Assessment (HTA), si sono concentrate nel corso del 2013 nella definizione di Linee Guida e Percorsi Diagnostico-Terapeutici su differenti aree terapeutiche di ambito ospedaliero e territoriale (nuovi anticoagulanti orali, HIV, emofilia, ossigenoterapia, sclerosi multipla), nella produzione di mini-report di HTA su nuovi farmaci di particolare impatto economico-assistenziale e nell'aggiornamento e revisione dei Centri autorizzati alla prescrizione di farmaci con Piano Terapeutico/nota AIFA o di ambito specialistico, la cui ricognizione globale è stata effettuata con la Dgr n. 641 del 7 maggio 2013 con la quale la Regione, sempre al fine di perseguire nel modo più corretto gli indirizzi di programmazione regionale indicati nella Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23, ha anche adottato specifiche Linee di indirizzo prescrittivo ed organizzativo in materia di farmaci (biologici - aree reumatologica, dermatologica e gastroenterologia; per la sclerosi multipla; per l'ipertensione arteriosa polmonare).

Nella Tabella 6.1 che segue sono riportate le attività e aree di intervento effettuate in area farmaceutica nel corso del 2013.

Tabella 6.1 – Attività e aree di intervento Area Farmaceutica, Veneto, 2013
(Fonte: Regione del Veneto)

Attività	n
Valutazione di nuovi farmaci e nuove indicazioni con produzione di mini-report di HTA	8
Documenti di Indirizzo, Linee Guida, Percorsi Diagnostico Terapeutici e individuazione dei centri autorizzati alla prescrizione	9
· Anticoagulanti orali	
· HIV	
· Emofilia di tipo A e Emofilia acquisita	
· Ossigenoterapia domiciliare	
· Sclerosi Multipla	
· Farmaci biologici impiegati in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologica	
· Iipertensione arteriosa polmonare	
· Melanoma metastatico	
· Epatite C	

Farmacovigilanza

Tra gli indirizzi di programmazione regionale, vi è anche il rafforzamento delle azioni di sorveglianza sulle reazioni avverse dei farmaci. Alle attività inerenti la farmacovigilanza in Veneto (progetto di farmacovigilanza attiva sui cittadini, incontri di formazione rivolti a medici e pediatri, sia del territorio che dell'ospedale, infermieri e farmacisti), coordinate dal Coordinamento Regionale Unico del farmaco, nel 2013 la Regione ha assegnato, tra gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Sanitarie, anche un obiettivo relativo alle segnalazioni di reazione avversa a farmaci e vaccini. In particolare è stata definita una soglia pari a 500 segnalazioni per milione di abitanti (DGR n. 1237/2013). Nel corso del 2013 è stato effettuato un monitoraggio con invio di una

reportistica sull'andamento dell'obiettivo: a livello regionale è stato raggiunto un tasso di segnalazione di 684, raggiungendo ampiamente il valore considerato ottimale dall'OMS di 300. I valori massimi sono stati raggiunti nell'ULSS 17 di Este (1.407 segnalazioni per milione di abitanti) e ULSS 3 di Bassano del Grappa (1.093 segnalazioni per milione di abitanti), mentre quelli minimi nelle ULSS 8 di Asolo (336 segnalazioni per milione di abitanti) e ULSS 16 di Padova (371 segnalazioni per milione di abitanti).

Centralizzazione Allestimento Antitumorali

La Regione del Veneto nel luglio 2012 ha richiamato con una specifica Circolare (Nota Regionale Prot. n. 322332/E.900.20.9/12.07.2012 "Raccomandazione per la Centralizzazione in Farmacia dell'allestimento dei farmaci antitumorali") le Direzioni Aziendali alla necessità di adottare l'allestimento centralizzato dei farmaci antitumorali, così come indicato nella Raccomandazione del Ministero della Salute N.14 di ottobre 2012, che prevede che la preparazione e la distribuzione dei farmaci antineoplastici siano ricondotte ad una unità centralizzata preferibilmente nella Farmacia Ospedaliera e in ogni caso sotto il coordinamento e la responsabilità del farmacista ospedaliero. Qualora non sussistano le condizioni di carattere organizzativo, logistico, strutturale, economico tali da garantire la completa sicurezza nell'allestimento, le strutture sanitarie devono convenzionarsi con le aziende pubbliche che dispongono della centralizzazione. Inoltre, nel corso del 2013 il Servizio Farmaceutico Regionale, di concerto con il Centro per la Sicurezza del Paziente, ha effettuato un'indagine conoscitiva relativa alle attività di centralizzazione degli antitumorali (attivazione della centralizzazione in farmacia ospedaliera-FO e utilizzo della prescrizione elettronica assistita - PEA), previste dal Piano Socio Sanitario 2012-2016, di cui alla Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23.

Dall'analisi di quanto pervenuto è emerso come 12 delle 26 (46%) strutture abbiano centralizzato l'allestimento presso la Farmacia Ospedaliera o abbiano provveduto alla stipula di convenzioni con strutture sanitarie presso le quali l'allestimento è stato centralizzato, mentre, presso le rimanenti, in 10 casi l'allestimento sia condotto presso le UOC di Oncologia Medica con 4 strutture presso le quali l'allestimento è previsto presso più di un'unità operativa. Per quanto concerne l'utilizzo della prescrizione elettronica assistita l'analisi ha evidenziato come la stessa sia in uso presso 10 strutture e nelle restanti sia in corso una valutazione del software da implementare all'interno dei sistemi informativi (n. 12) con 4 strutture che non hanno fornito alcuna informazione aggiuntiva.

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

Con DGR n. 1066 del 28 giugno 2013, l'Amministrazione regionale ha adeguato i requisiti propri dei Comitati Etici per la Sperimentazione Clinica (CESC) alle sopravvenute disposizioni nazionali in materia dettate dal decreto legge n. 158/2012, convertito con modificazioni dalla legge n. 189/2012 (c.d. *Decreto Balduzzi*) e dal decreto del Ministro della salute del 8.2.2013. Tale adeguamento ha comportato una rideterminazione del

numero dei CESC istituiti nella Regione del Veneto rispetto a quelli precedentemente esistenti sul territorio (da 11 a 6), con l'istituzione di 6 nuovi CESC di seguito elencati:

- 1) CESC delle Province di Verona e Rovigo (sede presso l'AOUI di Verona);
- 2) CESC della Provincia di Vicenza (sede presso l'ULSS 6 Vicenza);
- 3) CESC della Provincia di Padova (sede presso l'AO Universitaria di Padova);
- 4) CESC delle Province di Treviso e Belluno (sede presso l'ULSS 9 Treviso);
- 5) CESC della Provincia di Venezia e IRCSS San Camillo (sede presso l'ULSS 12 Venezia);
- 6) CESC dell'IRCSS Istituto Oncologico Veneto. L'insediamento dei 6 nuovi CESC è avvenuto durante l'ultimo trimestre dell'anno.

Per il proprio funzionamento, ciascun CESC si avvale del supporto di un Ufficio di Segreteria tecnico-scientifica che, nello svolgimento delle sue funzioni, si raccorda con i Nuclei per la Ricerca Clinica (NRC), organizzazione indipendente dal CESC che garantisce il supporto e il monitoraggio alle attività di ricerca locale in ambito ospedaliero e territoriale, favorendo i ricercatori tramite azioni di sostegno e coordinamento, assicurando una gestione organica degli studi clinici anche relativamente alle procedure di autorizzazione. Tale riorganizzazione ha pertanto previsto che le attività che in precedenza erano previste per le Commissioni per la Ricerca Territoriale (CoRiTer) siano svolte dagli stessi NRC. Attualmente sono attivi nel territorio regionale 27 NRC. Il ruolo delle Segreterie tecnico-scientifiche e il supporto dei NRC in merito alle sperimentazioni promosse a livello locale, la complessità dei compiti assegnati e la numerosità delle figure professionali coinvolte, richiedono un elevato livello di integrazione e condivisione delle informazioni; tali necessità rendono indispensabile l'implementazione di un'infrastruttura tecnologica che supporti le Segreterie tecnico-scientifiche, i NRC e la Regione nella gestione degli studi clinici sia per la gestione dei flussi documentali che per le fasi di monitoraggio scientifico e amministrativo-economico.

In risposta agli obiettivi della programmazione regionale per gli anni 2012-2016, nel corso del 2013 è stato realizzato, in collaborazione con il CESC delle Province di Verona e Rovigo, un prototipo della *piattaforma regionale sulla ricerca clinica*, con creazione della rete tra Segreteria Scientifica e rispettivi NRC e profilazione dei singoli NRC in funzione della struttura nella quale viene condotto lo studio. Tale progetto pilota ha permesso la configurazione e predisposizione della piattaforma tecnologica al fine di poter creare il network regionale per la ricerca clinica da estendere a tutti i CESC e NRC regionali.

Formazione/informazione su problematiche di interesse dei Comitati Etici per la sperimentazione clinica

Per il rilancio della sperimentazione clinica regionale in un'ottica di armonizzazione e semplificazione delle procedure dei singoli CESC, si è valutata la necessità di elaborare della documentazione che semplifichi l'attività delle direzioni delle strutture partecipanti a studi clinici sponsorizzati per la fase di stipula del contratto con il promotore della sperimentazione. Alla fine del 2013 è stato istituito un gruppo di lavoro composto da alcuni rappresentanti delle Segreterie tecnico-scientifiche, professionisti che a vario titolo

si occupano di sperimentazione clinica (farmacisti, avvocati) e rappresentanti di Farmindustria, per la definizione di uno schema di convenzione per la conduzione di sperimentazioni cliniche sponsorizzate. Tale schema di convenzione è attualmente stato condiviso con tutti i CESC regionali e risulta in corso di ultimazione.

Per la discussione e approfondimento di problematiche di interesse per i CESC e per favorire il confronto e l'armonizzazione delle procedure dei singoli Comitati Etici, la stessa DGR n. 1066 del 28 giugno 2013 ha previsto l'istituzione di un Tavolo di lavoro composto dai Presidenti dei CESC e i Coordinatori dei NRC, presieduto di concerto dal Presidente del Comitato Regionale per la Bioetica e dal Dirigente del Servizio Farmaceutico della Regione Veneto. Vista la recente istituzione dei nuovi CESC così come le nuove nomine dei rispettivi Presidenti, il tavolo di lavoro inizierà le sue attività nel 2014.

La ricerca clinica farmacologica nel Veneto

Di seguito si riportano alcuni dati che illustrano sinteticamente lo stato della ricerca clinica nella Regione del Veneto.

Tabella 6.2 – Sperimentazioni per Regioni Italiane, anno 2012

(Fonte: La sperimentazione clinica dei medicinali in Italia – 12° rapporto nazionale 2013)

Regioni	Studi clinici valutati
Lombardia	394
Lazio	261
Emilia-Romagna	242
Toscana	216
Veneto	155
Piemonte	144
Sicilia	126
Campania	126
Liguria	125
Puglia	88
Friuli-Venezia Giulia	68
Marche	48
Sardegna	46
Abruzzo	43
Umbria	42
Calabria	34
Basilicata	15
Molise	8
Bolzano	7
Trento	3
Valle d'Aosta	2

Le sperimentazioni multicentriche sono condotte in più strutture, lo studio può quindi essere conteggiato più volte nelle diverse Regioni

Tabella 6.3 – Sperimentazioni per classificazione terapeutica nella Regione Veneto dal 2010-2012
(Fonte: Regione Veneto)

Classificazione terapeutica – ATC 1° livello	Studi clinici	%
L – Antineoplastici e immunomodulatori	231	46,1
J – Antimicrobici generali per uso sistemico	43	8,6
N – Sistema nervoso	43	8,6
A – Apparato gastrointestinale e metabolismo	39	7,8
B – Sangue e organi emopoietici	35	7,0
C – Sistema cardiovascolare	26	5,2
R – Sistema respiratorio	25	5,0
V - Vari	23	4,6
M – Sistema muscolo-scheletrico	17	3,4
H – Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali	16	3,2
S – Organi di senso	12	2,4
G – Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	9	1,8
D - Dermatologici	9	1,8
P – Antiparassitari, insetticidi e repellenti	1	0,2

La stessa sperimentazione potrebbe essere conteggiata più volte perché potrebbe coinvolgere più farmaci in test

240

Nel 2012 il Veneto si colloca al quinto posto per numero di studi farmacologici valutati. Anche nella Regione del Veneto, così come nel resto del paese, il maggior numero di protocolli di ricerca valutati nel triennio 2010-2012 afferisce all'area oncologica (46,1% degli studi valutati).

Nel 2013 la Regione del Veneto ha assegnato, tra gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Sanitarie, anche un obiettivo relativo alla sperimentazione clinica, chiedendo alle ULSS del Veneto un aumento del numero delle sperimentazioni rispetto all'anno precedente (DGR n. 1237/2013).

Registri AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco)

I registri di monitoraggio AIFA sono strumenti introdotti con l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza prescrittiva di farmaci innovativi ad alto costo, raccogliere dati post-marketing per definirne l'efficacia nella reale pratica clinica e governare i meccanismi di rimborso da parte del SSN. I registri permettono una gestione informatizzata di tutte le fasi del processo di approvvigionamento, dispensazione e rimborso del farmaco. Per alcuni farmaci sottoposti a registro, AIFA ha stipulato con l'industria farmaceutica accordi di condivisione del rischio in caso di fallimento di un trattamento (payment by results, cost sharing, risk sharing).

Dal 1° gennaio 2013 l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha avviato la fase attuativa di un nuovo Sistema Informativo. Tale rinnovamento riguarda anche i Registri di

Monitoraggio AIFA: è stata avviata una progressiva migrazione di tutti i Registri dalla vecchia alla nuova piattaforma. Allo stato attuale risultano a sistema circa 51 farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA per 63 indicazioni terapeutiche. Inoltre è stata definita una nuova procedura di accreditamento e autorizzazione alla prescrizione che si basa su due applicazioni distinte per ruoli e funzioni operative:

- funzione di autorizzazione alla prescrizione di farmaci soggetti a limitazione; tale funzione è svolta dal Settore Farmaceutico Regionale, che abilita i Centri autorizzati alla prescrizione identificati dalla regione con proprio provvedimento;
- funzione di autenticazione e accreditamento all'accesso ai Registri da parte dei medici e dei farmacisti che si devono operare. Tale funzione è svolta dai Direttori sanitari delle strutture coinvolte.

Il nuovo sistema operativo dell'AIFA prevede quindi che l'accesso al Registro dei Farmaci sottoposti a Monitoraggio da parte del personale medico e dei farmacisti siano validate dalla figura del Direttore Sanitario di competenza, creando quindi un processo di autorizzazione e controllo.

Il passaggio al nuovo sistema informatico, tra l'anno 2012 e l'anno 2013, ha generato sin dall'inizio consistenti difficoltà nella gestione dei rimborsi, non consentendo l'inserimento telematico e la trasmissione alle Aziende farmaceutiche delle richieste dei rimborsi applicabili a specialità medicinali secondo gli accordi negoziali in essere (payment by results, risk-sharing, cost-sharing). Per l'anno 2012, le strutture sanitarie del Veneto hanno recuperato dalle Aziende Farmaceutiche 2,7 milioni di euro (Rapporto OsMed 2012), risorse che sono state destinate a terapie farmacologiche innovative. Per il 2013 il passaggio dal vecchio al nuovo sistema informatico ha causato dei ritardi per la richiesta dei rimborsi e la procedura risulta tutt'ora in corso.

Spesa Farmaceutica

L'assistenza farmaceutica si suddivide in:

- *assistenza farmaceutica territoriale* che comprende la distribuzione attraverso la via convenzionata, la distribuzione diretta dei farmaci di fascia A da parte delle Aziende Sanitarie (DD) e la Distribuzione Per Conto (DPC) dei farmaci del Prontuario Farmaceutico Nazionale (PHT) attraverso le farmacie;
- *assistenza farmaceutica ospedaliera* che comprende tutti i farmaci utilizzati in regime di ricovero o DH o somministrati in regime ambulatoriale e i farmaci di classe H erogati in distribuzione diretta.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2864/2012 la Regione Veneto ha fornito alle Aziende Sanitarie le direttive per la predisposizione del Bilancio Preventivo Economico Annuale 2013, dando indicazioni operative e limiti di costo da rispettare per alcune aree di attività, tra cui l'assistenza farmaceutica.

Tabella 6.4 – Spesa farmaceutica e rispetto del tetto stabilito dalla L. 222/2007 e dalla L. 135/2012 Regione del Veneto biennio 2012-2013 (Fonte: AIFA)

Spesa	2012	2013	Scostamento 2013 vs 2012	Variazione % 2013 vs 2012
Convenzionata netta	638.089.797	611.076.241	-27.013.556	-4,2%
Distribuzione diretta classe A	207.604.345	220.028.527	12.424.182	5,9%
Pay back	34.585.167	32.458.884	-2.126.283	-6,2%
Ticket	123.639.731	126.933.354	3.293.623	2,7%
di cui fisso per ricetta	63.121.345	67.596.455	4.475.110	7,1%
di cui eventuale quota per confezione	60.518.386	59.336.899	-1.181.487	-1,9%
Totale spesa territoriale	934.748.706	866.242.340	-68.506.366	-7,3%
% spesa farmaceutica territoriale su FSR	10,8%	10,0%	-	-
Totale spesa ospedaliera (esclusi i vaccini)	394.471.369	340.288.320	-54.183.049	-13,7%
% spesa farmaceutica ospedaliera su FSR	4,5%	3,9%	-	-
Totale spesa farmaceutica	1.329.220.075	1.206.530.660	-122.689.415	-9,2%
% spesa farmaceutica su FSR	15,3%	13,9%	-	-
FSR	8.688.761.108	8.659.739.481	-29.021.627	-0,3%

242

Nella Tabella 6.4 viene descritta la spesa per l'assistenza farmaceutica a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nella Regione Veneto negli anni 2012-2013.

Il Decreto Legge 95/2012, convertito in Legge 135/2012, ha rideterminato il tetto della spesa farmaceutica territoriale per l'anno 2012 al 13,1% e per l'anno 2013 all'11,4%, mentre il tetto della farmaceutica ospedaliera è rimasto invariato al 2,4% nel 2012 ed aumentato al 3,5% nel 2013. Inoltre a decorrere dall'anno 2013 il tetto dell'11,4% per l'assistenza farmaceutica territoriale è calcolato al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA, mentre il tetto del 3,5% per l'assistenza farmaceutica ospedaliera è calcolato al netto della spesa per i farmaci di classe A in DD e DPC, nonché al netto della spesa per i vaccini, per i medicinali di classe C, SOP e OTC, per le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, per i medicinali esteri e per i plasmaderivati di produzione regionale.

Nell'anno 2013 si registra una contrazione della spesa complessiva del 9,2% rispetto al 2012. La spesa farmaceutica territoriale diminuisce del 7,3%, grazie soprattutto alla diminuzione della spesa convenzionata e all'effetto del Comma 3 art. 15 Decreto Legge 95/2012, convertito in Legge 135/2012 (esclusione dal tetto 2013 dell'assistenza farmaceutica territoriale della compartecipazione del cittadino per l'acquisto dei farmaci equivalenti, inclusa invece nel tetto 2012). Sempre per effetto dell'art. 15 Decreto Legge 95/2012, convertito in Legge 135/2012, anche la spesa farmaceutica ospedaliera diminuisce (-13,7%) poiché come previsto dal comma 5 dal tetto 2013 sono stati esclusi i

medicinali di classe C, SOP e OTC, le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, i medicinali esteri e per i plasmaderivati di produzione regionale, inclusi invece nel tetto 2012.

Complessivamente la spesa farmaceutica regionale si è attestata al di sotto del tetto, che per il 2013 è stato rideterminato al 14,85%, con una riduzione di 0,65 punti percentuali rispetto al 2012.

Spesa farmaceutica territoriale

Nel biennio 2012-2013, la *spesa farmaceutica territoriale* della Regione del Veneto è stata ampiamente al di sotto dei tetti previsti a livello nazionale ed è passata dai 934,7 milioni di euro del 2012 agli 866,2 milioni di euro del 2013 con una diminuzione del 7,3% pari a 68,5 milioni di euro (di cui 59,3 attribuibili all'esclusione dal tetto 2013 della compartecipazione del cittadino per l'acquisto dei farmaci equivalenti). La spesa per farmaci in distribuzione convenzionata si è ridotta nel biennio di 27 milioni di euro (-4,2%), mentre la spesa per farmaci in distribuzione diretta e in Distribuzione Per Conto è aumentata (+6% complessivamente). Nello specifico la DPC è aumentata del 3,7%, grazie all'avvio dell'accordo regionale nella quasi totalità delle ULSS e il ticket fisso per ricetta a carico del cittadino è aumentato del 7,1% (+4,5 milioni di euro).

La riduzione della spesa farmaceutica territoriale si è verificata nonostante l'incremento della *prevalenza d'uso* (quota di assistibili che ha ricevuto almeno una prescrizione di farmaci nel corso del periodo sulla popolazione di riferimento) dei farmaci, soprattutto nei trattamenti preventivi cronici (antipertensivi, statine, farmaci per l'osteoporosi). Nel corso del 2013, oltre 1,2 milioni di assistiti della Regione Veneto sono stati trattati con farmaci per l'ipertensione (23,8% della popolazione) con un aumento dello 0,5% rispetto all'anno precedente.

Gli assistiti in trattamento con farmaci per le dislipidemie aumentano del 3,4% e arrivano a rappresentare il 9,9% della popolazione. I trattati con farmaci per l'osteoporosi sono oltre 450 mila e registrano l'incremento più rilevante (+14,4%).

Tra i trattamenti acuti, aumenta il ricorso agli antiulcera (oltre 843 mila assistiti hanno assunto almeno un farmaco di questa categoria nel corso dell'anno, con un aumento dell'1,5%), agli antibiotici e ai farmaci per le malattie respiratorie (rispettivamente +1,5% e +1,4%).

Tabella 6.5 – Assistiti in trattamento per le patologie maggiormente diffuse a livello territoriale. Regione del Veneto, biennio 2012-2013 (Fonte: Regione del Veneto)

Patologia	anno 2012	anno 2013	Variazione %
Infezioni	1.676.716	1.701.922	1,5%
Ipertensione	1.171.690	1.177.996	0,5%
Ulcera Peptica e reflusso gastroesofageo	830.446	843.165	1,5%
Distrurbi Respiratori	568.963	577.054	1,4%
Dislipidemie	475.573	491.625	3,4%
Osteoporosi	393.270	449.812	14,4%
Depressione	277.023	278.132	0,4%
Diabete	220.235	220.120	-0,1%
Epilessia	101.043	104.101	3,0%

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

Se mediamente in Regione sono trattati con antipertensivi 24 assistiti ogni 100, nelle ULSS 1, 14, 18 e 19 se ne trattano 29 e nell'ULSS 8 se ne trattano invece 22. Per i farmaci che agiscono sull'osteoporosi si passa da 13 trattati ogni 100 nell'ULSS 6 a 7 trattati nelle ULSS 7 e 8. Con le statine la media regionale è di 10 assistiti in trattamento ogni 100: nell'ULSS 10 se ne trattano 14, per l'85% dei casi in maniera continuativa e non occasionale come raccomandato da tutte le linee guida, e nelle ULSS 4, 7 e 22 invece se ne trattano 8, con livelli di continuità di circa l'80%.

Anche il ricorso ai trattamenti acuti differisce notevolmente. Nel caso degli antibiotici, che dovrebbero essere impiegati solo quando strettamente necessario e per il periodo più breve possibile, viste le sempre più frequenti segnalazioni di allerta a livello internazionale sull'aumento delle resistenze, si passa da 31 assistiti ogni 100 nell'ULSS 4 che almeno una volta nel corso dell'anno hanno avuto una prescrizione di questi farmaci ai 43 nell'ULSS 14. Gli antiulcera sottendono in alcune realtà un utilizzo spesso al di fuori delle corrette raccomandazioni e limitazioni imposte dalle note AIFA, tanto più rilevante se si considerano le potenziali interazioni e gli eventi avversi associati (fratture, infezioni delle vie respiratorie, eventi cardiovascolari): nell'ULSS 19 sono trattati con questi farmaci 24 pazienti ogni 100 rispetto ai 16 delle ULSS 4, 8 e 15.

La sostanziale tenuta della spesa farmaceutica territoriale rispetto ai limiti di spesa imposti a livello nazionale, nonostante l'incremento della prevalenza d'uso nei trattamenti cronici, è certamente attribuibile al potenziamento di politiche di distribuzione dei farmaci alternativi alla via convenzionata (diretta, DPC), che permettono di erogare i farmaci ad un costo più basso e insieme di avere un maggior controllo clinico del paziente,

garantendo la continuità terapeutica ospedale-territorio e l'appropriatezza d'uso dei farmaci.

Ha avuto un effetto determinante anche la crescente diffusione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari, favorita, oltre che dal numero sempre maggiore di molecole "scadute", dalle iniziative di formazione/informazione rivolte ai medici prescrittori e dalle politiche di incentivazione all'utilizzo di questi farmaci adottate, pur con diverse modalità, a livello locale, spesso all'interno dei Patti Aziendali con la Medicina Generale.

In aggiunta, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2864/2012 la Regione Veneto ha assegnato alle ULSS per l'anno 2013 l'obiettivo di ridurre al di sotto di 120 € il costo pro capite pesato per l'assistenza farmaceutica convenzionata, stimolando le Aziende a mettere in atto azioni mirate a migliorare l'appropriatezza prescrittiva, anche utilizzando gli strumenti di valutazione e di intervento messi a disposizione dalla Regione.

Le sopraccitate deliberazioni hanno posto tra gli obiettivi anche il miglioramento della tempestività e della qualità dei flussi informativi, essenziali per potenziare il monitoraggio dei consumi e il governo dell'assistenza farmaceutica, fornendo chiare indicazioni sulle priorità e sulle scelte economicamente strategiche verso le quali indirizzare la progettualità e le risorse.

I primi 15 gruppi terapeutici coprono circa il 70% della spesa farmaceutica territoriale in distribuzione convenzionata, diretta e Distribuzione Per Conto. Le sostanze del sistema renina-angiotensina, con oltre 85 milioni di euro, sono in assoluto la categoria a maggior utilizzo (10,3% della spesa). Altri gruppi terapeutici di rilievo per la spesa sono: le sostanze modificatrici dei lipidi (8,2%), i farmaci per i disturbi delle vie respiratorie (6,7%), gli antidiabetici (6,1%) e i farmaci usati per i disturbi correlati all'acidità gastrica (5,7%). Tra questi, gli unici a registrare un incremento rispetto al 2012 sono gli antidiabetici, in particolar modo le incretine. Per la maggior parte dei gruppi terapeutici la spesa si riduce, grazie soprattutto alla riduzione dei prezzi determinata dalla genericazione delle molecole.

Tabella 6.6 – Primi 15 gruppi terapeutici a maggior spesa farmaceutica territoriale. Regione Veneto, biennio 2012-2013 (Fonte: Regione del Veneto)

Gruppo terapeutico	anno 2012	anno 2013	var %	% Cumulata 2013
C09 . SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA.ANGIOTENSINA	90.514.780	85.603.222	-5,4%	10,3%
C10 . SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	77.215.503	67.961.994	-12,0%	18,5%
R03 . FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI DELLE VIE RESPIRATORIE	58.099.020	55.575.854	-4,3%	25,2%
A10 . FARMACI USATI NEL DIABETE	49.192.568	51.140.990	4,0%	31,3%
A02 . FARMACI PER DISTURBI CORRELATI ALL'ACIDITA'	47.253.339	46.880.835	-0,8%	37,0%
B01 . ANTITROMBOTICI	39.119.540	37.508.891	-4,1%	41,5%
N06 . PSICOANALETTICI	37.714.902	36.596.493	-3,0%	45,9%
L03 . IMMUNOSTIMOLANTI	28.414.124	27.842.514	-2,0%	49,3%
J01 . ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	27.319.584	27.196.233	-0,5%	52,5%
L01 . CITOSTATICI	24.689.559	25.263.337	2,3%	55,6%
N02 . ANALGESICI	22.145.204	23.789.164	7,4%	58,4%
N03 . ANTIPILETTICI	24.807.851	21.863.046	-11,9%	61,1%
C08 . CALCIO.ANTAGONISTI	22.228.545	21.474.802	-3,4%	63,6%
V03 . TUTTI GLI ALTRI PRODOTTI TERAPEUTICI	16.006.163	20.335.662	27,0%	66,1%
B02 . ANTIEMORRAGICI	15.618.185	17.351.172	11,1%	68,2%
Tot primi 15 gruppi terapeutici	580.338.869	566.384.210	-2,4%	68,2%
Totale	844.582.501	830.649.147	-1,6%	100,0%

La sostanza che maggiormente incide sulla spesa territoriale è rosuvastatina, con oltre 20 milioni di euro. Altre sostanze rilevanti per consumo sono enoxaparina (18,9 milioni di euro), l'associazione a dosi fisse salmeterolo/fluticasone (17,9 milioni di euro), lansoprazolo (17,8 milioni di euro) e imatinib, il primo tra i farmaci "territoriali" erogabili esclusivamente in distribuzione diretta attraverso le strutture pubbliche, quinto con una spesa di oltre 15 milioni di euro.

La prescrizione di farmaci a brevetto scaduto che permette di liberare risorse erogando terapie consolidate a prezzi contenuti è in costante crescita, anche se presenta un'importante variabilità a livello locale. La spesa per questi farmaci passa dal rappresentare il 38,2% della spesa farmaceutica territoriale convenzionata netta nell'anno 2012 al 41,6% dell'anno 2013, con valori massimi nelle ULSS 19 e 21 e minimi nelle ULSS 8 e 9.

Tabella 6.7 – Prescrizione farmaceutica territoriale convenzionata di farmaci a brevetto scaduto.
ULSS della Regione del Veneto, biennio 2012-2013 (Fonte: Regione del Veneto)

ULSS	Spesa			% sul totale della spesa	
	anno 2012	anno 2013	var %	anno 2012	anno 2013
ULSS 21	8.372.251	8.723.500	4,2%	42,7%	46,5%
ULSS 19	4.378.542	4.563.935	4,2%	41,9%	45,7%
ULSS 20	24.865.668	26.202.026	5,4%	41,4%	45,1%
ULSS 4	8.640.760	9.132.493	5,7%	41,4%	44,5%
ULSS 22	13.482.737	14.367.587	6,6%	40,8%	44,0%
ULSS 14	3.996.276	4.083.630	2,2%	41,6%	43,9%
ULSS 15	12.114.040	12.456.694	2,8%	38,5%	43,0%
ULSS 3	8.724.920	9.131.161	4,7%	39,4%	42,7%
ULSS 2	4.503.604	4.758.888	5,7%	39,3%	42,7%
ULSS 17	10.020.566	10.214.029	1,9%	39,5%	42,5%
ULSS 18	10.057.160	10.332.696	2,7%	38,3%	42,0%
VENETO	243.326.992	253.496.932	4,2%	38,2%	41,6%
ULSS 12	15.998.247	16.527.636	3,3%	37,2%	41,1%
ULSS 5	8.438.936	8.878.196	5,2%	36,4%	40,9%
ULSS 16	24.524.673	25.250.487	3,0%	37,3%	40,8%
ULSS 13	13.263.494	13.930.117	5,0%	37,3%	40,8%
ULSS 7	10.163.651	10.620.729	4,5%	38,4%	40,1%
ULSS 6	14.775.975	15.405.113	4,3%	37,0%	40,1%
ULSS 1	6.771.963	6.993.569	3,3%	36,7%	39,2%
ULSS 10	11.205.853	11.728.248	4,7%	36,8%	39,1%
ULSS 8	11.109.816	11.580.121	4,2%	34,3%	38,2%
ULSS 9	17.917.862	18.616.076	3,9%	35,3%	37,7%

Anche la prescrizione di farmaci biosimilari, che rappresentano una solida opportunità per contribuire a garantire la sostenibilità futura del SSN, sta aumentando ma con grande variabilità tra le Aziende Sanitarie.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1237/2013 la Regione Veneto ha assegnato alle Aziende Sanitarie gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2013, includendo nell'obiettivo C.6 anche gli indicatori di appropriatezza prescrittiva farmaceutica.

Relativamente ai biosimilari l'indicatore prevedeva che la quota di confezioni di farmaci biosimilari sul totale delle confezioni di farmaci appartenenti alle categorie terapeutiche per le quali sono disponibili biosimilari (fattori di crescita granulocitari, epoetine, somatropina) fosse superiore o uguale al 60%.

Grazie all'aumento della prescrizione di biosimilari, la Regione Veneto ha ottenuto un risparmio di circa 3,2 milioni di euro. Tali farmaci sono passati dal rappresentare nel 2012 il 25,5% delle confezioni distribuite sul totale dei gruppi terapeutici di appartenenza al 38,3% dell'anno 2013, con valori massimi nello IOV e nell'ULSS 4 e minimi nelle ULSS 13 e 17.

La spesa farmaceutica ospedaliera

La spesa farmaceutica ospedaliera regionale, includendo i vaccini ed escludendo i farmaci di classe C, SOP e OTC, le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, i medicinali esteri i plasmaderivati di produzione regionale è passata da 348,3 milioni di euro del 2012 a 372,8 milioni di euro del 2013 con un aumento del 7.0% pari a 23 milioni di euro. L'aumento della spesa ospedaliera 2013 vs 2012 è per la maggior parte attribuibile a:

- i prezzi dei nuovi farmaci che vengono immessi in commercio; questi nuovi farmaci presentano un differenziale di prezzo elevatissimo rispetto ai vecchi farmaci, che non è sempre correlato con i miglioramenti ottenibili dai nuovi farmaci. I prezzi come è noto sono definiti dall'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA), sui quali la Regione non è in grado di ottenere sconti ulteriori, trattandosi di prodotti esclusivi forniti da un'unica Azienda Farmaceutica.
- all'aumento dei pazienti in trattamento, considerato che i progressi ottenuti in campo farmaceutico hanno consentito di prolungare i trattamenti ad esempio nelle aree oncologica, reumatologica e nel trattamento dei pazienti con HIV.

Dal 2011, la Regione del Veneto ha potenziato il monitoraggio della spesa per l'assistenza farmaceutica, inviando mensilmente una reportistica a tutte le Aziende Sanitarie con l'andamento della spesa sostenuta e lo scostamento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Il 64,6% della spesa ospedaliera è rappresentato dal consumo di farmaci in ambito di ricovero, DH o in ambulatorio, mentre il rimanente 35,4% è dato dai farmaci di classe H erogati in distribuzione diretta (come gli antitumorali, i farmaci per l'HIV o i biologici per l'artrite reumatoide).

I primi 15 gruppi terapeutici coprono circa il 90% della spesa farmaceutica ospedaliera. Per l'anno 2013, gli oncologici rappresentano, con oltre 107 milioni di euro, la categoria a maggior impatto di spesa (28,8% della spesa), seguiti dagli immunosoppressori (21,5%), dagli antivirali per uso sistemico (12,5%), dagli antibatterici per uso sistemico (5,0%) e dalla terapia enzimatica per le malattie rare (3,6%).

La sostanza che maggiormente incide sulla spesa ospedaliera è trastuzumab, con oltre 22 milioni di euro. Altre sostanze rilevanti per consumo sono adalimumab (18,7 milioni di euro), etanercept (18,2 milioni di euro), rituximab (15,3 milioni di euro) e levaldomide, quinto con una spesa di oltre 15 milioni di euro.

Tabella 6.8 – Primi 15 gruppi terapeutici a maggior spesa farmaceutica ospedaliera, anno 2013.
Regione Veneto, biennio 2012-2013 (Fonte: Regione del Veneto)

Gruppo Terapeutico	2012	2013	Var %	% cumulata
L01. CITOSTATICI	97.038.564	107.262.835	10,5%	28,8%
L04. IMMUNOSOPPRESSORI	73.782.883	80.200.966	8,7%	50,3%
J05. ANTIVIRALI PER USO SISTEMICO	45.216.977	46.553.245	3,0%	62,8%
J01. ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	18.752.988	18.779.007	0,1%	67,8%
A16. ALTRI FARMACI DELL` APPARATO GASTROINTEST. E DEL METABOLISMO	10.756.274	13.231.589	23,0%	71,4%
J06. SIERI IMMUNI ED IMMUNOGLOBULINE	13.343.565	12.911.822	-3,2%	74,8%
B01. ANTITROMBOTICI	8.364.898	9.027.466	7,9%	77,2%
J02. ANTIMICOTICI PER USO SISTEMICO	7.171.683	8.329.485	16,1%	79,5%
B02. ANTIEMORRAGICI	7.865.334	7.473.189	-5,0%	81,5%
V08. MEZZI DI CONTRASTO	6.520.316	6.974.444	7,0%	83,3%
S01. OFTALMOLOGICI	3.545.596	6.738.420	90,1%	85,2%
J07. VACCINI	5.006.996	5.168.647	3,2%	86,5%
N05. PSICOLETTICI	5.389.006	4.984.360	-7,5%	87,9%
V03. TUTTI GLI ALTRI PRODOTTI TERAPEUTICI	4.309.477	4.447.299	3,2%	89,1%
B03. FARMACI ANTIANEMICI	4.537.110	4.038.856	-11,0%	90,2%
Totale primi 15 gruppi terapeutici	311.601.667	336.121.630	7,9%	90,2%
Totale**	348.314.730	372.839.257	7,0%	100,0%

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Settore Farmaceutico
Dorsoduro, 3493 (Rio Novo) - 30123 Venezia
Telefono: 041 2793412 - Fax 041 2793468
e-mail: assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

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

Health Technology Assessment

La Commissione Tecnica per il Repertorio Unico Regionale dei Dispositivi Medici (C.T.R.D.M.) istituita con DGR n. 4534 del 28 dicembre 2007, in conformità al regolamento per il suo funzionamento (Allegato B alla DGR n. 2517 del 4 Agosto 2009), ha svolto, negli anni 2012 e 2013, la propria attività in diverse aree di competenza. L'area predominante è stata la valutazione, secondo la metodologia dell'Health Technology Assessment – HTA, dei dispositivi medici e la valutazione epidemiologica dell'uso dei dispositivi medici mirati a definire i criteri di utilizzo degli stessi in relazione alle patologie, allo scopo di promuoverne l'appropriatezza d'uso e programmare interventi atti al miglioramento della qualità. Tali valutazioni hanno prodotto "raccomandazioni" relativamente all'implementazione di tecnologie innovative e dispositivi medici nelle ULSS, Aziende Ospedaliere ed IRCCS di cui, alcune, con specifiche limitazioni (utilizzo per categorie di pazienti, utilizzo controllato tramite attivazione di registri di pazienti, studi di outcome research, utilizzo in ambito di protocolli, etc).

Tabella 6.9 – Valutazioni Commissione Tecnica per il Repertorio unico Regionale dei Dispositivi Medici. Anni 2012-2013 (Fonte: Regione del Veneto)

DM valutato/Procedura valutata	Raccomandazione	Anno
Catetere a radiofrequenza per denervazione renale	Raccomandato con utilizzo controllato	2012
Protesi valvolare a rilascio veloce	Non raccomandato	2012
Neurostimolatore vagale	Non raccomandato	2012
Sistema per la termoregolazione corporea per via intravascolare	Non raccomandato	2013
Guide coronariche per la misurazione della riserva di flusso (FFR)	Raccomandato in ambito di protocolli	2013
Procedura di ablazione transcateretere nella fibrillazione atriale	Raccomandato in determinati pazienti	2013

La C.T.R.D.M. ha definito inoltre, sempre con l'ausilio della metodologia dell'HTA, Linee di indirizzo prescrittive e Percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali indirizzate a tutte le strutture sanitarie della Regione del Veneto ivi comprese le strutture private accreditate attivando monitoraggio ad hoc allo scopo di verificarne l'aderenza.

Tabella 6.10 – Documenti d'indirizzo regionali. Anni 2012-2013.

Anno 2012 (approvati e pubblicati)	Anno 2013 (approvati e in fase di pubblicazione)
Documento di indirizzo regionale sull'impiego della terapia a pressione negativa e percorso del paziente (Decreto n. 4 del 25.1.2013)	Percorso diagnostico terapeutico del paziente affetto da coronaropatia multi vasale stabile nella Regione del Veneto
Documento di indirizzo regionale sull'impiego dell'ipotermia terapeutica intra-ospedaliera (Decreto n. 26 del 5.4.2013)	Percorso assistenziale per l'impianto di neurostimolatori in pazienti affetti da Parkinson Avanzato nella Regione del Veneto
	Percorso assistenziale per l'impianto di neurostimolatori in pazienti affetti da Emicrania Cronica Refrattaria nella Regione del Veneto
	Percorso assistenziale per l'impianto di neurostimolatori in pazienti affetti da Epilessia refrattaria nella Regione del Veneto

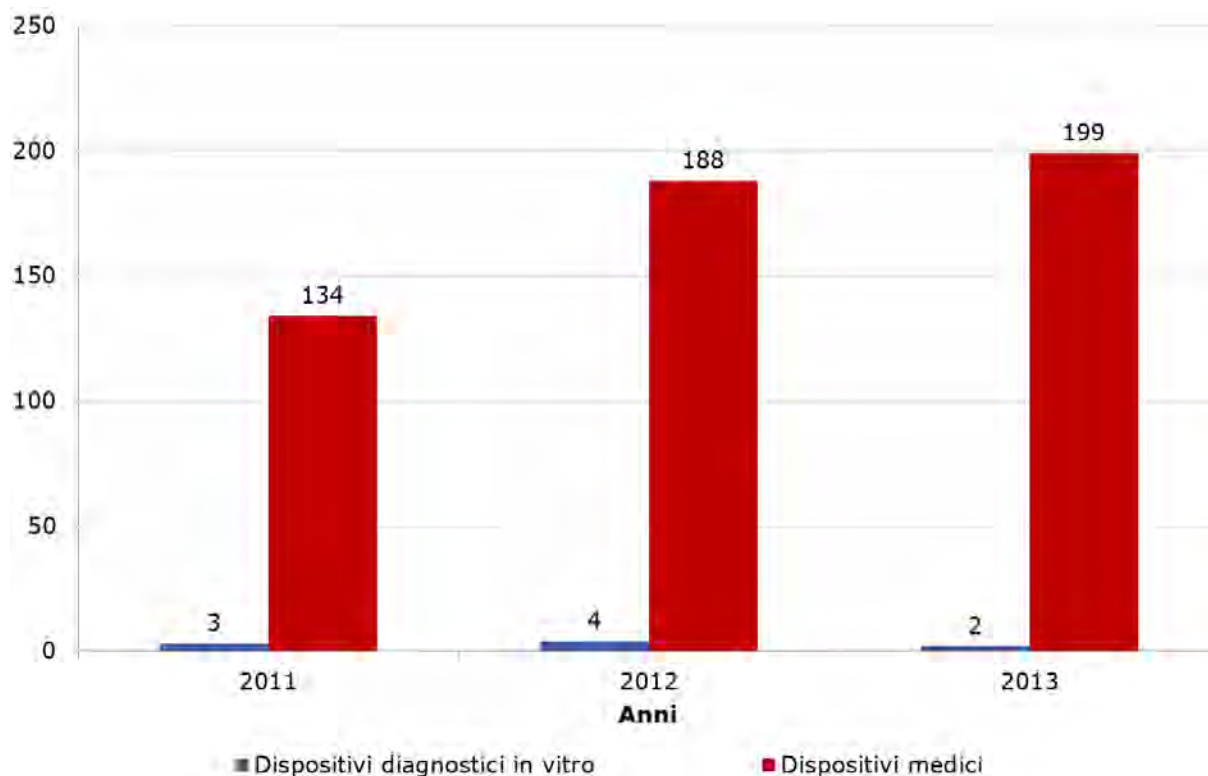
Vigilanza sui dispositivi medici

La Regione del Veneto ha individuato inoltre tra le competenze della Commissione Tecnica per il Repertorio Unico Regionale dei dispositivi medici anche il tema della promozione e dello sviluppo della vigilanza sui dispositivi medici intesa sia come sensibilizzazione degli operatori sanitari che come raccolta ed elaborazione delle segnalazioni di incidenti.

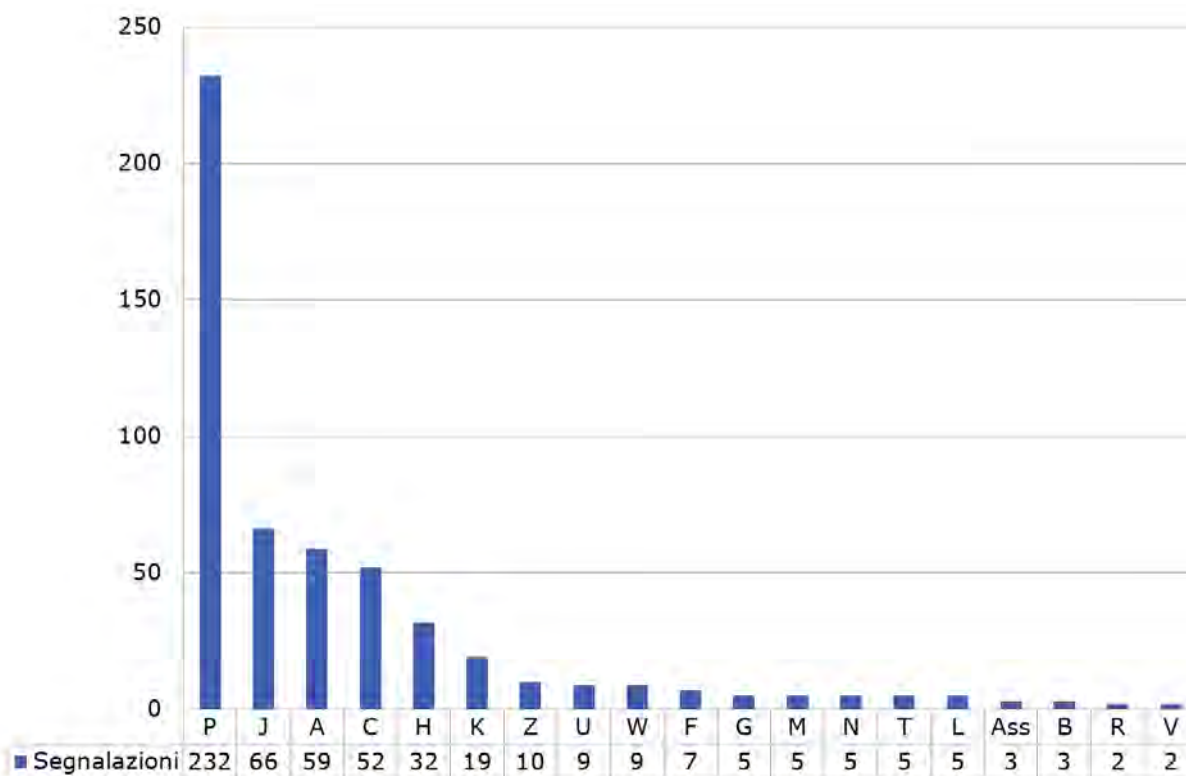
Nel corso del 2012 la Regione del Veneto, al fine di creare una banca dati regionale delle segnalazioni di incidenti che coinvolgono i dispositivi medici (DM) e di offrire un servizio di rapido inserimento e consultazione delle informazioni a livello locale, ha attivato un programma d'informatizzazione del sistema di dispositivo-vigilanza. Tale sistema consente ai Responsabili delle Dispositivo Vigilanza Aziendali (RAV), abilitati all'uopo, di accedere al portale regionale delle applicazioni per l'inserimento delle predette segnalazioni a carico dei Dispositivi Medici evitando di trasmettere la scheda cartacea alla Regione stessa. Dall'analisi delle informazioni ottenute tramite tale programma informatizzato è stato elaborato il "*Secondo rapporto sulla vigilanza dei dispositivi medici*" relativo al triennio 2011-2013. Le segnalazioni sono state in totale 530 (di cui solo nove imputabili ai dispositivi diagnostici in vitro) registrando un trend di crescita del + 40,0% nel 2012 rispetto al 2011 e del + 4,7% nel 2013 rispetto al 2012.

L'incremento della segnalazione degli incidenti a carico dei dispositivi medici è sinonimo sia di una maggiore sensibilità degli operatori verso questa tipologia di problematiche sia di un efficace funzionamento della rete di dispositivo vigilanza aziendale e regionale.

Figura 6.1 – Numero segnalazioni per anno, Veneto, anni 2011-2013. (Fonte: Regione del Veneto)



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" (232/530 segnalazioni, 44,0%), seguono la categoria J "dispositivi impiantabili attivi" (66/530 segnalazioni, 12,4%) e la categoria A "dispositivi da somministrazione, prelievo, raccolta" (59/530, 11%) (Figura 6.2).

Figura 6.2 – Distribuzione segnalazioni per categoria CND, Veneto, anni 2011-2013. (Fonte: Regione del Veneto)

Delle 232 segnalazioni che nel triennio in esame hanno interessato i dispositivi impiantabili (categoria CND P) 124 (53%) hanno riguardato la rottura di protesi mammarie, 44 segnalazioni (19%) l'opacizzazione di lenti intraoculari (IOL) con conseguente asportazione della IOL difettosa ed impianto di una nuova e 41 segnalazioni (18%) il cedimento/rottura di componenti delle protesi d'anca (steli femorali cotili e inserti).

Al fine di utilizzare e diffondere l'uso di questo nuovo data base regionale, nel marzo del 2012 è stata realizzata una giornata di formazione rivolta alle Direzioni Sanitarie, ai Referenti della dispositivo vigilanza, ai Referenti del rischio clinico ai Direttori delle Farmacie Ospedaliere e dei Servizi Farmaceutici territoriali delle Aziende del Veneto durante la quale sono state illustrate le "Linee guida regionali di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro" (DGR 1409 DEL 6/9/2011) e le modalità applicative del nuovo sistema informatizzato di inserimento delle segnalazioni di incidenti a carico dei dispositivi medici.

La rete della dispositivo vigilanza esistente a livello regionale e aziendale ha consentito di effettuare i monitoraggi resisi indispensabili a livello nazionale in merito a particolari dispositivi medici. Infatti dal Dicembre del 2011 (a tutto il 2013) il ritiro dal commercio delle protesi mammarie denominate P.I.P. della Ditta Poly Implants Prothese, ha visto impegnata la Regione, le Direzioni Sanitarie e i RAV delle Aziende sanitarie in un articolato percorso di richiamo e di controllo delle pazienti a cui erano state impiantate le

protesi sopra citate, ritirate dal mercato per motivi di sicurezza. La DGR n. 440 del 20 marzo 2012 ha provveduto ad identificare la struttura di riferimento (l'Unità Operativa Complessa di Senologia dell'Ospedale di Montebelluna Maggiore dell'ULSS 5 Ovest Vicentino) per la realizzazione della presa in carico delle pazienti portatrici di protesi PIP e con successive note circolari la Regione ha dato indicazioni sulle modalità di monitoraggio di tali pazienti.

Analogo lavoro di monitoraggio è stato svolto dalla rete di vigilanza per i pazienti impiantati con "Sistemi di protesi di rivestimento DE Puy ASR™ e sistema ASR™ XL" in seguito alla sospensione della commercializzazione di tali protesi a livello nazionale da parte della Ditta produttrice. Tale monitoraggio è ancora attivo e viene svolto secondo modalità stabilite dal Ministero della Salute che la Regione ha recepito e comunicato alle Aziende Sanitarie con circolari predisposte all'uso (prot. n. 582352 del 14.11.2011 e prot. n.71284 del 14.2.2012). La Regione trasmette con report semestrali i dati di monitoraggio e di follow up dei pazienti impiantati nelle Strutture Sanitarie del territorio regionale direttamente al Ministero della Salute.

Spesa dispositivi medici e monitoraggio dei consumi

La spesa per i Dispositivi Medici nella Regione del Veneto è rimasta pressoché costante (400 milioni di euro), grazie anche ai limiti di spesa assegnati alle Aziende Sanitarie del Veneto determinati attraverso una valutazione del costo medio per ricovero, standardizzato per complessità dell'ospedale (DGR n. 2864/2012).

Dall'analisi della spesa dettagliata per CND (Figura 6.3) è emerso che il 50,6% della spesa è a carico di quattro categorie di dispositivi medici: la P - Dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi (con la percentuale più elevata del 21,5%), la C - Dispositivi per l'apparato cardiocircolatorio, la J - Dispositivi impiantabili attivi e la A - Dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta.

Tabella 6.11 – Spesa Dispositivi Medici da Conto Economico, biennio 2012-2013
(Fonte: Regione del Veneto)

Azienda Sanitaria	2012	2013	Variazione % 2013 vs 2012
101. Belluno	10.125.568	9.887.382	-2,4%
102. Feltre	7.513.400	6.876.404	-8,5%
103. Bassano del Grappa	13.008.000	12.523.560	-3,7%
104. Alto Vicentino	14.471.559	14.368.374	-0,7%
105. Ovest Vicentino	9.453.200	9.534.214	0,9%
106. Vicenza	27.920.000	27.121.424	-2,9%
107. Pieve di Soligo	14.777.000	14.252.554	-3,5%
108. Asolo	17.067.466	21.202.572	24,2%
109. Treviso	29.250.000	29.161.115	-0,3%
110. Veneto Orientale	13.469.046	13.599.595	1,0%
112. Veneziana	29.183.825	26.823.973	-8,1%
113. Mirano	19.017.523	18.334.309	-3,6%
114. Chioggia	4.685.000	4.985.919	6,4%
115. Alta Padovana	17.390.000	18.321.743	5,4%
116. Padova	13.140.976	14.135.141	7,6%
117. Este	10.291.157	9.378.121	-8,9%
118. Rovigo	14.521.462	13.562.312	-6,6%
119. Adria	3.024.100	2.993.440	-1,0%
120. Verona	12.522.077	10.830.845	-13,5%
121. Legnago	13.069.073	12.475.620	-4,5%
122. Bussolengo	7.650.000	6.821.445	-10,8%
901. AO Padova	50.400.000	51.952.373	3,1%
912. AOUI Verona	46.459.378	49.191.654	5,9%
952. IRCCS IOV	1.674.021	1.863.914	11,3%
TOTALE	400.083.832	400.198.003	0,0%

*conti economici considerati: B.1.A.3.1.A - Dispositivi protesici impiantabili; B.1.A.3.1.B - Altri dispositivi medici; B.1.A.3.2 - Dispositivi medici impiantabili attivi

Figura 6.3 - Percentuale di spesa suddivisa per categorie di Dispositivi Medici, Veneto, 2011-2013

*D. Lgs. 46/97

256

Per favorire l'attuazione di provvedimenti finalizzati al contenimento dei costi, la Regione del Veneto ha potenziato il monitoraggio della spesa per i Dispositivi Medici mediante l'invio trimestrale, a tutte le Aziende Sanitarie, di una reportistica relativa all'andamento della spesa e al suo scostamento rispetto allo stesso periodo del 2012, dettagliati per ciascuna ULSS. Grazie a questi invii puntuali, la Regione ha fornito dunque alle Aziende uno strumento utile per il controllo della spesa ma anche finalizzato al miglioramento della qualità dei dati di consumo trasmessi attraverso il flusso per i Dispositivi Medici.

A tal proposito, nel corso del 2013, la Regione ha predisposto alcune circolari (nota prot.185091 del 02/05/2013 e nota prot.326232 del 31/07/2013) volti a facilitare la compilazione di questo flusso da parte delle Aziende Sanitarie in maniera più completa e corretta, così da renderlo uno strumento sempre più affidabile per il governo della spesa dei Dispositivi Medici.

Con DGR n. 1237 del 16 luglio 2013 inoltre, la Regione ha confermato gli obiettivi per l'anno 2013 delle Aziende Sanitarie ridefinendone gli standard. Infatti ha inserito l'obiettivo F.4 sulla "Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari" (indicatore 2 e indicatore 3), che prevede rispettivamente un valore soglia del 90% della spesa dei DM codificata con BD/RDM rispetto ai conti economici (B.1.A.3.1.A - Dispositivi protesici impiantabili; B.1.A.3.1.B - Altri dispositivi medici; B.1.A.3.2 - Dispositivi medici impiantabili attivi) e del 93% della spesa relativa ai Dispositivi Diagnostici in Vitro (IVD) codificati con almeno la prima lettera dalla categoria W rispetto al conto economico

B.1.A.3.3 – Dispositivi medici diagnostici in vitro (IVD). Nel 2013 la media regionale della spesa dei dispositivi medici codifica con BD/RDM raggiunta è stata del 90,0% (359 milioni di euro) con variabilità tra Aziende Sanitarie che va dal 70,5% nell'ULSS di Verona al 100% nell'ULSS di Treviso.

Assistenza Protesica

L'erogazione di tale assistenza nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale è disciplinata dal Decreto Ministeriale 332/99 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe", che individua le prestazioni con modalità dell'erogazione dei dispositivi riportati negli elenchi 1, 2, e 3 del Nomenclatore (Allegato 1 al D.M. 332/99).¹ Nel corso dell'anno 2013, al fine di monitorare e governare la spesa, è stato attivato il cruscotto informatizzato regionale, il quale rileva i consumi sostenuti dalle Aziende Sanitarie per l'Assistenza Protesica mediante due modelli di monitoraggio:

- la rilevazione mensile della spesa per l'ordinato/autorizzato, suddivisa nei tre elenchi del nomenclatore e quelli extra elenchi (ovvero non riconducibili ai citati elenchi-art.1 comma 6 DM 332/99) e opportunamente separata da quella relativa ai servizi accessori;
- la rilevazione trimestrale dei costi ricavati dai Conti Economici (B.1.A.3.1.B, B.2.A.6.1, B.2.A.6.2, B.2.A.6.3, B.2.A.6.4, B.2.A.16.4.2.B, B.2.A.16.4.2.B, B.3.C, B.4.B.1).

In merito all'istituzione di questo cruscotto, la Regione del Veneto ha provveduto alla stesura delle "Linee Guida regionali per la contabilizzazione e il monitoraggio dell'assistenza protesica" (Circolare 226575 del 29/05/2013) con lo scopo di raggiungere l'uniformità di interpretazione a fini contabili. Essa ha inoltre predisposto l'invio costante di report alle Aziende Sanitarie, rilevando problematiche e criticità, al fine di migliorare la qualità di questo flusso informativo per far sì che diventi un valido strumento per il governo della spesa per l'Assistenza Protesica.

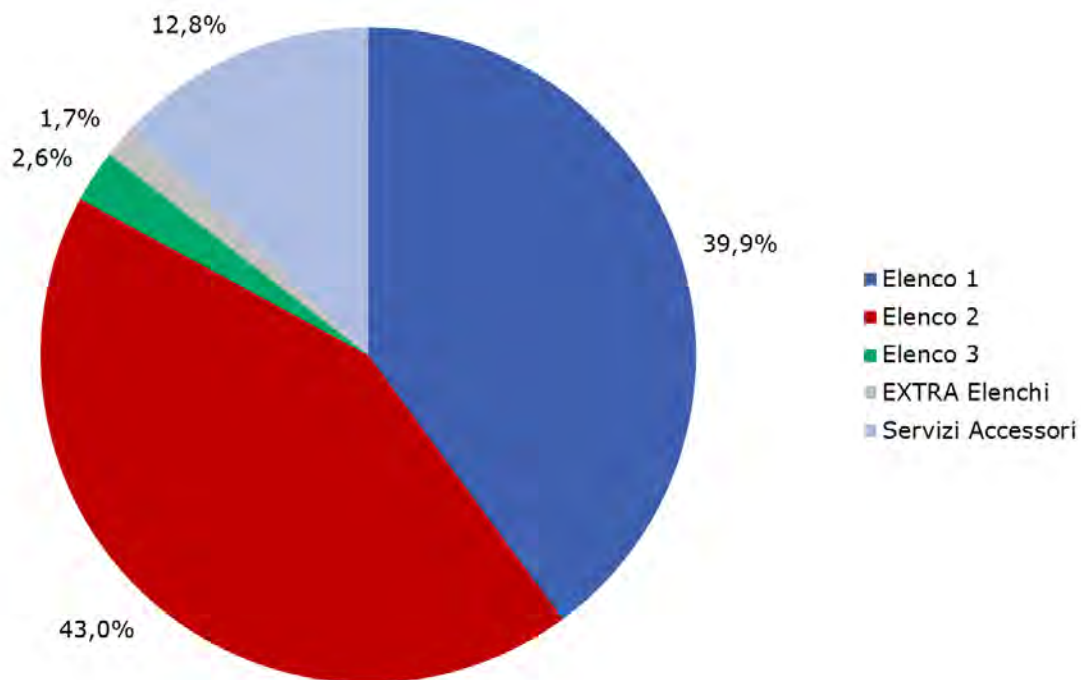
Il dato complessivo di spesa regionale per l'anno 2013 è stato di circa 84,1 milioni di euro (con un costo pro capite medio di € 17), di cui circa 36 milioni sono stati spesi per l'acquisizione di ausili contenuti nell'Elenco 1, circa 34 milioni sono stati invece spesi per l'acquisizione di dispositivi contenuti nell'Elenco 2 e i rimanenti 14 milioni sono stati spesi per gli ausili dell'Elenco 3 (circa 2 milioni), per gli ausili Extra Elenco (circa 1,4 milioni) e per i cosiddetti servizi accessori (circa 11 milioni), i quali comprendono anche le spese sostenute per l'acquisto di quei dispositivi la cui quota parte non può essere scorporata dai relativi servizi di manutenzione, service, noleggio, etc.. (Figura 6.4).

In virtù dell'inserimento a livello nazionale del tetto di spesa per l'acquisizione dei dispositivi medici (di cui Legge 135/2012 art.15, comma 13 lettera F) la Regione del

¹ elenco 1: dispositivi costruiti su misura e quelli di serie la cui applicazione richiede modifiche eseguite da un tecnico abilitato; elenco 2 e 3: ausili tecnici di serie la cui applicazione o consegna non richiede l'intervento del tecnico abilitato e apparecchi acquistati direttamente dalle aziende sanitarie ed assegnati in uso ai pazienti.

Veneto, con delibera della Giunta Regionale n. 2864 del 28/12/2012, ha fissato per l'assistenza protesica una spesa per assistibile pari a euro 15 (comprensiva dei dispositivi extra-elenchi del nomenclatore), calcolata sulla base della rilevazione annuale LEA dei consumi riferiti agli elenchi di cui al DM 332/99 suddivisi per aziende.

Figura 6.4 - Spesa Assistenza Protesica suddivisa per elenchi, Veneto, 2013



La Regione del Veneto, oltre ad attivarsi per fornire alle Aziende Sanitarie gli strumenti utili al controllo dei consumi, ha lavorato attivamente per supportarle in tutto ciò che concerne l'Assistenza Protesica avviando Gruppi di Lavoro mirati con funzione di supporto al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in questo ambito.

Dispositivi per autodeterminazione della glicemia, della chetonuria, della chetonemia e per somministrazione di insulina

La spesa sostenuta dal SSR nell'anno 2013 per i dispositivi in argomento è stata pari a 43,4 milioni di euro (-7,3% rispetto al 2012). La riduzione della spesa è in parte dovuta ai numerosi interventi che nel corso del 2013 sono stati attivati dalla Regione:

- riduzione del prezzo di rimborso a carico del SSR delle strisce per la rilevazione estemporanea della glicemia dei soggetti affetti da diabete mellito (DGR n. 497/2013 e n. 43/2014);

- ridefinizione a livello regionale del numero massimo annuo di dispositivi concedibili a carico del SSR per anno (DGR n. 1067/2013).

In aggiunta, con Delibera della Giunta Regionale n. 2864/2012 la Regione del Veneto ha assegnato alle ULSS per l'anno 2013 l'obiettivo di ridurre al di sotto di 7,7 € il costo pro capite pesato per i dispositivi per l'autocontrollo e l'autosomministrazione a favore di soggetti diabetici, stimolando le Aziende Sanitarie a mettere in atto azioni mirate al monitoraggio della spesa e a migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Settore Farmaceutico
Dorsoduro, 3493 (Rio Novo) - 30123 Venezia
Telefono: 041 2793412 - Fax 041 2793468
e-mail: assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

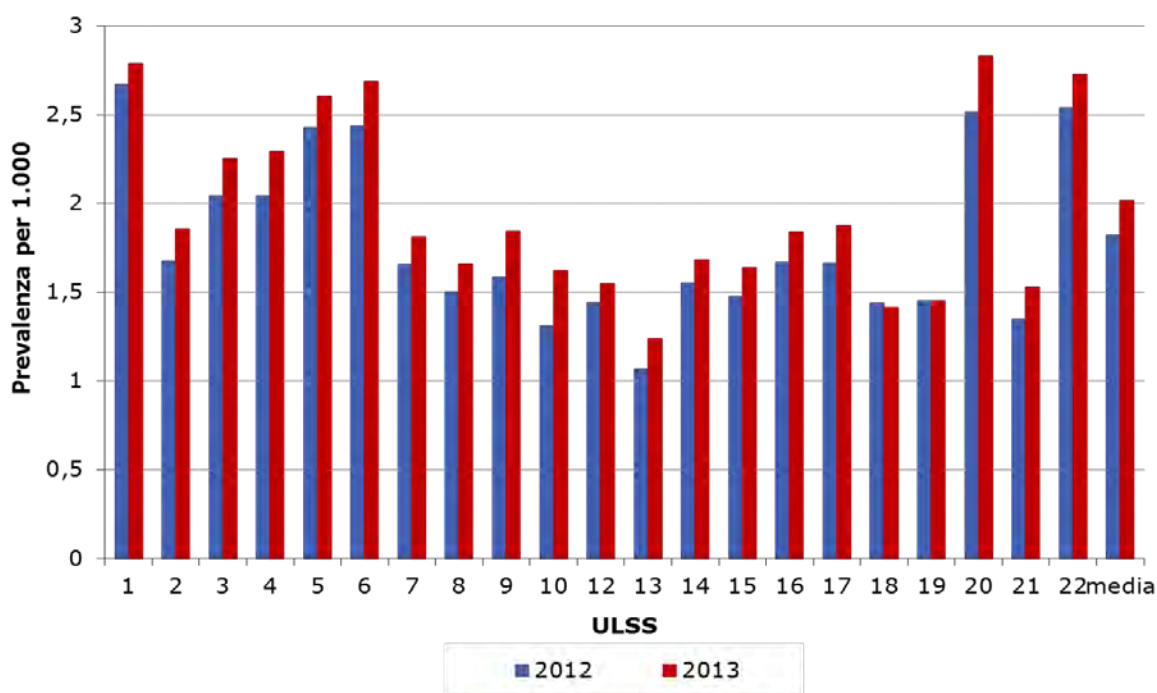
6.3. Prodotti destinati ad alimentazione particolare

L'erogazione di prodotti dietetici destinati all'alimentazione particolare dei pazienti con morbo celiaco, con malattie metaboliche congenite e dei sostituti del latte materno per i nati da madri sieropositive per HIV rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza. La DGR n. 951/2013 ha stabilito che ai soggetti affetti da morbo celiaco, sono concedibili i dietetici senza glutine entro i limiti massimi di un contributo mensile differenziato per fascia d'età e sesso dell'assistito stabiliti dal DM 4 maggio 2006. Nella Figura 6.5 si riportano i dati di prevalenza della celiachia nelle diverse ULSS. Nel 2013 i pazienti celiaci sono stati 9.982 (+10% vs 2012).

Con DGR n. 2661 del 12 settembre 2009 la Giunta ha altresì deliberato quale livello aggiuntivo Regionale l'erogazione dei prodotti dietetici aproteici a favore di soggetti affetti da Insufficienza Renale Cronica in trattamento conservativo.

Nel 2013 la spesa regionale è stata di circa 13,7 milioni di euro (-9,2% rispetto al 2012). Di questi l'88% (12 milioni di euro, -10% vs 2012) è da attribuire agli alimenti per celiaci.

Figura 6.5 - Prevalenza celiachia nelle ULSS del Veneto (Fonte: Regione Veneto)



Principali riferimenti normativi e deliberativi

I riferimenti normativi e deliberativi, data la particolarità dell'Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici sono citati nel testo del capitolo. Per consultare i diversi testi si rinvia alle pagine web di seguito citate.

Approfondimenti

Area dedicata all' all'interno del Portale Internet della Regione del Veneto (<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/assistenza-farmaceutica>)

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria
Settore Farmaceutico
Dorsoduro, 3493 (Rio Novo) - 30123 Venezia
Telefono: 041 2793412 - Fax 041 2793468
e-mail: assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

7. Le aree di intervento sociale

7.1. Organizzazione degli interventi socio-sanitari

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

Allegato A. Paragrafi 1.4.2 Le strutture residenziali socio-sanitarie (pag. 29); 2.3 Un piano integrato per lo sviluppo del sistema (pag. 36); 2.4 Un patto con una Comunità competente e partecipe (pag. 38); 3.1.1 Obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale (pag. 45); 3.1.3 La filiera dell'assistenza territoriale (pag. 50); 3.5.1 Organizzazione degli interventi socio-sanitari (pag. 96); 3.5.4 Area anziani (pag. 102) e 4.3 Azioni per la valorizzazione delle risorse umane (pag. 122)

Quadro di sintesi

Il PSSR 2012/2016 conferma il modello socio-sanitario veneto, di servizi integrati alla persona, come la modalità di risposta più adeguata ai bisogni della popolazione e conferma il piano di zona quale strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale, in coerenza con le linee di indirizzo regionali. La politica sociale e socio-sanitaria del territorio è perseguita grazie al coinvolgimento dei soggetti della comunità locale che a vario titolo intervengono nella progettazione, nel finanziamento e nella realizzazione degli interventi del sistema integrato territoriale. Tra gli attori del sistema particolare rilievo rivestono le Ipab e il Terzo Settore. Le IPAB - istituzioni di natura pubblica - hanno tradizionalmente perseguito l'opera di assistenza ai poveri, agli anziani, agli infermi e a quanti versavano in condizioni di difficoltà, agli inizi addirittura dei malati, poiché costituivano l'ossatura dei servizi ospedalieri. Inoltre si occupano di assistenza e istruzione all'infanzia e ad opere rivolte al sociale in senso lato, anche attraverso contributi e elargizioni di denaro. Con Terzo settore si fa riferimento invece a soggetti di natura privata volti alla produzione di beni e servizi a valenza pubblica o collettiva, senza scopo di lucro (organizzazioni di volontariato, associazioni e enti di promozione sociale, organismi della cooperazione, organismi non lucrativi di utilità sociale, fondazioni, enti di patronato).

Il Piano socio-sanitario regionale (PSSR) 2012-2016 si inserisce in un'ottica di patto con la comunità locale finalizzato alla responsabilizzazione di tutti i soggetti in garanzia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e dei LIVEAS (Livelli Essenziali di Assistenza Sociale) e alla costruzione di partnership di comunità.

In questa fase storica, le difficoltà del sistema pubblico pongono la Regione in una condizione di continua pressione in termini di erogazione di servizi, progettazione di nuove forme di risposta alle istanze e bisogni, e mantenimento di quelli esistenti in un contesto di risorse scarse. La crisi economica ha prodotto due effetti ambivalenti: il primo riguarda il mutamento e aggravamento della condizione economica e socio-sanitaria della

popolazione e il secondo la restrizione dell'orizzonte di opportunità di risposta ai bisogni del territorio, erodendo anche le risorse per il mantenimento di servizi essenziali.

In questo scenario, il nuovo PSSR 2012/2016 conferma il modello socio-sanitario veneto, di servizi integrati alla persona, come la modalità di risposta più adeguata ai bisogni della popolazione e conferma il piano di zona quale strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale, in coerenza con le linee di indirizzo regionali. Attraverso il piano di zona si perseguono le seguenti finalità: promuovere una programmazione sociale integrata in grado di coniugare le strategie di protezione con quelle di promozione del benessere dei cittadini; favorire l'equità territoriale, sostenendo l'equilibrio nell'offerta dei servizi e promuovendo regolamenti e comportamenti uniformi all'interno del territorio; favorire lo sviluppo di un sistema di offerta in grado di cogliere l'evoluzione dei bisogni della popolazione; favorire la piena integrazione fra i soggetti pubblici e i soggetti del privato sociale interessati alla costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali; sostenere e facilitare il governo dell'integrazione socio-sanitaria. A riguardo, il PSSR 2012/2016 individua, quale obiettivo strategico, *"La realizzazione di un welfare di comunità attraverso il coinvolgimento del terzo settore nelle sue varie espressioni (associazioni, cooperative, fondazioni, volontariato...) in un'ottica di collaborazione sia nella programmazione che nella gestione corresponsabile anche economica dei servizi"*.

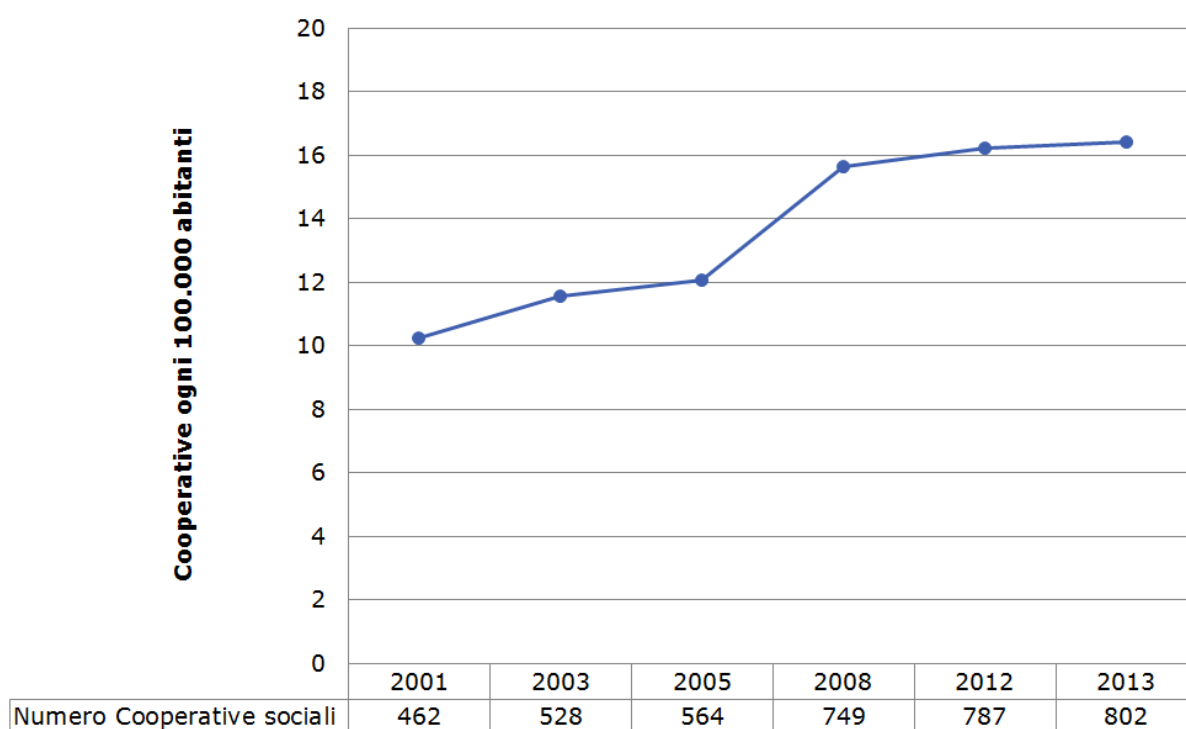
264

Si è venuta così a creare, in Veneto, un'economia sociale che può essere raffigurata come un insieme di soggetti costituito da "volontari puri", gruppi e associazioni (fino agli enti non commerciali di tipo associativo), ONLUS (Organizzazioni non lucrative di utilità sociale), cooperative sociali, organizzazioni non governative, fondazioni, IPAB (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza o opere pie), fondazioni bancarie, cooperative vere e proprie con i loro (eventuali) consorzi e le imprese di credito cooperativo. Si tratta quindi di un universo che coinvolge nel Veneto oltre un milione di cittadini associati e volontari, si organizza grazie a decine di migliaia di sedi locali, impiega migliaia di lavoratori e obiettori di coscienza.

Fenomeno "atipico" nell'universo del non profit è dato dalle cooperative sociali. Tra le forme legali assunte dal Terzo Settore le cooperative sociali rappresentano quella più 'imprenditoriale', più adatta ad iniziative economiche e a creare occupazione. Le cooperative sociali si distinguono in: cooperative di tipo A, che possono svolgere esclusivamente attività di gestione servizi alla persona - servizi socio sanitari ed educativi; cooperative di tipo B che svolgono, invece, attività diverse (agricoltura, falegnameria, laboratori tessili, attività editoriali e informatiche, imprese specializzate nelle pulizie di enti/scuole) finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (invalidi fisici, psichici e sensoriali) e deboli; cooperative che possono svolgere entrambe le tipologie di attività (purché il collegamento sia funzionale e sia separata la gestione concernente le attività esercitate).

La Regione del Veneto sostiene e promuove le attività delle cooperative sociali anche attraverso la collaborazione tra la Commissione regionale della Cooperazione sociale (LR n. 23/2006 artt. 21-23) e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, migliorando le procedure di iscrizione e di conferma di iscrizione all'Albo regionale delle cooperative sociali e favorendo il confronto su tematiche emergenti. L'iscrizione all'Albo regionale è condizione necessaria per stipulare le convenzioni con gli enti pubblici e per poter fruire dei benefici fiscali previsti per la categoria. Oggi in Veneto le cooperative sociali iscritte all'Albo regionale superano le 800 unità, un dato in costante crescita nonostante il perdurare della crisi economica (Figura 7.1).

Figura 7.1 – Cooperative sociali in Veneto. Anni 2001-2013. Valori assoluti e per 100.000 abitanti



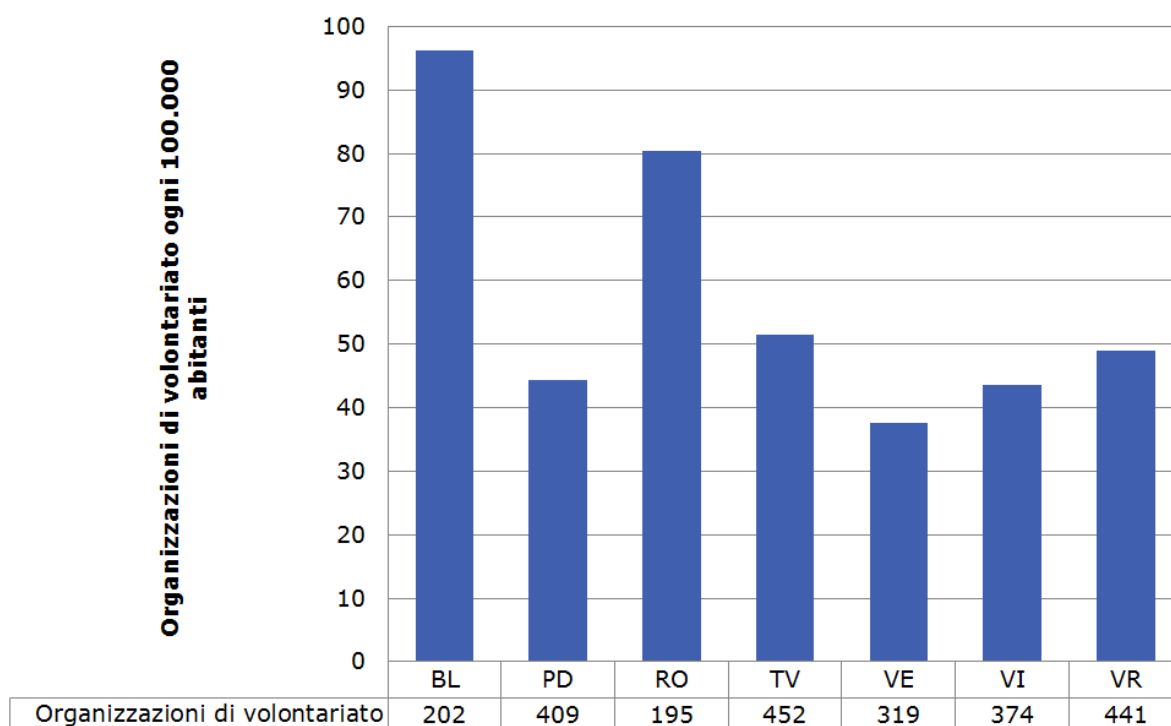
Le Organizzazioni di volontariato e le Associazioni di Promozione sociale sono soggetti che qualificano il Terzo Settore e che operano per sostenere la collettività sotto molteplici aspetti. Nel corso di questi ultimi anni, in un quadro di profonda crisi non solo economica e finanziaria, ma soprattutto culturale, le associazioni, di volontariato e promozione sociale, hanno cercato di dare risposte concrete ai nuovi bisogni emergenti, per favorire l'inclusione sociale, la valorizzazione e l'assistenza alla persona e per combattere fenomeni di disagio socio-economico. Sono infatti aumentate le iscrizioni di associazioni impegnate nella distribuzione di generi di prima necessità, in aiuti alle famiglie con l'istituzione di servizi quali il dopo scuola e l'impiego del tempo libero, nel sostegno concreto economico-sociale e di associazioni che si fanno carico degli immigrati.

Nel tempo, per rispondere alla carenza dei servizi pubblici in ambito socio sanitario, le associazioni di volontariato si sono dotate di una forma organizzativa simile alle imprese

sociali, con quote rilevanti di personale dipendente, necessario a garantire qualità e continuità del servizio espletato. Per questo motivo la Regione Veneto, nell'ultimo triennio, si è impegnata ad accompagnare tali organizzazioni in un percorso di trasformazione o individuazione/creazione di un soggetto a latere giuridicamente più idoneo ad erogare servizi. Poiché l'elemento distintivo delle odv è il carattere prevalente e determinante delle prestazioni personali, volontarie e gratuite degli aderenti.

Le associazioni di volontariato iscritte al Registro al 31/12/2013 sono n. 2389.

Figura 7.2 -Organizzazioni di volontariato iscritte nel Registro regionale, distinte per provincia.
Valori assoluti e per 100.000 abitanti

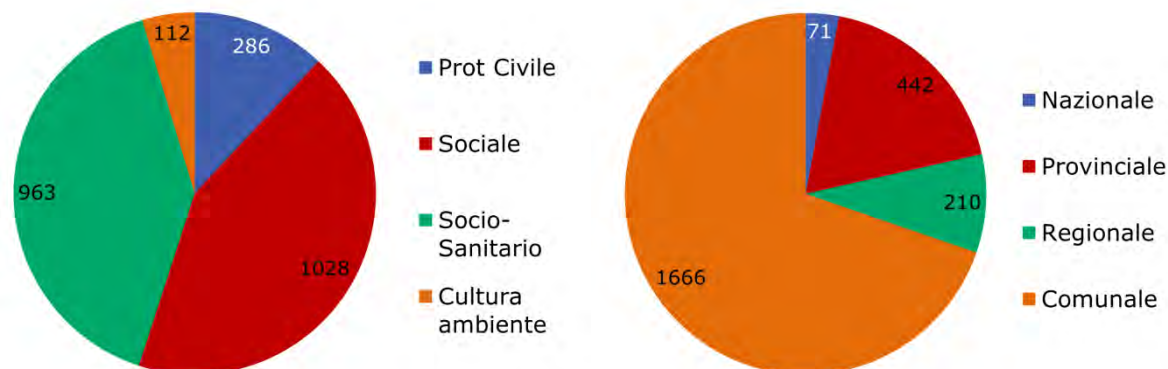


Tenuto conto della rivisitazione degli ambiti in cui il Registro è stato suddiviso, effettuata nel 2009, per garantire una maggior chiarezza della tipologia dell'attività svolta dalle diverse e nuove realtà comparse sul territorio, emerge che, delle associazioni iscritte il:

- 43% è impegnato a combattere il disagio sia fisico che psicologico mediante prestazioni personali e dirette nei confronti della persona e della famiglia come nucleo fondamentale della società;
- 40% opera nell'ambito della tutela della salute del cittadino, mediante azioni di prevenzione, donazione, cura e/o recupero fisico e psichico della persona;
- 12% rappresenta le organizzazioni coinvolte nella tutela della salute del cittadino mediante interventi tempestivi in caso di calamità naturali e tutte quelle attività ricomprese nel concetto più ampio di "impegno e protezione civile";

- 5% opera concretamente nella salvaguardia e valorizzazione dell'ambiente e dei processi ecologici a garanzia della salute del cittadino.

Figura 7.3 - Organizzazioni di volontariato distinte per settori di attività e raggio di operatività



La Legge n. 383 del 7.12.2000 ha completato il quadro dei soggetti del Terzo settore, dando finalmente valenza giuridica anche alla categoria delle "associazioni di promozione sociale". Caratteristica di queste associazioni è di attuare finalità di carattere sociale, civile, culturale e di ricerca etica e spirituale. L'intento è stato quello di favorire la formazione di nuove realtà associative e di consolidare quelle già esistenti che non potevano trovare collocazione nel registro delle organizzazioni di volontariato.

Le associazioni di promozione sociale si caratterizzano per una valenza mutualistica dei servizi erogati, anche se è indubbio che oggi non si limitano solamente alla mera soddisfazione degli interessi e dei bisogni degli associati, ma hanno sviluppato una forte apertura al sociale sviluppando la partecipazione e la solidarietà attiva. Sono associazioni ove il volontario riveste sempre un ruolo primario, che hanno come scopo:

- l'attuazione dei principi della pace, del pluralismo delle culture e della solidarietà fra i popoli;
- lo sviluppo della personalità umana in tutte le sue espressioni e alla rimozione degli ostacoli che impediscono l'attuazione dei principi di libertà, di uguaglianza, di pari dignità sociale, di pari opportunità;
- la diffusione della pratica sportiva tesa al miglioramento degli stili di vita, della condizione fisica e psichica nonché delle relazioni sociali.

Le associazioni iscritte al Registro regionale di promozione sociale (art. 43 L.R. 27/2001), sono 1360, delle quali il 53,7% sono a rilevanza sociale in quanto operano negli ambiti educativo-ricreativo, assistenziale e tutela della dignità umana.

Figura 7.4 - Registro regionale delle associazioni di promozione sociale divise per provincia

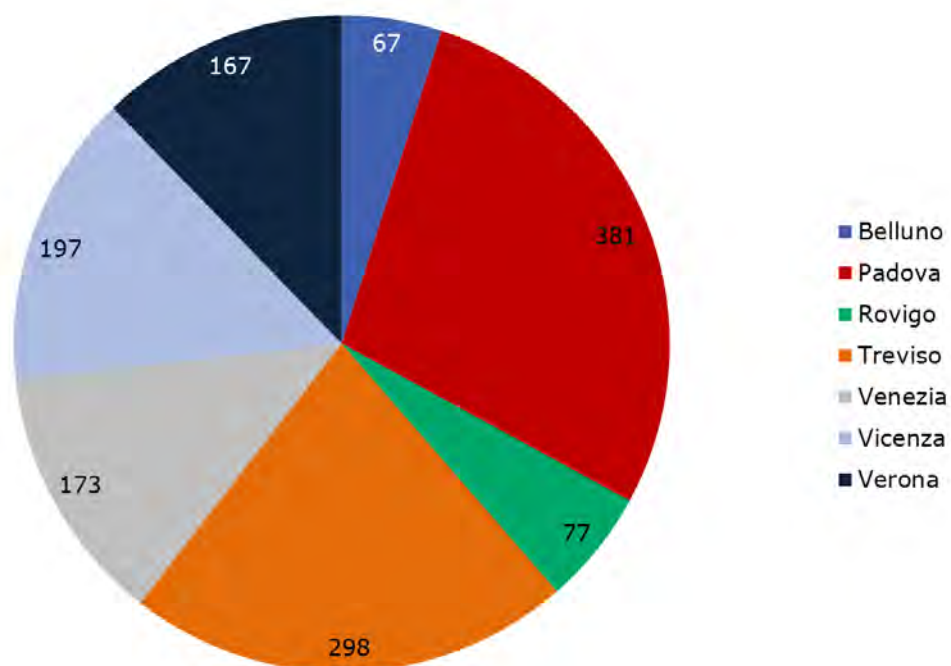
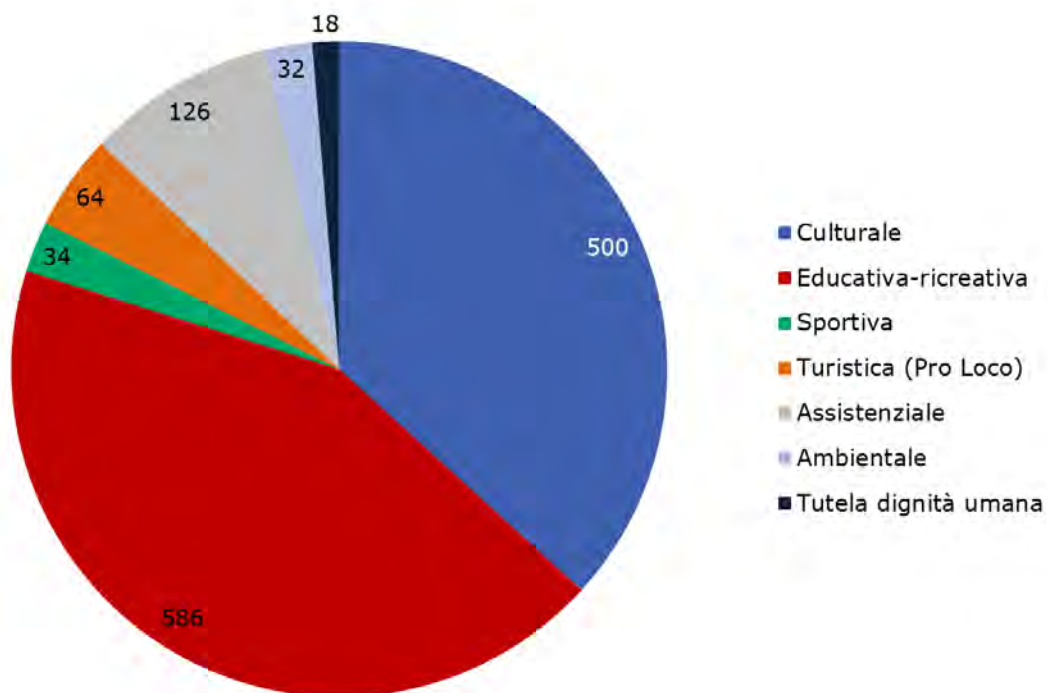


Figura 7.5 - Registro regionale delle associazioni di promozione sociale per settore di attività



Le IPAB sono le istituzioni di natura pubblica che hanno tradizionalmente perseguito dal 1890, anno della loro creazione, l'opera di assistenza ai poveri, agli anziani, agli infermi e a quanti versavano in condizioni di difficoltà, agli inizi addirittura dei malati, poiché costituivano l'ossatura dei servizi ospedalieri. Inoltre si sono occupate, e lo fanno anche oggi, di assistenza e istruzione all'infanzia e di opere rivolte al sociale in senso lato, anche attraverso contributi ed elargizioni di denaro.

I servizi erogati dalle IPAB del Veneto possono essere enumerati in tre macro categorie: servizi socio-sanitari a favore delle persone anziane, con particolare riferimento a servizi diurni e residenziali a favore di persone non autosufficienti; servizi socio-educativi a favore della prima infanzia; altre attività di assistenza a carattere sociale. In particolare, in gran parte, le IPAB possono rientrare tra quelle che il PSSR riconosce come Strutture a ciclo continuativo a carattere definitivo (o tendenzialmente definitivo): sono dunque caratterizzate da obiettivi di mantenimento della qualità di vita per quanto possibile in un ambiente protetto, risultando di fatto improbabile un rientro a domicilio dell'assistito. Tali strutture dunque si collocano (così il PSSR) nell'ambito dei servizi residenziali per la non-autosufficienza e rappresentano un livello di assistenza per tutta quella utenza non assistibile a domicilio.

In questo quadro si inserisce l'ultimo intervento normativo regionale che ha fornito gli enti della nuova contabilità, permettendo così, dal punto di vista istituzionale e gestionale, una notevole spinta innovativa, nel senso di una rinnovata efficienza. Si tratta dell'articolo 8 della legge regionale 23 novembre 2012, n. 43 che ha introdotto per le IPAB, dopo più di 120 anni dalla loro creazione, *"la contabilità economico-patrimoniale, con particolare riguardo ai sistemi di controllo di gestione, all'individuazione di centri di costo e di responsabilità e di analisi dei costi e dei benefici"*. A questa disposizione è seguita la D.G.R. nr. 780 del 21 maggio 2013, con la quale si sono predisposti i nuovi criteri del sistema contabile di tipo economico, fondato sui principi del Codice civile, nonché lo schema di bilancio riguardante la gestione ordinaria e di previsione degli enti.

Il PSSR riconosce un ruolo centrale alla 'filiera' dell'assistenza sociale e socio-sanitaria dei Centri di Servizio su zone geografiche generalmente corrispondenti al Distretto dell'Azienda ULSS, anche in relazione al programma regionale di rafforzamento di questa tipologia di servizi. E ciò poiché il cambiamento demografico oggi in atto, e in particolare con riguardo alla famiglia, ai bisogni delle persone 'fragili' e alla diffusione del ricorso ad 'assistenti familiari', richiede una continua evoluzione dell'articolazione della rete assistenziale, secondo un sistema complesso e il più possibile personalizzato nell'ambito di ogni territorio. Il Centro di Servizio, dunque, è destinato da un lato a specializzarsi su differenti tipologie di attività offerte alla popolazione e dall'altro anche ad 'aprirsi' ad interventi erogati presso i luoghi di dimora delle persone bisognose di assistenza. Fenomeni rilevati dal PSSR quando, parlando dei Centri di Servizio come 'capisaldi' dell'assistenza residenziale e semi residenziale, si è soffermato ad evidenziare il loro ruolo nell'assistenza specialistica e nelle cure palliative, nella possibilità di offrire servizi

riconducibili all'Ospedale di comunità o dell'Unità Riabilitativa Territoriale – le così dette strutture di ricovero intermedie –, precisando, da ultimo, la possibilità di erogare altri servizi di supporto alla domiciliarità (es. fornitura pasti, servizi assistenziali e riabilitativi, ecc.), oltre alla tradizionale accoglienza residenziale.

Recapiti per ulteriori informazioni

Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali
Rio Novo - Dorsoduro 3493 - Venezia
Telefono 041 2791420/2791421/1379 - Fax 041 2791369
email: dip.servizisociosanitarisociali@regione.veneto.it

7.2. Area della famiglia, minori, infanzia, adolescenza, giovani

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

Allegato A

Paragrafo 3.1.1 Obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale (pag. 54);

b) Area assistenza materno-infantile e dell'età adolescenziale (pag. 55);

3.5.3 Area famiglia, infanzia, adolescenza, giovani (pag. 108)

Quadro di sintesi

Area Famiglia: politiche e coordinamento piani e programmi per la famiglia in tutti i settori in cui le realtà familiari incidono ricercando modalità efficaci ed innovative in una logica di rinnovamento, promozione e di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro prendendo in considerazione tutte le fasi di vita del gruppo famiglia.

Area Promozione Persona e Famiglia: iniziative a favore di famiglie in difficoltà al fine di prevenire disagi conclamati; interventi di programmazione e consolidamento dei consultori familiari e dei servizi socio sanitari in materia di abuso sessuale e grave maltrattamento a favore dei minori e delle loro famiglie.

Area Prima Infanzia: promozione, sostegno e qualificazione dei servizi educativi, anche di natura innovativa, per la prima infanzia quale appoggio alla genitorialità ovvero nidi in famiglia e servizi prima infanzia per i bimbi 0 - 3 anni. Sostegno finanziario alle scuole dell'infanzia non statali.

Area Tutela Minori: programmazione di azioni e governo dei processi volti alla costruzione, consolidamento, valorizzazione e armonizzazione di un efficace sistema di protezione e cura a tutela dei minori e delle loro famiglie in difficoltà, oltre che di programmazione, sviluppo, sostegno di azioni di accompagnamento nei processi adottivi.

Area Politiche Giovanili: sviluppo, nel corso degli anni 2011 e 2012, della seconda e terza annualità dell'Accordo di Programma Quadro (APQ) in materia di Politiche Giovanili.

Area Famiglia

La Regione del Veneto persegue il consolidamento delle politiche che accompagnano la famiglia lungo tutto il corso di vita e, a tal fine, dà impulso ad azioni e opportunità mediante servizi sempre più "relazionali" in cui riconoscere, sostenere, aiutare, promuovere il soggetto e la famiglia senza sostituirsi ad essa, con modalità che favoriscano l'emergere delle potenzialità e la loro evoluzione, nei diversi settori d'intervento.

Le progettualità sviluppate riguardano i processi "Audit Famiglia e Lavoro", grazie ai quali si creano le condizioni per realizzare tempi, spazi e modalità utili per la conciliazione il "Sistema dei Nidi in Famiglia", attivato nell'ottica della promozione della dimensione familiare quale valida soluzione in relazione alle esigenze delle famiglie e alle necessità dei bambini. I servizi domiciliari all'infanzia, organizzati a Sistema consentono di ampliare

l'articolazione delle risposte educative ai bambini, costituendosi capillarmente sul territorio, a garanzia di un'ampia flessibilità oraria e incrementando fattivamente l'imprenditoria femminile.

Al 31 dicembre 2013 il sistema Nido in famiglia ha raggiunto i seguenti risultati: 31 corsi attivati; 313 Nidi in Famiglia attivi in tutto il territorio regionale, n. 477 collaboratori educativi operanti, così distribuiti a livello provinciale: 15 Belluno, 89 Padova, 9 Rovigo, 131 Treviso, 81 Venezia, 83 Verona, 69 Vicenza; sono presenti 38 Organizzatori. Nel 2013 sono stati ospitati circa 1500 bambini. Per quanto riguarda l'Audit si rileva: è stato concluso il Piano di formazione per auditori; è stata sviluppata la campagna di sensibilizzazione e diffusione territoriale; il coinvolgimento nel processo Audit Famiglia&Lavoro di 7 Aziende del territorio e 20 persone per la nuova formazione di Auditore. Per quanto concerne, invece, le attività promosse nell'ambito della conciliazione tra i tempi di vita e i tempi di lavoro si segnala quanto segue: Intervento a3) - implementazione Madri di giorno: 75 Comuni hanno sottoscritto il protocollo d'intesa con la regione del Veneto; Interventi b1) e d1) - Incentivi ad aziende Family friendly: 42 progetti approvati e finanziati, presentati da differenti attori del territorio (16 aziende private, 9 enti pubblici, 9 cooperative sociali) i cui beneficiari sono i dipendenti; Intervento d2) - Progetto programmi locali dei tempi e degli orari: 24 progetti approvati e finanziati presentati da enti pubblici (23 amministrazioni comunali, 1 comunità montana).

272

Area Promozione Persona e Famiglia

I Consultori familiari, istituiti e disciplinati con la Legge regionale 25 marzo 1977, n. 28, nati per assistere la donna e il nascituro, si attestano nel tempo quali servizi di consulenza e di assistenza al singolo, alla coppia e alla famiglia nella sua interezza, perfezionando la capacità di interfacciarsi con gli altri servizi socio-sanitari dell'Area Famiglia, infanzia, adolescenza, giovani. Essi costituiscono una rete capillare e articolata presente su tutto il territorio regionale, con 135 sedi (di cui 108 pubbliche afferenti alle 21 Aziende ULSS e 27 private-autorizzate). Sono dotati di équipe multi-professionali. Nel periodo di riferimento sono stati 706 gli operatori che hanno svolto attività nell'ambito di due macro aree specifiche consultoriali: Prevenzione e Promozione; Sostegno e Cura.

Per quanto riguarda la prima area, sono stati realizzati interventi di offerta attiva di proposte ed iniziative, di informazione/formazione/sostegno su diverse tematiche, fra cui risultano particolarmente significative: il "percorso nascita" con la percentuale più alta di attività (50%); "l'educazione socio affettiva e sessuale" (21%); "il percorso 0-3 anni" (17%).

Per quanto concerne l'area "Sostegno e Cura", gli interventi programmati rispondono alla domanda di supporto e/o presa in carico della persona e della famiglia, espressa da uno o più dei suoi membri, e sono sviluppati con particolare riguardo all'aspetto relazionale. Le prestazioni sanitarie di assistenza diretta (ambito prettamente medico-ginecologico, infermieristico, ostetrico, di assistenza sanitaria, di assistenza psicologica) comprendono:

colloqui e visite ostetrico-ginecologiche; le prestazioni psicologiche e sociali di assistenza diretta (che prevedono consulenze, colloqui, visite domiciliari, psicoterapia, valutazione delle funzioni genitoriali, sostegno, mediazione familiare). In riferimento all'area delle prestazioni di assistenza diretta, si rileva che sono state erogate complessivamente 711.454 prestazioni, di cui 445.266 nell'area sanitaria, 139.730 nell'area psicologica e sociale con mandato istituzionale e 126.458 senza mandato. Le relazioni e pareri alla Procura e al Tribunale sono state 5108, di cui il 41% al Tribunale Minorile ed il 24% al Tribunale Ordinario. Nel 2012 sono stati 112.754 gli utenti che si sono rivolti ai Consultori Familiari Pubblici, di cui 82.492 donne pari al 73% circa, e 5.065 uomini pari al 5% circa. Il restante è costituito per l'8% da coppie e per il 14% da interi nuclei familiari.

La Regione del Veneto in linea con la normativa regionale (DGRV n. 3792 del 2002 sui Livelli Essenziali di assistenza) e nazionale (Legge 3 agosto 1998 n. 269), con DGR n. 901 del 4/06/2013 ha determinato la conclusione della sperimentazione dei 5 Centri provinciali ed interprovinciali di protezione e cura dei bambini e dei ragazzi vittime di abuso sessuale o di grave maltrattamento e delle loro famiglie. Sono state inoltre istituite due Equipres specialistiche interprovinciali, rispettivamente nell'Azienda ULSS n. 16 di Padova, già sede del Centro "I Girasoli", quale riferimento anche per le Aziende ULSS delle province di Padova, Rovigo, Vicenza e Verona (parte sud-ovest della Regione), e nell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso quale riferimento anche per le Aziende ULSS delle province di Treviso, Venezia e Belluno (parte nord-est della Regione). Le attività delle due Equipres, nel recepire il modello già sperimentato dai Centri suddetti, si modulano, in termini di sensibilizzazione/informazione/formazione e consulenza ai servizi socio-sanitari e valutazione diagnostica. Per quanto riguarda specificatamente gli interventi di presa in carico, nel considerare la durata nel tempo che tali interventi richiedono e quindi la difficoltà di attivarli con minori che vivono in territori distanti dalle Equipres specialistiche, la DGR 901/2013 ha stabilito che gli stessi vengano erogati dai servizi competenti dell'area socio-sanitaria (LEA) delle Aziende ULSS. A tal proposito ha ritenuto, inoltre, auspicabile che le Aziende, nei cui territori è stata realizzata la sperimentazione dei Centri, recuperino la specificità delle funzioni specialistiche delle equipres dei già Centri provinciali/interprovinciali. In considerazione degli effetti positivi sortiti dal Programma degli interventi economici straordinari a favore delle famiglie con parti trigemellari e delle famiglie con numero di figli pari o superiore a quattro, DGR 1360 del 3 agosto 2011, la Giunta Regionale ha riproposto tale iniziativa con il provvedimento n. 1402 del 17 luglio 2012, destinando la somma di € 2.500.000,00. Il Programma da realizzarsi da parte dei Comuni della Regione del Veneto ha previsto a favore delle famiglie numerose, un contributo economico denominato "Bonus famiglia", fissato come segue:

- Famiglie numerose con numero di figli pari o superiore a quattro:
 - famiglie con un numero di figli pari o superiore a nove - € 1.200,00;
 - famiglie con un numero di figli pari a otto - € 1.000,00;
 - famiglie con un numero di figli pari a sette - € 900,00;

- famiglie con un numero di figli pari a sei - € 800,00;
 - famiglie con un numero di figli pari a cinque - € 700,00;
 - famiglie con un numero di figli pari a quattro - € 600,00;
- Famiglie con parti trigemellari - € 900,00.

Sono state 4803 le famiglie che hanno richiesto il bonus, di cui 1855 famiglie straniere. Le famiglie ammesse al contributo sono risultate 3856 di cui 1785 straniere provenienti da ben 74 paesi diversi.

Con provvedimento n. 1804 del 3 ottobre 2013, la Giunta regionale ha approvato le disposizioni attuative e i relativi criteri per l'accesso da parte dei Comuni al finanziamento regionale ai sensi degli artt. 4 e 5 della LR 10 agosto 2012, n. 29 "Norme per il sostegno delle famiglie monoparentali e dei genitori separati o divorziati in situazione di difficoltà". Al fine di dare attuazione a quanto indicato dagli artt. 4 e 5 della legge succitata, ha inteso promuovere, a titolo di sperimentazione, l'istituzione di un fondo (€ 700.000,00) per la concessione di prestiti a tasso zero (per un valore massimo di € 5.000,00) a favore dei soggetti suddetti, da parte dei Comuni per le seguenti tipologie di spese:

1. Spese sanitarie: spese mediche di qualsiasi tipo riguardanti il figlio minore o il genitore convivente, con esclusione degli interventi di chirurgia estetica non conseguenti a traumi e/o incidenti stradali o comunque non necessari per la cura di una specifica patologia. Sono ammesse anche spese per l'acquisto di dispositivi medici.
 2. Spese per il pagamento dei canoni di affitto per abitazioni non di lusso (abitazioni rientranti nelle categorie catastali A2, A3, A4 e A5 con esclusione dei fabbricati rurali).
- Con DDR n. 512 del 20 dicembre 2013, sono state approvate le graduatorie regionali delle famiglie monoparentali assegnatarie dei prestiti per le spese sanitarie (tot. 78) e per le spese dei canoni d'affitto (tot. 80).

Area Prima Infanzia

Dal 2000 al 2013, il numero di posti disponibili in servizi alla prima infanzia è triplicato, passando da 8.813 posti del 2001 ai 27.313 di oggi. I servizi per la prima infanzia nella regione Veneto ad oggi effettivamente funzionanti sono 825 e possono accogliere un totale di 25.244 bambini. La distribuzione dei servizi per tipologia e provincia sono riassunti nelle tabelle che seguono:

Tabella 7.1 - Prima infanzia: numero di servizi e posti per tipologia - Regione Veneto – Dicembre 2013.
(Fonte: Rielaborazione dati Dipartimento Servizi Sociosanitarie e Sociali - Settore Famiglia - PO Servizi Prima Infanzia)

Tipologia	servizi	posti 3-6 mesi
Asili Nido	245	11.386
Nidi Integrati	317	7.137
Centri Infanzia	59	2.030
Micronidi	169	3.621
Nidi Aziendali	35	1.070
Totale	825	25.244

Tabella 7.2 - Prima infanzia: numero di servizi e posti per Provincia - Regione Veneto – Dicembre 2013.
(Fonte: Rielaborazione dati Dipartimento Servizi Sociosanitarie e Sociali - Settore Famiglia - PO Servizi Prima Infanzia)

Provincia	servizi	posti 3-6 mesi
Belluno	25	682
Padova	148	4.808
Rovigo	42	1.139
Treviso	139	4.352
Venezia	122	3.935
Vicenza	147	4.609
Verona	202	5.719
Totale	825	25.244

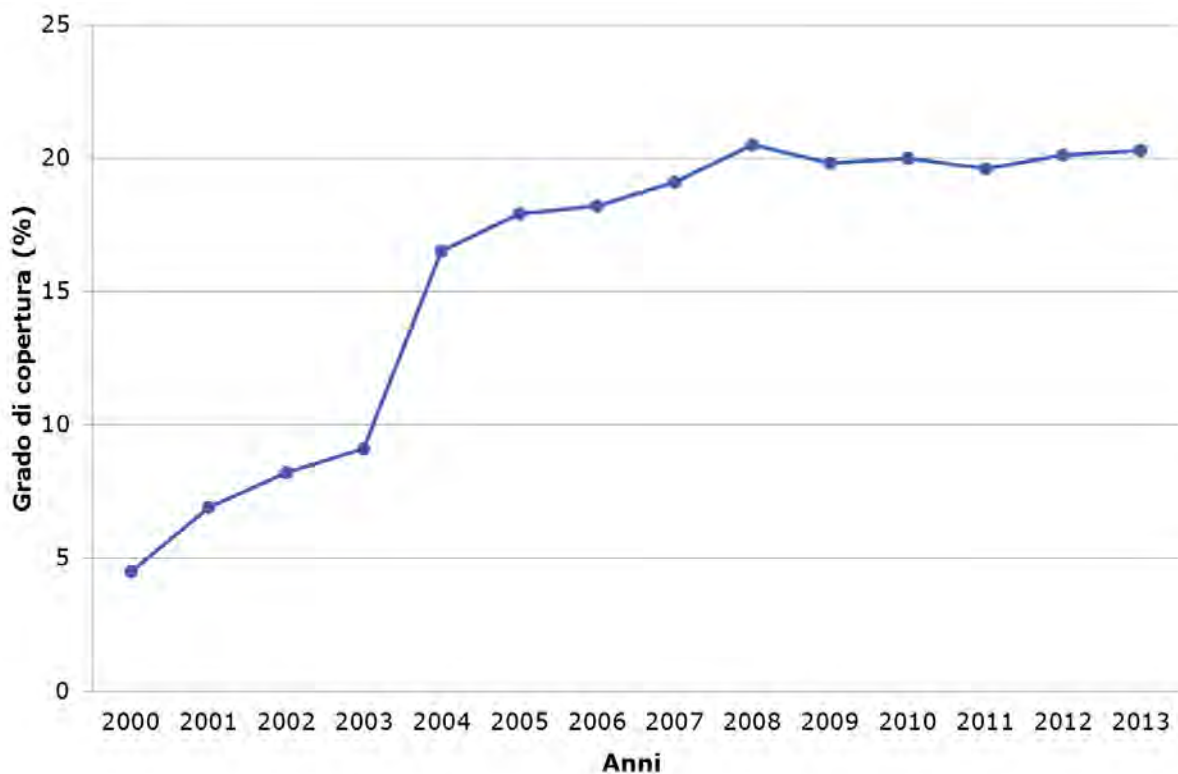
Considerando, invece, anche i servizi approvati, ma non ancora funzionanti (100 servizi per 2.069 posti), i servizi autorizzati dalla Regione Veneto diventano 925 per un totale di posti potenziale pari a 27.313.

Tabella 7.3 - Prima infanzia: numero e capienza dei servizi autorizzati dalla Regione Veneto per tipologia e provincia – Dicembre 2013
(Fonte: Rielaborazione dati Dipartimento Servizi Sociosanitarie e Sociali - Settore Famiglia - PO Servizi Prima Infanzia)

Provincia	Asili nido		Nidi integrati		Centri infanzia			Micronidi		Nidi aziendali	
	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti 12-36 mesi	posti 3-6 anni	servizi	posti	servizi	posti
BL	5	239	10	218	2	58	40	8	156	1	43
PD	50	2.254	56	1.304	22	850	1.602	46	1.011	5	201
RO	14	510	30	499	5	180	315	3	56	1	40
TV	35	1.574	53	1.321	22	749	1.004	33	669	9	288
VE	54	2.356	43	903	6	157	237	22	536	8	239
VI	56	2.446	67	1.554	0	0	0	29	572	6	186
VR	60	2.772	82	1.665	8	205	254	62	1.166	12	336
Veneto	274	12.151	341	7.464	65	2.199	3.452	203	4.166	42	1.333

Questo dato confrontato con la popolazione 0-2 anni evidenzia un grado di copertura del 20,3%. Tale livello di copertura posti pone la Regione del Veneto tra le prime posizioni a livello nazionale nel campo dei servizi alla prima infanzia. Nonostante quanto detto finora l'incremento della copertura regionale negli ultimi anni è stato minimo.

Figura 7.6 - Grado di copertura dei Servizi per la prima infanzia - Regione Veneto - Anni 2000 – 2013
(Fonte: Rielaborazione dati Dipartimento Servizi Sociosanitarie e Sociali - Settore Famiglia - PO Servizi Prima Infanzia)



276

Un fattore da non sottovalutare è comunque la crisi economica che ha colpito tutto il territorio veneto, che ha portato molti Enti con servizi alla prima infanzia approvati, ma non ancora funzionanti, ad abbandonare la realizzazione di tali progetti.

Protezione e tutela dei minori

La Regione del Veneto nell'ambito della tutela dei minori e' da tempo impegnata nello sviluppo e nella valorizzazione di politiche volte alla promozione e al sostegno di azioni e progettualità sempre più finalizzate all'armonizzazione e al consolidamento di un efficace sistema di protezione e cura.

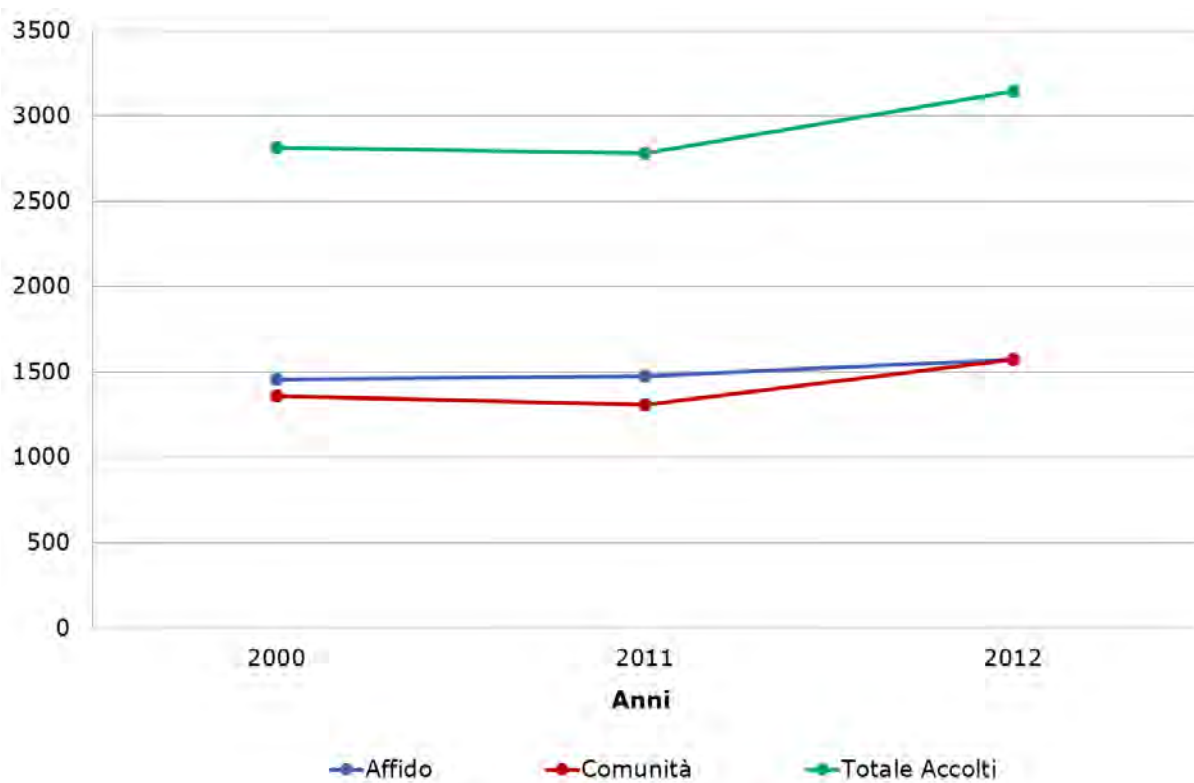
Conseguentemente e nell'ottica di un welfare centrato sulle relazioni e del processo di de-istituzionalizzazione e di riorganizzazione del sistema di protezione e cura attivatosi con la DGR 2416/08 e' divenuto preminente il sostegno all'integrazione dei servizi coinvolti nei percorsi di presa in carico. Ciò attraverso il coinvolgimento attivo degli operatori del servizio pubblico e del privato sociale per garantire in tutto il territorio regionale alti livelli di qualificazione dell'intervento e dell'effettività dei diritti dei minori e delle loro famiglie.

Coerentemente agli obiettivi suddetti la programmazione regionale pone inoltre particolare attenzione alla costruzione condivisa: di un sistema di progettazione di interventi volti alla protezione della "relazione genitore-figlio" quale elemento imprescindibile di un percorso di cura e protezione a tutela del minore; di interventi finalizzati all'ascolto dei bambini e degli adolescenti inseriti in strutture di accoglienza e in

affido familiare per favorire sempre più il loro attivo ed effettivo coinvolgimento nei percorsi di cura che li riguardano.

La Regione del Veneto già a partire dal 2006 ha avviato una politica fortemente orientata allo sviluppo dell'affidamento familiare individuato quale risorsa elettiva finalizzata al sostegno dei minori e delle loro famiglie in difficoltà. Ad una prima fase di formazione e promozione sull'affido che ha portato all'elaborazione delle "Linee Guida Regionali per l'affido", approvate con DGR n. 3791 del 2 dicembre 2008, e alla costituzione dei Centri per l'affido e la solidarietà familiare (CASF), è seguito il supporto operativo ai percorsi di accoglienza familiare attraverso la destinazione di risorse a copertura delle spese sostenute dagli Enti competenti. A partire dalla necessità di rispondere in maniera adeguata ad ogni situazione di difficoltà in cui sono coinvolti bambini e adolescenti con famiglie fragili si è ritenuto e si ritiene di fondamentale importanza promuovere e sviluppare sempre più ogni forma di contrasto all'allontanamento anche e soprattutto attraverso il potenziamento dell'offerta di servizi e di attività volte al sostegno e all'implementazione delle cosiddette "risorse accoglienti". Quanto più ampio sarà il ventaglio di interventi di cui poter disporre e a cui accedere tanto più personalizzati saranno i percorsi di cura e protezione finalizzati a garantire a tutti gli effetti il consolidamento e lo sviluppo efficace dei processi di de-istituzionalizzazione.

Figura 7.7 - Bambini e ragazzi in affido familiare e in comunità. Dati Ge.Min.i. triennio 2010 – 2012. Valori assoluti (Fonte: elaborazioni Osservatorio Regionale Politiche Sociali su sistema di raccolta regionale Ge.Min.I)



A partire dai dati presenti nel sistema di raccolta regionale Ge.Min.I., risulta che i bambini e gli adolescenti allontanati dalla propria famiglia d'origine sono, per l'anno 2012, 3.144 di cui 1.571 in affidamento familiare e 1.573 in strutture residenziali. Degli affidamenti familiari presenti nel 2012, 816 sono giudiziali e quindi disposti con provvedimento del Tribunale dei Minori, mentre 755 sono stati attivati in forma consensuale. La forma di affido più utilizzata nei progetti di inserimento è quella residenziale (1.289), ma si ritiene importante che si possa disporre anche di uno strumento quale l'affido diurno (273 minori nel 2012) che permette alla famiglia di origine di essere sostenuta quotidianamente nel suo compito educativo. Si sottolinea infine che dei 1.571 accolti in affidamento familiare, 977 sono di nazionalità italiana e 574 di nazionalità straniera, di cui 187 minori stranieri non accompagnati.

L'adozione nella Regione Veneto è un fenomeno sociale importante e per il quale, in linea con la normativa nazionale di riferimento (legge 184/1983 modificata dalle legge 476/98 e legge 149/01), è stata profusa una particolare attenzione che ha portato nel tempo alla costruzione del c.d. "sistema Veneto Adozioni".

In linea con le suddette normative nazionali, sono state attivate 26 equipe adozioni operanti all'interno dei consultori familiari pubblici con il compito di informare e sensibilizzare le coppie sull'adozione nazionale ed internazionale, di svolgere le indagini psicosociali sugli aspiranti genitori adottivi su mandato del Tribunale per i Minorenni e di vigilare, sempre su mandato del Tribunale, sugli inserimenti adottivi. I protocolli operativi previsti dalla normativa nazionale succedutisi negli anni (l'ultimo siglato nel 2012, DGR n. 2497 del 29 dicembre 2011) hanno visto il coinvolgimento della Regione (e quindi dei servizi territoriali), degli enti autorizzati e del Tribunale per i Minorenni. I protocolli, le progettualità provinciali ove operano di concerto pubblico e privato, la presenza di un sito internet (www.venetoadozioni.it), nonché le attività di formazione costituiscono a tutti gli effetti la struttura del sistema Veneto Adozioni. Sistema che oltre ad accompagnare e sostenere la coppia in tutto il percorso adottivo garantendo una efficace integrazione tra i vari soggetti coinvolti, ha spostato il focus dal giudicare/valutare all'accompagnare/sostenere chi intraprende il percorso adottivo sia nazionale che internazionale. Il sistema Veneto Adozioni opera affinché l'inserimento del bambino nella sua famiglia adottiva risulti il meno traumatico e difficile possibile. L'impegno e la passione di tutti gli attori ha inoltre determinato il coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale il quale è a sua volta sottoscrittore di un protocollo aggiuntivo relativo alla specificità dell'inserimento scolastico del minore adottato.

La Regione Veneto si è inoltre dotata di un sistema di rilevazione informativo, denominato Adonet, il quale consente il monitoraggio sul territorio regionale dei percorsi delle coppie adottive e delle diverse fasi del procedimento adottivo. Tra i primi in Italia, la Regione del Veneto, ha previsto corsi di informazione e sensibilizzazione rivolti alle coppie già prima della presentazione della dichiarazione di disponibilità all'adozione presso il Tribunale: tali corsi aiutano le coppie ad intraprendere (o meno) il proprio percorso

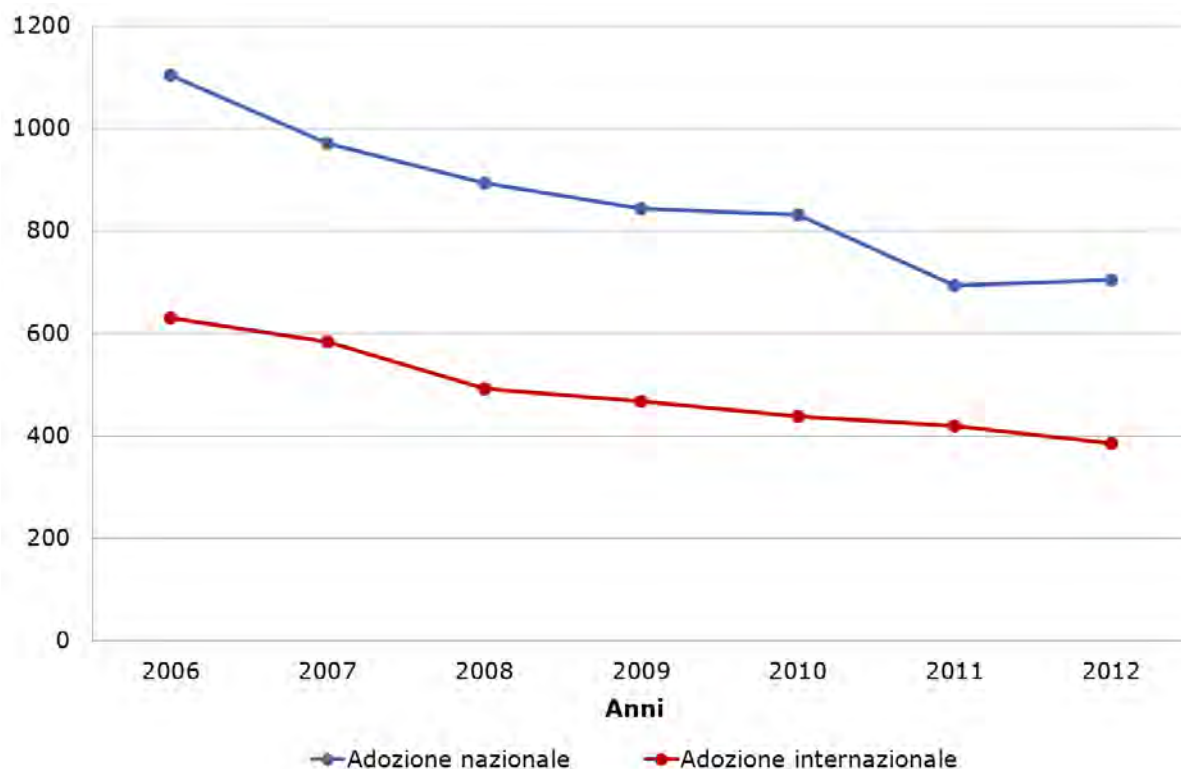
adottivo con maggiore cognizione di causa e consapevolezza. La prima parte del corso viene svolta dai servizi territoriali ed è rivolto a tutte le coppie mentre la seconda parte è tenuta dagli enti autorizzati, firmatari del Protocollo Regionale, ed è rivolta alle coppie interessate anche all'adozione internazionale. Ulteriore specificità del sistema è il lavoro di rete tra pubblico e privato sociale che si sviluppa in attività per le coppie nel periodo dell'attesa (incontri, serate svolte dai servizi territoriali e dagli enti autorizzati firmatari) e in incontri rivolti alle coppie nel post adozione. L'attività di sostegno svolta nel post adozione si concretizza inoltre mediante la realizzazione di interventi psicosociali individuali (consulenze), di gruppo (gruppi di genitori adottivi), di incontri su tematiche inerenti l'esperienza adottiva e sulla promozione di iniziative di formazione.

I dati mostrano che nel **2012** si sono realizzati **73** corsi di informazione e sensibilizzazione su tutto il territorio regionale tenuti dai servizi territoriali. Le coppie partecipanti sono state **432** (quasi 1000 persone), mentre i colloqui informativi si sono attestati a **658**. Le equipe adozioni dei consultori familiari regionali hanno inoltre concluso **626** studi di coppia su mandato del Tribunale per i Minorenni a fronte di una richiesta complessiva di **721**. E' da segnalare il numero complessivo di minori che sono stati seguiti dalle equipe adozioni: **1196**. Nel corso del 2012 sono stati adottati un totale di **268** minori per il 70% con l'adozione internazionale.

Tabella 7.4 - Richieste per studi di coppia e studi di coppia conclusi dalle equipe adozioni nel 2012

Tipologia	Richieste per studi di coppia	Studi di coppia conclusi
Studio ex art. 44 (Legge 149/2001adozioni speciali")	59	40
Studio di coppia TM	509	443
Studio per estensione idoneità	4	2
Studio per ulteriore indagine	6	9
Studio per approfondimento	40	33
Studio per rinnovo adozione nazionale	103	99
Totale	721	626

I dati del Tribunale per i Minorenni di Venezia relativi al 2012 evidenziano un totale di 1.089 dichiarazioni di disponibilità presentate (64,6% relativi all'adozione nazionale ed il 35,3% relative all'internazionale). Per quanto riguarda i decreti di idoneità all'adozione internazionale nell'anno ne sono stati emessi 314 con una percentuale di rigetti pari al 12,1%.

Figura 7.8– Domande di disponibilità all'adozione in Veneto. Adozioni nazionali e internazionali. Anni 2006-2012. Valori assoluti

280

Per quanto riguarda l'adozione internazionale il Veneto nel 2012 è stata la quarta regione italiana per numero di coppie adottive (**233**) ed ha accolto **197** minori da paesi stranieri.

Tabella 7.5 - Bambini e ragazzi adottati nel Veneto nel 2012 per classi d'età e con l'adozione nazionale o internazionale

Classi di età	Nazionale	Internazionale	Totale
Meno di 1 anno	18	6	24
1-4 anni	28	79	107
5-9 anni	13	102	115
10 anni e più	12	10	22
Totale	71	197	268

Area Politiche Giovanili

Le politiche giovanili regionali sviluppano nel corso degli anni 2012 e 2013 la terza annualità dell'Accordo di Programma Quadro (APQ) in materia di Politiche Giovanili, siglato dalla Regione del Veneto con il Ministero dello Sviluppo Economico (MISE) ed il Dipartimento della Gioventù della Presidenza del Consiglio dei Ministri. La difficile situazione economica internazionale, i cui effetti vanno a colpire in modo pesante le

giovani generazioni, come reso evidente dal preoccupante aumento del tasso di disoccupazione, ha richiesto una rilettura delle misure di intervento definite nell'APQ che potesse incentivare lo sviluppo regionale, partendo dalla forza creativa insita in tale fascia di popolazione. Le sei azioni in cui esso si articola vengono, quindi, riviste rispetto alla prima annualità imprimendo un'accelerazione all'azione A, dedicata alla creatività giovanile, ed "incanalandola" verso settori nuovi per le politiche sociali, di cui le politiche giovanili costituiscono un'area importante come fattore destinato ad incidere sullo stesso assetto sociale e sulle sue proiezioni future, anche in relazione all'invecchiamento della popolazione e all'esigenza di investire sulla formazione di nuove famiglie.

L'azione A viene articolata nel 2012 e nel 2013 in due bandi: "Crea-lavoro: creatività giovanile per il Veneto del nuovo sviluppo" e "Analisi, studio e diffusione di opere culturali e multimediali giovanili" – Edizioni I, II e III, in relazione al secondo - che chiedono ai giovani del territorio veneto di sviluppare progetti nell'ambito dell'imprenditoria e nel settore delle produzioni multimediali per ridisegnare il tessuto produttivo di una regione che, forte di un passato importante, vuol pensare al futuro partendo dai giovani visti, come titola l'APQ, come il "futuro della sostenibilità".

L'azione B attua il confronto e lo scambio a livello internazionale, sia attraverso le collaborazioni su progetti specifici di cui ai programmi europei e delle reti ENSA (European Network of Social Authorities, ovvero Rete Europea delle Autorità Sociali) ed ELISAN (European Local Inclusion & Social Action Network, ovvero Rete Europea per l'Inclusione e l'Azione Sociale locale), che attraverso iniziative pilota mirate a confrontare modelli di governance di comunità con esperienze analoghe di altri Paesi e a cercare di costruire iniziative innovative per valorizzare i giovani e le loro abilità.

L'azione C, rivolta alla formazione/informazione, agisce sulle competenze dei giovani e sul loro potenziamento, attraverso la logica della valorizzazione della creatività. In questa area, ad esempio, il bando "Fiori di parole in musica – Omaggio delle giovani generazioni ad un grande poeta veneto", così come la nuova edizione del bando "Corde Libere" rappresentano un'occasione importante per richiamare l'interesse dei giovani su arti quali musica e poesia, e per formare una generazione che sappia produrre cultura con una visione aperta allo sviluppo della società.

L'azione D vuol favorire la partecipazione e la cittadinanza attiva attraverso la formula del meeting dei giovani, strumento di cui si è valsa storicamente la Regione per mettere a confronto i giovani con le istituzioni ed il Terzo Settore. Essa è stata costruita in entrambe le edizioni, svoltesi nel 2012 e 2013, tenendo come fulcro le opportunità offerte dai bandi regionali e dialogando in modo privilegiato con il mondo della scuola. La partecipazione è stata significativa in entrambe le edizioni con più di 2000 partecipanti ad entrambi gli eventi.

L'azione E, attraverso le tre edizioni del Bando "Giovani, cittadinanza attiva e volontariato", vuol siglare la stretta partnership con la Scuola e sostenere il ruolo

regionale di coordinamento ed indirizzo a livello locale, andando a utilizzare strumenti quali il voucher per dare significatività anche economica alle attività giovanili.

Conclude l'APQ l'azione F, definita "circolare" in quanto azione di valutazione e ricerca-azione, definendo una serie di progettualità "tester", quali, ad esempio il progetto CAMI CreartivamenteImpresando, rivolto a selezionare le migliori idee creative nell'ambito imprenditoriale.

Come strumento di confronto con il mondo giovanile viene sostenuto un percorso formativo/relazionale nel quale giovani opinion leader discutano su tematiche importanti e formulino proposte ai decisori politici. Nello specchio riportato in Tabella 7.6, si forniscono alcuni dati di sintesi sui bandi relativi all'APQ.

Tabella 7.6 – Politiche giovanili: dati di sintesi bandi anni 2012 – 2013
(Fonte: Rielaborazione Dipartimento Regionale Servizi Sociosanitari e Sociali)

APQ III Annualità - DGR 1908/2012			DGR 2404/2013
BANDO	Domande presentate	Progetti finanziati	BANDI APERTI
Crea-lavoro: creatività giovanile per il Veneto del nuovo sviluppo - II Ed.	246	9	Analisi, studio e diffusione di opere culturali e multimediali giovanili - III Ed.
Analisi, studio e diffusione di opere culturali e multimediali giovanili - II Ed.	29	-	Giovani, cittadinanza attiva e volontariato - III Ed.
Giovani, cittadinanza attiva e volontariato - II Ed.	88	88	Corde libere- Omaggio delle giovani generazioni ai poeti veneti

La Regione inoltre incentiva e sostiene la partecipazione giovanile e la cittadinanza attiva attraverso l'esperienza del volontariato e del servizio civile.

Tra il 2012 e il 2013 gli enti iscritti all'albo regionale del servizio civile hanno presentato un numero complessivo di 187 progetti successivamente approvati dalla Regione del Veneto, che hanno impegnato 1.111 giovani in servizio civile nazionale; mentre per il servizio civile regionale sono stati avviati 66 progetti per un totale di 242 giovani.

Nel 2011 è stato presentato un bando di servizio civile nazionale (L.64/2001) che ha visto coinvolti 599 giovani impegnati in attività di servizio civile tra 2012 e 2013. Nello specifico sono stati presentati dagli enti iscritti all'albo regionale un totale di 133 progetti, di cui 101 hanno ottenuto il finanziamento.

Durante il successivo bando del 2012 sono stati presentati 104 progetti, di cui 83 finanziati e 3 in autofinanziamento. I 512 giovani in servizio civile che hanno superato le selezioni hanno preso avvio nei primi mesi del 2014.

Un'ulteriore opportunità fornita alle giovani tra i 18 e i 28 anni di età è rappresentata dal Servizio civile regionale istituito con la Legge regionale 18/2005 e, a partire dall'anno successivo alla sua creazione, è stato istituito un bando a cadenza annuale.

Con il bando del 2011, che ha preso avvio nel 2012, sono stati presentati 65 progetti e di questi 38 sono stati avviati. I giovani coinvolti sono stati un totale di 128.

Nel 2013 invece hanno preso servizio 114 volontari nell'ambito di 28 progetti avviati.

Nel 2013 è stato avviato un bando speciale in relazione agli eventi sismici che hanno colpito nel 2012 le Regioni Emilia Romagna, Lombardia, Veneto e Abruzzo; è stato avviato un progetto realizzato nella provincia di Rovigo, che ha visto coinvolti 8 giovani in servizio civile.

Tabella 7.7 – Progetti del Servizio Civile Nazionale, Veneto, anni 2011/12 e 2012/13

Servizio Civile Nazionale	Progetti Presentati	Progetti approvati	Progetti finanziati	Progetti autofinanziati	N. giovani
2011/12	133	125	101	0	599
2012/13	104	95	83	3	512

Tabella 7.8 – Progetti del Servizio Civile Regionale. Veneto, anni 2011/12 e 2012/13

Servizio Civile Regionale	Progetti Presentati	Progetti approvati	Progetti finanziati	Progetti autofinanziati	N. giovani
2011/12	65	65	36	2	128
2012/13	69	69	24	4	114

Infine nel 2013 è stata istituita la Consulta regionale secondo quanto previsto dalla L.R. 18/2005 e richiamato nella legge nazionale (D.L. 77/2002). Sono stati individuati 10 rappresentanti scelti tra tutti gli enti presenti sul territorio veneto secondo criteri legati all'impiego di giovani in servizio civile, allo svolgimento di attività significative e documentabili di formazione legate al servizio civile, alla provenienza territoriale e alla tipologia e classe di appartenenza degli enti. La suddetta Consulta si riunisce a cadenza regolare con il coordinamento della Regione del Veneto e esprime il proprio parere sul programma degli interventi relativi al servizio civile, sui progetti di impiego dei volontari, sull'assegnazione di contributi e finanziamenti al servizio civile regionale e attività connesse. I suoi componenti rimarranno in carica per 5 anni.

Recapiti per ulteriori informazioni

Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali
 Rio Novo - Dorsoduro 3493 - Venezia
 Telefono 041 2791420/2791421/1379 - Fax 041 2791369
 email: dip.servizisociosanitarisociali@regione.veneto.it

7.3. Area Anziani

Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
Allegato A.Paragrafo 3.5.4 Area anziani (pag. 73).

Quadro di sintesi

La Regione del Veneto ha sviluppato un sistema di servizi sociali e socio-sanitari con l'obiettivo di sostenere e accompagnare l'età anziana, attraverso politiche di integrazione, che hanno prodotto la realizzazione di una rete territoriale di sostegno sociale, economico, assistenziale, a domicilio, nei centri diurni e nei servizi residenziali. Si è intensificato lo sforzo per una maggiore integrazione della rete dei servizi, sia nella direzione di progetti individuali integrati che nella direzione di una programmazione locale e regionale unitaria. Nel corso del 2013, al fine di rinnovare gli atti programmatici del complesso delle prestazioni, la Regione del Veneto, ha attivato una significativa revisione delle prestazioni che costituiscono i Livelli essenziali di assistenza. Ciò ha modificato l'attività del sistema della domiciliarità, fin allora caratterizzata dagli interventi quali: l'assegno di cura, l'assistenza domiciliare, il servizio di assistenza domiciliare (SAD), l'assistenza domiciliare integrata (ADI) oltre che gli interventi sollievo e il servizio di Telesoccorso-telecontrollo.

284

Il sistema della domiciliarità: Aree prioritarie di intervento

Nel corso del 2013, al fine di rinnovare gli atti programmatici del complesso delle prestazioni, la Regione del Veneto, ha attivato una significativa revisione delle prestazioni che costituiscono i Livelli essenziali di assistenza. Ciò ha modificato l'attività del sistema della domiciliarità, fin allora caratterizzata dagli interventi quali: l'assegno di cura, l'assistenza domiciliare, il servizio di assistenza domiciliare (SAD), l'assistenza domiciliare integrata oltre che gli interventi sollievo e il servizio di Telesoccorso telecontrollo. Conseguentemente si è andato modificando anche la parte finanziaria che costituisce il Fondo regionale per la Non autosufficienza entro cui confluiscono le risorse derivanti dallo Stato o da altri soggetti pubblici e destinate alla non autosufficienza.

L'aspetto più significativo quindi rappresenta la deliberazione n. 1388 del 30 luglio 2013, con la quale la Giunta Regionale, ha riprogrammato le prestazioni in materia, istituendo l'impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) così istituite:

- le ICDA, rivolte a persone con disabilità gravi e gravissime e in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore;
- le ICDB rivolte a utenti previsti dalla Legge regionale 28/1991 i cui bisogni sono rilevati nell'ambito della rete dei servizi sociali e, per la parte sanitaria, dal Medico di medicina generale;

- le ICDm, rivolte a utenti con medio bisogno assistenziale, corrispondenti agli utenti con presenza di demenze di tutti i tipi accompagnati da gravi disturbi comportamentali o con maggior bisogno assistenziale;
- le IDCp, in quanto prestazioni in materia promozione dell'autonomia personale e di aiuto personale;
- le ICDf, nella cui tipologia confluiscono tutti gli utenti con grave disabilità fisicomotoria nella cui fattispecie rientrano anche i progetti di vita indipendente.

Pertanto le ICD, già "assegno di cura", sono diventate, ICDB e ICDm; in particolare l'attività ADI-SAD sono state ridefinite in parte nelle ICDB.

Come riportato nella DGR 1388/2013 sopra citata, si è utilizzata la metafora del paniere, per indicare come, in modo sistematico, sono stati riuniti tutti quegli interventi rivolti alle cure domiciliari nell'ambito della non autosufficienza per ricondurre ad una programmazione e gestione unitaria anche le politiche affini quali gli interventi di aiuto personale, autonomia personale e vita indipendente, la cui programmazione regionale è contenuta nella DGR 1859/2006 (Linee di indirizzo e disposizioni per la predisposizione del piano locale della disabilità). Per approfondimenti sulle ICD si rinvia al paragrafo 5.3- Cure domiciliari.

L'attività di assistenza domiciliare integrata: anno 2013 la fase di transizione.

La DGR. n. 1388 del 30 luglio 2013 ha previsto una prima fase di transizione e l'avvio a regime a partire dal 1° gennaio 2014. Pertanto per quanto riguarda l'Assistenza domiciliare si è proceduto a quantificare le risorse destinate ai Comuni o agli enti deleganti confermando i criteri di cui alla D.G.R. n. 39 del 17 gennaio 2006, sopra citata e n. 1427 del 15 maggio 2007. Come risulta dalla tabella di seguito riportata, il numero sia degli utenti assistiti in SAD-ADI che degli operatori impegnati nell'attività qui descritta, sono sostanzialmente in linea rispetto ai dati raccolti negli anni precedenti.

Tabella 7.9 – Assistenza domiciliare: utenti e operatori SAD-ADI

Anno	Utenti Sad	Utenti SadAdi	Numero Operatori Socio Sanitari	Numero Assistenti Sociali
2010	35.711	16.536	1630,44	319
2011	33.983	16.368	1.582,84	328,88
2012	32.210	15.595	1.536,71	321,8

Nota: operatori e assistenti sociali equivalenti

Il telesoccorso-telecontrollo.

La DGR 1388/2013 prevede, rispetto alle linee di intervento in ambito domiciliare, di poter ascrivere alle risorse LEA il servizio di telesoccorso – telecontrollo.

Il telesoccorso/telecontrollo è un servizio particolare rivolto soprattutto all'anziano fragile e che vive o passa da solo la maggior parte della giornata. Si tratta di un sistema organico di controllo telefonico collegato ad un centro operativo funzionante 24 ore su 24. Sono collegabili al servizio di telesoccorso/telecontrollo le persone a rischio sociale

e/o sanitario e si è dimostrato utile soprattutto per evitare il ricovero in strutture residenziali.

Le nuove linee regionali, per quanto riguarda il servizio in questione, consentono di inquadrarlo quale strumento per la gestione territoriale al di fuori dell'ambiente ospedaliero, le eventuali richieste di intervento assistenziale non differibili e potenzialmente a carattere d'urgenza.

Tabella 7.10 – Telesoccorso: utenti anni 2010-2013 per ULSS

Azienda ULSS	2010		2011		2012		2013	
	utenti collegati in corso d'anno	utenti collegati al 31-dic	utenti collegati in corso d'anno	utenti collegati al 31-dic	utenti collegati in corso d'anno	utenti collegati al 31-dic	utenti collegati in corso d'anno	utenti collegati al 31-dic
01-Belluno	620	499	500	461	534	427	501	404
02-Feltre	1.570	403	402	385	450	363	1.619	1.405
03-Bassano del Grappa	3.199	446	446	445	515	429	3.113	2.624
04-Alto Vicentino	792	591	591	583	871	723	801	671
05-Ovest Vicentino	767	421	421	410	461	383	428	373
06-Vicenza	1.494	1.373	1.372	1.400	1.604	1.350	1.126	946
07-Pieve di Soligo	1.741	1.515	1.513	1.527	1.763	1.486	1.961	1.578
08- Asolo	1.272	1.140	1.140	1.170	1.348	1.138	1.168	1.016
09-Treviso	2.266	2.652	2.649	2.627	3.181	2.729	2.237	1.947
10-Veneto Orientale	598	1.384	1.379	1.399	1.615	1.385	545	461
12-Veneziana	493	2.750	2.752	2.735	3.127	2.662	438	354
13-Mirano	2.012	671	670	652	784	670	1.970	1.587
14-Chioggia	898	371	369	380	438	371	846	710
15-Alta Padovana	1.453	1.257	1.258	1.168	1.268	1.049	1.459	1.235
16-Padova	537	1.781	1.779	1.677	2.037	1.691	522	448
17-Este	699	1.071	1.070	1.053	1.197	1.020	956	738
18-Rovigo	502	1.983	1.982	1.985	2.223	1.929	437	371
19-Adria	1.624	517	518	493	554	469	1.594	1.363
20-Verona	1.747	1.707	1.706	1.675	2.002	1.653	1.753	1.509
21-Legnago	1.311	779	777	759	854	734	1.330	1.147
22-Bussolengo	3.088	1.271	1.270	1.270	1.470	1.241	3.242	2.677
TOTALE	28.683	24.582	24.564	24.254	28.296	23.902	28.046	23.564

Residenzialità e semiresidenzialità

Gli interventi di assistenza domiciliare a supporto della famiglia e finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto fisico, sociale ed emozionale, hanno avuto un ruolo centrale nelle scelte strategiche regionali. Le strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti hanno rappresentato in

questa logica un nodo fondamentale della rete socio-sanitaria in quanto da un lato interagiscono con il sistema ospedaliero e dall'altro integrano il sistema della domiciliarità. La rimozione della vecchia terminologia della casa di riposo e l'adozione della nuova dicitura di "Centro di Servizio" ha proiettato le strutture per anziani del Veneto verso una pluralità di servizi per le persone non autosufficienti, orientandole altresì ad erogare prestazioni secondo standard di qualità elevati e con caratteristiche di alta specializzazione. Nell'ambito della semiresidenzialità sono stati autorizzati 1.542 posti in 94 centri diurni per persone anziane non autosufficienti.

Tabella 7.11 – Area Persone Anziane: Numero Unità di Offerta (UDO) e posti autorizzati all'esercizio distinti per Unità di Offerta. Regione del Veneto dati al 31/12/2013. (Fonte: Rendicontazione attività residenziali e semiresidenziali persone anziane e non autosufficienti anno 2013 dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali; Decreti di Autorizzazione all'esercizio della Direzione Servizi Sociali)

AZIENDE ULSS	Residenzialità primo livello		Residenzialità secondo livello		Sezione Alta Protezione Alzheimer		Stati Vegetativi Permanenti	
	numero UdO	numero posti esistenti*	numero UdO	numero posti esistenti*	numero UdO	numero posti autorizzati	numero UdO	numero posti autorizzati
1-Belluno	14	815	3	116	1	10	1	6
2-Feltre	17	801	3	66	1	10	0	0
3-Bassano del Grappa	18	1.075	6	244	1	10	1	8
4-Alto Vicentino	15	953	6	251	1	10	1	6
5-Ovest Vicentino	16	1.108	8	441	1	10	1	6
6-Vicenza	23	1.555	12	369	0	0	1	10
7-Pieve di Soligo	17	1.153	6	192	1	10	3	20
8- Asolo	13	1.146	9	222	1	10	2	12
9-Treviso	28	2.052	9	380	1	15	2	12
10-Veneto Orientale	8	719	6	136	1	10	2	14
12-Veneziana	17	1.473	16	496	1	15	3	12
13-Mirano	12	718	7	228	1	10	2	8
14-Chioggia	5	196	1	48	0	0	0	0
15-Alta Padovana	11	730	7	216	2	20	2	16
16-Padova	18	1.883	13	556	0	0	2	30
17-Este	8	685	9	246	1	10	0	0
18-Rovigo	13	1.200	6	187	1	10	1	4
19-Adria	6	433	2	48	0	0	1	4
20-Verona	36	2.220	14	467	0	0	2	11
21-Legnago	16	849	4	136	1	10	0	0
22-Bussolengo	25	1.156	9	206	0	0	1	12
Totale	336	22.920	156	5.251	16	170	28	191

Nel contesto veneto, queste strutture si sono qualificate mediante i processi di autorizzazione e accreditamento della L.R. n. 22/2002 e offrono 336 unità di offerta (UdO) di livello assistenziale ridotto minimo, di 156 UdO di secondo livello assistenziale, di 16 sezioni di alta protezione Alzheimer e 28 sezioni di stati vegetativi permanenti per complessivi 28.532 posti letto autorizzati all'esercizio nel corso del 2011. Nello stesso periodo il sistema dei servizi si è qualificato con 1.108 posti letto autorizzati all'esercizio per persone anziane non autosufficienti religiose.

In relazione al fabbisogno, stimato sulla base della popolazione residente, si confermano le impegnative di residenzialità complessivamente programmate e assegnate alle Aziende ULSS nell'anno 2011, ossia 23.946. Tali impegnative vengono distinte in primo livello, ossia relative all'assistenza di intensità sanitaria ridotta/minima pari a 19.980, che costituiscono circa l'83,4% delle impegnative e le quote di secondo livello, ossia relative all'assistenza di intensità sanitaria media pari a 3.966, che costituiscono il 16,6%. Sono altresì inserite nel sistema ulteriori 97 impegnative di primo livello ex DGR 1322/2006.

Nell'ambito della residenzialità si è perseguito, inoltre, l'obiettivo di garantire concretamente il diritto alla libera scelta, che si realizza nella facoltà del cittadino di scegliere il Centro Servizi maggiormente rispondente ai bisogni in riferimento alle proprie aspettative di assistenza socio-sanitaria e sociale e alle condizioni economiche.

288 *Recapiti per ulteriori informazioni*

Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali
Rio Novo - Dorsoduro 3493 - Venezia
Telefono 041 2791420/2791421/1379 - Fax 041 2791369
email: dip.servizisociosanitarisociali@regione.veneto.it

7.4. Area della disabilità

Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
 Allegato A. Paragrafo 3.5.5 Area disabilità (pag. 74)

Quadro di sintesi

L'approvazione del Piano Socio-Sanitario 2012-2016 introduce importanti elementi di novità anche nelle politiche di programmazione e di organizzazione degli interventi rivolti ai soggetti con disabilità. Perno del cambiamento è il "nuovo progetto S.Va.M.Di" che introduce elementi caratterizzanti l'evoluzione del fenomeno disabilità e lo strumento informatico, che la Regione ha reso accessibile a tutte le Aziende ULSS.

Nel corso del 2013, al fine di rinnovare gli atti programmatici nel complesso delle prestazioni, la Regione del Veneto, ha attivato una significativa revisione delle prestazioni che costituiscono i Livelli essenziali di assistenza. Ciò ha modificato l'attività del sistema della domiciliarità, fin allora caratterizzata dagli interventi quali: interventi di Aiuto personale, interventi per la Vita Indipendente; interventi di Promozione dell'autonomia personale. Nel 2012 sono inoltre stati assegnati finanziamenti per interventi legati alla residenzialità di persone disabili. Sono state attribuite alla Regione del Veneto le risorse per progetti finalizzati a realizzare e potenziare percorsi assistenziali domiciliari per malati di SLA. Infine sono state approvate linee di indirizzo regionali sull'autismo.

289

Le rinnovate politiche di programmazione e organizzazione socio sanitaria relative agli interventi rivolti alle persone con disabilità, individuate nel Piano Socio-Sanitario 2012-2016, che trovano nella "nuova scheda SVaMDi (Scheda di valutazione multidimensionale del disabile) informatizzata" (DGR n. 2960/12) il loro cardine di declinazione, sono coerenti con gli indirizzi europei "Strategia Europa 2020" e con le linee programmatiche biennali delineate nella IV Conferenza Nazionale sulle politiche della disabilità 2013 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

La "nuova SVaMDi" informatizzata in collaborazione con la Sezione Controllo Governo e Personale SSR, in linea e conformità con il sistema informativo regionale integrato e il FSE previsto nel PSSR 2012- 2016, è stata applicata a partire dal 1 gennaio 2013 in tutte le Aziende ULSS del territorio della Regione Veneto per le tutte le persone con disabilità in carico al sistema sociosanitario regionale, ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali. Il processo di valutazione avviato con questo strumento unico garantirà, attraverso un algoritmo di calcolo delle classi di assegnazione dei profili di gravità e di funzionamento, l'equità e l'omogeneità dei criteri di valutazione presa in carico accesso ai servizi e più in generale la definizione di risposte adeguate ai bisogni e

alle necessità assistenziali delle persone con disabilità e alle loro famiglie in un ottica di sostenibilità.

Con la DGR 2960/12, contestualmente all'applicazione di Svamdi è stato disposto il lavoro di ridefinizione e validazione dell'algoritmo di calcolo del profilo di gravità e l'avvio del lavoro per la definizione del profilo di funzionamento, processi in corso di validazione nell'anno in corso. Dall'esito del lavoro in corso, condiviso con le aziende ULSS, è stato possibile verificare ed aggiornare, in un sistema coordinato con l'anagrafica regionale, alcuni dati relativi alle strutture residenziali e semiresidenziali e ai loro ospiti.

Le linee di intervento in ambito disabilità, si articolano in domiciliarità, residenzialità e semiresidenzialità in base al progetto personale individualizzato.

Domiciliarità disabili

Nel corso del 2013, così come già descritto nell'Area Anziani, con la DGR 154/CR del 24 dicembre 2012, è stata ravvisata la necessità di procedere ad una revisione complessiva delle prestazioni che costituiscono LEA aggiuntivi regionali. La successiva DGR 1338 del 30 luglio 2013 ha istituito l'Impegnativa di Cura Domiciliare(ICD) strutturata in cinque categorie, che ha sostituito i contributi previsti in precedenza e può essere erogata in forma di contributo economico oppure in forma di servizi. In particolare le ICDp hanno sostituito i contributi per i servizi di aiuto personale e di promozione dell'autonomia personale, le ICDf quelli per la vita indipendente. Inoltre sono state istituite le ICDA per alta intensità assistenziale sia per persona anziane che per persone con disabilità.

La tabella n° 7.12 aggiorna i dati relativi ai progetti individualizzati di Aiuto personale, Promozione dell'Autonomia personale e Vita Indipendente realizzati nell'anno 2012.

Altre azioni specifiche della programmazione regionale sono il Servizio di Integrazione Scolastica e il Servizio di Integrazione Lavorativa. Il Servizio di Integrazione Scolastica è rivolto a persone con disabilità in età prescolare e scolare e presuppone una fattiva collaborazione e integrazione tra famiglia, scuola, Aziende ULSS, Comuni, Province ed altri soggetti operativi. Ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona disabile nei processi di educazione, istruzione e apprendimento.

Il Servizio di Integrazione Lavorativa (SIL) ha lo scopo di promuovere e sostenere l'integrazione lavorativa delle persone svantaggiate, realizza interventi di orientamento, di formazione e di mediazione per favorire il positivo incontro tra la persona e il contesto lavorativo tramite progetti personalizzati diversificati in funzione dei bisogni dei soggetti definiti con l'applicazione di SVAMDI secondo il paradigma di ICF (International Classification Functioning, Disability and Health).

Tabella 7.12 – Progetti effettuati nelle ULSS del Veneto, anno 2012

ULSS	Progetti individuali di Aiuto personale	Progetti individuali di Vita Indipendente	Progetti individuali di Promozione autonomia personale	Totale progetti individuali
01-Belluno	61	51	5	117
02-Feltre	17	32	0	49
03-Bassano del Grappa	247	32	1	280
04-Alto Vicentino	123	53	193	369
05-Ovest Vicentino	86	29	5	120
06-Vicenza	200	64	39	303
07-Pieve di Soligo	70	27	1	98
08- Asolo	215	52	3	270
09-Treviso	186	75	9	270
10-Veneto Orientale	188	58	26	272
12-Veneziana	34	100	10	144
13-Mirano	35	53	5	93
14-Chioggia	22	19	3	44
15-Alta Padovana	102	48	2	152
16-Padova	104	103	3	210
17-Este	34	53	1	88
18-Rovigo	93	24	15	132
19-Adria	52	16	10	78
20-Verona	203	75	16	294
21-Legnago	50	25	3	78
22-Bussolengo	75	49	12	136
TOTALE	2.197	1.038	362	3.597

Residenzialità e semiresidenzialità disabili

Il sistema dei servizi residenziali per le persone con disabilità, nato nella prospettiva di accogliere le persone in situazioni in cui non risulta più possibile la permanenza a domicilio, è costituito da una serie di tipologie di unità di offerta: RSA (Residenza Sanitaria Assistita), Comunità residenziale e Comunità Alloggio, rientranti, in quanto strutture socio sanitarie, nella programmazione regionale e nelle autorizzazioni di cui alla LR 22/2002. Nel 2013 sono stati assegnati complessivamente 65.351.987€ per interventi legati alla residenzialità di persone disabili (comunità alloggio, comunità residenziale, grandi strutture e RSA), che hanno permesso l'accoglienza di 3.337 persone. Per l'attività

svolta nei Centri Diurni per disabili, che accolgono annualmente 6.069 persone, sono stati stanziati 74.715.565€, come da indicazione del Provvedimento di riparto del Fondo regionale, dove vengono individuate quote per interventi di semiresidenzialità per gli utenti dei centri diurni e per disabili su parametro storico e della popolazione (applicazione dei LEA per il 67,5% del costo della retta giornaliera), 9.208.175€ quali costi pari al 67,5% del costo dei trasporti dei disabili e 1.500.00 € per trasporto e vitto. (Tabella 7.13).

Tabella 7.13 – Residenzialità e Semiresidenzialità disabili. Veneto anno 2013

(Fonte: Elaborazioni dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali Veneto su dati S.Va.M.D.I. - Anno 2013)

ULSS	Comunità Alloggio per persone con disabilità'		Comunità Residenziale		Grandi strutture (*)		RSA per persone con disabilità		Centri Diurni per persone con disabilità	
	UdO (**)	Utenti (***)	UdO (**)	Utenti (***)	UdO (**)	Utenti (***)	UdO (**)	Utenti (***)	UdO (**)	Utenti (***)
01-Belluno	4	46	0	0	0	0	1	52	9	203
02-Feltre	2	30	0	0	0	0	0	0	4	81
03-Bassano del Grappa	4	27	0	0	1	173	1	23	7	174
04-Alto Vicentino	2	21	0	0	1	38	1	30	11	222
05-Ovest Vicentino	5	41	1	0	0	0	1	21	17	249
06-Vicenza	15	113	2	27	0	0	0	0	25	521
07-Pieve di Soligo	6	78	0	0	0	0	1	31	11	305
08- Asolo	4	45	0	0	0	0	3	59	18	399
09-Treviso	14	166	0	0	1	195	1	0	27	495
10-Veneto Orientale	7	62	0	0	0	0	0	0	14	276
12-Veneziana	11	120	1	21	0	0	2	41	11	203
13-Mirano	3	35	0	0	0	0	0	0	14	289
14-Chioggia	2	14	0	0	0	0	0	0	4	70
15-Alta Padovana	5	31	0	0	0	0	1	32	15	388
16-Padova	16	195	0	0	1	124	1	535	31	671
17-Este	8	56	0	0	0	0	0	0	11	201
18-Rovigo	3	15	0	0	1	324	1	80	9	148
19-Adria	1	0	0	0	0	0	1	9	3	112
20-Verona	12	60	0	0	0	0	6	122	35	524
21-Legnago	4	44	1	14	0	0	2	31	13	207
22-Bussolengo	15	90	2	34	0	0	1	32	20	331
TOTALE	143	1.289	7	96	5	854	24	1.098	309	6.069

(*) Alcune istituzioni di grandi dimensioni, le quali, pur essendo classificate nell'ambito delle strutture residenziali di tipo estensivo, svolgono quote significative di assistenza intensiva prolungata nel tempo oltre il normale periodo di 120 giorni. Tale attività viene svolta nei confronti di ospiti particolarmente impegnativi provenienti da varie Aziende ULSS della Regione del Veneto o di altre Regioni

(**) Numero UdO = Numero unità di Offerta

(***) Numero di utenti = Numero di "Teste". Il numero di utenti si riferisce ai soli utenti ospitati in strutture della Regione del Veneto per i quali le AA. UU.LL.SS pagano la quota sanitaria

Nell'ambito della semiresidenzialità disabili, come dal provvedimento di riparto del Fondo regionale, è stata assegnata per l'anno 2013 la somma complessiva pari a € 5.000.000 alle Aziende ULSS e compresa nell'assegnazione riferita ai Centri Diurni, pari ad una percentuale specifica per ciascuna Azienda, da destinare agli interventi alternativi ai Centri Diurni. Tale finanziamento ha inteso avviare esperienze innovative a carattere diurno, rispondendo alle necessità di sperimentare nel territorio regionale nuove tipologie di servizi alternativi ai Centri Diurni e contestualmente rispondendo all'esigenza di razionalizzare le risorse economiche disponibili attivando progetti omogenei, sostenibili verso bisogni prioritari emergenti nella logica di una programmazione pluriennale.

Interventi a favore delle persone con autismo

Al fine di affrontare in modo organico i Disturbi dello Spettro Autistico (ASD), la Regione ha approvato, con la deliberazione della Giunta regionale n. 2959 del 28 dicembre 2012, le linee di indirizzo per il territorio che interessino tutto l'arco di vita delle persone con tale disturbo, dalla diagnosi precoce, alla valutazione funzionale e presa in carico, supporto alla famiglia, formazione, inserimento lavorativo e sociale.

Si tratta di una sindrome comportamentale, compresa all'interno del gruppo dei disturbi dello spettro autistico, causata da un disordine dello sviluppo biologicamente determinato, con esordio nei primi tre anni di vita.

Le linee di indirizzo regionali, approvate, contengono le raccomandazioni finalizzate a migliorare la programmazione degli interventi socio sanitari, sociali ed educativi a favore delle persone con autismo e delle loro famiglie in tutto l'arco della vita. La maggior parte delle Aziende ULSS ha adottato le Linee di indirizzo regionali per i Disturbi dello Spettro Autistico e dal lavoro risultante dalla costituzione del Gruppo di Coordinamento Tecnico sarà possibile, a seguito del monitoraggio dell'applicazione delle Linee stesse, fornire indicazioni omogenee per la programmazione, il consolidamento della rete dei servizi ed il miglioramento delle prestazioni favorendo il raccordo tra tutti gli ambiti operativi coinvolti.

Percorsi assistenziali domiciliari per persone affette da SLA e loro famiglie

Con decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali dell'11 novembre 2011 sono state attribuite alla Regione del Veneto le risorse pari a 7.810.000 € per progetti finalizzati a realizzare e potenziare percorsi assistenziali domiciliari per malati di SLA.

Il "Programma regionale attuativo" per gli interventi per la SLA, approvato con la DGR n. 2499 del 29 dicembre 2011 e il successivo DDR n. 155 del 7 giugno 2012 ha ulteriormente definito le azioni da realizzare ed è stato successivamente rimodulato con il

provvedimento di Giunta regionale n. 1986 del 28 ottobre 2013. Il programma attuativo sopra citato ha previsto nel piano economico che 2.000.000 di euro siano destinati al “supporto all’autonomia (ausili per la comunicazione, domotica, etc.)”. Nel corso del 2013, il Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità (CRAS), a tal fine incaricato, ha espletato le procedure per una gara centralizzata regionale per la fornitura di comunicatori a puntamento ottico per persone affette da SLA. Le Aziende ULSS possono pertanto procedere con la stipula dei contratti di noleggio dei comunicatori con le ditte aggiudicatrici e la consegna dell’ausilio ai pazienti.

Al fine rispondere alle necessità di ricoveri di sollievo o di ricoveri definitivi, la legge regionale n. 11 del 2 aprile 2014 “Legge finanziaria regionale per l’esercizio 2014” ha assegnato a favore delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica certificata, n. 54 quote di rilievo sanitario di elevata intensità, quantificando gli oneri per l’applicazione in 1.872.450 euro.

Recapiti per ulteriori informazioni

Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali
Rio Novo - Dorsoduro 3493 - Venezia
Telefono 041 2791420/2791421/1379 - Fax 041 2791369
email: dip.servizisociosanitarisociali@regione.veneto.it

7.5. Area dipendenze

Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
 Allegato A. Paragrafo 3.5.6 Area delle Dipendenze (pag. 56)

Quadro di sintesi

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, mentre si ravvisano fenomeni del tutto nuovi, quali 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 costituisce di gran lunga il più importante fattore di rischio per la salute: a fronte di una riduzione del numero dei fumatori adulti, si assiste al recente aumento del consumo tra i giovani. L'approccio socio-sanitario alle dipendenze considera la tossicodipendenza come una condizione della persona con bisogni e problemi: sanitari (infezioni con morbilità psichiatrica, con 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).

295

Rappresentano **azioni prioritarie** della programmazione regionale nel settore delle dipendenze da sostanze di abuso:

- garantire un'informazione ed educazione alla popolazione giovanile per prevenire i danni causati dall'uso del tabacco e delle 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 dipendenti dal gioco d'azzardo, problematica che acquista sempre maggiore rilievo;
- prevedere percorsi riabilitativi flessibili nelle strutture preposte e percorsi estensivi, di lunga durata, sperimentando forme di responsabilizzazione con finalità educative e di recupero;
- favorire il reinserimento e l'integrazione sociale delle persone con problemi di dipendenza, attraverso un appropriato uso delle risorse sanitarie e sociali e con l'attento coinvolgimento del SIL;
- accompagnare le famiglie coinvolte nel percorso terapeutico del loro congiunto, attraverso un sostegno specifico (psicoeducazionale) e/o l'inserimento in gruppi di auto-aiuto.

Saranno, inoltre, definiti in modo puntuale:

- l'equilibrata diffusione nel territorio delle strutture residenziali, garantendo sia la fase riabilitativa intensiva sia la fase estensiva di "lungoassistenza", con tipologia a bassa soglia assistenziale necessaria per quegli utenti particolarmente gravi e cronici;
- la sperimentazione, nella fase finale del percorso comunitario verso l'autonomia (fase prevalentemente sociale), di una contenuta compartecipazione alla spesa di mantenimento da parte dell'utente e della sua famiglia;
- la graduale messa a regime, come attività ordinaria, delle azioni previste dalla progettualità dei territori nell'ambito del Fondo Lotta alla Droga, in particolare per quanto attiene alle attività di prevenzione, di trattamento precoce di minori/adolescenti tossicodipendenti e di reinserimento sociale e lavorativo;
- il sostegno costante alla rete del volontariato, soprattutto nell'area alcolica, per potenziare la rete dei gruppi di auto-mutuo aiuto operanti nel territorio regionale.

La Regione del Veneto persegue altresì la realizzazione di un Sistema Integrato preventivo Assistenziale delle Dipendenze, formato da soggetti pubblici e privati accreditati, con compiti, responsabilità complementari e 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 questo contesto l'attività di raccolta ed elaborazione dati, attraverso il SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze), consente di 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 dall'Osservatorio sulle droghe e le tossicodipendenze, considerati strumenti tecnici per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi dei "piani di azione" delle singole nazioni del Consiglio d'Europa. L'attività in questione è stata realizzata con le finalità di: stimare la dimensione del fenomeno dell'uso e abuso dell'alcol e delle sostanze illecite; evidenziare situazioni di rischio e di allarme al fine di predisporre l'attivazione di interventi di prevenzione; rilevare aspetti del fenomeno al fine di fornire indicatori utili alla programmazione e alla progettazione sia degli interventi sia della ripartizione delle risorse regionali.

Il "Sistema delle dipendenze" della Regione del Veneto si articola in 21 Dipartimenti (funzionali) per le dipendenze, al cui interno si declinano: 38 Ser.D (Servizi per le Dipendenze); 4 Comunità Terapeutiche pubbliche; 31 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.

L'attuale assetto organizzativo ha come punto di forza l'integrazione pubblico-privato che garantisce il funzionamento di un'ampia gamma di tipologie di servizi (dall'ambulatoriale al residenziale e semiresidenziale) con buoni livelli di qualità professionale e gestionale. Inoltre, cosa non meno importante, garantisce l'azione coordinata dei diversi servizi a livello locale attraverso il Dipartimento per le Dipendenze.

Per l'anno 2012-2014 l'attività di indirizzo e coordinamento nel settore è definita dal *Progetto Dipendenze 2012/2014 " Linee di sviluppo del sistema regionale per le Dipendenze " DPR 309/90 e successive modifiche ed integrazioni.*

Ai fini dell'attuazione e della verifica dei risultati conseguiti attraverso il Progetto, è stato attivato un coordinamento regionale, presieduto dal dirigente della Direzione Servizi Sociali e composto da esperti delle strutture regionali competenti, delle Aziende e degli Enti gestori del privato sociale accreditato.

Recapiti per ulteriori informazioni

Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali
Rio Novo - Dorsoduro 3493 - Venezia
Telefono 041 2791420/2791421/1379 - Fax 041 2791369
email: dip.servizisociosanitarisociali@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)

Rete clinica dei trapianti

Gli obiettivi della programmazione regionale sono:

- il rafforzamento della struttura operativa del Coordinamento Regionale per i Trapianti;*
- la progressiva strutturazione dei servizi di supporto all'attività trapiantologica;*
- il consolidamento dell'organizzazione in reti provinciali dei Coordinamenti Ospedalieri per i Trapianti anche per un'ottimizzazione nell'identificazione del potenziale donatore;*
- il rafforzamento dei programmi di trapianto d'organi ad elevato volume su scala nazionale, per ottimizzare l'impiego delle risorse umane e strutturali;*
- il potenziamento dei poli di banking tissutale mediante specifica strutturazione;*
- l'intensificazione delle iniziative volte a mantenere accesa l'attenzione della popolazione in tema di donazione, chiave di volta per il mantenimento degli attuali livelli assistenziali.*

Quadro di sintesi

La rete trapiantologica regionale si compone di un Coordinamento Regionale e di un sistema di Coordinamenti Ospedalieri per i trapianti, all'interno di ciascuna Azienda ULSS o Azienda Ospedaliera. All'interno del paragrafo è possibile trovare dati sull'attività di monitoraggio, del registro cerebrolesi, accertamenti di morte, attività trapiantologica, donazione tessuti. Inoltre sono riportate alcune progettualità future della rete.

Attività di monitoraggio

Tra gli obiettivi del Sistema Regionale Trapianti (SRT) vi sono la tracciabilità dell'intero processo donazione trapianto e lo scambio di informazioni relative al processo stesso fra i vari attori coinvolti. Lo strumento di cui il sistema si è dotato è il programma Donor Manager (DM), il cui uso consente di ottemperare in modo automatico a molti debiti informativi regionali che il Coordinamento Regionale per i Trapianti (CRT) ha nei confronti del Centro Nazionale Trapianti (CNT) e del Centro di Riferimento Interregionale – Nord Italia Transplant program (NITp).

DM permette il controllo dell'avvenuto inserimento dei dati relativi al ricevente e della loro correttezza, informazioni consultabili dal NITp e dal CNT in occasione di una donazione, cui si aggiunge la possibilità di valutare i dati dell'inserimento in lista d'attesa, del follow-up e dell'avvenuto trapianto. Nel 2013 sono stati monitorati, attraverso il programma DM, 24.964 decessi (vs. 23.981 del 2012) avvenuti nelle strutture ospedaliere e nel territorio afferente ai 24 coordinamenti istituiti in Veneto.

Per le donazioni da vivente sono state effettuate 1.127 registrazioni concluse con un prelievo di tessuti (vs 1.056 nel 2012).

Registro cerebrolesi

Il processo di procurement da donatore a cuore battente (HB) ha come punto di partenza l'attento monitoraggio dei pazienti con cerebrolesione acuta ricoverati in Terapia Intensiva. Il numero dei decessi in Terapia Intensiva con lesione cerebrale acuta risulta quindi un indicatore sensibile per valutare le potenzialità di donazione di organi e tessuti della Regione. Nel 2013 il numero di ricoveri in Terapia Intensiva è stato pari a 22.576 casi, registrando una lieve diminuzione dello 0,2%, corrispondente a 44 ricoveri in meno, rispetto al 2012. I decessi totali in Terapia Intensiva sono stati 2292, in calo del 4,6% rispetto al 2012. Conseguentemente, si è verificato un calo dei decessi con lesioni cerebrali: nel 2013 sono stati 487 vs 510 nel 2012, con una riduzione pari al 4,5%. La percentuale di decessi con lesioni cerebrali sul totale dei decessi è rimasta stabile al 21,2%.

Accertamenti di morte

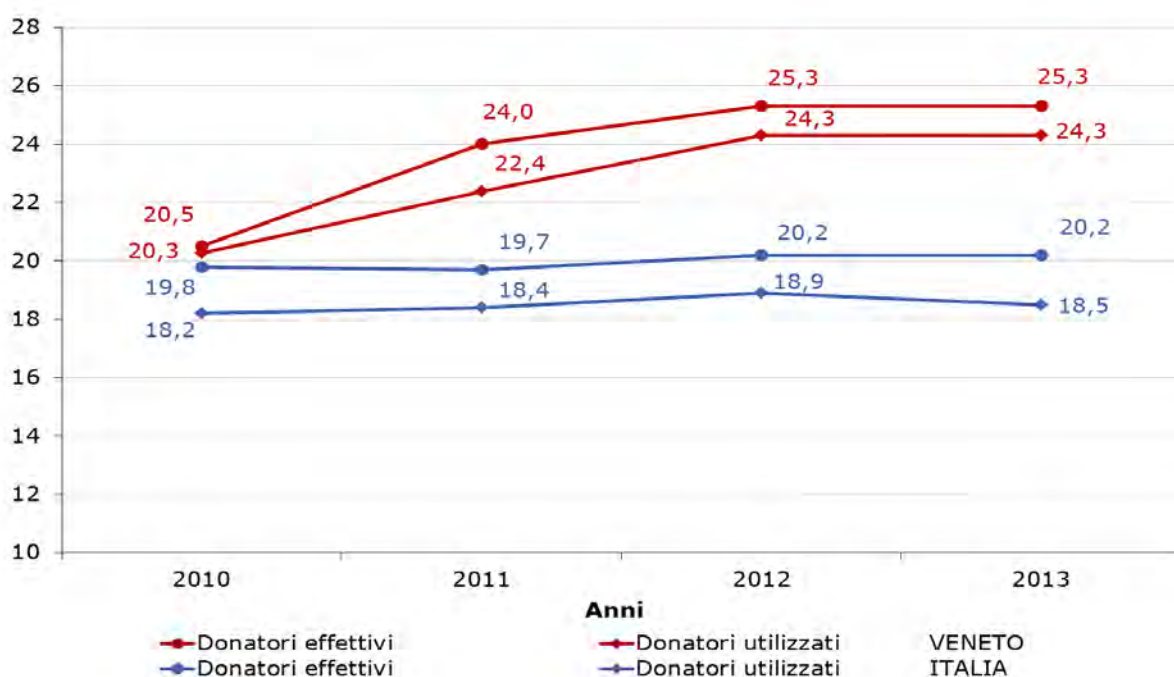
Gli accertamenti di morte con criteri neurologici nell'anno 2013 sono stati 189, rispetto ai 194 del 2012 con una diminuzione del 2.6%. Di questi, 123 sono diventati donatori di organi effettivi e 118 di organi utilizzati. La percentuale di donatori utilizzati sul totale degli accertamenti registra un valore pari al 62.4% contro il 60.8% dello scorso anno.

Tabella 8.1 – Donatori di organi tra 2012 e 2013.

Anno	Segnalati	Effettivi	Utilizzati
2012	194	123	118
2013	189	123	118

(Segnalati: Donatori sottoposti ad accertamento di morte cerebrale. Effettivi: Donatori ai quali è stato prelevato almeno un organo solido. Utilizzati: Donatori dei quali almeno un organo solido è stato utilizzato per trapianto.)

Figura 8.1 – Numero per milione di popolazione dei donatori effettivi e utilizzati in Italia e Veneto tra il 2010 e il 2013.



Nel 2013 il pmp (numero per milione di popolazione) è stato pari a 25,3 per i donatori effettivi e 24,3 per i donatori utilizzati, valori superiori al dato nazionale che è rispettivamente del 20,2 e del 18,5. Tale risultato conferma il trend favorevole del Veneto nelle attività di donazione ed è tangibile testimonianza dell'impegno di tutti gli operatori coinvolti e della solida organizzazione regionale.

L'andamento dell'esito dei colloqui durante i quali si effettua la richiesta di donazione, è un'ulteriore dimostrazione della qualità del processo di procurement. Anche nel 2013 i risultati si possono considerare positivi. Infatti, sebbene, vi sia stato un lieve incremento della percentuale di opposizioni che è passata dal 20,6% del 2012 al 22,2%, tale parametro si attesta su livelli nettamente inferiori rispetto alla media nazionale che è del 29,6%. Per misurare oggettivamente il grado di efficienza, efficacia e qualità dei processi gestiti dal SRT sono stati elaborati degli indicatori specifici, condivisi a livello nazionale, presentati di seguito.

Tabella 8.2 –Indicatori e risultati attesi (Fonte dati SIT agg. al 27/03/2014)

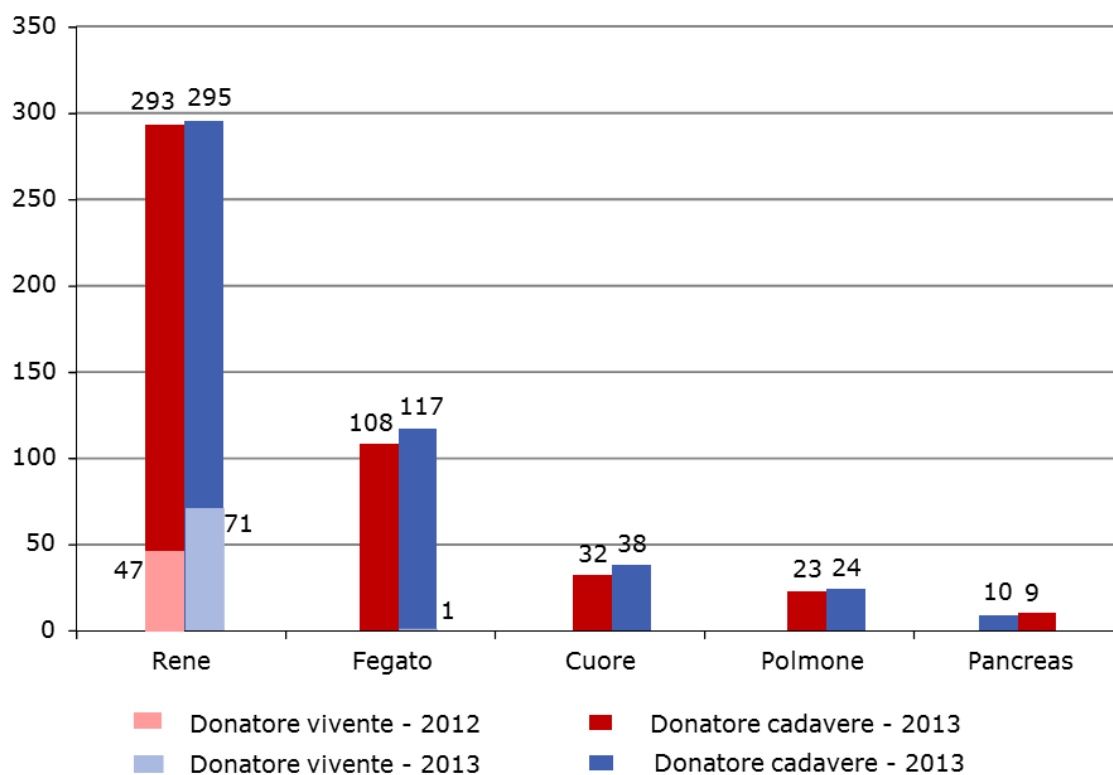
INDICATORE	RISULTATO ATTESO	2012	2013	DATO NAZIONALE
PROCUREMENT 1 (Don.Effettivi / dec. Cerebrolesi)	15%-25%	24,1%	25,3%	23,3%
PROCUREMENT 2 (Accertamenti/ dec. Cerebrolesi)	20%-40%	38,0%	38,8%	42,9%
QUALITA' (Don. Effettivi/ACM)	30%-70%	63,4%	65,1%	52,9%

Il raggiungimento di questi obiettivi è legato all'organizzazione dell'intera Rete regionale la cui trama è rappresentata dall'attività di supporto da parte del CRT ai Coordinamenti Ospedalieri nella gestione del processo di donazione di organi e/o tessuti, garantita da una operatività h24/365giorni, per quanto riguarda i criteri di idoneità/sicurezza del materiale biologico utilizzato nei trapianti i servizi di Secondo Livello nel 2013 sono stati attivati in 214 occasioni vs le 118 dell'anno precedente, nel 52% dei casi è stato richiesto il supporto del Servizio di Anatomia Patologica e nel 48% del Servizio di Microbiologia.

Attività trapiantologica

Nel corso del 2013 sono stati effettuati 474 trapianti di organi solidi, 402 da donatore cadavere (di cui 201 con organi procurati in Regione e 201 di provenienza extraregionale) e 72 da donatore vivente (rene, fegato). Si registra pertanto un aumento del 4.4% rispetto all'anno precedente.

Figura 8.2 – Numero di trapianti per tipologia di organo in Veneto tra il 2012 (totale=454) e il 2013 (totale=474) [N.B. nel totale i trapianti sono conteggiati singolarmente]



302

In particolare è diminuito il numero di trapianti di rene da cadavere, compensato dall'attività da vivente, mentre i trapianti di cuore e fegato registrano un aumento (rispettivamente 38 vs 32 e 117 vs 108). Può considerarsi sostanzialmente costante l'attività di trapianto di polmone e pancreas. In area NITp, il Veneto si colloca come seconda Regione, dopo la Lombardia, per attività di trapianto. Anche nel panorama nazionale il Veneto, rappresenta una assoluta eccellenza, in tutte le aree trapiantologiche (fonte: Report annuale CNT 2013).

Il programma di trapianto da donatore vivente vede il Veneto, promotore e protagonista in ambito nazionale: nel 2013 sono stati effettuati 71 trapianti di rene, coinvolgendo tutti i centri trapianti della Regione, costituendo oltre un terzo di tutta l'attività nazionale.

Il Veneto, inoltre, è la seconda regione in Italia per l'implementazione e l'attivazione di programmi per il posizionamento di dispositivi di assistenza meccanica al circolo (VAD) o più grossolanamente "cuori artificiali": presso i due centri cardiocirurgici sedi di trapianto (Verona e Padova) sono stati posizionati 26 VAD nel 2013 vs i 20 del 2012. Questi dati esprimono l'attenzione della Sanità Veneta per tutti quei dispositivi che possano costituire alternativa o "ponte" al trapianto in ambiti in cui l'offerta donativa non

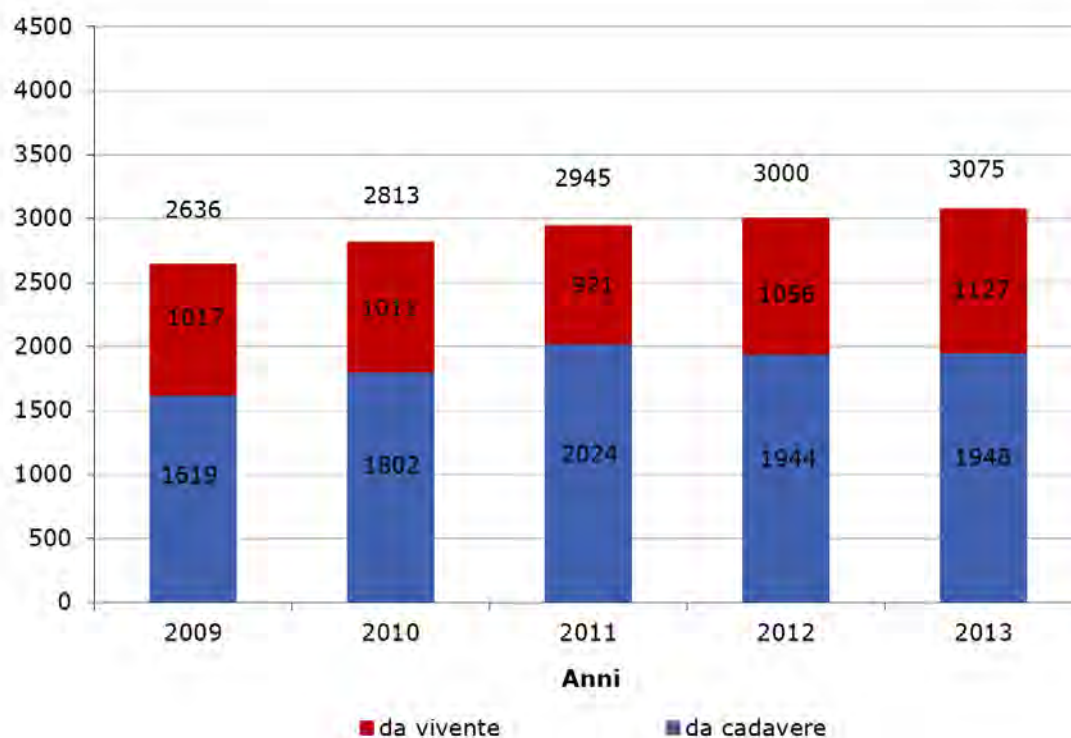
risultati in grado di soddisfare in tempi rapidi la domanda di salute. Il CRT è coinvolto direttamente nella stesura di documenti programmatici nazionali per la creazione di reti cliniche per la gestione dei pazienti in attesa/portatori di VAD.

Donazioni tessuti

Nell'ambito dell'attività di Banking e distribuzione cellule e tessuti il CRT si occupa delle attività previste dalla legge 91/1999 e dalla DE 23/2004, assumendo compiti di "governance" e coordinamento.

L'attività di procurement di tessuti in Regione ha mostrato nel 2013 una sostanziale stabilità. Si sono registrati 3.075 donatori di tessuti, di cui il 63.3% ha riguardato donazioni da cadavere. Nel 2012, su 3.000 donatori di tessuti, tale dato era pari al 64.8%. L'analisi per tipologia di tessuti procurati mostra che 1790 donatori, pari al 92% dei donatori cadavere, sono risultati donatori di soli tessuti oculari. Nell' 8% dei casi sono state raccolte più tipologie di tessuti, quali tessuto valvolare, segmenti vascolari, tessuto muscolo-scheletrico e tessuto cutaneo, registrando 158 donatori multi tessuto nel 2013 vs 148 nel 2012.

Figura 8.3 – Donatori di tessuti distinti per tipologia, Veneto, anni 2009-2013



I tessuti oculari raccolti in Veneto nel 2013 sono stati 3852 vs 3833 del 2012.

Il miglioramento in termini qualitativi e quantitativi del procurement di tessuto cutaneo ha permesso di mantenere la totale autosufficienza nella disponibilità di tessuto cutaneo rispetto alle richieste provenienti da utenti regionali, in particolare dai Centri Ustioni,

eliminando dall'estate 2010 la necessità di ricorrere a cute proveniente da altre banche. Accanto all'attività di donazione di tessuti da donatori a cuore battente (HB) e a cuore fermo (NHB), in Regione sono attivi programmi di procurement di tessuti da donatore vivente quali: segmenti vascolari, placenta e tessuti ossei, che nel corso del 2013 hanno registrato un'attività donativa pari a 1127 donazioni, con un incremento del 6.7% nei confronti del 2012.

Nel complesso l'attività di donazione di tessuti svolta in Regione pone il Veneto come leader in tale attività di procurement, contribuendo all'intera attività nazionale per il 30% e per il 47% nell'area NITp, come risulta dal riepilogo nazionale del CNT.

Progettualità

Il CRT si doterà nel corso del 2014 di un rinnovato sito WEB, le cui finalità sono:

- presentare struttura, missione, personale del CRT;
- fornire schede informative aggiornate sui Coordinamenti e sui Centri di trapianto;
- fornire dati sull'attività dei centri di donazione, trapianto e Banche dei tessuti;
- fornire spazi di aggregazione con possibilità di postare commenti e suggerimenti;
- segnalare iniziative di rilievo finalizzate alla sensibilizzazione sulla cultura della donazione e promuovere le attività delle associazioni di volontariato.

IL CRT inoltre partecipa e coordina il *"Progetto nazionale CCM SInT- Prevenzione della diffusione di infezioni sostenute da microrganismi multiresistenti (MDR) in ambito trapiantologico e analisi del rischio"*. Il progetto affronta un tema molto importante rispetto alla qualità e alla sicurezza del trapianto, in particolare di polmone e di fegato. Tra i soggetti maggiormente esposti al rischio di colonizzarsi o infettarsi con microrganismi multiresistenti in ambito ospedaliero sono sia i potenziali donatori nelle rianimazioni che i pazienti sottoposti a trapianto di organo solido. Il Progetto CCM ha come principale finalità la predisposizione di protocolli di gestione basati sull'analisi del rischio-beneficio e quindi l'aggiornamento delle linee guida nazionali sulla sicurezza del donatore di organi, avendo come popolazione obiettivo i donatori di fegato o di polmone e riceventi di questi organi.

Entro questo anno, verrà dato avvio al processo di certificazione secondo le ISO 9001, delle attività del CRT: si tratta di una opportunità finalizzata a meglio governare tutti i complessi processi gestiti dal CRT, nell'ottica di un sostanziale incremento della qualità e della sicurezza.

Approfondimenti

- CRT: "Sintesi di Attività Gennaio - Dicembre 2013" - <http://www.srtveneto.it>
- CRT: "Sintesi di Attività Gennaio - Dicembre 2012" - <http://www.srtveneto.it>
- NITp: "Report di attività 2013 - Prelievo e trapianti di organi" - <http://www.policlinico.mi.it/nitp>
- NITp: "Report di attività 2012 - Prelievo e trapianti di organi" - <http://www.policlinico.mi.it/nitp>
- CNT: "Attività di donazione e trapianto Report 2013" - <http://www.trapianti.salute.gov.it/cnt>
- CNT: "Attività di donazione e trapianto Report 2012" - <http://www.trapianti.salute.gov.it/cnt>

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Coordinamento Regionale Trapianti

Sede: c/o Azienda Ospedaliera di Padova Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

Recapiti telefonici: 049/8218124 - 8125

e-mail: veneto.coordinamento@sanita.padova.it

8.2. Rete delle malattie rare

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

I capitoli del PSSR 2012-2016:

-pag. 18 "Malattie rare"

-pag. 67 "Le reti cliniche integrate anche con il Territorio"

-pag. 72 "Rete delle malattie rare"

Quadro di sintesi

Sulla base dei dati raccolti attraverso il sistema informativo alla base del Registro, le malattie rare si confermano come un tema di assoluta rilevanza in un'ottica di sanità pubblica, sia per il numero complessivamente molto consistente di persone affette, sia per l'impatto che queste condizioni hanno sulla salute individuale, di popolazione e sull'intero sistema dei servizi sanitari. Esse si confermano quindi come un elemento strategico per la programmazione regionale, attorno al quale possono svilupparsi azioni e interventi con ricadute positive sull'intero sistema di assistenza. La Regione Veneto, che da tempo si è dotata di una programmazione specifica a favore delle persone con malattie rare, presenta un'organizzazione basata sui seguenti elementi: una rete assistenziale, costituita dai Centri accreditati, dagli altri ospedali coinvolti nella presa in carico dei pazienti, dai servizi territoriali, dalle farmacie ospedaliere e territoriali; il sistema informativo, alla base del registro regionale, basato su un'unica cartella clinica condivisa, che mette in rete in tempo reale tutti i professionisti ed i servizi coinvolti nel percorso assistenziale; protocolli e percorsi assistenziali, definiti per specifica malattia rara e/o per specifico problema assistenziale, monitorati dal sistema informativo di cui sopra.

Aspetto caratterizzante della programmazione in tema di malattie rare è l'integrazione tra reti verticali di assistenza, costituite dalle eccellenze presenti in Regione, e reti orizzontali dei servizi, responsabili della presa in carico delle persone più vicino possibile al loro luogo di vita. L'informazione rappresenta in quest'ottica il collante di un'unica filiera assistenziale allo scopo di evitare soluzioni di continuità nell'assistenza tra ambiti e luoghi di cura diversi.

Le malattie rare sono un gruppo molto numeroso di patologie, accomunate dal fatto di avere una bassa prevalenza nella popolazione. L'Unione Europea (UE) definisce rara una patologia che ha una prevalenza non superiore a 5 per 10.000 nell'insieme della popolazione comunitaria. La specificità delle malattie rare, in termini di numero limitato di pazienti affetti dalle singole patologie e di necessità di competenze particolari per la presa in carico dei malati, rende questo tema di salute pubblica un elemento di complessità e nel contempo di potenziale innovazione per la programmazione sanitaria regionale. Le malattie rare rappresentano un ambito dove è più evidente il valore aggiunto della collaborazione tra amministrazioni regionali e in uno scenario più ampio, tra Paesi. A partire dagli anni '90, sia a livello europeo, che di singoli Stati membri, si sono sviluppate politiche sanitarie specificatamente dedicate alle malattie rare.

In Italia le azioni a favore delle persone con malattia rara hanno preso avvio con il Decreto Ministeriale n. 279/2001. Successivi Accordi tra lo Stato e le Regioni hanno definito ruoli e funzionamento delle reti di assistenza e dei sistemi di sorveglianza che negli anni le Regioni hanno sviluppato. La Regione Veneto è stata la prima a definire specifiche politiche sanitarie per costituire una rete assistenziale dedicata e costituente la base per la raccolta di dati epidemiologici sulle malattie rare a supporto della programmazione regionale in materia. I provvedimenti che si sono succeduti hanno costituito la base normativa di numerose azioni, tra cui: l'individuazione della rete dei presidi di riferimento regionali/interregionali deputati all'assistenza delle persone con malattia rara, l'attivazione del sistema informatizzato per la presa in carico assistenziale dei malati, alla base del Registro; la definizione di percorsi e protocolli che si sono tradotti in provvedimenti specifici di integrazione ai livelli essenziali di assistenza per i cittadini residenti in Veneto. Con DGR 2169/2008 la Regione Veneto ha istituito il Coordinamento Regionale per le malattie rare, al quale afferisce il Registro malattie rare, attivo sin dal 2000.

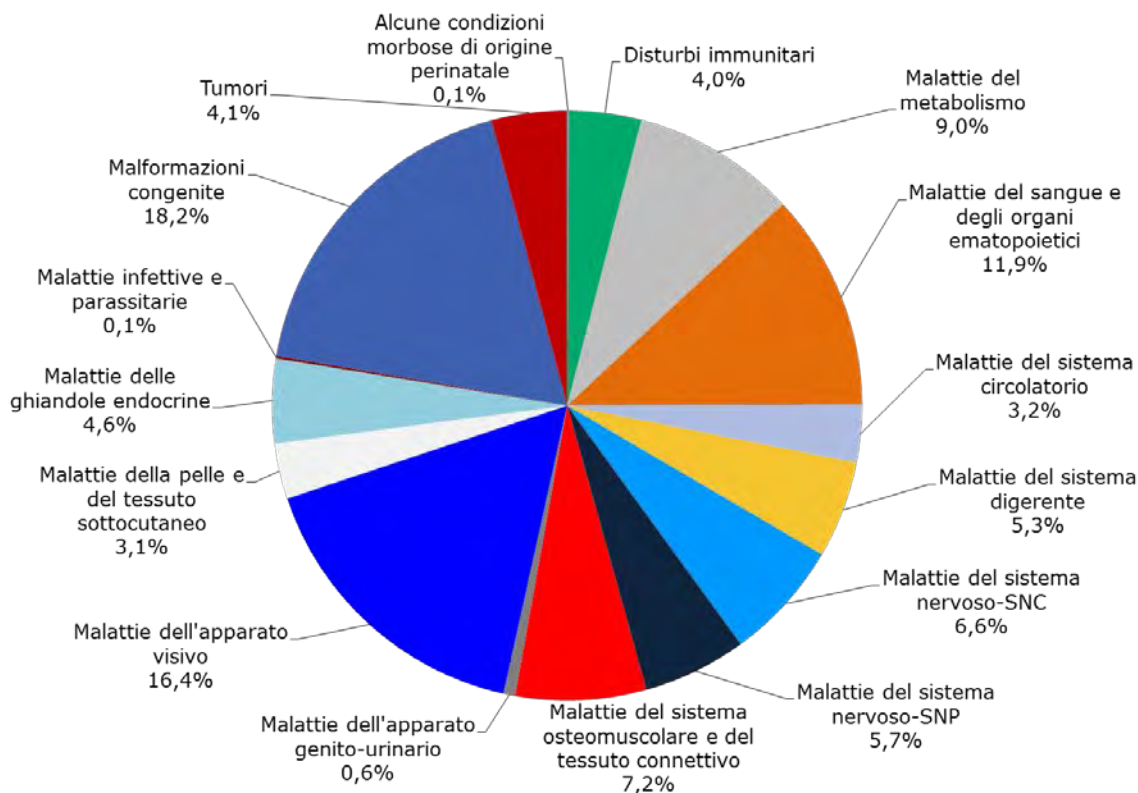
I dati del Registro hanno la finalità di definire l'impatto che queste malattie hanno da una parte sulla salute della popolazione, dall'altro sul sistema dei servizi. Di seguito viene presentata una sintesi dei dati raccolti attraverso il sistema informativo alla base del Registro.

Al 31 dicembre 2013 i pazienti con malattia rara registrati sono 27.917. Di questi, 23.377 (84%) sono pazienti residenti in Regione Veneto e 4.540 (16%) sono pazienti residenti fuori Regione, ma seguiti da presidi accreditati della Regione Veneto. Il rapporto maschi/femmine è di 1:1. La distribuzione per età dei pazienti al momento della diagnosi varia da pochi giorni di vita fino all'età anziana, con un'età media pari a 32,4 anni.

Al 31 dicembre 2013, il 23% dei pazienti aveva un'età inferiore a 18 anni. Considerando tutte le classi di età, i gruppi di patologie che presentano la più elevata numerosità di pazienti sono le malformazioni congenite (18,1%), seguite dalle malattie dell'apparato visivo (16,4%) e dalle malattie rare neurologiche, sia del sistema nervoso centrale che periferico (12,3%). Un altro gruppo relativamente numeroso è quello costituito dai pazienti affetti da malattie rare del sangue e degli organi ematopoietici (11,9%) (Figura 8.4).

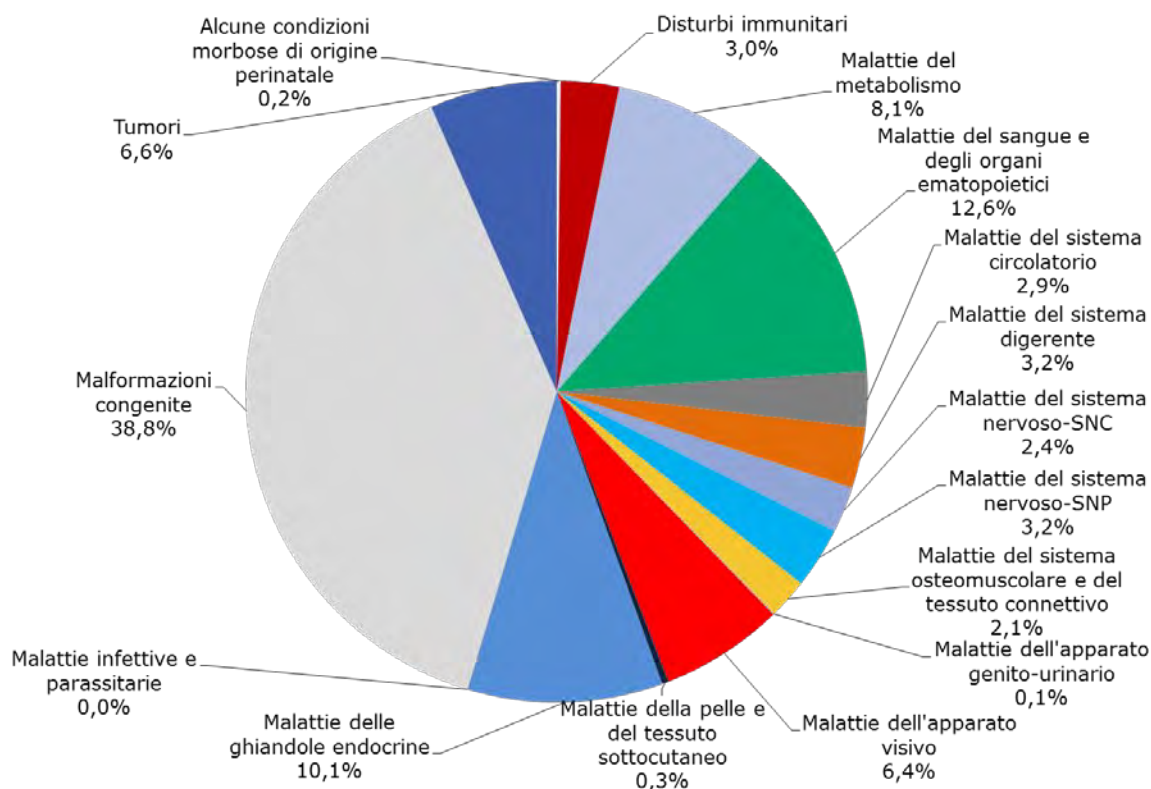
Se si considera in particolare l'età pediatrica (Figura 8.5) la distribuzione per gruppi di patologie si modifica. Le malformazioni congenite diventano di gran lunga il gruppo più numeroso (38,7%), seguite dalle malattie ematologiche (12,6%). Un altro gruppo molto rappresentato in questa fascia di età è quello delle malattie metaboliche globalmente considerate (8,1%).

Figura 8.4 - Distribuzione delle diagnosi per macro-gruppo ICD9-CM – tutte le età (al 31/12/2013)



308

Figura 8.5 - Distribuzione delle diagnosi per macro-gruppo ICD9-CM – età pediatrica (al 31/12/2013)



Principali riferimenti normativi e deliberativi

Regolamento (CE) No 141/2000 del Parlamento e del Consiglio Europeo sui Prodotti Medicinali Orfani, 16 Dicembre 1999. Giornale Ufficiale della Comunità europea. 22 Gennaio 2000 (L18/1).

Esenzione dalla Partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, Comma 1, Lettera B), del Decreto Legislativo 29 Aprile 1998, N. 124. (Gu N. 160 Del 12-7-2001- Suppl. Ordinario N.180/L)".

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Coordinamento Regionale Malattie rare - Registro Regionale Malattie rare

Responsabile: Prof.ssa Paola Facchin

Sede: Via Donà 11 - 35129 Padova

Recapiti telefonici: 049 8215700

e-mail: malattierare@regione.veneto.it

8.3. Rete ictus

*Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
Allegato A. Paragrafo 3.2.4 Le reti cliniche integrate anche con il Territorio. Pagina 67.
La programmazione regionale individua come obiettivo strategico il consolidamento delle reti cliniche, tra le quali la rete ictus.*

Quadro di sintesi

L'ictus si configura come un'"emergenza" che richiede dei percorsi dedicati in grado di garantire l'accesso del paziente in acuto a protocolli diagnostici e terapeutici ben definiti in strutture specialistiche adeguate. La risposta organizzativa capace di contenere ritardi che non consentono ai pazienti candidabili l'accesso alla terapia trombolitica è rappresentata dalla rete ictus. In questo capitolo viene brevemente descritta la rete delle unità ictus della Regione Veneto, composta da 6 unità di 2° livello (44 pl. complessivi), 15 unità di 1° livello e 11 aree dedicate all'ictus.

Dopo una fase di sperimentazione della durata di un anno, nel 1999 nel Veneto è stato attivato su scala regionale un modello di sorveglianza dell'ictus basato sui dati amministrativi (SDO e schede di morte ISTAT) che ha consentito di dimensionare l'impatto epidemiologico stimando il fabbisogno assistenziale, in particolare relativamente al numero di posti letto di stroke unit alla luce dei benefici del ricovero presso tali strutture.

Successivamente, dopo l'individuazione dei centri idonei a praticare la terapia trombolitica, nel corso del 2006 è stato recepito un documento tecnico sulla gestione e il trattamento dell'ictus in urgenza ed emergenza, atto di indirizzo che ha delineato il percorso clinico assistenziale con la realizzazione di una rete di stroke unit.

Nel 2007 è stato istituito un gruppo tecnico, finalizzato alla valutazione dei progetti locali, che ha supportato l'istituzione della rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta.

L'assetto definitivo della Rete viene disciplinato con DGR n. 4198 del 30 dicembre 2008 e prevede un'articolazione organizzativa basata su un modello a rete "Hub and Spoke", in linea a quanto proposto nel documento della Conferenza Stato Regioni del 3.2.2005 con una suddivisione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale in tre fasi, ovvero una fase preospedaliera, ospedaliera, con presa in carico in strutture dedicate, e post-ospedaliera, deputata essenzialmente a limitare le disabilità determinate dall'ictus.

Si riporta di seguito la descrizione delle attività delle strutture deputate al trattamento dell'ictus in fase acuta, distinte su tre livelli:

- a) Unità Ictus di 2° livello: sono le aree dedicate all'ictus di tipo semintensivo ("Stroke Units") che hanno già raggiunto una consolidata esperienza nella trombolisi sistemica, dislocate in ospedali in cui sono presenti una Struttura Complessa (SC) di Neurologia, con attività di guardia di 24 ore e con personale infermieristico dedicato e adeguato alle necessità, una SC o Semplice Dipartimentale di Neuroradiologia, una SC di Neurochirurgia; in esse viene organizzato un percorso anche per il trattamento endovascolare.
- b) Unità Ictus di 1° livello: sono le aree dedicate all'ictus con possibilità di monitoraggio dei pazienti e dislocate negli ospedali in cui vi è la presenza di una SC di Neurologia con guardia attiva almeno sulle 12 ore. La presenza dei requisiti richiesti deve essere raggiunta utilizzando le risorse umane e logistiche già presenti in azienda, anche ricorrendo a processi di riorganizzazione interna.
- c) Aree dedicate all'ictus: sono le aree identificate in altre strutture ospedaliere, inserite nelle strutture di neurologia, medicina interna o geriatria, che non prevedono la possibilità di effettuare il trattamento trombolitico.

Il 2° livello di Unità ictus contraddistingue i Centri di Riferimento che fungono da Hub rispetto ai Centri di I livello, i quali a loro volta possono esserlo per le aree dedicate (Modello Hub and Spoke).

La DGR n. 4198 del 30 dicembre 2008 ha istituito in Veneto 6 unità di 2° livello (44 pl. complessivi), 15 unità di 1° livello e 11 aree dedicate all'ictus.

A garanzia del funzionamento della rete e per un innalzamento della qualità dell'assistenza, oltre all'istituzione di un registro regionale degli eventi, sono stati previsti: l'attivazione di un percorso formativo rivolto a tutti gli operatori coinvolti, l'implementazione della telemedicina e la condivisione di un unico protocollo diagnostico-terapeutico su base regionale, di notevole importanza per la precocità nella diagnosi finalizzata all'invio dei pazienti a centri idonei evitando inutili e potenzialmente dannosi passaggi intermedi.

Meritevole di menzione inoltre come nel 2013 siano state approvate le linee di indirizzo per la gestione della fase post-acuta dell'ictus, finalizzate a garantire interventi riabilitativi adeguati per tutti i soggetti affetti da ictus ricoverati nelle strutture sanitarie del Veneto, con particolare attenzione ai percorsi di continuità rispetto alla rete regionale delle stroke units. Ciò al fine anche di consentire una tempestiva presa in carico e adeguati livelli di cura, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, attraverso un sistema a rete integrata di servizi.

La miglior terapia nella fase acuta dell'ictus ischemico, nei casi in cui non siano presenti controindicazioni, è la trombolisi sistemica che ha dimostrato la capacità di ridurre la mortalità e la disabilità dei pazienti trattati se somministrata entro le 4 ore e mezza dall'esordio dei sintomi. A questo proposito un importante risultato del buon funzionamento della rete ictus è garantire a tutti i pazienti candidabili la possibilità di

eseguire la terapia trombolitica consentendo l'arrivo alla stroke unit di primo o secondo livello in tempi utili.

Nel periodo 2010-2013, si è assistito a un costante incremento del numero di trombolisi praticate da parte delle unità sia di 1° livello che di 2° livello ed è da sottolineare come con l'attivazione della rete, avvenuta nel 2010, i trattamenti trombolitici siano stati praticati sin dal primo anno presso tutte le unità ictus individuate.

Tale incremento, oltre all'immediata disponibilità dei centri a fornire adeguati trattamenti, è riconducibile alla condivisione di un unico protocollo diagnostico-terapeutico su base regionale, di assoluta importanza per la precocità nella diagnosi finalizzata all'invio dei pazienti a centri idonei evitando inutili e potenzialmente dannosi passaggi intermedi.

Tabella 8.3 - Trombolisi effettuate nelle Unità di I° e di II° livello del Veneto e variazione annuale. Anni 2009-2013. (Fonte: UOC di Neurologia del Veneto)

Tipologia centro	2009		2010		2011		2012		2013	
	n.	n.	Δ	n.	Δ	n.	Δ	n.	Δ	
Unità I° livello	77	146	90,0%	235	61,0%	231	-2,0%	274	19,0%	
Unità II° livello	192	211	10,0%	266	26,0%	344	29,0%	406	18,0%	
Totale	269	357	33,0%	501	40,0%	575	15,0%	680	18,0%	

Nota: attivazione della rete dal 1.1.2010.

312

Quanto emerso in termini di attività dei centri deputati all'effettuazione dei trattamenti trombolitici a seguito dell'istituzione della rete integrata per la gestione dell'ictus in fase acuta, alla luce dell'importante incremento dei trattamenti, più che raddoppiati nei primi quattro anni di attività, conferma la validità di tale modello assistenziale, peraltro ripreso nella bozza di regolamento per gli standard ospedalieri di cui alla Legge 135/2012, e l'importanza di corrette campagne informative sul corretto accesso ai servizi di emergenza/urgenza da parte della cittadinanza, imprescindibile in tutte le patologie acute tempo dipendenti.

Il percorso normativo regionale si è poi completato e con l'istituzione di un apposito percorso formativo rivolto a tutti gli operatori della fase acuta dell'ictus, di cui alla DGR n. 495 del 16.4.2013 denominata "Progetto formativo rivolto alle figure professionali che operano nell'ambito della fase acuta dell'ictus".

Tale iniziativa si è configurata come una formazione sul campo, che, oltre a un'iniziale mappatura delle competenze nel corso di una giornata di didattica frontale, ha previsto lo svolgimento di procedure presso le Unità Ictus di II livello con il rilascio di una certificazione delle competenze acquisite.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 4198 del 30 dicembre 2008](#). Istituzione della rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta nella Regione Veneto.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 4198 del 30.12.2008](#). Linee di indirizzo per la gestione della fase post-acuta dell'ictus

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 495 del 16 aprile 2013](#). Progetto formativo rivolto alle figure professionali che operano nell'ambito della fase acuta dell'ictus.

Approfondimenti

[L'ictus in Veneto](#). Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, dicembre 2013.

[Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare](#). Quaderni del Ministero della Salute n. 14, marzo-aprile 2012.

[SPREAD Stroke prevention and Educational Awareness Diffusion. Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento](#). V edizione. (2007).

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Controlli Governo e Personale SSR

Coordinamento Regionale Controlli Sanitari Appropriatezza, liste di attesa e sicurezza del paziente

Pass. Gaudenzio 1 - 35131 Padova

Telefono: 041 2793488

8.4. Rete IMA

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

Allegato A. Paragrafo 3.2.4. La programmazione regionale individua come obiettivo strategico il consolidamento delle reti cliniche, tra le quali la rete dell'infarto miocardico acuto (IMA).

Quadro di sintesi

La rete di assistenza ai pazienti con infarto acuto del miocardio (IMA) è organizzata secondo il modello Hub and Spoke, con centri di riferimento e periferici coordinati tra loro, e la condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi intra-ospedalieri.

Nell'ultimo decennio si è verificato un sostanziale aumento dei soggetti con IMA sottoposti ad angioplastica coronarica, soprattutto nelle classi di età più giovani e nel sesso maschile. Nel caso di infarto con sopraslivellamento del tratto ST, la percentuale complessiva di pazienti trattati entro 24 ore è salita al 63%.

L'attenzione dimostrata dalla programmazione sanitaria regionale nei confronti delle malattie cardiovascolari è testimoniata dal recepimento, nel corso del 2002, come prima regione in Italia, della Legge n. 120 del 03.04.2001 sull'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in sede extraospedaliera anche da parte di personale sanitario non medico e di personale non sanitario con specifica formazione nel campo della rianimazione cardiopolmonare.

Successivamente l'approccio alle malattie cardiovascolari e delle sindromi coronariche acute è stato oggetto di una serie di studi tecnici sulla gestione extraospedaliera dell'infarto miocardico acuto, in considerazione dell'efficacia della trombolisi precoce e dell'angioplastica primaria nel ridurre significativamente la mortalità.

Nel corso del 2004 è stato formalmente adottato il documento denominato "Istituzione della Rete interospedaliera per il trattamento dei pazienti affetti da infarto miocardico acuto nell'ambito di una strategia terapeutica integrata (Fibrinolisi ed Angioplastica)", con il contestuale avvio di una campagna di informazione finalizzata ad un miglior uso del Sistema 118. Allo stesso tempo è stato definito un percorso comune per i soggetti attori della rete IMA.

Nel corso del 2007 è stata infine istituita la Commissione Regionale "Rete interospedaliera e trattamento delle Sindromi Coronariche Acute (SCA)", che ha individuato come obiettivo primario la gestione appropriata dei soggetti con IMA, indipendentemente dal luogo dove viene formulata la diagnosi, nell'ottica della piena equità di accesso al servizio più appropriato indipendentemente dal luogo presso il quale il paziente si trova al momento dell'evento.

Per poter raggiungere l'ambizioso obiettivo di una gestione dei pazienti con sindrome coronarica acuta secondo criteri di efficacia e appropriatezza, la strategia era basata sulla riduzione dei tempi di accesso dei pazienti al trattamento, alla maggior diffusione dell'uso della trombolisi precoce e all'aumento del numero delle rivascolarizzazioni coronariche garantendo l'accesso all'angioplastica.

Si è optato per la realizzazione di una rete assistenziale interospedaliera coinvolgente tutte le strutture operanti in ambito regionale secondo il modello organizzativo "Hub and Spoke", con la presenza di centri di riferimento (Hub) e di centri periferici (Spoke) coordinati tra di loro, in applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi interospedalieri condivisi e periodicamente oggetto di revisioni e aggiornamenti.

Tale rete ha avuto piena applicazione a far data dal 1 gennaio 2008 e il dato complessivo di outcome è suggestivo dell'impatto in termini di salute dell'attivazione della stessa.

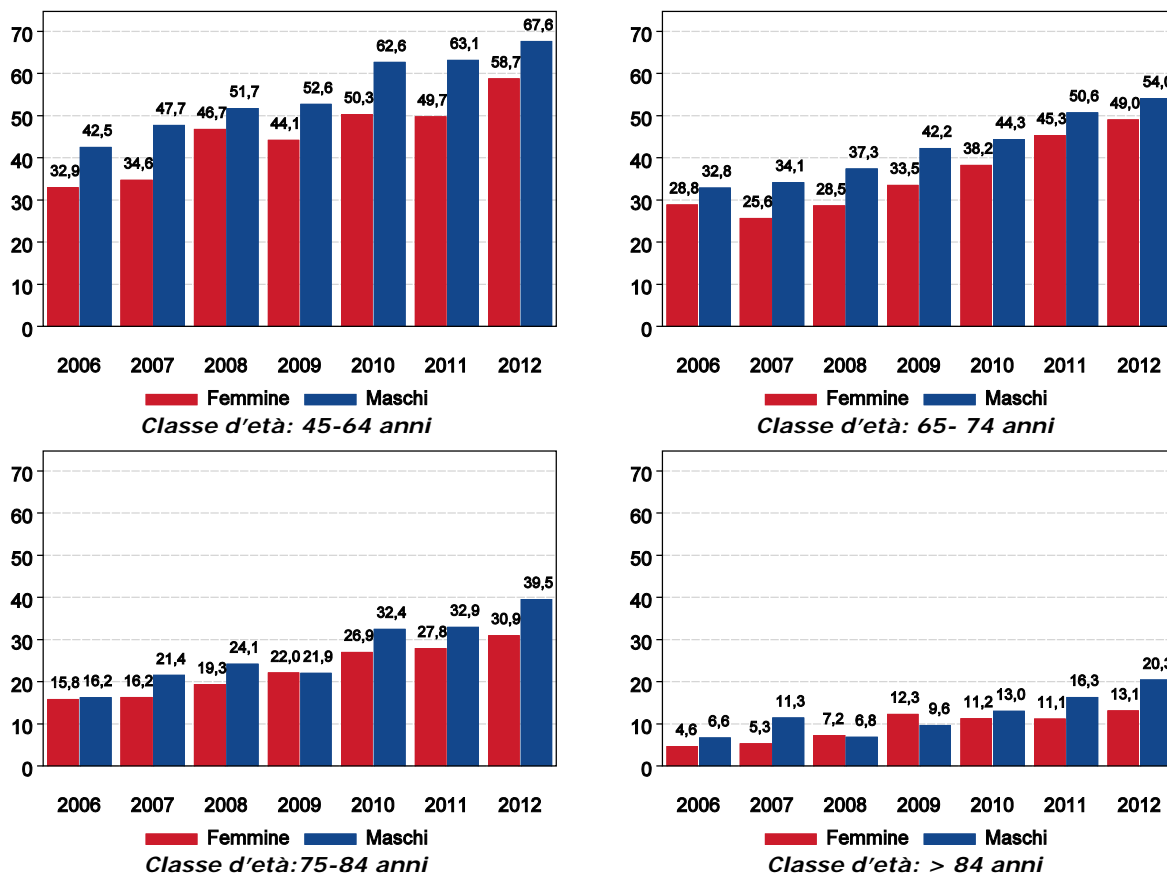
Per quanto concerne l'approccio terapeutico ai pazienti con diagnosi di IMA, dal **2006** al 2012 si è assistito a un progressivo incremento dei soggetti sottoposti a intervento di angioplastica coronarica, sia per gli eventi STEMI che non STEMI, ed è particolarmente rilevante il fatto che la proporzione di eventi di STEMI sottoposti ad angioplastica entro 24 ore sia passata dal 25,2% nel 2006 al 45,7% del 2012, a fronte di una percentuale di rivascolarizzazioni complessiva attestatasi a 62,8% nel 2012 (Tabella 8.4).

Tabella 8.4 - IMA: percentuale di eventi con angioplastica durante l'evento (%) ed entro 24 ore dal suo esordio (% 24 ore), per tipo di infarto. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.

Anno	Tipo infarto								
	Infarto NSTEMI			Infarto STEMI			Totale		
	N	%	% 24 ore	N	%	% 24 ore	N	%	% 24 ore
2006	2.685	37,7	6,6	4.555	45,2	25,2	7.240	42,4	18,3
2007	2.671	37,4	6,9	4.366	47,1	27,3	7.037	43,4	19,6
2008	2.588	37,5	6,5	4.274	50,4	30,9	6.862	45,5	21,7
2009	2.670	37,6	6	4.068	55,2	33,8	6.738	48,2	22,8
2010	2.879	43,9	7,7	3.880	57,2	38,6	6.759	51,6	25,4
2011	2.928	45,1	8,4	3.679	61,9	41,6	6.607	54,5	26,9
2012	3.041	49,8	8,8	3.542	62,8	45,7	6.583	56,8	28,6

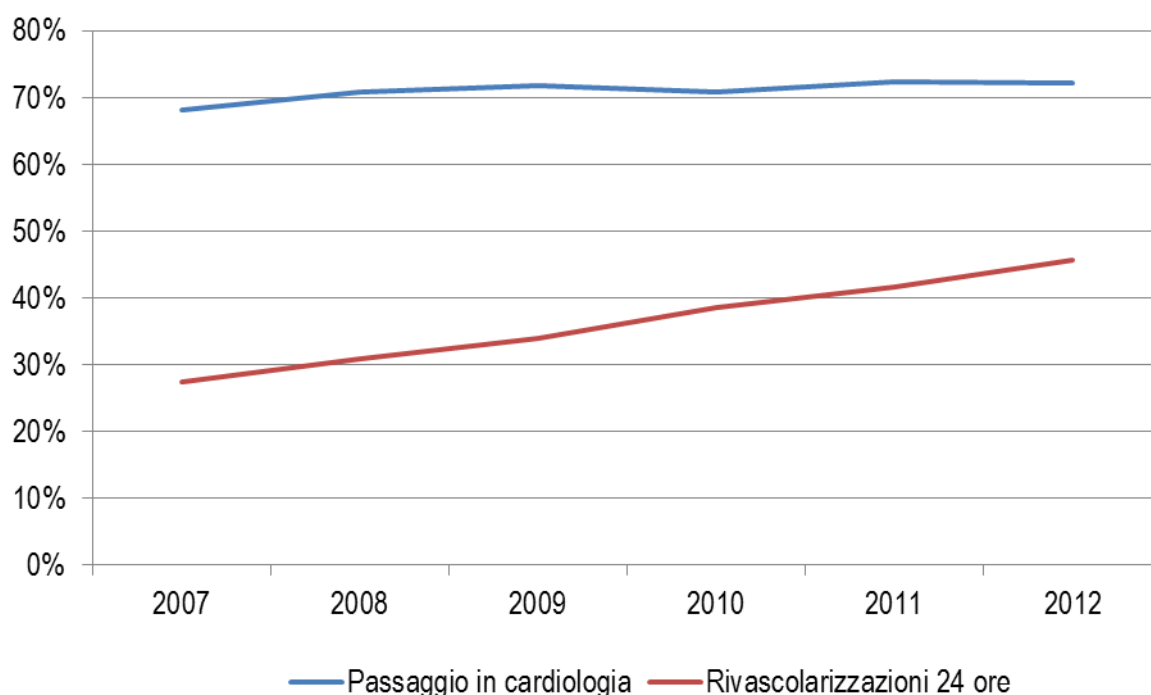
Per quanto riguarda proprio il ricorso all'angioplastica primaria negli eventi STEMI, la cui distribuzione è riportata in Figura 8.6, si evidenzia come essa decresca all'aumentare dell'età, e sia maggiore nel sesso maschile che in quello femminile almeno fino ai 74 anni; entrambi rilievi in linea con la letteratura maggiormente accreditata.

Figura 8.6 - IMA (STEMI): percentuale di eventi con angioplastica entro 24 ore dall'esordio dell'evento (% 24 ore), per sesso e classe d'età. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.



Per quanto concerne le rivascolarizzazioni, si è assistito a un progressivo incremento dei pazienti sottoposti a tale procedura e, dall'istituzione della rete, attiva dal 2008, considerando le rivascolarizzazioni effettuate nel giorno indice, emerge un incremento del 23% delle rivascolarizzazioni praticate complessivamente su base regionale, oltre a un incremento del 5% dei soggetti con IMA con un ricovero in un'unità di Cardiologia (Figura 8.7), dato assolutamente rilevante e indicativo di una sempre maggior appropriatezza nella gestione dell'IMA.

Figura 8.7 - IMA (STEMI): percentuale di eventi con angioplastica entro 24 ore dall'esordio dell'evento (Rivascolarizzazioni 24 ore) e percentuale di eventi transitati per le UO di Cardiologia o Unità Coronarica. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.



317

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 4550 del 28 dicembre 2007](#). Rete integrata interospedaliera per il trattamento in emergenza dell'infarto miocardico acuto (IMA) nella Regione Veneto - Disposizioni applicative.

Approfondimenti

[I ricoveri in Veneto dal 2000 al 2011 - Ospedalizzazione generale e mobilità](#). Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, gennaio 2013.

[I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012](#). Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, febbraio 2014.

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Controlli Governo e Personale SSR
 Coordinamento Regionale Controlli Sanitari Appropriatelyzza, liste di attesa e sicurezza del paziente
 Pass. Gaudenzio 1 - 35131 Padova
 Telefono: 041 2793488

8.5. Rete attività trasfusionali

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

Paragrafo 3.2.4. La programmazione regionale individua come obiettivo strategico il consolidamento delle reti cliniche tra le quali la rete delle attività trasfusionali.

Paragrafo 4.4.4. Tra i Coordinamenti regionali permanenti è compreso il Coordinamento regionale per le Attività Trasfusionali (CRAT).

Quadro di sintesi

Il CRAT (Coordinamento regionale per le Attività Trasfusionali) garantisce il coordinamento della rete trasfusionale regionale attraverso attività di programmazione e controllo tecnico-scientifico sui Dipartimenti Interaziendali per le Attività Trasfusionali (DIMIT), attuando gli obiettivi della Legge 21 ottobre 2005, n. 219 "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati".

L'ambito trasfusionale comprende attività di produzione, volte a garantire la costante disponibilità del sangue e dei suoi prodotti, nonché il raggiungimento dell'obiettivo di autosufficienza regionale e nazionale, e prestazioni di diagnosi e cura in medicina trasfusionale, organizzate in relazione alla complessità della rete ospedaliera pubblica e privata del territorio di competenza.

Gli obiettivi principali del Sistema sangue regionale possono essere declinati come segue:

- l'autosufficienza regionale e nazionale in emocomponenti: autosufficienza interna garantita anche nel corso del 2013 e supporto all'autosufficienza nazionale con trend sostanzialmente stabile;
- l'autosufficienza regionale in plasmaderivati: copertura nel 2013 del 100%, eccetto che per le Immunoglobuline endovena aspecifiche (copertura dell'85-90%);
- la qualità e la sicurezza trasfusionale sviluppata attraverso l'Autorizzazione e l'Accreditamento istituzionale;
- l'ottimizzazione del modello organizzativo integrato su base dipartimentale provinciale;
- lo sviluppo della Rete delle Banche del sangue del cordone ombelicale;
- lo sviluppo della contabilità analitica..

Contesto di riferimento

Il Sistema trasfusionale veneto, nel corso degli ultimi vent'anni, ha costruito una propria identità professionale e scientifica con contenuti significativi che lo collocano al centro dell'attività sanitaria: dall'indispensabilità della trasfusione di emocomponenti, all'innovazione dell'impiego delle cellule staminali emopoietiche. I fondamentali che hanno valorizzato questa disciplina sono riassumibili nella sua *mission*: unitarietà del processo sangue dal donatore al paziente, autosufficienza regionale e nazionale, qualità, appropriatezza, ricerca e sviluppo.

Tuttavia, senza rinunciare alla propria connotazione sanitaria, pena la perdita della sua identità, alcuni aspetti che sono stati indispensabili nella sua fase di crescita (quali il decentramento territoriale e l'aderenza alla struttura ospedaliera/aziendale) hanno avuto necessità di essere rivisitati sperimentando nuovi approcci gestionali, in rapporto alle

diversificate esigenze regionali, in un percorso di efficienza finalizzato alla razionalizzazione delle risorse assegnate.

Il IV Piano Sangue e Plasma Regionale, adottato dal Consiglio Regionale nel 2004, ha previsto una profonda azione riorganizzativa del Sistema trasfusionale veneto su alcuni indirizzi mutuati dal II Piano Sangue Nazionale, dalla normativa europea e dalla normativa di riordino nazionale (allora in progress e ora Legge n. 219/05):

- armonizzare l'autosufficienza intra regionale, in rapporto ad ambiti provinciali di raccolta eccedentari rispetto a sedi di maggior consumo, semplificando lo scambio di emocomponenti fra strutture dello stesso bacino;
- ricondurre ad unitarietà decisionale le attività trasfusionali di tipo produttivo e clinico, superando la frammentazione esistente attraverso l'istituzione dei Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale, con connotazione strutturale, ed il rafforzamento del Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali;
- portare l'organizzazione trasfusionale a sistema attraverso l'implementazione di strumenti gestionali (informatizzazione e analisi dei costi) e regolatori (autorizzazione ed accreditamento) in modo da connotarne un'attività a funzione con certezza di finanziamento e di risultati, in armonizzazione con le normative italiane ed europee, per assicurare il pieno accesso alla risorsa sangue (emocomponenti, plasmaderivati e staminali) in qualità, sicurezza per pazienti e donatori ed economicità.

Autosufficienza regionale e nazionale in emocomponenti

A norma della Legge n. 219/05, l'autosufficienza nazionale è obiettivo non frazionabile finalizzato a garantire a tutti i cittadini uguali condizioni di accesso alla terapia trasfusionale. È inoltre riconosciuta la funzione sovregionale e sovraziendale dell'autosufficienza, cui devono concorrere le Regioni dotandosi di strumenti di programmazione e monitoraggio. La stessa Legge n. 219/05 prevede che le Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) definiscano e monitorino la programmazione annuale in emocomponenti, soprattutto per quanto riguarda le emazie (*driving product*). Il CRAT, quale SRC del Veneto, espleta dunque le funzioni di coordinamento regionale per quanto concerne l'attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti ai fini dell'autosufficienza del sangue e dei suoi prodotti conformemente ad una programmazione annuale preventiva, rapportandosi con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue e con i Dipartimenti Interaziendali per le Attività Trasfusionali (DIMIT). Va sottolineata, anche per il 2013, la capacità della nostra Regione di assicurare l'autosufficienza interna ottenuta grazie al modello a rete adottato che garantisce i bisogni trasfusionali anche nelle realtà dove per l'elevata e qualificata attività sanitaria la raccolta locale non sarebbe sufficiente.

A consuntivo è stata registrata sia una flessione della raccolta (-1,1%) sia del trasfuso (-0,5%), trend simile a quello dei Paesi europei con pari tenore sanitario e attribuibile essenzialmente al miglioramento delle tecniche chirurgiche, alla personalizzazione delle

terapie oncoematologiche e ad una maggiore attenzione nell'uso degli emocomponenti (appropriatezza).

Nel 2013 si è verificata una lieve flessione del supporto all'autosufficienza nazionale (-3,9%) per motivazioni che vanno ricondotte ad un incremento della raccolta (soprattutto Sicilia) nelle Regioni storicamente carenti e di conseguenza ad un minore fabbisogno esterno.

Quindi, l'attività di raccolta correlata al consumo (trasfuso + cessioni extraregionali) si è dimostrata positivamente in linea con la programmazione e del tutto efficace. Tuttavia, nell'ottica di un continuo miglioramento dell'efficienza è stata proposta un'azione sugli Uffici di chiamata, a gestione del Volontariato, per migliorare la correlazione tra bisogni trasfusionali e programmazione della raccolta. Nel corso del 2013, sulla base di quanto stabilito dalla DGR 2220/11, il CRAT ha coordinato un gruppo di lavoro per definire un modello per la gestione della chiamata del donatore che preveda da un lato la puntuale definizione dei bisogni in termini quantitativi e qualitativi, dall'altro l'utilizzo di strumenti evoluti che garantiscano il raggiungimento degli obiettivi definiti.

Di seguito si rappresentano e analizzano alcuni dati di cui al Registro Sangue 2013 relativi ai donatori e all'attività trasfusionale omologa:

Tabella 8.5 – Donatori e attività trasfusionale omologa. Veneto, anno 2013 (Fonte: Registro Sangue 2013)

	Genere		Età						Totale
	M	F	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	over 65	
Aspiranti donatori	15.269	13.155	9.212	7.348	7.019	3.984	859	2	28.424
Donatori sospesi definitivamente	2.122	1.608	542	614	882	777	559	356	3.730
Totale donatori	112.194	47.800	19.282	28.747	45.827	44.025	20.882	1.231	159.994
% su totale	70,1%	29,9%	12,1%	18,0%	28,6%	27,5%	13,1%	0,7%	
Nuovi donatori	11.662	8.991	6.273	5.147	5.288	3.209	727	9	20.653
% su totale donatori (arruolamento)	10,4%	18,8%	32,5%	17,9%	11,5%	7,3%	3,5%	0,7%	12,9%
<i>di cui: alla 1° donaz. non differita</i>	460	325	96	208	225	186	68	2	785
Donatori periodici	105.467	41.446	15.206	25.417	42.542	42.055	20.471	1.222	146.913
% su totale donatori (fidelizzazione)	94,0%	86,7%	78,9%	88,4%	92,8%	95,5%	98,0%	99,3%	91,8%
Donatori iscritti ad associazioni	103.460	43.864	17.846	26.666	42.163	40.477	19.068	1.104	147.324
% su totale donatori (presenza associativa)	92,2%	91,8%	92,6%	92,8%	92,0%	91,9%	91,3%	89,7%	92,1%
Donatori di aferesi	16.708	14.470	2.601	4.718	9.601	10.006	4.062	190	31.178
<i>di cui: donatori di sola aferesi</i>	7.416	10.337	1.621	2.771	5.383	5.609	2.251	118	17.753

Tabella 8.6 – Dati di raccolta. Veneto, anno 2013 (Fonte: Registro Sangue 2013)

Anno 2013 - Dati di raccolta	N. procedure ST	% su Totale	N. procedure UdR	% su Totale	N. procedure TOTALI
Sangue intero	221.192	78,9%	38.160	94,0%	259.352
Plasmaferesi	49.281	17,6%	2.452	6,0%	51.733
Piastrinoferesi	333	0,1%			333
Eritro-Piastrino aferesi	735	0,3%			735
Eritroaferesi doppia unita'	6	0,0%			6
Plasma-Piastrino aferesi	5.482	2,0%			5.482
Plasma-piastrino aferesi in unica sacca	2.902	1,0%			2.902
Eritro-Plasma aferesi	64	0,0%			64
Piastrino aferesi doppia unita'	249	0,1%			249
Eritro-Plasma-Piastrino aferesi	17	0,0%			17
Cellule staminali da aferesi	87	0,0%			87
Granulocitoaferesi	3	0,0%			3
Linfocitoaferesi	8	0,0%			8
Totale	280.359	100%	40.612	100%	320.971
% tipo raccolta / TOT.	87%		13%		100%

ST = Strutture Trasfusionali
 UdR = Unità di Raccolta (AVIS)

Tabella 8.7 – Dati di consumo interno, Veneto, anno 2013 (Fonte: Registro Sangue 2013)

Anno 2013 - Dati di consumo interno	N. unità trasfuse	N. pazienti trasfusi	N. unità eliminate	% unità eliminate per scadenza/Tot. Eliminate
1 - Sangue intero	3	3	2.657	0,5%
2 - Emazie concentrate	0	0	1	0,0%
25 - Emazie concentrate leucodeplete pre-storage	171.169	38.071	5.874	44,0%
3 - Emazie concentrate private del buffy-coat e risospese in soluzioni additive	62.798	19.120	1.615	39,2%
32 - Emazie da aferesi	142	91	5	20,0%
67 - Emazie da aferesi leucodeplete pre-storage	602	472	48	22,9%
12 - Piastrine da piastrinoaferesi	171	82	40	90,0%
13 - Piastrine da aferesi multipla	1.290	497	131	56,5%
43 - Piastrine da aferesi multipla leucodeplete pre-storage	5.543	1.354	506	44,5%
68 - Piastrine da piastrinoaferesi leucodeplete pre-storage	573	279	46	87,0%
7 - Plasma fresco congelato da sangue intero (peso medio unità': 272 Gr.)	10.111	2.182	5.603	0,6%
8 - Plasma recuperato congelato entro 72 ore	0	0	1.239	4,1%
5 - Plasma da plasmaferesi (peso medio unità': 526 Gr.)	18.806	4.374	2.550	3,7%
6 - Plasma da aferesi multipla (peso medio unità': 388 Gr.)	246	170	309	3,6%
26 - Plasma privo di crio	0	0	8	62,5%
14 - Crioprecipitato	5	1	8	37,5%
15 - Cellule staminali emopoietiche periferiche (aliquote)	126	61	2	0,0%
16 - Concentrato granulocitario da aferesi	3	2	0	
17 - Linfociti da aferesi	4	3	0	
18 - Buffy coat	0	0	138.826	76,6%
36 - Gel di piastrine	269	29	10	60,0%
19 - Piastrine da pool di buffy-coat	9.509	2.311	1.957	83,9%
22 - Sangue intero ricostituito	3	2	1	0,0%
34 - Emazie concentrate ad uso pediatrico	2.390	1.064	395	50,6%
55 - Piastrine concentrate ad uso pediatrico da pool di buffy-coat	329	199	32	84,4%
56 - Piastrine concentrate ad uso pediatrico da aferesi	2.899	919	85	84,7%
57 - Plasma ad uso pediatrico	1.165	560	81	50,6%
42 - Plasma di grado farmaceutico	14.300	1.850	0	

Tabella 8.8 – Dati di import e export regionali, anno 2013 (Fonte: Registro Sangue 2013)

Anno 2013 - Dati di import	N. unità acquisite in Regione	N. unità acquisite in altre Regioni	N. unità acquisite dall'Estero	Totale
25 - Emazie concentrate leucodeplete pre-storage	5.339	4	0	5.343
3 - Emazie concentrate private del buffy-coat e risospese in soluzioni additive	5.108	24	0	5.132
67 - Emazie da aferesi leucodeplete pre-storage	19	0	0	19
13 - Piastrine da aferesi multipla	2	0	0	2
43 - Piastrine da aferesi multipla leucodeplete pre-storage	10	0	0	10
5 - Plasma da plasmaferesi (peso medio unità': 526 Gr.)	66 U 38.742 G	0 U 0 G	0 U 0 G	66 U 38.742 G
15 - Cellule staminali emopoietiche periferiche (aliquote)	28	10	31	69
17 - Linfociti da aferesi	0	0	7	7
19 - Piastrine da pool di buffy-coat	13	0	0	13
Totale	10.585	38	38	10.661
AUTOSUFFICIENZA REGIONALE	99,3%			
Anno 2013 - Dati di export	N. unità cedute intra-regione	N. Unità cedute extra-regione	N. unità cedute extra-nazione	Totale
2 - Emazie concentrate	0	1	0	1
25 - Emazie concentrate leucodeplete pre-storage	5.339	6.536	0	11.875
3 - Emazie concentrate private del buffy-coat e risospese in soluzioni additive	5.108	8.907	0	14.015
67 - Emazie da aferesi leucodeplete pre-storage	19	6	0	25
13 - Piastrine da aferesi multipla	2	0	0	2
43 - Piastrine da aferesi multipla leucodeplete pre-storage	10	246	0	256
5 - Plasma da plasmaferesi (peso medio unità': 526 Gr.)	66	0	0	66
15 - Cellule staminali emopoietiche periferiche (aliquote)	5	30	8	43
17 - Linfociti da aferesi	0	5	0	5
19 - Piastrine da pool di buffy-coat	13	225	0	238
Totale	10.562	15.956	8	26.526
AUTOSUFFICIENZA NAZIONALE		60,2%		

Autosufficienza regionale ed interregionale (AIP) in plasmaderivati

Al fine di contribuire al raggiungimento dell'obiettivo prioritario dell'autosufficienza in plasmaderivati si è stipulato fin dal 1998 un Accordo Interregionale per la Plasmaderivazione (AIP), con il Veneto in qualità di Regione Capofila, che ha permesso condizioni contrattuali più favorevoli ed un più elevato livello di autosufficienza degli aderenti grazie all'interscambio dei prodotti.

E' compito assegnato al CRAT predisporre una programmazione riguardante il fabbisogno degli emoderivati che porta alla formulazione di due Piani di distribuzione di plasmaderivati, uno extraregionale riguardante l'AIP e uno intra regionale per le Farmacie delle Aziende sanitarie. Durante l'anno, il CRAT gestisce, all'interno di un applicativo appositamente sviluppato, tutte le richieste di farmaci plasmaderivati delle 11 Regioni e Province Autonome aderenti all'AIP e gestisce *on line* gli ordini, attraverso l'area riservata del proprio sito web. Il risultato operativo dell'attività 2013 è stata una copertura della richiesta interna del 100% dei medicinali plasmaderivati oggetto del paniere dell'attuale Ditta di frazionamento (Kedrion S.p.A.), eccetto che per le Immunoglobuline endovena aspecifiche dove la domanda pubblica viene garantita per volumi variabili tra l'85 ed il 90% complessivi. Ciò porta ad affermare che la nostra Regione ha raggiunto la sostanziale autosufficienza in plasmaderivati, grazie alla lavorazione del plasma dei propri donatori.

Il monitoraggio dell'utilizzo dei plasmaderivati conferma la strategicità dell'azione dei Comitati per il Buon Uso del Sangue (CoBus) e più in generale degli Organismi del DIMT che devono promuovere una più incisiva azione sull'appropriatezza dell'utilizzo degli stessi, in particolare dell'albumina per ricondurne i consumi a volumi analoghi a quelli di gran parte dei paesi europei. Va sottolineato tuttavia che si stanno ottenendo significativi risultati: la stima del CRAT nel 2013 è di una riduzione significativa del consumo di albumina (<350g/1.000 ab.), quindi con valori prossimi a quelli attesi.

324

L'autosufficienza raggiunta, in un contesto di necessaria sostenibilità complessiva, impone valutazioni regionali per un maggior allineamento tra domanda (appropriata) di plasmaderivati e produzione di plasma per il frazionamento industriale e presso i singoli DIMT in termini di contenimento della raccolta in aferesi che, in ogni caso, deve tenere in debita considerazione l'adozione di modelli organizzativi di raccolta coerenti con economie di scala. La DGR 954/13, in recepimento dell'Accordo Stato Regioni n. 149 del 25 luglio 2012 su Linee guida per l'accreditamento delle strutture trasfusionali, ha previsto infatti un incremento dell'efficienza dei separatori da aferesi con un numero di procedure medio superiore a 500/anno e volumi massimi di raccolta di plasma così come storicamente registrati. In tal modo, viene garantita una quasi totale copertura dei bisogni di plasmaderivati senza generazioni di eccedenze difficilmente allocabili nel contesto nazionale o extra nazionale.

Di seguito si rappresentano e analizzano alcuni dati relativi al conferimento del plasma e alla distribuzione di emoderivati nell'anno 2013:

Tabella 8.9 – Dati di conferimento per la plasmaderivazione. Veneto, anno 2013

Anno 2013 - Dati di conferimento per la plasmaderivazione (L)	Plasma da aferesi	% su Totale	Plasma da scomposizione	% su Totale	Plasma TOTALE	% su Totale
DIMT Belluno	632	2,8%	3.452	5,5%	4.084	4,8%
DIMT Treviso	2.700	11,9%	11.234	17,9%	13.934	16,3%
DIMT Venezia	3.415	15,0%	11.588	18,4%	15.003	17,5%
DIMT Rovigo	709	3,1%	4.896	7,8%	5.605	6,5%
DIMT Vicenza	7.403	32,5%	10.308	16,4%	17.712	20,7%
DIMT Padova	1.973	8,7%	10.239	16,3%	12.212	14,3%
DIMT Verona	5.945	26,1%	11.166	17,8%	17.111	20,0%
Totale	22.777		62.883		85.660	
% su AIP	21,2%		26,5%		24,9%	

Tabella 8.10 – Dati di ritiro per Azienda Sanitaria. Veneto, anno 2013

Anno 2013 - Dati di ritiro per Azienda	Albumina (kg)	Immuno-globuline Aspecifiche (kg)	Antitrombina III (U.I.)	FVIII (U.I.)	FIX (U.I.)	Complesso Protrombinico (U.I.)
101-Belluno	35,00	5,50	26.000	25.000	0	42.000
102-Feltre	30,00	4,41	32.000	0	0	48.000
103-Bassano	47,00	3,78	227.000	93.000	0	60.500
104-Alto Vicentino	24,00	18,03	32.000	15.000	0	15.000
105-Ovest Vicentino	22,50	4,04	29.000	75.000	0	76.500
106-Vicenza	116,50	28,07	194.000	1.681.000	16.000	393.500
107-Pieve di Soligo	72,00	9,80	37.000	221.000	90.000	111.000
108-Asolo	46,50	9,00	90.000	2.020.000	0	176.000
109-Treviso	155,00	30,08	576.000	127.000	0	581.000
110-Veneto Orientale	28,00	11,35	149.000	35.000	0	96.000
112-Veneziana	215,50	24,64	784.000	84.000	0	434.500
113-Mirano	47,50	16,26	64.000	0	0	83.000
114-Chioggia	34,00	1,92	266.000	466.000	70.000	40.000
115-Alta Padovana	8,50	13,40	117.000	153.000	37.000	42.500
116-Padova	25,00	6,52	544.000	290.000	101.000	40.000
117-Este	29,50	3,65	96.000	3.000	24.000	67.500
118-Rovigo	61,50	6,75	288.000	8.000	30.000	160.000
119-Adria	16,50	1,55	4.000	12.000	0	17.000
120-Verona	26,50	3,50	0	701.000	709.000	10.000
121-Legnago	15,00	7,63	0	0	0	0
122-Bussolengo	18,00	4,16	0	17.000	2.000	3.500
AO PADOVA	213,50	33,68	2.250.000	178.000	0	290.000
AOUI VERONA	300,00	72,26	160.000	1.108.000	160.000	400.000
Totale	1.587,50	319,94	5.965.000	7.312.000	1.239.000	3.187.500
% su AIP	22,0%	27,3%	25,7%	27,7%	39,8%	22,9%

U.I. = Unità Internazionali

Qualità e sicurezza nel Sistema trasfusionale

Nell'ambito di quanto previsto dalla Legge regionale n. 22/02, la Giunta Regionale ha provveduto per le strutture del Sistema trasfusionale alla definizione dei requisiti minimi specifici di Autorizzazione all'esercizio e di quelli per l'Accreditamento istituzionale, inclusi gli indicatori di verifica dell'attività svolta.

Sulla base del programma già a suo tempo delineato dalla Giunta Regionale (DGR 3675/08 e DGR 755/11, integrato da quanto previsto dalla DGR 954/13 con specifico riferimento alla formazione obbligatoria prevista per il personale che opera nella raccolta e selezione del donatore) è stata completata nel 2013 la verifica del possesso dei requisiti minimi specifici di Autorizzazione all'esercizio nelle strutture del Sistema trasfusionale regionale, incluse le Unità di Raccolta gestite da AVIS nelle Province di Padova, Treviso e Venezia. Quasi tutte le strutture trasfusionali pubbliche risultano già accreditate, mentre per quelle convenzionate il programma si completerà nel corso del 2014.

La Regione del Veneto ha recepito ed implementato i contenuti della normativa nazionale di derivazione comunitaria sulle norme e specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali e la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi.

Alla luce delle attività in gran parte concluse nel corso del 2013, la nostra Regione risulta conforme alle norme nazionali in tema di requisiti minimi di qualità previsti per le strutture del Sistema trasfusionale. Tale risultato è importante ai fini del prossimo avvio delle nuove gare della plasmaderivazione (adeguamento allo standard Plasma Master File) per permettere alla nostra Regione di accedere alle migliori opportunità offerte dalle Ditte autorizzate alla lavorazione del plasma nazionale.

Il modello organizzativo dipartimentale

La progettazione del DIMT (Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale) è stata esaustiva di indirizzi, azioni e verifiche; il supporto normativo investe sia la connotazione organizzativa, sia gli aspetti gestionali, inclusa l'istituzione e avvio del Finanziamento Regionale per le Attività Trasfusionali (FRAT), sia gli aspetti della informatizzazione (Sistema Informativo Trasfusionale Regionale), sia gli aspetti dell'Autorizzazione ed Accreditamento istituzionale.

Le Aziende Sanitarie hanno ottemperato all'attivazione degli aspetti formali (organismi istituzionali del DIMT), riscontrando, tuttavia, oggettive difficoltà in alcune realtà nel superamento della condizione di funzionalità a fronte della proposta di strutturalità per il DIMT, soprattutto per quanto attiene alla gestione del personale.

Con l'avvio del FRAT, è stata prevista la corresponsione in via previsionale del finanziamento alle Aziende di riferimento del DIMT, vincolandolo in prospettiva al raggiungimento di una serie di obiettivi annuali, i cui contenuti sono riconducibili a:

- organizzazione su base dipartimentale delle attività trasfusionali, finalizzata alla garanzia dell'autosufficienza, nonché al raggiungimento di criteri di efficienza, efficacia e ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse produttive e definizione della dotazione organica basata sul nuovo modello organizzativo;
- centralizzazione presso l'Azienda di riferimento degli aspetti gestionali ed amministrativi;
- adozione per ogni DIMT di un sistema informatico omogeneo con server unico e connessione verso il sistema informatico del CRAT;
- completamento del percorso di Autorizzazione ed Accreditamento delle strutture del Sistema trasfusionale;
- definizione di programmi di formazione professionale e avvio di percorsi condivisi di standardizzazione e miglioramento dei processi trasfusionali coerenti con l'attivazione del sistema di gestione per la qualità.

Nel quadro dell'autosufficienza, la strategia regionale, confermata negli anni, è quella di un forte impegno nella raccolta pubblica affiancata da una quota significativa, mediamente pari al 15% del totale del sangue intero, assegnata in convenzione al Volontariato dell'AVIS.

L'architettura organizzativa attuale, di cui al IV Piano Sangue e Plasma Regionale, si è dimostrata idonea a garantire gli obiettivi regionali, seppure abbia necessità di una ulteriore evoluzione nei termini di maggiore efficienza che può essere ottenuta grazie all'accentramento delle attività automatizzabili su bacini più ampi rispetto all'attuale logica dipartimentale provinciale.

Con la DGR 954/13 la Giunta Regionale, in adeguamento alle linee nazionali, ha proposto un nuovo modello organizzativo che prevede 7 Centri regionali di lavorazione del sangue intero (1 per ogni DIMT) e 5 Centri regionali per la qualificazione biologica degli emocomponenti (1 per i DIMT di Padova, Venezia, Verona, Vicenza e Treviso; i DIMT di Belluno e Rovigo confluiranno i campioni delle unità da validare rispettivamente a Treviso e Padova), con ciò realizzandosi un incremento dell'efficienza ma, soprattutto, della qualità.

La Rete delle Banche del sangue del cordone ombelicale

La Legge n. 219/05 ha definito un quadro all'interno del quale la donazione e la conservazione del sangue del cordone ombelicale (SCO) si collegano ad usi di tipo solidaristico ed in tal senso i successivi atti applicativi regionali sono stati adottati in conformità all'impostazione che si fonda sulla donazione volontaria, periodica, responsabile, anonima e gratuita del sangue umano e dei suoi componenti.

Ai fini del bancaggio per uso solidaristico sono state istituite sul territorio regionale le Banche pubbliche del cordone ombelicale presso il SIT (Servizio Immunotrasfusionale) dell'ULSS 9 di Treviso, presso il SIT dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona e presso l'Oncoematologia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova cui

afferiscono complessivamente 47 punti nascita. Tra le finalità della rete delle banche di sangue da cordone ombelicale si sottolineano le iniziative, in collaborazione con il Volontariato e le Società scientifiche, per la presentazione alla popolazione, in particolare alle madri donatrici, della donazione solidaristica del sangue da cordone ombelicale attraverso una corretta e chiara informazione in merito all'utilizzo scientificamente fondato e clinicamente appropriato del sangue cordonale.

Le azioni regionali hanno ampliato la possibilità di accedere alla donazione in una logica di rete regionale e si è provveduto alla progressiva applicazione di requisiti di qualità e sicurezza, presso i punti nascita e le Banche stesse, previsti dalle disposizioni normative vigenti e dagli standard tecnici ed operativi condivisi all'interno della rete delle banche.

Vanno perseguite ed intensificate le collaborazioni con le Regioni limitrofe, come già attuato con la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, per il bancaggio presso le Banche regionali dei cordoni raccolti in altre regioni. Si dovrà inoltre perseguire il processo di qualità delle Banche allineando le stesse agli standard di qualità via via proposti a livello internazionale. Va sottolineato che la Banca di Treviso ha acquisito l'accreditamento FACT-NETCORD, mentre quella di Padova sta lavorando per analogo obiettivo.

Di seguito si rappresentano e analizzano alcuni dati relativi allo stato delle certificazioni e degli accreditamenti e all'attività delle Banche del cordone nell'anno 2013:

Tabella 8.11 - Banche SCO Veneto, Veneto, anno 2013

Banche SCO Veneto	N. centri raccolta attivi	% su Totale	Anno inizio attività	Riconoscimento Regionale	Certificazione ISO/Vision	Accreditamento EFI/ASHI del laboratorio tipizzazione HLA	Accreditamento FACT	Invio unità IBMDR
Padova	28	59,6%	1992	si	si	si	NO (Inviata application)	si
Treviso	12	25,5%	1996	si	si	si	si	si
Verona	7	14,9%	2008	si	si	si	NO	si
Totale	47	14,7%						
ITALIA	319			18 si - 1 NO	19 si	19 si	4 si - 15 NO	18 si - 1 NO

Tabella 8.12 – Numero unità bancate e rilasciate al 31/12/2013

N. unità bancate e rilasciate al 31.12.2013	N. unità bancate			% su Totale	N. unità rilasciate			% su Totale
	AlloNF	AlloD	Auto		AlloNF	AlloD	Auto	
Padova	2.485	282	10	67,7%	114	7	0	89,0%
Treviso	1.090	87	0	28,7%	15	0	0	11,0%
Verona	118	27	0	3,5%	0	0	0	0,0%
Totale	3.693	396	10	10,1%	129	7	0	9,5%
ITALIA	37.211	3.087	136		1.283	150	2	

AlloNF = unità di sangue di cordone ombelicale raccolta per trapianto allogeneico da donatore Non Familiare
 AlloD = unità di sangue di cordone ombelicale raccolta per trapianto allogeneico da donatore familiare (Dedicato)
 Auto = unità di sangue di cordone ombelicale raccolta per trapianto Autologo

Tabella 8.13 – Numero unità ad uso allogenic non familiare (AlloNF) caratterizzate al 31/12/2013

N. unità AlloNF caratterizzate al 31.12.2013	N. unità caratterizzate	% su Totale	N. unità non caratterizzate	% su Totale
Padova	2.277	67,2%	208	67,8%
Treviso	999	29,5%	91	29,6%
Verona	110	3,2%	8	2,6%
Totale	3.386	10,4%	307	6,8%
ITALIA	32.673		4.538	

Tabella 8.14 – Unità ad uso allogenic non familiare (AlloNF) raccolte e bancate, anno 2013

Anno 2013 - Unità AlloNF raccolte e bancate	Unità raccolte				Unità bancate				
	N.	% su Totale	Cellularità media (TNCx10 ⁷)	scostamento% vs media	N.	% su Totale	% su raccolte	Cellularità media (TNCx10 ⁷)	scostamento% vs media
Padova	1.806	65,0%	116,5	4%	147	66,2%	8,1%	163,0	2
Treviso	430	15,5%	101,7	-9%	42	18,9%	9,8%	158,0	2
Verona	541	19,5%	104,5	-7%	33	14,9%	6,1%	137,3	1
Totale	2.777	12,3%	111,9		222	10,3%	8,0%	158,2	
ITALIA	22.636				2.163		9,6%		

N.B.: La soglia cellulare minima per il bancaggio delle unità di sangue cordonale è di 120 x 10⁷ di cellule nucleate pre-processazione.

Tabella 8.15 – Unità ad uso allogenic dedicato (AlloD) raccolte e bancate. Veneto, anno 2013

Anno 2013 - Unità AlloD raccolte e bancate	Richieste di raccolta e crioconservazione ricevute		Unità raccolte		Unità bancate		
	N.	% su Totale	N.	% su Totale	N.	% su Totale	% su raccolte
Padova	33	67,3%	28	63,6%	27	62,8%	96,4%
Treviso	9	18,4%	9	20,5%	9	20,9%	100,0%
Verona	7	14,3%	7	15,9%	7	16,3%	100,0%
Totale	49	13,6%	44	14,0%	43	16,6%	97,7%
ITALIA	359		315		259		82,2%

La contabilità analitica nel Sistema trasfusionale regionale ed il Fondo Regionale per le Attività Trasfusionali (FRAT)

Il quadro normativo nazionale, maturato nell'ultimo quinquennio, offre utili riferimenti all'obbligo dell'introduzione della contabilità analitica. Il Veneto ha voluto fortemente tale criterio normativo per poter formulare, al fine di incrementare l'efficienza, il consumo effettivo di risorse per ogni prestazione sia in termini complessivi (il costo per tutte le

prestazioni) che medi unitari (il costo medio per la produzione di una prestazione) a livello dipartimentale e regionale e per poter giungere alla determinazione dei costi standard. Un ulteriore utilizzo dell'elaborazione della contabilità analitica è la oggettiva quantificazione del FRAT: l'ammontare economico è vincolato sulle assegnazioni aziendali con destinazione di erogazione per l'attività trasfusionale.

Il mandato del decisore regionale ha assegnato quindi alla contabilità le seguenti finalità:

- disporre di un sistema di analisi non estemporaneo, ma riutilizzabile nel tempo e in via autonoma presso ogni servizio o dipartimento, a supporto delle attività gestionali assegnate dal CRAT;
- eseguire un'analisi estesa su tutte le attività e prestazioni svolte dai SIT per disporre di una valutazione comparata presso i diversi servizi dei costi per l'esecuzione dei compiti produttivi e di quelli assistenziali;
- disporre di output quantificati (costo degli emocomponenti in scambio interaziendale e del plasma per la produzione di emoderivati), anche per la ridefinizione della politica tariffaria inter e intra regionale.

Con DGR n. 2690/08 è stato avviato il FRAT assegnato alle Aziende individuate quali sedi di riferimento dei DIMT. Il volume del finanziamento è soggetto a revisione annuale, sulla base della proposta del CRAT, applicando il criterio del finanziamento sui costi come da strumento di analisi adottato: la corresponsione è vincolata al raggiungimento degli obiettivi precedentemente descritti, con affidamento al CRAT dei relativi compiti di verifica.

330

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali (CRAT)

Sede: c/o Azienda ULSS 7 Ospedale De Gironcoli, Via Manin, 110 – Conegliano (TV)

Recapiti telefonici: 0438668353; cellulare 3204338656

e-mail: crat.veneto@ulss7.it - antonio.breda@ulss7.it

8.6. Rete oncologica

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

Allegato A. Paragrafo 3.2.4 "Il modello di riferimento a cui il progetto si ispira, anche conformemente a quanto previsto dal Piano oncologico nazionale, è quello di un network assistenziale riconducibile alle reti hub & spoke"

Quadro di sintesi

L'obiettivo principale della Rete Oncologica Veneta è quello di garantire la tempestività nella presa in carico dei pazienti, nel pieno rispetto della sicurezza delle cure erogate e del controllo dell'appropriatezza prescrittiva. Con decreto n. 7 del 4.2.2014 la Regione Veneto ha affidato il Coordinamento della Rete Oncologica Veneta allo IOV IRCCS che dovrà operare in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere Universitarie di Padova e Verona.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2067 del 19.11.2013, la Regione Veneto ha istituito la Rete Oncologica Veneta (ROV), il cui obiettivo principale della Rete Oncologica Veneta è quello di garantire la tempestività nella presa in carico dei pazienti, adeguati livelli di cura e di continuità dell'assistenza, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, assicurando un'informazione capillare alla cittadinanza in considerazione del fatto che, indipendentemente dalle modalità di accesso alle cure oncologiche e dal luogo di residenza, a ogni cittadino devono essere comunque fornite le migliori cure limitandone per quanto possibile i trasferimenti, nel pieno rispetto della sicurezza delle cure erogate, una risposta adeguata al fabbisogno regionale oltre al controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Altri obiettivi di non secondaria importanza della Rete Oncologica Veneta sono quelli di:

- garantire al paziente oncologico il miglior trattamento attraverso un percorso di cura multidisciplinare e multiprofessionale di continuità di cura ospedale-territorio, in tutto il territorio regionale, che risponda ai criteri dell'EBM (*evidence-based-medicine*) secondo la metodologia HTA (*health technology assessment*);
- fornire un sistema informatico comune per la condivisione di strumenti e informazioni del malato oncologico sia nel percorso ospedaliero che territoriale;
- identificare i centri di eccellenza regionali per specifiche patologie oncologiche tenendo conto dei volumi minimi di attività a garanzia della sicurezza dei pazienti;
- supportare l'aggiornamento della dotazione tecnologica per la radioterapia oncologica;
- promuovere la preparazione dei chemioterapici antitumorali a livello centralizzato attraverso l'attivazione dei centri UFA (Unità Farmaci Antitumorali);
- definire e condividere i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per i vari tipi di tumore e attivare sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio

dell'appropriatezza di percorsi di cura e del trattamento oncologico, orientati alla qualità e alla sicurezza del paziente;

- favorire e stimolare la partecipazione a programmi di ricerca e di sperimentazioni cliniche in oncologia;
- definire percorsi di cura integrati per i malati oncologici anziani, in accordo a quanto previsto dal Piano Oncologico Nazionale 2010-13, e dall'Osservatorio Nazionale di Oncogeriatría, di recente istituzione;
- facilitare l'adesione a programmi di continuità di cura sul territorio e la riabilitazione oncologica;
- definire i costi standard per PDTA per patologia;
- facilitare i programmi di screening, diagnosi precoce per i vari tipi di tumore.

Con decreto n. 7 del 4.2.2014 la Regione Veneto ha affidato il Coordinamento della Rete Oncologica Veneta allo IOV IRCCS che dovrà operare in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere Universitarie di Padova e Verona. Il Coordinamento Regionale della Rete Oncologica del Veneto (CROV), di durata biennale, afferisce direttamente al Direttore Generale dell'Area sanità e Sociale Regionale per la Sanità. La ROV si articola in una serie di Poli Oncologici individuati presso gli Ospedali di riferimento provinciale con un bacino d'utenza di 1.000.000 di abitanti:

- Ospedale di Treviso (ULSS di Belluno, Feltre, Pieve di Soligo, Asolo e Treviso);
- Ospedale di Vicenza (ULSS di Bassano del Grappa, Alto Vicentino, Arzignano e Vicenza);
- Ospedale di Mestre (ULSS di Veneto Orientale, Venezia, Mirano e Chioggia);
- Az. Osp. di Padova (ULSS di Cittadella, Padova, Este, Rovigo e Adria);
- Az. Osp. Univ. Integr. di Verona (ULSS di Verona, Legnago e Bussolengo).

Per dare concreta attuazione al lavoro di programmazione, integrazione, innovazione tecnologica, formazione dei professionisti e sviluppo informativo che stanno alla base dello sviluppo della Rete Oncologica Veneta sono stati da subito attivati i seguenti gruppi di lavoro:

- Farmaci innovativi;
- Rete di Biobanche;
- Gruppo di lavoro: Diagnostica Molecolare;
- PDTA per le seguenti patologie:
 - Colon-retto
 - Polmone
 - Mammella (in collegamento con il progetto Prihta)
 - Prostata
 - Rene
 - Melanoma
 - Sarcoma
- Consulta del Volontariato.

Il ruolo dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCSS

Come riportato nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016, all'Istituto Oncologico Veneto - IRCSS, di cui alla legge regionale 22 dicembre 2005, n. 26, è assegnato il ruolo di centro "Hub" per il coordinamento, in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, delle attività di alta specializzazione ed eccellenza e per altre attività condotte per conto delle Aziende ULSS del territorio.

Oltre al ruolo di coordinamento della ROV, attraverso il Coordinamento della Rete Oncologica Veneta (CROV), è opportuno che tale Istituto, anche per rispondere alla "mission" di IRCSS, si caratterizzi con un progetto di "Medicina Oncologica Personalizzata" al fine di poter perseguire reali criteri di appropriatezza e applicare in modo ancor più appropriato le linee guida maggiormente accreditate; è imprescindibile giungere all'assoluta personalizzazione delle terapie con una completa presa in carico del paziente oncologico. In tal direzione va l'istituzione di un "network" regionale accreditato di Biobanche e laboratori di diagnostica molecolare oncologica, coordinato dallo IOV, a garanzia di una conservazione ottimale del materiale e basilare perché l'attività di studio di ricerca delle neoplasie sia pienamente applicabile nel contesto assistenziale.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della giunta regionale n. 2067 del 19 novembre 2013](#). Istituzione della Rete Oncologica Veneta (ROV). Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. [Deliberazione n. 112/CR del 12 agosto 2013](#).

Approfondimenti

<http://www.ioveneto.it/index.php>

Recapiti per ulteriori informazioni

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

Istituto Oncologico Veneto
Coordinamento Rete Oncologica Veneta
Via Gattamelata, 64 35128 Padova
Telefono: 049 8215530049
e-mail: oncologia2@ioveneto.it

8.7. Rete emergenza urgenza

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

Allegato A. Paragrafo 3.2.4 Le reti cliniche integrate anche con il Territorio, Rete emergenza-urgenza, pag. 68-69. "In conformità all'indirizzo programmatico sulla definizione di reti assistenziali, è necessario rivedere il ruolo del pronto soccorso e l'organizzazione del 118, con centrali operative su base provinciale, che dovranno fungere da cerniera con il Territorio, favorendo forme di precoce presa in carico dei pazienti con codice di diagnosi bianchi da parte dell'assistenza territoriale. Quest'ultima dovrà essere organizzata per fornire una risposta per tutto l'arco delle 24 ore. Inoltre, al fine di migliorare l'accessibilità dei pazienti al sistema, si favoriranno modelli organizzativi che prevedono la presenza dei medici di continuità assistenziale presso o in modo contiguo al pronto soccorso per una più appropriata gestione degli accessi."

Quadro di sintesi

Gli accessi al pronto soccorso variano in base alla ULSS, alla stagionalità e alla presenza di località turistiche.

Accedono di più i maschi e le persone in fascia prescolare ed anziana, nel 2013 in Veneto ci sono stati in media 295 accessi per 1000 abitanti.

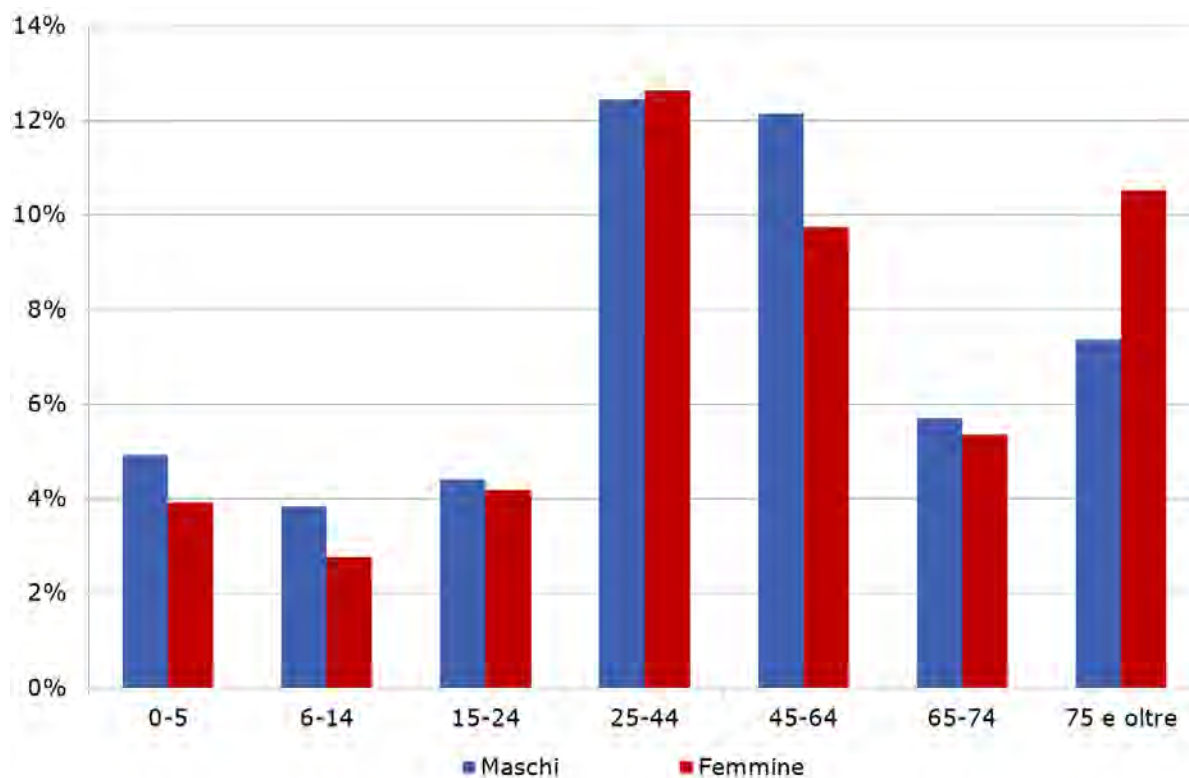
I motivi di accesso sono registrati per la maggior parte come motivi generali, a seguire i più frequenti sono per trauma o ustione e dolore addominale. Le analisi e le visite eseguite sui pazienti sono di diverso tipo e in numero differente tra le ULSS.

334

Gli accessi alle strutture regionali

Nel 2013 sono stati registrati 1.786.175 accessi al pronto soccorso in tutto il territorio del Veneto; per accesso si intende ogni ingresso al pronto soccorso (una stessa persona può essersi recata al pronto soccorso più volte nel corso di un anno o anche di uno stesso giorno). Nel 51% dei casi chi si reca al pronto soccorso è maschio, nel 49% femmina, con differenze sostanziali nelle diverse fasce d'età (Figura 8.8).

Figura 8.8 – Distribuzione percentuale degli accessi al pronto soccorso per età e sesso. Veneto, anno 2013
(Fonte: SER).



In Tabella 8.16 è riportato il numero di accessi per Azienda di erogazione. Si può vedere come per alcune Aziende, soprattutto nei territori interessati da rilevanti flussi turistici, una quota consistente sia rappresentata da residenti fuori ULSS; è però da segnalare che per alcune Aziende vi sia una quota rilevante di record con informazioni incomplete sulla residenza dell'utente.

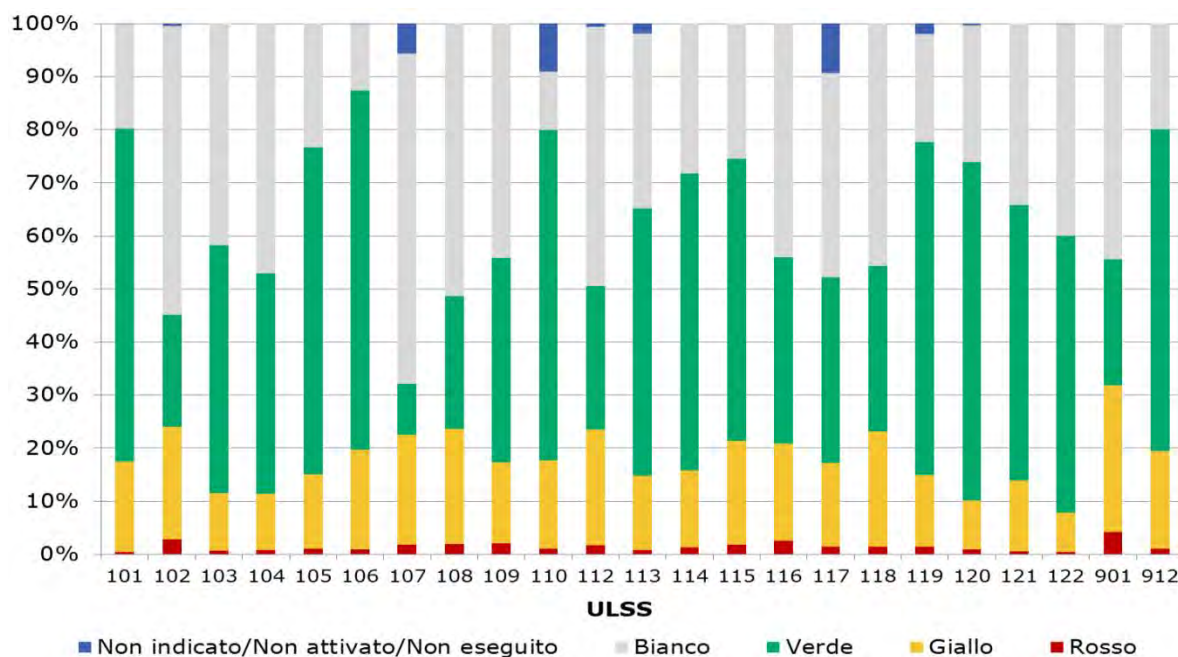
Tabella 8.16 – Accessi totali per ogni ULSS e percentuale di accessi dei residenti per ogni ULSS. Veneto, anno 2013 (Elaborazioni SER su DWH Regionale).

ULSS	Accessi totali	% residenti sul totale degli accessi
101-Belluno	72.593	71,4%
102-Feltre	27.493	75,0%
103-Bassano del Grappa	65.585	84,3%
104-Alto Vicentino	55.629	91,5%
105-Ovest Vicentino	63.153	90,9%
106-Vicenza	103.615	88,2%
107-Pieve di Soligo	75.077	90,8%
108-Asolo	65.196	88,6%
109-Treviso	110.080	89,4%
110-Veneto Orientale	93.453	77,7%
112-Veneziana	115.507	79,6%
113-Mirano	78.160	87,1%
114-Chioggia	24.585	83,6%
115-Alta Padovana	65.362	85,7%
116-Padova	189.879	80,1%
117-Este	56.104	90,2%
118-Rovigo	67.527	74,7%
119-Adria	41.619	64,9%
120-Verona	200.060	75,1%
121-Legnago	68.829	79,9%
122-Bussolengo	146.669	65,5%
Totale Regione	1.786.175	80,7%

Gli accessi per le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona sono stati aggregati a quelli delle ULSS 16 e 20 rispettivamente.

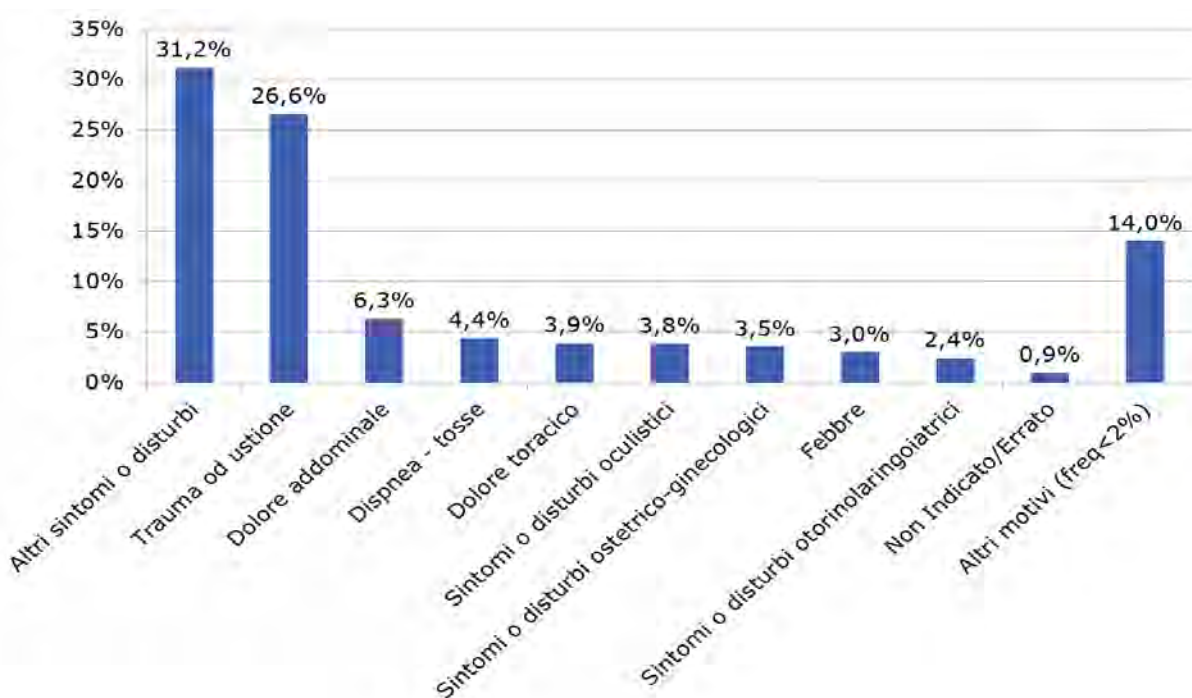
La codifica del triage è diversificata nelle ULSS: alcune hanno una quota consistente di triage Verde, altre di Bianco; se si considerano insieme la quota di accessi varia dal 71,8% (Pieve di Soligo) al 92% (Bussolengo). La percentuale di triage Giallo varia tra il 7,4% (Bussolengo) e il 27,7% (Az. Osp. Padova), mentre il rosso varia tra lo 0,4% (Belluno) e il 4,2% (Az. Osp. Padova).

Figura 8.9 – Ripartizione percentuale del triage nelle ULSS. Veneto, anno 2013 (Fonte: SER).



I motivi per i quali le persone si recano al pronto soccorso sono molto diversi: per il 31,2% si indicano motivi generali. A seguire il 26,6% dei casi accede al pronto soccorso per trauma o ustione, il 6,3% accede per dolore addominale, il 4,4% per dispnea-tosse, per tutti gli altri motivi la frequenza è minore del 4% (le analisi per i motivi di accesso sono state svolte sulle 17 ULSS che hanno riportato una percentuale soddisfacente di codifiche corrette).

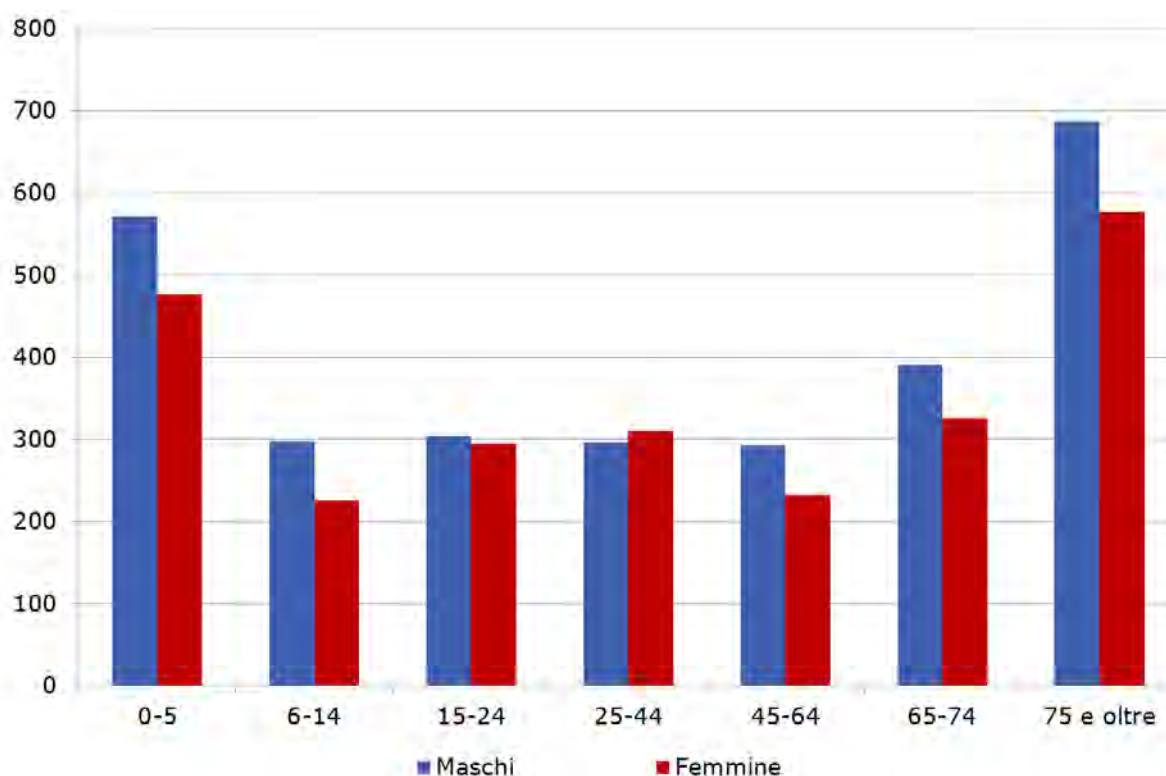
Figura 8.10 – Motivi di accesso al pronto soccorso in percentuale. Veneto, anno 2013 – 17 ULSS (Fonte: SER).



Tassi di accesso nella popolazione residente

I tassi di accesso (numero di accessi dei residenti in ciascuna ULSS rapportati alla popolazione) sono particolarmente elevati tra i bambini in età prescolare, soprattutto maschi. I tassi sono peraltro maggiori nel sesso maschile in tutte le classi di età, tranne quella riproduttiva. I tassi di accesso iniziano a salire dopo i 65 anni, ma la crescita è particolarmente elevata negli ultra 74-enni (Figura 8.11).

Figura 8.11 – Tassi di accesso al pronto soccorso dei residenti nelle ULSS per 1000 abitanti per età e sesso. Veneto, anno 2013 (Fonte: SER)



La distribuzione dei tassi osservati di accesso nelle varie ULSS mostra un'ampia variabilità: si passa da un minimo di 219,1 accessi per 1000 abitanti in ULSS 15 Alta Padovana, a un massimo di 413,0 accessi per 1000 abitanti in ULSS 1 Belluno (Tabella 8.17).

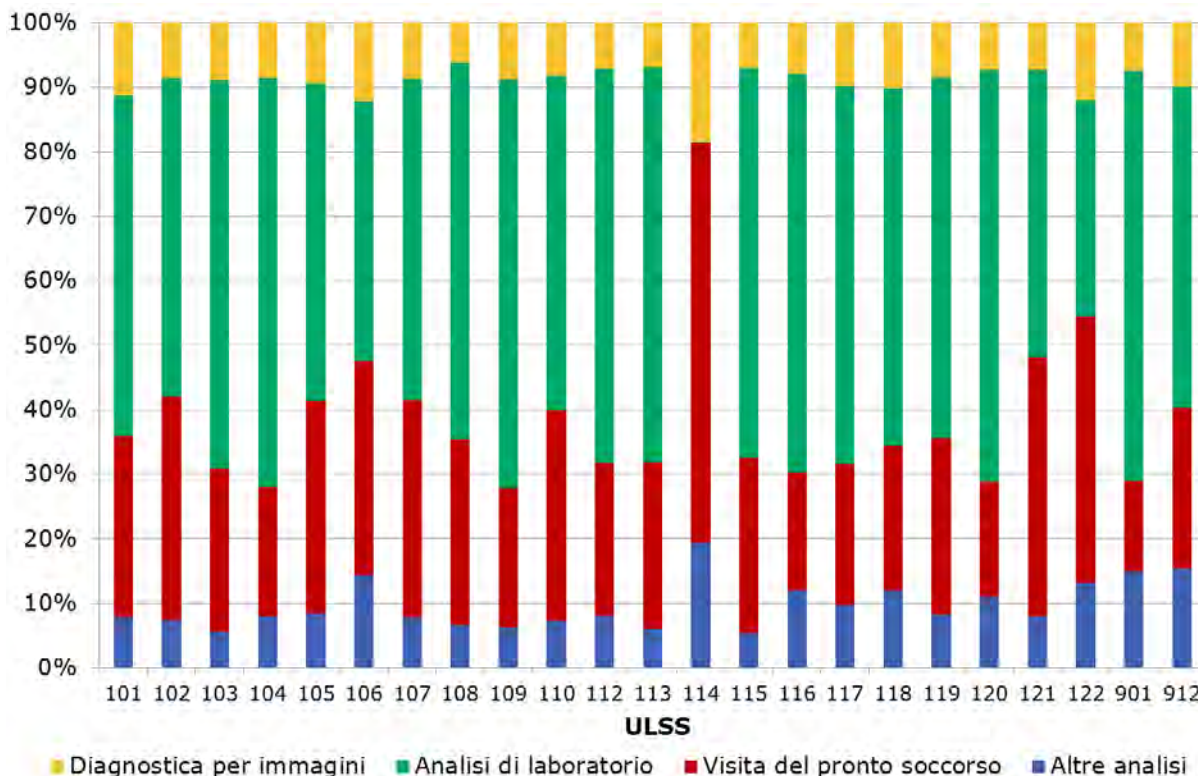
Tabella 8.17 – Affluenza al pronto soccorso della popolazione residente nelle diverse ULSS, popolazione e tasso per 1000 abitanti. Veneto, anno 2013 (Fonte: SER).

ULSS	Accessi	Popolazione al 1.1.2013 per ULSS	Accessi per 1000 residenti
101-Belluno	51.824	125.498	413,0
102-Feltre	20.619	83.866	245,9
103-Bassano del Grappa	55.264	179.773	307,4
104-Alto Vicentino	50.924	187.125	272,1
105-Ovest Vicentino	57.403	180.328	318,3
106-Vicenza	91.418	318.195	287,3
107-Pieve di Soligo	68.179	216.573	314,8
108-Asolo	57.737	249.819	231,1
109-Treviso	98.379	414.853	237,1
110-Veneto Orientale	72.614	214.389	338,7
112-Veneziana	91.942	297.517	309,0
113-Mirano	68.062	268.565	253,4
114-Chioggia	20.540	67.512	304,2
115-Alta Padovana	56.015	255.619	219,1
116-Padova	152.003	485.753	312,9
117-Este	50.630	183.875	275,4
118-Rovigo	50.421	171.472	294,1
119-Adria	26.992	73.672	366,4
120-Verona	150.195	463.562	324,0
121-Legnago	55.023	154.015	357,3
122-Bussolengo	96.034	289.775	331,4
Totale	1.442.218	4.881.756	295,4

Prestazioni

Nel 2013 sono state eseguite 13.045.055 prestazioni per gli accessi al pronto soccorso. Per prestazioni si intendono tutte le visite e gli esami che si è ritenuto opportuno eseguire su ogni paziente; in alcuni casi la registrazione dell'effettuazione di analisi di laboratorio è incompleta. La Figura 8.12 descrive la composizione delle diverse tipologie di prestazioni che si eseguono nei pronto soccorsi.

Figura 8.12 – Tipologie di prestazioni eseguite nelle diverse ULSS. Veneto, anno 2013 (Fonte: SER).



Le prestazioni variano in base alla ULSS: piccoli centri hanno meno prestazioni rispetto ad aziende più grosse, chi fa meno prestazioni è Feltre (199.824 prestazioni), mentre l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona è quella che ne fa in numero maggiore (1.099.585 prestazioni).

Anche il numero di prestazioni per accessi presenta una certa variabilità: le prestazioni per ogni accesso variano da 5,2 per Bussolengo a 10,5 per l'Azienda Ospedaliera di Padova, con una media regionale di 7,3 prestazioni per accesso.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

9. Le strutture a supporto

9.1. Il Sistema Informativo integrato: il Fascicolo Sanitario Elettronico

*Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29.6.2012, n. 23)
Allegato A. Paragrafo 4.4.2. La Regione del Veneto dovrà sviluppare, con investimenti specifici, il Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico in raccordo con il livello nazionale.*

Quadro di sintesi

Nel corso del 2013 è stata consolidata l'anagrafe sanitaria regionale per la corretta identificazione degli assistiti e sono state sviluppate le linee di lavoro relative alla dematerializzazione delle ricette e al miglioramento della connettività tra le Aziende Sanitarie.

Nella Regione del Veneto la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è normata dalla DGR 1671/2012 "Realizzazione Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale", che ha tracciato attraverso un accordo quadro tra la Regione Veneto, tutte le Aziende Sanitarie pubbliche ed il consorzio Arsenal.it il percorso per la realizzazione in tre anni dell'infrastruttura base di cooperazione sovra aziendale. Il fine è quello di consentire lo scambio strutturato di dati e documenti finalizzato al supporto dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione tra tutti gli attori regionali, in raccordo con l'infrastruttura nazionale che verrà sviluppata.

L'architettura di riferimento prevede:

- La presenza di un repository dei dati e documenti clinici per ogni azienda sanitaria;
- La presenza di un solo registry (indice) a livello regionale;
- La presenza di un solo motore di policy a livello regionale per l'indicizzazione, la modifica e l'accesso ai dati e ai documenti;
- Un sistema di autenticazione federato che metta in trust i Directory Server delle singole aziende sanitarie;
- La presenza di un'anagrafe unica regionale degli assistiti, propagata alle aziende attraverso un modello master-slave, in cui effettuare anche la raccolta dei consensi generali all'alimentazione e alla consultazione;
- La presenza di una suite di servizi unica e multi sorgente a livello regionale per l'identificazione dei cittadini (non solo gli assistiti della regione veneto, ma qualsiasi cittadino);
- La presenza di un gestore dei sistemi di codifica e delle terminologie unico a livello regionale ma in grado di propagare od esporre in modo strutturato i suoi contenuti;
- Un motore di workflow a livello regionale per la gestione dei processi sovra aziendali.

La realizzazione del Progetto FSE è in continua evoluzione, in relazione anche agli sviluppi previsti dalla normativa nazionale in materia. Nel corso del 2013 l'attività si è sviluppata in modo parallelo sui diversi strati tecnologico-organizzativi con i seguenti risultati.

Connettività: le aziende sanitarie sono ad oggi interconnesse tra di loro attraverso tecnologie di tipo XDSL, sufficienti al trasporto di dati e documenti ma che necessiterebbero di essere potenziate nell'ipotesi di far transitare bioimmagini nei contesti di emergenza-urgenza (ove il tempo rappresenta un fattore critico). Tuttavia per ora si ritiene che lo strato di connettività soddisfi i requisiti minimi per l'implementazione del FSE, seppur un potenziamento di tale strato darebbe la possibilità concreta di attuare nuovi modelli organizzativi e politiche di razionalizzazione dei data center. La questione è complessa in quanto richiede un raccordo con gli interventi nazionali/regionali sulla banda larga, che ricadono fuori dall'ambito specifico della sanità.

Sicurezza e privacy: questo livello progettuale deve assicurare l'autenticazione dei cittadini e degli operatori e la verifica delle policy di sicurezza tra cui le policy sulla privacy. Nel caso di processi sovra aziendali il "*chi-può fare-che-cosa-in-quale-contesto-e-quando*" è gestito da questo strato. Nell'architettura regionale questo livello è ibrido: l'autenticazione è federata, cioè è demandata alle aziende sanitarie locali, mentre la gestione delle policy è centralizzata a livello regionale al fine di evitare interpretazioni ed implementazioni locali difformi dalle policy regionali. Ad oggi il meccanismo di autenticazione federata è stato messo a punto ed è in produzione al fine di gestire l'identificazione degli operatori che partecipano al processo di de-materializzazione della ricetta cartacea (DM 2 novembre 2011). Sul fronte privacy è impegnato un gruppo di lavoro specifico con il compito di definire il modello organizzativo per la raccolta e l'utilizzo dei consensi al trattamento dei dati previsti dal Codice Privacy, sul quale poi andare a sviluppare la soluzione tecnologica.

Identificazione dell'assistito: in questo strato viene affrontata la problematica della corretta identificazione dell'assistito, fondamentale per la strutturazione della storia clinica individuale. A livello regionale l'adozione (ormai consolidata) di un'unica procedura web per la gestione dei processi di scelta e revoca (anagrafe sanitaria regionale) ha fatto fare ai sistemi informativi un forte passo in avanti nell'identificazione degli assistiti. Attualmente è in fase di progettazione un sistema più sofisticato per l'identificazione dei cittadini anche nel caso che non siano assistiti della Regione del Veneto, in cooperazione con il livello nazionale (Sistema TS).

Gestione dei Processi Sovra Aziendali: questo livello di progettazione deve coordinare attori diversi nella gestione di processi comuni. Un ambito applicativo è stato il progetto di de-materializzazione della ricetta cartacea (DM 2 novembre 2011). Tale processo rappresenta infatti uno dei casi più frequenti di processi sovra aziendali: una ricetta prescritta in un ambito territoriale dal un MMG o PLS può essere prenotata ed erogata in un'azienda diversa da quella di afferenza del prescrittore. La gestione per processi rappresenta un naturale enforcement della privacy: è il processo attivo su un

assistito che lo “lega” agli operatori che gli prestano le cure, titolando questi ultimi a vedere dati e documenti necessari per intervenire in modo appropriato.

Documenti Clinici: questo livello progettuale rappresenta la realizzazione del fascicolo sanitario individuale. Al fine di uniformare in sintassi e semantica i documenti clinici prodotti sul territorio regionale è stato creato un gruppo di lavoro specifico che ha sviluppato i criteri di codifica dei referti di medicina di laboratorio. Sono inoltre in corso di definizione le specifiche per la lettera di dimissione.

Fra i servizi già a disposizione dei cittadini per la consultazione dei propri documenti clinici, con il progetto Veneto Escape sono stati implementati i sistemi per il ritiro dei referti online, raggiungendo risultati che variano (al variare dell'azienda sanitaria) dal 30% al 90% di referti consegnati con tale modalità. Qualche azienda (ad esempio la ULSS n.8 di Asolo all'interno del progetto SUSTAINS) sta sperimentando l'accesso del cittadino al dossier sanitario. Molte aziende consentono già agli operatori l'accesso al dossier. Non esiste ad oggi però una modalità di accesso unica ed omogenea per operatori e cittadini sul territorio regionale.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1671 del 7 agosto 2012](#). Realizzazione Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale.

Approfondimenti

[Fascicolo Sanitario Elettronico regionale](#), area dedicata nel Sito Internet del Consorzio Arsenà.IT.

[Fascicolo Sanitario Elettronico](#), area dedicata nel Sito Internet del Ministero della Salute

Recapiti per ulteriori informazioni

Settore Sistema Informatico SSR
Sezione Controlli Governo e Personale SSR
Palazzo Molin – San Polo, 2514 – 30125 Venezia
Recapiti telefonici: 041 2791136
e-mail: lorenzo.gubian@regione.veneto.it

9.2. Le relazioni Socio Sanitarie Internazionali

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

Nel perseguimento degli obiettivi definiti dal Piano Socio-Sanitario 2012-2016, la Regione del Veneto ha approntato apposite strategie rivolte all'incremento delle occasioni di confronto con il contesto europeo ed internazionale al fine di scambiare esperienze di eccellenza, know-how e buone pratiche nonché di individuare linee guida che permettano di mantenere le prestazioni sanitarie erogate ad alti livelli di qualità e garantire una maggiore efficienza ed efficacia delle risorse disponibili.

In particolare, la Regione del Veneto ha consolidato con i principali attori istituzionali a livello europeo ed internazionale una rete di relazioni rivolte alla promozione del sistema socio sanitario regionale attraverso un approccio transnazionale che si articola nella partecipazione ai programmi di finanziamento della UE in ambito socio sanitario; nella creazione di network e partenariati europei; nella presentazione e gestione di progetti coerenti con il PRSS e le priorità della UE; nonché nell'informazione e formazione continue sui programmi ed azioni europee in favore degli operatori sanitari locali.

Quadro di sintesi

Per il conseguimento degli obiettivi fissati dal PSSR 2012-2016, la strategia delle relazioni socio sanitarie internazionali della Regione del Veneto prevede un sistema organizzativo, all'interno dell'Area Sanità e Sociale, che agisce attraverso la collaborazione tra il Settore per le Relazioni Socio-Sanitarie – che si avvale anche di personale presente presso la sede regionale di Bruxelles - e il Coordinamento regionale per il management e la progettazione europea – CReMPE.

Attraverso tale azione coordinata, la Regione del Veneto ha rafforzato la presenza della sanità veneta in Europa e ha individuato, attraverso il confronto con le migliori esperienze sanitarie internazionali, un approccio comune per garantire la tutela della salute a livello locale, ottimizzando le risorse economiche disponibili e mantenendo alti livelli assistenziali, passando dalla logica della salute come spesa a quella della salute come investimento.

Internazionalizzazione del sistema socio-sanitario regionale del Veneto

La partecipazione alle reti di collaborazione e ai network europei

Con l'obiettivo di far dialogare la dimensione sanitaria territoriale e locale con la visione internazionale e multicentrica dell'Unione Europea, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e delle altre Agenzie internazionali di settore, la Regione del Veneto partecipa con i principali stakeholders europei ed internazionali a network e partenariati, sia di carattere tecnico che politico. Ciò ha consentito di assicurare il costante monitoraggio delle politiche sanitarie a livello europeo, nonché la diffusione, la condivisione e il trasferimento delle informazioni e delle esperienze acquisite, in modo da consentire alle strutture sanitarie locali di essere tempestivamente informate sulle principali e più interessanti iniziative politiche e di finanziamento europee ed

internazionali in ambito sanitario. In particolare la Regione del Veneto –Area Sanità e Sociale partecipa alle seguenti reti- network europei:

EuroHealthNet - The european network for public health, health promotion and disease prevention - Sede Bruxelles

La Rete EuroHealthNet si occupa di monitorare lo sviluppo delle politiche sanitarie a livello europeo e nazionale, e di diffondere, condividere e trasferire le informazioni e le esperienze acquisite così da contribuire a migliorare il livello di informazione e di conoscenze sulle opportunità derivanti dalla collaborazione con la Commissione Europea, l'OMS e le Agenzie internazionali in modo da consentire alle strutture sanitarie locali di essere tempestivamente informate sulle principali e più interessanti iniziative europee ed internazionali.

<http://eurohealthnet.eu/organisation/about-eurohealthnet/>

EUREGHA ASBL - European Regional and Local Health Authorities - Sede Bruxelles

La finalità principale della Rete Euregha è quella di incrementare la rappresentanza delle regioni e delle comunità locali accrescendo il loro ruolo presso le Istituzioni europee, contribuendo a rappresentare a livello comunitario le esigenze e le priorità delle comunità locali, attraverso il consolidamento di una piattaforma comune per la discussione e lo scambio di esperienze in materia di Salute pubblica.

<http://www.euregha.net/>

RHN-WHO - Region for Health Network - Sede Copenhagen

La Rete RHN-WHO sostiene e promuove lo sviluppo di politiche e di strategie rivolte al miglioramento della salute a livello regionale allo scopo di aumentare le capacità regionali e locali attraverso un'attività di promozione della salute e di riduzione delle iniquità. I membri dell'RHN promuovono le eccellenze in salute all'interno delle loro rispettive Regioni, anche attraverso lo scambio di risorse e di buone pratiche. Questo scambio reciproco prevede la condivisione di idee, esperienze e modelli sulle strutture, i processi e le competenze essenziali allo scopo di costruire nuove alleanze in salute.

<http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/regions-for-health-network-rhn>

European Observatory on Health Systems and Policy - Sede Bruxelles

L'European Observatory on Health Systems and Policy si propone di raccogliere, elaborare e correlare i dati necessari ad una analisi delle dinamiche dei sistemi sanitari europei e dei più incisivi cambiamenti che ne stanno influenzando la fisionomia normativa in risposta alle nuove esigenze di programmazione, monitoraggio e controllo delle risorse disponibili al fine di assicurare le migliori performance gestionali ed assistenziali e di garantire la continuità di un'assistenza sanitaria di alto profilo e massima efficienza a costi sostenibili.

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>

Le Collaborazioni a gruppi di lavoro europei

CORAL Community of Regions for Assisted Living

Coral è un gruppo informale di regioni che si riuniscono con lo scopo di consolidare politiche regionali relative all'invecchiamento sano e attivo per la condivisione di contenuti e eccellenze sulle tematiche dell'innovazione in materia socio-sanitaria.

<http://www.coral-europe.eu>

EIP European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP-AHA)

EIP-AHA è un progetto pilota di partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute lanciato dalla Commissione Europea e coordinato dalla stessa che suggerisce, indirizza e sostiene con vari mezzi comunicativi le attività dei suoi partner. Scopo della EIP-AHA: allungare la vita dei cittadini europei entro il 2020 di 2 anni.

<https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/>

HOPE European Hospital and Healthcare Federation

Lo scopo di HOPE è di promuovere la salute dei cittadini europei attraverso alti livelli nei servizi sanitari offerti dalle Strutture Sanitarie Ospedaliere dell'Unione Europea e di favorire l'efficienza, l'efficacia e l'umanizzazione delle cure nell'organizzazione e implementazione dei servizi ospedalieri e sanitari all'interno dei quali operano.

<http://www.hope.be/>

346

La promozione a livello europeo del sistema sanitario veneto: confronto e coordinamento con le più avanzate realtà sanitarie dell'Unione Europea

Con D.G.R.V. n. 186 del 29 gennaio 2008 e con successiva D.G.R.V. n. 1670 del 9 giugno 2009, la Regione del Veneto ha accettato l'incarico di coordinare - quale regione capofila - il progetto "Mattone Internazionale" - PMI, sorto nell'ambito del Progetto "MATTONI SSN" per rispondere all'esigenza di portare la Sanità delle Regioni in Europa e l'Europa nei sistemi sanitari delle Regioni Italiane, attraverso una collaborazione sinergica con il sistema Paese.

L'attività del PMI si focalizza sulla formazione ed informazione dedicate alle strutture ministeriali competenti, alle Regioni italiane, alle Aziende ULSS e Ospedaliere nonché ad altri stakeholders coinvolti in ambito sanitario, al fine di promuovere la divulgazione sul territorio nazionale delle politiche comunitarie e delle possibilità di accesso ai programmi europei e internazionali per la salute, la ricerca e l'innovazione. Il progetto, inoltre, ha attivato specifici meccanismi per l'incentivazione e la partecipazione qualificata di tutti i destinatari delle politiche di salute in ambito europeo ed internazionale.

www.progettomattoneinternazionale.it/

Nell'ambito delle azioni previste dal Piano Generale del PMI, la Regione del Veneto ha partecipato, in collaborazione con le Aziende Sanitarie Regionali, a bandi/avvisi finanziati dal PMI per la realizzazione delle seguenti attività di carattere formativo/informativo:

- workshop "Politiche europee e programmi di finanziamento per promuovere la salute: quali opportunità per le Aziende Sanitarie del Veneto?" - Venezia, 26-27 giugno 2013;
- confronto fra sistemi di welfare – visita studio presso le strutture sanitarie della Regione dello Smaland (Svezia), settembre 2013;
- visita Studio della Regione del Veneto all'Ospedale Civile di Lione (Francia), novembre 2013;
- infoday: "Innovazione sanitaria: quale futura dimensione strategica, passi immediati" - Treviso, Ospedale S. Maria di Cà Foncello, Sala Convegni, 10 dicembre 2013.

La Regione del Veneto ha inoltre organizzato ulteriori eventi a carattere formativo/informativo, in particolare:

- la sessione informativa "Innovative Medicines Initiative (IMI) - Programma di finanziamento alla Sanità Pubblica - Horizon 2020" , svoltasi il 10 luglio 2013, nell'ambito della promozione ed informazione relativa alle future calls promosse da IMI, la più grande iniziativa a livello europeo di collaborazione tra il settore pubblico e quello privato al fine di promuovere la ricerca scientifica rivolta alla realizzazione di farmaci più efficaci e sempre più sicuri per i pazienti. Scopo dell'iniziativa regionale è stato quello di agire come un promotore neutrale nella creazione di partenariati innovativi, attraverso la costituzione di un ecosistema più collaborativo per la ricerca e lo sviluppo in campo farmaceutico;
- <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/imi-innovative-medicine-initiative-programma-horizon-2020>;
- la visita di alcuni rappresentanti della regione Bassa Austria, svoltasi il 5 dicembre 2013, alle nostre strutture sanitarie per conoscere il nostro modello organizzativo.

Organizzazione e promozione di attività di formazione continua e di aggiornamento dei professionisti della Salute

La Regione del Veneto ha consolidato forme di collaborazione transfrontaliera ed internazionale, al fine di promuovere a livello comunitario il sistema sanitario veneto, di migliorarne la competitività e rafforzarne così funzionalità e capacità di soddisfare le esigenze della popolazione, attraverso il confronto e il coordinamento con le più avanzate realtà sanitarie dell'Unione Europea. Nell'ambito di tale percorso si inserisce l'attività di formazione/informazione continua diretta agli operatori socio-sanitari, realizzata attraverso le seguenti iniziative di carattere internazionale

"Accademia Internazionale per la formazione dei Professionisti della Salute GEIE/EWIV"

Il Gruppo Europeo di Interesse Economico denominato "Accademia Internazionale per la formazione dei Professionisti della Salute GEIE/EWIV – Sanicademia" si è costituito nel

2006 quale esito della cooperazione pluriennale tra la Regione del Veneto, la Regione Autonoma Friuli Venezia-Giulia ed il Land Carinzia. Aderendo a Sanicademia, la Regione del Veneto collabora all'organizzazione e alla promozione di attività dirette alla formazione continua e all'aggiornamento dei professionisti della Salute: il fine di tale collaborazione è di migliorare ed incrementare la qualità della propria assistenza sanitaria, integrando e coordinando le prestazioni offerte e l'assistenza reciproca in tutti gli ambiti. Attraverso Sanicademia, inoltre, la Regione del Veneto partecipa altresì allo scambio di informazioni internazionali, all'organizzazione di congressi e seminari per i membri e soggetti terzi su tematiche sanitarie di rilevante interesse, nonché alla redazione e diffusione di pubblicazioni scientifiche.

La Regione del Veneto nell'anno 2013 ha collaborato con Sanicademia per la realizzazione delle seguenti iniziative formative/informative per i professionisti della salute:

- Corso di Master in gestione della qualità: III° edizione dell'International Master Specialization Course in "Quality Management in the European Healthcare Systems";
- Congresso "Palliative Care- Beyond Pain – Across the Borders";
- Iniziativa informativa sui disturbi comportamentali.

<http://www.sanicademia.eu/>

Summer School 2013

A partire dal 2005, la Regione del Veneto collabora con l'European Observatory on Health Systems and Policy nell'organizzazione dell'evento annuale della Summer School Europea sulla tematiche più attuali delle riforme dei sistemi sanitari. Attraverso la collaborazione all'iniziativa, la Regione Veneto ha trasformato l'evento in un incontro annuale di eccellenza per l'approfondimento ed il confronto sulle tematiche connesse allo sviluppo dei sistemi sanitari europei.

La Summer School del 2013, si è incentrata sul tema "Time for change: innovative ways of improving population health", affrontando le tematiche connesse all'innovazione in Sanità e all'individuazione di possibili strategie per fronteggiare le nuove sfide imposte dalla attuale crisi economica, dai crescenti rischi ambientali e dal mutamento delle abitudini della popolazione, in particolare focalizzandosi sugli sviluppi tecnologici della genomica umana e dei biomarcatori, dei sistemi informativi e della social communication. Nel corso della Summer School 2013 è stato altresì organizzato un evento correlato presso la sede del Consiglio regionale - V Commissione, indirizzato ai Dirigenti delle Aziende ULSS venete per approfondire la seguente tematica: "Investire nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie in un momento di recessione economica".

<http://www.observatorysummerschool.org/>

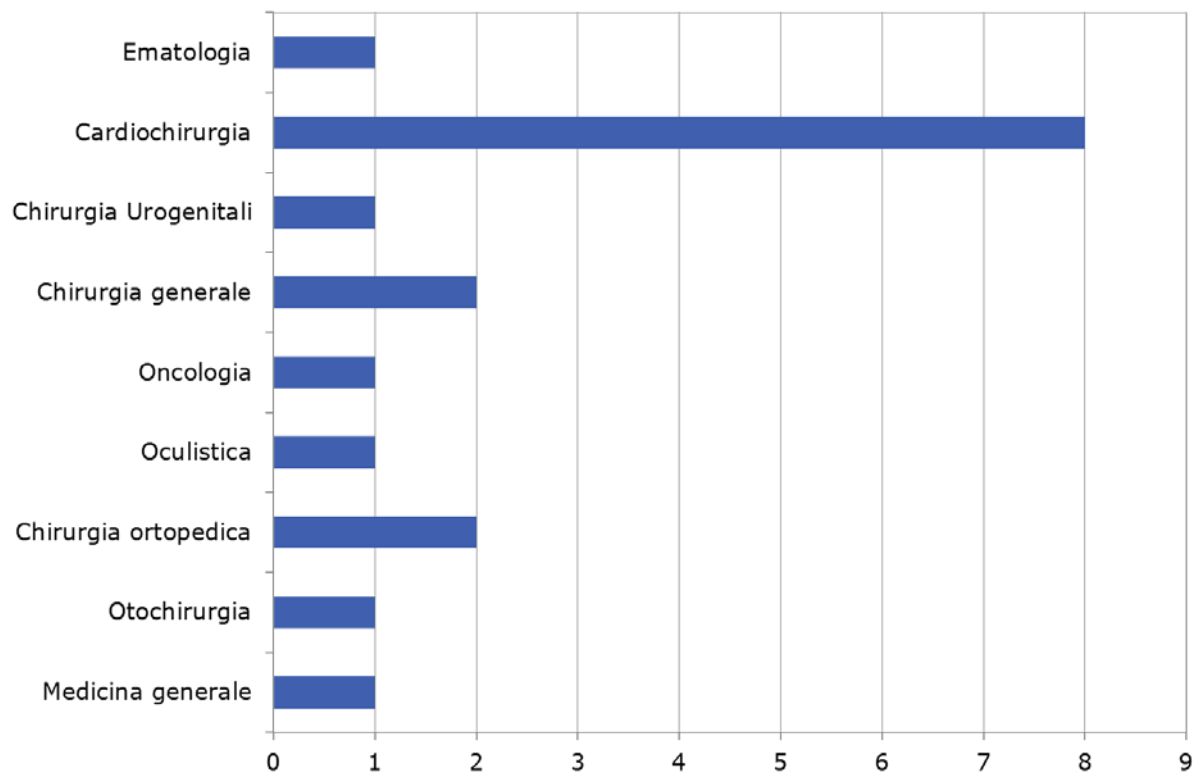
*Iniziative di cooperazione sanitaria di carattere umanitario.**Il programma di ricoveri in Veneto per ragioni umanitarie*

A partire dal 2001, la Regione del Veneto ha avviato un programma di assistenza sanitaria per ragioni umanitarie, presso le proprie strutture sanitarie regionali, a favore di cittadini di paesi non appartenenti all'Unione Europea, al fine di supportare l'azione delle istituzioni pubbliche e private (Enti Pubblici, Organizzazioni non Governative, Onlus, Associazioni di Volontariato, Enti o Istituti Religiosi e altri Enti o Istituzioni) con sede nella Regione del Veneto, che svolgono attività di cooperazione internazionale o di assistenza umanitaria, e rendere così più incisiva la loro azione di aiuto e sostegno.

Il programma regionale dà attuazione alla Legge 27 dicembre 1997, n. 449, Art. 32 comma 15, che consente alle Regioni, nell'ambito della quota del Fondo Sanitario Nazionale ad esse destinata, di predisporre programmi assistenziali per autorizzare, d'intesa con il Ministero della Salute, le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere ad erogare prestazioni di alta specializzazione a favore di cittadini provenienti da Paesi extracomunitari nei quali non esistono o non sono facilmente accessibili competenze medico-specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie; nonché di cittadini di Paesi la cui particolare situazione contingente non rende attuabili, per ragioni politiche, militari o di altra natura, gli accordi esistenti con il Servizio sanitario nazionale per l'assistenza sanitaria.

Il programma prevede la copertura delle spese di ricovero attraverso un apposito finanziamento regionale approvato annualmente con Deliberazione della Giunta. La realizzazione del programma di assistenza sanitaria per ragioni umanitarie ha reso possibile autorizzare nel corso del 2013 n.18 casi umanitari, riferiti per la maggior parte a bambini di età al di sotto dei 10 anni. Tale risultato è stato raggiunto anche grazie alla collaborazione delle Aziende ed Enti del Servizio Socio Sanitario Regionale del Veneto (ULSS, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie Integrate, Istituto Oncologico Veneto).

Figura 9.1 – Ambiti clinici interessati dagli interventi umanitari autorizzati, Veneto, 2013



350

Figura 9.2 – Numero di interventi umanitari autorizzati per aree di provenienza dei pazienti, Veneto, 2013

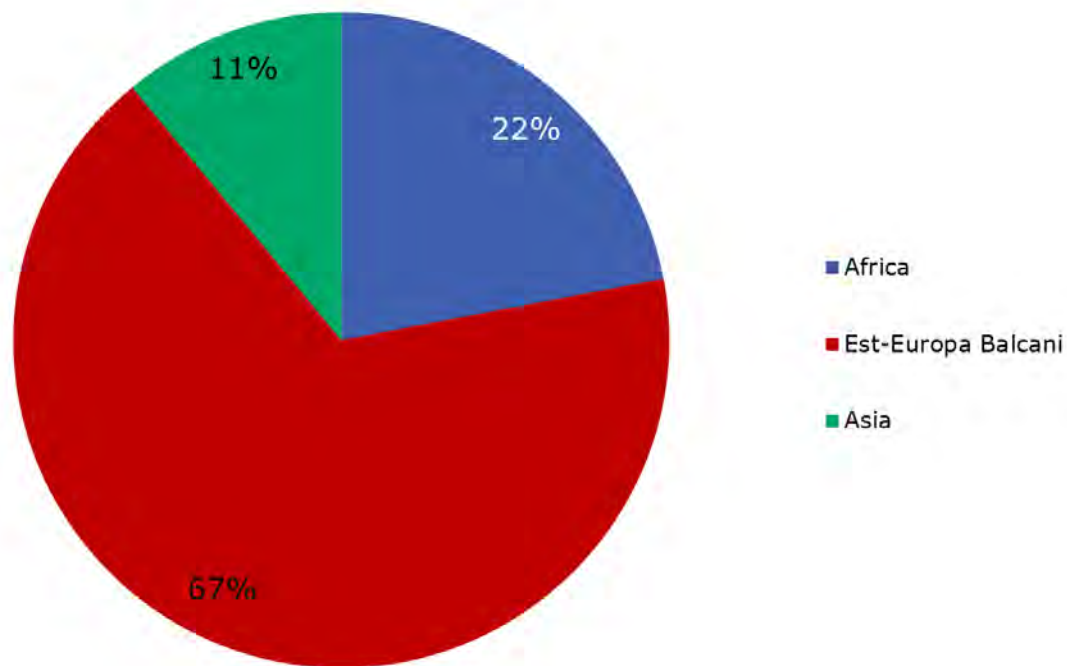
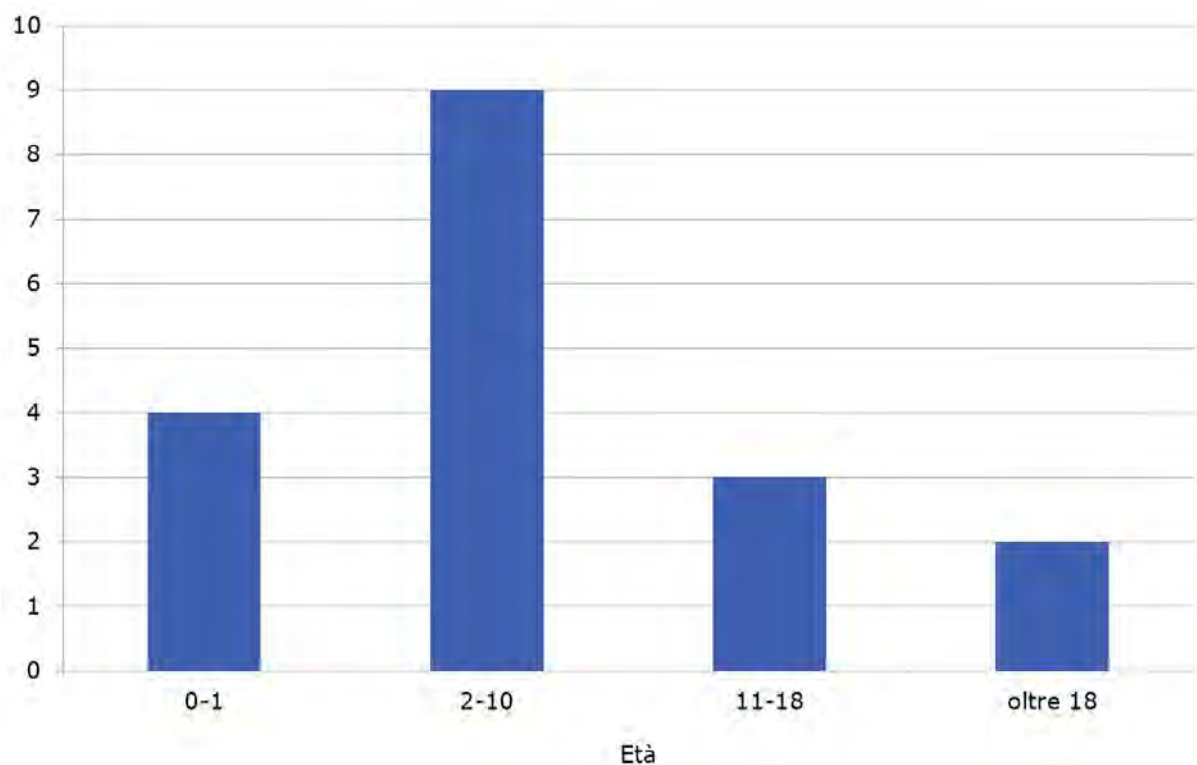


Figura 9.3 – Numero di interventi umanitari autorizzati per fasce d'età dei pazienti, Veneto, 2013

351

Rinvio a pubblicazioni esistenti

Anche in considerazione della sempre maggiore richiesta dei cittadini di partecipare all'attività delle Istituzioni, la comunicazione scientifica in ambito socio-sanitario rappresenta una risorsa strategica per gli Enti e le Amministrazioni Pubbliche, in quanto costituisce uno strumento necessario e determinante per il conseguimento di risultati positivi nel campo della prevenzione, promozione della salute e confronto con sistemi sanitari dell'Unione Europea.

- HIT "Health System in Transition" Vol.14 N.1- 2012
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/162583/e96452.pdf
- "Hospitals and borders" progetto europeo ECAB - ULSS 10
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/233515/e96935.pdf
- Buone pratiche, Gruppo di lavoro A3 " Fragilità" –European Innovation Partnership
http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/gp_a3.pdf#view=fit&pagemode=none

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Settore per le relazioni socio-sanitarie
Sede: Palazzo Molin -S. Polo, 2513 - 30125 VENEZIA (VE)
Recapiti telefonici: 041 2793877
e-mail: serv.rapp.oms@regione.veneto.it

9.3. Programma regionale per la ricerca, l'innovazione e l'health technology assessment (PRIHTA)

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

Nei paragrafi 4.2 e 4.2.1 del PSSR 2012-2016 è sottolineata rispettivamente l'importanza della Ricerca e Innovazione e dell'Health Technology Assessment.

La Ricerca e Innovazione rappresenta una funzione fondamentale e costitutiva in ogni moderno sistema sanitario, in quanto supporta lo sviluppo delle competenze e conoscenze scientifiche ed affina la messa a punto di processi organizzativi e produttivi innovativi, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema, l'efficacia in termini di guadagno di salute della popolazione, l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse.

L'Health Technology Assessment (HTA), viene individuato quale metodologia e strumento fondamentale nella valutazione delle tecnologie sanitarie e nella conseguente scelta tra tecnologie alternative attraverso l'approvazione del Programma Regionale per la Ricerca, l'Innovazione e l'Health Technology Assessment (PRIHTA).

Quadro di sintesi

Il Programma per la Ricerca, l'Innovazione e l'Health Technology Assessment (PRIHTA) coordina le attività di programmazione, gestione amministrativa e valutazione della Ricerca Sanitaria Finalizzata del Ministero della Salute e di quella finanziata autonomamente dalla Regione Veneto. La Regione ha infatti riconosciuto formalmente la ricerca come parte integrante della mission del sistema sanitario, avviando fin dal 2001 un programma di Ricerca Sanitaria Finalizzata finanziata con propri fondi e risorse, andate via via incrementandosi. A questo si è aggiunta la disciplina delle partnership pubblico-privato per la presentazione di progetti di ricerca, innovazione e formazione in sanità. Nel 2013 sono stati gestiti complessivamente dal PRIHTA 84 progetti di ricerca.

Parallelamente a questo sono state sviluppate le attività di Health Technology Assessment di farmaci, dispositivi medici, investimenti in tecnologia ed edilizia.

Per consentire le azioni necessarie a favorire lo sviluppo e la diffusione di una cultura della ricerca, innovazione e valutazione della tecnologia in sanità, la Giunta Regionale, con DGRV n. 2187 del 08/08/2008, ha istituito il Programma per la Ricerca l'Innovazione e l'Health Technology Assessment (PRIHTA).

Il Programma, inizialmente di durata triennale, è stato poi prorogato di ulteriori 3 anni con DGR n. 102/12, confermando anche il relativo Gruppo di Lavoro del PRIHTA, nominato con DDS n. 140 del 26/09/2008 e DSR n. 75 del 13/07/2011 e composto da diverse professionalità, tra cui un economista sanitario, un ingegnere clinico, un medico esperto in metodologia della ricerca, un farmacista.

L'ambizioso piano di lavoro del PRIHTA prevede due linee di lavoro fondamentali: una rivolta alla ricerca e l'altra all'attività di valutazione delle tecnologie sanitarie.

Il programma di Ricerca Sanitaria Finalizzata del Ministero della Salute

Il Ministero della Salute, secondo quanto disposto dall'art.12 e 12/bis del D. Lgs. 502/92, come modificato ed integrato dal D. Lgs. 229/99, finanzia annualmente il Programma per la Ricerca Sanitaria Finalizzata, con cui intende promuovere una ricerca strumentale agli obiettivi strategici del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sulle tematiche specifiche individuate come prioritarie.

I soggetti ammessi al finanziamento, detti Destinatari Istituzionali (D.I.), sono: Regioni e Province Autonome, Istituto Superiore di Sanità, Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati, Istituti Zooprofilattici Sperimentali; tuttavia, alla realizzazione dei progetti possono concorrere, sulla base di specifici accordi, contratti o convenzioni da stipularsi con l'istituzione D.I. proponente, le Università, il Consiglio Nazionale delle Ricerche e gli altri Enti di ricerca pubblici e privati, nonché le imprese pubbliche e private, denominati Istituzioni Esterne (I.E.).

Oltre a svolgere un'attività di selezione dei progetti ritenuti coerenti con la programmazione regionale, da inviare, in qualità di D.I. al Ministero della Salute per la valutazione, la Regione del Veneto, attraverso il PRIHTA, segue tutta la gestione amministrativa dei progetti vincitori del finanziamento ministeriale (dalla stipula delle convenzioni alla gestione finanziaria del progetto), mediando tra Ministero e Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), presso i quali effettivamente si svolge la ricerca.

Inoltre, poiché in ambito regionale esistono diversi gruppi che, pur occupandosi di materie affini o complementari, spesso non dialogano, creando competizione tra loro nella richiesta di finanziamenti e duplicando gli sforzi scientifici, la Regione, attraverso il PRIHTA, promuove l'interazione al fine di creare massa critica, mettendo a disposizione dei ricercatori le informazioni disponibili a livello regionale per la costruzione di network con i gruppi attivi a livello nazionale

Il programma di Ricerca Sanitaria Finalizzata della Regione del Veneto

Dall'anno 2012 il Programma per la Ricerca Sanitaria Finalizzata regionale è stato inserito all'interno del programma PRIHTA, affidando, altresì, la valutazione delle proposte progettuali relative ai bandi annali al gruppo di lavoro del PRIHTA.

Ogni anno la Regione mette a disposizione un finanziamento per la ricerca svolta dalle Aziende Sanitarie e gli IRCCS del Veneto, così come previsto dalla L. R. 9 febbraio 2001, n. 5, art. 15, offrendo internamente alla Regione una possibilità in più per i ricercatori del SSR di sviluppare, per il tramite delle Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) le proprie linee progettuali.

Le procedure connesse al Bando per la Ricerca Sanitaria Finalizzata Regionale, ivi compresa la stesura del Bando e la gestione amministrativa dei progetti iniziati negli anni precedenti, sono in carico al PRIHTA.

Le collaborazioni pubblico - privato in ambito sanitario

La necessità di costituire collaborazioni con Soggetti Privati nasce, da una duplice esigenza che vede, da un lato, la possibilità di reperire risorse aggiuntive in uno scenario, come quello del SSR, in cui le risorse sono scarse e i bisogni dei pazienti potenzialmente illimitati; dall'altro, la possibilità, da parte di tali soggetti, di collaborare con le strutture sanitarie pubbliche.

Attraverso le partnership pubblico-privato, ci si propone di contribuire al miglioramento dei seguenti obiettivi:

- l'ottimizzazione dei servizi resi all'utenza;
- l'innovazione e l'adeguamento tecnologico;
- la formazione del personale;
- il reperimento di risorse aggiuntive per l'approfondimento di tematiche considerate prioritarie per il SSR.

La "Chiamata - nell'ambito di collaborazioni pubblico-private - alla presentazione di progetti di ricerca, innovazione e formazione in sanità", è stato il primo esempio italiano di collaborazione pubblico - privato su tematiche sanitarie individuate congiuntamente tra soggetti privati e pubblici, e rappresenta un importante strumento di innovazione, attraverso il quale la componente scientifica, quella istituzionale e altri attori si sono incontrati con l'obiettivo comune di migliorare la qualità del sistema e sperimentare nuovi modelli in sanità. Tale modello, in cui è disciplinata in maniera chiara e trasparente la possibilità di includere all'interno dei processi di ricerca e innovazione anche gli stakeholder privati, si è reiterato con le chiamate negli anni successivi, compreso il 2013, a dimostrazione del fatto che lo strumento adottato ha trovato riscontro positivo sia nei risultati sinora raggiunti, sia nel riscontro ottenuto in termini di partecipazione attiva da parte di tutti gli stakeholder del SSR.

Figura 9.4 - Progetti di Ricerca gestiti dal PRIHTA nel 2013

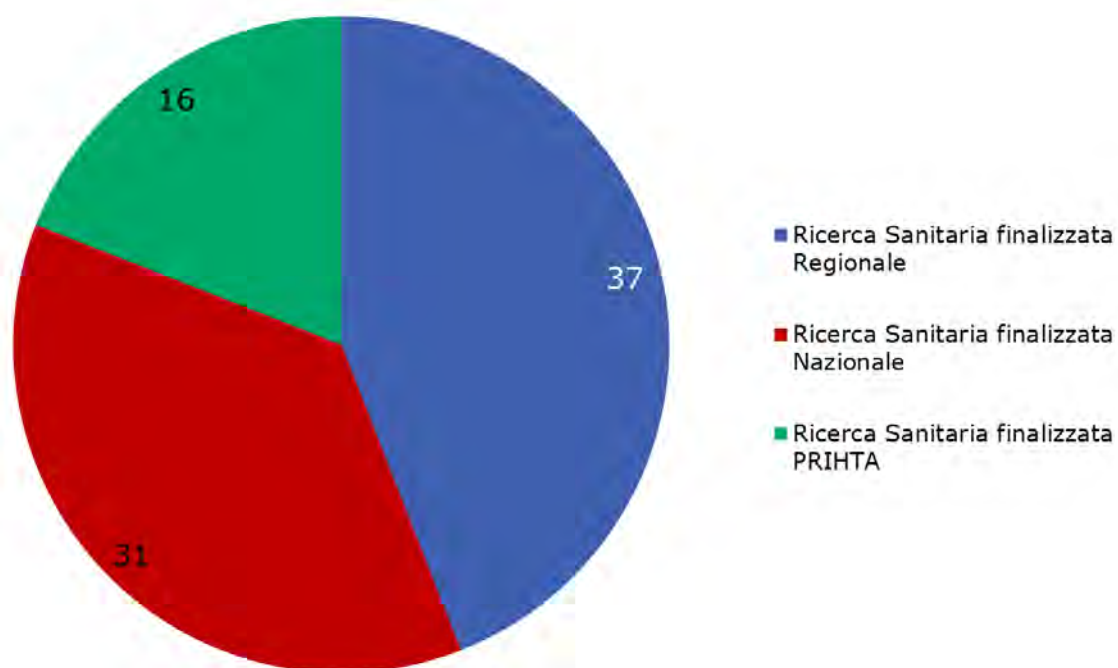
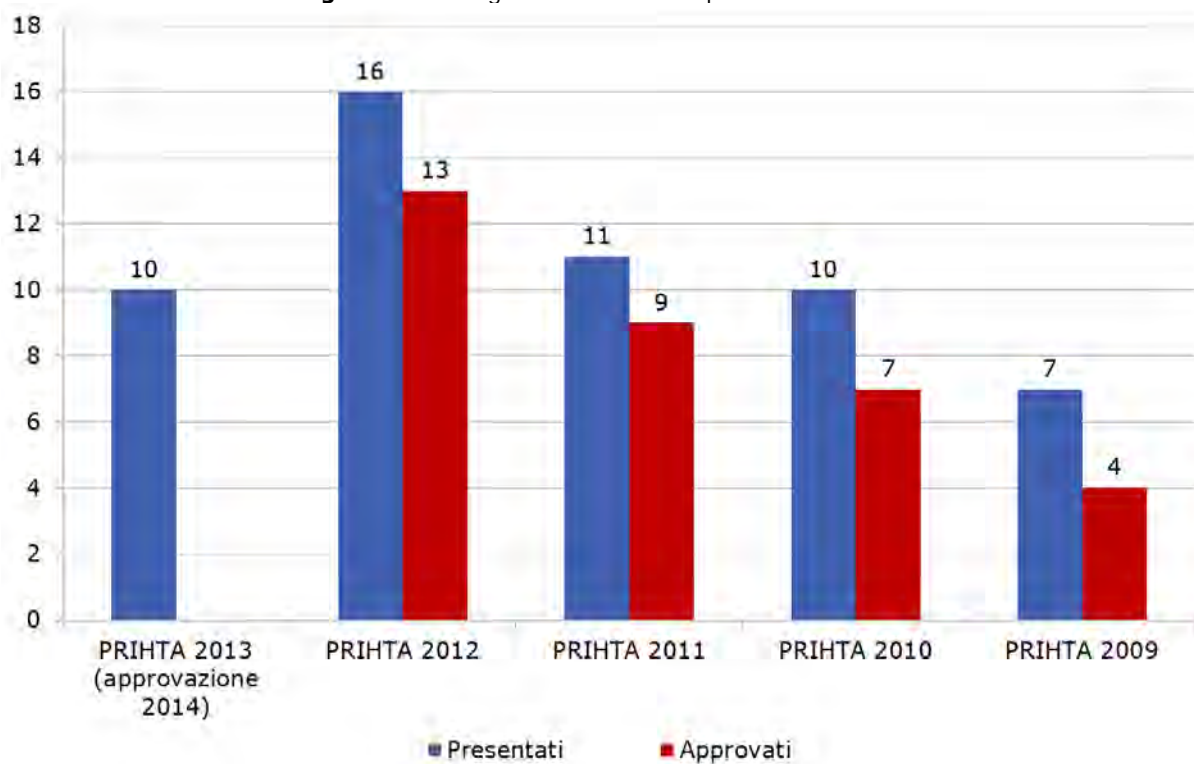


Figura 9.5 - Progetti Bando PRIHTA periodo 2009-2013



L'Health Technology Assessment (HTA)

L'Health Technology Assessment (HTA) è una metodologia scientifica finalizzata alla valutazione di farmaci, dispositivi medici, percorsi clinico-assistenziali, procedure mediche e chirurgiche e di tutto quanto rientra nella più ampia accezione di "tecnologia sanitaria". In estrema sintesi, l'HTA può essere definito come la complessiva e sistematica valutazione - multidisciplinare - delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione. È, dunque, un modello in grado di integrare in un disegno unitario le *expertise* delle diverse professionalità che nel sistema si occupano di tecnologie sanitarie (clinici, economisti, farmacisti, ingegneri, clinici, etc...) col fine di preparare report di assessment utili ai decisori, ai diversi livelli, per il governo delle tecnologie.

Al fine di consentire la realizzazione di azioni necessarie a favorire lo sviluppo e la diffusione di una cultura della ricerca e dell'innovazione, ivi compresa la valutazione della tecnologia in ambito sanitario, è nato nel 2008 il Programma per la Ricerca, l'Innovazione e l'HTA, che, grazie alla sua strutturazione flessibile e trasversale, è risultato lo strumento adatto supportare l'intero sistema di stakeholder della ricerca.

Gli obiettivi regionali in materia di HTA comprendono la governance, anche attraverso il supporto del PRIHTA, delle commissioni farmaci (CTRF), dispositivi medici (CTRDM) e investimenti in tecnologia ed edilizia (CRITE): in tali commissioni infatti la metodologia dell'HTA è lo strumento scelto per supportare le decisioni.

L'espandersi dell'importanza dell'HTA a livello internazionale ha dato particolare rilievo alla rete EUnetHTA (European Network for Health Technology Assessment), evolutasi nel corso degli anni fino a divenire una Joint Action, giunta ormai alla seconda edizione - EUnetHTA JA2 (2013-2015). La Regione Veneto è Associated Partner della rete dal 2006 e, grazie all'esperienza maturata, è una delle poche Regioni europee presenti, nonostante gli Stati Membri siano incoraggiati a partecipare come Stato e non come singole Regioni. La partecipazione e il coinvolgimento all'attività del progetto ha permesso un confronto costante con realtà avanzate ed ha portato a maturare discussioni su tematiche specifiche, tali da aprire il terreno a collaborazioni nazionali ed internazionali in materia.

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Settore per le relazioni socio-sanitarie
Sede: Palazzo Molin -S. Polo, 2513 - 30125 VENEZIA (VE)
Recapiti telefonici: 049 8778249/45
e-mail: serv.rapp.oms@regione.veneto.it

9.4. Sistema Epidemiologico Regionale e Registri di Patologia afferenti

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

Allegato A. Paragrafo 4.4.4. Il Sistema Epidemiologico Regionale (SER) è una struttura istituita presso una Azienda ULSS che svolge attività di rilevazione epidemiologica per patologie o problemi di salute rilevanti a livello di popolazione.

Quadro di sintesi

Nel corso del 2013 è stata consolidata la struttura organizzativa del SER e dei Registri di patologia ad esso afferenti con l'approvazione della DGR 2530 del 20/12/2013 "Organizzazione del SER e dei Registri di Patologia ad esso afferenti" e del Regolamento n. 3 del 12 agosto 2013 "Norme per il funzionamento del registro dei tumori del Veneto, istituito con legge regionale 16 febbraio 2010, n. 11"

Il Sistema Epidemiologico Regionale è stato istituito nel 1999 e supporta la programmazione socio-sanitaria regionale con attività di:

- Gestione diretta del Registro Regionale di Mortalità;
- Epidemiologia descrittiva (incidenza, prevalenza, mortalità, trend spaziali e pattern territoriali) delle patologie, dei problemi di salute e dell'accesso ai servizi socio-sanitari nella Regione Veneto
- Monitoraggio epidemiologico e valutazione dei percorsi e degli esiti di cura;
- Studio dei fattori di rischio per l'incidenza delle patologie e del loro impatto sulla popolazione e delle opportunità di prevenzione primaria, in collaborazione con le strutture Regionali della prevenzione;
- Stesura della relazione Socio-Sanitaria Regionale;
- Integrazione informativa tra le basi di dati dei Registri di Mortalità e di Patologia afferenti ed i flussi informativi correnti;
- Produzione e diffusione di informazioni di epidemiologia e sanità pubblica, in collaborazione con i registri di Patologia afferenti.

A partire dal 2011 afferiscono al SER, perseguendo in maniera autonoma dal punto di vista professionale e scientifico le specifiche finalità loro assegnate i seguenti Registri di Patologia,:

- Il Registro Tumori del Veneto
- Il Registro Nord Est Italia delle Malformazioni Congenite
- Il Registro Veneto Dialisi e Trapianti
- Il Centro Operativo regionale del Registro Nazionale dei Mesoteliomi

Con DGR 2530/2013 l'Azienda ULSS 4 Alto Vicentino è stata individuata come responsabile della gestione amministrativa ed economica del SER e titolare del

trattamento dei dati dei Registri ad esso afferenti, , mentre alla Regione del Veneto spetta il ruolo di indirizzo, controllo e finanziamento.

Le principali linee di lavoro per il 2013 sono state:

- Sistema Epidemiologico Regionale:
 - o Convegno Regionale sulla mortalità 2007-2010 e aggiornamento archivio regionale delle schede di morte al 2011
 - o Redazione della Relazione Socio-Sanitaria 2013
 - o Report su Ricoveri 2000-2011, Progetto Rete Ictus
 - o Pubblicazione e diffusione di 2 numeri del Bollettino EPI, in collaborazione con i Registri di Patologia
 - o Definizione di indicatori e obiettivi di monitoraggio della qualità clinica dell'assistenza nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto
 - o Coordinamento e partecipazione a progetti nazionali (Matrice e Remolet - AGENzia NAzionale per i Servizi sanitari regionali)
 - o Analisi su specifiche sedi neoplastiche (mortalità per cancro del colon-retto dopo l'attivazione dello screening, volumi ospedalieri di primo intervento per cancro della mammella)
 - o Analisi del percorso intraospedaliero per le reti cliniche dell'Infarto Miocardico Acuto e dell'Ictus
 - o Prevalenza delle infezioni ospedaliere; prevalenza delle infezioni e consumo di antibiotici in alcune strutture residenziali
 - o Supporto metodologico e predisposizione dei report per il progetto Adjusted Clinical Groups (case-mix dei pazienti territoriali)
 - o Partecipazione al progetto Europeo "Equity Action" e stesura di un case-study sull'accesso allo screening cervicale nella popolazione immigrata
- Registro Tumori del Veneto
 - o Definizione dei casi di neoplasia incidenti nel periodo 2007-2008 nella popolazione coperta dal Registro Tumori del Veneto e dei casi di neoplasia incidenti in età pediatrica nel periodo 2008-2009 nell'ULSS di Padova
 - o Acquisizione delle fonti diagnostiche per il 2005-2009 per l'allargamento del Registro all'ULSS 7 e delle fonti diagnostiche 2009 per la popolazione coperta da Registro
 - o Sviluppo di algoritmi probabilistici per definire automaticamente i casi di probabile tumore da rivalutare manualmente
 - o Produzione delle stime di incidenza per le singole ULSS aggiornate al 2012, delle stime di incidenza al 2016 per la popolazione coperta da Registro e aggiornamento delle stime di sopravvivenza a 5 anni dopo la diagnosi di tumore delle specifiche sedi.
 - o Produzione di rapporti epidemiologici sui trend di incidenza e mortalità per singole sedi (polmone, colon-retto, mammella, melanoma cutaneo, pancreas)

- Partecipazione allo studio Italiano sui profili di terapia e costo per il tumore del colon-retto e della mammella
- Partecipazione allo studio AIRTUM sulla stima dei pazienti guariti tra le persone che vivono con tumore
- Adeguamento alla normativa sulla privacy con l'approvazione del Regolamento Regionale n. 3/2013
- Registro Malformazioni Congenite
 - Acquisizione delle fonti (Schede di Dimissioni Ospedaliera, Certificato Di Assistenza al Parto, schede di registrazione neonatale, schede di accertamento multiplo) e definizione dei casi di Malformazione neonatale e perinatale fino al 2013
 - Organizzazione del Convegno regionale sulle Malformazioni Congenite, in collaborazione con i Responsabili delle UOC di Ostetricia-Ginecologia e di Pediatria di tutta la Regione Veneto
- Registro Veneto Dialisi e Trapianti
 - Aggiornamento del Registro Cronici , con l'attiva partecipazione di tutte le UO di Nefrologia della Regione Veneto al 2012
 - Aggiornamento al 2012 della Sezione Sindrome Nefrosica Pediatrica e della sezione Biopsie Renali con l'attiva partecipazione di tutte le UO di Nefrologia e Pediatria della Regione Veneto
 - Pubblicazione del report 2008-2010 su Journal of Nephrology
 - Definizione di un protocollo di studio per la valutazione del carico assistenziale nei primi due anni dopo l'istituzione del trattamento dialitico
 - Adeguamento alla normativa sulla privacy
- Registro dei casi di Mesotelioma
 - Acquisizione delle fonti e della segnalazione dei nuovi casi da parte degli SPISAL e aggiornamento al 2012-2013 del registro dei casi di mesotelioma
 - trasmissione dei dati raccolti al Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM); presentazione dei risultati attraverso la pubblicazione di Rapporti Nazionali (a stampa e disponibili sul sito: www.inail.it); partecipazione a progetti di ricerca nazionali con pubblicazione dei risultati
 - Analisi dei trend di incidenza temporale e spaziale dei casi di mesotelioma
 - Attribuzione ad amianto dei casi di mesotelioma per probabilità e circostanze dell'esposizione
 - Tenuta, aggiornamento e trasmissione ai Servizi Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro dell'archivio delle Aziende in cui si è verificata esposizione ad amianto
 - Follow-up dei soggetti ex-esposti ad amianto residenti in Veneto e valutazione del rischio per mesotelioma e tumore del polmone al cessare dell'esposizione ad amianto

- Analisi in microscopia elettronica del contenuto polmonare in fibre di amianto in casi di mesotelioma e presentazione dei risultati
- Partecipazione a studi nazionali e internazionali di monitoraggio epidemiologico di coorti di ex-esposti all'amianto
- Partecipazione al progetto nazionale di ricerca Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo della Malattie (approccio caso-controllo per la valutazione quantitativa del rischio di mesotelioma rispetto all'esposizione ad amianto)

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Regolamento Regionale n. 3 del 12 agosto 2013](#). Norme per il funzionamento del registro dei tumori del Veneto, istituito con legge regionale 16 febbraio 2010, n. 11.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2530 del 20 dicembre 2013](#). Organizzazione del Sistema Epidemiologico Regionale (SER) e dei Registri di Patologia ad esso afferenti. - L.R. 23/2013 PSSR 2012-2016 art. 2 c. 1; Allegato A.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 14 del 11 gennaio 2011](#). Nuove disposizioni in materia di Coordinamenti, Programmi, Registri e Centri regionali specializzati. - DGR n. 4532 del 28 febbraio 2007, DGR n. 448 del 24 febbraio 2009 e DGR n. 268 del 9 febbraio 2010

360

Approfondimenti

Sistema Epidemiologico Regionale: <http://www.ser-veneto.it/>

Registro tumori veneto: <http://www.registrotumoriveneto.it/>

Centro Operativo regionale del registro nazionale mesoteliomi : <http://www.ulss16.padova.it/it/sovradistrettuali/dipartimento-di-prevenzione/servizio-di-prevenzioneigienee-sicurezza-negli-ambienti-di-lavoro-spisal/registro-veneto-mesoteliomi/,577>

Registro veneto dialisi e trapianti: <https://registri.sined.it/veneto/>

Registro nord est Italia delle malformazioni congenite (N.E.I.):

<http://www.iss.it/cnmr/regi/cont.php?id=861&tipo=14&lang=1>

Recapiti per ulteriori informazioni

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

9.5. Coordinamento Regionale acquisti per la sanità

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

4.4.4 Strutture e attività a supporto della programmazione. Il Sistema Centri regionale. Coordinamenti regionali e programmi regionali.

Quadro di sintesi

Negli anni 2012-2013 sono state concluse 22 procedure di acquisto per un valore aggiudicato totale di € 1.065.629.097,61. Complessivamente, considerando le ulteriori 17 gare attivate nel 2013, è stato rispettato il piano di acquisizioni fissato con DGRV 1272/2012.

Il Coordinamento regionale Acquisti per la Sanità (CRAS) è la Centrale di committenza della Regione Veneto, istituito con DGRV n. 2370 del 29.11.2011.

La funzione principale è l'espletamento, a favore delle aziende sanitarie della Regione del Veneto, di procedure d'appalto per l'acquisizione di beni e servizi, caratterizzati di norma da un alto grado di standardizzazione e da un'elevata omogeneità di utilizzo, nonché da acquisti strategici finalizzati al raggiungimento di obiettivi regionali rilevanti.

Il programma di gare centralizzate viene approvato dalla Giunta regionale.

Le attività si articolano in sei ambiti principali:

- A. coordinamento Gruppi Interdisciplinari Tecnici;
- B. raccolta fabbisogni dalle Aziende/Istituti del SSR;
- C. benchmarking con altre Centrali di committenza;
- D. espletamento della procedura di gara;
- E. miglioramento tecnologico per le fasi di gara;
- F. approfondimenti giuridici sulla tematica degli appalti.

Il CRAS collabora attivamente con CONSIP per l'attuazione delle buone pratiche e partecipa all'iniziativa "Sistema a rete" delle Centrali di committenza.

Gare Aggudicate 2012-2013

Gare aggiudicate nel periodo 2012-2013	Valore aggiudicato	Durata fornitura	Decreto di aggiudicazione	modalità procedura gara
Medicinali (procedura telematica)	475.447.602,09	24 mesi	aggiudicato con Decreti n. 1 del 11/01/2012 e 4 del 10/02/2012.	aperta
Aghi e siringhe	3.963.015,58	24 mesi	aggiudicato con Decreto n. 3 del 30/01/2012	aperta
Vaccini Antinfluenzali	3.147.818,37	12 mesi	aggiudicato con Decreti n. 104 del 27/09/2012 e 105 del 02/10/2012.	ristretta accelerata
Vitamina D	105.556,00	12 mesi	aggiudicato con Decreto n. 107 del 09/10/2012	negoziata
Aghi speciali	4.208.183,77	24 mesi	aggiudicato con Decreto n. 157 del 26/10/2012	aperta
Vaccino antimeningococco	134.643,00	12 mesi	aggiudicato con Decreto n. 167 del 13/11/2012	negoziata
Medicinali (lotti in privativa)	451.288.033,94	24 mesi	aggiudicato con Decreto n. 215 del 30/11/2012	negoziata
Medicinali (lotti deserti)	10.687.520,22	24 mesi	aggiudicato con Decreto n. 216 del 03/12/2012	negoziata
Soluzioni infusionali	2.893.404,07	24 mesi	aggiudicato con Decreto 223 del 13/12/2012	aperta
Medicinali (nuovi lotti di gara)	10.523.163,62	24 mesi	aggiudicato con Decreto n. 227 del 21/12/2012	aperta
Medicinali (nuovi lotti di gara - anomalia)	1.089.389,16	24 mesi	aggiudicato con Decreto n. 4 del 23/01/2013	
Soluzioni infusionali (procedura negoziata)	6.443.243,49	24 mesi	aggiudicato con Decreto n. 6 del 07/02/2013	negoziata
Medicinali in esclusiva	5.665.674,19	12 mesi	aggiudicato con Decreto n. 12 del 15/05/2013	negoziata
Medicinali in concorrenza- procedura negoziata	6.105.499,12	12 mesi	aggiudicato con Decreto n. 14 del 20/05/2013	negoziata
Materiale per ortopedia	1.596.478,11	36 mesi	aggiudicato con Decreto n. 19 del 17/06/2013	aperta
Medicazioni speciali	8.784.509,60	36 mesi	aggiudicato con Decreto n. 30 del 01/08/2013	aperta
Vaccini Diversi	22.279.949,15	durate varie	aggiudicato con Decreto n. 42 del 18/09/2013	aperta
Vitamina D (campagna 2014)	85.306,00	12 mesi	aggiudicato con Decreto n. 49 del 09/10/2013	negoziata
Vaccini diversi (procedura negoziata)	48.083.400,21	durate varie	aggiudicato con Decreto n. 50 del 15/10/2013	negoziata
Materiale per ortopedia Lotti ex nn. 9-10-11-12-14-18	656.096,47	36 mesi	aggiudicato con Decreto n. 53 del 24/10/2013	negoziata
Medicazioni speciali. Lotti ex nn. 4-28-29	982.851,45	36 mesi	aggiudicato con Decreto n. 58 del 06/11/2013	aperta
Ausili per persone affette da SLA	1.457.760,00	24 mesi	aggiudicato con Decreto n. 60 e 61 del 20/11/2013 e 21/11/2013	aperta

Gare attivate 2012-2013

Gare attivate nel 2013	Valore presunto	Periodo di fornitura previsto
Elettrodi per monitoraggio	€ 3.058.394,65	36 mesi
Mezzi di contrasto	€ 4.114.999,98	36 mesi
Antisettici e disinfettanti	€ 3.838.349,40	36 mesi
Soluzioni ed emulsioni infusionali ed elettrolitiche concentrate	€ 12.615.196,47	36 mesi
Reti chirurgiche	€ 4.354.789,33	36 mesi
Dispositivi per endoscopia digestiva	€ 11.886.665,67	36 mesi
Colle di fibrina dispositivi medici	n.d	36 mesi
Sistemi e materiali per DIMT	n.d	36 mesi
Ausili per assorbenza ad uso domiciliare	€ 60.000.000,00	36 mesi
Protesi d'anca e di ginocchio	€ 68.968.614,39	36 mesi
Ausili per incontinenti ad uso ospedaliero	€ 6.688.455,78	36 mesi
Materiale per chirurgia mininvasiva	#N/D	#N/D
Suturatrici meccaniche	€ 24.453.260,68	36 mesi
Garze, cotone, bende, tamponi e medicazioni	€ 22.941.379,03	36 mesi
Dispositivi medici ed ausili per NTN	n.d	36 mesi
Fili di sutura	€ 19.849.440,48	36 mesi
Sistemi antidecubito - ambito ospedaliero	nd	36 mesi
Prodotti per nutrizione enterale	€ 3.865.390,65	36 mesi
Mezzi di sintesi	€ 25.610.519,40	36 mesi
Protesi ed espansori mammari	€ 3.355.435,20	36 mesi
Farmaci	€ 1.146.000.000,00	24 mesi
Aghi e siringhe semplici	€ 5.944.523,37	36 mesi
Materiale per sterilizzazione	€ 4.869.920,57	36 mesi
Gara d'appalto per la fornitura triennale del servizio di brokeraggio a supporto dell'Azienda Ospedaliera di Padova	1% della polizza	36 mesi + 36 di eventuale rinnovo
stent coronarici	€ 22.639.855,00	24 mesi + 1 anno eventuale rinnovo
Protesi oculistiche	€ 17.507.580,00	36 mesi
Guanti sanitari	€ 17.357.337,08	36 mesi
emostatici ad uso chirurgico - farmaci	€ 4.870.947,99	36 mesi
Trasporto Aereo d'organi	€ 3.000.000,00	36 mesi+24 mesi eventuale rinnovo

Approfondimenti

Il CRAS comunica costantemente con le imprese ed i cittadini attraverso le proprie pagine internet: <http://www.regione.veneto.it/cras>

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità

Sede: Passaggio Gaudenzio, 1, Padova

Recapiti telefonici: 049/8778286-8288

e-mail: centroregionaleacquisti.sanita@regione.veneto.it

9.6. Coordinamento regionale per il management e la progettazione europea

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

Il piano Piano Socio Sanitario Regionale menziona il CReMPE al par. 4.4.4 Strutture e attività a supporto della programmazione tra i "Coordinamenti regionali permanenti".

Rispetto agli obiettivi del Piano Socio Sanitario Regionale, il CReMPE contribuisce in particolare all'internazionalizzazione dell'attività di ricerca come esplicitate al paragrafo 2.5 "LE RELAZIONI SOCIO-SANITARIE INTERNAZIONALI":

- " - l'internazionalizzazione delle strutture appartenenti al SSSR attraverso la formazione del personale sanitario e sociale dipendente, la partecipazione anche attraverso le Aziende ULSS, l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, l'Istituto Oncologico Veneto (IOV), ai programmi ed ai progetti finanziati dalla Commissione Europea, nonché partecipando sia alle attività transfrontaliere con Carinzia e Slovenia o bilaterali con altre regioni europee, la presenza nelle reti tematiche europee ed internazionali di settore, mirando a far dialogare la dimensione territoriale ed operativa del SSSR con la visione internazionale e multicentrica dell'UE, dell'OMS e delle altre Agenzie internazionali di settore;
- il miglioramento del management delle progettualità europee e la loro integrazione con le attività istituzionali del SSSR in modo da migliorare l'impatto dei finanziamenti comunitari e sviluppare know how, ricerca ed innovazione utili anche al sistema economico veneto;
- lo sviluppo di partnership con altre regioni italiane al fine di implementare progetti di ricerca su innovazione e qualità delle cure in un'ottica di collaborazione più ampia e rappresentativa con le Agenzie internazionali e la Commissione Europea;
- l'ampliamento ed il coordinamento della partecipazione delle Aziende ULSS, dell'Azienda Ospedaliera di Padova e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) e delle strutture regionali ai programmi comunitari di azione in materia socio-sanitaria, sociale e di ricerca scientifica in campo biomedico, nonché a quelli di cooperazione sanitaria internazionale decentrata offerti dal Ministero degli Affari Esteri e dalle Agenzie specializzate delle Nazioni Unite e dell'UE."

365

Quadro di sintesi

Conformemente alle finalità indicate dalla DRGV 758 del 07 giugno 2011, le attività realizzate nel biennio 2012/2013 sono inerenti a tre aree: A) attività formativa, B) assistenza alla Regione Veneto ed alle Aziende nella progettazione europea, C) gestione diretta di progetti.

- Formazione: sono stati realizzati corsi di formazione inerenti sia la progettazione europea che la gestione di progetti comunitari. Tali corsi hanno visto il coinvolgimento di personale da 16 aziende sanitarie del Veneto oltre che dalle strutture della Regione stessa;
- Assistenza: il CReMPE ha supportato il personale del sistema sanitario veneto nella gestione di 10 progetti comunitari ed ha inoltre contribuito alla preparazione di 3 proposte progettuali poi ammesse al finanziamento;
- C. Gestione: il CReMPE ha gestito 5 progetti di cui 2 già conclusi al 31/12/2013 e 3 ancora in corso.

Introduzione

Nell'ultimo decennio si è registrata una crescente partecipazione della Regione Veneto a programmi co-finanziati dall'Unione Europea attraverso le strutture del settore socio-sanitario. Tale partecipazione ha reso necessario un riordino della struttura della Segreteria regionale per la Sanità (oggi Area Sanità e Sociale) che, tra le misure adottate per rispondere alle nuove sfide, ha deciso di istituire il Coordinamento Regionale per il Management e la Progettazione Europea (CReMPE).

Il CReMPE deve essere visto come il risultato di una più ampia riorganizzazione che ha coinvolto l'intero sistema della Regione del Veneto in materia di progettualità internazionale, europea e nazionale nel settore socio-sanitario. Tale riorganizzazione è stata concepita per favorire la diretta partecipazione delle Aziende Sanitarie a progetti europei e internazionali, secondo una logica bottom-up, lasciando alla Regione il ruolo di monitoraggio, indirizzo e coordinamento. In quest'ottica al CReMPE è stato affidato il compito di fornire supporto operativo alle Aziende Sanitarie nella gestione di progetti europei e internazionali.

Finalità del CReMPE

Il CReMPE offre un supporto dedicato a tutte le aziende sanitarie della Regione del Veneto che vogliano avvicinarsi alla progettazione Europea o che si trovino a gestire progetti già in essere.

Più precisamente, la delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 758 del 07 giugno 2011 affida al CReMPE le seguenti funzioni:

- supportare lo sviluppo delle progettualità proposte dal territorio ed identificate come prioritarie dalla Segreteria Regionale per la Sanità (oggi Area Sanità e Sociale), al fine di facilitare l'accesso delle Aziende Sanitarie ai finanziamenti comunitari e nazionali;
- sostenere ed affiancare le Aziende Sanitarie nelle fasi di negoziazione, gestione e rendicontazione dei progetti finanziati da programmi comunitari e nazionali;
- garantire la gestione operativa e finanziaria dei progetti in capo alla Regione Veneto in coordinamento con le strutture di volta in volta identificate per la loro realizzazione;
- erogare formazione specifica al personale delle Aziende Sanitarie in materia di accesso e gestione sia operativa che finanziaria dei progetti co-finanziati;
- supportare le strutture regionali a promuovere e diffondere a livello regionale i risultati dei progetti implementati dalle singole Aziende Sanitarie.

Attività principali

Le attività svolte dal CReMPE sono riconducibili a tre aree:

- attività formativa che si concretizza in corsi di formazione al personale delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione del Veneto in materia di gestione e progettazione europea;

- fornitura di assistenza alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere nella progettazione europea (presentazione di proposte progettuali), nella negoziazione e nella gestione di progetti europei;
- gestione diretta di progetti europei con precedenti contratti della Regione Veneto che la Regione ritiene particolarmente importanti.

Attività formativa

Nel biennio 2012-2013 il CReMPE ha attivato numerose giornate di formazione e incontri sul tema della progettazione europea. Tali attività sono state attivate e gestite sia in modo autonomo sia in collaborazione con altri enti.

I percorsi formativi realizzati in autonomia dal CReMPE sono stati i seguenti:

- ***"Gestione dei progetti europei: attività, partnership e spese"***.
L'obiettivo del percorso formativo era quello di fornire le competenze di base necessarie per una gestione corretta, efficace ed efficiente dei progetti co-finanziati dalla Commissione Europea.
- ***"Organizzare i meeting e gestire i partner"***.
Obiettivo del modulo era fornire ai partecipanti strumenti pratici per la gestione delle relazioni con i partner di progetto. La sessione è stata strutturata in due parti strettamente correlate, la prima relativa all'organizzazione di meeting internazionali e la seconda più strettamente orientata alla gestione dei partner. Sono state fornite, attraverso simulazioni pratiche, nozioni di tecniche di comunicazione, negoziazione e gestione dei conflitti.
- ***"Strumenti di project management"***.
Il corso era mirato a trasmettere conoscenze di base per poter utilizzare, in modo consapevole ed efficace, i principali strumenti di gestione dei progetti europei (e strumenti di project management in generale).
- ***"Il final report come risultato di un monitoraggio efficace"***.
Il corso ha affrontato tematiche relative alla corretta pianificazione, monitoraggio e rendicontazione del progetto.

L'attività di formazione svolta dal CReMPE ha coinvolto 60 persone da 16 aziende sanitarie del Veneto (inclusi lo IOV e la Fondazione Banca degli Occhi), oltre al personale regionale afferente all'Area Sanità e Sociale.

Oltre a quest'attività di formazione più strutturata, durante il biennio il personale del CReMPE ha svolto altri incontri di formazione/informazione in collaborazione con altri enti sul tema della progettazione europea. In particolare:

- Gennaio 2012: intervento dal titolo *"La progettazione di qualità e la gestione di progetti"* nell'ambito del National Information Day 2012 - Programma Di Azione Comunitaria In Tema Di Salute (2008-2013) organizzato dal Ministero della Salute in collaborazione con il progetto Mattone Internazionale;

- Marzo 2012: intervento dal titolo *“Regional strategy, framework and organization for European Projects”* in occasione della visita di una delegazione Rumena presso la Regione del Veneto;
- Aprile 2012: organizzazione e presentazione di un intervento sulla progettazione Europea nell’ambito dell’evento promosso dalla Regione del Veneto per la presentazione della call del programma CIP – Programma quadro per la competitività e l’innovazione;
- Giugno 2012: interventi sulla progettazione e l’implementazione di progetti europei in occasione del convegno *“Il Veneto per la Ricerca” - La ricerca sanitaria promossa e sostenuta dalla Regione del Veneto* organizzato dalla Regione del Veneto;
- Giugno 2013: collaborazione con il Progetto Mattone Internazionale per la realizzazione del workshop *“Politiche europee e programmi di finanziamento per promuovere la salute”*. Durante la prima giornata sono state illustrate le attività della Regione Veneto a livello europeo e le priorità di intervento, le nuove politiche comunitarie per i prossimi anni e le opportunità di reti e partenariati europei. La seconda giornata aveva carattere pratico-formativo ed era focalizzata sui criteri di selezione e valutazione delle proposte progettuali;
- Luglio 2013: collaborazione con ex-Servizio per le Relazioni Socio Sanitarie della Regione del Veneto per l’organizzazione della sessione informativa sul programma IMI dal titolo *“Innovative Medicines Initiative – Programma di Finanziamento Pubblico - Horizon 2020”*. Questo evento aveva come obiettivo la presentazione appunto del programma IMI e la formazione del personale delle aziende sanitarie ed ospedaliere e della Regione del Veneto per lo sviluppo di proposte progettuali su questo specifico programma di finanziamento.

368

Attività di supporto alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Veneto

Nel 2012 e nel 2013 il CRemPE è stato impegnato sia sul fronte del supporto alla gestione di progetti già finanziati dall’Unione Europea che su quello della “progettazione” in senso stretto, ovvero del supporto alla presentazione di nuove richieste di finanziamento (proposte di progetto) a valere su bandi competitivi lanciati dalla Commissione Europea.

Nel corso di questi due anni il CRemPE ha collaborato, a vario titolo, alla stesura di diverse proposte progettuali, a supporto sia di uffici regionali che di aziende sanitarie ed ospedaliere.

Tre sono state approvate, due delle quali nell’ambito del Secondo Programma di Azione Comunitaria nel campo della Salute, promosso dalla Direzione Generale per la Salute ed i Consumatori della Commissione Europea.

Il primo progetto, presentato nel bando 2012, è un’azione congiunta sulla salute mentale dal titolo *“Mental Health and Well Being”*. Responsabile scientifico del progetto è il Servizio Tutela Salute Mentale della Regione del Veneto mentre la gestione operativa del

progetto è affidata al CReMPE (e quindi all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona).

Il secondo progetto, approvato nel bando 2013, è coordinato e gestito dall'UOC Geriatria dell'ULSS 16 di Padova presso l'Ospedale S. Antonio. Il progetto ha come obiettivo la validazione dell'indice prognostico MPI come strumento di supporto alla decisione clinica in ambito geriatrico al fine di migliorare sia l'utilizzo delle risorse che l'esito clinico degli interventi nei pazienti anziani.

La terza proposta, cui il CReMPE ha contribuito solo con una consulenza su alcuni aspetti amministrativi, è stata finanziata all'ULSS 21 di Legnago. Il titolo del progetto è "Establishing a partnership to set up a Youth Guarantee scheme in the local area of Legnago AULSS 21" nell'ambito della call Preparatory action "Youth Guarantee" con l'obiettivo di implementare una nuova strategia per prevenire l'abbandono scolastico da parte dei giovani.

Sul fronte del supporto alla gestione dei progetti già approvati, il CReMPE è stato impegnato su 9 progetti, nella gran parte dei casi occupandosi solo della supervisione della rendicontazione.

Merita un discorso a parte il progetto HoNCAB, partito a settembre del 2012 che il CReMPE, in una prima fase, ha gestito direttamente. Tuttavia la responsabilità della gestione è stata gradualmente trasferita all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona per cui ad oggi il CReMPE mantiene solo un ruolo di supporto su richiesta da parte del team che segue il progetto.

Gestione diretta di progetti Europei

Nel 2012 il CReMPE aveva in gestione 5 progetti che si sono ridotti a 4 nel 2013 per effetto della chiusura del progetto Crossing Bridges nel corso del 2012 e del trasferimento della gestione del progetto HoNCAB al personale all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Nel 2013 tuttavia, come sopra accennato, il CReMPE è stato incaricato dalla Regione del Veneto della gestione del progetto "Mental Health and Well Being".

I progetti gestiti dal CReMPE nel corso del 2013 sono stati quindi:

1. SIALON II. Capacity building in combining targeted prevention with meaningful HIV surveillance among MSM – SIALON II

Scheda di progetto

Programma di riferimento: Programma di Salute Pubblica 2008 – 2013

Grant Agreement: Contratto n. 2010 12 11

Budget di progetto: euro 1.650.415,24

Durata: 01/11/2011 – 31/10/2014 (36 mesi)

Partner principale: Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (Italia)

2. European Regions Enforcing Actions against Suicide - EUREGENAS

Scheda di progetto

Programma di riferimento: Programma di Salute Pubblica 2008 – 2013

Grant Agreement: Contratto n. 2010 12 03

Budget di progetto: euro 1.387.807,00

Durata: 01/01/2012 – 31/12/2014 (36 mesi)

Partner principale: Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (Italia)

3. Joint Action on Health Inequalities – EQUITY ACTION

Scheda di progetto

Programma di riferimento: Programma di Salute Pubblica 2008 – 2013

Grant Agreement: Contratto n. 2010 22 03

Budget di progetto: euro 3.614.939,00

Durata: 15/01/2011 – 14/01/2014 (36 mesi)

Partner principale: National Heart Forum, Health Action Partnership International (HAPI) (Regno Unito)

4. Joint Action on Mental Health and well-being (MH-WB) – WP7 Mental Health and Schools

Scheda di progetto

Programma di riferimento: Programma di Salute Pubblica 2008 – 2013

Grant Agreement: Contratto n. 2012 22 02

Budget di progetto: euro 3.061.737,65

Durata: 01/02/2013 – 31/01/2016 (36 mesi)

Partner principale: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa (Portogallo)

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 758 del 07 giugno 2011](#) Istituzione del Coordinamento Regionale per il Management e la Progettazione Europea (CREMPE). Definizione funzioni e assegnazione compiti.

Approfondimenti

Sito web del progetto SIALON II – www.sialon.eu

Sito web del progetto EUREGENAS – www.euregenas.eu

Sito web del progetto EQUITY ACTION – www.equityaction-project.eu

Sito web del progetto MH-WB – www.mentalhealthandwellbeing.eu

Recapiti per ulteriori informazioni

Struttura: Coordinamento Regionale per il Management e la Progettazione Europea (CREMPE)

Sede: Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, P.le A.Stefani 1 - Verona

Recapiti telefonici: 045812 1065

e-mail: crempe@ospedaleuniverona.it

10. La spesa Socio Sanitaria Regionale

10.1. Analisi economica del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto

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

Allegato A. Paragrafo 4.4 Verso un "cruscotto di governo". Sottoparagrafo 4.4.1 Il sistema di controllo interno e il sistema degli indicatori. Pagine 130-133. L'equilibrio economico-finanziario del Servizio Socio Sanitario Regionale e delle singole Aziende Sanitarie del Veneto è condizione irrinunciabile per la sostenibilità del SSR stesso. Il Piano Socio Sanitario si propone di perseguire il mantenimento ed il miglioramento delle attuali condizioni di efficienza ed appropriatezza, ottimizzando altresì l'utilizzo delle risorse impiegate.

Quadro di sintesi

I risultati economici del SSR del Veneto dell'ultimo quinquennio segnano un continuo e virtuoso avvicinamento al pareggio di bilancio conseguente soprattutto al progressivo contenimento dei costi di esercizio. I dati di costo definitivi del 2011 hanno segnato per la prima volta una diminuzione in valore assoluto rispetto all'anno precedente e anche nel 2012 e nel 2013 la costosità complessiva del SSR si mantiene su valori inferiori al 2010.

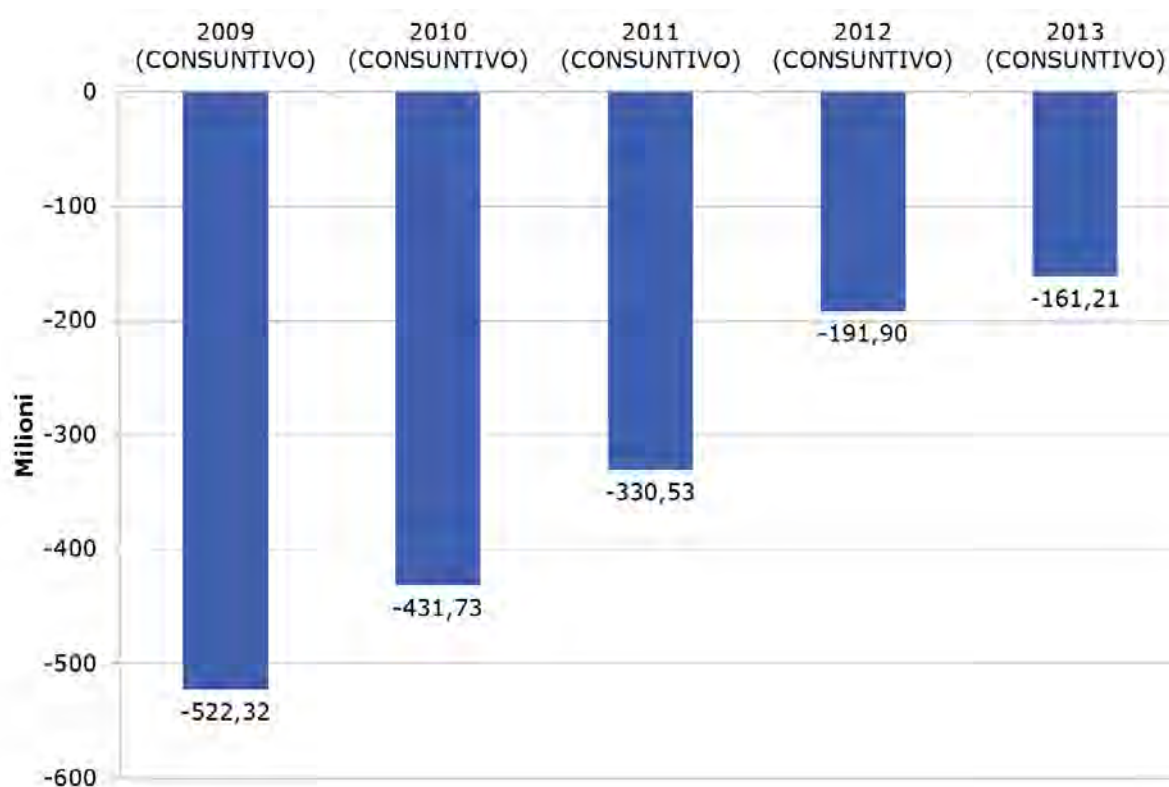
Permane anche nel prossimo futuro la necessità di comprimere e stabilizzare i costi del "prodotto sanità" posto che il trend della variabile ricavi (leggasi contributi statali) è ormai stabilmente in diminuzione e che il valore 2013 risulta addirittura inferiore al 2012.

È evidente che la stabilizzazione dei costi del SSR e dell'equilibrio economico dovrà essere il frutto di una profonda riorganizzazione gestionale sulla scorta del progetto delineato nel Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016 e non di una semplice e comunque dolorosa politica di tagli lineari.

Il riequilibrio del profilo finanziario del SSR, invece, sarà garantito dal ricorso agli strumenti previsti dal D.L. 35/2013 (L. 64/2013) per il pagamento dei debiti scaduti delle PPAA, avviato nel 2013 (I tranche di anticipazione MEF) e a conclusione nel 2014 (II tranche di anticipazione MEF) e tramite il quale si raggiungerà la totale ricapitalizzazione del SSR e l'azzeramento dello stock di debito scaduto.

Risultato Economico

Il bilancio socio-sanitario consolidato al 31 dicembre 2013 delle 21 Aziende sanitarie, delle 2 Aziende Ospedaliere e dell'Istituto Oncologico Veneto, chiude con una perdita complessiva di 161,21 milioni di Euro, dopo ammortamenti al netto delle sterilizzazioni, svalutazioni ed accantonamenti per 258,69 milioni di Euro. Nel grafico che segue è possibile notare che nonostante il sistema non abbia ancora raggiunto l'autosufficienza economica, sia in atto dal 2009 un continuo percorso di avvicinamento al pareggio economico che in 5 anni ha ridotto lo squilibrio economico del 70%.

Figura 10.1 – Andamento risultato di esercizio, Veneto, 2009-2013

372

Andamento costi e ricavi

Il positivo andamento del risultato economico consegue al continuo e virtuoso contenimento della dinamica dei costi della produzione e al progressivo aumento della forbice tra contributi in conto esercizio e costi della produzione.

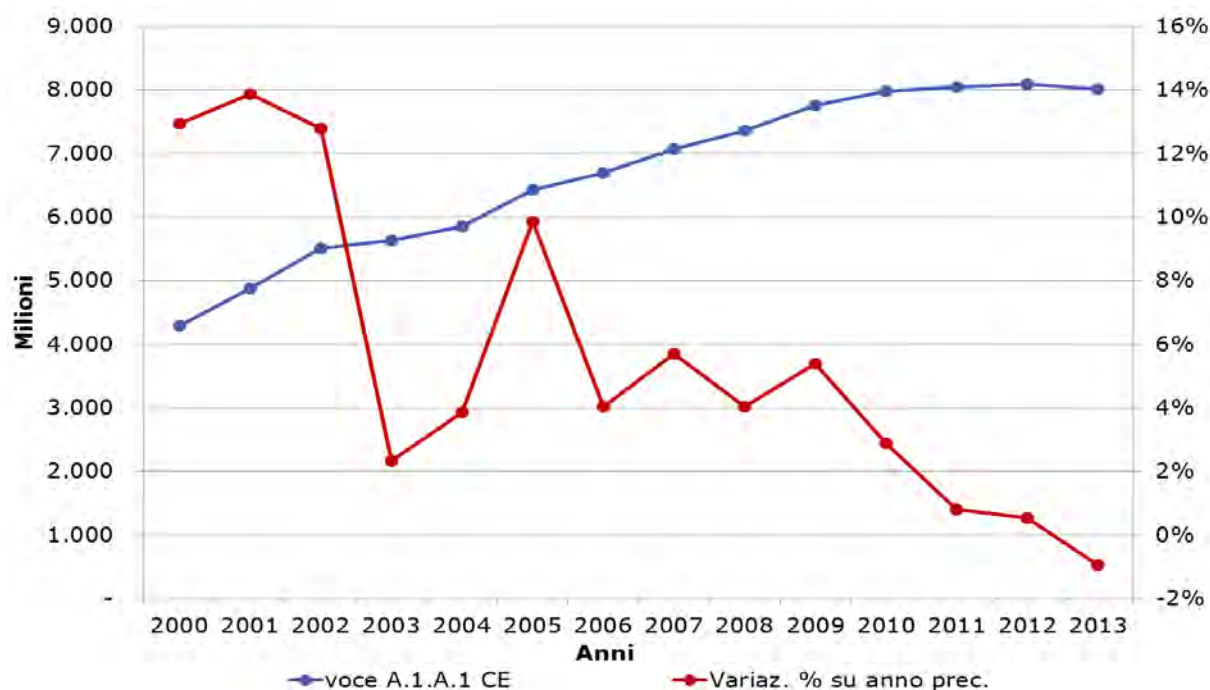
In particolare si può notare dai grafici successivi che dal 2010 la costosità del SSR ha subito una sostanziale battuta d'arresto facendo segnare anche un calo in valore assoluto sia tra il 2010 e il 2011 che tra il 2012 e il 2013. Oltretutto, buona parte del leggero aumento intervenuto tra il 2011 e il 2012 è imputabile ad effetti meramente contabili conseguenti all'introduzione di specifiche previsioni normative del D.Lgs n. 118/2011 come, ad esempio, l'aumento delle aliquote di ammortamento tra i due esercizi in questione.

Come segnalato anche nella relazione dello scorso anno, lo sforzo profuso per ridurre i costi di produzione è comunque destinato a caratterizzare anche le future gestioni poiché è evidente come la variazione percentuale dei contributi statali per l'erogazione dei LEA (che rappresentano circa il 90% dei ricavi) – prossima allo zero nel 2011 e nel 2012 – è diventata negativa (-0.94%) nel 2013.

L'ulteriore miglioramento del risultato economico d'esercizio 2013, infatti, è sostanzialmente imputabile alla buona performance della gestione straordinaria. Ciò non toglie che la gestione caratteristica del SSR, per il terzo anno consecutivo, fa registrare

un costo della produzione stabilmente inferiore rispetto al dato 2010 e che tale sforzo sia alla base del costante miglioramento della performance economica complessiva.

Figura 10.2 – Valore della produzione (Fondo Sanitario Regionale) e variazione percentuale, Veneto, 2000 - 2013



Voce A.1.A.1 del Conto Economico = Totale dei finanziamenti indistinti per l'erogazione dei LEA
Figura 10.3 – Numero indice (Base 2005) dei contributi in c/esercizio e dei costi della produzione, Veneto, 2006 – 2013

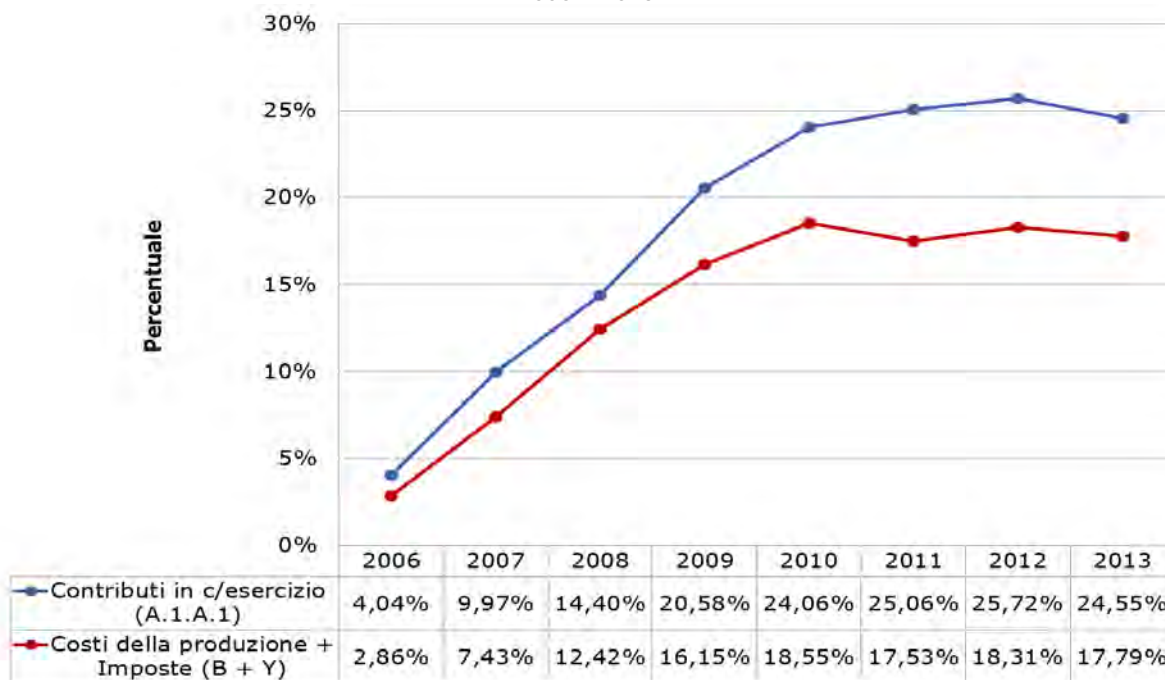


Tabella 10.1 – Conto economico consolidato, Veneto, 2011-2013

ANDAMENTO MACRO VOCI DI COSTO (aree sanitarie e sociale - consolidato regionale)	2011 (CONSUNTIVO)	2012 (CONSUNTIVO)	2013 (CONSUNTIVO)	DELTA 2012- 2013 ASSOLUTO	DELTA 2011- 2013 ASSOLUTO	DELTA 2012- 2013 %	DELTA 2011- 2013 %
RISULTATO DI ESERCIZIO	-330,53	-191,90	-161,21	30,69	169,32	-15,9%	-51,2%
A Totale valore della produzione (ricavi)	9.043,39	9.244,12	9.172,63	-71,49	129,23	-0,7%	1,4%
<i>di cui (A.1.A.1) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto</i>	8.041,32	8.170,62	8.107,37	-63,26	66,05	-0,8%	0,8%
B Totale costi della produzione (costi)	9.178,14	9.203,52	9.183,23	-20,28	5,09	-0,2%	0,1%
B.1 Acquisti di beni	1.187,34	1.207,91	1.223,61	15,70	36,27	1,3%	3,1%
B.1.A Acquisti di beni sanitari	1.138,72	1.162,32	1.180,09	17,77	41,37	1,5%	3,6%
B.1.B Acquisti di beni non sanitari	48,62	45,59	43,52	-2,07	-5,10	-4,5%	-10,5%
B.2 Acquisti di servizi	4.610,81	4.528,01	4.486,08	-41,92	-124,73	-0,9%	-2,7%
B.2.A Acquisti servizi sanitari	3.889,39	3.787,23	3.772,76	-14,48	-116,64	-0,4%	-3,0%
B.2.A.1 Acquisti servizi sanitari per medicina di base	547,70	549,34	545,97	-3,36	-1,73	-0,6%	-0,3%
B.2.A.2 Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	701,34	640,61	613,94	-26,68	-87,40	-4,2%	-12,5%
B.2.A.3 Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	385,31	397,12	372,91	-24,21	-12,40	-6,1%	-3,2%
B.2.A.4 Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	32,07	32,27	32,24	-0,03	0,16	-0,1%	0,5%
B.2.A.5 Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	69,12	65,17	57,37	-7,80	-11,76	-12,0%	-17,0%
B.2.A.6 Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	65,71	64,20	58,81	-5,38	-6,89	-8,4%	-10,5%
B.2.A.7 Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	682,28	657,69	674,76	17,07	-7,52	2,6%	-1,1%
B.2.A.8 Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	72,22	73,34	74,36	1,02	2,13	1,4%	3,0%
B.2.A.9 Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	22,66	22,49	23,73	1,25	1,08	5,5%	4,8%
B.2.A.10 Acquisto prestazioni termali in convenzione	24,78	23,13	22,58	-0,54	-2,19	-2,3%	-8,8%
B.2.A.11 Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	46,74	47,86	47,48	-0,38	0,74	-0,8%	1,6%
B.2.A.12 Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	779,62	772,07	766,29	-5,78	-13,33	-0,7%	-1,7%
B.2.A.13 Compartecipazione al personale per att. libero-prof. intramoenia	99,84	96,43	95,81	-0,62	-4,02	-0,6%	-4,0%
B.2.A.14 Rimborsi, assegni e contributi sanitari	131,83	126,15	161,10	34,94	29,27	27,7%	22,2%
B.2.A.15 Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni...	83,70	76,48	70,71	-5,77	-12,98	-7,6%	-15,5%
B.2.A.16 Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	144,47	142,89	154,19	11,30	9,71	7,9%	6,7%
B.2.A.17 Costi per differenziale tariffe TUC	0,00	0,00	0,50	0,50	0,50	0,0%	0,0%
B.2.B Acquisti di servizi non sanitari	721,42	740,78	713,33	-27,45	-8,09	-3,7%	-1,1%
<i>di cui B.2.B.1.4 Riscaldamento</i>	122,63	130,77	130,12	-0,65	7,49	-0,5%	6,1%
<i>di cui B.2.B.1.9 Utenze elettricità</i>	57,63	61,85	64,00	2,15	6,37	3,5%	11,1%
<i>di cui B.2.B.1.11 Premi di assicurazione</i>	85,51	81,31	74,40	-6,91	-11,12	-8,5%	-13,0%
<i>di cui B.2.B.1.12 Altri servizi non sanitari</i>	98,51	110,63	108,48	-2,14	9,97	-1,9%	10,1%

B.3 Manutenzione e riparazione ordinaria esternalizzata	169,41	174,84	172,98	-1,85	3,58	-1,1%	2,1%
B.4 Godimento di beni di terzi	123,11	129,53	125,18	-4,34	2,08	-3,3%	1,7%
Totale Costo del personale	2.772,54	2.772,56	2.769,13	-3,43	-3,42	-0,1%	-0,1%
B.5 Personale del ruolo sanitario	2.156,98	2.158,34	2.160,50	2,16	3,52	0,1%	0,2%
B.6 Personale del ruolo professionale	10,31	9,81	9,48	-0,33	-0,84	-3,4%	-8,1%
B.7 Personale del ruolo tecnico	378,14	379,36	376,79	-2,57	-1,35	-0,7%	-0,4%
B.8 Personale del ruolo amministrativo	227,11	225,05	222,35	-2,70	-4,76	-1,2%	-2,1%
B.9 Oneri diversi di gestione	36,12	38,59	32,84	-5,75	-3,28	-14,9%	-9,1%
Totale Ammortamenti	264,64	272,01	254,08	-17,93	-10,56	-6,59%	-3,99%
B.14 Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	2,51	3,00	9,91	6,91	7,40	230,4%	294,8%
B.15 Variazione delle rimanenze	-9,44	4,28	-5,61	-9,89	3,83	-231,2%	-40,5%
B.16 Accantonamenti dell'esercizio	21,10	72,79	115,02	42,22	93,91	58,0%	445,0%
(C) e (D) Saldo gestione finanziaria e rettifiche	-31,27	-41,92	-46,63	-4,71	-15,36	11,2%	-31,1%
(E) Saldo gestione straordinaria	41,38	13,16	99,42	86,26	58,04	655,3%	101,3%
(Y) Totale imposte e tasse	205,89	203,75	203,39	-0,36	-2,50	-0,2%	-0,1%

* Dati dai Conti Economici (CE) consolidati al netto mobilità intra e poste R. Le "poste R" sono costituite dai costi e dai ricavi, ed i correlati debiti e crediti, relativi agli scambi operati tra le Aziende Sanitarie appartenenti al bilancio consolidato della Sanità della Regione.

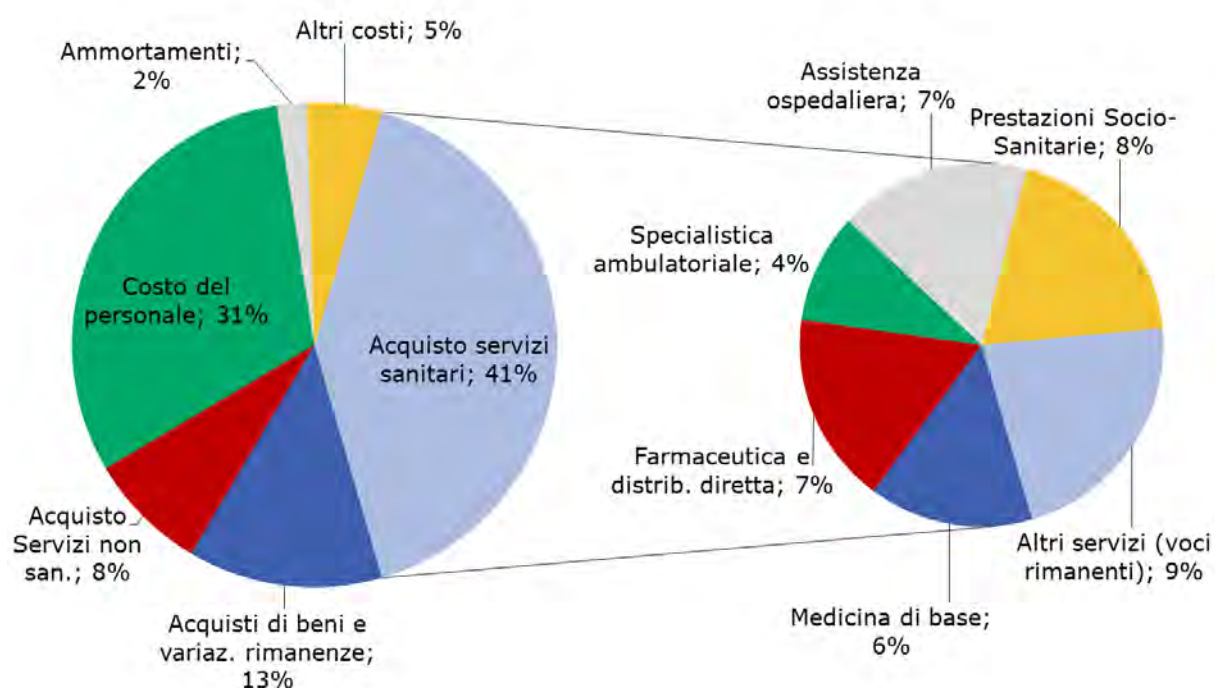
Scendendo maggiormente nel dettaglio si evidenziano le seguenti dinamiche di costo:

- **L'acquisto di beni** nell'ultimo triennio è aumentato del 3,1% (1,3% rispetto al 2012) e tale aumento appare tutto sommato in linea con l'andamento dell'indice di inflazione nazionale. Questa variazione è scomponibile in due trend differenti per i beni sanitari e non sanitari: i primi rappresentano il 96% dell'acquisto di beni e sono in aumento del 3,6% (1,5% rispetto al 2012); i secondi (4% del totale) sono in calo del 10,5% (4,5% rispetto al 2012) nonostante l'aumento di due punti percentuali dell'aliquota ordinaria IVA a partire dall'ultimo trimestre del 2011.
- **L'acquisto di servizi sanitari** registra un calo percentuale sia nel triennio 2011-2013 (-2,7%) sia rispetto al 2012 (-0,9%). Tale andamento è imputabile ad un generalizzato calo di tutte le sottovoci più consistenti in valore assoluto tra cui: la farmaceutica (-12,5% nel triennio; -4,1% rispetto al 2012), la specialistica ambulatoriale (-3,2% nel triennio; -6,1% rispetto al 2012), l'assistenza ospedaliera (-1,1% nel triennio; +2,6% rispetto al 2012), le prestazioni socio sanitarie a rilevanza sanitaria (-1,7% nel triennio; -0,8% rispetto al 2012). In consistente calo percentuale anche l'acquisto di servizi per assistenza integrativa e protesica il cui valore assoluto è però meno significativo.

In aumento, invece, risultano: la voce residuale "Altri servizi sanitari..." che accoglie principalmente i costi dei contratti di global service collegati anche ai progetti di project financing ospedaliero (+6,7% nel triennio; +7,9% rispetto al 2012), la voce *Rimborsi assegni e contributi sanitari* all'interno della quale sono ricondotte anche le

impegnative di cura domiciliare ex DGR 1338/2013 (+22,2% nel triennio; +27,7% rispetto al 2012) ed alcune voci meno significative in valore assoluto come la distribuzione diretta di farmaci (+4,8% nel triennio; +5,5% rispetto al 2012) Sostanzialmente stabile il costo degli acquisti per medicina di base.

Figura 10.4 – Composizione percentuale del costo della produzione, Veneto, 2013



- **Gli acquisti di servizi non sanitari** fanno segnare una battuta d'arresto e dopo il progressivo aumento registrato tra il 2009 e il 2012, nel 2013 si attestano su una diminuzione del 3,7% rispetto all'anno precedente. Tale diminuzione è imputabile principalmente al calo di voci di costo quali: le pulizie (-9,4%), i trasporti non sanitari (-32,3%), le consulenze e collaborazioni (-7,0%), la voce residuale che accoglie le voci non classificabili altrimenti e, in alcuni casi, anche le prestazioni in service da privato (-1,9%) e i premi di assicurazione (-8,5%).

Con riferimento a quest'ultima voce va specificato che tale diminuzione è sostanzialmente legata alla possibilità per le aziende sanitarie di provvedere alla gestione diretta dei sinistri (DGR 573/2011) e che, per converso, il ricorso a tale modalità di gestione dei rischi spiega buona parte del consistente aumento dei costi per accantonamenti.

Da evidenziare che tale risultato è stato ottenuto nonostante l'ulteriore aumento dell'aliquota IVA ordinaria applicabile alla maggior parte dei servizi non sanitari a partire dall'ultimo trimestre 2013.

- **I costi del personale**, che rappresentano circa il 30,0% del totale dei costi di produzione, sono stabili nel triennio 2011-2013 (-0,1%) per effetto delle stringenti norme sul blocco delle assunzioni e degli adeguamenti contrattuali (quest'ultimi fermi dal 2009).
- **I costi per ammortamento**, nonostante l'aumento delle aliquote ex D.Lgs 118/2011, fanno registrare una diminuzione del 6,6% rispetto al 2012. Tale diminuzione è dovuta in parte al ricalcolo degli ammortamenti ante 2012 (che ha abbreviato il periodo di ammortamento di molti cespiti) e in parte alle politiche regionali restrittive sul fronte degli investimenti (che hanno reso più selettivo il processo di rinnovo dei cespiti pluriennali).
- **Le svalutazioni dei crediti**, triplicano rispetto al dato 2012 sostanzialmente a seguito del percorso di revisione e certificazione dei bilanci avviato a livello regionale già nel 2010 ma effettivamente a regime nel 2013. Tale aumento, infatti, è indice di una ritrovata attenzione alle poste patrimoniali di credito in ossequio ai principi generali di prudenza e di rappresentazione veritiera e corretta del bilancio.
- **La variazione delle rimanenze**, che nel 2012 aveva segno positivo, segnala nel 2013 un nuovo aumento delle scorte in magazzino (segno negativo), a riconferma del trend degli ultimi anni e della difficoltà di intervenire su questo ambito per recuperare margini di efficienza gestionale e finanziaria.
- **Gli accantonamenti dell'esercizio** sono una voce di CE strettamente controllata a livello regionale, tuttavia, nel 2013 tale voce di costo risulta in aumento (+58,0%). Tale aumento è collegato a quanto detto a proposito dei premi di assicurazione nella voce di costo "Acquisto di servizi non sanitari". Le aziende sanitarie che gestiscono direttamente l'eventuale verificarsi di sinistri devono sostanzialmente creare appositi accantonamenti per fronteggiare tali eventualità.
Risultano azzerati, invece, gli accantonamenti per interessi passivi di mora poichè è in corso un'operazione di ricapitalizzazione complessiva del SSR volta al pagamento dei debiti scaduti delle aziende sanitarie.

Si completa la disamina delle principali voci di Conto Economico analizzando brevemente la gestione finanziaria e quella straordinaria.

- **La gestione finanziaria** 2013 risulta sostanzialmente in linea con il dato 2012 con una costosità pari a circa 42,6 mln di euro (escludendo l'apporto negativo della voce (D) Rettifiche di valore di attività finanziarie pari a circa 4 mln di euro). A partire dal 2014 e con maggiore evidenza nel 2015 ci si aspetta una forte riduzione di tale costosità a seguito della manovra di ricapitalizzazione del SSR da 1,587 mld di euro che si concluderà nel 2014.
- **La gestione straordinaria** 2013 spiega sostanzialmente l'ulteriore miglioramento del risultato economico raggiunto nell'esercizio appena trascorso con un apporto positivo di oltre 99 mln di euro. Tale risultato dipende da un doppio effetto positivo di aumento delle sopravvenienze attive (parte delle quali dovute a specifiche attività di

transazione e storno degli interessi passivi con i fornitori del SSR) e di diminuzione delle sopravvenienze passive.

La ricapitalizzazione del SSR

Come emerso nella breve analisi della gestione finanziaria, Regione Veneto ha deciso di ricorrere agli strumenti messi a disposizione dal D.L. n. 35/2013 in materia di pagamento dei debiti scaduti delle PPAA. A seguito di tale decisione la Regione recupererà risorse liquide tramite un'anticipazione finanziaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) pari a complessivi 1,587 mld di euro divisi in una prima tranche di 777 mln di euro (incassata e girata alle Aziende Sanitarie nell'estate del 2013) e una seconda tranche di 810 mln di euro (attualmente in fase di erogazione). Le somme anticipate dal MEF verranno restituite dalla Regione in 30 anni ad un tasso medio (fisso) del 2,25%.

Le risorse così recuperate sono state (I tranche) e saranno (II tranche) interamente destinate alla ricapitalizzazione del SSR e permetteranno di azzerare lo stock di debito scaduto accumulato dalle Aziende Sanitarie del Veneto.

Oltre all'evidente convenienza del tasso medio al quale sono state recuperate si evidenzia che:

- l'operazione di ricapitalizzazione potrà portare a un risparmio strutturale di 20-25 mln all'anno di interessi passivi di mora portando i tempi medi di pagamento delle aziende sanitarie venete in linea con le soglie europee;
- il conseguente sblocco dei debiti scaduti avrà positive ricadute anche sul tessuto economico-produttivo e sociale del territorio regionale e nazionale;
- il miglioramento delle performance di pagamento del sistema sanitario regionale e dei rapporti con i propri fornitori sarà alla base di un rinnovato potere contrattuale in grado di rinegoziare le condizioni economiche alle quali il SSR attualmente si approvvigiona;
- il cambiamento strutturale nelle logiche di controllo sui sistemi sanitari regionali sia a livello centrale/ministeriale (es. tavolo adempimenti, dlgs 118/2011) che regionale (es. tavoli di monitoraggio trimestrali), nonché i nuovi strumenti messi a disposizione delle PPAA (es. fatturazione elettronica) pongono le condizioni per evitare la creazione di ulteriore debito scaduto e quindi per evitare di rendere vano tale "investimento".

Sviluppi futuri delle analisi economico-patrimoniali-finanziarie del SSR

La Regione Veneto ha da sempre considerato strategica la capacità di lettura dei dati economici, patrimoniale e finanziari del SSR. L'ormai soppressa Agenzia Regionale Socio Sanitaria, infatti, ha prodotto i primi report di questo tipo (comparazione bilanci delle Aziende Sanitarie, Libro Bianco 2000-2009, Relazioni sulla Gestione 2010 e 2011). A seguito della chiusura dell'Agenzia e con la finalità di non disperdere il patrimonio informativo derivante dall'analisi dei bilanci del SSR, la Giunta Regionale con DGR n. 2357 del 16 dicembre 2013 ha sottoscritto una convenzione con l'Università Ca' Foscari

di Venezia per la costituzione, tra le altre, dell'Osservatorio sulla Spesa Sanitaria del Veneto.

Il costituendo Osservatorio produrrà elaborati ed analisi sui bilanci delle aziende sanitarie, sulla Gestione Sanitaria Accentrata e sul bilancio consolidato degli enti sanitari della Regione Veneto, mettendo a disposizione ulteriore materiale informativo anche ai destinatari della presente relazione socio sanitaria. Questo tipo di attività consentirà di avere una visione complessiva del sistema sanitario regionale e quindi di attuare valutazioni e scelte strategicamente lungimiranti. Ciò comporterà nel medio e lungo periodo dei vantaggi economici per lo stesso bilancio regionale, vista l'incidenza del settore sanità sullo stesso.

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Programmazione Risorse Finanziarie SSR
Palazzo Molin – San Polo, 2514 – 30125 Venezia
Telefono: 041 2793449-3450 3528 Fax: 041 2793506
e-mail: prog.finsanita@regione.veneto.it

10.2. Trend di costo dei livelli assistenziali

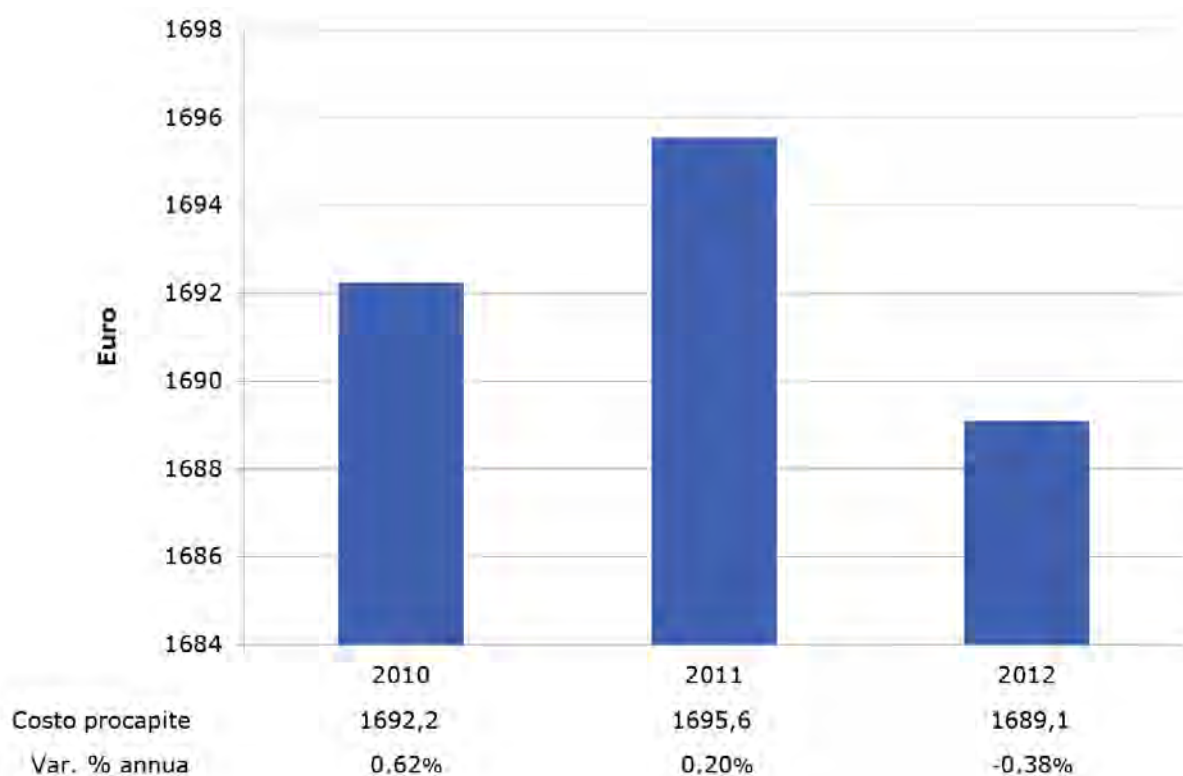
Si presenta di seguito una breve analisi dei trend di costo che caratterizzano l'erogazione delle tre principali macro categorie di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da parte del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto. Si ricorda che le tre macro categorie sono così definite:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (qui denominata "Prevenzione");
- Assistenza distrettuale;
- Assistenza ospedaliera.

I valori utilizzati per costruire le analisi sui trend di costo sono relativi ai modelli LA compilati dalle Aziende Sanitarie e che prevedono la riclassificazione dei costi del Conto Economico organizzati per natura (costo personale, servizi, beni, ecc.) in un'ottica di destinazione (appunto costi per prevenzione, assistenza ospedaliera, assistenza distrettuale). Il modello ministeriale LA è appunto dedicato alla rilevazione dell'utilizzo delle risorse per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Al momento in cui si scrive non sono ancora disponibili i modelli LA 2013.

Il grafico riportato in seguito evidenzia il trend dell'ultimo triennio del costo complessivo per residente. Il costo procapite nell'anno 2012 ha segnato una riduzione di circa 6,4 euro procapite, pari allo 0,4 percento in meno, conseguente ad una diminuzione del costo procapite di tutti i macro livelli di assistenza.

Figura 10.5 – Costo erogazione LEA per residente, Veneto, 2010-2012



Il costo per residente dell'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (cosiddetta "prevenzione") si attesta a Euro 50,30 nel 2012 in diminuzione rispetto al 2011. È interessante notare che confrontando i ricavi, intesi come l'ammontare del finanziamento da deliberazione di riparto del Fondo Sanitario Regionale, e i costi, costituiti invece dai costi dei servizi generali e dai costi di erogazione dei LEA, emerge un differenziale positivo (ricavi > costi) di tale macro categoria di assistenza.

Figura 10.5 – Trend del costo livello LEA "Prevenzione" per residente, Veneto, 2010-2012

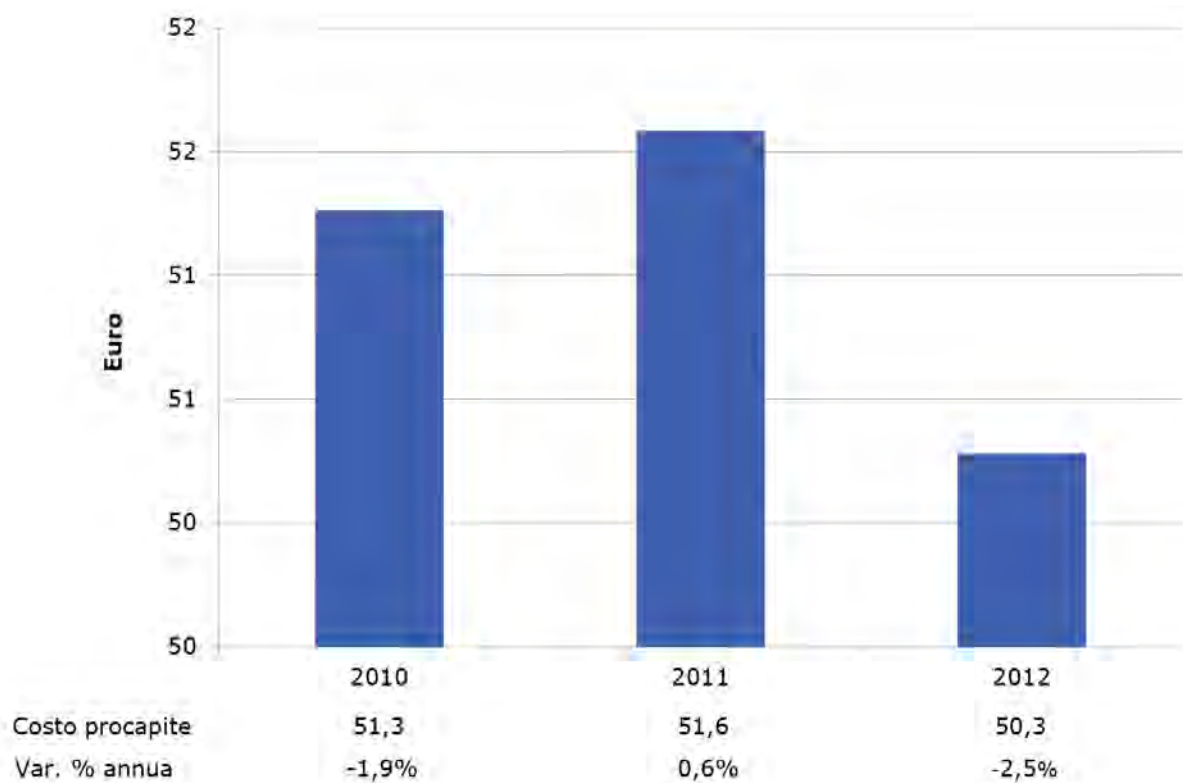
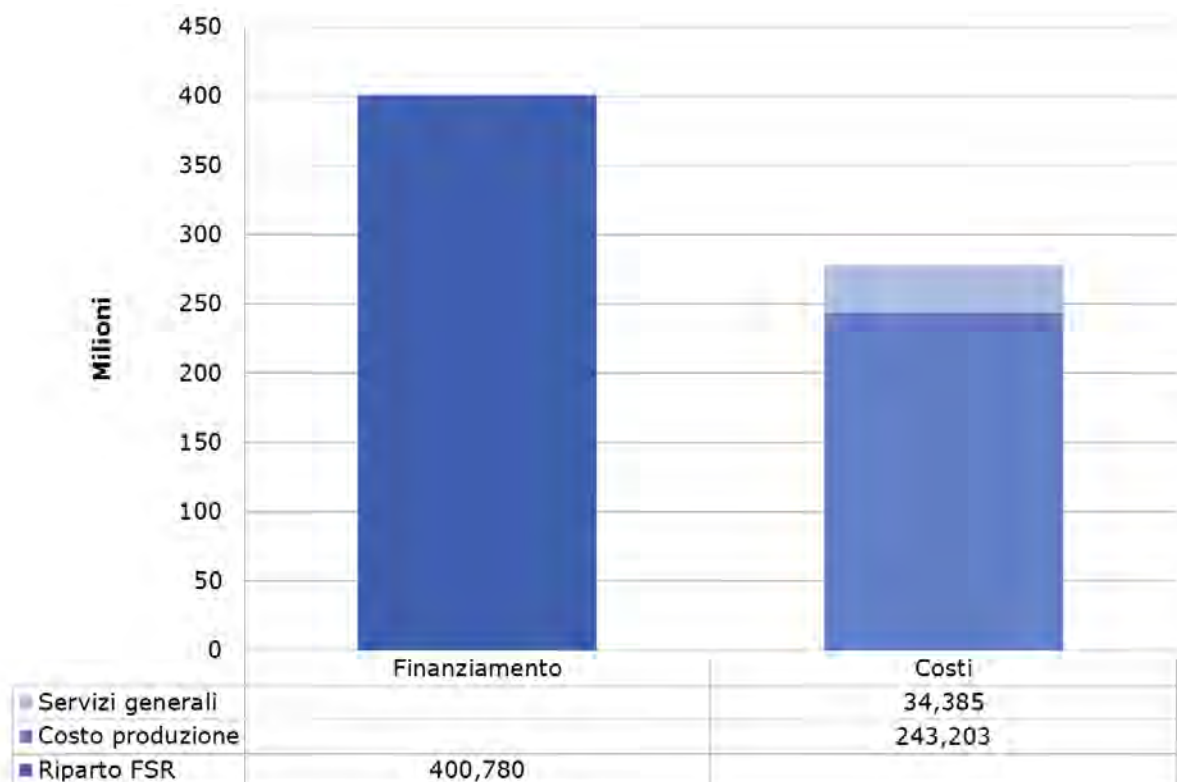


Figura 10.6 - Confronto costi e ricavi di erogazione del livello LEA "Prevenzione", Veneto, 2012



382

Assistenza distrettuale

Il trend di costo dell'assistenza distrettuale procapite risulta in calo nel 2012 (-0,4%) attestandosi a Euro 940,4. Il decremento dei costi complessivi rispetto al 2011 è stato di circa 16,2 milioni di Euro.

Figura 10.7 – Trend del costo totale livello LEA "Distrettuale" per residente, Veneto, 2010-2012

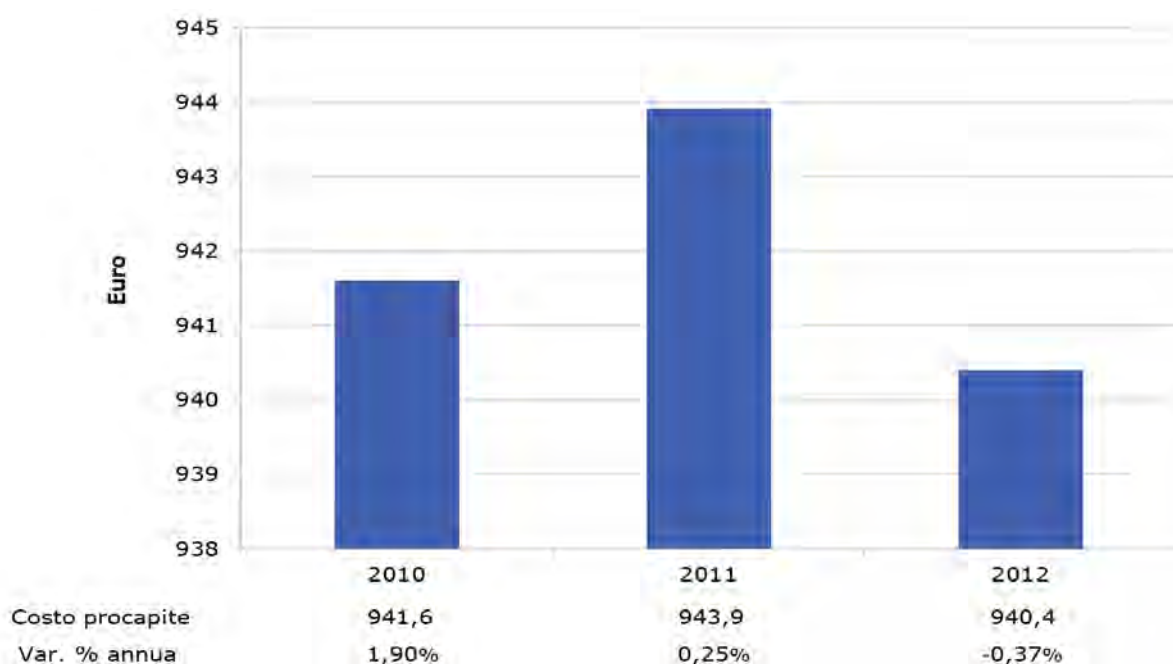
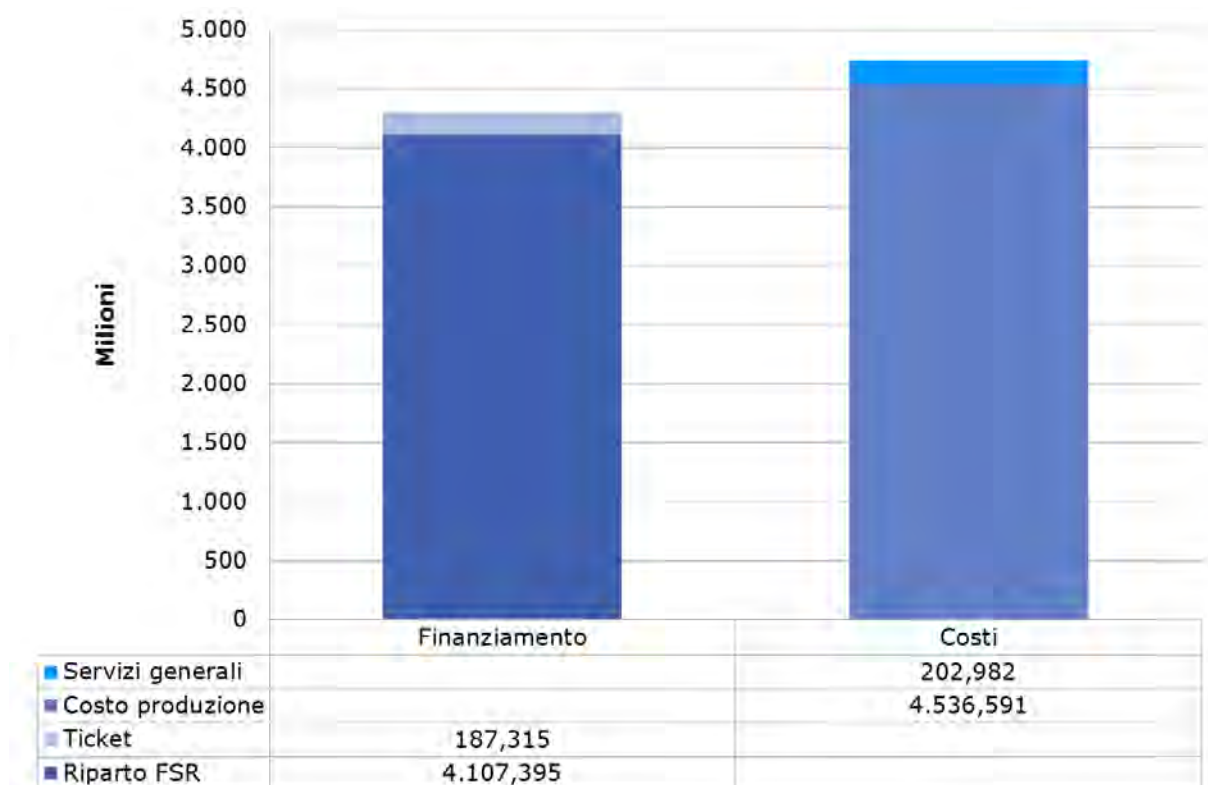


Figura 10.8 – Confronto costi e ricavi di erogazione del livello LEA "Distrettuale", Veneto, 2012

Complessivamente le risorse assegnate in fase di riparto unitamente agli introiti per la compartecipazione dei cittadini non coprono la totalità dei costi imputati alle attività distrettuali.

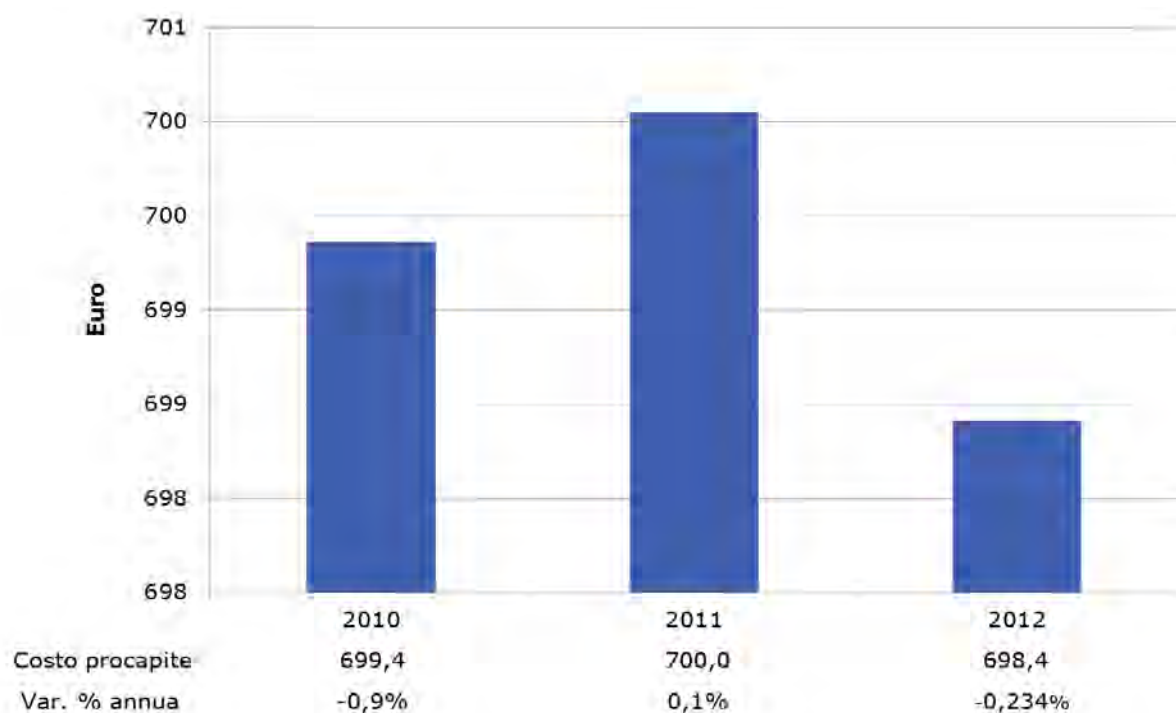
383

Assistenza ospedaliera

I costi in valore assoluto per l'anno 2012 di quest'area assistenziale risultano in calo di circa 7,2 milioni di euro.

Risulta in calo anche il costo per residente che si attesta a Euro 698,4. Si ricorda che nei costi è stata sommata quota parte dei costi dei servizi generali così come presente all'interno dei modelli ministeriali LA.

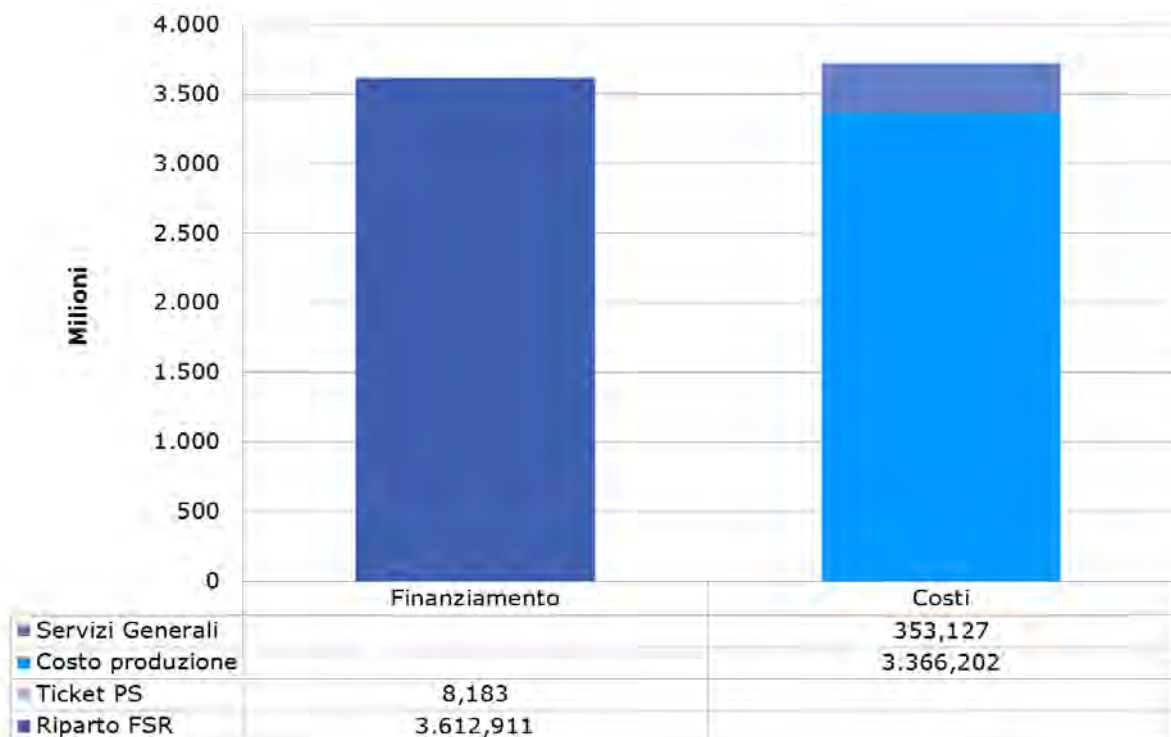
Figura 10.9 – Trend del costo totale livello LEA “Assistenza Ospedaliera” per residente, Veneto, 2010-2012



Anche in questo caso, il confronto tra risorse assegnate da riparto e costi per il livello di Assistenza Ospedaliera attesta che le risorse non coprono la totalità dei costi imputati alle attività ospedaliere.

384

Figura 10.10 – Confronto costi e ricavi di erogazione del livello LEA “Assistenza Ospedaliera”, Veneto, 2012



Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2268 del 13 novembre 2012](#) "Presenza d'atto dei risultati d'esercizio delle aziende sanitarie del Veneto del bilancio d'esercizio 2011".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1427 del 6 agosto 2013](#) "Presenza d'atto dei bilanci d'esercizio 2012 delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Consolidato del SSR Veneto".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 998 del 5 giugno 2012](#) "Adozione nuovo schema del piano dei conti del Conto Economico obbligatorio per le aziende sanitarie del Veneto".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2326 del 20 novembre 2012](#) "Adozione nuovo schema del piano dei conti dello Stato Patrimoniale obbligatorio per le aziende sanitarie del Veneto".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2358 del 16 dicembre 2013](#) "DGR 24/12/2012 n.154/CR. Assegnazione definitiva alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'esercizio 2013".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 785 del 21 maggio 2013](#) "Decreto Legge n. 35 dell'8 aprile 2013. Ricorso all'anticipazione ministeriale per il pagamento dei debiti scaduti del SSSR del Veneto".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1680 del 24 settembre 2013](#) "Legge n. 64 del 6 giugno 2013 "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione...". Ratifica del contratto di prestito tra Ministero dell'Economia e delle Finanze e Regione Veneto e presa d'atto dei provvedimenti conseguenti di erogazione finanziari".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2357 del 16 dicembre 2013](#) "Convenzione con l'Università Cà Foscari di Venezia ai fini di uno scambio di competenze professionali con il personale impegnato nel settore sanità".

Approfondimenti

Relazione sulla Gestione 2011: Analisi dei bilanci e delle attività del Sistema Socio Sanitario del Veneto, Volume 1 Sintesi Regionale, Venezia: Pubblicazione a cura dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, 2012.

Relazione sulla Gestione 2010: Analisi dei bilanci e delle attività del Sistema Socio Sanitario del Veneto, Volume 1 Sintesi Regionale, Venezia: Pubblicazione a cura dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, 2011.

[Libro Bianco del Servizio Socio Sanitario della Regione del Veneto 2000-2009, Volume 1](#), Pubblicazione a cura dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, 2010.

Recapiti per ulteriori informazioni

Sezione Programmazione Risorse Finanziarie SSR
Palazzo Molin – San Polo, 2514 – 30125 Venezia
Telefono: 041 2793449-3450 3528 Fax: 041 2793506
e-mail: prog.finsanita@regione.veneto.it

10.3. Il fondo per le politiche sociali

Quadro di sintesi

La struttura delle risorse finanziarie destinate al sociale, pur essendo basata in maniera rilevante su quelle provenienti dal Fondo sanitario regionale, finalizzate all'integrazione sociosanitaria, riflette la composita offerta di prestazioni sociosanitarie e di servizi sociali erogati a favore delle fasce deboli della popolazione; il quadro dei finanziamenti che alimentano la spesa sociale regionale è infatti organico e si articola nei seguenti flussi:

- risorse regionali indistinte;
- risorse del Fondo sanitario regionale, in primo luogo del Fondo reg. per la Non Autosufficienza di cui all'art. 3 della LR 27/02/08, n. 1;
- Fondo nazionale per le Politiche Sociali – risorse indistinte, ai sensi dell'art. 20, Legge 8/11/2000, n. 328;
- Fondi statali comunitari e statali vincolati, fra i quali i più significativi sono: il Fondo nazionale per le politiche in favore delle famiglie (art. 46, comma 2, l. 289/02), il Fondo nazionale per le non autosufficienze (art. 1, comma 1264, l. 296/06).

Dal lato della spesa il Fondo regionale di cui all'art. 133 della LR 13/04/01, n. 11, alimentato indistintamente da risorse regionali e da quelle del Fondo nazionale Politiche Sociali succitato, risponde all'esigenza di unificare i flussi finanziari già destinati ad obiettivi distinti nel campo sociale al fine di rendere più efficace l'azione della Regione prevista dalla LR n. 11/01 citata.

386

Il Fondo per le politiche sociali, introdotto dalla legge n. 449/1999, ha rappresentato un primo ed importante passo per una prima razionalizzazione del sistema di finanziamento delle politiche sociali, in quanto ha unificato una serie di interventi che fino allora erano disciplinati in modo settoriale e parcellizzato, realizzando un sistema unitario di programmazione. Il comma 45 dell'art. 49 della legge n. 449/1997 ha individuato, nello specifico, ambiti e finalità del Fondo, indicando i settori di intervento locale, quali:

- la promozione di interventi per la realizzazione di standard essenziali e uniformi di prestazioni sociali su tutto il territorio dello Stato concernenti i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, la condizione degli anziani, l'integrazione e l'autonomia dei portatori di handicap, il sostegno delle famiglie, la prevenzione e il trattamento delle tossicodipendenze, l'inserimento e l'integrazione dei cittadini stranieri;
- il sostegno a progetti sperimentali attivati dalle Regioni e dagli Enti locali;
- la promozione di azioni concertate a livelli nazionale, regionale e locale per la realizzazione di interventi finanziati dal Fondo sociale europeo;
- la sperimentazione di misure di contrasto alla povertà;

- la promozione di azioni per lo sviluppo delle politiche sociali da parte di enti, associazioni e organismi operanti nell'ambito del volontariato e del terzo settore.

La legge 8 novembre 2000, n. 328, recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", e la legge 23 dicembre 2000, n. 388, art. 80, comma 17, hanno riordinato l'assetto normativo, ridefinendo l'insieme delle leggi i cui stanziamenti confluiscono nel Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS). In tale modo il Fondo viene definito come lo strumento mediante il quale lo Stato concorre al finanziamento della spesa sociale, affluendo, nello stesso, tutti i finanziamenti relativi alle leggi nazionali di settore, oltre alle risorse aggiuntive previste dalle legge n. 328/2000. Il finanziamento delle politiche sociali, stante quanto precisato nell'art. 4 comma 1, della legge n. 328/2000 è plurimo e ad esso concorrono diversi livelli di governo (Stato, Regioni ed Enti Locali).

La maggior parte delle Regioni italiane, inclusa la Regione del Veneto, gestisce le risorse sociali attraverso un fondo sociale regionale, al quale affluisce il FNPS, e ulteriori risorse aggiuntive stabilite da ogni singola Regione.

Nella situazione veneta l'istituzione del FNPS nel periodo 2000-2001 si è inserita in una realtà caratterizzata da un'impostazione finanziaria delle risorse destinate ai servizi sociali già da tempo orientata ad un sistema aggregato sotto l'aspetto contabile e coordinato sotto quello gestionale, fondato su un complesso di risorse di ragguardevole entità. Proprio in quegli anni si era andato, peraltro, evolvendosi un quadro normativo di settore particolarmente originale in quanto collegato organicamente alla riforma delle autonomie locali che allora si stava attuando a livello regionale.

In particolare, il fondo regionale per i servizi sociali, già istituito con l'art. 15 della LR 15 dicembre 1982 n. 55 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale", veniva profondamente rivisto nell'ambito della LR 13 aprile 2001, n.11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112".

Con l'art. 133 di questa legge il fondo regionale suddetto assume la nuova denominazione di *Fondo regionale per le politiche sociali* e diventa uno strumento più adeguato, sia al sistema articolato dei flussi di risorse finanziarie indirizzati al "sociale", di provenienza statale come di origine regionale, sia alla complessità della struttura dell'offerta di servizi sociali sul territorio e non; aspetti questi che si presentano nel Veneto in forte evoluzione.

Seppur divenuti operativi a seguito di processi storici diversi e di percorsi temporali assai differenti, il Fondo nazionale ed il Fondo regionale hanno risposto a logiche analoghe ed in primo luogo all'esigenza di unificazione dei flussi finanziari già destinati ad obiettivi distinti nel campo sociale da coniugare con il riordino della normativa di settore.

Nella Regione del Veneto l'esistenza dei due flussi finanziari di diversa provenienza ha consentito quella ridefinizione della spesa sociale, prevista dalla nuova disciplina regionale e soprattutto dalla Legge quadro dei servizi sociali (L. n. 328/2000), che, grazie anche alle implementazioni di risorse destinate precipuamente ad interventi sociali, già a partire dal 2001 si è configurata come potente effetto propulsivo dei servizi sul territorio.

La struttura delle risorse finanziarie per il sociale pur essendo basata in maniera rilevante su quelle di provenienza sanitaria regionale che alimentano l'articolata e vasta offerta di prestazioni (residenziali e non) erogate nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria, vede, pertanto, anche il peso assunto dal Fondo regionale suddetto, che, fino al 2010, ha rappresentato una quota del 70% delle risorse non sanitarie del bilancio dedicate al sociale. Va precisato, infatti, che il fondo regionale succitato non esaurisce tutti gli stanziamenti destinati alle varie categorie di servizi sociali previste dalla normativa regionale anche se il sistema articolato delle risorse finanziaria e la gestione unitaria - ad eccezione di quelle destinate alle politiche per i flussi migratori - da parte di un'unica struttura amministrativa regionale, ha reso maggiormente flessibile l'utilizzo degli stanziamenti relativi.

Tale fondo è orientato in prevalenza al finanziamento di attività istituzionali, gestite ed erogate a livello centrale, e di servizi erogati a livello locale dai Comuni e dalle Aziende socio-sanitarie sulla base delle competenze previste dalla prima legge regionale che disciplina i servizi sociali (la citata LR n. 55/82); questa disciplina ha attribuito, infatti, competenze obbligatorie alle ULSS (in materia soprattutto di disabilità e di consultori familiari) e competenze facoltative qualora delegate dagli enti locali.

Nel Fondo regionale per le politiche sociali, istituito con l'art. 133 della LR n. 11/2001 per il conseguimento degli obiettivi di programmazione regionale in materia di servizi sociali, confluiscono e si compenetrano le risorse destinate dallo Stato alla Regione con il Fondo nazionale suddetto e le risorse regionali fino ad allora stanziare in bilancio.

Con riguardo all'aspetto della gestione contabile e finanziaria l'articolazione che risulta con il riparto del Fondo nazionale si traduce, a livello regionale Veneto, in una suddivisione delle risorse trasferite fra 11 capitoli di spesa: ai capitoli dove trovavano collocazione trasferimenti già esistenti si sono aggiunti nuovi capitoli per assicurare la finalizzazione prevista dal riparto nazionale ed un capitolo specifico per lo stanziamento delle risorse indistinte.

In particolare, a partire dal 2001, la Giunta regionale del Veneto procede, in attuazione dell'art. 133 della LR n. 11 del 13 aprile, alla ripartizione del Fondo regionale per i servizi sociali fra i vari interventi e secondo i diversi criteri previsti dalla medesima legge regionale, senza operare distinzioni - a livello di categoria di intervento - tra fondi propri regionali e fondi indistinti di provenienza statale.

Nel settore delle attività progettuali (lett. a) si è realizzata una forte spinta all'avvio di piani ed iniziative di carattere sperimentale in materia di interventi rivolti all'immigrazione, agli ex detenuti, ai tossicodipendenti, ai senza casa; con gli interventi di cui alla lett. b) si sono sostenute le attività svolte in forma associata dai Comuni, con il potenziamento, ad esempio, dei servizi di assistenza domiciliare e di integrazione sociale dei disabili, prevedendo anche interventi di incentivazione economica a favore di quelle amministrazioni locali che avessero deliberato forme di esercizio associato o di delega delle funzioni sociali. Con la messa a regime di questo sistema, nel 2003 il quadro che scaturisce appare quello rappresentato nello schema di cui alla Tabella 10.11, che, al di là delle singole quantificazioni, rimane sostanzialmente immutato fino ad oggi.

Tabella 10.11 - Bilancio assestato a seguito del riparto del Fondo Nazionale Politiche Sociali, Regione Veneto - anno 2013 (valori in €) [Fonte: Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali - P.O. Analisi di bilancio, contabilità e liquidazione]

	Destinazione	Fondo Regionale Politiche Sociali	Altre spese sociali	Totale fondi sociali	Quote fondo sanitario (3)	TOTALE
Provenienza						
Stato	FNPS - Risorse indistinte (1)	<i>Non definito</i>		50.386.989		50.386.989
	FNPS - Risorse finalizzate (2)		12.279.443	12.279.443		12.279.443
	TOTALE FNPS		12.279.443	62.666.432		62.666.432,00
	Altri fondi statali		6.670.663	6.670.663		6.670.663,00
	TOTALE Stato		18.950.106	69.337.095		69.337.095,00
Regione		53.731.071	67.114.844	120.845.915	414.876.343	535.722.258
TOTALE Risorse				190.183.010	414.876.343	605.059.353

389

In riferimento alla Tabella 10.11:

1. lo stanziamento delle risorse indistinte trasferite dallo Stato è destinato a finanziare sia gli interventi specifici alimentati fino al 2002 dalle risorse finalizzate del FNPS sia la quota parte del Fondo regionale per le politiche sociali non coperte dalle risorse proprie regionali;
2. le risorse finalizzate del FNPS per l'anno 2003 si riferiscono a due nuovi interventi (acquisto della prima casa di abitazione e sostegno della natalità nonché Fondo per l'armonizzazione), che si aggiungono agli altri già attivati negli anni precedenti; questi ultimi devono trovare copertura dal 2003 nelle risorse indistinte trasferite del FNPS;

3. si riferiscono agli stanziamenti destinati all'inserimento dei tossicodipendenti, al servizio di assistenza domiciliare ADI, alle provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio incluse quelle affette dal morbo di Alzheimer, al servizio di telesoccorso nonché alle quote di ospitalità degli anziani non autosufficienti e disabili gravi in strutture residenziali.

L'impegno finanziario della Regione del Veneto nei servizi sociali, nonostante l'incertezza dei trasferimenti statali, si è concretizzato sempre di più con il ricorso a fondi propri, pur dovendo fare i conti con le rigide regole del "patto di stabilità", che faticano a coniugarsi con l'esigenza di mantenere elevati standard qualitativi e quantitativi conseguiti, soprattutto, nel settore dei servizi per l'infanzia. Si è lavorato sempre più per individuare nuovi strumenti e modi che affrontino la questione crescente della non autosufficienza e per dare risposte alle persone con disabilità soprattutto nell'aiuto alle famiglie nella cura a domicilio dei propri cari. Contemporaneamente è però aumentata la quota utilizzata per gli investimenti in conto capitale, soprattutto rivolti alla creazione di nuovi servizi per la prima infanzia e all'adeguamento e/o realizzazione di strutture socio sanitarie per le persone disabili ed anziane. Parallelamente la Regione del Veneto, per far fronte alle esigenze ed obiettivi di programmazione nel sistema di welfare regionale, nel corso degli anni ha destinato crescenti risorse del Fondo sanitario regionale a favore dei servizi ad integrazione socio sanitaria a sostegno delle persone anziane e disabili.

390

Nel biennio 2011-2012, a fronte di politiche di forte contenimento della spesa, si è cercato di salvaguardare con le minori risorse finanziarie regionali disponibili, alcuni livelli di servizi ritenuti prioritari, mentre si sono mantenute ed adeguate le risorse destinate all'integrazione socio sanitaria. Gli interventi che la Regione del Veneto ha finanziato possono essere rappresentati raggruppando le spese nelle seguenti macro-aree: Anziani, Disabilità, Dipendenze, Famiglia e minori, Giovani, Immigrazione, Piani di Zona, Povertà e rischio sociale ed un'area denominata "Altro" per gli interventi a favore del terzo settore ed iniziative trasversali ed evidenziando per ciascuna di esse la fonte di finanziamento. Tale quadro è illustrato nelle tabelle 10.12 e 10.13 seguenti con riguardo alla spesa sostenuta dalla Regione in materia sociale nel 2011 e 2012 in relazione alla natura delle fonti di finanziamento.

L'area caratterizzata dalla maggior quota di finanziamenti sociali è stata quella relativa alla famiglia e ai minori, in costante progresso, con una media variabile dal 50% al 60% delle risorse regionali e statali indistinte nel biennio 2011-2012; le risorse del Fondo sanitario regionale sono andate a sostenere gli oneri della residenzialità anziani e dei servizi integrati nell'ambito della disabilità e della non autosufficienza. Ed è infatti l'entità dei fondi sanitari messi a disposizione dalla Regione del Veneto per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza ed i livelli aggiuntivi in materia socio sanitaria che è il tratto connotativo rispetto al panorama italiano.

Tabella 10.12 - Spese socio assistenziali e socio sanitarie suddivise per area, Regione Veneto - anno 2011
(valori in €) [Fonte: Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali - PO Analisi di bilancio, contabilità e liquidazione]

Oggetto	Fondi Sociali (Regionali e Statali indistinti)	Fondi Sanitari	Fondi Statali e Comunitari finalizzati	TOTALE SPESA
SPESE SOCIOASSISTENZIALI E SOCIO SANITARIE (CORRENTI)				
Area Anziani	2.504.810	574.809.380	0	577.314.190
Area Dipendenze	887	25.000.000	737.35	26.624.350
Area Disabilità	5.750.000	146.640.620	0	152.390.620
Area Famiglia e Minori	37.008.634	800	5.728.750	43.537.384
Area Immigrazione	1.965.000	0	635.413	2.600.413
Area Giovani	0	0	4.404.490	4.404.490
Area Piani di Zona	19.000.000	0	0	19.000.000
Area Povertà e Rischio Sociale	1.506.992	0	0	1.506.992
Altri interventi (Terzo settore, iniziative progettuali trasversali, ecc.)	4.576.619	0	345.487	4.922.106
TOTALE SPESE CORRENTI	73.199.055	747.250.000	11.851.490	832.300.545
SPESE IN C/CAPITALE				
Area Anziani	25.950.000	0	0	25.950.000
Area Dipendenze	0	0	0	0
Area Disabilità	24.800.000	0	0	24.800.000
Area Famiglia e Minori	2.000.000	0	0	2.000.000
Area Immigrazione	0	0	60.199	60.199
Area Giovani	0	0	0	0
Area Piani di Zona	0	0	0	0
Area Povertà e Rischio Sociale	0	0	0	0
Altri interventi (Terzo settore, iniziative progettuali trasversali, ecc.)	0	0	0	0
TOTALE SPESE C/CAPITALE	52.750.000	0	60.199	52.810.199
TOTALE COMPLESSIVO	125.949.055	747.250.000	11.911.689	885.110.744

Tabella 10.13 - Spese socio assistenziali e socio sanitarie suddivise per area, Regione Veneto - anno 2012
(valori in €) [Fonte: Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali – PO Analisi di bilancio, contabilità e liquidazione]

Oggetto	Fondi Sociali (Regionali e Statali indistinti)	Fondi Sanitari	Fondi Statali e Comunitari finalizzati	TOTALE SPESA
SPESE SOCIOASSISTENZIALI E SOCIO SANITARIE (CORRENTI)				
Area Anziani	1.250.000	591.077.690	0	592.327.690
Area Dipendenze	50	25.000.000	53.56	25.103.560
Area Disabilità	2.800.000	130.372.310	2.015.877	135.188.187
Area Famiglia e Minori	42.325.000	800	10.772.687	53.897.687
Area Immigrazione	750	0	265.82	1.015.820
Area Giovani	0	0	4.368.000	4.368.000
Area Piani di Zona	18.000.000	0	0	18.000.000
Area Povertà e Rischio Sociale	382.5	0	135.624	518.124
Altri interventi (Terzo settore, iniziative progettuali trasversali, ecc.)	6.310.710	0	17.264	6.327.974
TOTALE SPESE CORRENTI	71.868.210	747.250.000	17.628.832	836.747.042
SPESE IN C/CAPITALE				
Area Anziani	0	0	0	0
Area Dipendenze	0	0	0	0
Area Disabilità	163.718	0	91.17	254.888
Area Famiglia e Minori	0	0	2.000.000	2.000.000
Area Immigrazione	0	0	0	0
Area Giovani	0	0	0	0
Area Piani di Zona	0	0	0	0
Area Povertà e Rischio Sociale	0	0	0	0
Altri interventi (Terzo settore, iniziative progettuali trasversali, ecc.)	0	0	0	0
TOTALE SPESE C/CAPITALE	163.718	0	2.091.170	2.254.888
TOTALE COMPLESSIVO	72.031.928	747.250.000	19.720.002	839.001.930

Con riguardo alle singole aree:

Area Anziani: in questa area sono comprese solamente le politiche di promozione della domiciliarità realizzate sia attraverso interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia, sia tramite interventi di sostegno economico e di sollievo alla famiglia:

- interventi a favore delle famiglie che assistono persone non autosufficienti con l'aiuto di assistenti familiari;
- interventi di sostegno alle famiglie per l'accoglienza e la cura alle persone anziane non autosufficienti - interventi di sollievo;
- interventi di promozione della qualità della vita delle persone anziane;
- sostegno ai servizi di telefonia rivolti alle persone anziane (Art. 80, c. 14, L. n. 388/2000);
- sostegno attività degli enti locali di promozione culturale, sociale e del tempo libero a favore delle persone adulte ed anziane;

Le finalità di questi interventi sono state quelle di creare le condizioni per favorire la vita in famiglia e nel proprio domicilio della persona anziana non autosufficiente, dando sostegno alla famiglia, creando una rete di aiuti e solidarietà sociali. Negli anni successivi l'entità dei finanziamenti sociali per l'area anziani si riduce notevolmente in quanto la maggior parte degli interventi vengono garantiti ed erogati con risorse del fondo sanitario, con l'obiettivo di perseguire l'integrazione socio sanitaria del sistema regionale.

Con tali risorse, ad esempio, nel 2013 è stata avviata l'istituzione dell'impegnativa di cura domiciliare. Contando anche sulle risorse del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (pari a circa 21 milioni di euro), nel 2013, la Regione ha potuto approvare un Piano Attuativo che prevede il finanziamento di interventi complementari all'assistenza domiciliare e l'estensione a nuovi beneficiari delle impegnative di cure domiciliari per le persone non autosufficienti.

Area Disabilità: gli interventi realizzati hanno avuto l'obiettivo primario di promuovere la salvaguardia dei diritti e le pari opportunità attraverso interventi di sistema volti a fare sì che "nessuno si senta disabile" e interventi socio sanitari diretti a informare, diagnosticare precocemente, consigliare e farsi carico in modo coordinato e integrato, in ordine alle soluzioni scelte delle persone con disabilità e delle loro famiglie. Sono inclusi perciò in quest'area:

- interventi finanziari a favore degli utenti Centri Diurni per persone con Disabilità;
- contributi per modifica strumenti di guida;
- contributi per progetti finalizzati alla risoluzione dei problemi di trasporto e accessibilità alla città di Venezia da parte di soggetti diversamente abili;
- finanziamento di funzioni amministrative di interesse regionale conferite dalla Regione agli enti locali ed alle ULSS in materia di invalidi civili e grandi invalidi del lavoro;
- interventi a favore dei soggetti con handicap grave privi dell'assistenza dei familiari (Art. 81, Legge n. 388/2000);
- interventi di sostegno a favore di persone con handicap grave (Legge n. 162/98);
- interventi finanziari nel settore della disabilità;
- interventi per la prevenzione della cecità;
- spese per la realizzazione del progetto "Vita indipendente";

- per alcuni di questi interventi si possono estendere le considerazioni sopra espresse relativamente all'area anziani, ossia il passaggio parziale da un finanziamento con risorse sociali ad un finanziamento con prevalenza di risorse sanitarie;
- Rientrano in tali casistiche, per esempio, il progetto di vita indipendente, e gli interventi a favore delle persone con disabilità grave di cui alla legge 162/98, sorti come interventi prettamente sociali e divenuti, poi, interventi a rilevanza socio-sanitaria (DGR 759/2005).

Nell'ambito degli interventi finanziati con fondi statali è significativa la sperimentazione attuata nel 2013 nel territorio veneto, in collaborazione con la Regione Toscana, di un sistema di accesso unico alla rete dei servizi sociali e sanitari della persona con disabilità.

Area Dipendenze: vengono inclusi tutti i progetti e gli interventi di prevenzione all'utilizzo di sostanze finanziati con fondi non sanitari: contributi per progetti di assistenza residenziale e semiresidenziale per tossicodipendenti e alcool dipendenti; contributi per realizzazione progettualità socio-sanitarie in materia di dipendenza da sostanze d'abuso; interventi di contrasto alla dipendenza; spese per il finanziamento dei progetti in materia di lotta alla droga - Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (Art. 127, D.P.R. n. 309/90). Le risorse destinate a tali interventi presentano una linea costante con un aumento considerevole nel 2006, dove si è inteso rifinanziare i piani di intervento per la lotta alla droga (DGR N. 456/2006).

394

Area Famiglia e minori: un insieme articolato di interventi in questi anni ha caratterizzato l'impegno della Regione del Veneto per attuare il processo di rivalutazione ed attualizzazione del ruolo della famiglia che si è espresso attraverso politiche di promozione della cultura della famiglia, il sostegno alla genitorialità, la promozione della genitorialità adottiva, lo sviluppo e il sostegno dei servizi per la prima infanzia e delle scuole d'infanzia non statali, nonché una serie di interventi di cura e protezione del minore (affido, comunità, contrasto all'abuso e al maltrattamento). Il potenziamento dell'offerta dei servizi a favore della prima infanzia (asili nido, micro nidi, centri famiglia, nidi aziendali) e altri servizi innovativi, ha rappresentato una delle strategie attuate dalla Regione per offrire alla famiglia maggiori possibilità di conciliazione tra il tempo familiare e il tempo per il lavoro, con la finalità di raggiungere entro il 2010 la copertura del 33% dei posti attivati rispetto alla popolazione dai 0-3 anni, in linea con l'obiettivo fissato dalla Convenzione di Lisbona.

- Fondo regionale di intervento per l'infanzia e l'adolescenza
- Interventi a favore dei minori in situazione di disagio ed inserimento presso famiglie e strutture tutelari
- Piani territoriali degli orari per il coordinamento dei tempi di funzionamento delle città
- Azioni regionali a favore delle progettualità a carattere formativo ed educativo sulla sessualità

- Contributi a favore dei Consultori familiari privati riconosciuti non convenzionati, LR 28/77
- Fondo per le politiche in favore delle famiglie per l'acquisto della prima casa di abitazione e per il sostegno alla natalità (art. 46, comma 2, legge n. 289/02)
- Gestione servizi a favore della prima infanzia
- Servizi specifici di informazione sulle attività e sulla rete dei servizi in favore delle famiglie (art. 80, comma 14, Legge n. 388/2000)
- Sostegno di iniziative a tutela dei minori: contributi a Comuni ed ULSS per interventi tutela minori in situazioni di disagio ed inserimento minori in strutture tutelari

Riguardo a tale area si evidenzia un notevole e consistente aumento di risorse che ha consentito uno sviluppo dei servizi destinati al sostegno della genitorialità e tutela dei minori.

Area Giovani: la Regione Veneto è sempre stata all'avanguardia in questo settore, in un momento in cui bisogna considerare i giovani non solo in occasione degli episodi di violenza e di disagio, ma per la grande capacità di protagonismo positivo ed educativo che essi possono mettere in campo. Tale area registra un costante investimento con il finanziamento e la promozione diretta di progettualità specifiche.

Merita attenzione l'istituzione del servizio civile regionale con LR n. 18/2005, finanziato con specifiche risorse regionali.

Area Immigrazione: vengono inclusi gli interventi e le progettualità a favore dell'immigrazione e la quota del Fondo nazionale per le politiche migratorie.

Area Piani di Zona: interventi per Sostegno e promozione dei servizi sociali gestiti dalle ULSS (esercizio associato) e dai Comuni; fondo integrativo a favore dei Comuni per situazioni straordinarie e di contenzioso amministrativo; attività progettuali e di informazione ed altre iniziative di interesse regionale nelle aree dei servizi sociali; sostegno ai servizi sociali dei Comuni per situazioni straordinarie.

Area povertà e rischio sociale: la Regione del Veneto ha elaborato linee di indirizzo che individuano tre aree specifiche di intervento: l'ambito relativo alle persone vittime di abuso e sfruttamento sessuale, l'ambito delle persone senza dimora e in povertà estrema e l'ambito degli interventi in area penitenziaria.

- Agevolazioni ed interventi socio assistenziali per favorire e facilitare il rientro dei veneti nel mondo
- Azioni regionali per il potenziamento dei servizi destinati a persone in situazioni di povertà estrema e senza fissa dimora
- Interventi a tutela e promozione della persona per contrastare l'abuso e lo sfruttamento sessuale
- Sostegno ed iniziative volte alla soluzione di situazioni di emergenza sociale.

Proprio in quest'area nel 2013 si sono realizzate due importanti iniziative previste dalla LR n. 29/12, una diretta ad agevolare l'accesso al credito nonché a concorrere al pagamento di canoni di affitto delle famiglie monoparentali e dei genitori separati o

divorziati in situazioni di difficoltà economica; l'altra ad erogare contributi economici a sostegno delle persone e delle famiglie in difficoltà.

Il dato delle spese sociali in conto capitale finanziate con risorse regionali testimonia lo sforzo compiuto dalla Regione del Veneto nella realizzazione e nell'adeguamento delle strutture sociosanitarie del territorio sia nell'area Famiglia e minori, dove vengono assicurati con continuità importanti finanziamenti per il potenziamento della dotazione di servizi a favore della prima infanzia, sia nell'area dei servizi residenziali e semiresidenziali destinati alle persone anziane e disabili, dove si sta realizzando un piano di completo ammodernamento e di forte sviluppo del patrimonio dedicato a tali servizi.

Beneficiari, procedure e criteri di allocazione delle risorse del FNPS e di quelle regionali

La spesa sociale regionale non sempre produce effetti diretti sull'utente o il beneficiario dell'intervento, ma nella maggior parte dei casi, soprattutto per gli interventi di tipo sociale, il risultato dell'attività della Regione è il trasferimento di risorse ad altri Enti, pubblici o privati, i quali svolgono le fasi successive del processo di distribuzione delle risorse. Grazie a questi passaggi il beneficiario finale può usufruire dei benefici generati da tutti gli attori. Per questi motivi possiamo suddividere i beneficiari dei finanziamenti regionali in queste categorie:

- beneficiari finali sono i soggetti cui sono riferite le politiche regionali, identificabili attraverso la comprensione degli interventi realizzati con i contributi regionali (singoli cittadini);
- destinatari dei finanziamenti regionali sono quei soggetti a cui sono destinati i trasferimenti finanziari provenienti dalla Regione e possono o meno coincidere con i beneficiari finali;
- attori intermedi: sono quei soggetti che anziché utilizzare direttamente i fondi trasferiti dalla Regione li riutilizzano a favore di altri soggetti.

I criteri di allocazione delle risorse sono differenziati per ogni categoria di intervento.

Le quote più consistenti (trasferimenti alle Aziende socio-sanitarie per la gestione dei servizi sociali di cui alla lett. c), comma 3, dell'art. 133, LR 11/2011, e finanziamento alle amministrazioni comunali in c/gestione per i servizi a favore della prima infanzia – lett. i) dello stesso comma) sono state ripartite con riferimento ai seguenti criteri:

- assegnazione regionale storica, calcolata sulla media delle assegnazioni assicurate negli anni precedenti, con riferimento a parametri di spesa afferenti ai servizi centrali e territoriali delle aziende sociosanitarie;
- popolazione residente;
- utilizzo di correttivi per le zone disagiate in relazione alla morfologia del territorio (zone montane, ambito lagunare ed isole), connesse alla presenza di particolarità nella struttura geomorfologica del territorio.

Tabella 10.14 - Esempio di riparto. Veneto - Anno 2012 (Fonte: Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali - P.O. Analisi di bilancio, contabilità e liquidazione)

Parametro	Quota attribuita (€)
Quota rapportata all'assegnazione storica (sui valori medi del periodo 2006-2011)	15.600.000
Quota rapportata alla popolazione residente (al 31/12/2010)	2.180.000
Correttivi zone svantaggiate (zone montane e di ambito lagunare)	220.000
TOTALE COMPLESSIVO	18.000.000

Fondo gestione servizi a favore della prima infanzia:

- bambini frequentanti nel corso dell'anno considerato;
- bambini iscritti nel corso dell'anno considerato (limitatamente ai servizi innovativi);
- si veda in particolare tabella 3 sottostante.

Tabella 10.15 - Criteri di ripartizione del fondo contributi in c/gestione servizi prima infanzia. Veneto - Anno 2012 [Fonte: Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali - PO Analisi di bilancio, contabilità e liquidazione]

Criteri servizi a regime	Criteri servizi a part-time (< 5 ore)	Criteri servizi avviati da maggio 2011	Criteri servizi avviati da gennaio ad aprile 2012
0,50 in relazione ai bambini frequentanti nel corso dell'anno	Il conteggio dei bambini iscritti e frequentanti sotto le n. 5 ore giornaliere è pari al 70% di quello degli iscritti e frequentanti a tempo pieno.	Anno 2011: dalla data di riconoscimento in conto gestione da parte della Regione, € 103,29 mensili per ogni bambino iscritto per i mesi di effettiva apertura del servizio	€ 103,29 mensili per ogni bambino iscritto per i mesi riconosciuti
0,20 sulla base dei bambini iscritti nel corso dell'anno		Anno 2012: gli stessi criteri dei servizi a regime	
0,20 sulla base dei giorni di apertura del servizio nel corso dell'anno			
0,10 sulla base dei giorni di apertura del servizio nei mesi di luglio e agosto			

Rispetto ai destinatari dei finanziamenti, la quota più consistente è assegnata agli enti pubblici e privati in qualità di gestori dei servizi sociali. La quota assegnata a questi enti è aumentata costantemente nel corso degli anni passando dal 41% del 2003 al 57% del 2012. La restante quota è ripartita tra i Comuni singoli e/o ULSS nel caso in cui questi

abbiano delegato le funzioni e le ULSS stesse. Anche in questo però, a parte la quota rivolta all'area del Piano di Zona, vengono finanziati interventi che hanno come beneficiario finale il cittadino e gli Enti locali diventando attori intermedi nella filiera di allocazione delle risorse. Una piccola quota dei finanziamenti è gestita a livello centrale per strumenti di monitoraggio e attività di ricerca (es. per gli Osservatori regionali).

Quote del fondo sanitario di parte corrente

Come accennato in precedenza, nel Veneto è risultata fonte essenziale del finanziamento del processo di integrazione socio sanitaria il Fondo Sanitario regionale, l'importanza del quale è data dall'entità delle quote del medesimo destinate alle varie aree e servizi. Tale spesa si può articolare con riferimento alle aree di utenza impiegate per gli altri fondi regionali e statali indistinti, ma è maggiormente significativa la distinzione in base alla categoria dei servizi socio sanitari finanziati; il quadro è rappresentato nel capitolo 7, dove il peso prevalente è sicuramente costituito dalla quota riservata ai servizi residenziali per anziani non autosufficienti e disabili.

Vengono rimborsati agli enti gestori delle strutture ad intensità sanitaria media e ridotta gli oneri sociosanitari di accoglienza delle persone anziane non autosufficienti e disabili gravi. Le risorse relative risultano nel periodo considerato sempre crescenti sia per tener conto degli incrementi nei costi registrati da tali servizi (oneri dei contratti di lavoro del personale sociosanitario ed aumento del costo della vita), sia per coprire finanziariamente i nuovi posti autorizzati dalla programmazione regionale. Analogamente, anche se naturalmente di entità inferiore, è l'andamento del finanziamento dei servizi di assistenza residenziale e semiresidenziale a favore dei soggetti dipendenti da sostanze.

A fianco delle risorse finanziarie destinate alla residenzialità assumono sempre maggior rilevanza quelle assicurate ai vari servizi afferenti la domiciliarità a favore di persone anziane non autosufficienti e di persone disabili, rilevanza, in termini relativi, crescente sia nei confronti delle risorse del Fondo sanitario dedicate all'integrazione sociosanitaria, sia, soprattutto, in rapporto alle risorse dei fondi sociali regionali che hanno trovato difficoltà ad adeguarsi. I finanziamenti costituiti dalle quote accentrate del Fondo sanitario regionale riguardano il servizio di telesoccorso-telecontrollo, i servizi di assistenza domiciliare integrata con le Cure Domiciliari (SAD-ADI), gli interventi di "sollevio" e gli assegni di cura, destinati a sostenere le famiglie che assistono a domicilio i propri cari non autosufficienti o disabili.

Nell'ambito dell'area famiglia e minori vi è, infine, una quota del fondo sanitario destinata all'assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abuso sessuale che corrisponde ad un livello essenziale di assistenza e che presenta una sostanziale costanza nel tempo. Con riferimento alla destinazione di tali fondi, poiché la Regione Veneto persegue da tempo un progetto di riforma che, muovendo da una visione integrata delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali a livello normativo istituzionale ed operativo,

mira alla gestione unitaria ed uniforme a livello territoriale in capo ad un unico soggetto l'ULSS, è quest'ultima che è destinataria negli ultimi anni dei finanziamenti regionali e responsabile a livello locale della gestione delle risorse.

Fondi statali a vincolo di destinazione

I finanziamenti provenienti dallo Stato a vincolo di destinazione nell'ultimo periodo, che per entità nel 2011 e 2012 hanno raggiunto e sopravanzato quelli assegnati con il Fondo Nazionale per le Politiche, stanno svolgendo oramai un ruolo essenziale per lo sviluppo o la promozione di alcune categorie di intervento.

Nell'area degli interventi a favore delle persone non autosufficienti (anziane e disabili), per esempio, è operante il Fondo nazionale per le non autosufficienze che va ad integrare le risorse del fondo regionale e che consente, a partire dal 2012, il finanziamento degli interventi in tema di malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA). Ma è nell'area della Famiglia e dei minori che il ruolo dei finanziamenti statali finalizzati riveste maggiore rilevanza, come risulta evidente dalla successiva tabella 16: le risorse del Fondo nazionale per le politiche in favore delle famiglie di cui all'art. 46 della legge 296 del 2006 (legge finanziaria) hanno concorso a promuovere un vasto ed articolato programma a sostegno della famiglia (famiglie numerose ed in difficoltà), di consolidamento del sistema integrato dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, di sollievo ai nuclei familiari con anziani affetti da Alzheimer o altre demenze, di sperimentazione e di avvio di servizi innovativi quali i nidi in famiglia, di attuazione di nuovi percorsi di assistenza domiciliare integrata con le Cure Domiciliari (SAD-ADI) con il supporto di equipe di lavoro messe a disposizione dalle strutture residenziali per anziani. Tutti i flussi finanziari dello Stato e della Comunità europea sono caratterizzati da un andamento molto discontinuo e variabile nel tempo in quanto collegati a finanziamenti di progetti o piani pluriennali che sussistono per un biennio od un triennio.

Un altro aspetto rilevante dei finanziamenti statali vincolati è la circostanza della loro attivazione in concomitanza con l'approvazione di specifiche norme contenute, in genere, in leggi finanziarie che periodicamente intervengono nella materia. È il caso della Legge n. 289 del 2002 che promuove un'importante linea di finanziamento per il sostegno delle famiglie e della Legge n. 296 del 2006 che dispone il più vasto ed articolato programma di finanziamenti finalizzati in materia di servizi sociali.

Nel 2013, un rilevante progresso nelle linee finanziarie dello Stato a sostegno dei servizi sociali, è stato conseguito, dopo alcuni anni di assegnazioni quantitativamente poco significative, con il Fondo per le politiche sociali per complessivi 300 milioni di euro, da destinare, da parte delle Regioni italiane, a favore dei seguenti macro-livelli di intervento: 1. servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale; 2. servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio; 3. servizi per la prima infanzia e servizi territoriali comunitari; 4. servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità; 5. misure di inclusione sociale – sostegno al reddito.

Tabella 10.16 - Quadro dei finanziamenti statali finalizzati. Veneto - Anni 2011 – 2013 [Fonte: Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali – PO Analisi di bilancio, contabilità e liquidazione]

Area	Nr. Prog.	FONDI STATALI A VINCOLO DI DESTINAZIONE	BILANCIO 2011	BILANCIO 2012	BILANCIO 2013
Indistinta	1	Fondo nazionale per le Politiche sociali (art. 20, l. 8/11/2000, n. 328 –art. 80, c. 17, l. 23/12/2000, n. 388)	0	0	21.840.000
Famiglia e minori	2	Fondo nazionale per l'armonizzazione dei tempi delle città (art. 28, l. 53/02)	1.700.000	1.640.741	0
	3	Fondo nazionale per le politiche in favore delle famiglie ' (art. 46, comma 2, l. 289/02)	4.028.750	8.433.121	3.276.000
	4	Misure per la prevenzione delle pratiche di mutilazione genitale femminile (l. n. 7/2006)	0	522.285	0
	5	Altri finanziamenti	0	772.687	0
	Totale area famiglia e minori			5.728.750	10.772.687
Anziani e Disabili	6	Fondo nazionale per le non autosufficienze (art. 1, comma 1264, l. 296/06)	0	2.015.877	21.092.500
Dipendenze	7	Progetti ministeriali e comunitari in materia di tossicodipendenze e di abuso di alcol	737.350	53.560	13.376
Giovani	8	Fondo nazionale per le politiche giovanili - Accordo di Programma Quadro in materia di politiche giovanili (art. 19, comma 2, d.lgs. n. 223/06)	4.404.490	4.368.000	0

Recapiti per ulteriori informazioni

Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali
 Rio Novo - Dorsoduro 3493 – Venezia
 Telefono 041 2791420/2791421/1379 - Fax 041 2791369
 email: dip.servizisociosanitarisociali@regione.veneto.it

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

Il volume è pubblicato anche sui siti Web:
<http://www.regione.veneto.it/>
<http://www.ser-veneto.it/>